

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI TƏHSİL NAZİRLİYİ

XƏZƏR UNİVERSİTETİ

---

HUMANİTAR VƏ SOSİAL ELMLƏR FAKÜLTƏSİ

İstiqamətin şifri və adı

060209-

Psixologiya

İxtisaslaşmanın adı

Klinik psixologiya

Psixologiya kafedrasının magistrantı

İbrahimova Aydan Abdurəhim qızı

Magistr elmi ixtisas dərəcəsi almaq üçün

ÖVLADI AUTİZM SPEKTR POZUNTUSU OLAN VALİDEYNLƏRİN HƏYAT  
KEYFİYYƏTİNİN TƏHLİLİ

mövzusunda

Magistr Dissertasiyası

Elmi rəhbər: Tibb elmləri üzrə fəlsəfə doktoru İ.R.Rüstəmov

Bakı 2018

## MÜNDƏRİCAT

İxtisarlər .....	3
GİRİŞ .....	4
I FƏSİL. AUTİZM SPEKTR POZUNTUSU	
1.1. Autizm Spektr Pozuntusu haqqında ümumi məlumat .....	10
1.2. ASP-nin diaqnostikası.....	17
1.3.ASP diaqnozunda istifadə olunan müalicə metodları .....	20
II FƏSİL.ÖVLADI ASP OLAN VALİDEYNLƏRİN HƏYAT KEYFİYYƏTİ	
2.1. ASP-nin reabilitasiyasında ailənin rolu .....	25
2.2. Valideynlərin qarşılaşdığı problemlər. ....	26
2.3. Həyat keyfiyyəti haqqında .....	28
III FƏSİL. ÖVLADI AUTİZM SPEKTR POZUNTULARI OLAN VALİDEYNLƏRİN HƏYAT KEYFİYYƏTİNİN ARAŞDIRILMASI	
3.1. Tədqiqatın sosial demoqrafik göstəriciləri və həyat keyfiyyəti göstəriciləri .....	29
3.2. Tədqiqatda istifadə olunan WHOQOL-BREF testinin təhlili .....	29
NƏTİCƏ.....	69
Təvsiyələr.....	71
Ədəbiyyat siyahısı.....	72
Əlavələr	

## İxtisarlər

ASP- Autizm Spektr Pozuntusu

YİP- Yayılmış İnkişaf Pozuntusu

DSM- Diagnostic and Statistical Manual of Mental

İCD- International Classification of Diseases

ABA- Applied Behavior Analysis

TEACCH- Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped  
Children

HK-Həyat Keyfiyyəti

## GİRİŞ

Bu hissədə mövzunun aktuallığı, problemin öyrənilmə dərəcəsi, tədqiqatın obyektı və predmeti, tədqiqatın məqsədi və vəzifələri, irəli sürülən hipotezlər, tədqiqatın elmi əhəmiyyəti, tədqiqat zamanı istifadə olunan metodlar, tədqiqatın strukturu yer almışdır.

Mövzunun aktuallığı. Dünyada eləcə də Azərbaycanda son dövrün ən vacib mövzularından biri Autizm spektr pozuntularıdır. Bu istiqamətdə istər maarifləndirmə, istərsə də tədqiqatlar günü-gündən artır və tələbat halına keçir. Unutmaq olmaz ki, illər keçdikcə ASP diaqnozu ilə daha tez-tez qarşılaşırıq. Dünya əhalisinin 1 %-də ASP diaqnozu görülür. Tədqiqatçıların əsas diqqəti məhz bu istiqamətdədir. ASP diaqnozunun dünya əhalisində rast gəlmə tezliyinin aşağı endirilməsi qarşıya qoyulan məqsədlərdən biri hesab olunur.

Yayılmış inkişaf pozuntuları və ya ASP erkən uşaqlıq dövründən başlayan, sosial bacarıqlarında, dil inkişafında və davranış sahəsində uyğun inkişafı olmayan bir pozuntudur. ASP-duyğusal və sosial münasibətlərdə digər insanlara nisbətən daha məhdud olur. Nitqin inkişafında gecikmə olduğu üçün istər verbal istərsə də qeyri-verbal ünsiyyətdə pozuntu görülür. Bununla yanaşı təkrarlanan davranış stereotipləri ilə də qarşılaşırıq. Bir zamanlar diaqnoz olaraq Asperger sindromu, Autizm, Rett sindromu və s. qoyulurdusa 2013-cü ildən bəri “Autizm Spektr Pozuntusu” diaqnozu qoyulmağa başlandı. Buna səbəb olaraq diaqnoz eyni olmuş olsa belə hər bir uşaqda müəyyən fərqliliklər rast gəlinirdi və nəticə etibarilə alimlər bir standartlaşmanın qəti olaraq əleyhinə idilər.(59)

Üç sahədə pozulma ilə ASP xarakterizə olunur. Beləliklə üç əsas əlamət diqqət mərkəzindədir: 1. Sosial ünsiyyətdə defisit; 2. Nitq inkişafının ləngiməsi; 3. Məhdud maraq dairəsi və təkrarlanan davranışlar.

Sosial ünsiyyətdə defisit: Belə olan halda: 1. Uşaq öz yaşadları ilə ünsiyyətə girməkdən yayınar; 2. Fərqli jestlər və mimiklərdən istifadə edər; 3. Ətrafda baş verən hadisələr və insanlara qarşı laqeyd, yad münasibət bəsləyər; 4. Göz kontaktına girməkdən yayınar; 5. Sosial ünsiyyətdə nəzərə çarpacaq qədər geriləmə və pozulma halları olur; 6. Sosial münasibətlər formalaşdırmaqda və qoruyub saxlanılmasında çətinlik olur.

Nitq inkişafının ləngiməsi: 1.Sadecə öz ehtiyaclarını kasad nitqlə ifadə etmək;2.”Mən” şəxs əvəzliyindən deyil; “O “ şəxs əvəzliyindən istifadə etmək;3.Deyilən ifadələri hərfi mənada anlamaq;4.Söz bazasının və ifadə nitqinin yaşına uyğun olmaması.

Məhdud maraq dairəsi və təkrarlanan davranışlar:1.Digər uşaqlarla ortaq marağın olmaması;2.Xüsusi və məhdud maraq dairəsi;3.Eyniliyə qarşı aşırı istək;4.Dəyişikliyə qarşı aşırı müqavimət;5.Əllərini bir-birinə çırpma;6.Öz ətrafında dönmə və s.(60)

ASP-nin əlamətləri üç yaşından əvvəl müşahidə edilir. ASP –də erkən uşaqlıq dövründə əlamətlər başlayır və ən tez bir yaşında,çox zaman isə iki yaşında valideynlər tərəfindən ayırd edilir. Burada əsas diqqəti çəkən nüans uşağın sosiallaşmasında olan defisitdir. Amma bəzən elə hallar da olur ki,ASP diaqnozunu qoymaq üçün bir neçə il daha müşahidəyə gerek duyulur. Lakin erkən qoyulmuş diaqnoz vacib amillərdən biridir. Reabilitasiyanın nəticələri çox zaman uşağa diaqnozun hansı yaşda qoyulmağından aslı olur. Burada psixo-pedaqoji məşğələlər ilə ASP olan uşaqlar üzərində işlənir. ASP diaqnozu qoyulmuş uşaqlarla işləmək üçün bir çox terapiyalar və proqramlar mövcuddur. Ən yüksək nəticələr ABA (Applied Behavior Analysis) terapiyası vasitəsilə əldə edilib.

Nə qədər erkən diaqnoz olmuş olsa da biz uşaqda Autistik düşüncə tərzini tamamilə dəyişə bilmərik. Sosial ünsiyyətində və həyatında,davranışlarında,nitqində,maraq dairəsində müəyyən uğurlar əldə edilir,lakin tamamilə aradan qalxmır.

Problemin öyrənilmə vəziyyəti: Hər bir cütlük dünyaya sağlam uşaq gətirmək arzusu ilə yaşayır. Yeni dünyaya gəlmiş uşaqla birgə valideynlər üçün yeni bir dövr başlayır. Nəzərə alsaq ki,ailəyə yeni bir fərdin daxil olması çox zaman hər bir cütlükdə psixoloji narahatlıq yaradır. Buna səbəb olaraq ailə strukturunda yenilik,yeni məsuliyyətlərin yaranması,ailədə iqtisadi-sosial dəyişilməni nümunə kimi göstərə bilərik. Gələcəyə dair planlar məhz sağlam uşaq üzərində qurulur. Yeni dünyaya göz açmış uşaqda hər hansısa bir problem görülərsə hər iki valideynin gələcəyə aid qurduğu planlar dəyişə bilər. Problemləli doğulmuş uşağın ailəyə xoşbəxtlik gətirmək əvəzinə,təəssüf ki,çox zaman xəyal qırıqlığı gətirir.Bu halların tez-tez yaşanması bu istiqamətdə aparılan işlərin çox olmasına birbaşa səbəb olur. Mütəmadi olaraq ASP istiqamətində müxtəlif tədqiqatlar aparılıb və hal-hazırda da davam edir. Dünyada

ASP mövzusunda tədqiqatlar çox işlənilib, lakin ölkəmizdə “Autizm spektr pozuntuları” mövzusu digər ölkələrə nəzərən son illər aktuallaşıb.

Bildiyimiz kimi övladına “Autizm spektr pozuntuları” diaqnozu qoyulmuş ailələrin çox zaman psixoloji, sosioloji, iqtisadi problemləri olur. İlk öncə diaqnoz qoyulduqdan sonra valideynlərdə inkaretmə halları yaşanır. Valideynlərdə əsasən də anada psixoloji problemlər baş qaldırır. Güclü stress, təşviş pozuntuları, emosional sferada pozulmalar, depressiya halları yaranmağa başlayır. Qəbuletmə prosesi bəzən uzun müddət çəkə bilər. Daha sonra isə sosioloji problemlər yaranmağa başlayır. Ətraf mühitdən diaqnozla bağlı gələcək fikirlər valideynləri narahat etməkdə davam edir. ASP-nin sosiallaşma problemi olduğundan hər zaman cəmiyyət daxilində nəzərə çarpacaq davranışlar valideynləri təşvişə salır. Belə olduğu halda artıq valideyn əsas da ana övladı ilə cəmiyyətdə olmaqdan yayınır. Bəzən isə övladı ASP diaqnozu olan analar cəmiyyətdən tamamilə uzaqlaşır və uşağı sosial mühitdən ayırırlar.

İqtisadi cəhətdən də problemlər yaşanmağa başlanılır. Reabilitasiya prosesləri istər dünya da istərsə də Azərbaycanda maddi dəstək olmadan uzun müddət aparılmır. Burada psixopedaqoji, loqopedik məşğələlərin aparılmasında ailənin maddi durumu əsas rol oynayır. Nəzərə alsaq ki, ASP diaqnozu üçün həftədə minimum olaraq 20-25 saat uşaqla məşğul olunmalıdır. Bura nəinki psixopedaqoji, loqopedik məşğələlər daxildir eyni zamanda idman, qrup terapiyaları, rəsm və s kimi digər məşğələlər də arzu olunandır. Valideynlər orta əmək haqqı ilə bir uşağın reabilitasiya görməsində maddi çətinliklər yaşaya bilərlər.

Yuxarıda qeyd etdiklərim, yəni: psixoloji, iqtisadi, sosial sferada yaranan problemlər zamanla ailələrin həyat keyfiyyətinə birbaşa təsir edir. Bu istiqamətdə də dünyada çox tədqiqatlar aparılmışdır. Latefa A. Dardas, Muayyad M. Ahmad 2013-cü ildə bir araşdırma etmişdirlər. Ərəb ölkələri üzrə autizm pozuntulu uşaqların valideynlərində həyat keyfiyyəti adı altında bir araşdırma aparılmışdır. Araşdırmanın əsas istiqaməti autizm pozuntulu uşaqların valideynlərində bu sindroma əsasən həyatlarında yaranan problemlərin həyat keyfiyyətlərinə təsirini araşdırmaqdan ibarətdir. Hansı ki, heç kim ərəb valideynlərinin həyat keyfiyyətini qərbli valideynlər

ilə müqayisə edib, onların valideynlik təcrübələrinin tərkibcə fərqli olduğunu araşdırmamışdır. Buna görə də araşdırmanın əsas məqsədi olaraq:

1. Autizm pozuntulu uşaqların valideynlərinin həyat keyfiyyətlərinin əsas fərqlərini araşdırmaq (Ərəb dünyasından nümunə olaraq).

2. Autizm pozuntulu uşaqlara sahib ərəb valideynlərin həyat keyfiyyətinə təsir edən amillərin psixososial əlaqələrini araşdırmaq.

Sonluq: Bu ilk araşdırmadır ki, Ərəb dünyasında Autizm pozuntulu uşaqların valideynlərinin həyat keyfiyyətlərini qələmə almışdır. ASP-li uşaqlara sahib ərəb valideynlərin həyat keyfiyyətləri onların stress səviyyələri, problemlə başa çıxma mübarizələri, demoqrafik xüsusiyyətləri və hardasa mədəniyyət kontekstləriylə kəşifir.

Dünyada aparılan araşdırmalara baxdıqda bir neçə tədqiqat işləri diqqətimi çəkmişdi. Merve Dalkılıç 2016-cı ildə “Autizmlı övladı olan cütlüklərin Evlilik doyumu, Təşviş, Münasibətdən soyumaq və Psixoloji yardım almaq üçün təşviqlərin araşdırılması” mövzusunda tədqiqat aparmışdır.

Bu araşdırmanın əsas məqsədi autizmlı uşağa sahib olan cütlüklərin Evlilik doyumu, Təşviş, Münasibətdən soyumaq və Psixoloji yardım almaq üçün təşviqlərin müəyyən edilməsidir. İkinci məqsədi isə autizmlı uşağa sahib olan cütlüklərin evlilik doyumuna təsir edən faktorların bəzi dəyişənlərə görə araşdırılması idi. Tədqiqata yaşı 2-19 aralığında və Autizm diaqnozu qoyulmuş uşaq və yeniyetmələrin valideynləri seçilmişdir. Bu tədqiqat iki mərhələdən ibarətdir: Birinci mərhələ autizmlı uşağı olan cütlüklərin evlilik doyumu müxtəlif dəyişənlərə görə seçilmişdir. İkinci mərhələdə isə autizmlı uşağı olan cütlüklərin evlilik doyumu, təşviş, çətinliyə dözümlülük və psixoloji yardım alma təşviqləri arasındakı əlaqənin analiz edilməsi məqsəd qoyulmuşdur.

Tədqiqat nəticələri autizmlı uşağa sahib fərdlərin evlilik doyumları arasında cinsiyyətə görə nəzərə çarpacaq qədər fərqliliyin olduğunu dəstəkləməkdədir.

Beləliklə, ailədə ataların evlilik doyumu analara nisbətən daha yüksəkdir. Buna səbəb olaraq autizmlı uşağa sahib anaların ailədəki yükü, etməli olduğu işlərin çoxluğu, uşağın baxımı, tərbiyyəsi, pedaqoji məşğələləri və əlavə olaraq evin baxımı məhz ananın məsuliyyətlərinə daxildir. Niekim, Şen (2004) etdiyi araşdırmada problemlı uşağı olan analar ailə daxilindəki münasibətlərdə dəyişikliklərin 34 faiz olduğunu

söyləmişlərdir. Lakin bu tədqiqatın nəticələrindən fərqli olaraq Rimmerman, Crossman və Turkel (2003) inkişaf pozuntusuna sahib uşaqların valideynlərinin araşdırmasında evlilik doyumunda valideynlər arasında nəzərə çarpacaq şəkildə fərqliliyin olmadığı müəyyən edilmişdir. Araşdırmanın nəticəsi olaraq təşviş səviyyəsi yüksək çıxmışdır. Buna səbəb olaraq burada həm sosioal-iqtisadi vəziyyət həm psixoloji vəziyyət ön plana keçir. Problemlə uşağın dünyaya gəlməsi cütlüklərin ailə həyatından olan gözləntilərinin reallaşmaması ilə də nəticələnir. Araşdırmada autizmlə uşağa sahib olan və təşviş səviyyəsi yüksək fərdlərin, təşviş səviyyəsi aşağı olan fərdlərə müqayisədə evlilik doyumları daha aşağı olduqları müəyyən edilmişdir.

Tədqiqatın obyektə: övladına ASP diaqnozu qoyulmuş valideynlər seçilib. Yaş aralığı 22-45 olan 100 nəfər valideyn tədqiqatda iştirak etmişdir. Əlli ata və əlli ananın seçimini edərkən əsas şərtlərdən biri olaraq ASP diaqnozu qoyulmuş övladı ən az yarım il reabilitasiya görməsi idi. Valideynlər Montessori Uşaq Psixologiya və Reabilitasiya mərkəzindən seçilmiş şəxslər idi. İlk öncə valideynlərə maarifləndirmə məqsədi ilə ümumi tədqiqatın məqsədi, vəzifələri izah edilmiş və edilən araşdırmanın tədqiqat məqsədi ilə aparıldığı qeyd edilmişdir. Burada heçbir şəxsi marağın olmadığı vurğulanmış və ümumi olaraq ASP istiqamətində aparılan tədqiqatın vacibliyi valideynlərə bildirilmişdir. Valideynlərdə mütləq şəkildə istər tədqiqata istərsə də tədqiqatı keçirdən şəxsə qarşı inam olmalıdır. Buna səbəb isə valideynlərin verdikləri məlumatları daha doğru və dəqiq verməsi tədqiqatın vacib şərtlərindən biridir. Və verilən məlumatlar əlbəttə ki, anonim olaraq saxlanılır.

Tədqiqatın metodoloji əsasları.

1. İlk öncə valideynləri qruplaşdırmaq məqsədi ilə Sosio-demoqrafik anket formasının yaradılması.

2. Övladında ASP diaqnozu yaşanan valideynlərin həyat keyfiyyətini müəyyən etmək üçün Dünya Sağlamlıq Təşkilatının Həyat Keyfiyyəti şkalasının (WHOQOL-BREF) istifadə edilməsi.

Tədqiqatın predmeti. Övladı Autistik Spektr Pozuntusu olan ailələrin həyat keyfiyyəti və onun psixoloji təhlili.



Tədqiqatın məqsəd və vəzifələri: Seçdiyim tədqiqatın əsas məqsədi autizmlı uşaqların ailələrində yaşanan problemlərin həyat keyfiyyətinə təsirini öyrənmək, təsirin psixoloji təhlili və nəhayət bu təsiri azaltmaq məqsədi ilə irəli sürülən təkliflərdən təşkil olunmuşdur.

Tədqiqatın vəzifələri: Vəzifələrin həll olunması nəticəsində qarşıya qoyulmuş məqsədin reallaşmasına səbəbdir.

1.ASP- nin reabilitasiyasında ailənin rolunu müəyyən etmək.

2.Övladına ASP diaqnozu qoyulmuş valideynlərin həyatlarında baş verən dəyişiklikləri müəyyən etmək.

3.Ailədə baş verən dəyişikliklərin həyat keyfiyyətinə təsirini müəyyən etmək.

4.Tədqiqat zamanı əldə olunan nəticələrin psixoloji, riyazi-statistik və müqayisəli təhlil etmək.

5.Tədqiqatın son nəticələrini müəyyən etdikdən sonra övladına ASP diaqnozu qoyulmuş ailələrin həyat keyfiyyətlərini yüksək saxlamaq istiqamətində təkliflərin təşkil olunması.

İrəli sürülən hipotezlər:

1.Övladı Autizm Spektir Pozuntusu olan ailələrdə həyat keyfiyyəti aşağı enmişdir.

2.Azərbaycanda Övladında ASP problemləri olan ailələrdə psixoloji, sosioloji, iqtisadi problemlər yaşanır və bunun nəticəsində HK aşağı enir

3.Aylıq gəlirin, cinsiyyət fərqlinin, təhsil səviyyəsinin, HK –nin aşağı enməsi arasında korrelyasiya vardır.

Tədqiqatın elmi əhəmiyyəti. Dünyada və Azərbaycanda aktual olan mövzu istiqamətində tədqiqat aparmağın elmi əhəmiyyəti böyükdür. Bəzən reabilitasiya mərkəzlərində qarşılaşdığımız bir vəziyyət olur ki, uşağın problemindən məsul şəxs kimi yalnız psixoloq, pedaqoq, loqoped, psixopedaqoqlar nümayiş etdirilir. Lakin uğurlu nəticə əldə etməyimiz üçün mütəxəssis və valideynin iş birliyi olmalıdır. Ailəsində psixoloji, sosioloji, iqtisadi, ailədaxili ünsiyyət problemləri yaşayan valideynlər necə övladlarına doğru istiqamətləndirə bilər? Bu istiqamətdə valideynlərlə mütəmadi olaraq psixoloji dəstək vermək lazım gəlir.

Tədqiqatın strukturu. Tədqiqat işi: ixtisarlara, giriş, üç fəsil, nəticə, tövsiyyə, ədəbiyyat siyahısı və əlavələrdən təşkil olunub.

## I FƏSİL.AUTİZM SPEKTR POZUNTUSU

### 1.1. Autizm Spektr Pozuntusu haqqında ümumi məlumat

Henry Maudsley 1867-ci ildə bəzi - kiçik yaşlarında inkişafında müəyyən dəyişikliklər, gecikmələr və ağır dərəcədə zehni problemləri olan – uşaqlardan bəhs etmişdir. Bu dövrdə psixoz diaqnozu məhz kiçik yaşlarda yuxarıda qeyd olunan əlamətlərə sahib uşaqlara qoyulurdu(8, səh.65-78).

Autizm sözü Yunan dilindən götürülərək istifadə olunmuşdur. İlk zamanlar “Autistik” kəliməsi istifadə edilsə də daha sonra “Autizm” olaraq dəyişdirilən bu ifadə autos (öz) və ismos (vəziyyət) sözlərinin birləşməsindən əmələ gəlmişdir.(15, səh.455)Leo Kanner 1943-cü ildə “Emosional Bağın Autistik Pozuntusu” (“Autistic Disturbance of the Affective Contact“) adlı məqaləsində on bir uşağın klinik xüsusiyyətlərini ətraflı olaraq izah etmişdir.Bu uşaqlarda digər insanlara qarşı nəzərə çarpacaq qədər marağın olmamağı,hər hansısa bir dəyişikliyə verilən kəskin reaksiya və dilin funksiyasında olan pozuntunun olduğunu söyləmişdir. Kanner bu vəziyyəti “Erkən uşaqlıq autizmi” (“early infantil autism”) olaraq adlandırmışdır və eyni zamanda “Həddsiz tənhalıq” mənasında da istifadə etmişdir(28, səh.46).Digər yazarlar Autizmi Şizofreniyadan fərqli olduğunu müzakirə edirdilər. (16, səh. 64) Kanner qeydlərində erkən başlamış olan şizofreniyanın autizmlı uşaqlardan fərqli olaraq ən az iki il ərzində normal inkişaf prosesinin olduğunu və özəlliklə də infantil autizmlı uşaqların normal ünsiyyətqurma bacarıqlarının olmadığını vurğulamışdır(12, səh.112).

Eisenberg və Kanner (1956-cı il) “Erkən Uşaqlıq Autizmi” üçün ölçmə meyarları hazırlamışlar və davranışa aid iki xüsusiyyəti müəyyən etmək üçün vacib və yetərli olduğunu da vurğulamışdırlar:

- 1.Ətrafda olan digər insan və əşyaların fərquində olmama və uzaqlaşma.
- 2.Dəyişikliyə qarşı aşırı reaksiya.

Bu əlamətlər ən gec iyirmi dörd aya qədər özünü göstərməli idi(29, səh.55-63).

“Uşaqlıq çağı autizmi” (“childhood autism”) ifadəsini Rutter 1978-ci ildə istifadə etmişdir və ifadə etdiyi bu vəziyyət üçün dörd təməl xüsusiyyət

qeydəlmişdir:1.Dilin inkişafında gecikmə, 2.Sosial inkişafında pozuntu, 3.Eyniliyə üstünlük vermək, 4.Əlamətlərin otuz aydan əvvəl meydana çıxması (47, səh.81).

Rutterin təsnifatında Autizmin əqli geriliklə heçbir əlaqəsinin olmadığı vurğulanmışdır,əsas şərt bu xəstəliyin başlanma müddətinin otuz aydan əvvəl idi(39, səh.142).

Gould və Wing 1979-cu ildə maraqlı və yeni bir ifadə istifadə etmişdirlər-Autizm Spektr Pozuntusu. Üç əsas sahədə yer alan əlamətlərin istər şiddətlik dərəcəsinə görə istərsə də bir çox müxtəlif formalarda meydana çıxacaqlarını müəyyən etmişlər. Hansı ki Kanner sosial sahədə pozulmanı yalnız “uzaqdurma” şəklində ifadə etmişdir Gould və Wing bununla yanaşı “passivlik” və “aktiv ancaq uyğunsuz” ifadələrini də işlətməmiş nəticə olaraq üç alt qrup qeydə alınmışdır:1. Uzaq; 2.Passiv; 3.Aktiv,lakin qəribə(53, səh.13).

Autizm beynəlxalq təsnifat sistemində 1967-ci ildə ilk dəfə olaraq ICD-8də (İnternational Classification of Diseases-8th edition) yalnız şizofreniyanın alt qrupu olaraq yer almışdır. 1980-cı ilə qədər APA autizmin əsas meyarlarını xüsusi bir başlıq altında qeydə almamışdır.DSM sisteminə ilk dəfə olaraq 1980-cı ildə daxil olunmuşdur. DSM-nin birinci və ikinci buraxılışında autizm şizofreniyanın davamı olaraq yazılmışdır ancaq rəsmi olaraq müəyyən olunmamışdır.(42, səh.321) DSM-III isə “Yayılmış İnkişaf Pozuntuları” başlığı altında yazılmışdır və “Erkən Uşaqlıq Autizmi”,”Uşaqlıq Dövründə Başlayan Yayılmış İnkişaf Pozuntusu” və “Atipik Yayılmış İnkişaf Pozuntusu” olaraq təsnif olunmuşdur(13).

ICD-9da uşaqlıq autizmi –uşaqlıqda başlayan psixozlar adı altında yer alırdı.Bu təsnifata əsasən Uşaqlıq Autizmi şizofreniyanın ilk mərhələsi kimi qiymətləndirilirdi. 1992-ci ildə ICD-10da autizm Yayılmış İnkişaf Pozuntuları adı altında yer aldı.

Avstriyalı Hans Asperger uşaq həkimi olmuşdur və 1944-cü ildə bir qrup uşaqları müəyyən etmişdir ki,bu uşaqlar öz yaşlıları ilə empatiya qura bilmir və fizioloji olaraq problemləri vardır.52, səh.115)DSM-III yayımlanan zaman Asperger sindromu hələ heçbir ədəbiyyatda rast gəlinməmişdir və bunun nəticəsi olaraq DSM-III-də Yayılmış inkişaf pozuntularında Asperger sindromu alt tip olaraq yer almamışdır. 1987-ci ildə DSM-III-R yayımlanan müddətdə Asperger sindromu üzərində bir çox çalışmalar aparılmışdır. Bu çalışmalar nəticəsində Amerikada olmasa da,Avropada Asperger sindromu Yayılmış inkişaf

pozuntularının tədqiqatçıları tərəfindən tanınırdı. Belə bir fikir də var idi ki, Asperger sindromu Autizmin daha yüngül bir formasıdır və bunu Wing 1981-ci ildə irəli sürmüşdür. Baxmayaraq ki, DSM-III-R Wingin irəli sürdüyü fikirləri qəbul etmişdir lakin bu sindrom haqqında heçbir meyar, təsviri əlamətlər yox idi. DSM-III yayımlandıqdan sonra yeni məlumatlar və araşdırmalar Asperger sindromunu (1981-ci il Wing), Dezintegrativ Psixoz (1985-ci ildə Rutter) və Rett sindromu (1987-ci ildə Gillberg) kimi inkişaf pozuntularını Yayılmış İnkişaf Pozuntularının alt tipləri olaraq qəbul edilməsinin gərəkli olduğunu söyləmişdir. Lakin bu pozuntuların yetərincə diaqnoz qoymaq üçün xarakterik xüsusiyyətləri olmadığından DSM-III-R Yayılmış İnkişaf Pozuntuları-Başqa cür adlandırılı bilinməyən başlığı altında təsnif etmişdir. DSM-IV (1994-cü il) və ICD-10 (1992-ci il) hər ikisində “Yayılmış İnkişaf Pozuntuları” termini olduğu kimi qorunaraq saxlanılıb və əlavə olaraq beş əlavə kateqoriya dəqiqləşdirilmişdir: 1. Autistik Pozuntu, 2. Rett Sindromu, 3. Uşaqlıq Çağı Dezintegrativ pozuntu, 4. Asperger Sindromu, 5. Atipik Autizm. Burada Atipik Autizmdən başqa digərlərinin diaqnostik ölçmə meyarları da qeyd olunmuşdur(54).

2007-ci ildə APA, YİP-ni yenidən nəzərdən keçirtmək, yeni ölçmə meyarlarını araşdırmaq və YİP anlayışını dəyişdirmək məqsədi ilə bir çalışma qrupu yaratmışdır. Beləliklə, Neyroinkişaf Pozuntular adlı çalışma qrupu formalaşdırıldı. Ümumilikdə 2500 saat fərdi görüşmələr və digər vasitələr ilə isə 3500 saat işlədikdən sonra yeni bir termin meydana çıxdı. YİP əvəzinə “Autizm spektr pozuntuları” olaraq dəyişdirildi. Alt tiplər olaraq 1. Asperger Sindromu 2. Atipik Autizm 3. Uşaqlıq Çağı Dezintegrativ Pozuntu dəqiqləşdirilmişdir. Çalışma qrupu eyni zamanda Rett sindromunu DSM-V də yayımlanan ASP kateqoriyasından çıxarılmığını bildirmişdir(1).

ASP Epidemiologiyası: İllər əvvəl Autizm dedikdə insanlara yad informasiya kimi gəlirdisə, indiki dövrdə hər kəsin az da olsa Autizm haqqında bir məlumatı vardır. Bu da o deməkdir ki, illər əvvəl bu diaqnoz ilə az-az qarşılaşırdıqsa, indi tam əksi ilə qarşılaşırıq. Elmi statistikalara əsasən 1970-ci illərdə 10.000-də 2-5 aralığında rastgəlmə tezliyi olurdusa, illər sonra, yəni 1970-1998 illəri aralığında bu rəqəm 10.000-də təxminən 14,3 görülürdü(23, səh.86). İngiltərədə bir tədqiqat keçirilmişdir, hansı ki, yaşları 2,5-6,5

aralığı olan uşaqlarda 10.000-də 16,8 Autizm Sindromu, 10.000də 62,6 sıklığında isə Yayılmış İnkişaf Pozuntusu görülmüşdür(21, səh.285).

Ümumilikdə dünya əhalisinin 1 %-də ASP rast gəlinir. 12 il bundan əvvəl hər 150 uşağdan birində, altı il bundan əvvəl hər 88 uşağdan birində, son 4 ildə isə 68 uşağdan birində ASP görülüb.

Bildiyimiz kimi, cinsiyyətə görə də rast gəlmə tezliyi dəyişir və nəticədə oğlanlarda qızlara nisbətən ASP daha çox görülür. Oğlanlarda hər 54 uşağdan birində, qızlarda isə hər 252 uşağdan birində ASP rast gəlinir. Bu da o deməkdir ki, oğlanlarda qızlara nisbətən 5 dəfə daha sıx görülür. Amma oğlanlarda bu pozuntunun tez-tez rast gəlinməyinin səbəbi hələ elmə tam məlum deyil. Bu istiqamətdə bir çox hipotezlər irəli sürülür, lakin heç bir elmi əsaslandırma olmadığından bir nəticəyə gəlinmir. ASP nə irqdən, nə millətdən nə dindən, nə təhsil səviyyəsindən nə də sosial statusdan aslı olmayaraq yaranır.

Differensial Diaqnostika: ASP olan uşaqlarda elə simptomlarla qarşılaşırıq ki, digər differensial diaqnozlarla səhv salınma ehtimalı artmış olur. Əsas da İnkişaf ləngimələri ilə ASP səhv salına bilər. Burada ortaq əlamətlər olmuş olsa da əsas fərq ondan ibarətdir ki, İnkişaf ləngiməsində hərşey geriləyir və yanaşı olaraq fiziki inkişafda da geriləmə halı ilə qarşılaşırıq. Amma çox zaman ASP-də fiziki ləngimə olmur(48).

Bildiyimiz kimi, ASP-də ətrafa reaksiya zəif olduğundan eşitmə qüsurlarından ilk zamanlar şübhələnilir. Lakin eşitmə testi edildikdən sonra şübhələr aradan qalxır. Digər hal isə nitq qüsurlarıdır. Burada da eyni situasiya ilə qarşılaşırıq. Bəzən ASP-dən öncə nitq qüsurlarından şübhə duyulur. Buna səbəb isə ASP-də ifadə nitqinin zəif və heç olmamasıdır. Bəzən isə uşağa laqeyd olmaq nəticəsində onda sosial bacarıqların defisiti üzə çıxır. Bu zaman da ASP ilə qarşılaşdırıla bilər. Lakin belə uşaqlara diqqət yetirildikdə və müdaxilə edildikdə sosial defisit qısa müddətə aradan qalxa bilər. ASP-də ən çox qarşılaşdığımız Differensial Diaqnozlar aşağıdakılardır:

1.Landau-Kleffner sindromu, 2.Tuberoskleroz, 3.Qarışıq İnkişaf Pozuntuları, 4.Dili qəbuletmə və İfadəetmə Pozuntusu, 5.Frafil sindromu, 6.Reaktiv Bağlanma Pozuntusu (41, səh 173).

Komorbidlik: Komorbidlik dedikdə ilk öncə ASP ilə yanaşı görülən xəstəliklər nəzərdə tutulur. ASP diaqnozu qoyulmuş bir uşağda eyni zamanda müxtəlif

diaqnozlar da ola bilir. Meydana belə bir sual çıxıa bilər “-ASP diaqnozu olan bir uşaqda digər diaqnozun olmağı ASP-dən qaynaqlana bilərmi? “

– Birbaşa əlaqəli olmasa da dolayı yolla əlaqəli ola bilər. Məsələn:ASP diaqnozu qoyulmuş bir uşaqda yanaşı xəstəlik kimi Diqqət Əksikliyi və Hiperaktivlik Pozuntusu diaqnozu qoyulub. Bu birbaşa əlaqəli olmasa da dolayı yolla əlaqəlidir,beləki, ASP diaqnoz qoyulmuş uşaqlarda ətraf mühitə,insanlara qarşı marağın az olmağı və ya olmaması diqqətin bir obyektə fokuslanmasında defisit olur və tez-tez diqqət yayır.

ASP ilə ən çox görülən yanaşı xəstəliklər: 1.Obsessiv-Kompulsiv Pozuntu, 2.Diqqət Əksikliyi və Hiperaktivlik Pozuntusu, 3.Depressiya, 4.Yuxu Pozuntuları, 5.Təşviş Pozuntuları, 6.Epilepsiya, 7.Tiklər, 8.Frajil X Sindromu, 9.Tuberoskleroz, 10.Angelman və Prader-Willi Sindromu, 11.Mədə-bağırsaq problemləri (26).

Diaqnozu ASP olan insanlarda 15 %-də bilinən genetik pozuntular vardır. Frajil X,Tuberoskleroz və Angelman və Prader-Willi Sindromları buna misal ola bilər(32).

Etiologiya: XXI əsrin aktual Diaqnozlarından biri olan ASP-nin yaranma səbəbləri tam dəqiqliklə bilinmir.Keçən əsrin 60-70-ci illərində irəli sürülən fərziyyələrdən birində hamiləlik dönmində ananın dölə qarşı laqeyd və soyuqqanlı olmağı Autizmə səbəb kimi göstərilirdi. Lakin aparılan araşdırmalar fərziyyənin doğruluğunu təsdiqləməirdi. Bu dövrlərdə digər bir fərziyyədə Autizmin yaranmasına səbəb kimi valideynlərin uşaqları üçün seçdiyi tərbiyə yontəmlərindən qaynaqlandığı göstərilirdi.Lakin bu fikri sübut etməyə heçbir dəlil yox idi. Ümumilikdə desək ASP-nin yaranma səbəbi kimi bir yox bir neçə faktordan bəhs edilir.

Genetik faktorlar: ASP-də Ailə və əkizlər üzərində iş genetik faktorun önəmli olduğunu vurğulanır. ASP hallarında 15 %-i bəlli bir genetik mutasiya ilə əlaqəli olduğu görünsə də,çox zaman genetik keçən bir hal kimi qəbul olunur.

Ailələr üzərində iş aparılarkən əsas kriteriya həmin ailədə iki və daha çox uşaqda ASP diaqnozunun olmağı idi. Hansı ki, belə ailələrdə sonradan dünyaya gələcək uşaqda təxminən 50 % ASP diaqnozu görülə bilər.Qardaş və ya bacısında ASP diaqnozu olan uşaqlarda nəinki Autizm, eyni zamanda müxtəlif inkişaf ləngimələri,sozial münasibətdə problemlər də ola bilər və risk faktoru artmaqdadır.Əkizlər üzərində iki böyük tədqiqatın nəticələrinə baxıldıqda birinci

tədqiqatda eyni yumurta əkizlərində ASP-nin ortaq xəstəlik kimi görülmə %-i 36-dır, müxtəlif yumurta əkizlərində isə 0 %-dir. İkinci tədqiqatın nəticələrinə baxıldıqda isə eyni yumurta əkizlərində ortalama 96 %, müxtəlif yumurta əkizlərində isə təxminən 27 % olduğu müəyyən edilmişdir (30, səh.1153).

Elə ailələr vardır ki, ASP-nin simptomları müxtəlif formada özünü göstərir. Bu isə genetik keçmənin bir çox modellərinin olduğu deməkdir. Tədqiqatlar müəyyən genetik nümunələrdəki artma və azalmaların ASP üçün risk faktorunun olabilecəyini göstərməkdədir.

Autizmin səbəbləri kimi göstərilən genetik faktorlar üç əsas qrupa bölünür:

1. Sitogenetik müayinələrlə təyin oluna bilən müxtəlif xromosom anomalilər (5%),
2. Genomda aşkarlanan bəzi dəyişikliklər-nüsxə sayısı dəyişikliklər (10-20%),
3. Klinik göstəricilər çərçivəsində autizm tapıntılarının yer aldığı və tək gen mutasiyalarının səbəb olduğu genetik sindromlar (5 %).

1. Xromosom anomalilər: Autizmlı uşaqların təxminən 5% də yüksək keyfiyyətli sitogenetik müayinələrdə xromosom aneploidi müəyyən edilmişdir. FISH texnikası istifadə edilərək aşkarlanan xromosom anomaliləri də faktların 3-5 faizindən məsuliyyət daşıyırdı. Belə bir fikir də vardır ki, bütün xromosomlarda rastlanan sitogenetik anomalilər ilə autizm arasında bir əlaqə vardır. Lakin bu fikir öz əksini tapmamışdır və yalnız bir neçə dənə “major autizm lokusu” olaraq xarakterizə edilə biləcək səviyyədə müəyyən edilmişdir (27).

2. Genomda aşkarlanan nüsxə sayısı dəyişiklikləri: Autizmlı xəstələri diaqnostik qiymətləndirmədə yüksək keyfiyyətli xromosom analizi və FISH texniklərinin əvəzinə qarşılaşdırılmalı genomik hibridizasiya üsulu yer almışdır. (34, səh 88) Səbəbi bilinməyən autizmlı xəstələrdən 7-10 % genetik hibridizasiya yolu ilə klinik cəhətdən əhəmiyyətli genomik ziddiyyət müəyyən edilmişdir. Autizm sindromuna əlaqəli vəziyyətlərdə bu nisbət daha yüksəkdir (40).

3. Genetik sindromlar: Autizmin əlamətləri tək gen mutasiyalarının səbəb olduğu genetik sindromların əhəmiyyətli bir hissəsində nəzərə çarpacaq dərəcədə aşkarlanır. Autizm sindromu ilə yanaşı tez-tez qarşılaşdığımız yanaşı sindromlar vardır:

Frajil X sindromu, Sotos sindromu, Zoubert sindromu, Tuberoskleroz kompleksi, Cohen sindromu, Angelman sindromu, Williams sindromu, WAGS sindromu.

Etiologiyası hələ də tam olaraq müəyyənləşməmiş olan Moesius və Landau-Kleffner sindromunun klinik nəticələri arasında Autizm sindromu da aşkarlanmışdır (36, səh.44).

Autizmin etiologiyasında genetik faktor rol oynayır. Bunu ümumiləşdirsək:  
 1. ASP diaqnozu oğlanlarda qızlara nisbətən 4-5 dəfə daha çox rast gəlinir,  
 2. ASP diaqnozu qoyulmuş uşağın bacı-qardaşında ASP diaqnozu ilə qarşılaşma ehtimalı 10-20%-dir,  
 3. Tək yumurta əkizlərində 60-90%, müxtəlif yumurta əkizlərində 0 - 20% rastgəlmə tezliyi vardır,  
 4. Elmi məlumatlara əsasən ASP diaqnozu ilə bir çox yanaşı xəstəliklərlə qarşılaşırıq.

Sosial faktorlar: Keçmiş dövrdə fərqli xəstəliklərlə səhv salınan ASP diaqnozu artıq anormal beyin inkişafının görüldüyü neyroinkişaf pozuntusudur (49, səh.138). ASP diaqnozu özünü qarşılıqlı sosial təsir və əlaqədə yetərsiz göstərir. ASP diaqnozuna səbəb kimi irəli sürülən sosial faktorlar üzərində müxtəlif araşdırmalar aparılmışdır. Beləliklə, bu araşdırmalarda peyvəndlər, viruslara yoluxma, bakterial infeksiyalar immun sistemində fərqliliklər, toksik maddələrə məruzqalma və ən əsası ailə faktoru yer almışdır. Valideynlər hədsiz dərəcədə peyvəndlərin edilməsindən qorxurdular. Peyvənd üzərində aparılan araşdırmalarda bir çox peyvənd növlərində thimerosal olduğu aşkarlanmışdır. Beləliklə bu səbəbdən, peyvənd çox edilən fərdlərin yüksək civəyə məruz qaldığı müəyyən edilməkdədir. İstər erkən uşaqlıq, istərsə də uşaqlıq dövründə çox peyvənd edilən uşaqlarda civənin miqdarının çox olmasını əlaqələndirərək ASP olma ehtimalının yüksək olduğu müzakirə obyektinə çevrilmişdir. Dünyada eləcə də Azərbaycanda bu fikrə əsaslanaraq övladına peyvənd edilməsinə tam qarşı olan valideynlər çoxdur.

Digər araşdırmalarda ASP diaqnozu qoyulmuş uşaqlarla digər sağlam uşaqlar arasında peyvəndin yaratdığı anticimlərin miqdarı arasında heç bir fərq aşkarlanmamışdır. Lakin digər bir çalışmada rubella, qızılca, uşaq iflici kimi peyvəndlərlə ASP diaqnozu arasında 1/13 nisbətdə əlaqənin olduğu tapılmışdır. ASP diaqnozuna səbəb olacaq faktorlar araşdırılarkən, viruslara məruzqalma və immun sisteminin defisiti sosial faktor kimi təyin edilmişdir. Digər sosial faktorlara ailə



mühiti də daxil edilir. Burada ailənin sosial-iqtisadi demoqrafik vəziyyəti, ailənin adət-ənənəsi, şəxsi xüsusiyyətlər, ailə dəyərləri təşkil olunmuşdur.

Ailə faktoru kimi irəli sürülən digər fikirlər: ASP diaqnozlu uşaqların valideynlərində cəmiyyəti təşkil edən digər valideynlərdən istər psixoloji vəziyyətində istərsə də davranışlarında nəzərə çarpacaq qədər fərqliliklər vardır.

ASP diaqnozlu uşaqların valideynlərində Obsessiv-kompulsiv pozuntunun özəllikləri rast gəlinir. ASP diaqnozlu uşaqların birinci dərəcəli qohumlarının 25%-də yüngül autizm spektr pozuntularının əlamətləri görülür və bu vəziyyət “Geniş Autizm Fenotipi” adlandırılır (17, səh. 885).

ASP-nin səbəbləri indiki dövrün aktual suallarından biridir. Və tədqiqatçılar bu istiqamətdə araşdırmalar aparırlar.

## 1.2. ASP-nin diaqnostikası

Autizm spektr pozuntularının əsas əlamətləri.

Sosial ünsiyyətdə və qarşılıqlı münasibətdə yetərsizlik.

Öz yaşına uyğun gözlənilən səviyyədə qarşılıqlı sosial bacarıqların olmamağı xarakterik xüsusiyyətlərindən biridir. Qeyri-verbal və özlərinə məxsus ünsiyyət formaları nəzərə çarpır. ASP diaqnozlu uşaqların yeni insanla münasibətə girərkən kortəbii və çeviklik bacarıqlarında əksikliklər vardır (5, səh. 1155). Bununla yanaşı qarşılıqlı gülümsəmə ASP diaqnozlu uşaqlarda rast gəlinməz. Göz kontaktı digər uşaqlara nəzərən zəifdir, nadir hallarda olur və göz təmasının zəifliyi əsas uşaqlıq və yeniyetməlik dövründə çox olur. Bəzən ASP diaqnozu qoyulmuş uşaqların xüsusiyyətləri ilə bağlı yanlış fikirlərlə qarşılaşırıq. Misal olaraq ASP diaqnozlu uşaqların sosial inkişafında bağlanmanın heç olmaması deyil, atipik olması daha doğrudur. Digər uşaqlardan fərqli olaraq ASP diaqnozu olan uşaqlar insanları doğma, yad olaraq ayırd edə bilməzlər.

Emosional bağlanmanı yoxlamaq istədikdə valideynləri uşaq olan otaqdan çıxardırıq və daha sonra uşağın valideynləri olmadıqda verdiyi reaksiyaya baxırıq. Çox zaman autistik uşaqlar valideynlərinin yoxluqlarının fərqiində olmaz. Daha sonra valideynləri otağa bir-bir emosional bir şəkildə daxil edirik. Çox zaman autistik uşaqlarda valideyni gördükdə qucağına getmə, sevinmə kimi reaksiyalar

izlənilmir. Digər uşaqlarla oynamağa marağ göstərməzlər və ehtiyac duymazlar. İstər uşaqlarla istərsə də böyüklərlə ünsiyyətlərində, davranışlarında nəzərə çarpacaq qədər fərqlilikləri vardır. Ortaq marağın, qarşılıqlı ünsiyyətin olmamağı rast gəlinir. ASP diaqnozlu şəxslərdə yuxu, yemək pozuntuları kimi gündəlik rejimdə pozuntular rast gəlinir. Eyni zamanda krizlər, özünə və ətrafa qarşı aqressivlik kimi müxtəlif davranış problemləri ola bilər(25, səh.17).

ASP diaqnozlu uşaqlarda çox zaman duyğuları qavrama və digər insanların emosional vəziyyətlərini anlama bacarıqları zəif olur. Bunun nəticəsində də empati duyğusunu inkişaf etdirməkdə problem yaşayırlar. Empati duyğusunun olmağı cəmiyyətdə insanlarla sosial münasibəti qurmaqda yardımçı olur. Autistik uşaqlar həmyaşdqları ilə sosial münasibət qurma bacarığı olmadığından digər uşaqlar tərəfindən təcrid olunurlar.

Məhdud və təkrarlanan davranış nümunələri, marağ dairələri: Məhdud və ritual maraqlar, stereotip davranış formaları ASP üçün əsas klinik göstərici hesab olunur. Öz ətrafında dönmə, əşyaları fırlatma, fırlanan əşyaları uzun müddət izləmə, yellənmə, tullanma, barmaq uçuunda yerimə, əşyaları ard-arda düzmə kimi nümunələr gətirilə bilər. Qeyd edim ki, ASP-li uşaqlar musiqiyə qarşı hədsiz maraqlıdırlar. Əşyalara toxunmaq, onlara sürtünmək və onları iyləmək kimi davranışlar da izlənə bilər. (33, səh.639) Bildiyimiz kimi uşaqlar oyun oynamaq əsnasında özünü, dünyanı kəşf edirlər. Oyunları da davranışları kimi təkrarlanan və stereotip xarakter daşıyır. Eyni bir oyunu təkrarən dəfələrlə oynaya bilərlər(46). Çox zaman onların oyunları həmyaşdqlarına baxdıqda daha qatı, təkrarlanan və cansıxıcı olur. Erkən uşaqlıq və yeniyetməlik dönəmində ənənəvi və kompulsiv davranışlar tez-tez görülməkdədir. Buna misal olaraq əşyaları sıra ilə, eyni rəng üzrə düzmək, eyni əşyaya və paltara bağlılıq göstərmək olar.

Zəka və idrak xüsusiyyətləri: ASP diaqnozlu uşaqlarda zəka geniş bir aralığı təşkil edir. Təxminən yarısında 50-dən aşağıdır, dördü birində isə 70 və daha yüksək İQ görülür(44, səh.760). İdrak proseslərinin funksiyaların formaları dəyişkəndir. Bəzən isə ASP əlamətləri ilə üst-üstə düşməyə bilər. ASP diaqnozlu qızlarda İQ səviyyəsi, oğlanlara nisbətən daha aşağı olduğu ehtimal edilir. Zəka səviyyəsinin aşağı olması pis proqnoza işarə edir(45).

Autizm spektr pozuntularının ağır formalarının davranışlarına baxıldıqda həm özünə,həm ətrafdakı insanlara və əşyalara ziyan vermə davranışlarını görə bilərik. Çox zaman davranış stereotipləri ortaya çıxır. Dəyişikliklərə qarşı çox həssas olurlar. İstər evdə əşyaların yerini dəyişmək, istər qidalanma və yuxu rejiminin dəyişdirilməsi, istər geyimin dəyişdirilməsi uşaqda böyük krizə, təşvişə, qorxuya səbəb olur.

Motorikada da müəyyən problemlərlə qarşılaşa bilərik. Bunlara müvazinət problemi, yeri-yerkən qolları anormal formada hərəkət etdirmək, barmaq ucunda yerimə və doğru olmayan duru. Daxil edilə bilər(43, səh.352).

DSM-5 əsasən Autizm Spektr Pozuntuların diaqnostik meyarları(35, səh.583-592)

A.Sosial əlaqə və qarşılıqlı sosiallaşmada qalıcı yetərsizliklər aşağıda maddələr formasında verilmişdir.

1.Sosial-emosional münasibətdə yetərsizliklər. Normal olmayan yaxınlaşma tərzini və ya qarşılıqlı ünsiyyət qurma bacarığının formalaşmaması, emosiyaların və ya maraq dairəsinin azalması, emosional qarşılıq verməmə və ya qarşılıqlı sosial münasibətə girməmə arasında dəyişkənlik göstərməkdədir.

2.Qarşılıqlı sosiallaşmaq üçün istifadə olunan qeyri-verbal münasibət davranışlarında yetərsizliklər: verbal və qeyri verbal münasibətin zəifliyi göstərməkdədir. Misal olaraq göz təması və bədən dilində zəifliklər və ya mimikaların istifadəsində və başa düşülməsində yetərsizliklər və üz ifadəsinin və qeyri-verbal əlaqənin tamamilə yoxluğu arasında dəyişkənlik göstərməkdədir.

3. Münasibətlərin inkişaf etdirilməsi, davam etdirilməsi və mənalandırılmasında yetərsizliklər: misal olaraq müxtəlif sosial vəziyyətlərə uyğun davranışların inkişaf etdirilməsində çətinliklər göstərməkdədir. Dostlaşmada və yaradıcı oyunları paylaşmaqda çətinliklər, həmyaşadlarına qarşı marağın olmaması arasında dəyişkənlik göstərməkdədir.

Nə dərəcədə şiddətli olduğunu müəyyən edin:

Şiddət sosial münasibət pozuntuları və məhdud, təkrarlanan davranış formalarına görə müəyyən edilir:

B.Təkrarlayıcı və məhdud davranış, maraq və fəaliyyət formaları aşağıda maddələr formada verilmişdir. Əlamətlər indiki anda müşahidə edilə bilər ya da hekayədən əldə edilə bilər:

1. Stereotip, təkrarlanan motor hərəkətlər, əşyaların istifadəsi ya da danışmaq. Məsələn: sadə motor stereotipləri, oyuncaqları sıra ilə düzmə və ya əşyaları çevirmə, exolaliya, özünə məxsus ifadə formaları.

2.Eyniliyə qarşı təkitemmə, rutinlərə qarşı hədsiz bağlanma, rituallaşmış verbal və qeyri-verbal davranış formaları. Məsələn: kiçik dəyişikliklərə qeyri adekvat reaksiya, dəyişikliklərdə çətinliklər, hərgün eyni yeməyi yemək və eyni yolu istifadə etmək istəyi, qatı düşüncə formaları və rituallar.

3.Fokuslanma dərəcəsi anormal olan məhdud və sabit maraq dairəsi. Məsələn: hədsiz məhdud və ya obsessiv maraq dairəsi, adi əşyalara bağlanma və ya hədsiz məşğul olma.

4.Ətrafdakı duyğusal stimullara qeyri-adi maraq, emosional reaksiyalara hədsiz və ya çox az reaksiya göstərmək. Məsələn: müəyyən səs və iylərə qarşı mənfi reaksiya, əşyaları hədsiz qoxulama və ya aşırı sürtünmə, hərəkətlərə və işıqlara vizual heyranlıq, ağrı və istiyə qarşı vecsizlik.

Nə dərəcədə şiddətli olduğunu müəyyən edin:

Şiddət sosial münasibət pozuntuları və məhdud, təkrarlanan davranış formalarına görə müəyyən edilir:

C.Əlamətlər erkən inkişaf dönməndə özünü biruzə verməlidir.

D.Simtomlar mövcut vəziyyətdə, sosial, peşə və ya digər əhəmiyyətli sahələrdə klinik olaraq önəmli pozuntulara səbəb olur.

E.Bu pozuntular zehni əlillik (zehni inkişaf pozuntusu) və ya ümumi inkişaf gecikməsi ilə daha yaxşı izah edilə bilməz.

Aşağıdakılar müəyyən edilməlidir:Zehni əlillik, nitq pozuntuları müşayiət olunub,olunmaması; Bilinən tibbi, genetik və ya sosial bir vəziyyət varsamüəyyən edilməlidir; Başqa bir neyroinkişaf, zehni və ya davranış yönümlü problem ilə əlaqəlidirsə müəyyən edilməlidir.

### 1.3. ASP diaqnozunda istifadə olunan müalicə metodları

Autizm elə bir problemlərdəndir ki, konkret olaraq yaranma səbəbləri, müalicəsi bilinmir. ASP-də tibbi müdaxilələr- Farmakoloji və Qeyri-farmakoloji olaraq aparılır. Müalicə dedikdə hər hansısa bir dərman preparatını qəbul etməklə nə qarşısını almaq olur, nə də var olan problem kökündən həll edir. Bəzən elə valideynlər olur ki, uzun müddətli reabilitasiya əvəzinə uşağın dərman müalicəsi görməsini istəyirlər. Amma ASP diaqnozunu müalicə edəcək dərman yoxdur. Bəzi hallarda- DƏHP, hiperaktivlik, tiklər, davranış pozuntusu, turetto sindromu kimi yanaşı xəstəliklər olarsa burada artıq psixiatrlar dərman müalicəsi yazırlar. Dərmanın təsir gücü yalnız yanaşı xəstəliyin aradan qaldırılmasına kömək olur.

Dərmanlar: 1. Antipsixotiklər, 2. Antidepressantlar, 3. Diqqət əksikliyi ilə əlaqəli dərmanlar, 4. Digər dərman vasitələri, 5. Yeni tədqiq edilən farmakoloji agentlər  
Diqqət əksikliyi ilə əlaqədar dərmanlar: 1. Stimulyatorlar, 2. Atomoksetin, 3. alfa-2 adrenerjik aqonistlər. Çox istifadə olunan dərmanlar: Haloperidol, Pimozid, Risperidon.

Elmi əsası olmayan müdaxilələr vardır ki, artıq Autizm üçün heçbir təsirinin olmadığı sübut edilib: Hiperbarik oksigen terapiyası, Dieta, sekretin, Kelasiya, Eşitmə inteqrasiya terapiyaları (TOMATİS, SAMONAS) (55).

Qeyri-farmakoloji müalicələr: İlk öncə 3 yaş və ondan əvvəlki dövrlərdə qoyulmuş ASP diaqnozun korreksiya işinin nəticəsi daha uğurlu olur. Erkən diaqnozla tez bir zamanda reabilitasiyanın nəticələrini ala bilərik. Bir çox qeyri-farmakoloji terapiyalar vardır: ABA terapiya, TEACCH, Duyğu bütünləmə, art terapiyası.

ABA terapiyası. Tətbiqi davranış təhlili yeni yaradılmış terapiya kimi düşünüləndə 70-80 ilə yaxın bir keçmişi vardır. 1913-cü ildə ilk dəfə John Watsonun başladığı bir yanaşma olmuşdur. Amerikada son 20-30 ildə autizmlə uşaqlarla istifadəsi dünyaya da yayılmışdır (57). Bugünə qədər ASP-nin reabilitasiyasında ən təsirli üsullardan biri davranış terapiyası və ya tətbiqi davranış təhlili üsuludur (56). ABA terapiyada reabilitasiya üçün erkən uşaqlıq dövrü (1,5-3,5 yaş aralığı), məktəbəqədər, yeniyetməlik və yetişkinlər üçün nəzərdə tutulmuş bir neçə terapevtik model var. Erkən yaşlarda arzuolunmaz davranışların düzəldilməsi ən təsirli haldır. Erkən müdaxilə proqramı intensiv olmalıdır. Həftədə arzuolunan saat aralığı 35-40 saatdır

ki, uşaq lazımlı davranıő bacarıqlarını öyrənə və inkişaf boşluęu aradan qaldırıla bilsin. Lakin minimum həftədə 20-25 saatdır.

ABA mütəxəssisi əvvəlcə uşaqın davranıő problemini müəyyənləşdirir, sonra qiymətləndirmə aparılır və tədris strategiyası hazırlanır, sonra "ölçmə" (tədqiqatlar aparır və davranıőları müşahidə edir) aparır. İstənilməyən davranıőlarını azaltmaqla hədəf davranıőlara və alternativ davranıőlara nail olmaęa kömək edir. Bu üsul davranıőları və ətraf mühit xüsusiyyətlərini obyektiv olaraq təhlil edir. Buna görə, müxtəlif mükafat mexanizmləri ilə davranıőların artırılması və zərurət olduqda bəzi cəzalandırma mexanizmləri ilə uyğunsuz davranıőların azaldılmaęa çalışılır. Autizmlı uşaq üçün tətbiq olunan davranıő təhlillərinin əsas məqsədi onların yaşıdları ilə ünsiyyət qurmaęa yardımçı olmaqdır.

Duyęu bütünləmə. Terapiyanın əsas məqsədi müəyyən motor və akademik bacarıqları öyrətmək deyil, beynin implusları qəbuletmə funksiyasını işlətməsini inkişaf etdirməkdir (20). Duyęu bütünləmə 1972-ci il Ayres tərəfindən irəli sürülmüşdür. Ətrafdan göndərilən implusları qəbul edib dünyamızı qəbul etmək deməkdir.

Autizmdə görülən simptomlar arasında nəzərəçarpan problemlər var. Duyęu problemləri fərdlərin ətraf mühitə uyğunlaşmasını və müvafiq davranıőları yerinə yetirmələrinə maneə törədir. Bu fərdlərin gündəlik həyatına uyğunlaşmasını azaldır, gündəlik həyat bacarıqlarını həyata keçirməsinə mane olur, akademik bazanıdılmasını çətinləşdirir və özünə qulluq problemlərini yaradır. Duyęu bütünləmə sensor integrativ yanaşması ilə bərabər, fərdin davranıőı da yaxşılaşdırılır və öz şəxsiyyətinin formalaşdırılması nəzarətini gücləndirilməsinə kömək edə bilir. Sözügedən problemləri minimuma endirmək üçün müalicə dəstəyi təmin edir. Lakin son illər psixiatrlar, psixoloqlar duyęu bütünləmənin təsir gücünün çox aşağı olduğunu vuręulamıő və ASP-də əsas müalicə metodu olmadığını demişdirlər.

TEACCH proqramı-Xüsusi qayęıya ehtiyacı olan uşaqalara, autizmə öyrətməyə imkan verən bir proqramdır. Şimali Karolina universitetində ilk dəfə hazırlanan məktəblər və fərdi işlərdə xüsusi ehtiyacları olan uşaqaları öyrətməkdə fəal olaraq istifadə olunur. TEACCH proqramı 1965-ci ildə ilk dəfə Şimali Karolina Universiteti Tibb Fakültəsi Chapel Hill tərəfindən hazırlanmışdır. Hal-hazırda isə TEACCH həyatı boyunca autizmlı

insanlara yardım və dəstək olmaq üçün geniş istifadə olunur. TEACCH programı bütün autizmlı uşaqlar üçün nəzərdə tutulan təlim və tədqiqat proqramıdır. 1970-ci illərin əvvəllərində Eric tərəfindən qurulmuşdur. Schopler və həmkarları, TEACCH proqramını, minlərlə autizmlı uşaqlar və onların ailələri ilə tədqiqat apardı (38).

Proqrama əsasən hər bir uşağın ayrı-ayrı bacarıq və qabiliyyətləri öyrəndiyi zaman, strukturlaşdırılmış öyrənmə ideyasına əsaslanır. Bu bacarıqlara aşağıdakılar daxildir: Akademik biliklər (riyaziyyat, yazı, oxu), Gündəlik həyat bacarıqları (özünə qulluq, geyinmək-soyunmaq, yemək yemək), sosial bacarıq və ünsiyyət qurmaq bacarığı. Proqramın əsas məqsəd və vəzifələri hansılardır?

Öyrənmə məqsədi: Uşağın müstəqilliyini artırmaq.

Proqramları qurarkən və uşağın vəzifələrini seçərkən, uşağın vəzifəsi təlimatları mümkün qədər müstəqil olaraq öhdəsindən gəlmək bacarığını aşılayırıq. Bunun üçün də tapşırıqda uşağın göstərişləri var. Bundan əlavə, psixoloq və valideynlərin uşağın qarşısında qoyduğu məqsədlər, uşağın inkişaf səviyyəsinə mümkün qədər yaxındır. Bir uşağın başqaları ilə effektiv və qarşılıqlı əlaqə yaratmasına kömək etmək əsas məqsədlərdən biridir. Psixoloq ünsiyyət bacarıqlarının inkişafına böyük diqqət yetirir. Bu, şifahi və ya qeyri-şifahi ola bilər (jest, işarə, kart). Əsas vəzifə uşağın digər yollarla sosial ünsiyyət qurmasını öyrətməkdir. Rəhbər bacarıqlarını artırmaq üçün uşaqlar yalnız müəllimlə birlikdə işləyir, həm də qrupun tapşırıqları zamanı digər uşaqlarla qarşılıqlı fəaliyyət göstərirlər. İntellektual bacarıqları, məktəb bacarıqlarını və fərdi qabiliyyətlərini artırmaq və inkişaf etdirmək də digər məqsədlərə aiddir. Uşaq proqramı oxuma, yazma, riyaziyyat, ətraf mühitlə əlaqə və s. kimi əsas akademik bacarıqların inkişafı üçün tapşırıqlar verilir. Bacarıqların ümumiləşdirilməsini stimullaşdırmaq üçün, uşağın evdə, bağçada, məktəbdə mümkün qədər və səmərəli istifadə etməsi məsləhət görülür. Bunun üçün valideynlərin təhsil prosesində fəal iştirak etməsi və psixoloqla eyni strategiyaya riayət etməsi çox vacibdir. Bacarıqların formalaşması üçün valideynlər təbii şəraitdə, evdə, məktəbdə yaradılan hər şəraiti hazırlamalıdır.

TEACCH proqramı, uşağın özünü daha yaxşı başa düşməsi, hiss etdiyi impluslara, vəziyyətlərə necə reaksiya verməsinə kömək edir. Emosional sahənin inkişaf etdirilməsi

üçün vəzifələri izah edir. Bundan əlavə, işin əhəmiyyətli bir hissəsi mənim hisslərim, istəklərim, ehtiyaclarım nələrdir bunları ayırd etməyi öyrədilir.

Təlim proqramı necə müəyyənləşdirilir?

İşin birinci mərhələsi diaqnostikadır. Uşağın öyrənmə tərzini, indiki inkişaf ehtiyaclarını, güclü xüsusiyyətlərini müəyyənləşdirilir. Toplanan məlumatlara əsasən və uşağın yaşını nəzərə alaraq təlim proqramı müəyyənləşdirilir. Bu proqramın məqsədi autizmlili uşaqların rahatlığının və inkişafının maksimal səviyyəsini artırmaqdır. TEACCH proqramı yalnız intellektual bacarıqların öyrədilməsini deyil, həm də sosial qarşılıqlı əlaqəni, gündəlik həyatın istiqamətini, özünü tənzimləmə bacarıqlarını da əhatə edir. Bütün proqram uşağın indiki qabiliyyətinə əsaslanır, uşağın maraqlarına və gücünə əsaslanan sistemli bir inkişafı həyata keçirir.

Art terapiya. Tustin (1986) xarici dünyadan məlumatların autizmdə kinestetik üsullarla işləndiyini və bədənin hissləri qarşısında analiz edildiyini ifadə etdi. Art terapiyanın duyğu inteqrasiyasında çətinlik yaşayanlarda uğurlu nəticə ala biləcəyini iddia olunur. Yaşanılan emosional vəziyyətin art terapiyası ilə ifadə olunması nəzərdə tutulub (31, səh.95). Autizmdə bədən duyğu mərkəzində olduğu zaman, duyğunun ifadəsini stereotipik hərəkətlərlə müəyyən edə bilir (6). Autistik xüsusiyyətləri olan uşaqlarla birlikdə art terapiya işi ümumiyyətlə ünsiyyəti, sosial bacarıqları, fərdiləşməni artırmaq nəticəsində inteqrasiyanı asanlaşdırmaqdır (18, səh.19). Art terapiya vasitəsilə hiperaktivliyi, davranış pozuntularını nisbətən kontrol altına ala bilir. Autistik uşaq enerjisini, aqressiyasını art terapiya zamanı boşaltmış olur. Əyləncəvi terapiyalar vasitəsilə uşaq sosial ünsiyyətə girməyə ehtiyac duyur. ART terapiya uşaqların hər tərəfli inkişafında rol oynayır lakin sırf art terapiyası ilə uşağı reabilitasiya etmək doğru deyil.



## II FƏSİL.ÖVLADI ASP OLAN VALİDEYNLƏRİN HƏYAT KEYFİYYƏTİ

### 2.1. ASP-nin reabilitasiyasında ailənin rolu

Ailə-Dövlət planlama təşkilatı 1990-cı ildə irəli sürdüyü tərifi görə:bir cəmiyyətdə hüquqi təmələ dayanıqlı evlilik və qanbağlılığı olan, eyni məkanda yaşayan ən kiçik toplumsal qrupdur.(3) Uşaq dünyaya gəldiyi ilk andan etibarən ailəyə - ilk sosial çevrəyə daxil olur. Uşağın inkişafında ailənin rolu böyükdür. Uşaq inkişaf etdiyi zaman ailə uşaqla bərabər zaman keçirdirsə, ona hər zaman dəstək olursa uşağın psixologiyasında müsbət olaraq öz əksini tapır. Buradan da belə bir nəticə əldə edilir ki, uşağın həyatında ən əhəmiyyətli təsir gücünə malik insanlar məhz valideynlərdir. Hamı kimi bütün valideynlərin istəyi dünyaya, cəmiyyətə sağlam bir övlad gətirməkdir.Övladlarında həm cəmiyyətin həm də özlərinin dəyərli bildiyi xüsusiyyətlərin, özəlliklərin olması valideynlər tərəfindən arzu olunandır(2).

Sağlam bir övlada sahib olmaq valideyn üçün xoşbəxtlik, qürur mənbəyi, şəxsi keyfiyyət mənasikəsb edirsə, tam əksi isə özgüvən əksikliyi, xəyal qırıqlığı, utancaqlıq, yetersizlik, dəyərsizlik ilə əvəz olunur.(9, səh.142) Övladına ASP diaqnozu qoyulmuş valideynlərdə ilk öncə bu diaqnozu bilərkən verilən reaksiyalar müxtəlifdir. Valideynlərin qəbuletmə müddəti bəzən uzun çəkə bilər. ASP diaqnozu qoyulmuş uşaqlar ailə strukturuna, mühitinə, ünsiyyət formasına təsir etdiyi kimi eləcə də ailənin, valideynlərin və digər övladların ASP diaqnozu qoyulmuş uşağa birbaşa təsir edir. Çox zaman ASP diaqnozlu uşaqlar ailənin sosial-iqtisadi səviyyəsinə, ailədaxili münasibətə, ailə üzvlərinin şəxsi keyfiyyətlərinə, fizioloji və psixoloji sağlamlıq vəziyyətinə mənfi təsir edir. Bəzən elə ailələrlə qarşılaşırıq ki, övladına qoyulan diaqnoza görə ana təqsirləndirilir. Bu istiqamətdə olan səhv düşüncənin təsirindən istər valideynlər arasında istərsə də ailənin digər üzvləri arasında münasibət dəyişir.

Bunu da qeyd etmək lazımdır ki, övladı ASP diaqnozu qoyulmuş ailələrin iqtisadi baxımdan dezavantajları digər ailələrə nisbətən daha çoxdur. (24, səh.85)Buna da əsas səbəb kimi reabilitasiya prosesinin külli miqdarda pul tələb etməsidir. ASP diaqnozunu aradan qaldırılması üçün ailənin maddi durumu ilə deyil, eyni zamanda ailədəki rollarda, ailə üzvlərinə düşən məsuliyyətlərdə, münasibətlərdə köklü

dəyişikliklər ola bilər. Analar övladının ASP diaqnozlu olduğunu öyrəndiklərindən bəri məsuliyyəti öz üzərilərinə almaqdadırlar. Ailədə hər bir fərdin öz vəzifələri olduğunu nəzərə alsaq, övladı ASP olan anaların boynuna uşağın baxımı ilə əlaqədar işlər çox düşür. Təməl ehtiyacların ödənməsi, təməl baxımın qarşılınması, psixopedaqoji inkişaf, davranış qaydalarının formalaşdırılması çox zaman anaların məsuliyyəti altında olur(19).

Belə ailələrdə iqtisadi, sosial, psixoloji yük hər iki valideyndə, əsasən də anada daha çox olur. Beləliklə bu səbəbdən aparılmış tədqiqatlar göstərir ki, anaların uşağın gələcək həyatı ilə təşvişi hər zaman atalardan çoxdur. Qadınların emosional olması, övladları ilə emosional bağın güclü olması uşaqla daha çox zaman keçirtməsi buna səbəb kimi göstərilə bilər. Digər bir səbəb isə ana uşaq arasındakı psixoloji bağın məhz ana bətnindən yaranması ilə əlaqədardır. Sosioloji amillərə əsasən ata ailənin iqtisadi durumuna görə işləməlidir. Övladı ASP olan analar bəzən qarşılaşdıqları vəziyyətə görə hətta işdən də ayrılırlar.

Qeyd etmək lazımdır ki, cəmiyyətin qınaq obyektindən narahat olan valideynlər hətta qarşılaşdıqları diaqnozu gizli saxlamağı üstün tuturlar. Bir növ cəmiyyətə ASP diaqnozlu uşaq dünyaya gətirdikləri üçün daxilən konflikt yaşayaraq günahkarlıq hissi ilə qarşılaşırlar. Aparılan bir çox tədqiqatlarda müəyyən edilmişdir ki, övladı ASP olan valideynlərdə depressiya halının görülməsi digər valideynlərə nisbətən daha sıx görülür. Buna əsasən səbəb kimi ASP diaqnozunu valideynlər olduğu kimi deyil, yanlış istiqamətdə qiymətləndirirlər və faciəvi bir hal kimi qavrayırlar.

Uşağın reabilitasiyasında ailənin rolu böyükdür. Burada istər maddi cəhətdən istər mənəvi cəhətdən valideyn övladını təmin edə bilməlidir. Valideynin emosional dəstəyi autizmlı uşağın inkişafına birbaşa müsbət təsir edir və reabilitasiyanın gedişatını sürətləndirir.

## 2.2. Valideynlərin qarşılaşdığı problemlər.

ASP diaqnozu yalnız diaqnoz qoyulan uşağın həyatını deyil, eyni zamanda ailə üzvlərinin həyatını da dəyişdirir. Autistik uşağın valideynlərin mürəkkəb

terapiya proqramlarının, evdə uşaqla məşğul olmağın, iş məsuliyyətlərinin və ailə öhdəliklərinin yaratdığı stressləri yaşadığı müəyyən edilmişdir. Nəzərə alsaq ki, reabilitasiya proseslərinin qiymətləri iqtisadi baxımdan da valideynləri stress çəkməyə sövq edir. Bu cür stress müxtəlif istiqamətdə ailə həyatına təsir edə bilər. Autistik uşaqların valideynləri uşaqlarının ehtiyaclarını ödmək və onların reabilitasiya ehtiyaclarına cavab vermək məcburiyyəti yaşayırlar. Bu diaqnoz valideynlərin həyatlarının müəyyən istiqamətlərində mənfi təsir edir.

Emosional təsir: Autizm diaqnozu qoyulan ilk gündən valideynlərin emosional sferasında dəyişikliklər baş verir. Bəzən emosional böhranlar yaşanılır. Aparılan tədqiqatlara nəticəsində ümumi əhali ilə müqayisədə onların stress səviyyəsi daha yüksək idi. Yüksək stress səviyyələrindən başqa, autistik uşaqların valideynləri aşağıdakıları vəziyyətlərlə qarşılaşırlar: uşağın davranışları üzərində cəmiyyətə qarşı utancverici hiss etmək; sosial cəhətdən təcrid olunmuş hisslər; uşaqlarının çətinliklərinə görə məsuliyyət daşıyırlar, düşüncəsi həyatlarının əsas yaşama hədəfi olur; problemin həllinə qarşı ümitsizlik; övladlarını cəmiyyətdən uzaq tutma gərəyi duymaq.

Nikah təsiri: Ailə Psixologiyası Jurnalında edilən bir araşdırmada, autistik uşaqların valideynləri, yaşlıları ilə müqayisədə boşanma nisbəti yüzdə 9,7 nisbətində olduğunu ifadə edir. Evliliyə təsir edən faktorlar aşağıdakı kimi təsvir olunur: 1. Valideynlər tez-tez övladının autizm diaqnozunu müxtəlif vaxtlarda və müxtəlif yollarla qəbul edir və bu münaqişəyə səbəb olur. 2. Çox sayda öhdəliklər, məsuliyyət və vəzifələr cütlüklərin bir-birinə zaman ayıra bilməməsinə gətirib çıxardır. 3. Autistik uşaqların xüsusi baxıma ehtiyac duymağı cütlüklər arasında gərginliyi artırır bəzən. 4. Maliyyə stressi həyat yoldaşları arasında problem yarada bilər. 5. Autistik uşaqları olan ailələr tez-tez böyük maliyyə yükü ilə üzləşirlər. Autizm müalicəsi olduqca bahalıdır (59).

Sağlıqlı bir şəkildə işləyən və güclü ailə münasibətlərinə sahib valideynlər daha az psixoloji problem yaşayırlar (37, səh.87). Ailəyə yeni bir fərdin daxil olması istər ailədəki vəzifələrə, istər qaydalarda, istərsə də gündəlik həyat fəaliyyətlərinə birbaşa təsir edir. Lakin ailəyə xüsusi qayğıya ehtiyacı olan bir

fərd daxil olarsa o zaman valideynlərin həm bir-birilə, həm də dostları ilə keçirdəcəyi zaman azalır, nəticə etibarilə psixoloji problem baş qaldırır (4). Ailədə yaşanan gərgin vəziyyətdən sonra valideynlərdə müəyyən psixopatologiyalar üzə çıxmağa başlayır. Aparılan tədqiqatlar nəticəsində ən çox rast gəlinən problemlər somatizasiya və depressiya hallarıdır. Övladına ASP diaqnozu qoyulmuş valideynlərin ailə psixoterapiyasında iştirak etməsi məsləhət görülür.

### 2.3. Həyat keyfiyyəti haqqında

Həyat keyfiyyəti yaşanılan mühitdə şəxsi vəziyyətini anlayaraq qiymətləndirməkdir. Dünya sağlamlıq təşkilatı sağlamlıq anlayışını yalnız xəstəliyin olmaması ilə deyil, eyni zamanda fizioloji, psixoloji və sosioloji yaxşı olma halı olaraq qiymətləndirir (50). HK dedikdə istər tibbi təcrübələrdə, istər gündəlik həyatda tez-tez qarşılaşacağımız bir qavramdır (10, səh.129). HK: şəxsi sağlamlıq vəziyyəti eyni zamanda keyfiyyəti müəyyənləşdirmək və ölçmək üçün çox çətin bir konseptdir (11, səh.52).

HK araşdırarkən insanların şəxsi həyatlarına dair düşüncələrinin, yaşadıkları həyatın mədəniyyət və dəyərlər sistemindən aslı olduğu qeyd olunur (51). Hk yaşanılan psixoloji, fizioloji problemlərdən təsirlənmənin də özündə əks etdirə bilir (7, səh.87). HK aşağı enməsi bütün yaşam fəaliyyətlərinə birbaşa mənfi təsir edir.

Dünya sağlamlıq təşkilatının yanaşmasına əsasən: fərdin yaşadığı mədəniyyət və dəyərlər sistemi daxilində öz həyatını necə qiymətləndirməsidir. Burada əsas məqsəd fərdin öz fiziki, sosial və psixoloji fəallığından nə dərəcədə məmnun olduğunu müəyyən edə bilsin.

### 3.1. Tədqiqatın sosial demoqrafik göstəriciləri və həyat keyfiyyəti göstəriciləri

Tədqiqatda ümumilikdə autizm xəstəliyindən əziyyət çəkən 50 ailədəki uşaqların ataları və anaları olmaqla ümumilikdə 100 nəfər iştirak etmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, hal hazırda qeyri-rəsmi statistikaya əsasən qeydiyyatda olan 3500 ailədə uşaqlar autizmdən əziyyət çəkir. Yəni nümunə seçimi hər 70 ailədən birinə düşür. Hesablamalar nəticəsində nümunə xətası təxminən 3,8%-dir. Sorğu Bakı şəhəri ərazisində həm dövlət, həm də özəl olmaqla müxtəlif klinikalarda sadə təsadüfi seçimlə aparılmışdır. Həm özəl klinikalar, həm də dövlət müəssisələrində aparılması müxtəlif gəlir səviyyəsində olan ailələrlə keçirmək imkanı yaradır ki, bu da reprezentativliyi və gəlir səviyyəsi dəyişəninin təsirini daha güclü öyrənməyə imkan yaradır. Bu isə öz növbəsində tədqiqatın gücünü və həssaslığını artırır. Anket sorğuda sosial-demoqrafik göstəricilərdən əsasən yaş, təhsil, cinsiyyət, məşğuliyyət, fərd başına düşən gəlir, ailə üzvlərinin sayı, reabilitasiya dövrü, uşağın yaşı kimi dəyişənlərdən istifadə edilmiş və statistik təhlillərdə digər dəyişənlərlə əlaqəsi öyrənilmişdir. Sosial-demoqrafik təsnifatlaşdırmanın çoxluğu tədqiqat işini daha da dərinlən öyrənilməsinə şərait yaratmış, yuxarıda göstərilən dəyişənlərin ailələrdəki həyat keyfiyyətinə təsiri öyrənilmişdir.

### 3.2. Tədqiqatda istifadə olunan WHOQOL-BREF testinin təhlili

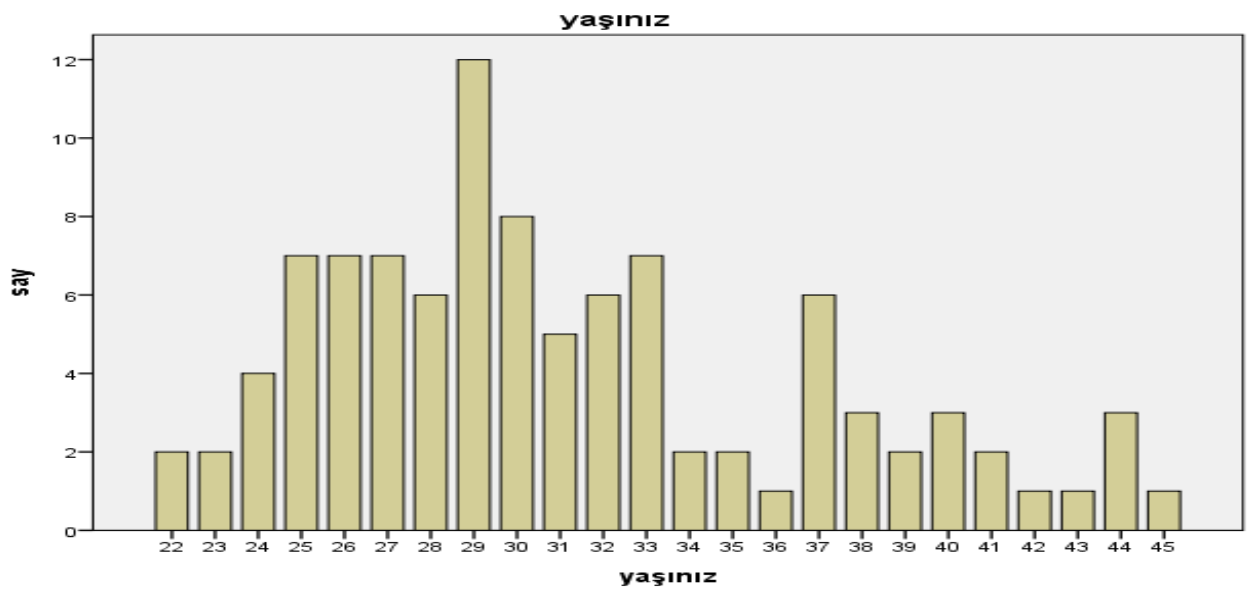
Anket sorğuda həyat keyfiyyətini yoxlayan və 5 ölçülü likert ölçüsü meyarına əsaslanan 27 sualdan ibarətdir. Xüsusi formullarla həyat keyfiyyətini müəyyən edən ümumi sağlamlıq, fiziki sağlamlıq, psixoloji vəziyyət, ictimai münasibətlər və ətraf mühitlə əlaqə kimi komponentlər hesablanmış, faizlərlə ifadə edilmiş və dəyişənlərə əlavə edilmişdir. Sorğuda iştirak edənlərin 50% kişi, 50% qadındır. Anket sorğunun ilk şərtlərindən biri kimi hədəf qrup kimi valideynlərin 25-45 yaş arasında olması müəyyən edilmişdir. Yaş bölgüsü üzrə aşağıdakı cədvələ görə sorğuda iştirak edənlərin ortalama yaşı 31,18 yaş müəyyən edilmişdir. Yaş üzrə mod 29 yaş kimi müəyyən edilmişdir. Belə ki, 100 nəfərdən 12 nəfəri məhz 29 yaşda olduğunu bildirmişdir. Daha sonra analoji göstərici 8 nəfərlə 31 yaş, 7 nəfərlə 25, 26, 27 və 33 yaşlarda müşahidə edilmişdir. Ən azı göstərici 2 nəfərlə 22, 23, 34, 35 yaşlar, 1 nəfərlə isə 42, 43 və 45 yaşlarda müşahidə edilmişdir. Yəni aşağı və yuxarı

həddlərdə nisbətən az digər orta mövqedəki yaşlarda isə respondent çoxdur. Yəni yaş bölgüsü üzrə normal paylaşmanı müşahidə etmək mümkündür.

Cədvəl 1: Sorğuda iştirak edənlərin yaş bölgüsü

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Ortalama kvadratın xətası
Yaşınız	100	22	45	31,18	5,634
N	100				

Diaqram 1: Yaş bölgüsü



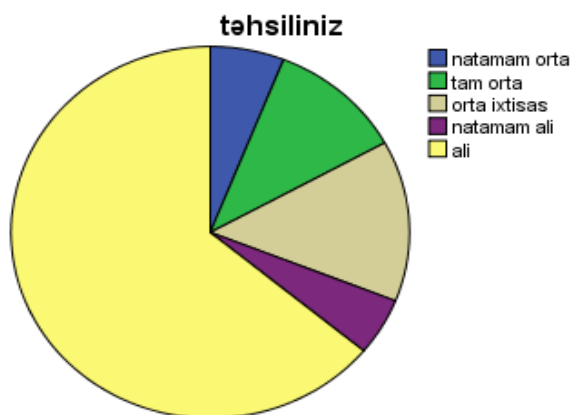
Təhsil vəziyyəti

Təhsilə nəzərə yetirildikdə burada ali təhsillilərin daha dominant olması görünür. Ali təhsillilər ümumi respondentlərin 64 faizini təşkil edir. Müəyyən mənada bu təhsil üzrə müstəqil qrupların digər dəyişənlərə qarşı fərq testlərinin aparılmasında araşdırma gücünü zəiflətsə də ümumilikdə tədqiqatın nəticələrinə ciddi təsir etməyəcək.

Cədvəl 2: Təhsil vəziyyəti

	Say	Faizlər	Etibarlı faizlər	Kumulativ faiz
Etibarlı natamam orta	6	6,0	6,0	6,0
tam orta	11	11,0	11,0	17,0
orta ixtisas	14	14,0	14,0	31,0
natamam ali	5	5,0	5,0	36,0
Ali	64	64,0	64,0	100,0
Cəmi	100	100,0	100,0	

## TƏHSİL VƏZİYYƏTİ



## Məşğuliyyət

Respondentlərin əksəriyyəti, yəni 79% işləyir. İşsizlərin 100%-i evdar qadınlardır.

## hal hazırda işləyirsinizmi

	Say	Faizlər	Etibarlı faizlər	Kumulativ faiz
Etibarlı	79	79,0	79,0	79,0
Xeyir	21	21,0	21,0	100,0
Cəmi	100	100,0	100,0	

## Ailə üzvlərinin sayı

Ailə üzvlərinin sayı 48%-lə əsasən 4 nəfərdir. Ortalama dəyərlə median arasında çox cüzi fərq olması ailə üzvlərinin sayının paylaşımının normal olduğunu göstərir. Yalnız 1 ailədə ailə üzvlərinin sayının 6 olması fərq testlərində müəyyən problemlər yarada bilər. Bu baxımdan ANOVA testlərində 6 nəfərlik ailə kənarlaşdırılaraq əmsalın tapılması məqsədə uyğundur.

## ailə üzvlərinin sayı

	Say	Faizlər	Etibarlı faizlər	Kumula tiv faiz
Etibarlı	3	28,0	28,0	28,0
	4	48,0	48,0	76,0
	5	22,0	22,0	98,0
	6	2,0	2,0	100,0
Cəmi	100	100,0	100,0	

## Statistika

## ailə üzvlərinin sayı

N	Etibarlı	100
	Boş buraxılmış	0
	Ortalama	3,98
	Median	4,00
	Mod	4

## Gəlir səviyyəsi

Fərd başına düşən gəlir məsələsində ortalama göstərici 450,46 manatdır. Respublika üzrə analoji göstərici rəsmi statistikaya əsasən 302 ABŞ dolları, yəni təxminən 520-530 manat arasındadır. Bu onu göstərir ki, respondentlərin gəlir səviyyəsi ümumi respublika göstəricisindən aşağıdır və buradakı respondentlər ümumi ölkə əhalisi ilə müqayisədə daha kasıb yaşayırlar. Gəlir səviyyəsi həyat keyfiyyətini əhəmiyyətli dərəcədə təsir edə bilər. Çünki bir çox xidmətlərin əlçatımlılığı maliyyə imkanları ilə daha çox əlaqəlidir. Fərd başına düşən gəlirdə ortalama dəyər (450,46) ilə median (372,50) arasında kəskin fərqin olması ailələrin birində fərd başına düşən gəlirin kəskin surətdə yüksək olması ilə bağlıdır. Belə bu ailədə 1633 manat, ondan sonra isə 1060 manat müşayət edir. Yüksək gəlirli bir neçə ailə normal paylaşımına mənfi təsir etsə də tədqiqatın gücünə və nəticələrinə ciddi təsir etmir.

### Statistika

fərd başına düşən gəlir nəqədərdir

N	Etibarlı	100
	Boş buraxılmış	0
Ortalama		450,46
Median		372,50
Mod		250 <sup>a</sup>
Minimum		113
Maksimum		1633

### Uşağın yaşı (aylarla ifadə edilmişdir)

Uşaqların yaşlarının aylarla göstərilməsi təbii ki tədqiqatın gücünü və həssaslığını artırmaq məqsədi ilə həyata keçirilmişdir. Məsələn 2 yaşlı uşaqla 2 yaş 3 aylıq uşaq arasında ciddi fərqlər yarana bilər. Əgər bunu sırf illərlə göstərsək ay fərqləri tədqiqatda görünməyə bilər. Ümumilikdə uşaqların yaşı ən çox 5 və 6 ildir (60 və 72 ay), ortalama yaş 56 aydır (4 yaş 8 ay) Ortalama ilə median dəyərlər bir birinə çox yaxındır.

### Statistika

uşağın yaşı

N	Etibarlı	100
	Boş buraxılmış	0
Ortalama		56,08
Median		54,50
Mod		60 və 72
Minimum		32
Maksimum		89



### Uşaqların keçirdiyi reabilitasiya dövrü

Uşaqların yaşının ayla göstərilməsi səbəbi uşaqların keçirdiyi reabilitasiya dövrünə də şamil etmək mümkündür. Bu statistikaya nəzər yetirsək uşaqlar orta hesabla 1,5 il reabilitasiya dövrünü keçirib. Ən çox isə 1 illik reabilitasiya dövrünə rast gəlinib. Ən uzun reabilitasiya dövrü isə 3 il olmuşdur.

#### Statistika

övladınız nə zamandan bəri reabilitasiya görür

N	Etibarlı	100
	Boş buraxılmış	0
Ortalama		18,44
Median		16,50
Mod		12
Minimum		5
Maksimum		36

#### Qeyri parametrik statistik təhlillər

Bu başlıqda həm əlaqə testləri-korrelasiya və fərq testi olan iki müstəqil qrup arasında T testi və ikidən artıq qruplarda isə ANOVA testi tətbiq edilərək sosial-demoqrafik dəyişənlərlə həyat keyfiyyəti əmsallarını müəyyən edən dəyişənlər arasında əlaqəni müəyyənləşdirmək, eyni zamanda sosial-demoqrafik dəyişənlərdəki qruplar arasında fərqin olub olmamasının müəyyənləşdirilməsi nəzərdə tutulur. İlk növbədə cinsiyyət qrupları ilə bərabər ümumi sağlamlıq əmsalı, fiziki sağlamlıq əmsalı, psixoloji sağlamlıq əmsalı, ictimai münasibətlər əmsalı və ətraf mühit əmsalları ilə ayrı ayılıqda aparılmışdır.

Cinsiyyətə görə statistik təhlillər.

*Ümumi sağlamlıq vəziyyəti dəyişəni ilə təhlillər.*

#### Korrelasiya

			cinsiyyətiniz	ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı
Spearman	cinsiyyətiniz	Korrelasiya əmsalı	1,000	,356**
		Əhəmiyyətlik (iki tərəfli)	.	,000
		N	100	100

\*\* . Korrelasiya 0,01 səviyyəsində əhəmiyyətlidir

Cinsiyyət qrupu nominal ölçü səviyyəsində olduğu üçün qeyri parametrik, ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı isə paratmetrik ölçü olduğu üçün burada Spearman korrelasiyası tətbiq edilməlidir. Korrelasiya əmsalı -1 və 1-ə yaxınlaşdıqca iki dəyişənin daha güclü olmasını, 0-a yaxınlaşdıqca isə korrelativ əlaqə zəifləyir.

Əmsal 0,5-dən aşağı, -0,5-dən isə böyük olduqda iki dəyişən arasında korrelativ əlaqə zəif hesab edilir. Bizim nümunəmizdə cinsiyyət qrupu ilə ümumi sağlamlıq vəziyyəti arasındakı korrelasiya əmsalı 0,356-dir. Korrelativ əlaqə zəif, lakin müsbətdir.

İndi isə T testi ilə cinsiyyət qrupları arasında mənalı bir fərqin olub olmadığını müəyyənləşdirək.

#### Qrupların statistikası

	cinsiyyəti niz	N	Ortalama	Ortalama kvadrat sapması	Ortalama kvadrat xətanın ortalaması
ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı	Qadın	50	45,2500	16,73053	2,36605
	Kişi	50	56,5000	12,93626	1,82946

	Livinin varyansların bərabərliyi göstəriciləri							
		F	Əhəmiyyətli lik	T	f/d	Əhəmiyyətli lik (iki tərəfli)	Ortalama fərq	Xətanın ortalama kvadratı fərqi
ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı	Varyansların bərabərliyi ehtimalı	3,865	,052	-3,761	98	,000	-11,25000	2,99084
	Varyansların bərabərliyi ehtimal olunmur			-3,761	92,162	,000	-11,25000	2,99084

T testləri bir asılı dəyişənə münasibətdə iki müstəqil qrupun bu dəyişənin dəyərləri üzərində mənalı bir fərqin olub olmadığını müəyyən etmək məqsədi ilə həyata keçirilir. T testini keçirmək üçün parametrik dəyişən olmalıdır və bu dəyişən normal yayılma göstərməlidir. İkinci bir şərt isə varyanslar bir birinə yaxın olmalıdır (bərabər olmalıdır). Burada T testindəki əmsal 0,05-dən aşağı olduğu üçün cinsiyyət qrupları ümumi sağlamlıq vəziyyəti məsələsində ciddi fərqləri mövcuddur. Qadında 45,25%, kişilərdə isə 56,5%-dir. Belə nəticəyə gəlmək mümkündür ki, ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalında qadınlar kişilərdən fərqlənir və qadınlarda bu göstərici aşağıdır.

*Cinsiyyət qrupu ilə fiziki sağlamlıq dəyişənləri arasındakı əlaqələri*

*müəyyənləşdirən statistik təhlillər*

#### Korrelasiya

	cinsiyyətiniz	fiziki sağlamlıq əmsalı
Spearman	Korrelasiya əmsalı	1,000
	Əhəmiyyətli (iki tərəfli)	,344**
	N	100

\*\* . Korrelasiya 0,01 səviyyəsində əhəmiyyətlidir

Cinsiyət qrupu ilə fiziki sağlamlıq vəziyyəti arasındakı korrelasiya əmsalı 0,344-dir. Korrelativ əlaqə zəif, lakin müsbətdir. Belə nəticəyə gəlmək mümkündür ki, kişilərin sayı artdıqca fiziki sağlamlıq vəziyyəti ilə bağlı əmsal artmaqdadır.

İndi isə T testi ilə cinsiyət qrupları arasında mənalı bir fərqin olub olmadığını müəyyənləşdirək.

#### Qrupların statistikasını

	cinsiyətini z	N	Ortalama	Ortalama kvadrat səpməsi	Ortalama kvadrat xətanın ortalaması
fiziki sağlamlıq əmsalı	Qadın	50	48,0724	10,46161	1,47950
	Kişi	50	52,9994	7,22833	1,02224

#### Müstəqil qrupların göstəriciləri

	Livinin varyansların bərabərliyi göstəriciləri	ortalamaların bərabərliyi üçün T kriteriyaları				
		F	Əhəmiyyətli lik	T	f/d	Əhəmiyyətli lik (iki tərəfli)
fiziki sağlamlıq əmsalı	Varyansların bərabərliyi ehtimalı	5,817	,018	-2,740	98	,007
	Varyansların bərabərliyi ehtimal olunmur			-2,740	87,101	,007

T testindəki əmsal 0,05-dən aşağı (0,07) olduğu üçün cinsiyət qruplarında fiziki sağlamlıq vəziyyəti məsələsində ciddi fərqləri mövcuddur. Qadında 48,07%, kişilərdə isə 52,99%-dir. Belə nəticəyə gəlmək mümkündür ki, fiziki sağlamlıq vəziyyəti əmsalında qadınlar kişilərdən fərqlənir və qadınlarda bu əmsal aşağıdır.

*Cinsiyət qrupları ilə psixoloji vəziyyət əmsali dəyişənləri arasında statistik təhlillər*

#### Korrelasiya

	cinsiyətiniz	psixoloji vəziyyət əmsalı
Spearman	Korrelasiya əmsalı	,344**
	Əhəmiyyətlilik (iki tərəfli)	,000
	N	100

\*\* . Korrelasiya 0,01 səviyyəsində əhəmiyyətlidir

Cinsiyət qrupu ilə fiziki sağlamlıq vəziyyəti arasındakı korrelasiya əmsalı 0,344-dir. Korrelativ əlaqə zəif, lakin müsbətdir. Belə qənaətə gəlmək mümkündür ki, kişilərin sayı qadınlardan çox olarsa fiziki sağlamlıq əmsalı ümumilikdə artacaq.

T testi ilə cinsiyət qrupları arasında mənalı bir fərqin olub olmadığını müəyyənləşdirək.

## Qrupların statistikas1

	cinsiyyətiniz	N	Ortalama	Ortalama kvadrat kvadrat sapması	Ortalama kvadrat xətanın ortalaması
psixoloji vəziyyət əmsalı	Qadın	50	47,1668	9,39017	1,32797
	Kişi	50	53,9182	7,64219	1,08077

## Müstəqil qrupların göstəriciləri

	Livinin varyansların bərabərliyi göstəriciləri	ortalamaların bərabərliyi üçün T kriteriyaları				
		F	Əhəmiyyətlik	T	f/d	Əhəmiyyətlik (iki tərəfli)
psixoloji vəziyyət əmsalı	Varyansların bərabərliyi ehtimalı	8,420	,005	-3,943	98	,000
	Varyansların bərabərliyi ehtimal olunmur			-3,943	94,117	,000

T testindəki əmsal 0,05-dən aşağı (0,000) olduğu üçün cinsiyyət qruplarında psixoloji vəziyyət məsələsində ciddi fərqləri mövcuddur. Qadında 47,16%, kişilərdə isə 53,91%-dir. Belə nəticəyə gəlmək mümkündür ki, psixoloji vəziyyət əmsalında qadınlar kişilərdən fərqlənir və qadınlarda bu əmsal daha aşağıdır.

*Cinsiyyət qrupları ilə ictimai münasibətlər arasında statistik təhlillər*

## Korrelasiya

	cinsiyyətiniz	ictimai münasibətlər əmsalı
Spearman cinsiyyətiniz	Korrelasiya əmsalı	1,000
	Əhəmiyyətlik (iki tərəfli)	,290**
	N	,003
		100

\*\* . Korrelasiya 0,01 səviyyəsində əhəmiyyətlidir

Cinsiyyət qrupu ilə ictimai münasibətlər əmsalı arasındakı korrelasiya əmsalı 0,29-dir. Korrelativ əlaqə zəif, lakin müsbətdir. Belə qənaətə gəlmək mümkündür ki, kişilərin sayı qadınlardan çox olarsa ictimai münasibətlər əmsalı ümumilikdə artacaq.

T testi ilə cinsiyyət qrupları arasında mənalı bir fərqin olub olmadığını müəyyənləşdirək.

## Qrupların statistikas1

	cinsiyyətiniz	N	Ortalama	Ortalama kvadrat kvadrat sapması	Ortalama kvadrat xətanın ortalaması
ictimai münasibətlər əmsalı	Qadın	50	49,4996	16,70131	2,36192
	Kişi	50	57,3338	12,67078	1,79192

## Müstəqil qrupların göstəriciləri

		Livinin varyansların bərabərliyi göstəriciləri		ortalamaların bərabərliyi üçün T kriteriyaları		
		F	Əhəmiyyətlik	T	f/d	Əhəmiyyətlik (iki tərəfli)
ictimai münasibətlər əmsalı	Varyansların bərabərliyi ehtimalı	3,322	,071	-2,642	98	,010
	Varyansların bərabərliyi ehtimal olunmur			-2,642	91,370	,010

T testindəki əmsal 0,05-dən aşağı (0,010) olduğu üçün cinsiyyət qruplarında ictimai münasibətlər əmsalında ciddi fərqləri mövcuddur. Qadında 49,49%, kişilərdə isə 57,3%-dir. Belə nəticəyə gəlmək mümkündür ki, ictimai münasibətlər əmsalında qadınlar kişilərdən fərqlənir və qadınlarda bu göstərici aşağıdır.

*Cinsiyyət qrupları ilə ətraf mühit dəyişənləri arasındakı statistik təhlillər*

## Korrelasiya

		cinsiyyətiniz	ətraf mühit əmsalı
Spearman cinsiyyətiniz	Korrelasiya əmsalı	1,000	,323**
	Əhəmiyyətlik (iki tərəfli)	.	,001
	N	100	100

\*\* . Korrelasiya 0,01 səviyyəsində əhəmiyyətlidir

Cinsiyyət qrupu ilə ətraf mühit əmsalı arasındakı korrelasiya əmsalı 0,323-dir. Korrelativ əlaqə zəif, lakin müsbətdir. Bu o mənaya gəlir ki, kişilərin sayı artdıqca ətraf mühitə münasibət əmsalının ümumi göstəricisi artacaq.

T testinin nəticələri də bu fikri dəstəkləməkdədir. T Testinin nəticələri aşağıdakı kimidir.

## Qrupların statistikasını

		N	Ortalama	Ortalama kvadrat sapması	Ortalama kvadrat xətanın ortalaması
ətraf mühit əmsalı	Qadın	50	44,8152	11,34003	1,60372
	Kişi	50	51,5022	8,77629	1,24115

## Müstəqil qrupların göstəriciləri

		Livinin varyansların bərabərliyi göstəriciləri		ortalamaların bərabərliyi üçün T kriteriyaları		
		F	Əhəmiyyətlik	T	f/d	Əhəmiyyətlik (iki tərəfli)
ətraf mühit əmsalı	Varyansların bərabərliyi ehtimalı	1,920	,169	-3,297	98	,001
	Varyansların bərabərliyi ehtimal olunmur			-3,297	92,200	,001

T testindəki əmsal 0,05-dən aşağı (0,001) olduğu üçün cinsiyyət qruplarında ətraf mühit əmsalında ciddi fərqləri mövcuddur. Qadında 44,82%, kişilərdə isə 51,5%-dir. Belə nəticəyə gəlmək mümkündür ki, ətraf mühit əmsalında qadınlar kişilərdən fərqlənir və qadınlarda bu göstərici aşağıdır.

## Təhsil faktoru ilə digər dəyişənlər

Bu başlıqda həm əlaqə testi-korrelasiya və fərq testi olan ikidən çox müstəqil qrup arasında olan ANOVA testi tətbiq edilərək mövcud dəyişənlər arasında əlaqəni müəyyən etmək, eyni zamanda təhsil səviyyəsi qruplarının mövcud dəyişənlərə qarşı mənalı statistik fərqin olub olmadığını müəyyənləşdirilməsi nəzərdə tutulur. Statistik təhlillər təhsil qrupları ilə bərabər ümumi sağlamlıq əmsalı, fiziki sağlamlıq əmsalı, psixoloji sağlamlıq əmsalı, ictimai münasibətlər əmsalı və ətraf mühit əmsalları ilə ayrı ayılıqda aparılmışdır.

*Təhsil faktoru ilə ümumi sağlamlıq arasındakı təhlillər*

## Korrelasiya

		təhsiliniz	ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı
Spearman	təhsiliniz	Korrelasiya əmsalı	1,000
		Əhəmiyyətlik (iki tərəfli)	,497**
		N	,000
			100

\*\* . Korrelasiya 0,01 səviyyəsində əhəmiyyətlidir

Təhsil qrupu ilə ümumi sağlamlıq əmsalı arasındakı korrelasiya əmsalı 0,497-dir. Korrelativ əlaqə orta səviyyədə, lakin müsbətdir. Yəni təhsil səviyyəsi artdıqca ümumi sağlamlıq əmsalı da artmaqdadır.

ANOVA testinin nəticələri isə aşağıdakı kimidir.

## ANOVA

ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı

	Kvadratların cəmi	f/d	Ortalama kvadrat	F	Əhəmiyyətli k
Qruplararası	6167,849	4	1541,962	7,746	,000
Qruplar daxili	18911,839	95	199,072		
Cəmi	25079,688	99			

## Çox tərəfli müqayisə

Asılı dəyişən: ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı

(I) təhsiliniz	(J) təhsiliniz	Ortalama fərq (I-J)	Standart xəta	Əhəmiyyətli ətlilik	95% etibarlılıq intervalı	
					Aşağı hədd	Yuxarı hədd
natamam orta	tam orta	-4,35606	6,00173	,945	-24,3675	15,6554
	orta ixtisas	-7,44048	6,05824	,737	-27,4433	12,5623
	natamam ali	-7,08333	9,02350	,927	-39,0891	24,9225
	Ali	-21,22396*	5,34616	,035	-40,8323	-1,6156
tam orta	natamam orta	4,35606	6,00173	,945	-15,6554	24,3675
	orta ixtisas	-3,08442	4,73030	,964	-17,0789	10,9100
	natamam ali	-2,72727	8,19128	,997	-34,1789	28,7244
	Ali	-16,86790*	3,77557	,003	-28,3547	-5,3811
orta ixtisas	natamam orta	7,44048	6,05824	,737	-12,5623	27,4433
	tam orta	3,08442	4,73030	,964	-10,9100	17,0789
	natamam ali	,35714	8,23278	1,000	-31,0072	31,7215
	Ali	-13,78348*	3,86477	,014	-25,2759	-2,2910
natamam ali	natamam orta	7,08333	9,02350	,927	-24,9225	39,0891
	tam orta	2,72727	8,19128	,997	-28,7244	34,1789
	orta ixtisas	-,35714	8,23278	1,000	-31,7215	31,0072
	Ali	-14,14063	7,72385	,456	-46,5683	18,2870
Ali	natamam orta	21,22396*	5,34616	,035	1,6156	40,8323
	tam orta	16,86790*	3,77557	,003	5,3811	28,3547
	orta ixtisas	13,78348*	3,86477	,014	2,2910	25,2759
	natamam ali	14,14063	7,72385	,456	-18,2870	46,5683

\*. Ortalama fərq 0.05 səviyyəsində əhəmiyyətlidir.

təhsiliniz	Ortalama	Minimum	Maksimum
natamam orta	35,4167	25,00	50,00
tam orta	39,7727	25,00	50,00
orta ixtisas	42,8571	12,50	62,50
natamam ali	42,5000	25,00	62,50
Ali	56,6406	25,00	75,00
Cəmi	50,8750	12,50	75,00

ANOVA testi ikidən artıq müstəqil qruplar arasında aparılan T testi növüdür. Təhsil qrupları ikidən artıq olduğu üçün ANOVA testi keçirmək lazımdır. T testindəki əmsal və göstəricilərlə bağlı mülahizələr ANOVA testi üçün də etibarlıdır. Mövcud iki dəyişən

arasında ANOVA testi əmsalı 0,05-dən aşağı olduğu üçün təhsil qrupları arasında ümumi sağlamlıq əmsalı baxımdan statistik mənada ciddi fərqlərin olduğu müşahidə edilmişdir. Çox tərəfli təhlildə isə hansı təhsil qrupları arasında ciddi fərqi daha təfərrüatlı görmək mümkündür. Belə ki əsas fərq ali təhsillilərlə digər 4 qrup arasında yaranmışdır. Digər 4 qrup arasında isə fərqlər elə də çox deyil. Təhsil qrupları üzrə ali təhsillilər 56,64%-lə ən azı 14-21% arasında digərlərindən fərqlənir. Bütün bunlardan belə nəticəyə gəlmək mümkündür ki, təhsil qrupları ümumi sağlamlıq əmsalında ciddi fərqlər nümayiş etdirirlər.

### Korrelasiya

		təhsiliniz	fiziki sağlamlıq əmsalı
Spearman	təhsiliniz	Korrelasiya əmsalı	1,000
		Əhəmiyyətlik (iki tərəfli)	,437**
		N	100

\*\* . Korrelasiya 0,01 səviyyəsində əhəmiyyətlidir

### *Təhsil faktoru ilə fiziki sağlamlıq əmsalı arasındakı münasibətlər*

Təhsil qrupu ilə ümumi sağlamlıq əmsalı arasındakı korrelasiya əmsalı 0,437-dir. Korrelativ əlaqə orta səviyyədə, lakin müsbətdir. Yəni təhsil səviyyəsi artdıqca fiziki sağlamlıq əmsalı da artmaqdadır.

### ANOVA

#### fiziki sağlamlıq əmsalı

	Kvadratların cəmi	f/d	Ortalama kvadrat	F	Əhəmiyyətlik
Qruplararası	1687,831	4	421,958	5,859	,000
Qruplar daxili	6842,063	95	72,022		
Cəmi	8529,894	99			

### Çox tərəfli müqayisə

Asılı dəyişən: fiziki sağlamlıq əmsalı

(I) təhsiliniz	(J) təhsiliniz	Ortalama fərq (I-J)	Standart xəta	Əhəmiyyətlik	95% etibarlılıq intervalı	
					Aşağı hədd	Yuxarı hədd
natamam orta	tam orta	-3,19121	3,55914	,892	-14,7579	8,3755
	orta ixtisas	-2,89024	3,62463	,926	-14,5032	8,7228
	natamam ali	-6,30667	4,35674	,617	-21,1874	8,5740
	Ali	-11,25245*	3,03841	,046	-22,2949	-,2100
tam orta	natamam orta	3,19121	3,55914	,892	-8,3755	14,7579
	orta ixtisas	,30097	3,12890	1,000	-8,9533	9,5553
	natamam ali	-3,11545	3,95389	,927	-16,9653	10,7344
	Ali	-8,06124*	2,42569	,031	-15,5055	-,6170



orta ixtisas	natamam orta	2,89024	3,62463	,926	-8,7228	14,5032
	tam orta	-,30097	3,12890	1,000	-9,5553	8,9533
	natamam ali	-3,41643	4,01294	,907	-17,2502	10,4173
	Ali	-8,36221*	2,52080	,026	-15,9157	-,8087
natamam ali	natamam orta	6,30667	4,35674	,617	-8,5740	21,1874
	tam orta	3,11545	3,95389	,927	-10,7344	16,9653
	orta ixtisas	3,41643	4,01294	,907	-10,4173	17,2502
	Ali	-4,94578	3,49252	,645	-19,0272	9,1357
Ali	natamam orta	11,25245*	3,03841	,046	,2100	22,2949
	tam orta	8,06124*	2,42569	,031	,6170	15,5055
	orta ixtisas	8,36221*	2,52080	,026	,8087	15,9157
	natamam ali	4,94578	3,49252	,645	-9,1357	19,0272

### Hesabat

#### fiziki sağlamlıq əmsalı

təhsiliniz	Ortalama	Minimum	Maksimum	Ortalama harmonik	Median
natamam orta	42,2633	32,14	50,00	41,2799	41,0750
tam orta	45,4545	32,14	53,57	44,2993	46,4300
orta ixtisas	45,1536	28,57	60,71	43,5085	44,6450
natamam ali	48,5700	35,71	53,57	47,4664	50,0000
Ali	53,5158	32,14	75,00	52,0498	53,5700
Cəmi	50,5359	28,57	75,00	48,7718	50,0000

\*. Ortalama fərq 0,05 səviyyəsində əhəmiyyətlidir..

Mövcud iki dəyişən arasında ANOVA testi əmsalı 0,05-dən aşağı (0,000) olduğu üçün təhsil qrupları arasında fiziki sağlamlıq əmsalı baxımdan statistik mənada ciddi fərqlərin olduğu müşahidə edilmişdir. Çox tərəfli təhlildə isə hansı təhsil qrupları arasında ciddi fərqi daha təfərrüatlı görmək mümkündür. Belə ki əsas fərq ali təhsillilərlə digər 4 qrup arasında yaranmışdır. Digər 4 qrup arasında isə fərqlər elə də çox deyil. Təhsil qrupları üzrə ali təhsillilər 53,52%-lə ən azı 5-11% arasında digərlərindən fərqlənir. Bütün bunlardan belə nəticəyə gəlmək mümkündür ki, təhsil qrupları fiziki sağlamlıq əmsalında ciddi fərqlər nümayiş etdirirlər.

#### *Təhsil faktoru ilə psixoloji vəziyyət əmsalı arasındakı münasibətlər*

##### Korrelasiya

	təhsiliniz	psixoloji vəziyyət əmsalı
Spearman	Korrelasiya əmsalı	,410**
	Əhəmiyyətlilik (iki tərəfli)	,000
	N	100

\*\* Korrelasiya 0,01 səviyyəsində əhəmiyyətlidir

Təhsil qrupu ilə psixoloji vəziyyət əmsalı arasındakı korrelasiya əmsalı 0,41-dir. Korrelativ əlaqə orta səviyyədə, lakin müsbətdir. Yəni təhsil səviyyəsi artdıqca psixoloji vəziyyət əmsalı da artmaqdadır.

## ANOVA testinin nəticələri isə aşağıdakı kimidir

## ANOVA

psixoloji vəziyyət əmsalı

	Kvadratların cəmi	f/d	Ortalama kvadrat	F	Əhəmiyyətlik
Qruplararası	1635,465	4	408,866	5,809	,000
Qruplar daxili	6686,410	95	70,383		
Cəmi	8321,876	99			

## Çox tərəfli müqayisə

Asılı dəyişən: psixoloji vəziyyət əmsalı

(I) təhsiliniz	(J) təhsiliniz	Ortalama fərq (I-J)	Standart xəta	Əhəmiyyətlik	95% etibarlılıq intervalı	
					Aşağı hədd	Yuxarı hədd
natamam orta	tam orta	-1,00970	4,21362	,999	-14,4263	12,4069
	orta ixtisas	,10095	3,88730	1,000	-12,6154	12,8174
	natamam ali	-3,88733	4,99609	,930	-21,0375	13,2628
	Ali	-9,06958	3,33223	,160	-21,4896	3,3505
tam orta	natamam orta	1,00970	4,21362	,999	-12,4069	14,4263
	orta ixtisas	1,11065	3,57740	,998	-9,5642	11,7855
	natamam ali	-2,87764	4,75895	,971	-19,1661	13,4108
	Ali	-8,05989	2,96487	,105	-17,4034	1,2836
orta ixtisas	natamam orta	-,10095	3,88730	1,000	-12,8174	12,6154
	tam orta	-1,11065	3,57740	,998	-11,7855	9,5642
	natamam ali	-3,98829	4,47260	,891	-20,0324	12,0558
	Ali	-9,17054*	2,47931	,012	-16,6309	-1,7101
natamam ali	natamam orta	3,88733	4,99609	,930	-13,2628	21,0375
	tam orta	2,87764	4,75895	,971	-13,4108	19,1661
	orta ixtisas	3,98829	4,47260	,891	-12,0558	20,0324
	Ali	-5,18225	3,99960	,707	-21,8180	11,4535
ali	natamam orta	9,06958	3,33223	,160	-3,3505	21,4896
	tam orta	8,05989	2,96487	,105	-1,2836	17,4034
	orta ixtisas	9,17054*	2,47931	,012	1,7101	16,6309
	natamam ali	5,18225	3,99960	,707	-11,4535	21,8180

\*. Ortalama fərq 0.05 səviyyəsində əhəmiyyətlidir

## Hesabat

psixoloji vəziyyət əmsalı

təhsiliniz	Ortalama	Minimum	Maksimum	Harmonik Ortalama	Median
natamam orta	44,4467	37,50	54,17	43,3995	41,6700
tam orta	45,4564	25,00	54,17	43,2522	45,8300
orta ixtisas	44,3457	33,33	58,33	42,8994	41,6700
natamam ali	48,3340	37,50	58,33	47,0504	50,0000
ali	53,5163	33,33	70,83	52,1049	54,1700
Cəmi	50,5425	25,00	70,83	48,6978	54,1700

Mövcud iki dəyişən arasında ANOVA testi əmsalı 0,05-dən aşağı olduğu üçün təhsil qrupları arasında psixoloji vəziyyət əmsalı baxımdan statistik mənada ciddi

fərqlərin olduğu müşahidə edilmişdir. Çox tərəfli təhlildə isə hansı təhsil qrupları arasında ciddi fərq daha təfərrüatlı görmək mümkündür. Belə ki əsas fərq ali təhsillilərlə digər orta ixtisas qrupları arasında yaranmışdır. Digər təhsil qrupları arasında ciddi fərq meydana gəlməmişdir. Ali təhsillilər 53,51%-lə ən azı 5-9% arasında digərlərindən fərqlənir. Bütün bunlardan belə nəticəyə gəlmək mümkündür ki, təhsil qrupları psixoloji vəziyyət əmsalında fərqlər nümayiş etdirirlər.

*Təhsil faktoru ilə ictimai münasibətlər əmsalı arasındakı münasibətlər*  
Korrelasiya

			təhsiliniz	ictimai münasibətlər əmsalı
Spearman	təhsiliniz	Korrelasiya əmsalı	1,000	,386**
		Əhəmiyyətlik (iki tərəfli)	.	,000
		N	100	100

\*\* . Korrelasiya 0,01 səviyyəsində əhəmiyyətlidir

Təhsil qrupu ilə ictimai münasibətlər əmsalı arasındakı korrelasiya əmsalı 0,386-dir. Korrelativ əlaqə bir qədər zəif, lakin müsbətdir. Yəni təhsil səviyyəsi artdıqca ictimai münasibətlər əmsalı da artmaqdadır.

ANOVA

ictimai münasibətlər əmsalı

	Kvadratların cəmi	f/d	Ortalama kvadrat	F	Əhəmiyyətlik
Qruplararası	3601,027	4	900,257	4,393	,003
Qruplar daxili	19467,979	95	204,926		
Cəmi	23069,006	99			

Çox tərəfli müqayisə

Asılı dəyişən: ictimai münasibətlər əmsalı

(I) təhsiliniz	(J) təhsiliniz	Ortalama fərq (I-J)	Standart xəta	Əhəmiyyətlik	95% etibarlılıq intervalı	
					Aşağı hədd	Yuxarı hədd
natamam orta	tam orta	-9,47167	6,32519	,582	-29,5317	10,5884
	orta ixtisas	-10,12024	7,11025	,622	-31,8995	11,6590
	natamam ali	-12,50367	7,05422	,444	-36,4935	11,4861
	Ali	-20,05385*	4,97351	,034	-38,4001	-1,7076
tam orta	natamam orta	9,47167	6,32519	,582	-10,5884	29,5317
	orta ixtisas	-,64857	6,82526	1,000	-20,8396	19,5425
	natamam ali	-3,03200	6,76687	,990	-25,6251	19,5611
	Ali	-10,58219	4,55678	,198	-24,8933	3,7289
orta ixtisas	natamam orta	10,12024	7,11025	,622	-11,6590	31,8995
	tam orta	,64857	6,82526	1,000	-19,5425	20,8396
	natamam ali	-2,38343	7,50587	,997	-26,1800	21,4132
	Ali	-9,93362	5,59570	,421	-27,1304	7,2632

natamam ali	natamam orta tam orta orta ixtisas Ali	12,50367 3,03200 2,38343 -7,55019	7,05422 6,76687 7,50587 5,52433	,444 ,990 ,997 ,670	-11,4861 -19,5611 -21,4132 -30,0363	36,4935 25,6251 26,1800 14,9359
Ali	natamam orta tam orta orta ixtisas natamam ali	20,05385* 10,58219 9,93362 7,55019	4,97351 4,55678 5,59570 5,52433	,034 ,198 ,421 ,670	1,7076 -3,7289 -7,2632 -14,9359	38,4001 24,8933 27,1304 30,0363

\*. Ortalama fərq 0,05 səviyyəsində əhəmiyyətlidir.

### Hesabat ictimai münasibətlər əmsalı

təhsiliniz	Ortalama	Minimum	Maksimum	Harmonik Ortalama	Median
natamam orta	37,4983	25,00	58,33	35,0568	33,3300
tam orta	46,9700	16,67	66,67	40,9812	50,0000
orta ixtisas	47,6186	16,67	91,67	39,9559	45,8350
natamam ali	50,0020	41,67	66,67	48,0135	41,6700
Ali	57,5522	33,33	91,67	54,4747	58,3300
Cəmi	53,4167	16,67	91,67	48,3337	50,0000

Mövcud iki dəyişən arasında ANOVA testi əmsalı 0,05-dən aşağı (0,003) olduğu üçün təhsil qrupları arasında ictimai münasibətlər əmsalı baxımdan statistik mənada ciddi fərqlərin olduğu müşahidə edilmişdir. Çox tərəfli təhlildə isə hansı təhsil qrupları arasında ciddi fərq daha təfərrüatlı görmək mümkündür. Belə ki əsas fərq ali təhsillilərlə natamam orta təhsillilər arasında yaranmışdır. Ortalama göstəricilər bu iki qrup arasında 20%-dən bir qədər çoxdur. (Ali təhsillilər 57,55, natamam orta təhsillilər 37,49) Digər qruplar arasında da müəyyən fərqlər olsa da ANOVA əmsalı bu fərqləri ciddi fərq hesab etmir.

### Təhsil faktoru ilə ətraf mühit əmsalı arasındakı münasibətlər

#### Korrelasiya

	təhsiliniz	ətraf mühit əmsalı
Spearman	təhsiliniz	Korrelasiya əmsalı
		1,000
		Əhəmiyyətlilik (iki tərəfli)
		,495**
		N
		100

\*\*.. Korrelasiya 0,01 səviyyəsində əhəmiyyətlidir

Təhsil qrupu ilə ətraf mühit əmsalı arasındakı korrelasiya əmsalı 0,495-dir. Korrelativ əlaqə orta səviyyədə, lakin müsbətdir. Yəni təhsil səviyyəsi artdıqca ətraf mühit əmsalı da artmaqdadır.

## Anova

ətraf mühit əmsalı

	Kvadratları n cəmi	f/d	Ortalama kvadrat	F	Əhəmiyyətlik
Qruplararası	3004,419	4	751,105	8,714	,000
Qruplar daxili	8188,841	95	86,198		
Cəmi	11193,260	99			

## Çox tərəfli müqayisə

Asılı dəyişən: ətraf mühit əmsalı

(I) təhsiliniz	(J) təhsiliniz	Ortalama fərq (I-J)	Standart xəta	Əhəmiyy ətlik	95% etibarlılıq intervalı	
					Aşağı hədd	Yuxarı hədd
natamam orta	tam orta	-5,58652	3,21278	,442	-15,5106	4,3376
	orta ixtisas	-4,16619	3,54923	,766	-14,8996	6,5672
	natamam ali	-10,41633	4,04847	,188	-25,4102	4,5775
	Ali	-15,59130*	2,24632	,000	-23,0996	-8,0830
tam orta	natamam orta	5,58652	3,21278	,442	-4,3376	15,5106
	orta ixtisas	1,42032	3,94232	,996	-10,2335	13,0742
	natamam ali	-4,82982	4,39715	,803	-19,8633	10,2037
	Ali	-10,00479*	2,82680	,022	-18,7786	-1,2310
orta ixtisas	natamam orta	4,16619	3,54923	,766	-6,5672	14,8996
	tam orta	-1,42032	3,94232	,996	-13,0742	10,2335
	natamam ali	-6,25014	4,64866	,672	-21,5327	9,0324
	Ali	-11,42511*	3,20405	,017	-21,1619	-1,6883
natamam ali	natamam orta	10,41633	4,04847	,188	-4,5775	25,4102
	tam orta	4,82982	4,39715	,803	-10,2037	19,8633
	orta ixtisas	6,25014	4,64866	,672	-9,0324	21,5327
	Ali	-5,17497	3,74953	,663	-20,3452	9,9953
Ali	natamam orta	15,59130*	2,24632	,000	8,0830	23,0996
	tam orta	10,00479*	2,82680	,022	1,2310	18,7786
	orta ixtisas	11,42511*	3,20405	,017	1,6883	21,1619
	natamam ali	5,17497	3,74953	,663	-9,9953	20,3452

\*. Ortalama fərq 0.05 səviyyəsində əhəmiyyətlidir

## Hesabat

## ətraf mühit əmsalı

təhsiliniz	Ortalama	Minimum	Maksimum	Harmonik Ortalama	Median
natamam orta	36,4617	28,13	40,63	35,8865	37,5000
tam orta	42,0482	21,88	50,00	39,7634	43,7500
orta ixtisas	40,6279	18,75	53,13	36,9818	43,7500
natamam ali	46,8780	37,50	59,38	45,8604	46,8800
Ali	52,0530	34,38	71,88	50,3653	50,0000
Cəmi	48,1587	18,75	71,88	45,4104	46,8800

Mövcud iki dəyişən arasında Anova testi əmsalı 0,05-dən aşağı olduğu üçün təhsil qrupları arasında ümumi sağlamlıq əmsalı baxımdan statistik mənada ciddi fərqlərin olduğu müşahidə edilmişdir. Çox tərəfli təhlildə isə hansı təhsil qrupları arasında ciddi fərq daha təfərrüatlı görmək mümkündür. Belə ki əsas fərq ali təhsillilərlə natamam orta, tam orta, orta ixtisas qrupları arasında yaranmış, ali təhsillilərlə natamam ali təhsillilər arasında isə ciddi fərq yaranmamışdır. Digər qrupların öz aralarındakı fərqlər isə ANOVA əmsalına görə ciddi fərq deyil. Təhsil qrupları üzrə ali təhsillilər 52,05%-lə ən azı 6-16% arasında digərlərindən fərqlənir.

Bütün bunlardan belə nəticəyə gəlmək mümkündür ki, təhsil qrupları ətraf mühit əmsalında ciddi fərqlər nümayiş etdirirlər. *Məşğuliyyət faktoru ilə digər dəyişənlər* Bu başlıqda həm əlaqə testləri-korrelasiya, və fərq testi olan iki müstəqil qrup arasında olan T testi tətbiq edilərək mövcud dəyişənlər arasında əlaqəni müəyyən etmək, eyni zamanda məşğuliyyət qruplarının mövcud dəyişənlərə qarşı mənalı statistik fərqi olub olmadığını müəyyən olunması nəzərdə tutulur. Statistik təhlillər təhsil qrupları ilə bərabər ümumi sağlamlıq əmsalı, fiziki sağlamlıq əmsalı, psixoloji sağlamlıq əmsalı, ictimai münasibətlər əmsalı və ətraf mühit əmsalları ilə ayrı ayılıqda aparılmışdır.

*Məşğuliyyət qrupları ilə ümumi sağlamlıq arasındakı münasibətlər*

## Korrelasiya

			hal hazırda işləyirsinizmi	ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı
Spearman	Hal-hazırda işləyirsinizmi	Korrelasiya əmsalı	1,000	-,364**
		Əhəmiyyətlik (iki tərəfli)	.	,000
		N	100	100

\*\* . Korrelasiya 0,01 səviyyəsində əhəmiyyətlidir

Məşğuliyyət qrupları ilə ümumi sağlamlıq əmsalı arasındakı korrelasiya əmsalı -0,364-dir. Korrelativ əlaqə bir qədər zəif lakin mənfidir. Yəni işsizlərin sayı azaldıqca ümumi sağlamlıq əmsalı da artmaqdadır.

#### Hesabat

ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı

Hal-hazırda işləyirsinizmi	Ortalama	Minimum	Maksimum	Harmonik ortalama	Median
Bəli	53,7975	12,50	75,00	47,9369	50,0000
Xeyir	39,8810	25,00	75,00	35,4730	37,5000
Cəmi	50,8750	12,50	75,00	44,6429	50,0000

#### Qrupların statistikasını

	hal hazırda işləyirsinizmi	N	Ortalama	Ortalama kvadrat sapması	Ortalama kvadrat xətanın ortalaması
ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı	Bəli	79	53,7975	15,02594	1,69055
	Xeyir	21	39,8810	14,58758	3,18327

#### Müstəqil qrupların göstəriciləri

	Livinin varyansların bərabərliyi göstəriciləri		ortalamaların bərabərliyi üçün T kriteriyaları			
	F	Əhəmiyyətlik	T	f/d	Əhəmiyyətlik (iki tərəfli)	
ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı	Varyansların bərabərliyi ehtimalı	,055	,815	3,795	98	,000
	Varyansların bərabərliyi ehtimal olunmur			3,861	32,215	,001

T testindəki əmsal 0,05-dən aşağı (0,000) olduğu üçün məşğuliyyət qruplarında ümumi sağlamlıq əmsalında ciddi fərqləri mövcuddur. Belə ki işləyənlərdə ortalama 53,79%, işsizlərdə isə 39,88%-dir. Belə nəticəyə gəlmək mümkündür ki, ümumi sağlamlıq əmsalında işləyənlər işsizlərdən fərqlənir və işsizlərdə bu göstərici daha aşağıdır.

Məşğuliyyət qrupları ilə fiziki sağlamlıq arasındakı münasibətlər  
Korrelasiya

			hal hazırda işləyirsinizmi	fiziki sağlamlıq əmsalı
Spearman	Hal-hazırda işləyirsinizmi	Korrelasiya əmsalı	1,000	-,432**
		Əhəmiyyətlik (iki tərəfli)	.	,000
		N	100	100

\*\* . Korrelasiya 0,01 səviyyəsində əhəmiyyətlidir

Məşğuliyyət qrupları ilə fiziki sağlamlıq əmsalı arasındakı korrelasiya əmsalı - 0,432-dir. Korrelativ əlaqə orta səviyyədə lakin mənfidir. Yəni işsizlərin sayı azaldıqca fiziki sağlamlıq əmsalı da artmaqdadır.

T testinin nəticələri aşağıdakı kimidir.

Qrupların statistikasını

		Hal-hazırda işləyirsinizmi	N	Ortalama	Ortalama kvadrat sapması	Ortalama kvadrat xətanın ortalaması
fiziki sağlamlıq əmsalı	Bəli		79	52,3959	9,16321	1,03094
	Xeyir		21	43,5386	5,82721	1,27160

Müstəqil qrupların göstəriciləri

		Livinin varyansların bərabərliyi göstəriciləri		ortalamaların bərabərliyi üçün T kriteriyaları		
		F	Əhəmiyyətlik	T	f/d	Əhəmiyyətlik (iki tərəfli)
fiziki sağlamlıq əmsalı	Varyansların bərabərliyi ehtimalı	2,709	,103	4,201	98	,000
	Varyansların bərabərliyi ehtimal olunmur			5,411	49,455	,000

T testindəki əmsal 0,05-dən aşağı (0,000) olduğu üçün məşğuliyyət qruplarında ümumi sağlamlıq əmsalında ciddi fərqləri mövcuddur. Belə ki işləyənlərdə ortalama 52,39%, işsizlərdə isə 43,54%-dir. Belə nəticəyə gəlmək mümkündür ki, fiziki sağlamlıq əmsalında işləyənlər işsizlərdən fərqlənir və işsizlərdə bu göstərici aşağıdır.



*Məşğuliyyət qrupları ilə psixoloji vəziyyət arasındakı münasibətlər*

Korrelasiya

			hal hazırda işləyirsinizmi	psixoloji vəziyyət əmsalı
Spearman	Hal-hazırda işləyirsinizmi	Korrelasiya əmsalı	1,000	-,336**
		Əhəmiyyətlik (iki tərəfli)	.	,001
		N	100	100

\*\* . Korrelasiya 0,01 səviyyəsində əhəmiyyətlidir

Məşğuliyyət qrupları ilə psixoloji vəziyyət əmsalı arasındakı korrelasiya əmsalı -0,336-dir. Korrelativ əlaqə nisbətən zəif lakin mənfidir. Yəni işsizlərin sayı azaldıqca psixoloji vəziyyət əmsalı da artmaqdadır.

T testinin nəticələri

Qrupların statistikasını

	Hal-hazırda işləyirsinizmi	N	Ortalama	Ortalama kvadrat sapması	Ortalama kvadrat xətanın ortalaması
psixoloji vəziyyət əmsalı	Bəli	79	52,2161	8,56642	,96380
	Xeyir	21	44,2467	8,78720	1,91753

Müstəqil qrupların göstəriciləri

		Livinin varyansların bərabərliyi göstəriciləri		ortalamaların bərabərliyi üçün T kriteriyaları		
		F	Əhəmiyyətlik	T	f/d	Əhəmiyyətlilik (iki tərəfli)
psixoloji vəziyyət əmsalı	Varyansların bərabərliyi ehtimalı	,271	,604	3,769	98	,000
	Varyansların bərabərliyi ehtimal olunmur			3,713	30,876	,001

T testindəki əmsal 0,05-dən aşağı (0,000) olduğu üçün məşğuliyyət qruplarında psixoloji vəziyyət əmsalında ciddi fərqləri mövcuddur. Belə ki işləyənlərdə ortalama 52,21%, işsizlərdə isə 44,24%-dir. Belə nəticəyə gəlmək mümkündür ki, ətraf mühit əmsalında işləyənlər işsizlərdən fərqlənir.

Məşğuliyyət qrupları ilə ictimai münasibətlər arasındakı münasibətlər  
Korrelasiya

			hal hazırda işləyirsinizmi	ictimai münasibətlər əmsalı
Spearman	Hal-hazırda işləyirsinizmi	Korrelasiya əmsalı Əhəmiyyətlik (iki tərəfli) N	1,000 . 100	-,302** ,002 100

\*\* . Korrelasiya 0,01 səviyyəsində əhəmiyyətlidir

Məşğuliyyət qrupları ilə fiziki sağlamlıq əmsalı arasındakı korrelasiya əmsalı - 0,302-dir. Korrelativ əlaqə nisbətən zəif səviyyədə, lakin mənfidir. Yəni işsizlərin sayı azaldıqca ictimai münasibətlər əmsalı da artmaqdadır.

Qrupların statistikasını

	Hal-hazırda işləyirsinizmi	N	Ortalama	Ortalama kvadrat sapması	Ortalama kvadrat xətanın ortalaması
ictimai münasibətlər əmsalı	Bəli Xeyir	79 21	55,9073 44,0471	14,44318 14,94016	1,62498 3,26021

Müstəqil qrupların göstəriciləri

		Livinin varyansların bərabərliyi göstəriciləri		ortalamaların bərabərliyi üçün T kriteriyaları		
		F	Əhəmiyyətlik	T	f/d	Əhəmiyyət lilik (iki tərəfli)
ictimai münasibətlər əmsalı	Varyansların bərabərliyi ehtimalı	,014	,905	3,321	98	,001
	Varyansların bərabərliyi ehtimal olunmur			3,256	30,686	,003

T testindəki əmsal 0,05-dən aşağı (0,001) olduğu üçün məşğuliyyət qruplarında ictimai münasibətlər əmsalında ciddi fərqləri mövcuddur. Belə ki işləyənlərdə ortalama 55,9%, işsizlərdə isə 44,04%-dir. Belə nəticəyə gəlmək mümkündür ki, ictimai münasibətlər əmsalında işləyənlər işsizlərdən fərqlənir və işsizlərdə bu göstərici daha aşağıdır.

*Məşğuliyyət qrupları ilə ətraf mühit arasındakı münasibətlər*

Korrelasiya

			hal hazırda işləyirsinizmi	ətraf mühit əmsalı
Spearman	Hal-hazırda işləyirsinizmi	Korrelasiya əmsalı	1,000	-,395**
		Əhəmiyyətlik (iki tərəfli)	.	,000
		N	100	100

\*\* . Korrelasiya 0,01 səviyyəsində əhəmiyyətlidir

Məşğuliyyət qrupları ilə ətraf mühit əmsalı arasındakı korrelasiya əmsalı -0,395-dir. Korrelativ əlaqə orta səviyyədə lakin mənfidir. Yəni işsizlərin sayı azaldıqca ətraf mühit əmsalı da artmaqdadır.

Qrupların statistikasını

		hal hazırda işləyirsinizmi	N	Ortalam a	Ortalama kvadrat sapması	Ortalama kvadrat xətanın ortalaması
ətraf mühit əmsalı	Bəli		79	50,3585	9,99534	1,12456
	Xeyir		21	39,8833	8,88853	1,93964

Müstəqil qrupların göstəriciləri

		Livinin varyansların bərabərliyi göstəriciləri		ortalamaların bərabərliyi üçün T kriteriyaları		
		F	Əhəmiyyətlik	T	f/d	Əhəmiyyətlik (iki tərəfli)
ətraf mühit əmsalı	Varyansların bərabərliyi ehtimalı	,392	,533	4,363	98	,000
	Varyansların bərabərliyi ehtimal olunmur			4,672	34,700	,000

T testindəki əmsal 0,05-dən aşağı (0,000) olduğu üçün məşğuliyyət qruplarında ətraf mühit əmsalında ciddi fərqləri mövcuddur. Belə ki işləyənlərdə ortalama 50,35%, işsizlərdə isə 39,88%-dir. Belə nəticəyə gəlmək mümkündür ki, ətraf mühit əmsalında işləyənlər işsizlərdən fərqlənir və işsizlərdə bu göstərici daha aşağıdır.

Parametrik təhlillər

Parametrik təhlillərdə əsasən iki dəyişənli parametrik əlaqə müəyyənləşdirən statistik təhlillər tətbiq ediləcək. Bunlar Pearson korrelasiya təhlili və sadə regresiyaya təhlilləridir. Korrelasiya təhlili ilə gəlir səviyyəsi yaş, ailədə üzvlərin sayı, uşağın

reabilitasiya müddəti kimi dəyişənlərin ümumi sağlamlıq, fiziki sağlamlıq, psixoloji vəziyyət, ictimai münasibətlər və ətraf mühit dəyişənləri arasında əlaqələrin olub olmamasını müəyyənləşdirəcək. Regressiya təhlilində isə ümumi sağlamlıq, fiziki sağlamlıq, psixoloji vəziyyət, ictimai münasibətlər və ətraf mühit dəyişənləri asılı dəyişən kimi, gəlir səviyyəsi yaş, ailədə üzvlərin sayı, reabilitasiya müddəti isə müstəqil dəyişənlər kimi qəbul edilib təhlillərin aparılması nəzərdə tutulur. İlk növbədə yaş dəyişənin digər asılı dəyişənlərlə əlaqəsi öyrəniləcək.

#### Yaş dəyişəni ilə digər dəyişənlər arasındakı əlaqə

##### Korrelasiya

		Yaşınız	ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsali	fiziki sağlamlıq əmsali	psixoloji vəziyyət əmsali	ictimai münasibətlər əmsali	ətraf mühit əmsali
Yaşınız	Pearson Korrelasiyası	1	,019	,284**	,168	,097	,154
	Əhəmiyyətlik (iki tərəfli)		,848	,004	,094	,335	,126
	N	100	100	100	100	100	100

\*\* . Korrelasiya 0,01 səviyyəsində mənalıdır (iki tərəfli)

Yaş kriteriyası üzərində bir qiymətləndirmə apardığımız zaman bunu müşahidə edirik ki, yaşın digər dəyişənlərlə əlaqəsi müsbət olsa da (yəni yaş artdıqca, ümumi sağlamlıq, fiziki sağlamlıq, psixoloji vəziyyət, ictimai münasibətlər, ətraf mühit əmsalları artır) lakinkorrelativ əlaqə çox zəifdir. Ən aşağı göstərici ümumi sağlamlıqda 0,019 (yəni demək olar ki əlaqə yoxdur), ən yüksək göstərici isə fiziki sağlamlıqda 0,284-dür. Əhəmiyyətlik dərəcəsi ilə müqayisə etdikdə yaşla digər dəyişənlər arasında əlaqənin olmadığı müəyyənleşmişdir. Regressiya təhlilləri də bu əlaqənin demək olar ki olmadığını göstərir. Aşağıdakı cədvəllər yaşın ümumi sağlamlıq əmsalına olan təsirini göstərir.

##### Regressiya modelinin hesabatı

Model	R	R-kvadratı	Korrektə edilmiş R-kvadratı	Standart xəta dəyəri
1	,019 <sup>a</sup>	,000	-,010	15,99436

a. Proqnoz edilən dəyişən, yaşınız

## Əmsallar

Model		Standartlaşdırılmamış əmsallar		Standartlaşdırılmış əmsallar	T	Əhəmiyyətlik
		B	Standart xəta	Beta		
1	Dəyişən	49,171	9,038		5,440	,000
	Yaşınız	,055	,285	,019	,192	,848

a. Asılı dəyişən: ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı

ANOVA<sup>a</sup>

Model		Kvadratların cəmi	f/d	Orta kvadrat	F	Əhəmiyyətlik
1	Regressiya	9,386	1	9,386	,037	,848 <sup>b</sup>
	Qalıq	25070,301	98	255,819		
	Cəmi	25079,688	99			

a. Asılı dəyişən: ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı

b. Proqnoz edilən dəyişən, yaşınız

İlk növbədə regressiya modelinin hesabı cədvəlində R kvadratı 0,000 alınmışdır. Yəni bu o deməkdir ki, yaşın ümumi sağlamlıq göstəricisinə təsiri təxminən 0%-a bərabərdir. Növbəti cədvəldə isə regressiya əmsalı 0,055 göstərmişdir. Bu o deməkdir ki, 1 yaşın artması ümumi sağlamlıq göstəricisinə 0,055 qədər dəyər artırır. Regressiyada 49,171 isə yaş faktoru açıqlanmayan hissədir. Yəni bu regressiya təhlilində başlanğıc göstəricidir. ANOVA əmsalı da 0,05-dən böyük olduğuna görə yaşın dəyişməsinin ümumi sağlamlıq əmsalında hər hansı bir fərq yaratmadığını göstərir.

Yaşla fiziki sağlamlıq arasında regressiya təhlili:

## Regressiya modelinin hesabı

Model	R	R-kvadratı	Korrekt edilmiş R-kvadratı	Standart xəta dəyəri
1	,284 <sup>a</sup>	,081	,071	8,94429

a. Proqnoz edilən dəyişən, yaşınız

## Əmsallar

Model		Standartlaşdırılmamış əmsallar		Standartlaşdırılmış əmsallar	T	Əhəmiyyətlik
		B	Standart xəta	Beta		
1	Dəyişən	35,927	5,054		7,108	,000
	Yaşınız	,469	,160	,284	2,937	,004

a. Asılı dəyişən: fiziki sağlamlıq əmsalı

ANOVA<sup>a</sup>

Model	Kvadratların cəmi	f/d	Orta kvadrat	F	Əhəmiyyətlik	
1	Reqresiya	689,868	1	689,868	8,623	,004 <sup>b</sup>
	Qalıq	7840,026	98	80,000		
	Cəmi	8529,894	99			

a. Asılı dəyişən: fiziki sağlamlıq əmsalı

b. Proqnoz edilən dəyişən, yaşınız

İlk növbədə model hesabatı cədvəlində R kvadratı 0,081 alınmışdır. Yəni bu o deməkdir ki, yaşın ümumi sağlamlıq göstəricisinə təsiri 8,1%-a bərabərdir. Növbəti cədvəldə isə regresiyaya əmsalı 0,469 göstərmişdir. Bu o deməkdir ki, 1 yaşın artması ümumi sağlamlığa 0,469 qədər dəyər artırır. Reqresiyada 35,927 mənanın ifadə edir ki, biz yaşı artırırsaq belə bu əmsal 35,927 olacaq. Yəni bu regresiyaya təhlilində başlanğıc göstəricidir. ANOVA əmsalı da 0,05-dən kiçik olduğuna görə yaşın dəyişməsinin fiziki sağlamlıqda hər hansı bir fərq yaratdığını göstərir.

*Yaşla psixoloji vəziyyət arasında regresiyaya təhlili*

## Reqresiya modelinin hesabatı

Model	R	R-kvadratı	Korrektə edilmiş R-kvadratı	Standart xəta dəyəri
1	,168 <sup>a</sup>	,028	,018	9,08342

a. Proqnoz edilən dəyişən, yaşınız

## Əmsallar

Model		Standartlaşdırılmamış əmsallar		Standartlaşdırılmış əmsallar	T	Əhəmiyyətlik
		B	Standart xəta	Beta		
1	Dəyişən	41,998	5,133		8,182	,000
	Yaşınız	,274	,162	,168	1,691	,094

a. Asılı dəyişən: psixoloji vəziyyət əmsalı

ANOVA<sup>a</sup>

Model	Kvadratların cəmi	f/d	Orta kvadrat	F	Əhəmiyyətlik	
1	Reqresiya	236,033	1	236,033	2,861	,094 <sup>b</sup>
	Qalıq	8085,843	98	82,509		
	Cəmi	8321,876	99			

a. Asılı dəyişən: psixoloji vəziyyət əmsalı

b. Proqnoz edilən dəyişən, yaşınız

Model hesabatı cədvəlində R kvadratı 0,028 alınmışdır. Yəni bu o deməkdir ki, yaşın psixoloji vəziyyət göstəricisinə təsiri 2,8%-a bərabərdir. Növbəti cədvəldə isə regressiya əmsalı 0,274 göstərmişdir. Bu o deməkdir ki, 1 yaşın artması ümumi sağlamlığa 0,274 qədər dəyər artırır. Regressiyada 41,998 o mənanı ifadə edir ki, biz yaşı artırırsaq belə bu əmsal 35,927 olacaq. Yəni bu regressiya təhlilində başlanğıc göstəricidir. ANOVA əmsalı da 0,05-dən böyük olduğuna görə yaşın dəyişməsinin psixoloji vəziyyətdə hər hansı bir fərq yaratmadığını göstərir.

*Yaşla ictimai münasibətlər arasında regressiya təhlili*

Regressiya modelinin hesabatı

Model	R	R-kvadratı	Korrekt edilmiş R-kvadratı	Standart xəta dəyəri
1	,097 <sup>a</sup>	,010	-,001	15,26960

a. Proqnoz edilən dəyişən, yaşınız

Əmsallar

Model		Standartlaşdırılmamış əmsallar		Standartlaşdırılmış əmsallar	T	Əhəmiyyətlik
		B	Standart xəta	Beta		
1	Dəyişən	45,181	8,629		5,236	,000
	Yaşınız	,264	,272	,097	,970	,335

a. Asılı dəyişən: ictimai münasibətlər əmsalı

ANOVA<sup>a</sup>

Model		Kvadratların cəmi	f/d	Orta kvadrat	F	Əhəmiyyətlik
1	Regressiya	219,271	1	219,271	,940	,335 <sup>b</sup>
	Qalıq	22849,735	98	233,161		
	Cəmi	23069,006	99			

a. Asılı dəyişən: ictimai münasibətlər əmsalı

b. Proqnoz edilən dəyişən, yaşınız

R kvadratı (0,010) əmsalına görə yaşın ictimai münasibətlər göstəricisinə təsiri 1,0%-a bərabərdir. Növbəti cədvəldə isə regressiya əmsalı 0,469 göstərmişdir. Bu o deməkdir ki, 1 yaşın artması ictimai münasibətlər dəyərini 0,469 artırır. Regressiyada 45,181 o mənanın ifadə edir ki, biz yaşı artırırsaq belə bu əmsal 45,181 olacaq. Yəni bu regressiya təhlilində başlanğıc göstəricidir. ANOVA əmsalı da 0,05-dən böyük olduğuna görə yaşın dəyişməsinin ictimai münasibətlərə hər hansı bir fərq yaratmadığını göstərir.

*Yaşla ətraf mühit arasında regresiya təhlili*

Regressiya modelinin hesabı

Model	R	R-kvadratı	Korrektə edilmiş R-kvadratı	Standart xəta dəyəri
1	,154 <sup>a</sup>	,024	,014	10,55942

a. Proqnoz edilən dəyişən, yaşı

Əmsallar

Model		Standartlaşdırılmamış əmsallar		Standartlaşdırılmış əmsallar	T	Əhəmiyyətlik
		B	Standart xəta	Beta		
1	Dəyişən	39,085	5,967		6,550	,000
	Yaşınız	,291	,188	,154	1,545	,126

a. Asılı dəyişən: ətraf mühit əmsalı

ANOVA<sup>a</sup>

Model		Kvadratların cəmi	f/d	Orta kvadrat	F	Əhəmiyyətlik
1	Regressiya	266,126	1	266,126	2,387	,126 <sup>b</sup>
	Qalıq	10927,133	98	111,501		
	Cəmi	11193,260	99			

a. Asılı dəyişən: ətraf mühit əmsalı

b. Proqnoz edilən dəyişən, yaşı

Yaşın ətraf mühit əmsalına təsiri 2,4%-dir. Hər yaş artımında ətraf mühit əmsalını dəyərində 0,291 əlavə edilir. ANOVA əmsalı 0,126, 0.05-dən böyük olduğuna görə müxtəlif yaş qruplarının ətraf mühit əmsalında statistik baxımdan mənalı şəkildə fərqlənir.

*Ailə üzvlərinin sayı ilə bağlı regresiya təhlilləri.*

*Ailə üzvlərinin sayı ilə korrelasiya təhlilləri.*

Korrelasiya

		ailə üzvlərinin sayı	ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı	fiziki sağlamlıq əmsalı	psixoloji vəziyyət əmsalı	ictimai münasibətlər əmsalı	ətraf mühit əmsalı
ailə üzvlərinin sayı	Pearson Korrelasiyası	1	-,247*	-,044	-,118	-,196	-,067
	Əhəmiyyətlilik (iki tərəfli)		,013	,662	,241	,051	,510
	N	100	100	100	100	100	100

\*. Korrelasiya 0,05 səviyyəsində mənalıdır (iki tərəfli).

\*\*. Korrelasiya 0,01 səviyyəsində mənalıdır (iki tərəfli)



Ailə üzvlərinin sayı ilə digər amillər arasında korrelativ əlaqə çox zəifdir. Nisbətən ümumi sağlamlıq əmsalı ilə korrelativ əlaqə yüksəkdir. Bu iki dəyişən arasında korrelasiya əmsalı  $-0,247$  olarsa da əhəmiyyətlik dərəcəsinin  $0,05$ -dən yüksək olması əlaqənin olmadığını inkar edir.

### Regressiya təhlilləri

#### *Ailə üzvlərinin sayı ilə ümumi sağlamlıq arasında regressiya təhlili*

#### Əmsallar

Model	Standartlaşdırılmamış əmsallar		Standartlaşdırılmış əmsallar	T	Əhəmiyyətlik
	B	Standart xəta	Beta		
1 Dəyişən ailə üzvlərinin sayı	71,355	8,250		8,649	,000
	-5,146	2,036	-,247	-2,527	,013

a. Asılı dəyişən: ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı

#### Regressiya modelinin hesabı

Model	R	R-kvadratı	Korrektə edilmiş R-kvadratı	Standart xəta dəyəri
1	,247 <sup>a</sup>	,061	,052	15,50015

a. Proqnoz edilən dəyişən, ailə üzvlərinin sayı

#### ANOVA<sup>a</sup>

Model	Kvadratların cəmi	f/d	Orta kvadrat	F	Əhəmiyyətlik
1 Regressiya	1534,732	1	1534,732	6,388	,013 <sup>b</sup>
Qalıq	23544,956	98	240,255		
Cəmi	25079,688	99			

a. Asılı dəyişən: ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı

b. Proqnoz edilən dəyişən, ailə üzvlərinin sayı

Ailə üzvlərinin sayının dəyişməsi ümumi sağlamlıq əmsalına təsiri  $6,1\%$ -dir. Hər yaş artımında ətraf mühiti əmsalının dəyəri  $-5,146$  qədər azalır. ANOVA əmsalı  $0,126$ ,  $0,05$ -dən böyük olduğuna görə ailə üzvlərinin fərqli sayı ümumi sağlamlıq əmsalında statistik baxımdan mənalı şəkildə fərqləndirmir.

#### *Ailə üzvlərinin sayı ilə fiziki sağlamlıq arasında regressiya təhlili*

#### Regressiya modelinin hesabı

Model	R	R-kvadratı	Korrektə edilmiş R-kvadratı	Standart xəta dəyəri
1	,044 <sup>a</sup>	,002	-,008	9,32040

a. Proqnoz edilən dəyişən, ailə üzvlərinin sayı

## Əmsallar

Model	Standartlaşdırılmamış əmsallar		Standartlaşdırılmış əmsallar	T	Əhəmiyyətlik
	B	Standart xəta	Beta		
1 Dəyişən ailə üzvlərinin sayı	52,669 -,536	4,961 1,224	-0,044	10,617 -,438	,000 ,662

a. Asılı dəyişən: fiziki sağlamlıq əmsalı

Anova<sup>a</sup>

Model	Kvadratların cəmi	f/d	Orta kvadrat	F	Əhəmiyyətlik
1 Reqresiya	16,653	1	16,653	,192	,662 <sup>b</sup>
Qalıq	8513,241	98	86,870		
Cəmi	8529,894	99			

a. Asılı dəyişən: fiziki sağlamlıq əmsalı

b. Proqnoz edilən dəyişən, ailə üzvlərinin sayı

Ailə üzvlərinin sayının dəyişməsi fiziki sağlamlıq əmsalına təsiri 0,2%-dir. Hər 1 vahid yaş artımında ətraf mühiti əmsalının dəyəri -0,536 qədər azalır. ANOVA əmsalı 0,662, 0.05-dən böyük olduğuna görə ailə üzvlərinin fərqli sayı ümumi sağlamlıq əmsalını statistik baxımdan mənalı şəkildə fərqləndirmir.

*Ailə üzvlərinin sayı ilə psixoloji sağlamlıq arasında regresiyaya təhlili*

## Reqresiya modelinin hesabatı

Model	R	R-kvadratı	Korrektə edilmiş R-kvadratı	Standart xəta dəyəri
1	,118 <sup>a</sup>	,014	,004	9,15024

a. Proqnoz edilən dəyişən, ailə üzvlərinin sayı

## Əmsallar

Model	Standartlaşdırılmamış əmsallar		Standartlaşdırılmış əmsallar	T	Əhəmiyyətlik
	B	Standart xəta	Beta		
1 Dəyişən ailə üzvlərinin sayı	56,189 -1,419	4,870 1,202	-0,118	11,537 -1,180	,000 ,241

a. Asılı dəyişən: psixoloji vəziyyət əmsalı

ANOVA<sup>a</sup>

Model	Kvadratların cəmi	f/d	Orta kvadrat	F	Əhəmiyyətlik
1 Reqresiya	116,649	1	116,649	1,393	,241 <sup>b</sup>
Qalıq	8205,227	98	83,727		
Cəmi	8321,876	99			

a. Asılı dəyişən: psixoloji vəziyyət əmsalı

b. Proqnoz edilən dəyişən, ailə üzvlərinin sayı

Ailə üzvlərinin sayının dəyişməsi psixoloji vəziyyət əmsalına təsiri 1,4%-dir. Hər 1 vahid yaş artımında ətraf mühiti əmsalının dəyəri -1,419 qədər azalır. ANOVA əmsalı 0,241, 0.05-dən böyük olduğuna görə ailə üzvlərinin fərqli sayı psixoloji vəziyyət əmsalın statistik baxımdan mənalı şəkildə fərqləndirmir.

*Ailə üzvlərinin sayı ilə ictimai münasibətlər əmsalı arasında regresiyaya təhlili*

Regressiya modelinin hesabatı

Model	R	R-kvadratı	Korrektə edilmiş R-kvadratı	Standart xəta dəyəri
1	,196 <sup>a</sup>	,038	,029	15,04542

a. Proqnoz edilən dəyişən, ailə üzvlərinin sayı

Əmsallar

Model		Standartlaşdırılmamış əmsallar		Standartlaşdırılmış əmsallar	T	Əhəmiyyətlik
		B	Standart xəta	Beta		
1	Dəyişən	68,971	8,008		8,613	,000
	ailə üzvlərinin sayı	-3,908	1,976	-,196	-1,978	,051

a. Asılı dəyişən: ictimai münasibətlər əmsalı

ANOVA<sup>a</sup>

Model		Kvadratların cəmi	f/d	Orta kvadrat	F	Əhəmiyyətlik
1	Regressiya	885,262	1	885,262	3,911	,051 <sup>b</sup>
	Qalıq	22183,744	98	226,365		
	Cəmi	23069,006	99			

a. Asılı dəyişən: ictimai münasibətlər əmsalı

b. Proqnoz edilən dəyişən, ailə üzvlərinin sayı

Ailə üzvlərinin sayının dəyişməsi ictimai münasibətlər əmsalına təsiri 3,8%-dir. Hər 1 vahid yaş artımında ətraf mühiti əmsalının dəyəri -3,908 qədər azalır. ANOVA əmsalı 0,051, 0.05-dən çox cüzi böyük olduğuna görə ailə üzvlərinin fərqli sayı ictimai münasibətlər əmsalını statistik baxımdan mənalı şəkildə fərqləndirmir.

Regressiya modelinin hesabatı

Model	R	R-kvadratı	Korrektə edilmiş R-kvadratı	Standart xəta dəyəri
1	,067 <sup>a</sup>	,004	-,006	10,66350

a. Proqnoz edilən dəyişən, ailə üzvlərinin sayı

*Ailə üzvlərinin sayı ilə ətraf mühit əmsalı arasında regresiyaya təhlili*

Əmsallar

Model	Standartlaşdırılmamış əmsallar		Standartlaşdırılmış əmsallar	T	Əhəmiyyətlik
	B	Standart xəta	Beta		
1 Dəyişən ailə üzvlərinin sayı	51,843	5,676		9,134	,000
	-,926	1,401	-,067	-,661	,510

a. Asılı dəyişən: ətraf mühit əmsalı

ANOVA<sup>a</sup>

Model	Kvadratların cəmi	f/d	Orta kvadrat	F	Əhəmiyyətlik
1 Reqresiya	49,665	1	49,665	,437	,510 <sup>b</sup>
Qalıq	11143,594	98	113,710		
Cəmi	11193,260	99			

a. Asılı dəyişən: ətraf mühit əmsalı

b. Proqnoz edilən dəyişən, ailə üzvlərinin sayı

Ailə üzvlərinin sayının dəyişməsi ictimai münasibətlər əmsalına təsiri 0,4%-dir. Hər 1 vahid yaş artımında ətraf mühiti əmsalının dəyəri -3,908 qədər azalır. ANOVA əmsalı 0,051, 0.05-dən çox cüzi böyük olduğuna görə ailə üzvlərinin fərqli sayı ictimai münasibətlər əmsalını statistik baxımdan mənalı şəkildə fərqləndirmir.

*Fərd başına düşən gəlir ilə bağlı regresiyaya təhlilləri*

Korrelasiya təhlilləri

Ümumi sağlamlıq 441, fiziki sağlamlıq 450, psixoloji vəziyyət 498, ictimai münasibətlər 433, ətraf mühit 598.

Korrelasiya

		fərd başına düşən gəlir nə qədərdir	ümumi sağlamlıq əmsalı	Fiziki sağlamlıq əmsalı	Psixoloji vəziyyət əmsalı	İctimai münasibətlər əmsalı	ətraf mühit əmsalı
Fərd başına düşən gəlir	Pearson Korrelasiyası	1	,441**	,450**	,498**	,433**	,598**
	Əhəmiyyətlik (iki tərəfli)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	100	100	100	100	100	100

\*\* . Korrelasiya 0,01 səviyyəsində mənalıdır (iki tərəfli)

Korrelasiya əmsalına nəzər yetirdikdə bunu müşahidə etmək mümkündür ki, gəlir səviyyəsi ilə digər asılı dəyişənlər arasında güclü korrelativ əlaqə mövcuddur. Belə ki

digər dəyişənlərə nəzərən gəlir səviyyəsi digər dəyişənlərlə pozitiv və nisbətən güclü əlaqəsi var. Burada ən aşağı korrelyasiya əmsalı 0,433-dü, ən yüksək isə 0,598-lə ətraf mühit əmsalında müşahidə edilmişdir. Şübhəsiz bu cür əlaqə reqresiya təhlillərində özünü biruzə verəcək.

*Fərd başına düşən gəlir ilə ümumi sağlamlıq arasında reqresiyya təhlili*

Reqresiya modelinin hesabatı

Model	R	R-kvadratı	Korrektə edilmiş R-kvadratı	Standart xəta dəyəri
1	,441 <sup>a</sup>	,195	,187	14,35497

a. Proqnoz edilən dəyişən, fərd başına düşən gəlir nə qədərdir

Əmsallar

Model		Standartlaşdırılmamış əmsallar		Standartlaşdırılmış əmsallar	t	Əhəmiyyətlik
		B	Standart xəta	Beta		
1	Dəyişən	40,487	2,571		15,745	,000
	fərd başına düşən gəlir nə qədərdir	,023	,005	,441	4,869	,000

a. Asılı dəyişən: ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı

ANOVA<sup>a</sup>

Model		Kvadratların cəmi	f/d	Orta kvadrat	F	Əhəmiyyətlik
1	Reqresiya	4885,314	1	4885,314	23,708	,000 <sup>b</sup>
	Qalıq	20194,373	98	206,065		
	Cəmi	25079,688	99			

a. Asılı dəyişən: ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı

b. Proqnoz edilən dəyişən, fərd başına düşən gəlir nə qədərdir

Fərd başına düşən gəlirin dəyişməsi ümumi sağlamlıq əmsalına təsiri 19,5%-dir. Hər 1 manat artımında ümumi sağlamlıq əmsalı 0,023 qədər artır. ANOVA əmsalı 0,000, 0.05-dən kiçik olduğuna görə fərd başına düşən gəlir səviyyəsindəki fərqli qruplar ümumi sağlamlıq əmsalında statistik baxımdan mənalı fərq yaradır..

*Fərd başına düşən gəlir ilə fiziki sağlamlıq arasında reqresiyya təhlili*

Reqresiya modelinin hesabatı

Model	R	R-kvadratı	Korrektə edilmiş R-kvadratı	Standart xəta dəyəri
1	,450 <sup>a</sup>	,202	,194	8,33274

a. Proqnoz edilən dəyişən, fərd başına düşən gəlir nə qədərdir

## Əmsallar

Model	Standartlaşdırılmamış əmsallar		Standartlaşdırılmış əmsallar	T	Əhəmiyyətli
	B	Standart xəta	Beta		
1 Dəyişən fərd başına düşən gəlir nə qədərdir	44,363 ,014	1,493 ,003	,450	29,721 4,985	,000 ,000

a. Asılı dəyişən: fiziki sağlamlıq əmsalı

ANOVA<sup>a</sup>

Model	Kvadratların cəmi	f/d	Orta kvadrat	F	Əhəmiyyətli
1 Reqresiya	1725,309	1	1725,309	24,848	,000 <sup>b</sup>
Qalıq	6804,585	98	69,435		
Cəmi	8529,894	99			

a. Asılı dəyişən: fiziki sağlamlıq əmsalı

b. Proqnoz edilən dəyişən, fərd başına düşən gəlir nə qədərdir

Fərd başına düşən gəlirin dəyişməsi fiziki sağlamlıq əmsalına təsiri 20,2%-dir. Hər 1 manat artımında fiziki sağlamlıq əmsalı 0,014 qədər artır. ANOVA əmsalı 0,000, 0.05-dən kiçik olduğuna görə fərd başına düşən gəlir səviyyəsindəki fərqli qruplar fiziki sağlamlıq əmsalında statistik baxımdan mənalı fərq yaradır..

*Fərd başına düşən gəlir ilə psixoloji vəziyyət arasında regresiya təhlili*

## Reqresiya modelinin hesabatı

Model	R	R-kvadratı	Korrektə edilmiş R-kvadratı	Standart xəta dəyəri
1	,498 <sup>a</sup>	,248	,241	7,98871

a. Proqnoz edilən dəyişən, fərd başına düşən gəlir nə qədərdir

## Əmsallar

Model	Standartlaşdırılmamış əmsallar		Standartlaşdırılmış əmsallar	T	Əhəmiyyətli
	B	Standart xəta	Beta		
1 Dəyişən fərd başına düşən gəlir nə qədərdir	43,785 ,015	1,431 ,003	,498	30,597 5,692	,000 ,000

a. Asılı dəyişən: psixoloji vəziyyət əmsalı

ANOVA<sup>a</sup>

Model	Kvadratların cəmi	f/d	Orta kvadrat	F	Əhəmiyyətli
1 Reqresiya	2067,571	1	2067,571	32,397	,000 <sup>b</sup>
Qalıq	6254,305	98	63,819		
Cəmi	8321,876	99			

a. Asılı dəyişən: psixoloji vəziyyət əmsalı

b. Proqnoz edilən dəyişən, fərd başına düşən gəlir nə qədərdir

Fərd başına düşən gəlirin dəyişməsi psixoloji vəziyyət əmsalına təsiri 24,8%-dir. Hər 1 manat artımında psixoloji vəziyyət əmsalı 0,015 qədər artır. ANOVA əmsalı 0,000, 0.05-dən kiçik olduğuna görə fərd başına düşən gəlir səviyyəsindəki fərqli qruplar psixoloji vəziyyət əmsalında statistik baxımdan mənalı fərq yaradır..

*Fərd başına düşən gəlir ilə ictimai münasibətlər arasında regresiyaya təhlili*

Regressiya modelinin hesabatı

Model	R	R-kvadratı	Korrektə edilmiş R-kvadratı	Standart xəta dəyəri
1	,433 <sup>a</sup>	,188	,179	13,82741

a. Proqnoz edilən dəyişən, fərd başına düşən gəlir nə qədərdir

Əmsallar

Model	Standartlaşdırılmamış əmsallar		Standartlaşdırılmış əmsallar	T	Əhəmiyyətlik
	B	Standart xəta	Beta		
1 Dəyişən fərd başına düşən gəlir nə qədərdir	43,635	2,477		17,617	,000
	,022	,005	,433	4,760	,000

a. Asılı dəyişən: ictimai münasibətlər əmsalı

ANOVA<sup>a</sup>

Model	Kvadratların cəmi	f/d	Orta kvadrat	F	Əhəmiyyətlik
1 Regressiya	4331,666	1	4331,666	22,655	,000 <sup>b</sup>
Qalıq	18737,340	98	191,197		
Cəmi	23069,006	99			

a. Asılı dəyişən: ictimai münasibətlər əmsalı

b. Proqnoz edilən dəyişən, fərd başına düşən gəlir nə qədərdir

Fərd başına düşən gəlirin dəyişməsi ictimai münasibətlər əmsalına təsiri 18,8%-dir. Hər 1 manat artımında ictimai münasibətlər əmsalı 0,022 qədər artır. ANOVA əmsalı 0,000, 0.05-dən kiçik olduğuna görə fərd başına düşən gəlir səviyyəsindəki fərqli qruplar ictimai münasibətlər əmsalında statistik baxımdan mənalı fərq yaradır..

*Fərd başına düşən gəlir ilə ətraf mühit əmsalı arasında regresiyaya təhlili*

Regressiya modelinin hesabatı

Model	R	R-kvadratı	Korrektə edilmiş R-kvadratı	Standart xəta dəyəri
1	,598 <sup>a</sup>	,357	,351	8,56692

a. Proqnoz edilən dəyişən, fərd başına düşən gəlir nə qədərdir

## Əmsallar

Model	Standartlaşdırılmamış əmsallar		Standartlaşdırılmış əmsallar	T	Əhəmiyyətlik
	B	Standart xəta	Beta		
1 Dəyişən fərd başına düşən gəlir nə qədərdir	38,758	1,535		25,256	,000
	,021	,003	,598	7,383	,000

a. Asılı dəyişən: ətraf mühit əmsalı

ANOVA<sup>a</sup>

Model	Kvadratların cəmi	f/d	Orta kvadrat	F	Əhəmiyyətlik
1 Reqrəsiya	4000,830	1	4000,830	54,513	,000 <sup>b</sup>
Qalıq	7192,430	98	73,392		
Cəmi	11193,260	99			

a. Asılı dəyişən: ətraf mühit əmsalı

b. Proqnoz edilən dəyişən, fərd başına düşən gəlir nə qədərdir

Fərd başına düşən gəlirin dəyişməsi ətraf mühit əmsalına təsiri 35,7%-dir. Hər 1 manat artımında ətraf mühit əmsalı 0,021 qədər artır. ANOVA əmsalı 0,000, 0.05-dən kiçik olduğuna görə fərd başına düşən gəlir səviyyəsindəki fərqli qruplar ətraf mühit əmsalında statistik baxımdan mənalı fərq yaradır..

*Reabilitasiya müddəti ilə bağlı korrelyasiya təhlilləri*

## Korrelyasiya əmsalları

	ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı	fiziki sağlamlıq əmsalı	psixoloji vəziyyət əmsalı	ictimai münasibətlər əmsalı	ətraf mühit əmsalı
Reabilitasiya dövrü					
Pearson Korrelyasiyası	-.093	,042**	,096**	,112**	,001**
Əhəmiyyətlik (iki tərəfli)	.355	,676	,340	,269	,996
N	100	100	100	100	100



ANOVA<sup>a</sup>

Model	Kvadratların cəmi	f/d	Orta kvadrat	F	Əhəmiyyətlik	
1	Reqresiya	218,921	1	218,921	,863	,355 <sup>b</sup>
	Qalıq	24860,767	98	253,681		
	Cəmi	25079,688	99			

a. Asılı dəyişən: ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı

b. Proqnoz edilən dəyişən, övladınız nə zamandan bəri reabilitasiya görür

Reabilitasiya dövrü dəyişəni ilə bağlı korrelyasiyalara nəzər yetirdikdə belə nəticəyə gəlmək mümkündür ki, reabilitasiya dövrü digər dəyişənlər əlaqəsi çox zəifdir və demək olar ki yoxdur..

## Reabilitasiya müddəti ilə bağlı regresiya təhlilləri

*Reabilitasiya müddəti ilə ümumi sağlamlıq əmsalı arasında regresiya təhlili*

## Reqresiya modelinin hesabatı

Model	R	R-kvadratı	Korrektə edilmiş R-kvadratı	Standart xəta dəyəri
1	,093 <sup>a</sup>	,009	-,001	15,92738

a. Proqnoz edilən dəyişən, övladınız nə zamandan bəri reabilitasiya görür

## Əmsallar

Model	Dəyişən	Standartlaşdırılmamış əmsallar		Standartlaşdırılmış əmsallar	t	Əhəmiyyətlik
		B	Standart xəta	Beta		
1	övladınız nə zamandan bəri reabilitasiya görür	53,706	3,439		15,619	,000
		-,154	,165	-,093	-,929	,355

a. Asılı dəyişən: ümumi sağlamlıq vəziyyəti əmsalı

Uşaqların reabilitasiya dövrünün dəyişməsi ümumi sağlamlıq əmsalına təsiri 0,9%-dir. Hər 1 ay artımında ümumi sağlamlıq əmsalı 0,154 qədər artır. ANOVA əmsalı 0,355, 0.05-dən böyük olduğuna görə uşaqların reabilitasiya dövründəki fərqlilik ümumi sağlamlıq əmsalında statistik baxımdan mənalı fərq yaratmır..

*Reabilitasiya müddəti ilə fiziki sağlamlıq əmsalı arasında regresiya təhlili*

## Reqresiya modelinin hesabatı

## Əmsallar

Model	Standartlaşdırılmamış əmsallar		Standartlaşdırılmış əmsallar	T	Əhəmiyyətlik
	B	Standart xəta	Beta		
1 Dəyişən övladınız nə zamandan bəri reabilitasiya görür	49,788 ,041	2,012 ,097	,042	24,742 ,419	,000 ,676

a. Asılı dəyişən: fiziki sağlamlıq əmsalı

Model	R	R-kvadratı	Korrektə edilmiş R-kvadratı	Standart xəta dəyəri
1	,042 <sup>a</sup>	,002	-,008	9,32116

a. Proqnoz edilən dəyişən, övladınız nə zamandan bəri reabilitasiya görür

ANOVA<sup>a</sup>

Model	Kvadratların cəmi	f/d	Orta kvadrat	F	Əhəmiyyətlik
1 Reqresiya	15,260	1	15,260	,176	,676 <sup>b</sup>
Qalıq	8514,634	98	86,884		
Cəmi	8529,894	99			

a. Asılı dəyişən: fiziki sağlamlıq əmsalı

b. Proqnoz edilən dəyişən, övladınız nə zamandan bəri reabilitasiya görür

Uşaqların reabilitasiya dövrünün dəyişməsi fiziki sağlamlıq əmsalına təsiri 0,8%-dir. Hər 1 ay artımında fiziki sağlamlıq əmsalı 0,154 qədər artır. ANOVA əmsalı 0,676, 0.05-dən böyük olduğuna görə uşaqların reabilitasiya dövründəki fərqlilik fiziki sağlamlıq əmsalında statistik baxımdan mənalı fərq yaratmır..

*Reabilitasiya müddəti ilə psixoloji sağlamlıq əmsalı arasında regresiyaya təhlili*

## Reqresiya modelinin hesabı

Model	R	R-kvadratı	Korrektə edilmiş R-kvadratı	Standart xəta dəyəri
1	,096 <sup>a</sup>	,009	-,001	9,17217

a. Proqnoz edilən dəyişən, övladınız nə zamandan bəri reabilitasiya görür

## Əmsallar

Model	Standartlaşdırılmamış əmsallar		Standartlaşdırılmış əmsallar	T	Əhəmiyyətlik
	B	Standart xəta	Beta		
1 Dəyişən övladınız nə zamandan bəri reabilitasiya görür	48,861 ,091	1,980 ,095	,096	24,675 ,958	,000 ,340

a. Asılı dəyişən: psixoloji vəziyyət əmsalı

ANOVA<sup>a</sup>

Model	Kvadratların cəmi	f/d	Orta kvadrat	F	Əhəmiyyətlik	
1	Reqresiya	77,268	1	77,268	,918	,340 <sup>b</sup>
	Qalıq	8244,608	98	84,129		
	Cəmi	8321,876	99			

a. Asılı dəyişən: psixoloji vəziyyət əmsalı

b. Proqnoz edilən dəyişən, övladınız nə zamandan bəri reabilitasiya görür

Uşaqların reabilitasiya dövrünün dəyişməsi psixoloji vəziyyət əmsalına təsiri 0,9%-dir. Hər 1 ay artımında psixoloji vəziyyət əmsalı 0,091 qədər artır. ANOVA əmsalı 0,340, 0.05-dən böyük olduğuna görə uşaqların reabilitasiya dövründəki fərqlilik psixoloji vəziyyət əmsalında statistik baxımdan mənalı fərq yaratmır..

*Reabilitasiya müddəti ilə ictimai münasibətlər əmsalı arasında regresiya təhlili*

## Reqresiya modelinin hesabatı

Model	R	R-kvadratı	Korrektə edilmiş R-kvadratı	Standart xəta dəyəri
1	,112 <sup>a</sup>	,012	,002	15,24696

a. Proqnoz edilən dəyişən, övladınız nə zamandan bəri reabilitasiya görür

## Əmsallar

Model	Standartlaşdırılmamış əmsallar		Standartlaşdırılmış əmsallar	T	Əhəmiyyətlik	
	B	Standart xəta	Beta			
1	Dəyişən	50,176	3,292	15,243	,000	
	övladınız nə zamandan bəri reabilitasiya görür	,176	,158	,112	1,111	,269

a. Asılı dəyişən: ictimai münasibətlər əmsalı

ANOVA<sup>a</sup>

Model	Kvadratların cəmi	f/d	Orta kvadrat	F	Əhəmiyyətlik	
1	Reqresiya	286,963	1	286,963	1,234	,269 <sup>b</sup>
	Qalıq	22782,043	98	232,470		
	Cəmi	23069,006	99			

a. Asılı dəyişən: ictimai münasibətlər əmsalı

b. Proqnoz edilən dəyişən, övladınız nə zamandan bəri reabilitasiya görür

Uşaqların reabilitasiya dövrünün dəyişməsi ictimai münasibətlər əmsalına təsiri 1,2%-dir. Hər 1 ay artımında ictimai münasibətlər əmsalı 0,176 qədər artır. ANOVA əmsalı 0,289, 0.05-dən böyük olduğuna görə uşaqların reabilitasiya dövründəki fərqlilik ictimai münasibətlər əmsalında statistik baxımdan mənalı fərq yaratmır..

*Reabilitasiya müddəti ilə ətraf mühit münasibətlər əmsalı arasında regresiya təhlili*

Regressiya modelinin hesabatı

Model	R	R- kvadratı	Korrektə edilmiş R-kvadratı	Standart xəta dəyəri
1	,001 <sup>a</sup>	,000	-,010	10,68723

a. Proqnoz edilən dəyişən, övladınız nə zamandan bəri reabilitasiya görür

Əmsallar

Model		Standartlaşdırılmamış əmsallar		Standartlaşdırılmış əmsallar	T	Əhəmiyyətlik
		B	Standart xəta	Beta		
1	Dəyişən övladınız nə zamandan bəri reabilitasiya görür	48,147 ,001	2,307 ,111	 ,001	20,868 ,006	,000 ,996

a. Asılı dəyişən: ətraf mühit əmsalı

ANOVA<sup>a</sup>

Model	Kvadratların cəmi	f/d	Orta kvadrat	F	Əhəmiyyətlik	
1	Regressiya	,004	1	,004	,000	,996 <sup>b</sup>
	Qalıq	11193,256	98	114,217		
	Cəmi	11193,260	99			

a. Asılı dəyişən: ətraf mühit əmsalı

b. Proqnoz edilən dəyişən, övladınız nə zamandan bəri reabilitasiya görür

Uşaqların reabilitasiya dövrünün dəyişməsi ətraf mühit əmsalına təsiri 0%-dir. Hər 1 ay artımında psixoloji vəziyyət əmsalı 0,001 qədər artır. ANOVA əmsalı 0,996, 0.05-dən böyük olduğuna görə uşaqların reabilitasiya dövründəki fərqlilik ətraf mühit əmsalında statistik baxımdan mənalı fərq yaratmır.

## NƏTİCƏ

Bütün əlaqə və fərq təhlillərindən əldə etdiyimiz əsas nəticələri burada qeyd etmək lazımdır. Bu nəticələri aşağıdakı kimi qeyd etmək mümkündür:

1. İlk öncə həyat keyfiyyətini müəyyən edən 5 əmsalla ən güclü korrelativ əlaqə qeyri-parametrik dəyişənlər arasında təhsil səviyyəsidir. Təhsil səviyyəsinin 5 əmsal üzrə korrelasiya əmsalı 0,386-dan 0.495-ə qədər dəyişir. Fərq testlərinin nəticələrinə əsasən autizm olan ailələrdə ali təhsillilərin həyat keyfiyyəti orta və orta ixtisas təhsillilərindən fərqlidir və daha yüksəkdir. Korrelasiya əmsalı da ondan xəbər verir ki, təhsil səviyyəsi artdıqca həyat keyfiyyəti artır.
2. Qeyri-parametrik dəyişənlər arasında həyat keyfiyyəti əmsalları ilə ikinci güclü əlaqə məşğuliyyət dəyişənlikləridir. Məşğuliyyət dəyişəni ilə digər 5 əmsal arasında korrelativ əlaqə -0,364-dan-0, 395-a qədər dəyişməkdədir. Yəni işsizlərin sayı artdıqca həyat keyfiyyəti aşağı düşər. Bu mənə korrelativ əlaqə mənfidir. Fərq testlərindən belə nəticəyə gəlmək mümkündür ki, işsizlərdə həyat keyfiyyəti işləyənlərə nəzərən aşağıdır.
3. Qeyri-parametrik dəyişənlər arasında həyat keyfiyyəti əmsalları ilə üçüncü güclü əlaqə cinsiyyət dəyişənində müşahidə edilmişdir. Cinsiyyət dəyişəni ilə digər 5 əmsal arasında korrelativ əlaqə 0,290-dan 0, 356-a qədər dəyişməkdədir. Korrelativ əlaqə müsbətdir. Fərq testlərinə əsasən qadınlarda həyat keyfiyyəti əmsalları kişilərə nəzərən aşağıdır.
4. Parametrik dəyişənlər arasında həyat keyfiyyəti əmsalları ilə ən güclü əlaqə fərd başına düşən gəlir dəyişənində müşahidə edilmişdir. Fərd başına düşən gəlir ilə digər 5 əmsal arasında korrelativ əlaqə əmsalı 0,433-dən 0,598-ə qədər dəyişməkdədir. Bu göstəricilərə əsasən fərd başına düşən gəlir yuxarıda qeyd edilən 3 güclü qeyri-parametrik dəyişənlərin göstəricilərindən də yüksəkdir. Yəni həyat keyfiyyətinə ən güclü təsir göstərən dəyişən fərd başına düşən gəlirdir. Reqrəsiya təhlillərinə əsasən həyat keyfiyyətini müəyyən edən əmsalların formalaşmasında 18,8%-dən 35,7%-ə qədər təsir etmə imkanı

mövcuddür. Fərd başına düşən gəlir dəyişəni ilə bağlı yekun nəticə budur ki, fərd başına düşən gəlir artdıqca həyat keyfiyyəti artır.

5. Yaş dəyişəni həyat keyfiyyətini müəyyən edən digər dəyişənlər arasında yalnız fiziki sağlamlıq dəyişəni ilə zəif korrelativ əlaqəsi mövcuddur. Digər dəyişənlərlə korrelativ əlaqəsi yoxdur. Yaş artdıqca fiziki sağlamlıq əmsalı artır. Yaşın dəyişməsi isə digər dəyişənlərə nəzərə çarpacaq dərəcədə təsir göstərmir.
6. Uşaqların reabilitasiya dövrünün dəyişəninin korrelasiya əmsalları  $-0,093$ -dən  $0,112$ -ə qədər dəyişir. Bu əmsallara görə uşaqların reabilitasiya dövrünün dəyişməsi ailələrin həyat keyfiyyətinə təsir etmir. Eyni mülahizəni ailə üzvlərinin sayı üçün də şamil etmək mümkündür. Ailə üzvlərinin sayı yalnız ümumi sağlamlıq əmsalı ilə korrelativ əlaqəsi mövcuddur. Bu korrelativ əlaqə əmsalı  $-0,247$ -dir. Yəni ailə üzvlərinin sayındakı artım ümumi sağlamlıq əmsalını aşağı salır. Lakin digərlər əmsallara təsiri demək olar ki yoxdur.

Beləliklə autizm xəstəliyi keçirən uşaqların ailələrində həyat keyfiyyətinə təsir edən amillər təsir gücünə görə sıralasaq birinci yerdə fərd başına düşən gəlir, ikinci yerdə valideynlərin təhsili, üçüncü yerdə valideynlərin işləyib işləməməsi və dördüncü yerdə valideynlərin cinsiyyəti dəyişəni gəlir.

## Tövsiyyələr

Övladı Autizm Spektr Pozuntusu yaşayan valideynlərə bu tədqiqatın nəticələrindən yola çıxaraq bir neçə tövsiyyələr irəli sürülə bilər.

1. Övladına ASP diaqnozu qoyulmuş ailələrə ilk öncə bu istiqamətdə maarifləndirmək məqsədi ilə pulsuz təlimlər keçirilməli
2. Övladına ASP diaqnozu valideynlərlə individual olaraq konsultasiyalar aparılmalı və yaşadıkları çətinlikləri yənilməli
3. Reabilitasiya prosesində tək analara deyil, eləcə də ataları bu prosesə təşviq etməli.

## Ədəbiyyat siyahısı

- 1.Amerikan Psikiyatri Birliđi, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı,Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, Ankara, 2013.
- 2.Bıyıklı L, Akkök F, Akçamete G, Sucuođlu B, Kargın T, Küçüker S, Genel Hg,Kobal G, Baydık B (1995). Zihinsel Özürlü Bir Çocuđum Var. TC. Bađbakanlık Aile Arađtırma Kurumu Yayınları, Ankara.
- 3.Cavkaytar A, Özen A (2009). Genel Eđitim Okullarında Özel Gereksinimi Olan Öđrenciler ve Özel Eđitim. Ed.: Akçamete, G.. Kök Yayıncılık, Ankara.
- 4.Özşenol, F., Işıkhan, V., Ünay, B., Aydın, H.İ., Akın, R., Gökçay, E. (2003). Engelli çocuđa sahip ailelerin aile işlevlerinin deđerlendirilmesi. 156-164
- 5.Kaplan , Sadock, Psikiyatri, Klinik Psikiyatri 2016 , 1155
- 6.Maçkalı Z (2014). Otizmde erken müdahalede sanatla terapi. Sanatla Terapi ve Yaratıcılık Eđitimi Bitirme Tezi.
- 7.Memik Nç, Ađaođlu B, Cođkun A, Karakaya I (2008). Çocuklar için yađam kalitesi ölçeđinin 8-12 yađ çocuk formunun geçerlik ve güvenilirliđi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sađlıđı Dergisi*,15: 87-92
- 8.Sadock B J, Sadock V A: Yaygın Gelişimsel Bozukluklar. Kaplan & Sadock Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kısaltılmış Temel Kitabı, 2009'dan çeviri (Çeviri Editörü: Türkbay T) (Çeviren: Bolat N) Güneş Tıp Kitabevleri, 2012; 65-78.
- 9.Sucuođlu B (2015). Zihin Engelliler ve Eđitimleri. Kök Yayıncılık, Ankara.
- Tarakçi E, Tütüncüođlu F (2011). Ergen serebral paralizili olgularda yađam kalitesi sonuçları. *Çocuk Sađlıđı ve HastalıklarıDergisi*, 54: 142.
- 10.Üneri Öđ, Karadavut Kđ (2010). Ebeveyn deđerlendirmesine dayalı serebral palsili çocuklarda yađam kalitesi: Bir ön çalıđma. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 129.
- 11.Üneri Ö, Memđk Nç (2007).Çocuklarda yađam kalitesi kavramı ve yađam kalitesiölçeklerinin gözden geçirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sađlıđı Dergisi*, 14: 52.
- 12.Achkova M, Manolova H. Diagnosis “Autism” – from Kanner and Asperger to DSM-5. *Journal of Intellectual Disability - Diagnosis and Treatment*, 2014, 112.



13. American Psychiatric Association.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd edition. Washington, DC: APA Press.1980.
14. Ayres, A.J. (1972). Sensory integration and learning disorders. Los Angeles.(97)
15. Bettelheim, B. Feral children and autistic children. Am. J. Sociol.1959;64,455–467.
16. Bleuler E. Dementia praecox oder gruppe der schizophrenien. In: G. Aschaffenburg (Ed.), Handbuch der Psychiatrie. Spezieller Teil. 4. Abteilung. 1. Hälfte. Leipzig und Wien: Franz Deuticke;1911.
17. Bolton P, Mc Donald H, Pickles A, Rios P (1994) A case control family history study of autism. J Child Psychol Psychiatry, 35 : 885
18. Bragge A & Fenner P (2009). The emergence of the ‘Interactive Square’ as an approach to art therapy with children on the autistic spectrum. International Journal of Art Therapy: Formerly Inscape 19.
19. BUMİN G, GÜNAL A, TÜKEL ğ (2008). Anxiety depression and quality of life in mothers of disabled children7.
20. Case-Smith, J., Bryan, T. (1999). The effects of occupational therapy with sensory integration emphasis on preschool-age children with autism.
21. Chakrabarti S, Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children. JAMA, 2001. 285.
22. EMERSON E (2003). Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child’s difficulties. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47: 389
23. Fombonne E, The epidemiology of autism: a review. Psychol Med, 1999. 86.
24. Genetics and current perspectives in Autism etiology, 2013, 85
25. Ghaziuddin M. Autism and Pervasive Developmental Disorders: An Overview, Chapter 1, Mental Health Aspects of Autism and Asperger Syndrome, Jessica Kingsley Publishers 2005,
26. Ghaziuddin M. Medical Conditions in Autism, Chapter 4, Mental Health Aspects of Autism and Asperger Syndrome, Jessica Kingsley Publishers 2005,79

27. Jacquemont ML, Sanlaville D, Redon R, Raoul O, Cormier-Daire V, Lyonnet S, et al. Array-based comparative genomic hybridisation identifies high frequency of cryptic chromosomal rearrangements in patients with syndromic autism spectrum disorders. *J Med Genet* 2006.
28. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 1943;
29. Kanner L, Eisenberg L. Early infantile autism 1943–1955. *Am J Orthopsychiatry* 1956; 26: 55.
30. Kaplan, Sadock, *Psikiyatri, Klinik Psikiyatri* 2016, 1153
31. Kearns D (2004). Art therapy with a child experiencing sensory integration difficulty. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association* 21: 95
32. Lecture Notes for the Neuroscience Course at Einstein, 2010.
33. Lord C, Bailey A. Autism spectrum disorders, in *Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edn, M Rutter and E Taylor, Editors. 2002, Blackwell Publishing: Oxford. p. 639.
34. Marshall CR, Noor A, Vincent JB, Lionel AC, Feuk L, Skaug J, et al. Structural variation of chromosomes in autism spectrum disorder. *Am J Hum Genet* 2008
35. Mattila MK, Marko L, Sirkka-Liisa J, Katja E et al. Autism spectrum disorders according to DSM-IV-TR and comparison with DSM-5 draft criteria: An epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2011; 50:583-592.
36. Miles JH, McCathren RB, Stichte J, Shinawi M. Autism spectrum Disorders. In: Pagon RA, Bird TD, Dolan CR, Stephens K, Adam MP, editors. *Gene Reviews™* Seattle (WA): University of Washington, Seattle;1993-. 2003 Aug 27. 44
37. Petrocelli, J. V., Calhoun, G. B., & Glaser, B. A. (2003). The role of general family functioning in the quality of the mother-daughter relationship of female African-American juvenile offenders. *Journal of Black Psychology*, 29(4), 387
38. Rubina Lal and Anagha Shahane Department of Special Education, SNTD Women's University, Mumbai, India "TEACCH Intervention for Autism" ( 170 )
39. Rutter M. Diagnosis and definition of childhood autism. *J Autism Child Schizophr* 1978; 142
40. Sebat J, Lakshmi B, Malhotra D, Troge J, Lese-Martin C, Walsh T, et al. Strong association of de novo copy number mutations with autism. *Science* 2007;316(5823):445-9.

41. Tanguay PE. Autism spectrum Disorders. *Dulcan's Child and adolescent Psychiatry*, 1st edition. (ed: Dulcan MK), Amerikan Psychiatric Publishing, Inc. Arlington. 2010; 173
42. Tsai LY, Ghaziuddin M. DSM-5 ASD moves forward into the past. *J Autism Dev Disord*. 2014. 321.
43. Tuchman R, Rapin I. Epilepsy in autism. *Lancet Neurology* 2002;1:352
44. Van Engeland H, Buitelaar JK. Autism spectrum Disorders. *Rutter's Child and adolescent Psychiatry*, 5th edition. (ed: Rutter M, Bishop DVM, Pine DS, Scott S, Stevenson J, Taylor E, Thapar A), Blackwell Publishing. Massachusetts. 2008; 760
45. Volkmar FR, Lord C, Bailey A, Schultz RT, Klin A.: Autism and pervasive developmental disorders. *J Child Psychol Psychiatry*, 2004; 45: 136
46. Volkmar FR, Lord C, Klin A et al. Autism and the Pervasive Developmental Disorders Chapter 46, *Child and adolescent psychiatry, a comprehensive textbook*, editor Lewis M, Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore 2002.
47. Volkmar, Fred R. (Editor) Paul, Rhea (Editor) Klin, Ami (Editor), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Volume 1: Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior (3rd Edition)*, John Wiley & Sons, Incorporated, 2005. 81
48. Volkmar FR, Klin A. Pervasive Developmental Disorders Chapter 38, Aydın H(çev. Ed.), Bozkurt E(çev. Ed.), *Türkçe Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 2007
49. Volkmar F, Klin A. Pervasive developmental disorders. In Kaplan and Sadocks *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Kaplan, Sadocks (eds). 7th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000; 138.
50. WHO (1984) The World Health Organization. WHO definition of health.
51. WHOQOL GROUP- The World Health Organization (1996). WHOQOL-BREF Introduction Administration Scoring and Generic Version of the Assessment, Geneva.
52. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychol Med*, 1981.
53. Wing L, Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities. *J Autism Dev Disord* 1979; 13

54. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization. 1992.

İnternet resursları

55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23243505>

56. <https://ria.ru/spravka/20120910/747164443.html>

57. <https://otsimo.com/tr/aba-terapisi-evde-davranis-disiplini/>

58. <http://azpress.az/index.php?lang=az&sectionid=news&id=35110>

59. <https://psychcentral.com/blog/4-ways-a-child-with-autism-affects-family-life/>

60. <https://www.bebek.com/otizmin-karakteristik-ozellikleri/>

## ƏLAVƏLƏR

### ƏLAVƏ 1:

#### Sosial-demoqrafik məlumat anketi

Bu məlumat anketini doldurarkən xahiş olunur dəqiq cavablandırarsınız.Əldə olunan məlumatlarda anonimlik qorunur.Ad və Soyadınızı qeyd etmək istəməsəniz şərti ad və soyaddan istifadə edə bilərsiniz.Əldə olunan məlumatlar yalnız tədqiqat işində istifadə olunacaq.

Öncədən sizə təşəkkür edirəm!

Klinik-Psixoloq Aydan İbrahimova-Hacıyeva

1.Adınız,Soyadınız .....

2.Cinsiyətiniz: Qadın ..... Kişi .....

3.Yaşınız .....

4.Təhsiliniz

-Təhsil yoxdur .....

-natamam orta .....

-orta ixtisas .....

-tam orta .....

-natamam ali .....

-tam ali .....

5.Peşəniz .....

6.Hal-hazırda İşləyirsinizmi? Bəli ..... Xeyr .....

7.Ailə vəziyyətiniz .....

8.Ailənizin ümumi gəliri təxminən nə qədərdir .....

9.Ailəniz neçə nəfərdən ibarətdir? .....

10.Yaşayış yeri haradır? (Şəhər olaraq) .....

11.Övladınızda hər hansısa bir problem,xəstəlik,varmı? .....

12.Varsa mütəxəssisə müraciət etmişinizmi? Və hansı diaqnoz qoyulub ?.....

13.Övladınızın neçə yaşı var və diaqnoz neçə yaşında qoyulub?.....

14.Övladınız nə zamandan bəri reabilitasiya görür? .....

15.Övladınızın diaqnozunu bilərkən ilk reaksiyanız nə oldu?

16.Sizcə Övladınızın bu problemi ilə birgə həyatınızda nələr dəyişdi?

## ƏLAVƏ 2:

Dünya Sağlamlıq Təşkilatının Həyat Keyfiyyəti anketi (WHOQOL-BREF)

Bu anket sizin həyat keyfiyyətinizi,sağlamlığınız və həyatınızın digər istiqamətləri haqqında nələr düşündüyünüzü araşdırmaqdadır.Zəhmət olmasa bütün sualları cavablandırarsınız.Əgər hər hansı bir suala necə cavab verəcəyinizdən əmin deyilsinizsə,zəhmət olmasa, sizə ən uyğun variantı seçəsiniz.

Həyatınızın son iki həftəsinə diqqət yetirib suallara cavab verməyiniz xahiş olunur.

Sualları cavablandırarkən sizə uyğun fikrin altındakı rəqəmi dairə alın.

Ad Soyad:

Tarix .....

Cinsiyət: Qadın ..... Kişi .....

Təhsiliniz:

Ailə vəziyyətiniz:

Hal-hazırda hər hansı bir xəstəliyiniz var mı? Bəli..... Xeyr.....

Hal-hazırda sizin sağlamlığınızda yolunda getməyən bir hal varsa sizcə bu nədir?

.....(xəstəlik,problem və s.)

1.	Həyat keyfiyyətinizi necə qiymətləndirirsiniz?	Çox pis 1	Pis 2	Normal 3	Yaxşı 4	Çox yaxşı 5
2.	Sağlamlıq durumunuzdan nə qədər razısınız?	Heç razı deyiləm 1	Razı deyiləm 2	Normal 3	Razıyam 4	Çox razıyam 5

		Aşağıdakı suallar son iki həftədə bu halları nə qədər yaşadığınızı araşdırmaqdadır.				
		Heç	Çox az	Orta dərəcə	Çox	Aşırı çox
3.	Ağrılarınızın etmək istədiklərinizə nə qədər mane olduğunu düşünürsünüz?	1	2	3	4	5
4.	Gündəlik fəaliyyətinizi davam etdirmək üçün hər hansısa bir tibbi müalicəyə nə qədər ehtiyac duyursunuz?	1	2	3	4	5
5.	Yaşamaqdan nə qədər zövq alırsınız?	1	2	3	4	5
6.	Həyatınızı nə dərəcədə mənalı görürsünüz?	1	2	3	4	5
7.	Diqqətinizi toplamaqda nə dərəcədə uğurlusunuz?	1	2	3	4	5
8.	Gündəlik həyatınızda özünüzü nə qədər güvəndə hiss edirsiniz?	1	2	3	4	5
9.	Fizioloji olaraq ne dərəcədə sağlamlısınız?	1	2	3	4	5

Aşağıdakı suallar son iki həftədə bu hallar nə dərəcədə tam olaraq yaşadığınızı ya da edə bildiyinizi araşdırmaqdadır.

		Heç	Çox az	Orta dərəcədə	Çox	Tamamile
10.	Gündəlik həyatı davam etmək üçün yetərli gücünüz və qüvvətiniz varmı?	1	2	3	4	5
11.	Fiziki görünüşünüzü qəbul edirmisiniz?	1	2	3	4	5
12.	Ehtiyaclarınızı,tələbatlarınızı qarşılamağa yetərli maddi imkanınız varmı?	1	2	3	4	5
13.	Gündəlik həyatınızda sizə vacib olan məlumatları və xəbərləri nə dərəcədə əldə edə bilərsiniz?	1	2	3	4	5
14.	Boş zamanlarda məşğuliyyətlər üçün nə dərəcədə fürsətiniz olur.	1	2	3	4	5

Aşağıdakı suallarda son iki həftə boyunca həyatınızın müxtəlif istiqamətlərini nə dərəcədə yaxşı və ya qaneedici olduğunu qeyd etməyiniz istənilir.

		Çox pis	Pis	Normal	Yaxşı	Çox yaxşı
15.	Fizioloji aktivlik (gəzmək,istənilən yerə getmək) necədir?	1	2	3	4	5



		Heç razı deyiləm	Çox az raziyam	Normal	Razıyam	Çox raziyam
16.	Yuxu rejiminizdən nə qədər çox razısınız?	1	2	3	4	5
17.	Gündəlik məşğuliyyətlərinizi icra etmə bacarığınızdan nə dərəcədə razısınız?	1	2	3	4	5
18.	İş görmə potensialınızdan nə qədər razısınız?	1	2	3	4	5
19.	Özünüzdən nə dərəcədə razısınız?	1	2	3	4	5
20.	Ailə üzvlərinizdən başqa insanlarla münasibətlərinizdən nə dərəcədə razısınız?	1	2	3	4	5
21.	Cinsi həyatınızdan nə qədər razısınız?	1	2	3	4	5
22.	Dostlarınızın dəstəyindən nə dərəcədə razısınız?	1	2	3	4	5
23.	Yaşadığınız evin şəraitindən nə dərəcədə razısınız?	1	2	3	4	5
24.	Sağlamlıq mərkəzlərinin	1	2	3	4	5

	əlçatan olmağından nə qədər razısınız?					
25.	Nəqliyyat imkanlarından nə dərəcədə razısınız?	1	2	3	4	5

Aşağıdakı suallar son iki həftədə içərisində bəzi halları nə sıklıqla hissetdiyinizə və ya yaşadığınıza əlaqədardır.

		Heç bir zaman	Nadir hallarda	Bəzən	Çox vaxt	Hər zama n
26.	Hansı sıklıqla kədər, ümitsizlik, bezginlik, həvəssizlik kimi mənfi duyğulara qapılırsınız?	1	2	3	4	5
		Heç	Az	Normal	Çox	Daha çox
27.	Həyatınızda sizə yaxın insanlarla (həyat yoldaşı, iş yoldaşı, qohum və s) münasibətlərinizdə basqı və nəzarətlə əlaqədar çətinlikləriniz nə qədərdir?	1	2	3	4	5

Bu anketin cavablandırılmasında sizə kömək edən oldumu?

BƏLİ..... XEYR.....

Bu anketin cavablandırılması nə qədər zaman aldı ? .....

Öncədən təşəkkür edirəm!

Klinik Psixoloq : Aydan İbrahimova-Hacıyeva