

XƏZƏR UNIVERSİTETİ

FAKÜLTƏ: TƏBİƏT ELMLƏRİ, SƏNƏT VƏ TEXNOLOGİYA YÜKSƏK TƏHSİL
FAKÜLTƏSİ

DEPARTAMENT: PSIXOLOGİYA

İXTİSAS: KLİNİK PSIXOLOGİYA

MAGİSTR TEZİSİ

MÖVZU: Endokrinoloqa müraciət edən yüksək çəkili insanlarda depressiya və həyat məmnunluğunun tədqiqi

Magistrant: Cavadlı Lətifə Akif qızı

Elmi rəhbər: Tibb üzrə fəlsəfə doktoru, dosent
Manuçehri- Lalei Araz Ali-Hüseyn

Məsləhətçi: Aydan Mahir qızı Xasməmmədşadə

MÜNDƏRİCAT

GİRİŞ.....	3
I FƏSİL. ƏDƏBİYYAT İCMALI.....	13
1.1. Bədən imici qavrayışı.....	13
1.2. Yüksək çəki və şişmanlıq (piylənmə) sağlamlıq problemi	14
1.2.1. Yüksək çəki sağlamlıq probleminin etiologiyası.....	17
1.2.2. Yüksək çəki sağlamlıq probleminin fəsadları.....	18
1.2.3. Yüksək çəki sağlamlıq probleminin dəyərləndirilməsi.....	20
1.2.4. Yüksək çəki sağlamlıq probleminin müalicəsi.....	21
1.3. Depressiya haqqında.....	23
1.3.1. Depressiv pozuntuların ümumi xarakteristikası.....	25
1.3.2. Depressiyaya elmi yanaşmalar.....	27
1.3.3. Depressiyanın müalicəsində psixoterapiyanın rolu.....	32
1.4. Həyat keyfiyyəti və həyat məmnunluğu anlayışları haqqında.....	40
1.4.1. Yüksək çəkili şəxslərdə həyat keyfiyyəti.....	41
1.4.2. Yüksək çəki, depressiya və həyat məmnunluğu anlayışları arasında əlaqə.....	42
II FƏSİL. TƏDQIQATIN METOD VƏ METODİKALARI.....	46
2.1. Tədqiqat metodikasının təsviri.....	46
2.2. Tədqiqatın strukturu.....	48
2.3. Statistik analiz.....	49
2.4. Alınan nəticələrin təhlili və müzakirəsi.....	49
NƏTİCƏ.....	64
İSTİFADƏ EDİLMİŞ ƏDƏBİYYAT.....	66
ƏLAVƏLƏR.....	74

GİRİŞ

Mövzunun aktuallığı. Fəlsəfə elmində idealist təliminə görə insanın iki bədəni olduğu iddia edilir, bunlardan biri astral, yəni ruhi, digəri cismani, yəni fiziki bədəndir. Cəmiyyətdə insanların əksəri nitqində “ruhum var”, “ruhlarımız qovuşacaq”, “ruhlarımız oxşardır” deyə anlayışlar işlədir. Həqiqətdə insan yaradılış etibarilə ruhdan ibarətdir, ruh əbədidir, insan öldükdən sonra belə o, idealist təlimə görə mövcud olur. Deməli, əslində cəmiyyətdə insanların işlətdiyi “ruhum var” anlayışı yerinə “bədənim var” deməyi daha doğru olan, çünki insan ruhdan ibarətdir və cismani, fiziki bədəndən fərqli olaraq ruh (idealizmə görə) əbədidir. Fizioloqlar “bədənimiz yol yoldaşımızdır” deyirlər, ömür boyu o, bizimlə olur, ona yaxşı baxmalıyıq ki, bizi yarı yolda tərk etməsin. Əslində insanı məhv edən arzuolunmayan adətlərdir, bu adətlər cismani və fiziki bədənimizi ağır xəstəliklərə düşür edir.

Fiziki sağlamlığın qorunması hər bir insan üçün mühüm və vacib faktordur. Fiziki sağlamlığın araşdırılması xüsusi aktuallığa malikdir, çünki müasir həyat şəraiti insandan dəyişən mühitdə öz tələbatlarını nəzərə alaraq yüksək uyğunlaşma və ya adaptasiyanı tələb edir. Bir faktı da qeyd edək ki, ruhi və fiziki sağlamlıq vəhdət təşkil edir, bunların biri digərindən həm asılıdır, həm də üstün deyildir, sanki ruhi və fiziki sağlamlıq bütöv sistemin müxtəlif yarım sistemləridir. Fiziki yorğunluq, bədən xəstəlikləri ruhi, psixi sağlamlığa neqativ təsir edir, eyni zamanda psixoloji rahatsızlıqlar fiziki bədəni müxtəlif xəstəliklərə düşür edir. Psixanalitiklər iddia edirlər ki, insan bədənində yoluxucu xəstəlikləri çıxmaq şərtilə əslində heç bir xəstəlik mövcud deyildir, bütün xəstəliklər mühitlə münafişə halında meydana çıxır. Belə ki, şüuraltına görə, insan doğulandan mühiti ilə münafişə halında olur. İnsan bir çox şeyləri arzu edir, xəyal qurur, lakin mühit bizə bəzən bunların tam əksini, bir çox məsələləri həyata keçirməyimizin müşkül olduğunu anladır. Mühitlə münafişə şüuraltıya görə, xəstəliklərin yaranmasına səbəb olur, bir çox hallarda bu prosesi ya sürətləndirir, ya da dərinləşdirir. Məsələn, fərdin gələcəklə bağlı narahatlığı olduqda dayaq-hərəkət orqanlarında xəstəliklərin meydana çıxması (Z.Freydin şüursuzluq haqda ideyalarına əsasən, ayaqlarımızla “gələcəyə” doğru getməmiş ideyası mövcuddur, bu baxımdan insanın gələcəklə bağlı narahatlığı dayaq-hərəkət orqanlarına, sümüklərin zəifləməsinə səbəb olur), şiddətli gərginlik keçirdikdə mədə şirəsinin ifrat şəkildə ifrazına görə mədə yarası, uzunmüddətli stress halında ya ishal, ya əksinə qəbizlik hallarının, mühitlə münafişə zamanı insan bir şeylərdən xilas olmaq istədikdə, məsələn arzuolunmayan evlilik, çətin xarakterli fərdlərin çevrəməzdə və ya iş yerimizdə mövcudluğu, dözülməz qaynana-gəlin və ya övlad-valideyn münafişələri, cəmiyyətdən qaçış, pandemiya şəraitində həyati müstəqilliyin azalması, davranışa qoyulan

məhdudiyətlər bağırısaq genişlənməsi hallarının yaranmasına və s. səbəb olduğu iddia edilir. Hətta psixanalitik tədqiqatlarda yoluxucu xəstəliklərin belə meydana çıxması immun sisteminin zəifləməsi, bunun isə fərdin keçirdiyi məyusluqla əlaqələndirilməsi fərziyyəsi önə sürülür. Bir sözlə, ruhun bədənlə əlaqəsi şübhəsizdir.

Müasir dövrimüzdə urbanizasiya, iqtisadi inkişaf və qloballaşma insanların həyat tərzində və qidalanma formasında dəyişikliklərə yol açaraq piylənməyə səbəb olur. Əslində həqiqət budur ki, yüksək çəki müasir və modern həyatın nəticəsi olaraq qarşımıza çıxmaqdadır (TÜBER, 2015)

Artıq çəki Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı (ÜST) tərəfindən sağlığa zərər verə biləcək anomal və ya artıq miqdar yağın toplanması olaraq müəyyən edilməkdədir (ÜST, 2017).

Aparılan klinik tədqiqatlar iddia edir ki, depressiya, qida davranışı pozuntusu çəki verməyə neqativ təsir edən faktorlardandır (Paul L., Van der Heiden C., Hoek H.W., 2017).

Fərdin qida davranışı və enerji sərf etməsi ruhi vəziyyətindən asılıdır. Depressiya, ifrat təşviş və həyəcan kimi psixoloji problemlər fərddə artıq çəki kimi sağlamlıq probleminin artmasını sürətləndirən önəmli faktorlardandır (Gündüzoğlu Ç., N., Fadıloğlu Ç., Yılmaz C., 2013).

Piylənmə müalicə edilmədiyi təqdirdə müxtəlif sağlamlıq problemlərinə səbəb olmaqla yanaşı, ömür müddəti, həyat keyfiyyəti və məmnunluğu, toxuma və bədən orqanlarına neqativ istiqamətdə təsir edir. Ürək-damar sistemi xəstəlikləri, xüsusilə də ürək xəstəliyi və insult, diabet, əzələ-skelet sistemi xəstəlikləri, xüsusilə osteoartrit, bəzi daxili orqanların, məsələn endometriya, süd vəzi, yumurtalıq, prostat vəzi, qara ciyər, öd kisəsi və böyrək xərçəngi bədən kütləsi indeksinin artmasıyla mütənəsbil olaraq artmaqdadır (Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi, 2017).

Müasir dövrdə texnologiyanın sürətli inkişafına paralel olaraq klinik diaqnoz və müalicə üsullarındakı irəliləyişlər, insanların sağlamlıq göstəricilərində baş verən dəyişikliklər və yüksək çəki amili xroniki xəstələrin sayında olan artmalarla düz mütənəsbillik təşkil edir. Fərdlərin sağlamlıq üçün sərf etdiyi maddi vəsaitlər artdıqca həyat keyfiyyətinin enməsi, həyat məmnunluğunun azalması halları daha tez və erkən müşahidə olunmağa başlayır. Bu baxımdan həyat keyfiyyəti və həyat məmnunluğu verən bir həyat yaşamaq üçün insanların sağlamlıq haqqında təsəvvürlərinin gücləndirilməsi vacib məsələlərdəndir. Həyat məmnunluğu səhiyyənin keyfiyyətinin artırılması, proqnozlaşdırılan müalicə proqramlarına fərdlərin adaptasiyasının artırılmasını tələb etməkdədir.

Aparılan tədqiqatlar göstərir ki, insanların sağlığında hər hansı bir xoş olmayan dəyişiklik olduqda həyat məmnunluğunun pozulması halları baş verə bilər.

Həyat keyfiyyəti anlayışı ilk dəfə 1960-cı illərdə ABŞ-da siyasi müzakirələr zamanı meydana çıxmış və o zamandan etibarən istifadəsi geniş yayılmış kifayət qədər yeni anlayışlardandır. “On the Quantity and Quality of Life” adlı məqalədə ilk dəfə olaraq həyat keyfiyyəti anlayışının adı keçmiş və tez bir zamanda kütlə arasında geniş yayılmışdır (Aydiner və Paçacıoğlu, 2016).

Əslində həyat keyfiyyəti anlayışına elmdə verilən dəqiq tərif yoxdur. Həyat keyfiyyəti anlayışı özündə bir çox anlayışları ehtiva edir, bunlardan ən önəmlisi fərdin öz şəxsi həyatına baxış sistemi olaraq dəyərləndirilir. Həyat keyfiyyəti anlayışı əksərən fərdlər tərəfindən həyat məmnunluğu, xoşbəxtlik anlayışları ilə eynimənalı anlayışlar olaraq dərk edilməkdədir.

ÜST-ün son məlumatlarına görə, həyat keyfiyyəti anlayışı, fərdin öz məqsədlərinə, sosial gözləntilərinə, həyat standartlarına və maraqlarına görə bir mədəniyyət və dəyər sistemində öz həyatını qavramasıdır. Burada önəmli olan həyat keyfiyyəti standartlarının zorla qəbul etdirilməməsi, fərdin öz həyatının özü tərəfindən dəyərləndirilməsi və bunun davam etdirilə bilməsidir (Bilir N., Özcebe H., Vazıoğlu S. A., Aslan D., Subaşı N. ve Telatar T. G., 2005; Top M. Ş., Özden S. Y. ve Sevim M. E., 2003).

Eyni zamanda tədqiqatlar depressiyanın şişmanlıq və artıq çəki kimi sağlamlıq problemi ilə yaxından əlaqəsi olan psixiatrik pozuntu olduğunu göstərməkdədir (Pereira-Miranda E., Costa PRF, Queiroz VAO., 2017).

İfrat çəki və şişmanlıq problemi olan şəxslərdə depressiya sıxlığını araşdıran bir meta-analizdə (elmi tədqiqat), artıq çəkili şəxslərdə müşahidə olunan həyat boyu depressiya pozuntusu, normal çəkili şəxslərlə müqayisədə 7%-dən, şişmanlığı olan şəxslərdə bu sıxlığın normal şəxslərə görə 32% daha çox olduğu öyrənilmişdir (Pereira-Miranda E., Costa PRF, Queiroz VAO., 2017).

Əhali arasında şişmanlıq, piylənmə və psixiatrik pozuntuları araşdıran bir tədqiqatda isə artıq çəkili və şişman olan şəxslərdə təşviş pozuntusunun 1,46 dəfə daha çox görüldüyü aşkar edilmişdir (Scott KM, McGee MA, Wells JE., 2008). Bir başqa tədqiqatda, şişman şəxslərdə artıq çəki ilə təşviş simptomlarının şiddəti arasında əlaqə olduğu diqqətə çatdırılmışdır (Guedes EP, Madeira E, Mafort TT., 2013).

Türkiyədə aparılan “Şişman qadınlarda psixiatrik diaqnoz sıxlığı” adlı tədqiqatda piylənməsi olan qadınlarda təşviş pozuntusu sıxlığı 14,5%-dirsə (eksperimental qrup), piylənməsi olmayan qadınlarda (nəzarət qrupu) təşviş pozuntusu 5,5% təşkil edir (Ozdel O., Sozeri-Varma G., Fenkci S., 2011).

Bu tədqiqatlar depressiya və təşviş pozuntularının piylənmə olan şəxslərdə daha yüksək nisbətdə müşahidə olunduğunu göstərməkdədir.

Yüksək çəki fərdlərin fiziki və sosial həyatında ruh sağlığı və həyat məmnunluğuna neqativ istiqamətdə təsir göstərməklə yanaşı, fərdlərin xəstəlik riskini artırmaqdadır (Üzmez B., 2007; Wudden and Stunkarda, 2003; Resch M., Haasz P. and Sido Z., 2004).

Depressiv pozuntular fərdin həyati funksiyalarına təsir etməklə onda koqnitiv dəyişikliklər yaradır, üzüntü, “boş” (mənavi boşluq nəzərdə tutulur) və ya sinir sistemini pozan bir ruh halı ilə xarakterizə olunur. Depressiv ruh əhvalı, heç bir şeydən zövq ala bilməmək, özündə ağırlıq hiss etmə kimi dəyişikliklər, yuxu pozulmaları, dəyərsizlik hissi, ümitsizlik və potensial olaraq intihar düşüncəsi depressiya əlamətlərindəndir. Aparılan araşdırmalar yüksək çəki ilə depressiya arasında əlaqə olduğunu göstərməkdədir (Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2018; Gürses Ş., 2005).

Yüksək çəki fərddə psixi pozuntularla yanaşı, sosial mühitdən təcrid olunma, özgülən əskikliyi, depressiya, gecə yemək sindromu və iş həyatından soyuma kimi psixososial fəsadlara da səbəb olmaqdadır. Yüksək çəkili insanlarda spesifik psixiatrik pozuntular geniş yayılmışdır (Gündüzoğlu Çıray N., Fadıloğlu Ç., Yılmaz C., 2013).

Yüksək çəkili fərdlər, sosial aktivliyin azalmasıyla əlaqədar özlərini lazımsız hesab edir və tənha yaşamağa meyilli olur (Kuskowska A., Rössner S., 2020).

Aparılan tədqiqatlar fərddə psixi vəziyyət və qidalanma davranışı arasında qarşılıqlı əlaqə olduğunu göstərməkdədir. Bədən şəklinin pozulması, zəif sosial inteqrasiya, öz vücudunu bəyənməmək, başqa insanların da onu çirkin görmələri nəticəsində aşağı özgülən səbəbilə sosial mühitdən uzaqlaşma davranışının yüksək çəkili insanlarda depressiyaya səbəb ola biləcəyi bu tədqiqatlarda nəticə olaraq göstərilir (Eren İ., Erdi Ö. 2023; Aydın İ., Yiğit F., 2003; Hamulu F., 2021; Bayraktar E., 2008; Balcıoğlu İ., Başer Ş.Z., 2008).

Yüksək çəki insanın fiziki aktivliyini azaltmağa və fərdləri cəmiyyətdən uzaqlaşdıraraq sosial və psixoloji problemlərə səbəb olmaqdadır (Çorakçı A., 2001).

Bir tədqiqatda yüksək çəkinin koqnitiv funksiyalar üzərində də neqativ təsirlərə səbəb olduğu və alzheimer, şizofreniya, depressiya kimi önəmli sağlamlıq problemlərilə yaxından əlaqədar ola biləcəyi bildirilmişdir (Macit S., Karadağ M.G., 2014).

Hazırda Azərbaycanda bu mövzularla bağlı dərin və dəqiq araşdırmalar, təəssüf ki, yoxdur. Ümumi geoqrafik yanaşma və yaxın stiqləmə səviyyəsinə görə, Türkiyədə aparılan və görülən psixoloji göstəricilərin Azərbaycan reallığına daha uyğun olduğunu düşünürük.

Bir mühüm faktı da qeyd edək ki, aparılan klinik tədqiqatlarda şişmanlıq və artıq çəki üçün tətbiq edilən KBT təmelli qrup terapiyasının çəki azalmasına təsiri əhəmiyyətli dərəcədə çoxdur. Bu zaman eyni vaxtda depressiya, səbəbsiz həyəcan, qəzəb və impulsivliyin azaldığı,

həyat keyfiyyəti və özünəhərmətin artdığı bildirilmişdir (Galindo Munoz JS, Morillas-Ruiz JM, Gomez Gallego M. 2019; Gilbert M, Raman J, Sui Z., 2019).

Qeyd olunan səbəblərdən və digər faktorların təsirinə məruz qalmış yüksək çəkili fərdlər psixoloji yardım almalıdırlar. Bu araşdırma hansı psixopatoloji halların daha çox özünü büruzə verməsini öyrənməklə, daha uyğun və keyfiyyətli psixoloji yardım proqramının yaradılmasına zəmin yaradacaq.

Bu baxımdan müasir dövrdə respublikamızın yerli şəraitinə görə endokrinoloqa müraciət edən yüksək çəkili insanlarda depressiya və həyat məmnunluğunun araşdırılması klinik psixologiyanın aktual problemlərindəndir.

Mövzunun işlənmə səviyyəsi. Yüksək çəki sağlamlıq problemi yaşayan şəxslərin psixopatoloji hallarının tədqiqi ilə bağlı xarici ədəbiyyatlarda əhəmiyyətli tədqiqatlar aparılmış, yüksək çəki və depressiya arasında əlaqənin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi aktual problem kimi dəyərləndirilmiş və müxtəlif istiqamətlərdə öyrənilmişdir. Bu sahədə aparılan tədqiqatları əsasən aşağıdakı istiqamətlərdə qruplaşdırmaq olar:

1. Qərb psixologiyasında aparılan tədqiqatlar;
2. Yaxın xarici ölkələrdə (Türkiyə, Rusiya) aparılan psixoloji tədqiqatlar;
3. Azərbaycan psixoloqlarının tədqiqatları.

Qərb psixologiyasında yüksək çəki və depressiya, yaxud yüksək çəki ilə müxtəlif psixopatoloji halların əlaqəsi haqqında müəyyən tədqiqat işləri, kitab və məqalələr mövcuddur (Kramer FM, Jeffery RW, Forster JL, 2009; Wadden TA, Sternberg JA, Letizia KA, 2009; Wadden TA, Butryn ML, Wilson C., 2011; Wadden TA, Neiberg RH, Wing RR, 2011; Paul L., van der Heiden C., Hoek HW., 2017; Berk KA, Buijks HIM, Verhoeven AJM, 2018; Galindo Munoz JS, Morillas-Ruiz JM, Gomez Gallego M. 2019; Gilbert M., Raman J., Sui Z., 2019 və b.).

Wadden TA, Neiberg RH, Wing RR tərəfindən 2011-ci ildə aparılan tədqiqatda həyat tərzi dəyişikliklərinin çəki verməni təmin etdiyi və bunun önəmli bir uğur olduğu vurğulanmışdır (Wadden TA, Neiberg RH, Wing RR., 2011).

Paul L., Van der Heiden C., Hoek HW 2017-ci ildə apardıqları tədqiqatda depressiya, qida davranışı pozuntusunu çəki verməyə neqativ təsir edən faktor kimi göstərmişlər (Paul L., Van der Heiden C., Hoek HW, 2017)

Galindo Munoz JS, Morillas-Ruiz JM, Gomez Gallego M., Gilbert M., Raman J., Sui Z. 2019-cu ildə apardıqları klinik tədqiqatlarda şişmanlıq və artıq çəki üçün tətbiq edilən koqnitiv-biheviorial terapiya (KBT) təmelli qrup terapiyasının çəki azalmasına təsirinin əhəmiyyətli dərəcədə olduğunu müəyyənləşdirmiş, bu zaman eyni vaxtda depressiya, səbəbsiz

həyəcan, qəzəb və impulsivliyin azaldığı, həyat keyfiyyəti və özünəhərmətin artdığı göstərilmişdir (Galindo Munoz JS, Morillas-Ruiz JM, Gomez Gallego M., Gilbert M., Raman J., Sui Z., 2019).

Problemin tədqiqi tarixini öyrənərkən klinik psixologiya elmi sahəsində Türkiyə Cumhuriyyətində aparılan psixoloji tədqiqat işlərini nəzərdən keçirdik. Bunlara Değirmenci Taner (2006), Gündüzoğlu Çıray N., Fadıloğlu Ç., Yılmaz C. (2013), Bulut Cakmak B., Donmez A. (2014), Oğuz G. Karabekiroğlu A., Kocamanoğlu B. (2016), Yüksel H., (2019), Bahadır Geniş, Aycan Kayalar, Aslıhan Dönməz, Behcet Coşar (2022) və başqalarının tədqiqatları aid edilə bilər.

2006-cı ildə Değirmenci Taner, 2013-cü ildə Gündüzoğlu Çıray N., Fadıloğlu Ç., Yılmaz C. tərəfindən aparılan tədqiqatda yaş, cinsiyyət, təhsil səviyyəsi, evlilik, hamiləlik sayı, doğumlar arası müddət, sosio-mədəni və sosio-iqtisadi vəziyyətlər kimi dəyişənlərin yüksək çəki sağlamlıq problemi üçün risk faktoru kimi qəbul edildiyi önə sürülür. Tütün istifadəsinin, alkoqollu içkilərin qəbulu, fiziki fəaliyyətin azalması kimi alışqanlıqların yüksək çəki ilə əlaqəsi tədqiqatlarda sübuta yetirilir (Değirmenci Taner, 2006; Gündüzoğlu Çıray N., Fadıloğlu Ç., Yılmaz C., 2013).

Tədqiqatlar yüksək çəki sağlamlıq probleminin inkişafında genetik faktorların roluna diqqətli cəlb edir. Belə ki, yüksək çəkili valideynlərin övladlarının da yüksək çəki almağa meyilli olması müəyyən edilmişdir. Yüksək çəkinin müşahidə edilməsi sıxlığı valideynləri artıq çəkili olan uşaqlarda 80%, ana və ya atasından biri yüksək çəkili olan uşaqlarda 40%, nə anası, nə də atası yüksək çəkili olmayan uşaqlarda isə 7% olaraq müəyyən edilmişdir (Değirmenci Taner, 2006).

Tədqiqatlar göstərir ki, fərdin qida davranışı və enerji sərf etməsi ruhi vəziyyətindən asılıdır. Depressiya, ifrat təşviş və həyəcan kimi psixoloji problemlər fərdlərdə yüksək çəki sağlamlıq probleminin artmasını sürətləndirən önəmli faktorlardandır (Gündüzoğlu Çıray N., Fadıloğlu Ç., Yılmaz C., 2013).

Bulut Cakmak B., Donmez A. 2014-cü ildə apardıqları tədqiqatda koqnitiv-biheviorial terapiyanın şişmanlıq və artıq çəki sağlamlıq probleminin müalicəsində yer alan mühüm müalicə növü olduğunu sübuta yetirmişlər (Bulut Cakmak B., Donmez A., 2014).

Oğuz G., Karabekiroğlu A., Kocamanoğlu B. 2016-cı ildə apardıqları tədqiqatda həm biheviorial metodlar tətbiq edilməklə, həm də xəstələrin həqiqi və funksional olmayan dərkətmələrinə mərkəzlənərək fərqişmə yaradıldığını, şişmanlıq və artıq çəki sağlamlıq probleminin müalicəsi zamanı planlanan koqnitiv-biheviorial qrup terapiyasında özünümüşahidə, stimulyoxlaması, qidalanma davranışının yoxlaması və ona nəzarət,

möhkəmləndirmə və gücləndirmə, koqnitiv restrukturizasiya, doğru qidalanma təlimi, fiziki aktivliyi artırma və ideal çəkiyə nail olduqdan sonra saxlama üsulları kimi müalicə addımlarının olduğunu göstərmişlər (Oğuz G., Karabekiroğlu A., Kocamanoğlu B., 2016).

H.Yüksel 2019-cu ildə inkişaf etməkdə olan ölkələrin artıq çəki və şişmanlıq kimi sağlamlıq problemlərinin iqtisadi və sosial maliyyəsini araşdırmış, artıq çəki və şişmanlıq kimi sağlamlıq problemlərinin önəlməsinin bu ölkələr üçün ən uyğun maliyyəsi olan yanaşma olduğunu sübuta yetirmişdir (H. Yüksel, 2019).

Bahadır Geniş, Aycan Kayalar, Aslıhan Dönməz, Behcet Coşar tərəfindən 2022-ci ildə aparılan tədqiqatda artıq çəki və şişmanlıq probleminin dünyada çox yayılmış və ciddi bir sağlamlıq problemi olduğunu göstərməkdədir (Bahadır Geniş, Aycan Kayalar, Aslıhan Dönməz, Behcet Coşar, 2022).

Rusiya psixoloqlarının tədqiqatlarında depressiyanın yaranma faktorları (Кадыков А. С., 2009), depressiyanın psixoloji konsepsiyası (Тхостов А. Ш., 2018), depressiyanın baş beyinlə əlaqəsi (Маркин С. П., 2008, Быков Ю. В., 2009), depressiyanın növləri (Гиляровский В.А., 2004, Нуллер Ю.Л., 2021), depressiya və terapiyanın əlaqəsi (Точилов В.А., 2009) araşdırılır.

Azərbaycan psixiatrlarının tədqiqatlarında yüksək çəki və depressiya, yaxud müxtəlif psixopatoloji halların əlaqəsi haqqında müəyyən tədqiqat işləri, məqalələr mövcuddur. Azərbaycan psixoloq və psixiatrlarının tədqiqatlarında klinik problem kimi yüksək çəki və depressiya, yaxud müxtəlif psixopatoloji halların əlaqəsi xüsusiyyətləri isə ayrıca problem kimi, demək olar ki, öyrənilməmişdir.

Bu araşdırmaların hər biri ayrı-ayrılıqda önəmlidir və Azərbaycan klinik psixologiya elmində adı çəkilən problemin bir elmi istiqamət kimi formalaşmasında müəyyən rol oynamışdır. Müasir şəraitdə bu problem xüsusi aktualıq kəsb edir və onun öyrənilməsi klinik psixologiyanın önəmli problemlərindən biri kimi böyük əhəmiyyətə malikdir.

Tədqiqatın obyektini. Tədqiqatın obyektini 18-45 yaşlı yüksək çəkiyə malik kişi və qadınlar təşkil etmişdir.

Tədqiqatın predmeti. Tədqiqatın predmeti 18-45 yaşlı yüksək çəkili kişi və qadınların depressiya və həyat məmnunluğunun enməsi hallarının səviyyəsi arasında asılılığın müəyyənləşdirilməsidir.

Tədqiqatın məqsədi. Tədqiqatın əsas məqsədi endokrinoloqa müraciət edən yüksək çəkili insanlarda depressiya və həyat məmnunluğunu tədqiq etməkdir.

Tədqiqatın vəzifələri. Tədqiqatın məqsədinə müvafiq olaraq aşağıdakı vəzifələr müəyyən edilmişdir:

1. Yüksək çəkili şəxslərin psixoloji xüsusiyyətlərinin müəyyənləşdirilməsi;
2. Depressiya pozuntusunun mahiyyətinin araşdırılması;
3. Həyat məmnunluğu və həyat keyfiyyəti anlayışlarının mahiyyətinin araşdırılması;
4. Tədqiqatın nəzəri hissəsində qoyulan problemlərin öyrənilməsinin məkan istiqamətlərinin araşdırılması;
5. Endokrinoloqa müraciət edən yüksək çəkili insanlarda depressiya və həyat məmnunluğunun öyrənilməsinə dair adekvat tədqiqat metodikasının hazırlanması;
6. Endokrinoloqa müraciət edən yüksək çəkili insanlarda depressiya və həyat məmnunluğunun öyrənilməsinə dair eksperimental tədqiqatın keçirilməsi;
7. Alınmış nəticələrin riyazi-statistik təhlili;
8. Yüksək çəkili şəxslərin depressiyadan azad olma prosesində psixoterapevtik üsulların tətbiqi və effektivliyi, psixokorreksiyanın, reabilitasiyanın, ümumilikdə psixoloji yardımın pasiyentə təsiri ilə əlaqəli təkliflərin hazırlanması.

Tədqiqatın metodoloji əsasları və metodları. Tədqiqatda müxtəlif üsullardan – müşahidə, test və anket sorğu metodlarından istifadə edilmişdir.

Tədqiqat zamanı tədqiq olunanların demografik göstəriciləri və tədqiqat üçün əhəmiyyətli sayılan bir sıra məsələləri aydınlaşdırmaq üçün “Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəli (The Zung self-rating depression scale (ZDRS))” və “Həyat məmnuniyyəti” anketindən istifadə edilmişdir.

“Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəli (The Zung self-rating depression scale (ZDRS))” Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyasının (AzPA) innovasiya komitəsinin sədri, Bakı şəhər Ruhi-Əsəb Xəstəlikləri Dispanserinin baş həkimi, tibb elmləri doktoru Nadir Əliyev tərəfindən Azərbaycan dilində işlənərək adaptasiya edilmişdir.

Tədqiqat zamanı əldə olunan nəticələrinin dəqiqliyini müəyyənləşdirmək üçün statistik təhlil SPSS 16.0 proqramında aparılmışdır. Alınan nəticələr statistik təhlil metodunun SPSS 16.0 versiyasının köməyi ilə təhlil edilmiş və ətraflı təsvir edilmişdir.

Tədqiqat 2023-2024-cü illərdə müxtəlif fəaliyyət sahələrində çalışan insanlar arasında aparılmış, 52 qadın, 53 kişi olmaqla ümumilikdə 105 nəfəri əhatə etmişdir.

Tədqiqatın fərziyyəsi. Tədqiqatın əsas fərziyyəsi budur:

Yüksək çəki sağlamlıq problemi fərdin həyatı funksiyalarına təsir etməklə onda koqnitiv dəyişikliklər, sinir sistemini pozan bir ruh halı, depressiv pozuntular yaradır, həyat məmnunluğunun enməsinə səbəb olur. Bu baxımdan yüksək çəki və depressiyadan əziyyət çəkən, bu səbəbdən həyat məmnunluğu azalan insanların psixoloji reabilitasiyaya məruz

qalaraq “sağalması”, həyata qayıtması, yenidən iş qabiliyyətinin bərpa edilməsi, ünsiyyət səviyyəsinin artması mümkündür.

Köməkçi fərziyyələr:

Yüksək çəki koqnitiv funksiyalar üzərində neqativ təsirlərə səbəb olur;

Yüksək çəki fərdin həyati funksiyalarına təsir etməklə onda koqnitiv dəyişikliklər yaradır;

Yüksək çəki depressiv pozuntular yaradır;

Yüksək çəki və depressiya həyat məmnunluğunun enməsinə səbəb olur.

Müdafiyyə təqdim olunan əsas müddəalar:

1. Yüksək çəki sağlamlıq problemi insanlarda iş qabiliyyətinin itirilməsi, ətrafdakı insanlarla ünsiyyətin pozulması kimi bir sıra neqativ hallara yol açdığı üçün cəmiyyətin çox mühüm sosial və klinik problemdir.

2. Yüksək çəki bir çox hallarda depressiv pozuntular yaradır.

3. Depressiv pozuntular fərdin həyati funksiyalarına təsir etməklə onda koqnitiv dəyişikliklər yaradır, üzüntü, “boş” (mənəvi boşluq nəzərdə tutulur) və ya sinir sistemini pozan bir ruh halı yaradır.

4. Yüksək çəki ilə depressiya arasında əlaqə mövcuddur.

5. Yüksək çəki koqnitiv funksiyalar üzərində də neqativ təsirlərə səbəb olur və depressiya kimi önəmli sağlamlıq problemi ilə yaxından əlaqədardır.

6. Yüksək çəki və depressiv ruh halı fərdlərdə həyat məmnunluğunun enməsinə səbəb olur.

7. Yüksək çəki və depressiyadan əziyyət çəkən, bu səbəbdən həyat məmnunluğu azalan insanların psixoloji reabilitasiyaya məruz qalaraq “sağalması”, həyata qayıtması, yenidən iş qabiliyyətinin bərpa edilməsi, ünsiyyət səviyyəsinin artması mümkündür.

8. Yüksək çəki və depressiyadan əziyyət çəkən, bu səbəbdən həyat məmnunluğu azalan insanların psixoloji reabilitasiyası cəmiyyətin mühüm sosial və klinik problemdir, bu problemin psixiatr və psixoloqlar tərəfindən həm öyrənilməsi, həm tətbiqi mühüm elmi problemlərdəndir və əhəmiyyətlik faktoruna görə vacib məsələlərdəndir.

Tədqiqatın elmi yeniliyi. Yüksək çəkili insanlarda depressiya və həyat məmnunluğunun tədqiqi ilə bağlı bir sıra elm sahələrində, həmçinin psixologiya elmində bu mövzuya bənzər istiqamətlərdə araşdırmalar aparılmışdır. Azərbaycan psixiatrlarının tədqiqatlarında yüksək çəki və depressiya, yaxud müxtəlif psixopatoloji halların əlaqəsi haqqında müəyyən tədqiqat işləri, məqalələr mövcuddur. Bu araşdırmaların hər biri ayrı-ayrılıqda önəmlidir və Azərbaycan klinik psixologiya elmində adı çəkilən problemin bir elmi

istişamət kimi formalaşmasında müəyyən rol oynamışdır. Azərbaycan psixoloq və psixiatrlarının tədqiqatlarında klinik problem kimi yüksək çəki və depressiya, yaxud müxtəlif psixopatoloji halların əlaqəsi xüsusiyyətləri isə ayrıca problem kimi, demək olar ki, öyrənilməmişdir. Müasir dövrdə respublikamızın yerli şəraitinə görə endokrinoloqa müraciət edən yüksək çəkili insanlarda depressiya və həyat məmnunluğunun araşdırılması tədqiqatın mühüm elmi yeniliyidir.

Yüksək çəkili insanların psixopatoloji halları, depressiya səviyyəsinə dair psixoloji ədəbiyyatlarda geniş və ətraflı tədqiqat işləri mövcud olmadığı üçün tədqiqat işi ölkəmiz üçün elmi yenilik hesab edilə bilər. Tədqiqat işinin elmi yeniliyindən əldə olunan nəticələri gələcəkdə bu istiqamət üzrə tədqiqat apararı digər tədqiqatçılar resurs kimi istifadə edə bilərlər. Həmçinin yüksək çəkili şəxslərin psixopatoloji hallarının terapiyası və gələcəkdə göstərilə biləcək psixoloji, sosial, hüquqi yardım formaları üçün elmi əsaslar şəklində də istifadə oluna bilər.

Tədqiqatın elmi-nəzəri əhəmiyyəti. Tədqiqat işinin nəzəri hissəsində yüksək çəkili insanların psixoloji xüsusiyyətləri, depressiya pozuntusunun psixoloji mahiyyəti təhlil edilmiş, endokrinoloqa müraciət edən yüksək çəkili insanlarda depressiya və həyat məmnunluğunun əlaqəsi araşdırılmışdır. Tədqiqat işinin nəzəri əsası xarici ədəbiyyatlarda olan elmi nəzəri məlumatlara istinad edir. Elmi-nəzəri material kimi tədqiqat işinin nəzəri hissəsi müxtəlif elm sahələrində, o cümlədən psixologiya və psixiatriyada nəzəri material kimi mühazirə və seminarlarda, təlimlərdə istifadə edilər bilər.

Tədqiqatın elmi-praktik əhəmiyyəti. Tədqiqat işinin eksperimental tədqiqindən əldə olunan nəticələri klinik psixologiya, seksologiya, sosial psixologiya, hüquq istiqamətində və həmçinin sosiologiya, sosial iş sahəsində araşdırma apararı tədqiqatçılar praktik vəsait kimi istifadə edə bilərlər. Həmçinin tədqiqat işinin eksperimental tədqiqindən əldə olunan nəticələr yüksək çəkili şəxslərlə psixoloji yardım sahəsində çalışan psixoloqlar, psixoterapevtlər tərəfindən də istifadə edilə bilər.

Tədqiqatın nəticələrinin aprobasiyası. Tədqiqat Nəsimi rayonu “Referans” poloklinikasında aparılmışdır. Eyni zamanda dissertasiya işi Xəzər Universitetinin Psixologiya departamentində müzakirə edilmişdir. Dissertasiyanın əsas müddəaları elmi məqalədə öz əksini tapmışdır (Bakı Qızlar Universiteti, Elmi Əsərlər, 58-ci say, 2024-cü il).

Dissertasiyanın strukturu. Dissertasiya işi giriş, 3 fəsil, 8 yarımfəsil, nəticə, istifadə olunmuş ədəbiyyat siyahısı, əlavələr və xülasədən ibarətdir.

I FƏSİL

ƏDƏBİYYAT İCMALI

1.1. Bədən imici qavrayış

Bir çox insanlar vizual olaraq cazibədar olmayan insanlardan daha çox cəlbedici insanlarla ünsiyyət qurmağa üstünlük verir. Bu vəziyyət çoxlarının digər insanlarda müsbət təəssürat yaratmağa daha çox cəhd göstərməsinə və çalışmasına səbəb olur.

Görünüşü ilə bağlı narahatlığı olan insanlar tez-tez həkimə müraciət edir, bir və ya bir neçə estetik əməliyyat və ya dermatoloji prosedura məruz qalır. Televiziya, internet, sosial media və jurnalların bədənə bağlı verdiyi mesajlar, cəmiyyətin arıq, incə və ya müəyyən fiziki görünüşün qiymətləndirilməsi ilə əlaqədar olaraq, gözəllik anlayışının ön planda olması, kosmetik prosedurlara əlçatanlığın asanlıığı və kütlə tərəfindən normal qəbul olunması, bu prosedurların bir çox cəmiyyətlərdə tətbiqi, insanların daha çox bu kimi mövzularla maraqlanmasına və dəyişikliklər aparmasına səbəb olur.

Fiziki gözəllik müasir cəmiyyətdə yaşayan bir çox insanların aktual məsələsidir. Fərdlər özlərinin necə göründüyünə və başqaları tərəfindən necə qəbul olunduğuna çox əhəmiyyət verir, xarici görünüşlərini yaxşılaşdırmağa və onu "daha cəlbedici" etməyə çalışır, bu məqsədlə də xeyli vaxt, enerji və maddi vəsait sərf edirlər. Xüsusilə də inkişaf etmiş ölkələrdə həm kosmetik müdaxilələrin növü artır, həm də bu müdaxilələr hər gün keçdikcə daha çox tələb edilir və nəticədə bu, həyatın daha normal və aktual bir hissəsinə çevrilir. ABŞ-da ildə 11,7 milyon estetik cərrahi və qeyri-cərrahi tibbi əməliyyata 13,2 milyard dollar xərclənir və bu nisbət 1997-ci ildən bu yana 457% artdığı bildirilir (Gündüzoğlu Ç.N., Fadiloğlu Ç., Yılmaz C., 2019).

Bu nöqtədə, bunun bir xəstəlikmi, yoxsa məşğuliyyətmə olduğu nəzərdən keçirilməlidir. Beləliklə, bir çox psixiatrik pozğunluqlarda olduğu kimi, normal və patoloji arasında fərq bu problemin həyat keyfiyyətinə təsir edib etməməsini müəyyənləşdirir.

İnsanın öz bədənini dərk etməsi reallıq və mənlilik hissələrinin inkişafında çox mühüm rol oynayır. Bədən görünüşü, özünə hörmət və eqo ideali özünü qavrayışın əsas komponentləridir. Bədənimiz eyni zamanda həm daxili, həm də xarici dünyamızı təmsil edir və xarici reallıqla təmasda olur. Bədənin və orqanların bütün zehni təmsili olan bədən obrazı "Mən" ideyasını yaradır və eqonun sonrakı formalaşmasında fundamental əhəmiyyət kəsb edir. Psixanalitiklərə görə, doğumdan sonra müəyyən zaman insan, fiziki və mənəvi olaraq özünü anasından ayrı bir varlıq kimi dərk edə bilmir. Bu prosesdə motor bacarıqlar aylar ərzində inkişaf etdikcə, o, öz bədənini, onun həddlərini və funksiyalarını daha çox dərk etməyə başlayır.

Bədən imici haqda şəxsin qavrayışı estetik əməliyyat keçirməyə həvəsləndirən ən mühüm motivasiya faktorlarından biridir. Bədən qavrayışı insanın öz bədənini haqqında şəxsi müşahidələrinə, hisslərinə, düşüncələrinə və qavrayış əməliyyatlarına aiddir. İnsanın bədənini ilə barışıq olması müsbət bədən qavrayışına malik olduğunu göstərir.

Bədən görüntüsü ilə estetik cərrahiyyə arasındakı əlaqəni araşdıran az sayda araşdırma var. Wadden T. A. və başqalarının nəzəriyyəsinə görə, fiziki və psixoloji amillərin bədən qavrayışına təsir etdiyi bildirilmişdir. Wadden T. A. və başqalarının 2011-ci ildə apardıqları araşdırmada, estetik əməliyyata müraciət edən qadınların əməliyyatdan əvvəlki dövrdə görünüşlərindən kifayət qədər narazı olduqları halda, əməliyyatdan sonrakı dövrdə bədən qavrayışlarının yaxşılaşdığını bildirmişlər (Wadden TA, Butryn ML, Wilson C., 2011). Xüsusilə abdominoplastika və döş böyütmə əməliyyatı keçirmiş insanlarda bədən imicindən məmnunluğun olduqca aşağı olduğu aşkar edilmişdir (Wadden TA, Butryn ML, Wilson C., 2011).

Özünə hörmət və bədən qavrayışı bir-biri ilə əlaqəlidir və səbəb-nəticə əlaqəsində bir-birindən təsirlənir. Estetik cərrahi əməliyyatlardan sonra özünə hörmətin artdığı müəyyən edilmişdir. Kolotkin R.L. və başqalarının araşdırmalarında müəyyən ediblər ki, bir insanın estetik əməliyyat keçirmə qərarında cəmiyyətin baxışı, özünə hörmət və bədən qavrayışı çox önəmlidir (Kolotkin R.L., Andersen J.R., 2017).

1.2. Yüksək çəki və şişmanlıq (piylənmə) sağlamlıq problemi

Artıq çəki Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı (ÜST) tərəfindən sağlığa zərər verə biləcək anomal və ya aşırı yağ miqdarının yığılması olaraq müəyyən edilməkdədir (Noncommunicable Diseases Progress Monitor, 2017).

Yoluxucu olmayan xəstəliklərin önəmli risk faktorlarından biri olan artıq çəki fərqli dəyişənlərə bağlı olaraq ortalama insan ömrünü 5-20 ilədək azaltmaqdadır. Yoluxucu olmayan xəstəliklər (ürək-damar xəstəlikləri, şəkərli diabet, xərçəng və s.) isə dünyada baş verən insan ölümü sayısının 70%-ni təşkil etməkdədir (ÜST, 2017). Artıq çəki son zamanlarda küresəl-qlobal epidemiya halına gəlmişdir. ÜST-ün son məlumatlarına görə dünyada 650 milyon insan şişman, 1.9 milyard insan isə artıq çəkilidir (ÜST, 2020).

1975-2016-cı illər arasında bütün ölkələrdə artıq çəkiddən əziyyət çəkən insanların sayı artmış, şişmanlığın yayılması əvvəlki dövəmlərlə müqayisədə 3 dəfə çoxalmışdır (NCD-RisC 2017).

Respublikamıza daha yaxın ərazi olaraq Türkiyə, Avropa ölkələri içərisində şişmanlığın daha çox yayıldığı ölkə durumundadır. ÜST-ün son məlumatlarına görə, yetkin yaşlı insanlarda standartlaşdırılmış şişmanlıq nisbəti 32,2% olduğu halda, artıq çəki nisbəti 66,8%-dir (ÜST, 2016).

Yuxarıda verilən göstəricilər artıq çəki və şişmanlıq probleminin dünyada çox yayılmış və ciddi bir sağlamlıq problemi olduğunu göstərməkdədir (Bahadır G., Kayalar A., 2022).

İnkişaf etməkdə olan ölkələr artıq çəki və şişmanlıq kimi sağlamlıq problemlərinin iqtisadi və sosial maliyyəsini qarşılıyaacaq qədər təchiz edilməmişdir. Artıq çəki və şişmanlıq kimi sağlamlıq problemlərinin önlənməsi bu ölkələr üçün ən uyğun maliyyəsi olan yanaşmadır (Yuksel H., 2019).

Şişmanlıq və artıq çəki kimi sağlamlıq problemlərinin önlənməsinin iki təməl məqsədi vardır. Bu məqsədlərdən biri alınan qida məhsullarının kalorisini azaltmağı hədəf alarkən, digəri xərclənən kalorini artırmaqdır. Güzəran səviyyəsində bu şəkildə olan artıq çəki və şişmanlıq probleminin müalicəsində bir çox müalicə üsulları vardır. Bu müalicə üsulları insanların şəxsi diyetlərindən cərrahi müdaxilələrə qədər dəyişən bir aralıqdadır (Oğuz G., Karabekiroğlu A., Kocamanoğlu B., 2016; Galindo Munoz JS, Morillas-Ruiz JM, Gomez Gallego M., 2019).

Şişmanlıq və artıq çəki kimi sağlamlıq probleminin müalicəsində artıq çəkinin verilməsi qədər, çəki almanın uzun vədədə önlənməsi diqqət mərkəzinə çevrilmişdir. Uzunmüddətli müşahidələrin aparıldığı müalicələrdə, müalicəyə alınan şəxslərin müalicə aparılan il ərzində verdikləri çəkilerin təxminən üçdə birini geri aldıkları göstərilir (Wadden TA, Butryn ML, Wilson C., 2011).

Müalicəyə alınan şəxslərin başlanğıc çəkiyə 2-5 il içində dönüş etdiyi bildirilməkdədir (Wadden T.A., Sternberg J.A., Letizia K.A., 2019; Berk K.A., Buijks H.I.M., Verhoeven A.J.M., 2018).

İfrat çəkili və şişman şəxslər üzərində aparılan dörd illik perspektivli bir tədqiqatda yaşam tərzini dəyişikliklərinin xəstələrin 46%-ində vücut ağırlığının 5%-i qədər bir çəki vermə təmin edildiyi və bunun önəmli bir uğur olduğu vurğulanmışdır (Wadden T.A., Neiberg R.H., Wing R.R., 2011).

Yaşam tərzini dəyişikliyi ilə bağlı proqramlarda mütəxəssisin müşahidə aralığının azalmasıyla çəki almanın artdığı bildirilmişdir (Kramer F.M., Jeffery R.W., Forster J.L., 2009).

Şişmanlıq və artıq çəki sağlamlıq probleminin farmakoloji müalicəsi bir neçə əsas yol vasitəsilə davam edir. Tətbiq edilən və xəstələr tərəfindən istifadə edilən dərmanlar

ümumilikdə iştahın azalması, yağın azaldılması və ya enerji istehlakını artırmaya yönəlidir (Yetkin İ., Cimen A.R., 2010).

Şişmanlıq və artıq çəki sağlamlıq probleminin müalicəsi zamanı istifadə edilən dərmanları analiz edən bir tədqiqatda, orlistatin plaseboya görə 2,6%, lorcaserinin 3-3,6%, topiramatin 6,6%, bupropion /naltreksonun 3,2-5,2%, liraglutidin isə 4-6 % nisbətində daha artıq çəki vermə yaratdığı bildirilmişdir (Jones B.J., Bloom S.R., 2015).

Adı çəkilən tədqiqatda istifadə olunan dərmanların çəki vermə üçün uzun müddət istifadə edilib-edilməyəcəyi mövzusunda ciddi narahatlığın olduğu və yeni müalicə axtarırlarının mütləq olması vurğulanmışdır.

Şişmanlıq və artıq çəki sağlamlıq probleminin müalicəsində istifadə olunan cərrahiyyə əməliyyatlarının dərmanlara görə daha yüksək nisbətdə çəki verməni təmin etdiyi bildirilmişdir (Gungor Ş., 2019).

Eyni zamanda, cərrahi müalicənin aparılması uzun müddətli sağlamlıqla əlaqəli başda ürək-damar sistemi olmaq üzərə, bir çox parametrlərin təkmilləşdirilməsinə və yaxşılaşdırılmasına töhfələr verir (Sjostrom L., Peltonen M., Jacobson P., 2012)

Koqnitiv-biheviorial terapiya (KBT) şişmanlıq və artıq çəki sağlamlıq probleminin müalicəsində yer alan digər müalicə növüdür (Bulut C. B., Donmez A., 2014). Bu müalicə üsulunda həm biheviorial metodlar tətbiq edilməklə, həm də xəstələrin gerçəkçi və funksional olmayan dərkətmələrinə mərkəzlənərək fərqiindəlik yaradılır. Şişmanlıq və artıq çəki sağlamlıq probleminin müalicəsi zamanı planlanan koqnitiv-biheviorial qrup terapiyasında özünümüşahidə, stimulyoxlaması, qidalanma davranışının yoxlaması və ona nəzarət, möhkəmləndirmə və gücləndirmə, koqnitiv restrukturizasiya, doğru qidalanma təlimi, fiziki aktivliyi artırma və ideal çəkiyə nail olduqdan sonra saxlama üsulları kimi müalicə addımları vardır (Oğuz G., Karabekiroğlu A., Kocamanoğlu B., 2016; Gilbert M., Raman J., Sui Z., 2019).

Müalicə müddəti metodlara görə fərqlənməklə yanaşı, ortalama 7-20 həftə arasında dəyişməkdədir (Bulut C. B., Donmez A., 2014; Oğuz G., Karabekiroğlu A., Kocamanoğlu B., 2016).

Bir mühüm faktı da qeyd edək ki, aparılan klinik tədqiqatlarda şişmanlıq və artıq çəki üçün tətbiq edilən KBT təməlli qrup terapiyasının çəki azalmasına təsiri əhəmiyyətli dərəcədə çoxdur. Bu zaman eyni vaxtda depressiya, səbəbsiz həyəcan, qəzəb və impulsivliyin azaldığı, həyat keyfiyyəti və özünəhərmətin artdığı bildirilmişdir (Galindo Munoz J.S., Morillas-Ruiz J.M., Gomez Gallego M., 2019; Gilbert M, Raman J., Sui Z., 2019).

Aparılan klinik tədqiqatlar iddia edir ki, depressiya, qida davranışı pozuntusu çəki verməyə neqativ təsir edən faktorlardandır (Paul L., van der Heiden C., Hoek HW., 2017).

1.2.1. Yüksək çəki sağlamlıq probleminin etiologiyası

Yüksək çəki sağlamlıq probleminin inkişafı, enerji balansının tənzimlənməsi və yağ depolarının artmasında genetik, epigenetik amillər ilə ekoloji faktorlar əsas götürülür. Yaş, cinsiyyət, təhsil səviyyəsi, evlilik, hamiləlik sayı, doğumlar arası müddət, sosio-mədəni və sosio-iqtisadi vəziyyətlər kimi dəyişənlər yüksək çəki sağlamlıq problemi üçün risk faktoru kimi qəbul edilir. Tütün istifadəsi, alkoqollu içkilərin qəbulu, fiziki fəaliyyətin azalması kimi alışqanlıqlar yüksək çəki ilə əlaqəlidir (TÜBER, 2015; Gündüzoğlu Ç.N., Fadıloğlu Ç., Yılmaz C., 2013; Değirmenci T., 2006).

Yaş artdıqca metabolizm sürətinin azalması və enerji alma ilə enerji xərclənməsi arasında balansın pozulması kimi səbəblərdən dolayı bədən ağırlığı da artmaqdadır. Cinsiyyət fərqliliyi də yüksək çəki üçün bir risk faktorudur. Dünya üzrə kişilərlə müqayisədə qadınlarda piylənmə daha sıx rastlanmaqdadır.

Tədqiqatlar yüksək çəki sağlamlıq probleminin inkişafında genetik faktorların roluna diqqətli cəlb edir. Belə ki, yüksək çəkili valideynlərin övladlarının da yüksək çəki almağa meyilli olduğu müəyyən edilmişdir. Yüksək çəkinin müşahidə edilməsi sıxlığı valideynləri artıq çəkili olan uşaqlarda 80%, ana və ya atasından biri yüksək çəkili olan uşaqlarda 40%, həm anası, həm atası yüksək çəkili olmayan uşaqlarda isə 7% olaraq müəyyən edilmişdir (Değirmenci T., 2006).

Yüksək çəki sağlamlıq probleminin yaranmasında genetik faktorlar 25-40% nisbəti aralığında mövcud olmaqdadır. Yüksək çəkiyə meyillilik, qismən genetik faktorlarla müəyyən edilsə də, “obezogenik” mühit, qida asılılığı yaradan çevrə önəmli bir faktordur (Ağrılıq Yönetimi El Kitabı, 2017)

Sağlam olmayan qidalanma ən bariz piylənmə səbəbi olaraq görülməkdədir. Pozitiv enerji balansı ilə yanaşı, qida elementlərinin enerji qəbulunda qida maddələrinin nisbətində də diqqət edilməlidir. Yağ və sadə karbohidratlarla zəngin bir pəhriz nəticəsində istehlak olunan artıq enerjinin yağa çevrilərək depolanması bədən çəkisini artırmaqdadır. Yemək zamanı və nahar arasında yüksək yağlı, karbohidratlı qidaların həddindən artıq istehlakı, yemək saatinin ötürülməsi, sürətli qidalanma və həddindən artıq, ifrat spirtli içki qəbulu yüksək çəki, piylənmə kimi sağlamlıq problemlərinin yaranmasına yol açır (Ağrılıq Yönetimi El Kitabı, 2017; Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2018).

Tez-tez edilən qida qəbulu və müəyyən edilmiş bəlli qida miqdarında edilən səhvlər və ya kənara çıxmalar (bəlli qida miqdarının artırılması) piylənmə və yüksək çəki sağlamlıq problemini artıran ekoloji səbəblərdəndir (Kabalak T., 2005; Shepard T.Y., Weil K. M., Sharp T.A., Grunwald G.K. 2011).

Müasir dövrümüzdə urbanizasiya, iqtisadi inkişaf və qloballaşma insanların həyat tərzində və qidalanma formasında dəyişikliklərə yol açaraq piylənməyə səbəb olur. Əslində həqiqət budur ki, yüksək çəki müasir və modern həyatın nəticəsi olaraq qarşımıza çıxmaqdadır (TÜBER, 2015).

Fiziki fəaliyyət gündəlik enerji sərfiyyatında önəmli bir yerə sahibdir. Aşağı fiziki aktivlik yüksək çəki riskini artırmaqdadır. Türkiyədə aparılan “Ürək xəstəlikləri və risk faktorlarının tezliyi” adlı tədqiqata görə, araşdırmanın nəticəsi olaraq oturaq həyat təzi keçirən insanların nisbəti yaş və cins faktorlarına görə dəyişir. Yaş artdıqca oturaq həyat təzi keçirən fərdlərin sayı artmaqda və qadınlarda oturaq həyat təzi kişilərlə müqayisədə daha çox müşahidə edilməkdədir. Fərdin fiziki aktivliyinin azlığı həm enerji sərf olunmasını azaltmaqda, həm də baza metabolizm sürətinin azalmasına səbəb olaraq piylənmə riskini artırmaqdadır (TEKHARF, 2017).

Endokrin xəstəliklər piylənmə səbəbi olaraq görülməkdə olub, xüsusilə tiroid vəzi xəstəlikləri və endogen Cushing sindromu (bədənin ifrat dərəcədə kortizol hormonu istehsal etməsi endogen Cushing sindromu adlanır; endogen Cushing sindromu səbəbiylə uşaqlarda böyümə pozuntularının görülməsi mümkündür) piylənmə ilə əlaqələndirilməkdədir. Tiroid vəzi xəstələri üzərində aparılan müalicə, pəhriz və məşqlərin təsirini artırmaqdadır (Ağrılıq Yönetimi El Kitabı, 2017).

Fərdin qida davranışı və enerji sərf etməsi ruhi vəziyyətindən asılıdır. Depressiya, ifrat təşviş və həyəcan kimi psixoloji problemlər fərdlərdə yüksək çəki sağlamlıq probleminin artmasını sürətləndirən önəmli faktorlardandır (Gündüzoğlu Ç. N., Fadıloğlu Ç., Yılmaz C., 2013).

Elmi tədqiqatlarda bağırsağın mikrobiotası son illərdə geniş şəkildə öyrənilir. Xüsusilə *Bacteroidetes* bakteriyaları qida maddələrinin həzm edilməsində, *Firmicutes* bakteriyaları yağ asitlərinin həzm edilməsində təsirlidir. Piylənmə zamanı *Firmicutes* bakteriyaları artarkən, *Bacteroidetes* bakteriyaları azalmaqdadır (Ağrılıq Yönetimi El Kitabı, 2017).

1.2.2. Yüksək çəki sağlamlıq probleminin fəsadları

Piylənmə müalicə edilmədiyi təqdirdə özünü müxtəlif sağlamlıq sorunları gətirməklə yanaşı, ömür müddəti, həyat keyfiyyəti və məmnunluğu, toxuma və bədən orqanlarına neqativ

istiqlamətdə təsir edir. Ürək-damar xəstəlikləri, xüsusilə də ürək xəstəliyi və insult, diabet, əzələ-skelet sistemi xəstəlikləri, xüsusilə osteoartrit, bəzi bədən üzvləri orqanlarının, endometrial, süd vəziləri, yumurtalıq, prostat, qara ciyər , öd kisəsi, böyrək xərçəngi, bədən kütləsi indeksinin artmasıyla mütənəsb olaraq artmaqdadır (Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi, 2017).

Tip 2 diabetes mellitus, əvvəlki adıyla desək, insulindən asılı olmayan diabet və ya yetkin yaşda ortaya çıxan diabet – insulin müqaviməti və buna bağlı insulin əskikliyi kontekstində yüksək qan şəkəri ilə xarakterizə edilən bir metabolik pozuntudur. Tip 2 diabetes mellitusun (DM) piylənmə ilə yaxından əlaqəli olması və tip – 2 DM - nin 80%-dən çoxunda yüksək çəki və piylənmə əsas rol oynamaqdadır. Yüksək çəkili insanlarda bədən kütləsi çəkisi azalması Tip 2 diabetes mellitusun (DM) riskini azaltmaqdadır. Bədən kütləsi çəkisi artdıqca metabolizm sindromunun görülmə sıxlığı da artmaqdadır. Metabolizm sindromu, diabet və ürək-damar xəstəlikləri riskini artırmaqdadır (Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2018).

Metabolizm sindrom kriteriləri aşağıdakılardır:

1. Kişilərdə bel ətrafının 102 sm., qadınlarda 88 sm. –in üstündə olması;
2. Qandakı trigliserit səviyyəsinin 150 ml/dL-dən yüksək olması;
3. Hdl xolesterolun kişilərdə 40 mg/dL, qadınlarda 50 mg/dL-dən az olması;
4. Qan təzyiqinin 135/90 mmHg-dən yüksək olması;
5. Aclıq qan şəkərinin 100mg/dL-dən çox olması.

Yuxarıda verilən meyarlardan ən az 3 vəziyyətin bir arada olması metabolizm sindromu kimi müəyyənləşdirilir (Baysal A., 2011).

Piylənmə ürək-damar xəstəlikləri və ani ölüm üçün önəmli bir faktordur. Yüksək çəkili insanlarda ürək-damar xəstəliklərindən ölüm nisbəti normal çəkili insanlara görə daha çox müəyyənləşdirilmişdir (Wudden and Stunkarda, 2023).

Yüksək çəkili xəstələrdə hipertoniyanın diaqnostikası nisbəti iki dəfə çoxdur və belə xəstələrdə dəri altı yağ toxumasının artması ilə tənəffüs və əzələ funksiyalarında müxtəlif fəsadlar meydana gəlməkdədir. Bundan başqa, yüksək çəki əzələ və skelet sistemində də ifrat dərəcədə əlavə yük gətirməkdədir. Bel disk yırtığı, gut artrit, sümük iltibahlanması, daban dikəni kimi xəstəliklərin baş vermə nisbəti yüksək çəkili insanlarda daha yüksəkdir (Gündüzöglü Ç. N., Fadıloğlu Ç., Yılmaz C., 2013).

1.2.3. Yüksək çəki sağlamlıq probleminin dəyərləndirilməsi

Yüksək çəki sağlamlıq probleminin dəyərləndirilməsində müxtəlif parametrlər tətbiq edilməkdədir. Bunlardan daha çox geniş yayılmış olanı bədən kütləsi indeksidir (BKİ). Eyni zamanda bel ətrafı və bel-boy nisbəti də bədən yağ paylanması haqqında bilgi verə bilər.

Bədən kütlə indeksi: Boy və çəki ölçülərindən yararlanaraq hesablanan parametrdir.

$$\text{BKİ (kg/m}^2\text{)} = \text{Çəki (kg)} / \text{boy (m}^2\text{)}$$

Cədvəl 1.1

Yetkin şəxslərdə piylənmənin BKİ-yə görə reytingi (Global Database on BMI, WHO)

BKİ (kg/ m ²)	Reytingi
<18.5	Zəif
18.5 – 24.9	Normal
25 – 29.9	Yüngül səviyyədə piylənmə
30 – 34.9	I. Dərəcə piylənmə
35 – 39.9	II. Dərəcə piylənmə
≥40	III. Dərəcə piylənmə (xəstə)

Ümumi çəki artımı yağ kütləsinin artmasına bağlı olmasına rəğmən bədən kütlə indeksinin artması hər zaman yağ kütləsinin artması demək deyildir. Əzələ kütləsi yüksək olan fərdlərdə, məsələn, idmançılarda, bədən kütlə indeksinin yüksək olması müşahidə edilməkdədir (Ağırlyk Yönetimi El Kitabı, 2017).

Bel ətrafı: Bel ətrafı ümumi yağ miqdarından daha çox bədən yağının paylanması haqqında məlumat verən parametrlərdəndir. ÜST-ə görə, qadınlarda bel çevrəsinin 80 sm-dən, kişilərdə isə 94 sm-dən böyük olması sağlamlıq riskinin artdığını göstərməkdədir (Ağırlyk Yönetimi El Kitabı, 2017).

Bir faktı da qeyd edək ki, yaxın xarici ölkə, məsələn, Türkiyədə yetkin yaşlı kişilərdə yüksək çəki və piylənməni müəyyən edən bel ətrafı 90-100 sm arasındadır, qadınlarda isə bu dəyərlər 80-90 sm-dir (Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2018).

Bel ətrafı/oma çevrəsi nisbəti: ÜST-ə görə bel ətrafı və oma ətrafı nisbəti kişilərdə 0,90-ın, qadınlarda 0,85-dən az olmalıdır (TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı).

Bel/boy nisbəti: Bel/boy nisbəti daha həssas bir sağlamlıq riski göstəricisidir. Bədən kütləsi indeksindən daha asan ölçülməkdədir (TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı).

Bioelektrik impedans analizi (BİA): Bioelektrik impedans analizi (BİA) cihazı ilə bədən yağ kütləsi (kq,%), yağsız bədən kütləsi (kq,%) və ümumi bədən suyu (L) əldə edilir. Yetkin yaşlı kişilərdə bədən çəkisinin ortalaması 15-20%-i, qadınlarda isə 25-30%-i yağ toxumasıdır (Ağırlik Yönetimi El Kitabı, 2017).

Yağsız toxuma kütləsi, bədən ağırlığının önəmli bir qismini formalaşdırır və əksər hissəsi su olaraq təqribən 16-19%-ini protein və 5-8%-ni minerallar təşkil etməkdədir (Ağırlik Yönetimi El Kitabı, 2017).

1.2.4. Yüksək çəki sağlamlıq probleminin müalicəsi

Yüksək çəki və piylənmə sağlamlıq probleminin müalicəsi, adekvat və balanslı qidalanma, müntəzəm olaraq fiziki aktivlik və davranış dəyişikliyi daxil olmaqla ömür boyu sürəcək vahid bir müalicədir (Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi, Ankara, 2017).

İnsanı optimal bədən ağırlığına gətirə bilmək üçün yetərli və balanslı qidalanma ilə paralel aparılmalı olan fiziki aktivliyə yönəlik davranış dəyişikliyi müalicəsi piylənmə və yüksək çəki müalicəsinin təməl məqsədidir (Wudden and Stunkarda, 2023; Sertkaya, 2008).

Tibbi qidalanma müalicəsi. Piylənmə müalicə edilmədiyi təqdirdə ömür müddətini və həyat keyfiyyətini azaldır, metabolik və ürək-damar xəstəlikləri başda olmaqla bir çox fəsadlar yaradaraq erkən ölümlərə səbəb olur. Optimal qidalanma ilə gündəlik enerji əldə etmənin nəzarət altına alınması və fiziki aktivlik səviyyəsinin artırılması ilə bədən kütləsinə nəzarət edə bilmək mümkündür. Piylənmədə tibbi qidalanma müalicəsinin məqsədi fərdin yaşına, cinsinə, fiziki aktivlik vəziyyətinə, həyat tərzinə və fizioloji durumuna uyğun olaraq qida elementləri tələbatlarının adekvat və balanslı şəkildə təmin edilməsi, bədən çəkisini sağlamlıqlı səviyyəyə gətirərək yenidən çəki qazanmanı önləmək və bədən ağırlığını sağlamlıqlı aralıqda tutmaq üçün fərdin yanlış qidalanma vərdişlərinin yerinə doğru və sabit qidalanma vərdişləri qazandırmaqdır. Tibbi qidalanma müalicəsində tətbiq olunacaq qidalanma planı fərdəməxsus və spesifik olmalıdır. Fərdin yaşı, cinsi, həyat tərzini, biokimyəvi parametrləri və piylənmə dərəcəsi tibbi qidalanma müalicəsinə təsir göstərməkdədir (Wudden and Stunkarda, 2023; Sertkaya, 2008).

Fiziki aktivlik. Fiziki aktivliyin artırılması piylənmə müalicəsində və çəkinin qorunub saxlanmasında önəmli bir yerə sahibdir. Fiziki aktivlik visseral yağın azalması və əzələ kütləsinin artması, insulin müqavimətinin azalması, qan təzyiqinin və lipid səviyyəsinin

düzəlməsi kimi bir çox məsələlərdə faydalıdır. Fiziki aktivliyin artırılması ilə əlaqəli təkliflər fərdə məxsus olmalı və fiziki aktivliyin fərd tərəfindən davamlılığı izlənilməlidir (Wudden and Stunkarda, 2023; Sertkaya, 2008).

Farmakoloji müalicə. Pəhriz və idman kifayət deyilsə, həkim iştahı azaldan və ya toxluq hissini artıran, arıqladan dərmanlar tövsiyə edə bilər. Lakin arıqlamaq üçün dərmanlar zərərsiz deyil və fərdin ümumi vəziyyətini nəzərə alaraq bir mütəxəssis tərəfindən təyin edilməlidir. Piylənmə müalicəsində başlanğıcda dərman müalicəsi təklif edilmir, lakin yaşam tərzində dəyişikliklərinə uyğun olaraq kifayət qədər çəki itirilməsi təmin edilmədiyi zaman yüksək çəkili insanlara təyin edilməkdədir. ABŞ Qida və Dərman İdarəsi tərəfindən təklif edilən insanı arıqladan dərmanlar sağlamlıq üçün risk, arıqlamaya rəğmən asılılıq və bir çox potensial xəstəlikləri yarada biləcəyi kimi dəyərləndirilir, bütün insanlar üçün təsirli və güvəniləbilən dərman preparatları mövcud deyildir (Baş M., Sağlam, D., 2013)

Davranış dəyişikliyi müalicəsi. Davranış dəyişikliyi müalicəsi fərdlərin sağlamlıqlı bədən çəkisinə nail olması və bu çəkini qorunmaları üçün tətbiq edilən ən geniş yayılmış müalicə üsullarındandır. Piylənmə və qida davranışı pozuntusunda davranış dəyişikliyi müalicəsi önə çıxır (Grace, 2023).

Davranış dəyişikliyi müalicəsi piylənmənin müalicəsində çox önəmlidir. Bunun səbəbi fərdlərdə piylənməyə səbəb olan yanlış alışqanlıqlardan imtina edilərək doğru alışqanlıqları qazanmanın çətinliyidir (Erge S., 2023).

Davranış dəyişikliyi müalicəsinin məqsədi ömür boyu davam edəcək həyat tərzini yaratmaq və çəki itirməni təmin edərək bədən ağırlığının qorunmasını təşkil etməkdir (Bilgin H., 2006).

Cərrahi və qeyri-cərrahi müalicə. Yüksək çəki sağlamlıq probleminin cərrahiyyə üsulları ilə müalicəsi zamanı şəxsin qidalanması məhdudlaşdırılır və bu zaman fərd tədricən çəki itirməyə başlayır.

Bəzən yüksək çəki sağlamlıq probleminin müalicəsi zamanı pəhriz, məşq nəticə vermir, bu zaman artıq çəkisi olan xəstələrdə qeyri-cərrahi piylənmə müalicəsi təsirli olmaya bilər. Mədənin həcmi azaltmaq və ya qidanın udulmasını azaltmaq və ya hər ikisini aparmaq üçün müxtəlif cərrahi üsullar var (Sjostrom L., Peltonen M., Jacobson P., 2012).

Tibbi ədəbiyyatda qeyri-cərrahi piylənmə müalicəsinin mədə botoksu, mədə balonu kimi üsulları var.

Bəzən qeyri-cərrahi piylənmə müalicəsi faydalı olmur, bariatrik cərrahiyyə bu vəziyyətlərdə yararlı ola bilər.

Tibbi ədəbiyyatda bariatrik cərrahiyyə piylənmə cərrahiyyəsi və ya arıqlama cərrahiyyəsi də adlandırılır. Bariatrik cərrahiyyənin nəticəsində mədənin həcmi süni şəkildə kiçilir (Sjostrom L., Peltonen M., Jacobson P., 2012).

Bariatrik cərrahiyyə əməliyyatı keçirən bütün xəstələrin orta hesabla 80-90%-i arıqlamaq məqsədinə çatır.

Bariatrik cərrahiyyənin təhlükəli olması haqda müxtəlif fikirlər var. Belə ki, şiddətli piylənmə zamanı əməliyyat həyat qurtarır, lakin müəyyən risklər və yan təsirlər də mövcuddur. Bunlara qan laxtalanması, infeksiyalar və qanaxma kimi potensial risklər aiddir. Lakin bu risklər və yan təsirlər peşəkarlıq və professionallıqla idarə oluna bilər.

Bariatrik cərrahiyyə potensial ağırlaşmaları idarə edə bilən təcrübəli mərkəzlərdə həyata keçirildikdə ümumiyyətlə təhlükəsizdir (Sjostrom L., Peltonen M., Jacobson P., 2012).

1.3. Depressiya haqqında

Müasir dünyada milyonlarla insan depressiyadan əziyyət çəkir. Depressiya milliyyət, yaş, boy, çəki, dini şüur və mədəni fərqlərinə görə müxtəlif insanlarda rast gəlinir. Çarəsiz vəziyyətlərdə insanlar müxtəlif müalicəvi dərmanlardan - anti-depresantlardan istifadə edir, lakin problem həll olunmur, azalmır, əksinə getdikcə dərinləşir. ÜST-ün XX əsrin sonlarında gəldiyi nəticələrə görə depressiya 2020-ci ildə dünyanın ikinci öndə gedən psixi xəstəliyi olacaqdır (Рутковский Л., 2016).

Müasir dövrümüzdə bu proqnozun həyat keçməsinin acı nəticələrini müşahidə etməkdəyik. İnsanların malik olduqları psixopatoloji hallar dərinləşmiş, depressiya, səbəbsiz həyəcan və intihar halları geniş intişar tapmışdır.

Psixopatoloji hallar sırasında depressiyanın miqyası daha çox genişlənmişdir. Artıq depressiyanın dünyada epidemiya xarakteri aldığı söyləmək mümkündür.

Aparılan tədqiqatlarda depressiya ilə bağlı maraqlı məlumatlara rast gəlinir:

1.1915-ci ildən bəri depressiyadan əziyyət çəkən insanların sayı artmaqdadır;

2.Zaman keçdikcə depressiya “cavanlaşır”, yəni gənc nəslin xəstəliyinə çevrilməkdədir;

3.Hazırda depressiya daha çox 25 yaşlarda rast gəlinməkdədir;

4.Depressiya riski gündən günə artmaqdadır;

5.Hazırda dünyada 200 milyondan çox insan depressiyadan əziyyət çəkir;

6.Təkcə ABŞ-da depressiyanın vurduğu maddi ziyan il ərzində 70 milyard təşkil edir;

7.Son 10 il ərzində insanlar tərəfindən istifadə olunan anti-depresantların sayı bir neçə dəfə artmışdır (Рутковский Л., 2016).

Depressiya həkim və ya psixoloqun rəsmi testi olmadan belə diaqnostika edilə bilər. Lakin həkim və ya psixoloqun diaqnostikası depressiyanın səbəbləri və effektiv müalicə üsullarının seçilməsi üçün səmərəli xarakter kəsb edir. Depressiyanın 9 mühüm simptomu müəyyən edilmişdir:

- 1.Dərin kədər və ya mənəvi boşluq hiss etmə;
- 2.Apatiya;
- 3.Narahatlıq (həyəcan, təşviş);
- 4.Yuxunun pozulması;
- 5.İştahın pozulması;
- 6.Diqqət əskikliyi;
7. Suçluluq duyğusu, özünü günahkar hissetmə, gərəksizlik duyğusu;
- 8.Sağlam olmayan düşüncə;
- 9.Yorğunluq.

Depressiya diaqnozu yuxarıda verilən simptomların mövcudluğu zamanı qoyula bilər. Fərd verilən simptomların 5 və ya 9-unu 2 və ya 3 həftə ərzində hiss etdikdə dərin depressiya vəziyyəti diaqnozlaşdırılır. 2 və 9 simptomu minimum 2 həftə hiss edən şəxslərdə yüngül depressiya vəziyyəti diaqnozlaşdırılır. Fərd yüngül depressiya formasında həyat keyfiyyətinin pisləşdiyini hiss etməyə də bilər. Lakin yüngül depressiya dərinləşərək depressiyanın ağır formasına da keçə bilər.

Depressiyanın yaranma faktorları tədqiq olunmuş, bir çox tədqiqatçılar depressiyanı heterogen hal kimi qiymətləndirmişdir. Belə hesab olunur ki, emosional pozuntunun formalaşmasında müxtəlif endogen və ekzogen faktorlar iştirak edir (Кадыков А. С., 2009).

Bir çox hallarda depressiyanın yaranmasının konkret səbəbi məlum olmur. Biopsixososiooloji model belə halları izah etməyə cəhd göstərmişdir. Biopsixososiooloji model depressiyanın yaranmasında bioloji, psixoloji və sosioloji faktorları ehtiva edir (Тхостов А. III., 2018).

Depressiyanın diaqnostikasında emosional pozuntunun ağırlıq dərəcəsi öyrənilmişdir. XBT-10-a əsasən depressiyanı yüngül, orta və ağır səviyyələrə ayırırlar. Yüngül depressiya (F32.0) zamanı xəstəliyin təzahürləri yüngül ifadə olunmuş olur, klinik təsvirdə bir simptom dominasiya edə bilər. Orta dərəcəli depressiya (F32.1) orta dərəcəli affektiv sindromla müşahidə olunub, sosial və professional fəaliyyətin enməsi ilə əsas simptomların ikisi və əlavə simptomların üç və ya dördü görünə bilər. Ağır depressiya (F32.2) sosial fəaliyyətin pozulması ilə ifadə olunur, professional fəaliyyətlə məşğul ola bilməmə, suicidal aktivlik və

bəzi hallarda psixotik təzahürlərlə özünü büruzə verə bilər. Əsas simptomların hamısı və dördədən artıq əlavə simptom müşahidə olunur (WHO (World Health Organization), 2022).

Son dövrlərdə depressiyanın diaqnostikasında subsindromal depressiya konsepsiyası inkişaf etmişdir. Subsindromal depressiyanın klinik təsvirində sosial fəaliyyətin pozulmasına gətirən və iki həftə ərzində ifadə olunmuş istənilən iki və daha artıq depressiv epizod simptomu müşahidə olunur (Goldney, Fisher, Dal, 2004; Rodríguez, Nuevo, Chatterji, 2012).

Depressiyaya meyllilikdə ailənin də rolu əhəmiyyətli dərəcədə böyükdür. Tədqiqatlar göstərir ki, depressiya xəstələrinin yaxınlarında tez-tez psixosomatik pozuntulara rast gəlinir.

1.3.1. Depressiv pozuntuların ümumi xarakteristikası

Depressiyanın əsas formaları aşağıdakılardır:

1. unipolyar depressiya
2. bipolyar depressiya

Unipolyar depressiya zamanı pasiyentlərdə əhval-ruhiyyənin bir qütbədə qaldığı müşahidə olunur. Bipolyar depressiya bipolyar affektiv pozuntunun bir hissəsi olub maniakal, hipomaniakal və ya qarışıq affektiv epizodlarla dəyişir.

Elmi ədəbiyyatda unipolyar depressiyanın aşağıdakı növlərini fərqləndirirlər:

1. rezistent depressiya
2. atipik depressiya
3. postnatal depressiya
4. distimiya (Rodríguez M.R., Nuevo R., Chatterji S. et al., 2012).

Rezistent depressiya anlayışına sinonim və ekvivalent olaraq elmi - psixiatrik ədəbiyyatda terapevtik rezistent depressiya və ya refrakter depressiya anlayışları işlədilir. İlk dəfə terapevtik rezistent depressiya anlayışı psixiatrik ədəbiyyatda 1974-cü ildə istifadə edilmişdir. Rezistent depressiya zamanı pasiyentlər antidepressantlarla müşayiət olunan ən azı 2 kurs farmakoloji müalicəyə reaksiya vermir. Sanki depressiyanın müalicəyə tabe olmaması halı müşahidə olunur.

Atipik depressiya özündə tipik simptomlardan əlavə spesifik simptomları ehtiva edən depressiya pozuntusudur. Bu spesifik simptomlara yüksək iştah, çəki artımı, artıq dərəcədə yuxululuq və emosional reaktivlik daxildir.

Postnatal depressiya doğuşdan sonra görünə bilən depressiv pozuntudur (Маркин С. П., 2008; Быков Ю. В., 2009).

Distimiya – iki il və daha çox müddətdə davam edən xroniki əhval - ruhiyyə düşkünlüyüdür. Zamanla adətən iki həftəni keçməyən rifah halları görünür, əhval-ruhiyyə səviyyəsi və aktivlik yüksəlir (Нуллер Ю.Л., 2021).

Tibb elmində həyati mənaya gələn, yüksək ifadə olunmuş kədər və təşvişlə müşahidə olunan vital depressiya terminindən istifadə olunur. Bu xarakterli depressiya xəstələrdə fiziki səviyyədə hiss olunur. Hesab olunur ki, bu tip depressiya həyati proseslərin pozulmasından yaranaraq, tsiklik inkişaf edir, pasiyentin özünə də bəlli olmayan səbəblərdən anidən meydana çıxma bilirdi (Гиляровский В.А., 2004).

Vital depressiyalar psixotik simptomatsız ağır depressiv epizodlar kimi klassifikasiya olunur (F31.2). Vəziyyətin ağırlığına baxmayaraq, vital depressiyalar müsbət proqnozlara malikdir. Çünki onlar antidepressantlar vasitəsi ilə effektiv müalicəyə tabe olur (WHO (World Health Organization), 2022)

Əsas depressiya pozuntuları formalarından əlavə olaraq, bəzi altkateqoriyalı pozuntular da mövcuddur. Aşağıda verilən depressiv təsvirlər XBT-10 əsaslanır (WHO, 2022):

1) Psixotik depressiya. Bu depressiya pozuntusunun strukturunda hallüsinasiya və sayıqlama kimi psixotik simptomlar və ifadə olunmuş psixomotor pozuntular var. Şizofreniya və şizoaffektiv pozuntularla müqayisədə bu psixotik ifadələr affektiv simptomatsız müşahidə olunmur. Psixotik depressiyada hallüsinasiyalı və sayıqlamaların tərkibi adətən üstünlük təşkil edən kədər affekti ilə müşayiət olunur.

2) Melanxoliya (somatik simptom). Bu zaman pasiyentdə öz fəaliyyətinə maraq və həzzin itməsi, adətən xoş olan mühit və hadisələrə qarşı emosional reaktivliyin enməsi, erkən səhər oyanışları, səhər saatlarında depressiya simptomlarının yüksək ifadəsi, psixomotor ləngimə və ya aktivlik, çəki və iştahın əhəmiyyətli səviyyədə enməsi, libidonun enməsi halları müşahidə olunur. Adətən bu təzahürlər yaşlı pasiyentlərdə görülür.

3) Atipik depressiya. Adətən gənc pasiyentlərdə xarakterik simptomlarla meydana çıxır, bir depressiya formalarında görülməyən yuxululuq və yüksəlmiş iştah müşahidə olunur.

4) Sürətli periodlu bipolyar depressiya. Belə depressiya il ərzində dörd və ya daha çox affektiv epizodlarla sürətli dəyişən depressiya növü kimi xarakterizə olunur. Bu affektiv epizodlara depressiv, maniakal, hipomaniakal və qarışıq maniakal-depressiv epizodlar daxildir. Tsikilləşmənin səbəbi spontan ola bilər, adətən antidepressantlar qəbulu zamanı baş verir.

5) Sezon depressiv pozuntu. Bu təkrarlanan epizodlarla özünü ifadə edən, epizodun başlaması və ilin hansısa periodu ilə bağlı olan pozuntudur. Depressiv simptomlar sezon

aralıklarında itir. Bu tip depressiyada terapiya xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Terapiyanın xüsusiyyəti ondadır ki, qısa kurslarla fototerapiya effektiv hesab olunur (Точилов В.А., 2009).

Depressiya zamanı qan plazmasında serotonin maddəsinin azlığı müşahidə olunur. Serotonin maddəsinin miqdarının enməsi depressiya səviyyəsindən asılı olaraq dəyişir. Depressiya zamanı qan plazmasında triptofanın və metabolit 5- oksiindolüksus turşusunun konsentrasiyası da azalır (Jans L.A., Riedel W.J., Markus C.R. et al., 2007).

Heyvanlar üzərində aparılmış eksperimental tədqiqatlarda heyvanların serotonin reseptorlarının tormozlandırılması aksiogen davranış yaradır, belə ki aksiogen davranış insanlardakı depressiyaya analoq hesab edilir (Toth M., 2003).

Depressiya zamanı baş beyində dəyişikliklər baş verir. Uzun müddət depressiya zamanı baş beyində olan dəyişikliklər haqqında yeganə elmi məlumatlar patomorfoloji araşdırmalar nəticəsində əldə olunurdu və bunun da öz sərhədləri var idi. Neyrovizualizasiya və funksional metodların inkişafı, pasiyent həyatını davam etdiyi dövəmdə depressiyanın baş beyin strukturlarında yaratdığı dəyişiklikləri və onların aktivlik səviyyələrini tədqiq etməyə imkan verdi (Cousins, Grunze, 2012).

Tədqiqatçılar çoxsaylı morfometrik araşdırmalar nəticəsində qənaətə gəlmişlər ki, ağır melankolik depressiya zamanı beynin prefrontal korteks, ön singulat girus, striatum və qabıq hissənin atrofiyası baş verir (Bora E., Harrison B.J., Davey C.G., 2012).

Yaşlı pasiyentlərdə əlavə olaraq talamusun ölçüsünün azalması görünür. Oxşar nəticələr başqa tədqiqatlarda aşkar olunmuşdur. Depressiya zamanı singulat girusda neyronal aktivliyin enməsi aşkarlanmışdır (Savitz, Drevets, 2009).

J.B. Savitz və W.C. Drevets (2009) depressiya zamanı daha çox aşağıdakı xarakterik dəyişiklikləri ayırırlar:

- 1) hipokampın atrofiyası;
- 2) baş beyinin ağ maddəsində siqnal aktivliyi;
- 3) neqativ stimulasiya zamanı amiqdala aktivləşməsi;
- 4) ön singulat girus hissəsində struktur və funksional dəyişiklik;
- 5) alın-limbik sistem sktukturları arasında əlaqənin pozulması (Savitz Drevets, 2009).

1.3.2. Depressiyaya elmi yanaşmalar

Psixoloji ədəbiyyatda depressiyaya müxtəlif elmi yanaşmalar var. Depressiyaya aid psixoloji konsepsiyalar içərisində üç əsas nəzəri model öz aktuallığını indiki dövrə qədər

qoruyub saxlamışdır. Bunlar psixoanalitik, biheviolist və koqnitiv konsepsiyalardır (Маркин С. П., 2008).

Psixoanalitik yanaşma. Depressiyaların tədqiqində psixoanalitik yanaşma öz inkişafını Z.Freydin obyektin itirilməsi ideyasından götürür. Depressiyaya psixoanalitik yanaşma Z.Freydin klassik əsəri sayılan “Kədər və melanxoliya” (Z.Freyd,1917) əsərində formalaşdırılmışdır. Z.Freydin fikrincə matəmin normal reaksiyası və depressiyanın klinik ifadəsi ilə bir uyğunluq var. Z.Freyd depressiyanın yaranmasını sevgi obyektinin itirilməsi ilə bağlayır. Əgər kədərdə reallıq prinsipi qorunub saxlanılırsa, melanxoliya sevgi obyektinin şüursuz itirilməsi ilə əlaqədar olaraq yaranır (Тхостов А. Ш., 2018).

Analitik konsepsiyada müxtəlif müəlliflər depressiyanın əmələ gəlməsinin səbəbləri kimi şəxsi və şəxsiyyətlərarası faktorları göstərir. Şəxsi faktorlar kimi sıxışdırılmış aqressiya, sevgi və nifrətin münaqişəsi (əhəmiyyətli insanlarla münasibətlərdə ambivalentlik), başqa insandan asılılıq, avtonomluluğun defisiti, aşağı özünüqiymətləndirmə, qeyri-real və yaxud reallaşması mümkün olmayan arzular və s. kimi faktorlar önə çəkilir. Şəxsiyyətlərarası faktorlara isə uşaqlığın travmatik təcrübəsi, yaşanmış çarəsizlik hissi və ya real təcrübə, libido obyektinin real və yaxud xəyalən itirilməsi, təmin edilməyən seksual istəklər və s. aid edilir. Psixoanalitik konsepsiyanın nümayəndələri iddia edirlər kimi, depressiyaların formalaşmasında özünüqiymətləndirmənin xüsusiyyətlərinin çox böyük rolu var. Belə ki, depressiv xəstələr öz narsistik özünüqiymətləndirmələrini sabit saxlamaq üçün şəxsiyyətlərarası mənəvi dəstəyə ehtiyac duyurlar. Mənəvi dəstək mənbələrini (yəni obyektləri) itirəndə onlar qəzəb hissi keçirirlər (Маркин С. П., 2008; Рутковский Л., 2016).

Koqnitiv-biheviolistik yanaşma. Depressiyanın koqnitiv modeli sistemətik klinik müşahidələrin və eksperimental tədqiqatların nəticəsi olaraq meydana çıxmışdır. Məhz klinik və eksperimental yanaşmaların ahəngi bu nəzəri modelin yaranmasını və koqnitiv terapiyanın prinsiplərinin ifadə edilməsini mümkünləşdirdi.

Koqnitiv model depressiyanın psixoloji strukturunu izah edən üç spesifik anlayışı ehtiva edir:

- 1) koqnitiv triad;
- 2) sxemlər;
- 3) koqnitiv səhvlər (informasiyanın səhv təhlili).

Koqnitiv triad üç əsas koqnitiv patternlərdən ibarətdir. Bu patternlər insanın özünə, şəxsi gələcəyinə və indiki təcrübəsinə münasibətini bildirir. Birinci komponent pasiyentin öz şəxsi personasına neqativ münasibəti ilə bağlıdır. Pasiyent özünü qeyri-adekvat, alçaldılmış və heç vaxt sağala bilməyən xəstə kimi hesab edir. Öz uğursuzluqlarını o, guya özündə

mövcud olan psixoloji, mənəvi və ya fiziki defektlərlə izah etməyə meyl edir. Pasiyent əmindir ki, bu defektlər onu dəyərsiz, heç kimə lazım olmayan varlıq edib. O, daima özünü günahlandırır, danlayır və nəhayət o, hesab edir ki, insana xoşbəxtlik və məmnunluq gətirən hər şeydən məhrumdur (Нуллер Ю.Л., 2021; Рутковский Л., 2016).

İkinci komponent pasiyentin indiki təcrübəsini neqativ izah etmə meylidir. Pasiyentə elə gəlir ki, onu əhatə edən aləm həyati məqsədlərə nail olmaq üçün ona hədsiz tələblər və ya aşılmaz əngəllər törədir. Aləmlə qarşılıqlı təsir istənilən təcrübədə ona yalnız itki və məğlubiyyət kimi görünür. Pasiyent çox vaxt situasiyanı yalnız və neqativ təhlil edir.

Üçüncü komponent öz gələcəyinə neqativ münasibətlə bağlıdır. Öz gələcəyini nəzərdən keçirərək depressiv pasiyent yalnız iztirab və çox ağır sınaqların sonsuz sırasını görür. O, düşünür ki, onu ömrünün axırına qədər çətinliklər, itkilər və ümitsizliklər gözləyir.

Motivasiyanın pozulmasını (məsələn, istəklərin olmaması, iradəsizlik) koqnitiv proseslərin təhrifi ilə izah etmək olar. Bədbinlik və ümitsizlik iradəni iflic edir. Əgər insan həmişə məğlubiyyət gözləyirsə, əgər o, həmişə mənfi nəticə gözləyirsə, onda nə üçün qarşısına məqsədlər qoymalı və yaxud hansısa işlər görməlidir? Kəskin şəkildə ifadə olunan, həll olunmayan və dözülməz olan problem və situasiyalardan qaçmaq intihar istəkləri formasını alır. Depressiv xəstə ətrafdakılar üçün özünü bir yük saymağa başlayır və bunun əsasında öz ölümünü ən yaxşı variant hesab edir. Depressiv pasiyentlərdə müşahidə olunan həddən artıq asılılığı da koqnitiv terminlər vasitəsi ilə izah etmək olar. Öz səriştəsizlik və çarəsizliyinə əmin olduğu üçün, hər bir şeydə yalnız əngəllər və çətinliklər görən depressiv xəstə hesab edir ki, ən sadə belə tapşırığın öhdəsindən gələ bilməyəcək. Bu zaman o, özündən səriştəli və qabiliyyətli hesab etdiyi insanlarda kömək və dəstək axtarır.

Nəhayət, *koqnitiv model* depressiyanın fiziki simptomlarını da izah edə bilir. Pasiyentin öz təşəbbüslərinin faydasızlığında əminliyə, süstlük və enerji çatışmazlığına səbəb ola bilər. Gələcəyinə bədbin baxış psixomotor ləngimə yarada bilər (Маркин, С. П., 2008; Рутковский Л., 2016; Нуллер Ю.Л., 2021).

Depressiv təfəkkürün strukturu. Koqnitiv modelin digər vacib tərkib hissəsi sxem anlayışıdır. Depressiv pasiyentin həyatında pozitiv faktorların olmasına baxmayaraq, özünün neqativ, iztirablı və məhvedici fikirlərindən əl çəkməməsi sxemin köməyi ilə izah olunur (Маркин С. П., 2008; Нуллер Ю.Л., 2021).

Hər bir situasiya müxtəlif stimulların çoxluğundan ibarətdir. Fərd ayrı-ayrı stimullara fərqli olaraq cavab verir və onları bir patternlərə birləşdirərək situasiyanı müəyyən tərzdə konseptuallaşdırır. Baxmayaraq ki, müxtəlif insanlar eyni bir situasiyanı müxtəlif cür izah edirlər, bəzən insan eyni tipli hadisələrə öz reaksiyalarında ardıcıl ola bilər. Koqnitiv

patternlərin (sxemlər) müqayisəli sabitliyi insanın eyni tipli situasiyaları eyni cür izah etməsinə səbəb olur. Hər hansı bir hadisə ilə rastlaşanda insanda bu hadisə ilə bağlı olan “sxem” aktivləşir. Sxem – koqnitiv törəməyə (verbal və ya əyani təsəvvürü) informasiyanı salmaq üçün bir formadır. Aktivləşdirilmiş sxemə uyğun olaraq fərd informasiyanı ayırır, fərqləndirir və kodlaşdırır. O, baş verənləri sxem matrisalarına əsaslanaraq kateqoriyalaşdırır və qiymətləndirir. Müxtəlif hadisə və situasiyaların subyektiv strukturu fərdin istifadə etdiyi sxemlərdən asılıdır. Sxem uzun müddət aktiv olmaya da bilər, amma o, spesifik ətraf stimulla (məsələn, stresli bir situasiya) asanlıqla aktivləşə bilər. Konkret situasiyaya fərdin reaksiyası aktivləşdirilmiş sxemlə izah olunur. Psixopatoloji hallarda insanda stimulların qavraması pozulur. O, faktları təhrif edir və ya onun şüurunda dominant olan disfunksional sxemlərə daxil edilən faktları qavrayır. Pasiyent öz fikri əməliyyatları üzərində idarəni itirir və daha adekvat sxemləri aktivləşdirə bilmir.

Depressiyanın daha yüngül formalarında pasiyent özünün neqativ fikirlərini az və ya çox dərəcədə obyektiv qiymətləndirə bilər. Depressiyanın ağırlaşması ilə neqativ ideyalar daha da güclənir, baxmayaraq ki, onların düzgün olmasını sübuta yetirən heç bir obyektiv səbəb yoxdur. Belə dominant neqativ sxemlər reallığı təhrif edir və təfəkkürdə sistemativ səhvlərə gətirib çıxarır. Nəticədə depressiv pasiyentdə öz izahlarının səhv olmasını etiraf etmək meyli azalır. Ən ağır hallarda pasiyentin təfəkküründə belə sxemlər tamamilə dominantlıq edir. Pasiyent bütövlükdə neqativ fikirlərə aludə olur. O, xarici stimullarda öz diqqətini cəmləşdirə bilmir (məsələn, müaliə vaxtı, həmsöhbətin sualları zamanı) və pasiyent ixtiyari idrak fəallığına hazır olmur (məsələn, hesablama, xatirələrin yada salınması və s.) (Маркин С. П., 2008; Рутковский Л., 2016; Нуллер Ю.Л., 2021).

İnformasiyanın yanlış təhlili. Bu koqnitiv modelin üçüncü tərkib hissəsidir. Təfəkkürdə olan sistemativ səhvlərə görə neqativ ideyaların düzgünlüyünə əmin olma pasiyentin şüurunda saxlanılır:

1. İxtiyari əqli nəticələr: pasiyent əqli nəticələri təsdiqləyən faktların olmamasına rəğmən müəyyən əqli nəticələr çıxarır;
2. Seçici abstraktlaşma: pasiyent situasiyanın bir fraqmentinə əsaslanaraq əqli nəticələr çıxarır və situasiyanın digər daha mühüm aspektlərini nəzərə almır;
3. Ümumiləşdirmə: pasiyent bir və ya bir neçə ayrı-ayrı insidentlərin əsasında qlobal nəticələr və ya ümumi bir qayda çıxarır, daha sonra digər situasiyaları qiymətləndirir;
4. Həddən artıq yuxarı və aşağı qiymətləndirmə: hadisənin əhəmiyyəti və vacibliyinin qiymətləndirilməsində səhvlər o qədər güclü olur ki, faktların təhrifinə gətirib çıxarır;

5. Personlaşdırma: pasiyentdə xarici hadisələri öz personası ilə uyğunlaşdırmaq meyli olur;
6. Təfəkkürün dixotomiyası və mütləqiyyəti: pasiyent müstəsnaqlarla fikirləşir, hadisələri, insanları, hərəkətləri iki bir-birə zidd olan kateqoriyalara bölür, məsələn, yaxşı – pis, mükəmməl – qüsurlu və s. Özündən danışarkən pasiyent əsasən neqativ kateqoriyalar seçir (Маркин, С. П., 2008).

Depressiyada insan təcrübəni nisbətən primitiv üsullarla strukturlaşdırır. Xoşa gəlməyən hadisələr haqqında depressiv pasiyentin hökmləri qlobal xarakter daşıyır. Onun şüurunda yer alan mənalar və əhəmiyyətlər yalnız neqativ, kateqorik və qiymətləndiricidir. Bu isə mənfi emosional reaksiya törədir. Bundan fərqli olaraq yetkin düşüncə həyatı situasiyaları tək bir kateqoriyaya deyil, çoxölçülü strukturda birləşdirir. Situasiyaları keyfiyyət terminləri ilə deyil, kəmiyyət terminləri ilə qiymətləndirir (Маркин С. П., 2008).

Depressiyaya meyillilik. Koqnitiv model depressiya meyillilik haqqında fərziyyə irəli sürmüşdür. Bu fərziyyəyə əsasən özü, gələcəyi və onu əhatə edən aləm haqqında neqativ təsəvvürlər insanda əvvəlki təcrübə əsasında formalaşır. Bu təsəvvürlər (sxemlər) müəyyən vaxta qədər latent (gizli) halda olurlar. Onları spesifik şərtlər aktivləşdirir. Məsələn, boşanma insanda uşaqlıq vaxtında ata və ya ananın itkisini yaşayan əvəz olunmaz itki konsepsiyasını aktivləşdirə bilər. Eyni ilə hansısa qüsurlu və ya xəstəlik insanda əzab və iztirablara məhkum olmasının gizli əminliyini aktivləşdirərək depressiyanı yarada bilər.

Biheviyistik yanaşmanın nümayəndəsi A. Bandura hesab edir ki, hər bir insan öz davranışı ilə başqa insanlara təsir göstərir. Depressiyaya düşdükdə insan onu əhatə edən əhəmiyyətli olan insanlardan uzaqlaşır. “Əhəmiyyətli olan insanlar” özlərini rədd edilmiş sayaraq insanı tənqid etməyə başlayırlar. Bu isə həmin insanın özünü alçalmasına və təcrid edilməsinə olan meyilliyini yüksəldir. Pasiyentdə aktivləşən neqativ fikirlər və təsəvvürlər ətrafdakılardan daha da şiddətli təcridə səbəb olur. Nəticədə pasiyent insanların ona göstərdiyi məhəbbəti və bağlılıqlarını adekvat qavramağa qadir olmur. Digər tərəfdən harmonik şəxsiyyətlərarası münasibətlər insanı dərin depressiyadan qoruya da bilər. Güclü sosial dəstək pasiyentin özünü alçalmaq meyillini azalda bilər. Bundan başqa ailə üzvləri və dostları sosial reallığın nümayəndələri kimi çıxış edərək depressiv pasiyentin neqativ fikirlərinin düzgünlüyünü yoxlamaqda kömək edə bilərlər (Маркин С. П., 2008; Рутковский Л., 2016; Нуллер Ю.Л., 2021).

1.3.3. Depressiyanın müalicəsində psixoterapiyanın rolu

Psixoterapiya nədir? Psixoterapiya – insan psixikasına müalicəvi psixoloji təsirdir, bu zaman psixikanın köməyi ilə insan orqanizminə təsir olunur, eyni zamanda psixoloji sağlamlığı bərpa etmək üçün mühüm təsir vasitəsidir (B.D.Karvasarski, 2002).

İstifadə olunan psixoterapiya növləri çoxdur, buraya rasionallıq, şərti-reflektor, hipno-suggestiv psixoterapiya, autogen məşqlər aiddir.

Rasionallıq psixoterapiya söhbətlə başlayır, bu zaman pasiyentə onun xəstəliyi barədə informasiya verilir. Söhbət əsnasında pasiyentə faktlar və nümunələrdən ibarət informasiya təqdim olunur. Eyni zamanda psixoterapiya adekvat nəticə verə bilsin deyərək fərddə müvafiq emosional durum yaradılmalıdır (B.D.Karvasarski, 2002).

Şərti-reflektor psixoterapiya (Salter A.,1949) fizioloq İ.P.Pavlovun şərti reflekslər nəzəriyyəsinə əsaslanır. Şərti-reflektor psixoterapiya zamanı psixoloq pasiyentin indiki davranışına diqqət yetirir, onun şüur aktına “indi bir şeyləri düzəltmək keçmişin təsirini dəyişdirmək deməkdir” ideyasını yerləşdirir (B.D.Karvasarski, 2002).

Hipno-suggestiv psixoterapiya hipnoz və ya hipnotik transa əsaslanır. Hipnoterapiyanın daha çox istifadə olunan variantı özünühipnoz üsuludur (B.D.Karvasarski, 2002).

Autogen məşqlər - əzələ relaksasiyasına əsaslanan, fərdin özünü məqsədyönlü inandırmasından ibarət bir psixoterapiya növüdür. Yoqa təliminin bəzi elementlərini özündə ehtiva edən bu psixoterapiya növü insanı sakitləşdirməyə və neqativ fikirlərdən azad olmağa yönəldir. “Sakitləşmə” anlayışı dedikdə, aktiv və düzgün həyat tərzinin insanı rahatlaşdırması nəzərdə tutulur.

Ən əsas köməklərdən biri də krizis qaynar xəttidir. Ən ağır anda insana psixoloji dəstək məqsədi ilə telefonla məsləhət vermək və ya yanlış hərəkətdən qorumaq mümkündür (B.D.Karvasarski, 2002).

Depressiyanın müalicəsində dərmanlar qədər psixoterapiyanın mübahisə olunmaz yeri və önəmi vardır.

Depressiyanın yaranmasında ruhi böhranların, yaşanmış və ya yaşanan məyusluqlar, emosional və fiziki itkilər, stress yaradıcı hadisələrin bioloji amillər qədər rolu vardır. Bunlardan dolayı, sadəcə farmakoloji müalicə yetərli olmadıqda, psixoterapevtin dəstəyi depressiyanın müalicəsində önəmli rol oynamaqdadır.

Depressiyanın müalicəsində psixoterapiyanın aşağıdakı faydaları var:

1. Xəstənin müalicəyə adekvatlığını artırır.
2. Dərmanlar hər zaman kənar təsirlərə malikdir, psixoterapiyada arzuolunmayan kənar təsirlər mövcud deyildir.

3. Depressiyanın müalicəsində dərman istifadə olunacaqsa, dərmanın anti-depressiv təsirinin başlayacağı ortalama 15-20 günlük müddətdə depressiv duyğuların öhdəsindən gəlməyi təmin edir.
4. Pessimizm, bədbinlik, tükənmişlik, ümitsizlik, çarəsizlik kimi depressiv duyğularla mücadilə gücünü artırır.
5. Depressiya səbəbindən pozulan ailə, iş, sosial həyatdakı əlaqə və münasibətləri bərpa etməyə yardımçı olur.
6. Depressiyadan sonra qalan simptomların aradan qaldırılmasını təmin edir.
7. Depressiyanın təkrarlanmasını önləməyə yardımçı olur.
8. Depressiya zamanı və sonrası sosial həyata adekvatlığı asanlaşdırır.
9. Xəstənin depressiya və onun əlamətlərini qəbul etməsini təmin etməklə mümkün təkrarlanmalar erkən aşkarlanır (B.D.Karvasarski, 2002).

Depressiyanın müalicəsinin kəskin mərhələlərində dəstəkləyici psixoterapiyalar tətbiq edilərkən, depressiya aradan qalxdıqdan sonra şüursuz münaqişələr, günahkarlıq hissi, basdırılmış hirs, xəyal qırıqlığı, məyusluqlar, narsistik dəstəyin itirilməsi, asılılıq kimi dərin mövzularda psixodinamik yanaşmalardan da istifadə edilir.

Psixoanalitik psixoterapiyalarda id-eqo-supereqo arasındakı intrapsixi konfliktlərə toxunulur. Həqiqi və ya xəyali narsistik məyusluqlardan yaranan münaqişələrin həllinə cəhd edilir. Bu gün psixoanalitik psixoterapiyalar depressiyanın müalicəsində məhdud istifadə olunur.

Psixodinamik terapiya təcrübələrində intrapsixi münaqişələr reqressiyaya səbəb olmadan həll edilir. Şəxsiyyət problemləri, cinsi problemlər, şəxsiyyətlərarası münaqişələr və narahatlıq kimi depressiyanın formalaşmasını asanlaşdıran pozuntular nəzərə alınır.

Depressiyanın müalicəsinin kəskin mərhələlərində dəstəkləyici psixoterapiyalar mühüm rol oynayır. Məqsəd xəstənin öz psixi qüvvəsini qəbul etməsi və mübarizə imkanlarından tam gücü ilə istifadə etməsidir. İnsan yaşadığı çətinlikləri dərk etməyi və müəyyən etməyi bacarmalıdır. Bu zaman fərd birbaşa problemə yönəlir. Problem müəyyən edildikdən sonra addım-addım həll edilir.

Evlilik münasibətlərini ehtiva edən psixoterapevtik seanslar da depressiyanın müalicəsində böyük rol oynayır. Həyat yoldaşları, cütlüklər arasındakı problemlər, konfliktlər və depressiv pozğunluq yaradan və ya depressiyanın davam etməsinə kömək edən neqativ münasibət nümunələri müzakirə edilir.

Koqnitiv və biheviorial psixoterapiyalar depressiyanın müalicəsində ən çox tanınan və üstünlük verilən psixoterapiya üsullarıdır. A.T.Bek tərəfindən təsvir edilən “depressiyanın

koqnitiv modeli”nə görə, depressiyaya düşmüş xəstə həm özünə, həm dünyaya, həm də gələcəyə neqativ baxışa malikdir. Bu səbəbdən xəstə özünü yetərsiz və dəyərsiz hesab edir, özünə və ətrafına biganə qalır, gələcəyə ümidli ola bilmir (B.D.Karvasarski, 2002).

Koqnitiv və biheviorial psixoterapiyada əsas məqsəd xəstənin depressiyanı qəbul etməsi və onunla mübarizə aparmağı öyrənməsidir. Müxtəlif həyat hadisələrini neqativ formada qəbul etmək və qiymətləndirmək meyli korreksiya olunmağa, mənfi düşüncələrin yaratdığı depressiv emosiyaların amansız dairəsi göstərilməklə real, müsbət fikir və şərhələrlə bu dairə qırılmağa cəhd edilir. Problemlərini sağlam və real şəkildə idarə etməyi öyrənən xəstə, müalicəsinə gündəlik həyatında sınaqdan keçirərək praktikaya tətbiq etməyi öyrənir (B.D.Karvasarski, 2002).

Dərman tətbiq edilməyən, psixotik özəllikləri olmayan və intihar ehtimalı olan depressiya xəstələrində koqnitiv davranış terapiyası asanlıqla istifadə edilə bilər. Müalicənin effektivliyi 95%-ə çatır. Bir çox tədqiqatçılar psixoterapiya alan xəstələrin təkrarlanma nisbətlərinin dərmanla müalicə olunanlara nisbətən daha aşağı olduğunu bildirirlər (B.D.Karvasarski, 2002).

Şəxsiyyətlərarası terapiya depressiyanın müalicəsində üstünlük verilən 12-16 həftə davam edən qısa bir terapiyadır. Bu zaman xəstənin cari problemlərinə və sosial münasibətlərinə daha çox diqqət yetirilir. Əslində, şəxsiyyət psixologiyasında şəxsiyyət pozuntuları içərisində Z.Freyd tərəfindən irəli sürülən və sonrakı psixoanalitiklər tərəfindən inkişaf etdirilən depressiyaya meyli bir şəxsiyyət pozuntusu (depressiv tip) var. Belə şəxsiyyət pozuntusuna malik fərdlərin, həyatda qalmaq, şəxsi məmnuniyyəti əldə etmək üçün davamlı olaraq bəyənilmək, daimi sevgi və əlaqə axtarışında olduqları müəyyən edilmişdir. Bağlanma ehtiyacları sağlam şəkildə qarşılınmayan fərdlərin depressiyaya meyli olması aşkar edilmişdir.

Şəxsiyyətlərarası terapiyada depressiya hər hansı bir ürək xəstəliyi və ya müalicə edilməli olan hər hansı medikal xəstəlik kimi müalicə olunur. Psixoterapevt bilməlidir ki, depressiyada olan xəstəni heç bir duyğusuna görə günahlandırmaq olmaz. Depressiya tamamilə psixososial və şəxsiyyətlərarası münasibətlər əsasında baş verən xəstəlik hesab olunur. Psixoterapevt xəstənin şəxsiyyətini yenidən qurmaq məqsədi ilə işləməməlidir, əksinə, depressiyanın əlamətləri və sosial funksiyalarda olan çatışmazlıqlar üzərində çalışmalıdır. Psixoterapiya nəticəsində insan günahkarlıq, dəyərsizlik kimi depressiya əlamətlərinin xəstəliyin yalnız bir hissəsi olduğunu anlayacaq və bununla da rahatlama təmin ediləcək.

Şəxsiyyətlərarası psixoterapiya yanaşmasında fərdin həyatında əhəmiyyətli insanlarla münasibətləri, bir-birindən gözləntiləri və bu gözləntilərin nə dərəcədə qarşılandığı,

münasibətlərin qənaətbəxş və qeyri-qənaətbəxş tərəfləri, gözlənilən dəyişikliklərin qarşı tərəfdə və ya özündə olması kimi münasibət yönümlü araşdırmalar aparılır. Depressiya ilə bağlı problemlə sahələr müəyyən edilir və problemin öhdəsindən gəlmək üçün terapiya tətbiq edilir.

Depressiyanı psixoterapiya olmadan müalicə etmək mümkün deyil, xüsusən də bu patologiyadan əziyyət çəkən xəstələr özləri bu tibbi və psixoloji yardım formasına can atırlar və əksər xəstələr farmakoloji terapiyaya mənfi münasibət göstərir.

Çarəsizlik hissi, daimi şübhələr və özünə açıq şəkildə tələq sərbəbiylə, depressiyadan əziyyət çəkən xəstələr müəyyən dərmanlar üçün annotasiyaları oxuyaraq, müalicənin ilk günlərində asanlıqla yan təsirləri aşkar edirlər. Vegetativ sinir sisteminin pozulması səbəbindən onlarda tez-tez daxili orqanların funksional pozğunluqları baş verir və buna görə də dərmanların yan təsirlərinə həqiqətən həssas olurlar. Bir çox xəstə antidepressanlardan davamlı asılılıq barədə yanlış həyəcana malik olur. Yuxarıda göstərilənlərin hamısı belə xəstələrin psixoterapiyaya marağının artmasına səbəb olur (Рутковский Л., 2008).

Bir çox tədqiqatların nəticələri göstərir ki, depressiyanın müalicəsi zamanı fərdin endokrin parametrlərinin normallaşması yalnız antidepressantlarla müalicə zamanı deyil, həm də psixoterapiyanın köməyi ilə əldə edilir. Üstəlik, psixoterapiyanın endokrin göstəricilərə təsiri həm psixofarmakoloji terapiya ilə birləşdiyi halda, həm də yeganə müalicə üsulu kimi istifadə edildiyi halda müşahidə olunur (B.D.Karvasarski, 2002).

Depressiya üçün psixoterapevtik müalicənin hədəfləri əhval-ruhiyyə, düşüncə, davranış pozğunluqları, motivasiya və fizioloji simptomlardır.

Affektiv simptomlar arasında kədər, günahkarlıq və xüsusilə narahatlıq hissləri psixoterapevtik təsirlərə xüsusilə həssasdır, çünki bu hisslər ən çox xəstənin şəxsiyyət xüsusiyyətlərindən qaynaqlanır.

Depressiya müalicəsinin müxtəlif mərhələlərində psixoterapevtin taktikası dəyişə bilər. Bəzi hallarda, ağır depressiyalı xəstəni dözülməz melankoliya hissindən müvəqqəti olaraq azad etmək üçün psixoterapevtin xəstədə göz yaş tökməsi və özünə təəssüf hissi oyması lazım ola bilər.

Əgər xəstə öz hissləri haqqında səmimi danışarsa, qarşılıqlı empatiya ilə qarşılaşarsa, o zaman "emosional təmizlənmə" baş verir, o, rahatlaşır, ağırlı duyğulardan qismən azad olur. Bu, müvəqqəti olsa da, xəstənin vəziyyətini yüngülləşdirir. Xəstəliyin başlanğıcında onun emosional vəziyyətinə uyğun gələn hər şey onu heyran edir. Belə ki, o, xüsusən də kədərli musiqi dinləməkdən həzz alır, lakin sağaldıqca əvvəllər vəziyyəti yüngülləşdirən eyni musiqi qıcıqlanmaya səbəb ola bilər (Рутковский Л., 2008).

Depressiya xəstələri tək qalmaqda son dərəcə istəksizdirlər, eyni şəraitə meyilli insanları axtarırlar və daim onlarla özlərini müqayisə edirlər. Əvvəlcə digər xəstələrlə ünsiyyət qurarkən, onlar müvəqqəti olaraq rahatlaşır və özlərini daha yaxşı hiss edirlər. Ancaq digər xəstələrin tez-tez şikayətləri tezliklə qıcıqlanmaya səbəb olmağa başlayır.

Bundan əlavə, psixoterapevt oxşar təcrübələri, depressiyanın inkişaf tarixi və bu əziyyətdən sağalmış olan xəstələrdən danışarsa, o zaman xəstəsində depressiyanın şiddətinin azalmasına nail ola bilər. Digər insanların depressiyadan müvəffəqiyyətlə sağalması haqqında məlumat xəstənin özünün sağalmasına inamını gücləndirir. Müalicənin sonrakı mərhələlərində terapevtin depressiyaya düşmüş insan rolunu oynadığı rollu oyunlar da xəstənin vəziyyətinin yaxşılaşmasına kömək edir. Psixoterapevtin keçmişdəki təcrübələri haqqında hekayəsi xəstənin vəziyyətini yüngülləşdirir, həkimlə yaxşı təmas qurmağa, isti və etibarlı münasibətlərin formalaşmasına kömək edir. Bəzi psixoterapevtlərin nöqtəyindən, kədər hissi xəstədə qəzəb və qıcıqlanmaya səbəb olmaqla depressiyanı zəiflədə bilər, lakin bu, həmişə faydalı deyil, çünki xəstə uzun sürən emosional vəziyyətindən artıq kifayət qədər tükənmişdir (Рутковский Л., 2008).

Depressiyadan əziyyət çəkən bir insan, melanxoliya və narahatlıq duyğularının öhdəsindən gəlmək üçün adətən diqqətini hər şeyə yönəltməyə çalışır. Addımları saya bilir, əşyalara baxa bilir, müxtəlif söhbətlərlə diqqətini yayındırmağa çalışır, televizora baxır, bununla belə depressiyanın əlamətlərindən bu formada qaçmaqla, bir müddət sonra yenidən onun şəbəkəsinə düşür.

Xəstənin həmişə depressiyaya düşəcəyinə olan inamı məntiqi təkziblərin köməyi ilə sarsılmalıdır. Burada müxtəlif obrazlı müqayisələr uyğun gəlir, məsələn, xəstənin vəziyyəti ilə yağışa tutulmuş insanın vəziyyəti müqayisə edilir. Yağış sonsuza qədər davam edə bilməz və bitdikdə depressiya dayanacaq. Tipik olaraq, depressiya xəstələri məcazi müqayisələrə və metaforalara həssasdırlar, onların köməyi ilə yuxarıda qeyd edildiyi kimi, müvəqqəti olaraq xəstənin vəziyyəti yaxşılaşdırıla bilər (Гиляровский В. А., 2004).

Depressiyadan əziyyət çəkən xəstələrlə uzunmüddətli iş belə bir fikrə gətirib çıxarır ki, əgər həkim böyük səbirlə işə yanaşsa və xəstəyə müvafiq müsbət “psixiatrik yardım” göstərə bilsə, xəstəni bu vəziyyətdən çıxarmaq mümkündür. Burada bir texnika xüsusilə işə yarıyır. Depressiyadan əziyyət çəkən insan keçmişdə etdiyi işdən, ona sevinc gətirən hadisələrdən həzz almır. Bu simptomların öhdəsindən gəlmək üçün xəstə ilə birlikdə keçmişdə ona həzz verənlərin siyahısını tərtib etmək, bu siyahıya dünyanın əksər insanların dəyər verdiyi bütün adi həzləri əlavə etmək lazımdır (Рутковский Л., 2008).

Ənənəvi həzz duyğularının siyahısına fərdin özü üçün kiçik, lakin yeni kəşflər etməsi, yeni bir bacarıq öyrənməsi, qidalanma tərzinin dəyişilməsi, şirniyyat məmulatları, xüsusilə şokolad, meyvə qəbulu, yaxın insanlarla görüşmə, ailə ilə vaxt keçirmə, fiziki aktivlik göstərmə, idmanla məşğul olma, ictimai, yerlərdə daha çox vaxt keçirmə, mütləq və s. aiddir (Рутковский Л., 2008).

Depressiya üçün psixoterapiyanın ümumi prinsipləri haqqında danışarkən, həkimin xəstəyə münasibətdə öz hisslərinə nəzarət etməsinin vacibliyini qeyd etmək lazımdır. Depressiyadan əziyyət çəkən bir xəstə ilə işləyən psixoterapevt tez-tez boşluq, qıcıqlanma və yorğunluq hissi yaşayır. Bunun qarşısını almaq üçün psixoterapevt təkcə xəstəyə rəğbət bəsləməməli, həm də müəyyən məsafəni qoruyaraq onu diqqətlə müşahidə etməlidir. Terapiya prosesində xəstə ilə keçirilən ünsiyyət zamanı ciddi şəkildə tənzimlənməlidir. Məqsədli sualların aktiv şəkildə verilməsi, diaqnoza əmin olmaq və real ümid bəsləmək depressiyanın müalicəsinin əsas qaydalarıdır. Çoxsaylı araşdırmalar göstərir ki, həkimdən alınan ümid xəstələr tərəfindən retrospektiv olaraq depressiyanı aradan qaldırmaq prosesində mühüm yardım kimi qiymətləndirilir.

Çox vaxt xəstə sonsuz kömək gözləməsi ilə psixoterapevti "iflic etməyə" çalışır. Əslində, psixoterapevt çalışmalıdır ki, xəstə özünə, münasibətlər sisteminə diqqət yetirsin və vəziyyətini adekvat qavramaq üçün yollar axtarsın. Xəstə ilə onun vəziyyətinin simptomları haqqında danışmaq arzuolunmazdır, onlarla digər insanlarla münasibətlər haqqında danışmaq daha vacibdir. Psixoterapevtin mərhəməti adətən xəstənin kömək gözləməsini artırır, simptomların şiddətini azaltmaq cəhdi onların intensivləşməsinə, təsəlli isə təsəllisizliyə gətirib çıxarır. Xəstəyə təsəlli verməkdənsə, özünə kömək istəyini artırmaq və bunu ehtiyaca çevirmək vacibdir (Гиляровский В. А., 2004).

Depressiyada olan xəstə öz fikirlərini ifadə etməkdə çətinlik çəkəndə, psixoterapevt ona sadə bir ifadə və ya tələblə kömək edə bilər. Məsələn, "Bu barədə mənə ətraflı məlumat verin" kimi. Bəzi hallarda, terapevt xəstənin dediklərini təkrarlayır və ya əks etdirir, xəstənin hisslərini başa düşdüyünü nümayiş etdirir və bununla da xəstəyə terapevtlə daha açıq olmaq imkanı verir.

Söhbət zamanı psixoterapevt tibbi və psixoloji terminologiyadan imtina etməlidir. Xəstənin öz vəziyyətinin şiddəti ilə bağlı fikirlərindən onu "mütləq yaxşılaşacaqsan", "hər şey yaxşı olacaq" və ya "vəziyyətində ciddi bir şey yoxdur" kimi ifadələrlə çəkindirməyə tələsməməlidir. "Niyə" sözü ilə başlayan suallardan qaçmaq məsləhətdir, çünki depressiv vəziyyətdə olan xəstə əksər hallarda cavablarını yanlış hesab edəcək, şübhələri güclənəcək və əqli imkanlarını qiymətləndirmə zamanı mənfi düşüncələr meydana çıxacaq.

Bir çox hallarda depressiya zamanı psixoterapiya xəstənin müəyyən edilmiş resurslarına əsaslanır. Bu cür resurslar xəstənin keçmişdəki çətinliklərinin öhdəsindən uğurla gəldiyi bacarıqlar, nailiyyətlər, peşəkar uğur, dostlar və ya ailənin dəstəyi, hobbisi ola bilər. Xəstənin malik olduğu xarakterinin hansı keyfiyyətləri ilə fəxr etdiyini, özündə onu nəyin cəlb etdiyini soruşmaq faydalıdır (Рутковский Л., 2008).

İlk dəfə depressiyaya düşən biri ilə görüşərkən psixoterapevt intihar mövzusunda danışmağa çəkinməməlidir. Sualların aşağıdakı ardıcılığı tövsiyə olunur: “Özünüzü incitməyi düşünmüsünüzmü?”, “Ölüm haqqında heç düşünmüsünüzmü?”, “Ölmək istəyirsinizmi?”, “Özünüzü öldürmək barədə düşünmüsünüzmü?”, “Bu cəhdlərə nə səbəb oldu?”, “İntihar etməyə sizə nə mane oldu?” və s. İntihar edən xəstə ilə söhbət nəticəsində onunla intihar niyyətindən imtina etmək barədə müqavilə bağlanmalıdır. Həkim sualların cavablarını diqqətlə təhlil etməli, intihar düşüncəsinə səbəb olan amilləri müəyyən etməli və keçmişdə intihar cəhdlərinin risk dərəcəsini qiymətləndirməlidir (Рутковский Л., 2008).

Psixoterapevt üçün xəstənin emosional vəziyyəti, yaşadığı hisslər haqqında nə düşündüyü önəmlidir: o, depressiv simptomlardakı dəyişiklikləri necə şərh edir və qiymətləndirir? Xəstənin istifadə etdiyi qiymətləndirmələr onun ətrafındakı reallığı necə təyin etdiyinə təsir göstərir. Depressiyanın psixoterapiya prosesində, onlar demək olar ki, avtomatik olaraq yaranır və xəstənin yaddaşında əvvəlcədən qeyd olunur.

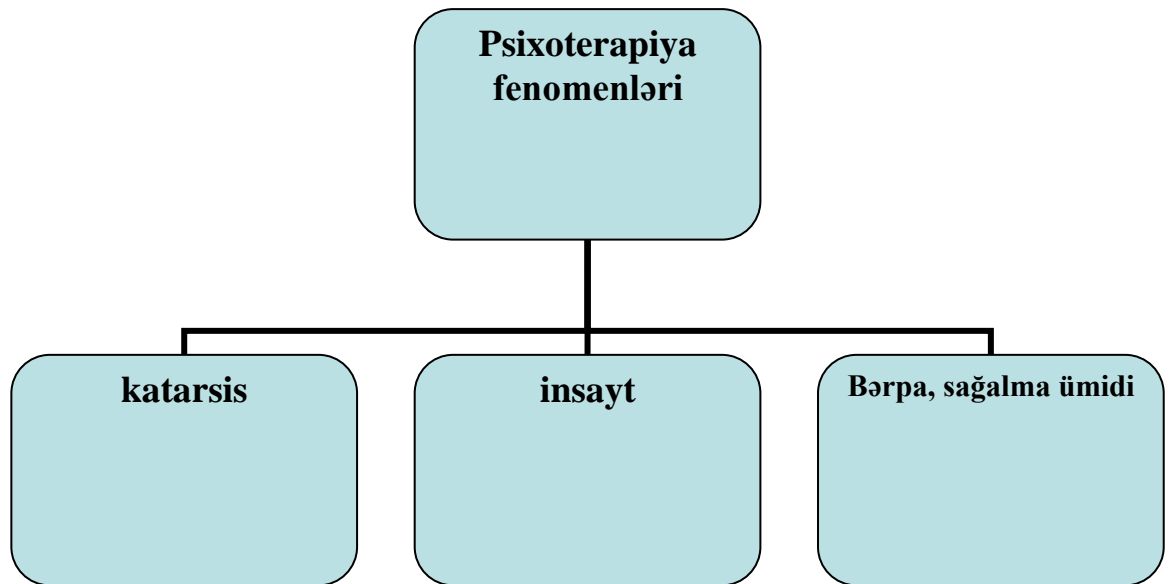
Psixoterapevt üçün xəstənin terapiya seansı zamanı baş verənləri yaddaşda saxlaması vacibdir. Bəzi hallarda, bunun üçün diktofonda bir seansın, xəstə tərəfindən psixoterapevtik söhbətin əsas məqamlarının qeyd edilməsi və ya seans bitdikdən sonra ondan təcrübələri haqqında yazılı hesabat tələb olunması məqsədəuyğundur. Hesab edirik ki, xəstədən bir müddət özü ilə səs yazıcı aparat gətirməyi xahiş etmək (səs yazıcısından istifadə etməklə “gündəlik monitorinq” mümkündür) və vəziyyətinin pisləşdiyi anda ondan yazı üçün istifadə etmək faydalıdır. Müasir dövrdə bu işi telefonla təşkil etmək mümkündür. Terapiya seansı zamanı alınan məlumatların mənimsənilməsini asanlaşdıran əsas üsullara xəstənin diqqətini sessiyanın planlaşdırılmasına yönəltmək və başa çatdıqdan sonra nəticələri qısa şəkildə yekunlaşdırmaq daxildir (Гиляровский В. А., 2004).

Psixoterapevtin əsas taktikası xəstənin emosional vəziyyətinin dəyişdirilməsidir. Daxili gərginliyi aradan qaldırmağa imkan verən rahatlaşdırma, katarsis - emosional azad olma proseslərini asanlaşdırmaq, gülüşə səbəb olmaq - emosional vəziyyətə nəzarət etmək üçün mümkün vasitələrdir. Xəstənin emosional vəziyyəti ilə iş prosesində hiss, emosiya və əhval-ruhiyyə kimi anlayışları ayırd etmək məqsədəuyğundur. Bundan əlavə, xəstənin indiki anda yaşadığı əsas hissi vurğulamaq vacibdir. Bir qayda olaraq, bir insanın sahib olduğu bir hissi

ayırmaq çətinidir. Bununla birlikdə, qarışıq emosional vəziyyətdə, mərkəzi hiss ətrafında nüvəni və onun periferiyasında mövcud olan təcrübələri ayırd etmək mümkündür Terapiya zamanı bəzən xəstənin keçirdiyi hissələrin diaqramını çəkmək faydalıdır. Yalnız emosiyaların qütbünü müəyyən etmək deyil, həm də onların şiddətini qiymətləndirmək mümkündür. Xəstənin hissələrinin şiddətinin subyektiv differensial qiymətləndirilməsi, məsələn, % və ya bal ilə mənfi emosiyaların amplituda və müddətindəki dalğalanmalara nəzarət faydalıdır. Emosional vəziyyəti qiymətləndirmək üçün xəstənin qeyri-verbal əlamətlərini (mimikaları, jestləri, duruşları və s.), ifadələrinin emosional müşayiətini, habelə klinik psixologiyada geniş istifadə olunan müxtəlif testlərdən istifadəni tətbiq etmək vacibdir (məsələn, Luscher testi kimi) (Гиляровский В. А., 2004)

Depressiyanın psixoterapiya prosesində psixoterapevt müxtəlif, olduqca mürəkkəb terapevtik hadisələrlə qarşılaşa bilər. Bəzən psixoterapevt gözlənilmədən onlarla qarşılaşır və xəstənin vəziyyətindəki yaxşılaşmadan təəccüblənərək psixoterapiya seansından sonra onları xatırlayır.

Depressiya zamanı tətbiq edilən psixoterapiya prosesinin ən məşhur fenomenləri bunlardır: katarsis (emosional sərbəstlik, reaksiya), insayt (baxış, hadisələri və hadisələri başa düşmək), bərpa, sağalma ümidi, mübarizəyə inam (bacarıqlar, özünə nəzarət).



Şəkil 1.1. Psixoterapiya fenomenləri

Terapevtik hadisələr psixoterapiyanın terapevtik təsir mexanizmləri ilə əlaqələndirilir və deyə bilərik ki, bir mayak kimi məqsədə doğru hərəkət istiqamətini göstərir.

Depressiya zamanı tətbiq edilən psixoterapiya prosesinin fenomenləri hər biri bu və ya digər dərəcədə kortəbiilik elementini daşıyır və belə güman etmək olar ki, hətta peşəkar psixoterapevtik müdaxilə olmadan da xəstə müstəqil şəkildə və ya adi bir insanın köməyi ilə ibtidai formada bu vəziyyətlərə nail olmaq iqtidarındadır.

Psixoterapiya prosesinin hadisələrinin təzahürlərini qiymətləndirmək və onların müalicənin nəticələrinə necə təsir etdiyini müəyyən etmək vacibdir. Bu hadisələr yaxud fenomenlər və onlara nail olmaq yolları nə dərəcədə universaldır? Bu suallara cavab almaq ehtiyacı göz qabağındadır. Əks halda terapevtik proses bağlanacaq və hadisələr terapevtin intuisiyası ilə müəyyən ediləcək, bu isə gözlənilməz nəticələrə səbəb ola bilər (Рутковский Л., 2008).

Depressiyanın müalicəsində psixoterapiyanın rolu əvəzsizdir. Təbii dərmanlarla müalicə daha az ödəniş tələb edir, ancaq bütün depressiv xəstələr anti-depressantlara reaksiya göstərmir. Hətta xəstələrin çoxu müəyyən səbəblərə görə dərmanları qəbul etməkdən imtina edirlər və ya əks təsir göstərmələrinə görə müalicəni dayandırır. Uzun müddətli perspektivdə dərmanlardan asılılıq pasiyentin özünün psixoloji imkanlarından istifadəsinə təsir edə bilər. Dərmanları qəbul edən xəstələr problemlərinin səbəbini kimyəvi disbalansda və özlərini yaxşı hiss etməsinin səbəbini də dərmanların qəbulunda görürlər. Nəticədə pasiyent özü depressiya ilə mübarizə aparmaq üçün şəxsi mexanizmlərini inkişaf etdirə bilmir. Psixoterapiyanın effektivliyi ondan ibarətdir ki, psixoterapevtik təcrübə öyrədici əhəmiyyət daşıyır. Pasiyent depressiya ilə mübarizə aparmaq üçün effektiv üsullar axtarıb tapır. Anti-depressantların geniş qəbuluna baxmayaraq, intiharların sayı çox yüksəkdir. Təbii ki, anti-depressantlar intihar böhranının yalnız müvəqqəti həllidir və pasiyenti gələcəkdə intihar cəhdlərindən qorumur.

Tədqiqatlar göstərir ki, suicidal pasiyentin psixoloji nüvəsini ümitsizlik hissi təşkil edir. Məhz belə hallarda psixoterapiya daha əlverişlidir (İsmayılov N.V., İsmayılov F. N., 2008; Гиляровский В. А., 2004).

1.4. Həyat keyfiyyəti və həyat məmnunluğu anlayışları haqqında

Müasir dövrümüzdə texnologiyanın sürətli inkişafına paralel olaraq klinik diaqnoz və müalicə üsullarındakı iləriləyişlər, insanların sağlamlıq baxımı ehtiyaclarında baş verən dəyişikliklər və yüksək çəki kimi xroniki xəstələrin sayında olan artmalarla düz mütənasiblik təşkil edir. Fərdlərin sağlamlıq üçün sərf etdiyi maddi vəsaitlər artdıqca həyat keyfiyyətinin enməsi, həyat məmnunluğunun azalması halları daha tez və erkən müşahidə olunmağa

başlayır. Bu baxımdan həyat keyfiyyəti, həyat məmnunluğu verən bir həyat yaşamaq üçün insanların sağlamlıq haqqında təsəvvürlərinin gücləndirilməsi vacib məsələlərdəndir. Həyat məmnunluğu sağlamlıq baxımı keyfiyyətinin artırılması, proqnozlaşdırılan müalicə proqramlarına fərdlərin adaptasiyasının artırılmasını tələb etməkdədir.

Aparılan tədqiqatlar göstərir ki, insanların sağlığında hər hansı bir xoş olmayan dəyişiklik olduğunda həyat məmnunluğunun pozulması halları baş verə bilər.

Həyat keyfiyyəti anlayışı ilk dəfə 1960-cı illərdə ABŞ-da siyasi müzakirələr zamanı meydana çıxmış və o zamandan etibarən istifadəsi geniş yayılmış kifayət qədər yeni anlayışlardandır. “On the Quantity and Quality of Life” adlı məqalədə ilk dəfə olaraq adı keçmiş və tez bir zamanda kütlə arasında geniş yayılmışdır (Aydiner və Paçacıoğlu, 2016).

Əslində həyat keyfiyyəti anlayışına elmdə verilən dəqiq tərif yoxdur. Həyat keyfiyyəti anlayışı özündə bir çox anlayışları ehtiva edir, bunlardan ən önəmlisi fərdin öz şəxsi həyatına baxış sistemi olaraq dəyərləndirilir. Həyat keyfiyyəti anlayışı əksərən fərdlər tərəfindən həyat məmnunluğu, xoşbəxtlik, anlayışları ilə eynimənalı anlayışlar olaraq dərk edilməkdədir.

ÜST-ün son məlumatlarına görə, həyat keyfiyyəti anlayışı, fərdin öz məqsədlərinə, sosial gözləmələrinə, həyat standartlarına və maraqlarına görə bir mədəniyyət və dəyər sistemində öz həyatını qavramasıdır. Burada önəmli olan həyat keyfiyyəti standartlarının zorla qəbul etdirilməməsi, fərdin öz həyatının özü tərəfindən dəyərləndirilməsi və bunun davam etdirilə bilməsidir bilməsidir (Bilir N., Özcebe H., Vazioğlu S. A., Aslan D., Subaşı N. ve Telatar T. G., 2005; Top M. Ş., Özden S. Y. ve Sevim M. E., 2005).

Həyat keyfiyyəti anlayışı cins, yaş, ailə vəziyyəti, təhsil səviyyəsi, gəlir səviyyəsi, sosial dəstək, yaşanılan kontingentin xüsusiyyətləri, sağlamlıq, iş məmnuniyyəti, asudə fəaliyyət kimi faktorlardan təsirlənməkdədir. Tədqiqatlar göstərir ki, qadın olmaq, yaşlı olmaq, aşağı təhsil səviyyəsi, xəstəlik vəziyyəti, gəlir səviyyəsinin az olması həyat keyfiyyəti səviyyəsini aşağı sala bilməkdədir (Aydiner və Paçacıoğlu, 2016).

1.4.1. Yüksək çəkili şəxslərdə həyat keyfiyyəti

Həyat keyfiyyəti fərdlərin öz şəxsi vəziyyətini fiziki, sosial, əqli və mənəvi ölçülərdə qavraması kimi müəyyən edilir. Həyat keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi çoxölçülü və subyektiv xarakter daşıyır və insanın fiziki, sosial, ekoloji və mənəvi ölçülərdə həyatının ümumi vəziyyətini ehtiva edir.

Kosmetik əməliyyat etdirən fərdlərin həyat keyfiyyətinə təsir edə biləcək faktorlar arasında fərdin ətraf mühit tərəfindən qəbul edilməsi və fərdin xarici görünüşünün ictimai

həyatına, özünə inamına və xoşbəxtliyinə təsirləri daxildir. Bu fərdlər üçün rifah onların görünüşünün emosional və sosial nəticələri ilə bağlıdır (Karlsson, J., Sjostrom, L., Sullivan, M., 2008)

Həyat keyfiyyəti, kosmetik prosedurların xəstələrə təsirini ölçərək, estetik prosedurlara sahib olan şəxslərin uzunmüddətli nəticələrinin qiymətləndirilməsində əhəmiyyətli bir vasitə olaraq görülür. Uğurlu kosmetik prosedurun nəticəsi xəstə məmnuniyyətidir. Gözəllik nisbi anlayışdır və kosmetik prosedurun texniki uğuru xəstə məmnuniyyəti ilə nəticələnməyə bilər. Xəstə məmnuniyyətini qiymətləndirmək üçün xəstənin nöqtəyi-nəzərindən mənalı dəyişikliyi aşkar etmək vacibdir. Kosmetik prosedurun psixoloji təsirlərini həyat keyfiyyətini ölçməklə kəmiyyətcə qiymətləndirmək mümkündür (Karlsson J., Sjostrom L., Sullivan M., 2008)

Xəstələrin kosmetik prosedurlardan gözləntiləri və məqsədləri fərqli olduğu üçün, prosedurun müvəffəqiyyətinin qavranılması insandan insana dəyişə bilər. Bu fərqlərə misal olaraq, bəzi fərdlərin daha cazibədar və ya daha gənc görünmək arzusu, digərlərinin isə yorğun və ya qəzəbli görünüşlərini azaltmaq kimi məqsədləri var. Həyat keyfiyyətinin nəticələrini qiymətləndirərkən bütün bu amillərin nəzərə alınması tövsiyə olunur (Karlsson J., Sjostrom L., Sullivan M., 2008)

Bir tədqiqatda BDP (Bədən Dismorfik Pozuntusu) simptomları və həyat keyfiyyəti arasında araşdırma nəticəsi olaraq, şiddətli BDP simptomları həyat keyfiyyəti ilə əhəmiyyətli dərəcədə əlaqələndirilmişdir (Tüzün M., Kabalak T., Yılmaz C., 2021). Başqa bir tədqiqatda psixi sağlamlıq müalicəsi alan şəxslərin fəaliyyəti və həyat keyfiyyəti, heç bir müalicə almayan fərdlərdən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənirdi (Üzmez B., 2007).

Yuxarıda verilən elmi faktlar yüksək çəkinin həyat keyfiyyəti ilə əlaqəsini sübuta yetirir.

1.4.2. Yüksək çəki, depressiya və həyat məmnunluğu anlayışları arasında əlaqə

Depressiya şişmanlıq və artıq çəki sağlamlıq problemi ilə yaxından əlaqəsi olan psixiatrik pozuntudur (Pereira-Miranda E, Costa PRF, Queiroz VAO., 2017).

İfrat çəkili və şişmanlıq problem olan şəxslərdə depressiya sıxlığını araşdıran bir meta-analizdə (elmi tədqiqat), artıq çəkili şəxslərdə müşahidə olunan həyat boyu depressiya pozuntusu, normal çəkili şəxslərlə müqayisədə 7%-dən daha çox olduğu, şişmanlığı olan şəxslərdə bu sıxlığın normal şəxslərə görə 32% daha çox olduğu öyrənilmişdir (Pereira-Miranda E, Costa PRF, Queiroz VAO., 2017).

Əhali arasında şişmanlıq, piylənmə və psixiatrik pozuntuları araşdıran bir tədqiqatda isə artıq çəkisi və şişman olan şəxslərdə təşviş pozuntusunun 1,46 dəfə daha çox görüldüyü aşkar edilmişdir (Scott KM, McGee MA, Wells JE., 2008).

Bir başqa tədqiqatda, şişman şəxslərdə artıq çəki ilə təşviş simptomlarının şiddəti arasında əlaqə olduğu önə sürülmüşdür (Guedes EP, Madeira E, Mafort TT., 2013).

Türkiyədə aparılan “Şişman qadınlarda psixiatrik diaqnoz sıxlığı” adlı tədqiqatda piylənməsi olan qadınlarda təşviş pozuntusu sıxlığı 14,5%-dirsə (eksperimental qrup), piylənməsi olmayan qadınlarda (nəzarət qrupu) təşviş pozuntusu 5,5% təşkil edir (Ozdel O, Sozeri-Varma G, Fenkci S., 2011).

Bu tədqiqatlar depressiya və təşviş pozuntularının piylənmə olan şəxslərdə daha yüksək nisbətdə müşahidə olunduğunu bildirməkdədir.

Depressiya və təşviş pozuntuları başda olmaqla bütün psixiatrik pozuntular, patalogiyalı koqnitiv funksiyalar, aşağı həyat keyfiyyəti və aşağı özünəhərmət ilə əlaqəlidir (Millan J., Agid Y., Brune M., 2012; Sagayadevan V., Lee SP., Ong C., 2018).

Şişman (yüksək çəkili) şəxslərdə bu psixiatrik pozuntuların yüksək nisbətdə müşahidə olunması bu dəyişənlərin də onlarda sıxlıqla görülə biləcəyini düşündürməkdədir.

Aparılan tədqiqatlar yüksək çəkili şəxslərdə insulin müqaviməti, hipertoniya, hiperkortizolemiya və leptin müqaviməti kimi klinik vəziyyətlərin koqnitiv funksiyaları pozduğunu göstərməkdədir (Waldstein SR, Katzel LI., 2006; Smith E., Hay P., Campbell L., 2011).

Bu klinik vəziyyətlər sinaptik plastisitedə azalma, norotransmittər səviyədə və reseptor sayında dəyişiklik, qan axımında dəyişiklik, demiyelinizasiya, bəyaz cövhərdə mikroenfarktus və damar tutulması etməklə koqnitiv funksiyaları pozduğu müəyyənləşdirilmişdir (Raschpichler M, Straatman K, Schroeter ML., 2013).

Müşahidə olunan koqnitiv pozuntular beynin təsirlənən hissəsi və ziyanın nisbətində görə gündəlik həyatda dözümlə bilən bir unutqanlıqdan həyəcanverici funksiyalarda pozulmalara qədər dəyişən bir aralıqdadır (Macit S., Gezmen Karadağ M., 2014).

Yüksək çəkili şəxslərdə koqnitiv funksiyalardakı pozulmanın ən önəmli nəticələrindən biri şəxsə çəki verməyi çətinləşdirməsidir (Spitznagel MB, Alosco M, Strain G., 2013; Spitznagel MB, Alosco M, Galioto R., 2014).

Fərdlərin koqnitiv pozuntularından dolayı psixiatr və ya mütəxəssis dietoloqla təyin olunan görüşə sistemli gedə bilməmələri, fiziki aktivlik üçün gərəkli təlimatları təqib edə bilməmələri, pəhriz zamanı məhdudlaşdırma və ya davranış dəyişikliklərindəki gərəkliliyi qavraya bilməmək kimi səbəblərin çəki nəzarətini təşkil etməkdə çətinlik yaratdığı

bildirilməkdədir (Bond DS, Phelan S, Leahey TM., 2009; Macit S, Gezmen Karadağ M., 2014).

Yüksək çəkili fərdlərdə həyat keyfiyyətinin mənfi, özünəhərmət səviyyəsinin aşağı olması isə problem olaraq başqa sahələrdə, bunlar şəxsiyyətin psixologiyası, fərdin psixotipi, mənlilik şüuru, Mən-obrazı ilə əlaqəlidir (Kolotkin RL, Andersen JR., 2017; Emre N, Oner M., 2018).

Yüksək çəki fərdlərin fiziki və sosial həyatında ruh sağlığı və həyat məmnunluğuna neqativ istiqamətdə təsir göstərməklə yanaşı, fərdlərin xəstəlik riskini artırmaqdadır (Üzmez B., 2007; Wudden and Stunkarda, 2023; Resch M., Haasz P. and Sido Z., 2004).

Depressiv pozuntular fərdin həyati funksiyalarına təsir etməklə onda koqnitiv dəyişikliklər yaradır, üzüntü, “boş” (mənəvi boşluq nəzərdə tutulur) və ya sinir sistemini pozan bir ruh halı ilə xarakterizə olunur. Depressiv ruh əhvalı, heç bir şeydən zövq ala bilməmək, özündə ağırlıq hiss etmə kimi dəyişikliklər, yuxu pozulmaları, dəyərsizlik hissi, ümitsizlik və potensial olaraq intihar düşüncəsi depressiya əlamətlərindəndir. Aparılan araşdırmalar yüksək çəki ilə depressiya arasında əlaqə olduğunu göstərməkdədir (Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2018; Gürses Ş., 2005).

Yüksək çəki fərddə psixi pozutularla yanaşı, sosial mühitdən təcrid olunma, özgüvən əskikliyi, depressiya, gecə yemək sindromu və iş həyatından soyuma kimi psixososial fəsadlara da səbəb olmaqdadır. Yüksək çəkili insanlarda spesifik psixiatrik pozutular geniş yayılmışdır (Gündüzoğlu Çıray N., Fadıloğlu Ç., Yılmaz C., 2013).

Yüksək çəkili fərdlər, sosial aktivliyin azalmasıyla əlaqədar özlərini lazımsız hesab edir və tənha yaşamağa meyilli olur (Kuskowska A., Rössner S., 2020).

Aparılan tədqiqatlar fərdlərdə psixi vəziyyət və qidalanma davranışı arasında qarşılıqlı əlaqə olduğunu göstərməkdədir. Bədən şəklinin pozulması, zəif sosial inteqrasiya, öz vücudunu bəyənməmək, başqa insanların da onu çirkin görmələri nəticəsində aşağı özgüvən səbəbilə sosial mühitdən uzaqlaşma davranışının yüksək çəkili insanlarda depressiyaya səbəb ola biləcəyi bu tədqiqatlarda nəticə olaraq göstərilir (Eren İ., Erdi Ö., 2023; Aydın İ., Yiğit F., 2003; Hamulu F., 1999; Bayraktar E., 2008; Balcıoğlu İ., Başer Ş.Z., 2008).

Yüksək çəki insanın fiziki aktivliyini azaltmağa və fərdləri toplumdan uzaqlaşdıraraq sosial və psixoloji problemlərə səbəb olmaqdadır (Çorakçı A., 2001)

Bir tədqiqtdə yüksək çəkinin koqnitiv funksiyalar üzərində də neqativ təsirlərə səbəb olduğu və alzheimer, şizofreniya, depressiya kimi önəmli sağlamlıq problemlərilə yaxından əlaqədar ola biləcəyi bildirilmişdir (Macit S., Karadağ M.G., 2014).

M. Resch, P.Haasz, Z.Sidonun apardığı tədqiqatlarda bir araşdırma nəticəsində yüksək çəki və depressiya arasında iki istiqamətli bir əlaqə olduğu sübuta yetirilmiş, yüksək çəkili insanlarda depressiyanın inkişafının normal çəkili insanlarla müqayisədə 38% daha yüksək olduğu aşkar edilmişdir (Resch M., Haasz P., Sido Z., 2004).

Yüksək çəki psixopatoloji riskini, psixopatoloji də yüksək çəki riskini artırmaqdadır (Elias M.F., Elias P.K., Sullivan L.M., Wolf P.A, D'Agostino, 2003).

Yüksək çəki ilə əlaqədar aparılan tədqiqatlar, artan bədən kütlə indeksinin sağlamlıqla əlaqəli həyat məmnunluğuna neqativ istiqamətdə təsir göstərməsinə həmfikirdir (Niero M., Martin M., Finger T., Lucas R., Mear İ., Wild D., 2002).

Yüksək çəki hipertoniya, müxtəlif ürək-damar xəstəlikləri, əzələ-sümük xəstəlikləri, xərçəng kimi xəstəliklər baxımından önəmli bir risk faktorudur və fərdlərin həyat məmnunluğunu kifayət qədər yüksək səviyyədə azaltmaqdadır (Zwaan M., Petersen I., Kaerber M., Burgmer R., Nolting B., 2009).

J.Karlsson, L. Sjostrom, M.Sullivan (2008) tərəfindən aparılan tədqiqatda yüksək çəkili insanlarda çəki azlamasıyla həyat məmnunluğunun artması müşahidə olunmuşdur (Karlsson J., Sjostrom L., Sullivan M., 2008).

R.L.Kolotkin, S. Head, M.Hamilton, C.K. Tse tərəfindən aparılan tədqiqatda da, həyat məmnunluğu ölçmələrinin həm bel çevrəsi, həm də bədən kütlə indeksi ilə əlaqəli olduğu müəyyən edilmişdir (Kolotkin R,L., Head S., Hamilton M., Tse C,K., 2005).

II FƏSİL

TƏDQIQATIN METOD VƏ METODİKALARI

2.1. Tədqiqat metodikasının təsviri

Tədqiqatın modeli, araşdırma prosesi və məlumatların təhlili bu bölmədə göstərilmişdir.

Tədqiqatın əsas məqsədi endokrinoloqa müraciət edən yüksək çəkili insanlarda depressiya və həyat məmnunluğunun əlaqəsini ölçməkdir. Bu zaman yüksək çəkili insanların depressiya və həyat məmnunluğu anlayışları arasında əlaqənin hərtərəfli və kompleks şəkildə tədqiq edilməsi nəzərdə tutulmuşdur.

Tədqiqatın məqsəd və vəzifələri haqqında aydın təsəvvür yaratmaq üçün bir mühüm cəhəti də qeyd edək. Məsələnin tarixinə dair verdiyimiz xülasə göstərir ki, klinik psixologiyada yüksək çəkili insanların depressiya və həyat məmnunluğu anlayışları arasında əlaqə ayrıca problem kimi tədqiq olunmamışdır. Lakin ayrı-ayrı məqalə, kitab və dissertasiyalarda müxtəlif məsələlərlə əlaqədar olaraq yüksək çəkili insanların depressiya və həyat məmnunluğu anlayışları arasında əlaqənin xüsusiyyətlərini aydınlaşdırmaq üçün mühüm olan bir çox məsələlərə toxunulmuşdur. Son zamanlar klinik psixologiyada aparılmış tədqiqatlar müstəsna əhəmiyyətə malikdir. Bundan başqa, ayrı-ayrı müəlliflər (Wadden TA, Sternberg JA, Letizia KA, 2009; Paul L., Van der Heiden C., Hoek HW., 2017; Bulut C. B., Donmez A., 2014, Oğuz G., Karabekiroğlu A., Kocamanoğlu B., 2016, Быков Ю. В., 2009; Гиляровский В.А., 2004, Нуллер Ю.Л., 2021 və b.) bizi maraqlandıran bəzi məsələləri təhlil etmişlər. Həmin əsərlərin geniş tarixi xülasəsi dissertasiya işinin I fəslində verilmişdir.

Biz tədqiqatın əsas məqsədi kimi yüksək çəkili insanlarda depressiya və həyat məmnunluğunun xüsusiyyətlərinin tədqiqini ön plana çəkməyi nəzərdə tutmuşuq. Belə bir mürəkkəb psixi strukturun öyrənilməsi adekvat tədqiqat metodikasının hazırlanmasını tələb edir. Belə bir metodikanın hazırlanması üçün ilk növbədə mövcud olan metodikalardan uyğunlaşdırılmış formada istifadə etməklə yanaşı, problemin spesifik cəhətlərini nəzərə almaqla daha əlverişli yol və vasitələrdən istifadə etmək, yəni problemin eksperimental planda öyrənilməsini sadələşdirən metodikanın hazırlanması zəruridir.

Belə bir metodikanın hazırlanması, hər şeydən əvvəl tətbiq edilən problemin spesifik xüsusiyyətlərini, yəni tədqiqatın adekvat modelini və başlıca tələblərini nəzərə almağı zəruri edir. Bununla əlaqədar olaraq, problemin konkret tədqiqat metodikası onun aşağıdakı vəzifələrinin yerinə yetirilməsinə yönəlməlidir:

1. Yüksək çəkiyə malik fərdlərdə depressiya səviyyəsinin müəyyənləşdirilməsi;
2. Yüksək çəkiyə malik fərdlərdə həyat məmnunluğu səviyyəsinin müəyyənləşdirilməsi;

3.Yüksək çəkilyə malik fərdlərdə depressiya səviyyəsinin həyat məmnunluğu ilə əlaqəsinin müəyyənləşdirilməsi;

4.Endokrinoloqa müraciət edən yüksək çəkili insanlarda depressiya və həyat məmnunluğunun öyrənilməsi.

Qarşıya qoyulmuş həmin vəzifələr müxtəlif metodların tətbiqi ilə həyata keçirilmişdir.

Tədqiqatda müxtəlif üsullardan – müşahidə, test və anket sorğu metodlarından istifadə edilmişdir.

Tədqiqat zamanı zəruri məlumatların əldə edilməsi məqsədilə aşağıdakı metodlar işlənmişdir:

1. Tərəfimizdən hazırlanan “Şəxsi məlumatlar” anketi vasitəsilə tədqiq olunan şəxslərin cins, yaş, çəki, boy göstəriciləri öyrənilmişdir (*bax: əlavə 1*).

2. Tədqiq olunanlarda psixopatoloji halları təyin edə bilmək üçün Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəlindən (The Zung self-rating depression scale (ZDRS)) istifadə edilmişdir (*bax: əlavə 2*).

3. Tədqiq olunanlarda həyat məmnunluğunun diaqnostikası üçün “Həyat məmnuniyyəti anketi”ndən istifadə edilmişdir (*bax: əlavə 3*).

Tədqiqat mərhələli olaraq, işin əvvəlində qarşıya qoyduğumuz məqsədlərə müvafiq ardıcılıqla aparılmış, əldə etdiyimiz nəticələr işin məqsədlərinə uyğun şəkildə sistemləşdirilmiş və təhlil edilmişdir.

Tədqiqat zamanı əldə olunan nəticələrinin dəqiqliyini müəyyənləşdirmək üçün statistik təhlil SPSS 16.0 proqramında aparılmışdır. Alınan nəticələr statistik təhlil metodunun SPSS 16.0 versiyasının köməyi ilə təhlil edilmiş və ətraflı təsvir edilmişdir.

Aparılan tədqiqat xronoloji baxımdan iki mərhələyə bölünə bilər: I mərhələ 2023-cü, II mərhələ 2024-cü ildə davam etmişdir. I mərhələni “problemin empirik həlli” kimi adlandırmaq olar. I mərhələdə tədqiqat obyektini barədə ilkin məlumatlar toplanmış və bununla da tədqiqat obyektinin tərkibi müəyyənləşdirilmişdir. Bu mərhələdə müşahidə materiallarının təhlili tədqiqat proqramının nəzəri şərtlərini dəqiqləşdirmək, tədqiqatın məqsəd və vəzifələrini konkretləşdirmək və əsaslandırmaq imkanı vermişdir.

II mərhələni sırf eksperimental tədqiqat mərhələsi hesab etmək olar. Bu mərhələdə tədqiqat obyektini olaraq seçilən şəxslərin kəmiyyət tərkibi, qrupları dəqiq müəyyənləşdirilmişdir. Ən başlıcası, həmin mərhələdə tədqiqat yüksək çəkili insanlarda depressiya və həyat məmnunluğunun xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi aspektində davam etdirilmişdir.

Tədqiqat Nəsimi rayonu “Referans” poliklinikasında aparılmışdır.

Tədqiqat 2023-2024 cü illərdə aparılmış müxtəlif fəaliyyət sahələrində çalışan və təhsil alan insanlar arasında aparılmış, 52 qadın, 53 kişi olmaqla ümumilikdə 105 nəfəri əhatə etmişdir.

Tədqiqata başlamazdan əvvəl “tədqiqata hazırlıq mərhələsi” aparılmışdır. Həmin mərhələnin əsas məqsədi aşağıdakılardan ibarətdir:

- a) tərtib olunmuş metodika yüksək çəkili insanlarda depressiya və həyat məmnunluğunun xüsusiyyətlərini aşkar etməyə imkan verirmi, yəni metodikanın sınaqdan çıxarılması;
- b) hazırlanmış metodik üsul və materiallar tədqiqat iştirakçılarının bilik və yaş səviyyəsinə uyğun gəlirmi?
- c) tədqiqat metodikası qarşıya qoyulmuş tədqiqat vəzifələrinə adekvatdırmı?

Bununla bərabər, hazırlıq mərhələsində tədqiqat iştirakçıları ilə zəruri yaxınlaşma və ünsiyyət şəraiti yaradılmışdır.

Tədqiqat iştirakçılarına aparılan sorğu və testlərin nəticələrinin anonimliyi haqqında ətraflı məlumat verilmişdir. Belə ki, tədqiqatda iştirak etməmək, testləşdirmədən imtina etmək kimi seçimləri olduğu bildirilmişdir.

Beləliklə, aparılmış tədqiqatın metodiki üsul və prosedurlarını təfəsilatı ilə təsvir etdik. Bu metodikanın köməyi ilə qarşıda qoyulan vəzifələrin yerinə yetirilməsi, elmi hipotezlərin yoxlanması nəzərdə tutulur.

Güman edirik ki, həmin tədqiqat metodikasının tətbiqi sayəsində əldə edilmiş materiallar yüksək çəkili insanlarda depressiya və həyat məmnunluğunun xüsusiyyətlərini aşkar etmək imkanı vermişdir.

2.2. Tədqiqatın strukturu

Tədqiqat 4 mərhələdən ibarətdir.

Birinci mərhələdə tərəfimizdən hazırlanan “Şəxsi məlumatlar” anketi vasitəsilə tədqiqat iştirakçılarının cins, yaş, çəki və boy göstəriciləri öyrənilmişdir.

İkinci mərhələ tədqiqatın ilkin mərhələsi olaraq həyata keçirilmişdir. Məlumatlar toplanmış, kompyuterə salınmışdır. Tədqiqatın bütün etik qaydaları Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyası tərəfindən təsdiq olunmuşdur. Hər bir tədqiqat iştirakçısına tədqiqatın məqsədi haqqında informasiya verilmiş və onların tədqiqatın istənilən mərhələsində iştirak etməkdən imtina etmək imkanının da olduğu izah edilmişdir. Nəticədə, bütün tədqiqatda iştirak edənlər məlumatlı razılıq vermişlər.

Tədqiqat iştirakçılarının seçilməsində bəzi meyarlar nəzərə alınmaqla tədqiqatda iştirak edənlərin anketdə qeyd edilən demografik və klinik göstəriciləri qeyd edilmiş (tədqiqat iştirakçılarının xahişi ilə adları anonim qalmışdır), daha sonra tədqiqat aşağıdakı metodikaların ardıcılığı ilə aparılmışdır:

1. Tədqiq olunanlarda psixopatoloji halları təyin edə bilmək üçün Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəli (The Zung self-rating depression scale (ZDRS)) tətbiq edilmişdir.

Depressiya cədvəli Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyasının (AzPA) innovasiya komitəsinin sədri, Bakı şəhər Ruhi-Əsəb Xəstəlikləri Dispanserinin baş həkimi, tibb elmləri doktoru Nadir Əliyev tərəfindən Azərbaycan dilində işlənərək adaptasiya edilmişdir [8].

2. Tədqiq olunanlarda həyat məmnunluğunun diaqnostikası üçün "Həyat məmnuniyyəti anketi" tətbiq edilmişdir.

Üçüncü mərhələ əldə edilmiş məlumatlar ilə sistemləşdirmə, analiz və statistik işlənmə aparılmışdır.

Dördüncü mərhələdə əldə edilmiş bu işləmələr dissertasiya formasına salınmışdır.

2.3. Statistik analiz

Nəticələrin işlənməsi SPSS proqramının 16.0 versiyasının vasitəsi ilə həyata keçirilmişdir. Əhəmiyyətliyi səviyyəsi $p < 0,05$ olmalıdır. Dürüstlük p əmsalı vasitəsi ilə yoxlanılmışdır. Klinik göstəricilər arasında korrelyasiyanı müəyyən etmək məqsədi ilə bivariate korrelyasiya, Pearson əmsalından istifadə olunmuşdur.

2.4. Alınan nəticələrin təhlili və müzakirəsi

Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəlinin (The Zung self-rating depression scale (ZDRS)) analizi.

Tədqiq olunanlarda psixopatoloji halları təyin edə bilmək üçün Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəli (The Zung self-rating depression scale (ZDRS)) tətbiq edilmişdir.

Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəli (The Zung self-rating depression scale (ZDRS)) ilk dəfə Böyük Britaniyada çap olunmuş və sonradan diaqnostik vəsait kimi beynəlxalq səviyyədə qəbul edilmişdir. Bu cədvəl depressiyanın diaqnostik kriteriyaları və

depressiv pozuntusu olan xəstələrin arasında sorğular əsasında tərtib edilmişdir. Depressiyanın ağırlıq dərəcəsi xəstənin öz-özünü qiymətləndirilməsi əsasında edilir. Cədvəl 20 bənddən ibarətdir və hər bir bəndin sualına cavab verərək müayinə edilən şəxs “nadir hallarda”, “arabir”, “tez-tez” və ya “əksər hallarda və ya həmişə” cavablardan birini seçir.

Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəlinin (The Zung self-rating depression scale (ZDRS)) tətbiq edilmə qaydası belədir: cədvəli doldurulmazdan qabaq müayinə edilən şəxs cədvəlin istifadə qaydası ilə tanış edilir. Cədvəl müayinə edilən şəxsin tərəfindən müstəqil şəkildə doldurulur və cədvəl doldurulanda mütəxəssis bu prosesə müdaxilə etmir. Cədvəlin tam doldurulması bir neçə dəqiqə çəkir. Alınan cavablar qiymətləndirilərək ümumi bal hesablanır.

Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəli (The Zung self-rating depression scale (ZDRS)) üzrə ümumi balın qiymətləndirilməsi aşağıdakı kimidir:

20-49 – Norma

50-59 – Yüngül dərəcəli depressiv pozuntu

60-69 – Orta ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu

70-80 – Ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu

Müayinənin nəticələri təhlil edilərkən bir neçə faktorlar qiymətləndirilir. Bu faktorlara aşağıdakı simptomlar qrupu daxildir: daxili boşluq hissi, əhval-ruhiyyənin pozulması, ümumi somatik simptomlar, spesifik somatik simptomlar, psixomotor pozuntuların simptomları, intihar niyyətləri, qıcıqlıq və qətiyyətsizlik.

Tədqiq olunanlardan xahiş olunmuşdur ki, cədvəlin sol sütunda olan fikirləri diqqətlə oxuyaraq son yeddi gündə olan hala ən uyğun olan cavabı qeyd etsinlər (bax: Əlavə 2).

Həyat məmnunluğunun diaqnostikası üçün “Həyat məmnuniyyəti anketi”nin analizi.

Tədqiq olunanlarda həyat məmnunluğunun diaqnostikası üçün “Həyat məmnuniyyəti anketi” tətbiq edilmişdir.

Anket tədqiqat məqsədi ilə hazırlanmış və anonimlik tamamilə qorunmuşdur. Pasiyentlərin qeyd etdiyi məlumatlar elmi məqsədlərdən kənarında istifadə edilməmiş və paylaşılmamışdır. Pasiyentlərin qeyd etdiyi məlumatlar heç kimin əleyhinə istifadə olunmamışdır. Həmçinin, sorğuda iştirak etməkdən imtina imkanı bütün tədqiqat iştirakçılarına təklif edilmişdir. Anketi doldurmazdan öncə tədqiqat iştirakçıları aşağıdakı məlumatları: yaş, cins, çəki, boy dəqiqləşdirmişlər.

Daha sonra tədqiqat iştirakçılarından ən uyğun cavabı qeyd etmələri xahiş olunmuşdur (bax: Əlavə 3).

Alınan nəticələr statistik təhlil metodunun SPSS 16.0 versiyasının köməyi ilə təhlil edilmiş

və ətraflı təsvir edilmişdir.

İlk olaraq demoqrafik göstəricilərin statistik təhlili verilmişdir. Alınan nəticələr cədvəl 2.1-də göstərilmişdir:

Cədvəl 2.1

Tədqiqat iştirakçılarının demoqrafik göstəriciləri

Statistika

		Yaş	Çəki	Cins	Boy	Həyat məmnunluğu	Depressiya
Say	Dürüstlük	105	105	105	105	105	105
	Boşluq	0	0	0	0	0	0
Məna		37.82	112.66	.50	172.30	13.31	48.78
Ortalama		39.75 ^a	114.92 ^a	.50 ^a	170.00 ^a	12.54 ^a	48.29 ^a
Moda		45	115 ^b	1	170	12	46
Std. yayınma		7.580	12.324	.502	8.559	3.667	4.574
Minimum		22	65	0	157	5	37
Maximum		45	135	1	187	25	64

a= Alfa yəni dəyişənlərin əhatə etiyi ən yüksək say və b=beta isə dəyişənlərin tutduğu və əhatə etdiyi ikinci yüksək say deməkdir.

Göründüyü kimi, standart yayınma yalnızca cins faktoru istisna olmaqla həyat məmnunluğu və depressiya göstəricilərinin, həmçinin yaş, çəki və boy kimi kənar faktorlar da daxil olmaqla ortalamadan kiçikdir, bu isə o deməkdir ki, dəyərlər bir-birindən fərqlənir və uzaqdır. Yəni görünən odur ki, tədqiqata cəlb edilənlərin həyat məmnunluğu və depressiya səviyyələri ilə onların boy, çəki və yaş kimi müstəqil dəyişənləri ilə aralarında müəyyən dərəcəli fərqlər var və bu fərqlər eyni deyildir.

Nə üçün cins faktoru dəyərlərinin bir-birinə yaxın olduğunu öyrənmək üçün cins faktorunu qadın və kişi olaraq bölüb qruplaşdırsaq aşağıdakı cədvəli alarıq:

Cədvəl 2.2
Tədqiqat iştirakçılarının cinsə görə fərqliliyi
Statistik təsvir

Cins	Say	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Yayınma	Variasiya	
qadın	Depressiya	52	37	64	48. 90	5.077	25. 775
	Həyat məmnunluğu	52	8	21	13. 27	3.390	11. 495
	Dürüstlük	52					
kişi	Depressiya	53	41	58	48. 66	4.066	16. 536
	Həyat məmnunluğu	53	5	25	13. 36	3.952	15. 619
	Dürüstlük	53					

Cavablardan da görüldüyü kimi, standart yayınma ortalamadan azdır, yəni qadın və kişilərin həyat məmnunluğu və depressiya səviyyəsi arasında mənalı bir fərq var, lakin onların məna ortlamaları bir-birinə yaxındır. Bu isə o deməkdir ki, qadın və kişilərin həqiqətən də həyat məmnunluğu və depressiya meyillilikləri arasında əsaslı fərqlər var, lakin onların hansındansa həyat məmnunluğu və depressiya azdır və ya çoxdur deyə bilmərik. Çünki onların ortalamaları bir-birinə çox yaxındır. Digər tərəfdən isə qadınların həyat məmnunluğu və depressiyaya meyillilikləri isə variasiya analizinə baxdıqda kişilərdən fərqləndiyini müşahidə edirik. Maraqlı faktdır ki, qadınlarda depressiyaya meyillilik variasiyası kişilərdən daha çoxdur yəni, bu o deməkdir ki, qadınlar kişilərdən daha çox depressiyaya düşməyə meyillidir. Digər maraqlı nəticə isə odur ki, həyat məmnunluğu kişilərdə qadınlara nisbətən daha çoxdur. Göstəricilərə əsasən deyə bilərik ki, kişilərin öz həyatlarından məmnun qalması qadınlarla müqayisədə daha asandır. Görünən odur ki, qadınların depressiyaya meyilli olmasının elə əsas səbəbi də budur.

Daha da dəqiqləşdirmək üçün həyat məmnunluğunun və depressiya dərəcəsinin müstəqil dəyişənlərdən (çəki,boy,yaş,cins) asılı olub-olmamasını öyrənmək məqsədilə Müstəqil nümunəli T-testi yoxlanılmışdır. Beləliklə, alınan nəticələr cədvəl 2.3 - də qeyd edilmişdir.

Tədqiq olunanların həyat məmnunluğu və depressiyaya meyilliliyinin müstəqil dəyişənlərdən (çəki) asılılığı

Qrup Statistikası

	Çəki	Say	Məna ortlaması	Std. Deviasiya	Std. Xəta anlamı
Depressiya	=	60	49.48	4.276	.552
	115	45	47.84	4.833	.721
Həyat məmnunluğu	=	60	13.55	4.220	.545
	115	45	13.00	2.780	.414

	Levenin dəyişənlərin bərabərlik testi			Ortalamaların t-testi üçün bərabərliyi			Fərqlərin 95% etimadı	
	F	Əh/m	T	Df	Əh/m(2*)	Orta fərq	Aşağı	Yuxarı
Depressiya	.083	.773	1	.069	.639	1	-	3.
			1	.074	.639	1	-	3.
Həyat məmnunluğu	.762	.000	1	.450	.725	1	-	1.
			1	.424	.685	1	-	1.
			803	424			.808	908

Leven dəyişənlərinin bərabərlik testində nəticələr Faktor yəni F şkalası ilə ölçülür, onlar isə 0.05 dən yüksək olduqda əhəmiyyətli hesab edilir.

Əhəmiyyətlik ** $p < 0.01$ və * $p < 0.05$ səviyyəsində əhəmiyyətli olub-olmaması yoxlanılır.

T= t testi yəni, iki qrup arasında fərq olub-olmamasını ölçür.

Df= different yəni t testi üçün iki qrup arasındakı fərqi bildirir.

Orta fərq=ortalamlar arasındakı fərqi müəyyən edir.

Aşağı və yuxarı dəyərlərin 95%-dən aşağı və yuxarı olub-olmamasını müəyyən edir.

İlk olaraq onu qeyd etmək istərdik ki, qrup statistikasının nəticəsində çəki faktorunun ortalaması 115 olaraq qeyd edilmişdir. Müstəqil T-testi həmin ortalamanı əsas götürərək 115 çəkiyə qədər olanları bir qrupa, 115 dən sonra olanları isə digər qrupa bölmüşdür. Xatırlatmaq istərdik ki, biz artıq çəkili tədqiqat iştirakçılarının depressiya və həyat məmnunluğunu müəyyən etməyi qarşıya məqsəd olaraq qoymuşuq. Nəticələrdən ilk olaraq baxdığımız, Levenin dəyişənlərinin bərabər olub-olmamasıdır. Əhəmiyyətliyin ilk sətirinə baxdıqda əhəmiyyətliyin $a > 0.05$ səviyyəsini ödədiyi və bunun üçün də H_0 hipotezi rədd edildiyi mənasına gəldiyini müəyyən edə bilərik. Bu o deməkdir ki, artıq çəkili insanların depressiyaya meyilliyi arasında həqiqətən də fərqlər vardır. Eyni zamanda həmin fərqlərin əhəmiyyətlik əmsalına baxdıqda isə $a < 0,05$ dəyərindən kiçik olduğu üçün bu dəyərlərin əhəmiyyətli fərq olduğunu deyə bilərik. Dediklərimizi, qrupu məna ortalamasına baxdıqda görə bilərik, göstəricilər bir-birinə yaxın olsa da, lakin fərqli olduqlarını buradan da müşahidə edə bilərik. Son olaraq bu fərqi nə qədər olduğunu şərh etsək $Kohen\ d = (47,84 - 49,48) / 4,563007 = 0,359412$ göstəricisinə əsasən qruplar arasındakı fərqi kiçik olduğunu deyə bilərik.

İkinci məsələ tədqiqat iştirakçılarının həyat məmnunluğunun ölçülməsi idi ki, burada da əhəmiyyətliyin ilk sətirinə baxdıqda $a > 0.05$ səviyyəsini ödəmədiyi və eyni zamanda fərqlərin əhəmiyyətlik əmsalına baxdıqda isə $a < 0,05$ dəyərindən kiçik olmadığı üçün H_0 hipotezi qəbul edilir. Yəni artıq çəkili insanların, çəkinin az və ya çox olmasına görə, həyat məmnunluğu arasında əhəmiyyətli fərqlər yoxdur. Dəyərlərin ortlamasına baxdıqda da bir-birinə yaxın olduğunu görmək mümkündür. Lakin standart yayınmanın çəkisi 115 - dən az olanlarda çox olduğunu görürük. Görünən odur ki, çəkisi 115 - dən aşağı olanların həyat məmnunluğuna olan münasibəti digər qrupla müqayisədə daha çoxdur. Bu isə o deməkdir ki, tədqiqat iştirakçılarının artıq çəkiddə olmaları öz çəkilərindən asılı olaraq həyat məmnunluğuna təsir edir və onun dəyişməsinə səbəb olur. Onların həyat məmnunluğu kənar faktorlardan və depressiyadan asılı olaraq dəyişir. Həmçinin, Kohenin $d = (13 - 13,55) / 3,57329 = 0,15392$ göstəricilərinə əsasən də $0,2 < d < 0,05$ qruplar arasında əsaslı fərq olmadığını qeyd edə bilərik. Hesab edirik ki, buradakı əsas səbəb həmin qrupdan olan insanların müəyyən bir çəkinin onlar üçün norma sayılmasıdır. Lakin bu o demək deyil ki, artıq çəkili insanların həyat məmnunluğu və depressiyaya meyilliliyi arasında heç bir fərq yoxdur.

Tədqiq olunanların həyat məmnunluğu və depressiyaya meyilliliyinin müstəqil dəyişənlərdən (yaşa görə) asılılığı

Qrup Statistikası

	Yaş	Say	Məna ortlaması	Std. Yayınma	Std.Xəta ortalaması
Depressiya	> 45	43	48.33	4.341	.662
	< 45	62	49.10	4.738	.602
Həyat məmnunluğu	> 45	43	14.40	3.929	.599
	< 45	62	12.56	3.302	.419

	Levenin dəyişənlərin bərabərlik testi			Ortalamanın t-testi üçün bərabərliyi			Fərqlərin 95% etimadı	
	F	Əh/m	T	Df	Əh/m(2*)	Orta fərq	Aşağı	Yuxarı
Depressiya	.0	988	-	.1	.39	-	-	1.
			.838	03	1	.771	2.574	032
Həyat məmnunluğu	3.	033	-	.1	.01	1	-	3.
			.862	5.288	1	.771	2.547	005
			.	.8	.01	1	-	3.
			2.583	03	1	.831	.425	236
			2.503	0.018	4	.831	.375	286

Digər məsələ yaşa görə tədqiqat iştirakçılarının depressiya səviyyəsinin ölçülməsi idi ki, burada da əhəmiyyətliyin ilk sətirinə baxdıqda $\alpha > 0.05$ səviyyəsini ödədiyi, lakin fərqlərin əhəmiyyətlik əmsalının $\alpha < 0.05$ dəyərindən kiçik olmadığı üçün H_0 köməkçi hipotezi inkar edilir. Yenə də qeyd etməliyik ki, tədqiqat iştirakçılarının ortalama göstəricisi 39 olduğu üçün 39 yaşa qədər olanlar bir, 39 yaşdan yuxarı olanlar isə digər qrupa bölünür. Nəticələr bizə onu deməyə əsas verir ki, artıq çəkili tədqiqat iştirakçılarının yaş xüsusiyyətlərinə görə depressiv pozuntuya məruz qalma ehtimalı mütləq şəkildə fərqlənir, lakin bu fərqlər əhəmiyyətlik faktorunu ödəmədiyi üçün əhəmiyyətli fərq kimi sayılmır. Belə ki, biz Kohenin $d = (49,1 - 48,33) / 4,543838 = 0,16946$ dəyərlərinə və məna ortalamasına əsasən deyə bilərik ki, tədqiqat iştirakçılarının çəkisinə görə depressiyaya düşməsi arasında fərqlər vardır, lakin bu fərqlər

əhəmiyyətə alınması qədər deyil. Məna ortalamalarından da görünən odur ki, bu iki qrupun yaş ortlamaları arasında elə də əhəmiyyətli fərq yoxdur. Əksinə göstəricilər çox yaxındır və onların depressiyaya düşmə ehtimalı yaş faktorundan deyil, başqa kənar faktorlardan, yəni artıq çəkiddə olmalarından asılıdır.

Tədqiqat iştirakçılarının həyat məmnunluğunun yaşa görə ölçülməsinə gəldikdə isə, burada da əhəmiyyətliyin ilk sətrinə baxdıqda $a > 0.05$ səviyyəsini ödəmədiyi, lakin fərqlərin əhəmiyyətlilik əmsalına baxdıqda $a < 0,05$ dəyərindən kiçik olduğu üçün üçün H_0 hipotezi qəbul edilir. Bu isə o deməkdir ki, artıq çəkili tədqiqat iştirakçılarının həyatdan məmnunluğu yaş səviyyəsinin az və ya çox olmasından mütləq asılı deyil, həmçinin belə bir asılılığın olmaması əhəmiyyətlilik əmsalını ödəmədiyi üçün də nəzərə alınmır. Görünən odur ki, artıq çəkili insanların həyat məmnunluğunun aşağı və ya yuxarı olması onların yaşı ilə deyil, yaşadıkları emosional pozuntu ilə əlaqədardır. Bu nəticələri qrupların məna ortalamasına baxdıqda anlamaq olur, lakin diqqəti çəkən 39 yaşdan aşağı və yuxarı olan qrupların məna ortalamasıdır ki, standart yayınma 39 yaşdan aşağı olan qruplarda daha çoxdur. Bu nəticənin izahını isə belə verə bilərik ki, 39 yaşdan aşağı olan qrupların həyat məmnunluğuna bəslədikləri münasibət daha yüksəkdir, yəni artıq çəkiddə olmaları onları yuxarı yaşda olanlarla müqayisədə daha çox narahat edir.

Cədvəl 2.5

Tədqiq olunanların həyat məmnunluğu və depressiyaya meyilliliyinin müstəqil dəyişənlərdən (*boya görə*) asılılığı

Qrup Statistika

	Boy	Say	Məna ortalaması	Std. Yayınma	Std. Ortalama xətası
Depressiya	> = 170	59	48. 39	4.307	.561
	< 170	46	49. 28	4.897	.722
Həyat məmnunluğu	> = 170	59	13. 58	3.953	.515
	< 170	46	12. 98	3.276	.483

	Levenin dəyişənlərin bərabərlik testi			Ortalamanın t-testi üçün bərabərliyi			Fərqlərin 95% etimadı		
	F	Əh/m	T	Df	Əh/m(2*)	Orta fərq	Aşağı	Yuxarı	
Depressiya	1. 221	.	-	.1	.32	.	-	.8	
			272	.992	03	3	900	2.677	92
			.	.977	0.192		914	2.709	23
Həyat məmnunluğu	1. 949	.	828	.1	.59	.	-	2.	
			166	.847	03	8	722	.835	031
			.		1	.59	.	-	1.
			847	02.588	8	706	.802	998	

Son olaraq tədqiqat iştirakçılarında depressiyanın boya görə ölçülməsinə gəldikdə isə burada da əhəmiyyətliyin ilk sətirinə baxdıqda $\alpha > 0.05$ səviyyəsini ödədiyi, həmçinin həyat məmnunluğunun da bu dəyəri cüzi fərqlərlə ödədiyini, lakin fərqlərin əhəmiyyətlik əmsalına baxdıqda $\alpha < 0,05$ dəyərindən böyük olduğu üçün üçün H_0 köməkçi hipotezi rədd edilir, yəni standart yayınmanın da məna ortalamasından kiçik olmasını da nəzərə alaraq boya görə depressiyaya meyillilik və həyat məmnunluğu arasında müəyyən fərqlər olduğu qrupların olduğu qəbul edilir, lakin bu fərqlərin diqqətə alınacaq qədər əhəmiyyətli olmadığı qənaətinə gəlinir. Belə ki, qrupların məna ortalamasına baxdıqda da dəyərlərin bir-birinə necə yaxın olduğunu görə bilərik. Yenə də qeyd etməliyik ki, boy ortalaması statistik ortalamaya əsasən 1.70 olaraq təyin edilib. Cavablara nəzər yetirdikdə bu fərqlərin standart yayınmada ortaya çıxdığını müəyyən edə bilərik. Göründüyü kimi boyu 1.70 dən az olanların standart yayınmadan yayınan dəyərləri daha azdır. Bunu isə belə şərh etmək doğru olardı ki, boy alçaq olan insanlar daha çox çəkili görsəndikləri üçün onların depressiv pozuntuya məruz qalma ehtimalları hündürboylu olanlarla müqayisədə daha çoxdur.

Dediklərimizi daha da dəqiqləşdirmək üçün asılı və asılı olmayan dəyişənlər arasında korrelyasion əlaqəni müəyyən edən statistik metodlar tətbiq edilmişdir. Alınan nəticələr cədvəl 2.6 - da təsvir edilmişdir:

Tədqiqat iştirakçılarının müstəqil dəyişənləri ilə depressiya və həyat məmnunluğu arasında korrelyasiya əlaqəsi

Korrelyasiya

		Cins	Kilo	Həyat məmnunluğu-nəticə	Depressiya-nəticə	Boy	Yaş
Cins	Pearson	1	.335**	.012	-.027	.716**	.153
	Əh. (2-ulduzlu)		.000	.901	.787	.000	.119
	Say	105	105	105	105	105	105
Kilo	Pearson	.335**	1	.114	.265**	.248*	.051
	Əh. (2-ulduzlu)	.000		.248	.006	.011	.604
	Say	105	105	105	105	105	105
Həyat məmnunluğu	Pearson	.012	.114	1	.166	.029	.285**
	Əh. (2-ulduzlu)	.901	.248		.090	.765	.003
	Say	105	105	105	105	105	105
Depressiya	Pearson	-.027	.265**	.166	1	-.081	.041
	Əh. (2-ulduzlu)	.787	.006	.090		.411	.676
	Say	105	105	105	105	105	105
Boy	Pearson	.716**	.248*	.029	-.081	1	.056
	Əh. (2-ulduzlu)	.000	.011	.765	.411		.570
	Say	105	105	105	105	105	105
Yaş	Pearson	.153	.051	.285**	.041	.056	1
	Əh. (2-ulduzlu)	.119	.604	.003	.676	.570	
	Say	105	105	105	105	105	105

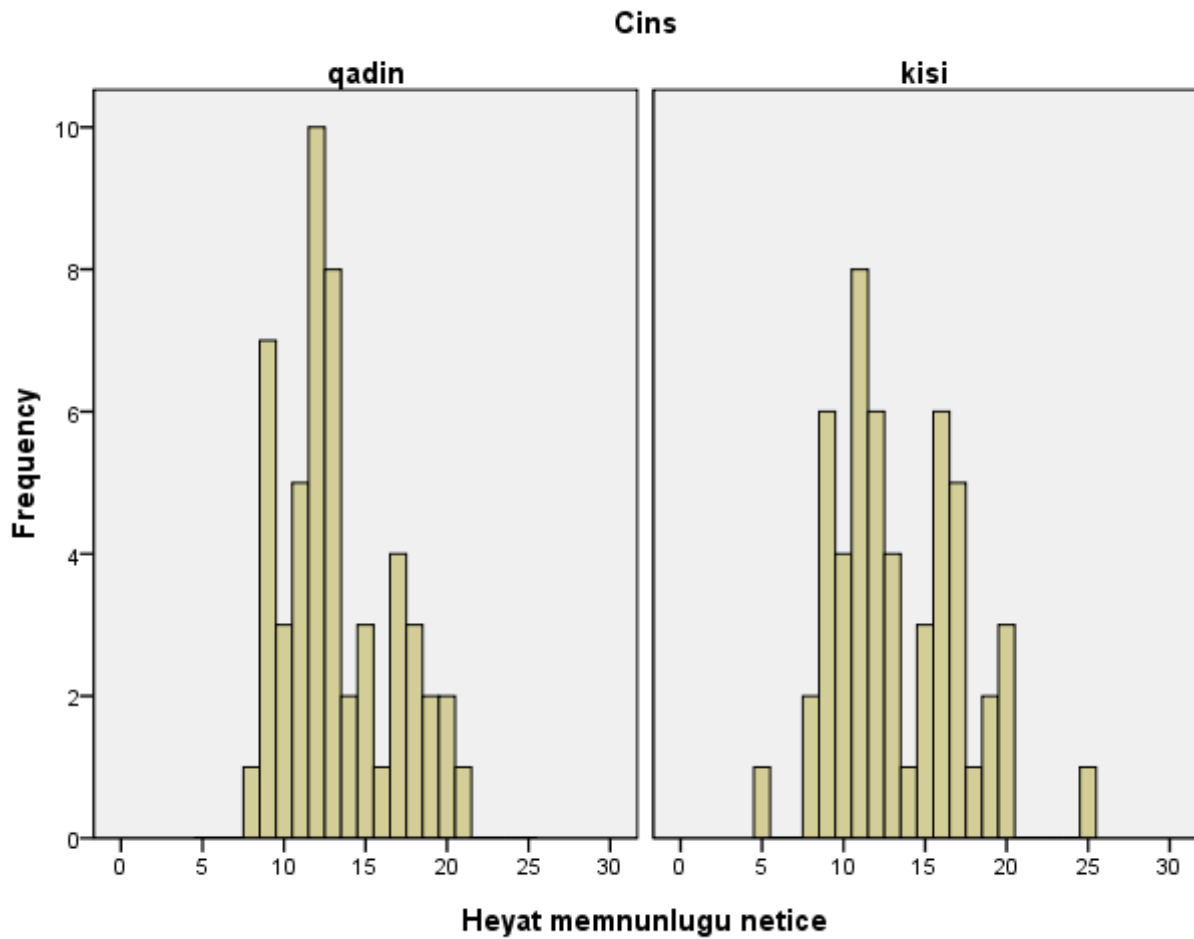
** . Korrelyasiya əhəmiyyətlidir 0.01 səviyyəsində (2 ulduzlu).

* . Korrelyasiya əhəmiyyətlidir 0.05 səviyyəsində (2 ulduzlu).

Alınan nəticələri şərh etsək cavablardan da görüldüyü kimi çəki və cins arasında .335** yəni, .00-.30 (zəif) və əhəmiyyətlilik .000** = p<0.01, həmçinin cins və boy arasında isə .716** yəni, 70-100 (çox güclü) və əhəmiyyətlilik .000** = p<0.01 korrelyasion əlaqə vardır. Statistik təsvirə əsasən deyə bilərik ki, qadınlar, kişilərlə müqayisədə artıq çəki almağa daha çox meyillidir. Həmçinin kişilərin boyu qadınlara nisbətdə daha hündürdür. Eyni zamanda daha əvvəl dediyimiz nəticələrdəki kimi əsas fərziyyəimiz burada da özünü göstərmişdir və məlum olmuşdur ki, depressiyaya meyillilik ilə çəki arasında .265** yəni, .00-.30 (zəif) və .006** = p<0.01, əhəmiyyətli asılılıq vardır. Bu o deməkdir ki, dissertasiyanın əsas fərziyyəsi özünü doğrultmuş və artıq çəkili insanların depressiv pozuntuya məruz qalması riski daha çox

olmuşdur. Lakin daha əvvəl də dediyimiz kimi həyat məmnunluğu ilə çəki arasında heç bir korrelyasion əlaqə aşkar edilməmişdir, lakin həyat məmnunluğu ilə boy arasında .285** yəni, 00-.30 (zəif), lakin .003**= $p < 0.01$ dərəcəsində güclü əhəmiyyətlik mövcuddur. Bunu isə daha əvvəlki şərhlərimizdə də bildirmişdik ki, görünən odur ki, boyu hündür insanlar artıq çəkili görsənmədikləri üçün həyat məmnunluğu daha yüksəkdir, boyu alçaq insanlar isə artıq çəkili görsəndikləri üçün həyat məmnunluğu daha aşağıdır.

Aşağıdakı qrafikdə “Həyat məmnunluğu” anketinin nəticələrinə əsasən rəyi soruşulanların cins determinantları verilir (şəkil 2.2).

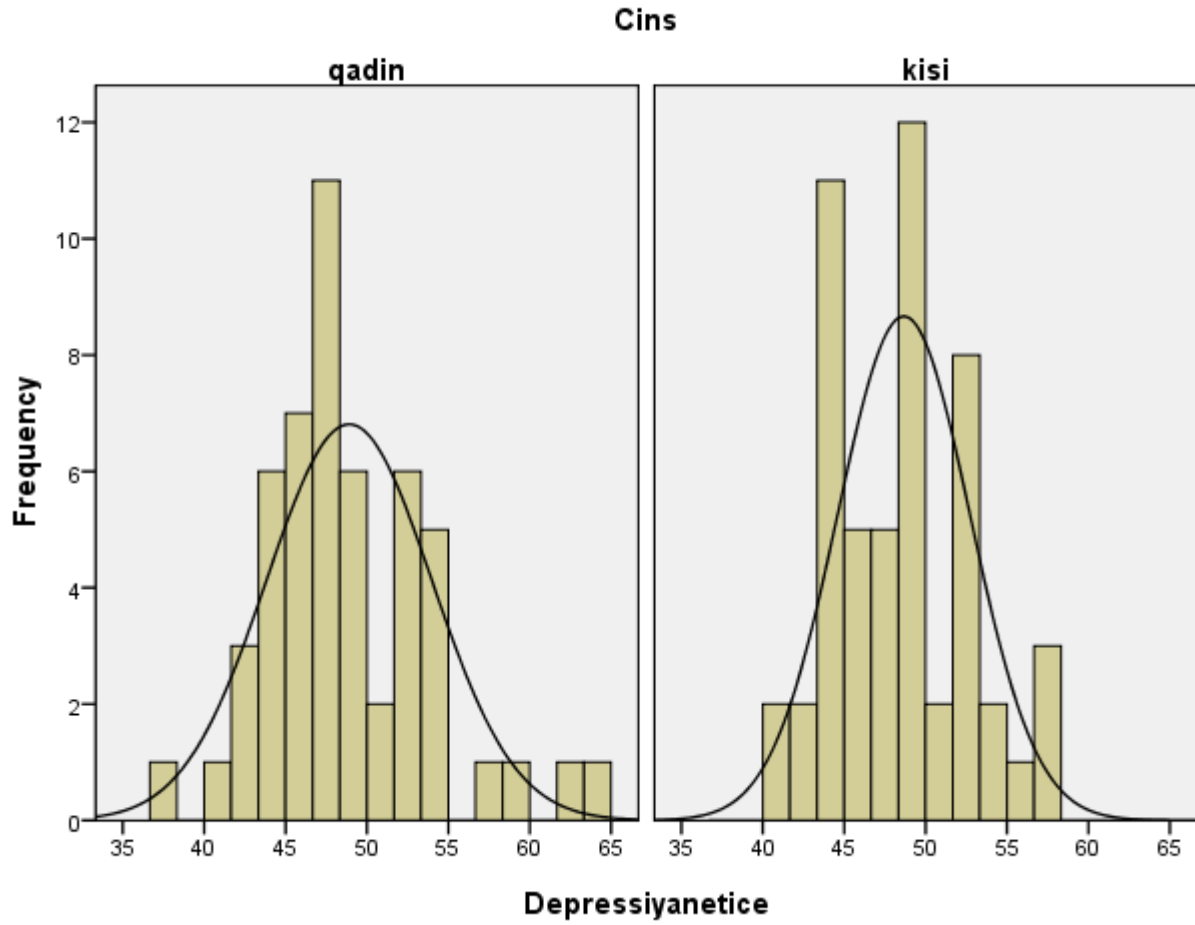


Şəkil 2.2. Həyat məmnunluğu anketinin nəticələrinə əsasən rəyi soruşulanların cins determinantları

Histoqramı nəzər yetirdikdə qadın və kişilərin həyat məmnunluğu arasında fərqlər olduğunu müşahidə edirik (şəkil 2.2.).

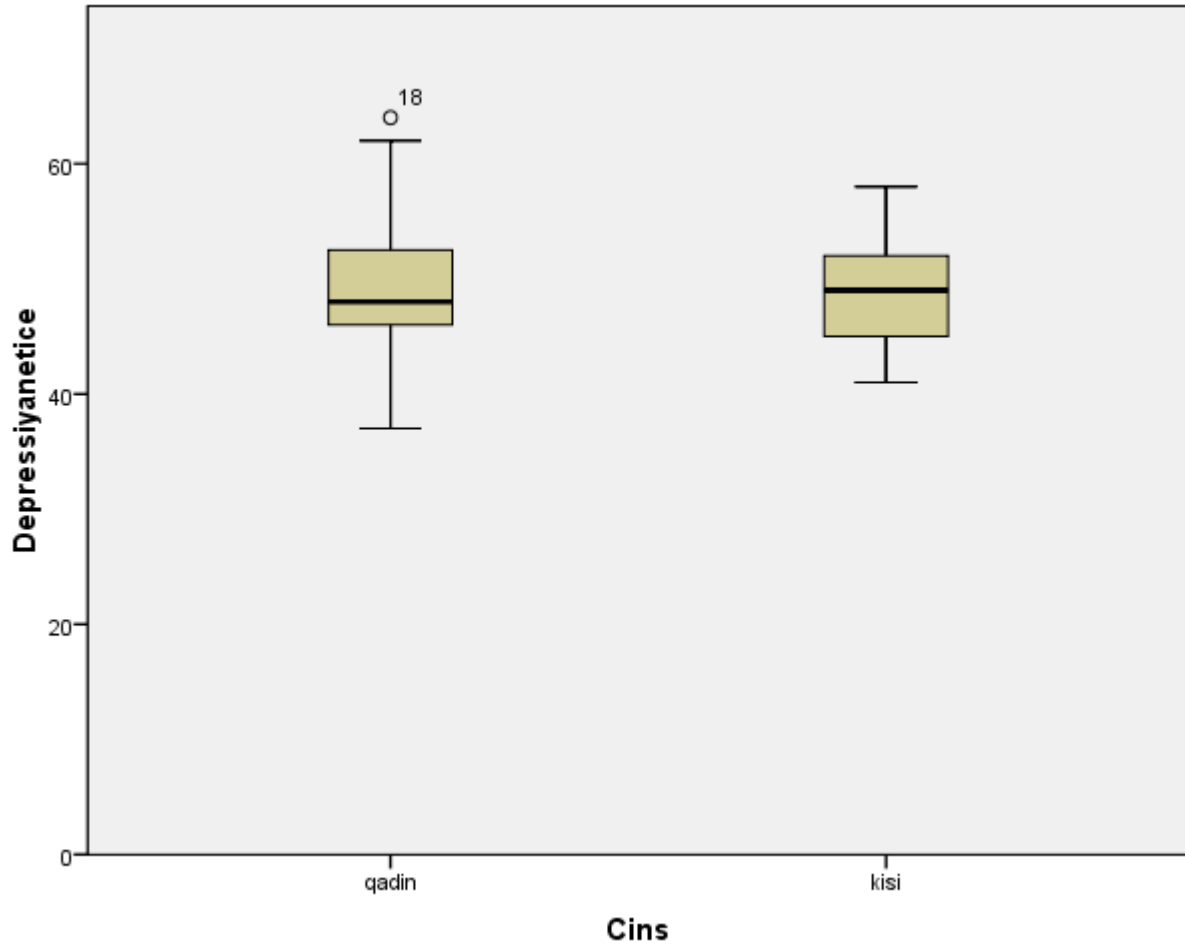
Şəkil 2.3.-də qadınların 100/60 faizində 45-50 arası normaya uyğun depressiya səviyyəsi, kişilərdə isə 100/80 faizində normaya uyğun depressiya səviyyəsi çıxmışdır.

Dediyimiz kimi, qadınlarda depressiyaya meyillilik variasiyası kişilərdən daha çoxdur, yəni bu o deməkdir ki, qadınlar kişilərdən daha çox depressiyaya düşməyə meyillidir.



Şəkil 2.3. Depressiya anketi üzrə göstəricilərin cins determinantları

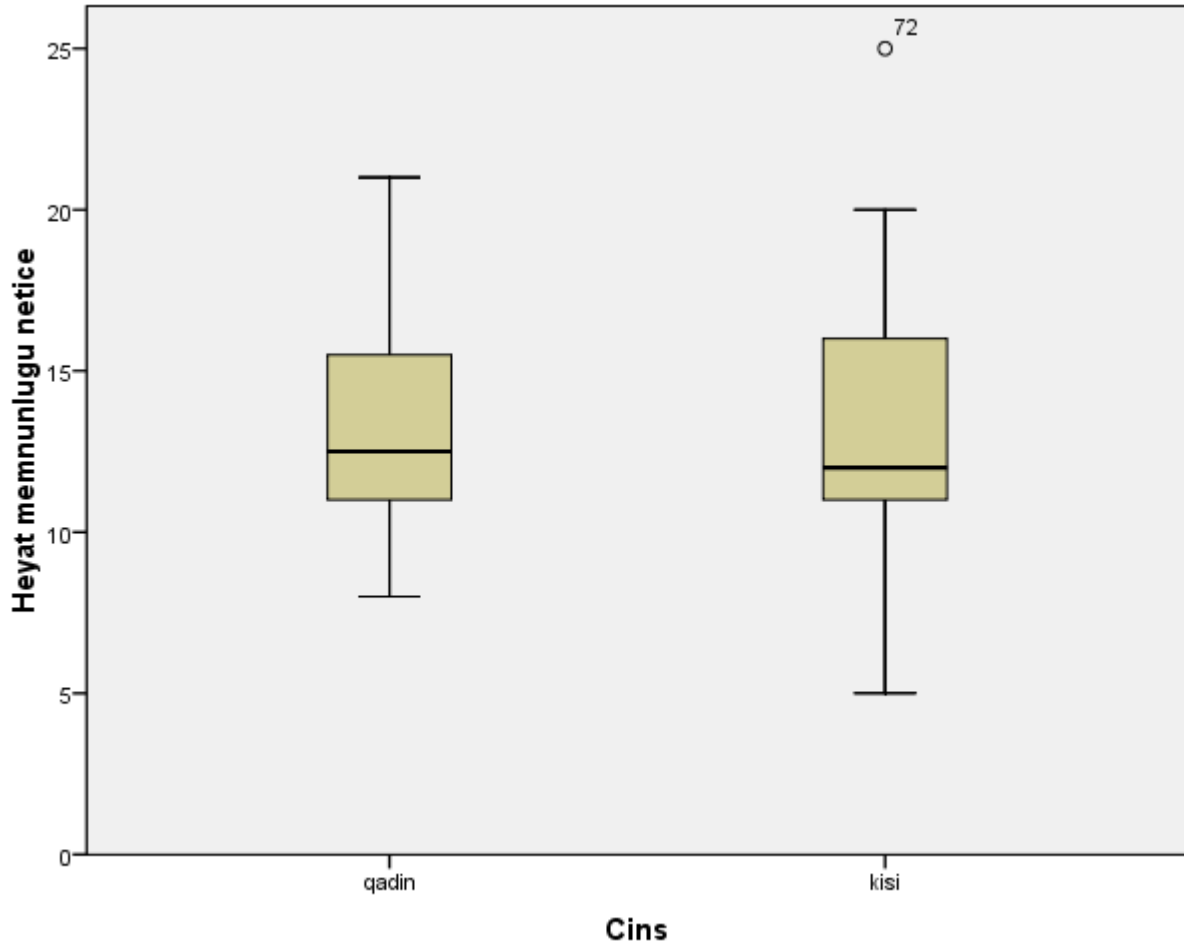
Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəlinə əsasən depressiv hesablamalara görə tədqiqat iştirakçılarının cins-yaş xüsusiyyətləri aşağıdakı şəkildə (şəkil 2.4.) aydın görünür.



Şəkil 2.4. Depressiv hesablamalara görə tədqiqat iştirakçılarının cins-yaş xüsusiyyətləri (Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəlinə əsasən)

Depressiya testində ən yüksək bal alanların medianına baxdıqda qadınlarda kişilərdən daha çox olduğunu görə bilərik. Bu göstərici 100/60 ilə 40 arasında dəyişir.

Həyat məmnunluğuna baxdıqda isə qadınların median göstərici yalnızca 100/10 aralığında çoxdur, lakin kişilərlə müqayisədə 100/10 ilə 15 arasında daha yüksək olduğunu müşahidə edə bilərik (şəkil 2.5.).



Şəkil 2.5. Həyat məmnunluğuna görə tədqiqat iştirakçılarının cins göstəriciləri

Fəslin sonunda belə bir nəticəyə gəlmək mümkündür ki, yüksək çəki ilə depressiya arasında əlaqə mövcuddur. Tədqiqata cəlb edilənlərin həyat məmnunluğu və depressiya səviyyələri ilə onların boy, çəki və yaş kimi müstəqil dəyişənləri ilə aralarında müəyyən dərəcəli fərqlər var və bu fərqlər eyni deyildir. Qadın və kişilərin həqiqətən də həyat məmnunluğu və depressiya meyillilikləri arasında əsaslı fərqlər var. Qadınların həyat məmnunluğu və depressiyaya meyillilikləri variasiya analizinə baxdıqda kişilərdən fərqləndiyini müşahidə edirik. Maraqlı faktır ki, qadınlarda depressiyaya meyillilik variyasiyası kişilərdən daha çoxdur, yəni bu o deməkdir ki, qadınlar kişilərdən daha çox depressiyaya düşməyə meyillidir. Digər maraqlı nəticə isə odur ki, həyat məmnunluğu kişilərdə qadınlara nisbətən daha çoxdur. Göstəricilərə əsasən deyə bilərik ki, kişilərin öz həyatlarından məmnun qalması qadınlarla müqayisədə daha asandır. Görünən odur ki, qadınların depressiyaya meyilli olmasının elə əsas səbəbi də budur.

Tədqiqat iştirakçılarının artıq çəkiddə olmaları öz çəkilərindən asılı olaraq həyat məmnunluğuna təsir edir və onun dəyişməsinə səbəb olur. Onların həyat məmnunluğu kənar faktorlardan və depressiyadan asılı olaraq dəyişir.

Artıq çəkili tədqiqat iştirakçılarının həyatdan məmnunluğu yaş səviyyəsinin az və ya çox olmasından mütləq asılı deyil, həmçinin belə bir asılılığın olmaması əhəmiyyətlik əmsalını ödəmədiyi üçün də nəzərə alınmır. Görünən odur ki, artıq çəkili insanların həyat məmnunluğunun aşağı və ya yuxarı olması onların yaşından deyil, yaşadıkları emosional pozuntu ilə əlaqədardır. Bu nəticələri qrupların məna ortalamasına baxdıqda anlamaq olur, lakin diqqəti çəkən 39 yaşdan aşağı və yuxarı olan qrupların məna ortalamasıdır ki, standart yayınma 39 yaşdan aşağı olan qruplarda daha çoxdur. Bu nəticənin izahını isə belə verə bilərik ki, 39 yaşdan aşağı olan qrupların həyat məmnunluğuna bəslədikləri münasibət daha yüksəkdir, yəni artıq çəkiddə olmaları yuxarı yaş səviyyəsinə malik olanlarla müqayisədə onları daha çox narahat edir.

Yüksək çəki və depressiv ruh halı fərdlərdə həyat məmnunluğunun enməsinə səbəb olur.

Yüksək çəki və depressiyadan əziyyət çəkən, bu səbəbdən həyat məmnunluğu azalan insanların psixoloji reabilitasiyaya məruz qalaraq “sağalması”, həyata qayıtması, yenidən iş qabiliyyətinin bərpa edilməsi, ünsiyyət səviyyəsinin artması mümkündür.

Yüksək çəki və depressiyadan əziyyət çəkən, bu səbəbdən həyat məmnunluğu azalan insanların psixoloji reabilitasiyası cəmiyyətin mühüm sosial və klinik problemidir, bu problemin psixiatr və psixoloqlar tərəfindən həm öyrənilməsi, həm tətbiqi mühüm elmi problemlərdəndir və əhəmiyyətlik faktoruna görə vacib məsələlərdəndir.

NƏTİCƏ

Müasir dövrümüzdə urbanizasiya, iqtisadi inkişaf və qloballaşma insanların həyat tərzində və qidalanma formasında dəyişikliklərə yol açaraq piylənməyə səbəb olur. Müşahidələr göstərir ki, yüksək çəki müasir və modern həyatın nəticəsi olaraq qarşımıza çıxmaqdadır. Müasir dövrdə respublikamızın yerli şəraitinə görə endokrinoloqa müraciət edən yüksək çəkili insanlarda depressiya və həyat məmnunluğunun araşdırılması klinik psixologiyanın aktual problemlərindəndir.

Tədqiqatda aşağıdakı nəticələr əldə olunmuşdur:

1. Yüksək çəki sağlamlıq problemi insanlarda iş qabiliyyətinin itirilməsi, ətrafdakı insanlarla ünsiyyətin pozulması, bir sıra neqativ hallara yol açdığı üçün cəmiyyətin çox mühüm sosial və klinik problemidir.

2. Yüksək çəki bir çox hallarda depressiv pozuntular yaradır.

3. Depressiv pozuntular fərdin həyati funksiyalarına təsir etməklə onda koqnitiv dəyişikliklər yaradır, üzüntü, “boş” (mənəvi boşluq nəzərdə tutulur) və ya sinir sistemini pozan bir ruh halı yaradır.

4. Yüksək çəki ilə depressiya arasında əlaqə mövcuddur.

5. Tədqiqata cəlb edilənlərin həyat məmnunluğu və depressiya səviyyələri ilə onların boy, çəki və yaş kimi müstəqil dəyişənləri ilə aralarında müəyyən dərəcəli fərqlər var və bu fərqlər eyni deyildir.

6. Qadın və kişilərin həyat məmnunluğu və depressiya səviyyəsi arasında mənalı bir fərq var, lakin onların məna ortlamaları bir-birinə yaxındır. Bu isə o deməkdir ki, qadın və kişilərin həqiqətən də həyat məmnunluğu və depressiya meyillilikləri arasında əsaslı fərqlər var, lakin onların hansında həyat məmnunluğu və depressiya azdır və ya çoxdur deyə bilmərik. Çünki onların ortalama dəyərləri bir-birinə çox yaxındır. Digər tərəfdən isə qadınların həyat məmnunluğu və depressiyaya meyilliliklərinin variasiya analizinə baxdıqda kişilərdən fərqləndiyini müşahidə edirik. Maraqlı faktdır ki, qadınlarda depressiyaya meyillilik variasiyası kişilərdən daha çoxdur, yəni bu o deməkdir ki, qadınlar kişilərdən daha çox depressiyaya düşməyə meyillidir. Digər maraqlı nəticə isə odur ki, həyat məmnunluğu kişilərdə qadınlara nisbətən daha çoxdur. Göstəricilərə əsasən deyə bilərik ki, kişilərin öz həyatlarından məmnun qalması qadınlarla müqayisədə daha asandır. Görünən odur ki, qadınların depressiyaya meyilli olmasının elə əsas səbəbi də budur.

7. Tədqiqat iştirakçılarının artıq çəkiddə olmaları öz çəkilərindən asılı olaraq həyat məmnunluğuna təsir edir və onun dəyişməsinə səbəb olur. Onların həyat məmnunluğu kənar faktorlardan və depressiyadan asılı olaraq dəyişir.

8. Artıq çəkili tədqiqat iştirakçılarının həyatdan məmnunluğu yaş səviyyəsinin az və ya çox olmasından mütləq asılı deyil, həmçinin belə bir asılılığın olmaması əhəmiyyətlik əmsalını ödəmədiyi üçün də nəzərə alınmır. Görünən odur ki, artıq çəkili insanların həyat məmnunluğunun aşağı və ya yuxarı olması onların yaşından deyil, yaşadıkları emosional pozuntu ilə əlaqədardır. Bu nəticələri qrupların məna ortalamasına baxdıqda anlamaq olur, lakin diqqəti çəkən 39 yaşdan aşağı və yuxarı olan qrupların məna ortalamasıdır ki, standart yayınma 39 yaşdan aşağı olan qruplarda daha çoxdur. Bu nəticənin izahını isə belə verə bilərik ki, 39 yaşdan aşağı olan qrupların həyat məmnunluğuna bəslədikləri münasibət daha yüksəkdir, yəni artıq çəkiddə olmaları yuxarı yaş səviyyəsinə malik olanlarla müqayisədə onları daha çox narahat edir.

9. Yüksək çəki koqnitiv funksiyalar üzərində də neqativ təsirlərə səbəb olur və depressiya kimi önəmli sağlamlıq problemi ilə yaxından əlaqədardır.

10. Yüksək çəki və depressiv ruh halı fərdlərdə həyat məmnunluğunun enməsinə səbəb olur.

11. Yüksək çəki və depressiyadan əziyyət çəkən, bu səbəbdən həyat məmnunluğu azalan insanların psixoloji reabilitasiyaya məruz qalaraq "sağalması", həyata qayıtması, yenidən iş qabiliyyətinin bərpa edilməsi, ünsiyyət səviyyəsinin artması mümkündür.

12. Yüksək çəki və depressiyadan əziyyət çəkən, bu səbəbdən həyat məmnunluğu azalan insanların psixoloji reabilitasiyası cəmiyyətin mühüm sosial və klinik problemidir, bu problemin psixiatr və psixoloqlar tərəfindən həm öyrənilməsi, həm tətbiqi mühüm elmi problemlərdəndir və əhəmiyyətlik faktoruna görə vacib məsələlərdəndir.

İSTİFADƏ EDİLMİŞ ƏDƏBİYYAT

Azərbaycan dilində:

1. Bayramov Ə. S., Əlizadə Ə. Ə. (2003) Psixologiya.
2. Depressiyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. (2003). Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi.
3. Əliyev B.H. Şəxsiyyətə yeni baxış nəzəriyyəsi. (2008).
4. Xasməmmədzadə A.M. Psixoaktiv maddələrin istifadəsi nəticəsində şəxsiyyətin psixopatizasiyası. Magistr dissertasiyası. (2016).
5. İsmayılov R.R. Qeyri-heteroseksual oriyentasiyaya sahib fərdlərin psixopatoloji hallarının tədqiqi. (2022). Magistr dissertasiyası.
6. İsmayılov N.V., İsmayılov F. N. Tibbi Psixologiya və psixoterapiya. (2008).
7. Musayeva N.E. Azərbaycanda infertil qadınlarda təşviş və depressiya səviyyəsinin və bunlara təsir edən faktorların araşdırılması. (2018). Magistr dissertasiyası.
8. Əsas psixiatrik reyting (psixometrik) cədvəllərinin toplumu (metodik vəsait). (2008).
9. Təşviş pozuntularının diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. (2013).

Xarici dildə:

Türk dilində:

10. Ağırılık Yönetimi El Kitabı. (2017).
11. Aydın Boylu, & A., Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi. 8(15), 137-150.
12. Akdeniz, F., & Gönül, A.S. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. (2004). Klinik Psikiyatri Dergisi.
13. Aydın, İ., & Yiğit, F. (2003). Şişman öğrencilerin anksiyete durumunun incelenmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 6(4), 48-52.
14. Baş, M., & Sağlam, D. (2013). Yetişkinlerde Ağırılık Yönetimi. İçinde: Hastalıklarda Beslenme Tedavisi. Alphan E, (ed.). Ankara: Hatipoğlu Yayıncılık, 135-277.
15. Baysal, A. (2011). Beslenme. Hatiboğlu Yayınları, 541-542.
16. Bayraktar, E. (2008). Obezitenin Psikolojik Yönleri. Yılmaz C (ed), Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., 107-137.
17. Balcıoğlu, İ., & Başer, S.Z. (2008). Obezitenin psikiyatrik yönü. Sempozyum Dizisi, 341-348.

18. Bahadır, G., Kayalar, A.D., & Behcet, C.N. (2022). Obez ve Aşırı Çekilu Bireylerde Yapılandırılmış Bilişsel Davranış Grup Terapisinin Vücut Ağırlığı, Ruhsal Durum ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi: 16 Haftalık Bir Takip çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 33(1), 11-21.
19. Bilir, N., Özcebe, H., Vazıoğlu, S. A., Aslan, D.K., Subaşı, N. G. & Telatar, T. G. (2005). “Van İlinde 15 Yaş Üzeri Erkeklerde SF-36 ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 25, 663-668.
20. Bilgin, H.G. (2006). Obezite de Psikososyal Yönler. 4. Ulusal Obezite Kongresi Özet Kitabı: 16–19 Kasım-Antalya, 34–35.
21. Bulut, Cakmak B., & Donmez, A.F. (2014). Obeziteye multidisipliner yaklaşım. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3, 142-149.
22. Çorakçı, A. (2001). Risk faktörü olarak obezite. *Aktüel Tıp Dergisi, Obezite Özel Sayısı* 6(2), 33-38.
23. Değirmenci, T., (2006). Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete, Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Denizli, (Danışman: Prof. Dr. Nalan Kalkan Oğuzhanoglu).
24. Dünya Sağlık Orgutu. (2016).
25. Dünya Sağlık Orgutu, Obesity. (2020). şubat 10.
26. Eren, İ., & Erdi Ö. (2023). Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 6(3), 152-157.
27. Erge, S. (2023). Obezitede Diyet Tedavisini Destekleyen Davranışsal Tedavi. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2, 75–82
28. Emre, N., & Oner, M. (2018). Kırsalda yaşayan kadınlarda obezite, yaşam kalitesi ve ruhsal durum ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22, 176-84.
29. Grace, C.M., (2023). Obezitenin Diyetsetel Tedavisi. İçinde: Obezite ve İlişkili Hastalıkların Tedavisi. Kopelman P G. (Ed.) And Yayıncılık, İstanbul.
30. Gungor, Ş. (2019). Obezitenin tedavisinde geçmiş ve guncel bariatrik cerrahi uygulamaları. *Muş Alparslan Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 7, 697-705.
31. Gündüzoğlu, Ç. N., Fadiloğlu, Ç., & Yılmaz, C. (2013). Obezilere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 63-68.
32. Gündüzoğlu, Ç., N., Fadiloğlu, Ç., & Yılmaz, C., (2019). Beden imajı algısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(1), 73-78.
33. Gürses, Ş. (2005). Obezitede Psikososyal Etmenler, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana.
34. Hamulu, F. (2021). Obezite Komplikasyonları. İçinde: Obezite ve Tedavisi, Ed. Tüzün,

- M, Kabalak, T. Yılmaz, & C., I. Basım, Mart Matbaacılık, İstanbul, 152-157.
35. Keskin, G., Bilge, A., Akmeşe, B.Z., & Saydam, K.B. (2012). İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Depresyon. Umutsuzluk ve Evlilik Uyumlarındaki Değişimin Değerlendirilmesi. STED, say 52.
36. Kabalak, T. (2005). Obezitenin diyetle tedavisi. İçinde: Obezite. Yılmaz, C. (ed), Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 107-137.
37. Macit, S., & Karadağ, M.G. (2014). Obezitede Bilişsel Fonksiyon Bozukluğu ve Beslenme İlişkisi: Güncel Bakış. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4 (4), 241-247.
38. Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi, (2017). Ankara, ISBN : 978-975-590-644-7 Sağlık Bakanlığı Yayın № 1070.
39. Ozdel, O., Sozeri-Varma, G., Fenkci, S. (2011). Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı. Klinik Psikiyatri Dergisi, 14, 210-217.
40. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. (2018). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara.
41. Oğuz, G., Karabekiroğlu, A., & Kocamanoğlu, B. (2016). Obezite ve bilişsel davranışçı terapi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 8, 133-44.
42. Sertkaya, Ç.A., & Orhan, Y. (2008). Vücut Bileşenlerinin Belirlenmesi. Orhan Y., Bozbora A. (eds), Obezite Medikal ve Cerrahi Tedavi. 1. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul, 31-70.
43. TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı.
44. Türkiye Beslenme Rehberi. Sağlık Bakanlığı. (2015). Ankara, Yayın No: 1031.
45. Top, M. Ş., Özden, S. Y., & Sevim, M. E. (2005). "Psikiyatride Yaşam Kalitesi", Düşünen Adam, 16 (1), 18-23.
46. Tüzün, M., Kabalak, T., & Yılmaz, C. (2021). Tıbbi beslenme tedavisi alan yetişkin obez kadınların beslenme durumu, yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. I. Basım, Mart Matbaacılık, İstanbul, s.152 – 157.
47. Üzmez, B., (2007). Multidisipliner Yaklaşımla Davranış Değişikliği Tedavisi Uygulanan Şişman Bireylerdeki Yaşam Tarzı Değişikliklerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Fatma Sağlam).
48. Wudden, A.T., & Stunkard, J. A. (2023). Obezite Tedavi El Kitabı. İstanbul.
49. Yuksel, H. (2019). Social determinants of obesity: The case of Turkey. Suleyman Demirel Üniversitesi. Fen-Edebiyat Fakültesi. Sosyal Bilimler Dergisi, 48, 15-33.

50. Yetkin, İ., & Cimen, A.R. (2010). Obezite ve guncel tedavi yontemleri. Meslek İci Surekli Eđitim Dergisi, 23, 68-77.

İngilis dilində:

51. Bond, D.S., Phelan, S., & Leahey, T.M. (2009). Weight loss maintenance insuccessful weight losers: surgical versus non-surgical methods. *Int J Obes (Lond)*, 33,173–180.

52.Bora, E., Harrison, B.J., & Davey, C.G. (2012). Meta-analysis of volumetric abnormalities in cortico-striatal-pallidal-thalamic circuits in major depressive disorder . *Psychol Med*, Vol. 42(4), 671-681.

53.Berk, K.A., Buijks, H.I.M., & Verhoeven, A.J.M. (2018). Group cognitive behavioural therapy and weight regain after diet in type 2 diabetes: results from the randomised controlled POWER trial. *Diabetologia*, 61,790-799.

54.Cousins, D.A., & Grunze, H. (2012). Interpreting magnetic resonance imaging findings in bipolar disorder, *CNS Neurosci Ther*, Vol. 18(3), 201-207.

55. Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S, & Al-Hamzawi, A.(2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med*. 48(9),1560-1571.

56.Elias, M.F., Elias, P.K., Sullivan, L.M., Wolf, P.A., & D’Agostino, R.B. (2003), Lower cognitive function in the presence of obesity and hypertension: the Framingham Heart Study, *Int J Obes*, 27, 260-268.

57.Fatani, S., Pickavance, L.C., & Sadler, C.J. (2007). Differential vascular dysfunction in response to diets of differing macronutrient composition: a phenomenological study. *Nutr Metab (Lond)*, 4, 15.

58.Galindo Munoz, J.S., Morillas-Ruiz, J.M., & Gomez Gallego, M. (2019). Cognitive training therapy improves the effect of hypocaloric treatment on subjects with overweight/obesity: a randomised clinical trial. *Nutrients*, 11, 925.

59.Gilbert, M., Raman, J., & Sui Z. (2019). Cognitive remediation-enabled cognitive behaviour therapy for obesity: a case series. *Eat Weight Disord*.

60. Global Database on BMI, WHO

61.Goldney, R.D., Fisher, L.J., & Dal, G.E. (2004). Subsyndromal depression: prevalence, use of health services and quality of life in an Australian population, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, Vol. 39, 293–298.

62. Guedes, E.P., Madeira, E., & Mafort, T.T. (2013). Body composition and depressive/anxiety symptoms in overweight and obese individuals with metabolic syndrome. *Diabetol Metab Syndr*, 5, 82.
63. Institute of Health Metrics and Evaluation. (2023). Global Health Data Exchange (GHDx).
64. Jans, L.A., Riedel, W.J., & Markus, C.R. (2007). Serotonergic vulnerability and depression: assumptions, experimental evidence and implications, *Mol Psychiatry*, Vol. 12(6), 522-543
65. Jones, B.J., & Bloom, S.R. (2015). The new era of drug therapy for obesity: The evidence and the expectations. *Drugs*, 75, 935-945.
66. Karlsson, J., Sjostrom, L., & Sullivan, M. (2008). Swedish obese subjects (SOS)- an intervention study of obesity. Two-year follow-up of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.*, 22, 113-126.
67. Kolotkin, R.L., Andersen, J.R. (2017). Body image perception. 7, 273-289.
68. Kolotkin, R.L., Head, S., Hamilton, M., & Tse, C.K. (2005). Assessing impact of weight on quality of life. *Obes Rex*, 3, 49-56.
69. Kuskowska, A., & Rössner S. (2020). Decreased social activity in obese adults, world data book of obesity. 6th International Congress on Obesity, Japan, 265–269.
70. Kramer, FM, Jeffery, R.W., & Forster, J.L. (2009). Long-term follow-up of behavioral treatment for obesity: patterns of weight regain among men and women. *Int J Obes*, 13,123-136.
71. Millan, J, Agid, Y., & Brune, M. (2012). Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. *Nat Rev Drug Discov*, 11,141-168.
72. Niero, M., Martin, M., Finger, T., Lucas, R., Mear, I., & Wild, D. (2002). A new approach to multicultural item generation in the development of two obesity-specific measures: The Obesity and Weight Loss Quality of Life (OWLQOL) Questionnaire and the Weight-Related Symptom Measure (WRSM). *Clinical Therapeutics*, 24, 690-700.
73. NCD Risk Factor Collaboration. (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 390, 2627-2642.

74. Noncommunicable Diseases Progress Monitor. (2017). Geneva, World Health Organization Press.
75. Paul L., Van der Heiden, C., & Hoek, H.W. (2017). Cognitive behavioral therapy and predictors of weight loss in bariatric surgery patients. *Curr Opin Psychiatry*, 30, 474-479.
76. Pereira-Miranda, E., Costa, PRF, & Queiroz, VAO. (2017). Overweight and obesity associated with higher depression prevalence in adults: a systematic review and meta analysis, *J Am Coll Nutr* 36, 223-233.
77. Prevalence of obesity among adults, 2020.
78. Raschpichler, M., Straatman, K., & Schroeter, M.L. (2013). Abdominal fat distribution and its relationship to brain changes: the differential effects of age on cerebellar structure and function: a cross-sectional, exploratory study. *BMJ Open* 3: bmjopen 2012001915.
79. Rodríguez, M.R., Nuevo, R., & Chatterji, S. (2012). Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: a systematic review, *BMC Psychiatry*, Vol. 12, 181-187.
80. Resch, M., Haasz, P., & Sido, Z. (2004). Obesity as psychosomatic disease. *European Psychiatry* 13(4), 315.
81. Sagayadevan, V., Lee, S.P., & Ong, C. (2018). Quality of life across mental disorders in psychiatric outpatients. *Ann Acad Med Singap*, 47, 243-252.
82. Savitz, J., Lucki, I., & Drevets, W.C. (2009). 5-HT (1A) receptor function in major depressive disorder. *Prog Neurobiol*, Vol. 88(1), p.17-31.
83. Spitznagel, M.B., Alosco, M., & Strain, G. (2013). Cognitive function predicts 24-month weight loss success after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*, 2013, 9, 765-770.
84. Spitznagel, M.B., Alosco, M., & Galioto, R. (2014). The role of cognitive function in postoperative weight loss outcomes: 36 month follow-up. *Obes Surg*, 24, 1078–1084.
85. Scott, K.M., McGee, M.A., & Wells, J.E. (2008). Obesity and mental disorders in the adult general population, 2008, *J Psychosom Res* 64, 97-105.
86. Sjostrom, L., Peltonen, M., & Jacobson, P. (2012). Bariatric surgery and long-term cardiovascular events. *JAMA*, 2012, 307, 56-65.
87. Smith, E., Hay, P., & Campbell, L. (2011). A review of the association between obesity and cognitive function across the lifespan: implications for novel approaches to prevention and treatment, *Obes Rev* 12, 740-755.
88. Toth, M. (2003). 5-HT1A receptor knockout mouse as a genetic model of anxiety. *Eur J Pharmacol*, Vol. 463, p.177–184.

89. Shepard, T., Y., Weil, K.M., Sharp, T.A., Grunwald, G.K., Bell, M.L., Hill, J.O., & Eckel, R.H. (2011). Occasional physical inactivity combined with a high-fat diet may be important in the development and maintenance of obesity in human subjects. *Am J Clin Nutr*, 73, 703-708.
90. Waldstein, S.R., & Katzel, L.I. (2006). Interactive relations of central versus total obesity and blood pressure to cognitive function. *Int J Obes (Lond)*, 30, 201-207.
91. Wadden, T.A., Butryn, M.L., & Wilson, C. (2011). Lifestyle modification for the management of obesity. *Gastroenterology*, 2011, 132, 2226-2238.
92. Wadden, T.A., Sternberg, J.A., & Letizia, K.A. (2019). Treatment of obesity by very low calorie diet, behavior therapy, and their combination: a five-year perspective. *Int J Obes*, 13, 39-46.
93. Wadden, T.A., Neiberg, R.H., & Wing, R.R. (2011). Four-year weight losses in the Look AHEAD study: factors associated with long-term success. *Obesity (Silver Spring)*, 19, 1987-1998.
94. Woody, C.A., Ferrari, A.J., Siskind, D.J., Whiteford, H.A., & Harris, M.G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*, 219, 86-92.
95. World Health Organization. (2022). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.
96. Wang, G.J., Volkow, N.D., & Logan, J. (2001). Brain dopamine and obesity. *Lancet*, 357, 354-357.
97. Zwaan, M., Petersen, I., Kaerber, M., Burgmer, R., & Nolting, B. (2009). Obesity and quality of life: a controlled study of normal-weight and obese individuals. *Psychosomatics*, 50, 474-482

Rus dilinda:

98. Быков, Ю. В. (2009). Резистентные к терапии депрессии, 77.
99. Гиляровский, В. А. (2004). Патология эмоциональной жизни. *Психиатрия. Руководство для врачей и студентов*, 750.
100. Кадыков, А. С. (2009). Постинсультная депрессия. Взгляд невролога, № 4. С. 41-42.
101. Карвасарский, Б. Д. (2002). Психотерапия: учеб. для вузов / Изд. 2-е, переработанное. СПб: Питер, 378.

102. Маркин, С. П. (2008). Депрессивные расстройства в клинической картине мозгового инсульта. *Русский медицинский журнал*, № 26, 1753-1757.
103. Нуллер, Ю.Л. (2021). Аффективные расстройства в проекте 10-го пересмотра МКБ: преимущества и недостатки. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*, № 3, 5-11.
104. Рутковский, Л. (2008). Победа над депрессией, ISBN: 5-86847-631-X.
105. Тхостов, А. Ш. (2018). Психологические концепции депрессии / РМЖ, № 6.
106. Точилов, В.А. (2009). Неглубокие депрессии и их распознавание. История вопроса и современное состояние. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*, № 3, 39 – 43.
107. Фрейд, З. (2019). Семейный роман невротиков: сборник / Кирилл Красник. — СПб.: Азбука, Азбука-Аттикус., 224, ISBN 978-5-389-10020-6

Elektron mənbələr:

108. Acibadem.com.az
109. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/6-facts-on-obesity>
110. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi--30-\(age-standardizedestimate\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi--30-(age-standardizedestimate))
111. livelib.ru: <https://www.livelib.ru/book/1001491223-pobeda-nad-depressiej-leonid-rutkovskij>. <https://7knig.org/catalog/product/product867/>
112. <https://www.psikoterapi.pro/psikiyatri-antalya/depresyon-tedavisinde-psikoterapi>
113. https://psyclinic-center.ru/biblioteka-kliniki/kniga-depressiya/obshchie-principy-psihoterapii-depressii?utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2F

ƏLAVƏLƏR

Əlavə 1

Şəxsi məlumatlar

Yaşınız:

Cinsiniz:

Çəki:

Boy:

Əlavə 2

ZUNQUN ÖZ-ÖZÜNÜ QIYMƏTLƏNDİRMƏ DEPRESSİYA CƏDVƏLİ (ZDRS)

Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəli (The Zung self-rating depression scale (ZDRS)) ilk dəfə Böyük Britaniyada çap olunmuş və sonradan diaqnostik vəsait kimi beynəlxalq səviyyədə qəbul edilmişdir. Bu cədvəl depressiyanın diaqnostik kriteriyaları və depressiv pozuntusu olan xəstələrin arasında sorğular əsasında tərtib edilmişdir. Depressiyanın ağırlıq dərəcəsi xəstənin öz-özünü qiymətləndirilməsi əsasında edilir. Cədvəl 20 bənddən ibarətdir və hər bir bəndin sualına cavab verərək müayinə edilən şəxs “nadir hallarda”, “arabir”, “tez-tez” və ya “əksər hallarda və ya həmişə” cavablardan birini seçir.

Tətbiq edilmə qaydası: Cədvəli doldurulmazdan qabaq müayinə edilən şəxs cədvəlin istifadə qaydası ilə tanış edilir. Cədvəl müayinə edilən şəxsin tərəfindən müstəqil şəkildə doldurulur və cədvəl doldurulanda mütəxəssis bu prosesə müdaxilə etmir. Cədvəlin tam doldurulması bir neçə dəqiqə çəkir. Alınan cavablar qiymətləndirilərək ümumi bal hesablanır.

ZUNQUN ÖZ-ÖZÜNÜ QIYMƏTLƏNDİRMƏ DEPRESSİYA CƏDVƏLİ ÜZRƏ ÜMUMİ BALIN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

20-49 – Norma

50-59 – Yüngül dərəcəli depressiv pozuntu

60-69 – Orta ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu

70-80 – Ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu

Müayinənin nəticələri təhlil edilərkən bir neçə faktorlar qiymətləndirilir. Bu faktorlara aşağıdakı simptomlar qrupu daxildir: daxili boşluq hissi, əhval-ruhiyyənin pozulması, ümumi somatik simptomlar, spesifik somatik simptomlar, psixomotor pozuntuların simptomları, intihar niyyətləri, qıcıqlıq və qətiyyətsizlik.

Depressiyanın kliniki diaqnostikası və depressiv xəstələrin kliniki dinamikasının müşahidəsi ilə yanaşı Zunqun depressiya cədvəli həmçinin epidemioloji tədqiqatlarda, antidepressantların və digər dərmanların kliniki sınaqlarında istifadə edilir.

Cədvəlin dürüstlüyü kliniki sınaqlarla təsdiq olunub. Zunqun cədvəli digər kliniki cədvəllərlə müqayisədə və o cümlədən Hamilton cədvəli və Bekin sorğu vərəqəsi ilə validliyi təsdiq olunub.

Cədvəlin həssaslığı müxtəlif qrup depressiv pozuntusu olan xəstələrin və qeyri-depressiv şəxslərin arasında sınaqdan keçmişdir. Sınaqlarda iştirak edən bu qruplar müxtəlif yaş, cinsi, irqi, təhsil və sosial qruplara aid idi.

ZUNQUN ÖZ-ÖZÜNÜ QIYMƏTLƏNDİRMƏ DEPRESSİYA CƏDVƏLİ

Sizdən xahiş olunur ki, cədvəlin sol sütununda olan fikirləri diqqətlə oxuyasınız və son 7 gündə olan halınıza ən uyğun olan cavabı qeyd edəsiniz.

Uyğun olan cədvəl sütunlarında işarənizi (✓) qeyd edin	Nadir hallarda	Arabir	Tez-tez	Əksər hallarda və ya həmişə
1. Mən qəmginlik və ruh düşkünlüyü keçirirəm				
2. Səhərlər mənim günümün ən yaxşı hiss etdiyim vaxtdır				
3. Məni ağlamaq tutur və ya mən hiss edirəm ki, ağlamağa yaxınam				
4. Mən gecələr pis yatıram				
5. Mən keçmişdə olduğu qədər miqdarda yemək yeyirəm				
6. Mən cinsi həyatdan zövq alıram				
7. Mən hiss edirəm ki, mənim çəkim azalır				
8. Məni qəbzlik narahat edir				
9. Məndə ürəkdöyünmələr olur				
10. Mən səbəbsiz yorğunluq hiss edirəm				
11. Mən həmişəki kimi aydın fikirləşirəm				
12. Mən asanlıqla adətən gördüyüm işləri edirəm				
13. Mən özümü rahatsız hiss edirəm və bir yerdə qərar tapa bilmirəm				
14. Mən gələcəyə ümidlə baxıram				
15. Mən keçmişdə olduğumdan daha qıcıqlıyam				
16. Mən asanlıqla qərar qəbul edirəm				
17. Mən özümü lazımlı və faydalı şəxs hesab edirəm				
18. Mənim həyatım maraqlı və zəngindir				
19. Mən hiss edirəm ki, mən ölsəydim başqaları üçün daha yaxşı olardı				
20. Mən adətən zövq aldığım şeylərdən zövq alıram				

Həyat məmnuniyyəti anketi

Bu anket tədqiqat məqsədi ilə hazırlanmışdır və anonimlik tamamilə qorunur. Burada qeyd etdiyiniz məlumatlar elmi məqsədlərdən kənarında istifadə ediləməyəcək və paylaşılmayacaqdır. Heç kimin əleyhinə istifadə olunmayacaqdır. Həmçinin sorğuda iştirak etməkdən imtina edə bilərsiniz.

Sizin sualları tam səmimi və doğru cavablandırmağınız tədqiqatın nəticəsinin düzgünlüyü baxımından vacibdir. Bunu diqqətə anlamağınız və sizə ən uyğun cavabı qeyd etməyiniz xahiş olunur.

Əvvəlcədən sizə öz minnətdarlığımı bildirirəm.

Yaş -

Cins -

Çəki -

Boy –

Uyğun olan cədvəl sütunlarında işarənizi (+) qeyd edin	çox pis	pis	orta	yaxşı	çox yaxşı
Həyatınızdan məmnuniyyətinizi necə dəyərləndirirsiniz?					
Çəkinizin özünüzü xoşbəxt hiss etməyinizə təsirini necə dəyərləndirirsiniz?					
Çəkinizin cinsəl həyatınıza təsiri nə qədərdir?					
Sağlamlığınızdan məmnunluğunuz nə qədərdir?					
Sosial ortamlarda rahatlığınız necədir?					

CAVADLI LƏTİFƏ AKİF QIZI
ENDOKRİNOLOQA MÜRACİƏT EDƏN YÜKSƏK ÇƏKİLİ İNSANLARDA
DEPRESSİYA VƏ HƏYAT MƏMNUNLUĞUNUN TƏDQIQI
XÜLASƏ

Tədqiqatın obyektı 18-45 yaş aralığında yüksək çəkiyə malik kişi və qadınlardır. Tədqiqatın məqsədi endokrinoloqa müraciət edən yüksək çəkili insanlarda depressiya və həyat məmnunluğunun tədqiq edilməsidir. Tədqiqatın əsas fərziyyəsi budur: yüksək çəki koqnitiv funksiyalar üzərində neqativ təsirlərə səbəb olur və depressiya kimi önəmli sağlamlıq problemi ilə yaxından əlaqədardır. Yüksək çəki və depressiv ruh halı fərdlərdə həyat məmnunluğunun enməsinə səbəb olur. Bu baxımdan yüksək çəki və depressiyadan əziyyət çəkən, bu səbəbdən həyat məmnunluğu azalan insanların psixoloji reabilitasiyaya məruz qalaraq “sağalması”, həyata qayıtması, yenidən iş qabiliyyətinin bərpa edilməsi, ünsiyyət səviyyəsinin artması mümkündür. Tədqiqatda aşağıdakı nəticələr əldə edilmişdir: yüksək çəki ilə depressiya arasında əlaqə mövcuddur; tədqiqata cəlb edilənlərin həyat məmnunluğu və depressiya səviyyələri ilə onların boy, çəki və yaş kimi müstəqil dəyişənləri ilə aralarında müəyyən dərəcəli fərqlər var; qadın və kişilərin həyat məmnunluğu və depressiya səviyyəsi arasında mənalı bir fərq var. Digər tərəfdən isə qadınlarda həyat məmnunluğu və depressiyaya meyillilikləri isə variasiya analizinə baxdıqda kişilərdən fərqləndiyini müşahidə edirik. Maraqlı faktdır ki, qadınlarda depressiyaya meyillilik variyasiyası kişilərdən daha çoxdur, yəni bu o deməkdir ki, qadınlar kişilərdən daha çox depressiyaya düşməyə meyillidir. Digər maraqlı nəticə isə odur ki, həyat məmnunluğu kişilərdə qadınlara nisbətən daha çoxdur. Göstəricilərə əsasən deyə bilərik ki, kişilərin öz həyatlarından məmnun qalması qadınlarla müqayisədə daha asandır. Görünən odur ki, qadınlarda depressiyaya meyilli olmasının əl əsas səbəbi də budur; tədqiqat iştirakçılarının artıq çəkiddə olmaları öz çəkilərindən asılı olaraq həyat məmnunluğuna təsir edir və onun dəyişməsinə səbəb olur. Onların həyat məmnunluğu kənar faktorlardan və depressiyadan asılı olaraq dəyişir; artıq çəkili tədqiqat iştirakçılarının həyatdan məmnunluğu yaş səviyyəsinin az və ya çox olmasından mütləq asılı deyil, həmçinin belə bir asılılığın olmaması əhəmiyyətlik əmsalını ödəmədiyi üçün də nəzərə alınmır. Görünən odur ki, artıq çəkili insanların həyat məmnunluğunun aşağı və ya yuxarı olması onların yaşından deyil, yaşadıkları emosional pozuntu ilə əlaqədardır. Bu nəticələri qrupların məna ortalamasına baxdıqda anlamaq olur, lakin diqqəti çəkən 39 yaşdan aşağı və yuxarı olan qrupların məna ortalamasıdır ki, standart yayınma 39 yaşdan aşağı olan qruplarda daha çoxdur. Bu nəticənin izahını isə belə verə bilərik ki, 39 yaşdan aşağı olan qrupların həyat məmnunluğuna bəslədikləri münasibət daha yüksəkdir, yəni artıq çəkiddə olmaları yuxarı yaş səviyyəsinə malik olanlarla müqayisədə onları daha çox narahat edir.

JAVADLI LATİFA AKİF
A STUDY ON DEPRESSION AND LIFE SATISFACTION IN OVERWEIGHT
PEOPLE CONSULTING AN ENDOCRINOLOGIST

ABSTRACT

The object of the study is overweight men and women aged 18-45. The aim of the study is to measure the frequency of association between depression and decreased life satisfaction in overweight people who consult an endocrinologist. The main hypothesis of the study is this: high weight causes negative effects on cognitive functions and is closely related to important health problems such as depression. High weight and depressed mood lead to lower life satisfaction in individuals. From this point of view, it is possible for people suffering from high weight and depression, whose life satisfaction decreases due to this reason, to "recover" by undergoing psychological rehabilitation, to return to life, to restore their ability to work, and to increase their level of communication. The following results were obtained in the study: there is a relationship between high weight and depression; there are some degree of differences between the life satisfaction and depression levels of the study subjects and their independent variables such as height, weight and age; there is a meaningful difference between the life satisfaction and depression level of women and men. On the other hand, we observe that women's life satisfaction and tendency to depression differ from men's when looking at the variance analysis. An interesting fact is that women have more variation in depression than men, which means that women are more prone to depression than men. Another interesting result is that life satisfaction is higher in men than in women. Based on the indicators, we can say that it is easier for men to be satisfied with their lives than for women. Apparently, this is the main reason why women are prone to depression; being overweight in the study participants affects life satisfaction depending on their weight and causes it to change.

Their life satisfaction varies depending on external factors and depression; life satisfaction of overweight research participants does not necessarily depend on whether the age level is low or high, and the lack of such a dependence is also not taken into account because it does not meet the significance coefficient. It seems that the higher or lower life satisfaction of overweight people is not related to their age, but to the emotional disturbance they experience. These results can be understood when looking at the mean of the groups, but what is striking is the mean of the groups under and over 39 years of age, with a standard deviation greater in the groups under 39 years of age. This result can be explained by the fact

that the group under 39 years of age has a higher attitude towards life satisfaction, that is, being overweight worries them more than those with an older age level.