

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI ELM VƏ TƏHSİL NAZİRLİYİ
XƏZƏR UNİVERSİTETİ

TƏBİƏT ELMLƏRİ, SƏNƏT VƏ TEXNOLOGİYA YÜKSƏK TƏHSİL FAKÜLTƏSİ

İstiqamətin şifri və adı

060209 - Psixologiya

İxtisaslaşmanın adı

Klinik psixologiya

Psixologiya departamentinin magistrantı

Aynur İsmayılı Rövşən qızının

Magistr dərəcəsi almaq üçün

**“ANADANGƏLMƏ VƏ SONRADAN QAZANILMIŞ FİZİKİ MƏHDUDİYYƏTİ OLAN
ŞƏXSLƏRDƏ DEPRESSİYANIN MÜQAYİSƏLİ TƏHLİLİ”**

mövzusunda

DİSSERTASIYA İŞİ

Elmi rəhbər: p.ü.f.d. Kamilə Qinyaz qızı Kazımova

İyun - 2023

Anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə depressiyanın müqayisəli təhlili

Xülasə

Təqdim olunan dissertasiya işində anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə depressiyanın müqayisəli təhlili aparılmışdır.

Tədqiqat işi ümumilikdə giriş, üç fəsil, yeddi yarım fəsil, nəticə, ədəbiyyat siyahısı və əlavələrdən ibarətdir. Dissertasiya işinin giriş hissəsində fiziki məhdudiyət və depressiya arasında olan əlaqə təhlil olunmuşdur, mövzunun aktuallığı, obyektivi və predmeti, həmçinin tədqiqatın məqsəd və vəzifələri öz əksini tapmışdır.

Dissertasiya işinin birinci fəslində fiziki məhdudiyət probleminin ümumi nəzəri məsələləri geniş formada araşdırılmışdır. Öncəliklə fiziki məhdudiyət anlayışı və fiziki məhdudiyətə olan müxtəlif nəzəri yanaşmalar ətraflı şəkildə açıqlanmışdır. Fiziki məhdudiyətin yaranma səbəbləri, fiziki məhdudiyətin növləri, anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyət barədə məlumatlar öz əksini tapmışdır.

İkinci fəsildə depressiyanın klinik-psixoloji mahiyyəti və fiziki məhdudiyətin depressiyanın yaranmasına təsiri nəzərdən keçirilmişdir. Həmçinin depressiyanın yaranmasına təsir edən amillər təhlil edilmiş, anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyətin depressiyanın yaranmasına təsir etməsi hərtərəfli şəkildə izah edilmişdir.

Dissertasiya işinin üçüncü fəslində 48 qadın, 55 kişi olmaqla cəmi 103 nəfər anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyətli şəxsə depressiyanın müqayisəli eksperimental-psixoloji təhlili aparılmışdır. Tədqiqat Azərbaycan Respublikası Əmək və Əhalinin Sosial Müdafiəsi Nazirliyinin tabeliyindəki Dövlət Tibbi-Sosial Ekspertiza və Reabilitasiya Agentliyinin Bakı Reabilitasiya Mərkəzində aparılmışdır. Öldə olunan nəticələrin riyazi-statistik təhlili üçün SPSS proqramından istifadə edilmişdir. Beləliklə, müqayisəli təhlilə əsasən sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə depressiyanın səviyyəsi anadangəlmə fiziki məhdudiyəti olan şəxslərə nisbətən yüksək olduğu müəyyən edilmişdir.

A comparative analysis of depression in individuals with congenital and later acquired physical limitations

Summary

In the presented dissertation work, depression in persons with congenital and later acquired physical limitations was comparatively analyzed.

The research work generally consists of introduction, three chapters, seven sub-chapters, conclusion, bibliography and appendices. In the introductory part of the dissertation, the relationship between physical limitation and depression was analyzed, the relevance of the topic, its object and subject, as well as the goals and objectives of the research were reflected.

In the first chapter of the thesis, the general theoretical issues of the physical limitation problem were investigated in a broad form. First, the concept of physical limitation and various theoretical approaches to physical limitation are explained in detail. Information about the causes of physical limitation, types of physical limitation, congenital and later acquired physical limitation has been reflected.

In the second chapter, the clinical-psychological nature of depression and the effect of physical limitation on the occurrence of depression were considered. Factors influencing the development of depression were also analyzed, and the influence of congenital and acquired physical limitation on the development of depression was comprehensively explained.

In the third chapter of the dissertation, a comparative experimental-psychological analysis of depression was conducted in 48 women and 55 men, a total of 103 people with congenital and later acquired physical disabilities. The study was conducted at the Baku Rehabilitation Center of the State Medical-Social Expertise and Rehabilitation Agency under the Ministry of Labor and Social Protection of the Republic of Azerbaijan. The SPSS program was used for the mathematical-statistical analysis of the obtained results. Thus, according to the comparative analysis, it was determined that the level of depression in persons with later acquired physical limitations is higher than in persons with congenital physical limitations.

MÜNDƏRİCAT

| | |
|--|----|
| GİRİŞ..... | 5 |
| I FƏSİL. FİZİKİ MƏHDUDIYYƏT PROBLEMİNİN ÜMUMİ NƏZƏRİ MƏSƏLƏLƏRİ..... | 11 |
| 1.1. Fiziki məhdudiyyət anlayışı və nəzəri yanaşmalar..... | 11 |
| 1.2. Fiziki məhdudiyyətin yaranma səbəbləri..... | 16 |
| 1.3. Anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyyət..... | 20 |
| II FƏSİL. DEPRESSİYANIN KLİNİK-PSİXOLOJİ MAHIYYƏTİ VƏ FİZİKİ MƏHDUDIYYƏTİN DEPRESSİYANIN YARANMASINA TƏSİRİ..... | 31 |
| 2.1. Depressiyanın klinik-psixoloji mahiyyəti və ona təsir edən amillər..... | 31 |
| 2.2. Fiziki məhdudiyyətin depressiyanın yaranmasına təsiri..... | 42 |
| III FƏSİL. ANADANGƏLMƏ VƏ SONRADAN QAZANILMIŞ FİZİKİ MƏHDUDIYYƏTİ OLAN ŞƏXSLƏRDƏ DEPRESSİYANIN MÜQAYİSƏLİ EKSPERİMENTAL-PSİXOLOJİ TƏHLİLİ..... | 59 |
| 3.1. Tədqiqatın təşkili və keçirilməsi..... | 59 |
| 3.2. Tədqiqatın nəticələri və onların təhlili..... | 60 |
| NƏTİCƏ..... | 71 |
| İSTİFADƏ OLUNMUŞ ƏDƏBİYYAT..... | 75 |
| ƏLAVƏLƏR..... | 87 |

GİRİŞ

Mövzunun aktuallığı: Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı (ÜST) əlillik dərəcəsini inkişaf etmiş ölkələr üçün 10%, inkişaf etməkdə olan ölkələr üçün isə 12% olaraq qəbul edir. Müvafiq olaraq, bütün dünyada 500 milyon fiziki məhdudiyətli şəxs olduğu təxmin edilir. Məhdudiyətli şəxs dedikdə, fiziki, əqli, mənəvi, emosional və sosial qabiliyyətlərinin anadangəlmə və ya sonradan müxtəlif dərəcələrdə itirilməsi səbəbindən sosial həyata uyğunlaşmaqda və gündəlik ehtiyaclarını ödəməkdə çətinlik çəkən və müdafiə, qulluq, reabilitasiya, məsləhət və dəstək xidmətlərinə ehtiyacı olan şəxs nəzərdə tutulur.

Fiziki məhdudiyət dedikdə isə bura anadangəlmə olan və ya hər hansı bir xəstəlik və ya qəza nəticəsində skelet, əzələ və sinir sistemində problemləri olan, normal həyat və fəaliyyətlərini yerinə yetirə bilməyəcək dərəcədə fiziki məhdudiyəti olan insanlar daxildir. Bundan əlavə, əllərində, qollarında, ayaqlarında, ayaqlarında, barmaqlarında qısalıq, əskiklik, artıqlıq, yoxluq, hərəkət məhdudiyəti, deformasiya, əzələ zəifliyi, sümük xəstəlikləri, iflic, serebral iflic, spastik və onurğanın bifidası olanlar da aiddir (Yaylı və Öztürk, 2006).

Fiziki məhdudiyətli insanlar yardım almaqla bir çox ehtiyaclarını ödəyirlər. Bu ehtiyaclar onlara qulluq edən şəxslər tərəfindən ödənilir. Fiziki məhdudiyətli fərdlərdə bu vəziyyət bir çox psixi problemlərə səbəb ola bilər. Fiziki məhdudiyət fərdin ümumi funksionallığına və gündəlik həyat fəaliyyətinə təsir göstərdiyi üçün müxtəlif emosional reaksiyalara səbəb olur (Kelleci və Doğan, 2001).

Fiziki məhdudiyətli şəxslərdə psixoloji pozuntular, funksional itkilər və aşağı həyat keyfiyyəti bir arada görülə bilər. Fiziki məhdudiyətin şiddətinin artması ilə depressiya əlamətləri də artır. Bu vəziyyət fiziki məhdudiyətli şəxslərin həyatına mənfi təsir edir və onların həyat keyfiyyətini aşağı salır. Sağlamlığı itirmək və xəstəliyin məhdudiyətlərinə dözmək depressiyaya səbəb ola bilər. Tədqiqatlar göstərir ki, depressiya əlamətləri fiziki məhdudiyətli və xroniki xəstəlikləri olan şəxslərdə 2-10 dəfə daha çox görülə bilər. Yaşayış şəraiti və yaşadıkları sosial mühitdən irəli gələn vəziyyətlər fiziki məhdudiyəti olan fərdlərdə depressiya riskinin əsasını təşkil edir.

Depressiyaya uğramış insanların ətrafdakı hadisələri necə qavradıqları və şərh etmələri də vacibdir. Beck müəyyən mənfi idrak nümunələrinin depressiyanın inkişafına meyilli insanlarda təsirli olduğunu təklif etdi. Qəbul edilən mənfi həyat hadisələri depressiya əlamətlərinə səbəb olan ümitsizlik vəziyyətləri yarada bilər. Burada vacib olan mənfi həyat hadisələrinin qavranılması ilə ümitsizliyin ortaya çıxması arasındakı əlaqədir. Bəzi insanlar müxtəlif

təcrübələrə görə ümitsiz ola bilər, bəziləri isə olmaya bilər. Bəzi insanlar mənfi hadisəni vacib hesab edə və bu hadisənin bir çox nəticələrə təsir edə biləcəyini düşünə bilərlər. Onlar özlərini başqalarına nisbətən daha az bacarıqlı, daha az dəyərli və ya daha az arzuolunan kimi görə bilərlər. Qeyd edək ki, bu cür şərtlər depressiyanın yaranmasına zəmin yarada bilər (Tarsuslu və digərləri, 2010).

Depressiya dünya miqyasında təqribən 280 milyon insana təsir edən, getdikcə daha çox yayılan ictimai sağlamlıq problemdir. 2011-ci ildə 17 ölkədə aparılan Ümumdünya Psixi Sağlamlıq Araşdırması təqribən 20 nəfərdən birinin depressiv epizod yaşadığını müəyyən etmişdir. Depressiv simptomlar intihar, ürək-damar və digər xəstəliklər, habelə koqnitiv və sosial funksiyaların pozulması riskinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərir. Bu baxımdan, xəstəliyin yükü və depressiyadan qaynaqlanan iqtisadi xərclər böyükdür. Fiziki məhdudiyətin depressiya əlamətləri ilə əlaqəli olduğu aşkar edilmişdir. Fiziki məhdudiyətli insanlar stereotipik sosial və şəxsi münasibət də daxil olmaqla depressiv simptomlar üçün çoxsaylı risk faktorları (sui-istifadə; rolların itirilməsi; yoxsulluq, ekoloji maneələr və/yaxud müvafiq səhiyyə xidmətinə çıxışın olmaması ilə bağlı stres amilləri) ilə qarşılaşırlar. Əhəmiyyətli sübutlar göstərir ki, fiziki məhdudiyətli insanlar ümumi əhali ilə müqayisədə depressiyaya ən azı üç dəfə daha çox məruz qalırlar (WHO, 2022).

Gender depressiyanın potensial moderatoru kimi fərz edilirdi. Getdikcə artan bir ədəbiyyat qrupu, mübahisəli nəticələrlə gender və depressiya arasındakı əlaqəni araşdırdı. Bir çox tədqiqat qadınların kişilərdən daha çox depressiyaya düşmə ehtimalını dəstəkləyir; lakin bəzi tədqiqatlar yaşlı yetkinlər arasında gender və depressiya arasında aydın əlaqənin olmadığını bildirdi. Depressiya və gender arasında ehtimal olunan əlaqəni nəzərə alsaq, uyğunsuzluq sosial-demoqrafik və sağlamlıqla bağlı amilləri qarışdırmaqda olan fərqlərə aid edilə bilər. Tədqiqat depressiya riskinin yüksək olması ilə əlaqəli bir neçə amili bildirir, o cümlədən birgə yaşayışın olmaması, aşağı təhsil səviyyəsi, aşağı gəlir, aşağı sağlamlıq vəziyyəti və zəif fiziki funksiya kimi amillər də aiddir (Milaneschi və Penninx, 2014)

Genderə görə depressiya və fiziki məhdudiyət arasındakı əlaqəyə gəlinə, bir sıra tədqiqatlar bildirmişdir ki, fiziki məhdudiyəti olan qadınlar kişilərə nisbətən daha çox depressiya əlamətləri yaşaya bilər. Depressiyanın 30% ilə 59% arasında dəyişən təxminlərlə məhdudiyəti olan daha çox qadına təsir edəcəyi təxmin edilir. Aparılan tədqiqatlardan birinə görə, fiziki məhdudiyəti olan qadınlar, fiziki məhdudiyəti olmayan qadınlarla müqayisədə,

onları aktiv olmaqdan yayındıran kədər, bədbəxtlik və ya depressiya hisslərini daha çox göstərirdilər (Thompson, 2011).

Fiziki məhdudiyətli şəxslərin olduqları hər mühit onlar üçün stres mənbəyi ola bilər. Bu səbəblə müalicə alan fiziki məhdudiyətli fərdlərin depressiya səviyyələrinin müəyyən edilməsi, lazımi tədbirlərin görülməsi, müalicə prosesinin və uyğun həll yollarının yaradılması vacibdir. Bu baxımdan fiziki məhdudiyətli şəxslər üçün dəstəkləyici planların hazırlanmasına ehtiyac var. Bu araşdırma fiziki məhdudiyətli şəxslərdə depressiya səviyyəsinin müəyyən edilməsi, anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyətli şəxslərdə depressiyanın müqayisəli təhsil edilməsi üçün aparılır.

Fiziki məhdudiyət də depressiyanın yaranması səbəblərindən biri olduğu üçün bu problem aktual hesab edilir və bu mövzunun zəruri olduğu düşünülür.

Mövzunun işlənmə səviyyəsi: Bir neçə araşdırma fiziki məhdudiyətli şəxslərdə bu ikisi, yəni depressiya və fiziki məhdudiyət arasındakı əlaqəni araşdırıb. Mövcud tədqiqatların əksəriyyəti əsasən Qərbi ölkələrinə yönəlmişdir və Asiya əhalisi arasında dərin araşdırmalar məhduddur. Buna görə də, fiziki məhdudiyəti olan qadın və kişilərin psixososial reabilitasiyası və cəmiyyətə reintegrasiyasında klinik təcrübənin fərqli olduğunu göstərən təcrübə əsaslı dəlillər azdır.

Koreya Ümummilli Tədqiqatına əsasən fiziki məhdudiyət və depressiya arasında əlaqənin son illərdə kəskin artdığı da müşahidə edilmişdir. İnsult bütün dünyada fiziki məhdudiyətin əsas səbəblərindən biri olaraq bilinir. İnsulddan xilas olanların əhəmiyyətli bir hissəsi gündəlik həyat və reabilitasiya fəaliyyətlərinə mane olan depressiyadan əziyyət çəkir. İnsulddan sağ qalanların uyğunlaşdırılmış nəzarət qrupuna nisbətən depressiyanın inkişaf riski daha yüksək idi. Daha ağır fiziki məhdudiyəti olan insulddan sağ qalanlar, yüngül olanlara nisbətən daha yüksək depressiya riski ilə əlaqələndirilmişdir. İnsulddan sonrakı ilk il ərzində depressiyanın inkişaf riski nəzərə çarpacaq dərəcədə yüksək olur. İnsulddan sağ çıxan kişilər və daha gənc insanlarda (<65 yaş) depressiya üçün müstəqil risk faktorları idi. Bu tədqiqat insulddan sağ çıxanlarda nəzarət subyektləri ilə müqayisədə depressiya inkişaf riskinin artdığını nümayiş etdirdi və daha yüksək depressiya riski daha ağır əlillik dərəcəsi ilə əlaqələndirildi (Choi və digərləri, 2023).

Türkiyədə aparılmış tədqiqata əsasən COVID-19 pandemiyası səbəbiylə fiziki məhdudiyətli şəxslərin çətinlik çəkdiyi bildirilmişdi. Pandemiyanın ən həssas əhali qruplarından biri olan bu şəxslərə daha dramatik təsiri var. Fiziki məhdudiyəti olan şəxslər ümumi əhali ilə

müqayisədə daha yüksək depressiya, narahatlıq, stres və COVID-19 xəstəliyinə qarşı qorxu baxımından daha həssas ola bildiyindən, psixi sağlamlıq siyasəti və dəstək proqramlarının həmin şəxslərin psixoloji ehtiyaclarına xüsusi diqqət yetirməli olduğu vurğulanmış bu istiqamətdə araşdırmalar aparılmışdır (Erbicər və digərləri, 2021).

COVID-19 fiziki məhdudiyətlərindən 10 ay sonra Kanadanın British Columbia şəhərində yaşayan yaşlı böyüklər və fiziki məhdudiyəti olan insanlar arasında depressiya və tənhalıqla əlaqəli amilləri müəyyən etmək məqsədi ilə araşdırma aparılmışdır. İştirakçılar heç bir əlliliyi olmayan yaşlı yetkinlərdən və fiziki məhdudiyəti olan (məsələn, insult, onurğa beyninin zədələnməsi və s.) 70 nəfər yetkin şəxs olub. İştirakçıların narahatlıq, depressiya, sosial dəstək, hərəkətilik və təklük səviyyələrini hesablayıblar. Klinik və icma şəraitində depressiyanı, narahatlığı azaltmaq və sosial dəstəyi yaxşılaşdırmaq üçün səylərin artırılması yaşlı və fiziki məhdudiyəti olan insanlarda faydalı ola bilər (Benam və digərləri, 2023).

Çində aparılan bir tədqiqatda isə mövzu fərqli istiqamətdə araşdırılmışdır. Həyat yoldaşının fiziki məhdudiyətli olma vəziyyətinin tərəfdaşda depressiv simptomların başlanğıcına təsiri baxımından tədqiqat aparılıb (He və digərləri, 2023).

Dünyada fiziki məhdudiyətin yayılma dərəcəsinin yüksək olmasına baxmayaraq, bu barədə çox az şey məlumdur. Həmçinin ölkəmizdə də bu istiqamətdə aparılan tədqiqatlar azlıq təşkil edir, elə bu səbəbdən də hazırkı tədqiqat fiziki məhdudiyətli şəxslər arasında depressiyanın səviyyəsini və onunla əlaqəli amilləri müəyyən etməyə yönəlmişdir.

Tədqiqatın obyektı: Tədqiqata 18-65 yaş aralığında olan 48 nəfər anadangəlmə və 55 nəfər sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdir. Tədqiqatda iştirak edən şəxslər Azərbaycan Respublikası Əmək və Əhəlinin Sosial Müdafiəsi Nazirliyinin tabeliyindəki Dövlət Tibbi-Sosial Ekspertiza və Reabilitasiya Agentliyinin Bakı Reabilitasiya Mərkəzində stasionar və ambulator müalicə alan pasiyentlər olmuşdur. Hər bir iştirakçıya tədqiqat və tədqiqatın məqsədi haqqında informasiya verilmiş, tədqiqatın istənilən mərhələsində iştirak etməkdən imtina etmək imkanlarının da olduğu izah edilmişdir. Qeyd edilmiş məlumatların tədqiqat məqsədlərindən əlavə formalarda istifadə edilməyəcəyi və paylaşılmayacağı barədə informasiya verilmiş və iştirakçılardan məlumatlı razılıq alınmışdır.

Tədqiqatın predmeti: Azərbaycanda anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə depressiyanın təyin edilməsi tədqiqatın predmetini təşkil edir.

Tədqiqatın fərziyyəsi: Tədqiqat zamanı aşağıdakı əsas və köməkçi fərziyyələr irəli sürülmüşdür:

Əsas fərziyyə: Sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə depressiyanın səviyyəsi anadangəlmə fiziki məhdudiyəti olan şəxslərə nisbətən yüksəkdir.

Əsas fərziyələrlə yanaşı köməkçi fərziyələr də irəli sürülmüşdür:

1) Anadangəlmə fiziki məhdudiyəti olan kişilərdə depressiyanın səviyyəsi anadangəlmə fiziki məhdudiyəti olan qadınlara nisbətən daha yüksəkdir.

2) Sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan qadınlarda depressiyanın səviyyəsi sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan kişilərə nisbətən daha yüksəkdir.

Tədqiqatın məqsədi: Tədqiqatın başlıca məqsədi anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə depressiyanın səviyyəsinin müəyyən edilməsi, depressiyanın müqayisəli təhlil edilməsi, depressiyanın yaranmasına təsir göstərən amillərin araşdırılması, depressiyanın qarşısının alınması məqsədilə müəyyən tədbirlər planının hazırlanması üçün ideyaların və tövsiyələrin irəli sürülməsidir.

Tədqiqatın vəzifələri: Qarşıya qoyulmuş müəyyən məqsədlərə çatmaq üçün aşağıda qeyd olunan vəzifələrin həlli vacib hesab edilmişdir:

- 1) Tədqiqat prosesinə kömək edəcək elmi ədəbiyyatın araşdırılması;
- 2) Anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə depressiya səviyyəsinin müəyyənəndirilməsi;
- 3) Fiziki məhdudiyətli şəxslərdə depressiyanın yaranmasına təsir edən amillərin araşdırılması;
- 4) Əldə edilmiş nəticələrin klinik-psixoloji və müqayisəli təhlili;
- 5) Fiziki məhdudiyətli şəxslərdə ortaya çıxan depressiyanın minimuma endirilməsi üçün göstəricilərin dinamikasını sistemli şəkildə öyrəndikdən sonra tövsiyələrin irəli sürülməsi.

Tədqiqatın gedişatında istifadə olunan metodikalar:

- 1) Sosial-demoqrafik xüsusiyyətlər və fiziki məhdudiyət haqqında anket sorğusu
- 2) Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Elmi-Tibbi Şurasının 22 oktyabr 2021-ci il tarixli 24 nömrəli qərarı ilə təsdiq edilmiş “Depressiyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol”dakı (2-ci nəşr, yenilənmiş) Hamiltonun Depressiya Reytinqi Cədvəli

Tədqiqatın elmi yeniliyi: Apardığımız tədqiqat işi Azərbaycan elmi ədəbiyyatında ilk dəfə olaraq anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə depressiya klinik psixoloji və riyazi-statistik təhlil edildiyi üçün elmi yenilik hesab edilə bilər. Tədqiqat işinin elmi yeniliyindən əldə olunan nəticələri gələcəkdə bu istiqamət üzrə tədqiqat aparan digər

tədqiqatçılar etibarlı mənbə kimi istifadə edə bilərlər. Bununla yanaşı anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudluğu olan şəxslərin terapiyası və gələcəkdə göstərilə biləcək psixoloji dəstək formaları üçün elmi əsaslar şəklində də istifadə edilə bilər.

Tədqiqatın elmi-nəzəri əhəmiyyəti: Dissertasiya işi üçün apardığımız tədqiqatın elmi əhəmiyyəti olduqca böyükdür. Tədqiqat hazırda ölkəmizdə anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudluğu olan şəxslərdəki depressiyanın müqayisəli təhlilinə, bu problemin əhəmiyyətini vurğulayaraq fərqiyyətlik yaradılmasına xidmət edir. Həmçinin, həmin şəxslərdə depressiyanın yaranmasına təsir edən amilləri müəyyənləşdirərək, bu təsirlərin minimuma endirilməsi üçün gələcəkdə bu istiqamətdə həyata keçiriləcək tədqiqat işlərinə zəmin yarada bilər.

Tədqiqatın elmi-praktik əhəmiyyəti: Tədqiqat işinin nəticələri təhsil müəssisələrində, reabilitasiya mərkəzlərində maarifləndirici təlim və seminarların təşkili zamanı istifadə edilə bilər. Aparılan tədqiqat işi fiziki məhdudluqlu şəxslərlə iş aparan reabilitasiya mütəxəssisləri, psixoloqlar üçün praktik cəhətdən əhəmiyyətli mənbədir.

Dissertasiya işinin quruluşu: Tədqiqat işi giriş, üç fəsil, nəticə, istifadə olunmuş ədəbiyyat və əlavələrdən ibarətdir.

I FƏSİL. FİZİKİ MƏHDUDIYYƏT PROBLEMİNİN ÜMUMİ NƏZƏRİ MƏSƏLƏLƏRİ

1.1. Fiziki məhdudiyyət anlayışı və nəzəri yanaşmalar

Bu gün mühüm qurumlar və mütəxəssislər tərəfindən davamlı olaraq müzakirə edilən dünyanın ən böyük qruplarından olan əlillərin, o cümlədən fiziki məhdudiyyətli şəxslərin həyatlarını davam etdirmək, iqtisadi, siyasi, sosial və mədəni imkanlara və digər insanlarla eyni həyat standartlarına sahib olmaq hüququ var. Əlillik bütün cəmiyyətlər üçün diqqətdən kənar qalmamalı olan bir məsələdir. Əlillərlə bağlı araşdırmalar 1970-ci illərdən sonra artıb. Texnologiyanın inkişafı, ölkə iqtisadiyyatı, təhsilin keyfiyyətinin yüksəldilməsi, tibbin yeni texnikalarla dəstəklənməsi, vizual və yazılı ünsiyyət vasitələrinin inkişafı ilə cəmiyyətlərin əlillərə münasibətində dəyişikliklər başlanmışdır. İkinci Dünya Müharibəsindən sonra yenidən başlayan sosial islahat səyləri sayəsində inkişaf edən və şüurləşən cəmiyyətlərdə məhdudiyyətli olaraq xarakterizə edilən əlillər üçün edilən səylər ölkələr və beynəlxalq təşkilatlar tərəfindən dəstəklənir. Cəmiyyətdə hörmətli bir dəyərə malik olan əlillər ideyasının inkişafı ilə ÜST-ün rəhbərliyi altında əlilliyin təsnifatı aparılmış və tərif verilməmişdir.

Əlillik anlayışı dəyişən bir mövzu olaraq görülsə də, əlillik və məhdudiyyət əlaqəsinə hər gün müxtəlif mənalar verilir. Əlillik anlayışına verilən adlar, təriflər bir-birini əvəz etsə belə, bütün dünyada əlilliyin geniş yayılmış olması reallığını verilən adlar və təriflər dəyişməyəcək. Son mərhələdə əlillik hər hansı fiziki, psixoloji və ya psixi problem kimi qəbul edilə bilər.

Müxtəlif ədəbiyyatlarda bu formalarda göstərilən anlayışlar mənə etibarilə eyni olsa da, əlillik, məhdudiyyət və pozuntu sözləri qədim zamanlardan cəmiyyətlərdə bir-birini əvəz edən mənada işlədilir. Bir çox ölkələrdə bu təriflərdə yeni tənzimləmələr edilmiş və günün şərtlərinə uyğun olaraq əhatə dairəsi daha da genişləndirilmişdir. Barnes və Mercerə (2007) görə, pozuntu və əlilliyin xüsusiyyətlərini inkişaf etdirdiyini bildirdi. Onlar pozuntu və əlilliyin tərifinin aşağıdakı kimi olduğunu bildirdi:

- Pozuntu: Bir insanın funksional məhdudiyyəti ilə nəticələnən fiziki, zehni və ya hissiyyət pozuntusudur.
- Əlillik: Fiziki və sosial qüsurlara görə cəmiyyətdə başqaları ilə bərabər şəraitdə normal yaşamaq imkanlarının məhdudlaşdırılması və ya olmaması kimi müəyyən edilir.

ÜST-ə görə, fiziki məhdudiyyət, sağlamlığın pisləşməsi nəticəsində qeyri-adekvatlıq səbəbindən normal hesab edilən bir insanla müqayisədə hər hansı bir qabiliyyətin azalması və ya itirilməsidir (WHO, 2022).

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının rəhbərliyi altında əlilliyin tərifləri təsnif edildi və əlillik, məhdudiyətlilik və pozuntu kimi üç tərif ortaya çıxdı. Bu təriflər çərçivəsində bir çox elmi araşdırma və müxtəlif qurumlar əlilliyin təriflərinə töhfə vermişdir. Bunlara əlavə olaraq sosial həyata uyğunlaşmada əlilliyin tərifinin verilməsi vacibdir. Çünki bu, əlillik və sosial əlillik arasındakı fərqin daha asan başa düşülməsinə şərait yaradacaq.

Sosial həyata uyğunlaşmada əlillik isə fərddə pozuntu və ya əlillik səbəbindən onun yaşı, cinsi, sosial və mədəni amillərindən asılı olaraq yerinə yetirməli olduğu rolları məhdudlaşdırır və ya qarşısını alır, bu rolları yerinə yetirə bilmir. Sosial əlillik bir insanın digər fərdlərlə birlikdə yaşadığı sistemlərə sahib olmasına mane olan mədəni, fiziki və sosial maneələrlə qarşılaşdıqda baş verir. Misal üçün; autizmlili olmaq əlillikdir, lakin bu insan iş tapa bilmədiyi üçün sosial cəhətdən əlil olur. (Ünsal və digərləri, 2006).

1973-cü ildə Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı çərçivəsində əlilliyin ilk beynəlxalq təsnifatı yaradıldı. Bu təsnifata görə əlillik; pozuntu (zədə), əlillik (şikəstlik) və məhdudiyət kimi fərqləndirilir. Belə 6 təsnifat ÜST tərəfindən 1980-ci ildə bildirilmiş və bu təsnifat 1993-cü ildə qəbul edilmişdir. Vurğulanan hər üç anlayış aşağıdakı kimi ifadə edilə bilər:

- Məhdudiyət – funksiya itkisi və ya məhdudluğu nəticəsində hərəkətlərdə məhdudiyət;
- Əlillik – funksiyanın itirilməsi və məhdudluğu,
- Pozuntu – müvafiq üzvdə normal xaricindəki vəziyyət kimi ifadə edilir (Burcu, 2007).

ÜST əlilliyi əlillik dərəcəsinə görə təsnif edir. Bu təsnifatda əlillik yüngül əlillikdən qayğıya ehtiyacı olan əlilliyə qədər dəyişir. Bu təsnifat əlilliyi yüngül əlillikdən qayğıya ehtiyacı olan əlilliyə doğru bir sıralama ilə göstərir:

Yüngül əlillik - Başqasının köməyi ilə gündəlik həyat fəaliyyətini yarı asılı şəkildə yerinə yetirə bilən insanlara aiddir.

Ağır əlillər - Gündəlik həyat fəaliyyətinin böyük hissəsini yerinə yetirə bilməyən və başqalarından asılı olan şəxslərdir.

Qayğıya ehtiyacı olan əlillər - Rəsmi sağlamlıq şurasının hesabatı ilə ciddi şəkildə əlil olduğu müəyyən edilən, gündəlik həyatlarında əhəmiyyətli dərəcədə fəaliyyət göstərə bilməyən və başqalarının köməyi və qayğısı olmadan həyatlarını davam etdirə bilməyən insanlara aiddir.

BMT-nin (2006) məlumatlarına görə, dünyada təxminən 650 000 000 əlil var (Birləşmiş Millətlər Təşkilatı, 2006). ÜST-nin məlumatlarına görə, inkişaf etmiş ölkələr üçün əlillik dərəcəsinə 10%, inkişaf etməkdə olan ölkələr üçün isə 12% kimi qəbul edilir. Müvafiq olaraq, bütün dünyada 750 milyondan 1 milyarda qədər insanın əlil olduğu təxmin edilir. Dünyada

Qlobal Xəstəlik Yüku məlumatlarına görə, dünya əhalisinin 15,3%-nin yüngül və ya ağır, 2,9%-nin isə qayğıya ehtiyacı olan əlil olduğu müəyyən edilmişdir (ÜST, 2011).

Əlillik yalnız tərifdən ibarət deyil. Əlilliyin öz daxilində alt kateqoriyaları var və ümumi olaraq üç əsas əlillik növü var. Unudulmamalıdır ki, bir insanın özünün birdən çox əlilliyi ola bilər. Məsələn; şəxs eyni zamanda fiziki məhdudiyətli ola bilər, nitq və ya görmə qüsuru da ola bilər. Əlilliyi aşağıdakı kimi təsnif edə bilərik:

Fizioloji əlillər anadangəlmə və ya sonrakı xəstəlik və ya bədbəxt hadisə nəticəsində orqanizmdə həyati vacib orqanların fəaliyyətinin qeyri-kafi olması səbəbindən fizioloji cəhətdən məhdudiyətlidir. Bura aiddir:

- hərəkət pozuntuları;
- tənəffüs pozuntuları;
- müxtəlif orqan çatışmazlığı (məsələn, böyrək çatışmazlığı).

Psixoloji qavrayış və nevroloji-avtokontrol əlilliyi anadangəlmə və ya sonradan kar və ya görmə qabiliyyətini itirmiş və ya daha geniş kontekstdə beynin qavrayışı və onun qavradığını düzgün şərh edə bilməməsi qavrayış qüsuru kimi təsnif edilir. Bura aiddir:

- Öyrənmə pozuntuları;
- Diqqət əskikliyi;
- Görmə pozuntuları, korluq;
- Eşitmə pozuntuları, karlıq;
- Emosional qavrayış pozuntuları, nevroloji.
- Sosial pozuntular; qavranılan problemləri şərh edə bilməmək (psixoloji)

Fiziki əlillik, fiziki cəhətdən bədən həyati funksiyalarına texniki cəhətdən çox təsir göstərməyən əzələlərin itirilməsi və ya iflic kimi hallarda fiziki hərəkət azadlığının məhdudlaşdırıldığı halların ümumi adlandırılan əlillik kateqoriyasıdır.

- Gəzinti Əlilliyi;
- Ortopedik Əlillik.

Təhsilin keyfiyyətinin yüksəlməsi, texnologiyanın, iqtisadiyyatın və tibbin inkişafı gözlənilən ömür müddətinin uzanmasına, uşaq ölümlərinin azalmasına və əhalinin sürətlə artmasına səbəb olub. Bu səbəbdən artan əhali içərisində əlillərin nisbəti günü-gündən artır. Aparılan araşdırmalarla bildirilir ki, əlil əhali göstəriciləri ölkə əhalisi arasında heç də aşağı salınmayacaq səviyyədədir. “ÜST hesab edir ki, fiziki məhdudiyəti olan insanlar dünya əhalisinin 7-10%-ni təşkil edir, ayrı-ayrı ölkələrdə bu nisbət 4-20% təşkil edir” (Metts, 2004).

Əlillik xroniki xəstəliklərdən müxtəlif orqan pozuntularına qədər həyata uzunmüddətli təsiri olan və hər bir insanın qarşılaşa biləcəyi sosial bir vəziyyətdir. Sosial quruluşumuzdakı demoqrafik göstəricilər bir həqiqəti ortaya qoyur ki, əlillərin əhali arasında tutduğu mövqelər çox önəmlidir. Əlillərin hər sahədə məhsuldar və fəal şəxsiyyət kimi sosial həyatda iştirakının təmin edilməsi sosial və müasir siyasət xəttinin tələbidir.

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının tərifinə görə, əlillik sağlamlığın pisləşməsi nəticəsində əlillik səbəbindən qabiliyyətin itirilməsi və ya normal hesab edilən bir fərddən daha az olmasıdır. Birləşmiş Millətlər Təşkilatının 9 dekabr 1975-ci il tarixli Əlillərin Hüquqları Bəyannaməsinə əsasən, əlil; anadangəlmə və ya sonradan qazanılan əqli və ya fiziki qüsurlar nəticəsində normal, sosial və ya fərdi həyat zərurətini tam və ya qismən təkbəşinə yerinə yetirə bilməyən şəxs kimi müəyyən edilmişdir. Sosial Xidmətlər və Uşaq Müdafiəsi Təşkilatı haqqında Qanunda əlillik anlayışı; Dəstək, məsləhət, reabilitasiya, qayğı və müdafiəyə ehtiyacı olan, sonrakı hər hansı bədbəxt hadisə və ya xəstəlik nəticəsində və ya fitri sosial, emosional, mənəvi xüsusiyyətlərini, müxtəlif dərəcələrdə zehni və fiziki qabiliyyətlər itirməsi səbəbindən normal həyatın tələblərinə uyğun gəlməyən şəxs kimi müəyyən edilir (Ozmen , 2011).

Ədəbiyyata görə məhdudiyət, struktur və disfunksiya nəticəsində insanın digər insanların emosional, fiziki, davranış və ya zehni olaraq edə biləcəyi bacarıqları yerinə yetirə bilməməsidir. Bununla belə, əlillik bədən funksiyalarının zədələnməsi nəticəsində baş verən itkilərin yaratdığı sosial dezavantajlardır (Tufan və Arun, 2006).

Bu təriflər çox qarışıq olduğu üçün geniş yayılmış çaşqınlığın nəticəsi ola bilər. Həmçinin görünür ki, əlilliyin, fiziki çatışmazlığın səbəb olduğu ayrı-seçkilikdən şikayət edən insanları təsvir etmək və ya kateqoriyalara ayırmaq üçün istifadə olunan terminlər arasında fərqlər var. Ən ümumi mənada əlillik bacarıq və gücdə məhdudiyət və ya çatışmazlıq kimi ifadə edilə bilər. Əlillik anlayışı, insanın zehni və ya fiziki funksiyalarında itkilər nəticəsində yaranan sərhədləri və məhdudiyətləri əhatə edir (Burcu, 2007).

Hemiflegiya və amputasiya kimi bədən görünüşündə dəyişikliklərə səbəb olan xəstəliklər və xəsarətlər bədən imicində və anormal hisslərə, o cümlədən bədənə əlaqəli hisslərin komponentləri, təsvirlər və fərdin öz bədənini necə gördüyünə səbəb ola bilər (Schilder, 1999). Başqa sözlə, bədən təsvirində diferensiallaşma ilə bağlı olan bu hissləri fantom hisslərlə izah etmək olar (McDaniel, 1976).

Fiziki itkidən sonra yaşana bilən bu vəziyyət fantom əza sindromudur. Fantom əza sindromu ilk dəfə Weir Mitchell tərəfindən sensor xəyal adlandırıldı. Fantom əza sindromu

amputasiyadan sonra “amputasiya edilmiş əzanın varlığını hiss etmək” hissidir. Tibb adamları əvvəlcə fantom əza sindromunun psixotik vəziyyətlə əlaqəli psixoloji anormallıq olduğunu düşünsələr də, fərdlərin amputasiya edilmiş əzalarını hiss etməyə davam etməsi psixotik vəziyyətdən fərqli olaraq xəyali illüziyaları ehtiva etmir və fizioloji proseslərin pisləşməsi ilə əlaqədardır.

Fantom əza nevroloji ölçüsünü beş mənbədən asılı olduğunu irəli sürərək izah etdilər: amputasiyadan (kötük neyroması) sonra yerində qalan neyronlar, motor əmrlərindən əzaya doğru gələn elektrik cərəyanı, genetik olaraq təyin olunmuş daxili bədən görünüşü və fantom əzanın ilkin əza duruşunun ötürülməsi və ya ağrılı hissələrin canlı somatik xatirələri, eyni zamanda, bir insanın vəziyyəti psixoloji olaraq inkar edə biləcəyini əlavə etdilər. Fantom əza sindromu ağrılı və ya ağrısız ola bilər, buna görə də vəziyyəti xəyali əza sindromu və ya xəyali əza ağrısı adlandırmaq olar (Drouin, 2012).

Tədqiqatlar göstərir ki, amputasiya edilmiş şəxslərin 80-100% (ağrısız) fantom ekstremite sindromu yaşayır və əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə xəyali əza ağrılarının tezliyi 60-80% təşkil edir (Chahini və Kanazi, 2007). Fantom əza ağrısı tez-tez qolun və ya ayağın amputasiyasından sonra görünsə də, döş, düz bağırsağ, göz, dil və dişlər kimi digər bədən hissələrinin cərrahi yolla çıxarılmasından sonra da baş verə bilər (Flor, 2002).

Fiziki əlilliyə başqa bir bədən reaksiyası somatizasiyadır. Xəstəlik və ya əlillik tez-tez somatik təsir göstərir ki, bu da insanı ağrılı stimula daha həssas edir, çünki fərd diaqnoz və ya müalicəyə cavab olaraq ağrı hiss edir. Sağalma olsa belə, hələ də ağrı hiss etmək ağrının gerçək olmadığı anlamına gəlmir, bu, travma ilə bağlı bir xatirədir və travma düşünüləndə və ya onu xatırladacaq bir vəziyyət yarandıqda ağrı arta bilər. Fiziki məhv və ya orqan itkisi nəticəsində köhnə görünüşlərini itirmək, fərddə yas, ağrı və bədbəxtlik kimi proseslərə gətirib çıxara bilər (Herbert, 2018).

Ciddi fiziki zədədən sonra fərdlər həftələr, aylar və hətta illər ərzində travmatik hadisənin psixoloji təsirlərinə, qəfil xəstəxanaya yerləşdirməyə və fiziki pisləşmənin nəticələrinə məruz qalırlar (Latchford, 2003).

Travmatik hadisə yaşamış şəxslər travmanın fiziki nəticələrinə “Bədənim məhv oldu.”, “Bir daha heç vaxt normal həyatım olmayacaq” kimi reaksiyalar da verə bilərlər. Qəza nəticəsində fiziki qüsurlu/iffic qazanmış şəxslərin isə “Niyə mən?”, “Mən iflicəm, ancaq sürücünün qolu sınıb” və ya “Bir daha yeriyə bilməyəcəm, ancaq məni vuran şəxs sərbəst gəzə bilər” kimi

günahlandırma, səbəb-nəticə əlaqəsi, ədalət və nəzarətlə bağlı narahatlıqlar yaşayadıkları bildirilmişdir (Herbert, 2018).

Göründüyü kimi, travmatik hadisə həm hadisə zamanı, həm də hadisədən sonra da müxtəlif təsirlər yaradır. Travmatik hadisə ilə hadisədən sonra baş verən ətraf mühitin stres faktorlarını ayırd etmək asan deyil (Dürü, 2006). Fiziki itki yaşayan şəxsin həyatında baş verən dəyişikliklər (ailə münasibətləri, iş həyatı, özünə qulluq problemləri, stiqma, psixi vəziyyət, sağlamlıq, müalicə prosesi və bununla bağlı çətinliklər, müstəqil yaşama/başqalarına ehtiyac duyma, maddi çətinliklər və s.) Bu, hadisədən sonra baş verənlərin özü kimi, digər travmalara və ya stres faktorlarına da səbəb ola biləcəyini göstərir (Herbert, 2018).

Fiziki əlilliyə səbəb olan onurğa beyni iflici; onurğa beyninin sıxılması, uzanması, onurğa beyninin qırılması, disklərin yerdəyişməsi nəticəsində onurğa beynində zədələnmələr nəticəsində baş verir. Onurğa beyni iflici bədənin təsirlənən hissələrinə görə fərqli adlarla adlandırıla bilər. Bunlara aşağıdakıları misal göstərmək olar:

- Tetraplegiya (quadriplegia), adətən yuxarı ətraflarda baş verən, bədəndə hissiyyat və/və ya motor itkilərinə səbəb olan onurğa beyni zədəsidir;
- Paraplegiya, adətən bədənin aşağı ətraflarına təsir edən duyğu və/yaxud motor itkilərinə səbəb olan onurğa beyni zədəsidir (Richardson və digərləri, 2008);
- Hemiflegiya, bədənin yarısının (sağ və ya sol) zədələnməsidir, adətən ayaqlarda və qollarda müşahidə edilir (Lindemann, 1981).

1.2. Fiziki məhdudiyyətin yaranma səbəbləri

Əzələ və skelet sistemində funksiyanın çatışmazlığı və itkisi fiziki məhdudiyyətə səbəb olur. Prenatal, doğum və postnatal dövrün ardıcılığındakı hər hansı bir səbəbə görə, skeletdə, əzələ və sinir sistemindəki pozuntular nəticəsində, sosial həyata adaptasiya etməkdə və fiziki qabiliyyətlərinə görə gündəlik tələblərini qarşılamaqda çətinlik çəkən və mühafizə, baxım, reabilitasiya, məsləhət və dəstək xidmətlərinə ehtiyacı olan şəxslərə fiziki məhdudiyyətli şəxslər deyilir və bu vəziyyət isə fiziki məhdudiyyət adlanır.

Ədəbiyyatda əlilliyin səbəblərinə müxtəlif aspektlərdən baxıldığı və müxtəlif dəyişənlər əsasında araşdırıldığı görülmüşdür. Məsələn, Neath əlilliyin sosial səbəblərini vurğulayan bir yanaşma mənimsəmiş, əlilliyin adətən müharibə, zorakılıq və s. kimi sosial hadisələrin səbəb olduğunu bildirmişdir (Neath, 1997).

Murray və Lopez, qeyri-kafi qidalanma, qeyri-kafi su təchizatı, sağlamlığın qorunması və gigiyena, təhlükəli intim əlaqə, tütün və spirt istifadəsi, peşə təhlükələrinə məruz qalma, hipertoniya, fiziki hərəkətsizlik, qeyri-qanuni narkotik istifadəsi və havanın çirklənməsinin ölümə, sağlam həyat itkisinə səbəb olduğunu bildirdi. Onlar həm sosial, həm də tibbi səbəbləri vurğulayaraq, onların əlillik üçün ən mühüm risk faktorları olduğunu bildirdilər. Bundan əlavə, əhalinin demək olar ki, hər bir fərdinin bu faktorlardan birinə və ya bir neçəsinə məruz qaldığını nəzərə alaraq, Murray və Lopez əlillik riski üçün ən vacib məqamın şəxsin bu amillərə nə qədər və nə dərəcədə məruz qalması olduğunu ifadə etmişlər (Murray və Lopez, 1996).

Çində aparılan bir araşdırmada, səbəbkar faktorlar əlillik növünə görə işlənmişdir. Zhengin tədqiqatında bəhs edilən səbəb faktorların əlillik növləri ilə əlaqəli ola biləcək pozuntular və xəstəlikləri də əhatə etdiyini söyləmək mümkündür.

Bu araşdırmada görmə pozuntusunun əsas səbəbləri katarakt, keratopatiya, traxoma, gözün qırılma qüsurları, retinopatiya, göz qlaukoması idi; yaşa bağlı eşitmə itkisi (presbikus), qulaq pərdəsinin iltihabı (timpanit), hərərət, dərman zəhərlənməsi, genetik xəstəliklər, eşitmə pozuntusu, sistemik xəstəliklər, eşitmə və danışma pozuntuları; fiziki əliliyi yaradan zədələr isə damar xəstəlikləri, poliomielit, irinli iltihab, anadangəlmə anomaliyalar, serebrovaskulyar xəstəliklər, artrit, iş yerindəki xəsarətlər kimi siyahıya alınmışdır (Zheng və digərləri, 2011).

Əliliyin bir növü olan fiziki məhdudiyyət doğuşdan sonra, doğuş zamanı və doğuşdan əvvəl baş verən səbəblərdən yaranır. Travmalar, həddindən artıq yorğunluq və ya stress, ürək və psixi xəstəliklər, qidalanma pozuntuları, yaxın qohumlarla evlilik, radioaktiv şüalar, narkotik və ya spirt istifadəsi, hamiləlik dövründə nəzarətsiz dərmanlar, doğum kanalında struktur pozuntuları, hormonal problemlər, hamiləlik dövründə anada müşahidə olunan sistemli və ya metabolik pozuntular, viral infeksiyalar, bakterial infeksiyalar, hamiləliyin ilk 3 ayında yaşanan qızdırma xəstəlikləri və qan uyğunsuzluğu kimi problemlər fiziki məhdudiyyətlərə səbəb olur.

Müvafiq ekoloji şəraitdə və mütəxəssislər tərəfindən doğumun həyata keçirilməməsi körpənin və ya ananın ölümünə və ya fiziki məhdudiyyətli uşağın doğulmasına səbəb ola bilər. Bunlara əlavə olaraq, travma, çoxlu hamiləlik, kordon ağırlaşmaları, dar çanaq, asfiksiya, ananın 35 yaşdan yuxarı və ya 17 yaşdan kiçik olması, gec və ya vaxtından əvvəl doğuş, mövqe anomaliyaları, vakuüm və forseps ilə doğuş kimi doğuş zamanı yaşanan neqativ vəziyyətlər və doğum kanalı infeksiyaları əliliyə səbəb ola bilər.

Körpənin uşaqlıq və erkən körpəlikdə səhv formada bələnməsi, uşağı sakitləşdirmək üçün istifadə edilən narkotik xüsusiyyətləri olan dərmanlar, qızdırma xəstəlikləri, qeyri-kafi və

balanssız qidalanma, poliomielit, ürək xəstəlikləri, sarılıq, qızılca, ensefalit, məxmərək, suçiçəyi, göy öskürək, difteriya, meningit, ishal, uşağı qeyri-sağlam şəraitdə və səs-küylü mühitlərdə böyütmək əlilliyə səbəb olan səbəblər sırasındadır. Bütün bunlara əlavə olaraq, qocalıq, müharibələr, təbii fəlakətlər, yol hərəkəti, ev və iş qəzaları kimi hallar da fiziki məhdudiyətlərə səbəb ola bilər (Mihçi və Taçoy, 2005).

Türkiyədə fiziki məhdudiyətin səbəblərinin doğuşdan əvvəl, doğum zamanı və ya sonrasında təsnif edildiyini görmək mümkündür. Əlilliyin səbəbləri tez-tez prenatal, perinatal və postnatal səbəblər olmaqla üç qrupda müzakirə olunur.

Prenatal səbəblər: İrsi pozuntular və qan uyğunsuzluğu kimi genetik faktorlar və ananın hamiləlik zamanı narkotik istifadəsi, keçirdiyi xəstəliklər, qida çatışmazlığı vəziyyəti, qohum evliliyi kimi hamiləlik zamanı yaşanan problemlərdir. Doğuşdan əvvəl əlilliyin inkişafının ən əhəmiyyətli səbəbləri irsi və ətraf mühit faktorlarıdır. Ananın qidalanmaması, həddindən artıq stress və yorğunluq, psixi və ürək xəstəlikləri, hormonal pozuntular, irsi xəstəliklər bu qrupa daxildir (Mihçi və Taçoy, 2005).

Bundan əlavə, hamiləliyin ilk 3 ayında baş verən qızdırma xəstəlikləri, travmalar, bakterial və virus infeksiyaları və ananın hamiləliyinin süni yollarla dayandırılması cəhdləri, müxtəlif metabolik və sistemik xəstəliklər, doğum kanalında struktur pozuntuları, hamiləlik dövründə həkim nəzarəti olmadan istifadə edilən dərmanlar, alkoqol və narkotik istifadəsi, radioaktiv yanlıqlar kimi mənfiliklər əlilliyə səbəb olur.

Perinatal - doğuş zamanı yaranan səbəblər: Doğuş travması, doğuş zamanı oksigen çatışmazlığı, vaxtından əvvəl doğuş aiddir. Mütəxəssislər tərəfindən və uyğun ekoloji şəraitdə doğuşun aparılmaması doğum kanalının infeksiyaları, körpənin gəliş mövqeyinin anomaliyaları, forseps və vakuumlu doğuşlar, vaxtından əvvəl və gec doğuşlar, dar çanaq, asfiksiya, kordon fəsadları, çoxlu hamiləlik və travma kimi doğuş zamanı baş verən mənfiliklər əlilliyə səbəb olur. Körpənin başında yarana biləcək yüksək təzyiq, xəstəxanadan keçə biləcək infeksiyalar da bu qrup səbəblərə aid edilir.

Postnatal - doğuşdan sonrakı səbəblər: Qəza, xəstəlik, yanlış dərman istifadəsi, zəhərlənmə, düzgün qidalanmama, maddə istifadəsi, stress, yanlış müalicə, qeyri-sağlam iş şəraiti, poliomielit kimi səbəblərdir. Körpəyə anadan əmməklə keçə bilən dərmanların istifadəsi, peyvəndlərin tamamlanmaması və ya vaxtında verilməməsi də fiziki məhdudiyətin yaranmasına səbəb sayılır.

Doğuşdan sonra yaranan qızılca, məxmərək, suçiçəyi, meningit, skarlatina kimi yoluxucu xəstəliklər və difteriya, göyöskürək, ensefalit, poliomyelit, sarılıq və ürək xəstəlikləri kimi sistemik xəstəliklər əlilliyə səbəb olur. Bundan əlavə, balanssız və qeyri-kafi qidalanma, qızdırma xəstəlikləri, narkotik maddələrin istifadəsi, uşaqların səhv bələnməsi, səs-küylü və qeyri-sağlam ətraf mühit şəraiti, ev işi və yol qəzaları, müharibələr və təbii fəlakətlər də əlilliyə səbəb olur (Cangür və digərləri, 2013).

Bilsin (2012) tərəfindən aparılmış araşdırmada fiziki məhdudiyyətin səbəbləri kimi aşağıdakılar göstərilmişdir:

- Anadangəlmə problemlər: Anadangəlmə əzələnin çatışmazlıqları, anadangəlmə omba çıxığı, əyripəncəlik, anadangəlmə qol iflici, meningomyelose, skolioz, anadangəlmə əzələ xəstəlikləri (əzələ distrofiyası);
- Serebral iflic;
- Xroniki sümük və oynaq xəstəlikləri;
- Revmatik xəstəliklər;
- Poliomyelit;
- Travmatik zədələr: Əzələnin itirilməsi, düzgün birləşdirilməmiş sınıqlar, oynaq sərtliyi, travmaya bağlı iflic və güc itkisi, osteoartrit;
- İrsi mütərəqqi sinir xəstəlikləri;
- Cırtdanlıq (Bilsin 2012).

Müxtəlif ədəbiyyatlara nəzər saldıqda aydın olur ki, həm anadangəlmə, həm də sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyyətin səbəbləri kimi bir çox faktorlar göstərilir. Bu səbəbləri ümumiləşdirsək, fiziki məhdudiyyətlər müxtəlif səbəblərdən yarana bilər, o cümlədən:

1. Anadangəlmə fiziki məhdudiyyətlər: Bəzi fiziki məhdudiyyətlər doğuşdan mövcuddur və genetik və ya inkişaf anomaliyalarından qaynaqlanır.
2. Qazanılmış fiziki məhdudiyyətlər: Bunlar doğuşdan sonra, çox vaxt xəstəlik və ya zədə nəticəsində yaranan fiziki məhdudiyyətlərdir.
3. Xroniki vəziyyətlər: Dağınıq skleroz, serebral iflic və ya əzələ distrofiyası kimi müəyyən xroniki vəziyyətlər fiziki məhdudiyyətə səbəb ola bilər.
4. Travma: Fiziki məhdudiyyət onurğa beyni zədəsi, beyin zədəsi və ya amputasiya kimi travmatik zədə nəticəsində yarana bilər.
5. Digər xəstəliklər: Xərçəng, insult və ürək xəstəliyi kimi bəzi xəstəliklər fiziki məhdudiyyətlərə səbəb ola bilər.

6. İnfeksiyalar: Poliomielit, meningit və HIV/AIDS kimi infeksiyalar fiziki məhdudiyətlərə səbəb ola bilər.
7. Yaşlanma: İnsanlar yaşlandıqca fiziki funksiyalarında azalma ola bilər ki, bu da fiziki məhdudiyətə səbəb ola bilər.
8. Ətraf mühit amilləri: Ekoloji toksinlərə məruz qalma, iş yerində qəzalar və ya təhlükəli yaşayış şəraiti də fiziki məhdudiyətin yaranmasına şərait yarada bilər.

Qeyd etmək vacibdir ki, bütün fiziki məhdudiyətli şəxslər cəmiyyətdə görünür və fiziki məhdudiyətli bir çox insan cəmiyyətə əlçatanlıq və daxil olmaq üçün əlavə maneələrlə üzləşə bilər (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2011).

1.3. Anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyət

Bu yarımfəsildə konseptual və nəzəri çərçivədə əlilliyin, həmçinin fiziki məhdudiyətin növləri izah ediləcək.

Xüsusi təhsil tələb edən əlillik növləri əqli qüsur, fiziki qüsur, xroniki xəstəlik və ortopedik əlillik, geniş yayılmış inkişaf pozuntusu, dil və nitq çətinlikləri, diqqət çatışmazlığı və hiperaktivlik pozuntusu, istedadlılıq və xüsusi qabiliyyətlərdir. Fiziki əlillər dedikdə bura dayaq-hərəkət və sinir sistemindəki pozuntulara görə xüsusi təhsilə və dəstək təhsil xidmətlərinə ehtiyacı olan fərdlər aid edilir.

Əlilliyi Zheng və digərləri (2011) görmə, eşitmə, dil və nitq, əqli və fiziki olaraq 5 əsas qrupda təsnif edir və ona görə təriflər aşağıdakı kimidir:

Görmə pozuntusu: Bir və ya hər iki gözdə düzəldilə bilməyən tam və ya qismən görmə itkisi və ya pozuntudur.

Eşitmə qüsuru: Bir və ya hər iki qulaqda daimi eşitmə itkisi, heç eşitməmək və ya dəqiq eşitməmək.

Dil və nitq qüsuru: Gündəlik həyatda və ictimai fəaliyyətlərdə iştiraka mənfi təsir göstərən hər hansı bir səbəbdən danışa bilməmək və ya nitqin sürəti, səlisliyi, ifadəsi və səsi pozuntusudur.

Zehni və ya əqli əlillik: Müxtəlif dərəcələrdə zehni çatışmazlıqlar idrak, duyğu və davranış pozuntuları kimi baş verən psixiatrik pozuntulardır. Bu növ əlillik sinir sisteminin strukturu və funksiyalarının pisləşməsi ilə nəticələnir, fərdin intellektual səviyyəsinin normadan aşağı qalmasına səbəb olur və fərdi fəaliyyəti və sağ qalmasını məhdudlaşdırır.

Ortopedik/Fiziki Əlillik: Qısalıq, çatışmazlıq, artıqlıq, yoxluq, hərəkət məhdudiyəti, deformasiya, əzələ zəifliyi, sümük xəstəliyi, iflic, serebral iflic, onurğa bifida, dayaq-hərəkət

çatışmazlığı, əllərdə, qollarda, ayaqlarda, barmaqlarda və onurğada çatışmazlıq və çatışmazlıq funksiya itkisinə səbəb olan əlillik növüdür. Yəni, hərəkətdə iştirak edən bədən hissələrinin strukturuna və funksiyasına ziyan vurması nəticəsində yaranan hərəkətlərdə və fəaliyyətlərdə məhdudiyətlər yaranır (Zheng və digərləri, 2011).

Əzalarında hərəkətdə çətinlik çəkən, deformasiya, əzələ zəifliyi, sümük xəstəlikləri, iflic, serebral iflic, spastik və sipina bifida olanlar bu qrupa daxildir.

Yaşadığımız coğrafiyada 187200 fiziki məhdudiyətli uşağın olduğu, bu əlillərin 24%-nin anadangəlmə, 73,5%-nin doğuşdan sonrakı, 2,5%-nin isə naməlum səbəbdən olduğu bildirilir.

Buraya mərkəzi sinir sistemində və ya periferik sinir sistemində baş verən anormal vəziyyətlərdən qaynaqlanan maneələr, doğuşdan və ya doğuşdan sonra yaranan ortopedik maneələr və digər fiziki sağlamlıq çatışmazlıqları daxildir.

Fiziki məhdudiyəti olan şəxslər, fizioloji olaraq sağlam fərdlərdən fərqli olaraq aktiv fiziki fəaliyyəti olmayan və bədən orqanlarında hərəkət etməyə mane olan çatışmazlıqlar və əlilliklər olduğu üçün bədənlərini dəstəyə ehtiyac duyaraq, köməkçi cihaz və alətlərlə hərəkət etdirən şəxslərdir.

Fiziki məhdudiyətin növləri ortopedik əlilliklərin təsnifatı ilə birlikdə müzakirə ediləcək və daha sonra fiziki əlillik növləri ilə davam etdiriləcəkdir.

Neyromotor pozuntular: Neyromotor inkişaf ana bətnində başlayan və yetkinliyə qədər davam edən bir proses olsa da, uşaqlıqda neyromotor inkişaf mərhələsi ümumidən spesifikə, kobud motor hərəkətlərindən incə motor hərəkətlərə, başdan ayağa və mərkəzdən periferiyaya doğru baş verir. Neyromotor pozuntular müxtəlif əzələ və əzələ qruplarına stimulyat yaratmaq üçün beyin, onurğa beyni və ya sinir sistemini əhatə edir və bu formalaşma anormal vəziyyətləri ehtiva edir və doğuşdan əvvəl və ya doğuş anında baş verən bədən sisteminə təsir edən mürəkkəb motor problemləri ilə özünü göstərir və ümumiyyətlə qollarda və ayaqlarda hərəkət edə bilməmək. Bura sidik nəzarətinin itirilməsi və onurğa beyninin düzgün olmayan duruş daxildir (Tarsuslu və Livanelioglusu, 2010).

Serebral İflic / İflic (SP): Antenatal, perinatal və postnatal dövrdə beynin müxtəlif səbəblərdən təsirlənməsi nəticəsində meydana gələn qalıcı, irəliləməyən bir pozuntu olaraq təyin olunur. Qavrama, davranış pozuntuları və qıcolmalar da müşayiət olunur (Tarsuslu və Livanelioglusu, 2010).

Serebral iflic əzələ tonusu, hərəkət və motor bacarıqlarının anormallığı ilə xarakterizə olunan və inkişaf etməkdə olan beynin zədələnməsi ilə xarakterizə olunan neyroinkişaf

pozuntusudur. Bu varlığın klinik xüsusiyyətləri zamanla inkişaf edir və spesifik Serebral iflic sindromu yalnız 3-5 yaşdan sonra tanınır; baxmayaraq ki, düşündürücü əlamətlər və simptomlar daha erkən yaşlarda mövcud ola bilər (Gulati və Sondhi, 2018).

Serebral iflic ömür boyu davam edən, progressiv olmayan, nevroloji vəziyyətdir və adətən körpə ana bətnində olarkən və ya doğuş zamanı baş verir, çox vaxt körpənin oksigen aclığı səbəbindən baş verir. Serebral iflic əzələ hərəkətinə, koordinasiyaya, bəzən nitqə, görmə və eşitməyə də təsir edir.

Serebral iflic inkişaf etməkdə olan beyində qeyri-progressiv müdaxilə nəticəsində yaranan bir qrup hərəkət və duruş pozuntusu üçün çətir terminidir. Serebral iflic üçün risk faktorları konsepsiyadan əvvəl və ondan sonrakı dövrləri, hamiləlik dövründə, perinatal dövrdə və 2 yaşa qədər olan dövrləri əhatə edir. Serebral iflicə səbəb olan yollara birləşdirilə bilən məlum risk faktorları və şərtləri arasında genetik variantlar, anadangəlmə anomaliyalar, vaxtından əvvəl doğuş, kernikterus, intrauterin böyümənin məhdudlaşdırılması və infeksiyası, hamiləlik və körpəlik dövründə hipoksik işemiya və serebrovaskulyar infarktlar, təsadüfi və təsadüfi olmayan beyin zədələri daxildir (McIntyre və digərləri, 2022).

Spina Bifida: Bu xəstəlik, körpənin onurğa beyni düzgün inkişaf etmədiyi zaman ana bətnində meydana gələn bir vəziyyətdir. Spina Bifida olan insanlarda ayaqların zəifliyi və ya iflic olması səbəbindən hərəkətlilik problemləri ola bilər. Onlar həmçinin dəri hissiyyatının itirilməsi və sidik tutmama kimi bir sıra digər problemlərlə də qarşılaşa bilərlər.

Onurğa beyni dövrünün inkişaf mərhələsi zamanı tam bağlanmamış neyron borusundan qaynaqlanan əsas sinir sistemi anomaly, leykomotor və sensasiya qüsurları ilə məsanə nəzarətinə nəzarət edə bilmir və gündəlik fəaliyyətlərdə məhdudlaşdırılmasına səbəb ola bilər.

Spina bifida mərkəzi sinir sisteminin ən çox rast gəlinən qüsuru və ürək anomaliyalarından sonra ikinci ən çox rast gəlinən anadangəlmə qüsurdur. Qüsür embrionun həyatının ilkin mərhələlərində (21-28 gün hamiləlik) inkişaf edir. Sinir borusunun anormal nevrulyasiyası və onurğa tağlarının onurğa beyni üzərində bağlanmaması nəticəsində yaranan spina bifida onurğanın istənilən nahiyəsində baş verə bilər, lakin əksər hallarda bel nahiyəsində (halların təxminən 62%-i) yerləşir, həmçinin sakral (təxminən 20%) və ya torakal (təxminən 18%) bölgələrdə də ola bilər (Pastuszka və digərləri, 2023).

Xroniki xəstəlik: Körpəlik, uşaqlıq, yeniyetməlik və ya yetkinlik dövründə baş verən, normadan kənara çıxan və ya pisləşən, daimi əlilliyə səbəb olan, patoloji dəyişikliklər nəticəsində yaranan və xəstəyə davamlı qayğı, nəzarət və xüsusi təhsil tələb edən vəziyyət; xroniki xəstəlikdə

anadangəlmə anomaliyalar, anadangəlmə ürək xəstəlikləri, epilepsiya, xroniki böyrək çatışmazlığı, astma, şəkərli diabet, fenilketonuriya, xərcənglər, hemofiliyadan bəhs edilir (Bolat, 2018).

Son olaraq Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı bildirir ki, xroniki xəstəliklər insandan insana keçmir. Onlar uzun müddətdir və ümumiyyətlə yavaş inkişaf edir. Dörd əsas növü var, bunlar ürək-damar xəstəlikləri (infarkt və vuruş kimi), xərcənglər, xroniki tənəffüs xəstəlikləri (xroniki obstruktiv ağciyər xəstəliyi və astma kimi) və diabetdir. Beynəlxalq kontekstdə baxdıqda mənə dəyişikliyi güclənir. Məsələn, Avstraliya Sağlamlıq və Rifah İnstitutu xroniki xəstəliyin ümumi xüsusiyyətləri kimi aşağıdakıları ehtiva edir:

- mürəkkəb səbəblilik, onların başlanmasına səbəb olan çoxsaylı amillər
- heç bir əlaməti olmayan uzun inkişaf dövrü
- ola bilsin ki, digər sağlamlıq fəsadlarına gətirib çıxaran uzunmüddətli xəstəlik kursu
- əlaqədar funksional pozulma və ya əlillik (Bernell və Howard, 2016).

Yetkinlik yaşına çatmayan İdiopatik Artrit: Uşaqlıqda çox rast gəlinən bir revmatoloji xəstəlik olsa da, bunun nəticəsində ciddi əlilliklər yarana bilər. Uşaqlarda yeni və təkrarlanan ağrılar, hərəkətlərdə məhdudiyətlər, böyümədə gecikmələr və böyümə geriliyi misal olaraq verilmişdir (Sag və digərləri, 2019).

Fiziki məhdudiyətin ən çox yayılmış növlərindən bəziləri bunlardır:

Əyripəncəlik: Anadangəlmə əyripəncəlik ümumi skelet sisteminin pozuntusudur (Sag və digərləri, 2019). Bir və ya hər iki ayaqda görünə bilən dabanla birlikdə tərs çevrilmiş və ya əyilmiş ayaqlar olaraq təyin olunur və ayaqdakı əzələlərin güc balansını təmin edə bilmədiyi zaman meydana gəlir. İdiopatik pes equinovarus adı ilə bilinən əyripəncəlik ayağın plantar əyilmə, adduksiya, supinasiya və varusda fiksasiyası kimi təyin olunan və doğuş zamanı müşayiət olunan anomaliyalarla birlikdə qılçanın aşağı hissəsinin və pəncənin anadangəlmə deformasiyasıdır. Deformasiya bütün yerləş biomexanikasına təsir göstərir. Qafqazlılar arasında insident təxminən 1000 diri doğulana 1, Yaponiyada 0,56/1000, Cənubi Sakit Okean regionunun yerli əhalisi arasında isə təxminən 1000 diri doğulana 7-dir. Ümumiyyətlə, biz ədəbiyyatda oğlan və qızlar arasında nisbəti 2:1 tapa bilərik, bizim xəstələr qrupunda kişi və qadın nisbətini göstərdi (Ošťádal və digərləri, 2017).

Anadangəlmə qol iflici - Brakiyal pleksus: Körpənin doğuş zamanı çiyininin doğuş zamanı çəkisinin normadan yüksək olması, ana bətnində tərs mövqedə olması və doğum vaxtının uzanması, doğum kanalından keçə bilməməsi nəticəsində məcburi dartma nəticəsində brakiyal

sinirlərin qopması və ya həddindən artıq gərginləşməsi ilə xarakterizə olunan xəstəlikdir (Blagovechtchenski və digərləri, 2023)..

Doğuş texnikalarının inkişaf etdirilməsinə baxmayaraq, brakial pleksus zədələri hələ də 1000 canlı doğuşa 0,5-2,6 nisbətində müşahidə olunur. Artrogryposis multiplex anadangəlmə (AMC) və mamalıq brakial pleksus iflici (OBPP) oxşar simptomlarla (kontrakturalar və yuxarı ətrafların funksiyasının pozulması) motor pozuntularıdır. Hər iki vəziyyət zəif perez kimi təqdim olunur, lakin patogenezinə bir-birindən fərqlənir: AMC anadangəlmə vəziyyətdir, OBPP isə doğuş zamanı travma nəticəsində yaranır (Blagovechtchenski və digərləri, 2023).

Polidaktiliya: Barmaqların və ya ayaq barmaqlarının bir-birinə yapışib ayrılı bilməyən anadangəlmə vəziyyəti kimi müəyyən edilir. Bəzi hallarda yalnız dəri, bəzi hallarda isə sümük də yapışa bilər, bu, genetik olduğu bilinir (Malik, 2014). Polidaktiliya, insan üzvünün inkişafı zamanı normaldan çox barmaq və ya ayaq barmaqlarının olması ilə xarakterizə olunan qüsurdur. Ən çox görülən irsi əl pozuntularından biri hesab olunur. Əl və ayaq əlavə rəqəm təzahürləri də daxil olmaqla, polidaktiliyanın bir neçə forması var. Deformasiya aşağıdan daha yüksək tezlikli yuxarı ətraflara təsir göstərir və sol ayaq sağdan daha tez-tez iştirak edir (Kyriazis və digərləri, 2023).

Skolioz: Onurğanın əyriliyi olaraq təyin olunsada, anadangəlmə ola bilər və ya doğuşdan sonra, xüsusən də yeniyetməlik dövründə meydana gələ bilər (Karacaer, 2014). Yeniyetmə idiopatik skolyozu 10-18 yaş arası yeniyetmələrə təsir edən onurğanın 10 dərəcə və ya daha çox yanal əyriliyidir (yəni Cobb bucağı). Skoliozun ən çox yayılmış formasıdır və əsas anadangəlmə və ya sinir-əzələ anomaliyalarının olmaması ilə digər skolioz növlərindən fərqlənir. Birləşmiş Ştatlarda yeniyetmələrin təxminən 1% -dən 3% -ə qədər təsirlənir. İnsident kişilər və qadınlar arasında oxşardır. Bununla belə, qadınlarda 30 dərəcə və ya daha çox olan Cobb bucaqlarına doğru irəliləmə ehtimalı 10 dəfə daha yüksəkdir. Skoliozun inkişafına genetik faktorların kömək etdiyi düşünülür, lakin irsiyyət nümunələri dəyişkəndir və heç bir genetik ötürülmə üsulu müəyyən edilməmişdir. Yeniyetmə idiopatik skoliozun müayinəsi və idarə edilməsində genetik testin heç bir rolu yoxdur (Kuznia və digərləri, 2020).

Poliomielit: Poliomielit virusunun səbəb olduğu onurğa beynindəki hüceyrələrin zədələnməsi nəticəsində yaranan bədənin müəyyən yerlərində iflicə səbəb olan bir xəstəlik növüdür. Əzələlərdə iflicə meydana gətirdiyi üçün hissiyat itkisi olur. Qızdırma və ya yuxarı tənəffüs yollarının infeksiyası ilə simptomlar göstərməyə başlayır (Rehberi, 2007). Adətən poliomielit kimi tanınan poliomielit poliovirusun yaratdığı yüksək yoluxucu viral xəstəlikdir. Bu,

ilk növbədə gənc uşaqlara təsir edir və iflic və ya hətta ölümə nəticələnə bilər. Poliomyelit virusu, adətən, insana həzm sistemi ilə daha çox təmiz olmayan su və ya ərzaq vasitəsilə ötürülür. Poliomyelit bütün yoluxmuş şəxslərin təxminən 1%-də ömürlük iflicə səbəb ola bilən viral xəstəlikdir (Mohammed və digərləri, 2021).

Sınıq birləşməsinin olmaması: Sınıq meydana gəldikdən 4-5 ay sonra sınığın birləşmədiyi, birləşmənin gecikdiyi və sınıqdan 8 ay keçməsinə baxmayaraq heç bir sağalmanın olmadığı bildirilir (Rehberi, 2007). Ayaq nahiyəsində sümüklərdə tez-tez görülə bilər. Qeyri-adekvat immobilizasiya, uğursuz cərrahi müdaxilə, qeyri-kafi bioloji reaksiya və ya infeksiya səbəbiylə sınıq sümüyün sağalma prosesi uğursuz olarsa, uzun müddət ərzində sağalmaması nəticəsində əldə edilən nəticə birləşməmə kimi müəyyən edilir (Wildemann və digərləri, 2021).

Yanlış birləşdirilən sınıqlar: Sınıq meydana gəldikdən sonra ilk müalicənin uğursuzluğu ilə sınığın meydana gəldiyi bölgə də formada deformasiyaya uğrayır və bəzi hallarda ekstremitələrin qısalması da müşahidə olunur. Yanlış birləşmiş sınıqlar, həmçinin yanlış birləşmələr olaraq bilinir, səhv düzülmüş və ya təhrif edilmiş vəziyyətdə sağalmış qırıqlara aiddir. Sümük sınıqları zamanı zədələnmiş əzanın və ya oynaqın optimal funksiyasını və sabitliyini təmin etmək üçün şəfa prosesi zamanı parçaların düzgün şəkildə düzülməsi vacibdir. Ancaq bəzi hallarda sümük parçaları düzgün anatomik vəziyyətdə sağalmaya bilər, bu da yanlış birləşməyə səbəb olur (Wildemann və digərləri, 2021).

Travma ilə əlaqəli iflic: Travma ilə bağlı iflic ağır zədələr və ya onurğa beyni, beyin və ya periferik sinirlərin zədələnməsi nəticəsində baş verə bilər. Travma nəticəsində yaranan iflic tez-tez iki əsas növə təsnif edilir: paraplegiya və kvadriplegiya. Beyin, onurğa beyni və sinirlərin travmaya məruz qalması nəticəsində baş verir. Bədənin müəyyən hissəsinin ümumiyyətlə hərəkət edə bilməməsi travma nəticəsində iflic, qismən hərəkət isə güc itkisi adlanır (Rehberi, 2007). Travma nəticəsində yaranan iflic avtomobil qəzaları, yıxılmalar, idman xəsarətləri, zorakılıq aktları və ya şişlər və ya infeksiyalar kimi onurğa beyni ilə əlaqəli tibbi vəziyyətlər kimi müxtəlif hadisələr nəticəsində yarana bilər. İflicin şiddəti və davamlılığı travmanın yerindən, dərəcəsiindən və növündən asılıdır. Bəzi hallarda, zədə səviyyəsindən aşağı motor funksiyasının tam itkisi ola bilər, digərlərində isə qismən hərəkət və hiss hələ də mövcud ola bilər (Chaudhary və digərləri, 2021).

Cırtdanlıq: Genetik faktorlara görə meydana gələn cırtdanlıq geniş şəkildə görünən cırtdanlıq olaraq bilinir, dominant genetik mutasiya nəticəsində irsi yollarla, gözləniləndən fərqli şəkildə meydana gələn sümükləşmə nəticəsində baş verir, baş böyük və qollar və ayaqlar qısa

olur. Cırtdanlıqın iki əsas kateqoriyası var - qeyri-mütənasib və mütənasib. Qeyri-mütənasib cırtdanlıq orta ölçülü gövdə və daha qısa qollar və ayaqlar və ya daha uzun əzaları olan qısaldılmış gövdə ilə xarakterizə olunur. Proporsional cırtdanlıqda bədən hissələri mütənasib, lakin qısaldılmışdır (Arslan və digərləri, 2015).

Artrit: Bu, oynaqalarda iltihab və ağrıya səbəb olan, hərəkətin ağrılı və çətin olmasına səbəb ola biləcək çox yaygın bir vəziyyətdir. Bir çox müxtəlif növ artrit var və simptomlar şiddətə görə dəyişə bilər. Artritin ən çox yayılmış növlərindən bəziləri osteoartrit və romatoid artritdir. Artrit bədənin hər hansı bir hissəsində oynaqlara təsir göstərə bilər, lakin tez-tez biləklərə, dirsəklərə, barmaqlara, dizlərə, topuqlara və kalçalara təsir göstərir (Padyukov, 2022).

Epilepsiya: Epilepsiya, anormal beyin fəaliyyəti epizodlarına səbəb olan ümumi sinir-əzələ vəziyyətidir ki, bu da xəstələrin nöbet keçirməsi ilə nəticələnir. Hər bir qıcolmanın simptomları fərqli ola bilər və hər insanda fərqli ola bilər. Tutma simptomlarına şüur itkisi, idarə oluna bilməyən əsmə daxil ola bilər (Royer və digərləri, 2022).

Onurğa beyni zədəsi: Onurğa beyni zədələri gözlənilmədən baş verə bilər, bədənin fəaliyyətinə əhəmiyyətli və uzunmüddətli təsir göstərir. Onurğa beyni beyninizdən bütün vücudunuza mesajlar göndərir, buna görə də onurğa beyninin zədələnməsi zədə nöqtəsinin altında hissiyyat və hərəkətliliyin itməsinə səbəb ola bilər. Onurğa xəsarətləri bəzi insanlarda bəzi motor və ya duyğu funksiyalarını saxlayaraq şiddətə görə dəyişə bilər. Onurğanın zədələnməsi nəticəsində yaranan iflic ya tetraplegiya və ya paraplegiya adlanır. Tetraplegiyadan əziyyət çəkənlərin dörd üzvü və gövdəsi iflic olur. Paraplegiyası olanlarda qollar təsirlənmir (Anjum və digərləri, 2020).

Əzələ distrofiyası: Əzələ distrofiyası, əzələlərin tədricən zəifləməsinə səbəb olan və nəticədə əzələlərin işləmə qabiliyyətinə təsir edən genetik mütərəqqi bir vəziyyətdir. Əzələ distrofiyasının bir çox müxtəlif növləri var, bəziləri uşaqlıqda başlayır, digərləri isə irəliləyən yaşlarda özünü göstərir. Əzələ distrofiyası olanlar vəziyyət irəlilədikcə yeriməkdə və ya qollarından istifadə etməkdə çətinlik çəkə bilərlər. Daha ağır hallarda, əzələ distrofiyası da tənəffüs problemlərinə, ürək problemlərinə və udma problemlərinə səbəb ola bilər.

Dağınıq skleroz: Dağınıq skleroz, immunitet sisteminin sinir sistemində hücum etdiyi, zədələnməyə səbəb olduğu və sinirlər boyunca beyindən bədənin qalan hissəsinə gedən mesajları pozduğu və ya yavaşlatdığı zaman meydana gələn avtoimmun bir vəziyyətdir. Dağınıq skleroz, hərəkətlilik problemləri və həddindən artıq yorğunluq da daxil olmaqla müxtəlif simptomlara səbəb ola bilən xroniki bir vəziyyətdir (Hauser və Cree, 2020).

Fibromialgiya: Bu geniş yayılmış əzələ-skelet ağrıları, həddindən artıq yorğunluq, yuxu pozuntusu və idrak çətinliklərinə səbəb olan xroniki bir vəziyyətdir. Fibromiyaljiyə nəyin səbəb olduğu dəqiq məlum deyil, lakin tez-tez fiziki travmadan sonra başladığı düşünülür.

Amputasiya: Bəzən xəstəlik, zədə və ya deformasiyaya görə bir üzvün hamısını və ya bir hissəsini amputasiya etmək lazımdır. Amputasiyadan sonra protez əza taxmaq mümkün ola bilər, lakin bu, ümumi sağlamlıq vəziyyətindən, amputasiya növündən və əzanın qalan hissəsində nə qədər əzələ gücünün qalmaqından asılı olur. Amputasiyanın baş verdiyi yerdən asılı olaraq, bəzi insanlar davamlı hərəkətilik problemləri və ya amputasiyadan sonra gündəlik işləri yerinə yetirməkdə problemlər ola bilər (Makin və Flor, 2020).

Durkaya araşdırmasında ifadə etdiyi kimi, əlillik, bir qeyri-adekvatlıq və ya pozuntu səbəbiylə bir insanın yaşından, cinsindən, sosial və mədəni amillərdən asılı olaraq ondan gözlənilən rolları yerinə yetirə bilməməsidir. Fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə funksiya fərqləri, orqan itkisi və ya qeyri-kafilik, onların əlilliklərinin bir-birindən fərqli olmasının səbəbidir. Fiziki məhdudiyət dayaq-hərəkət və sinir sistemində anadangəlmə və ya hər hansı sonradan yaranmış başqa səbəbə görə bir problemin inkişafı və normal həyat fəaliyyətlərini yerinə yetirə bilməyəcək səviyyədə funksional itkilərin inkişafıdır.

Hərəkət çatışmazlıqları sinir sisteminin zədələnməsi, xəstəliklər, qəzalar və genetik problemlər səbəbindən əzələlərin, skeletin və oynaqların öz funksiyalarını yerinə yetirə bilməməsi nəticəsində meydana gəlir. Bundan əlavə, əl, qol, ayaq, barmaqlarda və onurğada qısalıq, əskiklik, artıqlıq, yoxluq, hərəkət məhdudiyəti, deformasiya, əzələ zəifliyi, sümük xəstəlikləri, iflic, serebral iflic, spastik bifidası olanlar da bu qrupa daxildir (Kızılkaya və Gündüz, 2012).

Fiziki məhdudiyət dərəcəsinə görə yüngül, orta və ağır olmaqla üç qrupa bölünür. Bunlar aşağıdakılardır:

Yüngül dərəcədə məhdudiyət: Şəxsin gündəlik həyatında heç bir dəstəyə və vasitəyə ehtiyac duymadan, müstəqil şəkildə fərdi ehtiyaclarını qarşılıya bilməsi və həyatını müstəqil və ya az asılılıqla davam etdirə bilməsi vəziyyətidir. Şəxs müalicə və təhsil yolu ilə bacarıqlarını artırmaq potensialına malikdir. Bununla belə, diqqət edilmədikdə motor və qavrayış bacarıqlarının keyfiyyətində geriləmə ehtimalı da var.

Orta dərəcəli məhdudiyət: Şəxsin funksiyalarını məhdudlaşdıran və ağrıya səbəb olan deformasiyaların olması, köməkçi vasitələrdən (yerimə aləti, qoltuq dəyənəkləri, uyğunlaşdırılmış alətlər və s.) istifadə, motor bacarıqlarının qazanılmasına təsir edən qavrayış və

hissiyat-qavrayış pozuntularının olduđu vəziyyətdir. Belə şəxslər gündəlik həyatlarını davam etdirmək üçün dəstəyə ehtiyac duyurlar.

Ağır dərəcəli məhdudiyət: Şəxsin fərdi ehtiyaclarını ödəmək üçün başqa insanlardan və cihazlardan tamamilə asılı olduđu vəziyyətdir. Əlil arabası və ya dəstəkdən asılılıq, baş idarəsində zəiflik, funksiyaları məhdudlaşdıran və ağrıya səbəb olan deformasiyalar, yaşa uyğun motor bacarıqların əldə edilməsinə mane olan qavrayış və duyğu-qavrayış pozuntuları mövcuddur (Öztürk, 2006).

Əlillərlə bağlı təsnifatlar aparılarkən beynəlxalq əlillik təsnifatı əsas götürülüb. Təsnifatın ümumi məqsədi sağlamlıq və sağlamlılıqla bağlı şərtləri təsvir etmək üçün standart, ümumi model və dil yaratmaq olmuşdur (Bilsin, 2012). Bütün əlil qruplarının müxtəlif problemləri var. Türkiyə Əlillik Araşdırması məlumatlarına (2002) və ədəbiyyata görə əlillik ortopedik (fiziki), nitq və dil, eşitmə, əqli, görmə və xroniki xəstəliklər kimi 6 qrupa bölünür (Timur və digərləri, 2015).

Müxtəlif ədəbiyyatlara nəzər salındıqda əlilliyin bir növü olaraq göstərilən fiziki məhdudiyətin digər adı kimi ortopedik məhdudiyətli olaraq göstərilir. Doğuşda və ya həyatının hər hansı bir dövründə bir qəza və ya xəstəlik nəticəsində əzələ, skelet və ya sinir sistemindəki problem səbəbindən gündəlik həyat fəaliyyətini yerinə yetirə bilməyən şəxslər ortopedik- fiziki məhdudiyətli olaraq xarakterizə olunur.

Xroniki xəstəliklər nəticəsində fiziki məhdudiyət qazanmış şəxslər deyildikdə isə bu qrupa daimi xəstəlikləri olan, daimi qayğıya və müalicəyə ehtiyacı olan şəxslər aid edilir.

Əlillik ortaya çıxma vaxtı baxımından qiymətləndirildikdə, anadangəlmə və sonradan qazanılmış olaraq iki qrupa təsnif edilə bilər. Bütün əlillik qruplarında bu nisbətlər şəhər-kənd fərqiində araşdırıldığında əlilliyin yaranma riski kənd yerlərində anadangəlmə əlillər üçün daha yüksək, şəhərdə isə sonradan qazanılmış məhdudiyəti olan əlillər üçün daha yüksəkdir.

Anadangəlmə və ya sonradan qazanılmış məhdudiyət orqan və ya orqanlarda ümumi funksiyaların itirilməsindən asılı olaraq insanın həyat keyfiyyətinə dərin təsir göstərir. Bu itkilərin sosial və fərdi nəticələri yaşayış şəraitinə təsir göstərdikcə, əlillərin sosial həyatda iştirakı, inkişafı, təhsili, sərbəst yaşamaq imkanları və s. məhdudlaşır (Cantwell və digərləri, 2014).

Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabinetinin 2022-ci il 13 may tarixli 187 nömrəli Qərarı ilə təsdiq edilmiş əlilliyin müəyyən olunması meyarlarına əsasən, insanın həyat fəaliyyətinin əsas kateqoriyalarına aşağıdakılar aid edilir: özünəqulluqetmə; sərbəst şəkildə hərəkətetmə;

istiqlamətseçmə; ünsiyyət; davranışına nəzarətmə; öyrənmə; əmək fəaliyyəti bacarıqları (www.e-qanun.az).

İnsanın həyat fəaliyyətinin bu kateqoriyaları üzrə məhdudlaşma dərəcələri yüngül formadan daha ağır formayadək aşağıdakı kimi dəyişir:

- Birinci dərəcəyə həyati proseslər üçün ən mühüm funksiyaların yerinə yetirilməsində çətinliyin olması;
- İkinci dərəcəyə mütəmadi olaraq başqa şəxslərin qismən köməyinə və köməkçi texniki avadanlıqlardan istifadəyə ehtiyacın olması;
- Üçüncü dərəcəyə isə kənar şəxslərin köməyinə daimi ehtiyacın olması aid edilmişdir.

Fiziki məhdudluqla nəticələnən xəstəliklərin, zədələrin və çatışmazlıqların adları, onların ağırlıq dərəcəsi, mərhələsi, orqanizmin funksiyalarının davamlı pozulmasının kliniki funksional xüsusiyyətlərinə aşağıdakıları göstərmək olar:

Sinir sistemi xəstəlikləri – Orqanizmin sinir sisteminin xəstəliklərdən, zədə və çatışmazlıqlardan irəli gələn davamlı pozuntularının ağırlıq dərəcəsinin kəmiyyətə qiymətləndirilməsi hərəkət və hissiyyət pozuntularının təzahür etmə dərəcəsinin nəzərə alınması ilə, sadə və mürəkkəb hərəkətləri icra etmək qabiliyyətinin qiymətləndirilməsinə əsaslanır. Fiziki məhdudluğun yaranmasını şərtləndirən sinir sistemi xəstəlikləri aşağıdakılardır:

1. Kəllə-beyin travması və baş beyinin zədələnməsinin nəticələri: baş beyinin silkələnməsi, əzilməsi
2. Mərkəzi sinir sisteminin mielinləşmə ilə gedən xəstəlikləri
3. Əzələlərin və sinir-əzələ sinapsının xəstəlikləri
4. Serebral iflic
5. Serebral iflic və digər paralizant sindromlar
6. Ekstrapiramid və digər hərəkət pozuntular
7. Epilepsiya
8. Polinevropatiyalar
9. Sinirlərin travması

Sümük-əzələ sisteminin və birləşdirici toxumanın xəstəlikləri – Orqanizmin sümük-əzələ sisteminin xəstəliklərdən, zədə və ya çatışmazlıqdan irəli gələn davamlı pozuntularının dərəcəsinin kəmiyyətə qiymətləndirilməsi əsasən hərəkət etmə funksiyasının pozuntusunun təzahür dərəcəsinin qiymətləndirilməsinə əsaslanır. Fiziki məhdudluğun yaranmasına səbəb olan sümük-əzələ sisteminin və birləşdirici toxumanın xəstəliklərinə aşağıdakıları göstərmək olar:

1. Osteopatiyalar
2. Yuxarı və aşağı ətrafların patologiyası
3. Bədənin bir neçə nahiyəsinin travmatik amputasiyası
4. Yuxarı və aşağı ətrafların istənilən səviyyədə travmatik amputasiyası
5. Dorsopatiyalar
6. Kəllə sümüklərinin sınığı, başın hər hansı bir hissəsinin travmatik amputasiyası, başın travmalarının nəticələri, dərinin atrofik zədələnmələri
7. Trofiki pozuntulara, hərəkət funksiyalarının pozulmasına səbəb olan termiki və kimyəvi yanıqlar (www.e-qanun.az).

Bu yarım fəsildə göstərilmiş təsnifatlardan görüldüyü kimi fiziki məhdudluğu müxtəlif ədəbiyyatlarda təsnifat sistemləri, növləri, onların qiymətləndirilməsi, dərəcələri müxtəlif amillərə, o cümlədən mədəni, hüquqi, tarixi və praktiki mülahizələrə görə ölkələr arasında fərqlənə bilər.

II FƏSİL. DEPRESSİYANIN KLİNİK-PSIXOLOJİ MAHIYYƏTİ VƏ FİZİKİ MƏHDUDİYYƏTİN DEPRESSİYANIN YARANMASINA TƏSİRİ

2.1. Depressiyanın klinik-psixoloji mahiyyəti və ona təsir edən amillər

Depressiya sözünün mənşəyini “depress”, latınca “depressus” sözlərindən götürür və onun tərifı və təsnifatı qədim Antik dövrə gedib çıxır. Deprimer sözün əsl mənasında "yıxılmaq" deməkdir/ Əslində, bu termin "kədərli" və ya sadəcə "depressiyaya düşmüş" kimi də adlandırılan ağırlıq hissini ifadə edir (Simpson və Weiner, 1989). Depressiyanın psixoloji və bioloji bir xəstəlik olduğuna dair yanaşma eramızdan əvvəl 460-377-ci illər arasında yaşamış tibb elminin atası kimi tanınan Yunan Həkim Hippokrat tərəfindən irəli sürülüb (Tuğrul, 2015).

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) məlumatlarına görə depressiya, dünya üzrə milyonlarla insana təsir edən potensial həyati təhlükəsi olan əhval pozuntusudur (Darvishi və digərləri, 2013). Ədəbiyyata nəzər saldıqda aydın qarşılığı olmayan depressiv əhval-ruhiyyə bədbəxtlik, ümitsizlik, acizlik və günahkarlıq hissini hakim olduğu əhval-ruhiyyə kimi görünür (Aslan və digərləri, 2012).

Ən çox görülən psixoloji pozuntulardan biri olan depressiya bütün dünyada 280 milyondan çox insana təsir edir. Depressiyaya təsirli bir şəkildə müdaxilə etmək üçün bir çox tədqiqatçı depressiyanın inkişafına və davam etdirilməsinə təsir edən amilləri araşdırmışdır.

Çin kimi böyük əhalisi olan ölkələri əks etdirən Cənub-Şərqi Asiya Regionunda və Qərbi Sakit Okean Bölgəsində üstünlük təşkil edir. Bütün bölgələrdə depressiyaya kişilərə nisbətən qadınlarda daha çox rast gəlinədiyi aşkar edilmişdir. Depressiya bütün yaş qruplarında müşahidə oluna bilər, lakin uşaqlarda və daha böyük yaş qruplarında daha aşağı nisbətlərə malikdir (WHO, 2022).

Ən geniş yayılmış psixoloji pozuntulardan biri olan depressiya, insanın idrak, davranış, emosional və fiziki fəaliyyətinə təsir edən aşağı əhval-ruhiyyə vəziyyətinə deyilir (Kessler və digərləri, 2005). Amerika Psixoloji Assosiasiyası depressiyanı belə təyin etmişdir: bədbəxtlik və narazılıqdan tutmuş, gündəlik həyata müdaxilə edən həddindən artıq kədər, bədbinlik və ümitsizlik hissinə qədər olan mənfi affektiv vəziyyət. Müxtəlif fiziki, idrak və sosial dəyişikliklər də birlikdə baş verir, o cümlədən yemək və ya yuxu vərdişlərinin dəyişməsi, enerji və ya motivasiya çatışmazlığı, diqqəti cəmləmək və ya qərar qəbul etməkdə çətinlik və sosial fəaliyyətlərdən uzaqlaşma (APA, 2013) .

Depressiya kədər, maraq və ya həzzin azalması, günahkarlıq və ya dəyərsizlik hissləri, yuxu və ya iştah problemləri, yorğunluq hissləri və konsentrasiyanın azalması ilə xarakterizə olunan geniş yayılmış psixi pozuntudur (Marcus və digərləri, 2012).

Depressiya (major depressiv pozuntu) insanın hisslərinə, düşüncələrinə və davranışlarına mənfi təsir edən ümumi və ciddi tibbi xəstəlikdir. Psixoterapiya və farmakoterapiya kimi üsullarla müalicə edilə bilən bir xəstəlikdir. Depressiya kədərə və yaxud əvvəllər həzz alınan fəaliyyətlərə marağın itməsinə səbəb olur. Bəzi emosional və fiziki problemlərə səbəb ola bilər və insanın evdə və işdə funksionallığını azalda bilər. Depressiya simptomları yüngüldən şiddətliyə qədər dəyişə bilər və bəzi simptomlara aşağıdakılar daxildir: depressiv əhval-ruhiyyə, yuxu problemləri, dəyərsizlik və/və ya günahkarlıq hissi, intihar və özünə zərər vermə düşüncələri, fiziki aktivliyin azalması və ya hərəkətlərin yavaşlaması (Ranna Parekh, 2017).

Depressiya olan xəstələrin frontal lob funksiyaları ləngiyərkən, idrak funksiyalarının pisləşməsi ilə yanaşı, diqqət, yaddaş və konsentrasiyada çətinlik çəkirlər. Günahkarlıq, dəyərsizlik və qərarlılıq hissləri ilə yanaşı, 10% -də psixomotor yavaşlama, düşüncə axınının zəifləməsi, aldatmalar, hipoxondrik hallar və intihar düşüncələri aşkar edilə bilər. Yuxusuzluq, cinsi istəyin azalması, kökəlmə, ürək ritminin pozulması depressiya xəstələrinin yaşadığı problemlər arasındadır (Gülen, 2020).

Depressiya zamanı düşüncə axınının yavaşlaması ilə doğru qərar vermək çətinləşir və belə vəziyyətdə insanlarda pessimist düşüncələr müşahidə olunur (Işık və digərləri, 2013).

Böyüklərdə ən çox rast gəlinən psixiatrik pozuntulardan biri olan depressiv pozuntu bütün insanlara təsir edə bilər (Cipriani və digərləri, 2018). Depressiya tezliyi getdikcə artarkən paralel olaraq depressiya ilə bağlı araşdırmalar da artır. Ümumiyyətlə, depressiya tədqiqatı klinik olaraq müşahidə edilə bilən tapıntılara əsaslanır, başqa sözlə, tədqiqat psixiatrik yanaşma ilə davam edir. Bununla yanaşı, artan fənlərarası münasibətlərlə birlikdə depressiya ilə bağlı mədəni yönümlü tədqiqatlar da var (Yalçın və Öztürk, 2016).

Klinik tədqiqatlarda ümumi tədqiqat sahələri yaşlılarda depressiya, doğuşdan sonrakı depressiya, yeniyetmələrdə depressiya və göstərişlər, depressiya ilə müşayiət olunan xəstəliklər, müalicə və diaqnostika protokollarıdır.

Klinik tədqiqat depressiya ilə bağlı ümumi riski aşağıdakı kimi ortaya qoyur: əvvəlki diaqnoz, intihar niyyəti (və ya) cəhdi, yaxınlarda qohum itkisi, ailədə depressiya və maddə

istifadəsi, bundan başqa, komorbid xəstəliklər depressiyanın yaranmasına təsir göstərir. (Richards və Sanabria, 2014).

Depressiyanın simptomları insanın düşüncəsinə, hisslərinə, gündəlik fəaliyyətlərinə, o cümlədən yemək yeməyə, yatmağa və işləməyə təsir edə bilər (Stewart-Sandusky, 2016).

Nəticə etibarlı ilə depressiya partnyorlarla münasibət, akademik və iş həyatı və gündəlik fəaliyyətlər də daxil olmaqla bir çox sahədə həyatına mənfi təsir göstərən ümumi psixoloji xəstəlikdir. Bundan əlavə, onun simptomları bir insanın fiziki, psixoloji və psixososial rifahına təsir göstərə bilər. Bir çox mənfi təsiri olan ümumi bir xəstəlik olduğu üçün depressiyanın qarşısını almaq və daha təsirli müalicə yolları yaratmaq üçün depressiyanın inkişafına səbəb ola biləcək faktorlar araşdırılmışdır. Depressiya əlamətləri olan insanların təxminən 60%-i sosial təzyiqlə və stiqma riski səbəbindən tibbi yardıma müraciət etmir. Çoxları düşünür ki, psixi sağlamlıq pozuntusu stiqma cəmiyyətdə qəbul edilməzdir və həm şəxsi, həm də peşəkar həyata mane ola bilər. Əksər üsulların və metodikaların işlədiyinə dair yaxşı sübutlar var, lakin müalicəyə fərdi reaksiya da daha fərqli müsbət nəticələr göstərə bilər. Bu vəziyyətin depressiv pozuntuların etiologiyasında müxtəlif faktorların rolu ilə bağlı ola biləcəyi düşünülür (Brummelte və Galea, 2010).

Depressiya diaqnozu üçün digər vacib göstəricilər aşağıdakılardır:

- Keçmiş tibbi tarix və ailənin tibbi tarixi və cari narkotik istifadəsi;
- Alkoqol və maddələrdən istifadə tarixi;
- Depressiyanın üzvi səbəblərini istisna etmək üçün fiziki müayinə və tarixi.

Depressiyanın qiymətləndirilməsində bəzi ölçmə vasitələrinin istifadə edildiyi görülür. Bunlar Beck Depressiya İnterviyasıdır, Hamilton Depressiya Şkalası və Zung Depressiya Şkalasıdır. Bu tərzilərin köməyi ilə depressiv simptomlar və onların şiddəti qiymətləndirilir (Brummelte və Galea, 2010).

Bununla belə, depressiya fiziki pozuntularla birlikdə görülə bilər (Manderscheid və digərləri, 2010).

Psixi Pozuntuların Diaqnostik və Statistik Təlimatının (DSM-V) beşinci nəşrinə əsasən, depressiyanın kədərli, boş və ümitsizlik hissləri, maraq və həzzin azalması, nəzərəcarpacaq çəki dəyişikliyi, yuxu pozuntusu, yorğunluq, psixomotor həyəcan kimi, həddindən artıq günahkarlıq və dəyərsizlik hissləri, düşünmə və qərar vermə qabiliyyətinin azalması və intihar düşüncəsi kimi bir neçə əlaməti var (APA, 2013).

Əhval-ruhiyyə pozuntusu olan depressiya, bu pozuntudan əziyyət çəkən insanların həyatının müxtəlif sahələrində gündəlik fəaliyyətini itirməsinə və ən pis halda intihara səbəb olan psixi sağlamlıq problemlərindən biridir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məlumatına görə, dünyada 300 milyondan çox insan depressiyadan əziyyət çəkir. Depressiv simptomlar depressiv əhval-ruhiyyə, maraq itkisi və ən azı iki həftə ərzində fəaliyyətin azalması ilə xarakterizə olunur (ÜST, 2018).

Psixi Pozuntuların Diaqnostik və Statistik Təlimatının 5-ci Nəşrində depressiv pozuntular müəyyən bir müddət ərzində fərdin affekt, idrak prosesləri və neyro-vegetativ funksiyalarında mənfi dəyişikliklərin fərqli xüsusiyyətlərini bölüşən psixi pozuntuların fərqli kateqoriyası kimi müəyyən edilmişdir.

DSM-V (Psixi Pozuntuların Diaqnostik və Statistik Təlimatı) depressiyanı ətraflı araşdırdı və qruplara ayırdı. Bunlar:

1. Dağıdıcı əhval pozuntusu
2. Major depressiv pozuntu,
3. Xroniki depressiya (Distimiya) pozuntusu,
4. Premenstrual disforiya pozuntusu,
5. Maddələr və ya dərmanlarla əlaqəli depressiya pozuntusu,
6. Başqa bir sağlamlıq probleminin səbəb olduğu depressiya pozuntusu,
7. Fərqli müəyyən edilmiş depressiya pozuntusu,
8. Müəyyən edilməmiş depressiya pozuntu kimi siyahıya alınmışdır (APA, 2013).

Major depressiv pozuntu (birqütblü depressiya) depressiv pozuntular arasında tək atak və ya təkrarlayan qıcolmalar şəklində tez-tez görülən əhval pozuntusudur. Major depressiv pozuntunun müddəti 2 həftə ilə 2 il arasında dəyişə bilər. Əksər xəstələrdə residivlər həyat boyu davam edir və tutması olan xəstələrin həyatında qalıcı simptomlar qala bilər (Işık və digərləri, 2013).

Amerika Psixiatriya Assosiasiyası tərəfindən 2013-cü ildə nəşr olunan DSM-5 (Psixi Pozuntuların Diaqnostik və Statistik Təlimat V) əsas depressiya üçün diaqnostik meyarlara uyğun olaraq:

A- İki həftə ərzində insanın fərdi, sosial və peşə funksionallığında dəyişiklik müşahidə edilməklə yanaşı, aşağıda sadalanan simptomlardan ən azı 5-nin mövcud olduğu müəyyən edilmişdir. Bu simptomlardan ən azı biri depressiv əhval-ruhiyyə, digəri isə marağın azalması (demək olar ki, bütün fəaliyyətlərdən həzz almaqda nəzərəcarpacaq azalma) olmalıdır.

1. Gün ərzində insanın özünün müşahidə etdiyi depressiv əhval-ruhiyyə

2. Fəaliyyətdən və işdən istək və həzzin əhəmiyyətli dərəcədə azalması
3. Çəkiddə müşahidə olunan artım və ya azalma
4. Çox vaxt gün ərzində yata bilməmək və ya bütün gün yata bilməmək
5. Psixomotor həyəcan və ya geriləmə
6. Demək olar ki, hər gün aşağı enerji və yorğunluq
7. Özünü günahkar və dəyərsiz hiss etmək
8. Qərarlılıq, diqqəti cəmləməkdə çətinlik
9. Təkrarlanan intihar cəhdlərinin və intihar düşüncələrinin olması

B. İnsanda olan əlamətlər kliniki əhəmiyyətli problemlərə, peşə və həyat sahələrində funksionallığın itirilməsinə səbəb olur.

C. Bu dövrdə yaşanan simptomlar maddə istifadəsi və ya başqa sağlamlıq probleminin fizioloji təsiri ilə əlaqəli deyil (APA, 2013).

Depressiyanın iki ümumi növü Böyük Depressiv Pozuntu və distimiyadır. Psixi Pozuntuların Diaqnostik və Statistik Təlimatına (DSM- V) (APA, 2013) əsasən, bir şəxs aşağıda sadalanan bu 9 simptomdan ən azı 5-nə rast gəlməli və əsas depressiya diaqnozu qoyulması üçün 2 həftə ərzində bunları yaşamalıdır: depressiv əhval, kədər, boşluq, ümitsiz hiss etmək, gündəlik fəaliyyətlərin əksəriyyətinə daha az maraq və ya həzz; əhəmiyyətli çəki itkisi və ya çəki artımı yuxusuzluq və ya hipersomniya, yorğunluq və ya enerji itkisi; psixomotor bacarıqların pozulması, dəyərsizlik və günahkarlıq hissi; intihar düşüncələri, konsentrasiya qabiliyyətinin azalması.

Böyük depressiv pozuntunun etiologiyası həm genetik, həm də ətraf mühit faktorlarının rol oynadığı multifaktorial struktura malikdir. Depressiyaya uğramış şəxslərin birinci dərəcəli qohumlarının ümumi əhali ilə müqayisədə depressiyaya düşmə ehtimalı təxminən 3 dəfə yüksəkdir; lakin ailəsində depressiya tarixçəsi olmayan insanlarda da depressiyanın meydana gəldiyi məlumdur (Öztürk və Uluşahin, 2015).

Depressiya, demək olar ki, bütün psixoloji yanaşmaların izah etməyə çalışdığı populyar bir məsələyə çevrilmişdir, çünki depressiv pozuntusu olan insanlarda bir çox koqnitiv (sosial idrak, məlumatın işlənməsi və s.), isterik (həddindən artıq narahatlıq, günahkarlıq, özünü idarə etmə və s.) və davranış problemləri özünü göstərir.

Psixanalitik nöqtəyi-nəzərdən depressiya tez-tez həyatın erkən dövründə baş verən bir vəziyyətlə əlaqələndirilir, məsələn, valideynin itirilməsi və ya valideyn sevgisinin itirilməsi kimi insanın yaşadığı itkini real itki və simvolik itki kimi iki yerə bölür. O, sevilən birinin ölümünü əsl

itki kimi, işini itirməsini isə simvolik olaraq təsnif edir, lakin hər ikisinin depressiyaya səbəb ola biləcəyini etiraf edir

Freyd depressiya üzərində işlədiyi ilk vaxtlarda depressiyanı məhəbbətin itirilməsinə reaksiya olaraq kədər/yas kimi qəbul edirdi. Ancaq Freyd, depressiyaya uğrayan insanın itirdiyi insanla eyniləşdiyini və bu rədd etmə nəticəsində yaranan qəzəbi idarə etdiyini, bunun da insanda özünə inamının itirilməsinə gətirib çıxardığını və həyatında gələcək depressiyaya açıq olmasına səbəb olduğunu müdafiə edir. Daha sonra o, bu itki obyektinə eyniləşdirmənin normal bir proses olduğunu və depressiyanın əsas səbəbinin həddindən artıq cəzalandırıcı super eqodan qaynaqlandığını müdafiə etdi. Həddindən artıq üstünlük təşkil edən super eqo daima insanın vicdanını tətikləyir, günahkarlıq hissini artırır və insanın uzun müddət depressiyaya düşməsinə səbəb olur. Bu vəziyyəti bəzi fərdi fərqlər çərçivəsində qiymətləndirən Freyd, özünə inamı aşağı olan insanların günahkarlıq hissələri ilə mübarizə aparmaqda daha çox çətinlik çəkdiklərini və itkini qəbul edə bilməyəcəklərini müdafiə etmişdir (Freud, 1917).

Davranışçı yanaşmaya görə, fərdin hiss və düşüncələrini yaradan və davranışla nəticələnən bütün proseslər öyrənmə təcrübələri ilə bağlıdır. Bu öyrənmə təcrübələri şərtlənmə, klassik şərtlənmə və ya sosial öyrənmə ilə həyata keçirilə bilər. Bu baxımdan depressiya həm də öyrənmə təcrübəsi nəticəsində ortaya çıxır.

Davranış gücləndirildikdən sonra davranış yanaşma nəzəriyyələrində insanları depressiyaya sövq edən mühüm məsələlərdən biri də Seligman və Maier tərəfindən müəyyən edilən öyrənilmiş çarəsizlik anlayışıdır. Öyrənilmiş çarəsizlik, idarə edə bilmədiyi 33 məsələdən sonra idarə oluna bilən vəziyyətlərə müdaxilə edə bilməmə halıdır. Bu səbəbdən əməllərinin səmərə vermədiyini bilən insanlar təşəbbüsü ələ almaqdan və uğursuzluğu ilk gündən qəbul etməkdən çəkinirlər. Bunun nəticəsində sosial münasibətlərdə və ya bizneslə bağlı proseslərdə uğursuzluğa düçar olur və özlərini çarəsiz hiss edirlər (Kılınç, 2007).

Depressiyanı koqnitiv nöqtəyi-nəzərdən izah edən nəzəriyyəçilər insanların davranışlarına deyil, onların koqnitiv proseslərinə diqqət yetirirlər. Koqnitiv nəzəriyyəyə görə, depressiya insanın qavrayış, şərh və məlumat emal proseslərindəki anormallıqlar nəticəsində yaranır. Depressiyaya uğramış fərdlərin hadisələrə və vəziyyətlərə qərəzli baxışı olduğu və mənfi emosiyaların və davranışların əsas səbəbinin də bu olduğu iddia edilir. Depressiya ilə bağlı ən əhatəli araşdırmalar aparan nəzəriyyəçilərdən biri olan Beck (1967), depressiyaya uğramış insanların yaşadıkları hadisələrə müsbət reaksiya vermədiklərini, uğurdan çox uğursuzluqlara diqqət yetirdiklərini müşahidə etmişdir (Öztürk, 2001).

Beckin depressiyanın koqnitiv modelinə əsasən sxemlər hər hansı bir həyat təcrübəsinin, duyğunun və ya düşüncənin daxili təmsilləri kimi müəyyən edilir. Xarici və ya daxili stimullarla qarşılaşdıqda, sxemlər avtomatik olaraq aktivləşdirilir. Bu mənada, sxemlər fərdin müxtəlif kontekstlərdə qarşılaşdığı yeni təcrübələri necə şərh etdiyini müəyyən edir. Mənfi erkən həyat hadisələri, adətən bu cür sxemlərin məzmunu ilə əlaqəli olan sonrakı həyat stressorlarına cavab olaraq aktivləşdirilən fərd üçün mənfi özünə istinad sxemlərinə səbəb ola bilər. Mənfi sxemlər aktivləşdirildikdən sonra fərd depressiv simptomlara qarşı daha həssas olur. Mənfi mənlik sxemləri mənfi həyat hadisələri ilə aktivləşdirildikdə, məlumat emalı mənfi idrak triadası olaraq adlandırılan özünə, dünyaya və gələcəyə dair mənfi qərəzli fikir və emosiyalarla dəyişdirilir (Disner və digərləri, 2011).

Beck bildirmişdir ki, idrak və inanclar depressiyanın yaranmasında və davam etdirilməsində əsas amillərdir. Beck və Rush (1976) depressiyanın koqnitiv strukturunu izah etmək üçün üç konsepsiya təklif etdilər: 1) koqnitiv üçlük, 2) sxemlər və 3) idrak xətaləri (səhv məlumatların işlənməsi) (Beck və digərləri, 1987).

Sxemlər insan təcrübələrinin qiymətləndirilməsi, şərh, təsnifatı və təsvirinə rəhbərlik edən daimi struktur təmsillər adlanır. Sxemlər məlumatların işlənməsinin təkrarlanan, qərəzli nümunələri, eləcə də düşüncələrdə təkrarlanan, davamlı mövzulardır. Sxematik məzmun (məsələn, münasibət və inanclar) koqnitiv modeldə mühüm rol oynayır. İnsanın dünya, özü və gələcəyə dair mənfi mütləq inancları (məsələn, “Məni heç kim bəyənmir”, “Mən heç vaxt uğur qazana bilməyəcəyəm”) depressiya ilə xarakterizə olunur. Təhlükə, zəiflik və təhlükə ilə bağlı inanclar narahatlığı proqnozlaşdırır. Bu sxemlər struktur cəhətdən sərt və mütləqdir, onların məzmunu təcrübənin əvvəlcədən düşünülmüş təsvirləridir. Onlar bir sıra stimullar tərəfindən asanlıqla aktivləşdirilə bilər və aktivləşdirildikdə informasiyanın emal sistemində üstünlük təşkil edir. Depressiya diaqnozu qoyulmuş fərdlərin sxemlərində hədsiz dərəcədə mənfi aktivləşmə var (Beck və Clark, 2010).

Depressiyanın səviyyəsi artdıqca, insanın düşüncələrində mənfi sxemlər üstünlük təşkil edir. Sxem modelinə görə, mənfi təsir mənfi xatirələrə çıxışı artırır və bu xatirələrin insanın beyninə qaytarılma ehtimalını artırır, dünya və özünə dair mənfi inanclar isə sxemləri geri qaytarır (Clark və Teasdale, 1982).

Depressiyada olan fərd a) neqativ hadisələri şəxsi, psixoloji və ya fiziki qüsurlarla əlaqələndirir (mənfi özünə baxış) b) dünyanı əsassız yüksək tələblər qoyan və/yaxud həyat məqsədlərinə çatmaq üçün həddindən artıq yüksək maneələr qoyan bir yer kimi görür (dünyaya

mənfi baxış), c) indiki ağrı və əzabın əbədi olaraq davam edəcəyinə dair uzunmüddətli planlar qurur (gələcəklə bağlı mənfi baxış və ya ümitsizlik), bu üç idrak baxışı koqnitiv triada kimi tanınır (Beck və digərləri, 1979).

Beck (1976) koqnitiv üçlüyü avtomatik düşüncələrlə izah etdi: a) “Mən dəyərsizəm”, “Mən tamamilə uğursuzam” (mənfi özünə baxış), b) “Dünya pis yerdir”, “Məni heç kim sevmir” (dünyaya mənfi baxış), c) ”Həmişə belə olacaq”, “Mən heç nədə yaxşı olmayacağam” (gələcəklə bağlı mənfi baxış və ya ümitsizlik). Avtomatik düşüncələr özlərinin keçici, qeyri-emosional zehni ifadəsi və müəyyən subyektiv situasiyalarda inandırıcı görünməsi ilə fərqlənə bilər. Bu avtomatik düşüncələr depressiyanın fiziki, emosional və motivasiya əlamətləri üçün ən proqnozlaşdırıcı amil kimi şərh olunur (Abela və D’Alessandro, 2002). Bununla belə, Beck depressiyanın yalnız idrak baxışlarından yarandığını, ətraf mühitin səbəblərini, bioloji və psixoloji faktorların depressiyaya səbəb ola biləcəyini iddia etmirdi. Lakin depressiyanın davam etməsində koqnitiv və davranış faktorları da mühüm rol oynayır (Türkçapar, 2013).

Depressiyaya düşmüş insanlar səhv məlumat emal proseslərindən istifadə edərək məntiqi səhvlərə yol verirlər. Bu koqnitiv səhvlər vasitəsilə depressiyaya uğramış insanlar sistematik olaraq özlərini, dünyalarını və təcrübələrini yanlış şərh edirlər. Əvvəlki araşdırmalar depressiyaya düşmüş insanların depressiyaya uğramayanlara nisbətən daha çox koqnitiv səhvlər yaşadığını ortaya qoydu (Lefebvre, 1981).

Bildirilir ki, depressiya o qədər geniş yayılmış bir xəstəlikdir ki, onu psixi sağlamlıq sahəsində soyuqdəymə adlandırmaq olar. Çünki həyatın ilk altı ayından başlayaraq həyatın son mərhələsinə qədər istənilən vaxt baş verə bilər (Sadock və digərləri, 2009). ÜST (2022) məlumatlarına görə, böyük depressiyanın ömür boyu yayılması qadınlarda 10-25%, kişilərdə isə 5-12% təşkil edir. Depressiya adi əhval dəyişikliyindən və gündəlik həyatda yaranan çətinliklərə qısa müddətli emosional reaksiyalardan fərqlidir. Xüsusilə təkrarlanan, orta və ya ağır depressiya ciddi sağlamlıq probleminə çevrilə bilər. Bu, təsirlənmiş şəxsin çox əziyyət çəkməsinə və işdə, məktəbdə və ailədə qeyri-adekvat olmasına səbəb ola bilər. Ən pisi, depressiya bəzən intihara gətirib çıxarır (ÜST, 2022).

İnsanlar üç əsas quruluşdan ibarətdir: bioloji, psixoloji və sosial. Bu əsas xüsusiyyətlərin birləşməsindən əmələ gələn anlayış olan bio-psixososial anlayış depressiyanın səbəbini izah edərkən əsas struktur kimi qəbul edilir. Beyində pis əhval-ruhiyyənin tənzimlənməsi, genetik zəiflik, stresli həyat hadisələri, dərmanlar, biokimyəvi amillər (beyin kimyası), xəstəlik, şəxsiyyət tərz, yaşlanma, təhqiramiz münasibətlər, zorakılıq və iş stresi, stresli və ya travmatik hadisələr və

tibbi müayinələr kimi uzunmüddətli təzyiqlər kimi bir çox mümkün səbəblər ola bilər (Sağ, 2016). Bu başlıq altında depressiyaya səbəb olduğu düşünülmən bioloji və psixoloji risk faktorları müzakirə ediləcək.

Bioloji amillər. Depressiyaya səbəb olan bioloji amillər iki anlayış üzərində formalaşır; genetik faktorlar və neyrotransmitterlər (Belge, 2019). Genetik fon fərddə depressiyanın yaranmasında mühüm amildir. Müəyyən edilmişdir ki, əgər şəxsin ailəsində depressiya varsa, yəni həmin şəxsin əvvəllər depressiya diaqnozu qoyulmuş şəxslə qan qohumluğu varsa, o zaman depressiya riski digər fərdlərə nisbətən 2-3 dəfə yüksəkdir (Merikangas və digərləri, 1988). Depressiyanın səbəbinin beynin müxtəlif nahiyələrində neyrotransmitterlərin aşağı və ya yüksək mütləq səviyyələrindən asılı olduğuna dair izahatlar var (Karamustafalıoğlu və Yumrukçal, 2011). PET, SPECT, FMR şəklində bir neyro-görüntüləmə vasitəsi istifadə edilərkən və depressiya vəziyyəti araşdırıldığında, beynin ön hissəsinin normal səviyyənin altında işlədiyi görülür. Depressiyanı beynin quruluşu ilə əlaqələndirən bir araşdırmada depressiyanın beynin ifraz etdiyi üç elementin miqdarının azalması ilə ortaya çıxan bir beyin xəstəliyi olduğu müəyyən edilmişdir (Kaya, 2017).

Psixoloji amillər. Depressiyanın bioloji mənşəyi ilə yanaşı psixoloji mənşəyi də var (Tan və digərləri, 2015). Psixik uşaqlıq travmaları disfunksional hərəkətlərin baş verməsində və insanın depressiyaya meyilli olmasında mühüm rol oynayır, erkən dövrdə yaşanan travmatik təcrübə insanın depressiya həddinin azalmasında böyük rol oynayır və bu təcrübənin həll olunmaması, depressiyanın mürəkkəbləşməsinə və sağalma halının gecikməsinə səbəb olacağı bildirilmişdir (Türkoğlu, 2013). Başqa sözlə desək, insanın fiziki bütövlüyünə zərər verən, təcrübədə və xroniki keyfiyyətlərdə davam edən neqativ həyat hadisəsi gündəlik streslərlə birlikdə depressiyanın baş verməsini asanlaşdırır (Goodwin və digərləri, 2009). Fərdlərin həyatlarında qarşılaşdıqları kədərli və stresli vəziyyətlər beyin funksiyalarına mənfi təsir edərək depressiyaya səbəb olur. Dözülməsi çətin olan ağırları yaşamaq, xüsusən də sevilən birinin ölümü bu hissi yaşayanları sıxır (Tan və digərləri, 2015).

Depressiya diaqnozu qoyulan xəstələrlə aparılan araşdırmada, depressiyaya uğramış xəstələrin əksəriyyətinin çarəsizliyi keçmiş həyatlarında öyrəndikləri, həyatları boyu yaşadıkları mənfi hadisələrdən xilas ola bilməyəcəklərini düşündükləri və yaşadıkları kiçik problemləri belə keçilməz bir dağ kimi gördüklərini, bu düşüncələrin onları depressiyaya sövq etdiyi müşahidə edilir. Daha az depressiyaya düşən insanlar "hər problemin bir həlli olduğunu" düşünürlər. Bu

əlamətlərə əsasən, depressiyaya uğramış insanların çoxunun öz həyatlarında öyrənilmiş çarəsizliyi davam etdirdiyi görülür (Tan və digərləri, 2015).

Xülasə, ədəbiyyata nəzər salındıqda depressiyanın bioloji mənşəyi ilə yanaşı, psixoloji mənşəyinin də pozuntunun gedişində mühüm rol oynadığı görünür.

Yaş, cins, iqtisadi səviyyə, təhsil səviyyəsi, məşğulluq vəziyyəti, ailə vəziyyəti, siqaret çəkmə, fiziki xəstəliklər kimi səbəblər fərdlərdə depressiya hallarına təsir edə bilər.

- Qadınların kişilərə nisbətən daha yüksək nisbətdə yaşadığı bir vəziyyətdir və kişilər və qadınlar arasındakı bu fərq yeniyetməlik dövründə daha qabarıq görünür. Qadınların bu vəziyyəti daha çox yaşamasının əsas səbəbi ailədəki yükün və məsuliyyətin kişilərdən daha yüksək olmasıdır. Eyni zamanda qadınlar kömək almaq istədikləri üçün araşdırmalarda kişilərdən daha çox qadına rast gəlmək mümkündür. Qadınlar kiçik depressiya üçün mütəxəssislərə müraciət edərkən, kişilər şiddətli depressiyada və ümumiyyətlə ailə təzyiqi ilə daha çox həkimə müraciət edirlər (Brummelte və Galea, 2010).
- Depressiya hər yaşda görünsə də, uşaqlıqda 2-5%, yeniyetmələrdə 6-15%, böyüklərdə isə 10% nisbətində müşahidə edilə bilər (Işık və digərləri, 2013). Depressiya halları yaşla arta bilər, lakin yalnız yaş depressiyanın qiymətləndirilməsi üçün izahedici qüvvə deyil (Buber və Engelhardt, 2011). Qadınlarda kişilərə nisbətən depressiya 1,5-3 dəfə daha çox görülə bilsə də, cins fərqi səbəbləri qadınların şəxsi həyatlarında yaşadıkları problemlər, sosial sahədə yaşadıkları çətinliklər, iş yükü, bərabərsizliklər ola bilər, o cümlədən hamiləlik, doğuş və doğuşdan sonrası kimi proseslərdə də depressiya müşahidə oluna bilər (Kayahan və digərləri, 2003; Yıldırım və Tan, 2017). Depressiyanın sıx şəkildə yaşandığı dövr, orta yaş dövrü xüsusilə 25-55 yaşları arasında qəbul edilmişdir. Ancaq son araşdırmalara görə, 20 yaşında çox da rast gəlinməyən depressiyanın 10 il sonra bütün dünyada artacağı proqnozlaşdırılır. Qadınlarda 35-45, kişilərdə isə 55-70 yaşlarında depressiya pik həddə çatır. Evli 25 qadın və 25 kişi şəklində tədqiqat qiymətləndirməsi aparıldıqda, evli kişilərin daha az, evli qadınların isə daha çox depressiya yaşadığı qənaətinə gəlinir. (Brett və Baxendale, 2001).
- Aşağı sosial-iqtisadi statuslu fərdlərdə depressiya riski daha yüksəkdir və depressiya əlamətlərinin yayılmasında və davamlılığında artım olduğuna dair tapıntılar vardır (Bostancı, 2005; Ostler, 2001). İşsizlik depressiyanın tez-tez rast gəlinməsi, çətin iqtisadi, sosial, psixoloji və fizioloji şəraitdə yaşamağa çalışması, fərdlərin ailəsi və ətrafı ilə bağlı mənfi təcrübələri, təzyiq hissələrinin depressiya səviyyəsinə təsir etdiyi hallardan biridir (Heslin və digərləri, 2016; Yüksel, 2003). Əvvəlki illərdə depressiya risk faktorları sırasına daxil

edilməyən sosiallığa təsir edən maliyyə faktorları son dövrlərdə baş verən işsizlik və global maliyyə problemləri səbəbindən daha çox ön plana çıxmağa başlamışdır (Meltzer və Brody, 2011).

- Sağduyu və digərləri tərəfindən aparılan “İlkin Səhiyyə Xidmətlərində Depressiya” adlı araşdırmada depressiya səviyyəsinin təhsil səviyyəsi aşağı olan fərdlərdə daha çox olduğu qənaətinə gəlinmişdir (Sağduyu və digərləri, 2000). Qeyd etmək lazımdır ki, təhsil səviyyəsi psixi sağlamlığa müsbət təsir göstərə və depressiya riskini azaltsa da, bu, zəmanətli qoruyucu amil deyil. Depressiya müxtəlif amillərin, o cümlədən genetikə, həyat təcrübəsi və ətraf mühit faktorlarının təsir etdiyi mürəkkəb bir vəziyyətdir. Təkcə təhsil vəziyyəti depressiyanın qarşısını almaq və ya müalicə etmək üçün kifayət olmaya bilər və lazım olduqda peşəkar yardım axtarmaq, dəstək sistemlərindən istifadə etmək və özünə qulluq təcrübələri ilə məşğul olmaq çox vacibdir. Təhsil səviyyəsi bir neçə yolla depressiyaya müsbət təsir göstərə bilər. Təhsil fərdləri stres, çətinliklər və depressiya ilə bağlı emosional problemləri idarə etməyə kömək edə biləcək müxtəlif bacarıqlar və mübarizə mexanizmləri ilə təchiz edir. Bu bacarıqlara problemlərin həlli, effektiv ünsiyyət və stresin idarə edilməsi üsulları daxil ola bilər ki, bu da daha yaxşı psixi rifahı təmin edə bilər. Təhsil fərdlərə nəzarət hissi, özünəinam və əsaslandırılmış qərarlar qəbul etmək qabiliyyətini təmin etməklə onları gücləndirə bilər. Bu səlahiyyət möhkəmliyi, özünə hörməti və depressiya da daxil olmaqla həyatın çətinliklərinin öhdəsindən gəlmək qabiliyyətini artırır.
- Fiziki xəstəliklərlə müşayiət olunan depressiya xəstəliyinin proqnozuna mənfi təsir göstərən mühüm risk faktorudur. Bu səbəbdən xəstəliyinin fərdin həyatında yaratdığı dəyişikliklərə və onun fərd üçün mənasına diqqət yetirmək lazımdır (Sertöz, 2012). Xroniki xəstəlikləri olan insanlar funksional pisləşmə ilə birlikdə ümumi rifahın pisləşməsi ilə qarşılaşa bilərlər. Bu vəziyyət fərdin müalicəyə uyğunlaşmasını çətinləşdirir və psixoloji problemlərə yol açır. Xroniki xəstəliklər və depressiya tez-tez bir-biri ilə əlaqəli ola bilər, çünki xroniki şərtlərlə yaşayan insanlar depressiya və digər psixi sağlamlıq problemləri ilə qarşılaşma riski daha yüksəkdir. Xroniki xəstəliklərin – diabet, ürək xəstəliyi, xərçəng, avtoimmün pozuntular və nevroloji vəziyyətlər kimi xroniki xəstəliklər insanın fiziki sağlamlığına, gündəlik fəaliyyətinə, ümumi həyat keyfiyyətinə və psixi sağlamlığa təsiri əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərə bilər. Simptomların öhdəsindən gələ bilməmək, dərmanlardan düzgün istifadə edə bilməmək, məhdudiyyətlərə görə fəaliyyətlə çətinliklə məşğul olmaq və qeyri-müəyyənliklə üzləşmək emosional sıxıntıya səbəb ola bilər. Xroniki ağrı, yorğunluq və əlillik də məyusluq,

kədər və ümitsizlik hisslərinin artmasına kömək edə bilər. Xroniki bir xəstəliklə yaşamaq yükü depressiyanın inkişafına və ya kəskinləşməsinə kömək edə bilər. Araşdırmalar göstərir ki, xroniki xəstəlikləri olan insanlar ümumi əhali ilə müqayisədə daha yüksək depressiyaya məruz qalırlar. Depressiyanın yayılması xüsusi vəziyyətdən asılı olaraq dəyişir, lakin əhəmiyyətli ola bilər. Məsələn, diabetli insanların üçdə birində depressiya əlamətləri ola bilər (Lotfaliany və digərləri, 2018).

- Sosial Dəstək: Ailə üzvləri ilə yaxın əlaqələri və dostluq əlaqələri olan insanların əhval pozuntularına səbəb olacaq vəziyyətlərdən daha az təsirləndiyi və qısa müddətdə normal həyatlarına dönmə bildiyi müşahidə edilmişdir. Digər tərəfdən, şəxsiyyətlərarası əlaqələri zəif olan və ya olmayan insanların daha uzun müddət depressiya yaşadıkları və getdikcə artdığı ifadə edilmişdir (Brett və Baxendale, 2001).

Müasir dövrimizdə həyatına əhəmiyyətli təsir göstərə bilən ciddi psixi sağlamlıq vəziyyəti olan depressiyanın müalicəsi üsulları genişdir və adətən, terapiya, dərman və həyat tərzində dəyişikliklərinin birləşməsinə əhatə edir. Əhval pozuntularının müalicəsində istifadə edilən üsullardan biri də psixoterapiyadır. Fərqli psixoterapiya üsulları fərqli nöqtələrə diqqət yetirərək simptomları azaltmağı hədəfləyir. Koqnitiv terapiya üsulları xəstənin real həyata uyğun gəlməyən, xüsusilə özü haqqında dağıdıcı mənfi düşüncə tərzini müsbət düşüncələrlə əvəz etməyi hədəfləyir. Depressiyanın müalicəsində istifadə edilən dərmanlar, adətən, insanın kimyəvi balansını düzəltmək məqsədi daşıyır. Son dövrlərdə depressiyanın müalicəsində elektrokonvulsiv müalicə (EKT), transkraniyal maqnetik stimulyasiya (TMS) kimi yeni üsullardan da istifadə edilir.

2.2. Fiziki məhdudiyyətin depressiyanın yaranmasına təsiri

Depressiyanın fiziki məhdudiyyətə təsiri mübahisəsizdir. Fiziki məhdudiyyətin depressiv simptomların artmasına səbəb olduğuna dair inandırıcı sübutlar var. Bundan əlavə, depressiya fiziki məhdudiyyət prosesinin erkən mərhələlərinə, hərəkətilikdə funksional məhdudiyyətlər daxil olmaqla da təsir edir və fiziki məhdudiyyətə keçidi ləngidə bilər. Bu zərərli əlaqənin strukturu və əsas mexanizmlər haqqında ətraflı araşdırılmış biliklər psixoloji tənəzzül riski olan fiziki məhdudiyyəti olan şəxslərin kliniki idarə olunmasını və bu eniş spiralını qıran effektiv müdaxilələrin işlənilməsinə təmin etməlidir (Milaneschi və Penninx, 2014).

Fiziki məhdudiyyətin olması avtomatik olaraq depressiyaya düşəcəyiniz demək deyil. Fiziki məhdudiyyəti olan insanların heç də hamısı depressiyadan əziyyət çəkmir və depressiya yaşayanlar üçün depressiyalarının fiziki məhdudiyyətləri ilə çox az əlaqəsi ola bilər. Bununla belə, depressiya əlillər arasında daha çox rast gəlinən müəyyən həyat təcrübələri ilə

əlaqələndirilir. Bundan əlavə, anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudluğu olan insanlar onları depressiya riski altında saxlaya biləcək bir çox unikal problem və çətinliklərlə üzləşirlər. Fiziki məhdudluğu olan insanların qarşılaşa biləcəyi bəzi çətinliklər aşağıdakılardır:

Hərəkətlilik: Bir çox fiziki məhdudluğu olan insanlar həm öz evlərində, həm də cəmiyyətdə yeriməkdə və ya gəzməkdə çətinlik çəkirlər. Bu, onların geyinmək və ya özünə qulluq kimi gündəlik işlərinə necə baxdıqlarına, eləcə də evdən nə qədər tezlikdə çıxdıqlarına təsir edə bilər. Bəzən hərəkətlilik problemlərinin olması, insanların çoxunun öz başına edə biləcəyi işləri görmək üçün başqalarının köməyinə ehtiyac duymaq deməkdir ki, bu da əsəbi və ya utanç verici ola bilər. Avtomobil idarə edə bilməmək insanın iş və oyun kimi mühüm həyat fəaliyyətlərində iştirakını, eləcə də ərzaq alış-verişi və ya dostları ilə ziyarət kimi gündəlik işlərlə məşğul olmaq qabiliyyətini daha da məhdudlaşdırma bilər. Etmək istədiyini, nə vaxt və necə etmək istədiyini həyata keçirmək üçün lazım olan güc, dözümlü və ya digər qabiliyyətlərə malik olmamaq onların məyus, qəzəbli və ya çarəsiz hiss etmələrinə səbəb ola bilər.

Sosial maneələr və sosial izolyasiya: Fiziki məhdudluğu olan şəxslərin üzləşdiyi maneələrin və çətinliklərin heç də hamısı fiziki deyil. Əlilliyi olmayan bir çox insan əlil olmağın nə olduğunu başa düşmür və ya fiziki məhdudluğu olan biri ilə necə davranacağını bilmir. Bundan əlavə, bəzi insanlar özlərini narahat hiss edirlər və ya fiziki məhdudluğu olan, eləcə də fiziki məhdudluğu olan şəxslərə qarşı qərəz və mənfi münasibət bəsləyirlər. Bunlar fiziki məhdudluğu olan insanların dostluq və digər münasibətlər qurmalarını çətinləşdirə bilən sosial maneələrdir. Yaxşı sosial dəstəyin olmaması hər kəsin depressiya riskini artırır.

Sağlamlıq: Bir çox fiziki məhdudluğu olan insanlar yaxşı sağlamlıqdan zövq alırlar, lakin bəzi əlillik növləri daha çox sağlamlıq problemləri ilə əlaqələndirilir və bəzən fiziki məhdudluğu olan insanlar ehtiyac duyduqları səhiyyə xidmətini almaqda çətinlik çəkirlər. Hətta əlilliyi olmayan insanların da bir çox tibbi problemləri varsa depressiyaya düşmə ehtimalı daha yüksəkdir və xəstəlik əlamətləri daha çox olan insanlar daha ağır depressiyadan əziyyət çəkirlər (Thompson, 2011).

Depressiyadan əziyyət çəkən insanlar simptomlarına əlavə olaraq, özlərini stiqma və ayrı-seçkiliyin öhdəsindən gəlmək məcburiyyətində hiss edirlər. Özlərinin və ya başqalarının damğalayıcı münasibəti çox vaxt depressiya pozuntusu olan şəxslər tərəfindən mühüm narahatlıq doğuran məsələ kimi irəli sürülür və bir sıra mənfi təsirlərə malik ola bilər. Gecikmiş yardım axtarışı, şəxsi münasibətlərdə çətinliklər və təhsil və peşə məqsədlərinin pozulması da daxil olmaqla və digər amillərə də təsiri ola bilər (Jorm və Reavley, 2013).

Depressiya da daxil olmaqla, bir sıra psixi pozuntusu olan fiziki məhdudiyəti olan şəxslərə qarşı damğalayıcı münasibət bir neçə ölkədə aparılan tədqiqatlarda araşdırılıb. Ümumiyyətlə, iştirakçıların bu pozuntuları olan insanlarla bağlı inancları, digər şəxslərin münasibəti ilə bağlı inancları və sosial uzaqlaşma istəyi qiymətləndirilmişdir. Ayrı-seçkilik təcrübəsi (yəni, stiqmanın davranış aspektləri) yalnız bir araşdırmada qiymətləndirilmişdir.

The Lancet jurnalında Antonio Lasalvia və həmkarları 35 ölkədə depressiyadan əziyyət çəkən 1000-dən çox yetkinlər tərəfindən bildirilmiş təcrübəli və gözlənilən ayrı-seçkilik xarakteri və şiddətini qiymətləndirmək yolu ilə depressiya ilə bağlı ayrı-seçkilik anlayışımızı artırırırlar. Onların tədqiqatı həmçinin ayrı-seçkilik təcrübəsi ilə klinik tarix, səhiyyə xidməti, sosial fəaliyyət və diaqnozun açıqlanması arasında əlaqələri əhatə edirdi. Lasalvia və həmkarlarının tədqiqatının güclü tərəfləri hipotetik vəziyyətlərə münasibət və ölkələrarası dizayndan daha çox faktiki bildirilmiş təcrübələrə diqqət yetirir. Sorğuda iştirak edən şəxslərin 79%-nin ayrı-seçkiliyə məruz qalması, demək olar ki, yarısının ailənin və iş yerinin əsas sahələrində təcrübələr bildirməsi, depressiyadan əziyyət çəkən insanların həyatına ayıq bir fikir təqdim edir. Respondentlərin 20%-dən 37%-ə qədəri gözlənilən ayrı-seçkiliyə görə mühüm bir iş görməkdən imtina edib, bu da sosial iştiraka və peşə inteqrasiyasına təsirinin əlavə sübutunu təqdim edir (Jorm və Reavley, 2013).

Bununla belə, əlavə araşdırmaya layiq olan bəzi suallar həll olunmamış qalır. Bunlar fiziki məhdudiyətli insanlar arasında depressiya ilə bağlı ayrı-seçkilik həqiqi yayılması ilə əlaqədardır; gözlənilən ayrı-seçkilik və gecikmiş yardım axtarışı arasında əlaqə, əlillik dərəcəsinin ayrı-seçkiliyə səbəb olması dərəcəsi və depressiv idrakın faktiki və gözlənilən ayrı-seçkilik bildirilməsinə nə dərəcədə töhfə verdiyi ilə əlaqədardır.

Yayılma ilə bağlı sual üçün, nəticələr depressiya ilə bağlı ayrı-seçkilik geniş yayıldığını göstərsə də, rahat klinik nümunənin istifadəsi səbəbindən Lasalvia və həmkarlarının tədqiqatının nəticələri yayılmanı qiymətləndirmək üçün istifadə edilə bilməz. Gözlənilən stiqma axtarışa kömək etmək üçün maneə rolunu oynaya bildiyindən, yardım axtarmayanlar daxil edilsə, yayılma daha da yüksək ola bilər. Müalicə görməyən və daha az ağır pozuntuları olan insanları da əhatə edən epidemioloji sorğu depressiyanın davamiyyətinin daha mülayimindən daha şiddətli sonuna qədər həqiqi yayılmasının müəyyən edilməsinə kömək edə bilər. Belə bir araşdırmada stiqma da axtarmağa kömək etmək üçün bir maneə kimi böyük bir klinik narahatlıq yarada bilər.

Əgər belə bir araşdırma uzunlamasına olsaydı, nəticələr fiziki məhdudiyətli şəxslərdə depressiya, əlillik dərəcəsi və ayrı-seçkilik arasındakı əlaqənin daha da araşdırılmasına kömək

edərdi. Məsələn, işində gözlənilməli kimi çıxış edən depressiyaya məruz qalan bir işçinin məruz qaldığı ayrı-seçkilik dərəcəsi, aşağı performans göstərən birininkindən çox fərqli ola bilər. Lasalvia və həmkarlarının ayrı-seçkiliyin depressiv epizodların və xəstəxanaya qəbulların sayı ilə əlaqəsi ilə bağlı əldə etdikləri nəticələr əlillik dərəcəsi ilə ayrı-seçkilik təcrübəsi arasında əlaqə olduğunu göstərir. Onlar həmçinin dostların, ailənin və iş yerlərinin həyat sahələrində mənzil və təhsil sahələrindən daha çox ayrı-seçkiliyin olduğunu qeyd etdilər. Dostlar, ailə və iş yerləri ilə bağlı təcrübələr mənzil və təhsil sahələrindən daha çox zəif fəaliyyətdən təsirlənir. İştirakçılarla diaqnostikadan, müalicədən və potensial olaraq sağalmaya qədər izlənən uzunlmasına tədqiqat diaqnoz, əlillik dərəcəsi və tez-tez pozuntuyla əlaqəli olan depressiv idraklarla bağlı ayrı-seçkiliyin araşdırılmasında dəyərli rol oynayacaqdır (Jorm və Reavley, 2013).

Xroniki xəstəliklər fiziki məhdudiyətli şəxslərdə ağrı, psixoloji pozuntular, funksional itkilər və aşağı həyat keyfiyyəti birlikdə görülə bilər. Fiziki məhdudiyətin şiddətinin artması ilə müşahidə olunan ağrı, depressiya, narahatlıq və funksional itkilər fərdin fəaliyyətinin məhdudlaşdırılmasına və sosial təcrid olunmasına səbəb olmaqla, fiziki, fizioloji və sosial funksiyalarına və beləliklə də həyat keyfiyyətinə mənfi təsir göstərir. Depressiya və fiziki məhdudiyətin həyat keyfiyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir etdiyini iddia edən tədqiqatçılar var. Son illərdə sağlam və fiziki məhdudiyətli şəxslərin həyat keyfiyyətini araşdıran işlərin sayının artması ilə həyat keyfiyyəti və psixoloji sağlamlığa, həyat məmnuniyyətinə təsir edən faktorlar daha da maraqlı hala gəldi (Tarsuslu və digərləri, 2010)

Resch, Elliott və Benz (2012) fiziki məhdudiyətli olan şəxslərin və onların valideynlərinin depressiya səviyyəsini və onlarda depressiyaya təsir edən amilləri araşdırdılar. Onlar müəyyən ediblər ki, fiziki məhdudiyətli uşaqları olan anaların depressiya səviyyəsi ailə məmnuniyyəti, fiziki sağlamlıq, potensial zərər qorxusu və problemləri həll etmək qabiliyyəti arasında əlaqə vardır.

Nəticələr bu qrup fiziki məhdudiyətli şəxslərdə və onların analarında əhəmiyyətli dərəcədə narahatlıq və depressiya olduğunu göstərdi. Təşviş və depressiya anaların həyat keyfiyyəti ilə mənfi əlaqədə idi. Üstəlik, yüksək səviyyədə depressiyaya malik olanlar arasında enerji səviyyəsi və fiziki fəaliyyət əhəmiyyətli dərəcədə azalıb, nəticədə depressiya, ümitsizlik, çarəsizlik və sosial təcrid hissləri daha yüksək səviyyədə olub (Resch, Elliott və Benz, 2012).

Bu tədqiqatlardan aydın olur ki, depressiya fiziki məhdudiyətli şəxslərə, həmçinin fiziki qabiliyyətindən asılı olmayaraq onların yaxınlarına da təsir edə bilən psixi sağlamlıq pozuntusudur. Fiziki məhdudiyətli insanlarla yanaşı onların ailələri də depressiyanın inkişafına

kömək edə biləcək unikal problemlərlə üzləşə bilərlər. Fiziki məhdudiyətlə yaşamaq həm fiziki, həm də emosional baxımdan çətin ola bilər. Fiziki məhdudiyəti olan şəxslər hərəkətilik, əlçatanlıq və müstəqilliklə bağlı çətinliklərlə üzləşə bilər ki, bu da onların həyat keyfiyyətinə, ailə münasibətlərinə təsir edə bilər. Bundan əlavə, həm fiziki məhdudiyətli şəxslər, həm də onların yaxınları ayrı-seçkilik, sosial təcrid və stiqma ilə qarşılaşa bilərlər ki, bu da onların kədər və ümitsizlik hissələrini daha da gücləndirə bilər. Ailədə fiziki məhdudiyəti olan sevilən birinə qayğı göstərmək emosional və fiziki cəhətdən çətin ola bilər ki, bu da onlarda stressə və tükənməyə səbəb ola bilər. Həmçinin, ailələr qayğı göstərməklə bağlı maliyyə və maddi-texniki çətinliklərlə üzləşə bilər ki, bu da depressiya hissələrini daha da artırır. Ailə üzvlərinin depressiv vəziyyətindən fiziki məhdudiyətli şəxslərin psixoloji vəziyyəti də təsirlənə bilər.

Kargi (2023) tərəfindən aparılmış bivariant analizdə iştirakçıların – fiziki məhdudiyəti olan şəxslərin cinsi, ailə vəziyyəti, təhsili, məşğulluq vəziyyəti və komorbidlik vəziyyəti depressiv simptomlarla əlaqələndirilmişdir. Bütün mümkün kovariativləri tənzimlədikdən sonra məşğulluq vəziyyəti və komorbidlik şərtləri depressiv simptomlarla əlaqələndirildi. Cins, məşğulluq və təhsil kimi amillər sosial statusun əlamətidir və onlar psixi sağlamlığa təsir edə bilər. Bu araşdırma göstərir ki, fiziki məhdudiyəti olan işsiz insanların depressiya əlamətlərinə tutulma şansı daha yüksəkdir. İştirakçılar ailələrindən minimal maliyyə dəstəyinin olduğunu bildirdilər. İşsiz insanlar məşğulluq yolunda çoxsaylı maneələrlə üzləşdiklərindən iqtisadi problemlərə, çətin həyat təcrübələrinə və psixoloji problemlərə daha həssas idilər. Eyni zamanda, fiziki məhdudiyəti olan şəxslərin məşğulluğu daha yüksək çətinliklərin öhdəsindən gəlmək üçün tələb olunan özünəinam və motivasiyanı formalaşdırır. Bu tədqiqatda həm kəmiyyət, həm də keyfiyyət göstəriciləri iştirakçıların məşğulluq vəziyyətinin depressiv simptomlarla əhəmiyyətli dərəcədə əlaqəli olduğunu göstərdi. Oxşar tapıntılar Meksika, Böyük Britaniya və Koreyada aparılan tədqiqatda da bildirilmişdir ki, bu da işsiz iştirakçıların depressiya əlamətlərinə daha çox meyilli olduğunu göstərir. Tədqiqatımız göstərdi ki, fiziki məhdudiyətli insanların dördü üçün çoxunun depressiya əlamətləri var, burada məşğulluq və komorbidlik vəziyyəti onların arasında depressiya əlamətləri ilə güclü şəkildə əlaqələndirilir. Tapıntılar göstərir ki, depressiya əlamətlərinin arxasında duran əsas amil komorbidlik və yaxınlarından maddi asılılıq ola bilər. Həmçinin, keyfiyyət göstəriciləri göstərdi ki, ailə dəstəyi olmayan fiziki məhdudiyəti olan kişiler sosial rollara görə stressə və depressiyaya daha çox məruz qalırlar (Karki və digərləri, 2023)

Anadangəlmə fiziki məhdudiyət müxtəlif psixoloji problemlərlə, o cümlədən mənfi hisslər, narahatlıq və stresslə əlaqələndirilir. Bu problemlər, öz növbəsində, anadangəlmə fiziki qüsurlu tələbələr arasında əhəmiyyətli mənfi emosional rifahı proqnozlaşdıracaq, lakin bu təsirlərin mexanizmləri yaxşı məlum deyil. Anadangəlmə, qazanılmış və ya mütərəqqi əlillik həm ictimai səhiyyə, həm də sosial sektorlar üçün böyük narahatlıq doğurur. Müəyyən edilmişdir ki, 2012-ci ilə qədər 1 milyard insandan 200 milyona yaxını psixoloji, əqli və ya fiziki qüsurlar nəticəsində fəaliyyət göstərməkdə çətinlik çəkmişdir. Bundan əlavə, əksər mövcud tədqiqatlar bildirir ki, müxtəlif növ fiziki məhdudiyəti olan yeniyetmələr və ya uşaqlar ətraf mühit faktorlarından asılı olaraq mənfi hisslər yaşayırlar, məsələn, insanların onların çatışmazlıqlarına münasibəti və reaksiyaları, həmyaşıdları və sinif yoldaşları ilə qarşılıqlı əlaqənin azalması, məktəbdə kifayət qədər dostların olmaması, və yoldaşların məhdud olması. Mənfi hissləri olan insanlar qəzəb, ikrah, qorxu, tutqunluq, günahkarlıq, tənhalıq, bədbəxtlik, əsəbilik, kədər, qorxu, utanc və əsəbilik hiss edə bilirlər (Uwimbabazi və digərləri, 2023).

Oxşar tədqiqatlara görə, qazanılmış və ya anadangəlmə fiziki qüsurları olan uşaq və yeniyetmələr, ümumiyyətlə, bioloji həmyaşıdlarına nisbətən özlərini sosial cəhətdən daha az qəbul edilmiş və fiziki cəhətdən zəif hiss edirlər. Həmçinin belə bir fikir də irəli sürülür ki, onların sosial fəaliyyətdən məhrum edilməsi özlərinə inam və özünə hörmətin aşağı olması kimi neqativ hisslərə, əlilliklərindən narahat olmağa və bacarıqların olmamasına səbəb ola bilər. Bu uşaqlar mənfi depressiya və bədbəxtlik hissləri də yaşaya bilirlər. Əslində, əlil olmağın yüksək səviyyədə mənfi emosional rifah və depressiyaya gətirib çıxaran risk faktoru olduğu, anadangəlmə fiziki qüsuru olan yeniyetmələrin özünü uğursuz, dəyərsiz, , çarəsiz, kədərli, məzlum, ümitsiz və bədbəxt hiss etməsinə səbəb olduğu dönməz şəkildə qəbul edilir.

Fiziki məhdudiyətli insanların günahkarlıq hissi keçirməsi də tez-tez rast gəlinən haldır. Bunun səbəbi müxtəlif amillər ola bilər, o cümlədən, özlərini yaxınlarına və ya ümumilikdə cəmiyyətə yük kimi hiss edə bilirlər. Həmçinin, fayda verə bilməmək qorxusundan, fiziki məhdudiyətli şəxslər öz ailələrinə və ya icmalarına digər insanlar kimi töhfə verə bilməyəcəklərindən narahat ola bilirlər. Bütün bunlar günahkarlıq, özünü günahlandırma hisslərinə və qeyri-adekvatlıq fikirlərinə səbəb ola bilər. Günahkarlıq hissi fiziki məhdudiyətli insanlar tərəfindən yaşana bilər, baxmayaraq ki, bu hisslərin dərəcəsi və xarakteri insandan insana dəyişə bilər. Fiziki məhdudiyəti olan bəzi şəxslərin günahkarlıq hiss etməsinin bir neçə səbəbi bunlardır:

- Özünü günahlandırmaq: Bəzi fərdlər, onların nəzarətində olmasa belə, fiziki məhdudiyətlərinə görə özlərini günahlandıra bilərlər. Bu özünü günahlandırma, günahkarlıq hisslərinə və vəziyyətlərinə görə məsuliyyət hissində səbəb ola bilər.
- Hiss olunan yük: Fiziki qüsurları olan insanlar bəzən ailələrinə, dostlarına və ya baxıcılarına yüklədikləri yükə görə özlərini günahkar hiss edə bilərlər. Gündəlik işlərdə köməyə ehtiyac duyduqları və ya öz gündəlik işlərini təkbaşına bacarmadıqları üçün özlərini günahkar hiss edə bilərlər.

Qeyd etmək lazımdır ki, bu günahkarlıq hissləri sırf fiziki məhdudiyətdən asılı deyil və müxtəlif şəxsi, sosial və mədəni amillərdən təsirlənə bilər. Fiziki məhdudiyəti olan şəxslərə yaşaya biləcəkləri hər hansı neqativ emosiyaların öhdəsindən gəlməyə kömək etmək üçün dəstək, anlayış və inklüziv mühitləri təşviq etmək çox vacibdir (Ten Klooster və digərləri, 2014).

Xüsusi qayğıya ehtiyacı olan fiziki məhdudiyətli şəxslərin cəmiyyətə inteqrasiyasını və rol oynamasını asanlaşdıran amillərdən biri də həm fərdin, həm də valideynlərin ehtiyaclarını qarşılamaq, problemləri azaltmaq və valideynlərin bu problemlərlə necə mübarizə aparacağına dair dəstək xidmətləri göstərməkdir. Xüsusi qayğıya ehtiyacı olan fiziki məhdudiyətli şəxslərin valideynlərinin mütəxəssislərdən və ya qurumlardan aldıkları dəstək və təhsil xidmətləri, habelə qohumlarından aldıkları sosial dəstək ilə birlikdə uyğunlaşmaları daha asan olur. Övladlarının təhsil aldıkları müəssisələrdə valideynlərin aldıkları əhəmiyyət və dəstəyin onlara dəyərli olduğunu hiss etdirdiyini və bu dəstəyin davamlı olaraq alınmasının lazım olduğunu göstərirlər. Valideynlərin hiss etdiyi bu emosiya onların övladları ilə ünsiyyətinə, günahkarlıq hisslərinə, rədd və qəbul etmə səviyyələrinə müsbət təsir göstərir. Xüsusi qayğıya ehtiyacı olan fiziki məhdudiyətli şəxslərə və onların valideynlərinə peşəkar dəstək verilməli, onlar tənhalıq psixologiyasından xilas edilməli və keyfiyyətli həyat sürmələri üçün şərait yaradılmalıdır (Arıcioglu və Gültekin, 2017).

Depressiyanın ən mühüm amillərindən biri də insanın ümitsizliyidir. Bir çox depressiya xəstəsi bədbəxtlik və ümitsizlik şikayətləri ilə mütəxəssisə müraciət edir. O, xəstələrin şikayətlərinin və depressiya şikayətlərinin artdığını göstərən klinik araşdırmalar aparıb. Ümid müsbət bir vəziyyət qarşısında sahib olduğumuz inam, ümiddə ortaya çıxan güvən hissi olaraq təyin olunur. Ümid fərddə rifah hissini ortaya qoyur və fərddə motivasiya və hərəkət davranışını yaradır. Ümidin fərqli xüsusiyyətlərindən biri də hər hansı bir neqativ hal qarşısında çıxış yolunun olduğuna inanmasıdır. Ümitsizlik gələcəklə bağlı gözləntilərimizin mənfi istiqamətdə

getdiyini, hər şeyin pis olacağını düşündüyümüz və yaxşı şeylərə “ümid etmədiyimizi” hiss etdiyimiz emosional vəziyyətdir. Başqa sözlə, ümitsizlik indiki hissləri, düşüncələri və qavrayışları gələcəyə aid etmək kimi müəyyən edilir. Ümitsizliyə düşən insanın gələcəklə bağlı mənfi idrakı olur. Bu mənfi idrak ilə fərd gələcəklə bağlı heç bir müsbət vəziyyətlə üzləşməyə bilər, narahatlığı artdıqca, mənfi idrak davranışlarını təkrarlayaraq gələcəyə motivasiyası azala bilər və belə olduqda onlarda emosional depressiyalar yaranmağa başlayır. Ümidi olan fərd hər zaman gələcəyə pozitiv baxır, pozitiv düşünür, hər şeyin yaxşı olacağına inanır. Ancaq ümitsizliyə düşən fərddə hər zaman həyata mənfi baxır, mənfi düşünür, narahatçılıqlar və davamlı təkrarlanan stres pozuntuları görülür (Yiğitalp və Saka, 2017).

Fiziki məhdudiyət həmin şəxslər üçün çətin və təcridedici bir təcrübə ola bilər və fiziki məhdudiyəti olan şəxslərin ümitsizlik hissləri yaşaması qeyri-adi deyil. Bu, fiziki məhdudiyətin insanın həyatına gətirdiyi dəyişikliklərlə əlaqəli itki və ya kədər hissindən, eləcə də onların ehtiyaclarını ödəmək üçün nəzərdə tutulmayan bir dünyada naviqasiya ilə bağlı çətinliklərdən qaynaqlana bilər. Bundan əlavə, fiziki məhdudiyət insanın özünə yanaşma tərzinə, özünədəyər verməyinə və başqaları ilə münasibətlərinə təsir göstərə bilər ki, bu da ümitsizliyə səbəb ola bilər. Fiziki məhdudiyəti olan şəxslər əlilliklərindən əvvəl etdikləri kimi bir zamanlar həzz aldıkları fəaliyyətlərdə iştirak etmək və ya ictimai mühitdə yenidən iştirak etmək yollarını tapmaqda çətinlik çəkə bilərlər. Bu, onlarda vəziyyətə qarşı nəzarəti itirmək, ümitsizlik və çarəsizlik hissini yaranmasını şərtləndirə bilər. Bu hisslərin normal və etibarlı olduğunu qəbul etmək vacibdir və başqalarından dəstək almaq onlarla mübarizədə faydalı ola bilər (Science Daily, 2012).

Kolt, (2012) tərəfindən edilən bir araşdırma, daha çox fiziki fəaliyyət səviyyəsinə malik bir insanın həyatda aktiv və uyğun qalma yollarını göstərir, daha çox müsbət sağlamlıq əldə edilə bilər və daha çox fiziki funksiya ilə (fiziki fəaliyyət vasitəsilə) daha çox müstəqillik əldə edilə bilər. Fiziki məhdudiyət dərəcələri ağırlaşdıqca, yəni hər şey əksinə çevrildikdə, fiziki məhdudiyətli xəstələrdə psixoloji sıxıntı göz qabağında olur.

Psixoloji gərginlik və narahatlıq fiziki məhdudiyətli şəxslərdə həddindən artıq ola bilər və bu, insanın həyatında hər şeyə nüfuz edir, o cümlədən, həyatda düzgün qərarlar qəbul etmək bacarığı, ambisiya və məqsədləri qoruyub saxlamaq bacarığı, məyusluqlardan sonra əvvəli psixoloji vəziyyətə geri qayıtmaq bacarığı, emosional sabitliyi, davamlılığı, fərdin psixoloji enerjisi, öz səhvlərindən nəticə çıxarmaq qabiliyyəti, yeni bacarıqlar inkişaf etdirməyə açıq olması, introspektiv olmaq qabiliyyətinə və s. hallara təsir göstərir (Tompson, 2011).

Fiziki məhdudiyətli insanlar tez-tez ağır depressiya əlamətlərindən şikayətlənirlər və onların psixoloji uyğunlaşması reabilitasiya prosesinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərə bilər. Bədənin bir hissəsinin funksiyasının itirilməsi kədər, dəyişmiş həyat qorxusuna səbəb olur və öz fiziki məhdudiyətlərinin tam inkarı ilə nəticələnə bilər və öz vəziyyətlərinə qarşı bu inkar vəziyyətinin müddəti nə qədər uzun çəkərsə, şiddətli depressiyaya səbəb ola bilər (Gillett və digərləri, 2011).

Əzaların amputasiyası sosial, zehni, psixoloji və mənəvi nəticələri olan həyatı dəyişdirən bir hadisədir. Bu narahatlıqlar onların gündəlik fəaliyyətlərini yerinə yetirə bilməmələri, müstəqil qalmaları və ailələrini təmin edə bilməmələri ilə əlaqədardır. Fiziki məhdudiyətlə üzləşən fərdlər tez-tez əlilliklərində məna və daha yüksək məqsəd tapmağa çalışır və insidenti rasionallaşdırmağa çalışırlar. Ətrafı amputasiya edilmiş şəxsin həyat keyfiyyəti hadisənin psixoloji təsirləri ilə müəyyən edilir. Həmçinin Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı Həyat keyfiyyətinin fiziki, psixoloji, şəxsi, sosial, ətraf mühit və mənəvi amillərin təsirinə məruz qaldığını təsvir etmişdir. Xüsusilə Şimali Hindistanda təsərrüfat alətləri ilə bağlı yaralanmalar səbəbindən böyük amputasiya nisbətləri var. Hindistanda təsərrüfat yaralanmalarının ən çox yayılmış səbəbi əkinçilik xəsarətləridir. Biçin mövsümündə kənd təsərrüfatı texnikasında işləmək təcrübəsi olmayan ixtisasız işçilər və ailə üzvləri xırman prosesinə də kömək edirlər. Bunlar əkinçilik xəsarətləri və amputasiyalara daha çox meyilli olanlardır. Fermerlər və fəhlələr arasında təhsil və təlimin olmaması onları mexaniki yığın təhlükələrinə meyilləndirir, onların yaralanmalarına və amputasiyalara daha çox təsir edir (Bhutani və digərləri, 2016).

Keçmişdə amputasiya edilmiş şəxsin yaşının onun psixososial narahatlıq vəziyyətinə təsir etdiyini göstərən birmənalı nəticələrlə aparılan tədqiqatlar olmuşdur. Bəziləri yaşlı insanların daha az narahatlıq keçirdiyini göstərsə də, bəziləri bunu sənədləşdirə bilmədi. Bizim tədqiqatımızda da belə bir əlaqə əldə edilməmişdir. Buna baxmayaraq, yaşlı insanların gənc həmkarları ilə müqayisədə narahatlıq və depressiya skorlarının daha aşağı olduğu görüldü. Bu, yaşlı amputasiyaların daha az gözləntilərə və tələblərə malik olması və emosional pozuntuların daha az olması ilə əlaqədar ola bilər.

Əvvəlki məlumatlara zidd olaraq, amputasiya vaxt keçdikcə daha uzaqlaşdıqca bu kohortdakı amputasiyalarda depressiya halları azalmışdır. Protezlərinə və digər məsələlərə uyğunlaşmaq üçün daha uzun vaxtları olduğundan, onlar daha az depressiyaya düşdülər, lakin həyatlarının keyfiyyəti üçün eyni dərəcədə narahat idilər. Bu, açıq şəkildə ümumi düzəliş nəzəriyyələrinə uyğundur ki, itkiyə mənfi affektiv reaksiya çox güman ki, itkidən dərhal sonra

baş verir və tədricən daha yaxşı uyğunlaşma inkişaf edir. Bəzi tədqiqatlar da əvvəllər göstərmişdir ki, amputasiyadan sonrakı daha uzun müddət ümumilikdə psixiatrik simptomların azalmasına səbəb olur, lakin bizim araşdırmamızda bu korrelyasiya narahatlıq skorları üçün deyil, yalnız depressiya balları üçün əldə edilə bilər.

Amputasiya geri dönməz cərrahiyyə variantıdır və bu, fiziki qüsurla nəticələnə bilər. Amputasiya sahəsində bir çox tədqiqatlar bildirmişdir ki, bir əzanın travmatik itkisi adətən həyat yoldaşının itirilməsi, bütövlük qavrayışının itirilməsi, simvolik kastrasiya və hətta ölümə eyniləşdirilir. Bu, xəstənin emosional olaraq ciddi şəkildə təsirlənməsi və həyat keyfiyyətinin pisləşməsi ilə nəticələnir. Əzanın itirilməsi təkcə bədən hissəsinin itirilməsi səbəbindən deyil, həm də rolun məhdudluğu və uyğunlaşma ehtiyacı səbəbindən narahatlıq yarada və dəyişdirilmiş həyat tərzini seçməsinə zəmin yarada bilər. Amputasiya edilən fərd, itki hissələri, özünə dəyər vermə və dəyərsizləşmənin öhdəsindən gəlməkdə çətinlik çəkmə kimi bir çox faktorlara görə depressiv pozuntunun inkişaf riski altında ola bilər. Amputasiyaya səbəb olan narahatedici hadisələr, xüsusilə də əgər amputasiya qəza və ya partlayış nəticəsində baş veribsə, posttravmatik stress pozuntusunun simptomlarına səbəb ola bilər. Beləliklə, amputasiya bir hadisə kimi əhəmiyyətli stress yaradır və fərdin vəziyyətinin öhdəsindən gəlməyinə çətinlik yaradır (Bhutani və digərləri, 2016).

Bədən obrazı, insanın öz bədəninin və onun xarici görünüşünün formalaşdırdığı zehni mənzərəyə aiddir. Bədən təsviri bədənə indiki fiziki xüsusiyyətlərini aşır və onların subyektiv qavrayışını əks etdirir. Beləliklə, zehni bir anlayış olaraq, bədən görünüşü əvvəlki təcrübələrdən güclü şəkildə təsirlənir. Bədənə ideallaşdırılmış bu obrazı kinestetik qavrayışlar, subyektiv qiymətləndirmə prosesləri, psixososial və emosional amillər üzərində qurulur. Beləliklə, bir insanın bədən imicindəki dəyişiklik bir sıra emosional, qavrayış, fizioloji və psixoloji reaksiyalar yaradacaqdır (Tatar, 2010).

Normalda bədən imici dörd sağlam əzanın olmasından asılıdır. Daxili bir konsepsiya olaraq, yalan və ya illüziyalı konstruksiyalar ehtimalını daşıyan bir çox amillər bədən imicinə təsir göstərə bilər. Geyim kimi xarici amillər də bu prosesə kömək edə bilər. Bədən şəkli heç vaxt statik bir anlayış deyil. Yaş, cins, moda, özünüdərk etmə, sağlamlıq vəziyyəti, ailənin münasibətləri və bütün sosial qarşılıqlı əlaqələr kimi müxtəlif amillər bədən imicinin dəyişməsinə səbəb olacaq.

Bir əzanın amputasiya nəticəsində itirilməsi bədən görüntüsünü əhəmiyyətli dərəcədə dəyişə bilər. Amputasiyanın psixoloji təsiri itirilmiş əzanın fiziki aspektlərindən asılıdır. Əzanın

amputasiyası tək cə funksiya və hissiyyatın itirilməsi ilə nəticələnmiş, həm də bədən imicinin yenidən nəzərdən keçirilməsini tələb edir. Həm funksional, həm də sosial uyğunlaşma problemlərinə görə, amputasiya faktını və protezlə yeni yaşayış tərzini qəbul etmək çətindir. Ətrafları amputasiya edilmiş insanlar dəyişdirilmiş anatomiyaya çox diqqət yetirməyə və qeyri-real şəkildə əlilliklərinə diqqət yetirməyə meyilli ola bilərlər. Bədən imicinin yenidən nəzərdən keçirilməsinin qəbul edilməsi həm də sosial qəbul və qayğı ilə bağlıdır.

Depressiya və narahatlıq amputasiyadan sonra 2 ilə qədər nisbətən yüksək olsa da, sonradan ümumi əhali normalarına qədər azalır. Bununla belə, bəzi amputasiyalı insanlar arasında sosial diskomfort və bədən görünüşü narahatlığı da aşkar edilmişdir və bunlar fəaliyyət məhdudiyətinin artması, depressiya və narahatlıqla əlaqələndirilmişdir. Əzaların itirilməsinə müsbət uyğunlaşma ilə əlaqəli amillərə amputasiyadan sonra daha çox vaxt, daha çox sosial dəstək, protezdən daha çox məmnunluq, aktiv mübarizə cəhdləri, optimist şəxsiyyət meyli, alt ekstremitələrdə amputasiyanın aşağı səviyyəsi və fantomun aşağı səviyyələri daxildir (Tatar, 2010).

Fiziki məhdudiyət “deformasiyaya uğramış əzalar, bədən iflici və ya bədən hissələrinin struktur və ya funksiyasının zədələnməsi nəticəsində yaranan deformasiya nəticəsində müxtəlif dərəcədə hərəkət funksiyasının itirilməsi və ya hərəkətlərdə və ya fəaliyyətlərdə məhdudiyətlər kimi müəyyən edilir. Fiziki məhdudiyətli insanlar normal sosial rolları yerinə yetirə bilmirlər və onların gündəlik həyatına ictimai maneələr təsir edir. Əlillər əhəmiyyətli bir xəstəlik yükü yaratmışdır və inkişaf etməkdə olan ölkələrdə fiziki məhdudiyətli insanlar sosial fəaliyyətlərdə sağlam insanlara nisbətən daha çox məhdudiyət yaşayırlar ki, bu da rifah səviyyəsinin aşağı olması və nisbi həyat keyfiyyətinin aşağı olması ilə əlaqələndirilir. İctimai sağlamlıqla bağlı böyük bir narahatlıq kimi həyat keyfiyyəti əlilliklə bağlıdır və o, fiziki sağlamlıq, psixoloji və sosial rifah xüsusiyyətləri və inancları daxil edən mürəkkəb çoxölçülü anlayışdır. Həyat keyfiyyəti subyektiv olduğundan və daxili və xarici amillərdən təsirləndiyindən, onun təyinedicilərini proqnozlaşdırmadan bu konsepsiyayı idarə etmək və optimallaşdırmaq çətindir. Həyat keyfiyyəti təyinedicilərindən bəzilərinə narahatlıq və depressiya, özünü effektivlik və fiziki fəaliyyət daxildir (Rajati və digərləri, 2018).

Təşviş və depressiya kimi psixoloji amillər həyat keyfiyyətinə mənfi təsir göstərir; buna baxmayaraq, bu amillərin birgə baş verməsi və həyat keyfiyyətinə birgə təsiri aydın deyil. Təşviş və depressiya Koreya və Çinli xəstələrdə həyat keyfiyyətinin pozulması ilə əlaqələndirilmişdir. Məmnun xəstələr və daha az sosial maneələrlə üzləşən ehtiyacları ödənilənlər daha yaxşı həyat

keyfiyyəti, daha az narahatlıq və depressiyaya malikdirlər və buna görə də daha çox psixi sağlam vəziyyət yaşayırlar. Əvvəlki hesabatlar daha çox xroniki ağrının daha depressiv əhval-ruhiyyə, yorğunluq, narahatlıq və zəif özünü effektivliklə əlaqələndirdiyini göstərdi.

Gələcəkdə uğurlu bir işi yerinə yetirmək üçün insanın qəbul edilən qabiliyyətinə inam hissi kimi özünü effektivlik sağlamlıq nəticələrinin mühüm vasitəçisi kimi göstərilmişdir. Öz-özünə effektivlik stress və depressiya arasında vasitəçi rola malikdir, həmçinin ağrı və yorğunluğun mənfi təsirlərinə qarşı dəstəkləyici təsirlərə malikdir. Depressiyanın mənfi olduğu və özünü effektivliyin həyat keyfiyyəti ilə müsbət əlaqəli olduğu irəli sürülür. Öz-özünə effektivlik özünə qulluq davranışına birbaşa təsir edir və dolay yolla həyat keyfiyyətinin psixi sağlamlıq komponentinə təsir edir.

Aşağı fiziki fəaliyyət orqanizmin imkanlarını və funksiyalarını məhdudlaşdırır və fiziki məhdudiyətli insanlar arasında xroniki və ikincili ağırlaşmaların riskini artırır, lakin fiziki fəaliyyətin növü və şiddətinin rolu araşdırılmamışdır. Fiziki fəaliyyət və həyat keyfiyyəti arasında müsbət əlaqə müşahidə edildi, baxmayaraq ki, bu, fiziki fəaliyyətin növünə, şiddətinə və həyat keyfiyyəti domenlərinə görə dəyişdi. Salguero və başqaları rol-emosional aspekt istisna olmaqla, həyat keyfiyyətinin bütün sahələrinin fiziki fəaliyyətlə əhəmiyyətli dərəcədə korrelyasiya olduğunu nümayiş etdirdiyi qeyd ediblər (Rajati və digərləri, 2018).

Anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslər başqaları tərəfindən alçaldılmaq qorxusu, sahib olduqlarını itirmək qorxusu, uğur qazanmaq qorxusu, depressiya, viranəlik və ya ümitsiz yaşamaq qorxusu kimi əsas qorxularla qarşılaşa bilərlər (Tarsuslu və Livanelioğlu, 2010). Bir sıra əlavə tədqiqatlar fiziki məhdudiyəti olan və olmayan əhəlinin psixoloji vəziyyətini müqayisə edib. Baxmayaraq ki, bu araşdırmaların əksəriyyəti fiziki məhdudiyəti olan şəxslərin əhəmiyyətli dərəcədə daha çox depressiyaya düşdüyünü və ya ümumiyyətlə depressiya riskinin artması ilə əlaqəli daha çox psixoloji əziyyət çəkdiyini göstərdi (Rosenbaum, 2007). Fiziki məhdudiyət depressiya əlamətləri riskini artırır. Bu iki istiqamətli assosiasyanın izahı yüksək mənfi həyat hadisələrinə səbəb olan fiziki məhdudiyətlə depressiya arasındakı əlaqəni əhatə edir (Blazer, 2002).

Emosiyaların tənzimlənməsi anlayışı, əsasən, fərdin emosional vəziyyətə reaksiyasını müsbət istiqamətə yönəltmək, yaşanan emosiyaların müddətini və intensivliyini optimallaşdırmaq və nəticədə özünün açıq hisslərini və gizli davranışları istiqamətləndirmək qabiliyyəti kimi müəyyən edilir (Gross və Thompson, 2007).

Fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə də emosiyaların tənzimlənməsinin vacib olduğu vurğulanmışdır. Emosiyaların tənzimlənməsi konsepsiyası ilə bağlı araşdırmaların ilk illərində vurğulanmışdır ki, fərd öz daxili proseslərini (ruminasiya, bastırma və s.) nəzərdən keçirməli və həyat hadisələri ilə bağlı çətin vəziyyətlərdə öz daxili imkanlarından (idrakin yenidən qiymətləndirilməsi və s.) istifadə etməlidir (Gökçe, 2013).

Emosiyaların tənzimlənməsinin konseptuallaşdırılmasına dair bir sıra tədqiqatlar emosional təcrübənin ifadəsinə nəzarət və emosional oyanışın azaldılmasına diqqəti cəlb edir. Digər tərəfdən, fərdin emosional reaksiyalarına diqqət yetirmək əvəzinə, bu emosiyaları idarə etməyə diqqət çəkməyin emosiyaların tənzimlənməsi prosesinə mənfi təsir göstərə biləcəyi iddia edilir. Ancaq fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə emosional reaksiyaların fərd tərəfindən qəbul edilməsi və qiymətləndirilməsinin emosiyaların tənzimlənməsində çox əhəmiyyətli olduğu düşünülür. Bu istiqamətdə emosiyaların tənzimlənməsinin konseptuallaşdırılması ilə bağlı aparılan digər tədqiqatlar emosiyaların funksional təbiətinə diqqəti cəlb edir və bildirilir ki, emosiyaların tənzimlənməsi emosional nəzarətin sinonimi deyil və buna görə də emosiyalar yarandıqda neqativ təsirin azaldılmasına mütləq ehtiyac yoxdur.

Buna əsaslanaraq, bütün emosiyaların yaşanmaması mənfi emosiyaların azaldılması ilə ortaya çıxa bilər və bunun da bir-birilə uyğunlaşmayan bir proseslə nəticələnmə biləcəyi iddia edilir. Emosiyaların tənzimlənməsinin emosiyalara yeni forma vermək, emosiyaları dəyişdirməyə çalışmaq və ya onlardan xilas olmaq əvəzinə emosiyaları izləmək və daha funksional hala gətirmək məqsədi daşdığı vurğulanır (Gökçe, 2013).

Emosiyaların lazımi şəkildə tənzimlənmə bilmədiyi hallarda fiziki məhdudiyətli şəxslərdə emosiyaların tənzimlənməsində çətinlik çəkir. Emosional tənzimlənmədə yaşanan problemlər aşağıdakılardır:

- Emosiyalar haqqında kifayət qədər məlumatlı olmamaq,
- Emosiyaları anlamaq və qəbul edə bilməmək,
- Mənfi emosiyalar hiss edərkən impulsları idarə etməkdə və məqsədyönlü davranışları qəbul etməkdə çətinlik,
- Uyğunlaşan emosiya tənzimlənmə üsullarına daxil olmaqda çətinlik (Gratz və Roemer, 2004).

Anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə depressiyanın yaranmasına təsir edən amillərdən biri də ölüm narahatlığı və ya ölüm qorxusudur. Keçmişdən bu günə qədər insanlar həyatları boyunca ölüm ilə bağlı bəzi qorxu və narahatlıqlar yaşayırlar, lakin

bu qorxu və narahatlıqlar insandan insana fərqlidir. Bu fərqlər bəzi insanlarda ölüm narahatlığının səbəb olduğu uzunmüddətli bədbəxtlik və ya gərginlik kimi, bəzi insanlarda həyatdan həzz almalarına maneə, bəzilərində isə psixi sağlamlığı pozan bir mexanizm kimi özünü göstərir (Yalom, 2008).

Tədqiqat nəticələrinə görə, fiziki məhdudiyəti olan qadın və kişilərin ölüm narahatlığı ortalamalarının əhəmiyyətli dərəcədə fərqli olduğu görülür. Tapıntılara əsasən qadın iştirakçıların ölüm narahatlığı səviyyələrinin kişi iştirakçılara nisbətən daha yüksək olduğu müəyyən edilmişdir. Ədəbiyyat araşdırıldığında, qadın və kişilərin ölüm narahatlığı səviyyələrində əhəmiyyətli bir fərq tapmayan araşdırmalar olsa da (Erdoğdu və Özkan, 2007; Kasar və digərləri, 2016), daha çox ölüm təşviş səviyyəsinin fərqinə işarə edən araşdırmalar var idi. Bu araşdırmanın nəticələrinə paralel olaraq, cins fərqi baxımından ölüm narahatlığı ilə məşğul olan tədqiqatlarda qadınların kişilərə nisbətən daha çox ölüm narahatlığı, depressiv vəziyyət yaşadıkları aşkar edilmişdir. Ölüm narahatlığı və depressiya ilə bağlı aparılan başqa bir araşdırmada depressiya diaqnozu qoyulan 18-60 yaş arası xəstələr araşdırılıb. Araşdırmanın nəticələrinə görə, fiziki məhdudiyəti olan qadınlarda ölüm narahatlığının fiziki məhdudiyəti olan kişilərə nisbətən daha yüksək olduğu ortaya çıxdı (Öngider və Eyüboğlu, 2013).

Fiziki məhdudiyətli şəxslərdə özünəşəfqət komponentlərinin pozulması halları da depressiyanın yaranmasına təsir etdiyi müşahidə edilmişdir. Özünəşəfqət komponentlərinə bunlar aid edilir:

Fərqudəlik - hadisələri dərk etmək və onları mühakimə etmədən qəbul etməkdir. Bu, insana öz dünyasındakı mənfi hadisələrin təsirini şüurlu şəkildə azaltmağa kömək edir. Şüurluluq olaraq da bilinir, qavrayışların açıqlığa və vəziyyəti yumşaq şəkildə qəbula aiddir. Yaşanan hadisələr insana mənfi təsir göstərsə də, fərqudəlik qazanmış fiziki məhdudiyətli şəxslər hadisələrin tarazlığını qurur (Germer və Neff, 2019). İnsanın neqativ hallara qarşı özünü adaptasiya edə bilməsi üçün ən zəruri şeylərdən biri də mənfi anlayışdan xəbərdar olmaları və onları görə bilməyidir (Neff və Tirch, 2013). Öz fiziki məhdudiyətinin fərqudəlik olmaq neqativ hadisələrdən qaçmaq və onlara məhəl qoymamaq demək deyil. Əksinə, mənfi təcrübələr həyat təcrübəsinin bir hissəsidir. Bu, fərqudəlik və özünə şəfqəti bir-birinin ayrılmaz hissəsinə çevirir.

Fiziki məhdudiyəti olan şəxslər yaşadığı ağrını həyatının mərkəzinə çevirdiyi üçün, mənfi hadisələrə çox qapıldığı üçün mənfi əhval-ruhiyyə fərdin özünəşəfqətini boğur və bu zaman onda zehni mənfi emosiyalar hakim edir (Neff, 2003b).

Bəşəriyyətin ümumi hissi - Fərdlər yaşadıkları mənfiliklərə baxdıqda, ən pis şeylərin həmişə onların başlarına gəldiyini düşünə bilirlər. Bu düşüncələr onları tənhalığa və ümitsizliyə sövq edir. Onların etmələri lazım olduqları şey, özünə şəfqət şüuruna sahib olmaları, vəziyyətlərindən xəbərdar olmaları və "niyə mən?" sualını vermək əvəzinə, yaşadıklarını bir təcrübə olaraq görmələridir. Çünki hər müsbət və mənfi hadisə insan olmağın bir hissəsidir (Neff, 2011; Germer və Neff, 2019).

Xeyirxahlıq-nəzakət – Anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslər başqalarına göstərdikləri anlayışı özləri də göstərməlidirlər. Çünki nəzakət fərdin öz daxilində apardığı mübarizədə özünə qarşı daha xeyirxah davranmasıdır. Fərd yaşadığı vəziyyəti aşmaq üçün nə etməli olduğunu özündən soruşmalı, özünü yormadan yaxşılaşmağa çalışmalıdır. Çünki psixoloji şəfalanma prosesi insanın özünə göstərdiyi xeyirxahlıq nəticəsində baş verir (Neff, 2011).

Fiziki məhdudiyət əldə etdikdən sonra kədərlənmə prosesi adi haldır və müəyyən mənada uyğunlaşma dövründə mühüm prosesdir. Fərdlər öz fiziki itkilərinə yas tutmaq və bu vəziyyəti özlərinə etiraf etmək üçün vaxt verməlidirlər ki, vəziyyətlərini asanlıqla qəbullana bilsinlər. Bu müddət ərzində fərdlərin öz hisslərinə laqeyd yanaşmağa və ya öz hisslərini basdırmağa çalışmaması vacibdir. Ağrıdan qaçmağa çalışmaq təbii olsa da, ağrı hiss etmədən və ya öhdəsindən gəlməyi öyrənmədən kədərlə işləmək çətindir. Belə ağrı təcrübəsi və mübarizə strategiyaları əldə etmək özünü mühakimə etməkdən daha uğurludur. İnsanların müxtəlif emosional vəziyyətlərdən keçəcəklərini başa düşmələri də vacibdir ki, bu da hamı üçün normal və fərqlidir. Bu təcrübə gözlənilməz ola bilər və şübhəsiz ki, emosional yüksəlişlər və enişlər olacaq, lakin zaman keçdikcə psixoloji enişlərin intensivliyi daha azalır və fərdlər öz yeni normalarını tapmağa başlayırlar (www.helpguide.org).

Fiziki məhdudiyətli həyata uyğunlaşmağın digər əsas komponenti hissləri və təcrübələri ailə və dostlarla paylaşmaqdır. Sosial dəstək uyğunlaşmanın əsas elementidir və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan insanların rifahı ilə əlaqələndirilir. Sosial dəstək olduqda öz vəziyyətlərinə uyğunlaşma daha asanlaşdığı üçün adaptasiya səviyyəsi artdıqca depressiya səviyyəsi aşağı düşməyə başlayır. Məsələn, araşdırma göstərdi ki, onurğa beyni zədəsi alan və ətrafından, yaxınlarından daha çox sosial dəstək alan fiziki məhdudiyəti olan şəxslər özlərini sonradan qazandıqları əlilliyə daha yaxşı uyğunlaşdırdıqlarını, daha az emosional sıxıntı keçirdiklərini, daha yüksək həyat keyfiyyətinə, həyatdan məmnuniyyətə və əhəmiyyətli dərəcədə daha az depressiv vəziyyətə sahib olduqlarını qəbul edirlər.

Fiziki məhdudiyətli şəxslərin şəxsiyyətlərarası münasibətlərdə problemlər artdıqca bu onların psixoloji rifahını sarsıdır və nəticədə depressiyanın yaranmasını şərtləndirir. Əksinə şəxsiyyətlərarası münasibətlər qaydasında olduqda alternativ dəstək sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyətə müsbət uyğunlaşmaya da kömək edə bilər. Burada qeyd edilir ki, ən təsirli dəstək sistemi oxşar stresli təcrübə ilə uğurla üzləşmiş şəxslərdir. Bənzər təcrübəyə malik anadangəlmə və ya sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərin dəstəyi, müsbət rol modelləşdirmə və mübarizə strategiyaları təmin edərək, fərdin emosional və praktik ehtiyaclarına yaxşı formada təsir göstərir (Thompson, 2011).

Fiziki məhdudiyət əldə etdikdən sonra kədərlənmək prosesin sağlam elementidir. Fiziki məhdudiyəti olan şəxslərin keçmişə diqqət yetirməsi və itirilmiş şeylər üzərində düşünməyə davam etməsi və ya fiziki məhdudiyətdən əvvəlki "normal" vəziyyətinə qayıtmaq istəməsi psixoloji sağlamlığa zərər verə bilər. Reabilitasiya psixologiyası sahəsində qurucu və lider, Beatrice Wright (1983), müəyyən etdi ki, fərd əlillik əldə etdikdən sonra ya onların öhdəsindən gəlməyi öyrənir, ya da qazandıqları məhdudiyəti inkar edirlər. Belə şəxslər öz qazandıqları fiziki məhdudiyətlərini inkar etdikdə əlilliyinin onların həyatına mənfi təsirinə daha çox diqqət yetirir və dəyişiklik və mənalı uyğunlaşma probleminə az diqqət yetirirlər. Onlar özlərinin acınacaqlı və faciəli vəziyyətdə olduğunu hesab edir və bir zamanlarkı təkrarolunmaz şəxsiyyətlərinin itirildiyini hiss edirlər. Mübarizə apararaq vəziyyətlərinin öhdəsindən gəlməyə diqqət yetirən fərdlər isə öz həyatlarında və cəmiyyətlərində aktiv rollara malikdirlər ki, bu da onların yeni şəraiti nəticəsində yaranan psixoloji dağıntıların qarşısını almağa kömək edir. Bu o demək deyil ki, bu şəxslər qarşıda duran çətinlikləri ört-basdır edirlər, əksinə, özlərini yoxmuş kimi göstərmək əvəzinə, yaranan fəsadların öhdəsindən gələ bilirlər. İnsan bədəninin müəyyən bir hissənin hansısa bir şəkildə məhdudlandığını hiss etsə belə, xoşbəxt bir həyat sürmək mümkündür (Sherman və digərləri, 2004).

Əvvəl sevərək məşğul olduqları və ya asanlıqla yerinə yetirilən fəaliyyətlər üzərində ısrarla dayanmaq fiziki məhdudiyətli şəxslərdə problem yarada bilər. Bunların üzərində dayanmaq sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə motivasiyanı aşağı salaraq depressiya səviyyəsinin yüksəlməsinə zəmin yarada bilər. Bədəninə nə baş verdiyini və ya baş verə biləcəyini və onu gələcəkdə nəyin gözlədiyini bilmək fərdlərə gələcəyə hazırlaşmağa və vəziyyətə daha tez uyğunlaşmağa kömək edə bilər (Sherman və digərləri, 2004).

Fiziki məhdudiyət qazandıqdan sonra həyata uyğunlaşmaq emosional baxımdan daha çətin ola bilər. Belə şəxslər anadangəlmə fiziki məhdudiyətli şəxslərə nəzərən həyatlarının

sonrakı dövrlərində məhdudıyyətlə qarşılaşdıqları üçün fiziki itki və ya məhdudıyyət onlarda depressiv vəziyyəti şərtləndirə bilər. Bu halda həyatlarının yeni aspektlərini necə qəbul etməyi öyrənmək onların fiziki məhdudıyyətini qəbul etmə prosesində mühüm addımlardır.

III FƏSİL. ANADANGƏLMƏ VƏ SONRADAN QAZANILMIŞ FİZİKİ MƏHDUDİYYƏTİ OLAN ŞƏXSLƏRDƏ DEPRESSİYANIN MÜQAYİSƏLİ EKSPERİMENTAL-PSİXOLOJİ TƏHLİLİ

3.1. Tədqiqatın təşkili və keçirilməsi

Aparılan tədqiqatın başlıca məqsədi anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə depressiyanın səviyyəsinin müəyyən edilməsi və depressiyanın müqayisəli təhlil edilməsidir.

Tədqiqatda iştirak edən şəxslər Azərbaycan Respublikası Əmək və Əhalinin Sosial Müdafiəsi Nazirliyinin tabeliyindəki Dövlət Tibbi-Sosial Ekspertiza və Reabilitasiya Agentliyinin Bakı Reabilitasiya Mərkəzində stasionar və ambulator müalicə alan pasiyentlər olmuşdur. Tədqiq olunanlar ümumilikdə 103 nəfər olmaqla, 18-65 yaş aralığında olan 48 nəfər anadangəlmə və 55 nəfər sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdən ibarət olmuşdur. Tədqiq olunanların qırx səkkiz nəfəri qadın, əlli beş nəfəri isə kişidir.

Hər bir iştirakçıya tədqiqat və tədqiqatın məqsədi haqqında informasiya verilmiş, tədqiqatın istənilən mərhələsində iştirak etməkdən imtina etmək imkanlarının da olduğu izah edilmişdir. Qeyd edilmiş məlumatların tədqiqat məqsədlərindən əlavə formalarda istifadə edilməyəcəyi və paylaşılmayacağı barədə informasiya verilmiş və iştirakçılardan məlumatlı razılıq alınmışdır.

Tədqiqat 13.03.2023-19.04.2023 tarixlərində həyata keçirilmişdir. Tədqiqat işində iştirak edən fiziki məhdudiyəti olan şəxslərlə anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərin sosial-demoqrafik xüsusiyyətləri və fiziki məhdudiyətləri haqqında məlumatları müəyyənləşdirmək məqsədilə anket sorğusu keçirilmişdir (bax: əlavə 1). Sorğu iki hissədən ibarət olmaqla ümumilikdə 12 sualdan ibarətdir. Birinci hissə sosial-demoqrafik xüsusiyyətləri, ikinci hissə isə fiziki məhdudiyət haqqında açıq və qapalı cavab variantlarını özündə ehtiva edir.

Tədqiqat işində iştirak edən anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərin depressiya səviyyələrini müəyyənləşdirmək üçün Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Elmi-Tibbi Şurasının 22 oktyabr 2021-ci il tarixli 24 nömrəli qərarı ilə təsdiq edilmiş “Depressiyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol”dakı (2-ci nəşr, yenilənmiş) Hamiltonun Depressiya Reytingi Cədvəlindən (HAM-D) istifadə edilmişdir. Cədvəl 21 bənddən ibarətdir. HAM-D-nin doqquz bəndində olan simptomlar 5-ballı cədvəl əsasında qiymətləndirilir (0 – yoxdur; 1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub; 2 – orta dərəcədə ifadə olunub; 3

– ağır dərəcədə ifadə olunub; 4 – kəskin ağır dərəcədə ifadə olunub), səkkiz bənd isə 3-ballı cədvəl əsasında qiymətləndirilir (0; 1; 2) (bax: əlavə 2) (www.isim.az).

Tədqiqat zamanı bir əsas və iki köməkçi fərziyyə olmaqla, üç fərziyyə irəli sürülmüşdür.

İşin əsas fərziyyəsi belədir ki, sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə depressiyanın səviyyəsi anadangəlmə fiziki məhdudiyəti olan şəxslərə nisbətən yüksəkdir.

Köməkçi fərziyyələr aşağıdakılardır:

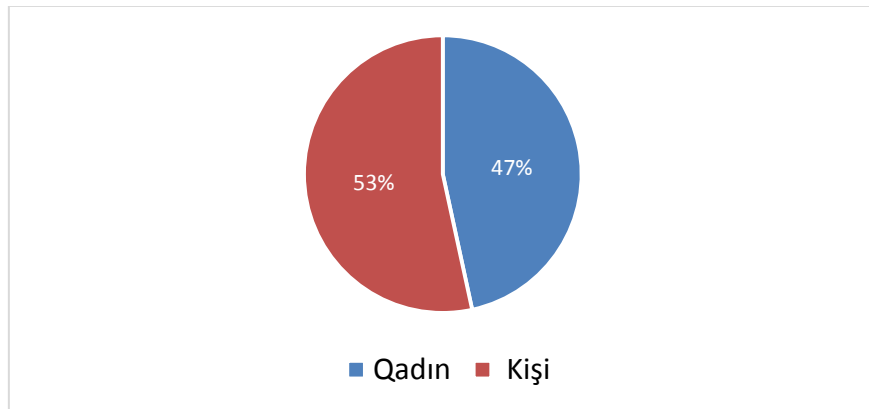
1. Anadangəlmə fiziki məhdudiyəti olan kişilərdə depressiyanın səviyyəsi anadangəlmə fiziki məhdudiyəti olan qadınlara nisbətən daha yüksəkdir.

2. Sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan qadınlarda depressiyanın səviyyəsi sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan kişilərə nisbətən daha yüksəkdir.

Araşdırmada əldə etdiyimiz nəticələrin ətraflı şəkildə riyazi-statistik təhlili aparılmışdır və bu nəticələrin eksperimental əhəmiyyətini müəyyənləşdirmək üçün SPSS proqramından istifadə edilmişdir.

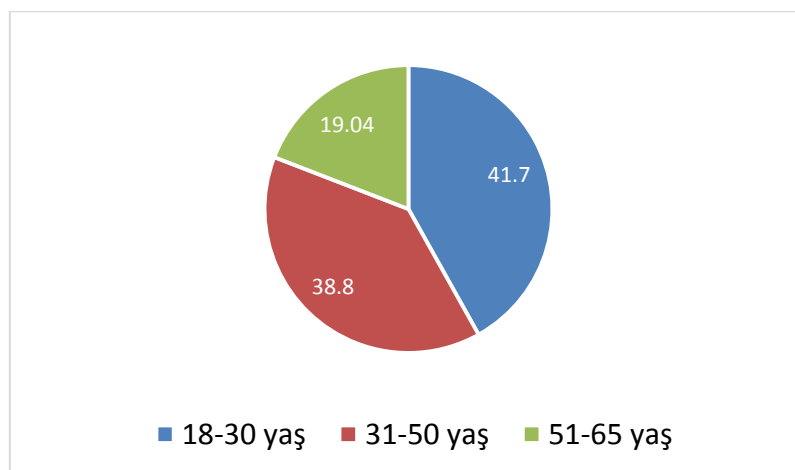
3.2. Tədqiqatın nəticələri və onların təhlili

Tədqiqatda ümumilikdə 103 nəfər fiziki məhdudiyəti olan şəxs iştirak etmişdir. Qadınlardan 25 nəfər sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyətli, 23 nəfər anadangəlmə fiziki məhdudiyətli, kişilərdən isə 30 nəfər sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyətli, 25 nəfər anadangəlmə fiziki məhdudiyətli şəxs olmuşdur. Tədqiq olunanların 53%-i qadın, 47%-i isə kişidir (Qrafik 3.1.).



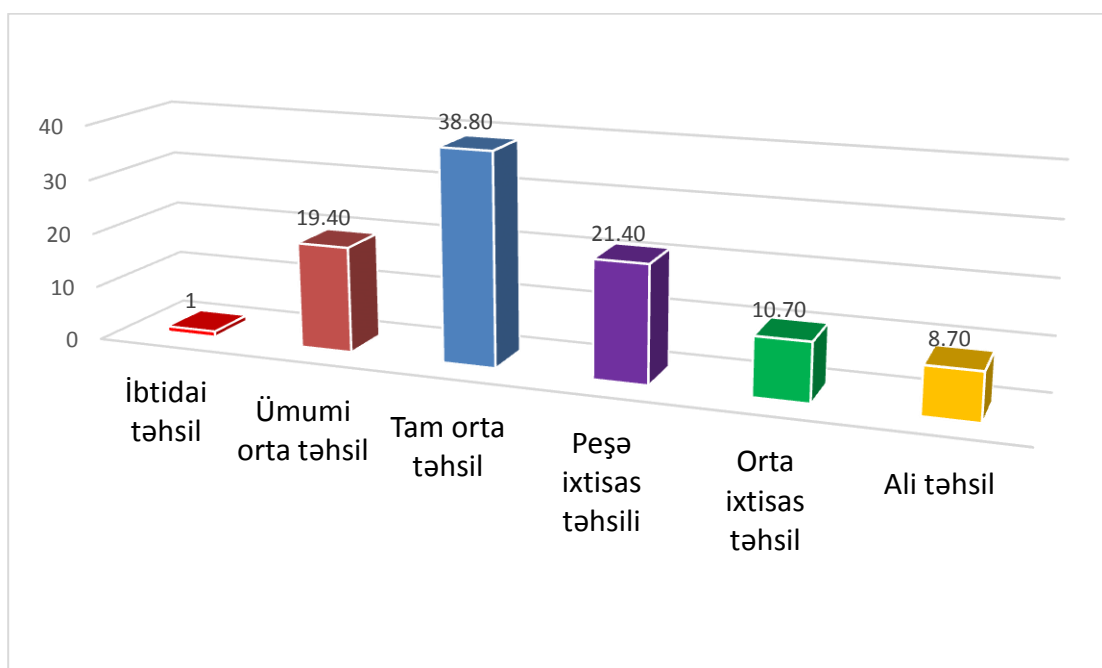
Qrafik 3.1. Tədqiq olunanların cinsi.

Tədqiq olunanların 41,7%-nin 18-30 yaşı, 38,8%-nin 31-50 yaşı, 19,04%-nin isə 51-65 yaşı vardır (Qrafik 3.2.).



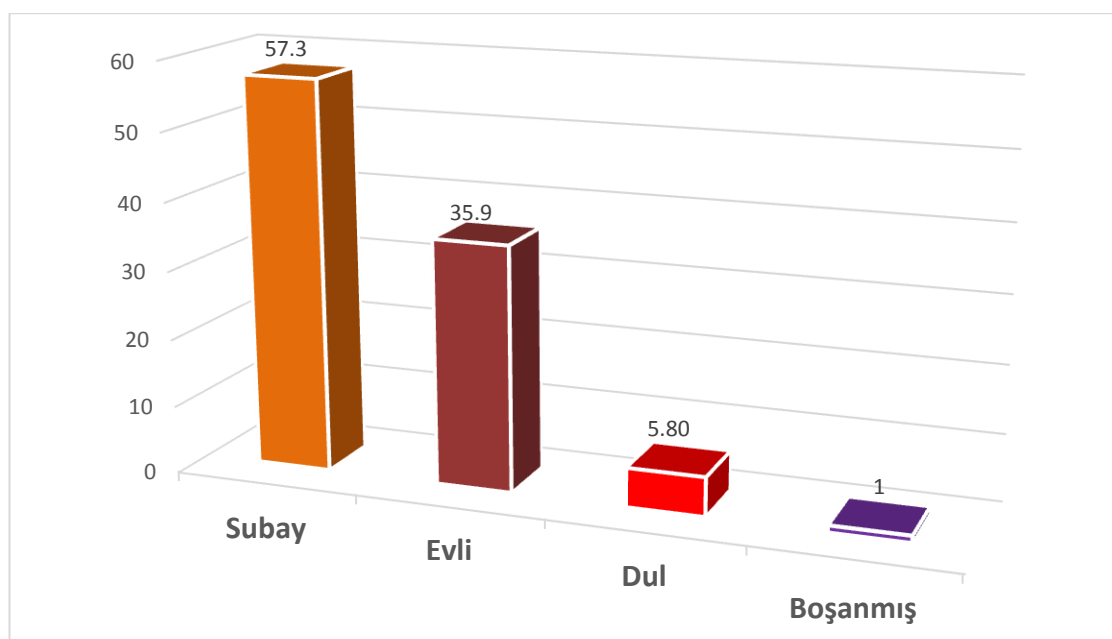
Qrafik 3.2. Tədqiq olunanların yaşı.

Tədqiq olunanların yarısından çoxu ümumi orta (19,4%) və tam orta (38,8%) təhsillidir. Peşə ixtisası olanlar 21,40%, orta ixtisas təhsili olanlar 10,70%, ali təhsili olanlar isə 8,7% təşkil edir (Qrafik 3.3.).



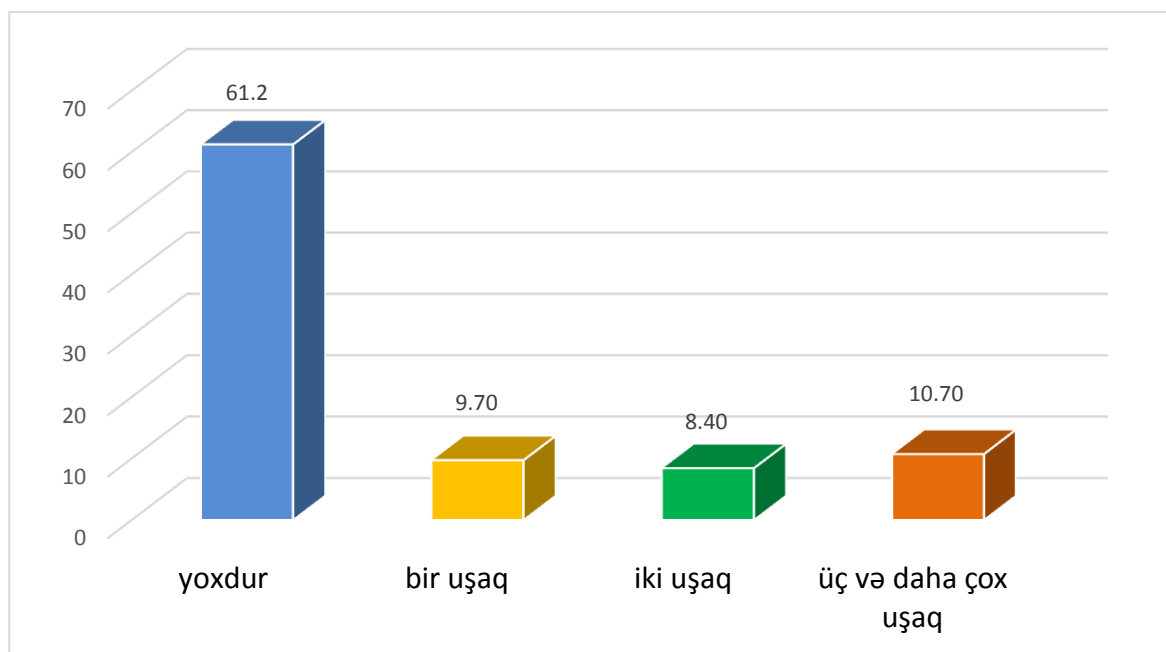
Qrafik 3.3. Tədqiq olunanların təhsili.

Tədqiq olunanların əksəriyyəti subaydır (57,3%) . Onların 35,9%-i evli, 5,8%-i dul, 1%-i isə boşanmışdır (Qrafik 3.4.).



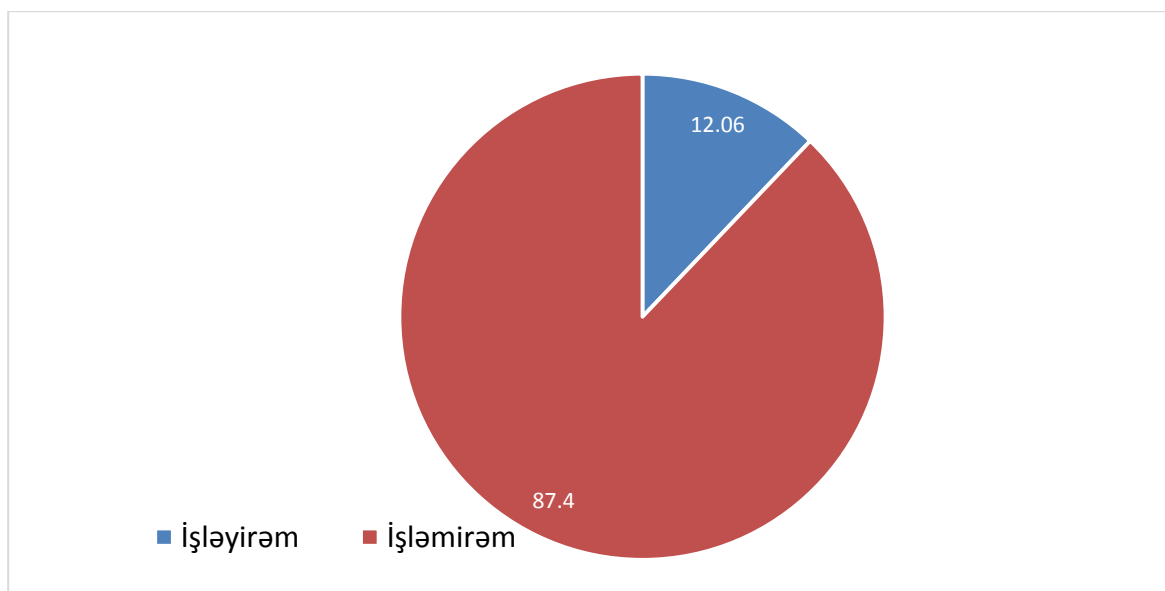
Qrafik 3.4. Tədqiq olunanların ailə vəziyyəti.

Tədqiq olunanların 61,2%-nin uşağı yoxdur. Onlardan 9,7%-nin bir, 8,4%-nin iki, 10,7%-nin isə üç uşağı vardır (Qrafik 3.5.).



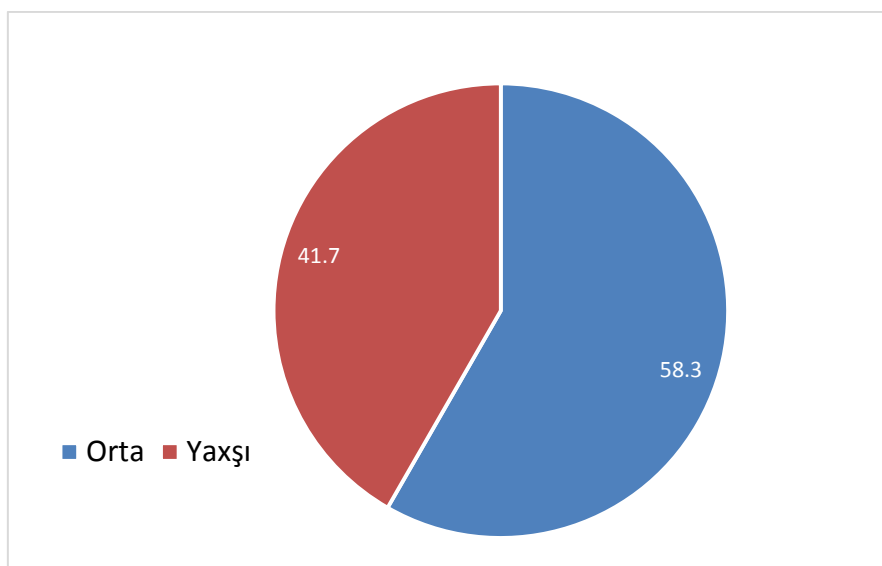
Qrafik 3.5. Tədqiq olunanların ailə vəziyyəti.

Tədqiq olunanların əksəriyyəti, yəni 87,4% işləmir. Onların 12,06%-i heç bir işlə məşğul deyil (Qrafik 3.6.).



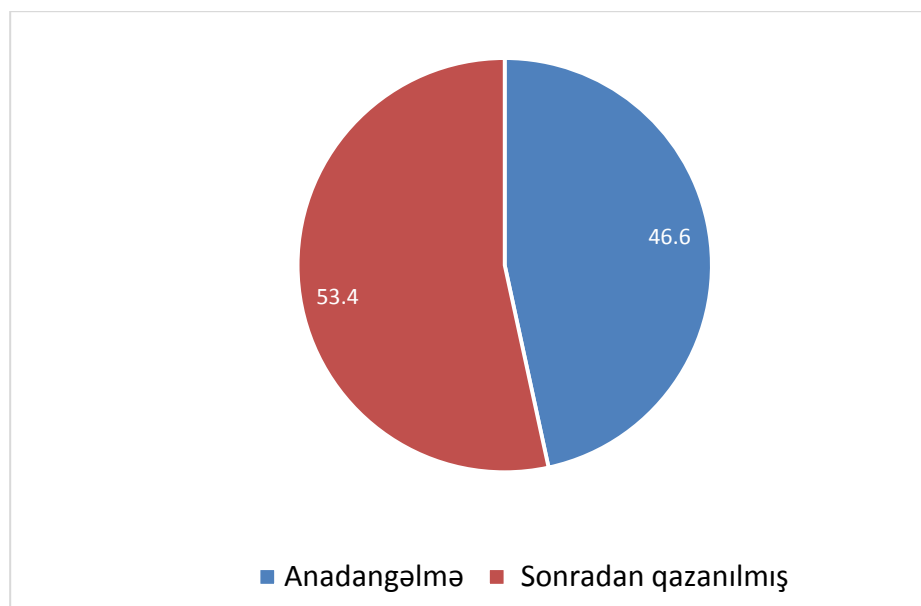
Qrafik 3.6. Tədqiq olunanların işi.

Tədqiq olunanlar arasında maddi vəziyyəti aşağı və çox yaxşı səviyyədə olan yoxdur. Belə ki, onların 58,3%-nin maddi vəziyyəti orta, 41,7%-nin isə yaxşıdır (Qrafik 3.7.).



Qrafik 3.7. Tədqiq olunanların maddi vəziyyəti.

Tədqiq olunanlar arasında fiziki məhdudiyyəti anadangəlmə olanlar 53,4%, sonradan qazanılmış olanlar isə 46,6% təşkil edir (Qrafik 3.8.).



Qrafik 3.8. Tədqiq olunanların fiziki məhdudiyyətinin növü.

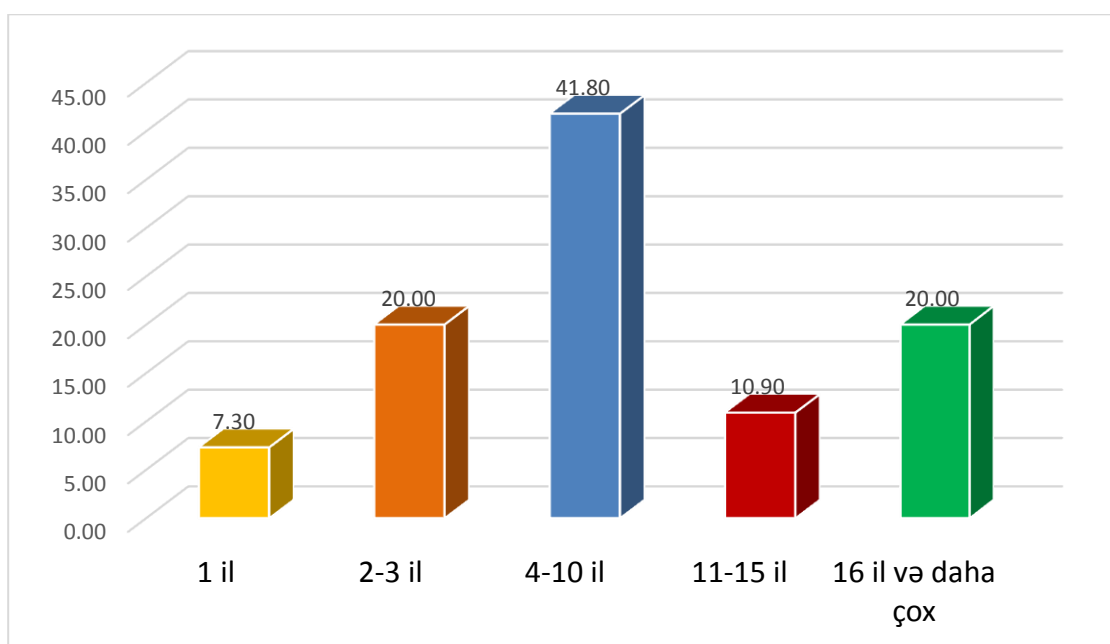
Cədvəl 3.1.-dən göründüyü kimi tədqiq olunanlar sonradan fiziki məhdudiyyət qazanılmasının müxtəlif səbəblərdən baş verdiyini qeyd etmişlər. Onların üçdə bir hissəsi (32,7%) fiziki məhdudiyyətin qazanılması səbəbi kimi texnogen qəzaları göstərmişlər. 16,4%-i şəkər xəstəliyi, 5,5%- mina partlayışı, digərləri isə müxtəlif xəstəliklər, zədələr və ehtiyatsızlıqdan hündürlükədən yıxılma nəticəsində qazandıqlarını qeyd etmişlər (Cədvəl 3.1.).

Cədvəl 3.1. Fiziki məhdudiyyətin sonradan qazanılması səbəbi

| Fiziki məhdudiyyəti törədən səbəb | Faizlə |
|--------------------------------------|--------|
| 1. Şəkər xəstəliyi | 16.4 |
| 2. Mina partlayışı nəticəsində | 5.5 |
| 3. Texnogen qəzalar nəticəsində | 32.7 |
| 4. Hündürlükədən yıxılma nəticəsində | 10.9 |
| 5. Polimelit | 3.6 |
| 6. Skolioz | 1.8 |
| 7. Sinir xəstəlikləri | 9.1 |
| 8. Onkoloji xəstəliklər | 3.6 |

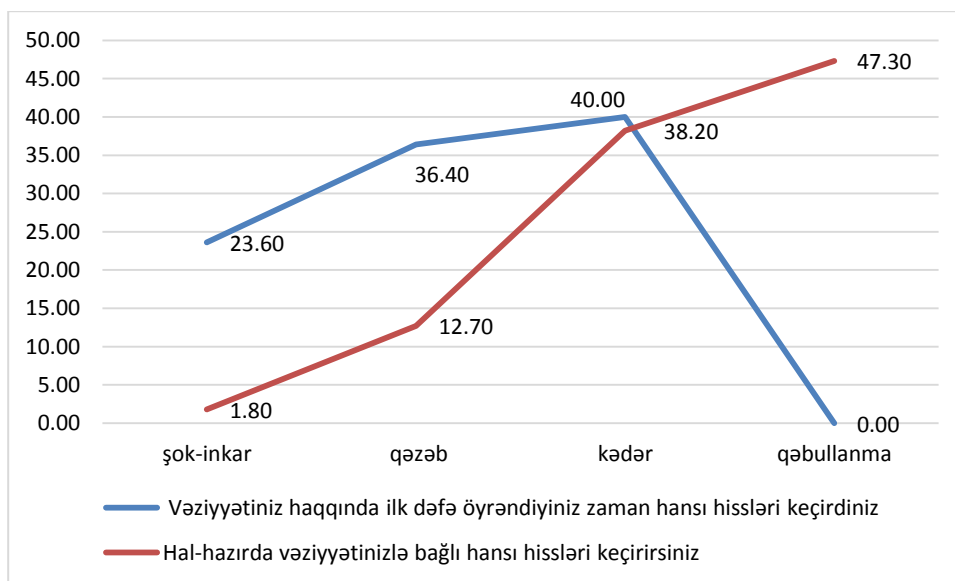
| | |
|------------------------|-----|
| 9. Damar xəstəlikləri | 3.6 |
| 10. İnsult | 9.1 |
| 11. Kəllə beyin zədəsi | 1.8 |
| 12. Qan xəstəlikləri | 1.8 |

Qrafik 3.9-dan göründüyü kimi sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyətə malik tədqiq olunanların 41,8%-i 4-10 il, 20%-i 2-3 il, 10,9%-i 11-15 il və 20%-i isə 16 il və daha çox müddətdir ki, fiziki məhdudiyət qazanıblar. Tədqiq olunanların 7,3%-nin fiziki məhdudiyəti qazanma müddəti 1 ildir.



Qrafik 3.9. Sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyətin müddəti

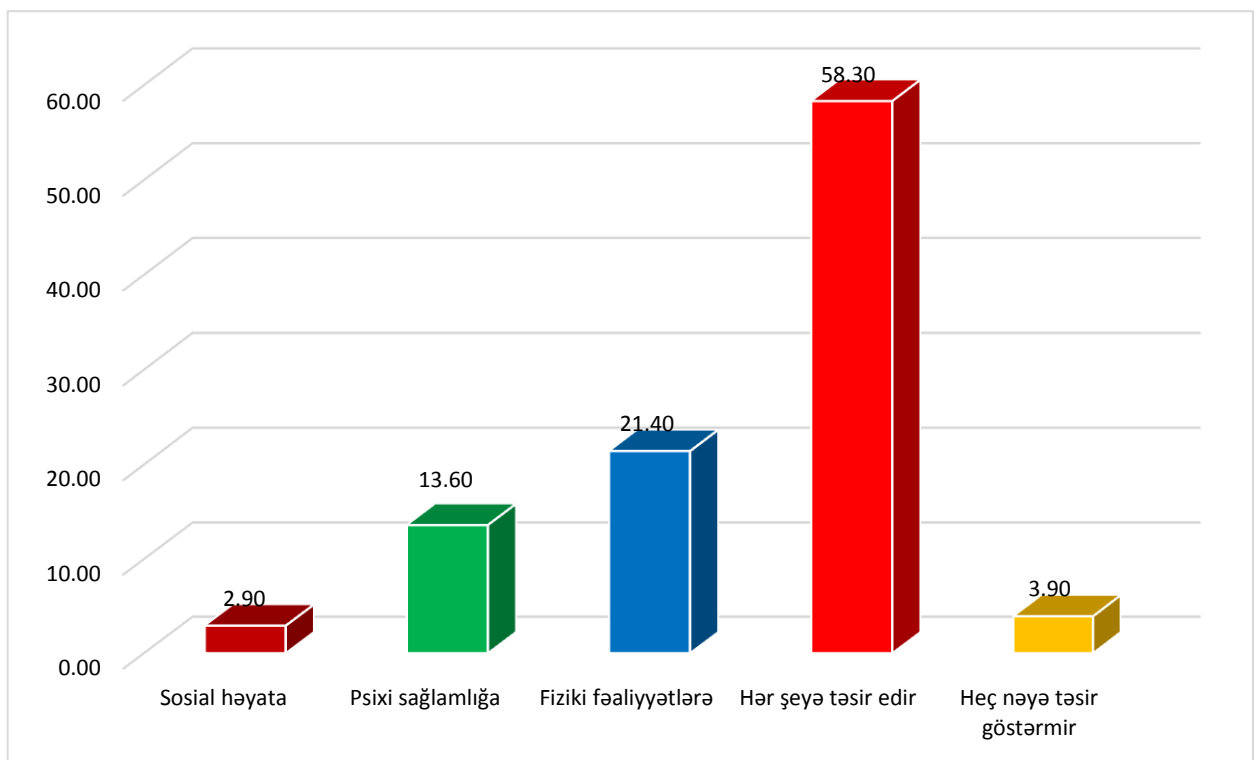
Fiziki məhdudiyəti sonradan qazanmış tədqiq olunanların öz vəziyyətləri haqqında öyrəndikləri vaxt və hal-hazırda hansı hissləri keçirdikləri barədə suallarına verilən cavablar qrafik 3.10-da təsvir edilmişdir. Göründüyü kimi öz vəziyyəti barədə ilk dəfə eşidənlərin 23,6%-şok, 36,4%-i qəzəb, 40%- isə kədər hissi keçirdiklərini bildirmişlər. Onlardan heç biri ilk dəfə öz vəziyyətləri barədə öyrəndikdə bu vəziyyəti qəbul etməmişlər. Həmin şəxslərdən hal-hazırda yalnız 1,8%-i şok hissini keçirdiyini bildirmişlər. Onların 12,7%-i hazırda qəzəb hissini, 38,2%-i kədər hissini keçirdiklərini qeyd etmişlər. İlkin vəziyyətdən fərqli olaraq tədqiq olunanların 47,3%-i hal-hazırda vəziyyətlərinin onlar tərəfindən qəbul edildiyini bildirmişdir (Qrafik 3.10.).



Qrafik 3.10. Tədqiq olunanların öz vəziyyətləri haqqında öyrəndikləri vaxt və hal-hazırda keçirdikləri hisslər

Tədqiq olunanların demək olar ki, hamısı ildə bir neçə dəfə xəstəxanaya və ya reabilitasiya mərkəzlərinə müalicə olunmaq üçün müraciət edirlər. Onların yalnız 32%-nin yanaşı xəstəlikləri mövcuddur. Bununla yanaşı tədqiq olunanların yalnız 5,8%-nin ailəsində özündən başqa fiziki məhdudiyətli şəxs də var.

“Fiziki məhdudiyətinizin həyatınızda ən çox nəyə təsir edir?” sualını cavablandıran respondentlərin 58,3% -i hazırki vəziyyətlərinin hər şeyə təsir etdiyini, 3,9%-isə heç nəyə təsir etmədiyini bildirmişlər. Onların 21,4%-i hazırki vəziyyətlərinin fiziki fəaliyyətlərə, 13,6%-i psixi sağlamlığa, 2,9%-i isə sosial həyata təsir göstərdiyini qeyd etmişlər (Qrafik 3.11.)



Qrafik 3.11. Fiziki məhdudiyətin tədqiq olunanların həyatına təsiri

Tədqiqatın əsas fərziyyəsi “Sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə depressiyanın səviyyəsi anadangəlmə fiziki məhdudiyəti olan şəxslərə nisbətən yüksəkdir” öz təsdiqini tapmışdır.

Qiymətlər çoxluğu normal paylanmaya uyğun olduğundan fərziyyəni təsdiqləmək üçün asılı olmayan seçimlər üçün *t* testindən istifadə edilmişdir. Bu parametrik metod eyni variansı və normal paylanması olan populyasiya haqqında kəmiyyət məlumatlarının təhlili zamanı orta göstəricilər arasında fərqlərin etibarlı olub olmaması barədə hipotezlərin yoxlanılması üçündür.

Asılı olmayan seçimlər üçün *Styudentin t kriteriyasının köməyi ilə* iki seçimdə öyrənilən əlamətin orta qiymətlərinin etibarlı şəkildə fərqlənməsi haqqında statistik hipotezi yoxlamaq olar.

Fərziyyəni təsdiqləmək üçün aşağıdakı statistik hipotezlər irəli sürülmüşdür:

H_0 - *Sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə depressiyanın səviyyəsi anadangəlmə fiziki məhdudiyəti olan şəxslərə nisbətən yüksək deyil.*

H_1 - *Sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə depressiyanın səviyyəsi anadangəlmə fiziki məhdudiyəti olan şəxslərə nisbətən yüksəkdir.*

Cədvəl 3.2. Fiziki məhdudiyəti anadangəlmə və sonradan qazanılmış şəxslərdə depressiyanın səviyyəsinə görə fərq.

| Independent Samples Test | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|----------|
| | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
| | F | Sig. | T | Df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | Lower | Upper |
| Equal variances assumed | 3.224 | .076 | -4.172 | 101 | .000 | -3.37045 | .80790 | -4.97312 | -1.76779 |
| Equal variances not assumed | | | -4.316 | 88.741 | .000 | -3.37045 | .78101 | -4.92236 | -1.81855 |

Cədvəl 3.2.-dən göründüyü kimi Student t testinin empirik qiyməti 4,172-dir, sərbəstlik dərəcəsi isə 101-dir. Student t testinin empirik qiyməti kriteriyanın kritik qiymətlərini (kriteriyanın kritik qiymətlər cədvəlinə əsasən $p < 0,05$ əhəmiyyətlik səviyyəsində qiyməti 1.984, $P < 0,01$ əhəmiyyətlik səviyyəsində isə 2,626-dır) aşır.

Student t testinə görə empirik qiymət kritik qiyməti aşarsa onda H_0 hipotez rədd edilir, H_1 hipotez qəbul edilir (bax: Cədvəl 3.2).

H_1 - *Sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyyəti olan şəxslərdə depressiyanın səviyyəsi anadangəlmə fiziki məhdudiyyəti olan şəxslərə nisbətən yüksəkdir.*

Əsas fərziyyədən əlavə olaraq tədqiqatın irəli sürülmüş “Anadangəlmə fiziki məhdudiyyəti olan kişilərdə depressiyanın səviyyəsi anadangəlmə fiziki məhdudiyyəti olan qadınlara nisbətən daha yüksəkdir” birinci köməkçi fərziyyəsi öz təsdiqini tapmamışdır. Fərziyyəni təsdiqləmək üçün aşağıdakı statistik hipotezlər irəli sürülmüşdür:

H_0 - *Anadangəlmə fiziki məhdudiyyəti olan kişilərdə depressiyanın səviyyəsi anadangəlmə fiziki məhdudiyyəti olan qadınlara nisbətən daha yüksək deyil.*

H_1 - *Anadangəlmə fiziki məhdudiyyəti olan kişilərdə depressiyanın səviyyəsi anadangəlmə fiziki məhdudiyyəti olan qadınlara nisbətən daha yüksəkdir.*

Cədvəl 3.3. Anadangəlmə fiziki məhdudiyəti olan kişi və qadınlarda depressiyanın səviyyəsi

| Independent Samples Test | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|-------|
| | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
| | F | Sig. | T | Df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | Lower | Upper |
| Equal variances assumed | 1.141 | .291 | -1.614 | 46 | .113 | -1.317 | .816 | -2.959 | .326 |
| Equal variances not assumed | | | -1.624 | 45.830 | .111 | -1.317 | .811 | -2.949 | .316 |

Cədvəl 3.3-dən göründüyü kimi Student t testinin empirik qiyməti 1,614-dür, sərbəstlik dərəcəsi isə 46-dır. Student t testinin empirik qiyməti kriteriyanın kritik qiymətlərini (kriteriyanın kritik qiymətlər cədvəlinə əsasən $p < 0,05$ əhəmiyyətlik səviyyəsində qiyməti 2,013, $P < 0,01$ əhəmiyyətlik səviyyəsində isə 2,687-dir) aşmır.

Student t testinə görə empirik qiymət kritik qiyməti aşarsa, onda H_0 hipotez təsdiq edilir. (bax Cədvəl 3).

H_0 - Anadangəlmə fiziki məhdudiyəti olan kişilərdə depressiyanın səviyyəsi anadangəlmə fiziki məhdudiyəti olan qadınlara nisbətən daha yüksək deyil.

Tədqiqatın “Sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan qadınlarda depressiyanın səviyyəsi sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan kişilərə nisbətən daha yüksəkdir” ikinci köməkçi fərziyyəsi öz təsdiqini tapmışdır. Fərziyyəni təsdiqləmək üçün aşağıdakı statistik hipotezlər irəli sürülmüşdür:

H_0 - Sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan qadınlarda depressiyanın səviyyəsi sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan kişilərə nisbətən daha yüksək deyil.

H₁- *Sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyyəti olan qadınlarda depressiyanın səviyyəsi sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyyəti olan kişilərə nisbətən daha yüksəkdir.*

Cədvəl 3.4. Sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyyəti olan kişi və qadınlarda depressiyanın səviyyəsi.

| Independent Samples Test | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|-------|
| | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
| | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | Lower | Upper |
| Equal variances assumed | 11.163 | .002 | 3.178 | 53 | .002 | 3.913 | 1.231 | 1.444 | 6.383 |
| Equal variances not assumed | | | 3.021 | 35.429 | .005 | 3.913 | 1.295 | 1.285 | 6.542 |

Cədvəl 3.4-dən göründüyü kimi Student t testinin empirik qiyməti 3,178-dir, sərbəstlik dərəcəsi isə 53-dır. Student t testinin empirik qiyməti kriteriyanın kritik qiymətlərini (kriteriyanın kritik qiymətlər cədvəlinə əsasən $p < 0,05$ əhəmiyyətlik səviyyində qiyməti 2,006, $P < 0,01$ əhəmiyyətlik səviyyəsində isə 2,672-dir) aşır.

Student t testinə görə empirik qiymət kritik qiyməti aşarsa, onda H_0 hipotez rədd edilir, H_1 hipotez qəbul edilir (bax: Cədvəl 3.4).

H₁- *Sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyyəti olan qadınlarda depressiyanın səviyyəsi sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyyəti olan kişilərə nisbətən daha yüksəkdir.*

NƏTİCƏ

Depressiya dünya miqyasında milyonlarla insana təsir edən, getdikcə daha çox yayılan ictimai sağlamlıq problemdir. 17 ölkədə keçirilən Ümumdünya Psixi Sağlamlıq Araşdırması təqribən hər 20 nəfərdən birinin depressiv epizod yaşadığını müəyyən etmişdir. Depressiv simptomlar intihar, ürək-damar və digər xəstəliklərə, həmçinin koqnitiv və sosial fəaliyyətin pozulmasına əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərir. Bu baxımdan, xəstəliyin yükü və depressiyadan qaynaqlanan problemlər olduqca böyükdür.

Turner və digərləri (2006) apardığı araşdırmada fiziki məhdudiyət və depressiya arasında əlaqəni təhlil etmişlər. Təqdim olunan nəticələr fiziki məhdudiyətlə həm depressiya, həm də maddə pozuntuları arasında əlaqənin inandırıcı sübutunu təqdim edir. Təsdiqlənmiş fiziki məhdudiyəti olan hər 10 fərddən təxminən 4-ü (37%) həyatlarının müəyyən dövründə depressiv pozuntu meyarlarına cavab verib - bu, digər əlillik növləri kimi yoxlanılanlar üçün müşahidə olunan nisbətdən demək olar ki, iki dəfə (22,3%) yüksək idi. Fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə depressiya ilə bağlı riskdə müşahidə edilən yüksəlişlər kişilərdə qadınlara nisbətən, gənclərdə isə yaşlılara nisbətən daha çox olmuşdur.

Çində aparılmış araşdırmada depressiya diaqnozu qoyulmuş ümumilikdə 655 anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə depressiya funksional itkilərlə əlaqələndirilmişdir. Həmin şəxslərdə dəyərsizlik hissləri və ya yersiz günahkarlıq, psixomotor həyəcan və ya gerilmə depressiyanın əsas göstəriciləri olmuşdur. Əldə edilən nəticələr göstərmişdir ki, ekonomik vəziyyət, işləyib-ışləməmək də fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə depressiyanın yaranmasına təsir (Xin və Ren, 2022).

Aparılan araşdırmalar göstərmişdir ki, fiziki məhdudiyətin depressiya əlamətləri ilə əlaqəli olduğu aşkar edilmişdir. Fiziki məhdudiyəti olan insanlar stereotipik sosial və şəxsi münasibət də daxil olmaqla depressiv simptomlar üçün çoxsaylı risk faktorları ilə qarşılaşırlar. Əhəmiyyətli sübutlar göstərir ki, fiziki məhdudiyəti olan insanlar ümumi əhali ilə müqayisədə depressiyaya ən azı üç dəfə daha çox məruz qalırlar.

Sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslər arasında depressiyanın tendensiyası yüksəkdir. Həmin şəxslər başqalarının köməyinə ehtiyacı olan bir birinə çevrildikləri üçün əmək qabiliyyətli olduqlarına dair xatirələri ilə mübarizə aparır və mövcud fiziki məhdudiyətlərini qəbul etməyə çalışırlar, lakin bu heç də bütün fiziki məhdudiyətli şəxslər üçün həmişə asan olmur. Bir çoxları üçün fiziki məhdudiyətli olduqlarını və əvvəllər etməkdən həzz aldıkları şeylərin bəzilərini və ya bir çoxunu artıq edə bilməyəcəklərini tam qəbul etmək illər çəkkə bilər.

Keçmiş həyatlarını itirdikləri üçün onların hazırkı vəziyyətlərinə görə kədərlənməsi və ya qəzəblənməsi normaldır.

Fiziki məhdudiyətli insanların bir qismi anadangəlmə əlil olurlar. Araşdırmaların bir hissəsi anadangəlmə fiziki məhdudiyətin erkən yaşlardan mübarizə mexanizmlərini inkişaf etdirmək kimi işləri asanlaşdırdığını iddia etsə də, bir qisim araşdırmalar eyni fikri paylaşmır. Erkən yaşda əlil olan fiziki məhdudiyətli şəxslər fiziki məhdudiyəti olmayan həmyaşlıqları ilə eyni mühitə adaptasiya olmaq üçün illərlə mübarizə apara, yeni əlaqələr qurmaqda çətinlik çəkə, yetkinliyə keçiddə, təhsil almaqda və ya işə düzəlməkdə çətinliklərlə qarşılaşa bilərlər.

Bunlarla yanaşı cins depressiyanın potensial moderatoru kimi fərz edildi. Getdikcə artan müəyyən bir ədəbiyyat qrupu, mübahisəli nəticələrlə cins və depressiya arasındakı əlaqəni araşdırdı. Çox araşdırma fiziki məhdudiyətli qadınların fiziki məhdudiyətli kişilərdən daha çox depressiyaya düşmə ehtimalını dəstəkləyir. Lakin, bəzi tədqiqatlar fiziki məhdudiyəti olan şəxslər arasında cins və depressiya arasında aydın əlaqənin olmadığını bildirmişdir.

Cinslərə görə depressiya və fiziki məhdudiyət arasındakı əlaqəyə gəlincə, bir sıra tədqiqatlar bildirmişdir ki, fiziki məhdudiyəti olan qadınlar kişilərə nisbətən daha çox depressiya əlamətləri yaşaya bilər. Depressiyanın fiziki məhdudiyəti olan daha çox qadına təsir etdiyi bildirilir, hesablamalara görə 30%-dən 59%-ə qədərdir. Sağlam insanlar görə, fiziki məhdudiyəti olan şəxslər, fiziki məhdudiyəti olmayan qadınlarla müqayisədə, onları aktiv olmaqdan çəkindirən kədər, bədbəxtlik və ya depressiya hissələrini nisbətən daha çox göstərirlər.

Fiziki məhdudiyət və depressiya arasındakı əlaqəni araşdırmağa gəlincə, çox az araşdırma bu ikisi arasındakı əlaqəni araşdırıb. Buna görə də, fiziki məhdudiyəti olan qadınların və kişilərin psixososial reabilitasiyası və cəmiyyətə reintegrasiyasında klinik təcrübənin fərqli olduğunu göstərən təcrübə əsaslı sübutlar azdır. Mövcud tədqiqatların əksəriyyəti əsasən Qərbi ölkələrinə yönəlmişdir və Asiya əhalisi arasında dərin araşdırmalar fiziki məhdudiyətli şəxslər üçün məhduddur.

Aparılan tədqiqat işindən alınan nəticələr xarici ölkələrdəki tədqiqat işi nəticələri ilə oxşarlıq təşkil etmişdir. Tədqiqatın nəticələri göstərmişdir ki, tədqiq olunan anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərin depressiya səviyyələri ilə fiziki məhdudiyət növləri və cins göstəriciləri arasında əhəmiyyətli dərəcədə əlaqə müəyyən edilmişdir. Qiymətlər çoxluğu normal paylanmaya uyğun olduğundan fərziyyəni təsdiqləmək üçün asılı olmayan seçimlər üçün Studentin t testindən istifadə edilmişdir. İrəli sürülən əsas fərziyyədə qeyd olunduğu kimi, sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə

depressiyanın səviyyəsi anadangəlmə fiziki məhdudiyəti olan şəxslərə nisbətən yüksək olmuşdur. Bu nəticə həm qadın və kişilər üçün eyni olmuşdur. İstər qadınlarda, istərsə də kişilərdə sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə depressiyanın səviyyəsi anadangəlmə fiziki məhdudiyəti olan şəxslərə nisbətən daha yüksək olmuşdur.

Bununla yanaşı 1-3 il ərzində sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə depressiyanın səviyyəsi digərlərinə nisbətən daha çox olduğu müşahidə olunmuşdur. Sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslər öz fiziki vəziyyətləri haqqında ilk dəfə öyrəndikdə şok-inkar, qəzəb, kədər hissləri keçirmişlər, onların heç biri öz vəziyyətləri ilk dəfə öyrəndikdə bu vəziyyəti qəbul etməmişlər. Lakin zaman keçdikcə öz vəziyyətlərini qəbullanma halı artmış, depressiya səviyyələri azalmışdır. Tədqiqatın nəticələri göstərmişdir ki, anadangəlmə fiziki məhdudiyətli şəxslərin fiziki vəziyyətləri ilə bağlı çətinliklərə uyğunlaşmaları və depressiyanın öhdəsindən gəlmək üçün keçirdikləri psixoloji və emosional proseslər sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərə görə daha yüksəkdir.

Bu baxımdan anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyətli şəxslərdə yaranan depressiv halların aradan qaldırılması məqsədi ilə aşağıdakı tövsiyələr irəli sürülmüşdür:

- Anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərin cəmiyyətə inteqrasiyasına mane olan amillərin (cəmiyyətin əlillərə mənfi münasibəti; mərhəmətsizlik, istehza, nifrət, saymazlıq və s.) aradan qaldırılması məqsədilə icma mərkəzli araşdırmaların və təlimlərin keçirilməsi;
- Profilaktik səhiyyə xidmətlərinə diqqət yetirərək fiziki məhdudiyəti olan şəxslərə və onların ailələrinə bu mövzuda təlimlərin keçirilməsi;
- Dəstək resurslarının artırılması, anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyətli şəxslərin psixi vəziyyətinin mütəmadi olaraq monitorinqi və zəruri psixoloji məsləhət və dəstək xidmətlərinin göstərilməsi,
- Oxşar problemlərlə üzləşən fiziki məhdudiyəti olan şəxslərin bir araya gəlməsi, təcrübə mübadiləsi və bir-birindən öyrənə biləcəyi dəstəkləyici mühit təmin edilən qrup terapiyalarının təşkil edilməsi;
- Həm anadangəlmə, həm də sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərin psixoloji vəziyyətinin qiymətləndirilməsi və bu istiqamətdə təlim proqramlarının təşkili;

- Anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyəti olan şəxslərin və onların ailələrinin yaşadıkları problemlər və edilə biləcəklər baxımından daha çox araşdırma və maarifləndirmə aparılması.

Beləliklə, fiziki məhdudiyətli şəxslərdə depressiyanın səviyyəsinin müqayisəli təhlili nəticələrinə əsasən deyə bilərik ki, istər anadangəlmə, istərsə də sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyətli şəxslərin həyatlarının müəyyən dövründə depressiya müşahidə edilə bilər. Fiziki məhdudiyətin insanların həyatına gətirdiyi bir sıra çətinliklər onların depressiya ilə qarşılaşma riskini artırır. Bu hal isə öz növbəsində fiziki məhdudiyəti olan şəxslərdə depressiyaya təsir edən amillərin müəyyən edilərək aradan qaldırılmasının vacibliyini bir daha vurğulayır.

İSTİFADƏ OLUNMUŞ ƏDƏBİYYAT

Azərbaycan dilində

1. Azərbaycan Respublikasının Ədliyyə Nazirliyi Hüquqi aktların vahid elektron bazası. (2018). Fiziki məhdudiyəti olan şəxslərin hüquqları haqqında Azərbaycan Respublikasının Qanunu. <https://e-qanun.az/framework/39591>
2. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. (2021). Depressiyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol (2-ci nəşr, yenilənmiş). Bakı: İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi (İSİM). <https://isim.az/>

Türk dilində

3. Amerikan Psikiyatri Birliđi, (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev. Ed.: E Körođlu) Hekimler Yayın Birliđi, Ankara.
4. Arıcıođlu, A., ve Gültekin, F. (2017). Zihinsel engelli birey annelerinin sosyal destek ve gelecek kaygıları: psikolojik danışmanların rolü. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, (42), 1-26.
5. Arslan, T., Mustafa, A., & Hakkı, Ç. (2015). Majewski Osteodisplastik Primordial Cücelik Tip II: Bir Çocuk Hastanın Klinik Bulguları ve Dental Rehabilitasyonu. *European Oral Research*, 49(1), 41-46.
6. Aslan, A. A., Sarı, B. A., & Kuruođlu, A. (2012). Depresif duygudurumdan major depresyona klinik spektrum. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 56-64.
7. Belge, J. (2019). *Bir grup yetişkinde depresif semptomlar, anksiyete semptomları ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkinin belirlenmesi* (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
8. Bilsin, E. (2012). Engelli çocukların ailesine verilen hemşirelik bakımının aile gereksinimini karşılama düzeyine etkisinin incelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
9. Burcu, E. (2007). *Türkiye'de özürlü birey olma temel sosyolojik özellikleri ve sorunları üzerine bir araştırma*. Ankara: Hacettepe Üniversite Yayınları, 2007.
10. Cangür, Ş., Civan, G., Çoban, S., Mazhar, K. O. Ç., Karakoç, H., Budak, S., ... & Ankaralı, H. (2013). Düzce ilinde bedensel ve/veya zihinsel engelli bireylere sahip

- ailelerin toplumsal yaşama katılımlarının karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(3), 1-9.
11. Dürü, Ç. (2006). *Travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyümenin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi ve bir model önerisi* (Yayınlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
 12. Erdoğan, M. Y., & Özkan, M. (2007). Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(3), 171–179.
 13. Goodwin R.D., Jacobi F., Bittner A., & Wittchen H.U. (2009). Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi. *Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı* içinde. T. Oral (Çev. Ed.), İstanbul: Sigma Publishing.
 14. Gökçe, F. (2013). *5-6 yaş çocukların sosyal-duygusal uyumları ile annelerinin çocuk yetiştirme tutumlarının incelenmesi*. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana.
 15. Gülen, M. (2020) *Depresyonu olan ve depresyonu olmayan kişilerde anksiyete duyarlılığı, erken dönem uyum bozucu şemalar ve bilişsel duygu düzenleme süreçleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. T.C. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi İSTANBUL.
 16. Herbert, C. (2018). *Travma sonrası psikolojik tepkileri anlamak* (4. Baskı). (N. Azizlerli ve R. Güneş, Çev.). İstanbul: Psikonet Yayınları.
 17. Isik, E., Isik, U., & Isik Taner, Y. (2013). *Çocuk, Ergen, Eriskin ve Yaslılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*. Ankara, Rotatip Kitapevi.
 18. Karacaer, F. (2014). Skolyoz Cerrahisinde Anestezi Yaklaşımı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(3), 519-533.
 19. Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 66.
 20. Kaya. (2017). *Depresyon tanısı almış yatan hastaların yatan hastaların ve madde bağımlılığı tanısı almış yatan hastaların sosyal dalgalanma açısından incelenmesi*. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

21. Kayahan, B., Altıntoprak, E., Karabilgin, S., Öztürk Ö. (2003). 15-49 Yaşları Arasındaki Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(4):208-19.
22. Kılınç, D. (2007) *Behçet hastalarında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon*, Uzmanlık Tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD.
23. Kızılkaya, S., & Gündüz, O. (2012). Özürlüler Yerel Hizmet Rehberi" İsöm Modeli. *İstanbul, İBB Basımevi*.
24. Mihçı, E., Taçoy, Ş., Kardelen, F., Duranoğlu, Y., & Fişenk, F. (2005). Okulo-aurikulo-vertebral spektrumlu yedi vakanın değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48, 39-45.
25. Öngider, N., & Eyüboğlu Özışık, S. (2013). *Depresyon tanısı almış hastalarda ölüm kaygısının araştırılması*. Klinik Psikiyatri, 16, 34-46.
26. Öztürk, M. (2001) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 8. Basım, Feryal Matbaası, Ankara.
27. Rehberi, A. E. (2007). Ortopedik Özürlüler Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü. *Aile Eğitim Serisi*, 2.
28. Sağduyu, A., Ögel, K., Özmen, E. ve Boratav C. (2000). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11, 3-16.
29. Sertöz, Ö. Ö. (2012). Kanserde Psikoterapi Uygulamaları. *Türkiye Tıbbi Onkoloji Özel Dergisi*, 5, 27- 32.
30. T.C. Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2011). Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Yerel Yönetimler İçin Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Teknik El Kitabı*.
31. Tarsuslu, T., Yümin, E. T., Öztürk, A., & Yümin, M. (2010). Kronik fiziksel özürlü bireylerde ağrı, depresyon, anksiyete ve fonksiyonel bağımsızlık ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Ağrı*, 22(1), 30-36.
32. Tufan, İ., & Arun, Ö. (2006). Türkiye bilimsel ve teknik araştırma kurumu Türkiye özürlüler araştırması. 2. baskı. *Ankara: DİE Matbaası*.
33. Tuğrul, M. (2015). *Migren ve Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Bireylerin Bakım Verme Yükleri Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
34. Türkçapar M.H. (2013) Bilişsel Terapi: *Temel ilkeler ve uygulama*, 5. Baskı, HYB Ankara. S. 86-87

35. Türkoğlu, A. (2013). *Depresif Bozukluğu Olan Kadın Hastalarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlarla İlişkisi*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi. Eskişehir:
36. Yalom, I. (2008). Güneşe bakmak ölümlle yüzleşmek (Z. İyidoğan Babayiğit, Trans.). İstanbul: Kabalcı Yayınevi.
37. Yaylı, A., & Öztürk, Y. (2006). Konaklama işletmeleri yöneticilerinin bedensel engelliler pazarına bakış açıları üzerine bir araştırma. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 17(1), 87-97.
38. Yiğitalp G., ve Saka G. (2017). Çevresel asbeste maruz kalan erişkin bireylerde kaygı ve umutsuzluk düzeyleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 44(4), 355- 364.
39. Yıldırım, E., Tan, M. N. (2017). Depresyonda Risk Faktörleri, Belirti ve Bulgular. *Türkiye Klinikleri Dergisi Aile Hekimliği-Special Topics*, 8(1):15-20.
40. Yüksel, İ. (2003). İşsizliğin psiko-sosyal sonuçlarının incelenmesi (Ankara örneği). *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(2), 21-38.

İngiliz dilinde

41. Abela, J. R. Z., and D'Alessandro, D. U. (2002). Beck's cognitive theory of depression: A test of the diathesis-stress and causal mediation components. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(2), 111– 128.
42. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
43. Anjum, A., Yazid, M. D. I., Fauzi Daud, M., Idris, J., Ng, A. M. H., Selvi Naicker, A., ... & Lokanathan, Y. (2020). Spinal cord injury: pathophysiology, multimolecular interactions, and underlying recovery mechanisms. *International journal of molecular sciences*, 21(20), 7533.
44. Barnes, C., & Mercer, G., Priestley, M., Jolly, D., Pearson, C., Ridell, S. (2007). Direct payments and disabled people in the UK: supply, demand and devolution. *British Journal of Social Work*, 37(7), 1189-1204.
45. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G., (1987). *Cognitive therapy of depression*. The Guilford Press, New York

46. Beck, A. T., and Rush, A. J. (1976). Research on suicide, depression and anxiety. Paper presented at the meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New York, December
47. Benam, N., Miller, W. C., Tao, G., Mortenson, W. B., & Schmidt, J. (2023). Anxiety and Social Support Are Associated with Loneliness among Adults with Disabilities and Older Adults with No Self-Reported Disabilities 10 Months Post COVID-19 Restrictions. *Disabilities*, 3(1), 1-11.
48. Bernell, S., & Howard, S. W. (2016). Use your words carefully: what is a chronic disease?. *Frontiers in public health*, 4, 159.
49. Bhutani, S., Bhutani, J., Chhabra, A., & Uppal, R. (2016). Living with amputation: anxiety and depression correlates. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 10(9), RC09.
50. Blagovechtchenski, E., Koriakina, M., Bredikhin, D., Agranovich, O., Kadieva, D., Ermolovich, E., ... & Shestakova, A. N. (2023). Similar Cognitive Skill Impairment in Children with Upper Limb Motor Disorders Due to Arthrogryposis Multiplex Congenita and Obstetrical Brachial Plexus Palsy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 1841.
51. Bostanci, M., Özdel, O., Oguzhanoglu, N. K., Özdel, L., Ergin, A., Ergin, N., & Atesci, F. (2005). Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. *Croatian medical journal*.
52. Brett, M., Baxendale, S. (2001). Motherhood and memory: a review. *Psychoneuroendocrinology*. 26(4): 339-362.
53. Brummelte, S., Galea, L.A.M. (2010). Depression during pregnancy and postpartum: Contribution of stress and ovarian hormones. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 34(5): 766-776.
54. Buber, I. ve Engelhardt, H. (2011). Avrupa'da yaşlı erkekler ve kadınlar arasında yaş ve depresif belirtiler arasındaki ilişki. SHARE'den Bulgular. Karşılaştırmalı Nüfus Çalışmaları , 36 (1).
55. Cantwell, J., Muldoon, O. T., & Gallagher, S. (2014). Social support and mastery influence the association between stress and poor physical health in parents caring for children with developmental disabilities. *Research in developmental disabilities*, 35(9), 2215-2223.

56. Chahini, L. ve Kanazi, G. (2007). Phantom limb syndrome: A review. *Middle East Journal of Anesthesiology*, 19(2), 345-356.
57. Chaudhary, U., Mrachacz-Kersting, N., & Birbaumer, N. (2021). Neuropsychological and neurophysiological aspects of brain-computer-interface (BCI) control in paralysis. *The Journal of physiology*, 599(9), 2351-2359.
58. Choi, H. L., Yang, K., Han, K., Kim, B., Chang, W. H., Kwon, S., ... & Shin, D. W. (2023). Increased Risk of Developing Depression in Disability after Stroke: A Korean Nationwide Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 842.
59. Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., ... Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 391(10128), 1357-1366.
60. Clark, D. M., and Teasdale, J. D. (1982). Diurnal variation in clinical depression and accessibility of memories of positive and negative experiences. *Journal of Abnormal Psychology*, 91,87-95
61. Darvishi, F., Rahmani, M. A., Akbari, B. ve Rahbar, M. (2013). A comparison of relationship between early maladaptive schemas with depression severity in suicidal group and non-clinical sample. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1072–1077.
62. Disner, S. G., Beevers, C. G., Haigh, E. A. P., & Beck, A. T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(8), 467–477.
63. Drouin, M., Kaiser, D. H., & Miller, D. A. (2012). Phantom vibrations among undergraduates: Prevalence and associated psychological characteristics. *Computers in Human Behavior*, 28(4), 1490-1496.
64. Erbiçer, E. S., Metin, A., Cetinkaya, A., & Şen, S. (2021). The relationship between fear of COVID-19 and depression, anxiety, and stress: A meta-analysis. *European Psychologist*, 26(4), 323.
65. Flor, H. (2002). Phantom-limb pain: characteristics, causes and treatments. *The Lancet Neurology*, 1(3), 182-189.
66. Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, 14(1914-1916), 237-58.

67. Germer, C., & Neff, K. (2019). Mindful self-compassion (MSC). In *Handbook of mindfulness-based programmes* (pp. 357-367). Routledge.
68. Gillet, J. P., Calcagno, A. M., Varma, S., Marino, M., Green, L. J., Vora, M. I., ... & Gottesman, M. M. (2011). Redefining the relevance of established cancer cell lines to the study of mechanisms of clinical anti-cancer drug resistance. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *108*(46), 18708-18713.
69. Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004) Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation 110 of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*, 41-54.
70. Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2006). Emotion regulation: Conceptual foundations. *Handbook of emotion regulation*.
71. Gulati, S., & Sondhi, V. (2018). Cerebral palsy: an overview. *The Indian Journal of Pediatrics*, *85*, 1006-1016.
72. Hauser, S. L., & Cree, B. A. (2020). Treatment of multiple sclerosis: a review. *The American journal of medicine*, *133*(12), 1380-1390.
73. He, L., Zheng, Z., Li, X., Cao, X., Zhang, J., Chen, C., ... & Liu, Z. (2023). Association of spouse's health status with the onset of depressive symptoms in partner: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study. *Journal of Affective Disorders*.
74. Heslin, M., Desai, R., Lappin, J. M., Donoghue, K., Lomas, B., Reininghaus, U., ... & Morgan, C. (2016). Biological and psychosocial risk factors for psychotic major depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *51*(2), 233-245.
75. Jorm, A.F., & Reavley, N.J. (2013). Depression and stigma: from attitudes to discrimination. *The Lancet*, *381*(9860), 10-11.
76. Karki P, Shahi PV, Sapkota KP, Bhandari R, Adhikari N, Shrestha B (2023). Depressive symptoms and associated factors among persons with physical disabilities in disability care homes of Kathmandu district, Nepal: A mixed method study. *PLOS Glob Public Health* *3*(1)
77. Kelleci, M., & Doğan, S. (2001). The examination of nurses' approaches to the individuals who had depression associated with other physical diseases. *Alpha Psychiatry*, *2*, 161-68.

78. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, (62), 593-602.
79. Kolt, G (2012) Experience health and fitness information for mature adults.
80. Kuznia, A. L., Hernandez, A. K., & Lee, L. U. (2020). Adolescent idiopathic scoliosis: common questions and answers. *American family physician*, 101(1), 19-23.
81. Kyriazis, Z., Kollia, P., Grivea, I., Stefanou, N., Sotiriou, S., & Dailiana, Z. H. (2023). Polydactyly: Clinical and molecular manifestations. *World Journal of Orthopedics*, 14(1), 13-22.
82. Latchford, G. (2003). *Accident and trauma*. Handbook of clinical health psychology içinde (s. 347-365). Chichester: John Wiley & Sons Limited.
83. Lefebvre, M. F. (1981). Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(4), 517–525.
84. Lindemann, J.E. (1981). Cerebral Palsy. *Psychological and behavioral aspects of physical disability: A manual for health practitioners I*, 117- 146. New York: Plenum Press.
85. Lotfaliany, M., Bowe, S. J., Kowal, P., Orellana, L., Berk, M., & Mohebbi, M. (2018). Depression and chronic diseases: Co-occurrence and communality of risk factors. *Journal of affective disorders*, 241, 461-468.
86. Malik, S.A.J.I.D. (2014). Polydactyly: phenotypes, genetics and classification. *Clinical Genetics*, 85(3), 203-212.
87. Manderscheid, R. W., Ryff, C. D., Freeman, E. J., Mcknight-eily, L. R., Dhingra, S. ve Strine, T. W. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. *Preventing Chronic Disease*, 7(1), 1–6.
88. Marcus, M., Yasamy, M. T., Ommeren, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Depression. A Global Public Health Concern.
89. McDaniel, J.W. (1976). Physical disability and human behavior (2. Baskı). New York: Pergamon Press.
90. McIntyre, S., Goldsmith, S., Webb, A., Ehlinger, V., Hollung, S. J., McConnell, K., ... & Global CP Prevalence Group*. (2022). Global prevalence of cerebral palsy: A systematic analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 64(12), 1494-1506.

91. Melinda Smith, M.A. Living Well with a Disability (2022)
<https://www.helpguide.org/articles/healthy-living/living-well-with-a-disability.htm>
92. Merikangas, K. R., Prusoff, B. A., & Weissman, M. M. (1988). Parental concordance for affective disorders: psychopathology in offspring. *Journal of affective disorders*, 15(3), 279–290.
93. Metts, R. (2004, November). Disability and development. In *Background paper prepared for the Disability and Development Research Agenda Meeting, World Bank Headquarters, Washinton DC* (Vol. 16).
94. Milaneschi, Y., & WJH Penninx, B. (2014). Depression in older persons with mobility limitations. *Current pharmaceutical design*, 20(19), 3114-3118.
95. Mohammed, A., Tomori, O., & Nkengasong, J. N. (2021). Lessons from the elimination of poliomyelitis in Africa. *Nature Reviews Immunology*, 21(12), 823-828.
96. Murray, C. J., Lopez, A. D., & World Health Organization. (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary*. World Health Organization.
97. Neath, J. (1997). Social causes of impairment, disability, and abuse. *Journal of Disability Policy Studies*, 8(1-2), 195-230.
98. Neff, KD, & Tirsch, D. (2013). Self-Compassion and ACT. In.: Kashdan, TB, & Ciarrochi, J.(Orgs.) *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: the seven foundations of well-being*.
99. Neff, KD, (2003), Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
100. Neff, KD, Germer, C. (2017). Self-Compassion and Psychological Well-being. *Oxford Handbooks Online*.
101. Neff, KD. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1–12
102. Ošťádal, M., Lišková, J., Hadraba, D., & Eckhardt, A. (2017). Possible pathogenetic mechanisms and new therapeutic approaches of pes equinovarus. *Physiological research*, 66(3), 403.
103. Ostler, K., Thompson, C., Kinmonth, A. L., Peveler, R. C., Stevens, L., & Stevens, A. (2001). Influence of socio-economic deprivation on the prevalence and

- outcome of depression in primary care: the Hampshire Depression Project. *The British Journal of Psychiatry*, 178(1), 12-17.
104. Ozmen, R. G. (2011). Comparison of Two Different Presentations of Graphic Organizers in Recalling Information in Expository Texts with Intellectually Disabled Students. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 11(2), 785-793.
105. Padyukov, L. (2022, January). Genetics of rheumatoid arthritis. In *Seminars in immunopathology* (Vol. 44, No. 1, pp. 47-62). Berlin/Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
106. Pastuszka, A., Koszutski, T., Horzelska, E., Marciniak, S., Zamłyński, M., & Olejek, A. (2023). Absence of a Hernia Sack in Patients Undergoing Prenatal Repair of Spina Bifida Increases the Risk of Developing Shunt-Dependent Hydrocephalus. *Diagnostics*, 13(3), 343.
107. Rajati, F., Ashtarian, H., Salari, N., Ghanbari, M., Naghibifar, Z., & Hosseini, S. Y. (2018). Quality of life predictors in physically disabled people. *Journal of education and health promotion*, 7.
108. Ranna Parekh, M.D., M.P.H. (2017) "What Is Depression?". American Psychiatric Association.
109. Richards, D. & Salamanca Sanabria, A. (2014). Point-Prevalence of Depression and Associated Risk Factors. *The Journal of Psychology*, 148(3), 305-326.
110. Richardson, E.J., Richards, J.S. ve Boyer, B.A. (2008). *Spinal cord injury. Comprehensive handbook of clinical health psychology* (1. Baskı) içinde (s. 229- 250). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
111. Rosenbaum, P. R. (2007). Interference between units in randomized experiments. *Journal of the american statistical association*, 102(477), 191-200.
112. Royer, J., Bernhardt, B. C., Larivière, S., Gleichgerrcht, E., Vorderwülbecke, B. J., Vulliémoz, S., & Bonilha, L. (2022). Epilepsy and brain network hubs. *Epilepsia*, 63(3), 537-550.
113. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2009). *Mood disorders: Epidemiology*. In Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry H. Kaplan, & B. J. Sadock (Eds.). (7th ed.). Philadelphia.
114. Sag, E., Uzunoglu, B., Bal, F., Sonmez, H. E., Demir, S., Bilginer, Y., & Ozen, S. (2019). Systemic onset juvenile idiopathic arthritis: a single center experience.

115. Schilder, P. (1999). *The image and appearance of the human body*. Oxfordshire: Routledge Taylor & Francis Group.
116. Science Daily., (2012). *Anxiety disorders, Anxiety Disorders Linked To Physical Conditions*.
117. Sherman, J. E., DeVinney, D. J., & Sperling, K. B. (2004). Social Support and Adjustment After Spinal Cord Injury: Influence of Past Peer-Mentoring Experiences and Current Live-In Partner. *Rehabilitation psychology*, 49(2),140-149.
118. Simpson, E. S. C. ve Weiner, J. A. (Ed.) (1989). *The Oxford Encyclopaedic English Dictionary*. Oxford: Clarendon Press.
119. Stewart-Sandusky, M. (2016, 3 5). SS Therapy and Consulting. Retrieved from <http://www.sstherapyandconsulting.com/blog>
120. Tarsuslu, T., & Livanelioglu, A. (2010). Relationship between quality of life and functional status of young adults and adults with cerebral palsy. *Disability and rehabilitation*, 32(20), 1658-1665.
121. Tatar, Y. (2010). Body image and its relationship with exercise and sports in Turkish lower-limb amputees who use prosthesis. *Science & Sports*, 25(6), 312-317.
122. Thompson, K (2011) Depression and disability.
123. Turner, R. J., Lloyd, D. A., & Taylor, J. (2006). Physical disability and mental health: An epidemiology of psychiatric and substance disorders. *Rehabilitation Psychology*, 51(3), 214.
124. Uwimbabazi, M.P., Muziki, J. D. A., Muhayisa, A., Uwera, T., & Mutabaruka, J. (2023). The mediating role of anxiety between negative feelings and depression among students with congenital physical disabilities. *Plos one*, 18(3), e0281430.
125. Wildemann, B., Ignatius, A., Leung, F., Taitsman, L. A., Smith, R. M., Pesántez, R., ... & Jupiter, J. B. (2021). Non-union bone fractures. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(1), 57.
126. World Health Organization (2011). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva
127. World Health Organization (2016). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva
128. World Health Organization (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva.

129. World Health Organization (2018). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva.
130. World Health Organization (2022). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva.
131. Wright, B. A. (1983). Coping, succumbing, and hoping. In B. A. Wright, Physical disability - a psychosocial approach (pp. 193–216). HarperCollins Publishers.
132. Xin, Y., & Ren, X. (2022). Predicting depression among rural and urban disabled elderly in China using a random forest classifier. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-11.
133. Zheng, X., Chen, G., Song, X., Liu, J., Yan, L., Du, W., Pang, L., Zhang, L., Wu, J., Zhang, B. ve Zhang, J. (2011). Twenty-year trends in the prevalence of disability in China. *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 788-797.

ӨЛАҮӨЛӨР

1. Sosial-demoqrafik xüsusiyyətlər və fiziki məhdudiyyət haqqında anket sorğusu

Bu anket sorğusu Azərbaycanda anadangəlmə və sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyyəti olan şəxslərin sosial-demoqrafik xüsusiyyətləri və fiziki məhdudiyyətləri haqqında məlumatları müəyyənləşdirmək məqsədilə hazırlanmışdır. Sorğuda iştirak tamamilə anonimlik və könüllülük prinsipi əsasında aparılacaqdır. Burada qeyd edilmiş heç bir məlumat elmi məqsədlərdən əlavə formalarda istifadə edilməyəcək və paylaşılmayacaqdır. Sualları cavablandırın zaman bildirəcəyiniz məlumatların doğruluğu aparılacaq tədqiqatın nəticəsi üçün çox vacibdir. Ona görə də xahiş edirik ki, anketdə sizə görə ən uyğun cavabı qeyd edəsiniz.

Araşdırmaya verdiyiniz töhfə üçün təşəkkür edirəm!

Aynur İsmayilli

Xəzər Universiteti

Klinik psixologiya ixtisası üzrə magistratura tələbəsi

| Sosial-demoqrafik xüsusiyyətlər və fiziki məhdudiyyət haqqında anket sorğusu |
|--|
| A. Sosial-demoqrafik xüsusiyyətlər |
| 1. Cinsiniz: a) Qadın b) Kişi |
| 2. Yaşınız: _____ |
| 3. Təhsil pilləniz: a) ibtidai təhsil (I-IV sinif) b) ümumi orta təhsil (V-IX sinif) c) tam orta təhsil (X-XI sinif) d) peşə ixtisas təhsili (ilk peşə, texniki peşə, yüksək peşə) e) orta ixtisas təhsil f) ali təhsil (bakalavriat, magistratura, doktorantura) |
| 4. A. Ailə vəziyyətiniz: a) subay b) evli c) dul d) boşanmış B. Evlisinizsə, uşaq sayı neçədir? a) yoxdur b) 1 c) 2 d) 3 + |
| 5. Peşəniz: _____ |

| |
|--|
| 6. Hal-hazırda işləyirsiniz? a) İşləyirəm (qeyd edin: _____) b) İşləmirəm |
| 7. Ekonomik vəziyyətinizi necə qiymətləndirərsiniz? a) çox pis b) pis c) orta d) yaxşı e) çox yaxşı |
| B. Fiziki məhdudiyət haqqında |
| 8. Fiziki məhdudiyətiniz nə vaxtdan etibarən var? a) anadangəlmə b) sonradan qazanılmış |
| 8. B-1. Fiziki məhdudiyətinizin sonradan qazanılmasına səbəb nədir? _____ |
| 8. B-2. Nə qədər müddətdir sonradan qazanılmış fiziki məhdudiyətiniz var? _____ |
| 8. B-3. Vəziyyətiniz haqqında ilk dəfə öyrəndiyiniz zaman hansı hissləri keçirdiniz? a) şok-inkar b) qəzəb c) kədər (depressiv əhval-ruhiyyə) d) qəbullanma |
| 8. B-4. Hal-hazırda vəziyyətinizlə bağlı hansı hissləri keçirirsiniz? a) şok-inkar b) qəzəb c) kədər (depressiv əhval-ruhiyyə) d) qəbullanma |
| 9. Hansı tezliklə xəstəxanaya/reabilitasiyaya müraciət edirsiniz? a) ildə bir neçə dəfə b) ayda bir neçə dəfə c) həftədə bir neçə dəfə d) demək olar ki, gündəlik |
| 10. Həyatınıza təsir edən başqa bir fizioloji probleminiz/xəstəliyiniz var? Varsa, fizioloji probleminiz/xəstəliyiniz: _____ |
| 11. Ailədə başqa fiziki məhdudiyətli şəxs var? a) var b) yoxdur |

Varsa, fiziki məhdudiyyət növü: _____

12. Fiziki məhdudiyyətiniz həyatınızda ən çox nəyə təsir edir?

- a) ailə həyatına
- b) sosial həyata
- c) psixi sağlamlığa
- d) fiziki fəaliyyətlərə
- e) hər şeyə təsir edir
- f) heç nəyə təsir göstərmir

2. Hamiltonun depressiya reytingi cədvəli (HAM-D)

Klinisistlər üçün təlimat: HAM-D cədvəli 21 bənddən ibarətdir. Ümumi bal ilk 17 bəndin ballarını cəmləməklə hesablanır. Cədvəl təxminən 20-25 dəqiqə çəkən klinik müsahibə keçirməklə doldurulur. HAM-D-nin doqquz bəndində olan simptomlar 5-ballı cədvəl əsasında qiymətləndirilir (0 – yoxdur; 1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub; 2 – orta dərəcədə ifadə olunub; 3 – ağır dərəcədə ifadə olunub; 4 – kəskin ağır dərəcədə ifadə olunub), səkkiz bənd isə 3-ballı cədvəl əsasında qiymətləndirilir (0; 1; 2). Simptomların qiymətləndirilməsi xəstənin son bir neçə gün (1 həftə) ərzində olan klinik halını əks etdirir. Cədvəldən ardıcıl şəkildə istifadə etməklə klinisist medikamentoz müalicənin və ya psixoterapiyanın nəticələrini sənədləşdirə bilər.

Klinik müsahibə tamamilə anonimlik və könüllülük prinsipi əsasında keçiriləcəkdir. Klinik müsahibədə qeyd edilmiş heç bir məlumat elmi məqsədlərdən əlavə formalarda istifadə edilməyəcək və paylaşılmayacaqdır. Sualları cavablandıran zaman bildirəcəyiniz məlumatların doğruluğu aparılacaq tədqiqatın nəticəsi üçün çox vacibdir.

Hamiltonun Depressiya Reytingi Cədvəlində ümumi balların qiymətləndirilməsi:

| İlk 17 bəndin ümumi balları |
|---|
| 0-7 – Norma |
| 8-13 – Yüngül dərəcəli depressiv pozuntu |
| 14-18 – Orta ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu |
| 19-22 – Ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu |
| > 23 – Çox ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu |

1. Depressiv əhval-ruhiyyə (məyusluq, ümitsizlik, əlacsızlıq, özünü əhəmiyyətsiz hiss etmə)

0 – yoxdur

1 – bu hisslər yalnız sorğu zamanı məlum olur

2 – bu hisslər sorğusuz da spontan olaraq verbal ifadə olunur

3 – bu hisslər həm verbal, həm də qeyri-verbal (xəstənin mimikası, pozası, səsi, ağlaması) vasitələrlə ifadə olunur

4 – xəstə yalnız bu hissləri həm spontan verbal ifadələrlə, həm də qeyri-verbal şəkildə ifadə edir

2. Günah hissi

0 – yoxdur

1 – öz-özünü günahlandırır, hesab edir ki, digər insanları pis vəziyyətdə qoyub

2 – günah fikirləri, keçmişdə edilən səhvlər və ya günahlar barədə fikirləşir

3 – hal-hazırkı xəstəliyi cəza kimi qəbul edir; günahkarlıq sayıqlamaları

4 – xəstə günahlandırıcı və hədələyici səslər eşidir və ya onda hədələyici görmə hallüsinasiyaları (qarabasma) olur

3. İntihar niyyətləri

0 – yoxdur

1 – hiss edir ki, yaşamağa dəyməz

2 – ölməyi arzulayır və ya ölüm ehtimalları barəsində fikirləşir

3 – intihar fikirləri və ya intihar jestləri

4 – intihar təşəbbüsləri (hər hansı ciddi intihar təşəbbüsü 4 balla qiymətləndirilir)

4. Erkən yuxusuzluq

0 – yoxdur

1 – şikayət edir ki, vaxtaşırı yuxuya getməyə çətinlik çəkir (məsələn, 30 dəqiqədən artıq)

2 – hər gecə yuxuya getməyə çətinlik çəkir

5. Gecə ərzində yuxusuzluq

0 – yoxdur

1 – şikayət edir ki, gecə ərzində narahat yatır

2 – şikayət edir ki, gecə ərzində dəfələrlə oyanır – hər hansı yataqdan durma halı (fizioloji tələbatları ödəməkdən başqa) 2 balla qiymətləndirilir

6. Erkən səhər saatlarında yuxusuzluq

0 – yoxdur

1 – erkən səhər saatlarında oyanır, lakin yenidən yuxuya gedir

2 – yataqdan durduqdan sonra yenidən yuxuya getmək mümkün deyil

7. İş və fəaliyyət qabiliyyəti

0 – çətinliklər yoxdur

- 1 – qabiliyyətsizlik fikirləri və hissləri; fəaliyyətlə (iş və ya hobbi) bağlı olan halsızlıq və yorğunluq hissi
- 2 – fəaliyyətə (iş və ya hobbi) olan marağın itməsi; xəstə bunu birbaşa şikayətlərlə və ya dolayısı yollarla – süstlük, qətiyyətsizlik (fəaliyyətə başlamaq və ya onu davam etdirmək üçün əlavə cəhdlərin lazım olması hissi) ifadə edir
- 3 – fəaliyyətə sərf olunan real vaxtın azalması və ya fəaliyyətin səmərəliliyinin azalması
- 4 – xəstəlik nəticəsində işin dayandırılması; xəstənin gündəlik məişət işlərindən başqa digər fəaliyyət göstərməməsi və ya gündəlik məişət işləri ilə də köməksiz məşğul ola bilməməsi 4 balla qiymətləndirilir.

8. Psixomotor süstlük (təfəkkürün və nitqin ləngiməsi, diqqəti cəlb etmə qabiliyyətinin azalması, motor aktivliyinin azalması)

- 0 – normal nitq və təfəkkür
- 1 – müsahibə zamanı yüngül ləngimə müşahidə edilir
- 2 – müsahibə zamanı nəzərə çarpan ləngimə müşahidə edilir
- 3 – müsahibə keçirmək çətinidir
- 4 – tam stupor

9. Ajitasiya (təlaş)

- 0 – yoxdur
- 1 – həyəcan qeyd edilir
- 2 – həyəcanlı əl hərəkətləri, saçla oynama və s.
- 3 – xəstə həyəcandan bir yerdə otura bilmir
- 4 – daim barmaqları şaqqıldatmaq, dırnaqları çeynəmək, saçı yolmaq, dodaqları dişləmək

10. Təşviş (psixoloji)

- 0 – yoxdur
- 1 – subyektiv gərginlik və qıcıqlanma
- 2 – az əhəmiyyətli səbəblərdən təşviş keçirməsi
- 3 – təşviş xəstənin sifət ifadəsində və səsində müşahidə edilir
- 4 – sorgusuz da ifadə edilən qorxular

11. Təşviş (somatik əlamətləri) Təşvişin fizioloji əlamətləri (məsələn, vegetativ sinir sisteminin hiperreaktivliyi, titrəmələr, dispepsiya, qarın nahiyəsində sancılar, diareya, gəyirmələr, ürəkdöyünmələri, hiperventilyasiya, paresteziyalar, dərinin qızarması, tərləmələr, baş ağrıları, sidiyə getmənin tezləşməsi. Dərmanların mümkün olan yanaşı effektlərinə (məsələn, ağızda quruluq, qəbizlik) aid olan şikayətlər barəsində sorğudan daşın.

- 0 – yoxdur
- 1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub
- 2 – orta dərəcədə ifadə olunub
- 3 – ağır dərəcədə ifadə olunub
- 4 – kəskin ağır dərəcədə ifadə olunub

12. Qastrointestinal somatik simptomlar

- 0 – yoxdur
- 1 – iştahanın itməsi, lakin xəstə başqalarının təkidi olmadan qidanı qəbul edir. Qida qəbulunun miqdarı təxminən normaldır
- 2 – başqaların təkidi olmadan qidanın qəbulunda çətinliklər.
- 3 – əhəmiyyətli dərəcədə qida qəbulunun miqdarının azalması

13. Ümumi somatik simptomlar

- 0 – yoxdur
- 1 – ətraflarda, başda, kürəkdə ağırlıq hissi. Baş, kürək, əzələ ağrıları, enerjinin itməsi, tez yorulma
- 2 – yuxarıda göstərilən simptomlardan hər hansının kəskin dərəcədə ifadəsi 2 balla qiymətləndirilir

14. Cinsi simptomlar (libidonun itməsi, cinsi aktivliyin enməsi, menstrual pozuntular)

- 0 – yoxdur
- 1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub
- 2 – kəskin dərəcədə ifadə olunub

15. İpoxondriya

- 0 – yoxdur

- 1 – öz bədəninə artmış diqqət
- 2 – xəstənin əsas diqqəti öz sağlamlığı ətrafında cəmlənib
- 3 – tez-tez səhhəti barəsində şikayət edir, ona kömək etməyi xahiş edir və s.
- 4 – ipoxondrik sayıqlama fikirləri

16. Bədən çəkisinin azalması

A. anamnezə əsasən

- 0 – yoxdur
- 1 – mövcud olan xəstəlik nəticəsində ehtimal edilən bədən çəkisinin azalması
- 2 – əhəmiyyətli dərəcədə bədən çəkisinin azalması (xəstənin sözlərinə əsasən)

B. həftəlik bədən çəkisinin ölçülməsinə əsasən

- 0 – yoxdur və ya həftədə 0.5 kiloqramdan az
- 1 – həftədə 0.5 kiloqramdan 1 kiloqrama qədəri
- 2 – həftədə 1 kiloqramdan artıq

17. Öz halına tənqidi yanaşma

- 0 – öz halına tənqidi var, anlayır ki, xəstədir və depressiya halındadır
- 1 – xəstəlik olduğunu qəbul edir, lakin onu yalnız pis qida ilə, iqlimlə, yorğunluqla və s. əlaqələndirir
- 2 – öz halına tənqidi yanaşma yoxdur, xəstə olduğunu tamamilə inkar edir

18. Gün ərzində əhval-ruhiyyənin dəyişməsi (A və B bəndlərə əsasən)

A. Xəstənin halının günün hansı hissəsində ağırlaşmasını qeyd edin

- 0 – gün ərzində xəstənin halı dəyişmir
- 1 – səhərlər
- 2 – axşamlar

B. Əgər xəstənin halının gün ərzində dəyişməsi mövcuddursa, bu dəyişmələrin hansı dərəcədə olduğunu qeyd edin

- 0 – gün ərzində xəstənin halı dəyişmir
- 1 – yüngül dərəcədə dəyişir
- 2 – nəzərə çarpan dərəcədə dəyişir

19. Depersonalizasiya və derealizasiya (öz şəxsiyyəti və ətraf mühitlə bağlı anlayışın dəyişməsi; məsələn, qeyri-reallıq hissi, nihilistik fikirlər)

- 0 – yoxdur
- 1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub
- 2 – orta dərəcədə ifadə olunub
- 3 – ağır dərəcədə ifadə olunub
- 4 – kəskin ağır dərəcədə ifadə olunub

20. Paranoid simptomlar

- 0 – yoxdur
- 1 – ifrat dərəcədə şübhəlilik
- 2 – münasibət ideyaları
- 3 – təqib və münasibət sayıqlamaları

21. Obsessiv-kompulsiv simptomlar

- 0 – yoxdur
- 1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub
- 2 – kəskin dərəcədə ifadə olunub

Nəticə

Tarix:

Hamiltonun Depressiya Reytinqi Cədvəlində ümumi bal: