

XƏZƏR UNIVERSİTETİ

Fakültə: Təbiət elmləri, sənət və texnologiya yüksək təhsil

Departament: Psixologiya

İxtisas: Klinik psixologiya

MAGİSTR DİSSERTASIYA İŞİ

DƏRİ XƏSTƏLİKLƏRİ OLAN İNSANLARIN TƏHSİL SƏVİYYƏLƏRİNƏ GÖRƏ DEPRESSİYANIN ÖYRƏNİLMƏSİ

İddiaçı: _____ Aybəniz Nadir qızı Həsənova

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

BAKİ - 2025

MÜNDƏRİCAT

GİRİŞ	3
I FƏSİL. ƏDƏBİYYAT XÜLASƏSİ	7
1.1. Dəri xəstələrinin sosial-psixoloji vəziyyətinin təhlili	7
1.1.1. Dəri xəstələrinin sosial-demoqrafik vəziyyəti	11
1.2. Dəri xəstəliklərinin klinik-psixoloji mənzərəsi	14
1.2.1. Dəri xəstəliklərinin psixosomatikası	19
1.2.2. Dəri xəstəliklərinin somatopsixologiyası	28
1.3. Depressiyanın klinik-psixoloji mahiyyəti	32
1.4. Dəri xəstəliklərinin depressiyanın yaranmasında rolu	40
1.5. Orta təhsilli və ali təhsilli dəri xəstəliyi olan insanlarda depressiyanın öyrənilməsi	45
II FƏSİL. METOD VƏ METODOLOGİYA	50
2.1. Tədqiqatın təşkili və keçirilməsi	50
2.2. Tədqiqatın metodikalar və metodları	50
2.2.1. Klinik-psixoloji metodikalar	50
2.2.2. Statistik metodlar	51
III FƏSİL. TƏDQİQAT MƏLUMATLARININ STATİSTİK TƏHLİLİ	53
3.1. Tədqiqat zamanı alınan nəticələrin təhlili	53
3.2. Tədqiqat nəticələrinin statistik təhlili	60
NƏTİCƏ	71
ƏDƏBİYYAT SİYAHISI	75
ƏLAVƏLƏR	84

GİRİŞ

Mövzunun aktuallığı və işlənmə dərəcəsi. Dəri xəstəlikləri müasir dövrün mühüm ictimai sağlamlıq problemi kimi qiymətləndirilir. Dəri xəstəlikləri ağırlıq dərəcəsinə əsasən dünya miqyasında insanların 30%-dən 70%-ə qədərini əhatə edir. 2017-ci ildən günümüze qədər aparılan statistik hesabatlarla əsasən hal-hazırda dünya əhalisinin təqribən 42 milyonunda dəri xəstəlikləri olduğu müəyyən edilmişdir. 1990-cı ildən hal-hazırkı dövrə qədər dəri xəstəliklərində 39 milyon artım olduğu müəyyən olunmuşdur. Azərbaycanda 2024-cü ilin hesabatlarında rəsmi olaraq 75.898 nəfərdə dəri xəstəlikləri olduğu qeydə alınmışdır. Nəzərə alsaq ki, statistik göstəricilərdə yalnız həkimə müraciət edən xəstələrdir, həkimə müraciət etməyən şəxsləri də nəzərə alsaq qeyd edilən bu rəqəmlər real vəziyyətdə daha da yüksəkdir.

Dəri xəstəlikləri ilə olan uzunmüddətli araşdırmalara əsasən bir çox dermatoloji problemlərin həm psixi vəziyyət, həm də sosial amillər (gəlir səviyyəsi, təhsil səviyyəsi və s.) ilə əlaqəli olması müəyyən edilmişdir. Ümumi olaraq dəri xəstəliklərinin 70%-i psixosomatik xəstəliklər qrupuna aiddir. Psixoloji amil həm dəri xəstəliklərinin təzahüründə, həm də onların residivinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir edir. Dermatologiyada psixosomatik xəstəliklər qrupuna klinik cəhətdən aydın olan atopik dermatit, psoriaz, rozasea, sızanaq xəstəliyi, yastı dəmrov, təkrarlanan herpes, övrə, vitiliqo xəstəlikləri daxildir. Bu xəstəliklərin təzahürlərində və kəskinləşməsində psixogen amillərin rolu daha çoxdur. Xüsusilə də psixogen təsirlərin atopik dermatit və psoriazin təzahürü, kəskinləşməsi üçün əsas risk faktoru olma ehtimalı yüksəkdir (Мостовая, 2015). Psoriazda dermatozun təzahürünə və ya kəskinləşməsinə səbəb olan psixogen təsirlər xəstələrin 25-60%-də müşahidə olunur. Eyni zamanda, psoriaz və atopik dermatit xəstələrində övrə, təkrarlanan herpes və s. olan xəstələrə nisbətən psixotravmatik vəziyyətin təsiri daha çox müşahidə olunur. Rozasea olan xəstələrin 44,7%-də dermatozun inkişafından əvvəl güclü psixotravmalar olduğu müşahidə olunur; 67% hallarda bu xəstəliyin kəskinləşməsinə stressin səbəb olduğu müəyyən edilmişdir. Psixotravmalar yastı dəmrov və övrə (təxminən 25-70% hallarda) əsasən də sızanaq xəstəliyinin (77%) təzahüründə güclü təsirə malikdir (Арсеньева, 2014.).

Göstəricilərə nəzər saldıqda dünyada və ölkəmizdə dəri xəstəliklərində artım olduğu müşahidə edilir. Dəri xəstəlikləri sosial və psixoloji amillər ilə əlaqəli olaraq təzahür edə bilər. Belə ki, tədqiqat işinin mövzusu hal-hazırda xüsusi aktualıq tələb edən problemdir.

Tədqiqat zamanı xarici araşdırmalara diqqət yetirilmiş və istinadlar edilmişdir. Belə ki, ölkəmizdə dəri xəstəliklərinin psixoloji tərəflərinin araşdırılmasına dair tədqiqat işləri mövcud deyildir. Xarici ədəbiyyatlarda isə dəri xəstələrində depressiyanın təhsil səviyyəsinə əsasən tədqiqinə dair çoxlu sayda aparılan tədqiqatlar mövcuddur.

K.Mento, A.Rizzo, M.Rozariya və A.Bruno 2020-ci ildə dəri xəstələrinin xəstəlik tarixçəsi və ümumi psixoloji vəziyyətini tədqiq etmişdirlər. Belə ki, tədqiqatçılar dəri xəstələrində, depressiya səviyyəsinin xəstəliyin təzahür dərəcəsinə əsasən fərqli olduğunu həmçinin də gəlir və təhsil səviyyəsinə əsasən də fərqləndiyini öyrənmişdirlər (Chen, Maidof, Lyga, 2016).

Y.Nurye, M.Tareke, M.Tadesse və T.Mekonon 2022-ci ildə xroniki dəri xəstələri ilə aparmış olduqları tədqiqat işində dəri xəstələrində sosial-demoqrafik göstəricilərə əsasən (cinsiyyət, yaş, təhsil, məşğulluq statusu) depressiyanın fərqli təzahür etdiyini müəyyən etmişdirlər (Nurye, Tareke və baş., 2023).

M.Qoryaçkin 2002-ci ildə Tomsk şəhəri dəri dispanserində sızanaq xəstəliyi olan şəxslərin psixo-emosional vəziyyətini tədqiq etmişdir. M.Qoryaçkin sızanaq problemi olan xəstələrdə gəlir və təhsil səviyyəsinin depressiyanın təzahürü ilə əlaqəli olduğunu müəyyən etmişdir (Павлова, 2008).

E.Voronina 2004-cü ildə depressiyadan əziyyət çəkən qadınlar ilə tədqiqat işi aparmışdır. Araşdırma zamanı depressiyadan əziyyət çəkən qadınların əksəriyyətində əsasən dəri problemlərinin olduğunu müşahidə etmişdir. Həmçinin tədqiq olunanların sosial-demoqrafik göstəricilərin əsasən bu qadınlarda depressiyanın təzahür səviyyələri arasında anlamlı fərq olduğu müəyyən edilmişdir (Павлова, 2008).

K.Baz, A.Ertekin, A.Köktürk və həmkarları 1999-cu ildə Mersin şəhər xəstəxanasında dermatoloji problemləri olan xəstələrin təhsil səviyyələrinə əsasən depressiya səviyyəsi arasında anlamlı əlaqə olduğunu müəyyən etmişdirlər (Onsun, 2000).

H.Güz, A.Meryem və N.Dilbaz (2000) Qaradəniz dəri zöhrəvi xəstəlikləri dərnişinin təşəbbüsü ilə 2000-ci ildə dəri xəstələri ilə aparmış olduqları tədqiqat işinin nəticələrinə əsasən dəri xəstələrində depressiya, təşviş və aleksitimiya olduğu müəyyən edilmişdir. Həmçinin dəri xəstələrinin təhsil səviyyəsinin onların psixoloji vəziyyətinə təsiri olduğu da müəyyən edilmişdir.

İ.Yaluğ, G.Aydoğan və M.Savrun 2000-ci ildə İstanbul elm və tədqiqatlar mərkəzində psoriadzdan əziyyət çəkən xəstələrdə depressiya və aleksitimiyanın yüksək səviyyədə təzahür olunduğu müəyyən etmişdirlər. Həmçinin ailə vəziyyəti və təhsil səviyyəsinin də depressiyanın təzahüründə rolu olduğu öyrənilmişdir (Tüzün, Dolar, 2000).

Tədqiqatın obyektı və predmeti. 100 nəfər 25-65 yaş həddində dəri xəstələri.

Tədqiqatın predmeti dəri xəstələrində depressiyanın təhsil səviyyəsinə əsasən tədqiq edilməsidir.

Tədqiqatın fərziyyələri. Tədqiqat zamanı bir əsas və dörd köməkçi olmaqla, ümumilikdə beş fərziyyə irəli sürülmüşdür.

Əsas fərziyyə:

-Ali təhsilli dəri xəstəliyi olan şəxslərdə depressiyanın səviyyəsi orta təhsilli dəri xəstəliyi olan şəxslərə nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə aşağıdır.

Köməkçi fərziyyələr:

- Dəri xəstəliyi olan ali təhsilli qadınlarda depressiyanın səviyyəsi dəri xəstəliyi olan ali təhsilli kişilərə nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə yüksəkdir.

- Dəri xəstəliyi olan ali təhsilli subay şəxslərdə depressiyanın səviyyəsi dəri xəstəliyi olan ali təhsilli evli şəxslərə nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə yüksəkdir.

- Dəri xəstəliyi olan orta təhsilli qadınlarda depressiyanın səviyyəsi dəri xəstəliyi olan orta təhsilli kişilərə nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə yüksəkdir.

- Dəri xəstəliyi olan orta təhsilli subay şəxslərdə depressiyanın səviyyəsi dəri xəstəliyi olan orta təhsilli evli şəxslərə nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə yüksəkdir.

Tədqiqatın nəticələri. Tədqiqat işindən əldə olunan ümumi nəticələr aşağıda qeyd edilmişdir:

-Ali təhsilli dəri xəstəliyi olan tədqiq olunanlarda depressiya səviyyəsi orta təhsilli tədqiq olunanlara nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə aşağı olduğu müəyyən edilmişdir;

- Tədqiq olunan ali təhsilli qadın dəri xəstələrində depressiya səviyyəsi tədqiq olunan ali təhsilli kişi dəri xəstələrində nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olduğu müəyyən edilmişdir;

- Tədqiq olunan ali təhsilli subay dəri xəstələrində depressiya səviyyəsi tədqiq olunan ali təhsilli evli dəri xəstələrinə nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olduğu müəyyən edilmişdir;

- Tədqiq olunan orta təhsilli qadın dəri xəstələrində depressiya səviyyəsi tədqiq olunan orta təhsilli kişi dəri xəstələrinə nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olduğu müəyyən edilmişdir;

- Tədqiq olunan orta təhsilli subay dəri xəstələrində depressiya səviyyəsi tədqiq olunan orta təhsilli evli dəri xəstələrinə nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olduğu müəyyən edilmişdir.

Tədqiqatın məqsəd və vəzifələri. Dəri xəstələrində təzahür edən depressiyanın təhsil səviyyəsi ilə əlaqəsini təhlil və tədqiq etmək.

Tədqiqat işində qarşıya aşağıdakı vəzifələr qoyulmuşdur:

-Dəri xəstəliklərinin klinik-psixoloji mahiyyətini təhlil etmək;

-Dəri xəstəliklərinin psixosomatikası və somatopsixologiyasını təhlil etmək;

-Dəri xəstələrinin sosial-psixoloji vəziyyətinə nəzər salmaq;

-Dəri xəstələrinin sosial-demoqrafik vəziyyətini müəyyənləşdirmək;

- Depressiyanın klinik-psixoloji mahiyyətini öyrənmək;
- Dəri xəstəliklərinin depressiyanın yaranmasında rolunu müəyyənləşdirmək;
- Təhsil səviyyəsinə əsasən dəri xəstəliyi olan şəxslərdə depressiyanı tədqiq etmək.

Tədqiqat metodları. Tədqiqat işi Respublika Dəri-Zöhrəvi Mərkəzində (№1) aparılmışdır. Tədqiqat üçün əhəmiyyətli olan məlumatların (sosial-demoqrafik göstəricilər, xəstəliyin diaqnozu, diaqnozun qoyulma müddəti) öyrənilməsi üçün müəllif tərəfindən hazırlanan anket istifadə edilmişdir. Tədqiq olunan şəxslərdə depressiya səviyyəsini müəyyənləşdirmək üçün M.Hamiltonun müəllifi olduğu (1988) Hamilton depressiya reytingi cədvəli (HDRS) şkalası istifadə edilmişdir. Tədqiqat işindən əldə olunan məlumatların statistik təhlilini aparmaq üçün IBM SPSS (29.0) proqramından uyğun statistik metodlar işlənilmişdir.

Tədqiqatın icra müddəti. Tədqiqat işi 10 yanvar 2025-ci il tarixindən 25 aprel 2025-ci il tarixinə qədər davam etmişdir.

I FƏSİL. ƏDƏBİYYAT XÜLASƏSİ

1.1. Dəri xəstələrinin sosial-psixoloji vəziyyətinin təhlili

İstənilən bir xəstəlik insanın sosial-psixoloji vəziyyətinə təsirsiz ötüşmür. Həmçinin sosial-psixoloji problemlər stressogen amil olaraq dəri xəstəliyinin təzahürünə və inkişafına səbəb ola bilər. İnsan sosial varlıq olduğu üçün həm cəmiyyətlə sıx əlaqə quraraq formalaşır, həm də özü cəmiyyətə təsir edir. Hər hansısa patoloji vəziyyət (fizioloji və psixoloji) ilk olaraq şəxsin cəmiyyətdəki yerinə təsir göstərir, sosiallaşma prosesinə zərər vurur. Dəri insanı zahiri olaraq xaricdən örtən əsas orqandır. Dəri xəstəlikləri digər orqan xəstəliklərindən fərqli olaraq sosial mühitdə digər şəxslər ilə qarşılıqlı əlaqə zamanı ilk olaraq görünür və müəyyən təəssüratlar (xoş və ya bəd) yaradır. Dəri xəstəlikləri zamanı xəstələrin sosial-psixoloji vəziyyətini təhlil etmək mütləqdir. Həm təsir edici amil olaraq sosial-psixoloji amillər nəzərdən keçirilməli, həm də dermatozun təzahüründən sonra xəstənin sosial-psixoloji vəziyyəti təhlil edilməlidir.

Bütün dövrlərdə dermatoloqlar dəri xəstəliklərinin etiologiyasında təhrikedici amil olaraq xəstələrin sosial-psixoloji vəziyyətinə diqqət etmişdirlər. Avstraliyada aparılan araşdırmada sosial-psixoloji problemləri olan qadınların 53%-də dəri xəstəliklərinin olduğunu müəyyən etmişdirlər. Dəri xəstəliklərinin psixogen xarakterli olması və xüsusilə də sosial-psixoloji durumu əks etdirməsi araşdırmalarda təsdiqini tapmışdır. Ötən əsrin 90-cı illərində Fransa və İngiltərəni əhatə edən araşdırmada çətin həyat hadisələrinin dəri xəstəliklərinin yaranmasına təsiri olduğu öyrənilmişdir. Bu araşdırma dəri xəstəliyinin təzahüründə sosial və psixoloji vəziyyət və retrospektiv vəziyyətə nəzarət tədqiqatları vasitəsilə öyrənilmişdir (Parsad, Dogra, Kanwar, 2003). Psixodinamik yönümlü müəlliflər dəri xəstələrinin premorbid şəxsiyyət xüsusiyyətləri olaraq emosiyaların bastırılmış ifadəsi (xüsusilə qəzəb), sosial arzuolunan davranış və valideyn fəqurlarına əsas etibarsız bağlılıq olaraq təsvir etmişdirlər. Bu fikirlər xüsusi əhəmiyyətə sahib olmuşdur. Belə ki, dəri xəstəlikləri və xəstələrin sosial-psixoloji vəziyyəti arasındakı əlaqəyə dair araşdırmaları stimullaşdırmışdır. Belə ki, dəri xəstəlikləri zamanı xəstələrin sosial-psixoloji vəziyyətinin təsiredici tərəfləri aşağıda qeyd edilmişdir.

Həyat tərzı və dolayı sosial-psixoloji amillər

Dəri xəstəlikləri multifaktorialdır: bir tərəfdən genetik, digər tərəfdən isə sosial amillər buna səbəb olur. Digər xəstəliklərdə olduğu kimi, dəri xəstəlikləri sosial-psixoloji balanssızlıqdan qaynaqlanır. Elmi cəhətdən sübut olunmuş sosial səbəblərə ekoloji amillərdən ionlaşdırıcı şüalanma, kimyəvi maddələr, inhalyasiya olunmuş havadakı fiziki hissəciklər (havanın çirkənməsi), oturaq həyat tərzı, yoluxucu və qeyri-infeksion iltihabi proseslər

daxildir. Bu günə qədər müəyyən edilmiş bir sıra sosial amillər fərdi həyat tərzindən asılıdır ki, bu da öz növbəsində sosial-iqtisadi, sosial-mədəni amillərlə və sosial-psixoloji amillərə bölünür. Xroniki stress, təhsil faktorları, oturaq həyat tərzinin dəri xəstəliyinə təsiri təsdiq edilmişdir.

Fərdi-psixoloji xüsusiyyətlər və sosial dəstək

Hətta 20 il əvvəl aparılan tədqiqatlar şəxsiyyət faktorları ilə dəri xəstəlikləri arasındakı əlaqəni öyrənməyə yönəlmişdi. L.Temoşok kimi amerikalı müəlliflər qeyd edir ki, sabit, hisslərini ifadə edə bilməyən, acizlik və ümitsizlik hissi ilə xarakterizə olunan fərdi-psixoloji xüsusiyyətlərə sahib olan şəxslər adətən sosial dəstək almaqdan çəkinir və problemlərini bölüşmək istəmirlər. Basdırılan duyğular dəri vasitəsi ilə təzahür etmiş olur (Павлова, 2008).

2007-ci ildə Harvard Universitetində aparılan uzunmüddətli araşdırmada dəri xəstəliklərinin proqnostik əhəmiyyəti üçün sosial izolyasiya və sosial dəstək kimi psixososial amillər öyrənilmişdir. A.Counti sosial mühitlərindən daha çox sosial dəstək alan qadınların, daha az sosial dəstəyi olan qadınlarla müqayisədə daha az dəri problemləri ilə qarşılaşdığını müəyyən etmişdir. Mövcud problemlərin açıq müzakirəsi nəticəsində ailə və dostlar tərəfindən daha çox emosional dəstək alan şəxslərin 9%-də, emosional dəstəyi olmayanların isə 39%-də dəri xəstəliklərinin təzahür etmiş olduğu öyrənilmişdir (Hunter, 2015).

Çətin və ani dəyişən həyat hadisələri

Sosial-psixoloji problemlər müxtəlif xəstəliklərin o cümlədən dəri xəstəliklərin inkişafında səbəb olan amil kimi öyrənilmişdir. Çətin sosial şərtlər sosial əngəllər, işsizlik, iş yerindəki xroniki stress, ya da böhranlı həyat hadisələri nəticəsində yaranan vəziyyətlər dəri xəstəliklərinin yaranma riskini artırır. Əksər hallarda, xüsusilə çətin bir həyat hadisəsi, dermatozların təzahürü üçün təhrikedici amil olur. Stress hormonlarının immunosupressiv təsiri ilə dərinin qoruyucu funksiyasının zəifləməsi, psixososial stress və dəri xəstəlikləri arasındakı əlaqə kimi qiymətləndirilir. Xüsusilə də xroniki stress, çətin həyat hadisələri dəri xəstəliklərinin təzahürü və ağırlaşması hallarına əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərmiş olur.

Y.Çida 100 000-dən çox heç bir dəri xəstəliyi olmayan şəxsin iştirak etdiyi, 10 ildən çox müddət çəkən tədqiqat işi aparmışdır. Əvvəllər sosial-psixoloji vəziyyəti müsbət olan fərdlərdə heç bir dəri problemləri müşahidə olunmamışdır. Bu müddət ərzində sosial-psixoloji problemlər yaşayan və anidən çətin həyat şərtləri ilə qarşılaşan 41% tədqiqat olunduqda müxtəlif dərəcəli dəri xəstəliklərinin təzahür etmiş olduğu müəyyən edilmişdir. Sosial-psixoloji vəziyyət ilə dəri xəstəlikləri arasında əlaqənin olma ehtimalının yüksək olduğunu göstərmiş olur (Hunter, 2015).

Tənhalıq və sosial təcrid

Tənhalıq və sosial qarşılıqlı münasibətlərin pozulması dəri xəstəliklərinə səbəb ola bilər. Sağlam və möhkəm sosial əlaqələr demək olar ki, bütün xəstəliklər üçün qoruyucu faktordur. İnsan psixososial varlıq olduğu üçün, ilk olaraq sosial münasibətlərin qurulmasına ehtiyacı vardır. Belə ki, sosial-psixoloji vəziyyət, şəxsin cəmiyyətdə yeri və mövqeyi ilə şərh edilə bilər. Tənhalıq və sosial təcrid həmçinin ünsiyyət çətinlikləri dəri xəstəliyinə təsir edə bilər.

Ağır məsuliyyətlər

S.Qrer və həmkarları tərəfindən 1990-cu ildə aparılan bir araşdırmada daimi ağır məsuliyyətlər dəri xəstəliklərinin təzahürünə səbəb ola bilər. Daha erkən yaşlarda üzərinə çətin və ağır məsuliyyətlər yüklənən şəxslərin 46%-nin yetkin yaşlarda müxtəlif dəri problemləri olduğu müəyyən edilmişdir. M.Vatson 2005-ci ilə 500-dən çox dəri xəstəsi üzərində apardığı perspektiv tədqiqat işində onların daimi ağır məsuliyyətləri (xəstə baxımı, erkən yaşlarda işləmək və s.) olduğunu və bu xəstələrdə çarəsizlik, ümitsizlik hisslərinin üstün olduğunu müəyyən etmişdir (Hunter, 2015).

Yuxarıda sosial-psixoloji vəziyyətin dəri xəstəliklərinin yaranmasına və gedişinə təsir edib-etməməsi ilə bağlı araşdırmalar qeyd edilmişdir. Əsasən, son 30 il ərzində bu məsələlərlə bağlı dərc edilmiş tədqiqatların zənginliyini təhlil edən sisteməlik icmallara və meta-analizlərə diqqət yetirilmişdir. Sosial-psixoloji vəziyyət dəri xəstəliyinin səbəbi (və ya səbəblərindən biri) olub-olmaması sualının öyrənilməsi metodoloji cəhətdən mürəkkəb və çox vaxt aparır. Belə tədqiqatlar bir tərəfdən epidemioloji tədqiqatlara, digər tərəfdən isə eksperimental əsas tədqiqatlara bölünür. Belə ki, qarşılıqlı olaraq dəri xəstəlikləri özü ilə bərabər sosial-psixoloji problemlərin yaranmasına da səbəb ola bilər. Dəri problemləri digər orqanlardan fərqli olaraq sosial mühit tərəfindən görülür. Bu da dəri xəstələrinin sosial-psixoloji durumuna mənfi təsir etmiş ola bilər.

Dəri xəstəliklərində sosial-psixoloji vəziyyət həm xəstəliyin təzahürünə səbəb ola bilər həm də dəri xəstəliyinin səbəbi ilə zərər görə bilər. Dəri xəstələrinin sosial-psixoloji vəziyyətinin təhlilindən əldə olunan məlumatlara əsasən aşağıdakı hallar daha çox müşahidə olunur.

Qarşılıqlı münasibətlərdə problemlər

Dəri xəstəliklərinin təzahür etməsi ilə xəstənin qarşılıqlı münasibətləri pozula bilər. Hər hansısa görülən dermatoz yaxınlıq qurulan insanlar tərəfindən bir çox hallarda xoşagəlməz olaraq qarşılandığı üçün, xəstələrin dostları, tanışları və hətta partnyorları ilə münasibətlərinin pozulması halları müşahidə olunur. Hətta dəri xəstəliyi iş həyatında da çətinliklərə səbəb ola bilər. İş yoldaşları və rəhbərlik ilə münasibətdə xoş qarşılanmayan dəri problemi, iş yerində təcrid olunmaya səbəb ola bilər. Ailədaxili münasibətlərdə də xüsusilə ər və ya arvadın hansısa

dəri xəstəliyinin olması, ər-arvad münasibətlərinin pozulması ilə nəticələnir. Dəri xəstəliyi bir növ “ünsiyyət çətinliyi”nin yaranmasına təkan verir. Kənar şəxslər ilə ünsiyyətə cəhd edərkən həmin şəxslərin ünsiyyətə qarşı həvəssizliyi müşahidə oluna bilər (Hunter, 2015).

Mən obrazı- Fiziki mən

İlk növbədə dəri xəstələrinin Mən obrazında olan dəyişikliyə diqqət göstərmək lazımdır. Belə ki, dermatozların təzahür etməsi şəxsin öz daxili psixoloji vəziyyətini daha da sarsıdır. Mən obrazı ciddi şəkildə zərər görmüş olur. İlk olaraq Fiziki mən obrazında dəyişiklik müşahidə olunur. Dəri problemi xarici görünüşə təsir etdiyi üçün Fiziki mən obrazı yenidən qurulur. Bu vəziyyət isə mənfi Fiziki mənin formalaşmasına səbəb olur. Fiziki məndə olan bu ağırlı dəyişiklik Sosial mən obrazına da mənfi təsir göstərmiş olur. Amerikalı psixoloq C.Hart müraciət edən dəri xəstələrinin, xəstəliyin gedişatı zamanı sosial-psixoloji vəziyyətini müşahidə etmişdir. O müəyyən etmişdir ki, dəri xəstəliyi ağırlaşdıqca, xəstələrdə özünüqiymətləndirmə aşağı olmuş və mənfi Fiziki mən obrazı formalaşmışdır. Xəstəliyin sağalma dövründə olduğu vaxtlarda isə xəstələrin öz fiziki görünüşü haqqında müsbət fikir və düşüncələri olmuşdur. O dəri xəstəliyinin digər xəstəliklərə nisbətən Mən obrazına daha çox təsir etdiyini qeyd etmişdir (Gupta, 2000).

Stigmatizasiya

Dəri xəstəlikləri olan şəxslər adətən müvafiq problemlərini gizlətməyə can atırlar. Lakin buna nail olmaq çox zaman çətin olur. Xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi, yayılma zonası (üz, əllər) elə ola bilər ki, dermatoz mütləq kənardan görünür. İlk daxil olduqları mühitdə belə digər insanlar bunun fərqiə varıb, müxtəlif davranışlar ilə yayınma göstərər bilərlər. Bu stigmatizasiya vəziyyəti dəri xəstələrinin sosial-psixoloji vəziyyətinə mənfi təsir göstərə bilər. Dəri xəstələri stigmatizasiyanın təsiri ilə sosial əlaqələrdən qaçmaq istəyirlər. İnsanların baxışları və davranışları stigmatizasiyaya səbəb olur. Dəri xəstələri yeni əlaqələr qurmaqdan çəkinirlər. Stigmatizasiya sosial təcridə təkan verir.

Depressiv əhval-ruhiyyə

Komorbid (yanışı digər pozuntu əlamətləri də olur) depressiya bir çox ümumi xəstəliklərdə təzahür edə bilər. Strukturlaşdırılmış klinik-psixoloji müəhəbələr dəri xəstəliyi diaqnozundan sonra depressiv əhval-ruhiyyənin nəzərə cərpacaq qədər yüksəldiyini, həmçinin dəri xəstələrinə klinik depressiya diaqnozunun qoyulduğunu göstərmiş olur. Araşdırmaların meta-analizlərində komorbid depressiyanın dəri xəstəliyi ilə əhəmiyyətli dərəcədə korrelyasiya əlaqəsi olduğunu təyin etmiş oluruq. B.Feniks komorbid depressiyası olan dəri xəstələrinin sağalma müddətinin daha uzun olduğunu müəyyən etmişdir (Gupta, 2000).

Ümumi olaraq dəri xəstəliyinin sosial-psixoloji vəziyyətə təsiri iki böyük qrupa ayrılır: sosial-mədəni; fərdi-şəxsi. Dəri xəstələrində sosial-psixoloji vəziyyəti təhlil edərkən yalnız obyektiv

göstəriciləri (şəxsin sosial statusunun dəyişməsi, yeni sosial rolların inkişafı) deyil, həm də subyektiv göstəriciləri nəzərə almaq mütləqdir. Dəri xəstəliyinin residivi uğursuzluq və günahkarlıq hisslərini artırmış olur. Terapevt, sosial-psixoloji vəziyyətin xəstəliyin gedişatına əhəmiyyətli dərəcədə təsir etdiyini, xəstəliyin ağırlaşması ilə sosial-psixoloji vəziyyətin daha da pisləşəcəyi proqnozunu bilməlidir. Dəri xəstələrinin xəstəliyə reaksiyası fərvidir və tez-tez onun müxtəlif mərhələlərində dəyişir. Psixoterapevtik müdaxilələr ilə bu fərdi xüsusiyyətlər nəzərə və fərdi mübarizə strategiyalarını nəzərə alınmalıdır. Uzun müddət davam edən çarəsizlik, ümitsizlik və depressiya halları, həmçinin depressiyanın klinik təzahürləri, əlbəttə ki, psixoterapiya və lazım gələrsə, dərman müalicəsi ilə müalicə edilməlidir. Dəri xəstələrinin sosial-psixoloji vəziyyətini təhlil etmək mütləqdir. Bu istiqamətə dəri xəstəliklərinin sosial-demoqrafik vəziyyətinin təhlili də daxildir. Statistik məlumatlar və araşdırmalar sosial-demoqrafik göstəricilərin dəri xəstəliyi olan və olmayan şəxslər arasında əhəmiyyətli dərəcədə fərqləndiyini göstərmiş olur. Belə ki, dəri xəstəliklərində sosial-demoqrafik göstəriciləri öyrənmək zərurəti var.

1.1.1. Dəri xəstələrinin sosial-demoqrafik vəziyyəti

Dəri xəstəlikləri bütün dünyada coğrafi regiondan, yaşından, cinsiyyətindən asılı olmayaraq sürətlə yayılmaya davam edir. Qlobal Xəstəliklər Hesabatına görə, dəri xəstəlikləri ortalama 41,6 milyon nəfərdə ciddi sosial narahatlığa səbəb olan xəstəlikdir ki, bu da ümumi siyahıdakı xəstəliklərin 1,79%-nə bərabərdir. Dəri xəstəlikləri ölümcül olmayan xəstələnmə səbəbləri arasında dördüncü yerdədir (WHO stats.).

Psixogen mənşəli dəri xəstəliklərindən atopik dermatit, digər dəri xəstəlikləri ilə müqayisədə qlobal miqyasda ümumi xəstəlik yükünün 0,38%-ni təşkil edir, həmçinin psoriasis 4,3%, övrə 0,21%, sıxanaq xəstəliyi 3,19%, rozasea 0,55%, yastı dəmrov 0,15%, vitiliqo 1,7%, təkrarlanan herpes 0,23%. Dəri xəstəlikləri xəstənin həyatının bütün sahələrində geniş spektrli zərərli təsirlərə səbəb olur. Üz və bədəndə dəri ilə əlaqəli ciddi əlamətlər xəstələrin özünə inamını zəiflədir, onların ictimai fəaliyyətlərə cəlb edilməsinə əhəmiyyətli dərəcədə mənfi təsir göstərir. Dəri xəstəliklərinin yayılma tezliyi və sosial-demoqrafik göstəricilərə əsasən dünyada və ölkəmizdə hansı səviyyədə olmasına nəzət yetirmək zəruridir (WHO stats.). ÜST-nın 2023-2024-cü ildə təqdim edilən xəstəliklər hesabatında hər il təqribən 1-1,5 milyon insana ilkin dəri xəstəliyi diaqnozunun qoyulduğu qeyd edilmişdir (WHO stats.). Xüsusilə də postpandemiya dövründə dəri xəstəlikləri daha çox artmışdır. Ümumi olaraq dəri xəstəlikləri arasında psixogen mənşəli olan xəstəliklərin yayılma tezliyi aşağıda qeyd edilmişdir:

- psoriasis 1,27 milyon hal
- sıxanaq xəstəliyi 1,11 milyon hal
- atopik dermatit 900,15 min hal
- övrə 745,17 min hal

- rozasea 658,28 min hal
- yastı dәмrov 237,19 min hal
- vitiliqo 506,93 min hal
- tәkrarlanan herpes 615,60 min hal

Göstәricilәrә nәzәr salanda psoriazın psixogen mәşәli dәri xәstәliklәri arasında daha çox rastlandığını müşahidә etmiş oluruq. Ümumi olaraq bu xәstәliklәrin sosial-demoqrafik göstәricilәrә әsasән paylanmasına nәzәr salmaq lazımdır. Göstәricilәrә әsasән müәyyән edilir ki, qadınlarda (69%) kişilәrә (31%) nisbәtән daha çox dәri xәstәliklәrinә rast gәlinir. Yaş göstәricilәrinә әsasән daha çox 60-69 yaşlı (32,3%) vә 41-59 yaşlı (22,3) şəxslәrdә dәri xәstәliklәri müşahidә edilir. Mәşğulluq statusuna әsasән işsiz şəxslәrdә (63,9%), işlәyән şəxslәrә nisbәtән (36,1%) daha çox dәri xәstәliyi diaqnozu qoyulmuşdur. Ailә vəziyyətinә görә әn çox evli şəxslәrdә (47,5%), әn az isә subay şəxslәrdә (21,9%) dәri xәstәliklәri müәyyән edilir (boşanmış şəxslәrdә isә 30,6%). Maddi durumu aşağı olan şəxslәrdә (50,2%) dәri xәstәliklәri, orta (38,9%) vә yüksәk (10,9%) olan şəxslәrdә daha çox müşahidә edilir. Tәhsil səviyyəsinә әsasән göstәricilәrә nәzәr salanda tәhsilsiz şəxslәrdә (46,7%) dәri xәstәliklәri, orta (39,8%) vә ali (13,5%) şəxslәrә nisbәtән daha çox müşahidә edilir.

Cәdvәl 1.1.2. Psixogen dәri xәstәliklәrinin sosial-demoqrafik göstәricilәr üzrә paylanması(ÜST)

Göstәricilәr	Kişi	Qadın	İşlәyir	İşsiz	Subay/ boşanmış	Evli
Psoriaz	31,5%	68,5%	24,8%	75,2%	70,9%	29,1%
Sızanaq xәstәliyi	19,5%	80,5%	30,6%	69,4%	53,7%	46,3%
Atopik dermatit	45,3%	54,7%	40,1%	59,9%	40,4%	59,6%
Övrә	53,8%	46,2	37,5%	62,5%	39,9%	60,1%
Rozasea	30,6%	69,4%	24,1%	75,9%	43,9%	56,1%
Yastı dәмrov	50,3%	49,7%	35,5%	64,5%	20,8%	79,2%
Vitiliqo	36,3%	63,7%	51,4%	48,6%	54,9%	45,1%
Herpes	63,4%	36,6%	28,9%	71,1%	39,6%	60,4%

Cədvəl 1.1.2-nin davamı

Göstəricilər	Maddi durumu aşağı/orta	Maddi durumu yüksək	<18 yaş	18< yaş	Təhsilsiz/ orta	Ali təhsilli
Psoriaz	73,6%	26,4%	19,5%	80,5%	65,3%	34,7%
Sızanaq xəstəliyi	64,5%	35,5%	43,1%	56,3%	59,7%	40,3%
Atopik dermatit	51,3%	48,7%	11,9%	88,1%	40,3%	59,7%
Övrə	41,6%	58,4%	20,6%	79,4%	51,9%	48,1%
Rozasea	50,4%	49,6%	23,7%	76,3%	37,3%	62,7%
Yastı dəmrov	67,6%	32,4%	30,9%	69,1%	55,3%	44,7%
Vitiliqo	53,9%	46,1%	29,1%	70,9%	52,1%	47,9%
Herpes	73,5%	26,5%	15,3%	84,7%	76,5%	25,5%

Qlobal miqyasda bütün formalarda dəri xəstəliklərinə nəzər saldıqda inkişaf etmiş ölkələrdə dəri xəstəlikləri, digər ölkələrə nisbətən 2 dəfə aşağıdır. Bu göstəricilər sosial amillərin, iqtisadi vəziyyətin, ekoloji şəraitin və ölkədəki ümumi rifah səviyyəsinin dəri xəstəliklərinə təsiri olduğunu müəyyən etmiş olur. Dəri xəstəliklərinin yayılma tezliyi və paylanma nisbəti sosial-demoqrafik göstəricilərə (yaş, cinsiyyət, məşğulluq statusu, ailə vəziyyəti, maddi durumu və təhsil səviyyəsi) əsasən fərqlilik göstərir. İnkişaf etmiş ölkələrdə ümumi xəstəliklərin 6,5%-ni dəri xəstəlikləri, inkişaf etməmiş ölkələrdə isə ümumi xəstəliklərin 14,9%-ni dəri xəstəliklərini əhatə edir. Dəri xəstəlikləri ümumi olaraq 1975-2000 ilə qədər 2 dəfə artmışdır. Postpandemiya dövründə isə qısa müddətdə dəri xəstəliklərində daha çox artım müşahidə olunmuşdur. ÜST-nin hesablamasına və proqnozlaşdırmasına əsasən 2023-cü ildə dəri xəstəlikləri üzrə göstəricilər üç dəfə daha çox olacaqdır (WHO stats.).

ÜST ölkələrin təqdim etmiş olduqları ümumi hesabatlarına əsasən 513,98 min dəri xəstəsinin sosial-demoqrafik göstəricilərini təqdim etmişdir. Dəri xəstələri arasında 359,45 min nəfərin qadın olduğu (69%) müəyyən edilmişdir. Digər 31%-in isə kişilər olduğu müəyyən olunmuşdur. Ən çox 32,3% dəri xəstələri 60-69 yaş qrupunda olan şəxslər idi. Xəstələrin yalnız 0,8%-nin yaşı 10 yaşdan aşağı uşaqlar, 2,6% isə 80 yaşdan yuxarı şəxslər olduğu müəyyən edilmişdir (WHO stats.).

Dəri xəstələrinin əksəriyyətinin 46,7% təhsilsiz olduğu, 39,8%-nin orta və peşə təhsili aldığı, 13,5%-nin isə ali təhsilli olduğu müəyyən edilmişdir. Dəri xəstələrinin 52,5%-i subay və boşanmış şəxslər, 47,5%-nin evli olduğu təsbit edilmişdir. Maddi durumuna əsasən dəri xəstələrinin 50,2%-nin sosial-iqtisadi vəziyyəti aşağı, 38,9%-nin orta, 10,9%-nin isə yüksək olduğu müəyyən edilmişdir. Məşğulluq statusuna əsasən isə dəri xəstələrinin 63,9%-nin işsizlər olduğu müəyyən olunmuşdur (WHO stats.).

Yuxarıda qeyd olunan göstəricilərə əsasən təhsil səviyyəsi, maddi durum və məşğulluq statusunun dəri xəstəliklərinin təzahüründə əhəmiyyətli təsirə malik olduğunu görmüş oluruq. Psixogen məşəli dəri xəstəliklərinin hesabatında da göstəricilər o qədər fərqli deyildir (cədvəl 1.1.2).

Dəri xəstəliklərinin sosial-demoqrafik göstəricilərə əsasən təhlil etdiyimiz zaman ümumi maarifləndirmə işlərinin aparılmasının əhəmiyyətli olduğunu müəyyən etmiş oluruq. Əhalinin maarifləndirilməsi və təhsil keyfiyyətinin artırılması nəinki dəri xəstəlikləri, digər xəstəliklərə qarşı da yanaşmaya, profilaktik tədbirlərin görülməsinə müsbət təsir göstərə bilər. Ümumi olaraq əhalinin təhsil səviyyəsinin artması ilə dəri xəstəliklərinin yayılmasının qarşısı alınır. Dəri xəstəlikləri haqqında adekvat məlumatlandırma və müvafiq tədbirlər görməklə global dəri xəstəlikləri yükünün azaldılmasına böyük təsir göstərmək olar. Dəri xəstələri haqqında məlumat toplamaq, xüsusilə də sosial-demoqrafik göstəriciləri təhlil etmək zərurəti vardır. Ölkəmizdə dəri xəstəliklərinin sosial-demoqrafik göstəricilərə əsasən geniş hesabatı ictimaiyyətə təqdim olunmamışdır. Buna əsasən də ölkəmizdə dəri xəstələrinin bu göstəricilər üzrə paylanma yükünün statistikasını aparmaq mümkün olmamışdır.

1.2. Dəri xəstəliklərinin klinik-psixoloji mənzərəsi

İnsan dərisi müxtəlif funksiyaları yerinə yetirən mühüm orqandır. Bədənin ümumi vəziyyətinin bir növ göstəricisi kimi xidmət edir. Dəridə, ekranda olduğu kimi, müxtəlif sistem və orqanlarda baş verən müxtəlif fizioloji, psixoloji və patoloji prosesləri proqnozlaşdırmaq olar. Dərinin toxunulmaz qaldığı heç bir patoloji vəziyyət yoxdur. Müəyyən dərəcədə dəri simptomları daxili orqanlarda funksional pozuntunun əksi ola bilər. Dəri əlamətlərinin sistemləşdirilməsi və onların daxili patologiya ilə əlaqəli olması müxtəlif klinik profilili tibbi praktikada diaqnostik aspektdə mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Hətta demək olar ki, hər bir xəstəlik dəridə özünəməxsus iz buraxır. Şərq təbabəti (xüsusilə Çin və Tibet) həmişə "üz dərisini oxumağı" ən vacib diaqnostik qaydalardan biri hesab etmişdirlər. Məsələn, miokard infarktını emosional pozuntular ilə əlaqələndirirlər və çənə ilə alt dodaq arasında qalan sahədəki dəri rənginə əsasən təyin edirlər. Dəri xəstəlikləri ilə psixoterapiyanın təsiri arasında əlaqə kifayət qədər təsdiqlənir (dermatoloq və psixoloqların praktikasında). Dəri xəstələrinin təxminən 50%-də psixi pozuntular müşahidə edilir (Астафьева, Еремина, Еремин, 2013).

Bəzi hallarda psixogen təsirlər dəri xəstəliklərinin yaranmasında iştirak edirlər (qaşınma və hiperhidroz (çox tərləmə), allergik dəri reaksiyaları (ekzema, prurigo), qırmızı sızanaqlar və s.).

Dermatoloqlar bəzi dəri xəstəliklərinin travmatik şokdan sonra meydana gəldiyini qeyd edir. Adətən dəri problemlərinin ani bir qorxudan sonra göründüyü bilinir. Digər daha az təəccüblü şərtlər arasında psoriaz xəstəliyinin başlanğıcı, yastı dәмrovun başlanğıcı və bir çox başqa dəri xəstəlikləri var. Dermatoloq dəri xəstəliyinə səbəb olan və travmatik hesab edilən hadisənin nəticələrini müəyyən etmək və araşdırmaq üçün xəstəsi ilə birlikdə araşdırma aparır. Dəri xəstəliklərinin psixoloji mənzərəsinə nəzər saldıqda tarixən daha uzaqları təhlil etmək lazımdır.

İlk dəfə 1953-cü il tarixli klinik müşahidə zamanı Paris Məktəbində dəri xəstəlikləri və psixoloji xəstəliklər arasındakı əlaqənin öyrənilməsi ön plana çıxarılmışdır. A.Tzank və S.Lambergeon, dəri xəstəliklərinin bir çoxunun psixoloji amillərdən qaynaqlandığını müəyyən etmişdir (Chen, 2016).

Tibbi biliklərin irəliləyişini və dermatologiya sahəsində təsnifatların əhəmiyyətli dərəcədə artmasına baxmayaraq dəri xəstəliklərinə psixoloji amillər də səbəb olur. Bu gün tibb sahəsində dəri xəstəliklərinin psixoloji olmasına şübhə ilə yanaşırlar. Buna əsasən amerikalı psixoloqlar tərəfindən eksperiment həyata keçirilmişdir. Dəri xəstəliklərinin təzahürü və təkrarlanmasına səbəb olan konkret fizioloji amillərlə yanaşı psixoloji amillərin də təsiri vardır (Finlay, Kelly, 2000).

Dəri xəstəliyinin mənbəyi psixoloji klinik müəşibə vasitəsilə təyin olunur və nevroitik konfliktədən yaranması müəyyən olunur. 1953-cü ildə aparılan müşahidə zamanı xəstədə dəri problemi şüursuz olaraq günah işlətdiyi hissini yaşadığı üçün təzahür etmişdir. Xəstə ailə dəyərlərinə xəyanət etdiyini düşünərək özünü günahkar hiss edir. Burada biz bir daha qadında edipal konfliktin çox klassik xüsusiyyətini görmüş oluruq. Müşahidə aparan müəlliflər bizə açıq şəkildə gənc qadının dəri xəstəliyi vasitəsilə özünü şüursuz şəkildə cəzalandırdığını ifadə edirlər. Xəstə “şüursuz olaraq” günah işlətdiyini hesab edir. Beləliklə, dəri xəstəliyi daha sonra dəri üzərində basdırılmış daxili konfliktin təzahürü olacaqdır. Dermatologiyada psixoloji baxışlara gəlinə, bir çox dəri xəstəliklərinin etiologiyası və patogenezi çox vaxt bütövlük, psixi və bədən proseslərinin monokauzalizmin (tək səbəblilik) inkarı və plürikauzalizmin (iki və ya daha çox səbəblilik) tanınması ilə əlaqəsi baxımından nəzərdən keçirilir (Chen, 2016). Söhbət zehni təsir ilə nəticələnən somatik pozuntu arasında birbaşa və spesifik əlaqənin axtarışından gedir. Dəri xəstəliklərinin psixoloji mənzərəsi dərinin psixi vəziyyəti və fizioloji funksiyaları arasındakı əlaqəyə əsaslanır. Psixi pozuntu olan xəstələrdə dəri xəstəlikləri sağlam psixikası

olan insanlarla müqayisədə daha çox olur. Adətən şizofreniya xəstələrində sızanaqlara daha çox rast gəlinir. Psoriaz və ekzema isə depressiv psixozları olan xəstələrdə daha çox olur. Şizofreniya xəstələrinin dərisi əsasən nəmdir, soyuq və solğun olur, akrosiyanoz (dəri rənginin mavimsi-bənövşəyi olması) tez-tez əl və ayaq barmaqlarında və burun nahiyəsində olur. Ayaqlarda dəri qalınlaşması görünür. Psixi xəstələrdə dərinin tez-tez hiperkeratozu (sərt qalınlaşma) ola bilər və diffuz hiperpigmentasiya şəklində pigmentasiya olması da mümkündür. Əsasən katatonik şizofreniya xəstələrinin saçları daha quru və sərt olur. Hirsutizm (tüklənmə) şizofreniyalı qadınlarda çox rast gəlinir. Əllərdə ikinci dərəcəli əlamətlər kimi çapıqlar olması aşkar edilir. Təkrarlanan mexaniki qıcıqlanmalar səbəbindən bu nahiyələrdə tüklərin artması da müşahidə oluna bilər. Şizofreniya, oliqofreniya, epilepsiya saç aplaziyası (tük örtüyünün olmaması) ilə birləşdirilə bilər. Bu, həyatın ilk ilində ilkin tüklərin dəyişməsi zamanı baş verən "nadir düyünlü saç vəziyyətidir" (Chen, 2016). Follikulyar hiperkeratoz nəzərə çarpır, sonra diffuz alopesiyaya (daxlıq) səbəb olan sikatrisial atrofiya (çapıq şəklində dərinin deformasiyası) müşahidə olunur. Saç və dəri dəyişiklikləri başın arxa hissəsindən başlayır, sonra dəyişikliklər baş dərisinin bütün səthinə yayılır. Bəzən bu cür dəyişikliklərə qoltuqlarda və bədən dərisinin müəyyən nahiyələrində rast gəlinir. Digər əlamətlər arasında diş anomaliyaları, dırnaq distrofiyası, göz bölgəsində katarakta və görmə sahəsindəki dəyişikliklər də daxildir.

Psixologiya daxili olaraq zahiri görünməz pozuntuları, dermatologiya isə xarici, görünən problemlərlə məşğul olur. Bu iki predmetin birləşməsi neyroendokrin və immun sistemləri arasında mürəkkəb qarşılıqlı əlaqəni təmsil edir.

Dəri xəstəliklərinin psixoloji tərəflərinin öyrənilməsinin məqsədi insanlara həm fiziki, həm də psixoloji olaraq dərilərini idarə etmək bacarığı verməkdir. Dəri xəstəliklərində sağalma prosesinin mərhələləri insandan insana dəyişir. Məsələn, bəzi xəstələrdə əlamətlərin mənbəyi ilk növbədə psixoloji amillər ola bilər, digərlərində isə sırf fizioloji səbəblər ola bilər. Bəzi insanlar müalicə prosesinin böyük hissəsini psixoloji üsullarla davam etdirərkən, bəzi xəstələr dermatoloji üsullarla müalicə mərhələsinin böyük hissəsini uğurla keçirmiş olurlar.

Müvafiq olaraq, dəri xəstəliklərinin psixoloji mənzərəsini araşdırmaq, insanın ehtiyaclarından asılı olaraq tibbi və psixoloji müalicə protokollarının məcmusundan ibarət sistem tələb edir. Müxtəlif dərmanlar və tibbi prosedurlara əlavə olaraq, aparılan psixoterapiya dəri xəstəliklərinin müalicəsi üçün zərirdir. Dəri xəstəliklərinin psixosomasiyalı nəticələrini araşdırmaq mütləqdir. Belə ki, bu vəziyyətin arxasında nəyin dayandığını, nəyin təsir etdiyini, nələr baş verdiyini və əlamətlərini həm psixoloji, həm də fizioloji cəhətdən azaltmaq üçün hansı üsullardan istifadə edilməli olduğunu öyrənmək

əhəmiyyətlidir. Yalnız dəri problemini müalicə etməyi deyil, həm də insana onun mənbəyini anlamağa kömək etmək mütləqdir. Yaranan çətin təcrübələri müəyyənləşdirmək, dəri xəstəliyinin təzahüründə təsir edən faktorları minimuma endirmək xəstəliyin təkrar baş vermə ehtimalını aradan qaldırmaq üçün vacibdir. Psixoloji mexanizmləri inkişaf etdirdikdən sonra fizioloji əlamətlər, vərdişlər azalmağa və yox olmağa başlayır.

Dəri xəstələrinin əksəriyyətində inamsızlıq müşahidə oluna bilər. Bununla belə, artıq ilk seansda xəstənin cari və keçmiş problemlərinin ətraflı öyrənilməsi başlayır. Bəzi vəziyyətlər çox aydın şəkildə müəyyən edilə bilər, lakin digər amilləri müəyyən etmək üçün daha ətraflı araşdırma tələb oluna bilər. Xəstə evə qayıtdıqdan sonra ondan xatırladığı hər şeyi yazmağı xahiş olunur. Fizioloji problemlərə səbəb olan stimullar və stressorlar üzə çıxmağa başlayanda, psixoloji sağalma prosesi başlayır və zamanla dərinin zahiri görünüşünə də müsbət təsir edir. Müalicə prosesində vahid yanaşma çox faydalıdır. Dermatoloqlar və psixoloqlar bu müalicə prosesində əməkdaşlıq etdikdə, uzun bir yol keçə bilərlər.

Dəri xəstəlikləri psixoloqlar tərəfindən getdikcə daha çox marağa səbəb olan problemlərdir. Psixika və dərinin qarşılıqlı əlaqəsini öyrənmək olduqca əhəmiyyətlidir. Bir çox dəri xəstəlikləri psixoloji komponentə malikdir. Dəri xəstəliklərinin əlamətlərini qismən izah etmək üçün bioloji amillərlə yanaşı sosial və psixoloji amilləri də nəzərə almaq lazımdır. Digər tərəfdən, dəri xəstəlikləri mühüm psixoloji nəticələrə səbəb ola bilər. Beləliklə, psixoloji amillərin mühüm rol oynadığı dəri xəstələrinin müalicəsində xəstəliyin baş verməsi və yaxud dəri simptomlarının şiddəti ilə narahatlıq və ya depressiya kimi psixoloji faktorlar arasında korrelyasiyanın göstərildiyi dəri xəstəliklərinə atopik dermatit, psoriaz, xroniki övrə və ekzema daxildir. Stress altında dəri xəstəlikləri olan xəstələrdə fəlakətli düşüncələr şəklində disfunksional fikirlər təzahür edir. Bu da xəstəliyin pisləşməsinə səbəb ola bilər. Bəzi spesifik dəri problemləri var ki, bu xəstəliklərdə psixoloji pozuntular dərinin lezyonlarının və ya həssas dəri problemlərinin patogenezinə böyük rol oynayır.

Psixoloji yanaşma dəri xəstəlikləri olan xəstələrdə psixoloji faktorlar və dəri xəstəliklərinin xüsusiyyətləri arasında əlaqəni müəyyən etmək məqsədi daşıyır. Bu xəstələrə hər hansı bir dəri xəstəliyinin uyğun farmakoloji müalicəsi ilə yanaşı, koqnitiv davranış terapiyası, psixodinamik terapiya, stressin idarə edilməsi üsullarını mənimsəmək təklif olunsun.

Ən çox yayılmış dəri xəstəliklərinin 98%-i psixoloji komponentə malikdir. Əhəmiyyətli bir sistematik araşdırmada, depressiya, narahatlıq, intihar düşüncəsi, həyat keyfiyyətinin azalması, stress, stiqma və bədən dismorfik problemlərinin dəri xəstəlikləri

olmayan xəstələrlə müqayisədə bir sıra dermatoloji diaqnozu olan xəstələrdə əhəmiyyətli dərəcədə daha çox olduğu müəyyən olunmuşdur.

Stressin dəriyə təsiri haqqında bilmək lazım olan ilk məsələ sinir sistemi və dərinin əlaqəli olmasıdır. Bu o deməkdir ki, sinir sistemi tərəfindən qəbul edilən hər hansı bir stimula dərinin görünüşündə də əks olunur. Stress zamanı hətta sağlam dəri də zərər görməyə başlayır.

Qaşıntılı dəri. Stress dəridə müxtəlif sinir uclarında neuropeptidlərin sərbəst buraxılmasına səbəb ola bilər. Bu kimyəvi maddələr bir çox hallarda heç bir aydın səbəb olmadan qaşınma hissinə səbəb ola bilər. Maraqlıdır ki, bədəndə dəri şiddətli stressə həşərat dişləməsi ilə eyni şəkildə reaksiya verir. Çox stress altında olan zaman, heç bir xarici stimula olmadan da dəri qıcıqlanıb, qaşınır. Bu, nəzarətsiz şəkildə qaşınmaq da dərinin zədələnməsinə səbəb ola bilər.

Dehidrasiya (Maye itkisi nəticəsində orqanizmin susuz qalması). Dəri mühüm qoruyucu funksiyaları yerinə yetirir. Dərinin xarici təbəqəsi olan stratum corneum (buynuz təbəqə) lipidlərlə sementlənmiş və hidrolipid filmi ilə örtülmüş keratinləşdirilmiş hüceyrələrdən ibarətdir. Bu quruluş istənməyən müdaxilələrə və nəm itkisinə qarşı bir maneədir. Bununla belə, həddindən artıq stress dəri baryerinin bərpası qabiliyyətini azaldır. Beləliklə, stressli olan zaman dəri getdikcə daha kobud və quru ola bilər.

Sürətlənmiş qocalma. Genetik meyillikdən başqa, xarici amillər də dərinin tez dəyişməsində böyük rol oynayır. Stressin yaratdığı xroniki yüksək kortizol səviyyəsi dərinin elastikliyi azaldır və onun qoruyucu funksiyasını pozur. Nəticə qırıqlar, dəri incəlməsi, elastikliyin azalması və nəm çatışmazlığı təzahür edir. Nəticədə stress dərinin qocalmasını sürətləndirir.

Gecikmiş yara sağlması. Bədən xroniki stressə davamlı olaraq artan kortizol səviyyələri ilə cavab verir. Ancaq bu, qısamüddətli reaksiya əgər uzun müddət bədəndə çox kortizol ifrazına səbəb olarsa, bu, yaraların sağlması pozulur. Stress vəziyyətində sızanaqlar, kiçik yaralar, çatlar - bütün bunlar dərinin adi haldan daha yavaş sağlmasına səbəb olur.

Sızanaq. Emosional stressin verdiyi hormonal təsir dəri qüsurlarını artıran bir sıra amillərə kömək edir. Birincisi, o, sebum (yağ) istehsalını stimullaşdırır və dəri daha yağlı olur və orada bakteriyalar daha sürətli çoxalır. İkincisi, iltihablı proseslər başlayır ki, bu da xoşagəlməz irinli sızanaqların yaranmasına şərait yaradır. Əgər sızanaqlara meyillilik varsa emosional təzyiq altında dərinin görünüşü daha da pisləşə bilər.

Dermatoloji xəstəliklərin kəskinləşməsi. Stress, psoriaz, rozasea və dermatit kimi stresslə əlaqəli olan dermatoloji xəstəlikləri ağırlaşdırır. Bu patologiyaların alovlanmaları daha kəskin olur və psixoloji vəziyyət stabil olanda xəstəliyin əlamətləri də zəifləyir.

Onu da qeyd edə bilərik ki, psixoloji amil həm dəri xəstəliklərinin baş verməsində, həm də onların residivində mühüm rol oynayır. Müxtəlif dermatoloji xəstəlikləri olanların psixoloji vəziyyətinin spesifikliyi məsələsi hələ də tam aydın deyildir. Dəri xəstəliklərinin psixoloji tərəflərini tədqiq etmək xəstəliyin müalicəsinə kompleks yanaşmanın zəruriliyini müəyyən edir. Həm həkim-dermatoloq həm də psixoloq birlikdə fəaliyyət göstərsə, dəri xəstəliklərinin aradan qaldırılması daha uğurlu olar. Dəri xəstəliklərini öyrənən zaman həm dəri xəstəliklərinin psixosomatikası dəqiq təhlil edilməlidir, həm də somatopsixologiyasına diqqət edilməlidir. Belə ki, müəyyən psixoloji amillər psixosomatik dəri xəstəliklərinin təzahürünə səbəb olur. Həmçinin dəri xəstəliyi özü də davamında yeni psixi pozuntuların təzahürünə zəmin yarada bilər. Həkim dermatoloqlar bunları nəzərə alaraq dəri xəstələrinə psixoterapiyanın rolunu başa salmalı və müvafiq mütəxəssisə yönəltməlidir.

1.2.1. Dəri xəstəliklərinin psixosomatikası

Dəri insan bədəninin ən böyük orqanıdır və xarici mühit ilə daxili ayıran sərhəddir. İnsanı bütünlükdə əhatə edən dəri, daxili orqanları aqressiv xarici mühitlə təmasdan qoruyur. Psixoloq K.Dinçmen dərinin təkcə insanın daxili orqanlarını deyil, həm də daxili aləmini və əsasən də hisslərini metaforik şəkildə ifadə etdiyini qeyd edir (Dinçmen, 2005). Dərinin psixosomatikasının təhlilinə keçməzdən əvvəl qeyd etmək lazımdır ki, müasir dövrümüzdə dəri strukturunun öyrənilməsində əhəmiyyətli irəliləyişlərin olmasına baxmayaraq, həkimlər və psixoloqlar hələ də dəri xəstəliklərinin inkişaf səbəbləri haqqında kifayət qədər geniş və yekdil nəticəyə gələ bilməyiblər, çünki dəriyə təsir edən amillər çoxsaylıdır (bioloji, fizioloji, psixoloji).

Müəyyən bir dəri xəstəliyinin inkişafı zamanı baş verən fizioloji və patofizioloji dəyişikliklər adətən psixoloji travmadan da başlaya bilər. Bu o deməkdir ki, dəri xəstəliklərində patogeneza və etiologiyaya fərqli prizmadan baxmaq üçün psixosomatik əlaqəni nəzərdən keçirmək mütləqdir (Астафьева, Еремина, Еремин, 2013).

Fizioloji sağlamlığın psixoloji sağlamlıqdan ayrılmaz olması fikrinə Platonun əsərlərində, antik mənbələrdə də rast gəlmək olar: “Xəstəliklərin müalicəsində ən böyük səhv odur ki, bədən və ruhun müalicəsi vəhdətdə götürülmür, çünki biri digərindən ayrılmazdır...”

Çətin həyat şərtləri, sonsuz məlumat axını ilə müasir dünyada insanlar arasında informasiya axını və diapazonu da artır, nəticədə şəxsiyyətdaxili münacişələrin canlandığı stressli, gərgin vəziyyətlərin sayı artır və özünü dinləmək, yaranan hissləri dərk etmək çox vaxt

mümkün görünür. Bir qayda olaraq, bir insan üçün müəyyən, çox əhəmiyyətli bir vəziyyətdə yaranan hisslər yatırılır, əksər hallarda bu, şüursuz bir səviyyədə olur və sonra bədən “danışmağa” başlayır, bu da xəstəliklərin, xüsusən də psixosomatik xəstəliklərin yaranmasına səbəb olur. Çoxsaylı tədqiqatlar təsdiqləyir ki, psixoloji amillər üç sistem vasitəsilə bütün əsas orqanlara fiziki təsir göstərir: avtonom sinir sistemi; endokrin; immun.

Avtonom sinir sistemi mərkəzi (beyin, onurğa beyni) və periferik (vegetativ) sistemlərdən ibarətdir. Avtonom sinir sisteminin iki qolu var: həyəcan və istirahət. Simpatik sinir sistemi həyəcanverici hissədir, şəxsi bir problem və ya təhlükə ilə üzləşməyə hazır vəziyyətə gətirir. Parasimpatik sinir ucları nəbz və tənəffüs sürətini azaldan vasitəçiləri sərbəst buraxır. Parasimpatik reaksiyalar rahatlıq, istirahət və nəticədə yuxudur.

Endokrin sistem bir sıra hormonlar ifraz edir. Bu hormonlar böyüməni, fəaliyyət səviyyəsini və cinsi funksiyaları tənzimləyir. Endokrin sistem düşüncələri real hisslərə və hərəkətlərə çevirir.

İmmun sistemi, təsiri bütün bədənə yayılan üçüncü əsas sistemdir. Xarici (bakteriya və viruslar) və daxili (şiş hüceyrələri) antigenlərindən qoruyaraq sağlamlığımızı təmin edir.

Sinir, endokrin və immun sistemləri düşüncələri fizioloji reaksiyalara çevirmək üçün birlikdə işləyir. Avtonom sinir və endokrin sistemlərinin hərəkətləri dərhal baş verən nəzərə çarpan təzahürlərə malikdir. Məsələn, yaxın insanı təsəvvür edəndə, ürək daha sürətli döyünməyə başlayacaq. Düşüncələr və duyğular, emosiyalar və fizioloji reaksiyalar arasında mahiyyətə sıx əlaqə var və bu, düşüncələrin sağlamlığa təsir etməsi deməkdir. Psixosomatik xəstəliklər daha dar mənada orqanlarda morfoloji cəhətdən müəyyən edilmiş dəyişikliklər və patoloji pozuntularla əlaqəli ziddiyyət təcrübəsinə bədənə reaksiyasına əsaslanan xəstəliklərdir.

Dəri ilə əlaqəli psixosomatik xəstəliklər haqqında daha ətraflı danışmaq lazımdır. Mərkəzi sinir sistemi kimi, insanın psixi vəziyyətini tanımaqda xüsusilə yaxşı olan ektodermal inkişafdır.

Dəri fizioloji cəhətdən emosiyaları ifadə etmək üçün ən vacib orqanlardan biridir, bunu müvafiq emosional oyanma nəticəsində qızartı, solğunluq, tərləmə, qaşınma və s. nümunələrində də görmək olar. Dəri daxili ziddiyyətlərin üzə çıxdığı lakmus kağızı kimidir. Həm də dəridə refleks dəyişikliklər: solğunluq, qızartı qəzəb və qorxu kimi emosional vəziyyətlərin tərkib hissəsidir. Narahatlıq pilomotor (dəridəki tüklərin qalxması ilə müşahidə olunan reflektor reaksiya) reaksiyaya səbəb ola bilər. Dəri də mühüm hiss orqanıdır və ona görə də anesteziya (ağrı hissinin olmaması), paresteziya (bədəndə müxtəlif nahiyyələrdə uyuşma) və hiperesteziya (hissiyyatın artması) kimi konversiya əlamətlərinə həssasdır.

Dəri bir çox funksiyaları olan çox mürəkkəb bir orqandır. Bu, tənəffüs, temperaturun tənzimlənməsi, müdafiə və stimullaşdırmaya həssas və motor reaksiyaları ilə əlaqələndirilir. Dəri son dərəcə çevikdir və naməlum agentlərin nüfuzunun qarşısını alaraq bütün bədən üçün ən təsirli örtüyü təşkil edir; qan təzyiqini tənzimləməyə kömək edir; özünü daim yeniləyir və bərpa edir və qeyri-adi elastikdir.

Hal-hazırda nevroitik simptomologiyanın bir hissəsi kimi dəri xəstəliklərinin ən çox öyrənilən klinik təzahürləri neyrodermit, ekzema və övrə kimi vəziyyətlərdir.

Psixosomatik xəstəliklərin, o cümlədən dəri xəstəliklərinin yaranma mexanizmi və səbəbləri məsələsi mürəkkəbdir. Burada situasiyanın spesifikliyi, insanın həyat tarixçəsi, xarakterinin xüsusiyyətləri və s. rol oynayır. Biz yalnız psixosomatik, yəni emosional olaraq şərtlənən xəstəliklərin yaranmasının ən ümumi mənbələrindən bəzilərinə diqqət yetirəcəyik.

Daxili münaqişələr. Bu, insanın şəxsiyyətinin müxtəlif komponentlərinin toqquşması, şüur və şüuraltı arasındakı döyüşdür, onlardan birinin digəri üzərində dağıdıcı qələbəsinə səbəb olur. Dəri problemləri demək olar ki, həmişə əlaqə və ünsiyyət qurmaqda çətinlikləri göstərir. Məsələn, gənclərdə sızanaqların ağır formaları tez-tez əks cinsiyyətlə ünsiyyətdə olan şüursuz qorxunu göstərir (səbəblər, bir qayda olaraq, erkən uşaqlıqda olur). Belə ünsiyyət ehtimalı artdıqca eskalasiya baş verir. Bu, daxili münaqişə yarandıqda “xəstəliyə qaçmaq” strategiyasıdır. Həmçinin hər hansı digər problem yarandıqda dəri xəstəliyinə (məsələn, ekzemanın psixosomatikasına) qaçmaq olar.

Motivasiya və ya şərti fayda. Bu psixosomatikanın ən vacib anlayışıdır. Holistik psixologiya ondan irəli gəlir ki, hər hansı bir problem (xəstəlik) təsadüfi deyil və insan üçün faydalı bir şey daşıyır. Xüsusilə vurğulamaq lazımdır ki, xəstəliyin faydası şərtlidir və insanın özü tərəfindən həyata keçirilmir, çünki psixi müdafiə mexanizmləri onu travmatik ağırlı xatirələrdən və düşüncələrdən qoruyur.

Çox vaxt bir dəri xəstəliyi bir insana aşağıdakı yollarla kömək etmiş olur:

- bir insan başqaları ilə ünsiyyət qurmaqdan qorxursa, dəri xəstəliyi qorxmaq funksiyasını yerinə yetirir, insanları uzaqlaşmağa məcbur edir;
- əgər insan dünyaya güvənmirsə, o zaman xəstəlik qoruyucu qabıq kimi fəaliyyət göstərir;
- əgər insan özünə diqqət çəkmək istəyirsə, lakin bunu necə edəcəyini bilmirsə, o zaman xəstəlik bu funksiyanı öz üzərinə götürür.

Təklifin təsiri. Bu halda biz başqa adamın təklifini nəzərdə tuturuq. Mütəxəssislərin fikrincə, dəri xəstəliklərindən əziyyət çəkən insanlar uşaqlıqdan zahiri gözəlliyə möhkəm bağlanır və uşağa “yaxşı oğlan (qız) təmiz, səliqəli, gözəl görünməlidir” fikrini aşılayırlar. Görünür ki, bu cür yanaşmada səhv bir şey yoxdur, lakin bu cür ifadələr tez-tez başqa bir

düşüncə ilə müşayiət olunur- əks halda heç kim səni sevməyəcək. Uşaq bu postulatı tamamilə ciddi qəbul edir və bütün emosional enerjisini xarici mükəmməliyə nail olmaq istəyinə sərf edir. Və burada holistik psixologiyada məlum olan prinsip işə düşür: insan həddindən artıq bağlı olduğu şeydən məhrumdur, bu da onu mütləq dəyərə çevirir. Və bu halda obyekt zahiri gözəllik olduğundan, insan bundan məhrumdur.

Üzvi nitqin elementləri. Dəri xəstəliyi bir ifadənin fiziki təəcəssümü ola bilər. Məsələn, "mənim ondan xoşum gəlmir" sözləri real əlamətlərə çevrilə bilər. Allergik reaksiyaya tam olaraq nə səbəb olur desək- valideynlər, partnyorlar, müdirlər, iş yoldaşları, siyasi rejim sosial ədalətsizlik və s. Bu vəziyyətdə, allergiyanın təzahürünün əsas tərəfi çox vacibdir.

İdentifikasiya, kiməsə bənzəmək cəhdi, özü üçün ideal seçmək və ona oxşamağa çalışmaq. İnsan davamlı olaraq kimisə təqlid etməklə, şüuraltı olaraq öz bədənindən uzaqlaşır. Hər zaman başqa bir aurada yaşayan şəxs nəhayət bundan əziyyət çəkməyə başlayır. Valideynlərin şüursuz təqlidi xüsusilə təhlükəlidir. Valideyn skriptinin yerinə yetirilməsi irsi xəstəliklərin səbəblərindən biri ola bilər. Genetiklər irsi xəstəliklərin genlər vasitəsilə ötürüldüyünü iddia edə bilərlər. Ancaq onlar razılaşaçaqlar ki, bütün insanlar bir çox xəstəliklərin genlərini daşıyır, lakin hər kəs xəstələnmir. Bəlkə də valideyn ssenarisi irsi patologiya inkişaf etməyə başladığı fondur.

Özünü cəzalandırmaq. Bu, bir insan şüursuz olaraq özünü səhv bir hərəkətə görə cəzalandırmağa başlayanda baş verir. Çox vaxt bu, bir insanın tərbiyə olunduğu kimi davranmamasının nəticəsidir. Bu, günahkarlıq hissinin yaranmasına kömək edir və günahkarlıq cəza axtarır.

Keçmişin ağırlı, travmatik təcrübələri ən ciddi, ən dərin mənbədir. Bir qayda olaraq, bunlar erkən uşaqlıqdan repressiya edilmiş, unudulmuş, lakin şəxsiyyətin şüursuz hissəsindən insanın davranışına və sağlamlığına fəal şəkildə təsir edən psixi travmalardır. Bəzən onlar unudulmur, daim yaddaşlarda qalır və vaxtaşırı üzə çıxır. Stressli şəraitdə keçici funksional pozuntu şəklində inkişaf edən hər hansı bir dəri reaksiyası sonradan (stress kimi qəbul edilən hər hansı hadisə ilə) dəridə müəyyən dəyişikliklərlə stereotipik təkrarlanan və ya xroniki patoloji proses şəklində müşahidə edilə bilər. Patoloji prosesin residivləri bu insanlarda "izlərin canlanması" mexanizmi ilə, hətta uzun illər demək olar ki, tam remissiya və ilkin dəri lezyonunun birbaşa səbəbi ilə heç bir əlaqənin mübahisəsiz olmaması ilə inkişaf edir.

Psixoloji stress xroniki hala gəldikdə, dəri də daxil olmaqla bütün bədənə təsir göstərir. Ləkələr, mat dəri, quruluq və elastikliyin itirilməsi, qırıqlar və ya qaşınma psixoloji stressin əlamətləri kimi dəridə təzahür edə bilər. Bundan əlavə, elmi cəhətdən, psixoloji stresslə əlaqəli olaraq artan kortizol səviyyəsi və adrenalin stimullaşdırılması ilə əlaqəli bir qrup dəri xəstəlikləri var.

Sızanaq. Hormonal faktorlar sızanağın meydana gəlməsində həlledici rol oynayır, lakin getdikcə daha çox dermatoloq emosional amilin əhəmiyyətinə işarə edir və buna görə də stressin dəriyə təsirini təsdiqləyirlər.

Dermatit. Bu dəri iltihabı tez-tez psixoloji stress vəziyyətində baş verir, bədənin hər yerində quru, reaktiv dəri və ekzemaya səbəb olur. Seboreik və ya atopik tip dermatit də təzahür edə bilər.

Psoriaz. Bu, adətən psixoloji stress vəziyyətlərin də görünən səpgilərə səbəb olan xroniki bir dəri xəstəliyidir.

Qıcıqlanma. Bu zaman psixoloji stress dəridə qaşımağa səbəb olur. Qaşınma zamanı dəridə daha ciddi yaralar təzahür edə bilər.

Vitiliqo. Bu, bədənin müdafiə qüvvələrinin melanin (pigment) istehsal edən hüceyrələrə hücum etdiyi və pigmenti olmayan dəri ləkələri kimi görünməsinə səbəb olan bir autoimmun xəstəlikdir. Onun genetik komponenti olsa da, psixoloji stress onun inkişafına kömək edir.

Rozasea. Xroniki olur və əsasən də üzə təsir edir, yaxşılaşma və pisləşmə mərhələləri də müşahidə olunur. Xüsusilə emosional faktorlar və psixoloji stress üzün qızarmasına səbəb olan bu səpgilərin görünüşünü ağırlaşdırmış olur.

Psixozanalizdə dəri xəstəliklərinin nevrozdan inkişaf etdiyi göstərilir. Dəri vəziyyətinin pisləşməsi ilə eyni vaxtda, xəstə qəbul olunmamaq gözləntisi, həmçinin təcavüz və erotik istəklərin ötürülməsi səbəbindən günahkarlıq hissi müəyyən olunur. Bu hisslər əks cinsə münasibətdə yarana bilər, qarşılıqsız vəziyyətdə depressiya, günahkarlıq və aqressiya müşahidə oluna bilər. Məhz bu anda dəri problemləri həmişə maksimum ağırlaşır.

Z.Freyd psixosomatik xəstəliklərin mənşəyini konversiya (dönüşmə) adlandırdı. Dönüşüm sözü adətən pis, vaxtsız və lazımsız bir şeyi daha aktual bir şeyə çevirmək deməkdir. Lakin Z.Freydin danışdığı konversiya zamanı başqa bir şey baş verir: pis bir şey daha da pis bir şeyə çevrilir: həll edilməmiş daxili münaqişə müəyyən fizioloji əlamətlərə çevrilir. İntrapsixi konflikt şüursuz arzu və qadağaların qarşıdurmasıdır. Bu istəklər o qədər çıxdaş olunur ki, hətta tanınmır. İnsan həqiqətən nə istədiyini başa düşə bilmir, lakin daim emosional narahatlıq yaşayır, bu da zamanla somatik pozulmalar ilə nəticələnir. Psixi sahədən fiziki sahəyə keçid sayəsində bu problem həll edilir və narahatlıq üçün əsl səbəb olur. Z.Freydin nöqteyi-nəzərindən, konversiya zamanı insan təsadüfi bir şeylə xəstələnir, lakin hər bir spesifik əlamət simvolik olaraq onun təcrübələrinin nə ilə əlaqəli olduğunu ifadə edir. Məsələn, dəri allergiyası şəklində psixosomatik pozulmalar - ətrafdakı insanlarla əlaqə qurmaqda problemləri göstərir. Psixosomatik xəstəliyin başlanğıcı ilə bir insan, qərribə də olsa, rahatlıq tapır. Bu iki səbəbə görə baş verir:

-şüursuz münaqişə yüngülləşir;

-ikinci dərəcəli müavinət deyilən, xəstəlik xəstənin rolundan müxtəlif fayda almaq imkanı verdikdə (işə getməyə ehtiyac yoxdur, diqqət və qayğı görür, ətrafdakı hər kəs narahat olur, diqqətlə əhatə olunur);

Mənzərə arzu olunandır, daxili münaqişə arxa plana keçir. Həqiqətən, kompleks müayinələr, müntəzəm dərmanlar və bəzən zəif əsaslandırılmış cərrahi müdaxilələr (məsələn, üzün qızarması və ya həddindən artıq tərləmə meyli halında avtonom sinir sisteminin qanqliyalarının kəsilməsi kimi) travmatik vəziyyət nəticəsində itirilən öz həyatı üzərində müvəqqəti nəzarəti əldə etmək hissini təmin edir. Amma əslində xəstəlik özünü bu qədər yaxşı və rahat hiss etdiyi yeri tərk etmək fikrində deyil.

Vegetativ nevroz modeli fərdi əlamətlərin simvolik mənasına daha az diqqət yetirir və bunun əvəzinə genetik faktorlara müraciət edir. Başqa sözlə, prinsip belədir ki, əlamət orqanizmin ən az müqavimət göstərdiyi yerdə özünü göstərir (harada zəiflik varsa, orada qırılma baş verir). Bəzi insanlar həssas ürək-damar sistemi ilə doğulur, digərləri isə problemli digər sahələrə malikdirlər - mədə, tənəffüs orqanları və s. Daxili münaqişənin məzmunundan asılı olmayaraq, ilk növbədə bu zəif orqanlar əziyyət çəkir. Bu nöqtəyi-nəzərdən xəstəlik heç də həmişə eyni daxili münaqişəni zəiflətmir, çünki o, emosiyaların adekvat ifadəsi kimi xidmət etmir.

Psixosomatika adətən ya sadə simulyasiya (çox sadələşdirilmiş və yanlış fikir) kimi başa düşüldüyünə görə, ya da bu mövzuda vahid elmi rəy olmadığı üçün yüngül qəbul edilir. Heç kim ənənəvi müalicədən imtina etməyi təklif etmir, yalnız bir çox xəstəliyin psixoloji səbəbləri ola biləcəyini başa düşmək vacibdir, əks halda xəstəliyin residivi baş verə biləcək. Yeri gəlmişkən, residiv elə özü də psixosomatik xəstəliyin əlamətlərindən biridir.

Bu tezislər indi öz xəstələrini uzunmüddətli və sistematik şəkildə müşahidə edən bir çox həkimlər tərəfindən təsdiqlənə bilər. Bəzi insanlar, sadəcə olaraq, inkişaf edən xəstəliklərindən xəbərsizdirlər və qəfil panika, qorxu və sürətli ürək döyüntüsü hücumlarını fiziki xəstəliklər, yorğunluq, vitamin çatışmazlığı ilə əlaqələndirməyə çalışırlar. Yalnız əlamətlər getmədikdə, əksinə, daha da pisləşdikdə, həkimlərə müraciət etməyə başlayırlar, xəstəliklərinin səbəbini tapmağa çalışırlar. Çox az adam düşünür ki, bərabər şəkildə psixoterapevtə müraciət etmək lazımdır.

Problemin kökü uşaqlıqda ola bilər. İnsan psixikasının əsasları erkən uşaqlıqda qoyulur və əsasən valideynlərlə münasibətdən asılıdır. Xarici dünya ilə qarşılıqlı əlaqə qabiliyyətinin pozulması adətən bu münasibətlərin pozulması səbəbindən baş verir:

-Uşağın diqqət və sevgi ehtiyaclarının qeyri-kafi və ya həddindən artıq ödənilməsi.

-Uşağın maraqlarını və ya ehtiyaclarını nəzərə almayan avtoritar valideynlik tərzii. Nəticə sıxılmış duyğular, artıq enerji və valideynlər tərəfindən aşılana natamamlıq kompleksidir.

Bununla belə, psixosomatik xəstəliklər yalnız valideynlərlə ünsiyyətlə məhdudlaşmır - arzu olunan və mümkün olan hər hansı bir balanssızlıq psixosomatik pozulmalara səbəb olur. Məsələn, insan başqalarının onu qəbul etmə tərzini dəyişmək istəyəndə imicini, geyimini dəyişir. Dəri daxili vəziyyəti əks etdirən təbii, orijinal örtükdür.

Məşhur italyan alimi Antonio Meneghetti iddia edir ki, hər hansı dəri patologiyası bir insanın ətrafındakı dünyaya nəse deməyə çalışdığı bir dil növüdür. Xəstəliyin səbəbini anlamaq üçün, şüursuzluğa baxaraq, nədən bəhs etdiyini başa düşmək lazımdır. Xəstəlikdən qurtulmaq üçün bir insanın necə dəyişməsi lazım olduğunu başa düşməyin yeganə yolu şüuraltına baxmaqdır.

Dəri xəstəliklərinin, eləcə də digər psixosomatik xəstəliklərin effektiv müalicəsi koordinasiyalı psixoloji və farmakoloji müalicə tələb edir. Eyni zamanda, psixoterapiya bu vəziyyətin altında yatan emosional amillərə təsir göstərməlidir. Və qeyd etmək lazımdır ki, bəzən yalnız psixoterapiya nəticəsində zənciri qırmaq mümkün olur ki, bu da bəzən xəstənin fərqində olmadan psixosomatik xəstəliklərin müalicəsinə səbəb olur.

Tədqiqatlar göstərir ki, emosional vəziyyət birbaşa dərinin də vəziyyətinə təsir edə bilər. Təşviş, həyəcan və ya depressiya zamanı bədəndə stress hormonu (kortizol) istehsal olunur. Bu, dərinin iltihablanmasına, dəri rənginin və strukturunun pozulmasına, sebum (yağ) istehsalının artmasına səbəb ola bilər. Əksinə, müsbət emosiyalar və yaxşı əhval-ruhiyyə isə dərinin vəziyyətinə müsbət təsir göstərmiş olur. Sevinc, sevgi və ya məmnunluq hissləri yaşayanda bədəndə endorfinlər (xoşbəxtlik hormonları) istehsal olunur. Bu hormonlar qan dövranına və ümumi dəri sağlamlığına müsbət təsir edir, dərinin sağlam görünməsinə kömək edir.

Psixosomatik dəri xəstəlikləri arasında psoriasis və atopik dermatit bütün dünyada yüksək yayılma tezliyi olan və davamlı artımın müşahidə olunduğu xroniki dermatozlardır. Hər iki xəstəlik təbiətdə multifaktorialdır (endokrin, immun, irsi, psixoloji, sosial və s. amillər) və onların öyrənilməsi zərurəti vardır (Малкина-Пых, 2008). R.Xainrasov tərəfindən aparılan eksperimental tədqiqatdan alınan məlumatlara əsasən, psoriasis xəstələrinin günahkarlıq hissləri yaşamağa meyilli olduğu müəyyən olunmuşdur. R.Xainrasov psoriazdan əziyyət çəkənlərin stressə davamlılıqlarının aşağı olduğunu və passiv aqressiv davranış formalarına meyilli olduqlarını da müşahidə etmişdir. Bu qrup xəstələr artan narahatlıq, başqalarının fikirlərinə yüksək həssaslıq, emosional qeyri-sabitlik kimi keyfiyyətlər ilə xarakterizə olunur (Павлова, 2008). Onlarda həmçinin yüksək səviyyədə aleksetimiya da müşahidə olunur. P.Marti psixosomatik xəstəliklərlə işləyən tədqiqatçı kimi tanınsa da, sırf dəri xəstəlikləri ilə bağlı

araşdırmaları da var. P.Marti qadın həbsxanasında hamilə cinayətkar analarla araşdırma aparmışdır. Doğulan körpələrdə dəri problemlərinin olmasını və irəli yaş-larda onların bir çoxunda atopik dermatitin təzahür etdiyini müəyyən etmişdir. Onun sözlərinə görə, atopik dermatitin formalaşması iki təmələ əsaslanır: bioloji (anadan ötürülən) və sosial-psixoloji (uşağın ana ilə birbaşa münasibəti). Anadangəlmə amil deyəndə P.Marti ananın yaşamış olduğu günahkarlıq hisslərini qeyd edirdi (Павлова, 2008).

Psixoterapiyanın dinamik istiqamətinin nümayəndələri dəri xəstəliklərinin psixosomatik təbiətinin analitik şərhinə əsaslanaraq, dərinin psixoloji müdafiə funksiyası ilə əlaqəli olduğunu qeyd edirlər. Psixosomatik pozulmaların əsas səbəbini isə şüur və şüursuzluq arasında şəxsiyyətdaxili konflikt kimi nəzərdən keçirirlər. Dəri xəstəlikləri bədən üçün tək cə fizioloji deyil, həm də psixoloji sərhəd yaradır- sosial münasibətlərdən uzaqlaşmaq (homeostazı qorumaq və saxlamaq, stressli mənfi təsirlərdən, psixoloji travmalardan müdafiə məqsədi ilə) üçün (Светлова, 2008).

Erkən yaşlardan uşaq ana ilə təmas və istiliyin olmamasına reaksiya verir, onlarda emosional boşluq yaranır. Hər bir körpənin ana ilə sıx təmasda olmaq ehtiyacı vardır. Uşaqlar üçün ana ilə təmas bir növ sevginin ötürülmə formasıdır. Dəri bədənə sərhəddir, buna görə də ana ilə uşaq arasında toxunma hisslərinin olmaması irəlidə psixosomatik dəri xəstəliklərinin meydana gəlməsi üçün zəmin yarada bilər. Dəri problemləri ananın “müalicəvi” toxunuşlarına olan ehtiyacı göstərir. Ananın uşaq ilə təmas qurmaması emosional olaraq körpədə narahatlığa səbəb olur (“mən tənhayam, anam mənə sevmir”) (Малкина-Пых, 2008).

Belə ki, dəri xəstəliklərinin psixoanalizi zamanı müəyyən olunur ki, uşaq vaxtı anadan kifayət qədər diqqət və qayğı görməyən uşaqlarda ilk olaraq dəri problemləri təzahür edir. Adətən uşaq özünü qorunmasız və müdafiəsiz hiss edir. Dəri daxili, xaricdən müdafiə edən orqan olaraq bu “müdafiəsizlik” hissəyə müxtəlif psixosomatik reaksiyalar ilə (dəri xəstəlikləri ilə) cavab verir. Erkən yaşlarda ana sevgisini almayan uşaq təcridə özünə qapanır, öz hisslərini göstərmir, yaşadıklarını gizlədir. Belə ki, dəri xaricdən sərhəd olduğu üçün, bir növ daxili hissləri daha çox gizlədə bilmək üçün sərhəddən daha da “gərginləşdirilməsi” ehtiyacı yaranır.

Özünə inamı aşağı olan, daima tənqid olunan uşaqlar, özlərini kifayət qədər ağıllı, bacarıqlı və gözəl hesab etmədikləri üçün sosial münasibətlərdən qaçmağa çalışırlar. Belə olan halda sərhəd hesab olunan dəri də müxtəlif patologiyalar təzahür edir ki, bu da xəstəyə sosial mühitdən təcrid olmağa bir növ kömək etmiş olur. Məlumdur ki, başqa insanlarla və ya gözəllik idealları ilə davamlı müqayisə mənfi emosiyalar, aşağı özünə inam və hətta depressiyaya səbəb ola bilər. Özünə və xarici görünüşünə qarşı mənfi münasibət dəri üzərində mənfi təsir göstərərək əsasən də sızanaq xəstəliyi və atopik dermatit kimi müxtəlif problemlərə səbəb ola bilər.

U.Haustinin dəri xəstəliklərinin xüsusiyyətləri (lokallaşma, şiddəti, yayılması) və psixoloji vəziyyət arasındakı əlaqəni araşdıran tədqiqatları xüsusi diqqətə layiqdir. Belə ki, U.Haustin araşdırmalar zamanı müəyyən etmişdir ki, depressiyanın əlamətləri olan psoriaz xəstələrinin ən həssas kateqoriyası gənc qadınlardır. Bu qadınlarda aşağı özünə inam, özünü kifayət qədər gözəl və cəlbedici hesab etməmək depressiyaya və həmçinin də dəri problemlərinə gətirib çıxara bilər. Üstəlik, dəri xəstəlikləri üçün xarakterik olan psixosomatik paralellik fenomenlərinə uyğun olaraq, ağır psoriazlı xəstələrdə affektiv pozulmalar da müşahidə olunmuşdur. Bu xəstəliklərin patogenezinə mühüm əhəmiyyət kəsb edən psixosomatik dəri xəstəliklərində müşahidə olunan depressiyadır (Arık, Hande, 2000).

E.V.Orlov qeyd edir ki, atopik dermatitin orta və ağır dərəcələri olan xəstələrdə daha çox yüksək səviyyədə depressiya və təşviş pozuntusu müşahidə olunur. Belə ki, bu vəziyyət onları daha da həssas edir və həyat keyfiyyətlərini də əhəmiyyətli dərəcədə azaltmış olur (Астафьева, Еремина, Еремин, 2013).

Dəri xəstəlikləri (əsasən sızanaq xəstəliyi, atopik dermatit, psoriaz) olan şəxslərdə psixi pozulmaların xarakteri ilə problemim forması, onun gedişatının şiddəti, müddəti, həmçinin ağırlıq dərəcəsi bir-biri ilə əlaqəlidir. Dəri xəstələrində ən çox rast gəlinən psixoloji problemlər təşviş pozuntusu, obsessiv-kompulsiv pozuntu və depressiyadır.

Psixi və somatik qarşılıqlı əlaqənin müəyyən edilməsində və ilkin patogenetik mexanizmlərin təcrid edilməsində yaranan çətinliklərə baxmayaraq, aparılan əksər klinik-psixoloji tədqiqatlar psixoloji amillərə aid olan dəri xəstəliklərinin tez-tez baş verdiyini təsdiqləyir ki, bu da problemə integrasiya olunmuş yanaşmanın zəruriliyini müəyyənləşdirir.

Hal-hazırda heç bir şübhə yoxdur ki, hər hansı bir psixogen xarakterli somatik pozulma, o cümlədən dəri xəstəliklərinin inkişafında, travmatik hadisənin özü deyil, həm də xəstənin psixikasının həssaslığı və psixoloji mexanizmləri (şəxsiyyət xüsusiyyətləri- daxili konfliktlər, adaptiv və qoruyucu mexanizmlər, aktiv psixoloji müdafiə, stressin idarə olunması və s.) rol oynayır.

Dəri xəstəliyi olan şəxslərin xarakterik xüsusiyyətlərinə nəzər salanda onların daha təmkinli olmaları, özlərinə ciddi nəzarət etmələri, həddindən artıq özünü tənqid etmələri, müxtəlif səbəblərdən daima günahkarlıq və utanc hissi yaşamaları müşahidə olunur. Bütün bu mənfi hisslərə görə də bir müddət sonra depressiya da təzahür edə bilər. Zaman keçdikcə bu duyğular basdırılır və xəstənin əvəzinə dəri "əziyyət çəkməyə" başlayır, duyğular dərinin "sərhəd" xəttində toplanır, xəstə sözün əsl mənasında emosiyalarını dəri ilə ifadə etməyə başlayır (əsasən psoriazın psixosomatikası).

Dəri dermatozunun psixosomatik səbəblərindən biri də frustrasiya vəziyyətidir. Bəzi dəri xəstələrində dermatoz xəstənin özünü gerçəkləşdirə bilməməsi kimi də təzahür edə bilər.

Dəri xəstəliklərinin psixosomatikasının öyrənilməsi, bu xəstəliyə səbəb olan psixoloji travmalarının aradan qaldırılmasında xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Belə ki, dəri xəstələri ilə aparılan psixoloji tədqiqatlar müalicə zamanı ənənəvi dərman preparatlarının istifadə edilməsi ilə yanaşı, həm də psixoterapiya aparılmasının zəruriliyini vurğulamış olur. Dermatoloji xəstələrdə yalnız farmakoterapiya aparılmamalı, psixoterapiya aparılması üçün də xəstə müvafiq mütəxəssisə yönləndirilməlidir.

Dəri insanın sinir sistemi üçün bir növ toxunma panelidir. Dəriyə hər hansı təsir insan psixikasında rezonans doğurur ki, bu da onun dünya ilə qarşılıqlı əlaqə qabiliyyətini əks etdirir. Dəri insanı ətraf mühitdən ayıran bir sərhəd rolunu oynayır, buna görə də dəri problemləri dünya ilə harmoniya tapa bilməmək kimi şərh edilə bilər. Digər tərəfdən, dəri dərin təcrübələrin və psixoloji problemlərin əksi kimi xidmət edə bilər. Bir çox psixoterapevt maraqlı bir texnikadan istifadə edir - onun şəxsiyyəti haqqında nə düşündüyünü anlamaq üçün xəstədən dərisi haqqında danışmasını xahiş edirlər. Bu kontekstdə dəri problemləri bastırılmış emosiyalar, cəmiyyətin qiymətləndirməsindən ağırlı asılılıq, öz bədənə qarşısında utanc və s. kimi qəbul edilə bilər.

Bəzi hallarda, ağır dəri patologiyaları bir insanı fiziki təmasdan qorumaq üçün hazırlanmış bir növ müdafiə reaksiyası, dost və ya cinsi tərəfdaş tapa bilməməsi üçün bir bəhanə ola bilər. Öz növbəsində dəri problemləri daha çox rədd edilmə qorxusuna səbəb olur və natamamlıq kompleksi yaradır.

Sağlam dəri üçün həm fiziki, həm də psixi komponentlərə (psixoloji rifahın qorunmasına) diqqət yetirmək vacibdir. Dermatologiya və psixologiya arasındakı əlaqə dərin və mürəkkəbdir. Bu qarşılıqlı əlaqəni tədqiq etmək dəriyə qulluq edərkən yalnız fizioloji deyil, psixoloji amillərin də nəzərə alınmasının zəruriliyini vurğulayır. Emosional rifahın qorunması, stressin idarə olunması və sağlam psixika dəriyə fizioloji qulluqdan daha çox müsbət təsir etmiş olur. Dəriyə xaricdən qulluq etmək lazımdır, lakin daxili harmoniyanı, emosiyaları da unutmaq olmaz. Psixoloji vəziyyətin də stabil olması dəri xəstəliklərinin şiddətinə, azalmasına və aradan qaldırılmasına kömək etmiş olacaq.

1.2.2. Dəri xəstəliklərinin somatopsixologiyası

Somatopsixologiya keçmiş (və ya davam edən xroniki) xəstəliklərin bir insanın psixi vəziyyətinə təsiridir. Ac və ya yorğun olan zaman qıcıqlanmış və əsəbi hiss etmək olduqca məntiqlidir. Terapevtik üsullarla həll edilə bilməyən bir davranış xüsusiyyəti təzahür edir-yemək lazımdır. Somatopsixologiya psixosomatikaya əks olan prosesdir. İki növ somatopsixik reaksiyalar vardır:

1.Mərkəzi sinir sisteminin bioloji zədələnməsi. Məsələn: zədələnmə nəticəsində beynin bir hissəsi işləmir. Bu cür zərər psixi pozuntulara səbəb olur. Burada hər şey aydındır: beyin zədələnir və qarşılıqlı olaraq psixika da zədələnir.

2.Xəstəliyə qarşı şəxsiyyət reaksiyası var. Məsələn: şəxs, yıxıldı və qolunu sındırdı. Əl sağaldıqdan sonra bu əlin qayğısına qalmağa başlanılır, narahatlıq artır, təkrar zədələnmə qorxusu da artır. Davranışı dəyişir, mübarizə strategiyaları və psixoloji müdafiə mexanizmləri işə salınır. Qorxu və narahatlıq yüksəkdirsə, bu davranış modeli həyatın digər sahələrinə yayılaraq təşviş pozuntusuna səbəb ola bilər. Oturaq həyat tərzini düzgün biomexanikanı dəyişir. Uzun müddət oturduqdan sonra bəzi əzələlər çox rahatlaşır (gluteal, qarın əzələləri və s.), digər əzələlər isə (arxa ekstensorlar, trapesiya və s.) əksinə, çox yüklənir və bədəndə əzələ disbalansı yaranır. Bu balanssızlıq bədəndə ağrılara səbəb olur və bu ağrı da artıq psixikaya təsir edir, artan narahatlıq və ağrı səbəbindən yuxu rejimi də pozulur və s. Yəni somtopsixologiya həm bir başa həm dolaylı təsir edə bilər.

Dərinin görünən sahələrində dermatozların olması xəstələrdə emosional problemlərə, o cümlədən özünə inamın azalması, utanma, kədər və sosial izolyasiyaya səbəb ola bilər. Bu dəyişikliklər sızanaq, atopik dermatit, psoriaz, ixtioz, vitiliqo və yastı dəmrov olan xəstələrin sağlamlıq vəziyyətinə və həyat keyfiyyətinə ciddi təsir göstərən, təşviş, depressiya və hətta intihar düşüncəsi kimi psixi pozuntulara səbəb ola bilər.

Xroniki dəri xəstəlikləri xəstənin fiziki, psixoloji və sosial rifahına əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərə bilər. Dəri simptomlarının şiddəti ilə psixi pozuntu və həyat keyfiyyətinin azalması arasında əlaqə var.

1994-cü ildə A.Finlay dəri xəstələri ilə gündəlik klinik istifadə üçün sadə praktik sorğu anketini - Dermatoloji Həyat Keyfiyyəti İndeksini (DLQI) hazırlamışdır. Müxtəlif dəri xəstəlikləri olan yüz iyirmi xəstəyə mövcud dəri xəstəliyinin onların həyatına təsiri ilə bağlı suallar verilmişdir. Onların cavabları əsasında DLQI hazırlanmışdır. Dermatoloji klinikaya gələn 200 yeni xəstə daha sonra DLQI-ni işləmişdir (Finlay, 2004).

Bu araşdırma ekzema, psoriaz, sızanaq, bazal hüceyrəli karsinoma və viral zeyillərin daha çox həyat keyfiyyətinə təsir etdiyini təsdiqləmişdir. 100 sağlam könüllü də DLQI-ni işləmişdir. Onların anket orta balı dermatoloji xəstələrin orta balı (24,2%) ilə müqayisədə çox aşağı (1,6%) olmuşdur. DLQI-nin etibarlılığı 1 həftəlik test-təkrar test üsulu ilə 53 xəstədə sınaqdan keçirilmiş və etibarlılığın yüksək olduğu müəyyən edilmişdir. Belə ki, dermatozların psixikaya təsiri öz təsdiqini tapmışdır. Somatopsixoloji tədqiqatlarda dəri xəstəliklərinin psixikaya mənfi təsirləri daima araşdırılmışdır. Dəri insanın zahiri olaraq görünən tərəfi olduğu üçün digər somatik problemlərə nisbətən daha çox psixikaya təsir göstərmiş olur. Çünki, daxili

orqanlardan fərqli olaraq dəridə olan iltihab, qızartı, ləkə və yaralar göz önündə olur (Finlay, 2004).

Genetik xəstəlikləri (neyrofibromatoz, ixtioz, albinizm və s.) olan xəstələrdə də həyat keyfiyyətinin aşağı düşməsi müşahidə olunur. Bədən qavrayışı və xarici görünüş problemləri də həyat keyfiyyəti və emosional rifahla əlaqəlidir. Xroniki dəri xəstəlikləri insanların psixoloji vəziyyətinə, emosiyalarına, özünüqiymətləndirmə səviyyəsinə, bədən qavrayışına, şəxsi rifah səviyyəsi və ümumi həyat keyfiyyətinə ciddi psixoloji təsir göstərə bilər. Dəridə mövcud olan hər hansısa patologiyalar fərdin özünə inamını zədələyə bilər. Somatopsixoloji təsirə əsasən mövcud dəri xəstəliyi komplekslər yarada bilər ki, bu da sosial təcrid ilə nəticələnir. Dəridə olan problemlər ümumi narahatlığa, psixi gərginliyə səbəb olur. Somatopsixologiyada fərqli xəstəliklər ilə əlaqəli təzahür edən əsas psixoloji problemlərin bir neçəsi aşağıda qeyd edilmişdir (Finlay, 2004).

1. Emosional gərginlik. Dəri xəstəlikləri tez-tez məyusluq, utanc, qəzəb, kədər və narahatlıq hissi də daxil olmaqla emosional narahatlıq yaratmış olur. Bu duyğular dəri xəstəliyinin əlamətləri, ağırlıq dərəcəsi və vəziyyətin xroniki təbiəti ilə əlaqədardır.

2. Xarici görünüşdən narazılıq. Dəri xəstəlikləri zahiri görünüşdən narazılığına səbəb ola bilər, çünki insanlar öz vəziyyətlərinin görünən əlamətlərinə görə özlərini narahat hiss edə bilərlər. Bu narazılıq onların sosial qarşılıqlı münasibətlərinə və özünə inamlarına təsir edə bilər.

3. Bədən qavrayışının pozulması. Dəri xəstəlikləri bədən qavrayışının pozulmasına səbəb ola bilər. Adətən daha çox dəri xəstəliyi olan qadınlarda bədən qavrama problemləri (dismorfofobiya) da müşahidə olunur. Dəri problemlərini gizlətmək üçün qadınlar müxtəlif estetik müdaxilələr və kosmetik prosedurlar istifadə edirlər.

4. Sosial təcrid və şəxsiyyətlərarası problemlər. Dəri xəstəlikləri sosial qarşılıqlı əlaqəni məhdudlaşdırır və şəxsi münasibətlərə mənfi təsir göstərə bilər. Dəri xəstələri stiqma və ya mənfi mülahizələrlə bağlı narahatlıqlar səbəbindən artan sosial təcrid, sosial vəziyyətlərdən qaçmaq və yeni münasibətlər qurmaqda çətinlik çəkirlər.

5. Özünə inamın aşağı olması. Dəri xəstəliklərinin əsas görünən psixoloji tərəfi özünə inamın aşağı olmasıdır. Xəstələr adətən özlərini daha az inamlı hiss edir, özləri haqqında mənfi rəy formalaşır və dəri vəziyyətinin daha çox göründüyü fəaliyyətlərdən və ya vəziyyətlərdən qaçırırlar.

6. Təşviş və depressiya. Dəri xəstəlikləri təşviş və depressiyanın təzahürünə səbəb ola bilər. Bəzi dəri xəstəliklərinin xroniki olması, zahiri görünüşə təsiri və gündəlik həyatda yaratdığı narahatlıqlar psixoloji problemlərin yaranma riskini artırır. Dəri xəstələri mövcud dermatozlar ilə əlaqədar olaraq məyus olur, özlərini sosial münasibətlərdən təcrid edir və

depressiv əhval-ruhiyyədə olurlar. Evdən çıxmaq və sosial münasibətlər qurmaqdan çəkinirlər. Xəstəliyin zahiri ağırlıq dərəcəsinə əsasən təşviş yaşayırlar. Dəri problemlərinin başqaları tərəfindən görülməsindən narahat olurlar. Bağlı və qapalı geyimlərə üstünlük verirlər. Hər an xəstəliyin əlamətlərinin digər insanlar tərəfindən görülcəyindən və pis qarşılanacaqlarından qorxur daimi gərginlik və ümumi narahatlıq hissi keçirirlər. Bu vəziyyət uzun müddət davam edərsə təşviş pozuntusunun təzahür etməsinə səbəb ola bilər.

7.Gündəlik həyata təsiri. Dəri xəstəlikləri iş məhsuldarlığı, yuxu keyfiyyəti və ümumi rifah da daxil olmaqla gündəlik həyatın müxtəlif aspektlərinə mənfi təsir edir. Ümumi fəaliyyət rejiminin zəifləməsinə səbəb olur. Bəzi dəri xəstəlikləri ilə əlaqəli narahatlıq, qaşınma, ağrı və ya məhdud hərəkətilik gündəlik rejimi poza və ümumi həyat keyfiyyətini azalda bilər.

8.Stigmatizasiya və sosial münasibətlər. Dəri xəstəlikləri tez-tez stigmatizasiya olunur. Dəri xəstəlikləri cəmiyyət tərəfindən mənfi münasibətlərə səbəb olur. Bu stiqma daha çox psixoloji sıxıntıya, utanc hissinə səbəb olur. Həmçinin sosial dəstək və ya müalicə axtarışında da çətinlik yaradır.

9.Koqnitiv təsir. Dəri xəstəlikləri özünü tənqid, xəstəliyi həddindən artıq şişirtmə kimi koqnitiv təhriflərə səbəb ola bilər. Bütün bunlar psixoloji rifahı və stresslə mübarizə strategiyalarını pozur.

Dəri görünüşü fiziki sağlamlığın vacib aspektidir və emosional sabit vəziyyəti qoruyan əsas amillərdən biridir. Əlbəttə ki, sağlam dəri kompleks yanaşma tələb edir- fizioloji və psixoloji. Dəri zahiri olaraq xarici görünüşü təmin edir. İstənilən bir dəri problemi psixikaya mənfi təsir göstərmiş olur. Missisipi universitetində dermatoloq R.Brodel və psixoloq T.Brovn dəri xəstəlikləri olan xəstələrin müalicədən sonrakı psixoloji vəziyyətini təhlil etmişdirlər. Dəri xəstəliklərinin sağlamlıq onların psixikasına, psixoloji rifahına açıq-aşkar müsbət təsiri olduğunu müşahidə etmişdirlər. Dəri xəstələrinin sağlama prosesində müşahidə olunan əsas dəyişikliklər aşağıda qeyd edilmişdir (Parsad, Dogra, Kanwar, 2003).

-Özünə inamın artması. Dəri problemləri yüngülləşdikcə şəxslər xarici görünüşlərindən razı qalırlar. Onların özlərinə inamı və hörməti artır. Gündəlik qayğıların öhdəsindən gəlmək, insanlarla ünsiyyət qurmaq və qərarları daha tez qəbul etmək asanlaşır. Özünə inamı yüksələn şəxs daha sıx sosial münasibətlər qurur. Dəri xəstəlikləri zamanı təzahür edən sosial təcrid xəstəlik sonrası artan özünə inamla aradan qalxmış olur.

-Yüksək əhval-ruhiyyə. Dəri problemlərinin ardan qalxması əhval-ruhiyyəni yaxşılaşdırır və təşviş və depressiv əhval-ruhiyyəni azaldan bir sıra müsbət emosiyalar yaradır.

-Gündəlik stressin öhdəsindən gəlməyə kömək edir. Dəri xəstəliklərinin sağlamlıq sinir sisteminə terapevtik təsir göstərir və daxili tarazlığı bərpa edir, emosiyaları idarə etməyə kömək edir. Dəri problemlərinin aradan qalxması ilə xəstələr bütün qayğılardan ayrılır və

özlərini xoşbəxt hiss edirlər. Beyin bunu tam istirahət kimi qəbul edir, sakitləşir və diqqəti bədənə qulluq etməyə yönəldir. Uzun müddət davam edən xəstəliyin əlamətləri psixika üçün çox yorucudur. Xəstəlik sonrası daxili rahatlıq hissi stressli vəziyyətlərin öhdəsindən gəlməyi asanlaşdırır və emosional sabitliyi artırır. Sağalma sonrası xəstələr gündəlik qayğılarla daha sağlam yollar ilə mübarizə aparırlar.

-Diqqətin mərkəzləşməsi artır və fərdi məhsuldarlığı artırır. Dəri problemlərinin aradan qalxması ilə xarici görünüşə görə qaçınma aradan qalxır, müxtəlif fəaliyyətlərdə iştirak etməklə vəzifələrin və fəaliyyətlərin öhdəsindən daha yaxşı gələ bilirlər. Sağalma sonrası özlərini daha gümrəh və enerjili hiss edirik ki, bu da daha səmərəli işləməyə və arzulanan nəticələrə nail olmağa imkan verir. Həmçinin, daxili rifah artır daha təmkinli və intizamlı olurlar. Sağlam dəri məhsuldar olmağa kömək edir.

-Özünü sevməyə və özünü qəbul etməyə kömək edir. Demək olar ki, hər bir dəri xəstəliyi olan şəxsin dermatozları sağaldıqca özünə sevgisi artır və öz hisslərini, emosiyalarını qəbul edir.

Dəri xəstəlikləri stress səviyyəsinə və hormonal dəyişikliklərə təsir edir. Bir qayda olaraq, dəri xəstəliyi stressin artması, kortizolun aktiv istehsalı ilə xarakterizə olunur ki, bu da psixi gərginliyi artırmış olur.

Dəri xəstəlikləri xəstələrin həyatının müxtəlif sahələrinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərir. Xəstələr üçün dəstək sistemlərinə həqiqətən ehtiyac var. Bu cür sistemlər tibbi yardım üçün və sonrakı müraciətləri təmin etmək üçün lazımdır. Həkimlər ən çox yayılmış xroniki dəri xəstəliklərinin psixoloji təsirlərinin müəyyən edilməsində və müalicəsində mühüm rol oynaya bilirlər. Sızanaq, atopik dermatit, psoriasis, vitiligo, alopesiya (dazlaşma) və hidradenit suppurativa (tər vəzlərinin iltihabı) xroniki dermatoloji xəstəliklərdir ki, xəstələrdə depressiya, təşviş və həyat keyfiyyətinin aşağı düşməsinə səbəb olur. Xroniki dəri vəziyyəti olan şəxslərin müalicəsində ümumi kompleks yanaşma xəstənin narahatlıqlarının təyin edilməsinə, xəstənin dəri probleminin potensial psixoloji təzahürü və proqnozunu müəyyən edilməsinə kömək edir, həmçinin dermatoloji problemlərin tibbi müalicəsi (farmakoloji) və psixoterapiyasına istiqamətləndirir. Dəri xəstəliklərinin kompleks müalicəsi üçün psixi pozuntuların vaxtında aşkarlanması və müalicəsi vacibdir (Parsad, Dogra, Kanwar, 2003). Dəri xəstəlikləri olan xəstələrə klinik psixoloji yardım son dərəcə vacibdir. Psixoloqlar, dermatoloqlar və digər səhiyyə işçiləri dəri xəstələrinin psixi vəziyyətini yaxşılaşdırmaq üçün dəri vəziyyətinin fiziki, emosional və psixoloji aspektlərinin həllində birlikdə işləyə bilirlər.

1.3. Depressiyanın klinik-psixoloji mahiyyəti

Depressiya ümumi psixi sağlamlıq pozuntusudur. Bu pozuntu uzun müddət davam edən depressiv əhval-ruhiyyəsi və ya adi fəaliyyətlərə maraq və ya həzz almaq qabiliyyətinin

itirilməsi ilə xarakterizə olunur. Depressiya gündəlik həyatın reallıqları ilə bağlı əhval-ruhiyyə və emosiyalardakı müntəzəm dəyişikliklərdən fərqlidir. Depressiya insan həyatının bütün sahələrinə, o cümlədən ailəsi, dostları və başqaları ilə münasibətlərinə mənfi təsir göstərə bilər. Adətən şəxsi həyat, ailədəki və işdəki problemlərin nəticəsi və ya səbəbi ola bilər. Depressiya hər kəsdə müşahidə edilə bilər. Müxtəlif stressli hadisələrlə üzləşmiş insanlar depressiyaya daha çox meyillidirlər. Statistika görə qadınlar kişilərə nisbətən depressiyadan daha çox əziyyət çəkirlər. Əhalinin təxminən 3,8%-i, o cümlədən böyüklərin 5%-i (kişilərin 4%-i və qadınların 6%-i) və 60 yaşdan yuxarı insanların 5,7%-i depressiyadan əziyyət çəkir. Dünyada təxminən 280 milyon insan depressiyadan əziyyət çəkir. Qadınlar arasında depressiyanın yayılması kişilərə nisbətən təxminən 50% yüksəkdir. Depressiya bütün dünyada hamıl və doğuşdan sonrakı qadınların 10%-dən çoxuna təsir edir. Depressiyanın ən təhlükəli tərəfi intihar riskidir. Hər il 700 mindən çox insan intihar edir. İntihar 15-29 yaş qrupunda dördüncü əsas ölüm səbəbidir. İntihar hallarının demək olar böyük çoxluğunun səbəbi depressiyadır (WHO stats.).

Depressiv epizod zamanı insan depressiv əhval-ruhiyyə (kədər, əsəbilik, boşluq hissləri) yaşayır. Gündəlik fəaliyyətlərdən həzz almaq və ya maraqlanmaq qabiliyyətini itirə bilirlər. Depressiya adi əhval dəyişikliyindən fərqləndirilməlidir. Depressiv epizodlar günün çox hissəsi davam edir və ən azı iki həftə ərzində demək olar ki, hər gün baş verir.

Psixi pozuntular “Xəstəliklərin və sağlamlıqla bağlı problemlərin beynəlxalq statistik təsnifatı” 11-ci buraxılışında “Psixi, davranış və neyroinkişaf pozuntuları” adlı 6-cı bölmədə təqdim edilir. 06 nömrəli təsnifata psixi pozuntular daxildir. 6-cı bölmə öz daxilində 23 təsnifat bölməsindən və müvafiq simptomatikadan təşkil edilmişdir. Depressiya “Əhval pozuntuları” adlanan (6A60-6A8Z) təsnifata daxildir (ICD 11, 2022). XBT 10-dan fərqli olaraq XBT 11 təsnifatında daha dəqiq bölgü aparılmış və daha dəqiq əlamətlər qeyd edilmişdir. XBT 11-də “Əhval pozuntuları”nın alt bölməsindən biri “Depressiv pozuntular” (6A70 6A7Z) adlanır. Ümumi olaraq depressiv pozuntular aşağıdakı cədvəldə qeyd olunan kodlar və başlıqlar kimi təsnif olunur.

Depressiv pozuntuların XBT-10 üzrə təsnifatı aşağıdakı kimidir:

F32 Depressiya epizodu

F32.0 Yüngül depressiv epizod

F32.1 Orta depressiv epizod

F32.2. Ağır depressiv epizod (psixotik əlamətlərsiz)

F32.3. Ağır depressiv epizod (psixotik əlamətlər ilə)

F32.8. Digər depressiya epizodları

F32.9. Müəyyən olmayan depressiya epizodları

F33. Rekurrent depressiv pozuntu

F33.0. Rekurrent depressiya pozuntu, cari yüngül dərəcə

F33.1. Rekurrent depressiya pozuntu, cari orta dərəcə

F33.2. Rekurrent depressiya pozuntu, cari ağır dərəcə (psixotik əlamətlərsiz)

F33.3. Rekurrent depressiya pozuntu, cari ağır dərəcə (psixotik əlamətlərlə)

F33.4. Rekurrent depressiya pozuntu, cari remissiya

F33.8. Digər rekurrent depressiv pozuntu

F33.9. Müəyyən olmayan rekurrent depressiv pozuntu

F34. Xroniki affektiv pozuntu

F34.1. Distimiya

F34.8. Digər xroniki affektiv pozuntular

F34.9. Müəyyən olmayan xroniki affektiv pozuntu

DSM V təsnifatında depressiv pozuntu XBT 11 təsnifatına yaxındır. Aşağıda DSM V təsnifatın 296.99 nömrəli “Əhval-ruhiyyə pozuntusu” kod daxilində (DSM V TR, 2022) depressiv pozuntunun təsnifatı verilmişdir.

XBT 11 və DSM V təsnifatlarında depressiv pozuntunun əlamətləri, ağırlıq dərəcələri və buna müvafiq olaraq formaları qeyd edilmişdir. Depressiyanın təzahür xüsusiyyətləri demək olar ki, fərqli olur. Pozuntunun dərəcəsi və formasından asılı olaraq depressiya müxtəlif cür təzahür edir.

Depressiv simptomologiyanın tam spektrini konseptuallaşdırmağa və xatırlamağa kömək etmək üçün depressiv əlamətlər beş- fizioloji, emosional, koqnitiv, davranış və neyrovegetativ qrupa ayrılır. Depressiv pozuntunun fizioloji əlamətlərinə daxildir- həzm sistemində problemlər, cinsi istək zəifliyi, yuxu rejimi pozulması, ağrı və narahatlıqlar. Depressiv pozuntunun emosional əlamətlərinə daxildir- əsəbilik, ümitsizlik hissləri, yüksək özünü tənqid, günahkarlıq hissi, aşağı özünə inam, həzz almanın zəifləməsi və ya itirilməsi, ümumi təşviş, maraq dairəsinin azalması. Depressiv pozuntunun koqnitiv əlamətlərinə daxildir -diqqət problemləri, hafizənin zəifləməsi, qərar qəbulu prosesində çətinlik, təfəkkür ləngiməsi, pessimizm, intihar düşüncələri. Depressiv pozuntunun davranış əlamətlərinə daxildir -sosial təcrid, tənhalıq, fəaliyyətsizlik, motivasiyanın aşağı olması, sosial münasibətlərdən qaçmaq, əyləncələrdən imtina etmək, maddə asılılığı. Depressiv pozuntunun neyrovegetativ əlamətlərinə daxildir -ümumi yorğunluq, daimi gərginlik hissi, spazma və qıcolmalar, stupor vəziyyəti.

Depressiv pozuntuların DSM V TR üzrə təsnifatı:

Depressiv pozuntu: tək epizod

296.21 Yüngül dərəcəli tək epizodlu depressiv

- 296.22 Orta dərəcəli tək epizodlu depressiv
- 296.23 Ağır dərəcəli tək epizodlu depressiv
- 296.24 Psixotik xüsusiyyətlərlə
- 296.25 Qismən remissiyada
- 296.26 Tam remissiyada
- 296.20 Müəyyən edilməyən
- Depressiv pozuntu: təkrarlanan epizod
- 296.31 Yüngül dərəcəli təkrarlanan epizodlu depressiv
- 296.32 Orta dərəcə dərəcəli təkrarlanan epizodlu depressiv
- 296.33 Ağır dərəcə dərəcəli təkrarlanan epizodlu depressiv
- 296.34 Psixotik xüsusiyyətlərlə
- 296.35 Qismən remissiyada
- 296.36 Tam remissiyada
- 296.30 Müəyyən edilməyən
- 300.4 Davamlı depressiv pozuntu (distimiya)
- 293.83 Digər tibbi vəziyyətlərə əsasən depressiv pozuntu
- 311 Digər müəyyən edilən depressiv pozuntu
- 311 Müəyyən edilməyən depressiv pozuntu
- 311 Digər təyin edilməyən depressiv pozuntu

Depressiv pozuntu diaqnozunun qoyulması üçün yuxarıda qeyd olunan əlamətlərdən çox qisminin minimum 2 həftə ərzində müşahidə edilməsi mütləqdir. Depressiyanın gedişi və əlamətləri bir sıra amillərə əsasən fərqli olur. Depressiv epizodlar müxtəlifdir.

Ağırlıq dərəcəsinə görə depressiv epizod aşağıdakı kimidir:

1.Yüngül dərəcə depressiv pozuntu

- Əlamətlər yüksək dərəcədə olmur
- Distress və adaptasiya çətinlikləri müşahidə olunur
- Sayıqlama və hallüsinasiya müşahidə edilmir

Bu dərəcədə olan depressiya ağır olaraq qiymətləndirilmir. Adətən populyasiyada çox insanın yaşamış olduğu depressiv pozulmadır. Əlamətlər kəskin olur və qısa müddətli olur. Aşağı əhval-ruhiyyə və yorğunluğun olmasına baxmayaraq şəxs cəmiyyətdən təcrid olmur və özünə xidmət vərdişlərində icar edə bilər. Bu dərəcədə olan depressiv pozuntunun əsas yaranma səbəbi gündəlik yaşanan məişətdə olan stressogen amillərdir. Həmçinin müxtəlif psixi pozuntular, fərdi psixoloji xüsusiyyətlər, bəzi somatik patologiyalar və həmçinin də kəllə-beyin travmaları da aşağı dərəcəli depressiyaya səbəb ola bilər.

2.Orta dərəcəli depressiya

Psixotik əlamətlərsiz orta dərəcə depressiv epizod:

- Depressiyanın bir sıra əlamətləri daimi olaraq təzahür edir
- Bütün sahələrdə çətinliklər müşahidə olunur
- Sayıqlama və hallüsinasiya müşahidə olunmur

Bu səviyyədə olan depressiv pozuntu nisbətən çətinidir. Depressiyanın əsas əlamətləri müşahidə olunur, qarşılıqlı olaraq digər psixi pozuntuların əlamətləri də müşahidə olunur. Təzahür səbəbləri uzun müddət davam edən ağır xəstəlik, travma sonrası günahkarlıq hissi, yaxınların itkisi, ana olmaq, uzun müddət istifa edilən dərman vasitələri ola bilər. Orta dərəcə depressiv pozuntudan əziyyət çəkən şəxslərin mütəxəssis dəstəyi alması mütləqdir.

3. Ağır dərəcəli depressiv pozuntu

a)Psixotik əlamətlər olmayan ağır depressiya epizodu:

- Depressiyanın bir çox əlamətləri daimi müşahidə olunur
- Bütün sahələrdə ciddi çətinliklər təzahür edir
- Sayıqlama və hallüsinasiya müşahidə olunmur

b)Psixotik əlamətlərlə ağır depressiya epizodu:

- Depressiyanın əksər əlamətləri daimi müşahidə edilir
- Bütün sahələrdə daimi çox ciddi çətinliklər müşahidə olunur
- Sayıqlama və hallüsinasiya müşahidə edilir.

Bu dərəcədə olan depressiya demək olar ki, çox az insanda müşahidə olunur və mütləq kliniki şəraitdə müalicə tələb edir. Yaranmasında iki əsas başlıca səbəb vardır- psixoloji və fizioloji amillər. Psixoloji amillərə ağır travmatik stressorlar daxildir. Seçilən doğru tibbi yardım üsulu ilə iki ay ərzində kəskin əlamətlər azalmalıdır. Fizioloji amillərə maddə asılılığı, uzun müddətli emosional yorğunluq, ağır xəstəliklər (xərçəng, infeksiya xəstəlikləri) daxildir. Ağır depressiya zamanı depressiyanın əsas əlamətlərinin hər biri müşahidə edilir. Ağır dərəcənin sağlamlığı üçün təsiredici amillərin hər biri diqqətə alınmalıdır. Düzgün seçilən tibbi müalicə metodu ilə (dərman və psixoterapiya) əlamətlər 2 aydan çox davam etməməlidir, lakin müalicə olunmazsa, bu hal xroniki depressiyaya çevrilmiş olacaqdır.

Mənşəyinə əsasən depressiv epizod:

- ekzogen depressiv pozuntu
- endogen depressiv pozuntu
- somatogen depressiv pozuntu

Ekzogen depressiv pozuntu

Bu depressiv pozuntu ağır həyat şərtləri, xəstəliklər, travmatik amillər nəticəsində təzahür edir. Adətən ekzogen depressiv pozuntudan əziyyət çəkən şəxslərin vəziyyətləri səhər

vaxtlarında və istirahət etdikləri vaxtlarda yaxşılaşmış olur. Ekzogen təsirlər artdıqca depressiv əlamətlər də daha çox müşahidə edilir.

Endogen depressiv pozuntu

Bu depressiv pozuntu əsasən təfəkkür, diqqət və hafizə problemləri, əhval-ruhiyyənin pisləşməsi, fəaliyyətsizlik və sosial təcrid kimi əlamətlər ilə müşahidə edilir. Neyrotransmitterlərin fəaliyyətində və hormonlarda dəyişikliklər adətən bu növ depressiyaya səbəb ola bilər. Endogen növ depressiya əsasən tənhalıq, narahatlıq və gərginlik, ümitsizlik hissləri ilə müşayiət olunur.

Somatogen depressiv pozuntu

Bu depressiv pozuntu “simptomatik depressiya”da adlanır. Hər hansısa ağır somatik xəstəliyə (beyin şişləri, kəllə-beyin travması) əsasən somatogen depressiv pozuntu təzahür edə bilər. Belə olan halda bu növ depressiyanın aradan qaldırılması əsasən mövcud problemin (xəstəliyin) aradan qaldırılması ilə həyata keçirilir. Bu növ depressiyadan əziyyət çəkən şəxslər daha çox onkologiya xəstələrinə müşahidə edirlər. Burada psixoterapiya əsas deyil, ikinci dərəcəli rola sahibdir.

Müddətinə əsasən depressiv epizod:

-tək epizodlu depressiv pozuntu

-təkrarlanan depressiv pozuntu

-xroniki depressiv pozuntu

-kliniki depressiv pozuntu

Tək epizodlu depressiv pozuntu

Xüsusilə xarici amillərdən asılı olmayan dəyişkən əhval-ruhiyyə bu növün xarakterik xüsusiyyətidir. Maraq dairəsinin azalması, həzz almaq hissinin itirilməsi, yuxu problemləri, qida problemləri, koqnitiv xüsusiyyətlərin zəifləməsi kimi əlamətlər müşahidə olunur.

Təkrarlanan depressiv pozuntu

Bu depressiv pozuntu 6 aya kimi davam edə bilər. Əhval-ruhiyyə dəyişkən olur, demək olar ki, kəskin təzadlı olur. Bir anda əhval-ruhiyyə müsbətə doğru dəyişilir, davamında anidən mənfiyə doğru yönəlmiş olur. Təkrarlanan şəkildə əhval-ruhiyyənin dəyişkənliyi, koqnitiv və motor bacarıqların zəifləməsi və fəaliyyətsizlik kimi əlamətlər daha çox müşahidə olunur.

Xroniki depressiv pozuntu

Bu depressiv pozuntudan əziyyət çəkən şəxslər qeyri-sabit əhval-ruhiyyədə olurlar. Xroniki pozuntu demək olar ki, uzun müddət ərzində (illərlə və bir sıra hallarda bütün həyat boyunca) davam edir. Ortalama olaraq ən azı iki il davam edə bilər. Adətən yüngül əlamətlər ilə müşahidə olunur, zəifləmiş kliniki əlamətlər təzahür edir.

Kliniki depressiv pozuntu

Daimi aşağı əhval-ruhiyyə, maraqların azalması, fəaliyyətsizlik, yorğunluq, pessimizm, yuxu və qida rejimində pozulmalar müşahidə edilir. İntihar cəhdləri adətən klinik depressiyadan əziyyət çəkən şəxslərdə daha çox müşahidə olunur.

Depressiyanın yaranmasına təsir edən amillərə və təzahürünə əsas növləri:

- nevrotik depressiv pozuntu
- vegetativ depressiv pozuntu
- psixogen depressiv pozuntu
- maskalı depressiv pozuntu
- astenik depressiv pozuntu
- maddə istifadəsinə əsasən təzahür edən depressiv pozuntu
- postpartum depressiv pozuntu
- bipolyar depressiv pozuntu

Nevrotik depressiv pozuntu

Özünə inamı aşağı olan, daima gərgin olan təşvişli şəxslərdə müşahidə olunan depressiv epizoddur. Onlar daima ədalətsizlik hissi keçirirlər və bu da zamanla apatiyaya səbəb olur.

Vegetativ depressiv pozuntu

Taxikardiya, qan təzyiqinin azalması, tinnitus kimi əlamətlərlə özünü göstərir.

Psixogen depressiv pozuntu

Ağır psixoloji travmadan sonra təzahür edir- boşanma, yaxın birini itirmək, işdən çıxmaq, xəyanət və s. Bu növ depressiya əhvalın dəyişməsi, narahatlıq və həddindən artıq həssaslıq ilə müşayiət olunur.

Maskalı depressiv pozuntu

Bu növ depressiv pozuntu çox təhlükəlidir. Belə ki, depressiya gizli şəkildə davam edir. Apatiya, tənhalıq və həyata marağın azalması yalnız yorğunluq kimi görünə bilər. Lakin bu şəxslər daxilən çox ciddi və ağır böhran yaşayırlar.

Astenik depressiv pozuntu

Ümumi yorğunluq, yuxu problemləri, fiziki və psixoloji stress səbəbindən emosional balanssızlıq ilə özünü göstərir.

Maddə istifadəsinə əsasən təzahür edən depressiv pozuntu

Bu növ depressiya spirtli içki və narkotik maddələrin istehlakı ilə müşayiət olunur. Maddə istifadəsi üçün idarəolunmaz istək və maddədən imtina edərkən əlamətlərin daha da artması müşayiət olunur.

Postpartum depressiv pozuntu

Adətən doğuşdan 10-14 gün sonra baş verir. Gənc ana körpə üçün həyəcan keçirir, yuxusuzluq və yorğunluq vəziyyəti daha da pisləşdirir. Bundan əlavə, ananın vəziyyəti hormonalardan da təsirlənir.

Bipolyar depressiv pozuntu

Bipolyar növ depressiyadan əziyyət çəkən şəxslərdə depressiv və maniakal epizod arasında dövrü olaraq təkrarlanan əlaqə olur. Şəxs adətən normal həyat sürür və depressiyanın əlamətləri görünür.

Depressiyanın dərəcələri və növlərinə əsasən əlamətləri də fərqli formalarda olur. Mütəxəssislər adətən depressiyanın təzahürünü, əlamətlərini ətraf mühit faktorları və genetik meyillə əlaqələndirirlər. Bununla belə, depressiyanın yaranma səbəblərini dəqiq müəyyən etməyin mümkünsüzlüyü də məlumdur. Lakin depressiya diaqnozu qoyulan halların yarısından çoxunda irsiyyət amili əsasdır. Xüsusilə də birinci dərəcəli qohumlarda və əkilərdə depressiv pozuntu riski yüksəkdir. Depressiv vəziyyətin təzahürünə insanlar üçün vacib olan hormonlar istehsal edən hipotalamus, hipofiz və ya adrenal vəzlərin nasazlığı təsir göstərə bilər. Bu orqanların qarşılıqlı təsirindəki pozuntu uzun müddət davam edən depressiv vəziyyətlərə səbəb ola bilər. Ağır dərəcəli və ya xroniki depressiya əlamətlərinin ortaya çıxmasında əhəmiyyətli amil gərgin, böhranlı psixo-emosional vəziyyətlərdir- boşanma, ölüm, maddi itkilər. Şiddətli depressiv pozuntuya meyl olmadıqda, bu hadisələr uzun sürən depressiv vəziyyətlərə səbəb olmur. Ümumi olaraq gündəlik stressə məruz qalma, tiroid disfunksiyasının yüksəlməsi, aybaşı dövrü və ya menopauza ilə əlaqəli hormonal dəyişikliklər, maddi itkilər, çətin sosial-iqtisadi vəziyyət, əhval-ruhiyyəni təyin edən neyrotransmitterlərin məhvində səbəb ferment- monoamin oksidaz səviyyəsinin artmasına zəmin yaradır ki, bu da depressiyanın təzahürünə səbəb ola bilər.

Depressiya sosial, psixoloji və bioloji amillərin kompleks qarşılıqlı təsiri nəticəsində yaranır. Çətin həyat şərtləri, psixoloji sarsıntılar keçirmiş insanlarda (məsələn, işsizlik, yaxınların itkisi, psixoloji travma) depressiyanın inkişaf riskini artırır. Depressiya, öz növbəsində, stress səviyyəsinin artmasına və funksional pozuntuya səbəb ola bilər ki, bu da yalnız xəstənin həyatını və nəticədə depressiv pozuntunun dərəcəsini ağırlaşdırır. Depressiya fiziki sağlamlıqla sıx bağlıdır və ondan təsirlənir. Məlumdur ki, depressiyaya təsir edən bir çox amillər (məsələn, fiziki fəaliyyətin olmaması, işsizlik və s.) ürək-damar xəstəlikləri, dermatoloji xəstəliklər, xərçəng, tənəffüs yolu xəstəlikləri, ağır infeksiya xəstəlikləri və şəkərli diabet üçün də risk faktorlarıdır. Bu cür xəstəliklərin olmasının gətirdiyi çətinliklər də onlardan əziyyət çəkən insanlarda depressiyaya səbəb ola bilər.

1.4. Dəri xəstəliklərinin depressiyanın yaranmasında rolu

Depressiya demək olar ki dərinin ən böyük düşmənidir. Hətta qədim müdriklər əhvalın dəriyə təsirindən danışmışdılar. Yaxşı əhval-ruhiyyə və sakitlik rifahı yaxşılaşdırır, dərinin daha sağlam və gənc görünməsinə təmin edir. Depressiv əhval-ruhiyyədə olanda dəri quruyur, zəifləyir. Depressiya həm psixosomatik olaraq həm də dolayı yol ilə fizioloji olaraq dəriyə mənfi təsir edir. Belə ki, depressiv pozuntu zamanı yuxu rejimi pozulur, qidalanma problemləri ortaya çıxır, immunitet zəifləyir və vitamin çatışmamazlığı təzahür edir. Belə bir fizioloji vəziyyət dəriyə zərər vurmuş olur. Uzun müddət davam edən depressiya immunitet sistemini zəiflətdiyi üçün orqanizmdə iltihablı proseslər və irinli xəstəliklər görünür. Təcridən dəridə də müxtəlif iltihablı xəstəliklər təzahür etmiş olur. Uzun müddət davam edən depressiya ilə müalicə edilə bilməyən ciddi dəri problemləri görünür.

Dermatoloji praktikada psixi pozuntular arasında depressiya əhəmiyyətli yer tutur. Dəri-zöhrəvi klinikasında xəstələrin 1/3-də (32%) depressiya müşahidə olunur. Bir sıra hallarda depressiya simptomatoloji səviyyədə təzahür edir, dəri patologiyasının təzahürləri ilə müşayiət olunan əlaqə yaradır. Bu vəziyyətdə dəri simptomları (hiperhidroz və s.) ya depressiyanın vegetativ simptomlar kompleksinin tərkib hissəsi kimi çıxış edə bilər, ya da ağır və uzunmüddətli hipotimiya (trofik pozuntular) ilə əlaqədar olaraq inkişaf edən dəri reaksiyası kimi çıxış edə bilər. Distimiya və təkrarlanan depressiv pozuntunun dermatozun başlanğıcı və remissiyası ilə açıq əlaqələr vardır. Buna görə, bu hallarda psixi və dermatoloji patologiyanın təzahürləri üst-üstə düşür. Bununla belə, hətta yüngül ifadə olunan depressiya dəri xəstəliyinin gedişatını əhəmiyyətli dərəcədə ağırlaşdırır, dəri xəstələrinin xəstəxanada qalma müddətini uzadır və həyat keyfiyyətinə mənfi təsir göstərmiş olur (Павлова, 2008).

Depressiya dermatozlarının xronifikasiyasının faktorlarından biridir. Dəri xəstələrin 55-80%-də aşkar edilən depressiya problemin daha da ağırlaşmasına səbəb olur. Müvafiq olaraq, dəri xəstəliyinin obyektiv və subyektiv təzahürləri güclənir, xəstənin adi həyat tərzini pozulur və onun peşəkar fəaliyyətinin imkanları məhdudlaşır (Павлова, 2008). Depressiv pozuntu ilə müşayiət olunan xəstəlik dəri xəstələrinin 40%-də remissiya müddəti azalır. Əsasən açıq dəri sahələrinə təsir edən xroniki dermatozlar çox vaxt psixogen, o cümlədən nosogen depressiya şəklində qeyri-psixotik affektiv pozuntular ilə birgə müşayiət olunur. Ənənəvi dermatoloji üsullardan istifadə etməklə bu cür xəstəliklərin müalicəsi əhəmiyyətli çətinliklər yaradır və kompleks yanaşma tələb edir. Dermatoloji klinikada depressiyanın müalicəsi üçün müasir strategiya somatotrop dərmanların (antihistaminlər, vitaminlər, kortikosteroidlər) və psixotrop dərmanların birgə istifadəsini nəzərdə tutur. İlk seçim olan dərmanlar müasir antidepressanlardır, ümumi tibbi praktikada geniş istifadə olunur və əhəmiyyətli yan təsirlər (ilk

növbədə allergik dəri reaksiyaları) və dermatoloji agentlərlə mənfi qarşılıqlı təsirlər olmadan affektiv simptomların adekvat şəkildə aradan qaldırılmasına imkan verir (Павлова, 2008).

Bir sıra dəri xəstəliklərində psixi pozuntular, o cümlədən depressiya müşahidə edilir. Stasionar və ambulator xəstələrdə psixi pozuntuların təzahür etmə tezliyi ümumi əhali ilə müqayisədə daha yüksəkdir. Psixoloji faktorlar dəri reaksiyalarının başlamasında və kəskinləşməsində təsirli olur. Xüsusilə ekzema, atopik dermatit və psoriazlı xəstələrdə psixoloji amillər daha qabarıq görünür. Dermatoloqlar bilirlər ki, stress və böyük həyat hadisələri iltihablı dəri xəstəliklərini daha da ağırlaşdırır.

S.Wessely 2000-ci ildə dermatoloji klinikaya müraciət edən 173 xəstənin 40%-də psixi pozuntular olduğunu müəyyən etmişdi. Belə ki, dəri xəstələrinin klinikaya ilk müraciəti zamanı (ilk test) və xəstəliyin ağırlaşdığı zamanlarda psixi (təkrar test) pozuntuların daha çox olduğunu müşahidə etmişdir. Xüsusilə də bu xəstələrdə təzahür edən depressiyanın 75%-nin dəri xəstəlikləri ilə bağlı olduğunu və əksəriyyətində yüngül emosional pozuntular olduğunu müəyyən etmişdir (Koo, Smith, 2000).

C.Koo və C.Pham araşdırmalarının nəticələrində depressiyanın dəri xəstələrində ən çox yayılmış diaqnoz olduğunu qeyd edirdilər. Psoriaz, dermatit və vitiliqonun ağır depressiyaya səbəb olduğunu da müşahidə etmişdirlər. Depressiya təkcə xəstənin xəstəliyə emosional reaksiyasının deyil, həm də cəmiyyətin damğalanmasının nəticəsidir. Dəri probleminin xarici görünüşə təsiri kənar şəxslər tərəfindən xoşa gəlməməsi vəziyyəti, dəri xəstələrini sosial baxımdan narahat edir. Sosial təcrid, sosial münasibətlərdən qaçmaq təcridən depressiyanın təzahürünə səbəb ola bilər. Ağırlaşan dəri xəstəliyi depressiyanı daha da gücləndirir (Koo, Smith, 2000).

S.Woodroff və həmkarları 149 dəri xəstəsinin 28%-də yüngül, 41%-də orta dərəcəli depressiya, 31%-də isə ağır dərəcəli depressiya olduğunu aşkar etmişdirlər (Koo, Smith, 2000). Dəri xəstələrində orta və ağır dərəcəli depressiyanın müşahidə edilməsi, dəri xəstəliklərinin depressiya ilə əhəmiyyətli dərəcədə əlaqəli olduğunu göstərmiş olur.

Həmçinin onu da qeyd etmək lazımdır ki, dermatologiyada istifadə olunan dərmanların (kortikosteroidlər, retinoidlər, antiandrogenlər) yan təsirlərinə depressiya da daxildir. Antidepressantlar da sızanaq və digər dəri problemlərinə səbəb ola bilər. Ümumi olaraq dəri xəstəlikləri və depressiya arasında korrelyasiya əlaqəsi vardır. Belə ki, ikisi də qarşılıqlı şəkildə bir-birinə təsir göstərmiş olur. Həm dəri xəstəlikləri depressiyanın təzahürünə səbəb ola bilər (somatopsixologiya) həm də depressiya dəri xəstəliyinə səbəb ola bilər (psixosomatika).

H.Güz 256 dəri xəstəsi ilə araşdırma aparmışdır. Belə ki, araşdırma zamanı ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq (yüngül, orta, ağır dərəcəli depressiya) dəri xəstələrinin 41-70% depressiya olduğunu müəyyən etmişdir. Alınan bu nəticələrdən sonra təkrar, bir qrup təyin

etmişdir (dəri xəstəliyi olmayan, dəri problemləri ilə qarşılaşmayan şəxslər). Bu tədqiqatın davamı olaraq nəzarət və tədqiqat qruplarının nəticələrini müqayisə etmişdir. Əldə olunan nəticələrə əsasən müəyyən etmişdir ki, nəzarət qrupunda (dəri xəstəliyi olmayan şəxslərdən ibarət tədqiq olunanlar qrupunda) tədqiq olunan şəxslərin 11%-də depressiya müşahidə edilmişdir. Dəri problemi olmayan şəxslərdə orta və ağır dərəcə depressiya demək olar ki, müşahidə olunmamışdır. Nəzarət və tədqiqat qrupları arasındakı kəskin fərq 3:1 və 6:1 nisbətində olmuşdur. Bu nəticələrə əsasən də, H.Güz dəri xəstəliklərinin depressiyanın təzahürünə və ağırlaşmasına əhəmiyyətli dərəcə təsir etdiyini qeyd etmişdir (Güz, Meryem, Dilbaz, 2000).

ÜST-nın dəri xəstəliklərinə dair hesabatlarında dəri xəstələrində xəstəliyin yaranma səbəbləri təyin edilmədiyi üçün psixogen olduğu qeyd edilmişdir. Həmçinin dəri xəstəliklərinin bir çoxuna depressiya diaqnozu qoyulmuşdur. Bu xəstələrdə depressiya aşkar edilir, lakin səbəb və nəticəni ayırd etmək olduqca çətindir. Çünki, həm depressiya dəri problemlərinə təsir edə bilər, həm də dəri xəstəlikləri depressiyanın təzahürünə səbəb ola bilər.

R.Sheehan-Dare və həmkarları 2001-ci ildə psoriaz və dermatit olan xəstələrdə depressiya əlamətləri arasındakı əlaqəni araşdırmışdılar. Tədqiqat zamanı depressiv əlamətlərin mövcud dəri problemi ilə əlaqəli olduğu təsbit edilmişdir. Bu korrelyasiya əlaqəsi dəri xəstəliyi və depressiyanın qarşılıqlı münasibətini müəyyənləşdirməyə imkan vermiş olur. S.Gupta dermatoloji klinikada 252 ambulator xəstəni qiymətləndirmiş və psoriaz, atopik dermatit və sızanağın təzahür dərəcəsi ilə depressiyanın dərəcəsi arasında birbaşa əlaqə olduğunu müəyyən etmişdir. Bəzi xəstələrdə depressiya birincili, bəzilərinə isə ikinci dərəcəlidir. Lakin nəticədə dəri xəstəliyi və depressiya arasında əlaqə olduğu müəyyən edilmişdir. Həmçinin psoriaz xəstəliyi və depressiya arasında güclü müsbət korrelyasiya olduğu müəyyən edilmişdir. Belə ki, psoriazlı xəstələrdə depressiyanın ağır dərəcəli olduğu, depressiv əlamətlərin kəskin olduğunu həmçinin intihar düşüncəsi və tamamlanmış intihar cəhdlərinin olduğunu da müəyyən etmişdirlər. S.Gupta 217 psoriaz xəstəsini araşdırdıqda, depressiyanın səviyyəsi və psoriazin şiddəti artdıqca, ölmək istəyinin və intihar düşüncələrinin gücləndiyini aşkar etmişdir. Dəri xəstəlikləri və depressiya arasında əlaqə güclüdür. Depressiv əhval-ruhiyyənin uzun müddət davam etməsi intihar riskini də artırmış olur. Psoriazisli xəstələrin 40%-də ağır depressiya olduğu müəyyən edilmişdir ki, bu da intihar üçün risk qrupu hesab oluna bilər (Gupta, 2000).

A.Pekcanlar 2002-ci ildə 50 psoriaz, 30 yastı dəmrov xəstəliyi olan 80 nəfərlik tədqiqat qrupu, həmçinin 80 nəfər nəzarət qrupu ilə araşdırma aparmışdır. Depressiyanın müvafiq olaraq psoriazlı xəstələrin 58%-də, yastı dəmrov xəstələrinin 53%-də olduğu müəyyən olunmuşdur. Nəzarət qrupunda isə 20%-də depressiya olduğu müəyyən edilmişdir. Həmçinin 50 nəfər

psoriazlı xəstənin 16-da orta dərəcəli depressiya, 13-də isə ağır depressiya olduğu müəyyən edilmişdir. Yastı dəmrov olan 30 xəstənin isə 11-də orta, 5-də ağır depressiya olduğu təsbit edilmişdir. Dəri xəstəlikləri olan insanlar sosial münasibətlərində arxa planda qalır, çox vaxt utanırlar. Klinik müsahibə zamanı müəyyən olunmuşdur ki, stress atmaq və rahatlamaq üçün psoriazlı xəstələrin 68%-i siqaret çəkir, 32%-i isə alkoqoldan istifadə edir. Maddə istifadəsi psoriazda artan stresslə əlaqələndirilir. Tədqiqat xəstəliyin müddəti ilə depressiya əlamətləri arasında müsbət əlaqənin olduğunu müəyyən etmişdir (Kaymak, Kalay, Ilter, Taner, 2006).

D.Mccarton uzun müddət dəri xəstəliyindən əziyyət çəkən 85 nəfər tədqiq olunanın 86%-də depressiya olduğunu, yeni dəri xəstəliyi diaqnozu qoyulanların isə 51%-də depressiya olduğunu müəyyən etmişdir. Xüsusilə də dəri xəstəlikləri üzəndirsə, xəstələrin depressiya səviyyəsinin daha da yüksək olduğunu təsbit etmişdir. Xəstələrdə müşahidə edilən aşağı özünüqiymətləndirmə də dəri xəstəliklərinin şiddəti ilə əlaqələndirilir. Dəri xəstəliyi sosial fəaliyyətlərə təsir göstərir və depressiv əhval-ruhiyyəni yüksəldir.

M.Smith dəri xəstələrinin psixoloji aspektlərini nəzərdən keçirdikdə onlarda əsasən depressiya, təşviş və stress səviyyələrinin yüksək olduğunu müəyyən etmişdir. O aşkar etmişdir ki, dəri xəstəliyi ilk olaraq depressiyaya səbəb olur, depressiya və dəri xəstəliyi arasında müsbət korrelyasiya əlaqəsi vardır (Koo, Smith, 2000).

M.Macdonald və həmkarları dəri xəstələri ilə apardıqları psixodiagnostik qiymətləndirmə zamanı, onların hamısında dismorfofobiya və ağır depressiya əlamətləri olduğunu, lakin onlardan yalnız birinin xəstələrə təklif olunan depressiya müalicəsini qəbul etdiyini müəyyən etmişdirlər. Bütün bu dəri xəstələri intensiv müalicə ilə problemin yaxşılaşmasını istəyirdilər. Burada göründüyü kimi, depressiya xəstələrin müalicəsini daha da çətinləşdirirdi (Wall, Poyner, Menday, 2000).

M.Hashiro uzun müddət dəri xəstələrində depressiv pozuntunu öyrənmişdir. Övrə xəstələrində depressiya riskinin yüksək olduğunu müəyyən etmişdir. O həmçinin təkrarlanan herpes zamanı xəstələrin əhval-ruhiyyəsinin dəyişkən olmasını, dermatozun təzahürü ilə depressiv əhval-ruhiyyənin artıb-azaldığını da müşahidə etmişdir, çünki, bu xəstəlik dəyişkəndir, lakin tez-tez təkrarlanır. Əsasən də psoriaz və sızanaq problemi olan xəstələrdə müşayiət olunan depressiya və təşviş xəstələrin müalicəyə uyğunluğunu və xəstəliyin gedişatını daha da pisləşdirdiyini müəyyən etmişdir (Wall, Poyner, Menday, 2000).

Dermatoloji praktikada psixi pozuntular arasında depressiv pozuntu əhəmiyyətli yer tutur. Dəri-zöhrəvi dispanserlərdə xəstələrin 1/3-də depressiya müşahidə olunur. Bir sıra hallarda depressiv pozuntu simptomatoloji səviyyədə həyata keçirilən dəri patologiyasının təzahürləri ilə sıx komorbid əlaqələr yaradır. Bu vəziyyətdə dəri simptomları (hiperhidroz və s.) ya depressiyanın vegetativ simptomlar kompleksinin tərkib hissəsi kimi çıxış edə bilər, ya

da ağır və uzun sürən hipotimiya ilə (dərinin "qocalması" fenomeni ilə atrofik pozuntular, fokal hiperxromiya, saçın toxumasında və rəngində dəyişikliklər, dırnaqların haçalanması) ilə əlaqədar inkişaf edən bir dəri reaksiyası kimi çıxış edə bilər.

Distimiya və təkrarlanan depressiv pozuntu kimi depressiyanın bu cür formaları dermatozun başlanğıcı və remissiyası ilə açıq əlaqələr göstərir. Buna görə, bu hallarda psixi və dermatoloji patologiyanın təzahürləri çox vaxt üst-üstə düşür. Bununla belə, hətta yüngül depressiya dəri xəstəliyinin gedişatını əhəmiyyətli dərəcədə pisləşdirir, xəstələrin xəstəxanada qalma müddətini uzadır və həyat keyfiyyətinə mənfi təsir göstərmiş olur.

Depressiya qaşınma dermatozlarının xroniki olmasının faktorlarından biridir. Atopik dermatiti olan xəstələrin əksəriyyətində aşkar edilən depressiya qaşınma dərəcəsini artırmış olur və qaşınma-yara dövrünün başlamasına səbəb olur. Müvafiq olaraq, dəri xəstəliyinin obyektiv və subyektiv təzahürləri güclənir, xəstənin adi həyat tərzini pozulur və onun peşəkar fəaliyyətinin imkanları məhdudlaşır. Depressiv pozuntu ilə müşayiət olunan xəstəliklər, dəri xəstələrində remissiya müddətini azaldır. Dərinin açıq sahələrinin üstünlük təşkil edən lezyonları olan xroniki dermatozlar çox vaxt psixogen, o cümlədən nazogen depressiyalar şəklində qeyri-psixotik depressiv pozuntu ilə müşayiət olunur. Bu cür pozuntunun ənənəvi dermatoloji üsullarla müalicəsi əhəmiyyətli çətinliklər yaradır və kompleks yanaşma tələb edir. Dermatoloji klinikada depressiya müalicəsinin müasir strategiyası somatotropik (antihistaminiklər, vitaminlər, kortikosteroidlər) və psixotrop dərmanların birgə istifadəsini nəzərdə tutur. İlk seçilən dərmanlar müasir antidepressanlardır, ümumi tibbi praktikada geniş istifadə olunur və əhəmiyyətli yan təsirlər (ilk növbədə dəri allergik reaksiyaları) və dermatoloji agentlərlə mənfi qarşılıqlı təsirlər olmadan affektiv simptomları adekvat şəkildə aradan qaldırmağa imkan verir.

Dəri xəstələrində psixi pozuntuların və xüsusilə də depressiyanın öyrənilməsi bir çox tədqiqatçılar tərəfindən araşdırılmışdır. Dəri və psixoloji vəziyyət arasındakı əlaqə danılmazdır. Digər psixi pozuntulardan fərqli olaraq, aparılan tədqiqat işlərindən də görmüş oluruq ki, dəri xəstələrində depressiyanın əlamətləri daha çox müşahidə edilir, daha çox depressiya diaqnozu qoyulur. Dəri xəstəliyindən əziyyət çəkənlərdə dermatoloji müalicə ilə yanaşı olaraq psixoterapiya aparılması zəruridir. Kompleks yanaşma müalicənin müvəffəqiyyətini çox artırır. Dəri xəstəlikləri bir neçə komorbid pozuntuların təzahürünə səbəb ola bilər. Bütün dəri xəstələrində depressiya ilə yanaşı digər psixi pozuntular da mütləq şəkildə təzahür edəcək kimi yanaşma doğru olmazdı. Təbii ki, dəri problemi psixi pozuntulara təkan verir. Lakin psixi pozuntuların təzahür dərəcələri və əlamətləri fərqli ola bilər. Bu da xəstələrin fərdi-psixoloji, sosial-psixoloji xüsusiyyətləri ilə əlaqədar ola bilər. Belə ki, dəri xəstəliklərinə qarşı yanaşma xəstənin cinsiyyəti, məşğulluq statusu, təhsil səviyyəsi və digər göstəricilərə əsasən fərqli ola bilər. S.Gupta dəri xəstəliyi olan qadınlarda dəri

xəstəliyi olan kişilərə nisbətən depressiyanın əlamətlərinin daha çox müşahidə olunduğunu müəyyən etmişdir. P.Sneddon dəri xəstələri arasında təhsili olmayan şəxslərin və işsizlərin normal əhali ilə müqayisədə daha çox olduğunu müşahidə etmişdir. O həmçinin dəri xəstəliyinin müalicəsində məşğulluq statusu (işsiz-işləyən) və təhsil səviyyəsinə əsasən (təhsilsiz-orta təhsilli-ali təhsilli) dəri xəstələrinin fərqli yanaşdığını müəyyən etmişdir. İşsiz və təhsili olmayan dəri xəstələrinin 46%-də depressiya və təşvişin daha çox təzahür etdiyini təsbit etmişdir (Gupta, 2000). Belə ki, aparılan bu kimi araşdırmalar, xüsusilə də təhsil səviyyəsinin dəri xəstələrində depressiyanın təzahürü və müalicə müddətinə fərqli təsiri olduğunu aşkarlamışdır. Dəri xəstələrində depressiyanın müalicəsi zamanı xəstənin təhsil göstəricilərinin diqqətə alınması zəruridir.

1.5. Orta təhsilli və ali təhsilli dəri xəstəliyi olan insanlarda depressiyanın öyrənilməsi

Məlumatlı olmaq və kifayət qədər elmi biliklərə yiyələnmək insanların həyat keyfiyyətinə müsbət təsir edir. Sağlamlıq baxımından nəzər salanda, adətən təhsilli şəxslər məlumatlı olduqları üçün profilaktik tədbirləri vaxtında görə bilir, vaxtı-vaxtında müvafiq müayinələrdən keçirlər. Bu da hər hansısa xəstəliyin qarşısının alınmasına və ya daha erkən mərhələlərdə aşkarlanmasına kömək etmiş olur. Belə ki, ümumi sağlamlığın yüksək səviyyəsinə nail olmaq üçün bilikli və məlumatlı olmaq zəruridir. Sağlamlıqla bağlı bütün məlum risk faktorlarının təsirinin təxminən yarısı təhsil səviyyəsi ilə əlaqələndirilir ki, bu da insanın həyatının bütün mərhələlərində sağlamlığın formalaşması proseslərində mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Dəri digər orqanlardan fərqli olaraq gün ərzində istər əşyalar ilə (ictimai nəqliyyatda tutacaqlardan istifadə, alış-veriş zamanı və s.) istərsə də insanlar ilə təmas (salamlama, toxunma və s.) zamanı aktiv şəkildə istifadə olunur. Belə olan halda adətən dəri xəstəliklərinin yayılma tezliyi yüksək olur. Ümumi olaraq bilikli və məlumatlı olmaq müxtəlif amillərin təsiri altında dəridə patoloji proseslərin inkişaf ehtimalını azaldır. Dəri xəstəliklərində risk faktorlarına məruz qalma dərəcəsini azaltmaq üçün tədbirlər profilaktik tədbirlər kimi qəbul edilir ki, təhsilli insanlar profilaktika haqqında adətən məlumatlı olurlar. Ümumi (orta) və ali təhsil müəssisələrində verilən biliklər tamamilə fərqlidir. Orta təhsil adətən baza biliklərə yiyələnməyi təmin edir. Lakin ali təhsil proqramları daha genişdir və hərtərəflidir. Həmçinin ali təhsil dünyagörüşünün artmasına, dərin biliklərə yiyələnməyə və bacarıqları inkişaf etdirməyə daha çox kömək etmiş olur. Bununla belə, fərdi-psixoloji xüsusiyyətləri də nəzərə almaq lazımdır. Təbii ki, bütün ali təhsilli şəxslər bilikli və savadlı olmadığı kimi, bütün orta təhsilli şəxslərdə zəif bilik və bacarıqlara sahib deyildir. Fərdi-psixoloji xüsusiyyətlər bütün patoloji proseslərin inkişaf ehtimalına, həm də risk faktorlarına təsir göstərir. Bu kimi faktorlar

sağlamlığın determinantı kimi qəbul edilir. Dəri sağlamlığının müəyyənədiciləri dəriyə birbaşa deyil, digər amillər vasitəsilə təsir göstərə bilər. Dəri sağlamlığının müəyyənədiciləri ya sosial, ya da iqtisadi xarakter daşıyır. İqtisadi xarakter budur ki, adətən iqtisadi baxımdan donanımlı olan şəxslər dəri sağlamlıqlarının qeydinə daha yaxşı qala bilər. Zəif iqtisadi vəziyyət, yaşayış yerinin olmaması və ya gigiyenik olaraq təmiz olmayan, natəmiz yerlərdə qalmaq, dəriyə baxım məhsullarından istifadə etmək imkanlarından məhdud olmaq dəri xəstəlikləri üçün risk faktorudur. Həmçinin qida amilini də nəzərə alsaq vitaminsizlik, immunitetin zəifləməsi kimi hallar dəriyə mənfi təsir göstərmiş olur (Иванов, Львов, 2004).

Təhsil səviyyəsi isə dəri sağlamlığının əsas sosial determinantlarından biri hesab olunur. Təsirinə dolayı xarakterdə olmasına baxmayaraq, təhsil səviyyəsi yüksək olan insanlar daha az xəstələnir, daha çox sağlamlıqlarının qeydinə qalır, daha yaxşı qidalanır və onların sağlamlıqlarını qiymətləndirməsi orta təhsil səviyyəsinə malik olan insanlardan daha yüksəkdir. Həmçinin dəri xəstəliyi olan uşaqların valideynlərinin təhsil səviyyəsinə dair aparılan tədqiqat işlərində, ali təhsilli valideynlərin uşaqlarında dəri problemlərinin daha az olduğu müşahidə olunur. Təhsil səviyyəsinin əhalinin ümumi sağlamlığına xüsusilə də dermatoloji sağlamlığa təsir mexanizmləri birbaşa deyil, lakin təhsil səviyyəsi əsasən insanın həyat tərzini və davranış tərzini müəyyən edir. Belə təsirin dərəcəsi insanın həyat təzi ilə bağlı olaraq dəri xəstəliklərinin risk faktorlarının şiddətini azaltmaq üçün yetərli ola bilər. Bununla belə, təhsil səviyyəsinin insan sağlamlığına təsiri az öyrənilmiş problem olaraq qalır. Reproduktiv yaşda olan şəxslər dövlətin demoqrafik siyasətinin səmərəliliyini böyük ölçüdə müəyyən edən əhalinin ən mühüm qruplarından biridir. Bu yaşda olan şəxslərin sağlamlıq səviyyəsi sonrakı nəsillərin sağlamlığını da formalaşdırır, ona görə də bu yaş qrupunda olanların sağlamlığının formalaşmasının bütün aspektlərinin öyrənilməsi ictimai məsələ olaraq aktualdır. Belə ki, təhsilli yetkin şəxslər həm özlərinin həm də uşaqlarının sağlamlığının qeydinə qala bilər, düzgün sağlamlıq tədbirlərini görə bilərlər. Ümumi sağlamlıq vəziyyəti ilə yanaşı olaraq dəri xəstəliklərində də təhsil səviyyəsinin rolu danılmazdır (Иванов, Львов, 2004). Təhsil səviyyəsinin dəri xəstəliklərindəki yerinə dair çoxlu sayda müxtəlif tədqiqatçılar tərəfindən araşdırmalar vardır. Dəri xəstəlikləri əsasən depressiv pozuntunun təzahürünə səbəb ola bilər. Təhsil səviyyəsinin dolayı yol ilə həm dəri xəstəliklərinə həm də depressiv pozuntuların təzahürünə təsiri tədqiqatçıların diqqət mərkəzində olmuşdur. Ümumiyyətlə təhsil səviyyəsi istənilən bir xəstəliyin müalicə prosesinə, xəstənin mövcud problemə yanaşmasına, həkim və psixoloqların təlimatlarını düzgün icra etməsinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərmiş olur.

S.Çerkasov 2003-2004-cü illərdə təhsil səviyyəsinin dəri xəstəliklərinə və müvafiq olaraq depressiyanın təzahürünə təsirini araşdırmışdır. Depressiv pozuntu daha çox qadınlarda müşahidə olunduğu üçün və sırf təhsil göstəricisinə diqqət yetirmək üçün (yəni cinsiyyət

göstəricilərinin təsirini kənarlaşdırmaq üçün) yalnız qadınlar ilə araşdırma aparmışdır. Belə ki, o tədqiqat qrupu olaraq 23-50 yaş həddində 566 qadın tədqiq olunan seçmişdir. Bu qadınların 306 nəfəri orta və orta-ixtisas təhsilli, 260 nəfəri isə ali təhsilli qadınlar idi. Belə ki, tədqiqat nəticələrinə əsasən müəyyən etmişdir ki, orta təhsilli (həmçinin orta-ixtisas) qadınlar arasında 47%-də (144 nəfər) dəri problemləri vardır. Həmçinin bu 144 nəfər qadının 39%-də (56 nəfər) depressiyanın əlamətləri də müşahidə edilmişdir. Digər 260 nəfər ali təhsilli qadınlar arasında 16%-də (41 nəfər) dəri problemləri olduğu müəyyən edilmişdir. Dəri problemi olan ali təhsilli qadınların 29%-də (12 nəfər) depressiyanın əlamətləri müşahidə edilmişdir. Ümumi olaraq depressiyanın əlamətləri olan 68 nəfər qadın psixoterapevtik müalicəyə cəlb edilmişdir. Ortalama 10 seanslıq proqramın sonunda bu qadınlar ilə təkrar test aparılmışdır. Alınan nəticələrə əsasən S.Çerkasov müəyyən etmiş olur ki, depressiyanın əlamətləri müşahidə olunan 56 nəfər orta təhsilli dəri xəstəliyi olan qadınların 12%-i (7 nəfər) ilə aparılan psixoterapevtik iş effektiv olmuşdur. Ali təhsilli qadınların isə hamısı ilə aparılan psixoterapevtik işdən müsbət nəticə əldə edilmişdir. Yəni ilk test və təkrar test arasında əhəmiyyətli dərəcədə fərq olmuşdur. Bu nəticələrə əsasən təhsil səviyyəsinin dəri xəstələrinin psixoloji vəziyyətinə həm də psixoterapevtik işə təsiri olduğu təsbit edilmişdir (Павлова, 2008).

M.Tareke, Y.Nurye, T.Mekonon və M.Tadesse 2022-ci ildə 381 nəfər dəri xəstəliyi olan şəxslərlə aparmış olduqları araşdırmada xroniki dəri xəstələrinin 29%-də yüksək dərəcədə depressiya olduğunu müəyyən etmişdirlər. Bu dəri xəstələrində sosial-demoqrafik göstəricilərə əsasən (cinsiyyət, yaş, təhsil, məşğulluq statusu) depressiyanın fərqli təzahür etdiyini də müəyyən etmişdirlər (Nurye, Tareke və baş., 2023).

A.Rizzo, K.Mento, M.Rozariya və A.Bruno 2020-ci ildə 678 nəfər dəri xəstələrinin xəstəlik tarixçəsi və ümumi psixoloji vəziyyətini araşdırmışdılar. Onlar dəri xəstələrində, depressiya səviyyəsinin xəstəliyin təzahür dərəcəsinə əsasən fərqli olduğunu müəyyən etmişdirlər. Dəri xəstələrində depressiyanın təzahürünün xəstələrin sosial-iqtisadi vəziyyətinə (gəlir səviyyəsi) və təhsil səviyyəsinə əsasən fərqləndiyini öyrənmişdirlər (Chen, Maidof, Lyga, 2016). Xüsusilə də dəri xəstələrində depressiyanın təhsil səviyyəsi ilə mənfi regressiv əlaqəsi olduğunu müəyyən etmişdirlər.

M.Qoryaçkin 2002-ci ildə sızanaq xəstəliyi olan xəstələrin psixo-emosional vəziyyətini tədqiq etmişdir. Belə ki, M.Qoryaçkin sızanaq problemi olan 512 nəfər xəstələrdə depressiyanın əlamətlərinin və ağır dərəcəli depressiv pozuntunun olduğunu müəyyən etmişdir. Həmçinin o, tədqiqat zamanı xəstələrin gəlir və təhsil səviyyəsinin depressiya ilə əlaqəli olduğunu müəyyən etmişdir (Павлова, 2008).

E.Voronina 2004-cü ildə əsasən depressiyadan əziyyət çəkən qadınlar ilə tədqiqat işi aparmışdır. Klinik müsahibə vasitəsi ilə tədqiqat zamanı depressiyadan əziyyət çəkən

qadınlarda hansı fizoloji problemlərin olduğunu müəyyənləşdirmişdir. E.Voroninanın 218 nəfər depressiv pozuntu diaqnozu qoyulan qadınlar ilə aparmış olduğu araşdırma nəticələrinə görə bu qadınların 63%-də müxtəlif dəri problemləri olduğu müəyyən olunmuşdur. Sosial-demoqrafik göstəricilərə əsasən dəri problemləri müşahidə edilən qadınlar ilə digər qadınların depressiya səviyyəsində əhəmiyyətli fərq olduğu müəyyən edilmişdir (Павлова, 2008). Əsasən də təhsil səviyyəsinə əsasən bu qadınlar arasında, ali təhsilli olanlarda depressiyanın yüngül və orta dərəcəsi, orta təhsilli (və həmçinin təhsili olmayan) qadınlarda isə orta və ağır dərəcəli depressiya olduğu müəyyən edilmişdir.

H.Güz, A.Meryem və N.Dilbaz 2000-ci ildə dermatoloji klinikaya müraciət edən dəri xəstələri ilə tədqiqat işi aparmışdılar. Tədqiqat qrupu olaraq 33 dəri xəstəsi və nəzarət qrupu olaraq 37 nəfər sağlam şəxs tədqiqat işində iştirak etmişdir. Belə ki, əldə olunan tədqiqat nəticələrinə əsasən dəri xəstələrində depressiya, təşviş və aleksitimiya olduğu müəyyən edilmişdir. Həmçinin tədqiq olunan dəri xəstələrinin təhsil səviyyəsinin onların psixoloji vəziyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə təsiri olduğu da müəyyən edilmişdir (Güz, Meryem, Dilbaz, 2000).

K.Baz, A.Ertekin, A.Köktürk və digər həmkarları 1999-cu ildə 3 ay müddətində 559 nəfər dəri xəstəliyi olan şəxslər ilə aparılan tədqiqat işlərində daha çox depressiv əlamətlərin görüldüyünü və depressiya diaqnozunun qoyulduğunu müşahidə etmişdirlər. Tədqiqat zamanı dermatoloji xəstəliklərdə, xüsusilə təhsil səviyyəsinə əsasən depressiya səviyyəsi arasında anlamlı əlaqə olduğunu müəyyən etmişdirlər (Onsun, 2000).

İ.Yaluğ, G.Aydoğan və M.Savrun 2000-ci ildə 32 nəfər psoriaz xəstəsinə ilə psixodiaqnostik iş aparmışdılar. Belə ki, psoriazlı xəstələrdə depressiya və aleksitimiyanın yüksək səviyyədə olduğunu müəyyən etmişdirlər. Həmçinin bu xəstələrdə ailə vəziyyətinin (subay və evli) və təhsil səviyyəsinin depressiyaya mənfi təsir etdiyi təsbit edilmişdir (Tüzün, Dolar, 2000).

A.Wilke və K.Gedriga 2008-ci ildə təhsil səviyyəsinin dəri xəstəliklərinin təzahürünə təsirini öyrənmişdirlər. Belə ki, tədqiqatda iştirak edənlərin 136 nəfər tədqiq olunanların 68 nəfəri ali təhsilli digər 68 nəfəri isə orta təhsilli şəxslər olmuşdur. Ali təhsilli şəxslərin 12%-də (8 nəfər) dəri problemləri olduğu müəyyən edilmişdir. Orta təhsilli şəxslərin isə 43%-də (29 nəfər) dəri problemləri aşkarlanmışdır. Tədqiqatçılar həm də 68 nəfər ali təhsilli şəxslərin 4%-də (3 nəfər) depressiya, 7%-də (5 nəfər) təşviş pozuntusu olduğunu, 68 nəfər orta təhsilli şəxslərin isə 31%-də (21 nəfər) depressiya, 48%-də (33 nəfər) stress, 25%-də (17 nəfər) təşviş pozuntusu olduğunu müəyyən etmişdirlər. Alınan bu tədqiqat nəticələri təhsil səviyyəsinin dəri xəstəlikləri və psixi pozuntular üzərində təsiri olduğunu göstərmiş olur. Xüsusilə də depressiv pozuntunun təzahür etməsi dəri

xəstəliklərində təhsil səviyyəsinə əsasən əhəmiyyətli dərəcədə fərqli olduğunu müəyyən edir (Wilke, Gediga, John, 2014).

Təhsil səviyyəsi, dəri xəstəliyi və depressiv pozuntuya həsr olunan çoxsaylı tədqiqat işləri vardır. Belə ki, bu tədqiqat işlərinin təhlilindən əldə olunan nəticələrin icmalına əsasən təhsil səviyyəsindən asılı olaraq sağlam həyat tərzı prinsiplərinin, dəri xəstəliyi, psixi pozuntulara münasibət və hətta müalicəyə tabe olmanın fərqli olduğunu müəyyən etmiş oluruq. Yüksək təhsil səviyyəsinə malik olan şəxslərdə davamlı olaraq sağlam həyat tərzı prinsiplərinə əməl etmə ehtimalı əhəmiyyətli dərəcədə yüksəkdir. Təhsil səviyyəsi ali olan dəri xəstələrinin sağlam həyat tərzı prinsiplərinə əməl etmə tezliyi, təhsil səviyyəsi aşağı olanlara nisbətən yüksəkdir. Buna əsasəndə təhsil səviyyəsi yüksək olan şəxslərdə dəri xəstəliklərinə rast gəlinmə tezliyi təhsili olmayan və aşağı təhsil səviyyəsində olan şəxslərə nisbətən azdır. Həmçinin dəri xəstəliyi olan ali təhsilli şəxslərin sağalma prosesində mütəxəssisə dəstəyi və müalicə prosesinə əməl etməsi, orta təhsilli şəxslərə nisbətən daha güclüdür. Sağlam həyat tərzının ayrı-ayrı elementlərinin tədqiqi göstərdi ki, təhsil səviyyəsi aşağı olan şəxslərdə mövcud dəri xəstəliklərində problemə münasibəti və müalicə prosesində şüurlu iştirakı zəifdir. Təhsil səviyyəsi zehni inkişafı və aktiv zehni fəaliyyəti təmin edir. Hər iki müqayisə edilən qruplarda (orta təhsilli və ali təhsilli dəri xəstələrində) həm xəstəliyin həm də depressiv pozuntunun fərqli təzahür etməsinin dolayı yol ilə olsa da təhsil səviyyəsinə əsaslandığını müşahidə etmiş oluruq. Əldə edilən ümumi sağlamlığa həmçinin də dəri sağlamlığına təsir edən davranışlara təsir edən təhsil səviyyəsi sosial determinant kimi mütləq diqqət edilməli və nəzərdən keçirilməlidir. Dəri xəstələri ilə işləyən zaman və araşdırma aparanda xüsusilə təhsil səviyyəsinə də nəzər yetirilməlidir.

II FƏSİL. METOD VƏ METODOLOGİYA

2.1. Tədqiqatın təşkili və keçirilməsi

Tədqiqat Respublika Dəri Zöhrəvi Mərkəzində 100 nəfər 25-65 yaş həddində ($m=37,8$; $sd=1,1$) 100 xəstə üzərində aparılmışdır. Xəzər Universitetinin Etik komitəsinin 2024/25-2 tarixli protokolunun qərarı ilə tədqiqatın aparılmasına icazə verilmişdir. Tədqiqat işində anonimlik və könüllülük prinsipləri əsas götürülmüşdür. Tədqiq olunanlar təbəqəli seçmə üsulu ilə seçilmişdir. Etik komitənin icazə və razılığı ilə tədqiqat işi aparılmış və müvafiq metodikalar seçilmişdir.

Tədqiqatın məqsəd və vəzifələrinə, fərziyyələrinə müvafiq olaraq iki qrup- 50 nəfər ali təhsilli, 50 nəfər orta təhsilli, evli və subay dəri xəstələri seçilmişdir. Tədqiqat üçün zəruri olan məlumatları əldə etmək üçün dəri xəstələrinə anket sorğular təqdim edilmişdir.

2.2. Tədqiqatın metodikalar və metodları

- Tədqiqatçı tərəfindən hazırlanan anket
- Hamilton depressiya reytingi cədvəli (M.Hamilton / 1988)
- Tədqiqat işindən əldə olunan məlumatların statistik təhlilini aparmaq üçün IBM SPSS (29.0) proqramından uyğun statistik metodlar istifadə edilmişdir.

Tədqiqatçı tərəfindən hazırlanan anket vasitəsilə təhsil səviyyəsinə əsasən seçilən (ali və orta) qrup üzvlərinin tədqiqat üçün əhəmiyyətli məlumatları əldə edilmişdir. Daha sonra isə bu tədqiq olunanların Hamilton depressiya reytingi cədvəli ilə depressiya səviyyələri müqayisəli tədqiq edilmişdir. Alınan nəticələrin statistik əhəmiyyətini ($p<0,05$) müəyyənləşdirmək üçün verilənlər SPSS proqramı vasitəsi ilə işlənilmişdir.

2.2.1. Klinik-psixoloji metodikalar

Tədqiq olunan dəri xəstələrinin sosial-demoqrafik göstəricilərini (cinsiyyət və yaş), ailə vəziyyəti (evli, subay), məşğulluq statusu (işləyir; işləmir), təhsil səviyyəsi (ali; orta) müəyyən etmək üçün müəllif tərəfindən hazırlanan anket istifadə olunmuşdur.

Tədqiq olunan dəri xəstələrində depressiya səviyyəsini və əlamətlərini müəyyənləşdirmək üçün M.Hamiltonun müəllifi olduğu (1988) Hamilton depressiya reytingi cədvəli (HDRS) istifadə edilmişdir. Bu metodika ölkəmizə Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyinin İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi tərəfindən 2008-ci ildə uyğunlaşdırılmışdır. Metodika vasitəsi ilə depressiyanın 21 əlamətlərini təyin etmək mümkündür. Metodika 21 əlamət və müvafiq cavab variantlarından təşkil olunmuşdur.

Depressiya səviyyəsi yüksək- (19-22 bal), orta- (14-18 bal), aşağı- (8-13 bal) və depressiyanın əlamətlərini (depressiv əhval-ruhiyyə, günahkarlıq hissləri, intihar meyli, erkən yuxusuzluq, gecə boyu yuxusuzluq, səhər yuxusuzluğu, iş qabiliyyəti, psixomotor süstlük, tələş, psixoloji təşviş, somatik təşviş, somatik gastrointestinal əlamətlər, ümumi somatik əlamətləri, cinsi əlamətlər, ipoxondriya, bədən çəkisinin dəyişilməsi, vəziyyətini tənqid etmə, gün ərzində əhvalın dəyişməsi, depersonalizasiya və derealizasiya, paranoid əlamətlər, obsessiv-kompulsiv əlamətlər) müəyyənləşdirmək olur.

2.2.2. Statistik metodlar

Tədqiqat işindən əldə olunan məlumatların statistik təhlilini aparmaq üçün SPSS proqramında Means, Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk, Studentin T əmsalı metodları istifadə edilmişdir.

Means metodu vasitəsilə tədqiqat zamanı toplanan verilənlərin ortalama göstəricilərini təyin etmək mümkündür. Qruplar üzrə alınan nəticələrin müqayisəli təhlilinin aparılması üçün ortalama göstəricilərin əldə olunması zəruridir.

İstifadə edilən tədqiqat metodunun nəticələrinə əsasən, verilənlərin normal paylanıb paylanmadığını müəyyənləşdirmək gərəklidir. Paylanma normaldırsa parametrik, paylanma normal deyilsə qeyri-parametrik statistik test istifadə edilməlidir. Bunun üçün də Kolmogorov-Smirnov və Shapiro-Wilk normallıq testləri istifadə edilmişdir. Normallıq testlərindən alınan nəticələr aşağıda cədvəl 2.2.1-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 2.2.1. Normallıq testi (Kolmogorov-Smirnov; Shapiro-Wilk)

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Hamilton depressiya reytingi cədvəli	.178	100	.083	.415	100	.099

Normallıq testlərinin nəticələrinə nəzər saldıqda əhəmiyyətlik dərəcəsinin göstəricisi ($p > 0,05$) verilənlər arasında paylanmanın normal olduğunu göstərmiş olur. Belə ki, bu nəticəyə əsasən tədqiqat işinin növbəti hissəsində parametrik statistik metod olan Studentin T əmsalı (T test) istifadə olunmuşdur. T test irəli sürülən fərziyyələrin statistik əhəmiyyətini müəyyən

etməyə imkan verir. Fərziyyələrə əsasən müqayisə olunacaq qrupların təhlili bu metod vasitəsilə aparılır. Tədqiqat zamanı alınan nəticələrin etibarlılığı $p < 0,05$ əhəmiyyətlik dərəcəsinə əsasən qiymətləndirilmişdir.

III FƏSİL. TƏDQİQAT MƏLUMATLARININ STATİSTİK TƏHLİLİ

3.1. Tədqiqat zamanı alınan nəticələrin təhlili

İlk olaraq (ilk təbəqə) təhsil səviyyəsinə əsasən dəri xəstələri seçilmişdir (ali və orta təhsilli). İkinci hissədə (ikinci təbəqə) isə bu şəxslərin arasından da tədqiqat işinə uyğun şəxslər ailə vəziyyətinə əsasən seçilmişdir. Belə ki, təbəqəli seçmə üsulu tədqiqat işimizin məqsəd və vəzifələrinə, irəli sürülən fərziyyələrə əsasən zəruri idi. Tədqiqat zamanı bir əsas və dörd köməkçi olmaqla, ümumilikdə beş fərziyyə irəli sürülmüşdür.

Ümumi olaraq seçilən 100 nəfər dəri xəstələrinin sosial-demoqrafik göstəriciləri təyin edilmişdir (cədvəl 3.1.1).

Cədvəl 3.1.1. Tədqiq olunan dəri xəstələrinin sosial-demoqrafik göstəriciləri (N)

Təhsil səviyyəsi		Cinsiyyət	
Ali	Orta	Kişi	Qadın
50	50	53	47
Ailə vəziyyəti		Məşğulluq statusu	
Subay	Evli	İşləyir	İşləmir
55	45	32	68

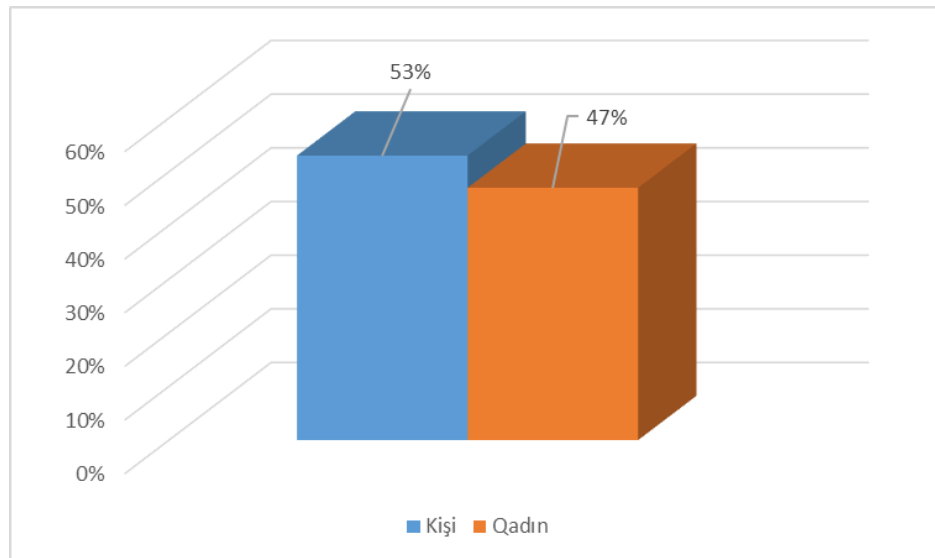
Təhsil səviyyəsinə əsasən bərabər bölgü ilə 50 nəfər ali təhsilli və 50 nəfər orta təhsilli dəri xəstələri seçilmişdir.

Bu tədqiq olunan şəxslərin 53%-i (53 nəfər) dəri xəstəliyindən əziyyət çəkən kişilər, 47%-i (47 nəfər) isə qadınlardır.

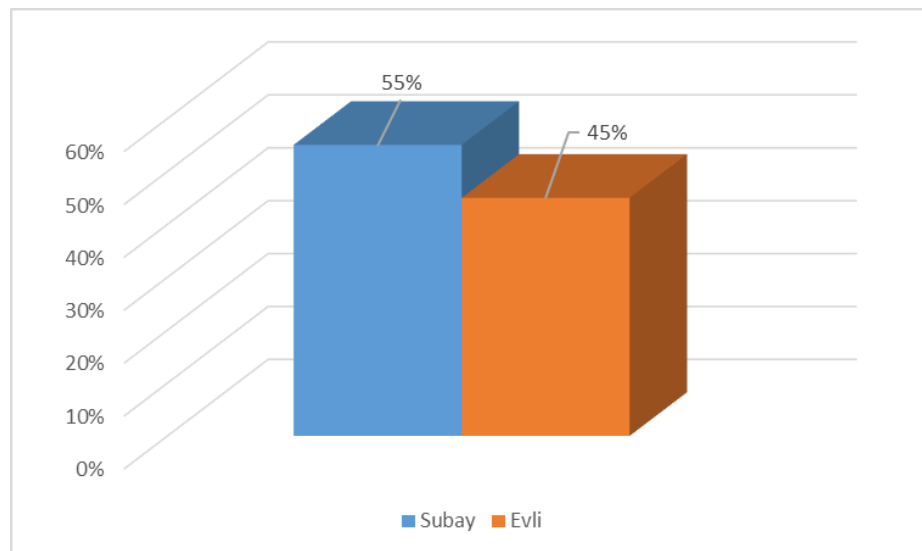
Tədqiq olunanların (N=100) 55%-i subay (55 nəfər) və 45%-i (45 nəfər) evli şəxslərdir.

Məşğulluq statusuna əsasən tədqiq olunanların 32%-i (32 nəfər) işləyir, 68%-i (68 nəfər) işsiz şəxslərdir.

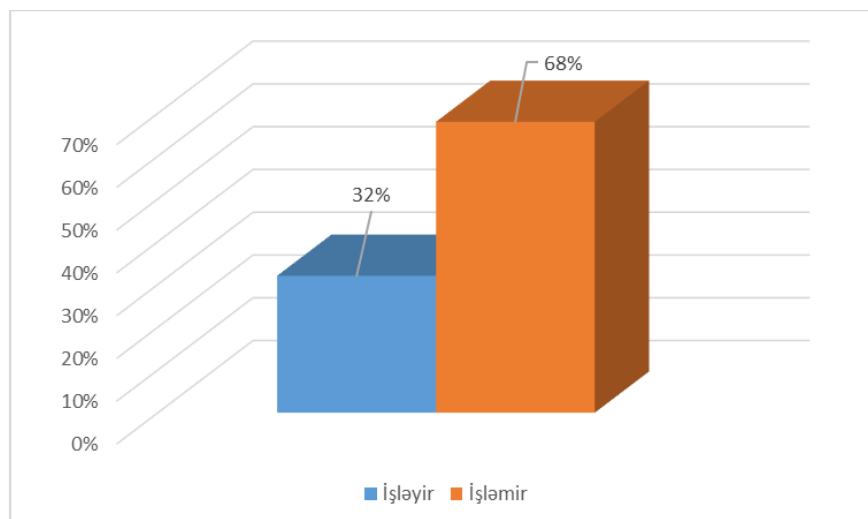
Alınan nəticələrin ümumi təsviri aşağıda şəkil 3.1.1., şəkil 3.1.2. və şəkil 3.1.3-də təqdim edilmişdir.



Şəkil 3.1.1. Tədqiq olunan dəri xəstələrinin cinsiyyətiyyət üzrə göstəricilərinin təsviri

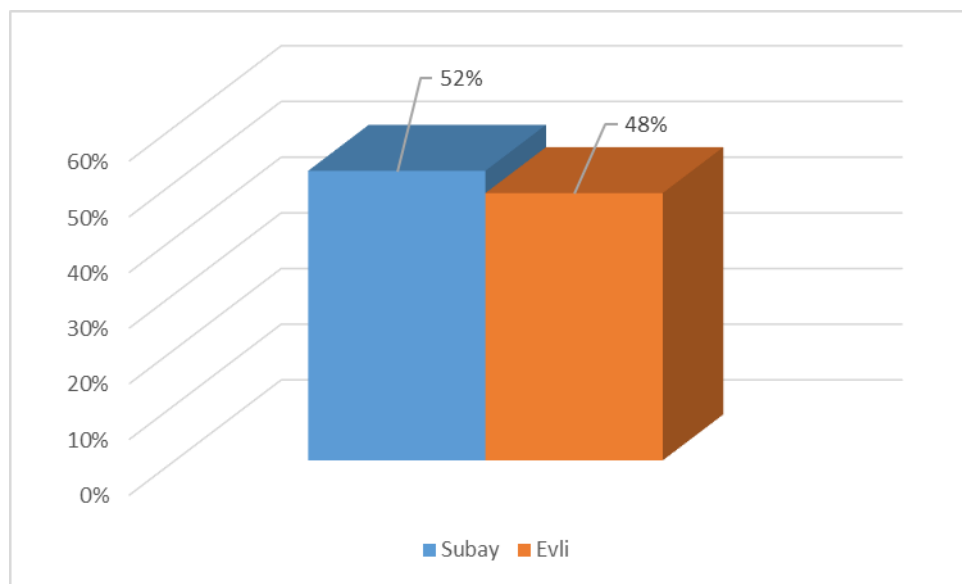


Şəkil 3.1.2. Tədqiq olunan dəri xəstələrinin ailə vəziyyəti göstəricilərinin təsviri



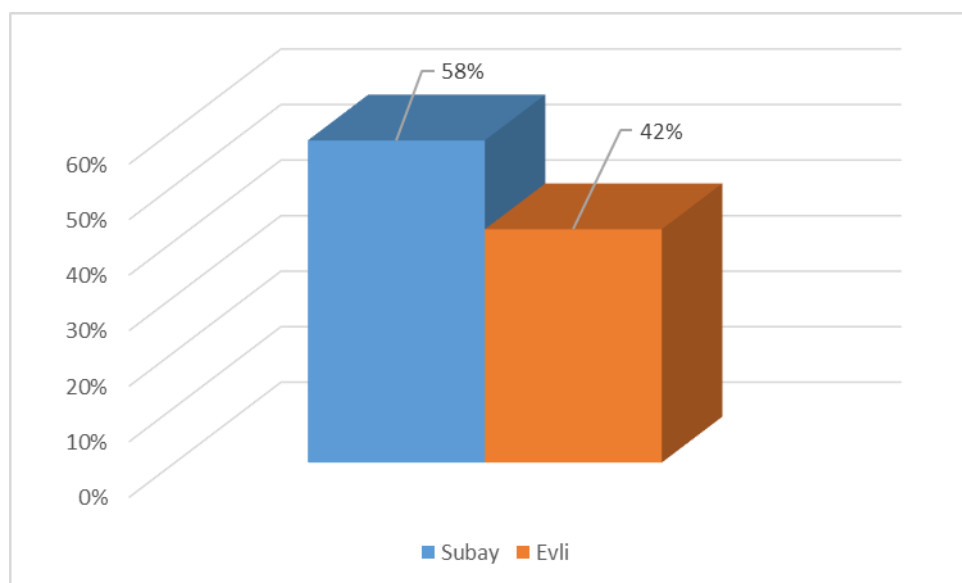
Şəkil 3.1.3. Tədqiq olunan dəri xəstələrinin məşğulluq statusu göstəricilərinin təsviri

Qruplar üzrə, ali təhsilli tədqiq olunanların 52%-i (26 nəfər) subay, 48%-i (24 nəfər) evli dəri xəstələridir (şəkil 3.1.4.). Orta təhsilli tədqiq olunanların 58%-i (29 nəfər) subay, 42%-i (21 nəfər) evli dəri xəstələridir (şəkil 3.1.5.).



Şəkil 3.1.4. Tədqiq olunan ali təhsilli dəri xəstələrinin ailə vəziyyəti göstəricilərinin təsviri

Dəri xəstələrinin sosial-demoqrafik göstəricilərini təyin edəndən sonra, onların depressiya səviyyəsini müəyyənəşdirmək üçün Hamilton depressiya reytingi cədvəli (HDRS) işlənmişdir. Alınan nəticələrə əsasən müəyyən etmiş oluruq ki, tədqiq olunan dəri xəstələrinin ağırlıq dərəcəsinə görə 24%-də (24 nəfər) depressiya yüksək səviyyədə, 51%-də (51 nəfər) orta səviyyədə, 25%-də (25 nəfər) isə aşağı səviyyədədir (cədvəl 3.1.2.).



Şəkil 3.1.5. Tədqiq olunan orta təhsilli dəri xəstələrinin ailə vəziyyəti göstəricilərinin təsviri

Cədvəl 3.1.2. Tədqiq olunan dəri xəstələrinin ağırlıq dərəcəsinə görə depressiya səviyyəsi göstəriciləri

Depressiya səviyyəsi	%	N	M
Yüksək	24	24	20,2
Orta	51	51	15,6
Aşağı	25	25	10,4

Depressiyanın əlamətlərinə nəzər saldıqda tədqiq olunan dəri xəstələrində depressiv əvali-ruhiyyə, günahkarlıq hissləri, intihar meyli, erkən yuxusuzluq, gecə boyu yuxusuzluq, psixoloji təşviş, somatik təşviş, somatik qastrointestinal əlamətlər, ümumi somatik əlamətləri, ipoxondriya, gün ərzində əhvalın dəyişməsi və obsessiv-kompulsiv əlamətlər nəzərə çarpacaq qədər yüksəkdir.

Təhsil səviyyəsinə əsasən təhlil edəndə müəyyən etmiş oluruq ki, depressiya səviyyəsi yüksək olan tədqiq olunanların 33%-i (8 nəfər) ali təhsilli, 67%-i (16 nəfər) orta təhsilli dəri xəstələridir (3.1.7.).

Orta səviyyədə depressiya olan tədqiq olunanların 45%-i (23 nəfər) ali təhsilli, 55%-i (28 nəfər) orta təhsilli dəri xəstələridir.

Depressiya səviyyəsi aşağı olan tədqiq olunanların 76%-i (19 nəfər) ali təhsilli, 24%-i (6 nəfər) orta təhsilli şəxslərdir.

Təhsil səviyyəsi üzrə əldə olunan göstəricilər aşağıda cədvəl 3.1.3-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 3.1.3. Tədqiq olunan ali və orta təhsilli dəri xəstələrinin ağırlıq dərəcəsinə görə depressiya səviyyəsi göstəriciləri

Depressiya səviyyəsi	Ali təhsilli dəri xəstələri			Orta təhsilli dəri xəstələri		
	N	%	M	N	%	M
Yüksək	8	33%	19,1	16	67%	22,8
Orta	23	45%	14,5	28	55%	16,9
Aşağı	19	76%	8,5	6	24%	12,7

Əldə olunan bu göstəricilərdən müəyyən etmiş oluruq ki, tədqiq olunan dəri xəstələrindən depressiya səviyyəsi yüksək olanların bir çoxu – 67%-i orta təhsilli şəxslərdir. Ali təhsilli şəxslər arasında depressiya səviyyəsi yüksək olanlar azdır. Depressiya səviyyəsi aşağı olan dəri xəstələrinin çoxluğu isə ali təhsilli dəri xəstələridir.

Depressiyanın əlamətlərinə nəzər saldıqda tədqiq olunan orta təhsilli dəri xəstələrində depressiv əhval-ruhiyyə, günahkarlıq hissləri, erkən yuxusuzluq, gecə boyu yuxusuzluq, səhər yuxusuzluğu, iş qabiliyyəti, psixomotor süstlük, təlaş, psixoloji təşviş, somatik təşviş, somatik gastrointestinal əlamətlər, ümumi somatik əlamətləri, ipoxondriya, bədən çəkisinin dəyişilməsi, gün ərzində əhvalın dəyişməsi, obsessiv-kompulsiv əlamətlər ali təhsilli dəri xəstələrində nisbətən nəzərə çarpacaq qədər yüksəkdir. Ali təhsilli dəri xəstələrində depressiyanın əlamətləri arasında öz vəziyyətini tənqid etmə üzrə göstəricilər, orta təhsilli dəri xəstələrinə nisbətən daha yüksək olduğu müəyyən olunmuşdur.

Ali təhsilli tədqiq olunanlar arasında, depressiya səviyyəsi yüksək olan tədqiq olunanların 13%-i (1 nəfər) kişi, 87%-i (7 nəfər) qadın dəri xəstələridir.

Ali təhsilli tədqiq olunanlardan, orta səviyyədə depressiya olan tədqiq olunanların 57%-i (13 nəfər) kişi, 43%-i (10 nəfər) qadın dəri xəstələridir.

Ali təhsilli tədqiq olunanlar arasında, depressiya səviyyəsi aşağı olan tədqiq olunanların 80%-i (15 nəfər) kişi, 20%-i (4 nəfər) qadın dəri xəstələridir. Alınan nəticələr ümumi olaraq aşağıda cədvəl 3.1.4-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 3.1.4. Tədqiq olunan ali təhsilli kişi və qadın dəri xəstələrinin depressiya səviyyəsi göstəriciləri

Depressiya səviyyəsi	Ali təhsilli kişi dəri xəstələri			Ali təhsilli qadın dəri xəstələri		
	N	%	M	N	%	M
Yüksək	1	13%	18,5	7	87%	21,6
Orta	13	57%	15,8	10	43%	16,3
Aşağı	15	80%	7,4	4	20%	10,5

Göstəricilərə nəzər salanda ali təhsilli tədqiq olunanlar arasında qadınlarda depressiya səviyyəsinin kişilərə nisbətən yüksək olduğunu müəyyən etmiş oluruq. Depressiya səviyyəsi aşağı olan ali təhsilli tədqiq olunanların isə demək olar ki, əksəriyyəti kişi dəri xəstələridir. Ali təhsilli qadınlarda aşağı depressiya səviyyəsi daha az müşahidə olunmuşdur.

Depressiyanın əlamətlərinə nəzər saldıqda tədqiq olunan ali təhsilli qadınlarda depressiv əhval-ruhiyyə, günahkarlıq hissləri, erkən yuxusuzluq, gecə boyu yuxusuzluq, səhər yuxusuzluğu, iş qabiliyyəti, psixomotor süstlük, təlaş, psixoloji təşviş, somatik təşviş, somatik gastrointestinal əlamətlər, ümumi somatik əlamətlər, ipoxondriya, bədən çəkisinin dəyişilməsi, vəziyyətini tənqid etmə, gün ərzində əhvalın dəyişməsi, obsessiv-kompulsiv əlamətlərin ali təhsilli kişilərə nisbətən daha yüksək olduğu müəyyən edilmişdir.

Orta təhsilli tədqiq olunanlar arasında, depressiya səviyyəsi yüksək olan tədqiq olunanların 31%-i (5 nəfər) kişi, 69%-i (11 nəfər) qadın dəri xəstələridir.

Orta təhsilli tədqiq olunanlardan, orta səviyyədə depressiya olan tədqiq olunanların 46%-i (13 nəfər) kişi, 54%-i (15 nəfər) qadın dəri xəstələridir.

Orta təhsilli tədqiq olunanlar arasında, depressiya səviyyəsi aşağı olan tədqiq olunanların hər biri kişi dəri xəstələridir. Orta təhsilli qadın dəri xəstələri arasında aşağı depressiya səviyyəsi müşahidə olunmamışdır. Alınan nəticələr ümumi olaraq aşağıda cədvəl 3.1.5-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 3.1.5. Tədqiq olunan orta təhsilli kişi və qadın dəri xəstələrinin depressiya səviyyəsi göstəriciləri

Depressiya səviyyəsi	Orta təhsilli kişi dəri xəstələri			Orta təhsilli qadın dəri xəstələri		
	N	%	M	N	%	M
Yüksək	5	31%	19,1	11	69%	22,3
Orta	13	46%	17,3	15	54%	18,2
Aşağı	6	100%	9,2	0	-	-

Orta təhsilli tədqiq olunanların nəticələrinə əsasən qeyd edə bilərik ki, qadınların depressiya səviyyəsi kişilərə nisbətən daha yüksəkdir.

Depressiyanın əlamətlərinə nəzər saldıqda tədqiq olunan orta təhsilli qadınlarda depressiv əhval-ruhiyyə, günahkarlıq hissləri, erkən yuxusuzluq, gecə boyu yuxusuzluq, səhər yuxusuzluğu, iş qabiliyyəti, psixomotor süstlük, təlaş, psixoloji təşviş, somatik təşviş, somatik gastrointestinal əlamətlər, ümumi somatik əlamətləri, ipoxondriya, bədən çəkisinin dəyişilməsi, vəziyyətini tənqid etmə, gün ərzində əhvalın dəyişməsi, obsessiv-kompulsiv əlamətlərin orta təhsilli kişilərə nisbətən daha yüksək olduğu müəyyən edilmişdir.

Ali təhsilli tədqiq olunanlar arasında, depressiya səviyyəsi yüksək olan tədqiq olunanların 75%-i (6 nəfər) subay, 25%-i (2 nəfər) evli dəri xəstələridir.

Ali təhsilli tədqiq olunanlardan, orta səviyyədə depressiya olan tədqiq olunanların 58%-i (13 nəfər) subay, 42%-i (10 nəfər) evli dəri xəstələridir.

Ali təhsilli tədqiq olunanlardan, depressiya səviyyəsi aşağı olan tədqiq olunanların 37%-i (7 nəfər) subay, 63%-i (12 nəfər) evli dəri xəstələridir.

Alınan nəticələr ümumi olaraq aşağıda cədvəl 3.1.6-da təqdim edilmişdir.

Cədvəl 3.1.6. Tədqiq olunan ali təhsilli subay və evli dəri xəstələrinin depressiya səviyyəsi göstəriciləri

Depressiya səviyyəsi	Ali təhsilli subay dəri xəstələri			Ali təhsilli evli dəri xəstələri		
	N	%	M	N	%	M
Yüksək	6	75%	21,9	2	25%	17,1
Orta	13	58%	14,7	10	42%	15,3
Aşağı	7	37%	12,1	12	63%	18,6

Ali təhsilli tədqiq olunanlar arasında, depressiya səviyyəsi aşağı olan tədqiq olunanların əksəriyyəti evli şəxslərdir. Depressiya səviyyəsi yüksək olanlar arasında isə çoxluq subay ali təhsilli şəxslərdir.

Depressiyanın əlamətlərinə nəzər saldıqda tədqiq olunan ali təhsilli subay dəri xəstələrində depressiv əhval-ruhiyyə, günahkarlıq hissləri, erkən yuxusuzluq, gecə boyu yuxusuzluq, səhər yuxusuzluğu, iş qabiliyyəti, psixomotor süstlük, təlaş, psixoloji təşviş, somatik təşviş, somatik qastrointestinal əlamətlər, ümumi somatik əlamətləri, ipoxondriya, bədən çəkisinin dəyişilməsi, vəziyyətini tənqid etmə, gün ərzində əhvalın dəyişməsi, obsessiv-kompulsiv əlamətlərin ali təhsilli evli dəri xəstələrinə nisbətən daha yüksək olduğu müəyyən edilmişdir.

Orta təhsilli tədqiq olunanlar arasında, depressiya səviyyəsi yüksək olan tədqiq olunanların 69%-i (11 nəfər) subay, 31%-i (5 nəfər) evli dəri xəstələridir.

Orta təhsilli tədqiq olunanlardan, orta səviyyədə depressiya olan tədqiq olunanların 57%-i (16 nəfər) subay, 43%-i (12 nəfər) evli dəri xəstələridir.

Orta təhsilli tədqiq olunanlardan, depressiya səviyyəsi aşağı olan tədqiq olunanların 33%-i (2 nəfər) subay, 67%-i (4 nəfər) evli dəri xəstələridir.

Alınan nəticələr ümumi olaraq aşağıda cədvəl 3.1.7-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 3.1.7. Tədqiq olunan ali təhsilli subay və evli dəri xəstələrinin depressiya səviyyəsi göstəriciləri

Depressiya səviyyəsi	Orta təhsilli subay dəri xəstələri			Orta təhsilli evli dəri xəstələri		
	N	%	M	N	%	M
Yüksək	11	69%	20,3	5	31%	18,2
Orta	16	57%	18,3	12	43%	17,6
Aşağı	2	33%	11,6	4	67%	9,1

Orta təhsilli tədqiq olunanlar arasında, depressiya səviyyəsi aşağı olan tədqiq olunanların əksəriyyəti evli şəxslərdir. Depressiya səviyyəsi yüksək olanlar arasında isə çoxluq subay dəri xəstələridir.

Depressiyanın əlamətlərinə nəzər saldıqda tədqiq olunan orta təhsilli subay dəri xəstələrində depressiv əhval-ruhiyyə, günahkarlıq hissləri, erkən yuxusuzluq, gecə boyu yuxusuzluq, səhər yuxusuzluğu, iş qabiliyyəti, psixomotor süstlük, təlaş, psixoloji təşviş, somatik təşviş, somatik qastrointestinal əlamətlər, ümumi somatik əlamətləri, ipoxondriya, bədən çəkisinin dəyişməsi, vəziyyətini tənqid etmə, gün ərzində əhvalın dəyişməsi, obsessiv-kompulsiv əlamətlərin orta təhsilli evli dəri xəstələrinə nisbətən daha yüksək olduğu müəyyən edilmişdir.

Əldə olunan ümumi nəticələrə əsasən, tədqiq olunan dəri xəstələri arasında depressiya səviyyəsinin təhsil səviyyəsinə əsasən fərqli olduğunu müşahidə etmiş oluruq. Həmçinin müəyyən etmiş oluruq ki, ailə vəziyyətinə əsasən də depressiya səviyyəsi fərqlidir. Alınan bu göstəricilərin statistik əhəmiyyətini müəyyənləşdirmək və ümumi nəticələri təhlil etmək üçün, tədqiqat işinin növbəti mərhələsində statistik təhlil aparılmışdır.

3.2. Tədqiqat nəticələrinin statistik təhlili

Tədqiqat işindən əldə olunan nəticələrin qruplar üzrə (təhsil səviyyəsi və ailə vəziyyəti) müqayisəli təhlilini aparmaq üçün IBM SPSS proqramında T test istifadə edilmişdir. Bu statistik test vasitəsi ilə ali və orta təhsilli dəri xəstələrində, həm də subay və evli dəri xəstələrində depressiya səviyyəsi müqayisəli şəkildə tədqiq edilmişdir. İrəli sürülən fərziyyələrə əsasən alınan statistik nəticələr müzakirə edilmişdir.

Əsas fərziyyəyə əsasən ali təhsilli dəri xəstəliyi olan şəxslərdə depressiya səviyyəsinin orta təhsilli dəri xəstəliyi olan şəxslərə nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə aşağı olması müqayisəli tədqiq edilmişdir.

Cədvəl 3.2.1. Tədqiq olunan ali və orta təhsilli dəri xəstələrinin depressiya səviyyəsi göstəricilərinin müqayisəli tədqiqi (T test)

Göstəricilər	Ali təhsilli	Orta təhsilli	P	T
	M			
Depressiya səviyyəsi	16,1	21,9	0,002	-1,227

T əmsalından alınan göstəriciyə əsasən qeyd edə bilərik ki, tədqiq olunan ali təhsilli dəri xəstələrində depressiya səviyyəsi, orta təhsilli dəri xəstələrinə nisbətən aşağıdır ($t = -1,227$). Əldə olunan bu nəticə əhəmiyyətli dərəcədə olduğu üçün ($p < 0,05$) statistik dürüstlük

təmin edilmişdir. Depressiyanın əlamətlərinə əsasən ali və orta təhsilli dəri xəstələrinin müqayisəli tədqiqi aparılmışdır.

Cədvəl 3.2.2. Tədqiq olunan ali və orta təhsilli dəri xəstələrinin depressiya əlamətləri üzrə göstəricilərinin müqayisəli tədqiqi (T test)

Mülahizələr	Ali	Orta	P	T
	M			
1.Depressiv əhval-ruhiyyə	10,2	15,1	0,001	-0,917
2.Günahkarlıq hissləri	12,1	18,4	0,014	-0,726
3.İntihar meyli	1,7	3,4	0,092	-0,103
4.Erkən yuxusuzluq	14,1	19,9	0,086	-0,210
5.Gecə boyu yuxusuzluq	12,6	16,7	0,090	-0,126
6.Səhər yuxusuzluğu	9,7	14,1	0,080	-0,100
7.İş qabiliyyəti	5,3	10,6	0,004	-0,925
8.Psixomotor süstlük	6,1	12,9	0,001	-1,010
9.Tələş	7,1	13,5	0,078	-0,090
10.Psixoloji təşviş	11,7	16,4	0,006	-0,821
11.Somatik təşviş	10,3	16,2	0,040	-0,726
12.Somatik qastrointestinal əlamətlər	8,6	15,7	0,093	-0,065
13.Ümumi somatik əlamətlər	7,5	14,1	0,000	-0,985
14.Cinsi əlamətlər	0,9	2,3	0,077	-0,105
15.İpoxondriya	9,7	16,1	0,003	-0,724
16.Bədən çəkisinin dəyişilməsi	4,3	9,2	0,001	-0,699
17.Vəziyyətini tənqid etmə	13,1	6,7	0,000	0,905
18.Gün ərzində əhvalın dəyişməsi	12,7	16,8	0,003	-0,810
19.Depersonalizasiya və derealizasiya	2,1	6,2	0,090	-0,081
20.Paranoid əlamətlər	0,5	1,9	0,076	-0,050
21.Obsessiv-kompulsiv əlamətlər	10,1	16,3	0,001	-0,917

Orta təhsilli dəri xəstələrində depressiv əhval-ruhiyyə ($t = -0,917$), günahkarlıq hissləri ($t = -0,726$), iş qabiliyyəti ($t = -0,925$), psixomotor süstlük ($t = -1,010$), psixoloji təşviş ($t = -0,821$), somatik təşviş ($t = -0,726$), ümumi somatik əlamətləri ($t = -0,985$), ipoxondriya ($t = -0,724$), bədən çəkisinin dəyişilməsi ($t = -0,699$), gün ərzində əhvalın dəyişməsi ($t = -0,810$), obsessiv-kompulsiv əlamətlər ($t = -0,917$) ali təhsilli dəri xəstələrinə nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə ($p < 0,05$) yüksəkdir.

Ali təhsilli dəri xəstələrində vəziyyətini tənqid etmə ($t = 0,905$), orta təhsilli dəri xəstələrinə nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə ($p < 0,05$) yüksəkdir.

Orta təhsilli dəri xəstələrində intihar meyli, erkən yuxusuzluq, gecə boyu yuxusuzluq, səhər yuxusuzluğu, təlaş, somatik qastrointestinal əlamətlər, cinsi əlamətlər, depersonalizasiya, derealizasiya, paranoid əlamətlər üzrə göstəricilərin ali təhsilli dəri xəstələrinə nisbətən yüksək olması əhəmiyyətli dərəcədə ($p > 0,05$) deyildir. Belə ki, depressiyanın bu əlamətlər üzrə göstəriciləri həm ali həm də orta təhsilli dəri xəstələrində demək olar ki, eyni təzahür etmişdir.

Dəri xəstəliyi olan ali təhsilli qadınlarda depressiya səviyyəsinin dəri xəstəliyi olan ali təhsilli kişilərə nisbətən yüksək olması tədqiq etmək üçün T test istifadə edilmişdir.

Cədvəl 3.2.3. Tədqiq olunan ali təhsilli kişi və qadın dəri xəstələrinin depressiya səviyyəsi göstəricilərinin müqayisəli tədqiqi (T test)

Göstəricilər	Kişi	Qadın	P	T
	M			
Depressiya səviyyəsi	15,2	21,4	0,000	-0,978

T əmsalından alınan göstəriciyə əsasən qeyd edə bilərik ki, tədqiq olunan ali təhsilli kişi dəri xəstələrində depressiya səviyyəsi, ali təhsilli qadın dəri xəstələrinə nisbətən aşağıdır ($t = -0,978$). Əldə olunan bu nəticə əhəmiyyətli dərəcədə olduğu üçün ($p < 0,05$) statistik dürüstlük təmin edilmişdir. Depressiyanın əlamətlərinin ali təhsilli dəri xəstələrinin cinsiyyət xüsusiyyətlərinə əsasən müqayisəli tədqiqi aparılmışdır (cədvəl 3.2.4.).

Ali təhsilli qadın dəri xəstələrində depressiv əhval-ruhiyyə ($t = -1,010$), günahkarlıq hissləri ($t = -0,910$), iş qabiliyyəti ($t = -0,901$), psixomotor süstlük ($t = -0,817$), təlaş ($t = -0,927$), psixoloji təşviş ($t = -0,820$), somatik təşviş ($t = -0,920$), somatik qastrointestinal əlamətlər ($t = -0,863$), ümumi somatik əlamətləri ($t = -0,610$), ipoxondriya ($t = -0,801$), bədən çəkisinin dəyişilməsi ($t = -0,920$), vəziyyətini tənqid etmə ($t = -0,824$), gün ərzində əhvalın dəyişməsi ($t = -0,911$), obsessiv-kompulsiv əlamətlər ($t = -0,923$) ali təhsilli kişi dəri xəstələrinə nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə ($p < 0,05$) yüksəkdir.

Cədvəl 3.2.4. Tədqiq olunan ali təhsilli kişi və qadın dəri xəstələrinin depressiya əlamətləri üzrə göstəricilərinin müqayisəli tədqiqi (T test)

Mülahizələr	Kişi	Qadın	P	T
	M			
1.Depressiv əhval-ruhiyyə	8,5	12,6	0,000	-1,010
2.Günahkarlıq hissləri	8,8	14,7	0,001	-0,910
3.İntihar meyli	0,8	1,9	0,063	-0,400
4.Erkən yuxusuzluq	9,1	16,4	0,070	-0,211
5.Gecə boyu yuxusuzluq	8,6	14,7	0,087	-0,124
6.Səhər yuxusuzluğu	8,2	13,1	0,063	-0,104
7.İş qabiliyyəti	2,1	7,6	0,001	-0,901
8.Psixomotor süstlük	4,1	9,9	0,000	-0,817
9.Tələş	3,6	8,7	0,030	-0,927
10.Psixoloji təşviş	9,6	14,1	0,021	-0,820
11.Somatik təşviş	9,1	13,7	0,001	-0,920
12.Somatik qastrointestinal əlamətlər	6,3	10,1	0,040	-0,863
13.Ümumi somatik əlamətlər	5,1	11,6	0,034	-0,610
14.Cinsi əlamətlər	0,5	1,8	0,079	0,100
15.İpoxondriya	7,1	13,7	0,001	-0,810
16.Bədən çəkisinin dəyişilməsi	2,1	7,6	0,000	-0,920
17.Vəziyyətini tənqid etmə	10,2	15,3	0,012	-0,824
18.Gün ərzində əhvalın dəyişməsi	9,1	14,6	0,024	-0,810
19.Depersonalizasiya və derealizasiya	1,6	3,1	0,067	0,824
20.Paranoid əlamətlər	0,4	0,6	0,093	-0,911
21.Obsessiv-kompulsiv əlamətlər	6,4	13,7	0,008	-0,923

Ali təhsilli qadın dəri xəstələrində intihar meyli, erkən yuxusuzluq, gecə boyu yuxusuzluq, səhər yuxusuzluğu, cinsiyyəti əlamətlər, depersonalizasiya, derealizasiya, paranoid əlamətlər üzrə alınan göstəricilərin ali təhsilli kişi dəri xəstələrinə nisbətən yüksək olması əhəmiyyətli dərəcədə

($p > 0,05$) deyildir. Belə ki, depressiyanın bu əlamətlər üzrə göstəriciləri həm ali təhsilli qadın həm də ali təhsilli kişi dəri xəstələrində demək olar ki, eyni təzahür etmişdir.

Dəri xəstəliyi olan orta təhsilli qadınlarda depressiya səviyyəsinin dəri xəstəliyi olan orta təhsilli kişilərə nisbətən yüksək olması tədqiq etmək üçün T test istifadə edilmişdir.

Cədvəl 3.2.5. Tədqiq olunan orta təhsilli kişi və qadın dəri xəstələrinin depressiya səviyyəsi göstəricilərinin müqayisəli tədqiqi (T test)

Göstəricilər	Kişi	Qadın	P	T
	M			
Depressiya səviyyəsi	17,2	23,8	0,023	-0,907

T əmsalından alınan göstəriciyə əsasən qeyd edə bilərik ki, tədqiq olunan orta təhsilli kişi dəri xəstələrində depressiya səviyyəsi, orta təhsilli qadın dəri xəstələrinə nisbətən aşağıdır ($t = -0,907$). Əldə olunan bu nəticə əhəmiyyətli dərəcədə olduğu üçün ($p < 0,05$) statistik dürüstlük təmin edilmişdir.

Depressiyanın əlamətlərinin ali təhsilli dəri xəstələrinin cinsiyyət xüsusiyyətlərinə əsasən müqayisəli tədqiqi aparılmışdır (cədvəl 3.2.6.).

Orta təhsilli qadın dəri xəstələrində depressiv əhval-ruhiyyə ($t = -0,821$), günahkarlıq hissləri ($t = -0,796$), iş qabiliyyəti ($t = -0,807$), psixomotor süstlük ($t = -0,910$), təlaş ($t = -0,765$), psixoloji təşviş ($t = -0,926$), somatik təşviş ($t = -0,726$), ümumi somatik əlamətləri ($t = -0,900$), ipoxondriya ($t = -0,807$), bədən çəkisinin dəyişilməsi ($t = -0,901$), vəziyyətini tənqid etmə ($t = -0,810$), gün ərzində əhvalın dəyişməsi ($t = -0,903$), obsessiv-kompulsiv əlamətlər ($t = -0,691$) orta təhsilli kişi dəri xəstələrinə nisbətən yüksəkdir. Əldə olunan bu nəticələrin statistik olaraq əhəmiyyətli dərəcədə ($p < 0,05$) olduğu müəyyən edilmişdir.

Orta təhsilli qadın dəri xəstələrində intihar meyli, erkən yuxusuzluq, gecə boyu yuxusuzluq, səhər yuxusuzluğu, somatik gastrointestinal əlamətlər, cinsi əlamətlər, depersonalizasiya, derealizasiya, paranoid əlamətlər üzrə alınan göstəricilərin orta təhsilli kişi dəri xəstələrinə nisbətən yüksək olması əhəmiyyətli dərəcədə ($p > 0,05$) deyildir. Belə ki, depressiyanın bu əlamətlər üzrə göstəriciləri həm orta təhsilli qadın həm də ali təhsilli kişi dəri xəstələrində demək olar ki, eyni təzahür etmişdir.

Cədvəl 3.2.6. Tədqiq olunan orta təhsilli kişi və qadın dəri xəstələrinin depressiya əlamətləri üzrə göstəricilərinin müqayisəli tədqiqi (T test)

Mülahizələr	Kişi	Qadın	P	T
	M			
1.Depressiv əhval-ruhiyyə	13,7	16,9	0,000	-0,821
2.Günahkarlıq hissləri	14,7	19,1	0,000	-0,796
3.İntihar meyli	2,8	9,7	0,076	-0,100
4.Erkən yuxusuzluq	16,1	21,6	0,066	-0,825
5.Gecə boyu yuxusuzluq	13,7	19,1	0,070	-0,500
6.Səhər yuxusuzluğu	11,1	17,8	0,086	-0,415
7.İş qabiliyyəti	8,7	14,6	0,003	-0,807
8.Psixomotor süstlük	9,3	15,1	0,005	-0,910
9.Tələş	10,1	15,6	0,027	-0,765
10.Psixoloji təşviş	13,6	18,1	0,001	-0,926
11.Somatik təşviş	12,9	18,7	0,006	-0,726
12.Somatik qastrointestinal əlamətlər	12,1	17,1	0,077	-0,100
13.Ümumi somatik əlamətlər	10,3	16,9	0,008	-0,900
14.Cinsi əlamətlər	1,9	2,4	0,079	-0,090
15.İpoxondriya	14,8	18,3	0,004	-0,807
16.Bədən çəkisinin dəyişilməsi	8,1	12,9	0,000	-0,901
17.Vəziyyətini tənqid etmə	4,7	10,3	0,008	-0,810
18.Gün ərzində əhvalın dəyişməsi	12,1	17,4	0,001	-0,903
19.Depersonalizasiya və derealizasiya	4,5	9,3	0,059	-0,307
20.Paranoid əlamətlər	0,9	2,4	0,067	-0,210
21.Obsessiv-kompulsiv əlamətlər	13,9	17,1	0,005	-0,691

Dəri xəstəliyi olan ali təhsilli subay dəri xəstələrində depressiya səviyyəsinin dəri xəstəliyi olan ali təhsilli evlilələr nisbətən yüksək olması tədqiq etmək üçün T test istifadə edilmişdir (cədvəl 3.2.7.).

Cədvəl 3.2.7. Tədqiq olunan ali təhsilli subay və evli dəri xəstələrinin depressiya səviyyəsi göstəricilərinin müqayisəli tədqiqi (T test)

Göstəricilər	Subay	Evli	P	T
	M			
Depressiya səviyyəsi	22,8	14,7	0,004	0,977

T əmsalından alınan göstəriciyə əsasən qeyd edə bilərik ki, tədqiq olunan ali təhsilli evli dəri xəstələrində depressiya səviyyəsi, ali təhsilli subay dəri xəstələrinə nisbətən aşağıdır ($t=0,977$). Əldə olunan bu nəticə əhəmiyyətli dərəcədə olduğu üçün ($p < 0,05$) statistik dürüstlük təmin edilmişdir.

Depressiyanın əlamətlərinin ali təhsilli dəri xəstələrinin ailə vəziyyətinə əsasən müqayisəli tədqiqi aparılmışdır (cədvəl 3.2.8.).

Ali təhsilli subay dəri xəstələrində depressiv əhval-ruhiyyə ($t= 0,927$), günahkarlıq hissləri ($t= 0,878$), iş qabiliyyəti ($t= 0,799$), psixomotor süstlük ($t= 0,810$), psixoloji təşviş ($t= 0,928$), somatik təşviş ($t= 0,827$), ümumi somatik əlamətləri ($t= 0,811$), ipoxondriya ($t= 0,886$), bədən çəkisinin dəyişilməsi ($t= 0,910$), vəziyyətini tənqid etmə ($t= 1,003$), gün ərzində əhvalın dəyişməsi ($t= 1,210$), obsessiv-kompulsiv əlamətlər ($t= 0,914$) ali təhsilli evli dəri xəstələrinə nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə ($p < 0,05$) yüksəkdir.

Ali təhsilli subay dəri xəstələrində intihar meyli, erkən yuxusuzluq, gecə boyu yuxusuzluq, səhər yuxusuzluğu, somatik qastrointestinal əlamətlər, təlaş, cinsi əlamətlər, depersonalizasiya, derealizasiya, paranoid əlamətlər üzrə alınan göstəricilərin ali təhsilli evli dəri xəstələrinə nisbətən yüksək olması əhəmiyyətli dərəcədə ($p > 0,05$) deyildir. Belə ki, depressiyanın bu əlamətlər üzrə göstəriciləri həm ali təhsilli subay həm də ali təhsilli evli dəri xəstələrində demək olar ki, eyni təzahür etmişdir.

Dəri xəstəliyi olan orta təhsilli subay dəri xəstələrində depressiya səviyyəsinin dəri xəstəliyi olan orta təhsilli evlilər nisbətən yüksək olması tədqiq etmək üçün T test istifadə edilmişdir (cədvəl 3.2.9.).

T əmsalından alınan göstəriciyə əsasən qeyd edə bilərik ki, tədqiq olunan orta təhsilli evli dəri xəstələrində depressiya səviyyəsi, orta təhsilli subay dəri xəstələrinə nisbətən aşağıdır ($t=0,879$). Əldə olunan bu nəticə əhəmiyyətli dərəcədə olduğu üçün ($p < 0,05$) statistik dürüstlük təmin edilmişdir.

Depressiyanın əlamətlərinin orta təhsilli dəri xəstələrinin ailə vəziyyətinə əsasən müqayisəli tədqiqi aparılmışdır (cədvəl 3.2.10.).

Cədvəl 3.2.8. Tədqiq olunan ali təhsilli subay və evli dəri xəstələrinin depressiya əlamətləri üzrə göstəricilərinin müqayisəli tədqiqi (T test)

Mülahizələr	Subay	Evli	P	T
	M			
1.Depressiv əhval-ruhiyyə	14,1	7,6	0,004	0,927
2.Günahkarlıq hissləri	16,8	9,1	0,001	0,878
3.İntihar meyli	2,2	1,8	0,062	0,101
4.Erkən yuxusuzluq	16,7	11,4	0,064	0,067
5.Gecə boyu yuxusuzluq	15,9	9,9	0,081	0,051
6.Səhər yuxusuzluğu	14,1	7,1	0,090	0,108
7.İş qabiliyyəti	8,3	2,7	0,001	0,799
8.Psixomotor süstlük	9,7	4,7	0,000	0,810
9.Tələş	9,9	5,1	0,084	0,400
10.Psixoloji təşviş	14,6	8,7	0,021	0,928
11.Somatik təşviş	13,7	9,1	0,008	0,827
12.Somatik qastrointestinal əlamətlər	10,7	7,8	0,093	0,014
13.Ümumi somatik əlamətlər	9,9	6,3	0,004	0,811
14.Cinsi əlamətlər	2,1	0,7	0,071	0,073
15.İpoxondriya	12,4	6,7	0,008	0,886
16.Bədən çəkisinin dəyişilməsi	8,7	2,1	0,004	0,910
17.Vəziyyətini tənqid etmə	15,7	10,3	0,000	1,003
18.Gün ərzində əhvalın dəyişməsi	16,4	10,1	0,003	1,210
19.Depersonalizasiya və derealizasiya	2,5	1,3	0,088	0,200
20.Paranoid əlamətlər	1,8	0,4	0,097	0,105
21.Obsessiv-kompulsiv əlamətlər	13,6	9,5	0,004	0,914

Cədvəl 3.2.9. Tədqiq olunan orta təhsilli subay və evli dəri xəstələrinin depressiya səviyyəsi göstəricilərinin müqayisəli tədqiqi (T test)

Göstəricilər	Subay	Evli	P	T
	M			
Depressiya səviyyəsi	21,2	15,3	0,000	0,879

Cədvəl 3.2.10. Tədqiq olunan orta təhsilli subay və evli dəri xəstələrinin depressiya əlamətləri üzrə göstəricilərinin müqayisəli tədqiqi (T test)

Mülahizələr	Subay	Evli	P	T
	M			
1.Depressiv əhval-ruhiyyə	18,1	13,4	0,007	0,920
2.Günahkarlıq hissləri	20,1	16,7	0,005	0,915
3.İntihar meyli	3,5	2,3	0,077	0,045
4.Erkən yuxusuzluq	20,3	17,1	0,090	0,114
5.Gecə boyu yuxusuzluq	18,3	14,4	0,055	0,400
6.Səhər yuxusuzluğu	17,8	11,3	0,068	0,425
7.İş qabiliyyəti	14,7	10,8	0,008	0,905
8.Psixomotor süstlük	15,1	8,4	0,000	0,827
9.Tələş	15,6	10,1	0,094	0,105
10.Psixoloji təşviş	18,9	12,7	0,001	0,809
11.Somatik təşviş	19,1	14,5	0,004	0,791
12.Somatik qastrointestinal əlamətlər	17,8	13,1	0,067	0,025
13.Ümumi somatik əlamətlər	16,9	12,6	0,007	0,868
14.Cinsi əlamətlər	2,6	1,9	0,066	0,325
15.İpoxondriya	18,3	14,1	0,005	0,899
16.Bədən çəkisinin dəyişilməsi	13,6	8,3	0,007	0,995
17.Vəziyyətini tənqid etmə	8,9	5,6	0,001	0,705
18.Gün ərzində əhvalın dəyişməsi	19,7	14,3	0,025	0,871
19.Depersonalizasiya və derealizasiya	9,8	5,7	0,069	0,049
20.Paranoid əlamətlər	2,3	1,3	0,055	0,109
21.Obsessiv-kompulsiv əlamətlər	19,1	14,7	0,008	0,726

Orta təhsilli subay dəri xəstələrində depressiv əhval-ruhiyyə ($t=0,920$), günahkarlıq hissləri ($t=0,915$), iş qabiliyyəti ($t=0,905$), psixomotor süstlük ($t=0,827$), psixoloji təşviş ($t=0,809$), somatik təşviş ($t=0,791$), ümumi somatik əlamətləri ($t=0,868$), ipoxondriya ($t=0,899$),

bədən çəkisinin dəyişilməsi ($t=0,995$), vəziyyətini tənqid etmə ($t=0,705$), gün ərzində əhvalın dəyişməsi ($t=0,871$), obsessiv-kompulsiv əlamətlər ($t=0,726$) ali təhsilli evli dəri xəstələrinə nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə ($p<0,05$) yüksəkdir (cədvəl 3.2.10.).

Orta təhsilli subay dəri xəstələrində intihar meyli, erkən yuxusuzluq, gecə boyu yuxusuzluq, səhər yuxusuzluğu, somatik qastrointestinal əlamətlər, təlaş, cinsi əlamətlər, depersonalizasiya, derealizasiya, paranoid əlamətlər üzrə alınan göstəricilərin orta təhsilli evli dəri xəstələrinə nisbətən yüksək olması əhəmiyyətli dərəcədə ($p>0,05$) deyildir. Belə ki, depressiyanın bu əlamətlər üzrə göstəriciləri həm orta təhsilli subay həm də orta təhsilli evli dəri xəstələrində demək olar ki, eyni təzahür etmişdir (cədvəl 3.2.10.).

Aparılan tədqiqat işin irəli sürülən fərziyyələrin təhlili araşdırılan mövzunun statistik əhəmiyyətini təsdiq etmiş olur. Dəri xəstəliklərinin dünyada və ölkəmizdə olan statistikasını mövzunun araşdırma aktuallığını olduğunu göstərir. Xüsusilə də postpandemiya (COVID 19) sonrasında dəri xəstəliklərinin sayı kəskin artmışdır. Sosial təcrid, psixoloji gərginlik və stress amilləri bir çox psixosomatik xəstəliklərin təzahürünə səbəb olmuşdur. Dəri xəstəlikləri də bura aid edilə bilər. Araşdırmanın nəticələrə həm dermatoloqlar həm də psixoloqlar üçün əhəmiyyətlidir. Belə ki, dərman müalicəsinin effektiv olmadığı hallarda həkimin xəstəni mütəxəssisə yəni psixoloqa yönləndirməsi zəruridir. Həmçinin dəri xəstəliklərində fərdi psixoloji xüsusiyyətlər, sosial-demoqrafik göstəricilərə də diqqət göstərmək lazımdır.

Tədqiqat zamanı müəyyən etmiş oluruq ki, dəri xəstələrinin ali təhsilli olması onların tibbi dünyagörüşü və qoyulan diaqnoza yanaşma tərzinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərmiş olur. Belə ki, ali təhsilli dəri xəstələrində depressiya səviyyəsinin orta təhsilli dəri xəstələrinə nisbətən aşağı olması, onların diaqnoz haqqında daha çox məlumatlı olması ilə əlaqələndirilə bilər. Diaqnoza və müalicə prosesinə adekvat yanaşmaqla daha az mənfi emosiyalara qapılır və daha az depressiv əlamətlər müşahidə olunur. Həmçinin cinsiyyət xüsusiyyətləri də burada təsir göstərmiş olur. Belə ki, zahiri görünüşlərinə qadınlar daha çox həssas olduqları üçün, onlar qoyulan diaqnozu (dəri xəstəliyi) kişilərə nisbətən daha çətin qəbul edirlər. Dəri probleminin yerləşdiyi sahə və ağırlığı isə onlara daha da mənfi təsir göstərmiş olur. Qadınlar daha emosional olduqları üçün dəri xəstəliyini qəbul etmək mərhələsi, müalicə prosesi və müddəti onlarda depressiyanın təzahür etməsinə və ağırlaşmasına səbəb ola bilər. Tədqiqat işində ailə vəziyyətinin də dəri xəstələrinin depressiya səviyyəsinə təsiri olduğunu müəyyən edilmişdir. Belə ki, ailəli dəri xəstələrində depressiya səviyyəsi subay dəri xəstələrinə nisbətən aşağı olmuşdur. Ailə tərəfindən alınan sosial və psixoloji dəstək, ümumi olaraq xəstələrin psixoloji vəziyyətinə müsbət təsir göstərmiş olur ki, onlarda depressiv

əlamətlər də daha zəif görünür. Tədqiqat işi həm nəzəri həm də praktiki baxımdan əhəmiyyətli məlumatlar ilə zəngindir. Alınan nəticələr $p < 0,05$ səviyyəsində etibarlı olduğu üçün tədqiqat işinin nəticələri əhəmiyyətli hesab olunur. İrəli sürülən fərziyyələr təsdiq olunmuş və statistik dürüstlük təmin edilmişdir.

NƏTİCƏ

Hər bir şəxs üçün dərinin görünüşü xüsusilə vacibdir. Psixika, sinir və immunitet sistemləri mürəkkəb bioloji əlaqələr zəncirinə malikdir. Dərinin psixi proseslərin güzgüsü adlandırmaq olar. Dərinin sağlamlığı əsasən əhval-ruhiyyədən, emosiyalardan, yuxu rejiminin keyfiyyətindən asılıdır. Buna görə də, əgər dəri xəstəliyi diqqəti qoyulubsa psixoloji sağlamlığın qeydinə qalmaq çox vacibdir. Çox vaxt dəri xəstəliklərinin kəskinləşməsi stressli hadisələrdən əvvəl də baş verir (ailə vəziyyətində dəyişikliklər, köç etmək, işdən çıxmaq və s.).

Dəri xəstəlikləri psixoloji cəhətdən əlverişsiz şəraitlər səbəbindən ağırlaşa bilər. Dərinin stressə reaksiyasının qarşısını almaq mümkündür. Ağır stressli hadisələrdən sonra və ya xroniki stress altında gərginliyi aradan qaldırmağa kömək etməyin ən təsirli yolu mütəxəssis dəstəyi almaqdır. Dərinin vəziyyəti ilə insanın emosional vəziyyəti arasında sıx əlaqə var. Dəri dəyişikliklərinin yaranması və irəliləməsi fərdin psixi aparatının onun daxili aləmi üçün əhəmiyyətli olan həyat vəziyyətlərinə qoruyucu və adaptiv reaksiyası kimi çıxış edə bilər, fərd üçün dözülməz, onun psixikası üçün əslində travmatik hisslərin yaşanması ilə müşayiət oluna bilər. Məsələn, dəri xəstələri xəstəlik əlamətlərinin görünüşünü travmatik hadisələr, yaxınlarının itkisi, ayrılıqlar və sevgi münasibətlərindəki uğursuzluqlarla əlaqələndirirlər. Tez-tez olur ki, xəstəliyin simptomları təcridən yox olur və xəstənin həyatında yenidən güclü emosional şokla müşayiət olunan travmatik vəziyyət yaranana qədər illər ərzində təkrar təzahür etməyə bilər. Hər bir təkrarlanan vəziyyət dəri xəstəliyinin ağırlaşmasına təkan verir və dəri problemlərinin kəskinləşməsi xəstənin həyatındakı narahatedici hadisələrə cavab vermək üçün adi bir reaksiyaya çevrilir. Fərdi seanslar dəri xəstəliyinin mümkün psixoloji səbəblərini müşahidə etmək və müalicə etmək üçün zəruridir.

Dissertasiya işində dəri xəstəliklərinin psixoloji tərəfləri ətraflı şəkildə öyrənilmişdir. Dəri xəstəliklərinin elmi-nəzəri əsasları araşdırılmış, bu sahədə xarici və yerli elmi ədəbiyyatlar və aparılan tədqiqat işləri təhlil edilmişdir. Dəri xəstəliklərinin klinik-psixoloji mənzərəsi, psixosomatik və somatopsixoloji tərəfləri nəzərdən keçirilmişdir. Dəri xəstələrinin sosial-psixoloji vəziyyəti (sosial-demoqrafik) öyrənilmişdir.

Dissertasiya işinin əsas məqsədi təhsil səviyyəsinə əsasən dəri xəstəliklərində depressiyanın təzahürünü araşdırmaqdır. Ümumi olaraq depressiyanın klinik-psixoloji mahiyyəti izah olunmuş, dəri xəstəliklərinin depressiyanın təzahüründə rolu araşdırılmışdır. Xüsusilə orta təhsilli və ali təhsilli dəri xəstəliyi olan insanlarda depressiyanın təzahürü öyrənilmişdir.

Dissertasiya mövzusunun tədqiqi üçün 100 nəfər 25-65 yaş həddində dəri xəstələri seçilmişdir. Dəri xəstələrində depressiya səviyyəsi təhsil səviyyəsinə əsasən tədqiq edilmişdir. Araşdırma Respublika Dəri-Zöhrəvi Mərkəzində (№1) aparılmışdır. Tədqiqat üçün əhəmiyyətli olan məlumatların öyrənilməsi üçün anket istifadə edilmişdir. Tədqiq olunan dəri xəstələrində depressiya səviyyəsini müəyyənləşdirmək üçün Hamilton depressiya reytingi cədvəli (HDRS) istifadə olunmuşdur.

Dəri xəstəlikləri depressiyanın təzahürünə səbəb ola bilər. Tədqiqat zamanı tədqiq olunan dəri xəstələrinin depressiya səviyyəsi öyrənilmişdir. Belə ki, M.Smith müəyyən etmişdir ki, dəri xəstəliyi depressiyaya səbəb olur və onların arasında müsbət korrelyasiya əlaqəsi vardır (Koo, Smith, 2000). Tədqiqat işinin nəticələrinə bənzər işlər xarici ölkə psixoloqlarının apardığı tədqiqatlar işlərində də rast gəlinir. M.Macdonald və həmkarları dəri xəstələri ilə apardıqları psixodiagnostik qiymətləndirmədə onların demək olar bir çoxunda ağır depressiya əlamətləri olduğunu müəyyən etmişdirlər (Wall, Poyner, Menday, 2000).

Dissertasiya mövzusunun tədqiqi zamanı beş fərziyyə (bir əsas və dörd köməkçi) irəli sürülmüşdür. Əsas fərziyyəyə istinad olaraq ali və orta təhsilli dəri xəstələrinin depressiya səviyyəsi müqayisəli təhlil edilmişdir. Alınan nəticələrdən müəyyən etmiş olduq ki, ali təhsilli dəri xəstələrində depressiya səviyyəsi orta təhsilli dəri xəstələrinə nisbətən aşağıdır.

Bənzər tədqiqatlar biri də A.Rizzo, K.Mento, M.Rozariya və A.Bruno tərəfindən aparılmışdır (Chen, Maidof, Lyga, 2016). Onlar dəri xəstəsi ilə aparmış olduqları araşdırmada təhsil səviyyəsinə əsas depressiyanın fərqli təzahür etdiyini müəyyən etmişdirlər. Dəri xəstələrində depressiya və təhsil səviyyəsi arasında regressiya əlaqəsi olduğu öyrənilmişdir.

M.Qoryaçkin oxşar nəticələr əldə edərək, dəri xəstələri ilə apardığı araşdırmada gəlir və təhsil səviyyəsinin depressiyanın təzahürünə təsiri olduğunu öyrənmişdir (Павлова, 2008).

P.Sneddon dəri xəstəliklərinin müalicəsində xəstələrin müalicə prosesinə təhsil səviyyəsinə əsasən (təhsilsiz-orta təhsilli-ali təhsilli) fərqli yanaşdığını müəyyən etmişdir. İşsiz və təhsili olmayan dəri xəstələrinin 46%-də depressiya və təşvişin daha çox təzahür etdiyini təsbit etmişdir (Gupta, 2000).

K.Baz, A.Ertekin, A.Köktürk və həmkarlarının, həmçinin, H.Güz, A.Meryem və N.Dilbazinin aparmış olduqları tədqiqat işlərində də bənzər nəticələr əldə etmişdirlər (Onsun, 2000; Güz, Meryem, Dilbaz, 2000).

Xarici ölkələrdə aparılan tədqiqat işləri ilə bənzər nəticələrin əldə olunması tədqiqat işinin doğru qurulması və irəli sürülən fərziyyənin etibarlı olduğunu müəyyənləşdirmiş olur.

Tədqiqat işinin köməkçi fərziyyələrinə əsasən dəri xəstələrində depressiya səviyyəsi cinsiyyət xüsusiyyətlərinə əsasən araşdırılmışdır. Tədqiqat zamanı dəri xəstəliyi olan ali və

orta təhsilli qadınlarda depressiya səviyyəsi dəri xəstəliyi olan ali və orta təhsilli kişilərə nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olduğu müəyyən edilmişdir.

Bənzər nəticələr Y.Nurye, M.Tareke, M.Tadesse və T.Mekonun aparmış olduğu tədqiqat işində əldə edilmişdir. Belə ki, tədqiqatçı psixoloqlar dəri xəstələrində depressiyanın təzahürünün cinsiyyət-yaş xüsusiyyətləri, təhsil səviyyəsi və həmçinin də gəlir səviyyəsi ilə əlaqəli olduğunu müəyyən etmişdirlər. Qadın dəri xəstələrində depressiyanın kişilərə nisbətən yüksək olduğu, həmçinin orta təhsilli qadınlarda digər tədqiq olunanlara nisbətən daha çox ağır depressiyanın əlamətlərinin olduğu müəyyən olunmuşdur (Nurye, Tareke və baş., 2023).

S.Çerkasov 2003-2004-cü illərdə qadın dəri xəstələrində kişi dəri xəstələrinə nisbətən depressiya səviyyəsinin yüksək olduğunu müəyyən etmişdir. Bu qadınlarda da öz aralarında depressiyanın təhsil səviyyəsinə əsasən fərqli səviyyədə təzahür etdiyini müəyyən etmişdir (Павлова, 2008).

Oxşar nəticələr S.Guptanın 1998-2000-ci illərdə aparmış olduğu tədqiqat işlərində də müşahidə olunur. O müəyyən etmişdir ki, dəri xəstəliyi olan qadınlarda dəri xəstəliyi olan kişilərə nisbətən depressiyanın əlamətləri daha çoxdur (Gupta, 2000).

Xarici ölkələrdə tədqiqatçılar tərəfindən aparılan tədqiqat işlərində də dəri xəstələrində depressiyanın cinsiyyət xüsusiyyətlərinə əsasən fərqli olduğunu öyrənən araşdırmalar çoxluq təşkil edir.

Tədqiqat zamanı irəli sürülən digər köməkçi fərziyyələr ailə vəziyyətinə görə dəri xəstələrində depressiyanın fərqli təzahür etməsi araşdırılmışdır. Dəri xəstəliyi olan ali və orta təhsilli subay şəxslərdə depressiya səviyyəsinin dəri xəstəliyi olan ali və orta təhsilli evli şəxslərə nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olduğu müəyyən edilmişdir.

İ.Yaluğ, G.Aydoğan və M.Savrun bu istiqamətdə aparmış olduqları araşdırmalarında bənzər nəticələr əldə etmişdirlər. Onlar müəyyən etmişdirlər ki, dəri xəstələrində depressiya və aleksitimiya onların ailə vəziyyətinə əsasən fərqli təzahür edir. Dəri xəstəliyi diaqnozu olan subay şəxslərdə depressiya səviyyəsi evli dəri xəstələrinə nisbətən yüksək olmuşdur. Tədqiqatçılar bu vəziyyəti subay dəri xəstələrinin daha az mənəvi dəstək alması (hətta almaması) ilə əlaqələndirmişdirlər (Tüzün, Dolar, 2000).

Dissertasiya işində dəri xəstələrində depressiya səviyyəsinin onların təhsil səviyyəsi və ailə vəziyyəti ilə əlaqəli olması araşdırılmışdır. Alınan nəticələr irəli sürülən fərziyyələrin əhəmiyyətli olduğunu statistik baxımdan müəyyən etmiş olur. Tədqiqatın nəticələri dəri xəstələri ilə işləyən psixoloqlar və dermatoloqlar tərəfindən istifadə oluna bilər. Dəri xəstələri ilə işləyən zaman sosial-demoqrafik amilləri gözərdə etmədən düzgün psixoterapevtik metodu təyin etmək zəruridir.

Tədqiqat zamanı yerli və xarici ədəbiyyatlar ətraflı şəkildə təhlil edilmişdir. Nəzəri məlumatların toplanılmasında mövzu ilə əlaqəli elmi mənbələrdən istifadə edilmişdir. Tədqiqat işinin nəzəri hissəsi bu sahədə çalışan həkimlər (dermatoloqlar) və psixoloqlar tərəfindən istifadə oluna bilər. Həmçinin nəzəri elmi baza kimi mühazirələrdə, seminarlarda işləyə bilər. Tədqiqat işinin praktik hissəsi gələcəkdə bu sahədə araşdırma aparacaq həkimlər və psixoloqlar tərəfindən istifadə edilə bilər. Belə ki, dəri xəstələrində depressiya əlamətlərini təyin etmək müalicə prosesinin gedişatına müsbət təsir edəcək. Həkimlər tədqiqat işinin nəticələrinə istinad edib, dəri xəstəliyi olan şəxslərin psixoterapevt dəstəyi almaları üçün mütəxəssisə yönləndirə bilərlər. Bu araşdırmada əhaliyə əsaslanan yanaşmadan istifadə edərək ən çox görülən dəri xəstəliklərinə diqqət yetirilmişdir. Mövzunun praktik tərəfi dəri xəstəliklərində həkim və psixoloqların kompleks müalicəsinin zəruriliyini vurğulamış olur. Xarici ölkələrdə mövzu ilə əlaqədar bənzər tədqiqatlar olsa da, ölkəmizdə bu istiqamətdə aparılan tədqiqat işləri mövcud deyildir. Dəri xəstələrində depressiyanın təhsil səviyyəsinə əsasən tədqiq edilməsinə dair yerli araşdırmalar demək olar ki, yoxdur. Belə ki, tədqiqat işinin mövzusu ölkəmiz üçün elmi yenilik hesab edilə bilər.

ƏDƏBİYYAT SİYAHISI

Azərbaycan dilində

1. İsmayılov, N.V. (2003) *Psixiatriya*. Bakı, 416 s.
2. İsmayılov, N.V., İsmayılov F.N. (2002) *Tibbi psixologiya və psixoterapiya*. Bakı, 501 s.

Türk dilində

3. Aktan, Ş., Özmen, E., Yavuz, Ş., Özkaya, N. (2000) *Akne vulgarisli hastalarda görülen psikiyatrik belirtiler.* // Turkderm #28. s. 93-98
4. Arık, A., Hande Ö.(2000)*Psikosomatik derihastalıkları.*// Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp dergisi Cilt 8, №2. s. 217-220
5. Atcıöz, E. (2018) *Dermatolojik yakınması olan bireylerde yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete durumu.* İstanbul, 90 s.
6. Bilaç, C., Öztürkcan, S. (2006) *Dermatolojide yaşam kalitesi.* // Sağlıkta birikim #1. p. 48-58
7. Dinçmen, K. *Psikiyatri, psikosomatik tıp.* İstanbul, 2005, 191 s.
8. Güz, H., Meryem, A.Y., Dilbaz, N. (2000) *Bir Grup Dermatolojik Hastalarda Aleksitimi, Depresyon ve Anksiyete* // Ondokuz mayıs universitesi №3. Karadeniz, s. 161-165
9. Köse, O., Gür, A.R. (2000) *Dermatolojide yaşam kalitesi ve ölçümü.* // Klinik Dermatoloji #10. p. 270-274
10. Onsun, N. (2000) *Atopik dermatit ve yaşam kalitesi.* // Turkderm 32(1). p. 38-45
11. Öztürk, A. (2014) *Akne Vulgaris'in Psikiyatrik Etkileri* // Kocatepe Tıp Dergisi 15(3). s. 360-364
12. Tüzün, Y, Dolar, N. (2004) *Güncel akne tedavisi.* // Dermatose #4. p. 200-209

İngilis dilində

13. Abeni, D., Picardi, A., Pasquini, P., Melchi, C.F., Chren, M.M. (2002) *Further evidence of the validity and reliability of the Skindex-29: an Italian study on 2,242 dermatological outpatients.* // Dermatology #204. p. 43-49.

14. Al-Abadie, M., Kent, G., Gawkrödger, D. (2000) *The relationship between stress and the onset of exacerbation of psoriasis vulgaris and skin conditions.* // British Dermatology #130. p. 199-203
15. Anderson, R.T. Rajagopalan, R., Winston, S. (2000) *Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases.* // Academy Dermatology #37. p. 41-50
16. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-text revision (DSM-V TR)* 5th edition. 1006 p.
17. Arck, P., Slominski, A., Theoharides, T. (2006) *Neuroimmunology of stress: skin takes center stage.* // Investigation Dermatology 126 (8). p. 1697-1704
18. Baiardini, I., Pasquali, M., Braidò, F., Fumagalli, F., Guerra, L., Compalati, E., Braga, M., Lombardi, C., Fassio, O., Canonica, G.W. (2005) *A new tool to evaluate the impact of chronic urticaria quality of life questionnaire (CU-QoL).* // Allergy 60(8). p. 1073-1078
19. Balkrishnan, R., McMichael, A.K., Camacho, F.T., Saltzberg, F., Housman, T.S Grummer, S., Feldman, S.R., Chren, M.M. (2003) *Development and validation of a health-related quality of life instrument for women with melasma.* // Dermatology 149(3). p. 572-577
20. Barankin, B., DeKoven, J. (2002) *Psychosocial effect of common skin diseases.* 712 p.
21. Basavaraj, K., Navya, M., Rashmi, R. (2010) *Relevance of psychiatry in Dermatol: Present concepts.* // Indian Journal Psychiatry 52(3). p. 270-275
22. Beltraminelli, H., Itin, P. (2008) *Skin and psyche from the surface to the dept of iner world.* // J.Dtsch Dermatol Ges 6(1). p. 8-14
23. Bewley, A., Affleck, A., Bundy, C. (2013) *Psychodermatol services guidance: the report of the British Association of Dermatologists'PsychoDermatol Working Party.* // Dermatology 168(6). p. 1149-1150
24. Bingefors, K., Lindberg, M., Isacson, D. (2002) *Self-reported dermatological problems and use of prescribed topical drugs correlate with decreased quality of life: an epidemiological survey.* // Dermatology #147. p. 285–290
25. Both, H., Essink-Bot, M.L., Busschbach, J., Nijsten, T., (2007) *Critical review of generic and dermatology- specific health-related quality of life instruments.* // Invest Dermatology #127. p. 2726– 2739
26. Brazzini, B., Ghersetich, I., Hercogova, J., Lotti, T. (2003) *The neuro immuno cutaneous endocrine network: relationship between mind and skin.* // Dermatology 16 (2). p. 123-131

27. Capitanio, B., Sinagra, J., Bordignon, V. (2010) *Underestimated clinical features of postadolescent acne.* // Academy Dermatology 63(5). p. 782-788
28. Chen, S.C., Yeung, J., Chren, M.M. (2002) *Scalpdex: a quality-of-life instrument for scalp dermatitis.* // Arch. Dermatology #138(6). p. 803-807
29. Chen, Y., Maidof, R., Lyga, J. (2016) *Brain-Skin Connection: Impact of Psychological Stress on Skin.* // Textbook of Aging Skin. p. 2131-2152
30. Chren, M.M., Lasek, R.J., Flocke, S.A., Zyzanski, S.J. (2000) *Improved discriminative and evaluative capability of a refined version of Skindex, a qualityof- life instrument for patients with skin diseases.* // Dermatology #133. p. 1433–1440
31. Cotteril, J.A., Cunliffe, W.J. (2000) *Suicide in dermatological patients.* // Dermatology 137(2). p. 246-250
32. Dalgard, F.J., Gieler, U., Tomas-Aragones, L., Lien, L., Poot, F., Jemec, G.B., Misery, L., Szabo, C., Linder, D., Sampogna, F., Evers, A.W. (2015) *The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries* // Journal of Investigative Dermatology #135. 984-999
33. Dhabhar, F. (2013) *Psychological stress and immunoprotection versus immunopathology in the skin.* // Clinical Dermatology 31(1). p. 18-30
34. Dolte, K.S., Girman, C.J., Hartmaier, S., Roberts, J., Bergfeld, W., Waldstreicher, J. (2000) *Development of a health-related quality of life questionnaire for women with androgenetic alopecia.* // Clinical Experiment Dermatology 25(8). p. 637-64
35. Finlay, A.Y. (2004) *Quality of Life Indices.* // Indian Dermatology #70. p. 143-148
36. Finlay, A.Y. Khan, G.K. (2000) *Dermatology Life Quality Index (DLQI) a simple practical measure for routine clinical use.* // Clinical Experiments Dermatology 19(3). p. 210-216
37. Finlay, A.Y., Kelly, S.E. (2000) *Psoriasis an index of disability.* // Clinical Experiment Dermatology 12(1). p. 8-11
38. Finlay, A.Y., Khan, G.K., Luscombe, D.K., Salek, M.S. (2000) *Validation of Sickness Impact Profile and Psoriasis Disability Index in Psoriasis.* // British Journal of Dermatology #123. p. 751-756
39. Fischer, T.W., Schmidt, S., Strauss, B., Elsner, P. (2001) *Hairdex: a tool for evaluation of diseasespecific quality of life in patients with hair diseases.* Hautarzt, 227 p.
40. Folks, D.G., Warnock, J.K. (2001) *Psychocutaneous disorders* // Curr Psychiatry Raep 3(3). p. 219-25
41. Fried, R.G., Wechsler, A. (2006) *Psychological problems in the acne patient.* // Dermatological Theraphy 19(4). p. 237-240

42. Gieler, U., Niemeier, V., Kupfer, J., Brosig, B., Schill, W. (2001) *Psychosomatische Dermatologie in Deutschland. A survey of 69 dermatologic clinics.* // *Hautarzt* 52(2). p. 104-110
43. Gupta, M.A. (2000) *Psychosocial aspects of common skin diseases.* // *Physician* 48. p. 660-662
44. Gupta, M.A., Gupta, A.K. (2000) *Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis.* 846 p.
45. Gupta, M.A., Gupta, A.K. (2000) *Psychodermatol: an update.* // *Journal the American Academy of Dermatology* #34(6). p. 1030-1046
46. Gupta, M.A., Gupta, A.K. (2001) *The psychological comorbidity in acne.* // *Clinical Dermatology* 19(3). p. 360–363
47. Gupta, M.A., Gupta, A.K. (2003) *Psychiatric and psychological comorbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management.* // *Dermatology* 4(12). p. 833-842
48. Gurel, M.S., Yanik, M., Simsek, Z., Kati, M., Karaman, A. (2005) *Quality of life instrument for Turkish people with skin diseases.* // *Dermatology* 44(11). p. 933-938
49. Hughes, J.E., Barraclough, B.M., Hamblin, L., White, J.E. (2000) *Psychiatric symptoms in dermatology patients.* // *British Journal of Psychiatry* #143. p. 51-54
50. Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Williams, J., Papp, E. (2000) *The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations.* // *Social Science Medicine* 15(3 Pt 1). p. 221-229
51. Hunter, H. (2015) *The impact of psychosocial stress on healthy skin.* // *Clinical Experiment Dermatology*, 40(5). p. 540-546
52. Hurk, C.M. (2000) *The psychological impact of severe acne.* // *Cutis* 36(1). p. 84-86
53. Karatsoreos, I., McEwen, B. (2010) *Stress and Allostasis.* // In *Handbook of Behavioral Medicine*. p. 649-658
54. Kaymak, Y., Kalay, M., Ilter, N., Taner, E. (2006) *The incidence of depression related to isotretinoin treatment in 100 acne vulgaris patients.* // *Psychology* 99(3). p. 897-906
55. Kellett, S.C., Gawkrödker, D.J. (2000) *The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin.* // *Dermatology* 140(2). p. 273-282
56. Koku, A.E., Saraçoğlu, Z.N., Sabuncu, İ., Chren, M.M., Tozun, M. (2016) *Validity and reliability of the Turkish version of the Skindex-16.* // *Turkderm* #50. p. 109-113
57. Koo, J.Y, Smith, L.L. (2000) *Psychologic aspects of acne.* // *Pediatric Dermatology* 8(3). p. 185-188

58. Korte, J., Mombers, F.M., Sprangers, M.A., Bos, J.D. (2002) *The suitability of quality-of-life questionnaires for psoriasis research: a systematic literature review.* // Dermatology #138. p. 1221–1227
59. Korte, S., Koolhaas, J., Wingfield, J., McEwen, B. (2005) *The Darwinian concept of stress: benefits of allostasis and costs of allostatic load and the trade-offs in health and disease.* // Neuroscience & Biobehavioral Rev. 29(1). p. 35-38.
60. Levine, R.J. (2000) *Quality of life assessments in clinical trials: an ethical perspective.* // Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 2nd edition. Philadelphia, Lippincott- Raven Publishers # 51. p. 489-495
61. Lewis, V., Finlay, A.Y. (2004) *10 years experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI).* // Investigation Dermatol Symposium #9. p. 169–180
62. Lewis-Jhones, S. (2000) *The psychological impact of skin disease.* // Nurs Times 96(27). p. 2-4
63. Lim, L.C.C., Tan, T.C. (2000) *Personality, disability and acne in college students.* // Clinical Experiment Dermatology 16(5). p. 371-373
64. Lotti, T., Bianchi, B., Ghersetich, I. et al. (2002) *Can the brain inhibit inflammation generated in the skin? The lesson of gamma melanocyte stimulating hormone.* // Dermatology 41(6). p. 311-318
65. Mallon, E., Newton, J.N., Klassen, A., Steward-Brown, S.L., Ryan, T.J., Finlay, A.Y. (2000) *The quality of life in acne: a comparison with generic medical conditions using generic questionnaires.* // Dermatology 140(4). p. 672-676
66. Mease, P.J., Menter, M.A. (2006) *Quality-of-life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: outcome measures and therapies from a dermatological perspective.* // Academy Dermatology 54(4). p. 685-704
67. Misery, L. (2000) *Langerhans cells in the neuro-immuno-cutaneous system.* // Journal Neuroimmunol 89(1-2). p. 83-87
68. Montgomery, K., Norman, P., Messenger, A.G., Thompson, A.R. (2016) *The importance of mindfulness in psychosocial distress and quality of life in dermatology.* // Dermatology 175(5). p. 930-936
69. Morgan, M., McCreedy, R., Simpson, J. (2000) *Dermatology quality of life scales a measure of impact of skin diseases.* // Dermatology #136. p. 202-206
70. Motley, R.J., Finlay, A.Y. (2000) *How much disability is caused by acne?* // Clinical Experience Dermatology 14. p. 194-198
71. Motley, R.N., Finlay, A.Y. (2000) *Practical use of a disability index in the routine management of acne.* // Clinical Experiment Dermatology #17. p. 1-3

72. Niemeir, V., Kupfer, J., Gieler, U. (2006) *Acne Vulgaris-Psychosomatic aspect*. JDDG, 1027 p.
73. Nurye, Y., Tareke, M., Tadesse, M., Shegaw, M., Mekonen, T. *Depression among people with chronic skin disease at Boru Meda Hospital in Northeast Ethiopia*. // PLoS One. 2023 Feb 24;18(2). 1-10 p.
74. Öztürkcan, S., Ermertcan, A.T., Eser, E., Sahin, M.T. (2006) *Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index*. // Dermatology #45. p. 1300-1307
75. Parsad, D., Dogra, S., Kanwar, A.J. (2003) *Quality of life in patients with vitiligo* // Health Qual Life Outcomes. p. 1-58
76. Paus, R., Theohorides, T., Arck, P. (2006) *Neuroimmunoendocrine circuitry of the brain-skin connection* // Trends in Immunol. 27(1). p. 32-39
77. Phillips, K.A., Dufresne, R.G., Wilkel, C.S., Vittorio, C.C. (2000) *Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients*. // Academy Dermatology 42(3). p. 436-341
78. Picardi, A., Abeni, D., Melchi, C.F., Puddu, P., Pasquini, P. (2000) *Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized*. // Dermatology 143(5). p. 983-991
79. Picardi, A., Mazzotti, E., Pasquini, P. (2006) *Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease*. // Dermatology 54(3). p. 420-426
80. Prins, M., Krabbe, P.F., Swinkels, Q.O., Boo, T., Kerkhof, P.C., Valk, P.G. (2005) *The effect of treatment on quality of life in psoriasis patients*. // Dermatology, Venereology #85. p. 304–310
81. Reich, K., Nestle, F.O., Papp, K., Ortonne, J.P., Wu, Y., Bala, M. et al. *Improvement in quality of life with infliximab induction and maintenance therapy in patients with moderate-to-severe psoriasis: a randomized controlled trial*. // Dermatology #154. p. 1161–1168
82. Roosterman, D., Goerge, T., Schneider, S., Bunnett, N., Steinhoff, M. (2006) *Neuronal control of skin function: the skin as a neuroimmunoendocrine organ*. // Physiologic Rev. 86(4). p. 1309-1379
83. Rubinow, D.R, Peck, G.L., Squillace, K. Gantt, G.G. Smithard, A., Glazebrook, C., Williams, H.C. (2001) *Acne prevalence, knowledge about acne and psychological morbidity in mid-adolescence: a community based study*. // Dermatology 145(2). p. 274-279

84. Wall, A.R., Poyner, T.F., Munday, A.P. (2000) *A comparison of treatment with dithranol and calcipotriol on the clinical severity and quality of life in patients with psoriasis.* // *Dermatology* #39. p. 1005–1011
85. Wallenhammar, L.M. Nyfjall, M., Lindberg, M., Meding, B. (2004) *Health-related quality of life and hand eczema a comparison of two instruments, including factor analysis.* // *Investigation Dermatology* #122. p. 1381–1389
86. Ware, J., Kosinski, M., Keller, S.D., (2000) *A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity.* // *MedCare* #34. p. 220–233
87. Warshaw, E.M., Foster, J.K., Cham, P.M., Grill, J.P., Chen, S.C. (2007) *A quality-of-life instrument for onychomycosis.* // *Dermatology* 46(12). p. 1279-1286
88. Wilke, A., Gediga, K., John, S.M. et al. (2014) *Evaluation of structured patient education in occupational skin diseases: a systematic assessment of the disease-specific knowledge.* // *Int Arch Occup Environ Health* 87. p. 861–869
89. Whalley, D., McKenna, S.P., Dewar, A.L. Erdman, R.A., Kohlmann, T., Niero, M., Cook, S.A., Crickx, B., Herdman, M.J., Frech, F., Van Assche, D. (2004) *A new instrument for assessing quality of life in atopic dermatitis: international development of the Quality of Life Index, for Atopic Dermatitis.* // *Dermatology* 150(2). p. 274-283
90. World Health Organization. Statistics [URL: <https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/topics/topic-details/MDB/>]
91. World Health Organization. (2022). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision).* 233 p.
92. Yakupu, A., Aimaier, R., Yuan, B., Chen, B., Cheng, J., Zhao, Y., Peng, Y., Dong, J., Lu, S. (2019) *The burden of skin and subcutaneous diseases: findings from the global burden of disease study* // *Front Public Health.* 17;11. p. 1-14
93. Yazici, K., Baz, K., Yazici, A.E. (2004) et al. *Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne.* // *Academy Dermatology* 18(4). p. 435-439

Rus dilində

94. Арсеньева А.А. (2014) *Оптимизация лечения больных atopическим дерматитом с на-рушением психоэмоционального статуса: дис. канд. мед. наук: 14.01.10. Самара, 135 с.*

95. Астафьева Н.Г., Еремина М.Г., Еремин А.В. (2013) *Индивидуальное бремя атопического дерматита* // Саратовский научно-медицинский журнал №3. Саратов, 2013, с. 543-548
96. Великанова, Л.П., Шевченко, Ю.С. (2005) *Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы (часть I)*. // Социальная клиническая психиатрия #15(4). с. 79-91
97. Дороженков, И.Ю. (2009) *Психические расстройства, коморбидные хроническим дерматозам*. // Обзор психиатр. мед. психол. им. В.М. Бехтерева #3. с. 18-25
98. Дороженков, И.Ю., Белоусова, Т.А., Терентьева, М.А. (2006) *Нозогенные реакции у больных дерматозами фациальной локализации*. // Российский журнал кожных и венерических болезней #1. с. 41-45
99. Иванов, О.Л., Львов, А.Н. (2004) *Краткий очерк психодерматологии*. // Психиатр. психофармакотер. 6(6). с. 266-267
100. Иванов, О.Л., Львов, А.Н., Миченко, А.В. (2007) *Атопический дерматит: современные представления*. // Русский медицинский журнал # 19. с. 1362-1366
101. Кошевенко, Ю.Н. (2002) *Проблемы психосоматики в дерматокосметологии*. // Космет. мед. #32. с. 18-25
102. Малкина-Пых И.Г. (2008) *Психосоматика*. Москва, 1236 с.
103. Мостовая Л.И. (2015) *Сравнительный анализ психического статуса больных псориазом и атопическим дерматитом*. // Известия Самарского научного центра Российской академии наук, т.17, №5(3). Самара, с. 1021-1025
104. Павлова О.В. (2009) *Социально-психологические аспекты атопического дерматита и*
 - i. *псориаза* // Вестник Российского государственного медицинского университета, № 5. Москва, 2009, с. 64-67
105. Павлова, О.В. (2008) *Основы психодерматологии*. Москва, 240 с.
106. Светлова Е.С. (2008) *Психодерматологические аспекты при обследовании и лечении больных атопическим дерматитом* // Успехи современного естествознания. №2. Москва, с. 72-73.
107. Смулевич, А.Б., Иванов, О.Л., Львов, А.Н. (2005) *Современная психодерматология: анализ проблемы*. // Российский журнал кожных и венерических болезней. #6. с. 30-33
108. Смулевич, А.Б., Иванов, О.Л., Львов, А.Н., Дороженков, И.Ю. (2004) *Психодерматология: современное состояние проблемы*. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. #11. с. 4-14.

109. Терентьева, М.А., Белоусова, Т.А. (2004) *Психогенные (нозогенные) расстройства при хронических дерматозах.* // Психиатрия и психофармакотерапия #6. с. 270-272
110. Тополянский, В.Д., Струковская, М.В. (2000) *Психосоматические расстройства.* Москва, 384 с.
111. Юсупова, Л.А., Абдрахманов, Р.М. (2011) *Психодиагностика и психокоррекция в дерматокосметологии.* Учебно-методическое пособие. Москва, 2011, 64 с.
112. Якубович, А.И., Новицкая, Н.Н., Баранчук, Н.И. (2013) *Психосоматические аспекты патогенеза псориаза.* // Сибирский медицинский журнал. 118(3). с. 5-8

ƏLAVƏLƏR

İxtisarlər və təsvir

APA- Amerika Psixiatrlar Assosiasiyası

DSM- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders // Psixi pozuntuların diaqnostik və statistik təlimatı

XBT- Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences // Sosial elmlər üçün statistik paket

ÜST- Ümumdünya səhiyyə təşkilatı

HDRS- Hamilton depressiya reytingi cədvəli

Tədqiqat barədə məlumat

(tədqiq olunanlar üçün)

Sizə təqdim edilən anket və sorğuların nəticələri anonimdir və nəticələr yalnız ümumiləşmiş formada təhlil olunub təqdim olunacaq. Cavabları işləyərkən sualları avtomatik cavablamaq əvəzinə, diqqətli oxuyub, cavablandıracağınızdan əmin olmaq istəyirik. Suallara səmimi və dürüst cavab verməyə çalışın. Bu nəticələrin dəqiq və keyfiyyətli olmasını təmin etməyə kömək edir. Belə ki, burada səhv və ya doğru cavablar yoxdur. Tədqiqatda iştirak məxfilik və könüllülük prinsipinə əsaslanır.

Məxfilik- Anket və sorğularda bizə sizi tanımağa imkan verən heç bir məlumatlar yoxdur. Toplanmış cavablara əsasən tədqiqat nəticələri yalnız ümumi olaraq təhlil olunub tədqiqat işində qeyd olunacaq.

Könüllülük- Tədqiqatda iştirak etmək könüllüdür və istənilən vaxt iştirakdan imtina edə bilərsiniz.

Əgər tədqiqatda iştirakla razılaşırınsızsa, anket və sorğuları işləyə bilərsiniz. Tədqiq olunan kimi əlavə məlumat əldə etmək və ya hüquqlarınız barədə ətraflı məlumat almaq istəsəniz bizimlə əlaqə saxlaya bilərsiniz. Təşəkkürlər!

Aybəniz Nadir qızı HƏSƏNOVA

Xəzər universiteti, Psixologiya departamenti

Klinik psixologiya, II kurs magistrant

E-mail: dr.ay_bnz@hotmail.com

ANKET

Doğum tarixi _____

Cins _____

Ailə vəziyyəti

- a) Subay
- b) Boşanmış
- c) Evli

Məşğulluq statusu

- a) İşləyir
- b) İşləmir

Təhsil səviyyəsi

- a) Orta
- b) Orta-ixtisas
- c) Ali

HAMILTONUN DEPRESSİYA REYTİNQİ CƏDVƏLİ

(M.Hamilton)

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

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 ifadə edir

2. Günah hissi

0 – yoxdur

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

2 – günah fikirləri, keçmişdə edilən səhvlərdən və ya günahlardan fikirləşir

3 – hal-hazırdakı xəstəliyi cəza kimi qəbul edir; günah sayıqlama fikirləri

4 – xəstə günah edici və hədələyici səslər eşidir və ya onda hədələyici görmə hallusinasiyalar olur

3. İntihar niyyətləri

0 – yoxdur

1 – hiss edir ki yaşamağa dəyməz

2 – arzulayır ki ölsün 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 saatlarda yuxusuzluq

0 – yoxdur

1 – erkən səhər saatlarda 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 hobbisi) bağlı olan halsızlıq və yorğunluq hissi

2 – fəaliyyətə (iş və ya hobbisi) olan marağın itməsi; xəstə bu marağın itməsini birbaşa və ya dolayısı yollarla (sütlük, qətiyyətsizlik, hiss edir ki fəaliyyətə başlamaq və ya davam etdirmək üçün artıq cəhd etmək lazımdır) ifadə edir

3 – fəaliyyətlərə sərf olunan vaxtın real azalması və ya fəaliyyətin səmərəliliyinin azalması

4 – xəstəlik nəticəsində iş fəaliyyətin dayandırılması; xəstənin gündəlik məişət fəaliyyətinin və başqa digər fəaliyyət göstərilməməyi və ya gündəlik məişət fəaliyyəti ilə də köməksiz məşğul ola bilməməyi 4 balla qiymətləndirilir

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

0 – normal nitq və təfəkkür

1 – müsahibə zamanı yüngül ləngimə müşahidə edilir

2 – müsahibə zamanı nəzərə çarpan ləngimə müşahidə edilir

3 – müsahibə keçirmək çətindir

4 – tam stupor

9. Ajiotaj (təlaş)

0 – yoxdur

1 – həyəcanlıq qeyd edilir

2 – həyəcanlı əl hərəkətləri, saçla oynama və s.

3 – xəstə həyəcandan bir yerdə otura bilmir

4 – daimi barmaqların şaqqıldaması, dırnaqların çeynəməsi, saçın yonması, dodaqların dişləməsi

10. Təşviş (psixoloji)

0 – yoxdur

1 – subyektiv gərginlik və qıcıqlanma

2 – az əhəmiyyətli səbəblərdən təşviş keçirdilməsi

3 – təşviş xəstənin sifət ifadəsində və səsində müşahidə edilir

4 – sorğusuz da ifadə edilən qorxular

11. Təşviş (somatik əlamətləri) Təşvişin fizioloji əlamətləri (məsələn, vegetativ sinir sistemin hiperreaktivliyi, titrəmələr, dispepsiya, qarın nahiyyəsində sancılar, diarreya, gəyirmələr, ürəkdöyülmələri, hiperventilyasiya, parasteziyalar, dərinin qızarması, tərləmələr, baş ağrıları, sidiyə getməyin tezləşməsi. Dərmanlanın mümkün olan yanaşı effektlərinə (məsələn, ağızda quruluq, qəbizlik) aid olan şikayətləri barəsində sorğudan qaçının.

0 – yoxdur

1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub

2 – orta dərəcədə ifadə olunub

3 – ağır dərəcədə ifadə olunub

4 – kəskin ağır dərəcədə ifadə olunub

12. Gastrointestinal 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. 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, menstruasiya pozuntuları)

0 – yoxdur

1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub

2 – kəskin dərəcədə ifadə olunub

15. İpoxondriya

0 – yoxdur

1 – öz fiziki halına artmış diqqət

2 – xəstənin əsas diqqəti öz sağlamlığı ətrafında cəmlənib

3 – tez-tez səhhəti barəsində şikayət edir, ona kömək etməyə 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 ölçülərinə əsasən

0 – yoxdur və ya həftədə 0.5 kiloqramdan az

1 – həftədə 0.5 kiloqramdan 1 kiloqrama kimi

2 – həftədə 1 kiloqramdan artıq

11. Öz halına tənqid

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 yoxdur, xəbə olduğunu tamamilə inkar edir

18. Gün ərzində halın 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 şəxsiyyətin və ətraf mühitin anlayışın dəyişməsi; məsələn, qeyri-reallıq hissi, nigilistik 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 simptomları

0 – yoxdur

1 – ifrat dərəcədə şübhəlik

2 – münasibət ideyaları

3 – təqib və münasibət sayıqlamaları

21. Obsessiv-kompulsiv simptomları

0 – yoxdur

1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub

2 – kəskin dərəcədə ifadə olunub

HAMILTONUN DEPRESSİYA REYTİNQİ CƏDVƏLİNDƏ ÜMUMİ BALLARIN
QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ:

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 – Kəskin ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu

DƏRİ XƏSTƏLİKLƏRİ OLAN INSANLARIN TƏHSİL SƏVİYYƏLƏRİNƏ GÖRƏ DEPRESSİYANIN ÖYRƏNİLMƏSİ

Aybəniz Həsənova

XÜLASƏ

Dissertasiya işi dəri xəstəlikləri olan insanların təhsil səviyyələrinə görə depressiyanın öyrənilməsinə həsr edilmişdir. İşin əsas məqsədi dəri xəstələrində təzahür edən depressiyanın təhsil səviyyəsi ilə əlaqəsini ətraflı təhlil və tədqiq etməkdir.

Tədqiqat işinin nəzəri hissəsində dəri xəstəliklərinin klinik-psixoloji mahiyyəti təhlil olunmuş, dəri xəstəliklərinin psixosomatikası və somatopsixologiyası öyrənilmiş, dəri xəstələrinin sosial-psixoloji vəziyyətinə nəzər yetirilmiş, dəri xəstələrinin sosial-demoqrafik vəziyyəti müəyyənləşdirilmiş, depressiyanın klinik-psixoloji mahiyyətini ətraflı şəkildə açıqlanmış, dəri xəstəliklərinin depressiyanın yaranmasında rolu müəyyən olunmuşdur.

Dissertasiya işinin tədqiqat hissəsi mövzunun araşdırılmasına həsr edilmişdir. Tədqiqat işin 100 nəfər 25-65 yaş həddində dəri xəstələri iştirak etmişdir. Tədqiqat Respublika Dəri Zöhrəvi Mərkəzində aparılmışdır. Depressiyanın diaqnostikası üçün Hamilton depressiya reytingi cədvəli istifadə edilmişdir. Alınan məlumatların statistik təhlili üçün IBM SPSS (29.0) proqramında T-test istifadə edilmişdir.

Tədqiqat zamanı aşağıdakı nəticələr müəyyən olunmuşdur:

- Ali təhsilli dəri xəstələrində depressiya səviyyəsi orta təhsilli dəri xəstələrindən aşağıdır;
- Dəri xəstəliyi olan ali təhsilli qadınlarda depressiya səviyyəsi dəri xəstəliyi olan ali təhsilli kişilərə nisbətən yüksəkdir;
- Dəri xəstəliyi olan ali təhsilli subay şəxslərdə depressiya səviyyəsi dəri xəstəliyi olan ali təhsilli evli şəxslərə nisbətən yüksəkdir;
- Dəri xəstəliyi olan orta təhsilli qadınlarda depressiya səviyyəsi dəri xəstəliyi olan orta təhsilli kişilərə nisbətən yüksəkdir;
- Dəri xəstəliyi olan orta təhsilli subay şəxslərdə depressiya səviyyəsi dəri xəstəliyi olan orta təhsilli evli şəxslərə nisbətən yüksəkdir.

Dissertasiya nəticə, istifadə olunan ədəbiyyatlar və əlavələr ilə yekunlaşmışdır.

STUDY OF DEPRESSION IN PEOPLE WITH SKIN DISEASES ACCORDING TO THEIR EDUCATIONAL LEVELS

Aybaniz Hasanova

ABSTRACT

The dissertation is devoted to the study of depression in people with skin diseases according to their educational levels. The main purpose of the work is to analyze and study in detail the relationship between depression manifested in skin patients and their educational level.

In the theoretical part of the research work, the clinical-psychological nature of skin diseases was analyzed, the psychosomatics and somatopsychology of skin diseases were studied, the socio-psychological state of skin patients was considered, the socio-demographic status of skin patients was determined, the clinical-psychological nature of depression was explained in detail, and the role of skin diseases in the development of depression was determined.

The research part of the dissertation is devoted to the study of the topic. 100 skin patients aged 25-65 participated in the research work. The study was conducted at the Republican Dermatological Venereological Center. The Hamilton Depression Rating Scale was used to diagnose depression. The IBM SPSS (29.0) program was used T test for statistical analysis of the data obtained.

The following results were determined during the study:

- Depression levels in skin patients with higher education are lower than those in skin patients with secondary education;

- Depression levels in women with higher education with skin diseases are higher than those in men with higher education with skin diseases;

- Depression levels in single people with higher education with skin diseases are higher than those in married people with higher education with skin diseases;

- Depression levels in women with secondary education with skin diseases are higher than those in married people with secondary education with skin diseases;

- Depression levels in single people with secondary education with skin diseases are higher than those in married people with secondary education with skin diseases.

The dissertation is concluded with the results, used literature and appendices.