

XƏZƏR UNIVERSİTETİ

Fakültə: Təbiət elmləri, sənət və texnologiya yüksək təhsil

Departament: Psixologiya

İxtisas: Klinik psixologiya

MAGİSTR DİSSERTASIYA İŞİ

ARTIQ ÇƏKİLİ QADINLARIN ADAPTİV POZUNTULARININ PSİXOLOJİ FAKTORLARI

İddiaçı: _____ Nərmin Xalid qızı Hüseynzadə

Elmi rəhbər: _____ p.ü.f.d., dosent Sevinc Ağavəli qızı Allahyarova

BAKİ - 2025

MÜNDƏRİCAT

GİRİŞ	3
I FƏSİL. ƏDƏBİYYAT XÜLASƏSİ	7
1.1. Adaptiv pozuntuların psixoloji təhlili	7
1.1.1. Adaptiv pozuntuların əlamətləri və dərəcələri	10
1.1.2. Adaptiv pozuntuların təzahürü və yaranma səbəbləri	20
1.2. Artıq çəkinin psixoloji xarakteristikası	27
1.2.1. Artıq çəkili qadınların psixoloji xüsusiyyətləri	33
1.2.2. Artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntunun təhlili	39
II FƏSİL. METOD VƏ METODOLOGİYA	50
2.1. Tədqiqatın təşkili və keçirilməsi	50
2.2. Tədqiqatın metodikaları	50
III FƏSİL. TƏDQIQAT MƏLUMATLARININ STATİSTİK TƏHLİLİ	52
3.1. Tədqiqat metodikalarından alınan nəticələr	52
3.2. Alınan nəticələrin statistik təhlili	68
NƏTİCƏ	75
ƏDƏBİYYAT SİYAHISI	79
ƏLAVƏLƏR	90

GİRİŞ

Mövzunun aktuallığı və işlənmə dərəcəsi. Müasir dövrümüzdə artıq çəki problemi ilə əlaqədar aparılan tədqiqatlara və statistik göstəricilərə nəzər saldıqda müşahidə etmiş oluruq ki, dünya üzrə insanların 42%-i artıq çəkiddən əziyyət çəkir. 2024-cü ildə hər 8 insandan birində piylənmə olduğu müəyyən olunmuşdur. Hesabatlara nəzər yetirdikdə 1990-cı ildən, 2024-cü ilə qədər piylənmə nisbətinin iki dəfədən çox artmış olduğu müşahidə edilir. Ölkəmizdə isə son 10 ildə əhali üzrə piylənmə 91%-ə qədər artmışdır. Azərbaycan artıq çəki, piylənmə üzrə dünya ölkələri arasında 200-cü yerdədir. Ölkəmizdə 54,6% qadın, 45,4% kişi artıq çəki və piylənmə problemindən əziyyət çəkir. Nəticə etibarilə, qadınların kişilərə nisbətən daha çox artıq çəki və piylənmə problemindən əziyyət çəkdiyini müşahidə etmiş oluruq. Belə ki, artıq çəki sadəcə fizioloji deyil, psixoloji problemlərin də təzahür etməsinə zəmin yaradır. Artıq çəkili insanlar daim narahatlıq hissi yaşayır. Xüsusilə də ictimai yerlərdə narahatlıqları artdığı üçün sosial təcrid müşahidə olunur. Belə ki, bu kimi daimi narahatlıq və gərginlik vəziyyəti zamanla depressiyanın, təşvişin və adaptiv pozuntuların yaranmasına zəmin yaratmış olur.

Aparılan araşdırmaların nəticələrinə əsasən artıq çəki və piylənmə olan insanlar arasında 32% hallarda adaptiv pozuntu diaqnozunun qoyulduğu və bu xəstələr arasında ən çox yayılmış diaqnoz olduğu müəyyən olunmuşdur. Adaptiv pozuntu sosial, şəxsiyyətlərarası, peşə, təhsil və ya digər fəaliyyət sahələrində əhəmiyyətli dərəcədə pozulma ilə nəticələnən stressə qarşı cavab reaksiyasıdır. Həyat dəyişikliklərinə uyğunlaşmaq mümkün olmadıqda baş verən emosional pozuntular adaptiv pozuntular adlanır. Adaptiv pozuntu stressə və ya insanın həyatında əhəmiyyətli dəyişikliklərə cavab olaraq təzahür edən psixi pozuntudur. Ümumi əhali arasında adaptiv pozuntuların yayılması 12-33% arasında dəyişir. Adaptiv pozuntular daha çox qadınlarda təzahür edir, bu diaqnozun kişilərə nisbətən qadınlarda iki dəfə çox qoyulduğu müəyyən olunur. Güclü stressogen dəyişikliklər, yeni şərtlərə uyğunlaşmaq və şəxsin öz fərdi xüsusiyyətləri adaptiv pozuntunun inkişafına şərait yarada bilər. Ümumi olaraq adaptiv pozuntuların baş verməsi üçün əsasən güclü travmatik amil lazımdır. Adaptiv pozuntuların yayılma tezliyi, dəqiq klinik təzahürlərinin olmaması eləcə də diferensial diaqnostikada yaranan çətinliklər mövzunun öyrənilməsinin əhəmiyyətini təyin edir. Adaptiv pozuntular adətən depressiya və təşviş pozuntuları ilə paralel müəyyən oluna bilər. Ümumi olaraq diaqnostik meyarları tam dəqiq olmadığı üçün və izahı digər psixi pozuntularla mümkün olmadığı üçün, adaptiv pozuntu tam dəqiq araşdırılmamışdır.

Belə ki, gender xüsusiyyətlərini nəzərə alsaq, qadınlar kişilərə nisbətən daha emosional və həssas olduqları üçün, onların stressogen amillərə qarşı reaksiyasının və stressi idarəetmə bacarıqlarının qismən zəif olduğunu müşahidə etmiş oluruq. Həmçinin artıq çəki və piylənmə baxımından təhlil etsək, anatomik olaraq qadın bədənində piy qatı çox, əzələ qatı az, kişilərdə isə əzələ qatı piy qatından daha çoxdur. Nəticə etibarilə, anatomik və psixi xüsusiyyətlər baxımından kişi və qadınların fərqli olması, onlarda artıq çəki və piylənmənin fərqli nisbətlərdə təzahür etməsini gözlənilən edir. Qeyd olunan məlumatlara əsasən artıq çəki və adaptiv pozuntu problemlərinin qadınlarda daha çox müşahidə edilməsi, bu mövzunun tədqiqi əhəmiyyətini müəyyən edir.

Artıq çəki probleminin ölkəmizdə və ümumi olaraq global səviyyədə durmadan artması, bu şəxslərdə daha çox adaptiv pozuntulara rast gəlinməsi halı və həmçinin də adaptiv pozuntuların kifayət qədər dəqiq öyrənilməməsi, araşdırılan mövzunun aktuallığını və zəruriliyini müəyyən edir. Dissertasiya işinin mövzusu hal-hazırda xüsusi tədqiqi əhəmiyyətə malik olan problemdir. Artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntunun psixoloji faktorlarını təhlil etmək hal-hazırda ölkəmiz üçün aktuallıq kəsb edən araşdırma mövzudur.

Dissertasiya işinin mövzusu ilə əlaqədar xarici ölkələrdə aparılan çoxsaylı elmi tədqiqatlar vardır. Lakin Azərbaycanda bu mövzu istiqamətində aparılan araşdırmalar, elmi işlər mövcud deyil.

V.Hardman 1999-2000-ci illər ərzində artıq çəki və psixoloji pozuntular arasında əhəmiyyətli əlaqəni tədqiq edərək müəyyən etmişdir ki, artıq çəkiddən əziyyət çəkən şəxslərdə daha çox aqressiya, depressiya, təşviş və adaptiv pozuntulara rast gəlinir (Barlow, Dietz, 2000).

L.Subak, H.Rixter və S.Hunskar 3 il müddətində (1997-2000) həkim tərəfindən xüsusi arıqlama proqramı təyin olunan artıq çəkili qadınlar ilə tədqiqat işi aparmışdılar. Alınan nəticələrə əsasən müəyyən etmişdirlər ki, xüsusi arıqlama proqramı təyin olunan artıq çəkili qadınların bədən çəki indeksi azalanda, onların psixoloji rifahları artmış və adaptiv pozuntuları əhəmiyyətli dərəcədə aradan qalxmışdır (Barlow, Dietz, 2000).

V.Avad 2000-ci ildə aparmış olduğu tədqiqat zamanı fərdi arıqlama proqramı təyin edilən qadınlarda müəyyən etmişdir ki, BÇİ-də əhəmiyyətli dərəcə azalma müşahidə edilən tədqiq olunanların stress səviyyələri və adaptiv reaksiyaları da nisbətən zəifləmişdir (Bouchard, Tremblay, 2001).

O.Özdel, S.Fenkçi, T.Değirmençi 2009-cu ildə artıq çəkiddən əziyyət çəkən qadınlarda, BÇİ-si norma daxilində olan qadınlara nisbətən daha çox adaptiv pozuntular, depressiya və təşviş pozuntusu diaqnozu qoyulduğunu aparmış olduqları tədqiqat işində müəyyən etmişdirlər (Özdel, Fenkçi və baş., 2011).

Y.Akın, H.Gülmez, T.İpekçi və digər həmkarlarının 2011-ci ildə artıq çəkili qadınlarda stress amilini tədqiq etmiş olduqları araşdırmalarında, bu qadınlarda digər psixi pozuntulara nisbətən adaptiv pozuntunun daha çox təzahür etmiş olduğunu qeydə almışdılar (Medeni, Baran, 2020).

D.Mendeleyev və M.Qrişkin 2002-2003-cü illər ərzində artıq çəkiddən əziyyət çəkən şəxslərdə adaptiv pozuntunu tədqiq edərkən, artıq çəki probleminin təzahür müddəti və bədən çəkisinə əsasən adaptiv pozuntunun fərqli səviyyədə təzahür etmiş olduğunu müəyyən etmişdirlər (Менделевич, 2004).

N.Struyeva, N.Qeqel, A.Babrov və həmkarları 2005-ci ildə aparılan araşdırmada BÇİ-i yüksək olan ($BÇİ > 31$) tədqiq olunanların 83%-də yüksək stigmatizasiya, 79%-də adaptiv pozuntu olduğunu təyin etmişdirlər (Мосолюва, 2008).

Azərbaycanda dissertasiya işinin mövzusu ilə bağlı tədqiqat işləri mövcud deyildir. Ölkəmizdə tədqiqatçılar tərəfindən artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntuların tədqiqi ilə əlaqədar elmi-tədqiqat işləri aparılmamışdır.

Tədqiqatın obyektı və predmeti. 27-45 yaş həddində 184 nəfər artıq çəkiddən əziyyət çəkən qadınlar.

Tədqiqatın predmeti artıq çəkiddən əziyyət çəkən qadınlarda adaptiv pozuntuların tədqiq edilməsidir. Tədqiqat işində artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntuların təzahürünə səbəb ola biləcək amillər (bədən çəki indeksi, mütəxəssis dəstəyinin olmaması, problemin müddəti) araşdırılmışdır.

Tədqiqatın fərziyyələri. Tədqiqat zamanı bir əsas və iki köməkçi fərziyyə irəli sürülmüşdür.

Əsas fərziyyə- Artıq çəkili qadınlarda bədən çəki indeksi adaptiv pozuntuların təzahürünə əhəmiyyətlə dərəcədə təsir edir.

Köməkçi fərziyyələr:

1.BÇİ-i üçün mütəxəssis dəstəyi alan BÇİ-i yüksək olan qadınlarda adaptiv pozuntuların təzahürü mütəxəssis dəstəyi almayan BÇİ-i yüksək olan qadınlara nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlidir.

2.BÇİ-i yüksək olan qadınlarda adaptiv pozuntuların təzahürü müvafiq problemin (artıq çəki və piylənmə) təzahür müddəti ilə əhəmiyyətli dərəcədə əlaqəlidir.

Tədqiqatın nəticələri. Tədqiqat zamanı ümumi olaraq aşağıdakı nəticələr əldə olunmuşdur:

- Tədqiq olunan artıq çəkili qadınların bədən çəki indeksi onlarda adaptiv pozuntuların təzahürünə əhəmiyyətlə dərəcədə təsir edir;

- Mütəxəssis dəstəyi alan tədqiq olunan qadınlarda adaptiv pozuntuların təzahürü, mütəxəssis dəstəyi almayan tədqiq olunan qadınlara nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənir;
- Tədqiq olunan artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntuların təzahürü müvafiq problemin (artıq çəki) təzahür müddəti ilə əhəmiyyətli dərəcədə əlaqəlidir.

Tədqiqatın məqsəd və vəzifələri Tədqiqat işinin əsas məqsədi, artıq çəkiddən əziyyət çəkən qadınlarda adaptiv pozuntuları tədqiq etmək, bədən çəki indeksi ilə adaptiv pozuntular arasında əlaqəni öyrənməkdən ibarətdir.

Tədqiqat işinin vəzifələri aşağıda qeyd edilmişdir:

- Adaptiv pozuntuların mahiyyəti və təzahürünü ətraflı şəkildə təhlil etmək;
- Adaptiv pozuntuların dərəcələri və əsas əlamətlərini müəyyənləşdirmək;
- Adaptiv pozuntuların yaranmasına təsir edən amilləri araşdırmaq;
- Artıq çəkinin ümumi psixoloji xüsusiyyətlərini təhlil etmək;
- Artıq çəkili qadınların psixoloji xüsusiyyətlərini və adaptiv pozuntuları öyrənmək;
- Artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntuları tədqiq etmək.

Tədqiqat metodları. Tədqiq olunanların tədqiqat üçün əhəmiyyəti olan şəxsi məlumatlarını əldə etmək üçün (yaş, BÇİ) tərəfimizdən hazırlanan anket istifadə edilmişdir. Tədqiqat zamanı artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntunun dərəcəsini müəyyənləşdirmək üçün Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı tərəfindən (ÜST), Xəstəliklərin Beynəlxalq təsnifatının 11-ci buraxılışında (XBT-11) adaptiv pozuntuların diaqnostik meyarlarına əsasən M.Shevlin, P.Hyland, T.Karatzias və digər həmkarlarının hazırlamış olduqları Adaptiv pozuntuların təyini şkalası (2019) istifadə edilmişdir. Artıq çəkili qadınlarda stress səviyyəsi və adaptiv pozuntuları (həmçinin adaptiv pozuntulara aid meyarlar- sosial təcrid, depressiv əhval-ruhiyyə, təşviş, impulsivlik) müəyyənləşdirmək üçün A.Maerçker, L.Lorens və R.Baçem tərəfindən hazırlanan Adaptiv pozuntu-Yeni modul (20) şkalası (2018) istifadə edilmişdir. Tədqiqat zamanı alınan nəticələrin statistik təhlili üçün IBM SPSS (29.0) proqramında müvafiq statistik meyarlar istifadə edilmişdir.

Tədqiqatın icra müddəti. Tədqiqat işi 13.01.2025-14.04.2025 tarixləri ərzində keçirilmişdir.

I FƏSİL. ƏDƏBİYYAT XÜLASƏSİ

1.1. Adaptiv pozuntuların psixoloji təhlili

Adaptiv pozuntu stressli hadisədən sonra stressorun şiddətinə və ya intensivliyinə qeyri-mütənasib səviyyədə uyğunlaşmaqda yaranan çətinlikləri, emosional və davranış reaksiyalarını əhatə edir. Əlamətləri stressora sosial gözləntilərə uyğun gəlməyən əhəmiyyətli narahatlıq və gündəlik fəaliyyətin pozulmasına səbəb olan stress reaksiyaları ilə xarakterizə olunur. Adaptiv pozuntu şəxsiyyətlərarası, sosial, təhsil, peşə və digər fəaliyyət sahələrində əhəmiyyətli dərəcədə pozulma ilə nəticələnən stressə qarşı cavab reaksiyasıdır. Həyatı dəyişikliklərə uyğunlaşmaq mümkün olmayanda baş verən emosional pozuntular adaptiv pozuntular adlanır. Adaptiv pozuntu stressə və insanın həyatında əhəmiyyətli, yeni dəyişikliklərə cavab olaraq təzahür edən psixi pozuntudur. Ümumi olaraq əhali arasında adaptiv pozuntuların yayılma dərəcəsi 12-33% arasında dəyişir (WHO stats. 2024). Adaptiv pozuntunun yayılması müxtəlif amillər və populyasiyanın ölçüsünə əsasən dəyişir. Tədqiqatlarda tez-tez depressiya və təşvişin yayılma nisbətlərinin öyrənilməsinə baxmayaraq, adaptiv pozuntu problemi tarixən çox az empirik tədqiqatlara cəlb edilmişdir. Nəticə etibarilə, pozuntunun fenomenologiyası, yayılması, risk faktorları, gedişi və ya müalicəsi haqqında nisbətən az məlumat məlumdur. Bu kimi tədqiqatların az olmasına səbəb olan əsas amil aydın şəkildə müəyyən edilmiş diaqnostik meyarların olmamasıdır ki, bu da empirik tədqiqat kontekstində pozuntunun təyin edilməsinin çətin olduğunu göstərmiş olur.

Adaptiv pozuntunun göstəriciləri müxtəlif amillərə, o cümlədən populyasiyanın ölçüsü, qiymətləndirmə və diaqnoz üçün istifadə olunan metodikaların müxtəlifliyinə görə qismən fərqli göstərilə bilər. Ümumi olaraq 2020-ci ilə qədər adaptiv pozuntunun 11%-dən az yayılma nisbətləri aşkar olunmuşdur. Yeni tədqiqatlarda isə ümumi əhali arasında 30%-dən çoxunda yayılma nisbəti olduğu müəyyən edilmişdir. Adaptiv pozuntunun işsiz şəxslər (27%) və xroniki xəstəliyi olan (18%) yüksək riskli şəxslərdə daha yüksək olduğu müəyyən edilmişdir. ABŞ-da, Kanadada və Avstraliyada psixoloq və psixiatrların verdiyi statistikaya əsasən (2022-2023) əhalinin mütəxəssisə müraciət edən 12%-də adaptiv pozuntu diaqnozu qoyulub. İrlandiyada psixi sağlamlıq müəssisələrində olan xəstələrdə adaptiv pozuntu 18,5%-də müşahidə olunmuşdur. Bütün xəstələrin 93%-də ən azı bir psixososial stress faktoru qeydə alınıb ki, bu xəstələrin 59%-də xroniki xəstəlik olduğu müəyyən edilib (WHO stats. 2024).

2011 və 2021-ci illər ərzində aparılan araşdırmaların meta analizi, artıq çəkili şəxslərin 15-19%-də adaptiv pozuntu olduğu müəyyən edilmişdir. Bəzi populyasiyalarda adaptiv pozuntunun əhəmiyyətli yayılma nisbətlərini göstərən araşdırmaların olmasına baxmayaraq, ümumi olaraq adaptiv pozuntu problemi tarixən çox az empirik tədqiqatlara cəlb

edilmişdir. Nəticə etibarilə, pozuntunun fenomenologiyası, onun sinir korrelyasiyaları, yayılması, risk faktorları, gedişi və ya müalicəsi haqqında nisbətən az şey məlumdur. Bu kimi tədqiqatların az olmasına səbəb olan əsas amil aydın şəkildə müəyyən edilmiş diaqnostik meyarların olmamasıdır, yəni empirik tədqiqat kontekstində pozuntunu araşdırmaq buna görə çətin olmuşdur. Adaptiv pozuntu anlayışı diaqnostik qeyri-müəyyənliyi ilə bağlı problemlərə görə xeyli tənqidlə məruz qalmışdır. Tədqiqatlarda adaptiv pozuntuların digər psixi pozuntulardan və ya normal adaptiv stress reaksiyalarından nə dərəcədə fərqləndiyini aydın şəkildə müəyyən etmək üçün təhlillər aparılmışdır.

Adaptiv pozuntu anlayışı diaqnostik meyarların qeyri-müəyyənliyi ilə bağlı problemlərə görə xeyli tənqidlərə məruz qalmışdır. Bununla belə, adaptiv pozuntunun konseptuallaşdırılması hazırda keçid mərhələsindədir. Epidemioloji tədqiqatlar göstərir ki, adaptiv pozuntudan əziyyət çəkən şəxslərə ümumi tibbi praktikada tez-tez rast gəlinir, lakin nadir hallarda psixiatriya müəssisələrində xəstəxanaya yerləşdirilirlər. Adaptiv pozuntu ilə bağlı tədqiqatların meta analizi göstərir ki, onlar ümumi tibbi praktikada xəstələrin demək olar ki, dördə birində görünür. Hematologiya, onkologiya, endokrinologiya və ürək cərrahiyyəsində həyati təhlükəsi olan xəstələr arasında adaptiv pozuntunun yayılma tezliyi 30%-dən çoxdur. Adaptiv pozuntu daha çox qadınlar arasında tez-tez müşahidə olunur. Adaptiv pozuntu bütün mədəniyyətlərdə həm yeniyetməlik, həm də yetkinlik dövründə təzahür edə bilər. Adaptiv pozuntu olan xəstələrin 53,8%-də təşviş pozuntusu da müşahidə edilir. Klinik praktikada adətən təşviş və ya depressiya ilə birlikdə, həmçinin də qarışıq təşvişli-depressiv əhval-ruhiyyə ilə adaptiv pozuntu müəyyən olunur (Tessa, 2014).

Adətən narahatlıq və uyğunlaşma problemləri yaxınlaşan təhlükə barədə xəbərdarlıq edən və insanı onun öhdəsindən gəlmək üçün hərəkətə keçməyə məcbur edən həyəcan signalıdır. Təşviş zahiri, müəyyən və məlum olan qorxudan fərqli olaraq bilinməyən, daxili, qeyri-müəyyən və ziddiyyətli bir təhlükəyə reaksiyadır. Narahatlıq diffuz, çox xoşagəlməz, tez-tez qeyri-müəyyən bir şeydən qorxu hissi, təhlükə hissi, çəkinmə davranışı, gərginlik hissi və s. reaksiyalardır. Depressiv əhval-ruhiyyə ətraf mühitə marağın azalması, ümitsizlik hissi və həyat perspektivlərinin itirilməsi ilə xarakterizə olunur. Təşviş və depressiyanın fərdi təzahürləri son dərəcə müxtəlifdir, lakin onlarda həmişə somatik reaksiyalar müşayiət olunur, məsələn: epigastrik bölgədə boşluq hissi, döş qəfəsində sıxılma hissi, artan ürək döyüntüsü, tərləmə, aşağı dərəcəli qızdırma, ürək ağrısı və s. Avtonom disfunksiyaların isə əsas keyfiyyəti onların multisistem xarakteridir. Psixo-emosional pozuntular adətən kütləvi avtonom disfunksiya fəsadının arxasında gizlənir və tez-tez xəstə və onun ətrafındakılar tərəfindən dərk edilmir və ya nəzərə alınmır (Tessa, 2014).

Böhran vəziyyətləri, kədər, bədbəxtlik, fiziki və psixi tükənmə kimi yaşanan və adaptasiyanın, nəzarətin pozulması ilə müşayiət olunan, fərdin özünü həyata keçirməsinə mane olan adaptiv pozuntu, müxtəlif işləri yerinə yetirməyi, uyğunlaşmaq fəaliyyətini pozur. Adaptiv pozuntu adətən psixososial stressə və ya çoxsaylı stresslərə məruz qaldıqdan sonra üç ay ərzində müşahidə olunur. Adaptiv pozuntunun klinik təzahürləri son dərəcə dəyişkəndir. Adaptiv pozuntu təşviş, əhval-ruhiyyənin dəyişkən olması, vəziyyətin öhdəsindən gələ bilməmə hissi və hətta gündəlik həyatda işləmək qabiliyyətinin azalması ilə xarakterizə olunur. Narahatlıq diffuz, son dərəcə xoşagəlməz, tez-tez qeyri-müəyyən bir şeydən qorxu hissi, təhlükə hissi, gərginlik hissi, artan əsəbilik kimi müşahidə olunur. Adaptiv pozuntu yaşayan şəxs real və ya ehtimal olunan xoşagəlməz hadisələrlə bağlı qorxularını ifadə edir.

Depressiv əhval-ruhiyyə ilə müşayiət olunan adaptiv pozuntu bəzən apatiya kimi aşağı fon əhval-ruhiyyə və adi maraq və istəklərin məhdudlaşdırılması ilə xarakterizə olunur. Adaptiv pozuntu diaqnozu qoyulmuş şəxslər cari hadisələrlə bağlı bədbin fikirlər ifadə edir, hər hansı bir hadisəni birmənalı şəkildə mənfi şərh edir, hadisələrə təsir edə bilməməkdə özlərini və ya başqalarını günahlandırırlar. Gələcək onlara yalnız qara rənglərdə görünür. Adaptiv pozuntu psixi və fiziki tükənmə, diqqətin azalması, hafizənin zəifləməsi və maraqların itirilməsi ilə xarakterizə olunur. Adaptiv pozuntudan əziyyət çəkən şəxslər qeyd edirlər ki, düşüncələrini toplamaq onlar üçün çətindir, hər hansı bir işi görmək onlar üçün qeyri-mümkün görünür və gündəlik fəaliyyətləri davam etdirmək güclü iradə, səy tələb edir. Onlar bir problem üzərində diqqəti toplamağın çətinliyini, qərar qəbul etməyin, sonra isə onu praktikada tətbiq etməyin çətinliyini qeyd edirlər. Xəstələr, bir qayda olaraq, öz uğursuzluqlarından xəbərdardırlar, lakin hərəkətsizliyini əsaslandırmaq üçün müxtəlif səbəblər göstərərək bunu gizlətməyə çalışırlar. Adaptiv pozuntunun əsas göstəricisi olan aşağı əhval-ruhiyyə tez-tez xəstələr tərəfindən fəal şəkildə inkar edilir və ya onlar tərəfindən somatik patologiya ilə əlaqəsi olmayan əhəmiyyətsiz simptom kimi qəbul edilir. Psixoloq xəstənin emosional təcrübələrini müzakirə etməyə çalışdıqda, demək olar ki, həmişə mənfi reaksiya ilə qarşılaşır. Adaptiv pozuntu diaqnozu qoyulan şəxslər adətən şikayətlərinin “əsassız” olduğuna dair hər hansı fikrə son dərəcə həssasdırlar, buna görə əhval-ruhiyyə və digər psixi simptomlarla bağlı bütün suallar son dərəcə səmimi şəkildə verilməlidir. Belə xəstələrlə mübahisə etmək olmaz, belə bir vəziyyət həm də onlara travma verə bilər. Maraqların daralması və həzz almaq hissini itirilməsi (adaptiv pozuntunun ikinci simptomu) bu xəstələrdə müəyyən həyat məhdudiyyətləri yaradır.

Adaptiv pozuntular müəyyən edilə bilən psixososial stressora uyğunlaşmayan emosional və yaxud davranış reaksiyasını təsvir edir, stresli hadisədən sonra stressorun şiddətinə və ya intensivliyinə qeyri-mütənasib səviyyədə uyğunlaşmaqda çətinlik çəkənlərə

təsir edir. Simptomlar, stressora qarşı sosial və ya mədəni olaraq gözlənilən reaksiyalara uyğun gəlməyən və yaxud nəzərəcarpacaq narahatlıq və gündəlik fəaliyyətin pozulmasına səbəb olan stress reaksiyaları ilə xarakterizə olunur. Adaptiv pozuntunun meyarları stressor hesab edilə bilən amillər üçün heç bir tələbi müəyyən etmir. Bununla belə, araşdırmalar göstərmişdir ki, stressli hadisələr həm faktiki və ya ehtimal olunan travmatik hadisələri, həm də şəxsiyyətlərarası münaqişə, sevilən birinin itkisi, işsizlik, maddi çətinliklər, sevilən birinin və ya özünün xəstəliyi kimi travmatik stressli hadisələri əhatə edə bilər.

Adaptiv pozuntular əhəmiyyətli narahatlıq ilə xarakterizə olunur. Əsasən də fizioloji olmaqla yanaşı, sosial və peşəkar uyğunlaşmanın pozulması adaptiv pozuntuların daha ağır dərəcəsi olduğunu göstərir. Adaptiv pozuntu hərtərəfli müayinə əsasında təyin olunur və psixi vəziyyətin dinamikasının, travmanın təsirinin qiymətləndirilməsi ilə müəyyən olunur. Müasir təsnifatlarda adaptiv pozuntu stress pozuntuları qrupuna münasibətdə istifadə olunur. Adaptiv pozuntuların mövcud tərifləri son dərəcədə spesifik psixopatoloji məzmunu sahib deyildir. Mövcud meyarlar normal və patoloji arasında aydın fərq qoymağa imkan vermir. Adaptiv pozuntular üçün xüsusi meyarlardan istifadə etmək zərurəti yaranır.

Ümumi praktikada adaptiv pozuntunun diaqnostikasının ən vacib mərhələsi depressiya ilə oxşar şikayətlərin xarakterik xüsusiyyətlərini və onların xarakterik mühitini müəyyən etməkdir. Patogenetik olaraq depressiya və təşvişlə əlaqəli somatik şikayətlər, ilk növbədə, polimorfizm, dəyişkənlik və adaptiv pozulma ilə xarakterizə olunur (şikayətlər arasında məntiqi klinik əlaqə yoxdur). Açıqlanmayan simptomları olan xəstələr ilk növbədə adaptiv pozuntu riski daşıyan qrup kimi hesab edilməlidir. Bir neçə simptomları olan və obyektiv orqan patologiyası olmadığı halda vəziyyətini çox pis qiymətləndirən xəstələrdə risk xüsusilə yüksəkdir (Wetterling, 2001). Bu xəstələr həkimə baş çəkdikdən sonra narazılıq hisslərini bildirməyə meyllidirlər və məhz bu xəstələri həkimlər ən çox “çətin” hesab edirlər. Psixosomatik səbəblərdən qaynaqlanan problemlər üçün psixoloq dəstəyi alınması mütləqdir. Adaptiv pozuntuların təzahürünə səbəb olan müxtəlif amillər vardır. Bu amillərə və pozuntunun təzahürünə nəzər salmaq zəruridir.

1.1.1. Adaptiv pozuntuların əlamətləri və dərəcələri

Adaptiv pozuntular və ya qeyri-adaptiv reaksiyalar həyat dəyişikliklərinə uyğunlaşmaq mümkün olmayanda baş verən və emosional pozuntulardır. Adaptiv pozuntu stressə və ya insanın həyatında olduqca əhəmiyyətli dəyişikliklərə cavab olaraq (işdən çıxmaq, boşanmaq, yaxın adamın itkisi və s.) təzahür edən psixi pozuntudur. Statistik göstəricilərə əsasən əhali arasında adaptiv pozuntunun yayılması ümumi olaraq 12-33% arasında dəyişir. Adətən populyasiyada ortalama olaraq 23-25% müşahidə olunur.

Əhəmiyyətli və güclü stressogen dəyişikliklər, dəyişən şərtlərə uyğunlaşma ehtiyacı, fərdi xüsusiyyətlər (həssaslıq, emosional labillik) adaptiv pozulmanın inkişafına şərait yaradır. Ümumi olaraq adaptiv pozuntuların baş verməsi üçün fərdi xüsusiyyətlər və travmatik amil lazımdır (Reilly, 2005).

Fərd həyatındakı ani dəyişikliklərə uyğunlaşa bilmirsə, o, ağır stress, narahatlıq və qorxu yaşayır. Bu, emosional şok, fəaliyyətin azalması, cəmiyyətdən uzaqlaşma əlamətləri ilə özünü göstərir. Adaptiv pozuntu psixogen pozuntulara aiddir. Adaptiv pozuntu psixiatrik xəstəliklər arasında yeganə olan pozuntudur ki, travmatik vəziyyətlə pozuntunun inkişafı arasında birbaşa etioloji əlaqə vardır. Adaptiv pozuntu zamanı depressiv əhval-ruhiyyə, özünə inamın azalması, təfəkkürdə ləngimə, artan narahatlıq, yorğunluq, diqqəti cəmləməkdə çətinlik, əsəbilik, impulsiv hərəkətlərə meyl, öz reaksiyalarını idarə etməkdə çətinlik, əhvalın tez-tez dəyişməsi, başqaları ilə təmasdan qaçmaq, sosial təcrid, aqressivlik və s. kimi hallar müşahidə olunur (Rocchini, 2002).

Psixososial stressorların adaptiv pozuntuların təzahüründə rolu böyükdür. Klinik təcrübə üçün tibbi faktorlarla yanaşı sosial-psixoloji amillər xüsusilə vacib idi. Stasionar müalicə, xəstəliklər, diaqnostik prosedurlar, qarşıdan gələn invaziv (cərrahi) müdaxilələr bütün bunlar adaptiv pozuntuların əsas tibbi mənbəyidir. Xəstəliyin nəticələri, mümkün əlillik, tibbi təhlükələr və dözülməz ağrı, ailə üzvləri üçün ağır bir yük olmaq qorxusu adaptiv pozuntuların inkişafına səbəb ola bilər. Digər stressorlar arasında ailə daxili münaqişələr, boşanma, uşaq dünyaya gətirmək, ayrılıq və iş problemləri də daxil olmaqla, sosial münasibətlər üstünlük təşkil edir. Qeyd edək ki, stresli hadisələr ən çox qadınların şəxsi həyatında, kişilərdə isə peşə həyatında daha çox olur. Məlumdur ki, stressli vəziyyətlər tez-tez adaptiv reaksiyalara və depressiv əhval-ruhiyyəyə səbəb olur.

Adaptiv pozuntuların inkişafında mühüm amillər stresin təsir müddəti və onun fərdi əhəmiyyətidir. Həyat böhranları, hormonal və psixofizioloji dəyişiklik dövrləri (evlilik, hamiləlik və doğuş, abortlar, menopauza, artıq çəki, zob xəstəliyi) qadınlarda adaptiv pozuntulara şərait yaradan amillərdir. Hormonal dəyişikliklər isə adətən açıq psixoloji və sosial dəyişikliklərlə müşayiət olunur.

Müxtəlif stressli hadisələr adaptiv pozuntuların təzahürünə səbəb ola bilər. Əsasən də xroniki xəstəliklərlə adaptiv pozuntular inkişaf edə bilər. Adaptiv pozuntu diaqnozu qoyulan şəxslərin konstitusional xüsusiyyətlərinə (bioloji meyl) və ya onun stressli hadisələrə reaksiyalarına, stressi idarə etmə bacarıqlarına nəzər salmaq lazımdır.

Adaptiv pozuntunun inkişafı insanın dəyişən həyat şəraitini təhlil etmək, qiymətləndirmək və uyğunlaşmaq qabiliyyətinin azalmasına əsaslanır. Stress (Nottingem Universitetinin psixologiya professoru T.Koksa görə) qoyulan tələblər və fərdin bu tələblərin

öhdəsindən gəlmək qabiliyyəti arasında əhəmiyyətli fərqlərin təzahürünə cavab olaraq yaranır (Jokela, 2009). Psixotraumatik amil adaptiv pozuntunu inkişaf etdirib fərdin vəziyyətinə təsir göstərə bilər. Stress faktoru həm başlanğıc amil (pozuntunun inkişafına səbəb), həm də adaptiv pozuntunun patogenezdə aparıcı rola (bütün müddət ərzində) sahib ola bilər. Gözlənilən nəticə, planlaşdırılmış (modelləşdirilmiş) vəziyyətlər və ya hadisələr heç də həmişə reallığa uyğun gəlmir. Məsələn, başqa ölkəyə köçərkən insan asanlıqla və tez bir zamanda iş tapmağı gözləyə bilər, lakin çətinliklərlə və planlarını həyata keçirməyin mümkünsüzlüyü ilə üzləşə bilər. Məhz bu ziddiyyət emosional reaksiyaya səbəb olur. Nəticədə vegetativ sinir sistemi və davranış reaksiyalarını tənzimləyən endokrin mexanizmlər aktivləşir- adrenalin qana böyrəküstü vəzin medullasından, kortikoliberin hipotalamusda, adrenokortikotrop hormon hipofizdə, kortikokortikoidlər adrenal bezdə ifraz olunur. Beləliklə, xroniki psixo-emosional stress və həddindən artıq gərginlik zamanı bədənin adaptiv reaksiyaları bir sıra bioloji proseslərin aktivləşdirilməsindən ibarətdir. Bu vegetativ və energetik yerdəyişmə kompleksi stressin birinci mərhələsinə- həyati vacib məsələnin təcili həlli üçün enerji resurslarının səfərbər edilməsinə bərabərdir. Yaşayış şəraitinin qəfil dəyişməsi həyəcan reaksiyasına səbəb olur ki, bu da oyanıqlıqdan (davranış), stress hormonlarının qana buraxılmasından (endokrinologiya) və vegetativ sistemin aktivləşməsindən (fiziologiya) ibarətdir. Sonradan, narahatlıq ümumi stress cavabı ilə əvəz olunur. Psixi pozuntu bədənin qoruyucu resursları tükəndiyi zaman qarşısı alınmayan yaşayış şəraitindəki əlverişsiz dəyişikliklərdən qaynaqlanır.

Daimi stressli vəziyyətdə olanda adətən bir çox şəxslərdə psixoloji vəziyyət tamamilə zəifləyir, digər şəxslərdə isə elə də ciddi dəyişiklik olmur. Eyni travmatik reaksiya bir çox adamda adaptiv reaksiyaları zəiflədir, digərlərində isə təsirsiz ötürür. Travmatik amillərə qarşı müqavimət və ya qeyri-sabitlik fərdi xüsusiyyətlər və fizioloji sağlamlıq (xroniki xəstəliklərin olmaması, hormonal balans) ilə də əlaqəlidir. Bu gün travmatik amillə cavab olaraq adaptiv pozuntunun təzahür etməsinin qarşısını alan və ya qarşısını ala bilməyən amilləri müəyyən etmək mümkündür. Bu amillərə insanın fərdi xüsusiyyətləri, psixoloji müdafiə mexanizmləri və stresslə mübarizə strategiyaları, həmçinin sosial dəstək sisteminin (sosial dəstək) olması və ya olmaması daxildir. Adaptiv reaksiyaları gücləndirən və ya zəiflədən şəxsiyyət amilləridir.

Adaptiv pozuntulara meylli olan şəxslərin fərdi xüsusiyyətlərinə aşağıdakıları qeyd etmək olar (Strain, Diefenbacher, 2008):

1. Həssaslıq- emosional həssaslıq dəyişən vəziyyətlərə əsasən verilən reaksiyalara təsir edir. Həssaslığı yüksək olan şəxslər yeni vəziyyətlərə daha çətin adaptasiya ola bilər. Emosional baxımdan daha davamlı olan şəxslər anidən dəyişən vəziyyətlərdə, yeni mühitdə daha adekvat reaksiya verə bilər.

2. Şübhəçilik- daimi gərginlik, ehtimal olunan təhlükələri düşünmək, davamlı narahatlıq və şübhələr adaptiv reaksiyaları zəiflədir. Şübhəçilik yeni şəraitə çətin uyğunlaşmağa zəmin yaradır. Burada və indi vəziyyətini düşünmək yerinə gələcək ehtimal olunan təhlükələri düşünmək adaptiv çətinliklərə səbəb olur.

3. İmpulsivlik- düşünülmədən verilən qeyri-adekvat ani davranış reaksiyaları uyğunlaşma çətinlikləri yaradır.

4. Narahatlıq- təşviş və narahatlıq müəyyən bir şəraitdə psixoloji gərginliyə səbəb olur. Adətən narahatlıq xroniki stresslə müşayiət olunur.

5. Depressiv əhval-ruhiyyə- vəziyyəti dramatikləşdirməyə meyilli olan şəxslərdə adaptiv reaksiyalar zəif olur. Belə ki, yeni mühitdə müəyyən bir vəziyyəti daha ağır və daha çətin kimi qavramaq meyli yüksək olur.

6. Keçmişdə müxtəlif həyat vəziyyətlərinə adaptasiyanın mənfi təcrübəsi- əvvəl yaşanılan çətin adaptiv vəziyyətlər, travmatik təcrübələr nəticəsində, hər yeni vəziyyətdə, yeni mühitdə narahatlığa səbəb olur. Adaptiv pozuntu əvvəlki travma səbəbilə formalaşır və yeni mühitə əlaqəsi olmasa belə, şəxsin uyğunlaşmasında çətinliyə səbəb olur.

7. Özünü qiymətləndirmənin aşağı olması- özünü qiymətləndəndirməsi aşağı olan şəxslər, nə qədər bilik və bacarıqlara sahib olsalar da, yeni vəziyyətlərdə onlar idarə etməni itirir və gərgin olurlar. Adekvat özünü qiymətləndirmə adətən sağlam sosial münasibətlərin qurulmasına və mühitə rahat adaptasiya olmağa şərait yaradır.

8. Şəxsiyyətin yetkinləşməməsi- kiçik yaş dövrlərində adaptiv reaksiyalar zəif olur. Yaş artdıqca qazanılan təcrübə və psixoloji yetkinlik adekvat adaptiv reaksiyaları formalaşdırır. Xronoloji yaşla yanaşı, psixoloji və sosial yaşın yüksək olması və şəxsiyyətin yetkinləşməsi adaptiv pozuntuların təzahürünə təsir edə bilər.

Adaptiv pozuntuların əlamətləri həmişə aydın şəkildə ifadə edilmir və hər bir fərdin vəziyyətinə əsasən fərqlənə bilər, bu da diaqnozu ciddi şəkildə çətinləşdirir. Adaptiv pozuntuların əsas əlamətləri narahatlıq və depressiyadır. Adaptiv reaksiyaların pozulmasının əsas təzahürü həyatın çətinliklərini dəf edə bilməməkdir. Patoloji vəziyyət inkişaf etdikcə şəxsin narahatlıqları artır, əsəbi və gərgin olur. Psixoloji gərginlik, normal davranış reaksiyalarının azalması, depressiv əhval-ruhiyyə və özünə inamın azalması, diqqətsizlik və unutkanlıq, sosial təcrid və ünsiyyətdən uzaqlaşma, emosional fonun tez-tez dəyişməsi), aqressivlik adaptiv pozuntunun göstəriciləri ola bilər.

Adaptiv pozuntu zamanı xəstənin davamlı pis əhval-ruhiyyəsi olur, ətrafa laqeyd yanaşır, depressiya əhval üstünlük təşkil edir. Şəxs öz sevimli məşğuliyyətlərinə marağını itirmiş olur. Zehni və fiziki tükənmə baş verir, onlar öz hərəkətlərinə görə məsuliyyət daşımağı dayandırır və vəziyyəti adekvat təhlil edə bilmirlər. Xəstəliyin klinik mənzərəsi

qeyri-müəyyən olduğundan, şəxslərin davranışında dəyişilmə müşahidə olunan kimi diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün dərhal mütəxəssis dəstəyi alınmalıdır.

Psixotraumatik amil orqanizmdə affektiv və davranış pozuntuları ilə müşayiət olunan adaptiv patoloji reaksiyaya səbəb olur. Nəticədə patogenetik dinamik zəncirvari proses işə salınır. Məsələn, işin itirilməsi (əsas dolanışiq mənbəyi) depressiyaya səbəb olur, vəziyyətə nəzarəti itirmək, narahat düşüncələr, hərəkətlərin mənasızlığı hissi yaradır. Bu, özünü təcrid edib cəmiyyətlə qarşılıqlı əlaqəni poza bilər. Bu cür affektiv dəyişikliklər, ilk növbədə depressiv pozuntulara səbəb olur ki, bu da problemlərin həllinə kömək etmir, əksinə vəziyyəti daha da pisləşdirir. Adaptiv pozuntunun inkişafı çox vaxt sosial amillərlə, məsələn, ətraf mühitdən dəstəyin olmaması ilə daha da güclənir.

Son zamanlarda adaptiv pozuntu getdikcə daha çox klinik-psixoloji tədqiqatlarda araşdırılmaq ehtiyacı olan psixi pozuntu kimi dəyərləndirilir. Belə ki, adaptiv pozuntunun diaqnostik meyarlarının təkmilləşdirilməsi də olduqca vacibdir. DSM-5-də adaptiv pozuntu müəyyən edilə bilən psixososial stressora qeyri-adekvat emosional və ya davranış reaksiyası kimi təsvir olunur ki, bu da stressli hadisədən sonra stressorun əhəmiyyətinə və ya intensivliyinə qeyri-mütənasib səviyyədə uyğunlaşmaqda çətinlik çəkənləri ehtiva edir. Stress faktorları və fərdi meyllər nəticəsində adaptiv pozuntu təzahür edə bilər. Stresin başlanmasından aylar sonra tədricən adaptiv reaksiyalar zəifləyir. Stressor aradan qaldırıldıqdan sonra yeni uyğunlaşma səviyyəsinə çatdıqdan sonra adaptiv reaksiyaların zamanla adekvat olması gözlənilir. Adaptiv pozuntular həm də emosional və davranış sferasının qarışıq pozulması ilə müəyyən edilən kateqoriyaya aid olan narahatlıq, depressiya və digər emosiyaların müxtəlif birləşmələrində, habelə başqalarının hüquqlarının və ya müvafiq yaş üçün müəyyən edilmiş əsas sosial norma və davranış qaydalarının pozulması ilə də özünü göstərə bilər. Artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntunun əlamətləri ümumi olan somatik və psixososial dəyişikliklərə uyğunlaşmayan reaksiya kimi qəbul edilir.

DSM-5 adaptiv pozuntunun təsvirini və diaqnostik meyarlarını aşağıdakı kimi Posttravmatik stress pozuntusu başlığında təqdim etmişdir (DSM V TR, 2022).

Posttravmatik stress pozuntusu 309.81

Adaptiv pozuntu

A. Stressor(lar)un təsirindən sonra 3 ay ərzində baş verən müəyyən edilə bilən stressor(lar)a cavab olaraq emosional və ya davranış əlamətlərinin inkişafı.

B. Aşağıdakılardan biri və ya hər ikisinin təzahür etdiyi bu simptomlar və ya davranışlar klinik cəhətdən əhəmiyyətlidir:

1. Xarici simptomların şiddətinə və təzahürünə təsir göstərə bilən mədəni amillər nəzərə alınmaqla, stressorun şiddəti və ya intensivliyi ilə mütənasib olmayan qeyd olunan sıxıntı.

2. Sosial, peşə və ya digər sahələrdə mühüm fəaliyyətlərin əhəmiyyətli dərəcədə zəifləməsi.

C. Stresslə bağlı narahatlıq digər psixi pozuntuların meyarlarına cavab verməyən və əvvəlcədən mövcud olan psixi pozuntunun kəskinləşməsi hesab olunmur.

D. Simptomlar normal uzun vaxt müddətində müşahidə olunur.

E. Stressor və ya onun nəticələri aradan qaldırıldıqdan sonra simptomlar əlavə 6 aydan çox davam etmir.

Müəyyən edilir:

309.0 Depressiya ilə birlikdə: Aşağı əhval-ruhiyyə, ağlama və ya ümitsizlik hissləri üstünlük təşkil edir.

309.24 Təşvişlə birlikdə: Əsəbilik, narahatlıq və ya ayrılıq narahatlığı üstünlük təşkil edir.

309.28 Depressiya və təşvişlə birlikdə: Depressiya və narahatlığın birgə təzahürü üstünlük təşkil edir.

309.3 Davranışın pozuntusu ilə: Davranışın pozulması üstünlük təşkil edir.

309.4 Qarışıq emosiyalar və davranış pozuntuları ilə: Həm emosional simptomlar (depressiya, narahatlıq), həm də davranış pozuntuları (intihar və s.) üstünlük təşkil edir.

309.9 Müəyyən edilməyən adaptiv pozuntu: Uyğunlaşma pozuntusunun spesifik alt növlərindən biri kimi təsnif edilə bilməyən uyğunlaşmayan reaksiyalar.

Adaptiv pozuntun alt növlərini ayırd etməyən XBT-11-dən fərqli olaraq, DSM-5 bu pozuntunu depressiya, təşviş, depressiya və təşviş (birgə), davranış və emosional alt növlər üzrə təsnif edir. Hal-hazırda adaptiv pozuntunun alt növlərinin mövcudluğunu dəstəkləmək üçün kifayət qədər elmi araşdırmalar yoxdur. XBT-11-də qeyd olunan pozuntunun birölcülü konsepsiyasını dəstəkləyən daha çox araşdırmalar var. Bununla belə, hələ də dəqiq və aydın adaptiv pozuntu meyarları işlənib hazırlanmamışdır.

Adaptiv pozuntunun iki əsas XBT-11 simptomu (uyğunlaşmanın pozulması və zəifləyən fəaliyyət) dəqiq modeli təşkil edir. Əsas simptomlara əlavə olaraq, dörd əlavə simptom müəyyən edilmişdir: qaçınma, depressiya, impulsivlik və narahatlıq. XBT-11 adaptiv pozuntunun diaqnostik meyarları aşağıdakı kimi təqdim edilmişdir (ICD 11, 2022).

L1-6B4 Stressə bağlı olan spesifik pozuntular

6B43 Adaptiv pozuntu

Adaptiv pozuntu müəyyən edilə bilən psixososial stressora və ya çoxlu stress amillərinə (məsələn, boşanma, xəstəlik və ya əlillik, sosial-iqtisadi problemlər, evdə və ya işdə münaqişələr və s.) uyğunlaşa bilinməyən reaksiyadır və adətən stresdən sonra bir ay ərzində ortaya çıxır. Bu pozuntu stres faktoru və ya onun nəticəsi olaraq həddindən artıq narahatlıq, stres faktoru haqqında təkrarlanan və narahatlıq doğuran fikirlər və ya onun nəticələri haqqında daim fikir yürütmək, habelə şəxsi, ailədə əhəmiyyətli pozulmalara səbəb olan stressora uyğunlaşmamaq ilə xarakterizə olunur.

P. Casey 1998-2000-ci illər ərzində Amerika Birləşmiş Ştatları, Kanada və Avstraliyada ambulator psixi sağlamlıq xidmətlərində aparılan çoxmərkəzli araşdırma nəticələrində müəyyən etmişdir ki, xəstələrin 12%-də adaptiv pozuntu diaqnozu qoyulub, daha 33%-də isə ehtimal edilən hallar müəyyən edilib. Dünya üzrə 4887 psixiatr və psixoloqlar arasında aparılan sorğuya əsasən, adaptiv pozuntu hazırda ən çox diaqnoz qoyulan psixi pozuntulardan biri olaraq qeydə alınıb (Casey, 2001).

Adaptiv pozuntu necə təzahür edir, hansı əlamətlər ilə, hansı formada və hansı dərəcələrdə olur, əsas diqqət tələb edən məqamlar bunlardır. Adaptiv pozuntunun aşağıdakı əsas əlamətləri müəyyən olunmuşdur (Тиганова, 2007):

- təşviş adaptiv reaksiyaların zəifləməsini göstərən əsas əlamətlərdəndir.
- səbrsizlik adaptiv çətinliklərin olduğunu göstərən əlamətdir. Qısa müddətə daha tez nəticəyə fokuslanmaq adaptasiyanı çətinləşdirir və vəziyyəti dəqiq dərk etməyə mane olur.
- depressiv əhval-ruhiyyə adaptiv pozuntunun ən çox müşahidə olunan əlaməti hesab olunur.
- adaptiv pozuntu özünə inamın azalmasına səbəb ola bilər. Belə ki, çətin vəziyyətlə baş edə bilməmək zamanla şəxsin özünə inamını sarsıdır.
- narahatlıq və emosional qeyri-sabitlik əlamətləri zəif adaptiv reaksiyaların göstəriciləridir.
- astenik pozulmalar artan yorğunluq, fəaliyyətin zəifləməsi, diqqətin pozulması, hafizənin zəifləməsi, ümumi olaraq koqnitiv bacarıqların zəifləməsi ilə müşahidə olunur.
- davranış pozulmaları olaraq qaçınma, sosial məsuliyyətləri yerinə yetirmək istəməmək, sosial təcrid, başqalarına qarşı aqressiya adaptiv pozuntuların əlamətlərindəndir.

Əgər yuxarıda qeyd edilən bu əlamətlər müşahidə olunursa, o zaman mütəxəssis dəstəyi almaq vacibdir. Təcrübəli klinik psixoloq və psixiatrlar burada diaqnoz qoyacaq və müvafiq yardım göstərəcəklər.

Adaptiv pozuntuların təzahür formasına əsasən müxtəlif növləri vardır. Belə ki, bu formalar aşağıda qeyd edilmişdir.

- Sosial adaptiv pozuntu

Sosial adaptiv pozuntu zamanı şəxs digər insanlarla normal münasibətləri pozulur. Başqaları ilə qarşılıqlı əlaqədə çətinlik yaşanır, digər şəxslərə qarşı aqressivlik, dözümsüzlük və ya insanlara məhəl qoymama, etinasızlıq müşahidə olunur. Nəticədə şəxsi və işgüzar münasibətlər o qədər pisləşir ki, bu da şəxsin psixoloji vəziyyətinə daha da mənfi təsir etmiş olur.

-Depressiv adaptiv pozuntu

Bu vəziyyətdə olan şəxs depressiya və ümitsizlik hissi yaşayır. Heç nə etmək istəmir, istək və motivasiya olmur. Ümitsizlik hissi yüksək olur, şəxs bütün cəhdlərinin də uğursuzluqla bitəcəyini düşünür.

-Təşvişli adaptiv pozuntu

Təxminən 29% hallarda adaptiv pozuntu təşvişlə birgə təzahür edilir. Təşvişli adaptiv pozuntu zamanı şəxs sürətli ürək döyüntüsü, əzələ spazmları, titrəmə, qıcolma, döş qəfəsində ağırlıq kimi fizioloji reaksiyalar yaşayır.

-Koqnitiv adaptiv pozuntu

Diqqət pozuntuları müşahidə olunur, hafizə zəifləyir, duyğu və qavrama pozuntuları təzahür edir, təfəkkürdə ləngimə və təxəyyül pozuntuları müşahidə olunur. Koqnitiv adaptiv pozuntular daha ağır və çətin hesab olunur. Çünki koqnitiv pozulmalar şəxsin bütün həyat sferalarına ciddi şəkildə mənfi təsir göstərmiş olur.

-Vegetativ adaptiv pozuntu

Adaptiv pozuntu adətən fizioloji reaksiyalar ilə müşahidə oluna bilər. Əgər vaxtında müalicə olunmasa, o zaman avtonom pozulmalar daha da artır. Vegetativ adaptiv pozuntu aşağıdakı əlamətlər ilə təzahür edir:

- təngnəfəslik (demək olar ki, adaptiv pozuntu diaqnozu qoyulan şəxslərdə ən çox müşahidə edilən fizioloji reaksiyadır);

- hərəkətin artması (adətən yeni şəraitlərdə anidən hərəkətin artması müşahidə oluna bilər. Bu vəziyyət sırf müəyyən psixoloji amilin nəticəsində təzahür edə bilər.);

- sürətli ürək döyüntüsü (ürək döyüntüsünün artması, nəfəs daralması, əllərin əsməsi eyni anda təzahür edə bilər);

- baş dönməsi (çətin vəziyyətlərdə, yeni və anidən qarşılaşılan vəziyyətlərdə qısa müddətli müşahidə olunan əlamətdir);

- bədənin müxtəlif yerlərində ağrı (bu ağrılar çox zaman psixosomatik səbəblərdən qaynaqlana bilər, mütləq fizioloji bir səbəb olmaya da bilər);

- həzm problemləri (həzm sistemində pozuntular, ümumiyyətlə psixoloji stressin və adaptiv pozuntuların ən geniş yayılmış əlamətlərindən biri hesab olunur);

-yuxu problemləri (adaptiv pozuntudan əziyyət çəkən şəxslərdə daimi yuxululuq deyil, daha çox yuxusuzluq və yata bilməmək vəziyyəti daha çox müşahidə edilir).

Adaptiv pozuntu üç əsas mərhələdə təzahür edir (Тиганова, 2007).

I mərhələ

Subklinik təzahürlər- xəstəni somatik simptomlar narahat edir. Baş ağrısından şikayətlənir və yuxu rejiminin pozulmasından əziyyət çəkir. Həmçinin bu mərhələdə əhvalın dəyişməsi və emosional qeyri-sabitlik də müşahidə olunur.

II mərhələ

Simptomatik təzahürlər- adaptiv pozuntunun müəyyən spesifik bir növü üçün xarakterik olan əlamətlər təzahür edir (sosial adaptiv pozuntu, depressiv adaptiv pozuntu, təşvişli adaptiv pozuntu, koqnitiv adaptiv pozuntu və s.).

III mərhələ

Əlamətlərin kəskinləşməsi mərhələsində adaptiv proseslərinin tamamilə zəifləməsi və daha ağır klinik vəziyyət müşahidə edilir.

Adaptiv pozuntu təzahür mərhələlərinə əsasən fərqli dərəcələrdə təzahür edir.

İlkin dərəcəli adaptiv pozuntu 3 ay ərzində stress reaksiyası ilə görünür. Stressli vəziyyətlərə gözlənilən reaksiyadan kənara çıxan əlamətlər ilə reaksiya verilməsi baş verir, peşəkar və sosial sahələrdə problemlər yaranır. Şəxs stressli və gərgin olur, peşə fəaliyyətində zəifləmə müşahidə edilir. Sosial münasibətlərdə qacınma və ya tez-tez konfliktlərin yaranması müşahidə edilir.

İlkin dərəcədə adaptiv pozuntu zamanı demək olar ki, fəvqəladə vəziyyət olmur. Əlamətlər 6 ay davam edərsə ikinci dərəcəli adaptiv pozuntu müəyyən olunur və artıq xəstənin vəziyyəti xronikləşir. İlkin dərəcədə adaptiv pozuntunun əlamətlərini erkən görmək vəziyyətin daha da ağırlaşmasının qarşısını ala bilər. Lakin bəzən bu əlamətlərə keçici müvəqqəti reaksiyalar kimi yanaşılır ki, bu da vəziyyətin xroniki hal almasına səbəb ola bilər.

Adaptiv pozuntu psixoloji bir diaqnozdur. Adətən həyat şəraitinin kəskin dəyişməsi nəticəsində yaranır və insanın yeni şəraitlə barışa bilməməsi, qəbul edə bilməməsi və ya yeni şəraitdə yaşamağı öyrənmə bilməməsi ilə xarakterizə olunur. Dəyişikliklərlə bağlı təcrübə və kədər çox uzun müddət davam edərsə, adaptiv pozuntu diaqnozu qoyulur.

Adaptiv reaksiyaların təsiri ilə bədənin ümumi vəziyyəti də artıq getdikcə pisləşir. Aşkar və ciddi fizioloji təzahürlər də müşahidə oluna bilər. Pozuntunun təsiri altında həyatın bütün sahələrində əlverişsiz dəyişikliklər baş verə bilər: bir insan daha pis işləməyə (oxumağa) başlayır, əmək qabiliyyəti aşağı düşür, özünə qapanır və öz sosial dairəsindən qaçır.

Bir qayda olaraq, adaptiv pozuntu yaxınlaşan təhlükə barədə xəbərdarlıq signalı verən və insanı onun öhdəsindən gəlmək üçün tədbirlər görməyə məcbur edən həyəcanverici

bir göstəricidir. Adaptiv pozuntu təşviş, narahatlıq və depressiv əlamətlərlə müşahidə olunur. Təşviş, təhlükənin zahiri, müəyyən və məlum olduğu qorxudan fərqli olaraq bilinməyən, daxili, qeyri-müəyyən və ziddiyyətli bir təhlükəyə reaksiyadır. Narahatlıq diffuz, çox xoşagəlməz, tez-tez qeyri-müəyyən bir qorxu hissi, təhlükə hissi, çəkinmə davranışı, gərginlik hissi və s. kimi təzahür edir. Depressiv əhval-ruhiyyə ətraf mühitə marağın azalması, ümitsizlik hissi, həyat perspektivlərinin itirilməsi ilə xarakterizə olunur. Narahatlıq və depressiyanın fərdi təzahürləri son dərəcə müxtəlifdir, lakin onlar həmişə somatik hisslərlə müşayiət olunur, məsələn: epigastrik bölgədə ağrı hissi, döş qəfəsində sıxılma hissi, ürək döyüntüsü, tərləmə, subfebril temperatur, ürəkdə ağrı və vegetativ disfunksiya ilə əlaqəli digər pozuntular. Vegetativ pozuntuların əsas keyfiyyəti onların polisistemik təbiəti, yəni onlardan birində üstünlük təşkil edən təzahürləri olan bir çox visseral və sistemlərin iştirakıdır. Məhz adaptiv pozuntular zamanı vegetativ əlamətlər şəxsi kömək almağa məcbur edir. Vegetativ sistemlərlə yanaşı, əzələ sistemi əzələ gərginliyi, tiklər, titrəmə və titrəmə şəklində narahatlıqlar, ürək, qarın, bel, baş ağrıları da müşahidə oluna bilər. Adətən daimi vegetativ disfunksiya fəsadının arxasında gizlənən, tez-tez şəxs və onun ətrafındakılar tərəfindən tanınmayan və ya nəzərə alınmayan psixosomasiyalı pozuntulardır.

Adaptiv pozuntusu olan şəxslərdə motivasiya sahəsində pozulmalar müxtəlif əlamətlərlə özünü göstərir. Bu, tez-tez bədən çəkisində əhəmiyyətli dalğalanmalarla müşayiət olunan yorğunluq, zəiflik, iştahın artması və ya azalması hisslərinin üstünlük təşkil etməsidir. Birinci halda, bunlar kompulsiv yemək hücumları ola bilər (xüsusilə axşam və gecə), ikincisi isə çəkidə kəskin azalma ola bilər.

Adaptiv pozuntuların ağırlaşmaları ciddi sosial dezadaptasiyaya səbəb olan geri dönməz psixi pozuntuların baş verməsi ilə doludur. İnsan baş verənlərə adekvat reaksiya verməyi dayandırır, sosial əlaqələr və peşəkar fəaliyyət pozulur. Zamanla əlamətlər daha da ağırlaşır və xəstənin vəziyyəti pisləşir. Stressli stimula reaksiyanın qısa müddətli epizodları daha uzun olur və daha sabit psixi pozuntuların formalaşmasına səbəb olur. Adaptiv pozuntuların nəticələri ürək-damar və endokrin sistemlərin disfunksiyasına, xroniki xəstəliklərin kəskinləşməsinə səbəb olur. Adaptiv pozuntu iz buraxmadan keçmir. Əlamətlər tədricən artır və kəskinləşir, xəstənin və yaxınlarının yaşayış sahəsini məhdudlaşdırır. Xəstənin özü bunun üçün heç bir xüsusi səbəb görməsə belə, adətən mütəxəssisə baş çəkməyi yaxınları tövsiyə edir. Yaxınlarından birinin və ya mütəxəssisin köməyinə ehtiyacı olduğuna dair signal, adi emosional təzahürlərdən kənara çıxan hadisələrə qeyri-adekvat, həddindən artıq emosional reaksiya ola bilər. Stressogen amil təkrarlanırsa və onun emosional intensivliyi azalmırsa, əksinə, davranışın pozuntularına, ümumi qəbul edilmiş qaydaların pozulmasına, ünsiyyətdə çətinliklərə və hətta sosial əlaqələrin itirilməsinə gətirib çıxarırsa,

bu, mütəxəssis dəstəyi almaq üçün ciddi bir səbəbdir. Vaxtında adaptiv pozuntu diaqnozunun qoyulması və müalicə edilməsi xəstənin vəziyyətini əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdırmağa kömək edəcək, pozuntunun təkrarlanma riskini minimuma endirəcəkdir. Adaptiv pozuntuların təzahürünə səbəb ola biləcək müxtəlif amillər vardır. Bu amillərin təsiri ilə tədricən adaptiv pozuntunun əlamətləri ortaya çıxmış olur. Adaptiv pozuntuların yaranma səbəblərini, təsiredici amilləri təhlil etmək zərurəti vardır. Belə ki, bu amilləri əvvəlcədən görmək onların təsirlərini azaltmaq və ya qarşısını almaq üçün əhəmiyyətlidir.

1.1.2. Adaptiv pozuntuların təzahürü və yaranma səbəbləri

Adaptiv pozunun təzahür ehtimalı nisbətən təhlükəsiz olan, lakin şəxs tərəfindən əks şəkildə- təhlükəli və qarşısıalınmaz təsir gücünə malik olaraq qəbul edilən stress amillərinin olması ilə əlaqələndirilir. Adaptiv pozuntuların yaranmasına səbəb olan müxtəlif amillər var. Bu amillər, ümumiyyətlə, bioloji, psixoloji və sosial-ekoloji səbəblərdən biri və ya bir neçəsidir. Adaptiv pozuntulara səbəb olan amilləri müəyyənləşdirmək xəstələrə bu pozuntunun öhdəsindən gəlməyə və müvafiq müalicə variantlarını təyin etməyə kömək edir. Müxtəlif ədəbiyyatlarda fərqli tədqiqatçılar adaptiv pozuntuların yaranma səbəblərini müxtəlif formalarda qeyd etmişdirlər. Adaptiv pozuntuların yaranma səbəbləri kimi təsir edən amillər- xarici və daxili olaraq iki formada olur. Xarici səbəblərə sosial amillər və ekoloji amillər daxildir, daxili səbəblərə bioloji və psixoloji amillər daxildir (Тиганова, 2007).

Xarici səbəblər

Sosial amillər

Sosial faktorlar və ətraf mühit faktorları fərdin həyat şəraitinə və adaptiv reaksiyalarına təsir göstərə bilər. Məsələn, ailə problemləri, iqtisadi çətinliklər, iş və ya təhsil həyatındakı təzyiqlər, sosial dəstəyin olmaması, ailə vəziyyəti kimi amillər adaptiv pozuntuların əsasını təşkil edə bilər. Bu cür amillər fərdin psixi sağlamlığına mənfi təsir göstərə bilər və adaptiv reaksiyaların pozulmasına səbəb ola bilər. Sosial amillər olaraq əsas həyat hadisələri (evlilik, boşanma, sevilən birindən ayrılma (və ya ölümü)), iş şəraiti (yüksək tələblər, psixoloji təzyiq, konfliktlər), tənbellik, işdən narazılıq, işdə mənfi psixoloji iqlim, qarşılıqlı münasibətlərdə problemlər (münasibətlərdə çətinliklər və ağır tələblər, yaxınlar ilə və ailədaxili münasibətlər) səbəbləri qeyd edə bilərik. Gündəlik stressli hadisələr tıxacda dayanmaq, itirilmiş əşyalar, sosial-iqtisadi vəziyyət, məşğulluq statusu da sosial amillərə daxildir.

Ekoloji amillər

Yaşanan bir sıra ekoloji hallar, ekstremal vəziyyətlər adaptiv pozuntunun yaranmasına təsir edən ekoloji amillərdir. Əsasən də təbii fəlakətlər və müharibələr adaptiv

reaksiyaların dağılmasına səbəb olur və yenidən qurulması zərurətini ortaya çıxarır. Adaptiv reaksiyaların bərpa olması ağır stressogen amildən sonra demək olar ki, çətin olur. Bir çox hallarda isə demək olar ki, heç bir halda bərpa etmək mümkün olmur. Ona görə də adaptiv pozuntular təzahür etmiş olur və tədricən daha da ağırlaşa bilər. Həddindən artıq ağır stressə səbəb olan böhranlar və yaxud da fəlakətlər, ətraf mühit amilləri, iqlim faktorları, artan səs-küy səviyyəsi, əhalinin çoxluğu və sıxlığı kimi bir sıra amillər adaptiv pozuntulara səbəb ola bilər.

Daxili səbəblər

Bioloji amillər

Adaptiv pozuntunun formalaşmasında bioloji amillər də mühüm yer tutur. Genetik meyl, hormonal dəyişikliklər və ya sinir sistemi pozuntuları kimi faktorlar fərdin adaptiv reaksiyalarına təsir edərək pozuntunun təzahürünə şərait yaradır. Belə ki, bioloji amillər səbəbindən bəzi fərdlərdə adaptiv pozuntular digər fərdlərə nisbətən daha tez baş verə bilər. Bioloji olaraq orqanizmə təsiri olan kimyəvi reaksiyalara siqaret, alkoqol, narkotik maddə istehlakı da daxil edilir.

Psixoloji amillər

Psixoloji səbəblər adaptiv pozuntuların təzahüründə ən mühüm amillər hesab edilir. Şəxsin keçmiş travmatik təcrübələri, aşağı özünü qiymətləndirmə və ya stresslə mübarizə bacarıqlarının zəif olması adaptiv pozuntu riskini artırır. Bundan əlavə olaraq, adaptiv pozuntu daimi stress altında olan insanlarda daha çox müşahidə oluna bilər.

Adaptiv pozuntuların yaranma səbəbləri arasında fərdi xüsusiyyətlərin də rolu böyükdür (həddindən artıq emosionallıq, daimi narahatlıq, həyat çətinliklərinə tab gətirə bilməmək, hadisələrin mənfi qiymətləndirilməsinin üstünlük təşkil etməsi, bütün hallarda yalnız pis anları görmə meyli (pessimizm) və s.). Həmçinin gündəlik rejim, görülən fəaliyyətlər də (eləcə də fəaliyyətsizlik, fiziki hərəkətsizlik) adaptiv pozuntulara səbəb ola bilər.

Müxtəlif elmi ədəbiyyatlarda tədqiqatçılar adaptiv pozuntuların fərqli yaranma səbəblərini qeyd etmişdirlər (Тыранова, 2007). Bu səbəblərin hər birinə ayrı-ayrılıqda nəzər salmaq zəruridir.

W.Harris və həmkarları adaptiv pozuntuların yaranma səbəblərini qısa və uzun müddətli olaraq təsnif etmişdir. Qısa müddətli təsirlərdən sonra adaptiv reaksiyaları bərpa etmək mümkün olur. Lakin uzun müddətli təsirlər isə xroniki adaptiv pozuntuya səbəb olur (Brown, Harris, 2000).

Qısa müddətli təsirlərə müvəqqəti uğursuzluqlarla əlaqəli olan, həddən artıq fiziki və psixi yüklənmə, ani həyati dəyişiklik, diqqətsizlikdən yaranan vəziyyətlər daxildir.

Uzunmüddətli təsirlərə sosial təcrid, yaxınların itirilməsi, mübarizə, təhlükəli vəziyyətlər, həbs, uzunmüddətli çətin fəaliyyətlər aiddir.

S.A.Razumov adaptiv pozuntuya səbəb olan amilləri dörd qrup olaraq ayırmışdır (Тиганова, 2007).

1. Güclü fəaliyyət nəticəsində adaptiv pozuntu

-ekstremal vəziyyətlər adaptiv pozuntuların yaranmasına səbəb ola bilər (müharibələr, kosmik uçuşlar, paraşütlə tullanma, minalardan təmizləmə və s.). Ümumiyyətlə ekstremal vəziyyətlərdən sonra mütəxəssis dəstəyi göstərilməsi müxtəlif stressogen amillərdən qaynaqlanan pozuntuların (PTSP, adaptiv pozuntular) qarşısının alınması və aradan qaldırılması üçün vacibdir;

-istehsalat (çətin məsuliyyətlər, vaxt çatışmazlığı (son tarixlərin qısa olması)) çətinlikləri şəxsin üzərinə həddindən artıq emosional gərginlik yükləyərək adaptiv reaksiyaları zəiflədə bilər;

-psixososial motivasiya (müsabiqələr, imtahanlar) adətən gənclərdə müşahidə oluna bilər. İmtahana hazırlaşan abituriyentlərdə və ya ağır müsabiqələrdə rəqabət tələb olunan vəziyyətlərdə adaptiv reaksiyalar pozula bilər.

2. Qiymətləndirici amillər (keçmiş və gələcək) ilə yaranan adaptiv pozuntu

-yaddaş amilləri (qarşıdan gələn çətinlikləri düşünmək, tibbi prosedurlar, kədərli və travmatik xatirələri yada salmaq, gözlənilən və ehtimal olunan təhlükələr fikirləşmək);

-qələbə və məğlubiyyət amilləri ilə dəyişikliklər (müsabiqədə qələbə, uğur, məğlubiyyət) kəskin emosional reaksiyalara səbəb olur ki, uyğunlaşma çətinliklərinə şərait yaradır;

-monotonluqdan ani qeyri-stabil vəziyyətə keçid zamanı adaptiv pozuntu müşahidə edilə bilər..

3. Fəaliyyət uyğunsuzluğu ilə yaranan adaptiv pozuntu

-ayrılıq stressləri (ailədən, işdən, yaşayış yerindən) ilə emosional bağlılıq olan şəxslərdən və ya yerlərdən uzaqlaşmaq adaptiv pozuntulara səbəb ola bilər;

-ünsiyyət problemləri (dostlar, ailə üzvləri, iş yoldaşları ilə və s.) və daimi konfliktli vəziyyətlər emosional baxımdan yorucu və adaptiv reaksiyaları zəiflədən hallardır.

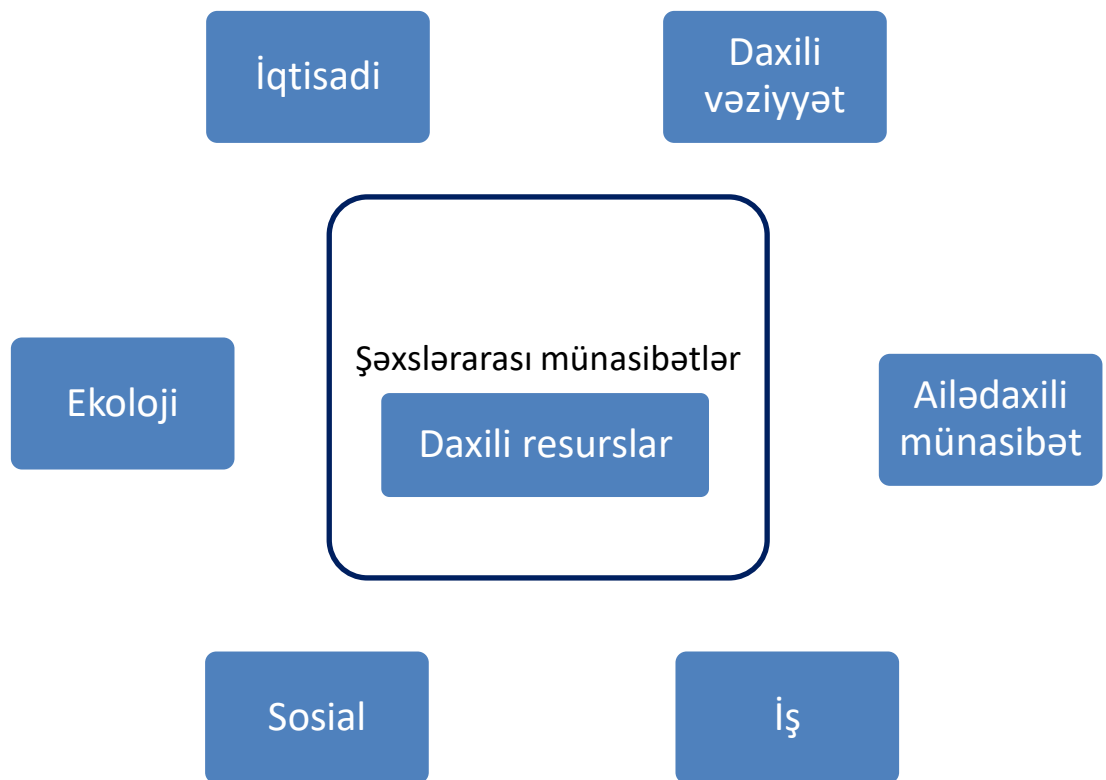
4. Fiziki amillər ilə yaranan adaptiv pozuntu

-ağır fiziki gərginlik (əzələ yükləri, xəsarətlər, ağır əməliyyatlar və s.) təkcə fiziki deyil, psixoloji vəziyyətə də mənfi təsir göstərə bilər;

-psixososial və fizioloji məhdudiyyətlər (aqlıq, əzələ zəifləməsi, sümük ərیمəsi, artıq çəki, hərəkəti məhdudlaşdıran xəstəliklər nəticəsində yaranan əlillik) adaptiv pozuntuların təzahürünə səbəb olan güclü amillərdir.

Adaptiv pozuntulara təsir edən amillərin ümumi təsnifatı P.T.Vonq tərəfindən (Brown, Harris, 2000) verilmişdir (şəkil 1.1.):

1.Daxili resurslar- daxili resurslar həyatın böhranlarını aradan qaldırmağa və müqavimətin intensivliyini müəyyən etməyə imkan verir. Resursların azalması həssaslığın artmasına və adaptiv reaksiyaların zəifləməsinə səbəb olur. Adaptiv pozuntu ilə yanaşı həssaslıq təşviş, qorxu, depressiya kimi digər pozuntuların da təzahürünə səbəb olur. Daxili resurslara daxil olan amillərə bu hadisələr daxildir- daxili gözləntilər, frustrasiya, ehtiyaclar, ağırlı xatirələr biliyi, hadisələrin qeyri-adekvat qiymətləndirilməsi və s.



Şəkil 1.1.1. Adaptiv pozuntulara təsir edən amillər (P.T.Vonq)

2.Şəxslərarası münasibətlər- hər bir insan adətən müxtəlif sosial məsələləri daim özbaşına həll etməyi bacarır, lakin digər insanlarla qarşılıqlı əlaqə və sosial dəstək psixi rifaha əhəmiyyətli dərəcədə təsir edir. Belə ki, sosial münasibətlər müvafiq adaptiv reaksiyalara müsbət təsir edir, dəyişən vəziyyətə uyğunlaşmağa kömək edir.

3.Daxili vəziyyət- məqsədlərə çatmaq mümkün olmayanda, müəyyən edilmiş sosial rollar (valideyn, həyat yoldaşı, işçi və s.) pozulanda, xəstəliklər, artıq çəki, pis vərdişlər, yaşlanma və s. amillər adaptiv pozuntuların təzahürünə səbəb ola bilər.

4.Ailədaxili münasibətlər- adaptiv pozuntulara səbəb olan amillərə ailə münasibətlərinin saxlanması, ev işi, evlilik problemləri, nəsillər arasında münaqişələr, ailədə xəstəlik və ölüm, boşanma və s. daxildir.

5.İş mühiti- adətən ağır iş yükü, işin nəticələrinə nəzarətin olmaması, əməyin təhlükəsizliyinin təmin edilməməsi, işin ədalətsiz qiymətləndirilməsi, vəzifənin qeyri-müəyyənliyi, işdə rol münaqişələri və s. bura aiddir.

6.Sosial amil- bura iqtisadi tənəzzül, yoxsulluq, iflas, irqi amillər, diskriminasiya, müharibə və s. daxildir.

7.Ekoloji mühit- adaptiv pozuntunun yaranmasına təsir edən ekoloji amillərə ekstremal ekoloji şərait, hava və suyun çirklənməsi, yüksək səs-küy səviyyəsi, əhali sıxlığı və s. aid edilir.

8.İqtisadi vəziyyət- artan borclar, xərclərin gəlirlə qarşılanmaması, əmək haqqı səviyyəsi ilə iş nəticələri arasında uyğunsuzluq, əlavə xərclərin baş verməsi və s.

P.T.Vonq adaptiv pozuntuların yaranma səbəblərini zamana əsasən üç kateqoriyaya ayırmışdır- keçmiş, indi və gələcək.

Keçmiş- mənfi xatirələri düşünmək, travmaların təkrarlanması (flashback), bitməyən münaqişələr.

İndi- ekzistensial böhran, emosional reaktivlik, gözləntilərin olmaması.

Gələcək- gələcəyin qeyri-müəyyənliyi qorxusu, sağlamlıqla bağlı ehtimal olunan qorxular, ölüm qorxusu, maddi qorxular.

Belə ki, adaptiv pozuntular keçmişdə yaşanan, hal-hazırda davam edən və gələcəyin düşünülməsi ilə yarana bilər.

A.D.Kanner və digərləri 1981-ci ildə araşdırma aparmışdılar. Onlar adaptiv pozuntuların yaranmasına gözdə tutulan gündəlik amillərin daha çox təsir etdiyini müəyyən etmişdirlər. Belə ki, gün ərzində xoşagəlməz hadisələr davamlı yaşananda adaptiv reaksiyalar tədricən zəifləyir. Belə hadisələrə daxildir (Brown, Harris, 2000)- öz çəkisindən narazılıq (BÇİ-nin adekvat olmaması), zəhəri görünüş, ailə üzvlərindən birinin sağlamlığı, ümumi özünə qulluq, ev idarə etməklə bağlı çətinliklər, qiymət artımları, işsizlik, maliyyə çətinlikləri, mənzil və yaşayış yeri problemləri.

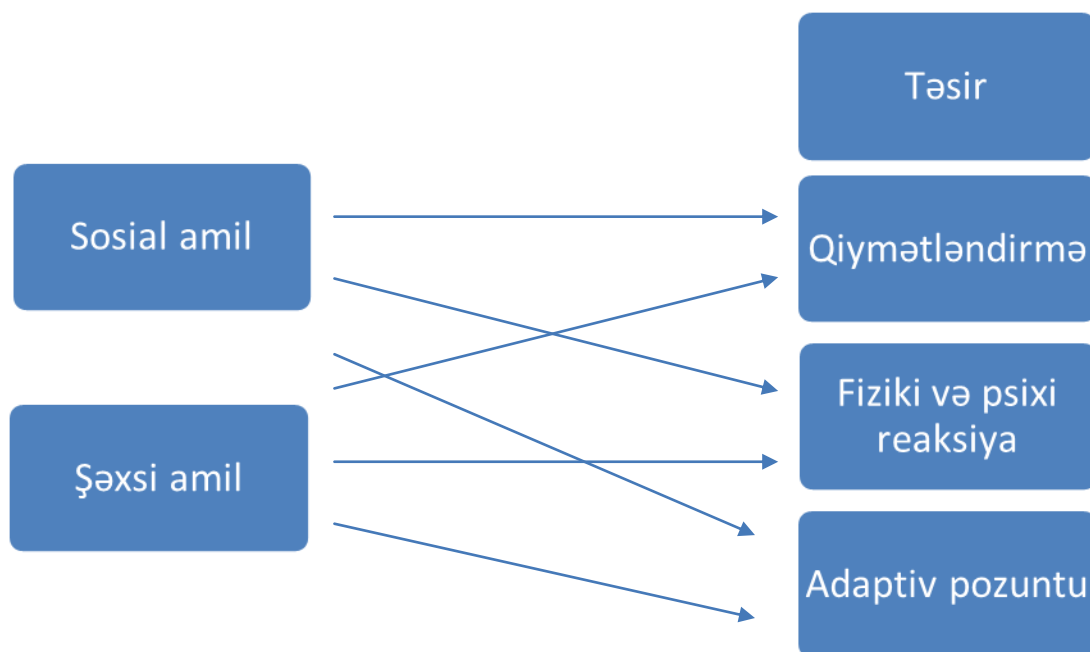
A.D.Kanner və həmkarları bu siyahıya işdəki münaqişələri, vaxt çatışmazlığını, ailədaxili münaqişələri, daxili ziddiyyətləri və şəxsi rifah kimi əlavə amilləri də əlavə etmişdir (Brown, Harris, 2000). A.D.Kanner adaptiv pozuntuya təsir edən gündəlik amilləri mikro amillər adlandırırdı. Lakin kritik və ani olaraq yaşanan ağır travmatik amilləri isə makro amillər olaraq adlandırmışdır. Makro amillər aşağıdakı göstəricilərə uyğun olmalıdır (Brown, Harris, 2000):

1. Qısa müddətdə lakin kəskin təsiredici olması;
2. Daxili stabil vəziyyətin anidən pozulması və yenidən qurulmasının zəruriliyi;
3. Daxili resursların anidən tükənməsi.

Adaptiv pozuntuların təzahür etməsini M.Seligman öyrənmiş və sxematik olaraq pozuntunun yaranma mexanizmini aşağıdakı kimi müəyyən etmişdir.

M.Seligman qeyd edirdi ki, adaptiv pozuntuların təzahürü iki üsul ilə baş verə bilər- sosial və fərdi. Yaranan sosial vəziyyət “Mənim üçün təhlükədirmi?” süzgəcindən keçir, daha sonra şəxsin öz reaksiyası kimi təhlil olunur (Casey, 2001).

M.Seligman ümumi olaraq bu amillərin adaptiv pozuntuların təzahürünə səbəb ola biləcəyini qeyd edirdi (Casey, 2001)- sosial əlaqələrin pozulması və sosial dəstəyin olmaması, dostlar ilə, ailədə mübahisələr və münaqişələr; olduğu mühitdəki insanlar arasında həyata baxış fərqi, boşanma, yaxınların itkisi, iş çatışmazlığı, peşəkar sahədə müxtəlif problemlər, zəif sinir sistemi, şəxsi keyfiyyətlər, yumor hissləri, yüksək nevrotiklik, motivasiya və şəxsiyyətlərarası münasibətlərə meyl, peşəkar fəaliyyətdə məsuliyyətin artması, zehni yorğunluq, daimi vaxt çatışmazlığı, xroniki yorğunluq, iş və istirahət rejiminin pozulması, şəxsi nüfuzun azalması, yaradıcılıq elementlərinin olmaması, şəxsi ehtiyacların ödənilməməsi, xroniki hipokineziya, irrasional və balanssız qidalanma, siqaret və sisteməlik alkoqol qəbulu, tənhalıq, sosial əlaqələrin zəifliyi.



Şəkil 1.1.2. M.Seligmana görə adaptiv pozuntuların yaranma mexanizmi (Casey, 2001)

Həmçinin o adaptiv pozuntuların formalaşmasında irsi faktorların da təsirinin olduğunu qeyd edir. Adaptiv pozuntunun patogenezi həm də şəxsi xüsusiyyətlər ilə əlaqələndirilir- stressə düzgün cavab verə bilməmək, baş verənləri adekvat təhlil etməmək və dəyişən şərtlərə uyğunlaşmamaq.

Adaptiv reaksiyalar şəxsin həyat mövqeyindən və ətrafındakı dünyaya münasibətindən asılıdır. Uğursuz adaptiv reaksiya depressiya, narahatlıq, təşviş reaksiyalarına meylli insanlarda daha çox müşahidə olunur. Adaptiv pozuntu olan şəxslərin böyük əksəriyyəti tibbi və psixoloji dəstəyə ehtiyac duyur. Adaptiv pozuntular üçün terapiyanın məqsədi, ilk növbədə, fərdi əlamətləri aradan qaldırmaqdır (məsələn, yuxusuzluq, narahatlıq, nəfəs darlığı və s.); ikincisi, stressi aradan qaldırmaq üçün öz mexanizmlərini səfərbər etmək, stressi idarə etmə bacarıqlarını gücləndirmək, üçüncüsü, xroniki vəziyyətlərin (depressiv epizodlar, təşviş və s.) inkişafının qarşısının alınmasıdır. Bu kateqoriya şəxslərin müalicəsində həm dərman, həm də qeyri-dərman (psixoloji) üsullarından istifadə etmək olar.

Psixoterapiya ilk növbədə, adaptiv pozuntu diaqnozu olan şəxslərin öz qorxularını psixoloji dəstək mühitində ifadə etmək imkanındır. Beləliklə, adaptiv pozuntular zamanı şəxsi psixoterapiyanın aparılması vəziyyəti aydınlaşdırmağa kömək edir. Şəxsin qorxularını anlamağa, narahatlıq və depressiyanın daha ağır təzahürlərinin qarşısını almağa istiqamətlənir. Psixoterapevt müvafiq dəstəyi təmin edə bilər.

Adaptiv pozuntular sosial fəaliyyətə və məhsuldarlığa mane olan və əhəmiyyətli həyat dəyişikliyinə və ya stressli həyat hadisəsinə (ciddi fiziki xəstəliyin olması və ya ehtimalı da daxil olmaqla) uyğunlaşma dövründə baş verən subyektiv narahatlıq və emosional narahatlıq hallarıdır. Adaptiv pozuntuların yaranmasına təsir edən çoxsaylı amillər vardır. Belə ki, ümumi olaraq adaptiv pozuntular müəyyən böhranlı hadisə və ya vəziyyətin öhdəsindən gələ bilməmək, gözlənilən reaksiyanı aşan, şəxsi və sosial funksiyaların pozulması ilə müşayiət olunan subyektiv və emosional sıxıntıya səbəb olan reaksiyalar kimi müəyyən edilir. Adaptiv pozuntuların təzahür səbəbləri öyrənilən əhalinin növündən və istifadə edilən qiymətləndirmədən asılı olaraq dəyişir (Casey, 2001). Adaptiv pozuntunun yaranma səbəbləri stressorun təbiətindən asılı olaraq fərdi və ya sosial ola bilər. Daxili amillər- yönəlişlik, yaş, cins, koqnitiv, emosional, stresslə mübarizə bacarıqları, temperament və keçmiş təcrübələr; xarici amillər- valideynlər, dostlar, tanışlar, gözləntilər, daha geniş mühitdən dəstək almaq imkanı aiddir. Adaptiv pozuntuların əlamətlərini və dərəcələrini müəyyənləşdirmək, həmçinin yaranma səbəblərini, təsir edən amilləri dəqiqləşdirmək, pozuntunun müalicəsinə inteqrasiya olunmuş, sübuta əsaslanan yanaşma tətbiq etməyə kömək edə bilər. Belə ki, adaptiv pozuntu ilə əlaqəli amilləri anlamaq və xəstələrin həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırmaq mümkündür.

1.2. Artıq çəkinin psixoloji xarakteristikası

Artıq çəki və piylənmə sivilizasiyanın problemlərindən biri hesab olunur. İnsan fəaliyyətinin texnoloji yeniliklər ilə əvəzlənməsi insanların gündəlik fiziki aktivliyinin azalmasına səbəb olur. Müasir dövrümüzdə artıq çəki və piylənmə əhəmiyyətli sağlamlıq problemləri olaraq sürətlə artmaqda davam edir. Artıq çəki və piylənmə bədəndə yağ kütləsinin, yağsız kütləyə nisbətən çox olması ilə müəyyən edilir. Belə bir fizioloji vəziyyət digər xəstəliklərin (məs.: ürək-damar xəstəlikləri, şəkərli diabet, təzyiq, xərçəng və s.) yaranmasına da zəmin yaratmış olur. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının təqdim etmiş olduğu statistik göstəricilərə əsasən dünya əhalisinin 42%-nin artıq çəki problemindən əziyyət çəkdiyi müəyyən edilmişdir (şəkil 1.2.1.). Problemin son illərdə yüksək tezliklə artmasına əsasən, ÜST 2030-cu ilə qədər dünya əhalisinin təqribən 50%-də, bəlkə də daha çoxunda artıq çəki və piylənmə problemi olacağını proqnozlaşdırır. 2024-cü ilin dünya üzrə əhalinin statistik göstəricilərində hər səkkiz insandan birinin artıq çəki və piylənmə problemi olduğu qeyd edilir.

OBESEITY PREVALENCE AMONG ADULTS AGED 20 AND OLDER, CATEGORIZED BY SEX AND AGE

CHARACTERISTIC	BOTH SEXES	MEN	WOMEN
	PREVALENCE PERCENTAGE (95% CONFIDENCE INTERVAL)	PREVALENCE PERCENTAGE (95% CONFIDENCE INTERVAL)	PREVALENCE PERCENTAGE (95% CONFIDENCE INTERVAL)
TOTAL (AGE ADJUSTED)	41.9	41.8	41.8
AGE GROUP (YEARS)			
20-39	39.8	39.9	39.6
40-59	44.3	45.9	42.8
60 AND OVER	41.5	38.4	44.2

Azərbaycanda isə son 10 il ərzində (2014-2024) ölkə əhalisi üzrə artıq çəki və piylənmənin statistik göstəricilərində 91% artım olduğu müşahidə edilmişdir. Azərbaycan dünya ölkələri arasında artıq çəki və piylənmə statistikasına üzrə 200-cü yerdədir (WHO stats. 2024).

Şəkil 1.2.1. ÜST-nin 2024-cü il hesabatında artıq çəki və piylənmənin dünya əhalisi üzrə göstəriciləri

Artıq çəki və piylənmə bədən çəki indeksinin arzu olunan norma çərçivəsindən ($31 <$) yüksək olması kimi qiymətləndirilir.

Ümumi olaraq əhali üzrə artıq çəki və piylənməni təyin etmək üçün Bədən Çəki İndeksi (BÇİ) anlayışı istifadə edilir. BÇİ artıq çəkinin miqdarını, piylənmənin dərəcəsini

müəyyənləşdirmək üçündür. ÜST-nin müəyyən etmiş olduğu müxtəlif BÇİ meyarları vardır. BÇİ əhalinin ortalama boyu və ortalama bədən çəkisinə əsasən hesablanıb dərəcələndirilmişdir.

Bədən çəki indeksi qiymətləndirmə meyarları:

<i>Bədən çəkisi bölgüsü</i>	<i>Bədən çəki indeksi</i>
Aşağı çəki	BÇİ <18
Norma	BÇİ 18-24
Artıq çəki	BÇİ 25-29
Piylənmə	BÇİ 30<
I dərəcə piylənmə	BÇİ 30-35
II dərəcə piylənmə	BÇİ 36-40
III dərəcə piylənmə	BÇİ 40<

Piylənmə dərəcəsinə əsasən BÇİ 18-25 sərhədlərində olarsa norma hesab olunur. 18-dən aşağı BÇİ həddindən artıq aşağı çəki olaraq qiymətləndirilir. BÇİ 25-29 olarsa artıq çəki olduğu müəyyən edilir. 30-dan yuxarı BÇİ isə piylənmə olduğunun göstəricisidir. Piylənmə isə üç sinfə ayrılır- BÇİ 30-35, BÇİ 36-40, BÇİ 40< (cədvəl 1.1.1.) (WHO stats., 2024).

BÇİ-nin 25-dən yüksək olması artıq çəki probleminin olduğunu göstərmiş olur. Belə ki, BÇİ-nin müəyyən edilməsi sağlamlıqla bağlı ehtimal olunan təhlükələrin qarşısını almaq üçün əhəmiyyətli bir sıra idmançılarda piy səviyyəsi aşağı olsa da BÇİ-si yüksək olur. Çünki əzələ kütlələri ağırlıq təşkil edir. Bu yüksək BÇİ göstəricisini norma kimi dəyərləndirmək olar. Həmçinin BÇİ norma daxilində (18-24) olan şəxslərdə piy dərəcəsi əzələ kütləsindən çox ola bilər. Bu şəxslər BÇİ yüksək olan şəxslər ilə eyni sağlamlıq riski daşımış olurlar. Yəni BÇİ müəyyən edilərkən fərdi olaraq yanaşmaq mütləqdir. Ona görə də artıq çəki və piylənməni təyin etmək üçün boy, çəki və bel ətrafı ölçüləri də hesablanır. Artıq çəki və piylənməni müəyyənləşdirərkən ilk olaraq belin ölçüsü hesablanır. Qadınlarda bel çevrəsinin ölçüsü ən çoxu 80sm, kişilərdə isə ən çoxu 94sm olması məqsədəuyğundur. Əks halda artıq çəki və piylənmə olması ehtimal edilir (WHO stats., 2024).

Artıq çəki və piylənmə tədricən müxtəlif ağır sağlamlıq problemlərinin təzahür etməsinə şərait yaradacaqdır (ürək-damar xəstəlikləri, diabet, təzyiq və bir sıra xərçəng növləri və s. xəstəliklər). Adətən tibb işçiləri fiziki fəaliyyətsizlik və düzgün olmayan qida rejiminin artıq çəkiyə səbəb ola biləcəyini qeyd edir. Artıq çəki probleminin psixoloji aspektlərinə nəzər salanda isə yalnız fizioloji deyil psixoloji amillərin də artıq çəkiyə səbəb ola biləcəyi müəyyən edilmişdir. Bu da o deməkdir ki, psixoloji amillər nəzərə alınmadan çəkini normaya salmaq çətin ola bilər. Belə ki, artıq çəki və piylənmənin müalicəsi zamanı psixoloji dəstək alınması da mütləqdir.

İnsan həyatının təməl ehtiyacı qidalanmadır. Prenatal mərhələdən, ömrün sonuna kimi qidalanma təməl ehtiyac olaraq vacibliyyət təşkil edir. Psixfizioloji sağlamlıq üçün sağlam qidalanmaq və fiziki fəaliyyətlə məşğul olmaq lazımdır. Müasir dövrümüzdə yüksək kalorili hazır qidalar əlavə enerji qəbuluna səbəb olur. Fiziki fəaliyyətin aşağı olması isə qəbul edilən enerji ilə verilən enerji arasında əlaqənin pozulmasına səbəb olur. Qəbul edilən enerji daha çox olarsa, artıq çəki olaraq bədəndə piy kütləsi artmış olacaq. Gündəlik norma daxilində zülal, yağ və karbohidrat qəbulu əhəmiyyətlidir. Bədən üçün lazımi qədər enerji qəbul olunması maddələr mübadiləsinin stabil olaraq fəaliyyət göstərməsinə şərait yaradır. Lakin qeyri-stabil qidalanma və oturaq həyat tərzində maddələr mübadiləsinin pozulmasına səbəb olur. Bununla yanaşı stress və digər psixoloji amillər də qida rejiminin dəyişməsinə həmçinin maddələr mübadiləsinin pozulmasına səbəb olur.

Özünə xidmət verənlərinin formalaşdırılmaması da sağlamlığa mənfi təsir edə bilər. Özünə münasibətdə necə davranmalı, xüsusən də qida davranışını necə inkişaf etdirmək barədə məlumat azlığı artıq çəki probleminə səbəb ola bilər. Bəzi şəxslərin sağlam qidalanma haqqında kifayət qədər məlumatları yoxdur və bədənlə qulluq verənlərinə əməl etmirlər. Müasir əhali uzun iş saatlarına görə gündəlik özünə xidmət rejiminə əməl etmir, sağlam qidalanmır, idmanla məşğul olmurlar. Lakin bəzən düzgün və sağlam qidalanan kalorilərə, zülallara, yağlara və karbohidratlara nəzarət edən şəxslərin psixoloji vəziyyəti harmoniyada olmayanda, bütün bu səylər boş çıxır. Artıq çəki yalnız yanlış psixoloji münasibətlərin və yanlış həyat tərzinin nəticəsi ola bilməz, həm də bir sıra xəstəliklərin və genetik problemlərin də əlaməti ola bilər. Məsələn, pankreasın patologiyası, İtsenko-Kuşinq xəstəliyi, II tip şəkərli diabet (əks əlaqə də ola bilər: bəzən, qida pozuntusu II tip şəkərli diabetin inkişafına kömək edir), qalxanabənzər vəzin disfunksiyası, prolaktinoma, polikistik yumurtalıq sindromu, erkən menopauza, adrenal xəstəliklər. və s. vəziyyətlərdə də artıq çəki görünə bilər.

Tibb elmləri namizədi, Kembric Universiteti (Böyük Britaniya) tərəfindən piylənmənin tədqiqi üzrə sertifikatlaşdırılmış psixoterapevti, “Artıq bədən çəkisinin psixoloji korreksiyası metodu” metodunun müəllifi V.Romats 2000-2001-ci illər ərzində artıq çəkidən əziyyət çəkən şəxslər ilə aparmış olduğu tədqiqatlara əsasən qeyd edir ki, artıq çəki və piylənmə genetikadan daha çox sosial mühitlə müəyyən edilir. Yəni bədən çəkisi əvvəllər deyildiyi kimi yalnız genetikadan asılı deyil, müəyyən psixoloji münasibətlərin də nəticəsidir. Hansı münasibət normal çəki ilə yaşamağa mane olur? Artıq bədən çəkisinin səbəbləri çoxətəflidir. Bu, genetica, sosial mühit və həyat tərzində ola bilər. ÜST-nin məlumatına görə, piylənməyə biopsixososial model prizmasından baxmaq lazımdır. İrsi meyl, endokrin sistemin disfunksiyası, oturaq həyat tərzində, yaşa bağlı dəyişikliklər, ailənin və makrocəmiyyətin- ətraf mühitin qalan hissəsinin təsiri, qida məhsullarının bol, hazır qidalar əl çatdırılması,

marketlərdə satılan asan hazırlanan “isti və hazır” yeməklər, ailə ənənələri, bayram şənlikləri və s. amillər ilə siyahını uzatmaq olar. Artıq çəki və piylənmənin psixoloji səbəblərinə keçmədən öncə ilk olaraq ümumi səbəblərə də nəzər salmaq lazımdır (Jokela, 2009).

- irsi meyl (ən əsas səbəblərdən biri hesab olunur);

- yalnız qida rejimi (gecə qidalanmaq, hazır qidalar, yüksək yağlı və karbohidratlı qidalanma və s.);

- qeyri-stabil yuxu rejimi (gec saatlarda yatmaq maddələr mübadiləsinə pozur-melatonin, leptin, qrelin istehsalını zəiflədir.

- dərman istehlakı (hormonal dərmanlar, antidepressantlar, maddələr mübadiləsinin pozulmasına təsir edən dərman preparatları);

- mərkəzi sinir sistemi xəstəlikləri (beyin zədələri, şişlər);

- endokrin xəstəliklər (tiroid, şəkərli diabet, qadınlarda polikistik over, kişilərdə testosteron azlığı, İtsenko-Kuşinq xəstəliyi);

- fəaliyyətsizlik (fiziki fəallığın az olması, oturaq həyat tərz);

- mühitin təsiri (çirkli ekoloji şərait, urbanizasiya);

- stress (emosional gərginlik əsasən emosional qidalanmaya təhrik edən amildir);

- media (reklamlar və marketinqin qurbanı olmaq, reklam olunan müxtəlif zərərli qidalara sövq olunma).

Və nəhayət, artıq çəki almağın psixoloji səbəbləri arasında ən əsas qidadan qeyri-ərzaq məqsədləri üçün istifadə olunmasını, başqa sözlə desək, qidalanma pozuntusunu qeyd etmək olar. Həddindən artıq yemək zamanı yeməyin təsirini psixoaaktiv maddələrin təsiri ilə məcazi və uzaqdan müqayisə etmək olar. Neyrotransmitter serotoninin aktiv şəkildə sərbəst buraxılması sayəsində əhval-ruhiyyə yaxşılaşır və adrenal hormon kortizol səviyyəsinin azalması narahatlıq və stressin azalmasına səbəb olur. Psixoloji baxımdan, artıq çəkili insanlar emosional fonlarını normallaşdırmaq üçün yeməkdən istifadə edirlər. Arıqlamaq istəyən şəxslər adətən arıqlamaq üçün daha az yemək və daha çox hərəkət etmək lazım olduğunu düşünür. Ağlabatan qidalanma və fiziki fəaliyyət harmoniyanın formalaşmasına müsbət təsir göstərir təbii ki. Halbuki, bu münasibətlər yalnız çəki artımının bioloji səbəblərinə müsbət təsir göstərir. Gec-tez sosial və psixoloji səbəblər yenidən çəkinin artmasına təsir edəcək.

Stress, daxili münaqişələr və zehni gərginlik tez-tez açıq fiziki əlamətləri olan xəstəliklərə səbəb olur. Bir çox insanlar stresli vəziyyətlərdən təsirlənirlər. Bədənin fizioloji fəaliyyəti tədricən pozulmağa başlayır, zəif orqanlara isə daha çox təsir göstərmiş olur. Bir çox şəxs üçün bu həssas yerlər hormonal səviyyələr və metabolik proseslərdir. Bu tarazlığın pozulması çəki artımına səbəb olur. Çox vaxt artıq kiloqramlar çətin vəziyyətlərə məruz qalan bir insan üçün qoruyucu təbəqə rolunu oynayır. Psixoloji gərginlik tez-tez həddindən artıq

yeməyə səbəb olur. Bu, insanın xoş xatirələrə qərq olması ilə izah olunur. Yeməyə keçməklə insan öz problemlərindən yayınır və özünü qayğılardan qoruyur. Qida məhsullarının təsiri narkotik maddələrə bənzəyir, bu da unutmaq və rahatlamağa imkan verir. Dadlı yemək yedikdən sonra şəxs özünü daha yaxşı hiss edir.

Buna görə qida pozuntusunun aradan qaldırılmasına kompleks yanaşmaq lazımdır. Psixoloji səbəblər psixoterapevt ilə birlikdə araşdırılmalıdır. Sosial səbəblərə qarşı şüurlu olmaq lazımdır. Cəmiyyətin bəzən insanları nə qədər çox yeməyə məcbur etdiyini və marketoloqların kütlənin ehtiyacları necə incəliklə idarə etdiyini başa düşmək lazımdır. Ümumi olaraq qida pozuntusunun üç növü müəyyən edilmişdir (Jokela, 2009):

- müəyyən növ məhsulları özünə qadağan etmək, qida məhdudiyyəti;
- emosional olaraq xoşagəlməz hissləri aradan qaldırmaq üçün qidalanma;
- tox olanda belə, yemək görəndə yaranan yemək istəyi.

J.Mitchel artıq çəki problemi ilə əlaqədar araşdırmasında insanın həddindən artıq yeməyə meyl etməsinin həddindən artıq gərginlik nəticəsində formalaşdığını müşahidə etmişdir. İnsan hər hansısa bir vəziyyəti yaşayır və baş verənlər haqqında düşünməyə başlayır. Çətinliyi sadələşdirmək və vəziyyəti həll etmək mümkün olmayanda, insan zehni olaraq hadisələri çətinləşdirir, bununla da bir çox mürəkkəb və xoşagəlməz hisslər əmələ gətirir. Psix-emosional və fiziki gərginlik bu şəkildə formalaşır. İnsan psixikası uzun müddət həddindən artıq gərginlik vəziyyətində qala bilməz. Və bu vəziyyət konstruktiv şəkildə aradan qaldırılsa yaxşıdır: idman, gəzinti, hobbisi, mövcud vəziyyətin müzakirəsi və s. Lakin insanlar arasında dağıdıcı reaksiyalar da var: alkoqol qəbulu, siqaret çəkmək, həddindən artıq qidalanmaq və s. Psixi olaraq destruktiv metodlar gərginliyi atmaq üçün müvəqqəti şərait yaradır. Belə təcrübələr adətən daha kiçik yaşlardan formalaşır. Körpə ağlayır, ananın çox vaxtı yoxdur, körpəni sakitləşdirmək üçün bir şüşə süd verir. Uşaq təşvişində oyanır, çünki o, təklik və müdafiəsizlik hiss edir. O, sevgi və emosional ünsiyyət istəyir. Lakin süd qəbulu ilə bütün ləzzətləri, necə deyirlər, bir şüşədə almış olur. Qida yolu ilə stressi aradan qaldırmaq bacarığı tədricən belə formalaşmış olur (Jokela, 2009).

Psixoloji problemlər insanlarda müəyyən somatik (bədən) problemlərin yaranmasına təsir edə bilər. Ümumiyyətlə, onların nəticələri mütəxəssislərin rəyi ilə üst-üstə düşür ki, kişilərdə və qadınlarda çox vaxt xəstəliklər yalnız bədən problemləri ilə deyil, həm də güclü hisslər, stress, depressiya və narahatlıq səbəbindən qaynaqlana bilər. ABŞ Çikaqoda 10.000-dən çox artıq çəkili insanın iştirak etdiyi tədqiqat işi aparılmışdır. Onlar müəyyən etmiş oldular ki, qida istehlakının əsas bioloji prosesləri və mədə-bağırsaq traktının fəaliyyəti birbaşa insanın emosiyaları ilə bağlıdır. Məlum olub ki, həddən artıq yemək əksər hallarda psix-emosional stress nəticəsində baş verir (Jokela, 2009). Alimlərin fikrincə, çox vaxt daha

çox kalori istehlak etmək üçün qarşısıalınmaz istək ailədə və işdə münaqişələr, məişət və emosional narazılıqlardan qaynaqlanır. Təbii ki, artıq çəki xəstəlik deyil, ancaq piylənməyə çevrilənə qədər nəzərdən yayına bilər, ürək-damar xəstəlikləri riskini artırır, oynaqların və onurğanın yükü artır. Tədricən isə fiziki olaraq dəyişən şəxsin təbii ki, özünü qiymətləndirmə səviyyəsi də aşağı olur. Beləliklə, artıq bədən çəkisi yalnız sağlamlığı əhəmiyyətli dərəcədə pisləşdirə bilməz, həm də artıq mövcud olan psixoloji problemləri daha da ağırlaşdırır. Artıq çəki psixosomatik səbəblərdən qaynaqlanırsa və psixoloji səbəb aradan qaldırılmasa bu, ciddi qida pozuntularına- anoreksiya və bulimiyaya səbəb ola bilər. Və onların müalicəsi isə uzun illər çəkə bilər. Aclıq və toxluq mərkəzi hipotalamusda, emosional vəziyyəti, cinsi istəkləri, həzz duyğularını, sevinc hisslərini, qorxu və aqressiyanı tənzimləyən limbik sistemə yaxın yerdə yerləşir. Buna görə də qida davranışı ilə psixi vəziyyət arasında əlaqə göz qabağındadır. Xroniki stress, depressiya və təşviş, qida pozuntularının inkişafına səbəb olur, bu da çəki artımına səbəb olur və tədricən adaptiv pozuntular da təzahür etmiş olur.

Artıq bədən çəkisi olan insanların psixoloji xüsusiyyətləri təhlil edərkən emosional qeyri-sabitliyin olması tez-tez diqqəti cəlb edir. Əhvalın dəyişməsi, əsəbilik, təşviş, impulsivlik, ifadə və hərəkətlərə nəzarət etmək qabiliyyətinin azalması piylənmənin daimi “yoldaşlarıdır”. Mütəxəssislər artıq çəkili insanların psixoloji xüsusiyyətlərini müəyyən etmişdirlər:

Depressiv əhval-ruhiyyə. Bir çoxları üçün emosional gərginliyi aradan qaldırmağın ən əlçatan yolu qida pozuntularıdır. Çox vaxt bu cür özünü sakitləşdirmək üçün zərərli qidalar istifadə olunur- yüksək kalorili, yüngül karbohidratlar. Ancaq bu qida vasitələri qısa müddətə məmnunluq hissi verirlər. Və dərhal sonra insan yenidən dadlı "doping" ehtiyac duyur. Bu vəziyyətdə depressiv əhval-ruhiyyənin çəkiyə təsiri göz qabağındadır. Yalnız başqa yollarla stresin öhdəsindən gəlməyi aradan qaldırıla bilən təkrarlanan bir vəziyyət formalaşır.

Aşağı özünüqiymətləndirmə. London Kral Kollecinin alimləri artıq çəkili 6500 şəxs üzərində araşdırma aparmışdılar. Onlar fiziki parametrlər və özünüqiymətləndirmə arasında əlaqə olduğunu müəyyən etmişdirlər. 20 ildən sonra bu tədqiqat iştirakçılarından yenidən sorğuda iştirak etmələri istənilib. Müəyyən olub ki, özünüqiymətləndirməsi aşağı olan şəxslər daha çox çəki artımı və ya piylənmə müşahidə edilmişdir (Jokela, 2009).

Aşağı məsuliyyət səviyyəsi. Yaşadığı bütün problemlərdə başqalarını və ya xarici şərtləri günahlandıran şəxslər adətən artıq çəki və piylənmə riski altındadır.

Müsbət emosiyaların olmaması, bədbinlik. Rutin narahatlıqları aradan qaldırmaq üçün çoxlarının yalnız bir həzz mənbəyinə- qidaya ehtiyacı olur.

Yüksək günahkarlıq hissi. Bu hissin kökləri çox fərqli ola bilər. Ancaq tez-tez bir şeydə günahkar olduqları hissi ilə əzab çəkən insanlar şüuraltı olaraq özlərini cəzalandırırlar.

Günahkarlıq hissi ifrat qidalanma və bədən ölçülərinin mənfiyə dəyişməsi ilə nəticələnir. Nəticədə, bu, onlara mənəvi rahatlıq vermir, günahkarlıq hissi aradan qalxmır və sağlamlıq problemləri daha da pisləşmiş olur.

Qorunma ehtiyacı, təhlükə hissi. Bu, vəziyyət bəlkə də ifrat qida qəbulunun ən ümumi səbəbidir. Şüuraltı səviyyədə bir insan təhlükəsiz olduğuna inanmırsa, bir qayda olaraq, yemək yeməyə başlayır. Və sonra qazanılan kiloqramlar qoruyucu sərhəd rolunu oynayır.

Hörmət görmək istəyi. Təkamül baxımından fiziki baxımdan güclü fərdlərin daha çox çəkinilən və hörmət olunan fərdlər olduğunu nəzərə alsaq, bu istək şüuraltı olaraq qida qəbulunun artmasına səbəb ola bilər. Eyni şey övladları onlara tabe olmayan valideynlərlə də baş verə bilər- öz səlahiyyətlərini artırmaq üçün onlar bilmədən çəkirlərini artırmağa çalışırlar (Jokela, 2009).

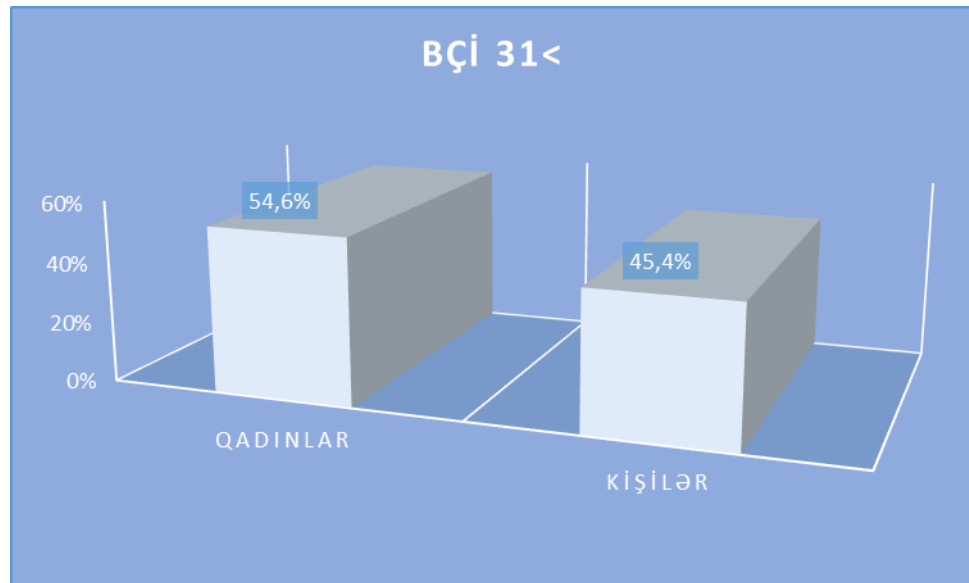
Artıq çəkili insanların psixoloji xüsusiyyətlərini təhlil etmək, artıq çəki və piylənmə psixologiyası sahəsində keyfiyyətli nəticələrin əldə olunmasına kömək edə bilər. Digər problemlərdə olduğu kimi artıq çəki və piylənmə probleminə də psixoloji xüsusiyyətləri, artıq çəki və piylənmənin psixoloji xarakteristikasını öyrənmək mütləqdir. Həqiqətən artıq çəki və piylənmə fiziki problemlərdən daha çox şey göstərə bilər (psixoloji səbəblər). Bir çox insanlar yalnız fiziki görünüş haqqında düşünür, lakin artıq bədən çəkisi bəzi endokrin və digər psixosomatik xəstəliklərin əlaməti ola bilər. Artıq bədən çəkisi yalnız somatik səbəblər ilə əlaqələndirilərsə, onun baş verməsinin əsl səbəblərini qaçırmmaq təhlükəsi yaranır. Hərtərəfli psixoloji müayinə və diaqnoz önəmlidir. Təhlükə ondadır ki, hazırda çəki normallaşdırmaqda sözün əsl mənasında “köməkçilərin” sayı artıb. Çoxlu sayda arıqlama marafonları və proqramları vardır. Öz üsullarından istifadə edərək arıqlamağa çağıran psevdomütəxəssislərində sayı artmağa davam edir. Artıq çəki yalnız yanlış psixoloji münasibətlərin və yanlış həyat tərzinin nəticəsi ola bilər. Həm də bir sıra psixi pozuntuların əlaməti də ola bilər. Artıq çəkinin psixoloji xarakteristikasını düzgün ayırd etmək lazımdır.

1.2.1. Artıq çəkili qadınların psixoloji xüsusiyyətləri

Statistik göstəricilərə nəzər saldıqda, cins göstəricilərinə əsasən BÇİ-i aşağı və normal olan şəxslər arasında kişilərin qadınlara nisbətən üstünlük təşkil etdiyini müşahidə etmiş oluruq. Artıq çəki və piylənmədən əziyyət çəkən şəxslər arasında isə qadınlar çoxluq təşkil edir. Azərbaycan dünya ölkələri arasında artıq çəki və piylənmə statistikasına görə 200-cü yerdədir. Cins göstəricilərinə əsasən isə Azərbaycan artıq çəki və piylənmə problemi olan kişilər üzrə dünya ölkələri arasında 100-cü, qadınlar üzrə isə 65-ci yerdədir. Qeyd olunan göstəricilər ölkəmizdə qadınların (54,6%) kişilərə (45,4%) nisbətən daha çox artıq çəki və

piylənmə problemindən əziyyət çəkdiyini göstərmiş olur (şəkil 1.1.4.) (Tədqiqat yekun., 2013).

Şəkil 1.2.2. Artıq çəki və piylənmənin ölkə əhalisi üzrə göstəriciləri (stat.gov.az)



Artıq çəki və piylənmə fiziki fəaliyyətlərin az olması və düzgün olmayan qida rejimi ilə əlaqədardır. Bununla yanaşı olaraq psixoloji amillərdə artıq çəki və piylənməyə səbəb ola bilər (stress, psixotravmalar, mübarizə strategiyaların zəif olması və s.). Psixosomatik səbəblərdən yaranan artıq çəki və piylənməni pəhriz ilə aradan qaldırmaq da çətin olur (və ya olmur). Həmçinin artıq çəkisi olan şəxslər tədricən daha çox fiziki problemlər ilə qarşılaşır, gündəlik fəaliyyətləri məhdudlaşır və belə bir vəziyyət digər sosial-psixoloji problemlərin təzahürünə də səbəb olur (məs.: adaptiv pozuntular, depressiya və s.). Son onillikdə artıq çəki və piylənmə statistikasında olan sürətli artımın olmasına əsasən, bir çox elmi tədqiqatların, araşdırmaların əsas məqsədi artıq çəki və piylənmədən əziyyət çəkən insanların psixoloji xüsusiyyətlərini öyrənmək istiqamətindədir.

Emosional qidalanma əsasən fizioloji aclığa bağlı olmur. Bəzən elə güclü duyğulara (qorxu, qəzəb, narahatlıq, ümitsizlik) qalib gəlmək olur ki, onlarla başa çıxmaq son dərəcə çətin ola bilər. Belə ki, psixoloji baxımdan bunun öhdəsindən gəlməyin ən asan yoluna müraciət olunur- çətin vəziyyətlərdə emosional boşalmanı təmin etmək üçün yemək. Bədəndə dadlı yeməyə cavab olaraq tez müsbət emosiyalar alır və bununla da stress yükünü kompensasiya edir. Boşanma, yaxın adamını itirmə, işini itirmə, zorakılıq halları - bunlar qadınların özlərini təhlükəsiz hiss etmədiyi vəziyyətlərdir. Qorxu emosiyaları “yeməyə” sövq edir ki, bu da artıq çəkinin artmasına səbəb olur və bununla da bədəndə müdafiə təbəqəsi yaranır- piylənmə.

Çox zaman psixoloji baxımdan stressi idarə etmə çətin olur, gərgin vəziyyətlərdə mübarizə aparmaq mümkün olmur və özünü cəzalandırma reaksiyası təzahür edir. Bu zaman yemək psixofizioloji rahatlamayı təmin etmiş olur. Psixosomatik səbəblərdən digəri də bir qadının daha çox "gözə çarpan" olmaq istəməsi və diqqəti cəlb etmək üçün artıq çəki qazanmasıdır. Kompensasiya, artıq çəki probleminə yuxarıda göstərilən bütün məqamları başa düşmək üçün istifadə olunan termindir. Belə ki, bu kimi hallarda qidalanma tədricən müdafiə mexanizminə çevrilir. Qadınlarda artıq çəki artımının əsas psixoloji səbəblərini nəzərdən keçirmək zəruridir. Psixosomatika müxtəlif xəstəliklərin, o cümlədən piylənmənin etiologiyasında rol oynayır.

Emosional problemlər qadın orqanizmində yağ paylanması təbiətinə görə qiymətləndirilə bilər. Deyilməyən və ifadə edilməyən sözlər, fikirlərini yüksək səslə ifadə etmək qorxusu olanda ikiqat çənə- buxaq görünür. Çiyin və kürək bölgəsində piylənmə, qadının daşımağa davam etdiyi keçmişin yükü və ya dərin günahkarlıq hissi ilə əlaqələndirilir. Bel bölgəsindəki yağ qıvrımları günahkarlıq və səhvlər və ya səhvlərə görə yaşanan utanc hisslərinin göstəricisidir. Ümumiyyətlə, yuxarı ətrafda piylənmənin olması başqaları üçün artan məsuliyyətin, hər kəsə kömək etmək istəyinin, çox vaxt öz maraqlarının zərərinə olan davranışların göstəricisi ola bilər.

Psixosomatikada bədənin aşağı ətraflarında piy nisbətinin paylanması belə izah olunur ki, ombada piylənmə cinsi həyatda istəklərin yerinə yetirilməməsi, həddindən artıq inadkarlıq, eqosentrizm, qarın da piylənmə həddindən artıq narahatlıq, qadının özündə daşdığı çox sayda həyata keçirilməmiş fikirlərin olması (ana və övlad arasındakı problemlərlə əlaqələndirilə bilər), çanaq uşaqlıq qorxuları və şikayətləri, infantilizm və ya utancaqlıq hissini, ayaqlarda piylənmə qadının ona ehtiyacı olmayan münasibətləri saxladığı, sevmədiyi işə getdiyi və xoşagəlməz emosiyalar yığdığı zaman təzahür edə bilər.

Piylənmənin psixoloji səbəbləri olan qadınlar üçün çəki itirmək yalnız problemlərin kökünü tapmağa və özünü başa düşməyə kömək edəcək bir psixoloq ilə işlədikdən sonra mümkündür. Psixosomatik olan piylənmə mütləq psixoloqla birgə müalicə olunmalıdır. Ancaq əvvəlcə problemin psixoloji səbəbi olduğuna və endokrin xəstəliklər və ya digər xəstəliklərlə əlaqəli olmadığına əmin olmaq lazımdır. Bu məqsədlə bir terapevt və endokrinoloq tərəfindən müayinə aparılır. Bəzən müvəffəqiyyətli kilo itkisi üçün təkən daxili orqanların ciddi aşınmasını göstərən bir diaqnostika aparılması lazımdır. Çox vaxt 2-3 dərəcə piylənmə (piylənmə və qaraciyər funksiyasının pozulması), ateroskleroz riskinin artması, qlükoza tolerantlığının pozulması və gənc yaşda qan təzyiqinin artması tendensiyası ilə müşayiət olunur.

Psixosomatikanı müalicə etmək üçün həddindən artıq yeməyin səbəblərini tapmaq və emosiyaları idarə etməyi öyrənmək vacibdir.

Müasir cəmiyyətdə qadınların öz çəkirlərinin subyektiv təcrübəsi ilə bağlı məsələlər xüsusi aktualıq kəsb edir. Tədqiqatçılar həm artıq çəkinin yaranma səbəblərini, həm də artıq çəkinin yaratmış olduğu problemləri araşdırır. Xüsusilə də artıq çəkili qadınların psixoloji xüsusiyyətlərini tədqiq edirlər. Artıq çəkili qadınların psixoloji xüsusiyyətlərini öyrənmək bir çox tədqiqatçı psixoloqların diqqət mərkəzində olmuşdur. Amerikada çap olunan “Sosial və klinik psixologiya” elmi jurnalında, bir neçə amerikalı psixoloqun birlikdə təşkil etmiş olduğu kütləvi sorğu nəticələrində artıq çəkili qadınların ümumi psixoloji xüsusiyyətləri müəyyən edilmişdir. Sorğuda artıq çəki və piylənməyə meyilli qadınların oxşar psixoloji xüsusiyyətlərə malik olduğu müşahidə olunmuşdur. Kütləvi sorğunun nəticəsində bu qadınların psixoloji xüsusiyyətləri arasında ən çox müəyyən edilənlər qeyd edilmişdir. Ümumi olaraq artıq çəki və piylənmədən əziyyət çəkən qadınların əsas psixoloji xüsusiyyətlərinin bir neçəsi aşağıda təqdim edilir (Jokela, 2009):

1. Həssaslıq və qapalılıq. Yaşadıqları əsl duyğuları gizlətmək şəklində özünü göstərir, həmçinin yüksək dərəcədə həssaslıq da müşahidə olunur. Xoşagəlməz duyğuları yaşamaq çətin olduğundan, onları yox sayıb, gizlətmək daha asan olur. Adətən duyğuların basdırılması qida qəbulunun artmasına səbəb olur. Bu qadınlar adətən duyğularını başqalarından gizlədirlər. Həmçinin münaqişələrin qarşısını almaq, kəskin vəziyyətdən qaçmaq üçün hər cür “passiv” cəhdləri edirlər. Zahirən sakit və gülərüzdür olsalar da, daxilən əsəbi və özlərindən narazı olurlar. Çünki qərarlarından məmnun olmadıqlarının latent olaraq fərqləndirlər.

2. Mükəmməlliyətçilik. Artıq çəkisi olan qadınlar ifrat mükəmməlliklə xarakterizə olunurlar. Onlar hər şeyin mükəmməl halda olması üçün çalışırlar. İstədikləri mükəmməl nəticəni əldə edə bilməyəndə frustrasiya yaşayırlar. Bu vəziyyət emosional gərginliyə səbəb olur.

3. Sabitlik və monotonluq. Bu qadınlar sadəcə olaraq keçmişin təcrübəsindən istifadə edir və müsbət dəyişikliklər haqqında xəyal qurmağa belə cəsarət etmirlər. Daima yeni nələrə cəhd etməkdən, komfort zonasından çıxmaqdan çəkinirlər.

4. Aşağı özünüqiymətləndirmə. Artıq çəkili qadınlarda daha çox özünüqiymətləndirmə səviyyəsinin aşağı olması müşahidə edilir. Onlarda digərlərindən daha pis olmaq hissi formalaşır. Buna görə də başqaları tərəfindən mühakimə olunmaq qorxusu yaranır. Təkcə görünüş baxımından deyil, davranış baxımından da ətrafdakı insanların nə deyəcəklərini, necə görünəcəklərini fikirləşirlər.

5. Sosial tədris və ya diqqət çəkmək arzusu. Artıq çəkili qadınlar bir çox hallarda insanlar ilə ünsiyyətdən yayınır, sosial əlaqələri minimuma endirirlər. Bəzi artıq çəkili qadınlarda isə tamamilə əksi müşahidə edilir. Belə ki, onlar həddindən artıq kompensasiya olaraq diqqət çəkici üslubda geyinir, böyük aksesuarlar taxır, parlaq makiyajdan, dırnaq dizaynlarından istifadə edirlər. Hər kəslə səmimi davranır və sosiallaşmağa çalışırlar, ictimai yerlərdə diqqət çəkmək üçün yüksək səsle danışır, gülürlər.

6. “Yaxşı qız” sindromu. Artıq çəkili qadınlar adətən başqalarının ehtiyaclarını ödəməyə meyilli olurlar. Hətta digər maraqlı məqam isə, ac olmasalar belə yanlarında kimsə yemək yeyəndə və ya kimsə onları yeməyə dəvət edəndə, etiraz etmədən təklifi qəbul edirlər.

Tədqiqat zamanı artıq çəkili qadınlarda fərqli xarakterik xüsusiyyətlər olduğu müəyyən edilmişdir. Lakin ən çox görülən əsas psixoloji xüsusiyyətlər yuxarıda qeyd olunanlar olmuşdur. Belə ki, bu xüsusiyyətlər demək olar ki, artıq çəkili qadınların çoxunda var. Artıq çəkili qadınlarda psixoloji xüsusiyyətlərini nəzərə alsaq, adaptiv pozuntuların təzahür etməsi qaçınılmazdır. Ümumi olaraq bu qadınlarda stressi minimuma endirmək üçün stressi idarə etmək bacarıqlarını formalaşdırmaq zəruridir.

Bir çox artıq çəkili qadınların yuxarıda qeyd edilən oxşar psixoloji xüsusiyyətləri olduğu müəyyən olunmuşdur. Burada dövrü bir əlaqə mövcuddur. Belə ki, bir sıra ortaq psixoloji xüsusiyyətlərə sahib qadınlarda artıq çəki və piylənmə problemi olur. Həmçinin qarşılıqlı şəkildə artıq çəki özü də bu xüsusiyyətləri daha da artırır, həmçinin bir sıra fərqli psixoloji xüsusiyyətlər də təzahür edir. Bu zaman artıq çəkinin psixosomatikasına nəzər salmaq lazımdır. Müəyyən qəlib düşüncələrə, davranışlara sahib olan qadınlarda zamanla artıq çəki problemi təzahür edə bilər. Artıq çəkili qadınlarda psixosomatik tərəfləri təhlil edərkən əsasən aşağıda qeyd olunan xarakteristik xüsusiyyətləri müəyyən etmiş oluruq (Jokela, 2009):

-Aclıq qorxusu. Həyatlarının bir dönməndə (adətən uşaqlıq) aclıq və qida çatışmazlığı yaşamış olan qadınlar üçün bütün məhsullar əlçatan olduqda özlərini ifrat dərəcədə qida ilə təmin etmək problemlidir. Qida çatışmazlığı qorxusunun şüurlu və ya şüuraltı olaraq sonrakı nəsillərə ötürülməsi də ola bilər.

-Xarici dünyadan qorunma. Erkən yaşda qadınlar psixoloji olaraq iştahlarını artırır, xoşagəlməz hadisələrin təkrarlanmasının qarşısını almaq üçün şüuraltı olaraq bədənlerini eybəcərləşdirməyə çalışırlar. Həddindən artıq qida istehlak etmək və yağ təbəqəsi yaratmaq, gizlətməyə və maddi maneə qurmağa imkan verir. Bu, həm utancaq insanlarda, həm də fiziki və ya psixoloji zorakılığa məruz qalan qadınlarda da müşahidə olunur.

-Stress qida. Şərti olaraq, ağlayan uşağa dərhal şirin bir şey təklif olunurdusa, bu hərəkət şüuraltında gücləndirilmiş olur. Bu qadınlar adətən yetkin yaşlarda mənfi emosiyalar

keçirərkən şənlənmək üçün dadlı bir şey yeməyə çalışırlar. Çox vaxt bu qidalar yüksək kalorili çəki artımına səbəb olan şirniyyatlar və hazır qidalar olur ("fast food").

-Diqqət çatışmazlığı. Kiçik yaşda olan qız uşağına kifayət qədər vaxt ayırmayan valideynlərin diqqətini çəkmək üçün adətən nəzərə çarpan olmaq istəyi formalaşır. Ailə quranda belə evli qadınlar bəzən həyat yoldaşlarının onlara qarşı marağı azaldığı zaman çəki almağa başlayırlar.

-Mənəvi boşluq. Məhdud maraq dairəsi olan qadınlar tez-tez yemək ilə mənəvi doyumluluq almağa çalışırlar. Onlar bütün boş vaxtlarını ərzaq almaq, yemək hazırlamaq və qidalanmağa sərf edirlər. Yemək bişirməklə özlərinin və yaxınlarının qayğısına qalırlar.

-Əks cinsə xoş gəlmək istəməmək. Problemin kökündə həm də uşaqlıqda valideynlərin yanlış davranış stereotipləri, əks cinslə ünsiyyəti məhdudlaşdırması və ya onlara gözəlliyin və seksuallığın pis olduğunu təlqin etməsi dayanır. Şüuraltı olaraq, belə insanlar bədənlərini dəyişməyə başlayırlar, onu bir yağ təbəqəsi altında gizlədirlər.

Artıq çəkili qadınlarda sırf bir psixoloji xüsusiyyət yoxdur. Lakin hər birində daha çox müşahidə edilən xüsusiyyətlər vardır. Bununla belə, deyə bilərik ki, bu qadınlarda aşağıdakı xüsusiyyətlər var: emosiyaları gizlətmək, ümitsizlik, narahatlıq/gərginlik.

Artıq çəkili qadınlar adətən özlərini həssas və bacarıqsız hiss edirlər. Artıq çəki və cüssəli bədən onların bu güclüzlüyünü gizlətmək üçün psixosomatik bir vasitədir. Artıq çəkili qadınların qida istəklərinin başlaması və güclənməsi ilə emosional məyusluqlar arasında nəzərəcarpacaq əlaqə vardır. Özünü sevməmək və qəbul etməmək yeməklə yatışdırılır. Artıq çəkili qadınlar həddindən artıq kompensasiya, repressiya və proyeksiya kimi qoruyucu psixoloji mexanizmlərin üstünlük təşkil etməsi ilə özünü göstərən xüsusi psixoloji xüsusiyyətlərə malikdirlər. Qadınlar arasında dəyərlər sistemində xarici görünüşün həm subyektiv, həm də sosial aspektlərinin daha çox vurğulanması bu mövzunun tədqiqi əhəmiyyətini müəyyən edir. Belə ki, onu da qeyd edə bilərik ki, qadınlarda artıq çəki və həddindən artıq piylənmə bir çox hallarda daxili psixoloji problemlər ilə əlaqəli olur. Çox vaxt artıq çəki müxtəlif psixoloji travmaların və mənfi həyat hadisələrinin nəticəsi kimi təzahür edir (Jokela, 2009). Artıq çəki və piylənmə probleminin yalnız həkimlər tərəfindən deyil, psixoloqlar tərəfindən ətraflı şəkildə öyrənilməsi zərurəti vardır. İntegrasiya olunmuş yanaşma ilə kompleks müalicə üsullarını tətbiq etmək daha effektiv ola bilər. Müasir psixologiyada artıq çəki probleminin psixoloji faktorlarını aradan qaldırmağın bir çox üsulları var. İstər dərman istərsə də psixoloji müalicəyə erkən başlamaq nəticənin daha təsirli və sürətli olmasına şərait yaradır. Psixoloji dəstəyin tibbi dəstəklə yanaşı aparılması məqsədəuyğundur. Çünki, artıq çəkiden əziyyət çəkən qadınlarda tədricən müxtəlif psixoloji pozuntular da (depressiya, təşviş, adaptiv pozuntu) təzahür edə bilər.

1.2.2. Artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntunun təhlili

Klinik-psixoloji tədqiqatlardan alınan nəticələrə əsasən artıq çəki və piylənmədən əziyyət çəkən şəxslərin 32%-də adaptiv pozuntuların olduğu müşahidə edilir. Belə ki, bu xəstələr arasında ən çox qoyulan diaqnozun adaptiv pozuntular olduğu da müəyyən edilmişdir. Adaptiv pozuntu sosial, şəxsiyyətlərarası, peşə, təhsil və ya digər fəaliyyət sahələrində əhəmiyyətli dərəcədə pozulma ilə nəticələnən stressə qarşı cavab reaksiyasıdır. Dəyişən həyat şərtlərinə uyğunlaşmaq mümkün olmayanda baş verən emosional pozuntular adaptiv pozuntular adlanır. Adaptiv pozuntular stressogen faktora və insanın həyatında əhəmiyyətli dəyişikliklərə cavab olaraq təzahür edən psixi pozuntulardır. Adaptiv pozuntuların ümumi əhali arasında yayılması 12-33% arasında dəyişir (Jokela, 2009). Artıq çəkili şəxslərdə adaptiv pozuntu diaqnozu daha çox qoyulur. Belə ki, psixoloq V.Hardman artıq çəki və psixoloji pozuntular arasında əhəmiyyətli əlaqənin olub/olmadığını müəyyən etmək üçün 1999-2000-ci illərdə tədqiqat işi aparmışdır. Aparılan bu tədqiqat işində iştirak edən 215 nəfər artıq çəkiddən əziyyət çəkən şəxslərin 64%-də depressiya, təşviş, adaptiv pozuntu, aqressiya kimi problemlərin olduğu müəyyən edilmişdir (Barlow, Dietz, 2000). Artıq çəkili şəxslərdə əsasən depressiya, təşviş və adaptiv pozuntuların ən azı birinin üstünlük təşkil etməsi ilə yanaşı, digərlərinin əlamətlərinin də bərabər şəkildə təzahür etməsi müşahidə edilmişdir.

Rus psixoloqları D.Mendeyelev və M.Qrişkin 2002-ci ildə artıq çəkiddən əziyyət çəkən şəxslərdə adaptiv pozuntunu tədqiq etmişdirlər. Aparılan araşdırmada artıq çəkili 67 nəfər tədqiq olunan iştirak etmişdir. Belə ki, D.Mendeyelev və M.Qrişkin artıq çəki probleminin təzahür müddəti və bədən çəkisinə əsasən adaptiv pozuntunun fərqli səviyyədə təzahür etmiş olduğunu müəyyən etmişdirlər (Менделевич, 2004). Problemin müddəti (artıq çəki və piylənmə diaqnozunun qoyulmasının) nə qədər çoxdursa (nə qədər çox müddət bu problemdən əziyyət çəkirsə) adaptiv pozuntunun təzahür səviyyəsi də o qədər yüksək olması müşahidə olunmuşdur.

N.Struyeva, N.Qeqel, A.Babrov və həmkarları 2005-ci ildə BÇİ-i yüksək olan ($BÇİ > 31$) şəxslərdə stigmatizasiya və adaptiv pozuntuları öyrənmək üçün, 127 nəfər tədqiq olunan ilə araşdırma aparmışdılar. Onlar tədqiqat nəticələrinə əsasən müəyyən etmişdirlər ki, 83% tədqiq olunan şəxsdə yüksək stigmatizasiya, 79% tədqiq olunan da adaptiv pozuntu vardır (Мосолюва, 2008). Burada həmçinin artıq çəkili şəxslərdə stigmatizasiya və adaptiv pozuntu arasında əlaqənin olduğunu da müəyyən etmişdirlər. Belə ki, artıq çəki və piylənmə sosial baxımdan narahatedicidir və insanların yanaşma tərzini stigmatizasiyaya səbəb olur ki, bu da yeni mühitlərdə necə qarşılanacaqlar narahatlığına şərait yaradır. Yeni və fərqli mühit artıq potensial narahatlığa səbəb olur.

Adaptiv pozuntular daha çox qadınlarda təzahür edir, bu diaqnozun kişilərə nisbətən qadınlara iki dəfə çox qoyulduğu müəyyən olunur. Gender xüsusiyyətlərini nəzərə alsaq, qadınlar kişilərə nisbətən daha emosional və həssas olduqları üçün, onların stressogen amilə qarşı reaksiyası, stressi idarəetmə bacarıqları qismən zəif olur. Həmçinin artıq çəki və piylənmə baxımından təhlil etsək, fiziki olaraq qadın bədənində piy qatı çox, əzələ qatı az olur. Kişilərdə isə bu nisbət fərqlidir- əzələ qatı piy qatından daha çox olur. Belə ki, anatomik və psixi xüsusiyyətlər baxımından kişi və qadınların fərqli olması, onlarda artıq çəki və piylənmənin fərqli nisbətlərdə təzahür etməsini gözlənilən edir. Qeyd olunanlara əsasən artıq çəki və adaptiv pozuntu problemlərinin qadınlarda daha çox müşahidə edilməsi, bu mövzunun tədqiqi əhəmiyyətini təyin edir. Türk psixoloqları O.Özdel, S.Fenkçi, T.Değirmençi və başqaları artıq çəkiddən əziyyət çəkən qadınlar ilə 2011-ci ilə tədqiqat işi aparmışdılar. Artıq çəkili qadınlarda təzahür edən psixoloji problemləri tədqiq etmək üçün, onlar tədqiqat qrupu kimi 55 nəfər piylənmədən əziyyət çəkən qadın ($BÇİ > 31$), nəzarət qrupu olaraq da 55 nəfər çəkisi norma daxilində olan ($BÇİ < 28$) qadınları seçmişdirlər (Özdel, Fenkçi və baş., 2011). Belə ki, aparılan araşdırma zamanı artıq çəki və piylənmədən əziyyət çəkən qadınlarda, $BÇİ$ -si norma daxilində olan qadınlara nisbətən daha çox adaptiv pozuntular, depressiya və təşviş pozuntusu diaqnozu qoyulduğu müəyyən edilmişdir. Tədqiqatçılar artıq çəkili qadınların həkim-dietoloqlar ilə yanaşı mövcud psixoloji pozuntuları aradan qaldırmaq üçün psixoterapiya almalı olduqlarının əhəmiyyətini qeyd etmişdirlər.

Onu da qeyd etmək olar ki, qadınların çəkisi adətən stabil vəziyyətdə qalmır. Həyatın müəyyən dövrlərində (premenstrual dövr, hamiləlik, doğum, postpartum dövr, südvermə, qeyri-stabil estrogen və progesteron hormonu, menopauza və s.) yaşanan həm fizioloji həm də emosional dəyişilmələr onların çəkisinə də təsir göstərmiş olur.

Qadınlar adətən hər aybaşı tsikli sonlarında daha çox qida qəbuluna meyilli olurlar. Hamiləlik isə qadınların bədən çəkisinin tamamilən dəyişməsinə, piy təbəqəsinin kəskin artmasına səbəb olur. Hamilə qadınların çəkisində təqribən orta göstəricilərə əsasən 10-15 kg artımın müşahidə edilməsi normaldır. Bir sıra qadınlarda isə bu göstərici 25 kg qədər arta bilər. Lakin təkcə fizioloji deyil, psixoloji amilləri də nəzərə almaq lazımdır.

Artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntu əsas əlamətlər ilə müəyyən edilir (Jokela, 2009)- əsəbilik, yüksək həssaslıq, qıcıqlanma, səbrsizlik, sosial təcrid, depressiv əhval, özünüqiymətləndirmənin aşağı olması, həyəcan və narahatlıq, ümumi gərginlik, yüksək emosionallıq, diqqətin zəifləməsi, sosial məsuliyyətlərdən qaçmaq, təşviş, daimi yorğunluq hissi, cinsi fəaliyyətin zəifləməsi, ümumi fəaliyyət zəifləməsi və s. Artıq çəkili qadınlarda cinsi sferada ciddi problemlər müşahidə oluna bilər. Onlarda orqazmın tezliyi və dərəcəsinin

azalması, həmçinin cinsi həyata marağın itməsi halları da müşahidə olunur. Bu qadınlarda aybaşı tsikli də pozula bilir, neyro-metabolik-endokrin pozuntular da təzahür edə bilər.

Artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntular, ümumi əlamətlər ilə, həm də fərdi olaraq fərqli əlamətlər ilə təzahür edə bilər. Artıq çəkili adaptiv pozuntulu qadınlar tez-tez koqnitiv pozulmalardan da şikayət edirlər – hafizənin zəifləməsi, diqqətin mərkəzləşməsinin pozulması və peşəkar fəaliyyətlərdə məhsuldarlığın azalması. Yuxu problemləri və yuxuya getmənin çətinliyi, tez-tez oyanmalarla dayaz yuxu, qorxulu yuxular, izaholunmaz narahatlıq hissi ilə erkən oyanmalar, yuxudan narazılıq və yuxudan sonra istirahət hissinin olmaması ilə xarakterizə olunur. İntim münasibətlər sahəsində pozuntular da adaptiv pozuntudan əziyyət çəkən artıq çəkili qadınlarda tez-tez müşahidə olunur (kişilərdə isə bu adətən erkən boşalma və libidonun ikincil azalması kimi özünü göstərə bilər).

Əsas məqam odur ki, artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntu müşahidə olunur. Bu qadınların ümumi rifah səviyyəsi aşağı düşür, onların sosial münasibətləri zəifləyir və ən əsası da özünə inamları azalır. Artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntu natamamlıq hissi ilə təzahür edə bilər. Yeni mühitdə bədən kütləsinə əsasən hərəkəti aktivliyin məhdudlaşması, aşağı çəvəklik onların adaptiv reaksiyalarını pozmuş olur. Qadınlar üçün zahiri görünüş və bədən çəkisi olduqca əhəmiyyətlidir. Qadınlar bədən quruluşu və kütləsinə qarşı həssasdırlar. Bu baxımdan onların fiziki görünüşlərində çəki dəyişikliyi adaptiv pozuntunun təzahürünə zəmin yarada bilər. Adaptiv pozuntunun əsas üç mərhələsinə əsasən, artıq çəkili qadınların bu mərhələlər üzrə adaptiv pozuntunun hansı səviyyədə olmasını müəyyən etmək olar.

Artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntunun inkişaf mərhələləri aşağıda qeyd edilmişdir (Сидоров, 2011).

Subklinik təzahürlər mərhələsi. Bu mərhələdə artıq çəkili qadınları somatik simptomlar narahat etməyə başlayır. İlk olaraq emosional dəyişikliklər müşahidə edilir. Əhval-ruhiyyə dəyişkən olur. Müəyyən müddətdən sonra xroniki baş ağrıları, miqren, fəaliyyət zəifliyi və yuxu rejiminin pozulma halları müşahidə edilir. Adətən adaptiv pozuntunun ilk mərhələsində qadınlar təzahür edən əlamətləri ciddi hesab etmirlər. Sıradan somatik əlamətlər olduğunu hesab edirlər. Ağrıkəsici, yuxugətirici dərmanlar və fiziki zəifliyi aradan qaldırmaq üçün vitaminlər qəbul edirlər. Bir çox hallarda isə qan təhlili ilə qan dəyərlərini yoxlayırlar. Belə ki, ilk mərhələdə təzahür edən əlamətləri qan, dəmir azlığı və ya vitaminsizlik kimi dəyərləndirirlər.

Simptomatik təzahürlər mərhələsi. Bu mərhələdə adaptiv pozuntuların növlərinə əsasən xarakterik əlamətlər müşahidə olunur. Artıq çəkili qadınlar adətən adaptiv pozuntunun ikinci mərhələsində nəyin düz getmədiyini və problem olduğunu başa düşürlər. Bu mərhələdə artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntunun növləri həm birlikdə həm də ayrı-ayrılıqda görülə

bilər. Adaptiv pozuntuların təzahür formasına əsasən artıq çəkili qadınlarda əlamətlər də fərqli fonda müşahidə olunur.

Artıq çəkili qadınlarda sosial adaptiv pozuntu: Bu zaman artıq çəkili qadınların ətrafdakı insanlar ilə münasibətləri pozulur. Sosial qarşılıqlı münasibətlər sisteminin pozulması ilk olaraq ailə münasibətlərinə təsir edir. Bu qadınların həyat yoldaşı ilə münasibətləri pozulur, ailədaxili münasibətlər şiddətlənir. Əsasən də bu mərhələdə olan artıq çəkili qadınlarda dözümsüzlük və səbrsizlik müşahidə olunur. Övladlarına qarşı həssaslıq və əsəbilik artır. Həmçinin digər yaxın və tanış şəxslər ilə münasibətlərdə çətinliklər yaşanır. Başqalarına qarşı aqressivlik müşahidə edilir. Həmçinin məhəl qoymama və vecsizlik də müşahidə edilə bilər. İş yoldaşları və rəhbərliklə konfliktlər yaşanmağa başlayır. Digər şəxslərin fikirlərinə və tənqidlərinə qarşı həssaslıq və dözümsüzlük müşahidə olunur. Nəticədə isə münasibətlər sistemi tamamilə pisləşir. Belə bir vəziyyət adaptiv pozuntunun daha da ağırlaşmasına şərait yaratmış olur.

Artıq çəkili qadınlarda depressiv adaptiv pozuntu: Adaptiv pozuntunun II mərhələsində depressiv növ adaptiv pozuntu daha çox müşahidə edilir. Xüsusilə də artıq çəkili qadınların demək olar ki, əksəriyyətində depressiv adaptiv pozuntunun əlamətləri daha çox təzahür edir (Сидоров, 2011). Bu qadınlar ümitsizlik və çarəsizlik hissi yaşayırlar. Motivasiyaları olmur, heç bir şey etmək istəmirlər. Ümumi xroniki yorğunluq, gündəlik məsuliyyətlərin öhdəsindən gələ bilməmək və hafizənin zəifləməsi hallar müşahidə edilir. Onlar fiziki görünüşlərindən xüsusilə narahat olurlar. Güzgüdə özlərinə baxmaq istəmirlər. Tədricən özünə xidmət vərdişlərini belə icra etməkdən imtina edirlər. Depressiv əhval-ruhiyyə sosial tədricə səbəb olur. Adətən bu qadınlar ictimai yerlərdə bədən kütləsinə əsasən narahatlıq hiss edirlər. Yeni geyimlər almaqdan çəkinirlər çünki, digər həmcinslərinin baxışları və bədən ölçüsünün daha da artması mənfi emosiyaların yaşanmasına səbəb olur.

Artıq çəkili qadınlarda təşvişli adaptiv pozuntu: Təşvişli adaptiv pozuntu zamanı artıq çəkili qadınları daimi narahatlıq müşayiət edir. Bu qadınlar xüsusilə yeni mühitdə, yeni insanlar ilə münasibətdə narahatlıq yaşayırlar. Daima çəkili haqqında digər şəxslərin mənfi düşüncələrini ehtimal edirlər. Bu fikirlər, düşüncələr onlara rahatlıq vermir. Yeni tanımadıqları bir mühitə getməkdən çəkinirlər. Ürək döyüntüləri sürətlənir, titrəmə, təngənəfəslik, qıcolma, əzələ spazması kimi hallar da müşahidə olunur.

Artıq çəkili qadınlarda koqnitiv adaptiv pozuntu: Əsasən koqnitiv proseslər zəifləyir-duyğu və qavrama pozulmaları, diqqət dalgınlığı, hafizə zəifliyi, təfəkkür problemləri və təxəyyül pozulması. Artıq çəkili qadınlarda müşahidə edilən koqnitiv adaptiv pozuntu gündəlik məişət həyatında çətinliklərin yaşanmasına səbəb olur. Belə ki, bu qadınlar tez-tez yeməyi sobada unudur, suyu açıq saxlayır, qapını bağlamadan evdən çıxır, ütü işlək

vəziyyətdə qalır və s. Həmçinin işdə peşə fəaliyyətləri zəifləmiş olur. Gündəlik planları unudur, diqqətsizlikdən tez-tez səhvlər buraxır, iclaslara gecikir və rəhbərlə münaqişələr yaşayırlar.

Artıq çəkili qadınlarda avtonom adaptiv pozuntu: Artıq çəkildən əziyyət çəkən qadınlarda fizioloji reaksiyalar ilə adaptiv pozuntu təzahür edə bilər. Baş dönməsi, həzm sistemində problemlər, hərəkətin artması, səbəbsiz yerə bədənin müxtəlif yerlərində ağrıların olması, döş qəfəsində narahatlıq, təzyiqin enməsi və s. hallar müşahidə edilir.

Əlamətlərin kəskinləşməsi mərhələsi. Bu mərhələdə olan artıq çəkili qadınlarda adaptiv proseslər zəifləmiş olur. Son və ağır mərhələ olduğu üçün klinik vəziyyət daha da pisləşir. Bu mərhələdə artıq ətrafdakı digər şəxslər problemin açıq-aşkar təzahürünü görür və narahat olurlar.

Artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntunun təzahür mərhələlərinə əsasən fərqli dərəcələrdə, əlamətlərdə təzahür etmiş olduğunu müəyyən etmiş oluruq. İlk olaraq birinci dərəcəli adaptiv pozuntu təqribən üç ay ərzində təzahür edir. Bu zaman artıq çəkili qadınlarda stressli vəziyyətlərə gözlənilən reaksiyaya uyğun olmayan davranışlar müşahidə edilir. İlk dərəcədə adaptiv pozuntu olan artıq çəkili qadınlarda ağır vəziyyət olmur. Əgər əlamətlər altı ay davam edərsə ikinci dərəcəli adaptiv pozuntu müəyyən olunur və bu qadınların vəziyyəti xronikləşmiş hesab olunur.

Amerikalı psixoloq Jamais Kaskio artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozulmaya dair BANİ konsepsiyasını irəli sürdü. Dünyada mühitə uyğunlaşmada ortaya çıxan çətinliklərə əsasən adaptiv pozuntuların dörd əsas xüsusiyyətlərini qeyd etmişdir (Jokela, 2009):

-Kövrək (Brittle)- emosional baxımdan həssas və kövrək olurlar. Fiziki görünüşlərinə bağlı həssaslıq adaptiv reaksiyaların pozulmasının əsas amilidir.

-Narahat (Anxious)- fiziki vəziyyətlərinə əsasən çevikliyin azalması, vərdiş olunmayan fərqli şəraitlərə uyğunlaşmaqda çətinliklər daimi narahatlığa səbəb ola bilər.

-Qeyri-xətti (Non-linear)- fiziki çətinlik dəyişilən şəraitlərdə sabit davranış reaksiyalarının dəyişilməsini tələb edir və belə vəziyyətlər uyğunlaşmada çətinliyə səbəb olur.

-Anlaşılmaz (Inconprehensible)- fizioloji vəziyyət psixoloji vəziyyət ilə qarşılıqlı olduğu üçün, adətən yaşanan fizioloji çətinlik müəyyən mənfi psixoloji vəziyyətə səbəb ola bilər. Bu qadınlar yeni mühitdə necə davranacağını və nə ilə qarşılaşacaqlarını bilmirlər. Belə bir daimi anlaşılmazlıq vəziyyəti adaptiv pozuntu üçün əsas təsiri edici amildir.

O hesab edirdi ki, həyəcan və stress istənilən mühitdə adaptiv pozuntu ilə qarşılaşma şansını yüksəldir. Psixiatr Andrey Kamenyukinin izah edirdi ki, tək və ya çoxlu stressorlara qarşı adaptasiya zəifləyir və adətən bir müddət sonra adaptiv pozuntular təzahür edir. Daimi gərgin vəziyyətdə olan artıq çəkili qadınlar xüsusilə yeni vəziyyətlərdə necə davranacaqlarını

müəyyən edə bilmir (Сидоров, 2011). Adaptiv pozuntu artıq çəkili qadınların fərdi xüsusiyyətləri, psixoloji vəziyyət və neyrobioloji xüsusiyyətlərindən, həmçinin keçmişdə travmatik təcrübələrin olmasından (təsir gücündən) asılı olaraq təzahür edə bilər. Məsələn, kiçik yaşlarda məktəbdə sistemli olaraq görünüşünə görə zorakılığa məruz qalan (body shaming) qadınlar da özünü qavrama pozulur və onların özlərinə qarşı həssaslığı arta bilər. Əlbəttə ki, fərdi xüsusiyyətlərdən də asılı olaraq, bu, hər kəs üçün fərqli ola bilər. Bir çox artıq çəkili qadınlarda isə artıq çəki və adaptiv pozuntu daha yetkin yaşlarda təzahür edə bilər. Ağır stressogen amil boşanma və ya əhəmiyyətli bir əlaqənin pozulması, xəstəlik və ya əlillik, yaxın birinin itirilməsi, sosial-iqtisadi problemlər, ailədə və ya işdə münaqişələr də zamanla zahiri görünüşdə dəyişikliyə, bədən kütləsinin artmasına və adaptiv reaksiyaların pozulmasına səbəb ola bilər. Adaptiv pozuntu güclü stressə qarşı verilən reaksiyadır. Şəxsi çətinliklər ona gətirib çıxarır ki, bu qadınlarda düşüncə və özünü dərk etmə, qərar qəbul etmə və proqnoz vermək qabiliyyətinə cavabdeh olan beynin prefrontal korteksi təhdidedici məlumat axınını effektiv şəkildə emal edə bilmir. Eyni zamanda, limbik sistemin fəaliyyəti artır, bunun nəticəsində psixika mənfi emosiyaların nəzarətində olmaqla, rəasional qərarlar qəbul etmək və meydana çıxan problemlərin öhdəsindən gəlmək qabiliyyətini itirmiş olurlar.

Artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntuların tədqiqinə dair çoxlu sayda tədqiqat işləri aparılmışdır. Amerikalı tədqiqatçılar L.Subak, H.Rixter və S.Hunskar 3 il müddətində (1997-2000) artıq çəkili qadınlar ilə araşdırma aparmışdılar. Belə ki, bu tədqiqat işində 105 artıq çəkili qadın iştirak etmişdir (Barlow, Dietz, 2000). Tədqiqatçılar artıq çəkili qadınlar üçün arıqlama proqramı təyin etmiş və bu müddət ərzində onların psixoloji vəziyyətlərini diqqətli şəkildə müşahidə etmiş və nəzarətdə saxlamışdılar. Alınan nəticələrə nəzər saldıqda, müəyyən etmiş oldular ki, artıq çəkili qadınların bədən çəki indeksi azaldıqca psixoloji rifahları artmış, adaptiv pozuntuları əhəmiyyətli dərəcədə aradan qalxmışdır. Belə ki, azalan çəki ilə adaptiv reaksiyalar arasında tərs asılılıq olduğu müşahidə olunmuşdur.

İngilis tədqiqatçısı V.Avad 2000-ci ildə mütəxəssis dəstəyi alan artıq çəkili qadınların həyat şərtləri və psixoloji rifahını araşdırmışdır. Belə ki, V.Avad bu qadınların çəki vermə dövrlərində, onlar üçün təyin olunan rejimi və tapşırıqları hansı dərəcədə icra etdiklərini müşahidə edərək belə nəticəyə gəlmişdir ki, sosial-demoqrafik göstəricilərə əsasən BÇİ-də fərqlilik mövcuddur. Qadınların BÇİ-də kişilərə nisbətən daha tez azalma müşahidə edilmiş, təhsilli və sosial vəziyyəti yaxşı olanların da digər şəxslərə nisbətən bu dövəmdə BÇİ-də daha azalma olduğu müəyyən olunmuşdur. Həmçinin çəki verməyi bacaran tədqiq olunanların psixoloji rifahı əhəmiyyətli dərəcədə artmış, stress səviyyələri və adaptiv reaksiyalarında nisbətən azalma olduğu öyrənilmişdir (Bouchard, Tremblay, 2001).

Y.Akın, H.Gülmez, T.İpekçi və digər həmkarları 2011-ci ildə artıq çəkili qadınlarda stress amilini tədqiq edərkən, əsasən adaptiv pozuntunun bu qadınlarda daha çox təzahür etmiş olduğunu müəyyən etmişdirlər. Belə ki, aparılan tədqiqat işində 63 nəfər BÇİ-i yüksək olan qadın iştirak etmişdir. Tədqiqat işinin məqsədi artıq çəkili qadınlarda hansı psixoloji pozuntuların yüksək dərəcədə təzahür etdiyini öyrənmək idi. Alınan nəticələrdə artıq çəkili qadınların ilk növbədə, fiziki görünüşləri ilə əlaqədar olaraq sosial-psixoloji narahatlıq yaşadığı, adaptiv reaksiyalarının əhəmiyyətli dərəcədə azaldığı, təşviş səviyyəsinin yüksək olduğu müəyyən olunmuşdur (Medeni, Baran, 2020).

Adaptiv pozuntu diaqnozu qoyulan artıq çəkili qadınlar vaxtında mütəxəssisə müraciət etməlidirlər, əks halda klinik mənzərə ağırlaşmış ola bilər. Bu vəziyyətdə adaptiv pozuntunun simptomları da irəliləmiş olur. Daxili gərginlik fonunda ürək-damar xəstəliklərinin, nevroloji və avtoimmün patologiyaların inkişaf riski də artmış olur. Adaptiv pozuntunun ilkin təzahüründən bir neçə ay sonra artıq çəkili qadınların 90%-i bədən funksiyalarının pozulması və apatiya ilə müşayiət olunan ağır depressiyaya məruz qalırlar. Depressiya ilə müşayiət olunan adaptiv pozuntunun kəskinləşməsi zamanı intihar riski minimal olur, çünki bu zaman qadının bunu etmək üçün nə emosional, nə də fiziki gücü olur. Ancaq remissiya zamanı belə, bu qadınların intihar etmək qərarına gəlməsi ehtimalı olur. Klinik məlumatlara görə, intihar riski terapiya bitdikdən sonra 2-3 il ərzində davam edə bilər. Artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntunun ağırlaşması aşağıdakı fazalarla təzahür edə bilər (Сидоров, 2011):

- klinik əlamətlərin təzahürü (qısa müddətli kənara çıxmalar, depressiya və təşviş pozuntusu);
- somatoform pozuntuların təzahürü (patoloji simptomlarına əlavə olaraq, obsessiv vəziyyət və vegetativ kənara çıxmalar);
- nevrotiklik (stress mənbəyi aradan qaldırılmadıqda adaptiv pozuntu xroniki fazaya keçir).

Adaptiv pozuntuların ağırlaşmaları müxtəlif formalarda ola bilər və vəziyyətin nə qədər ciddi və nə qədər davam etdiyi fərdi xüsusiyyətlərdən daha çox asılıdır. Potensial fəsadlardan ən əsası artıq çəkili qadınlarda psixi sağlamlığın kəskin ağırlaşması və pisləşməsidir, çünki uzunmüddətli stress və narahatlıqla müşayiət olunan adaptiv pozuntular daha ciddi psixi pozuntuların təzahürünə səbəb ola bilər. Digər mümkün fəsad sosial təcrid və həyat keyfiyyətinin aşağı düşməsidir. Adaptiv pozuntulardan əziyyət çəkən artıq çəkili qadınlar, qəbul edilməmə qorxusu və ya mənfi sosial qiymətləndirmə qorxusu səbəbindən digər insanlarla ünsiyyətdən qaça bilərlər ki, bu da onların emosional vəziyyətini pisləşdirir və özünə inamı azalda bilər. Əlavə olaraq fiziki sağlamlığın pisləşməsi adaptiv pozuntunun

komplikasiyası ola bilər. Xroniki stress immun sisteminin fəaliyyətinə mənfi təsir göstərə bilər və ürək-damar xəstəlikləri, mədə-bağırsaq xəstəlikləri kimi müxtəlif fiziki xəstəliklərin inkişaf riskini artırır (Jokela, 2009).

Adaptiv pozuntular müəyyən bir müddət ərzində artıq çəkili qadınların stressli hadisələrin təsirindən çıxma bilmədikləri və stressi idarə edə bilmədikləri zaman baş verə biləcək bir neçə psixi pozuntunun da birlikdə təzahür etdiyi pozuntulardır. Bu pozuntunun artıq çəkili qadınlardakı spesifik əlamətləri adaptiv reaksiyaların çətinliklərinin şiddətinə və görünən uyğunlaşmamış reaksiyanın xüsusi növünə görə dəyişir. Adaptiv pozuntulara qadınlarda kişilərə nisbətən daha tez-tez rast gəlinir. Qadınlar və kişilər arasındakı bu fərq, adaptiv pozuntu ehtimalını artırır bilən psixi vəziyyət üçün qadınların daha yüksək risk qrupunda olmasından qaynaqlana bilər.

Artıq çəkili qadınlar ilk olaraq üç aylıq müddət ərzində ortaya çıxan əhəmiyyətli travma və ya stressə qeyri-sağlam və ya "uyğunlaşa bilməyən" reaksiyalar göstərilir. Artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntular yaxşı müəyyən edilmir və digər pozuntular (təşviş, depressiya) ilə qarışdırılır. Həmçinin adaptiv pozuntuların dəqiq tərifinin olmaması səbəbindən, adətən tam müəyyən edilmiş psixi pozuntular ilə bənzər əlamətlərin olması ilk başlarda düzgün diaqnoz qoyulmamasına səbəb ola bilər. Nisbi qeyri-müəyyənliyinə baxmayaraq, adaptiv pozuntuların müxtəlif altı alt növləri qeyd edilir, və hər biri müəyyən bir sıra əlamətlər ilə müşayiət olunur. Məsələn, bəzi artıq çəkili qadınlarda klinik depressiya olan insanlarda rast gəlinən kədər, ümitsizlik, intihar düşüncəsi və digər əlamətlərin nisbətən yüngül formasını əks etdirən adaptiv pozuntunun bir forması inkişaf edir. Digərlərində klinik təşviş olan insanlarda rast gəlinən narahatlıq, əsəbilik, həyəcan və digər əlamətlərin nisbətən yüngül formasını özündə əks etdirən adaptiv pozuntunun bir formasını inkişaf edir. Adaptiv pozuntunun başqa bir alt növünün təsirinə məruz qalan artıq çəkili qadınlarda anormal davranışlar müşahidə oluna bilər (Сидоров, 2011). Bəzi hallarda, adaptiv pozuntu zamanı artıq çəkili qadınlarda depressiya və təşvişin qarışıq əlamətləri təzahür edir. Bundan əlavə, bəzi artıq çəkili qadınlarda başqa cür təyin edilməyən təşviş pozuntusu təzahür edir ki, bu da adaptiv pozuntunun alt növü hesab edilən hər hansı qeyri-adaptiv reaksiyaları özündə ehtiva edən bir vəziyyətdir. Demək olar ki, hər kəs stressli və ya travmatik vəziyyətlərdən sonra təkrar adaptasiya dövründən keçir. Xüsusilə də müxtəlif xəstəlikləri keçirən, əməliyyat olan, yeni ailə quran, ana olan və s. stressogen təsirlərə məruz qalan qadınlarda adaptiv pozuntular müşahidə edilə bilər. Artıq çəki isə qismən uzun müddət davam edən və həyat şərtlərinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir edən amil olduğu üçün, artıq çəkili qadınlarda bu vəziyyətlərə qarşı reaksiya daha çətin olur. Bu da adi fərddə olan reaksiyalardan daha uzun müddət davam edir və ya daha güclü olur.

Adaptiv pozuntunun təzahürünə səbəb ola biləcək travmatik və ya stressli hadisələrə ciddi qəzalar, təbii fəlakətlər, doğuş, ağır xroniki fiziki xəstəliklər, evlilik, boşanma, ailənin və ya dostların ölümü, işini itirmək, iş yerini dəyişmək, maliyyə problemləri, münasibətlərdə çətinliklər və hər hansı digər əsas həyat dəyişikliyi aiddir. Stressə və ya travmaya uzunmüddətli və ya intensiv reaksiyaya səbəb ola biləcək əsas amillərə genetik meyl, stressi idarə etmə bacarıqlarının və ya sosial bacarıqların zəif inkişafı, qadının öz temperament tipi, həddindən artıq qoruyucu mühit və daxildir.

Adaptiv pozuntular artıq çəkili qadınların həyatının müxtəlif aspektlərinə ciddi təsir göstərə bilər, buna görə də mümkün mənfi nəticələrin qarşısını almaq üçün dərhal peşəkar yardım və dəstək axtarmaq vacibdir. Adaptiv pozuntular psixoloji əlamətlərlə yanaşı (narahatlıq, əsəbilik, qıcılanma) repressiv davranış formaları ilə birgə də təzahür edə bilər. Məsələn, barmaq əmmə və sidik qaçırma (bu somatik vəsiyyətlə də müəyyən edilə bilər, həyatı hadisələrə və ya stressə reaksiya olaraq ortaya çıxa bilər. Bəzi hallarda adaptiv pozuntudan əziyyət çəkən qadınlarda infantilizm də müşahidə edilə bilər. Ümumi olaraq pozuntunun yaranmasına səbəb ola biləcək stress amilləri psixososial (ailə problemləri, işdə çətinliklər, hərəkətsizlik, maliyyə problemləri) və tibbi (kəskin və xroniki xəstəliklər, cərrahi və qeyri-cərrahi prosedurlar, diaqnostik müayinələr, xəstəxanaya yerləşdirmə), ailə üzvünün xəstəliyi və s.) ola bilər. Adaptiv pozuntular müəyyən edilmiş psixososial stressora (və ya stressorlara) uyğunlaşmayan cavabdır və üç ay ərzində baş verə bilər.

Artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntu təzahür etdikcə davranışları dəyişir, əsəbi, həssas və aqressiv olurlar. Belə bir vəziyyətdə özünü müalicə etmək o qədər də mümkün olmur. Dərmanların öz-özünə tətbiqi, ən yaxşı halda, bu vəziyyətdə qısa müddətli təsir göstərəcək və mənfi əlamətləri müvəqqəti aradan qaldıracaq. Lakin daha sonra sağlamlığa ciddi zərər verəcək, bu da geri dönməz nəticələrə səbəb olacaqdır.

Artıq çəki və piylənmədən əziyyət çəkən qadınlarla işləyən həkimlər psixi pozuntuların əlamətləri müşahidə edilməsə belə profilaktik olaraq dəstək alınması üçün müvafiq olaraq mütəxəssisə (psixoloq, psixiatr) istiqamətləndirməlidir. Artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntunun qarşısının alınması psixi sağlamlığın qorunmasında mühüm rol oynayır və həyat dəyişikliklərinə uğurlu uyğunlaşmaya kömək edir. Qarşısının alınmasının əsas aspektlərindən biri emosional sabitliyin və adaptiv reaksiyaların, stressi idarə etmə qabiliyyətinin inkişafıdır. Xüsusilə də stressi idarə etmə bacarıqlarını və problemi həll etmə bacarıqlarını mənimsəməklə dəyişən şəraitə uyğunlaşmaq mümkün olur. Çünki, artıq çəkinin təzahür etməsi, başlanğıc mərhələsi bu qadınlarda adaptiv reaksiyaların yenidən qurulma təhlükəsini önə çıxarır. Profilaktikanın vacib elementi də sağlam həyat tərzinə riayət etməkdir. Dostlar və ailə ilə sıx əlaqələr saxlamaq, ünsiyyət qurmaq və hissləri başqaları ilə bölüşmək

artıq çəkili qadınlarda emosional çətinliklərin öhdəsindən gəlməyə kömək edə və adaptiv pozuntunun inkişafının qarşısını ala bilər. Əsəbilik və yorğunluq kimi stress və zehni yüklənmənin erkən əlamətlərinə diqqət yetirmək və onların qarşısını almaq və ya aradan qaldırmaq üçün tədbirlər görmək vacibdir. Asudə vaxtın səmərəli idarə edilməsi, vaxt və prioritetləri planlaşdırmaq və lazım olduqda peşəkar dəstək axtarmaq zəruridir. Ümumiyyətlə, artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntuların qarşısının alınması emosional və fiziki dayanıqlığın qorunmasına, stresslə mübarizə üçün adaptiv strategiyaların hazırlanmasına və sosial əlaqələrin dəstəklənməsinə əsaslanır. Bu aspektlərin əhəmiyyətini başa düşmək və onları müntəzəm olaraq tətbiq etmək ümumi rifahı yaxşılaşdırmağa və psixi sağlamlıq problemləri riskini azaltmağa kömək edir. Əks halda adaptiv pozuntu təzahür edəcək və tədricən ağırlaşacaq (Сидоров, 2011).

Adaptiv pozuntuların müalicəsi adətən pozuntunun əlamətlərini azaltmağa və insanın yeni şəraitə uyğunlaşmasına kömək etməyə yönəlmiş kompleks yanaşmanı əhatə edir. Müalicənin əsas komponentlərindən biri psixoterapiyadır. Koqnitiv-davranış terapiyası, psixodinamik terapiya, qeştalt terapiyası kimi müxtəlif psixoterapiya formaları insana həyat dəyişiklikləri nəticəsində yaranan problemləri anlamaqda və onları aradan qaldırmaqda təsirli ola bilər. Psixoterapiya ilə yanaşı, bəzi hallarda farmakoterapiya tələb oluna bilər. Adaptiv pozuntu ilə əlaqəli təşviş, depressiya və ya digər psixi pozuntu əlamətlərini aradan qaldırmaq üçün antidepressantlar və ya anti-anksiyolitiklər kimi dərmanlar da təyin edilə bilər. Müalicənin mühüm hissəsi də yaxınların və ətrafdakı insanların dəstəyi və anlayışı ilə təmin olunmaqdır. Sosial əlaqələrdən alınan dəstəyi və etibarlı insanlarla ünsiyyət qurmaq bacarığı adaptiv reaksiyaların bərpa prosesini əhəmiyyətli dərəcədə asanlaşdırır və artıq çəkili qadınlarda emosional çətinliklərin öhdəsindən gəlməyə kömək edə bilər. Bundan əlavə, sağlam həyat tərzinə diqqət yetirmək də vacibdir. Artıq çəkili qadınlar daimi məşq, sağlam pəhriz, adekvat yuxu rejimi və stressin idarə edilməsi, ümumi rifahı yaxşılaşdırmağa və narahatlıq səviyyəsini azaltmağa kömək edə bilər. Ümumiyyətlə, adaptiv pozuntunun uğurlu müalicəsi adətən fərdi yanaşma və müxtəlif metodların, o cümlədən psixoterapiya, farmakoterapiya, sosial dəstək və sağlamlıq xidmətlərinin kombinasiyasını tələb edir. Artıq çəkili qadınlarda əlamətlərin ağırlaşmasının, pisləşməsinin qarşısını almaq və həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırmaq üçün müalicəyə mümkün qədər erkən başlamaq vacibdir (Jokela, 2009).

Texnologiya əsrində ortaya çıxan yeniliklər texnologiyanın insan fəaliyyətini əvəz etməsinə səbəb olur ki, bu da insanların gündəlik fiziki aktivliyinin azalması ilə müşahidə olunur. Artıq çəki və piylənmə statistikasına bu problemin daha çox qadınlarda təzahür etmiş olduğunu göstərir. Xüsusilə də qadınların məişət fəaliyyətlərini əvəz edən texnoloji yeniliklər

onların gündəlik fəallığını azalmasına şərait yaradır. Qadınlarda artıq çəki çox vaxt psixoloji problemlərlə əlaqələndirilir. Bu, onların endokrin sisteminin daha mürəkkəb strukturu (hormonal balanssızlığa daha çox meyllilik) və daha çox emosional həssaslıq ilə bağlıdır. Həmçinin bu problemdən əziyyət çəkən qadınların oxşar psixoloji xüsusiyyətlərinin olduğu da müəyyən edilmişdir. Artıq çəki və piylənmədən əziyyət çəkən qadınlarda mövcud vəziyyətləri ilə əlaqədar olaraq fiziki narahatlıqlar ilə yanaşı sosial-psixoloji narahatlıqlar da özünü göstərmiş olur. Belə ki, aparılan araşdırmalar artıq çəkili şəxslərdə daha çox adaptiv pozuntuların müşahidə edildiyini göstərir (Jokela, 2009). Həmçinin artıq çəkili qadınlarda depressiv əhval və təşviş də müşahidə edilir.

II FƏSİL. METOD VƏ METODOLOGİYA

2.1. Tədqiqatın təşkili və keçirilməsi

Tədqiqat işi Nərimanov tibb mərkəzində 184 nəfər 27-45 yaş həddində artıq çəkiddən əziyyət çəkən qadınlar ilə aparılmışdır. Xəzər Universitetinin Etik komitəsinin 2024/25-2 tarixli protokolumun qərarı ilə tədqiqatın aparılmasına icazə verilmişdir. Tədqiqat işinin məqsədi artıq çəkiddən əziyyət çəkən qadınlarda adaptiv pozuntuları tədqiq etmək və bədən çəki indeksi ilə adaptiv pozuntular arasında əlaqəni öyrənməkdir.

Tədqiqat işinin strukturu:

- Tədqiqat üçün əhəmiyyətli məlumatların təyin edilməsi (bədən çəki indeksi; mütəxəssis dəstəyinin olub/olmaması; problemin müddəti);
- Tədqiq olunanlarda adaptiv pozuntuların müəyyən edilməsi;
- Tədqiq olunanlarda bədən çəki indeksinin adaptiv pozuntulara təsirinin öyrənilməsi;
- Mütəxəssis dəstəyi alan və mütəxəssis dəstəyi almayan tədqiq olunanlarda adaptiv pozuntuların müqayisəli öyrənilməsi;
- Tədqiq olunanlarda adaptiv pozuntuların artıq çəki probleminin müddəti ilə əlaqəsinin öyrənilməsi;
- Əldə olunan nəticələrin keyfiyyət və kəmiyyət təhlilinin aparılması;
- Nəticələrin statistik əhəmiyyətinin müəyyən edilməsi.

Tədqiqat işinin məqsədi və irəli sürülən fərziyyələrə əsasən tədqiqat zamanı müvafiq metodlardan istifadə edilmişdir.

2.2. Tədqiqatın metodikaları

Tədqiq olunan qadınlarda tədqiqat üçün əhəmiyyəti olan məlumatları əldə etmək üçün (yaş, bədən çəki indeksi, mütəxəssis dəstəyinin olub/olmaması; problemin müddəti (artıq çəkiddən əziyyət çəkdikləri müddət)) müəllif tərəfindən hazırlanan anket ilə müəyyən olunmuşdur. İstifadə olunan bu anket tədqiqatçı tərəfindən hazırlanmışdır. Tədqiq olunan artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntunun dərəcəsini müəyyənləşdirmək üçün Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı tərəfindən (ÜST), Xəstəliklərin Beynəlxalq təsnifatının 11-ci buraxılışında (XBT-11) adaptiv pozuntuların diaqnostik meyarlarına əsasən M.Shevlin, P.Hyland, T.Karatzias və digər həmkarlarının müəllifi olduqları Adaptiv pozuntuların təyini şkalası (2019) istifadə olunmuşdur. Şkala iki bölmədən ibarətdir. Birinci bölmə 9 vəziyyətdən, bəli (1 bal) və xeyir (2 bal) cavab variantlarından ibarətdir. İkinci bölmə 10 vəziyyət və likert tipli beş cavab variantından (qətiyyən uyğun deyil (0 bal), qismən uyğun deyil (1 bal), əmin

deyiləm (2 bal), qismən uyğundur (3 bal), qətiyyən uyğun deyil (4 bal)). Şkala vasitəsilə adaptiv pozuntunun dərəcəsini müəyyən etmək olur (0-5 bal norma, 6-20 bal aşağı dərəcə adaptiv pozuntu, 21-40 bal orta dərəcə adaptiv pozuntu, 41-56 bal yüksək dərəcə adaptiv pozuntu). Bu şkala ölkəmizə adaptasiya olunmadığı üçün, M.Shevlindən şkalanın tərcümə olunub istifadə edilməsi üçün icazə alınmışdır. Şkalanın etibarlılığını müəyyənləşdirmək üçün SSPS proqramında Cronbach's alpha istifadə edilmişdir. Şkala ilk olaraq 80 nəfər artıq çəkiddən əziyyət çəkən qadına təqdim edilmişdir. Bir neçə mülahizədə etibarlılıq dəyəri istənilən dərəcədə olmadığı üçün mülahizələr qismən redaktə olunmuş və təkrar işlənmişdir. Növbəti yoxlanışda alfa dərəcəsi ($\alpha < 0.70$) etibarlı olduğu üçün şkala tədqiqat zamanı istifadə edilmişdir.

Artıq çəkili qadınlarda stress səviyyəsi, adaptiv pozuntunun dərəcəsi və pozuntuların meyarlarını (sosial təcrid, depressiv əhval-ruhiyyə, təşviş, impulsivlik) müəyyənləşdirmək üçün A.Maerçker, L.Lorens və R.Baçem tərəfindən hazırlanan Adaptiv pozuntu-Yeni modul (20) (2018) şkalası istifadə olunmuşdur. Şkala iki bölmədən ibarətdir. Birinci bölmə 18 vəziyyəti ehtiva edir. İkinci bölmə 20 mülahizədən və problemin tezliyini (heç vaxt-0 bal, nadirən- 1 bal, bəzən- 2 bal, tez-tez- 3 bal) və təzahür müddətini (1 aydan az müddət- 1 bal, 1-6 ay- 2 bal, 6 aydan çox- 3 bal) müəyyən edən cavab variantlarından ibarətdir. Şkala vasitəsilə adaptiv pozuntunun dərəcəsini (0-30 bal normal, 31-60 bal aşağı dərəcə, 61-90 orta dərəcə, 91-120 yüksək dərəcə) təyin etmək mümkündür. Şkala Azərbaycana adaptasiya olunmadığı üçün, A.Maerçkerdən şkalanın tərcümə olunub istifadə olunması üçün icazə alınmışdır. Şkala ilk olaraq 80 nəfər artıq çəkiddən əziyyət çəkən qadına təqdim edilmişdir. Əldə olunan alfa dərəcəsi ($\alpha < 0.70$) etibarlı olduğu üçün şkala tədqiqat zamanı istifadə edilmişdir.

Ümumi olaraq tədqiqat zamanı əldə olunan nəticələrin statistik təhlilinin aparılması üçün IBM SPSS (29.0) proqramında müvafiq meyarlar istifadə olunmuşdur.

III FƏSİL. TƏDQIQAT MƏLUMATLARININ STATİSTİK TƏHLİLİ

3.1. Tədqiqat metodikalarından alınan nəticələr

Tədqiq olunan qadınların anket nəticələrinə əsasən müəyyən olunmuşdur ki, bu qadınların 37%-nin (67 nəfər) bədən çəki indeksi 19-25, 29%-nin (54 nəfər) 26-30, 34%-nin (63 nəfər) 30-dan yuxarı olduğu müəyyən edilmişdir.

Cədvəl 3.1.1. Bədən çəki indeksi göstəriciləri

Bədən çəki indeksi (BÇİ)	% göstəriciləri	Say göstəriciləri
19-25	37%	67
26-30	29%	54
30<	34%	63

Artıq çəkili tədqiq olunanların 54%-i (99 nəfər) mütəxəssis dəstəyi alan, 46%-i (85 nəfər) mütəxəssis dəstəyi almayan qadınlardır.

Cədvəl 3.1.2. Mütəxəssis dəstəyi üzrə göstəricilər

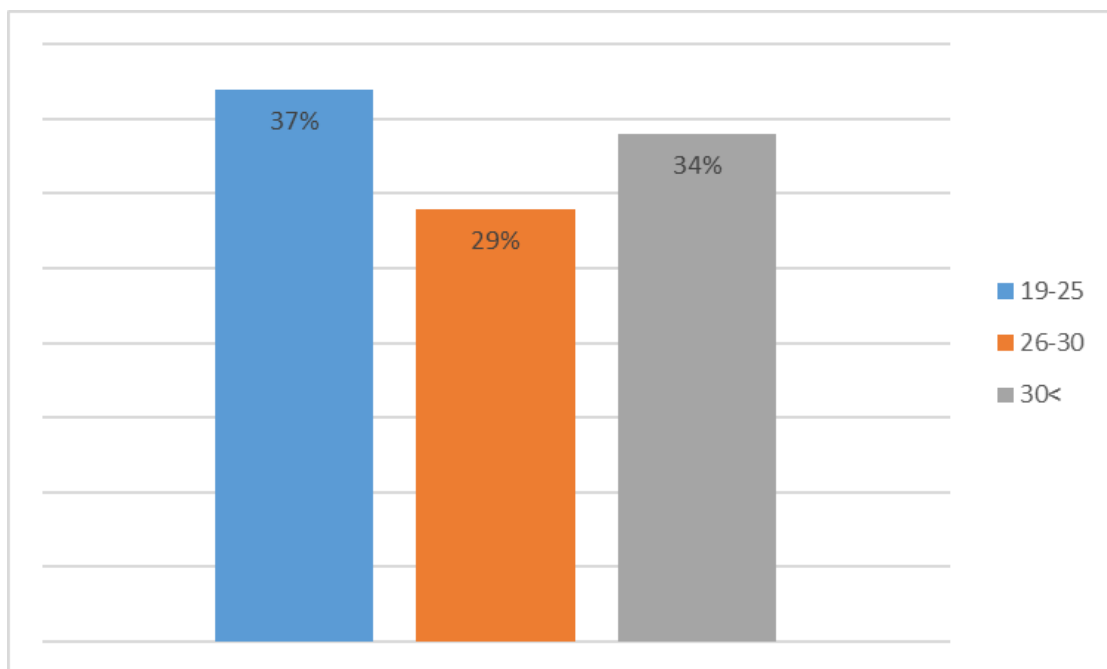
Mütəxəssis dəstəyi	% göstəriciləri	Say göstəriciləri
Dəstək alan qadınlar	54%	99
Dəstək almayan qadınlar	46%	85

Artıq çəki (piylənmə) probleminin təyin olunduğu müddətə (diaqnozun qoyulduğu müddət) əsasən müəyyən edilmişdir ki, tədqiq olunanların 29%-i (53 nəfər) 1-10 il, 31%-i (57 nəfər) 11-20 il, 40%-i (74 nəfər) 20 ildən çox bu problemdən əziyyət çəkən qadınlardır.

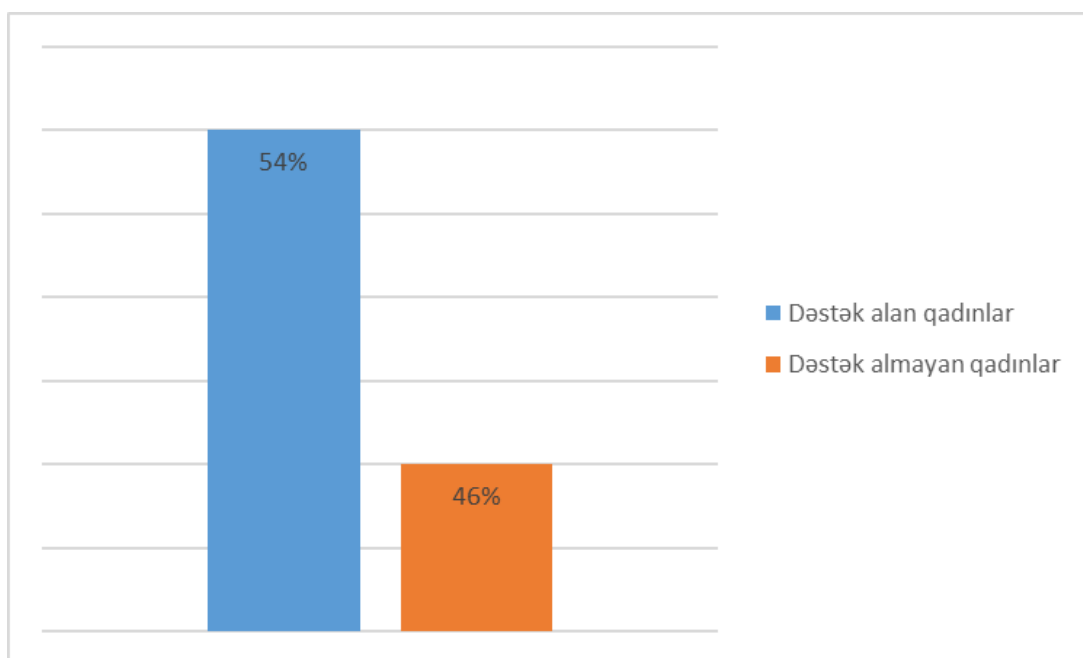
Cədvəl 3.1.3. Müvafiq artıq çəki probleminin müddəti üzrə göstəriciləri

Problemin müddəti	% göstəriciləri	Say göstəriciləri
1-10 il	29%	53
11-20 il	31%	57
20<	40%	74

Anket üzrə alınan nəticələrin təsviri aşağıda şəkil 3.1.1., 3.1.2 və 3.1.3-də təsvir edilmişdir.

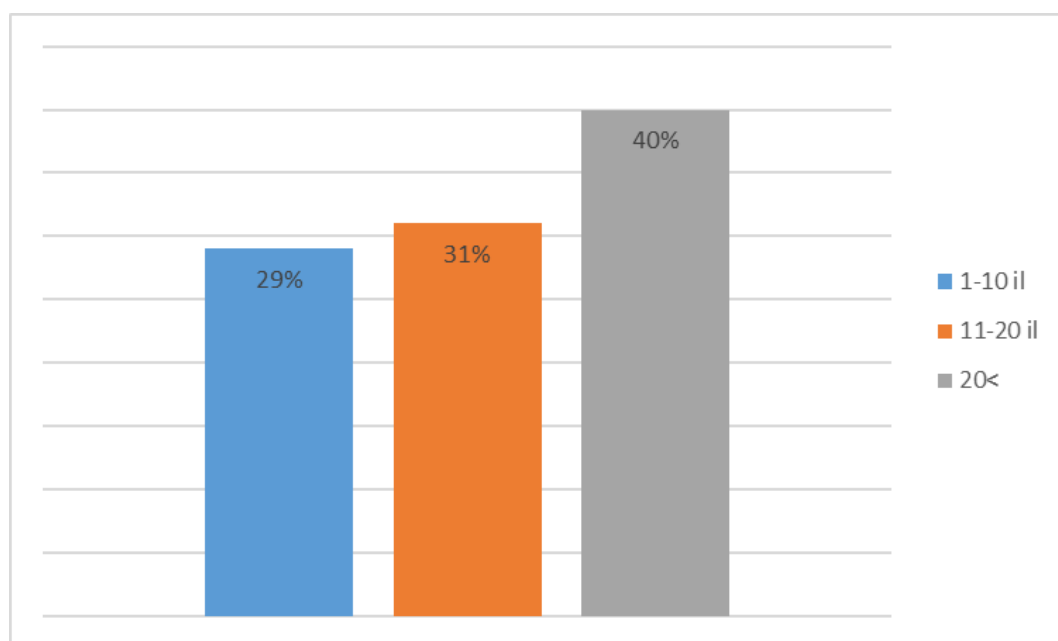


Şəkil 3.1.1. Bədən çəki indeksi göstəricilərinin təsviri



Şəkil 3.1.2. Mütəxəssis dəstəyi üzrə göstəricilərin təsviri

Tədqiq olunan qadınlarda Adaptiv pozuntuların təyini şkalasına əsasən adaptiv pozuntunun dərəcəsi müəyyən edilmişdir. Artıq çəkili qadınların 24%-də (44 nəfər) aşağı dərəcəli, 41%-də (76 nəfər) orta dərəcəli, 35%-də (64 nəfər) yüksək dərəcəli adaptiv pozuntu olduğu müəyyən edilmişdir. Tədqiq olunan bu qadınlarda yüksək və orta dərəcədə adaptiv pozuntunun daha çox olduğu müşahidə edilmişdir.



Şəkil 3.1.3. Müvafiq problemin müddəti üzrə göstəricilərin təsviri

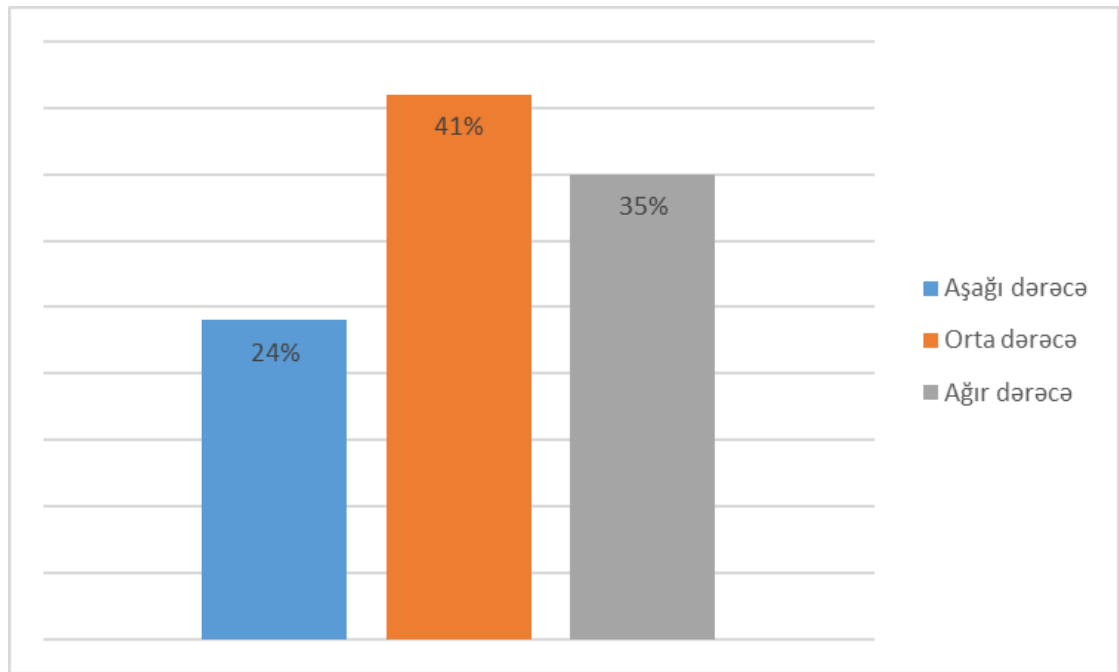
Cədvəl 3.1.4. Adaptiv pozuntunun göstəriciləri

Adaptiv pozuntu	% göstəriciləri	Say göstəriciləri
Aşağı dərəcə	24%	44
Orta dərəcə	41%	76
Ağır dərəcə	35%	64

Artıq çəkili qadınlarda bədən çəki indeksinə əsasən adaptiv pozuntuların müqayisəli göstəriciləri aşağıda təqdim edilmişdir.

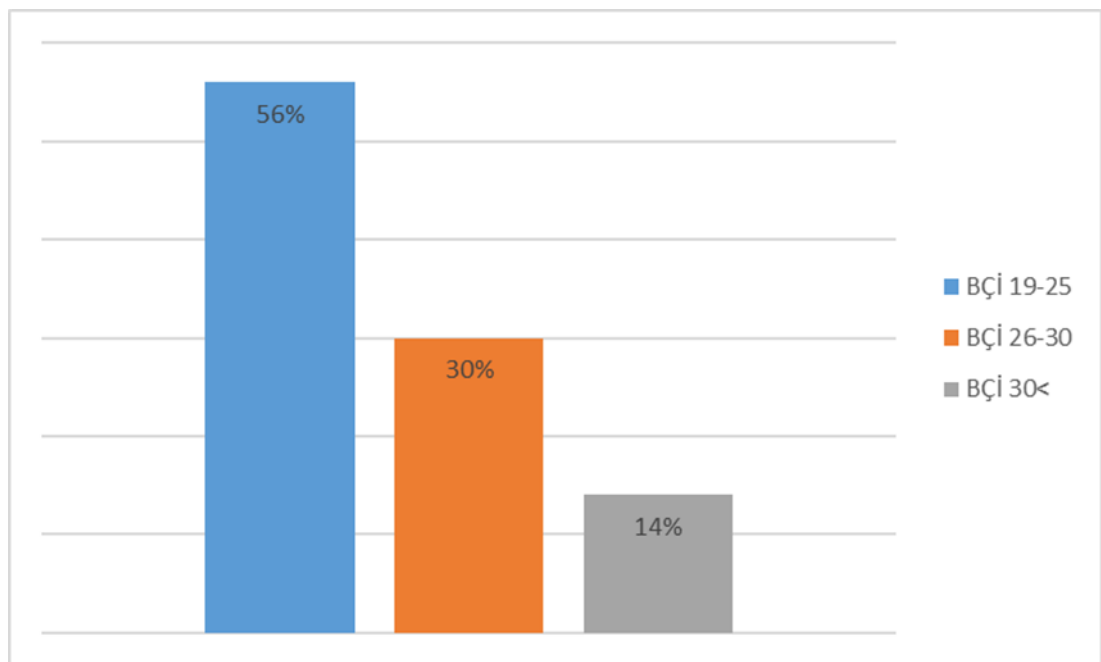
Cədvəl 3.1.5. Adaptiv pozuntunun göstəriciləri (BÇİ)

Adaptiv pozuntu	BÇİ 19-25		BÇİ 26-30		BÇİ 30<	
	% göstəriciləri	Say göstəriciləri	% göstəriciləri	Say göstəriciləri	% göstəriciləri	Say göstəriciləri
Aşağı dərəcə	56%	35	30%	13	14%	6
Orta dərəcə	34%	26	30%	23	36%	27
Ağır dərəcə	3%	2	33%	21	64%	31



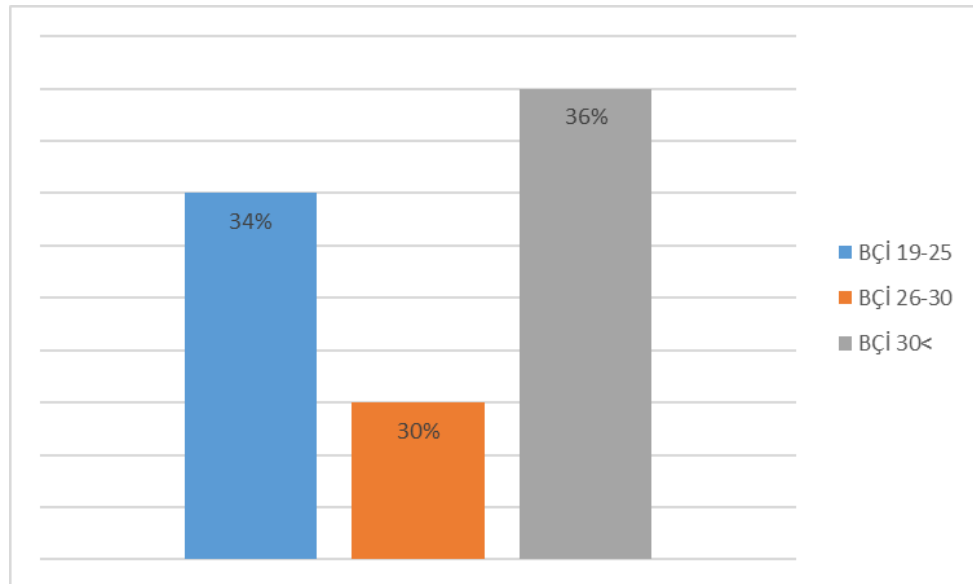
Şəkil 3.1.4. Adaptiv pozuntu üzrə göstəricilərin təsviri

Artıq çəkili qadınlarda bədən çəki indeksinə əsasən, aşağı dərəcə adaptiv pozuntu olanların 56%-nin (35 nəfər) BÇİ 19-25, 30%-nin (13 nəfər) BÇİ 26-30, 14%-nin (6 nəfər) BÇİ 30-dan yuxarıdır (şəkil 3.1.5.). Aşağı dərəcə adaptiv pozuntu olan qadınların əksəriyyətində bədən çəki indeksinin digərlərinə nisbətən daha aşağı olduğu müşahidə edilmişdir. Bədən çəki indeksi yüksək olan qadınlarda aşağı dərəcəli adaptiv pozuntu demək olar ki, çox az müşahidə edilir.



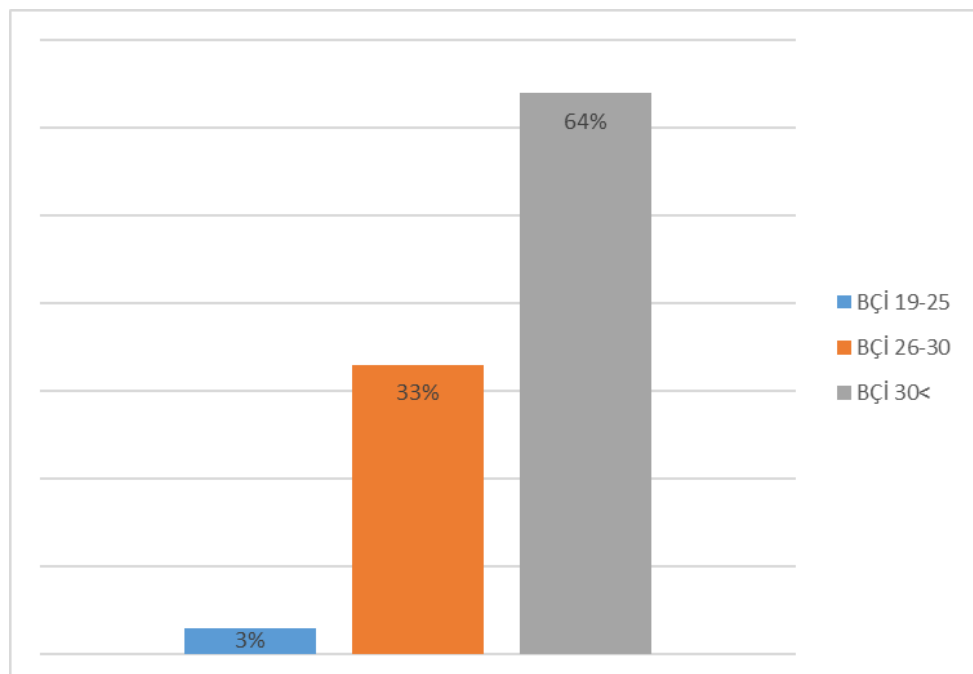
Şəkil 3.1.5. Aşağı dərəcəli adaptiv pozuntulların BÇİ üzrə göstəricilərin təsviri

Orta dərəcəli adaptiv pozuntu olanların 34%-nin (26 nəfər) BÇİ 19-25, 30%-nin (23 nəfər) BÇİ 26-30, 36%-nin (27 nəfər) BÇİ 30-dan yuxarıdır.



Şəkil 3.1.6. Orta dərəcəli adaptiv pozuntulların BÇİ üzrə göstəricilərin təsviri

Yüksək dərəcəli adaptiv pozuntu olanların 3%-nin (2 nəfər) BÇİ 19-25, 33%-nin (21 nəfər) BÇİ 26-30, 64%-nin (31 nəfər) BÇİ 30-dan yuxarıdır. Yüksək dərəcəli adaptiv pozuntu müşahidə olunan qadınların əksəriyyəti demək olar ki, bədən çəki indeksi yüksək olan tədqiq olunanlardır. Bədən çəki indeksinin yüksək olması adaptiv pozuntunun daha çox təzahür etməsinə səbəb ola bilər.



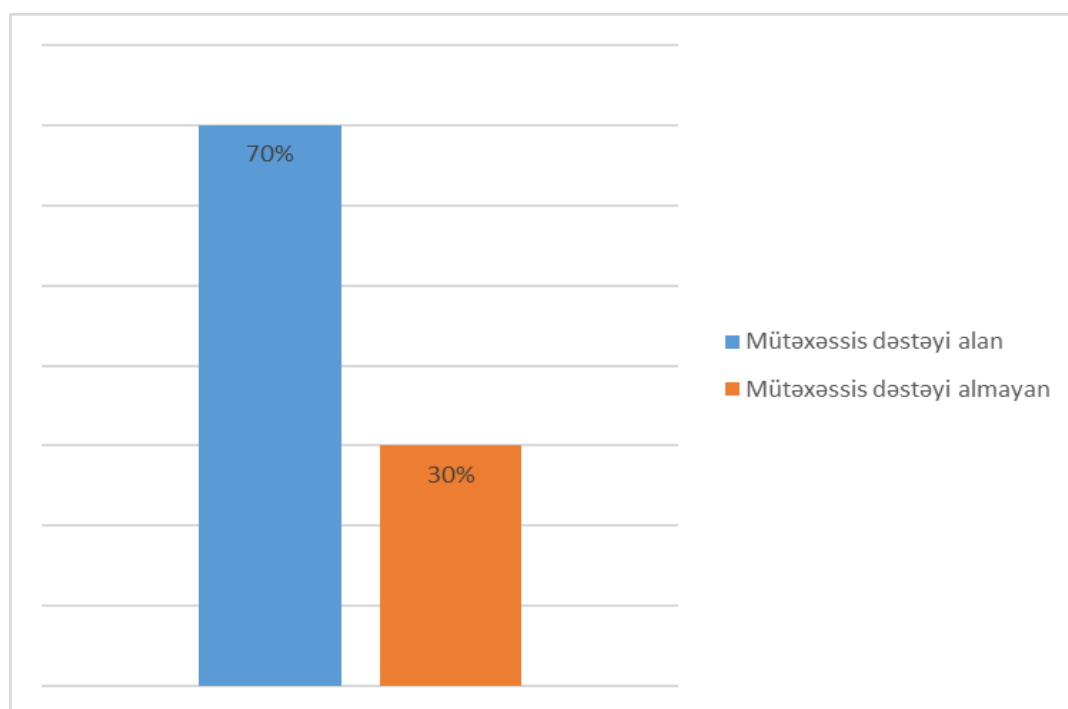
Şəkil 3.1.7. Ağır dərəcəli adaptiv pozuntulların BÇİ üzrə göstəricilərin təsviri

Artıq çəkili qadınlarda mütəxəssis dəstəyinə əsasən adaptiv pozuntuların müqayisəli göstəriciləri aşağıda təqdim edilmişdir.

Cədvəl 3.1.6. Adaptiv pozuntunun göstəriciləri (mütəxəssis dəstəyi)

Adaptiv pozuntu	Mütəxəssis dəstəyi alan		Mütəxəssis dəstəyi almayan	
	% göstəriciləri	Say göstəriciləri	% göstəriciləri	Say göstəriciləri
Aşağı dərəcə	70%	31	30%	13
Orta dərəcə	71%	54	29%	22
Ağır dərəcə	22%	14	78%	50

Artıq çəkili qadınlarda mütəxəssis dəstəyi alınmasına əsasən, aşağı dərəcə adaptiv pozuntu olanların 70%-i (31 nəfər) mütəxəssis dəstəyi alan, 30%-i (13 nəfər) mütəxəssis dəstəyi almayanlardı. Belə ki, alınan nəticələrə əsasən mütəxəssis dəstəyi alan artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntunun daha aşağı dərəcədə olduğu müşahidə edilir.

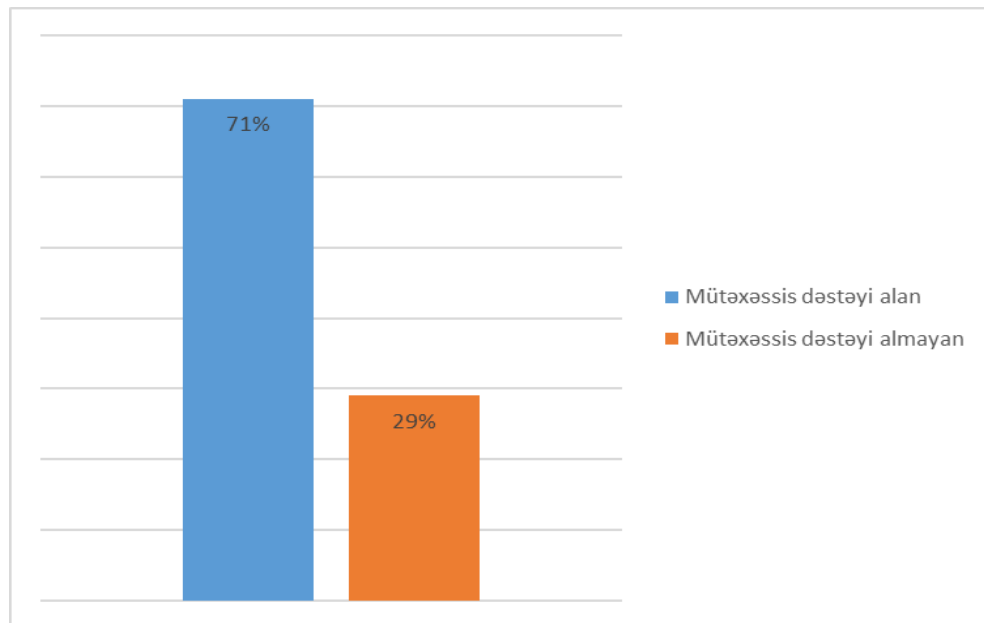


Şəkil 3.1.8. Aşağı dərəcəli adaptiv pozuntulların mütəxəssis dəstəyi üzrə göstəricilərin təsviri

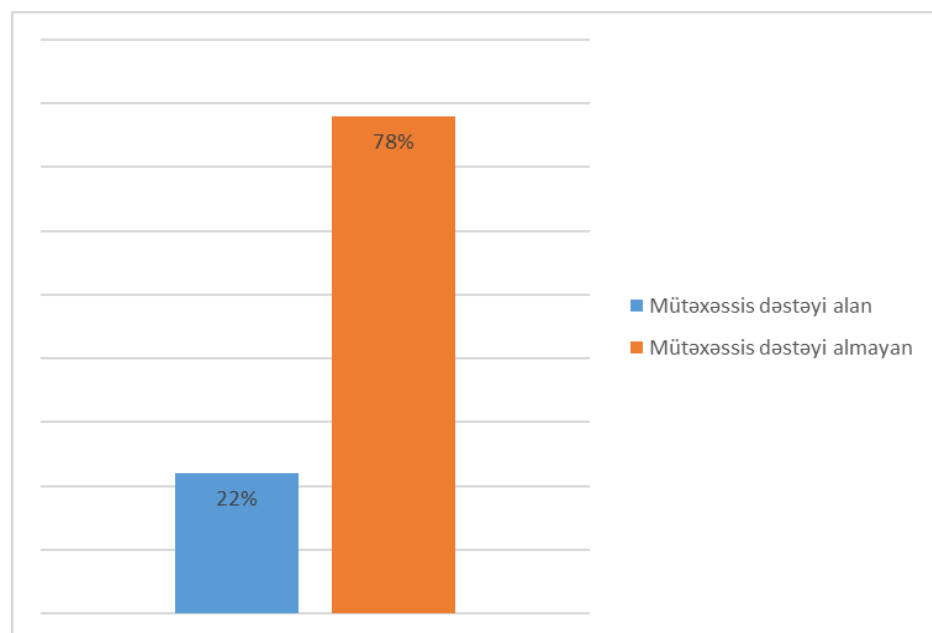
Orta dərəcəli adaptiv pozuntu olanların 71%-i (54 nəfər) mütəxəssis dəstəyi alan, 29%-i (22 nəfər) almayanlardır. Mütəxəssis dəstəyi alan artıq çəkili qadınlardan bir çoxunda aşağı və orta dərəcəli adaptiv pozuntu olduğu müşahidə edilir.

Yüksək dərəcəli adaptiv pozuntu olanların 22%-i (14 nəfər) mütəxəssis dəstəyi alan, 78%-i (50 nəfər) mütəxəssis dəstəyi almayanlardır. Belə ki, alınan bu nəticələrə əsasən adaptiv pozuntuların yüksək dərəcədə olduğu müşahidə edilən qadınların əksəriyyətinin mütəxəssis dəstəyi almadığı müşahidə olunur.

Artıq çəkili qadınlarda problemin müddətinə əsasən adaptiv pozuntuların müqayisəli göstəriciləri aşağıda təqdim edilmişdir. Müvafiq problemin müddəti burada artıq çəki və piylənmənin həkim tərəfindən diaqnoz qoyulduğu vaxtı ifadə edir.



Şəkil 3.1.9. Orta dərəcəli adaptiv pozuntuların mütəxəssis dəstəyi üzrə göstəricilərin təsviri

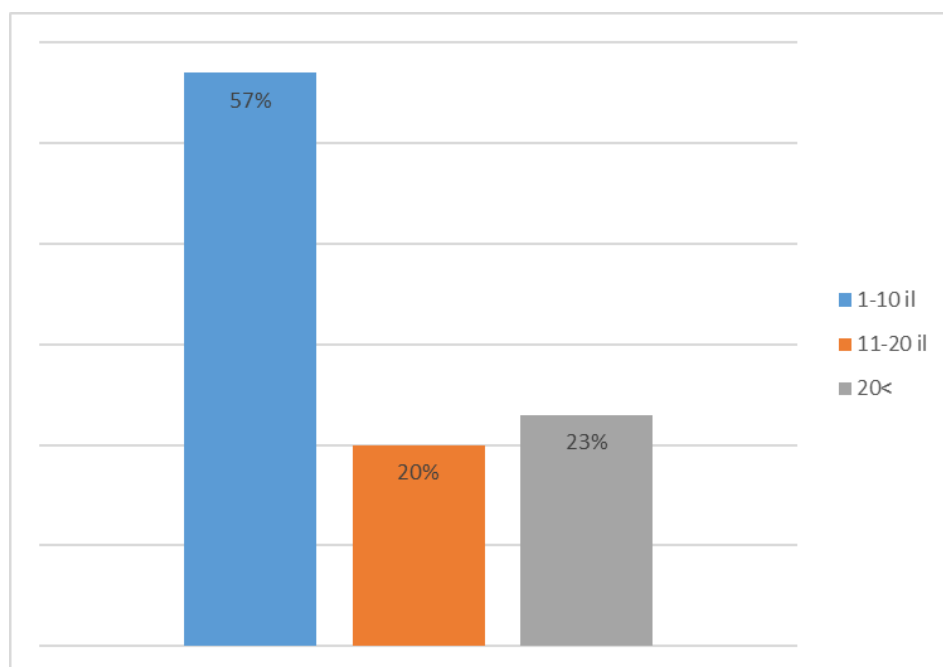


Şəkil 3.1.10. Aşağı dərəcəli adaptiv pozuntuların mütəxəssis dəstəyi üzrə göstəricilərin təsviri

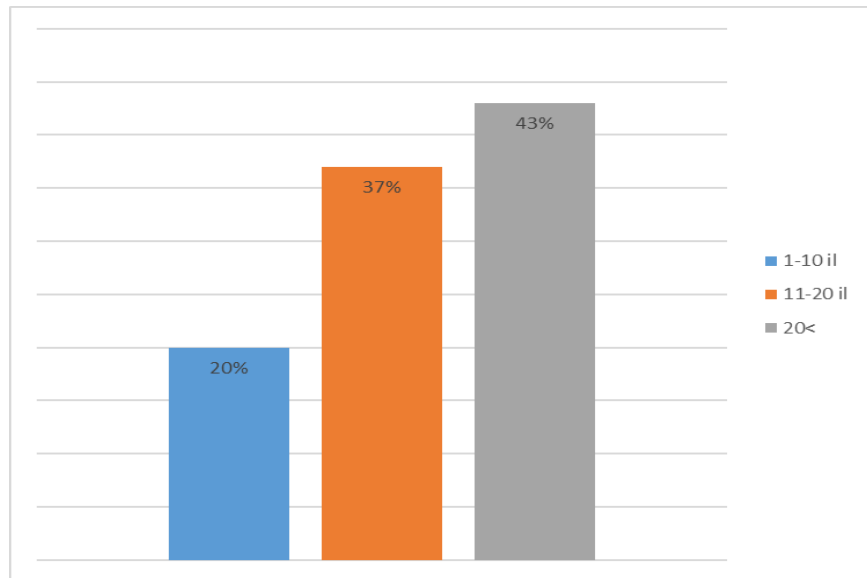
Cədvəl 3.1.7. Adaptiv pozuntunun göstəriciləri (problemin müddəti üzrə)

Adaptiv pozuntu	1-10 il		11-20 il		20<	
	% göstəriciləri	Say göstəriciləri	% göstəriciləri	Say göstəriciləri	% göstəriciləri	Say göstəriciləri
Aşağı dərəcə	57%	25	20%	9	23%	10
Orta dərəcə	20%	15	37%	28	43%	33
Ağır dərəcə	20%	13	32%	20	48%	31

Artıq çəkili qadınlarda problemin müddətinə əsasən, aşağı dərəcə adaptiv pozuntu olanların 57%-i (25 nəfər) 1-10 il, 20%-i (9 nəfər) 11-20 il, 23%-i (10 nəfər) 20 ildən çoxdur ki, müvafiq problemdən əziyyət çəkir. Müşahidə etmiş oluruq ki, artıq çəki və piylənmə problemindən daha az müddət əziyyət çəkən qadınlarda adaptiv pozuntunun təzahür dərəcəsi də daha aşağıdır.

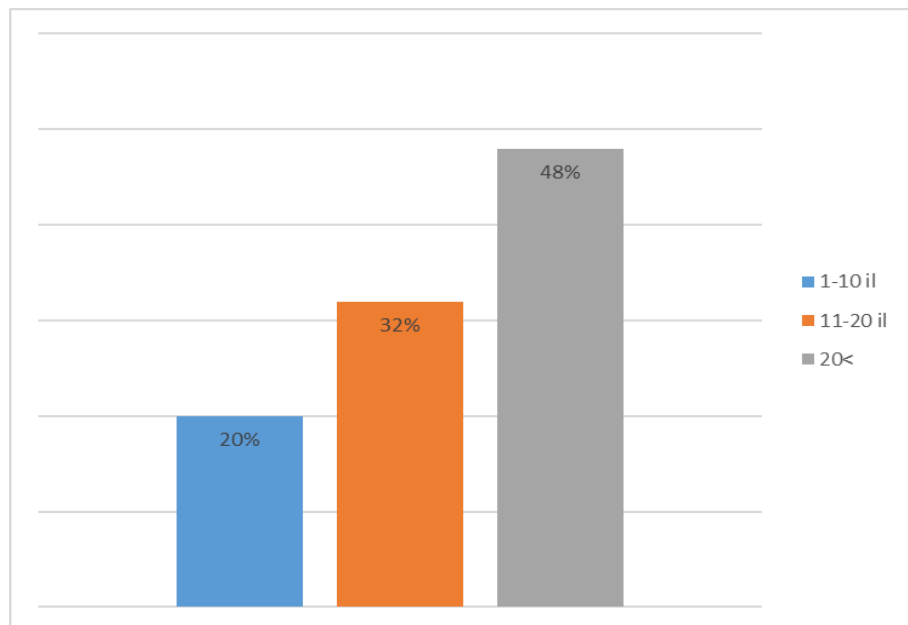
**Şəkil 3.1.11. Aşağı dərəcəli adaptiv pozuntulların müvafiq problemin müddəti üzrə göstəricilərin təsviri**

Orta dərəcə adaptiv pozuntu olanların 20%-i (15 nəfər) 1-10 il, 37%-i (28 nəfər) 11-20 il, 43%-i (33 nəfər) 20 ildən çoxdur müvafiq problemdən əziyyət çəkir.



Şəkil 3.1.12. Orta dərəcəli adaptiv pozuntulların müvafiq problemin müddəti üzrə göstəricilərin təsviri

Yüksək dərəcə adaptiv pozuntu olanların 20%-i (13 nəfər) 1-10 il, 32%-nin (20 nəfər) 11-20 il, 48%-nin (31 nəfər) 20 ildən çoxdur müvafiq problemdən əziyyət çəkir. Orta və yüksək dərəcə adaptiv pozuntu təzahür edən qadınların daha uzun müddət bu problemdən əziyyət çəkdiyi müəyyən edilmişdir. Belə ki, artıq çəki probleminin olması, diaqnozun qoyulması adaptiv pozuntunun da təzahürü dərəcəsinə təsirini göstərmiş olur.



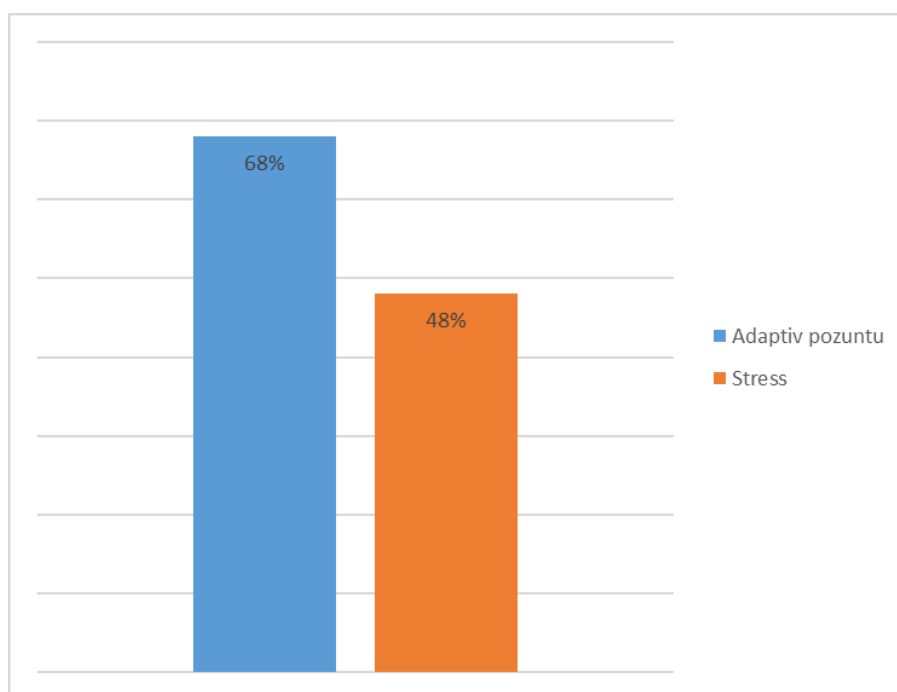
Şəkil 3.1.13. Aşağı dərəcəli adaptiv pozuntulların müvafiq problemin müddəti üzrə göstəricilərin təsviri

Tədqiq olunan qadınlarda Adaptiv pozuntu-Yeni modul (20) şkalası vasitəsilə stress səviyyəsi, adaptiv pozuntu və meyarları müəyyən edilmişdir. Bu şkaladan alınan nəticələr də digər şkalanın nəticələri ilə oxşarlıq təşkil edir. Belə ki, şkalanın nəticələrinə əsasən müəyyən edilmişdir ki, artıq çəkili qadınların 48%-də (89 nəfər) adaptiv pozuntu yüksək dərəcədədir. Həmçinin artıq çəkili qadınların 68%-də (125 nəfər) stress səviyyəsi yüksəkdir.

Cədvəl 3.1.8. Adaptiv pozuntu və stress göstəriciləri

Göstərici	% göstəriciləri	Say göstəriciləri
Adaptiv pozuntu	68%	125
Stress	48%	89

Alınan göstəricilərə əsasən artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntu və stress səviyyəsinin yüksək olduğunu müəyyən etmiş oluruq.



Şəkil 3.1.14. Adaptiv pozuntu və stress göstəricilərinin təsviri

Hər iki şkalada adaptiv pozuntu dərəcələri eyni qədər olmuşdur. Bu da tədqiqat zamanı alınan nəticələrin etibarlılığını artırmış olur.

Şkalanın nəticələrinə əsasən adaptiv pozuntu olan artıq çəkili qadınların 13%-də (12 nəfər) BÇİ 19-25, 41%-də (36 nəfər) BÇİ 26-30, 46%-də (41 nəfər) BÇİ 30-dan yuxarıdır. Bu şkalanın nəticələrini də mötəbər hesab etmək olar. Belə ki, əldə olunan digər nəticələr ilə

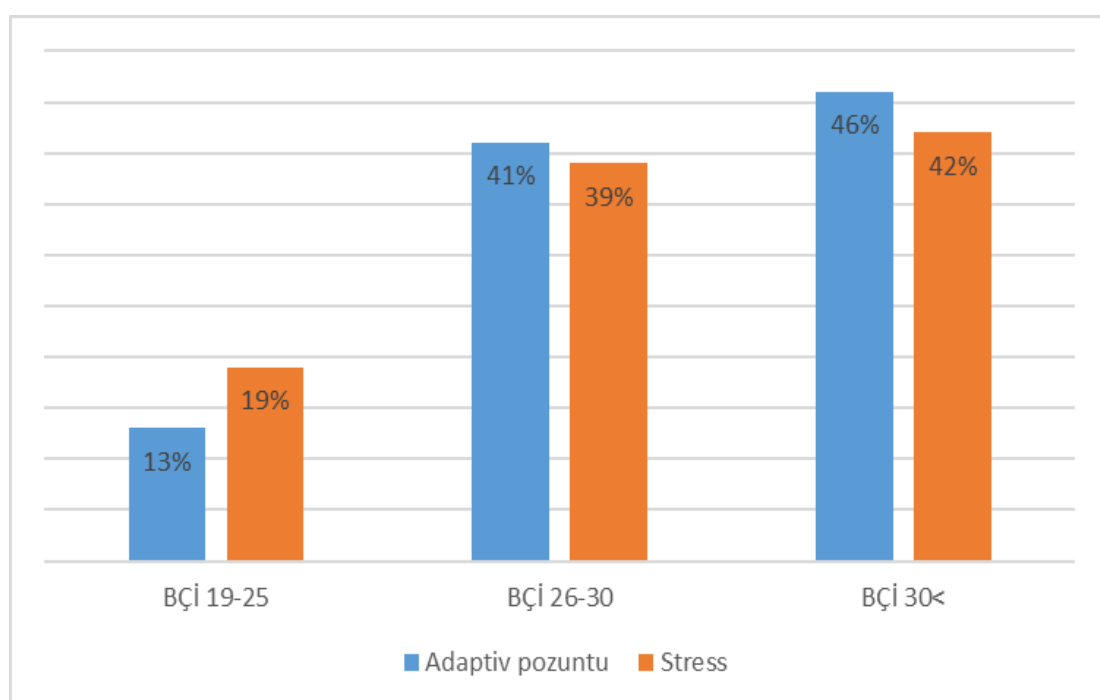
oxşarlıq təşkil edir. BÇİ-nin yüksək olması adaptiv pozuntunun yüksək dərəcədə təzahür etməsinə səbəb ola bilər.

Şkalanın nəticələrinə əsasən stress səviyyəsi yüksək olan artıq çəkili qadınların 19%-də (24 nəfər) BÇİ 19-25, 39%-də (48 nəfər) BÇİ 26-30, 42%-də (53 nəfər) BÇİ 30-dan yuxarıdır. Alınan bu nəticələrə əsasən stress səviyyəsinin yüksək olduğu artıq çəkili qadınların BÇİ-nin digərlərinə nisbətən yüksək olduğu müşahidə edilmişdir.

Cədvəl 3.1.9. Adaptiv pozuntu və stress səviyyəsi göstəriciləri (BÇİ)

Göstəricilər	BÇİ 19-25		BÇİ 26-30		BÇİ 30<	
	% göstəriciləri	Say göstəriciləri	% göstəriciləri	Say göstəriciləri	% göstəriciləri	Say göstəriciləri
Adaptiv pozuntu	13%	12	41%	36	46%	41
Stress	19%	24	39%	48	42%	53

Ümumi olaraq alınan nəticələrə əsasən BÇİ 30-dan yuxarı olan qadınlarda adaptiv pozuntu və stress səviyyəsinin nisbətən daha yüksək olduğunu müşahidə etmiş oluruq.



Şəkil 3.1.15. Adaptiv pozuntu və stress səviyyəsi göstəricilərinin təsviri (BÇİ)

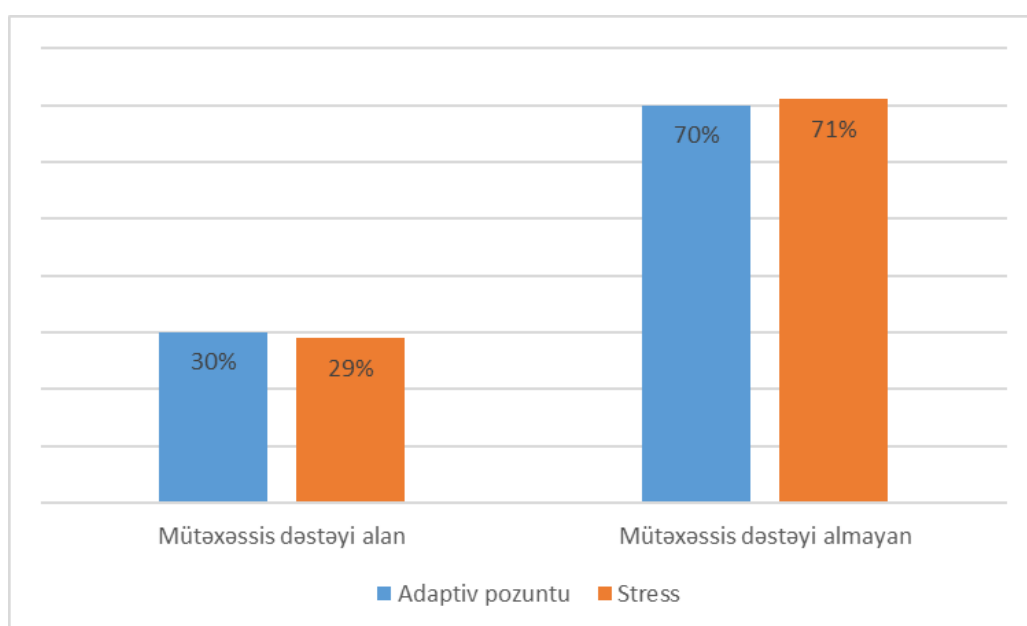
Adaptiv pozuntu yüksək olan artıq çəkili qadınların 39%-i (35 nəfər) mütəxəssis dəstəyi alan, 61%-i (54 nəfər) mütəxəssis dəstəyi almayan tədqiq olunanlardır. Mütəxəssis dəstəsinin olmaması təkcə fizioloji deyil həm də psixoloji vəziyyətə də təsir göstərmiş olur.

Stress səviyyəsi yüksək olan qadınların qadınların 42%-i (53 nəfər) mütəxəssis dəstəyi alan, 58%-i (73 nəfər) mütəxəssis dəstəyi almayan tədqiq olunanlardır. Mütəxəssis dəstəyi almayan tədqiq olunan qadınlarda stress səviyyəsinin də nisbətən yüksək olduğu müşahidə edilmişdir.

Cədvəl 3.1.10. Adaptiv pozuntu və stress səviyyəsi göstəriciləri (mütəxəssis dəstəyi)

Göstəricilər	Mütəxəssis dəstəyi alan		Mütəxəssis dəstəyi almayan	
	% göstəriciləri	Say göstəriciləri	% göstəriciləri	Say göstəriciləri
Adaptiv pozuntu	30%	13	70%	31
Stress	29%	22	71%	54

Artıq çəkili qadınların mütəxəssis dəstəyi alması onların fizioloji vəziyyəti ilə yanaşı psixoloji vəziyyətinə də müsbət təsir göstərir, ümumi rifah səviyyələrini yüksəltmiş olur. Belə ki, mütəxəssis dəstəyi olan qadınlarda adaptiv pozuntu və stress səviyyəsi digərlərinə nisbətən aşağıdır.



Şəkil 3.1.16. Adaptiv pozuntu və stress səviyyəsi göstəricilərinin təsviri (mütəxəssis dəstəyi)

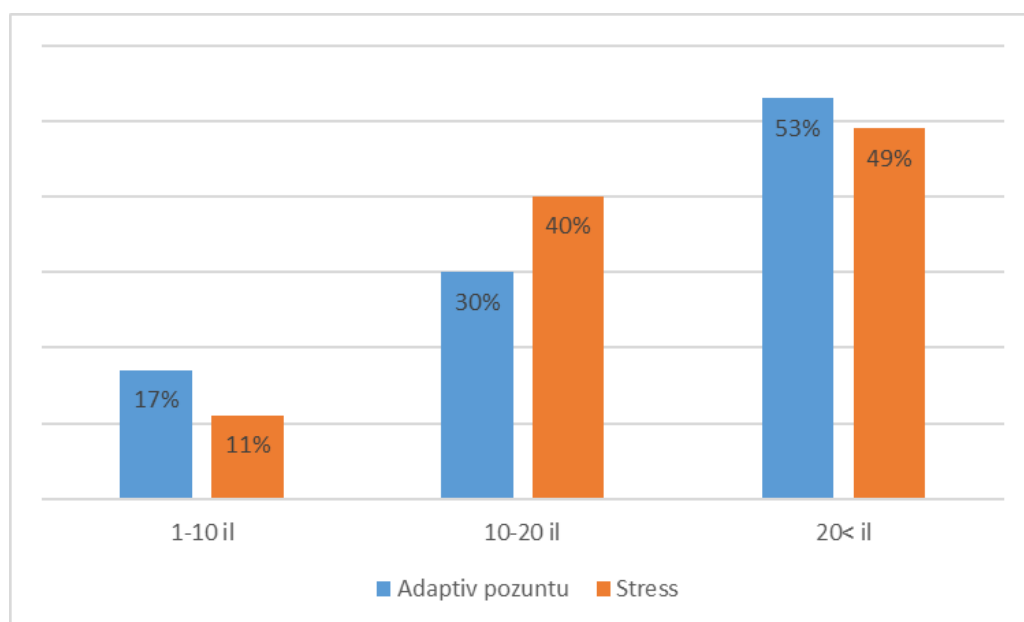
Şkalanın nəticələrinə əsasən müəyyən edilmişdir ki, adaptiv pozuntu olan artıq çəkili qadınların 17%-i (15 nəfər) 1-10 il, 30%-i (27 nəfər) 11-20 il, 53%-i (47 nəfər) 20 ildən çox müvafiq problemdən əziyyət çəkən tədqiq olunanlardır.

Stress səviyyəsi yüksək olan artıq çəkili qadınların 11%-i (13 nəfər) 1-10 il, 40%-i (51 nəfər) 11-20 il, 49%-i (61 nəfər) 20 ildən çox müvafiq problemdən əziyyət çəkən tədqiq olunanlardır.

Cədvəl 3.1.11. Adaptiv pozuntu və stress səviyyəsi göstəriciləri (problemin müddəti)

Göstəricilər	1-10 il		10-20 il		20< il	
	% göstəriciləri	Say göstəriciləri	% göstəriciləri	Say göstəriciləri	% göstəriciləri	Say göstəriciləri
Adaptiv pozuntu	17%	15	30%	27	53%	47
Stress	11%	13	40%	51	49%	61

Daha uzun müddət artıq çəki problemi yaşayan qadınlarda adaptiv pozuntu və stress səviyyəsi göstəriciləri nisbətən yüksəkdir. Belə ki, problemin uzun müddət davam etməsi daimi narahatlığa, xroniki stressə və adaptiv pozuntuların ağırlaşmasına səbəb ola bilər.



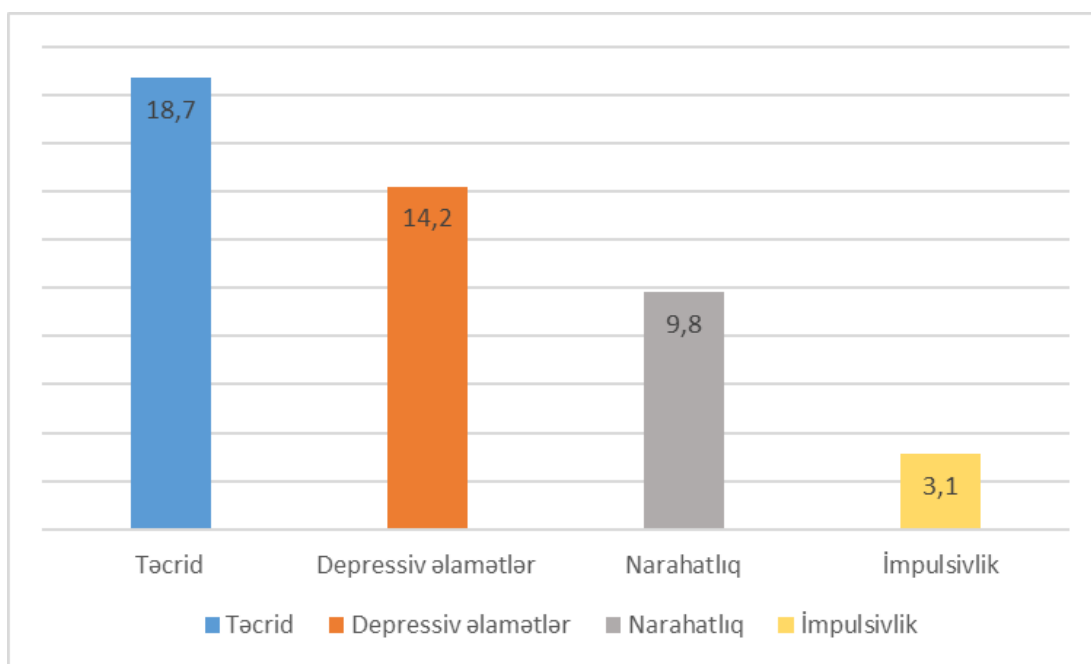
Şəkil 3.1.17. Adaptiv pozuntu və stress səviyyəsi göstəricilərinin təsviri (problemin müddəti)

Şkala adaptiv pozuntuların dörd meyar üzrə göstəricilərini də (təcrid, depressivlik, narahatlıq, impulsivlik) müəyyən etməyə imkan verir. Belə ki, adaptiv pozuntuların meyarlarına əsasən nəticələrə nəzər saldıqda təcrid hissi və depressiv əlamətlərin artıq çəkili qadınlarda daha yüksək olduğunu müəyyən etmiş oluruq.

Cədvəl 3.1.12. Adaptiv pozuntunun meyarlar üzrə göstəriciləri

Göstəricilər	m	sd
Təcrid	18,7	1,1
Depressiv əlamətlər	14,2	1,2
Narahatlıq	9,8	1,4
İmpulsivlik	3,1	1,2

Artıq çəki problemi müəyyən narahatlıqlara səbəb olur ki, bu da depressiv əhval-ruhiyyəyə və o da zamanla sosial təcridə gətirib çıxara bilər. Sosial münasibətlərdən qaçınma artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntunun əlaməti kimi təzahür edir.



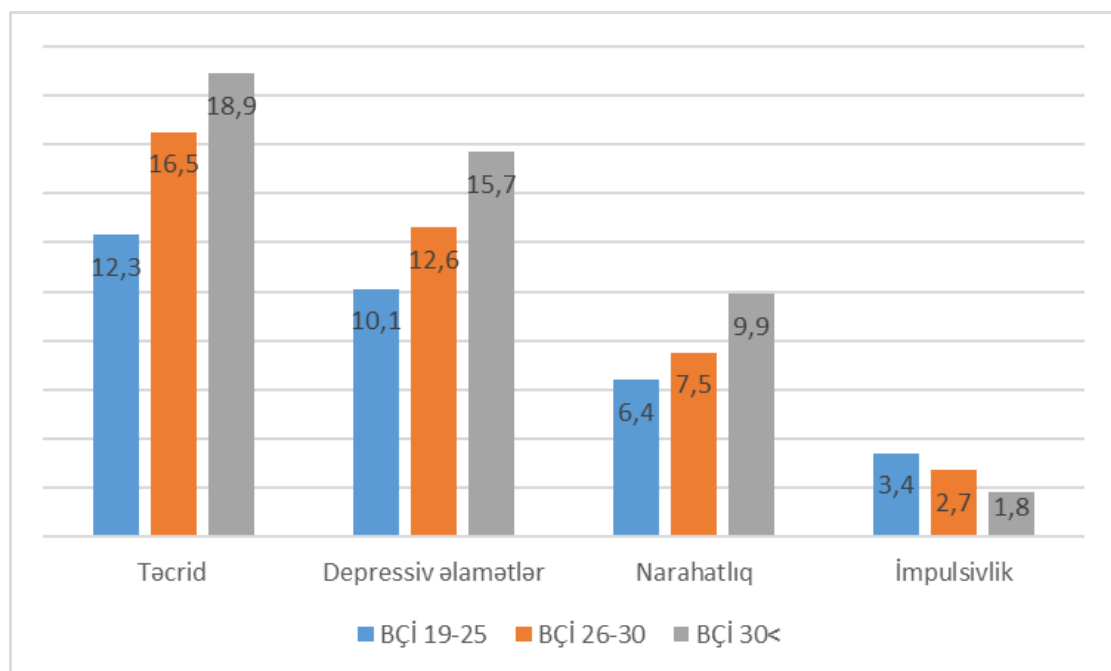
Şəkil 3.1.18. Adaptiv pozuntunun meyarlar üzrə göstəricilərinin təsviri

Adaptiv pozuntu meyarlarının bədən çəki indeksinə əsasən göstəricilərinin müqayisəli təhlili aşağıda təqdim edilmişdir (Cədvəl 3.1.13.).

Alınan nəticələrə əsasən müəyyən etmiş oluruq ki, BÇİ yüksək olan qadınlarda təcrid, depressiv əlamətlər və narahatlıq göstəriciləri yüksək olsa da, impulsivlik meyarı üzrə nəticələr aşağıdır. BÇİ artanda impulsivlik meyarı üzrə göstəricilər də aşağı olmuş olur.

Cədvəl 3.1.13. Adaptiv pozuntunun meyarlar üzrə göstəriciləri (BÇİ)

Göstəricilər	BÇİ 19-25		BÇİ 26-30		BÇİ 30<	
	m	Sd	m	sd	m	sd
Təcrid	12,3	1,3	16,5	1,3	18,9	1,1
Depressiv əlamətlər	10,1	1,2	12,6	1,1	15,7	1,3
Narahatlıq	6,4	1,3	7,5	1,2	9,9	1,2
İmpulsivlik	3,4	1,3	2,7	1,3	1,8	1,4



Şəkil 3.1.19. Adaptiv pozuntunun meyarlar üzrə göstəricilərinin təsviri (BÇİ)

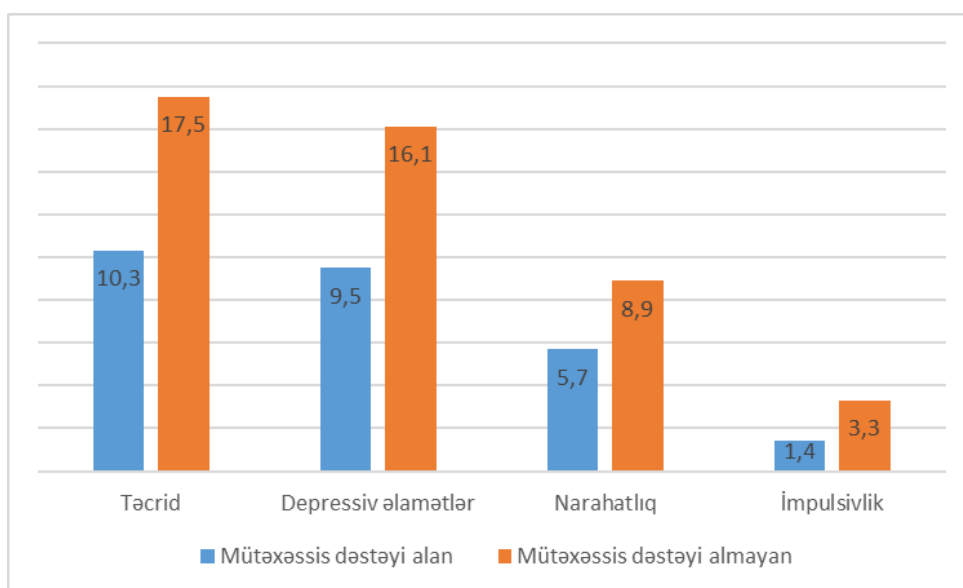
Adaptiv pozuntu meyarlarının mütəxəssis dəstəyi alan və almayan qadınlara əsasən göstəricilərinin müqayisəli təhlili aşağıda cədvəl 3.1.14-də təqdim edilmişdir.

Adaptiv pozuntunun meyarlarına nəzər salanda mütəxəssis dəstəyi alan artıq çəkili qadınlarda təcrid, depressiv əlamətlər, narahatlıq və impulsivlik göstəricilərinin nisbətən aşağı olduğunu müşahidə etmiş oluruq (şəkil 3.1.20.).

Adaptiv pozuntu meyarlarının müvafiq problemin meyarlarına əsasən göstəricilərinin müqayisəli təhlili aşağıda cədvəl 3.1.15-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 3.1.14. Adaptiv pozuntunun meyarlar üzrə göstəriciləri (mütəxəssis dəstəyi)

Göstəricilər	Mütəxəssis dəstəyi alan		Mütəxəssis dəstəyi almayan	
	M	sd	m	sd
Təcrid	10,3	1,2	17,5	1,4
Depressiv əlamətlər	9,5	1,4	16,1	1,5
Narahatlıq	5,7	1,4	8,9	1,2
İmpulsivlik	1,4	1,3	3,3	1,4

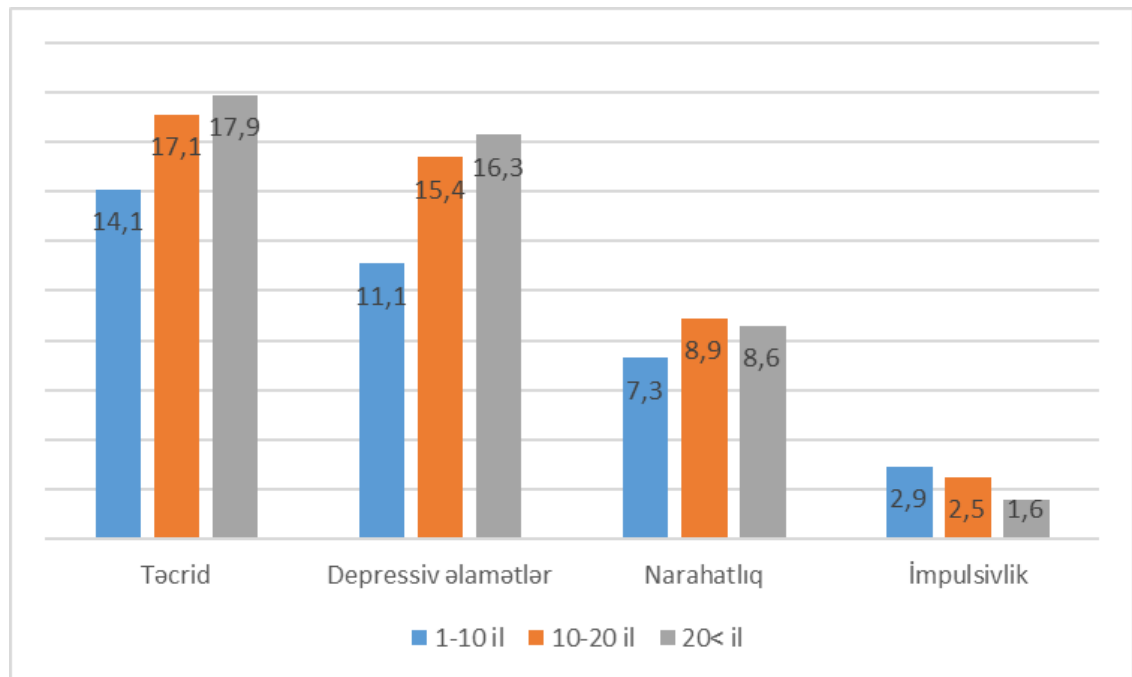


Şəkil 3.1.1.20. Adaptiv pozuntunun meyarlar üzrə göstəricilərinin təsviri (mütəxəssis dəstəyi)

Cədvəl 3.1.15. Adaptiv pozuntunun meyarlar üzrə göstəriciləri (problemin müddəti)

Göstəricilər	1-10 il		10-20 il		20 < il	
	m	Sd	m	sd	m	sd
Təcrid	14,1	1,5	17,1	1,2	17,9	1,4
Depressiv əlamətlər	11,1	1,3	15,4	1,5	16,3	1,5
Narahatlıq	7,3	1,5	8,9	1,3	8,6	1,3
İmpulsivlik	2,9	1,5	2,5	1,4	1,6	1,2

20-ildən çox artıq çəki problemi yaşayan qadınlarda təcrid, depressiv əlamətlər, narahatlıq və impulsivlik meyarları üzrə göstəricilər nisbətən yüksəkdir. 10 ildən daha az müvafiq problemdən əziyyət çəkən qadınlarda bu göstəricilər daha aşağıdır.



Şəkil 3.1.1.21. Adaptiv pozuntunun meyarlar üzrə göstəricilərinin təsviri (problemin müddəti)

Tədqiqat işinin məqsəd və vəzifələrinə müvafiq olaraq ilk mərhələdə artıq çəkili qadınlar tərəfindən işlənən metodikalardan alınan ümumi nəticələr təhlil edilmişdir. Növbəti mərhələdə isə bu nəticələrin statistik təhlili aparılmış, fərziyyələrin statistik əhəmiyyəti yoxlanılmışdır.

3.2. Alınan nəticələrin statistik təhlili

Tədqiqat zamanı istifadə olunan metodikalardan əldə olunan nəticələrin statistik təhlilini aparmaq üçün müvafiq ölçmə meyarları istifadə edilmişdir. Parametrik və qeyri-parametrik meyarların seçilməsi üçün, ilk olaraq verilənlərin normallığı yoxlanılmışdır. Verilənlərin normal paylanıb/paylanmadığını müəyyən etmək üçün normallıq testləri olan Kolmogorov-Smirnov və Shapiro-Wilk istifadə edilmişdir.

Cədvəl 3.2.1. Normallıq testlərinin nəticələri

Göstəricilər	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Stat.	df	p	Stat.	df	p
Adaptiv pozuntuların təyini şkalası	0,426	184	0,073	0,398	184	0,081
Adaptiv pozuntu-Yeni modul (20)	0,501	184	0,068	0,475	184	0,089

Normallıq testlərindən əldə olunan nəticələrə əsasən müəyyən etmiş oluruq ki, metodların işlənilməsindən alınan verilənlərdə paylanma ($p > 0,05$) normaldır. Normal paylanma olduğu üçün də tədqiqat işinin növbəti mərhələsində parametrik statistik testlər istifadə edilmişdir.

İrəli sürülən əsas fərziyyənin tədqiqi üçün reqressiya analizi istifadə edilmişdir. Qadınların bədən çəki indeksi adaptiv pozuntuların təzahürünə əhəmiyyətli dərəcədə təsirini müəyyən etmək üçün reqressiya aparılması zəruridir. Reqressiya təhlilindən əldə olunan nəticələr aşağıda təqdim edilmişdir.

Cədvəl 3.2.2. BÇİ və adaptiv pozuntuların reqressiya analizi¹

R	R ²	Tənzimlənən R ²	Təxmin standart xəta
0,815	0,691 ^A	0,641	2,578

A- təsir edici amil (bədən çəki indeksi)

Reqressiya analizi ilk hesabatına əsasən müəyyən etmiş oluruq ki, artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntular bədən çəki indeksi ilə əlaqəlidir. Bu əlaqə müsbət və güclü əlaqədir ($R = 0,815$). Tədqiq olunan artıq çəkili qadınlarda BÇİ onlarda təzahür edən adaptiv pozuntulara 69% qədər təsir edir. Alınan bu nəticələrin statistik əhəmiyyətini müəyyən etmək üçün reqressiya analizinin növbəti hesabat cədvəlinə nəzər salınmışdır.

Cədvəl 3.2.3. BÇİ və adaptiv pozuntuların reqressiya analizi²

Göstərici	Kvadratların cəmi	df	Kvadratların ortalaması	P	F
Reqressiya	2980,1	3	2061,3	0,003	2,981
Artıq dəyişən	986,5	181	217,5		
Ümumi	3966,6	184			

Alınan nəticələrə əsasən müəyyən etmiş oluruq ki, tədqiq olunan artıq çəkili qadınlarda BÇİ-nin adaptiv pozuntuların təzahürünə təsiri əhəmiyyətli dərəcədədir ($p<0,05$). BÇİ-nin artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntulara nə qədər təsiri olduğunu müəyyən etmək üçün reqressiya analizinin son hesabat cədvəlinə nəzər salmaq zəruridir.

Cədvəl 3.2.4. BÇİ və adaptiv pozuntuların reqressiya analizi³

Göstərici	Amil ^A				
	Qeyri-standart amillər		Standart amillər		
	B	Standart xəta	Beta	T	P
Sabit	47,3	1,31		20,5	0,000
Bədən çəki indeksi	21,2	1,06	0,815	3,1	0,004

A- asılı amil (adaptiv pozuntular)

Alınan nəticələrə əsasən müəyyən edirik ki, artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntu sərbəst ortalama 47,3-dür. BÇİ adaptiv pozuntuların 21,2 qədər artmasına təsir etmiş olur (68,5). Əldə olunan bu göstəricilər BÇİ-nin tədqiq olunan artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntuların təzahürünə əhəmiyyətli dərəcədə təsir etdiyini müəyyən etmişdir. Adaptiv pozuntunun meyarları və stress səviyyəsinə əsasən alınan nəticələrin statistik təhlili Pearson korrelyasiya vasitəsi ilə tədqiq edilmişdir.

Cədvəl 3.2.5. BÇİ və adaptiv pozuntu meyarlarının korrelyasiya analizi

Göstəricilər	Adaptiv pozuntu		
	N	R	P
Stress	184	0,608	0,001
Təcrid	184	0,710	0,000
Depressiv əlamətlər	184	0,571	0,001
Narahatlıq	184	0,476	0,012
İmpulsivlik	184	-0,201	0,095

Əldə olunan nəticələrə nəzər saldıqda müəyyən etmiş oluruq ki, tədqiq olunan artıq çəkili qadınlarda BÇİ ilə stress səviyyəsi ($R=0,608$), təcrid ($R=0,710$), depressiya əlamətləri ($R=0,571$) və narahatlığın ($R=0,476$) təzahürü düz və güclü əlaqədədir. Bu əlaqə əhəmiyyətli dərəcədə olduğu üçün statistik baxımdan etibarlı nəticədir ($p<0,05$). Qeyd olunan göstəricilər adaptiv pozuntunun təzahürü ilə əlaqəlidir.

Lakin BÇİ və impulsivlik arasındakı əlaqə əhəmiyyətli dərəcədə olmadığı üçün ($p>0,05$) statistik etibarlı nəticə hesab edilmir.

Tədqiqat zamanı irəli sürülən köməkçi fərziyyənin tədqiqi üçün parametrik test seçilmişdir. BÇİ-i üçün mütəxəssis dəstəyi alan, BÇİ-i yüksək olan qadınlarda adaptiv pozuntuların təzahürü mütəxəssis dəstəyi almayan BÇİ-i yüksək olan qadınlara nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə fərqli olduğunu müəyyən etmək üçün T test istifadə olunmuşdur.

Cədvəl 3.2.6. Mütəxəssis dəstəyinin alınmasına əsasən adaptiv pozuntunun tədqiqi (T test)

Göstərici	Mütəxəssis dəstəyi alan		Mütəxəssis dəstəyi almayan		P	T
	m	sd	m	sd		
Adaptiv pozuntu	83,1	1,4	105,6	1,2	0,001	1,117

Alınan nəticələrə əsasən müəyyən etmiş oluruq ki, tədqiq olunan artıq çəkili qadınlarda alınan mütəxəssis dəstəyinə əsasən adaptiv pozuntular fərqli olaraq təzahür edə bilər. Belə ki, mütəxəssis dəstəyi alan qadınlarda adaptiv pozuntular, mütəxəssis dəstəyi almayan qadınlara nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə ($p<0,05$) aşağıdır. Bu nəticələr artıq çəkili şəxslər ilə işləyən həkimlər və psixoloqlar üçün əhəmiyyətli nəticələrdir. Peşəkar dəstək alınması artıq çəkili şəxslər üçün olduqca vacib məqamdır.

Adaptiv pozuntunun meyarları və stress səviyyəsinə əsasən mütəxəssis dəstəyi alan və mütəxəssis dəstəyi almayan nəticələrin statistik təhlili T test vasitəsilə aparılmışdır.

Cədvəl 3.2.7. Mütəxəssis dəstəyinin alınmasına əsasən adaptiv pozuntu meyarlarının tədqiqi (T test)

Göstərici	Mütəxəssis dəstəyi alan		Mütəxəssis dəstəyi almayan		P	T
	m	sd	m	sd		
Stress	53,5	1,5	77,6	1,1	0,001	-1,100
Təcrid	10,3	1,2	17,5	1,4	0,000	-0,996
Depressiv əlamətlər	9,5	1,4	16,1	1,5	0,000	-0,901
Narahatlıq	5,7	1,4	8,9	1,2	0,010	-0,671
İmpulsivlik	1,4	1,3	3,3	1,4	0,093	-0,106

Alınan nəticələrə əsasən müəyyən etmiş oluruq ki, tədqiq olunan artıq çəkili qadınlarda mütəxəssis dəstəyi alanların stress səviyyəsi ($T = -1,100$), təcrid ($T = -0,996$), depressiya əlamətləri ($T = -0,901$) və narahatlıq ($T = -0,671$) meyarları üzrə göstəriciləri, mütəxəssis dəstəyi almayanlara nisbətən fərqlidir. Bu göstəricilər əhəmiyyətli dərəcədə olduğu üçün nəticə statistik baxımdan etibarlıdır ($p < 0,05$). Belə ki, mütəxəssis dəstəyi alan artıq çəkili qadınlarda stress, təcrid, depressiv və narahatlıq əlamətləri mütəxəssis dəstəyi almayanlara nisbətən daha az müşahidə edilir. Mütəxəssis dəstəyinin olması həm problemin (artıq çəki və piylənmə) bir başa özünü aradan qaldıra bilər, həm də psixoloji vəziyyətin yaxşılaşmasına səbəb ola bilər. Belə ki, buna əsasən də mütəxəssis dəstəyi alan tədqiq olunanlarda adaptiv pozuntunun nisbətən azalması müşahidə olunmuşdur.

Lakin mütəxəssis dəstəyi alan və almayan artıq çəkili qadınlarda impulsivlik ($R = -0,106$) meyarı əhəmiyyətli dərəcədə fərqli olmadığı üçün ($p > 0,05$) nəticə statistik baxımdan etibarlı hesab edilmir. İmpulsivlik reaksiyasının mütəxəssis dəstəyi ilə əlaqəli olaraq dəyişməməsi müşahidə olunmuşdur. Belə olan vəziyyətdə impulsivliyi fərdi reaksiya kimi də dəyərləndirmək olar.

Tədqiqat zamanı irəli sürülən digər fərziyyənin araşdırılması üçün statistik təhlil aparılmışdır. Bədən çəki indeksi yüksək olan qadınlarda adaptiv pozuntuların təzahürünün müvafiq problemin müddəti ilə əhəmiyyətli dərəcədə əlaqəli olub/olmadığını tədqiq etmək üçün korrelyasiya analizi aparılmışdır.

Cədvəl 3.2.8. Adaptiv pozuntu və müvafiq problemin müddətinin korrelyasiya analizi

Göstərici	Problemin müddəti		
	N	R	P
Adaptiv pozuntu	184	0,703	0,000

Korrelyasiya analizindən əldə olunan nəticələrə nəzər saldıqda müəyyən etmiş oluruq ki, tədqiq olunan artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntu və problemin müddəti ($R = 0,703$) arasında düz və güclü korrelyasiya əlaqəsi var. Bu əlaqə əhəmiyyətli dərəcədə olduğu üçün statistik dürüstlük təmin olunmuşdur ($p < 0,05$). Belə ki, qeyd edə bilərik ki, artıq çəkili qadınlarda problemin müddəti artdıqca, adaptiv pozuntunun dərəcəsi də artmış olur. Artıq çəki fiziki baxımdan narahatedici və yorucu bir vəziyyətdir ki, ciddi narahatlığa səbəb ola bilər. Nə qədər ki, bu problem davam edir, o qədər çox adaptiv reaksiyalar da zəifləmiş olur. Artıq çəki probleminin müalicə edilməsi psixoloji rifahə və adaptiv reaksiyaların bərpa olmasına şərait yarada bilər.

Adaptiv pozuntunun meyarları və stress səviyyəsinin problemin müddətinə əsasən statistik təhlili korrelyasiya vasitəsi ilə tədqiq edilmişdir.

Cədvəl 3.2.9. Adaptiv pozuntunun meyarları və müvafiq problemin müddətinin korrelyasiya analizi

Göstərici	Problemin müddəti		
	N	R	P
Stress	184	0,695	0,000
Təcrid	184	0,711	0,001
Depressiv əlamətlər	184	0,556	0,000
Narahatlıq	184	0,503	0,010
İmpulsivlik	184	0,078	0,090

Alınan nəticələrə əsasən müəyyən etmiş oluruq ki, tədqiq olunan artıq çəkili qadınlarda stress səviyyəsi ($R = 0,695$), təcrid ($R = 0,711$), depressiya əlamətləri ($R = 0,556$) və narahatlıq ($R = 0,503$) meyarları üzrə göstəriciləri müvafiq problemin müddəti ilə əlaqəlidir. Bu göstəricilər əhəmiyyətli dərəcədə olduğu üçün nəticə statistik baxımdan etibarlı hesab olunur ($p < 0,05$). Belə ki, artıq çəki problemi nə qədər uzun müddət davam etmiş olursa, stress səviyyəsi, sosial təcrid, depressiv əlamətlər, narahatlıq vəziyyəti də o qədər çox müşahidə olunur demək olar.

İmpulsivlik meyarı üzrə alınan nəticə və problemin müddəti arasında korrelyasiya əlaqəsi əhəmiyyətli dərəcədə olmadığı üçün ($p > 0,05$) statistik dürüstlük təmin olunmur. Artıq çəkili qadınlarda impulsivlik göstəricisinin artıq çəki problemi ilə əlaqəli olmadığı müəyyən edilmişdir.

Ümumi olaraq tədqiqat zamanı əldə olunan nəticələr qarşıya qoyulan məqsəd və vəzifələrin, irəli sürülən fərziyyələrin əhəmiyyətli olduğunu təyin etmiş olur. Belə ki, tədqiqat zamanı müəyyən olunmuşdur ki, Artıq çəkili qadınların bədən çəki indeksi adaptiv pozuntuların təzahürünə əhəmiyyətlə dərəcədə təsir edir; mütəxəssis dəstəyi alan, BÇİ-i yüksək olan qadınlarda adaptiv pozuntuların təzahürü mütəxəssis dəstəyi almayan BÇİ-i yüksək olan qadınlara nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlidir; BÇİ-i yüksək olan qadınlarda adaptiv pozuntuların təzahürü müvafiq problemin (artıq çəki) müddəti ilə əhəmiyyətli dərəcədə əlaqəlidir. Mövzunun tədqiqindən alınan nəticələrin statistik təhlilindən alınan göstəricilər irəli sürülən fərziyyələri isbat etmişdir. Aparılan tədqiqat işi klinik psixoloqlar və endokrinoloqlar tərəfindən praktiki baza kimi istifadə oluna bilər. Artıq çəki və piylənmə problemli xəstələr ilə işləyən həkim və psixoloqlar, həmçinin bu istiqamətdə tədqiqat

aparacaq şəxslər tərəfindən tədqiqi əhəmiyyətli elmi iş olaraq istifadə olunması məqsədəuyğundur.

NƏTİCƏ

Artıq çəki və piylənmə müasir dövrün əsas problemlərindən biri hesab olunur. Əmək fəaliyyətinin insan əməyindən texnologiya ilə əvəzlənməsi insanların gündəlik fiziki aktivliyinin azalmasına səbəb olur. Statistik göstəricilərə nəzər salanda müşahidə etmiş oluruq ki, artıq çəki və piylənmə əhəmiyyətli sağlamlıq problemləri olaraq sürətlə artmaqda davam edir. Artıq çəki və piylənmə bədəndə yağ kütləsinin, yağsız kütləyə nisbətən daha çox olması ilə müəyyən edilir. Bu kimi fizioloji vəziyyət başqa xəstəliklərin - ürək-damar xəstəlikləri, şəkərli diabet, təzyiq, xərçəng və s. yaranmasına zəmin yaratmış olur.

Həddindən artıq çox yemək bir çox hallarda psixoloji stress nəticəsində təzahür edə bilir. Artıq çəki ürək-damar xəstəlikləri riskini artırır, oynaqların və onurğa sütununun yükünü artırır. Zamanla fiziki görünüşü dəyişən şəxsin özünüqiymətləndirməsi və özünə inamı da aşağı olur. Artıq bədən çəkisi sağlamlığı əhəmiyyətli dərəcədə pisləşdirir, mövcud psixoloji problemləri isə daha da ağırlaşdırır.

Artıq çəki problemi əgər psixosomatik səbəblərdən təzahür edirsə, psixoloji faktor aradan qaldırılmasa vəziyyət daha da ağırlaşsa bilər. Belə olan halda müalicə daha uzun çəkə bilər. Aclıq və toxluq mərkəzi hipotalamusda, emosional vəziyyətləri tənzimləyən limbik sistemə yaxın yerləşir. Belə ki, qida davranışı ilə psixi vəziyyət arasında əlaqə vardır. Daimi stress vəziyyəti depressiya və təşviş, qida pozuntularının təzahürünə səbəb ola bilər ki, bu da çəkinin artmasına zəmin yaradır. Artan çəki isə zamanla adaptiv pozuntuların da təzahür etməsinə şərait yaradır.

Artıq bədən çəkili insanların psixoloji xüsusiyyətlərini təhlil edərkən emosional vəziyyətin qeyri-sabit olması müşahidə olunur. Əhval dəyişməsi, qıcıqlanma, əsəbilik, təşviş, impulsivlik, hərəkətlərə nəzarət etmək qabiliyyətinin zəifləməsi artıq çəkili şəxslərdə adaptiv pozuntunun psixoloji təzahür xüsusiyyətləridir. Artıq çəki problemi kişilərə nisbətən qadınlarda daha çox müşahidə olunduğu üçün bir çox tədqiqat işlərinin obyektı olaraq qadınlar diqqət mərkəzindədir.

Dissertasiya işinin mövzusu da müvafiq şəkildə artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntuların öyrənilməsinə həsr edilmişdir.

Dissertasiya işində mövzuya dair yerli və xarici ədəbiyyatlar araşdırılmış, ümumi ədəbiyyatların icmalı əks edilmişdir. Adaptiv pozuntuların psixoloji təhlili aparılmış, adaptiv pozuntuların əlamətləri və dərəcələri, təzahürü və yaranma səbəbləri təhlil edilmişdir. Artıq çəkinin psixoloji xarakteristikası izah olunmuş, artıq çəkili qadınların psixoloji xüsusiyyətləri və onlarda adaptiv pozuntular öyrənilmişdir.

Mövzunun klinik-psixoloji tədqiqi üçün 184 nəfər 27-45 yaş həddində artıq çəkili qadınlar seçilmişdir. Tədqiqat işinin məqsədi artıq çəkiden əziyyət çəkən qadınlarda adaptiv pozuntuları tədqiq etmək və bədən çəki indeksi ilə adaptiv pozuntular arasında əlaqəni öyrənməkdir. Tədqiqat zamanı bir əsas və iki köməkçi olmaqla üç fərziyyə irəli sürülmüşdür.

Tədqiqat zamanı əldə olunan nəticələr aşağıda ümumi olaraq qeyd edilmişdir:

- Tədqiq olunan artıq çəkili qadınlarda bədən çəki indeksi adaptiv pozuntuların təzahürünə təsir edir;
- Mütəxəssis dəstəyi alan, artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntunun dərəcəsi nisbətən aşağıdır;
- Mütəxəssis dəstəyi almayan, artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntunun dərəcəsi nisbətən yüksəkdir;
- Artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntu müvafiq problemin təzahür müddəti ilə əlaqəlidir.

Araşdırma zamanı alınan göstəricilər əhəmiyyətli dərəcədə ($p < 0,05$) olduğu üçün statistik baxımdan etibarlı hesab olunur. Tədqiqat zamanı əldə olunan nəticələr xarici ölkələrdə aparılan tədqiqatçıların nəticələri ilə müqayisəli təhlil edilmişdir.

V.Hardman artıq çəki və psixoloji pozuntular arasında əhəmiyyətli əlaqəni tədqiq edərək 214 nəfər qadınla aparılan araşdırmasında müəyyən etmişdir ki, artıq çəkili qadınların 64%-də müxtəlif psixoloji problemlər ilə yanaşı adaptiv pozuntulara daha çox rast gəlinir. Bu böyük göstərici artıq çəkili qadınlarda adaptiv reaksiyaların diqqətə alınması və adaptiv pozuntu ehtimalını öncədən görmək üçün əhəmiyyətlidir. Belə ki, aparmış olduğumuz tədqiqat işinin əsas fərziyyəsinin tədqiqi zamanı da oxşar nəticələr əldə olunmuşdur. Artıq çəkili qadınlarda stress və adaptiv pozuntunun yüksək dərəcədə olduğu tərəfimizdən müəyyən edilmişdir. Artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntu və bədən çəki indeksi arasında korrelyasiya əlaqəsinin olduğu tədqiqat işimizdə və V.Hardmanın tədqiqatında işin də də müəyyən edilmişdir (Barlow, Dietz, 2000).

Türk psixoloqlarından O.Özdel, S.Fenkçi, T.Değirmençi 110 nəfər qadın ilə araşdırma aparmış (55 nəfər kontrol qrup; 55 nəfər eksperimental qrup), eksperimental qrupda artıq çəkiden əziyyət çəkən qadınlarda adaptiv pozuntu, depressiya və təşvişin kontrol qrupdakı digər qadınlara nisbətən daha yüksək olduğunu müəyyən etmişdir (Özdel, Fenkçi və baş., 2011). Həmçinin digər türk tədqiqatçıları Y.Akın, H.Gülmez və T.İpekçi artıq çəkili qadınlarda stress səviyyəsini araşdırmış, bu qadınlarda adaptiv pozuntunun digər psixi pozuntulara nisbətən daha çox müşahidə olunduğunu qeydə almışdılar (Medeni, Baran, 2020). Fərqli tədqiqatçılar tərəfindən aparılan tədqiqat işlərinə nəzər yetirdikdə, aparmış

olduğumuz tədqiqat işində, araşdırdığımız mövzuda oxşar nəticələr əldə olduğu müəyyən edilir.

Rus tədqiqatçıların da işlərinə nəzər salanda bənzər nəticələr müşahidə olunmuşdur. Belə ki, N.Struyeva, N.Qeqel, A.Babrov və həmkarları BÇİ-i yüksək olan ($BÇİ > 31$) qadınların 79%-də adaptiv pozuntu olduğunu müəyyən etmişdirlər (Мосолюба, 2008). Müxtəlif tədqiqatçılar tərəfindən artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntuların tədqiq olunması, bu problemin aparılan araşdırmalarda diqqət mərkəzində olması artıq çəki və adaptiv pozuntu arasında əlaqənin ilkin olaraq müşahidələr əsasında da müəyyən olunduğunu göstərmiş olur. Müxtəlif tədqiqatçılar adaptiv reaksiyaların artıq çəkili qadınlarda zəiflədiyini müşahidə etməklə, bu sahədə onlarla tədqiqat aparmaq məqsədini qarşılarına qoymuşdurlar.

Mütəxəssis dəstəyinin alınmasına əsasən əldə etmiş olduğumuz nəticələrdə mütəxəssis dəstəyi alan, artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntunun mütəxəssis dəstəyi almayan artıq çəkili qadınlara nisbətən aşağı olduğu müəyyən edilmişdir. Belə ki, xarici ölkə psixoloqlarından L.Subak, H.Rixter və S.Hunskarın aparmış olduğu tədqiqat işlərində də oxşar nəticə əldə edilmişdir (Barlow, Dietz, 2000). Onlar müəyyən etmişdirlər ki, mütəxəssis dəstəyi alan, xüsusi arıqlama proqramı təyin olunan artıq çəkili qadınların bədən çəki indeksi azalanda, onların psixoloji rifahları artmış və adaptiv pozuntuları əhəmiyyətli dərəcədə aradan qalxmışdır. Lakin mütəxəssis dəstəyi almayan artıq çəkili qadınların fizioloji vəziyyətində ağırlaşmalar müşahidə edilmiş, bununla yanaşı olaraq digər psixoloji problemlərdə təzahür etmişdir. Xüsusilə də mütəxəssis dəstəyi almayan qadınlarda adaptiv pozuntular daha yüksək dərəcədə müşahidə edilmişdir. Bu tədqiqat işi mütəxəssis dəstəyinin həm fizioloji həm də psixoloji vəziyyətin yaxşılaşmasına təsiri olduğunu müəyyən etmiş olur.

V.Avadın da aparmış olduğu araşdırmada mütəxəssis tərəfindən fərdi arıqlama proqramı təyin edilən qadınların BÇİ-də əhəmiyyətli dərəcə azalma müşahidə edilmiş, bu qadınların adaptiv reaksiyalarının da tədricən bərpa olduğu müşahidə olunmuşdur. Mütəxəssis dəstəyi olmayan qadınlarda isə adaptiv pozuntuların eyni və ya artan dinamikada olduğu izlənilmişdir. Artıq çəki probleminə erkən dəstək almaq psixoloji vəziyyətin də pisləşməsinin qarşısını almış olur. Çünki, artıq çəki problemi davam etdikcə emosional gərginlik də artmış olur (Bouchard, Tremblay, 2001).

Tədqiqat zamanı irəli sürülən fərziyyələrin biri də artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntunun müvafiq problemin təzahür müddəti ilə əlaqəli olmasını tədqiq etmək idi. Alınan nəticələrə əsasən müəyyən etmiş olduq ki, artıq çəki problemi olan qadınlarda adaptiv pozuntular, problemin uzun müddət davam etməsi ilə bağlıdır. Nə qədər uzun müddət bu

problem (artıq çəki və piylənmə) mövcuddursa, bir o qədər də adaptiv pozuntu daha ağır dərəcədə təzahür edə bilər.

Rus psixoloqları D.Mendeleyev və M.Qrişkin 2002-2003-cü illər ərzində aparmış olduqları tədqiqat işində bənzər nəticələr əldə etmişdirlər. Belə ki, tədqiqatçılar artıq çəkidən əziyyət çəkən şəxslərdə artıq çəki probleminin təzahür müddətinin adaptiv pozuntulara təsiri olduğunu öyrənmişdirlər. Daha uzun müddət artıq çəki problemi yaşayan şəxslərdə, daha ağır formada adaptiv pozuntuların olduğunu müəyyən etmişdirlər. Nə qədər çox müddətdir ki, artıq çəki problemi davam edirsə, o qədər də çox adaptiv reaksiyalar zəifləmiş olur.

Tədqiqat zamanı tərəfimizdən araşdırılan istiqamətlər bir çox xarici tədqiqat işləri ilə oxşarlıq təşkil edir. Bənzər nəticələr xarici araşdırmalarda da əldə olunmuşdur. Ölkəmizdə bu istiqamətdə aparılan tədqiqat işlərinə demək olar ki, rast gəlinmir. Artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntuların tədqiqinə dair ölkəmizdə kifayət qədər elmi işlər mövcud deyildir. Artıq çəkinin psixoloji təhlili məsələlərinə toxunulsa da bu istiqamətdə klinik-psixoloji araşdırmalar aparılmamışdır. Qeyd edilənlərə əsasən də dissertasiya işinin mövzusunun ölkə üçün elmi yenilik hesab etmək olar.

Tədqiqat zamanı yerli və xarici ədəbiyyatlardan istifadə olunaraq qadınlarda artıq çəki problemi və adaptiv pozuntular ətraflı şəkildə təhlil edilmişdir. Belə ki, dissertasiya işində qeyd edilən nəzəri məlumatlar mövzu ilə əlaqəli olan sahələrdə, həkim və psixoloqlar tərəfindən nəzəri baza kimi istifadə edilə bilər. Qeyd olunan nəzəri məlumatların araşdırılması üçün istifadə olunan elmi mənbələrin hər birinə istinadlar verilmişdir. Tədqiqat zamanı artıq çəkili qadınlarda adaptiv pozuntuların öyrənilməsi, gələcəkdə bu sahədə araşdırma aparacaq tədqiqatçılar üçün praktiki baxımdan etibarlı və əhəmiyyətli mənbə kimi istifadə oluna bilər. Həmçinin bu sahədə çalışan mütəxəssislər də tədqiqat işinin nəticələrini istifadə edə bilər.

ƏDƏBİYYAT SİYAHISI

Azərbaycan dilində

1. İsmayılov, N.V., İsmayılov F.N. (2002) *Tibbi psixologiya və psixoterapiya*. Bakı, 501 s.
2. Şəfiyeva, E. (2002) *Klinik psixologiya*. Bakı, 77 s.
3. Tədqiqat yekunları. (2013) *Azərbaycan Respublikasının Dövlət Statistika Komitəsi* // Bakı, 191 s.

Türk dilində

4. Baltacı, G., Tedavi, F. (2008) *Obezite ve egzersiz*. // Sağlık Bakanlığı Yayınları, 730. p. 13-16
5. Medeni, V., Baran, Aksakal, F., Medeni, İ. (2020) *Bir ilçedeki 15 yaş ve üzeri kişilerde obezite, beden ağırlığı algısı ve ilişkili etmenler*. // Eskişehir Türk dünyası uygulama ve araştırma merkezi halk sağlığı dergisi 5(3)
6. Özdel, O., Fenkçi, S., Sözeri, G., Karadağ, F., Kaıkan, N. (2011) Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı. // Pamukkale tıp fakültesi 14. s. 210-217
7. Türkiye İstatistik Kurumu. (2019) Türkiye Sağlık Araştırması [URL: <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do;jsessionid=f912fmrT8GPHHQw9RplyyqLDhf5tJV52PNRZBMMMLhn4W1Y8phmX!913810341?id=33661>.]
8. Zileli, R., Şemşek, Ö., Özkamçı, H., Diker, G. (2016) *Kadınlarda spora katılım, obezite prevalansı ve risk faktörleri*. // Marmara Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi 1. p. 83-96

İngilis dilində

9. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-text revision (DSM-V TR)* 5th edition. 1006 p.
10. Allison, D.B., Packer-Munter, W., Pietrobelli, A., Alfonso, V.C., Faith, M.S. (2000) *Obesity and developmental disabilities: pathogenesis and treatment*. // Journal of Developmental and Physical Disabilities 10, p. 215–255
11. Bandini, L.G., Anderson, S.E., Curtin, C., Cermak, S., Evans, E.W., Scampini, R. (2010) *Food selectivity in children with typically developing children*. // The Journal of Pediatrics 157, p. 259-264

12. Bandini, L.G., Curtin, C., Hamad, C., Typer, D.J. (2005) *Prevalence of overweight in children with developmental disorders in the continuous national health and nutrition examination survey (NHANES) 1999–2002.* // The Journal of Pediatrics 145, p. 738–743
13. Barlow, S.E., Dietz, W.H. (2000) *Obesity evaluation and treatment: expert committee recommendations.* // Pediatrics 102, p. 1–11
14. Bedogni, G., Pietrobelli, A., Heymsfield, S., Borghi, A., Manzieri, A.M., Morini, P., (2001) *Is body mass index a measure of adiposity in elderly women?* // Obesity, 9. p. 17-20
15. Bernstein, J.G. (2000) *Induction of obesity by psychotropic drugs.* // Annals of the NewYork Academy of Sciences 499, p. 203–215
16. Bifulco, A., Brown, G.W. (2000) *Cognitive coping response to crises and onset of depression.* // Psychiatry Epidemiology 31(3–4). p. 163-172
17. Bifulco, A., Brown, G.W., Moran, P., Ball, C., Campbell, C., (2000) *Predicting depression in women: the role of past and present vulnerability.* // Psychology Medicine 28(1). p. 39-50
18. Bouchard, C. Tremblay, A. (2001) *Genetic effects in human energy expenditure components.* // International Journal of Obesity 15, p. 49–58
19. Brown, G.W., Bifulco, A., Harris, T., Bridge, L. (2000) *Life stress, chronic subclinical symptoms and vulnerability to clinical depression.* // Affect Disorder 11(1). p. 1-19
20. Brown, G.W., Harris, T.O. (2000) *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women.* New York: Free Press, 415 p.
21. Brown, G.W., Prudo, R. (2000) *Psychiatric disorder in a rural and an urban population: Aetiology of depression.* // Psychology Medicine. 11(3). p. 581-599
22. Carta, M.G., Altamura, A.C., Hardoy, M.C., Pinna, F., Medda, S., Carpiello, B., Angst. J. (2003) *Is Recurrent Brief Depression an expression of mood spectrum disorders in young people? Results of a large community sample.* // Psychiatry, 253(3). p. 149-153
23. Carta, M.G., Hardoy, M.C., Cadeddu, M., Carpiello, B., (2004) *Social Phobia in an Italian region: do Italian studies show lower frequencies than community surveys conducted in other European countries?* // BMC Psychiatry 2004, 15;4(1). p. 31-39
24. Casey, P. (2001) *Adult adjustment disorder: a review of its current diagnostic status.* // Psichiatria 7(1). p. 32-40
25. Casey, P., Dowrick, C., Wilkinson, G. (2001) *Adjustment disorders. Faultline in the psychiatric glossary.* // British Journal of Psychiatry 179. p. 479-481

26. Casey, P., Maracy, M., Kelly, B.D. (2006) *Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished?* // *Affect Disorder* 92(2–3). p. 291-297
27. Cassano, G.B., Rucci, P., Frank, E., Fagiolini, A., Kupfer, D.J. (2005) *The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder: arguments for a unitary approach.* // *Psychiatry* 162(5). p. 1025-1030
28. Cermak, S.A., Curtin, C., Bandini, L.G. (2010) *Food associated with predisposition to onset of major depressive disorder and adjustment disorder in cancer patients. A preliminary PET study.* // *Psychiatry Research* 2007, 41(7). p. 591-599
29. Chatrath, R., Shenoy, R., Serratto, M., Thoele, D.G. (2000) *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey.* // *British Medical Journal* 320, p. 1–6
30. Chen, A.Y., Kim, S.E., Houtrow, A.J., Newacheck, P. W. (2010) *Prevalence of obesity among children with chronic conditions.* // *Obesity* 18, p. 210–13
31. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. // *The Lancet* 360, p. 473–82
32. Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Dietz, W.H. (2002) *Physical fitness of urban American children.* // *Pediatric Cardiology* 23, p. 608–612
33. Corral, A., Somers, V.K., Johnson, J., Thomas, R.J., Clavell, M.L., Korinek, J. (2008) *Accuracy of body mass index in diagnosing obesity in the adult general population* // *International Obesity* 32. p. 959-966
34. Correll, C.U. (2007) *Weight gain and metabolic effects of mood stabilizers and antipsychotics in pediatric bipolar disorder: a systematic review and pooled analysis of short-term trials.* // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychopharmacology* 46, p. 687–700
35. Coskun, M., Zoroglu S. (2009) *Efficacy and safety of fluoxetine in preschool children with obsessive- compulsive disorder.* // *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 19, p. 297–300
36. Curtin, C., Anderson, S.E., Must, A., Bandini, L. (2010) *The prevalence of obesity in children with autism: a secondary data analysis using nationally representative data from the National Survey of Children's Health.* // *BMC Pediatrics* 10, p. 1–5
37. Daniels, S.R. (2006) *The consequences of childhood overweight and obesity.* // *The Future of Children* 16, p. 47–67
38. Davies, P.S., Joughin, C. (2000) *Using stable isotopes to assess reduced physical activity of individuals with Prader–Willi syndrome.* // *American Journal on Mental Retardation* 82, p. 349–353

39. Davison, K.K., Birch, L.L. (2001) *Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research*. // Obesity Review 2, p. 159–171
40. Deckelbaum, R.J., Williams, C.L. (2001) *Childhood obesity: the health issue*. // Obesity Research 9, p. 239–243
41. Despland, J.N., Monod, L., Ferrero, F. (2000) *Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-4 and DSM-IV*. // Compr. Psychiatry 36(6). p. 454–460
42. Dietz, W.H. (2000) *Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease*. // Pediatrics 100(Suppl. 2), p. 518–525
43. Dietz, W.H., Robinson, T. N. (2005) *Overweight children and adolescents*. // New England Journal of Medicine 352, p. 2100–2109
44. Drewnowski, A., Darmon, N. (2005) *Food choices and diet costs: an economic analysis*. // Journal of Nutrition 135, p. 900–904
45. Dudley, O., McManus, B., Vogels, A., Whittington, J., Muscatelli, F. (2008) *Cross-cultural comparisons of obesity and growth in Prader–Willi syndrome*. // Journal of Intellectual Disability Research 52, p. 426–436
46. Eisenberg, M.E., Neumark-Sztainer, D., Story, M. (2003) *Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents*. // Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 157, p. 733–738
47. Emerson, E., Robertson J. (2010) *Obesity in young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning*. // International Journal of Pediatric Obesity 5, p. 320–326
48. Fabrega, H., Mezzich, J.E., Mezzich, A.C. (2000) *Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM-III*. // Psychiatry, 44(6). p. 567–572
49. Faraone, S.V., Biederman, J., Morley, C.P., Spencer T.J. (2008) *Effect of stimulants on height and weight: a review of the literature*. // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 47, p. 994–1009
50. Farooqi, I.S. (2005) *Genetic and hereditary aspects of childhood obesity*. // Best Practice and Research Clinical Endocrinology and Metabolism 19, p. 359–374
51. Fava, M. (2000) *Weight gain and antidepressants*. // Journal of Clinical Psychiatry 61, p. 37–41
52. Flegal, K.M., Ogden, C.L., Wei, R., Kuczmarski, R.L., Johnson, C.L. (2001) *Prevalence of overweight in US children: comparison of US I growth charts from the Centers for Disease Control and prevention with other reference values for body mass index*. // American Journal of Clinical Nutrition 73, p. 1086–1093

53. Fontaine, K.R., Redden, D.T., Wang, C., Westfall, A. O., Allison, D.B. (2003) *Years of life lost due to obesity*. // Journal of the American Medical Association 289, p. 187–193
54. Freedman, D.S., Khan L.K., Dietz, W. H., Srinivasan, S.R. & Berenson, G.S. (2001) *Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: the Bogalusa heart study*. // Pediatrics 108, 712–718
55. Freedman, D.S., Ogden, C.L., Flegal, K.M., Serdula, M.K., Dietz, W.H. (2007) *Childhood overweight and family income*. // Medscape General Medicine 9, 26 p.
56. Frey, G.C., Buchanan, A.M., Sandt, D.D.R. (2005) *'I'd Rather Watch TV': an examination of physical activity in adults with mental retardation*. // Mental Retardation 43, p. 241–254
57. Frey, G.C., Chow, B. (2006) *Relationship between BMI, physical fitness, and motor skills in youth with mild intellectual disabilities*. // International Journal of Obesity 30, p. 861–867
58. Gortmaker, S.L., Must, A., Perrin, J.M., Sobol, A.M., Dietz, W.H. (2000) *Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood*. // New England Journal of Medicine 329, 1008–1012
59. Greenberg, W.M., Rosenfeld, D.N., Ortega, E.A. (2000) *Adjustment disorder as an admission diagnosis*. // Psychiatry 152(3). p. 459-461
60. Grondhuis, S.N. *Overweight and obesity* // Journal of Intellectual Disability Research 13, p. 215-229
61. Guglielmi, V., Leonetti, F., Slini, A. (2024) *Female obesity: clinical and psychological assessment toward the best treatment* // Frontiers in endocrinology, Volume 15. Rome, p. 5-21
62. Guo, S.S., Wu, W., Chumlea, W.C., Roche, A.F. (2002) *Predicting overweight and obesity in adulthood for body mass index values in childhood and adolescence*. // American Journal of Clinical Nutrition 76, p. 653–858
63. Holland, A.J., Wong J. (2000) *Genetically determined obesity in Prader–Willi syndrome: the ethics and legality of treatment*. // Journal of Medical Ethics 25, p. 230–236
64. Holm, V.A., Cassidy, S.B., Butler, M.G., Hanchett, J. M., Greenswag, L. R., Whitman, B. (2000) *Prader–Willi syndrome: consensus diagnostic criteria*. // Pediatrics 91, p. 398–402

65. Jokela M. (2009) *Obesity and common mental disorders: Examination of the association using alternative longitudinal models in the Whitehall I prospective cohort study* // A thesis submitted to University College London. London, 194 p.
66. Jones, R., Yates, W.R., Williams, S., Zhou, M., Hardman, L. *Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders.* // *Affect Disorder* 2000, 55(1). p. 55-61
67. Kirsh, K.L., McGrew, J.H., Dugan, M., Passik, S.D. (2004) *Difficulties in screening for adjustment disorder, Part I: Use of existing screening instruments in cancer patients undergoing bone marrow transplantation.* // *Palliat Support Care* 2(1). p. 23-31
68. Kirsh, K.L., McGrew, J.H., Passik, S.D. (2004) *Difficulties in screening for adjustment disorder, Part II: An attempt to develop a novel self-report screening instrument in cancer patients undergoing bone marrow transplantation.* // *Palliat Support Care* 2. p. 33-41
69. Krebs, N.F., Himes, J.H., Jacobson, D., Nicklas, T. A., Guilday, P., Styne, D. (2007) *Assessment of overweight and obesity.* // *Pediatrics* 120, p. 193–228
70. Kumano, H., Ida, I., Oshima, A., Takahashi, K., Yuuki, N., Amanuma, M., Oriuchi, N., Endo, K., Matsuda, H., Mikuni, M. (2007) Brain metabolic changes selectivity and sensory sensitivity in children. // *Journal of the American Dietetic Association* 110, p. 238–46
71. Latner, J.D., Stunkard, A.J. (2003) *Getting worse: the stigmatization of obese.* // *Obesity Research* 11, p. 452–456
72. Lauer, R. M., Connor, W.E., Leaverton, P.E., Reiter, M.A., Clarke, W.R. (2000) *Coronary heart disease risk factors in school children.* // *Journal of Pediatrics* 86, p. 697–706
73. Lee, J.M., Pilli, S., Gebremariam, A., Keirns, C.G., Davis, M.M., Vijan, S. et al. (2010) *Getting heavier, younger: trajectories of obesity over the life course.* // *International Journal of Obesity*. 34, p. 614–623
74. Levisohn, P.M. (2000) *Safety and tolerability of topiramate in children.* // *Journal of Child Neurology* 15, p. 22–26
75. Li, H., Zou, Y., Xia, Z., Gao, F., Feng, J., Yang, C. (2009) *Effects of topiramate on weight and metabolism in children with epilepsy.* // *Acta Paediatrica* 98, p. 1521–1524
76. Lin, J.D., Yen, C.F., Li, C.W., Wu, J.L. (2005) *Patterns of obesity among children and adolescents with intellectual disabilities in Taiwan.* // *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 18, p. 123–9

77. Lindsay, R.L., Arnold, L.E., Aman, M.G., Vitiello, B., Posey, D.J., McDougle, C.J. (2006) *Dietary status and impact of risperidone on nutritional balance*. // Journal of Intellectual Disability Research 12, p. 20-25
78. Lobstein, T. (2010) *Prevalence and trends in childhood obesity*. In: *Obesity Epidemiology: From Aetiology to Public Health* // Oxford University Press, p. 3-16
79. Lobstein, T., Baur, L., Uauy, R. (2004) *Obesity in children and young people: a crisis in public health*. // Obesity Reviews 5, p. 84-85.
80. Ludwig, D.S. (2007) *Childhood obesity – the shape of things to come*. // New England Journal of Medicine 357, p. 2325-2327
81. Maiano, C. (2011) *Prevalence and risk factors of overweight and obesity among children and adolescents with intellectual disabilities*. // Obesity Reviews 12, p. 189-197
82. Malt, U.F., Huyse, F.J., Herzog, T., Lobo, A., Rijssenbeek, A.J. (2000) *The ECLW Collaborative Study: III: Training and reliability of ICD-10 psychiatric diagnoses in the general hospital setting an investigation of 220 consultants from 14 European countries*. // European Consultation Liaison Workgroup. Psychosom Research, 41(5). p. 451-463
83. Nambiar, D. *Adjustment disorder* // [URL: <https://www.slideshare.net/slideshow/adjustment-disorder-71135118/71135118>]
84. National Institute for Healthy and Care Excellence. (2025) *Overweight and obesity management*. NICE guideline. 179 p.
85. Ogden, C.L., Carroll, M.D., Curtin, L.R., McDowell, M.A., Tabak, C.J., Flegal, K.M. (2006) *Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004*. // Journal of the American Medical Association 295, p. 1549-1555
86. Ogden, C.L., Yanovski, S.Z., Carroll, M.D., Flegal, K.M. (2007) *The epidemiology of obesity*. // Gastroenterology 132, p. 2087-2102
87. Olshansky, S.J., Passaro, D.J., Hershow, R.C., Layden, J., Carnes, B.A., Brody, J. (2005) *A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century*. // New England Journal of Medicine 352, p. 1138-1145
88. Onis, M., Onyango, A.W., Borghi, E., Garza, C. (2006) *Comparison of the World Health Organization (WHO) Child Growth Standards and the National Center for Health Statistics/WHO international growth reference: implications for child health programmes*. // Public Health Nutrition 9, p. 942-947
89. Paykel, E.S., Perusoff, B.A., Uhlenhuth, E.H. (2000) *Scaling of life events*. // Archives Of General Psychiatry 25. p. 340-347

90. Rashid, M., Roberts, E.A. (2000) *Nonalcoholic steatohepatitis in children.* // Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 30, p. 48–53
91. Reilly, J.J. (2005) *Descriptive epidemiology and health consequences of childhood obesity.* // Best Practice and Research Clinical Endocrinology and Metabolism 19, p. 327–341
92. Reinehr, T., Dobe, M., Winkel, K., Schaefer, A., Koffmann, D. (2010) *Obesity in disabled children and adolescents.* // Deutsches Arzteblatt International 107, p. 268–275
93. Rimmer, J.H., Rowland, J.L., Yamaki, K. (2007) *Obesity and secondary conditions in adolescents with disabilities: addressing the needs of an underserved population.* // Journal of Adolescent Health 41, p. 224–229
94. Rimmer, J.H., Yamaki, K., Davis Lowry, B.M., Wang, E., Vogel, L.C. (2010) *Obesity and obesity-related secondary conditions in adolescents with intellectual/developmental disabilities.* // Journal of Intellectual Disability Research 54, p. 787–794
95. Rocchini, A.P. (2002) *Childhood obesity and a diabetes epidemic.* // New England Journal of Medicine 346, p. 854–855
96. Ross, R., Janiszewski, P.M. (2008) *Is weight loss the optimal target for obesity related cardiovascular disease risk reduction?* // The Canadian journal of cardiology 24, p. 20–25
97. Salaun, L. , Berthouze-Aranda, S.E. (2012) *Physical fitness and fatness in adolescents with intellectual disabilities.* // Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 25, p. 231–239
98. Salaun, L., Berthouze-Aranda, S.E. (2011) *Obesity in school children with intellectual disabilities in France.* // Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 24, p. 333–340
99. Schreck, K.A., Williams, K., Smith, A.F. (2004) *A comparison of eating behaviors children* // Journal of Autism and Developmental Disorders 34, p. 433–438
100. Schroeder, S.R. (2001) *Weight gain in a controlled study of risperidone in children, adolescents, and adults with mental retardation and autism.* // Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 11, p. 229–238
101. Schwartz, T. L., Nihalani, N., Jindal, S., Virk, S., Jones, N. (2004) *Psychiatric medication-induced obesity: a review.* // Obesity Reviews 5, p. 115–121

102. Schwimmer, J.B., Burwinkle, T.M., Varni, J.W. (2003) *Health-related quality of life of severely obese children and adolescents*. // Journal of the American Medical Association 289, p. 1813–1819
103. Scott, C.R., Smith, J.M., Cradock, M.M., Pihoker, C. (2000) *Characteristics of youth onset non-insulin dependent diabetes mellitus and insulin dependent diabetes mellitus at diagnosis*. // Pediatrics 100, p. 84–91
104. Seiverling, L., Williams, K., Sturmey, P. (2010) *Assessment of feeding problems in children with autism spectrum disorders*. // Journal of Developmental and Physical Disabilities 22, p. 401–413
105. Serretti, A., Mandelli, L. (2010) *Antidepressants and body weight: a comprehensive review and meta-analysis*. // Journal of Clinical Psychiatry 71, p. 1259–1272
106. Sorkin, J., Muller, D., Andres, R. (2000) *Longitudinal change in height of men and women: Implications for interpretation of the body mass index the baltimore longitudinal study of aging* // American Journal of Epidemiology 150. p. 969-977
107. Stewart, L., Van de Ven, L., Katsarou, V., Rentziou, E., Doran, M., Jackson, P. et al. (2009) *High prevalence of obesity in ambulatory children and adolescents with intellectual disabilities*. // Journal of Intellectual Disability Research 53, p. 882–886
108. Stigler, K.A., Potenza, M.N., Posey, D.J., McDougale, C.J. (2004) *Weight gain associated with atypical antipsychotic use in children and adolescents: prevalence, clinical relevance, and management*. // Pediatric Drugs 6, p. 33–44
109. Strain, J.K., Diefenbacher, A. (2008) *The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses*. // Psychiatry 2008, 49(2). p. 121-130
110. Takei, N., Sugihara, G. (2006) *Diagnostic ambiguity of subthreshold depression: minor depression vs. adjustment disorder with depressive mood*. // Psychiatry 114(2). p. 144-145
111. Tessa, M. (2014) *Psychological correlates of obesity in women* // International journal of obesity, №31. UK, p. 14-18
112. Wang, Y., Lobstein T. (2006) *Worldwide trends in childhood overweight and obesity*. // International Journal of Pediatric Obesity 1, p. 11–25
113. Wetterling, T. (2001) *Bodyweight gain with atypical antipsychotics: a comparative review*. // Drug Safety 24, p. 59–73
114. Whitaker, R.C., Dietz, W.H. (2000) *Role of the prenatal environment in the development of obesity*. // Journal of Pediatrics 132, p. 768–776

115. Whiteley, P., Dodou, K., Todd, L., Shattock, P. (2004) *Body mass index of children from the United Kingdom diagnosed with pervasive developmental disorders.* // *Pediatrics International* 46, p. 531–533
116. Wirrell, E.C. (2003) *Valproic acid-associated weight gain in older children and teens with epilepsy.* // *Pediatric Neurology* 28, p. 126–129
117. World Health Organization. (2022). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. 233 p.
118. World Health Organization (2000) *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. World Health Organization Programme of Nutrition.* World Health Organization, Geneva, Switzerland.
119. World Health Organization (WHO) statistic (2024) *Obesity and overweight* // [URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>]

Rus dilinda

120. Жариков, Н.М., Тюльпин, Ю.Г. (2009) *Психиатрия.* учебник для медицинских вузов. Москва, 832 с.
121. Заикин, В. (2017) *Психологические особенности женщин с избыточным весом* // *Дипломная работа.* Москва, 67 с.
122. Иванец, Н.Н., Тюльпин, Ю.Г., Чирко, В.В., Кинкулькина, М.А. (2012) *Психиатрия и наркология: учебник для медицинских вузов.* Москва, 832 с.
123. Китаев, Р.Б. *Расстройство адаптации* // [URL: <https://voronezh.sovamed.ru/zabolevaniya/rasstroystvo-adaptatsii/>]
124. Мазурина, Н.В., Лескова, И.В., Трошина, Е.А., Логвинова, О.В., Адамская, Л.В., Красниковский В.Я. (2019) *Ожирение и стресс: эндокринные и социальные аспекты проблемы в современном российском обществе* // *Ожирение и метаболизм.* Т.16, №4, Москва, с. 18-24
125. Меделевич, Д.М. (2004) *Психические расстройства алиментарном типе ожирения* // *Казанский медицинский журнал*, том 85, №5. Казан, с. 363-366
126. Мосолова, Н. (2008) *Биполярное аффективное расстройство.* Диагностика и терапия. Москва, 384 с.
127. Николин, В.В. *Расстройство адаптации (приспособительных реакций) - симптомы и лечение* // [URL: <https://probolezny.ru/rasstroystvo-adaptacii-prisposobitelnyh-reakciy/>]

128. Ромацкий, В.В. *Психология лишнего веса: влияние социальной среды* // [URL: <https://psy.su/feed/8184/>]
129. Сидоров, А.В. (2011) *Психологические модели переедания и ожирения* // Российский психологический журнал Том 8, № 3. Москва, с. 30-40
130. Снедков, Е.В., Лемешев, И.В. (2017) *Аффективные расстройства*. Учебно-методическое пособие. Санкт-Петербург, 40 с.
131. Снежневский, А.В. (2015) *Общая психопатология*. Курс лекций. Москва, 208 с.
132. Струева, Н.В., Гегель, Н.В., Полуэктов, М.Г. (2014) *Особенности психического состояния больных с ожирением в зависимости от сопутствующих нарушений сна*. // Журнал неврологии и психиатрии, №11. Москва, с. 88-91
133. Тиганова, А.С. (2007) *Общая психопатология*. Курс лекций. Москва, 184 с.

ƏLAVƏLƏR

İxtisarlar və təsvir

ADNM	Adjustment Disorder-New Module //
	Adaptiv pozuntular-Yeni model
APA	Amerika Psixiatrlar Assosiasiyası
BÇİ	Bədən çəki indeksi
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders //
	Psixi pozuntuların diaqnostik və statistik təlimatı
XBT	Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı
PTSP	Posttravmatik stress pozuntusu
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences //
	Sosial elmlər üçün statistik paket
ÜST	Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı

Tədqiqat barədə məlumat **(tədqiq olunanlar üçün)**

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

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

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

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

Nərmin Xalid qızı HÜSEYNZADƏ

Xəzər universiteti, Psixologiya departamenti

Klinik psixologiya, II kurs magistrant

E-mail: 2002h.nermin@gmail.com

ANKET

Tarix: _____

Tədqiq olunan məlumatları:

Yaş _____

Boy _____

*Hal-hazırda

Çəki _____

BÇİ a)19-25 b)26-30 c)30<

Əgər BÇİ-ni 25< qeyd etmisinizsə

Artıq çəki və piylənmə problemi nə qədər müddət əvvəl müşahidə edilib?

Mütəxəssis dəstəyi alırsınızmı (həkim, dietoloq, nutrisioq)? a)Bəli b)Xeyr

Əgər mütəxəssis dəstəyi alırsınızsə

*Dəstək almadan əvvəl

Çəki _____

BÇİ a)19-25 b)26-30 c)30<

Əlavə qeydləriniz:

“Adaptiv pozuntu-Yeni modul (20)” sorğusu

(Adjustment Disorder-New Module 20” questionnaire)

Müəlliflər: üçün A.Maerçker, L.Lorens və R.Baçem

I Bölmə

Hal-hazırda mövcud olan problemlərinizi “✓” ilə qeyd edin

✓

1. Ayrılma/Boşanma	
2. Ailədaxili konfliktlər	
3. İş yoldaşları ilə konfliktlər	
4. Qonşular ilə konfliktlər	
5. Sevilən birinin xəstəliyi	
6. Sevilən birinin ölümü	
7. Təqaüd ilə əlaqəli problemlər	
8. İşsizlik	
9. Fəaliyyət azlığı / Çoxlu məsuliyyət	
10. İşləri vaxtında çatdırmama / Vaxt çatışmazlığı	
11. Yeni evə köçmək	
12. Maddi problemlər	
13. Səhhətinizlə bağlı ciddi xəstəlik	
14. Ciddi qəza keçirmə	
15. Təhdid	
16. Asudə vaxtın olmaması	
17. Hər hansısa digər stressli hadisə (qeyd edin)	
18. Hər hansısa digər stressli hadisə (qeyd edin)	

Yuxarıda qeyd etdikləriniz rifah və davranışa təsir edə bilər. Ən çox (gərgin) hansılarını hiss etmisinizsə qeyd edin:

II Bölmə

Aşağıda bu tip hadisələrin hansı reaksiyalara səbəb ola biləcəyi ilə bağlı müxtəlif ifadələr görə bilərsiniz. İlk növbədə müvafiq ifadənin sizə hansı tezlikdə uyğun olduğunu qeyd etməyiniz xahiş olunur ("heç vaxt" "tez-tez").

İkinci addımda sizdən nə qədər müddətdir ki, bu reaksiyanı göstərdiyinizi qeyd etməyiniz xahiş olunur. Bir aydan az ola bilər (< 1 ay), təqribən bir aydan yarım ilədək (<6 ay) və ya 6 aydan çox (>6 ay). Çox güman ki, bunu təxmin etmək asan olmayacaq, amma mümkün qədər reaksiya müddətinə qiymət verməyə çalışın!

	Keçən həftə ərzində müddət?				Nə qədər		
	heç vaxt	nadirən	bəzən	tez-tez	<1 ay	1-6 ay	6 ay-2 il
1.Stressli vəziyyətlərdə özümü zəif və kədərli hiss edirəm.							
2.Stressli vəziyyət haqqında dəfələrlə düşünürəm.							
3.Stressli vəziyyət haqqında danışmaqdan qaçmağa çalışıram.							
4.Stressli vəziyyət haqqında düşünmək mənim üçün böyük bir yüküdür.							
5.Əvvəllər etdiyim işləri indi də edirəm lakin nadir hallarda həzz							

alıram.							
6.Stressli vəziyyət haqqında düşünsəm, çox narahat oluram.							
7.Stressli vəziyyəti mənə xatırlada biləcəm bəzi şeylərdən qaçıram							
8.Stressli vəziyyətdən bəri əsəbi və narahatam.							
9.Stressli vəziyyətdən bəri xırda işlərdə belə səbrim tüz tükənir.							
10.Stressli vəziyyətdən bəri çətinliklə diqqətimi cəmləyə bilirəm.							
11.Stressli vəziyyəti unutmağa çalışıram.							
12.Stressli vəziyyəti düşünəndə təkrar əsəbiləşirəm.							
13.Stressli vəziyyətlə bağlı daimi xatirələrim olur və onları dayandırmaq üçün heç nə edə bilmirəm.							
14.Hisslərimi boğmağa çalışıram, çünki onlar mənə yük kimi gəlir.							
15.Stressli vəziyyətlə əlaqəli hissləri müntəzəm olaraq yaşayıram.							
16.Stressli vəziyyətdən bəri müəyyən şeylər və ya müəyyən vəziyyətlərə düşməkdən qorxuram.							
17.Stressli vəziyyətdən bəri iş və ya lazımi vəzifələri yerinə yetirmək							

istəmirəm.							
18.Stressli vəziyyətdən bəri özümü ruhdan düşmüş hiss edirəm, gələcəyə ümidlərim azalıb.							
19.Stressli vəziyyətdən bəri yuxu rejimim pozulub.							
20 Ümumiyyətlə, şəxsi münasibətlərim, asudə vaxtlarım və həyatımın digər vacib sahələri qaydasında deyil.							

Nəticə

Keçən həftə ərzində

Heç vaxt 0 bal

Nadirən 1 bal

Bəzən 2 bal

Tez-tez 3 bal

Nə qədər müddət?

<1 ay 1 bal

1-6 ay 2 bal

6 ay-2 il 3bal

Qiymətləndirmə

0-30 Normal

31-60 Aşağı dərəcə adaptiv pozuntu

61-90 Orta dərəcə adaptiv pozuntu

91-120 Yüksək dərəcə adaptiv pozuntu

Stress 2, 4, 13, 15

Adaptiv pozuntu 10, 17, 19, 20-yə

Alt şkalalar:

Təcrid 3, 7, 11, 14

Depressiv əhval-ruhiyyə 1, 5, 18

Narahatlıq 6, 16

İmpulsivlik 8, 9, 12

“Adaptiv pozuntu” şkalası

(Measuring ICD-11 Adjustment Disorder)

Müəlliflər: M.Shevlin, P.Hyland, T.Karatzias

I Bölmə

Aşağıda yaşamış ola biləcəyiniz stressli vəziyyətlərin siyahısı verilmişdir. Zəhmət olmasa, hazırda sizə uyğun olan aşağıdakı vəziyyətləri seçin:

Hazırda yaşayıram ...

Bəli

Xeyr

1. Maliyyə problemləri (məsələn, hesabları ödəməkdə çətinlik, borc içində olmaq).		
2. İş problemləri (məsələn, işsizlik, ixtisara düşmə, təqaüdə çıxmaq, həmkarlarla problemlər/münaqişələr, iş dəyişikliyi).		
3. Təhsil problemləri (məsələn, fənnlərdə çətinlik, sessiya imtahanları, kəsrlər).		
4. Mənzil problemləri (məsələn, köçmə prosesi, təhlükəsiz yaşayış yeri tapmaqda çətinlik, təhlükəsiz yaşayış yerinin olmaması).		
5. Münasibət problemləri (məsələn, ayrılma, boşanma, ailə və ya dostlarla münaqişələr).		
6. Öz sağlamlıq problemləriniz (məsələn, xəstəliyin başlanğıcı və ya pisləşməsi, dərmanlarla bağlı problemlər, əlillik).		
7. Sevilən birinin sağlamlıq problemləri (məsələn, xəstəliyin başlanğıcı və ya pisləşməsi, dərman problemləri, əlillik).		
8. Baxım problemləri (məsələn, emosional stress, asudə vaxtın olmaması).		
9. Yuxarıda qeyd olunmayan digər problemlər.		

II bölmə yalnız yuxarıda qeyd edilənlərin ən azı birinə “Bəli” cavabını vermisinizsə işlənmişdir.

II Bölmə

Ötən ay aşağıdakı problemlərin hər birinin sizi nə qədər narahat etdiyini göstərin:

	Qətiyyən uyğun deyil	Qismən uyğun deyil	Əmin deyiləm	Qismən uyğundur	Tamamilə uyğundur
10. Stressli hadisə(lər)dən sonra daha çox narahat oluram.					
11. Stressli hadisə(lər) haqqında düşünməyi dayandıra bilmirəm.					
12. Mən tez-tez gələcəkdə nələr olacağını (stressli hadisə) düşünüb qorxuram.					
13. Stressli hadisə(lər)dən sonra həyata uyğunlaşmaqda çətinlik çəkirəm.					
14. Stressli hadisə(lər)dən sonra istirahət etmək və sakit olmaqda çətinlik çəkirəm.					
15. Stressli hadisə(lər)dən bəri daxili rahatlıq vəziyyətinə nail olmaqda çətinlik çəkirəm.					

16. Stressli hadisə(lər)dən bir ay ərzində bu problemlər başladı?

a)Bəli

b)Xeyr

Son bir ayda aşağıda göstərilən problemləriniz var:

	Qətiyyən uyğun deyil	Qismən uyğun deyil	Əmin deyiləm	Qismən uyğundur
Tamamilə uyğundur				

17. Mۇnasibەtlەrinizە vە ya sosial hەyatınıza tەsir edirmi?					
18. İş qabiliyyetinizە vە ya tەhsil hەyatınıza tەsir edirmi?					
19. Hەyatınızın hەر hansı digەر mۇhüm sferasına tەsir edirmi?					

Nticە

Qەtiyyەn uyğun deyil 0 bal

Qismەn uyğun deyil 1 bal

Əmin deyiləm 2 bal

Qismەn uyğundur 3 bal

Tamamilə uyğundur 4 bal

Bəli 1 bal

Xeyir 2 bal

0-5 norma

6-20 aşağı dərəcə adaptiv pozuntu

21-40 orta dərəcə adaptiv pozuntu

41-56 yüksək dərəcə adaptiv pozuntu

ARTIQ ÇƏKİLİ QADINLARIN ADAPTİV POZUNTULARININ PSIXOLOJİ FAKTORLARI

Nərimin Hüseynzadə

XÜLASƏ

Dissertasiya işində artıq çəkili qadınların adaptiv pozuntularının psixoloji faktorları araşdırılmışdır. İşin əsas məqsədi, artıq çəkiddən əziyyət çəkən qadınlarda adaptiv pozuntuları tətbiq etmək, bədən çəki indeksi ilə adaptiv pozuntular arasında əlaqəni öyrənməkdir.

Dissertasiya işinin birinci fəslə ədəbiyyatların nəzəri təhlilinə həsr edilmişdir. Bu fəsildə adaptiv pozuntuların psixoloji təhlili aparılmış, adaptiv pozuntuların əlamətləri və dərəcələri, təzahürü və yaranma səbəbləri təhlil edilmişdir. Həmçinin artıq çəkinin psixoloji xarakteristikası aparılmış, artıq çəkili qadınların psixoloji xüsusiyyətləri və bu qadınlarda adaptiv pozuntular öyrənilmişdir.

Dissertasiya işinin ikinci fəslə mövzunun klinik-psixoloji təhlilinə həsr edilmişdir. Tədqiqat işi 27-45 yaş həddində 184 nəfər artıq çəkiddən əziyyət çəkən qadınlar ilə aparılmışdır. Tədqiqat işi Nərimanov Tibb Mərkəzində keçirilmişdir. Tədqiqat zamanı Adaptiv pozuntuların təyini şkalası və Adaptiv pozuntu-Yeni modul (20) şkalası istifadə olunmuşdur.

Dissertasiya işinin üçüncü fəslində tədqiqat zamanı alınan nəticələrin təhlili aparılmışdır. Burada tədqiqat nəticələri ətraflı şərh edilmişdir. Alınan nəticələr ümumi olaraq aşağıda qeyd edilmişdir:

- Artıq çəkili qadınların bədən çəki indeksi adaptiv pozuntuların təzahürünə əhəmiyyətli dərəcədə təsir edir;

- Mütəxəssis dəstəyi alan, BÇİ-i yüksək olan qadınlarda adaptiv pozuntuların təzahürü mütəxəssis dəstəyi almayan BÇİ-i yüksək olan qadınlara nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlidir;

- BÇİ-i yüksək olan qadınlarda adaptiv pozuntuların təzahürü problemin müddəti ilə əhəmiyyətli dərəcədə əlaqəlidir.

Alınan nəticələr SPSS proqramında regressiya analizi və T test ilə işlənilmiş, əhəmiyyətli dərəcədə olduğu müəyyən edilmişdir ($p < 0,05$).

Dissertasiya işi nəticə, istifadə edilən ədəbiyyat siyahısı və əlavələr ilə tamamlanır.

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF ADAPTIVE DISORDERS IN OVERWEIGHT WOMEN

Narmin Huseynzade

ABSTRACT

The dissertation work investigated the psychological factors of adaptive disorders in overweight women. The main purpose of the work is to study adaptive disorders in overweight women, to study the relationship between body mass index and adaptive disorders.

The first chapter of the dissertation work is devoted to the theoretical analysis of the literature. In this chapter, a psychological analysis of adaptive disorders was conducted, the signs and degrees of adaptive disorders, their manifestation and causes were analyzed. Also, the psychological characteristics of overweight were conducted, the psychological characteristics of overweight women were studied, and adaptive disorders in these women were studied.

The second chapter of the dissertation work is devoted to the clinical-psychological analysis of the topic. The research work was conducted with 184 overweight women aged 27-45. The research work was conducted at the Narimanov Medical Center. The “Adaptive Disorders Determination Scale” and the “Adaptive Disorder-New Module (20)” scale were used during the study.

In the third chapter of the dissertation, the results obtained during the study were analyzed. Here, the research results are explained in detail. The results obtained are generally stated below:

- The body mass index of overweight women significantly affects the manifestation of adaptive disorders;
- The manifestation of adaptive disorders in women with high BMI who receive specialist support is significantly different from women with high BMI who do not receive specialist support;
- The manifestation of adaptive disorders in women with high BMI is significantly related to the duration of the problem.

The results obtained were processed in the SPSS program with regression analysis and T test, were determined to be significant ($p < 0.05$).

The dissertation is completed with the conclusion, a list of used literature and appendices.