

**Azərbaycan Tibb Universiteti
Azerbaijan Medical University
Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyası
Azerbaijan Psychiatric Association**

**Azərbaycan Psixiatriya Jurnalı
Azerbaijan Journal of Psychiatry
Азербайджанский Психиатрический Журнал**

№ 1(38)

**Bakı
Baku
Баку**

2024

REDAKSIYA HEYƏTİ:

BAŞ REDAKTOR
Ağahəsən Rəsulov
t.e.d., dos.

BAŞ REDAKTORUN MÜAVİNİ
Zəfər Əliyev
t.e.d. prof.

MƏSUL KATİB
Rümiyyə Kərimova

REDAKSIYA HEYƏTİNİN ÜZVLƏRİ

Nadir İsmayılov / *t.e.d., prof.*
Gəray Gəraybəyli / *t.e.d., prof.*
Bilal Əsədov / *t.e.d., prof.*
Fuad İsmayılov / *t.e.d., prof.*
Teymur Qafarov / *t.e.d., prof.*

REDAKSIYA ŞURASININ ÜZVLƏRİ

Ağazadə Nazim / <i>t.e.d. prof.</i>	(Bakı)	Mehtiyeva Leyla / <i>t.ü.f.d. dos.</i>	(Bakı)
Aleksandrovskiy Y.A. / <i>t.e.d. prof.</i>		Məmmədbəyli Aytən / <i>t.e.d. prof.</i>	(Bakı)
RTEA Müxbir üzv	(Moskva)	Sartorius Norman / <i>t.e.d. prof.</i>	(Cenevrə)
Əliyev Zakir / <i>t.e.d. prof.</i>	(Bakı)	Tural Rzayev / <i>t.ü.f.d.</i>	(Bakı)
Əliyev Zəfər / <i>t.e.d. prof.</i>	(Bakı)	Şirəliyeva Rəna / <i>t.e.d. prof.</i>	(Bakı)
Əliquliyev Araz / <i>t.e.d.</i>	(Bakı)	Tağıyev Mayıl / <i>t.ü.f.d.</i>	(Sumqayıt)
Manuçeri Araz / <i>t.ü.f.d.dos</i>	(Bakı)	Krasnov Valeriy / <i>t.e.d. prof.</i>	(Moskva)
İkram Rüstəmov / <i>t.ü.f.d.dos</i>	(Bakı)	Naneişvili Georgiy / <i>t.e.d. prof.</i>	(Tbilisi)
Key Levent / <i>t.e.d. prof.</i>	(İstanbul)		

- **Bədii tərtibatçı:** Yavər Əsədov
- **Art dizayner:** Akif Dənizadə
- **Korrektor:** Cəmilə İsmayılova

Lisenzia: AB №022269. Sayı: 300

Təsisçi: Azərbaycan Tibb Universiteti
Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyası
Jurnal 1999-cu ildən, ildə 2 dəfə dərc olunur

Redaksiyanın ünvanı: AZ0154, Bakı, Hidayətzadə küç. 16,
tel: 566-24-09, fax: 567-82-32
www.apj.az
E-mail: zafar_aliyev@yahoo.com

PSIXIATRİYA * PSYCHIATRY * ПСИХИАТРИЯ

Nəcəfova S.M., İsmayılov F.N

İkinci Qarabağ Müharibəsinin veteranlarına psixi sağlamlıq sahəsində göstərilən yardım 6

prof., t.e.d. B. M. Əsədov , dos. t.e.d. L.H. Mehtiyeva,

ass. L. A. Mehdi Zadə, ass. B.V. Salman Zadə

Şəkərli diabet xəstələrində psixi pozuntuların klinik xüsusiyyətlərinin dds və dqol şkalaları ilə öyrənilməsi 18

Билал Асадов, Насими Вагабов, Салман-заде Бахруз

Особенности психического здоровья и гормонального статуса женщин в период пандемии ковид-19 (краткий обзор) 26

Rüstəmov İ., Osmanlı N., Süleymanzadə N., Məmmədov K.

How probiotics effect emotional symptoms among medical students?
Investigating gut microflora can be a key for relationship between brain and intestine 34

**Амрахова Джамиля, Вагабова Шарифа, Асадов Билал,
Салман-заде Бахруз**

Влияние беременности на развитие пограничных психических расстройств 43

O.V. Fərəcli

Şizofreniya spektrli və digər ilkin psixotik pozuntular,
XBT 11- ci baxış 55

R.Z.Kərimova

Yaşlılarda intihar və ya səssiz ölüm 59

PSIXOLOJİ YARDIM HAQQINDA

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASININ QANUNU 65

İkinci Qarabağ Müharibəsinin veteranlarına psixi sağlamlıq sahəsində göstərilən yardım

Nəcəfova S.M.¹, İsmayılov F.N.^{1,2}

Оказание помощи в области психического здоровья ветеранам Второй Карабахской Войны

Наджаfoва С.М., Исмаилов Ф.Н.

Mental health care provision for veterans of the Second Karabakh War

Najafova S.M., Ismayilov F.N.

¹ Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Psixi Sağlamlıq Mərkəzi

² Azərbaycan Tibb Universiteti, psixiatriya kafedrası

E-mail: fuadismayilov@psychiatry.az

После окончания Второй Карабахской Войны в Азербайджане остро встал вопрос оказания помощи в области психического здоровья ветеранам. За последние два года была проведена большая работа в этой сфере, которая может быть условно разделена на три этапа. На первом этапе, начавшемся в период военных действий и сразу после их завершения, решались задачи оказания экстренной психологической помощи. На втором этапе в соответствии с решением правительства были созданы центры психологической помощи для ветеранов. На нынешнем третьем этапе рассматриваются вопросы длительного лечения, реабилитации и психосоциальной поддержки. Наибольшие проблемы связаны с отсутствием единого органа, ответственного за оказание психосоциальной помощи, а так же нехватка квалифицированных кадров, особенно в регионах страны. Несмотря на имеющиеся трудности, работа над созданием системы эффективной, комплексной помощи ветеранам продолжается.

Ключевые слова: Вторая Карабахская Война, ветераны, организация помощи, КПТ, ПТСР

After the end of the Second Karabakh War in Azerbaijan, the issue of the issue of mental health care provision to veterans has become very acute. Over the past two years, large amount of work has been done in this area, which can be divided into three stages. On the first stage, which began during and immediately after the war, we performed the tasks on developing emergency psychological services. On the second stage, in accordance with the governmental decision, community psychological centers for veterans have been established. The current third stage addresses long-term treatment, rehabilitation and psychosocial support. The greatest problems are related to the lack of a single body responsible for psychosocial care, as well as the lack of qualified personnel, especially in the regions of the country. Most of the problems are caused by the absence of a single body responsible for veterans' affairs as well as the lack of qualified mental health professionals, especially in the regions of the country. Despite the difficulties, we are continuing our efforts to establish an effective and comprehensive system of care for veterans.

Key words: Second Karabakh War, veterans, service provision, CBT, PTSD

Müharibə və ondan sonrakı ən yaxın dövrdə psixoloji yardım:

Tarixə qələbə ilə yazılan Vətən müharibəsi başlayanda əsgər və zabitlərimiz ilə bərabər səhiyyə sistemi də ölkənin çətin günlərində öz vəzifə borcunu yerinə yetirmişdir. Belə ki, müharibə qələbə ilə bitsə də, onun müharibə iştirakçılarında qoyduğu ağır fəsadları aradan qaldırmaq səhiyyə sisteminin öhdəsinə düşdü.[1] Ölkənin bütün səhiyyə müəssisələri yaralı əsgər və döyüşçülərin müalicəsini aparmışdır.

Müharibə iştirakçılarında fiziki zədələnmələrlə yanaşı qeyd olunan psixi sağlamlıq problemləri üçün Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq Mərkəzinə bu mövzuda göstəriş verdi. Mərkəzin mütəxəssisləri dərhal qrup halında və növbəli şəkildə digər ümumprofilli səhiyyə müəssisələrində müalicə alan yaralı hərblərdə qeyd olunan psixoloji vəziyyəti qiymətləndirib və lazımi müdaxilə etməyə ezam olundular. Xüsusilə, ATU-nin Tədris Terapevtik Klinikasında və Tədris Cərrahiyyə Klinikasında müalicə alan yaralılarıma davamlı, 24 saat nəzarətlə psixiatr və psixoloq yardımı göstərilmişdir.

Psixi sağlamlıq xidmətləri təkcə Bakı şəhəri üzrə deyil, həmçinin cəbhəyanı ərazilərdə, xüsusilə terrora məruz qalmış şəhərlərdə təşkil olunmuşdu. Belə ki, Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin bir qrup psixoloq və psixiatrı könüllü şəkildə cəbhəyanı ərazilərdə və terrora məruz qalmış şəhərlərdə dinc əhaliyə yerində xidmət təşkili ilə psixoloji yardım göstərmişdilər [2].

Yaralıların müalicə aldığı xəstəxanalar ümumprofilli olduğundan psixiatrik müalicə üçün psixotrop dərman çatışmazlığını həll etmək məqsədilə psixiatrik dərmanlarımızın səyi ilə lazım olan dərmanlar alınıb həmin xəstəxanada müalicə alan yaralıların müalicəsində istifadə üçün müəssisənin dərman təminatı şəbəkəsinə yerləşdirilmişdi. Eyni zamanda ümumprofilli xəstəxananın tibb heyəti üçün həmin dərmanların istifadəsi və saxlanması barədə qısa təlimatlar da verilmişdir. Müharibənin ən həssas qrupu olan şəhid ailəsi üzvlərinə xüsusi həssaslıq və diqqətlə yanaşılıb və böhrana müdaxilə sxemi üzrə psixoloji yardım göstərilmişdir [3].

44 günlük müharibə bitsə də hələ də müalicəsi davam edən yaralılara göstərilən psixoloji yardımın əhatəsini genişləndirmək məqsədilə AR Nazirlər Kabinetinin 13.01.2022-ci il tarixində qəbul edilmiş 8 sayılı Qərarına əsasən Səhiyyə Nazirliyi (SN), İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyi (İTSDA), Tibbi Ərazi Bölmələrini İdarəetmə Birliyi (TƏBİB), Əmək və Əhəlinin Sosial Müdafiəsi Nazirliyi (ƏƏSMN) və Fövqəladə Hallar Nazirliyinin (FHN) nümayəndələrinin tərkibində yer aldığı işçi qrupu yaradıldı [4].

Yaradılan işçi qrupunun qarşısında dayanan başlıca vəzifə ölkə üzrə müharibədən zərər çəkmiş şəxslərə psixoloji yardım xidmətinin əlçatan və operativ təşkil olunmasını təmin etmək idi. İşçi qrupunun nümayəndələri hər həftə toplantı keçirirdi və bu görüşlər qurumlararası əməkdaşlığın möhkəmlənməsində inkişafa gətirib çıxarırdı. İşçi qrupu verilən qərarın həlli üçün plan tərtib etdi və öhdəliklər qurumlar arasında bölündü.

İlk növbədə göstəriləcək psixoloji yardım modelinin müəyyənləşdirilməsi vacib məsələ idi. Bölgələrdə psixoloji yardım göstərilməsi üçün psixoloqların seçilməsi və onların işə hazırlanması, müvafiq təlimlərin təşkilini əsasən SN Psixi Sağlamlıq Mərkəzi həyata keçirdi. Eyni zamanda müharibə zamanı göstərilən yardım təcrübəsinə əsasən daha çox rast gəlinən psixi pozuntuların psixoloji qiymətləndirilməsini aparmaq üçün dünya təcrübəsinə uyğun lazımi alətlər (cədvəllər, şkalalar) Azərbaycan dilinə tərcümə olunaraq uyğunlaşdırıldı və istifadə üçün hazır vəziyyətdə təlimlərdə yardım prosesində xidmət üçün seçilmiş psixoloqlara təqdim olundu.

Psixoloji problemlərin tək-cə psixoterapiya ilə keçməyəcəyini qəbul edərək və psixiatrik müalicənin vacibliyinə əsasən müharibədə zərər çəkənlərdə yanaşı ola bilən somatik xəstəlikləri və vəziyyətləri nəzərə alaraq müalicə üçün ən optimal dərmanların seçimi edildi və siyahısı tərtib olundu. Göstərilən xidmətin məlumatlarının vaxtında ötürülməsi məqsədilə mütəxəssislər tərəfindən hesabatlar cədvəli hazırlandı.

İşçi qrupunun heyəti toplantılar zamanı ilkin addım olaraq ölkə üzrə göstəriləcək psixoloji yardım modelini mümkün imkanlar çərçivəsinə uyğun olaraq seçib hazırladı. Göstəriləcək psixoloji yardım modeli zərərçəkənlərin psixoloji vəziyyətinin ağırlıq dərəcəsinə uyğun olaraq üç hissədə yardım göstərilməsinə imkan verirdi.

İlkin olaraq qısa müddətli yardım, əgər bu mərhələdə psixoloji problemlər həll olunmayıbsa zərərçəkən növbəti mərhələyə - orta müddətli yardım mərhələsinə, bu mərhələdə də gözlənilən nəticə əldə olunmayıbsa, zərərçəkmiş şəxs 3-cü mərhələ - uzun müddətli yardım mərhələsinə cəlb edilir.

Qısa müddətli yardım özündə böhran müdaxiləsi və konsultativ yardım kimi 2 addımı birləşdirir. Bu mərhələ daha çox zərərçəkmiş şəxslərdə psixoloji vəziyyəti qiymətləndirmə və yaşadığı böhrana həmin an üçün müvafiq müdaxilədən ibarətdir. Adından da göründüyü kimi həmin mərhələ qısa müddət 1-3 seans davam edir. Zərərçəkmiş şəxsin psixoloji vəziyyətində əgər problem qeyd

edilmirsə və ya yaşadığı böhran dərin psixoloji dəyişiklik qoymayıbsa yardım modelinin qısa müddətli yardım mərhələsi kifayət edir.

Lakin yaşanan təcrübələr göstərdi ki, müharibə iştirakçılarının əksəriyyətinə daha uzun müddətli yardıma - orta müddətli yardıma ehtiyac duyulur. Orta müddətli yardım mərhələsi özündə psixoloji problemlərin həllinin əsasını təşkil edən psixiatrik müalicə və 12-16 seansdan ibarət psixoterapiyanı cəmləşdirir. Müharibənin qoyduğu travmaların (istər psixoloji, istər də üzvi zəmin) nəticəsində ciddi psixoloji dəyişikliklərin yaranması qaçılmazdır və bu məlumat müharibə yaşamış bütün dünya ölkələrinin statistikasında qeyd edilib. Əlbəttə həmin psixoloji pozuntuları dərman müdaxiləsi olmadan aradan qaldırmaq mümkün deyil. Bunun üçün psixoloji yardım modelinin orta müddətli mərhələsində bu məqam diqqətə alınıb. Müasir tələblərə uyğun, yan təsirlərinin az olduğu, müharibədən zərərçəkənlərdə daha çox rast gəlinən psixi pozuntuların müalicəsində ən effektiv olan dərman preparatları seçilmişdir. Həmin dərmanların əlillik təyininə əsaslanmadan verilməsi ən müsbət məqam idi. Həmçinin peşəkar təlim keçmiş psixoloqlar tərəfindən psixoterapiya zərərçəkmiş şəxsə yaşadığı bütün stressin hər anını bildirib müdaxilə almağa imkan yaradırdı. Terapiya seanslarının sayı pasiyentdə psixoloqa daha çox güvən və inam yaratmağa imkan verir. Bu güvən psixoterapiya zamanı qarşılıqlı əməkdaşlığı artıraraq tez bir zamanda müsbət nəticələrin əldə olunmasında vacib məqamdır. Psixoloji pozuntusu olan müharibədə zərərçəkmiş şəxsin eyni zamanda həm psixoloq, həm də psixiatr nəzarətində olması müalicənin müsbət nəticə verməsi üçün də önəmli haldır. Yəni müalicədə olan şəxs vaxtaşırı müalicənin gedişatındakı dəyişikliklərə uyğun olaraq həkiminə müraciət edə bilər və ya həftə ərzində psixoloji gərginlik yaradan fikirlərini növbəti seansda psixoloquna bildirə bilər.

Lakin müharibə yaşamış dünya ölkələrindən də alınan statistik məlumatlara əsasən bildirmək lazımdır ki, müharibə iştirakçılarında olan psixoloji pozuntular zamanı 100% sağalma əldə olunmur. İşçi qrupunun üzvləri bu təcrübədən istifadə edərək psixoloji yardım planına 3-cü - uzun müddətli yardım mərhələsini daxil edib. Uzun müddətli yardım mərhələsi özündə iki geniş müdaxilə növünü – bərpa müalicəsi və psixososial reabilitasiyanı birləşdirir. Bu mərhələ daha çox ağır travma almış, ciddi psixoloji və fizioloji problemləri (orqan amputasiyası və ya ağır travmatoloji zədəsi) olan şəxslərə tətbiq olunur. Uzun müddətli yardım mərhələsi dedikdə həmin şəxslərin indiki vəziyyətlərinə adaptasiya olunması üçün tək psixoloji müdaxilə deyil, fizioterapiya, reabilitasiya, ehtiyac olduqda

təkrar cərrahi müdaxilə və sosial məsələlərin həlli də daxil olan alqoritm proqramını nəzərdə tutulur. Yəni bu proqramın hazırlanması üçün tək psixoloqların deyil, digər sahə və qurumların tabeliyində olan müəssisələr və onların nümayəndələrinin iştirakı mütləq sayılır. Bunun üçün də işçi qrupun tərkibində olan qurumlar öz səlahiyyəti və imkanları çərçivəsində bu mərhələnin tərtibatına çalışırlar. Nəzərə almaq lazımdır ki bu proqram bütün ölkə üzrə xidmət göstərəcək, işçi qrup bu geniş miqyaslı proqramın yaradılması üçün həm mütəxəssis hazırlığı, həm də xidmət göstəriləcək bazaların yaradılması kimi məsuliyyətli mərhələlər qarşısındadır.

Ölkənin ağır günlərində, müharibə iştirakçılarında baş verə biləcək psixoloji problemlərlə bağlı yardım göstərmək sahəsində Səhiyyə Nazirliyinin mütəxəssislərindən başqa Fövqaladə Hallar Nazirliyinin əməkdaşlarının xidmətlərini xüsusilə qeyd etmək lazımdır. FHN-nin 112 Qaynar Xətti xidmətinin bütün ölkə üzrə elan olunması və həmin Qaynar Xətt vasitəsilə göstərilən “erkən müdaxilə” nəticəsində nə qədər zərərçəkmiş şəxsə vaxtında yardım göstərilib və həmin şəxslər vəziyyətə uyğun olaraq məlumatlandırılıb və yönləndirilib. Bu səbəbdən müharibə bitəndən sonra AR NK-nin 8 sayılı Qərarını yerinə yetirərək 112 Qaynar Xətti işçi qrupu tərəfindən psixoloji yardım planının ilkin – qısa müddətli yardım mərhələsinə daxil edildi.

Müharibənin hər anında dəstəyini hiss etdiyimiz qardaş ölkə Türkiyədən bu mövzuda da yardım aldıq. Belə ki, FHN müharibə zamanı təcili psixoloji yardım təcrübəsindən yararlanmaq üçün və göstərilən yardımın operativliyini artırmaq məqsədilə Türkiyədən 20 psixoloq dəvət etdi. Bu, həmin vaxtlar üçün atılan önəmli addım idi. Həm peşəkarlıq, həm də qardaş ölkə güvəni iş prosesində öz nəticələrini tez bir zamanda göstərdi. Türkiyəli mütəxəssislərin gəlməsi və onlarla iş prosesində iştirak və təlimlər verilməsi yerli mütəxəssislər üçün böyük təcrübə artımı oldu. Xidmət əsasən Bakı şəhərində və ətraf bölgələrdə yaşayan müharibə iştirakçıları, şəhid ailə üzvləri və terrordan zərər çəkmiş şəxslərə göstərilirdi.

Fövqaladə Hallar Nazirliyinin mütəxəssislərinin hesablamalarında olan statistik məlumat əsasən, Türkiyəli mütəxəssislərin də iş prosesində olduğu 6 ay müddətində 1800-dən yuxarı müharibə iştirakçısı, şəhid ailə üzvü və terrordan zərər çəkmiş şəxsə “erkən müdaxilə” ilə qısa müddətli yardım göstərilib [5]. Nəzərə alsaq ki, ilkin, vaxtında olunan düzgün müdaxilə və psixoloji yardım mövcud psixoloji problemin ağırlaşmaması yönündə çox önəmli məqamdır, o zaman

bu rəqəmin nə qədər böyük say olduğunu aydın başa düşmək olar. Təbii haldır ki, göstərilən yardım zamanı əldə olunan hər müsbət nəticə tək həmin şəxsə deyil, onun ailə üzvlərinin, yaxınlarının da psixoloji vəziyyətinə yaxşı təsir göstərir.

Psixoloji yardım mərkəzlərinin yaradılması

İşçi qrupunun bu yöndə çalışmaları öz nəticəsini verdi. Psixoloji yardım xidmətinin orta müddətli yardım mərhələsini icra etmək üçün böyük çətinliklə olsa da Azərbaycanın 7 böyük şəhərində Gəncə, Ağdam, Şəki, Sumqayıt, Lənkəran, Şirvan, və Bakıda ümumprofilli xəstəxanaların tərkibində psixoloji yardım mərkəzləri yaradıldı [6]. Bu mərkəzlərin ümumiprofilli xəstəxanaların tərkibində yaradılması ehtiyac olduğu təqdirdə kompleks müalicə almaq imkanına, psixoloji problem olan şəxsə stiqləni aşağı salmağa və həmin bölgə və ətraf ərazidə yaşayan şəxslərin istifadəsi üçün əlçatan olmasına kömək edir.

Bu mərkəzlərin yaradılması zamanı bir çox çətinliklərlə qarşılaşdı ki, onlardan ilk olanı bölgələrdə işləyə biləcək mütəxəssis çatışmazlığı idi. Bu məqsədlə həm Səhiyyə Nazirliyi, həm də TƏBİB tərəfindən seçimlər aparıldı və gənc psixoloqlar işə cəlb olundu. İşçi qrupunun qarşısında dayanan növbəti çətinlik işə götürülən psixoloqlarda təcrübə azlığı idi, hansı ki o, ağır travma yaşamış şəxslərlə iş zamanı çox vacibdir. Bu səbəbdən işə götürülən psixoloqların peşəkar hazırlığını təmin etmək üçün pilləli təlim proqramı hazırlandı.

Birinci təlim SN Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin mütəxəssisləri tərəfindən aparıldı. Bu təlim baza xarakteri daşıyırdı, belə ki psixoloqların iş prosesində göstərəcəkləri yardımın təməlini təşkil edən müayinə, konsultativ yardım, yönləndirmə, vacib sənədlərin doldurulması və hesabatların verilməsi mövzularını əhatə edirdi.

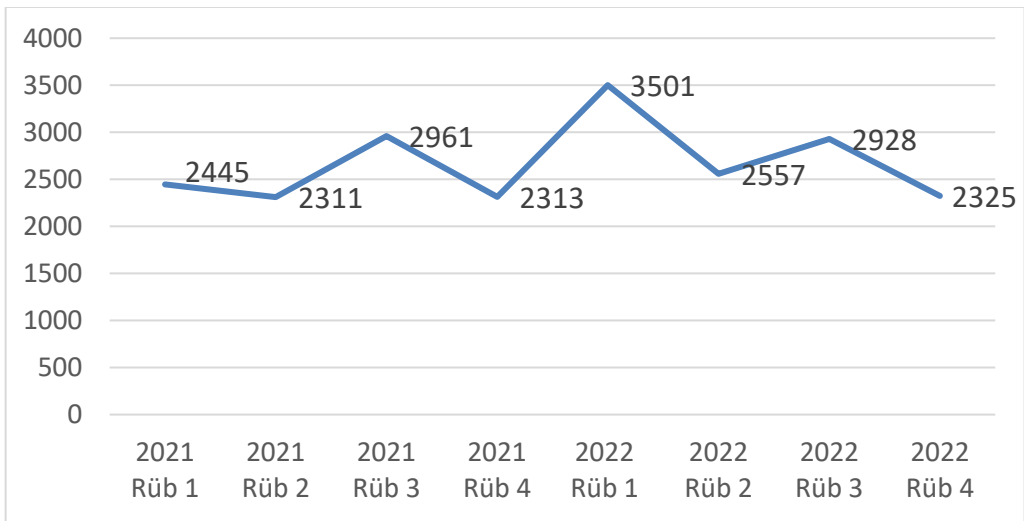
İkinci təlim ÜST-nin ölkəmizdəki nümayəndə heyəti tərəfindən təşkil olundu və psixoloji yardım mərkəzlərinin xidmət sahəsinə uyğun mövzuda – fəvqəladə hallar zamanı müalicə və psixososial yardım mövzusunda keçirildi.

Üçüncü vacib təlim ABŞ Kolumbiya Universitetinin mütəxəssisləri tərəfindən onlayn olaraq hazırlanmışdır. Təlim iştirakçılarında “PTSP-da müalicə”, “Prolonq KDT və ekspozisiya” və “EMDR” mövzuları üzrə hazırlıqlar aparıldı. Təlimlərdən sonra gənc psixoloqlar müstəqil şəkildə konsultativ yardım göstərməyə malik oldular. İş prosesi zamanı vaxtaşırı superviziya və görülən işlərin hesabatları aparıldı.

Psixi sağlamlıq sahəsində yardım xidməti zəncirində əsas bəndlərdən biri psixiatr yardımınıdır [7]. Psixoloji yardım mərkəzlərinə müraciət edən zərərçəkənlərin psi-

xoloji vəziyyətinin qiymətləndirilməsi zamanı psixiatr müayinəsinə də ehtiyac duyulduğu zamanlarda şəxs həmin ərazi üzrə yerləşən psixiatriya xəstəxanasına və ya kabinetinə yönləndirilir. Psixiatr müayinə apararaq şəxsə ya ambulator, ya da daha ağır hallarda (məsələn; intihar riski, aqressiv davranış) stasionar müalicə təyin edir. Ambulator müalicə zamanı müharibə veteranları üçün seçilmiş dərman preparatları siyahısından istifadə olunur, hansılar ki həmin şəxslərə pulsuz və əlillik təyinatından asılı olmadan verilir. Həmçinin sosial məsələlər zamanı Həkim Psixiatr Komissiyalarının vacibliyi bir daha öz təsdiqini tapır. Çətin və ziddiyyətli məsələlərdə psixiatrların Tibbi Sosial-Ekspert Komissiyalarında iştirak üçün dəvət olunmaları onların işinin nə qədər əhəmiyyətli olduğunu bir daha vurğulayır.

İki il müddətində göstərilən yardımların statistikasını toplanmışdır və cədvəldə bu rəqəmlərdə öz əksini tapır. (şəkil 1)



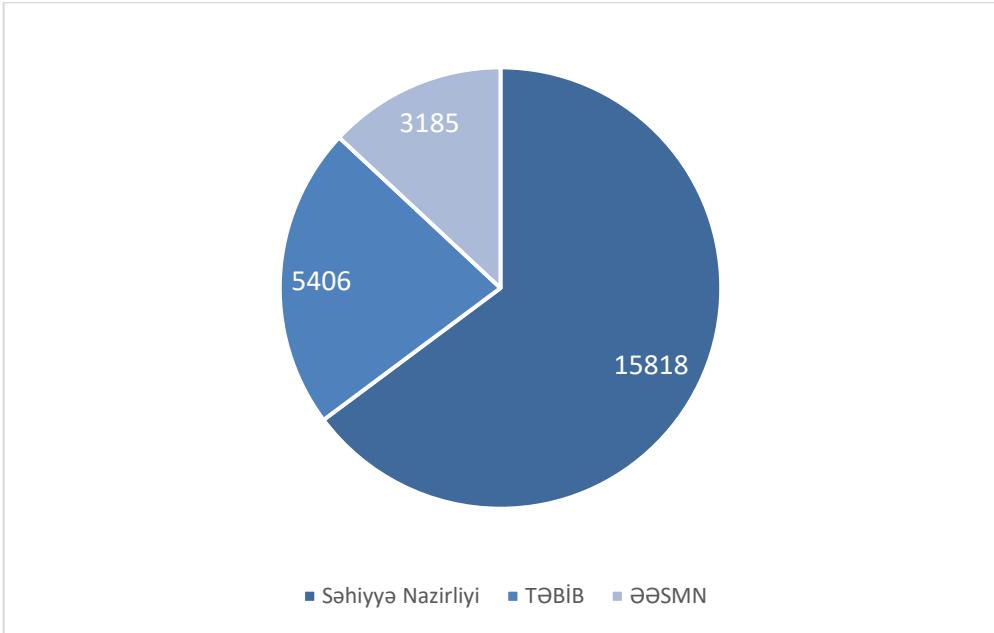
Şəkil 1. İki il ərzində qazilərin müraciət sayı

Şəkildən 1-dən görüldüyü kimi iki il müddətində müəyyən rüblərdə azalma qeyd olursa da ümumi müraciət sayı olduğu kimi qalıb. Görünən rəqəmlərin sayı nə qədər şəxsin psixoloji yardıma ehtiyacı olduğunun göstəricisidir.

Həmin müddətdə müraciətlərə göstərilən yardımların qiymətləndirilməsini apardığımız zaman işçi qüvvəsi üzrə aşağıdakı 2-ci diaqram alınır. Diaqram əsasən aydın görünür ki müraciətlərin əsas yükü SN-nin işçilərinin üzərinə

düşür. Bunun da əsas səbəbi psixiatriya xidməti göstərən müəssisələrin SN-nə aid olmasıdır.

Rəqəmlərin yüksəkliyi və iş zamanı zərərçəkənlərdə kompleks travmaların şahidi olan işçi qrupu 3-cü mərhələni – uzunmüddətli psixoloji yardım xidmətini tez bir zamanda təşkil etməyə yönəldi. Bunun üçün reabilitasiya imkanları olan müəssisələr ilkin seçim siyahısında yer aldı.

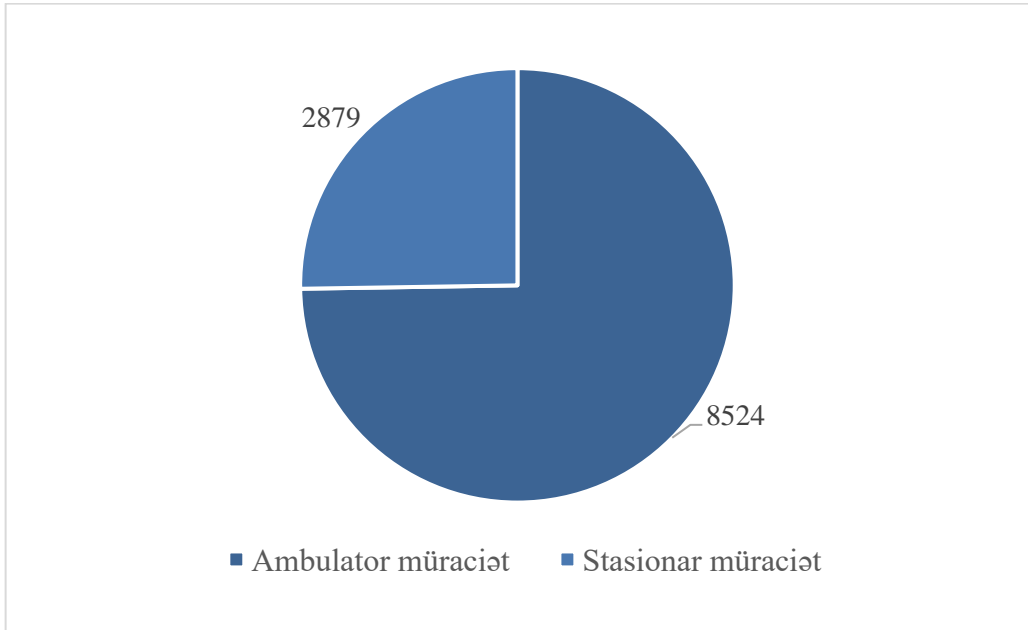


Şəkil 2. Müxtəlif qurumlar tərəfindən yardım göstərilən qazi sayı

SN-nin Buzovnada yerləşən yenilənmiş Sanator-Kurort Reabilitasiya Mərkəzi və Elmi-Tədqiqat Tibbi Bərpa İnstitutu, TƏBİB-in Müharibə Veteranlarının Respublika Xəstəxanası, ƏƏSMN-nin 14 reabilitasiya mərkəzi bu mərhələdə yardım göstərmək üçün hazırlandı. Qeyd etmək lazımdır ki həmin xəstəxana və reabilitasiya mərkəzlərində müalicə alan şəxslərin psixiatrik müalicəsi də vaxtaşırı müvafiq qurumun həkimləri tərəfindən konsultasiya şəklində təmin olunur və müəssisələrin psixoloqları öz yardımlarını göstərirlər. İş prosesi hələ də gedir və nəticələrdəki müsbət dəyişikliklər müalicə həkimlərinin də gözündən qaçmır. Belə ki, psixoloji vəziyyətin yaxşılaşması zərərçəkən şəxsin reabilitasiyaya daha həvəslə qoşulmasına və ya əksinə desək reabilitasiya zamanı ağrılarında yüngüllük hiss edən şəxs psixoloji müdaxiləyə də müsbət cavab verir. Yəni bu mərhələdəki kompleks yardım bir-birini tamamlayır.

Ümumiyyətlə bu müddətdə göstərilən yardımların nisbət bölgüsünə baxaraq görə bilərik ki, ambulator yardım alan şəxslər stasionar müalicə alan şəxslərdən say hesabı ilə üstünlük təşkil edir (bax: şəkil 3). Əslində ambulator müalicə şəxsi ətraf mühitdən, ailədən və cəmiyyətdən uzaqlaşdırmadan və onların da dəstəyini əlavə edərək sağlamanı tezləşdirmə yaradır. Lakin daha ağır hallar üçün (psixotik vəziyyət, intihar davranışları) stasionar müalicə qaçılmazdır.

Həmçinin mütləq şəkildə qeyd etmək lazımdır ki, ambulator sistemə müraciət sayının çoxluğu veteranların çoxsaylı sosial məsələlərinin həllinin vacibliyi ilə əlaqədardır. Xüsusilə, mövcud normativ sənədlərə əsasən əlillik təyinatı üzrə müavinətlər rəsmi qaydada müəyyən olunmuş diaqnoza əsasən təyin edilir. Bu səbəbdən bir çox veteran müavinət verilən əlillik qrupu ala biləcəkləri diaqnoz təyini alanadək təkrar müayinələrdən keçməyə məcbur olur.

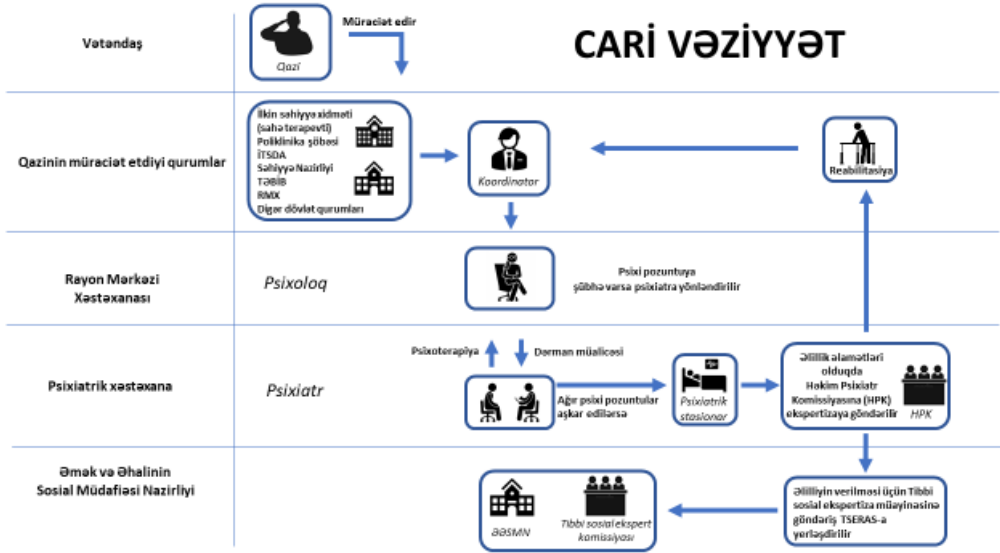


Şəkil 3. Ambulator və stasionar müalicə nisbəti

Problemlər və onların həlli

Bu günkü gündə qazilərin müayinəsi alqoritmi aşağıdakı kimi aparılır (Şəkil 4). Veteran poliklinika şöbəsinə müraciət edir, onu qəbul edən koordinator psixoloqa yönləndirir, psixoloq isə müayinə apararaq psixoterapiya və ya dərman müalicəsi ehtiyac gördüyü halda psixiatra istiqamətləndirir. Psixiatr şəxsin vəziyyətinə

uyğun ya ambulator müalicə həyata keçirir və ya daha ağır hallarda stasionar müalicəyə göndərir. Hər bir stasionar xəstəxanada həkim-psixiatr komissiyası var, hansı ki müalicədə olan şəxsdə əlillik əlamətləri yarandığı zamanı TSEK-ə və ya reabilitasiya məqsədilə bərpa müalicəsinə göndərə bilər.



Şəkil 4. Qazinin yardım algoritmi

Bugünkü gündə yardım göstərilməsi zamanı üzləşdiyimiz 2 böyük problem var. Birinci problem məşğul olan vahid qurumun olmaması, hansıki göstərilən yardıma kompleks yanaşmanın həyata keçirilməsinə mane olur. Məsələn, ABŞ-da bu işlərlə məşğul olan ayrıca nazirlik var – Veteranların İşləri üzrə Dövlət Departamenti, İsraildə Müdafiə Nazirliyinin tərkibində bu işlərin həlli üzrə xüsusi qurum var [8,9]. Bizim ölkədə müharibə və ondan sonrakı dövrdə qazilərin işləri üzrə fərqli qurumlar məşğul olur və onların arasında vahid koordinasiya yaratmaq çətinidir. Hal-hazırda müharibə iştirakçılarında yardım Səhiyyə Nazirliyi, TƏBİB, ƏƏSMN, YAŞAT Fondu və həmçinin yerli icra hakimiyyəti orqanları kimi 5 müstəqil dövlət strukturu tərəfindən həyata keçirilir. Bu strukturlardan hər biri öz şəxsi normativ sənədlərini, məlumat bazasını, göstəricilərini və yanaşma üsulunu rəhbər tutur. Bu da öz növbəsində həmin strukturların fəaliyyətində pərakəndəliyə, ziddiyyətli tələblərə, əsassız olaraq təkrar müraciətlərə, vaxt, insan və maddi xərclərin artmasına gətirib çıxarır. Bundan əlavə, bu vəziyyətdə

yardımın planlaşdırılması, monitorinqi və qiymətləndirilməsi prosesləri əhəmiyyətli çətinliklərlə üzləşir. Bu da öz növbəsində veteranlar arasında kifayət qədər haqlı narazılığa səbəb olur.

İkinci həlli vacib olan problem bölgələrdə xidmət sahələrində resurs çatışmazlığıdır. Belə ki, SN-nin tabeliyində olan müəssisələrdə 31, TƏBİB-in müəssisələrində 32 psixoloq xidmət göstərir. Lakin hər rayon üzrə psixoloji yardımın tam təmini üçün əlavə 83 psixoloqun olmasına ehtiyac var. Psixiatr sayı isə müvafiq olaraq SN sistemində- 153; TƏBİB sistemində-48; bunlardan əlavə psixiatrik xidmətin yaxşılaşması üçün 99 psixiatra ehtiyac var. Əlavə rəqəmlərlə belə ÜST-nin Avropa regionu üçün hesablanan say hesabından geri qalırıq. Avropa regionundakı orta statistik göstəricilərə əsasən hər 100000 əhaliyə 9.7 psixiatr, 5.4 psixoloq sayı nəzərdə tutulur [10].

2022-ci ilin yayında Türkiyədən bir qrup mütəxəssis gəlmişdi və qazilərdə aparılan müalicələri qiymətləndirdilər. Bu məsələlərin müzakirələri zamanı bir çox normativ öhdəliklər qarşıya qoyuldu. Bugünkü gündə mükəmməl psixoloji yardımın təşkili üçün tələbatların hərtərəfli qiymətləndirilməsi, reabilitasiya müəssisələrinə yönləndirmələrin təmini, məşğuliyyət proqramlarının yaradılması, hüquqi yardım, ehtiyac olduğu təqdirdə onlayn konsultasiyalarının təşkili, qoruyucu terapiyanın vaxtında monitorinqinin aparılması vacib addımlardır.

Yaxın gələcək üçün normativ sənədlərin və standartların hazırlanması, rəqəmsal texnologiyanın tətbiqi, beynəlxalq əməkdaşlığın artması, yekun nəticələrin qiymətləndirilməsi kimi məqsədlər qarşıya qoyulub.

Şübhə yoxdur ki, qarşıya qoyulan işlərin nəticəsində müharibə iştirakçılarına veteranların tələbatlarının hərtərəfli qiymətləndirilməsi, psixiatrik və psixoloji müdaxilənin aparılması, məişət, sosial və hüquqi problemlərinin həllində praktiki yardım, peşəkar təhsil və işlə təmin edilməsində yardım kimi kompleks xidmətlər göstərəcək müasir yardım sistemi yarada biləcəyik.

Ədəbiyyət siyahısı

1. Ismailzade, F., Mišković, D. K. Liberated Karabakh: Policy Perspectives by the ADA University Community. ADA University Press Baku, Azerbaijan., 2021
2. Ibrahimli, A. (2022). A Medical Student's Volunteering Experience During the Second Nagorno-Karabakh War. International Journal of Medical Students, 9(4), 312–313. <https://doi.org/10.5195/ijms.2021.1165> (Original work published December 16, 2021)
3. Shoib S, Arif N, Nahidi M, Rumiyya K, Swed S, Yusha'u Armiya'u A. Nagorno-Karabakh conflict: Mental health repercussions and challenges in Azerbaijan. Asian J Psychiatr. 2022 Jul;73:103095. doi: 10.1016/j.ajp.2022.103095. Epub 2022 Apr 7. PMID: 35468483.

4. Azərbaycan Respublikasının Nazirlər Kabineti. Azərbaycan Respublikasının ərazi bütövlüyü uğrunda aparılan hərbi əməliyyatlarda iştirak etmiş hərbi qulluqçulara və şəhid ailələrinə psixoloji yardımla bağlı bəzi məsələlər barədə Qərar. Bakı, 13 yanvar 2021-ci il. 2 s. <https://e-qanun.az/framework/46692>
5. Azərbaycan Dövlət İnformasiya Agentliyi. Türkiyəli psixoloqlar Vətən müharibəsi nəticəsində mənəvi-psixoloji problemlər yaşayan 1800 nəfərə yaxın şəxsə yardım göstəriblər. https://azertag.az/xeber/Turkiyeli_psixoloqlar_Veten_muharibesi_neticesinde_menevi_psixoloji_problemler_yasayan_1800_nefere_yaxin_sexse_yardim_gosteribler-1828419
6. İsmayılov F.N. Community-Based Mental Health Services in Azerbaijan: a Course Toward Development // Consortium Psychiatricum. - 2022. - Vol. 3. - N. 1. - P. 106-112. doi: 10.17816/CP141
7. World Health Organization . World mental health report. Transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization, 2022. <https://www.who.int/publications/i-item/9789240049338>
8. McConnell ES, Xue TM, Levy CR. Veterans Health Administration Models of Community-Based Long-Term Care: State of the Science. J Am Med Dir Assoc. 2022 Dec;23(12):1900-1908.e7. doi: 10.1016/j.jamda.2022.10.012. Epub 2022 Nov 10. PMID: 36370751.
9. Segev D, Schiff M. Integrating Israeli Defense Force (IDF) veterans with disabilities into the workforce: characteristics and predictors. Isr J Health Policy Res. 2019 Dec 19;8(1):86. doi: 10.1186/s13584-019-0352-2. PMID: 31856897; PMCID: PMC6923890.
10. World Health Organization. (2021). Mental health atlas 2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946> License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Şəkərli diabet xəstələrində psixi pozuntuların klinik xüsusiyyətlərinin Dds və DQOL şkalaları ilə öyrənilməsi

*prof., t.e.d. B. M. Əsədov, dos. t.e.d. L.H. Mehtiyeva,
ass. L. A. Mehdi Zadə, ass. B.V. Salman Zadə*

Исследование клинических характеристик психических расстройств у больных сахарным диабетом по шкалам DDS и DQOL

*проф., д.м.н. Б.М. Асадов, доц. д.м.н. Л.Г. Мехтиева
асс. Л. А. Мехми Задэ, асс. Б.В. Салман Задэ*

Study of clinical characteristics of mental disorders in diabetic patients with DDS and DQOL scales

*prof., MD B. M. Asadov, dos. MD L.H. Mehtiyeva
asst. L. A. Mehdi Zade, asst. B.V. Salman Zade*

Azərbaycan Tibb Universiteti, Psixiatriya Kafedrası.

Azerbaijan Medical University, Department of Psychiatry.

Азербайджанский медицинский университет, кафедра психиатрии.

Сахарный диабет является серьезной проблемой общественного здравоохранения во всем мире: к 2019 году от нее будут страдать более 463 миллионов человек, а к 2045 году, по прогнозам, эта цифра достигнет 700 миллионов (Международная федерация диабета, 2019). Хотя большое внимание уделяется физическим осложнениям диабета, таким как сердечно-сосудистые заболевания, невропатия и ретинопатия, психологическое бремя диабета не менее значимо. Психические расстройства широко распространены среди людей с диабетом, что требует комплексного подхода к лечению диабета, включающего оценку психического здоровья и вмешательство. Диабет – хроническое заболевание, которое может существенно повлиять на физическое здоровье человека.

Цель: Оценить распространенность тревоги, вызванной диабетом, а также клинически значимых депрессивных симптомов и диабетического стресса среди пациентов в Азербайджане; и оценка влияния депрессивных симптомов и тревоги по поводу диабета на уровни HbA1C, качество жизни при диабете (DQOL).

Материалы и методы: К участию в исследовании были приглашены лица с диагнозом диабет типа 1 (T1) или типа 2 (T2) в возрасте 18 лет и старше. Исследование охватило 2022-2024 годы. Первоначально в исследовании приняли участие 85 человек.

Выводы: Обобщая результаты, полученные в этом исследовании, мы обнаруживаем, что у большинства участников наблюдался высокий уровень диабетического стресса и клинически

значимые депрессивные симптомы. Более высокий уровень тревоги по поводу диабета был связан с более низким качеством жизни у участников с диабетом 1 и 2 типа. У участников с диабетом 2 типа усиление депрессивных симптомов было связано с более высоким уровнем HbA1C и более низким качеством жизни.

Ключевые слова: сахарный диабет, депрессия, диабетический стресс, тревога, качество жизни.

Diabetes mellitus is a serious public health problem worldwide: by 2019, more than 463 million people will suffer from it, and by 2045, according to forecasts, this figure will reach 700 million (International Diabetes Federation, 2019). Although much attention is paid to the physical complications of diabetes, such as cardiovascular diseases, neuropathy and retinopathy, the psychological burden of diabetes is no less significant. Mental disorders are widespread among people with diabetes, which requires a comprehensive approach to the treatment of diabetes, including assessment of mental health and intervention. Diabetes is a chronic disease that can significantly affect a person's physical health. However, the consequences of diabetes go beyond physical symptoms and have a profound effect on mental health as well.

Objective: To evaluate the prevalence of anxiety caused by diabetes, as well as clinically significant depressive symptoms and diabetic stress among patients in Azerbaijan; and assessment of the influence of depressive symptoms and anxiety about diabetes on HbA1C levels, quality of life in diabetes (DQOL).

Materials and methods: Persons diagnosed with diabetes type 1 (T1) or type 2 (T2) aged 18 years and older were invited to participate in the study. The study covered 2022-2024. Initially, 85 people took part in the study.

Conclusions: Overall results obtained in this study, we found that the majority of participants had a high level of diabetic stress and clinically significant depressive symptoms. A higher level of anxiety about diabetes was associated with a lower quality of life in participants with type 1 and type 2 diabetes. In participants with type 2 diabetes, the increase in depressive symptoms was associated with a higher level of HbA1C and a lower quality of life.

Key words: diabetes, depression, diabetic stress, anxiety, quality of life.

Tədqiqatın aktuallığı. Şəkərli Diabet bütün dünyada əsas ictimai sağlamlıq problemlərdən biridir, çünki, 2019-cu ilə qədər 463 milyondan çox insan həmin xəstəliyə düçar olub və 2045-ci ilə qədər xəstəlik rəqəminin 700 milyona çatacağı proqnozlaşdırılır (Beynəlxalq Diabet Federasiyası, 2019). Diabetin ürək-damar xəstəlikləri, neyropatiya və retinopatiya kimi fiziki ağırlaşmalarına çox diqqət yetirilsə də, diabetin psixoloji yükü eyni dərəcədə əhəmiyyətlidir. Diabetli pasiyentlər arasında müxtəlif psixi pozuntuların yüksək dərəcədə yayılması müəyyən edilir ki, bu da onların psixi sağlamlığının qiymətləndirilməni və müdaxiləni əhatə edən diabet qayğısına hərtərəfli yanaşmanı tələb edir. Diabet bir insanın fiziki sağlamlığına əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərə bilən xroniki bir xəstəlikdir. Bununla belə, diabetin təsiri fiziki simptomlardan kənara çıxır və psixi sağlamlığa da dərindən təsir edir. Diabet və psixi sağlamlıq arasındakı əlaqə mürəkkəb və iki istiqamətlidir: diabet psixi pozğunluqların riskini artırır və əksinə. Bu məqalə diabetin psixi sağlamlığa və diabetlə əlaqəli psixi pozuntuların sağlamlıq vəziyyətlərinə necə təsir etdiyini

araşdırır. Diabetin yüksək yayılmasına baxmayaraq, onun ağırlaşmalarının, profilaktikasının bölgəmizdə tədqiqi kifayət qədər deyil. Belə az araşdırılan mövzulardan biri də psixososial çətinliklərdir. Ədəbiyyata əsaslanaraq qeyd edə bilərik ki, diabetli insanlar daha yüksək sıxlıqda depressiv pozuntu (klinik cəhətdən əhəmiyyətli depressiv simptomlar) və diabet stressi ilə qarşılaşırlar. Şəkərli diabetin xroniki təbiəti, daimi özünə nəzarət ehtiyacı və ağırlaşma qorxusu yüksək səviyyədə stress və narahatlıq yaradır (Colton et al., 2009). Diabet stressi diabetlə yaşamağın mənfi emosional təcrübəsinə aiddir. Bu, insanın xroniki və mütərəqqi bir xəstəliklə yaşaması ilə bağlı təcrübələrini, narahatlıqlarını və qorxularını əks etdirir. Osteopatik həkimlər bütün insanı - bədəni, idrakı və ruhu müalicə etmək üçün hazırlanır [1]. Şəkərli diabet müalicə olunmazsa, ürək-damar xəstəlikləri, insult, retinopatiya, neyropatiya və nefropatiya da daxil olmaqla müxtəlif fiziki ağırlaşmalarla nəticələnə bilər [2]. Üstəlik, şəkərli diabet çoxsaylı psixososial çətinliklərlə, o cümlədən depressiya, diabet sıxıntısı və həyat keyfiyyətinin azalması ilə əlaqələndirilir [3]. Diabet və psixi sağlamlıq arasındakı əlaqə mürəkkəb və iki istiqamətlidir. Bir tərəfdən, diabetin idarə edilməsi ilə əlaqəli xroniki stress psixi sağlamlıq pozuntularına səbəb ola bilər. Digər tərəfdən, mövcud olan psixi pozuntular diabet inkişaf riskini artırır. Məsələn, depressiya və xroniki stress, 2-ci tip diabetin inkişafı üçün risk faktorları olan qeyri-sağlam qidalanma, fiziki hərəkətsizlik və siqaret çəkmə kimi qeyri-sağlam davranışlarla əlaqələndirilir. Bundan əlavə, kortizol kimi stress hormonları insulin funksiyasına müdaxilə edərək hiperglikemiyaya səbəb ola bilər. Psixiatrik pozuntular diabetin idarə edilməsini çətinləşdirə bilər ki, bu da zəif glikemik nəzarətə və ağırlaşma riskinin artmasına səbəb olur. Depressiya və narahatlıq müalicəyə zəif riayət etməyə, qeyri-sağlam həyat tərzini seçməsinə və özünə qulluq etmək üçün motivasiyanın olmamasına səbəb ola bilər. Bu, zəif diabet nəzarətinin psixi sağlamlıq problemlərini pisləşdirdiyi və əksinə olaraq qüsurlu dövrəni yaradır. Beləliklə, diabetin müalicəsi vahid bir yanaşma tələb edir.

Məqsəd. Azərbaycanca xəstələr arasında şəkərli diabetin yaratdığı təşvişin, eləcə də klinik cəhətdən əhəmiyyətli depressiv simptomların və diabet stressinin yayılmasının qiymətləndirilməsi; və depressiv simptomların və diabet təşvişinin HbA1C səviyyələrinə, diabetin həyat keyfiyyətinə (DQOL) təsirini qiymətləndirilməsi.

Material və metodlar. Bu tədqiqata əhatə edən tədqiqatda 18 yaş və ya daha yuxarı tip 1 (T1) və ya tip 2 (T2) diabet diaqnozu qoyulmuş şəxslər iştirak etməyə dəvət edilmişdir. Tədqiqat 2022-2024-cü illəri əhatə etmişdir. Tədqiqata ilkin olaraq 90 nəfər cəlb olunub, lakin onlardan 5-i müxtəlif səbəblərdən tədqiqat zamanı sorğu və testlərin cavablandırılmasını sona çatdırmadan imtina etmişlər. İştirakçılar tədqiqat barədə məlumatlandırılmış və tədqiqata könüllü cəlb olunmuşlar. Ki-kvadrat testləri vasitəsi ilə diabet növünə görə klinik əhəmiyyətli depressiv simptomların və yüksək səviyyəli diabetik stressin komorbidliyi müəyyən edildi. Çoxsaylı reqressiya modelləri klinik cəhətdən əhəmiyyətli depressiv simptomlar, diabetin stress nəticələrini, HBA1C səviyyələri və DQOL balları arasındakı əlaqəni araşdırdı. Statistik əhəmiyyət $p < 0,05$ olaraq təyin olundu. Psixoloji rifahın qiymətləndirilməsində DDS və DQOL-un rolu: Diabet Stress Testi (DDS). DDS xüsusi olaraq diabetin idarə edilməsi ilə bağlı emosional yük və stress olan diabetlə bağlı narahatlığı ölçmək üçün nəzərdə tutulmuş şkaladır. O, dörd sahəyə bölünən 17 maddədən ibarətdir: emosional yük, həkimlə bağlı narahatlıq, müalicə rejimi ilə bağlı narahatlıq və şəxsiyyətlərarası sıxıntı (Polonsky et al., 2005). DDS-də yüksək ballar psixoloji müdaxilə tələb edən əhəmiyyətli sıxıntıları göstərir.

Diabet Həyat Keyfiyyəti Testi (DQOL) diabetin insanın həyat keyfiyyətinə təsirini qiymətləndirir. O, dörd sahəni əhatə edir: məmnunluq, təsir, narahatlıq və sosial/peşə problemləri (Jacobson et al., 1988). DQOL xüsusilə diabetin gündəlik həyata və ümumi rifah halına necə təsir etdiyini qiymətləndirmək üçün faydalıdır, həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırmaq üçün məqsədyönlü müdaxilələr tələb edən sahələr haqqında məlumat verir. Bundan əlavə, iştirakçılar aşağıdakı fəaliyyətləri yerinə yetirdilər: Tip 2 Diabet Distress Scale (T2DDS) [4]: T2 Diabet distressini və onun dörd alt miqyasını qiymətləndirmək üçün altı ballıq Likert şkalasından istifadə edən 17 maddəlik bir test: (1) emosional yük, (2) həkimlə əlaqəli təşviş, (3) müalicə rejimi ilə bağlı narahatlıq və (4) şəxsiyyətlərarası sıxıntı. İştirakçılardan “problem deyil” və “çox ciddi problem”ə qədər hər bir maddənin sonuncu ay onları nə qədər narahat etdiyini bildirmələri xahiş olunur. Şkala qiymətləndirmək üçün iştirakçının cavabları toplanır və şkala və ya alt miqyaslı maddələrin sayına bölünür. Təhlükəli həddlərə aşağıdakılar daxildir: az və ya heç bir çətinlik ($< 2,0$); diabetik stressin aşağı səviyyəsi (1,5-1,9); orta dərəcədə sıxıntı (2,0-2,9); yüksək stress ($\geq 3,0$) [6]. Tətbiq daxili uyğunluğun olduğunu nümayiş etdirir. Tip 1 Diabet Distress Scale (T1-DDS) [7]: ümumi T1 Diabet distressini

və onun yeddi alt miqyasını qiymətləndirmək üçün altı ballıq Likert şkalasından istifadə edən 28 maddəlik bir test: (1) gücsüzlük, (2) mənfi sosial qavrama, (3) həkimlə çətinliyin olması, (4) dost/ailə sıxıntısı, (5) hipoxlikemiya nəzarətin çətinliyi, (6) idarəetmə çətinliyi və (7) qidalanma çətinliyi. İştirakçılardan “problem deyil”dən “çox ciddi problem”ə qədər hər bir maddənin əvvəlki ay onları nə qədər narahat etdiyini bildirmələri xahiş olunur. Şkala qiymətləndirmək üçün iştirakçının cavabları cəmlənir və şkala və ya alt miqyaslı maddələrin sayına bölünür. Təhlükə hədlərinə aiddir: az və ya heç bir çətinlik (1,0-1,4); diabetik stressin aşağı səviyyəsi (1,5-1,9), orta dərəcədə sıxıntı (2,0-2,9); yüksək stress (≥ 3) [7]. Ölçü yaxşı və əla daxili uyğunluq nümayiş etdirir.

DQOL şkalası: məmnuniyyəti, ümumi sağlamlığı, müalicənin təsirini və diabetin gələcək nəticələrini beş ballıq Likert şkalasında (“heç vaxt, nadir hallarda, bəzən, tez-tez, hər zaman”) qiymətləndirən 39 maddəlik ölçüdür. Bütün suallar mənfi ifadəlidir, ona görə də yüksək ballar aşağı DQOL-u göstərir. DQOL əla daxili ardıcılıq ($\alpha = 0,92$) və yüksək test-təkrar test etibarlılığı (0,78-0,92) nümayiş etdirir [8]. Məlumatların təhlilində ilk addım təsviri statistika, korrelyasiya və histoqramlardan istifadə etməklə məlumatların tamlığını və düzgünlüyünü yoxlamaq və çatışmayan məlumatların hesabını verməkdən ibarət olub. Histoqramlar ümumi diabet distressinin, T1DM distressinin, T2DM distressinin, A1C səviyyələrinin, diabetin özünə qulluq davranışlarının və DQOL-un normal paylanması aşkar etdi; depressiya əlamətləri müsbət istiqamətdə əyilmişdi. Məlumatlarımızı nəzərdən keçirdikdən sonra biz bütün sosial-demoqrafik və sağlamlıq xüsusiyyətlərinin vasitələrini və tezliklərini topladıq. Biz ≥ 10.0 (bəli=1, yox=0) kəsmə balından və ≥ 3.0 (bəli=1, yox=0) kəsmə balından istifadə edərək yüksək diabet əziyyətindən istifadə edərək kliniki əhəmiyyətli depressiv simptomlar üçün ikitərəfli dəyişənlər yaratdıq. Daha sonra yayılma səviyyələrini təxmin etmək üçün klinik cəhətdən əhəmiyyətli depressiv simptomların tezliyini və yüksək səviyyəli diabet narahatlığını hesabladıq. Daha sonra diabet növünə görə klinik əhəmiyyətli depressiv simptomlar və yüksək səviyyəli diabetik narahatlıq üçün dixotom dəyişənlərin komorbidliyini müəyyən etmək üçün Ki-kvadrat testlərindən istifadə etdik. Bundan əlavə, diabet növü və cinsinə görə fərqləri araşdırmaq üçün Chi-kvadrat testləri, eləcə də ədəbiyyatda bildirilmiş əvvəlki assosiasiyaları nəzərə alaraq yaşa görə fərqləri araşdırmaq üçün müstəqil t-testləri aparılmışdır [9]. Nəhayət, hər bir modeldə yaş və cinsə nəzarət edən kliniki əhəmiyyətli depresif simptomlar, yüksək diabetik distress balları və A1C

səviyyələri, özünə qulluq davranışları və DQOL-un davamlı ölçüləri ilə əlaqələri araşdıran altı çoxlu reqressiya modeli apardıq. Statistik əhəmiyyət $p < 0,05$ olaraq təyin olundu. Bütün təhlillər SPSS statistik proqram versiyası 26.0 (SPSS, İNC)

Nəticələr: Yekun olaraq tədqiqatımız könüllü iştirak edən 85 iştirakçını əhatə edirdi. İştirakçıların orta \pm (SD) yaşı $41,6 \pm 19,4$ il müəyyən olundu; 52 nəfər (61,2%) qadın, 33 nəfər (38,8%) kişi cinsinə aiddir. İştirakçıların 13 nəfər (15,3%) natamam orta təhsilli, 72 nəfər (84,7%) tam orta və ali təhsillidir. 85 iştirakçıdan 34-ü (40,0%) Tip 1 şəkərli diabetdən, 51-i (60,0%) isə Tip 2 şəkərli diabetdən əziyyət çəkdiyini bildirdi. Ümumilikdə, iştirakçılarda orta \pm SD HbA1C $7,5 \pm 1,9\%$ və diabetin orta \pm SD müddəti $12,6 \pm 9,3$ il olmuşdur. Xəstələrin orta \pm SD BKİ (bədən kütlə indeksi) $31,4 \pm 10,0$ kq/m² idi və 44 iştirakçı (51,7%) insulin və ya insulin və oral dərmanların kombinasiyasını qəbul etdiyini bildirdi.

85 iştirakçıdan 18-də (21,2%) klinik əhəmiyyətli depressiv simptomlar var idi, o cümlədən 22,8% iştirakçı T1 Diabet və 21,0% T2 Diabet ilə. Tip 1 və Tip 2 Şəkərli diabet olan iştirakçıların birləşdirilmiş təhlilində qadınların klinik cəhətdən əhəmiyyətli depressiya əlamətlərini bildirmə ehtimalı kişilərə nisbətən daha çox olmuşdur ($p = 0.015$). Şəkərli diabet klinik tiplərinə görə təhlil edildikdə, yalnız Tip 2 Diabet olan qadınlar daha çox klinik əhəmiyyətli depressiv simptomları bildirmişlər ($p = 0.045$). Tip 1 Diabet olan qadınlar klinik əhəmiyyətli depressiv simptomların tezliyinə görə Tip 1 Diabet olan kişilərdən fərqlənmirdilər ($p=0,178$). Klinik əhəmiyyətli depressiv simptomların tezliyi diabetin növündən ($p=0,701$) və yaşdan ($p=0,408$) asılı olaraq fərqlənməmişdir.

Klinik araşdırmaya əsasən, 37 (43,5%) az və ya heç nəzərə çarpmayan stress, 23 (27,06%) orta stress və 25 (29,4%) ağır stress barədə məlumat verdi. Tip 1 Diabet olan iştirakçılar arasında 32 (37,6%) az və ya heç nəzərə çarpmayan stress, 25 (29,4%) orta stress və 28 (32,9%) şiddətli stress barədə məlumat verdi. Tip 2 Diabet olan iştirakçılar arasında 26 (30,5%) az və ya heç nəzərə çarpmayan stress, 22 (25,9%) orta stress və 37 (43,5%) ağır stress bildirmişdir. Tip 1 Diabet sınıxtısının ən yüksək səviyyəsinə malik olan alt miqyas gücsüzlük, Tip 2 Diabet sınıxtısının ən yüksək səviyyəsinə malik olan alt miqyas isə müalicə rejimi ilə bağlı narahatlıq idi. Tip 2 Diabet olan qadınlar ($p=0.024$) və daha gənc iştirakçılar ($p=0.002$) yüksək səviyyəli diabet narahatlığı üçün pozitiv skrining etmə ehtimalı daha yüksək idi ($p=0,026$). Tip 1 Diabet olan iştirakçılarda

narahatlıq səviyyələrində heç bir cins ($p=0.579$) və ya yaş fərqləri ($p=0.238$) müşahidə edilməmişdir.

Yekun: Diabetin psixi sağlamlığa təsiri dərin və çoxşaxəlidir və fizioloji, psixoloji və sosial amilləri əhatə edir. Diabet müxtəlif psixi sağlamlıq pozğunluqları, o cümlədən depressiya, anksiyete pozğunluqları, yemək pozğunluqları, idrakın zəifləməsi və stresslə əlaqəli pozğunluqlar riskini əhəmiyyətli dərəcədə artırır. Bu əlaqəni başa düşmək, həm fiziki, həm də ruhi sağlamlığa toxunan hərtərəfli yanaşmalara ehtiyacı vurğulayaraq, diabetli insanlara hərtərəfli qayğı göstərmək üçün çox vacibdir. Diabetlə əlaqəli psixi sağlamlıq problemlərini tanımaq və həll etməklə, tibb işçiləri bu xroniki xəstəliklə yaşayan insanların ümumi nəticələrini və həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırma bilər. Bu araşdırmada alınan nəticələri ümumiləşdirsək, iştirak edənlərin əksəriyyətində yüksək səviyyəli diabetik stress və klinik əhəmiyyətli depressiv simptomların müşayiət olunduğunu müəyyənləşdiririk. Diabet narahatlığının yüksək səviyyələri Tip 1 və Tip 2 şəkərli diabet olan iştirakçılarda aşağı həyat keyfiyyəti ilə əlaqələndirildi. Tip 2 şəkərli diabet olan iştirakçılarda artan depressiv simptomlar yüksək HbA1C səviyyələri və aşağı həyat keyfiyyəti ilə əlaqələndirildi. Bu nəticələr diabetik stress problemi və klinik əhəmiyyətli depressiv simptomlar üçün müntəzəm müayinələrin vacibliyini vurğulayır. Şəkərli diabet və əlaqəli klinik əhəmiyyətli depressiv simptomlar üçün sübuta əsaslanan müdaxilələr mövcuddur.

ƏDƏBİYYAT:

1. Gevitz, N. *The DOs: osteopathic medicine in America*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press; 2004. Search in Google Scholar
2. Harding, JL, Pavkov, ME, Magliano, DJ, Shaw, JE, Gregg, EW. Global trends in diabetes complications: a review of current evidence. *Diabetologia* 2019;62:3–16. <https://doi.org/10.1007/s00125-018-4711-2>. Search in Google Scholar
3. Young-Hyman, D, de Groot, M, Hill-Briggs, F, Gonzalez, JS, Hood, K, Peyrot, M. Psychosocial care for people with diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2016;39 Search in Google Scholar
4. Polonsky, WH, Fisher, L, Earles, J, Dudl, RJ, Lees, J, Mullan, J, et al. Assessing psychosocial distress in diabetes: development of the diabetes distress scale. *Diabetes Care* 2005;28:62631. <https://doi.org/10.2337/diacare.28.3.626>. Search in Google Scholar
5. Dennick, K, Sturt, J, Hessler, D, Purssell, E, Hunter, B, Oliver, J, et al.. High rates of elevated diabetes distress in research populations: a systematic review and meta-analysis. *Int*

- Diabetes Nurs* 2016;12:93107. <https://doi.org/10.1080/20573316.2016.1202497>. Search in Google Scholar
6. Fisher, L, Hessler, DM, Polonsky, WH, Mullan, J. When is diabetes distress clinically meaningful?: establishing cut points for the diabetes distress scale. *Diabetes Care* 2012;35:259–64. <https://doi.org/10.2337/dc11-1572>. Search in Google Scholar
 7. Fisher, L, Polonsky, WH, Hessler, DM, Masharani, U, Blumer, I, Peters, AL, et al.. Understanding the sources of diabetes distress in adults with type 1 diabetes. *J Diabet Complicat* 2015;29:5727. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2015.01.012>. Search in Google Scholar
 8. Jacobson, AM. The DCCT Research Group: the diabetes quality of life measure. In: Bradley, C, ed. *Handbook of psychology and diabetes*. London: J. Wiley; 1994. Search in Google Scholar
 9. Delahanty, LM, Grant, RW, Wittenberg, E, Bosch, JL, Wexler, DJ, Cagliero, E, et al. Association of diabetes-related emotional distress with diabetes treatment in primary care patients with type 2 diabetes. *Diabet Med* 2007; 24:4854. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2007.02028.x>. Search in Google Scholar

Особенности психического здоровья и гормонального статуса женщин в период пандемии ковид-19

(краткий обзор)

Билал Асадов, Насими Вагабов, Салман-заде Бахруз

COVID-19 pandemiyası dövründə qadınların psixi sağlamlığının və hormonal statusunun xüsusiyyətləri

(qısa icmal)

Bilal Əsədov, Nəsimi Vahabov

FEATURES OF MENTAL HEALTH AND HORMONAL STATUS OF WOMEN DURING THE COVID-19 PANDEMIC

(brief review)

Bilal Asadov, Nasimi Vahabov

Кафедра психиатрии АМУ

Bu icmalda Covid pandemiyasının qadın əhalisinin psixi və hormonal vəziyyətinə təsiri ilə bağlı müxtəlif tədqiqatçıların məlumatları təqdim olunur. Bildirilir ki, COVID-19 pandemiyasının yayılması ilə əlaqədar karantinin psixoloji təsiri pandemiyaadan sonra 3 ilə qədər davam edə bilən travma sonrası stress və depressiyanın artmasına səbəb olur, xüsusən də karantində olan və əksəriyyəti qadınlar olan tibb işçiləri. Bundan əlavə, koronavirus infeksiyasının qadın orqanizminin hormonal vəziyyətinə təsiri müəyyən edilib. Britaniyada qadınlar koronavirusa yoluxduqdan sonra vaxtından əvvəl menopoz keçiriblər. Bununla belə, onlardan bəzilərinin dövrün pozulması üçün heç bir ilkin şərtlər yox idi. Rus qadınları da 2020-ci ildə qadınların sağlamlığının pozulmasını hiss etməyə başladılar. COVID-19 pandemiyası hamilə qadınlarda psixi sağlamlıq problemləri riskini ikiqat artırır. Hamiləlik dövründə qadınlar xarici amillərin təsirinə ən həssasdırlar və daha çox psixoloji dəstəyə ehtiyac duyurlar. Sonda məqalə COVID-19 koronavirus infeksiyasının psixiatrik aspektlərinə xüsusi diqqət yetirməyi tövsiyə edir. Axı, bəzən “anormal vəziyyətə anormal reaksiya normal davranışdır” deyərək onların əhəmiyyətini minimuma endirmək bağışlanmaz səhv ola bilər. Görünür, həm pandemiya dövründə, həm də ondan sonra əhalinin psixoloji və psixiatrik reabilitasiyası proqramı hazırlamaq lazımdır.

Açar sözlər: Covid pandemiyası, qadın əhalinin psixi və hormonal vəziyyəti, vaxtından əvvəl menopoz, psixoloji və psixiatrik reabilitasiya proqramı.

This review presents data from various researchers on the impact of the Covid pandemic on the mental and hormonal state of the female population. It is indicated that the psychological

impact of quarantine due to the spread of the COVID-19 pandemic leads to increased post-traumatic stress and depression, which can last up to 3 years after the pandemic, especially among people in quarantine and medical personnel, the majority of whom were women. In addition, the effect of coronavirus infection on the hormonal status of the female body was revealed. Residents of Britain noted premature menopause after infection with coronavirus. At the same time, some of them had no prerequisites for cycle disruption. Russian women also began to notice disruptions in women's health in 2020. The COVID-19 pandemic doubles the risk of mental disorders in pregnant women. During pregnancy, women are most vulnerable to the influence of external factors and need more psychological support. In conclusion, the article recommends paying special attention to the psychiatric aspects of the COVID-19 coronavirus infection. After all, minimizing their significance by claiming that sometimes "an abnormal reaction to an abnormal situation is normal behavior" can be an unforgivable mistake. It seems that it is necessary to develop a program for the psychological and psychiatric rehabilitation of the population, both during and after the pandemic.

Key words: Covid pandemic, mental and hormonal state of the female population, premature menopause, psychological and psychiatric rehabilitation program.

На фоне стремительного распространения пандемии коронавирусного заболевания (COVID-19) на большинство стран мира, у широких масс населения возникает чувство тревоги, страха и стресса, что является вполне естественной и нормальной реакцией на постоянно меняющуюся и непредсказуемую ситуацию, в которой мы все оказались.

Пандемия коронавирусной инфекции уже повлияла на ментальное здоровье миллионов людей во всем мире. Страх заболеть, инфицировать близких и коллег, потерять работу, умереть — это вселяет беспокойство чаще всего. Во многих странах, в том числе и в нашей стране, среди тех, кто обращается за помощью к психологам, каждому второму диагностируют тревожное расстройство. Специалисты говорят, что вирус с короной повлиял даже на тех, кто не переболел. Стрессы, тревожные расстройства и депрессии наблюдаются у людей по всему миру. Ученые предупреждают, что последствия стресса скажутся на здоровье детей, рождающихся сейчас. Это поколение уже называют «корониалами».

Уважаемый журнал *The Lancet Psychiatry* еще в мае опубликовал статью, авторы которой написали: «Клиницисты должны знать о возможности депрессии, тревоги, усталости, посттравматического стрессового расстройства и редких нервно-психических синдромов в долгосрочной перспективе». Почему тяжелые случаи коронавирусной инфекции COVID-19 могут иметь последствия для психики больного? Среди основных причин авторы

исследования называют как прямые последствия вирусной инфекции (в том числе воздействие на центральную нервную систему), так и степень физиологического нарушения (например, низкий уровень кислорода в крови), иммунный ответ и медицинские вмешательства. Безусловно, свою лепту вносят и социальная изоляция, психологическое воздействие нового тяжелого и потенциально смертельного заболевания, а также опасения заразиться других и социальная стигматизация.

Психиатры пытаются понять, является ли это нормальной реакцией на трудную ситуацию или реальной патологией. Пока одни эксперты предостерегают усугубление проблем с ментальным здоровьем, в связи со второй волной пандемии, другие называют ситуацию преувеличенной, а люди, которые связывают свою фрустрацию с депрессией, по их мнению, просто устали сидеть дома.

По мнению ученых, смертельные токсины одиночества и социальной изоляции повышают риск смертности, их воздействие сопоставимо с ожирением или курением. Они подчеркивают, что изоляция оказывает прямое воздействие на мозг: "на биологическом уровне одиночество и социальная изоляция связаны с увеличением воспаления и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой активности, двух механизмов, вовлеченных в суицидальность". Функциональная МРТ даже позволяет конкретизировать то, что социальная изоляция приводит к изменению функционирования определенных областей мозга у лиц с суицидальными наклонностями.

Генеральный директор ВОЗ Тедрос Аданом Гебреисус заявил, что пандемия коронавируса оказала серьёзное влияние на психическое здоровье миллионов людей. По его словам, отсутствие социального взаимодействия вследствие карантина сильно влияет на человеческую психику. «COVID-19 повлиял на психическое здоровье миллионов в том, что касается вызванной им тревоги и страха, а также нарушения работы служб по поддержке психического здоровья».

Гендиректор ВОЗ также обратил внимание на то, что и до пандемии вопросам психического здоровья уделялось недостаточно внимания. По его оценке, около миллиарда человек живут с психическими расстройствами и «каждые 40 секунд один человек в мире совершает самоубийство». В Соединенных Штатах существует еще одна причина для беспокойства. Взрывной рост продаж оружия во время кризиса вызывает опасения по поводу

экспоненциального роста числа самоубийств с применением огнестрельного оружия. В марте 2020 года американцы купили оружия на 85% больше, чем в марте 2019 года. Наличие оружия в доме может в десять раз увеличить вероятность самоубийства с применением огнестрельного оружия. Такой риск распространяется на всех членов семьи. Американские психиатры отмечают, что "Мы являемся тем обществом, которое готовится пережить эпидемию самоубийств, вызванную Covid-19".

Психологическое воздействие карантина приводит к усилению посттравматического стресса и депрессии, которое может продлиться вплоть до 3 лет после пандемии, особенно среди людей, находящихся на карантине и медперсонала, основную часть которых составляли женщины. Способствовали появлению этих расстройств такие факторы как длительность карантина (всегда меньшая, чем та, которую мы переживаем сейчас), страх заражения своих близких и себя самого, отсутствие ясности в информации, предоставленной властями, и признаки самого заболевания.

Влияние кризиса Covid-19 на психическое здоровье уже ощущается. В одном исследовании изучалось психическое здоровье бельгийцев после месяца карантина на основе опроса более 44 тыс. человек. Тревожные (20%) и депрессивные (16%) расстройства значительно возросли по сравнению со значениями 2018 года (11% и 10%). Наиболее пострадавшими оказались женщины от 16 до 24 лет и старше 55 лет. Увеличивает риск тревоги и депрессивного расстройства прямое или косвенное столкновение с лицом с подозрением на болезнь или уже зараженным Covid-19. На самом деле, людей, которые не смогли продолжить свою деятельность, больше затронули депрессивные расстройства (22%), чем тех, которые смогли продолжить работу (14%).

Помимо этого, выявлено влияние коронавирусной инфекции на гормональный статус женского организма. У жительниц Британии отмечена преждевременная менопауза после заражения коронавирусом. При этом у некоторых из них никаких предпосылок к нарушению цикла не было. Россиянки тоже стали замечать сбои по части женского здоровья в 2020 году. Разбираемся, в чем может быть причина столь необычного последствия COVID-19 и как это может отразиться на здоровье женщин в будущем. Одна из женщин, которая перенесла коронавирус с неожиданными последствиями, – Дон Найт из Сомерсета. Она заболела еще в марте, после того

как вернулась домой из Таиланда. По словам 46-летней британки, борьба с COVID-19 в ее случае затянулась на несколько недель. И кроме привычных симптомов, у нее не наступили критические дни. После забора анализа крови выяснилось, что уровень эстрогена, прогестерона и фолликулостимулирующего гормона, которые отвечают за репродукцию, были на "постменопаузальном" уровне. Аналогичные ситуации с переболевшими женщинами происходили не только в Британии, но и по всему миру.

Пандемия COVID-19 повлияла даже на тех, кто не заразился коронавирусом. По всему миру люди оставались в изоляции, теряли работу, меняли свой образ жизни, тревожились за себя и своих близких. Ученые предполагают, что ситуация плохо сказалась на психическом здоровье людей — так, по результатам исследования, в Америке в апреле 2020 года уровень стресса, особенно у женщин и лиц пожилого возраста был выше, чем в 2018 году. Однако масштабных исследований с надежными показателями психического состояния и возможностью сравнить результаты с динамикой до пандемии пока не появилось.

Исследователи из Великобритании проанализировали данные исследования британских домохозяек. Для начала ученые оценили абсолютные значения результатов опроса, которые отражают уровень психического неблагополучия. В апреле 2020 года показатель был выше у женщин, чем у мужчин. Социально-экономические и социальные показатели (их определили по результатам предыдущих волн исследования) тоже коррелировали с психическим дискомфортом. Уровень стресса был выше у людей с низким доходом и безработных, одиноких участников (не живущих с партнером), тех, кто живет с маленькими детьми, и людей с различными заболеваниями. У 27 процентов участников в целом и у 44 процентов молодых женщин в апреле результат опросника превышал порог клинически значимого уровня психического неблагополучия, что является тревожным знаком — в 2018 году порог превысили ответы 18 процентов респондентов и 32 процентов молодых женщин.

Статистически значимо уровень психического дискомфорта усилился у молодых людей, у женщин и тех, кто живет с детьми.

Существует и свидетельство непосредственного влияния коронавируса на мозг человека: у женщины с COVID-19 на раннем этапе

заболевания изменился сигнал от коры больших полушарий — возможно, это объясняет некоторые симптомы болезни.

По словам исследователей, проблемы с психикой у переболевших коронавирусом могут быть связаны с воспалительным процессом, который напрямую влияет на нейромедиаторы в головном мозге, отвечающие за мотивацию, беспокойство и возбуждение. Ученые подчеркнули необходимость дополнительных исследований воспалительных биомаркеров для лечения возникающих на фоне инфекции психических расстройств.

Однако на наш взгляд основную роль в возникновении психических расстройств играют психологические факторы, в том числе травмирующие воспоминания о пережитом и жесткую социальную изоляцию во время лечения. Женщины чаще, чем мужчины страдают от тревожности и депрессии. У пациентов, которые раньше страдали перечисленными психическими расстройствами, симптомы усилились после коронавируса. Полученные результаты являются крайне «тревожными» и диктуют необходимость проходить обязательную оценку психического здоровья всем пациентам, которые перенесли COVID-19.

Если говорить о врачах и медсестрах, то результаты недавнего исследования китайских коллег говорят том, что в конце января – начале февраля 2020 года врачи и медсестры, работавшие с пациентами с COVID-19, сообщали о симптоматике депрессии (50,4%), тревоги (44,6%), нарушениях сна (34%) и дистрессе (71,5%). И в результате данных исследования была обнаружена большая интенсивность симптоматики у женщин по сравнению с мужчинами; у медсестер по сравнению с другими категориями медицинских работников; у лиц, находящихся в непосредственном контакте с пациентами, по сравнению с другими медицинскими работниками; у лиц, работающих в Ухане, по сравнению с медицинскими работниками, занятыми в других районах.

Пандемия COVID-19 в два раза повышает риск возникновения психических расстройств у беременных. В период беременности женщины наиболее уязвимы к влиянию внешних факторов и нуждаются в большей психологической поддержке. Принимая во внимание общую тревожность и напряжение от всего происходящего сегодня в мире, для оценки депрессии и тревожности у беременных в период пандемии был проведен анонимный опрос с участием 260 респондентов. Основные выводы опроса:

-более 35 процентов беременных женщин показали повышенный уровень тревожности по сравнению с контрольной группой, проходящей исследование до начала пандемии;

- психические расстройства в период пандемии возникают в два раза чаще, чем при нормальных обстоятельствах;

- полученные результаты не выявили положительного влияния на психологическое благополучие беременных женщин, что свидетельствует о возможности возникновения длительных психических осложнений в результате пандемии COVID-19;

- в период кризиса беременным женщинам необходимо оказание психосоциальной поддержки, в противном случае во время беременности могут возникнуть осложнения, которые могут оказать негативное влияние как на мать, так и на будущего ребенка.

В связи с тем, что все больше специалистов говорят о психосоциальных последствиях пандемии, среди которых наиболее актуальной является проблема вызванного пандемией страха, для его изучения необходим валидный и надежный исследовательский инструмент, в роли которого все чаще выступает разработанная три месяца назад Шкала страха COVID-19 (The Fear of COVID-19 Scale). В настоящее время эта шкала приобретает все большую популярность среди исследователей в различных странах мира. Она переведена на английский, арабский, турецкий, бенгальский, итальянский, иврит и другие языки и обладает приемлемыми показателями надежности и валидности.

В заключение хотелось бы еще раз привлечь особое внимание к психиатрическим аспектам коронавирусной инфекции COVID-19. Ведь минимизация их значимости путем утверждения, что иногда «ненормальная реакция на ненормальную ситуацию является нормальным поведением», может быть непростительной ошибкой. Думается, что необходимо разработать программу психолого-психиатрической реабилитации населения, как в период, так и после пандемии.

Последствия COVID-19, в том числе меры социального дистанцирования, нарушили привычный уклад нашей жизни, и на этом фоне нам важно чаще общаться друг с другом по телефону и по видеосвязи, проявлять больше заботы и чуткости к нашим близким, осознавая, что у каждого человека есть свои уникальные психологические потребности. Тревогу и

страхи нельзя игнорировать. Каждый из нас, наши сообщества и наши государства, должны научиться лучше понимать психологическое состояние людей и делать все для того, чтобы улучшить его.

Использованная литература:

1. Эпидемия COVID-19 и её влияние на психическое здоровье. 7 мая, 2020, psy.media/epidemia-covid-19.
2. Alekhin A.N., Dubinina E.A. Pandemic: the view a clinical psychologist// Expert opinion? 20 (3), 2020, p. 315-317.
3. Huang Y., Zhao N., Generalized anxiety disorders symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey// Psychiatry Res., 2020, 288.
4. COVID-19 и психическое здоровье: обзор существующей литературы. Источник: <https://www.provrach.ru/article/11305-qcvdq-20-m04-30-covid-19-i-psihicheskoe-zdorove-obzor-sushchestvuyushchey-literatury>.
5. Rashidi-Fakari F., Simbar M. Coronavirus Pandemic and Worries during Pregnancy; a Letter to Editor// Archives of Academic Emergency Medicine. 2020; 8(1): e21.

How probiotics effect emotional symptoms among medical students? Investigating gut microflora can be a key for relationship between brain and intestine

Rüstəmov İ.^{1,2}, Osmanlı N.², Süleymanzadə N.³, Məmmədov K.⁴

Probiyotiklər tibb tələbələrində emosional simptomlara necə təsir edir? Bağırsağ mikroflorasının araşdırılması beyin və bağırsaqdaxili əlaqənin açarı ola bilər

Rüstəmov İ., Osmanlı N., Süleymanzadə N., Məmmədov K.

Как пробиотики влияют на эмоциональные симптомы у студентов-медиков? Исследование кишечной микрофлоры может стать ключом к взаимосвязи между мозгом и кишечником

Рустамов И., Османлы Н., Сулейманзаде Н., Маммедов К.

¹ATU Psixiatriya Kafedrası

²Nefes Psixi Sağlamlıq Akademiyası, Bakı

³Bezirksklinikum Mainkofen, Deggendorf

⁴Diakonie Klinikum, Schwabisch Hall

Depressiya və təşviş pozuntuları dünyada ən çox yayılmış psixi pozuntulardan sayılır. Bağırsağ mikrobiotası isə təxminən 100 trilyon mikrobun tərkibində olduğu böyük bir ekosistemdir. Beyin – bağırsağ əlaqəsi son illərdə üstündə işlənən əsas mövzulardan biridir. Xüsusilə təşviş və depressiya üzərində bağırsağ mikrobiotasındakı dəyişikliklərin təsiri diqqət mərkəzində olan mövzulardan biridir. Bizdə tədqiqatımızda bağırsağ mikrobiotasının tənzimlənməsinin depressiya və təşviş səviyyələri üzərindəki təsirini araşdırdıq. 17-25 yaş arası 150 nəfər tibb tələbəsi iki qrupa ayrılaraq bir qrupa meyvəli yoqurt, o biri qrupa isə probiotikli yoqurt gündəlik olaraq 28 gün boyunca yedirdildi. Xülasə olaraq gənclərdə probiotik istifadəsinin depressiya və təşviş səviyyələrində ciddi dəyişməyə səbəb olmadığı müşahidə edilmişdir. Bu nəticə ədəbiyyatla uyğunluq göstərmişdir.

Депрессия и тревожные расстройства являются одними из самых распространенных психических расстройств в мире. Кишечная микробиота представляет собой большую экосистему, содержащую около 100 триллионов микробов. Связь между мозгом и кишечником — одна из главных тем, обсуждаемых в последние годы. Одной из тем, находящихся в центре внимания, является влияние изменений в микробиоте кишечника, особенно на тревогу и депрессию. В нашем исследовании

мы исследовали влияние регуляции кишечной микробиоты на уровни депрессии и тревоги. 150 студентов-медиков в возрасте от 17 до 25 лет были разделены на две группы, одну группу кормили фруктовым йогуртом, а другую группу кормили пробиотическим йогуртом ежедневно в течение 28 дней. Таким образом, было замечено, что использование пробиотиков у молодых людей не вызывало значительных изменений уровней депрессии и тревоги. Этот результат согласуется с литературными данными.

Introduction

There are more than 200 mental illnesses. In many countries, most visits to general practitioners consists of patients with emotional problems, mostly, depressive and anxiety problems.

Major depressive disorder (MDD) is a potentially crippling emotional disorder with a lifetime prevalence of 15–20%, affecting about 320 million people worldwide (World Health Organization, 2019), and also it is the leading cause of disability for working age adults (18 to 44 years old) affecting 6.7 percent of the U.S. population annually.

Anxiety disorders have a wide variety of problems. According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), anxiety disorders include disorders that share features of excessive fear and anxiety and related behavioral disturbances. These disorders include separation anxiety disorder, selective mutism, specific phobia, social anxiety disorder (social phobia), panic disorder, agoraphobia, generalized anxiety disorder, substance/medication-induced anxiety disorder, and anxiety disorder due to another medical condition. However, some emotional symptoms, not the disorders, including anxiety and depression, can be seen among normal individuals. Anxiety symptoms are seen very frequently in students, especially, during the examination periods. Also, depressive symptoms can show some fluctuations during the stressful times of regular life. The mechanism and etiology of these problems are very complicated. Some researchers studied the relationship between enteric nervous system and central nervous system. There are so many aspects which were studied related to this topic, including gut-brain axis, emotional changes due to regulation of intestinal microflora, cognitive changes after administration of probiotics and etc. [3,4,15].

Intestinal microbiota consists of 100 trillion microorganisms, which plays an important role in body, including brain and nervous system. Many factors like food, sex, age, infection affects microbiota in several ways. In last years, many

scientists studied the relationship between gut microflora and brain function, named as microbiota-gut-brain axis [3, 4]. Many studies show the role of microflora in the regulation of mood and behavior, including anxiety, depression and autistic problems [2, 6, 11, 15]. Modulation of microflora has an positive impact on emotional symptoms. Because of psychotropic effects of probiotics in animal models and human clinical trials, the term ‘psychobiotics’ was introduced [7]. Psychobiotics have an important therapeutical effects for patients with mental illness. Messaoudi et al showed, in their double-blind, placebo-controlled, randomized study, that administration of probiotic to healthy women results significant decrease in depressive and anxiety symptoms, and also improvement in other psychopathological symptoms (e.g., somatization, anger) [11]. Steenbergen et al. studied forty healthy young adults who consumed either placebo or probiotic supplement for 28 days [15]. Result of this study was improvement in emotional and thought spheres. Akkashah et al. revealed the probiotic`s pozitiv impact on Beck Depression Inventory (BDI) scores in 40 depressive patients [1]. A study done by Logan and Katzman suggested the role of probiotics to be an adjuvant therapy for major depressive disorders [9].

It is evident that, giving probiotic formulation to patients decreases distress. Some studies revealed relationship between the distorted microbiota and anxiety related behavior in animal models [17]. The anxiety increases during intestinal inflammation and infectious processes due to the result of these studies [12]. Formulation consisted of *Lactobacillus helveticus* R0052 and *Bifidobacterium longum* R0175, showed beneficial effects on gastrointestinal symptoms in patients under chronic stress [11]. Administration of these species separately to study objects showed positive effects.

Conversely, many studies didn`t find relationship between the probiotic administration and levels of distress. No significant difference was found between the probiotic and placebo groups on any psychological outcome in study done by Romijn et al [14]. Marcos et al. showed that probiotics didn`t have impact on level of anxiety in students who were under examination stress [10]. The administration of milk including *Lactobacillus helveticus* to healthy older adults for 12 weeks revealed improvement in cognitive symptoms but no significant effects on emotional symptoms [5]. A randomized, double-blind, placebo-controlled study done by Rao et al. showed the decrease in anxiety scores in probiotic administered group, despite no significant difference for depression [13].

Medical education is one of the devastating processes that results students to be effected physically and emotionally. This hard educational process frequently causes depressive and anxiety symptoms and disorders.

With this background, our aim was to investigate the possible impact of probiotic administration on emotional symptoms during the stressful period of medical students compared with placebo, in Azerbaijani population.

Materials and Methods

This study is designed as a Randomized Control Trial (RCT). The total number of the research participants were 150 medical students. Inclusion criteria were the ability and consent to participate in the study, young age of 17 – 25, staying at the university dormitory (*to make easy the control of intake of yoghurt*) and absence of physical problems preventing from taking yoghurt. Beside these, absence of mental disorder and not taking medications were checked by interviewing every participant. The participants were randomly divided into two arms (experimental and control-placebo groups): n=66 were control-placebo group (n=29, 43.9% female), n= 74 were experimental group (n=37, 50% female).

All 150 participants had test before and after consumption of yogurt. The yogurts were with similar fruity flavor (Product of ``Savushkin`` - www.savushkin.by) in both groups. The experimental group take yogurt with probiotic (including *Bifidobacterium longum*; 1×10^7 CFU) twice a day. Control-placebo group consumed yogurt without probiotic. The participants didn't know what kind of yoghurt they consumed. Because the package of yoghurts were similar to each other. The final test were done after 28 days. Exposure group consumed 240 ml of yoghurt containing probiotics every day. Before taking yoghurt pre-test was done on both groups. After 28 days, both groups were evaluated and their results compared.

Assessment tools include the Zung Depression Scale and Zung Anxiety Scale. Comparison between and within groups were examined by independent samples and paired samples t test. Statistical analyses were performed using SPSS (version 19.0, Chicago, IL, USA).

All participants recruited in the study authorized their participation by reading and signing the informed consent, and also ethical approval was obtained from the Ethical Committee of Azerbaijan Psychiatric Association

Results

Comparison of depression levels of experimental and control groups

The measures of depression before eating probiotics were compared with independent samples t- test. As a result of the independent samples t-test analysis there was not a significant difference in the scores for exposure and control-placebo group conditions; ($t(138)=.166, p >.05$). In conclusion, we can say that the students in the experimental ($M=40.30, SD=11.04$) and control groups ($M=40.59, SD=9.58$) have equal pre-test scores (Table 1).

Table 1. Independent samples t test for pretest scores experimental and control-placebo group

Group	N	M	SD	t	p
Experimental	74	40.30	11.04	.166	>.05
Control	66	40.59	9.58		

The results of paired-samples t-test analysis for the pre-test ($M=44.95, SD=7.11$) –posttest ($M=43.89, SD=8.81$) depression scores of the experimental group participants were not statistically significant ($t(73)=.443, p >.05$). In other words, the use of probiotics does not affect the level of depression (Table 2).

Table 2. Paired samples t test for experimental group depression score

Group		N	M	SD	t	p
Experimental	Pre-test	74	44.95	7.11	.443	>.05
	Posttest	74	43.89	8.81		

The paired samples t test for control group was shown that, there was not statistically significant relation between the pre ($M=40.30, SD=11.04$) and post-test scores ($M=38.36, SD=9.63$) conditions; ($t(65)=1.714, p >.05$) (Table 3).

Table 3. Paired samples t test for control group depression score

Group		N	M	SD	t	p
Control	Pre-test	66	40.30	11.04	1.714	>.05

	Posttest	66	38.36	9.63		
--	----------	----	-------	------	--	--

The independent samples t-test was performed for the post-test depression mean scores of the experimental and control group participants, and there was no significant difference between two groups (experimental $M=41.03, SD=11.13$; control-placebo $M=38.36, SD=9.63$) ($t(138)=1.52, p > .05$) (Table 4). According to these results, there is no significant difference in the effect of eating yogurt with and without probiotic on the level of depression of the experimental and control-placebo groups.

Table 4. Independent samples t test for posttest scores experimental and control-placebo group

Group	N	M	SD	t	p
Experimental	74	41.03	11.13	1.520	>.05
Control	66	38.36	9.63		

Comparison of anxiety levels of experimental and control groups

The anxiety scores of experimental and control-placebo group were compared with independent samples t-test before eating yoghurt. The mean difference was not significant between two groups (experimental $M=37.45, SD=7.80$; control-placebo $M=37.82, SD=6.62$) ($t(138)=-.305, p > .05$) (Table 4).

Table 4. Independent samples t test for pretest scores experimental and control-placebo group

Group	N	M	SD	t	p
Experimental	74	37.45	7.80	-.305	>.05
Control	66	37.82	6.62		

As a result of paired-samples test for experimental group pre ($M=37.45, SD=6.62$) and post test ($M=35.05, SD=6.56$), the mean difference was statistically significant ($t(73)=3.45, p < .05$). So, it can be said that consumption of yogurt with probiotics reduces the level of anxiety on experimental group (Table 6).

Table 6. Paired samples t test for experimental group anxiety score

Group		N	M	SD	t	p
Experimental	Pre-test	74	37.45	6.62	3.45	<.05
	Posttest	74	35.05	6.56		

At the result of paired samples t test for control group was shown that, there was statistically significant relation between the pre (M=44.61, SD=8.29) and posttest scores (M=34.03, SD=7.03) in favor of the final test. (t (65)=.937, p<.05). According to these results, the consumption of yoghurt without probiotic can be stated to be effective in decreasing the level of anxiety in control group.

Table 7. Paired samples t test for control group anxiety score

Group		N	M	SD	t	p
Control	Pre-test	66	44.61	8.29	.937	<.05
	Posttest	66	34.03	7.03		

When the pretest and posttest scores of the experimental and control groups were compared, no significant difference was observed between the two groups (experimental M=35.05,SD=6.56; control-placebo M=34.03,SD=7.05) (p >.05). To sum up, it was observed that eating yogurt with and without probiotics did not make a significant difference on the anxiety level of experimental and control-placebo group (Table 8).

Table 8. Independent samples t test for posttest scores experimental and control-placebo group

Group	N	M	SD	t	p
Experimental	74	35.05	6.56	.901	>.05
Control	66	34.03	7.05		

Discussion

This study shows that there is no significant change of emotional symptoms after probiotic administration controlled with placebo. But beside this

finding, there was a statistically significant difference for anxiety symptoms after administration of both yoghurts with and without probiotic. Again, there was no meaningful difference for anxiety at the end between the posttest scores of both group. The findings in the literature are also controversial. There are many studies that came to a result as ours [10, 14]. Although, some studies couldn't find significant difference after probiotic administration in general evaluation of symptoms, but there are some statistical significant differences in specific symptoms (e.g. cognitive symptoms) [5].

In our study, after administration of probiotics there were no change between experimental group's pretest and posttest scores for depressive symptoms. And also, we didn't reveal any statistically significant difference between experimental and control group's posttest scores for depressive symptoms. This means probiotic consumption doesn't affect depressive symptoms in young population in a month period. Steenbergen et al showed that the probiotic administration for 4 weeks to healthy individuals has a positive effect for reducing negative thoughts due to sad mood [15]. In this study, not the symptoms, mostly thoughts are kept in attention. So, we do not have enough information about the change on depressive symptoms. Akkasheh et al. showed therapeutical effect of probiotics in Major Depressive Disorder (MDD) patients administered for 8 weeks [1]. Beside these studies, Romijn et al. found no significant difference before and after the administration of probiotic to depressive 79 people for 8 weeks[14].

Conclusion

We can conclude that, probiotic administration for a month does not have significant impact on anxiety and depression levels of young adults. The findings are appropriate with previous studies in literature.

REFERENCES

1. Akkasheh, G., et al. (2016). "Clinical and metabolic response to probiotic administration in patients with major depressive disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial." *Nutrition* **32**(3): 315-320.
2. Benton, D., et al. (2007). "Impact of consuming a milk drink containing a probiotic on mood and cognition." *European journal of clinical nutrition* **61**(3): 355-361.
3. Bested, A. C., et al. (2013). "Intestinal microbiota, probiotics and mental health: from Metchnikoff to modern advances: part I—autointoxication revisited." *Gut pathogens* **5**:1-16
4. Cerdó, T., et al. (2017). "Probiotic, prebiotic, and brain development." *Nutrients* **9**(11): 1247.
5. Chung, Y.-C., et al. (2014). "Fermented milk of *Lactobacillus helveticus* IDCC3801 improves cognitive functioning during cognitive fatigue tests in healthy older adults." *Journal of functional foods* **10**: 465-474.
6. Colica, C., et al. (2017). "Evidences of a new psychobiotic formulation on body composition and anxiety." *Mediators of inflammation* **2017**.
7. Dinan, T. G., et al. (2013). "Psychobiotics: a novel class of psychotropic." *Biological psychiatry* **74**(10): 720-726.
8. Kreft, H. and W. Jetz (2007). "Global patterns and determinants of vascular plant diversity." *Proceedings of the National Academy of Sciences* **104**(14): 5925-5930.
9. Logan A. C., Katzman M. (2005). "Major Depressive Disorder: probiotics may be an adjuvant therapy." *Med Hypotheses* **64**(3): 533-8.
10. Marcos, A., et al. (2004). "The effect of milk fermented by yogurt cultures plus *Lactobacillus casei* DN-114001 on the immune response of subjects under academic examination stress." *European journal of nutrition* **43**: 381-389.
11. Messaoudi, M., et al. (2011). "Assessment of psychotropic-like properties of a probiotic formulation (*Lactobacillus helveticus* R0052 and *Bifidobacterium longum* R0175) in rats and human subjects." *British Journal of Nutrition* **105**(5): 755-764.
12. Neufeld, K.-A. M., et al. (2011). "Effects of intestinal microbiota on anxiety-like behavior." *Communicative & integrative biology* **4**(4): 492-494.
13. Rao, A. V., et al. (2009). "A randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study of a probiotic in emotional symptoms of chronic fatigue syndrome." *Gut pathogens* **1**(1):1-6.
14. Romijn, A. R., et al. (2017). "A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of *Lactobacillus helveticus* and *Bifidobacterium longum* for the symptoms of depression." *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* **51**(8): 810-821.
15. Steenbergen, L., et al. (2015). "A randomized controlled trial to test the effect of multispecies probiotics on cognitive reactivity to sad mood." *Brain, behavior, and immunity* **48**: 258-264.
16. Tian-Ci Quek, T., et al. (2019). "The global prevalence of anxiety among medical students: a meta-analysis." *International journal of environmental research and public health* **16**(15): 2735.
17. Wang, H., et al. (2016). "Effect of probiotics on central nervous system functions in animals and humans: a systematic review." *Journal of neurogastroenterology and motility* **22**(4): 589.

**Влияние беременности на развитие пограничных
психических расстройств**

Амрахова Джамиля, Вагабова Шарифа**, Асадов Билал*,
Салман-заде Бахруз**

Hamiləliyin sərhəd psixi pozğunluqlarının inkişafına təsiri
*Əmrahova Cəmilə, Vahabova Şərifə, Əsədov Bilal,
Salman-zadə Bəhrüz*

**Influence of pregnancy on the development of borderline mental
disorders**

*Amrahova Jamila, Vagabova Sharifa, Asadov Bilal,
Salman-zade Bakhrüz*

* Кафедра психиатрии АМУ
E-mail: bilal_44@mail.ru, tel. 0502105143

** Кафедра акушерства и гинекологии
E-mail: s_vahabova@mail.ru, tel. 0556401240

Hamilə qadınlarda nevroitik və depressiv pozğunluqların yüksək yayılması, perinatal psixi pozğunluqlarla bağlı xəstələnmə və ölüm hallarını minimuma endirmək üçün vaxtında qarşısının alınması strategiyalarını həyata keçirmək üçün hamiləlik dövründə əhval pozğunluqlarının yoxlanılmasının zəruriliyini göstərir. Əvvəllər psixotrop dərmanlar qəbul etməmiş nevroitik və əhval pozğunluğu olan hamilə qadınlarda müalicəsi şəxsiyyətlərarası və koqnitiv-davranış üsullarından istifadə etməklə psixoterapiya ilə başlamalıdır. Koqnitiv-davranış terapiyası zamanı xəstələr düşüncələrinin xəstəliyin klinik mənzərəsinə necə təsir etdiyini və düşüncələrini necə müsbət şəkildə dəyişdirə biləcəklərini öyrənirlər. Bütün bunlar müvafiq davranış üsullarının istifadəsi ilə müşayiət olunur. Bu tip psixoterapiya həm hamilə qadınlarda, həm də artıq uşaq dünyaya gətirmiş qadınlarda üçün çox faydalıdır. Şəxslərarası psixoterapiyanın əsas məqsədi qadını yeni ana roluna hazırlamaqdır. Bir qadın uşağın inkişafı, ona qayğı göstərməsi ilə bağlı yeni məlumatlar öyrənir, hamiləlik və doğuşdan sonrakı dövrdə depressiv pozğunluqların baş verməsi ilə bağlı təhsil proqramlarına mühüm rol verilir. Şəxslərarası psixoterapiya qadınlarda emosional vəziyyətini və analar və onların yeni doğulmuş uşaqları arasında münasibətləri əhəmiyyətli

dərəcədə yaxşılaşdırır. Qrup psixoterapiyası hamilə və doğuşdan sonrakı qadınlarda depressiv pozğunluqları azaltmaqda da təsirli olur. Ailə problemləri tez-tez depressiv pozğunluqların səbəbi olduğundan, hətta perinatal əhval pozğunluqlarının özündən daha çox, ailə psixoterapiyasının rolu artır. Sabit ailə münasibətləri ər-arvadın yeni şəraitə və uşağın doğulmasına yaratdığı problemlərə ən yaxşı şəkildə uyğunlaşmağa imkan verir. Narahat ailə münasibətləri perinatal depressiya və narahatlığın psixoloji göstəricilərindən biridir. Qadının ən intim problemlərini, o cümlədən məişət zorakılığı problemini həll etməyə imkan verən ailə psixoterapiyasının aparılması bu kateqoriya xəstələrdə əhval pozğunluqlarının müalicəsinə əvəzsiz töhfə verir. Bununla yanaşı, hamiləliyin müxtəlif mərhələlərində qeyri-psixotik psixi pozğunluqların həm qarşısının alınmasına, həm də müalicəsinə yönəlmiş hamilə qadınlar üçün psixogigiyenik xidmətin hazırlanması və həyata keçirilməsi zəruridir.

Açar sözlər: normal hamiləliyi olan qadın, nevroitik və depressiv pozğunluqlar, şəxsiyyətlərarası və koqnitiv-davranış müalicə üsulu, qeyri-psixotik psixi pozğunluqlar.

In connection with the stated objective of the study, we examined 100 pregnant women with normal pregnancy. Various demographic indicators were studied: age, education, duration of marriage, living conditions, social status. The high prevalence of neurotic and depressive disorders in pregnant women indicates the need to screen for mood disorders during pregnancy for timely use of prevention strategies to minimize morbidity and mortality associated with perinatal mental disorders. The management of pregnant women with neurotic and mood disorders who have not previously taken psychotropic drugs should begin with psychotherapy using interpersonal and cognitive-behavioral techniques. During cognitive-behavioral psychotherapy, patients learn how their thoughts affect the clinical picture of the disease and how to positively change their thinking. All this is accompanied by the use of appropriate behavioral techniques. This type of psychotherapy is very useful for both pregnant women and women who have already given birth. The focus of interpersonal psychotherapy is preparing a woman for her new role as a mother. A woman learns new information about the development of the child, caring for him, an important role is given to educational programs regarding the occurrence of depressive disorders during pregnancy and in the postpartum period. Interpersonal psychotherapy reliably improves the emotional state of women and the relationship between mothers and their newborn children. Group psychotherapy is also effective in reducing depressive disorders in pregnant and postpartum women. Since family problems are often the cause of depressive disorders, even more often than perinatal mood disorders themselves, the role of family psychotherapy increases. Stable intra-family relationships allow a married couple to best adapt to the new conditions and problems created by the birth of a child. Disrupted intra-family relationships are one of the psychological predictors of perinatal depression and anxiety. Conducting family psychotherapy, which allows solving the most intimate problems of a woman, including the problem of domestic violence, makes an invaluable contribution to the treatment of mood disorders in this category of patients. Along with this, it is necessary to develop and implement a psychohygienic service for pregnant women aimed at both the prevention and treatment of non-psychotic mental disorders at various stages of pregnancy.

Keywords: woman with normal pregnancy, neurotic and depressive disorders, interpersonal and cognitive-behavioral therapy, non-psychotic mental disorders.

Актуальность проблемы. Высокий уровень цивилизации, интенсивность производственных процессов, усиливающийся поток информации сказываются на всех областях деятельности человека. Известно, что даже физиологически протекающая беременность оказывает определенное влияние на психику женщины, а некоторые авторы рассматривают ее даже как кризисную ситуацию [1, 2]. Описаны психологические реакции при физиологическом течении беременности. Некоторые беременные особенно уязвимы для воздействия психо-травмирующих факторов, причем вследствие переоценки прежней системы отношений наблюдается психотравматизация теми конфликтными ситуациями, которые в прошлом не были для нее актуальными. До настоящего времени отсутствуют сведения о влиянии различных факторов на развитие непсихотических расстройств в генерационный период, о динамике развития психических заболеваний в различные trimestры беременности. Недостаточно разработана систематизация нозологических и донозологических психопатологических состояний у данного контингента. Беременность является особым этапом в жизни женщины, во время которого формируются бинарные образования "мать-плод". Особенно уязвимым в данной системе является нейрогуморальное звено [3, 4]. В этот период психосоматическое состояние женщины неразрывно связано с потенциальным здоровьем ребенка.

Как показывают эпидемиологические исследования, женщины подвержены депрессиям в 2 раза чаще, чем мужчины. Поэтому не удивительно, что депрессия является частым осложнением во время беременности и в послеродовом периоде. Различные психические нарушения встречаются в 29–80% случаев от общего количества родов. Однако есть точка зрения, что нормально протекающие беременность и роды могут оказывать положительное влияние и даже купировать некоторые проявления преморбидно существующих симптомов. Многие исследователи полагают, что беременность и роды могут стать провоцирующими факторами в развитии уже имеющихся скрытых нарушений [5, 6].

Цель и задачи исследования. Целью работы является изучение различных психических расстройств, возникающих у беременных при нормальном течении беременности.

Методы исследования. Анкетирование, психометрическая шкала депрессии Hamilton-а [HADS], шкала депрессии Бека, шкала тревоги Spilberger-а.

Результаты исследования и обсуждение. В связи с поставленной целью исследования нами было обследовано 100 беременных женщин с нормально протекающей беременностью. Были изучены различные демографические показатели: возраст, образование, длительность замужества, условия жизни, социальный статус.

При исследовании возраста беременных было установлено, что наибольшее число составили беременные в возрасте 20-25 (23,0%) и 26-30 (33,0 %) лет (табл. 1).

Таблица 1

Разделение больных по возрасту

Возраст	Абс.	%
До 20-и лет	9	9,0
20-25	23	23,0
26-30	33	33,0
31-35	20	20,0
36-40	10	10,0
41+	5	5,0
Всего	100	100,0

Это указывает на тот факт, что данный возрастной диапазон совпадает с наиболее репродуктивным периодом женщины, о чем свидетельствует малое число беременных в возрасте до 20 и 36-40 лет.

Что касается длительности замужества (табл.2) установлено, что большинство беременных состояли в браке 2-3 и 7-10 лет (39% и 23% соответственно).

Таблица 2

Разделение беременных по продолжительности замужества

Длительность замужества	Абс.	%
До года	15	15,0
2-3 года	39	39,0

4-6 года	18	18,0
7-10 лет	23	23,0
10 il+	5	5,0
Сəми	100	100,0

Также было установлено, что большинство беременных имели высшее образование (71,0%), работали (53%), имели семью (100,0%), были городскими жителями, проживали в хороших материальных домашних условиях (69,0%) (диаграмма 1).

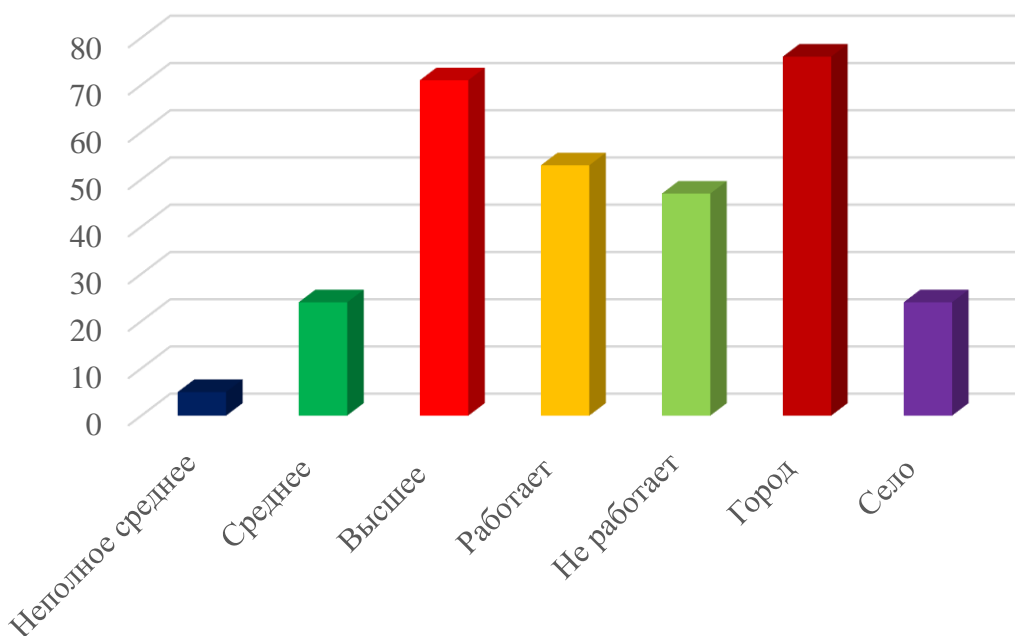
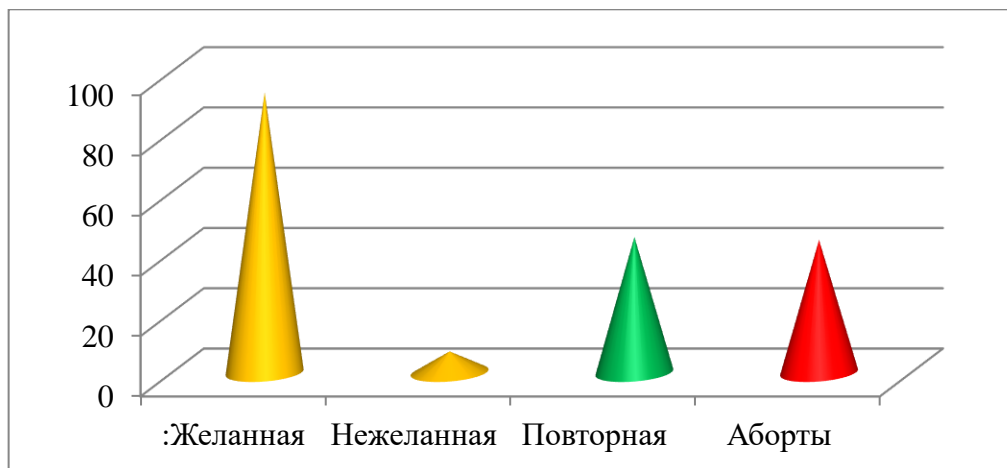
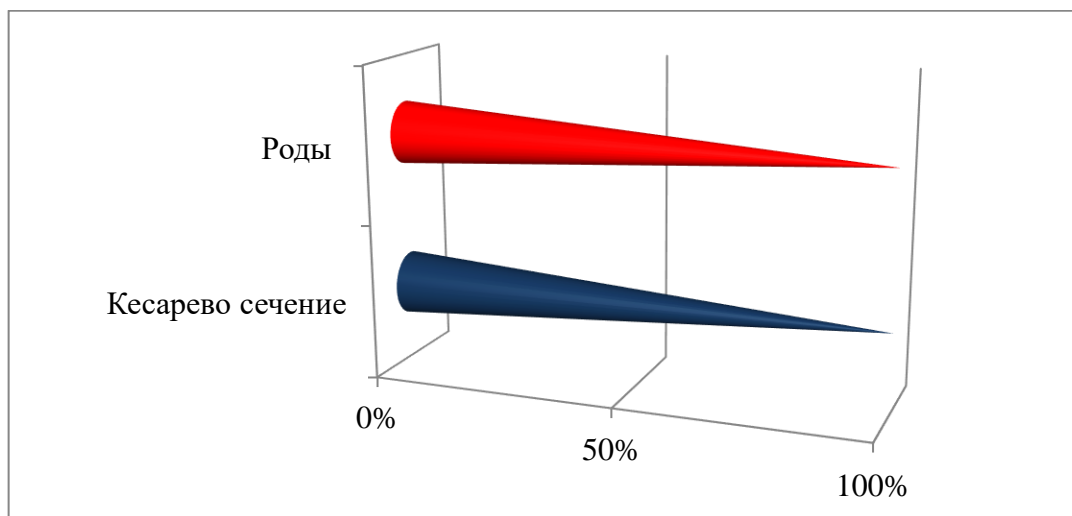


Диаграмма 1. Распределение беременных по статусу

Наши исследования показали (диаграмма 2), что у 93% женщин беременность была желанной, у 7% - нежеланной; у 45% женщин беременность была 3-й или 3-й, у 55% - первая беременность; 44% женщин ранее делали аборт.



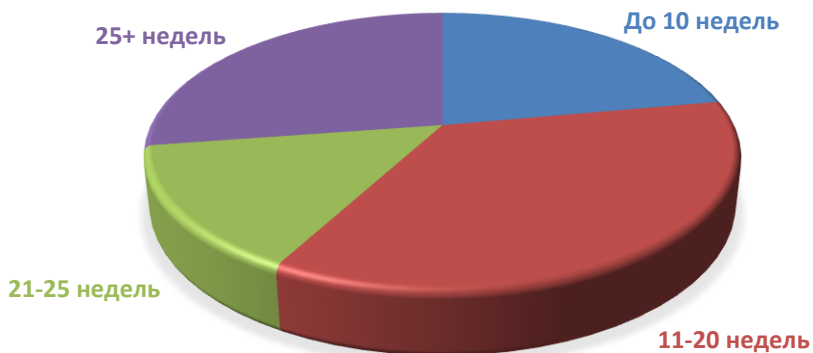
У женщин с повторной беременностью у 23% беременность была разрешена с помощью Кесарева сечения, у 22% отмечались естественные роды (диаграмма 3).



Из вредных привычек у 7 женщин отмечено курение сигарет, остальные 93 женщины не имели вредных привычек.

Продолжительность беременности у обследованных женщин была различной (диаграмма 4).

ДИАГРАММА 4. Длительность беременности



В процессе клинико-психопатологического и патофизиологического обследования 100 беременных, нами было установлено, что в течение беременности у них были выявлены различной степени тяжести психические расстройства. Так, шкалы депрессии Zung-a и Век-а у 20% беременных выявили легкую, у 17%-дә среднюю степень депрессивных расстройств (табл. 3).

Таблица 3

Оценка состояния беременных по шкале Zung-a и Век-а

Шкала депрессии Zung-a	Абс.	%
20-49 – Норма	63	83,0
50-59 – Легкое депрессивное расстройство	20	20,0
60-69 – Депрессивное расстройство средней степени	17	17,0
Шкала депрессии Век-а		
0-9 – отсутствие депрессивных расстройств	63	83,0
10-15 – легкая депрессия (субдепрессия)	20	20,0
16-19 – средняя депрессия	17	17,0

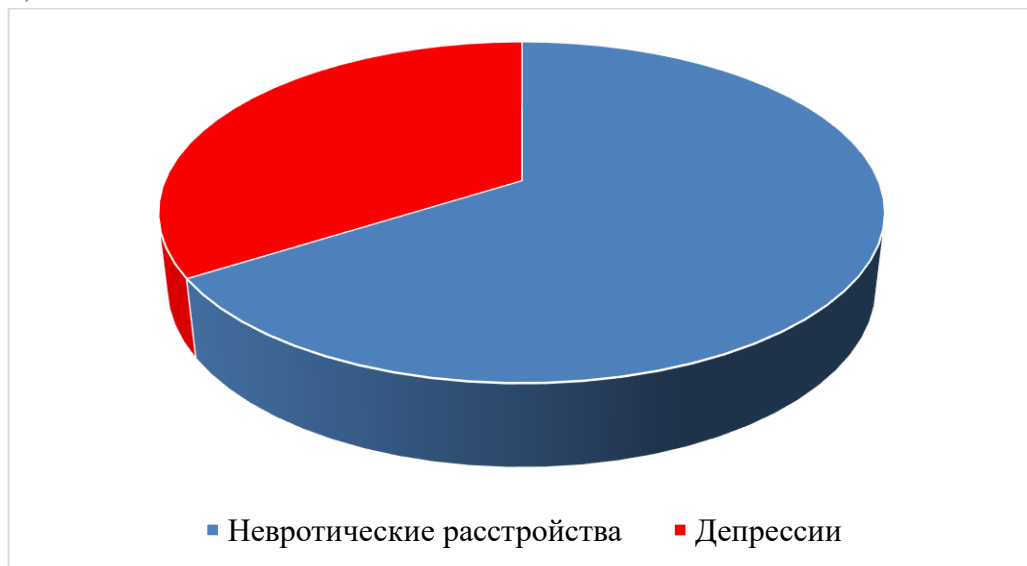
Наряду с этим, при применении шкалы тревоги Spilberger-a у 36% беременных были выявлены тревожные расстройства средней или выраженной тяжести (табл. 4).

Таблица 4

Оценка состояния беременных по шкале Spilberger-a

Шкала тревоги Spilberger-a	Абс.	%
До 30 баллов – легкая тревога	64	64,0
До 31 – 44 баллов – тревога средней степени	26	26,0
Выше 45 баллов – выраженная тревога	10	10,0
Сэми	100	100,0

Таким образом, среди выявленных расстройств основное место (66,0%) занимали невротические расстройства (неврозоподобные расстройства и невротические реакции беременных), на втором месте находились различной степени тяжести депрессивные расстройства (34,0%) (диаграмма 5).



Что касается структуры выявленных психических расстройств установлено, что они в основном проявлялись в рамках указанных выше невротических и аффективных расстройств (табл. 5).

Таблица 5

Клиническая структура психических расстройств у беременных

№	Д-з по МКБ-10	Клиническая форма	Абс.	%
1	00	Психически здоровые беременные:	63	63,0
		Предболезненные расстройства	18	18,0
		Беременные с риском дезадаптации	45	45,0
5	F3	Аффективные расстройства	12	12,0
6	F4	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	20	20,0
7	F6	Расстройства личности в зрелом возрасте	5	5,0
Всего			100	100,0

Невротические расстройства у беременных развивались вследствие бытовых психотравмирующих ситуаций (44,0%), у 31,8% психотравмы носили смешанный характер. Спецификой обсессивно-фобического синдрома у беременных является фабула навязчивых страхов и опасений: в абсолютном большинстве они отражают тревогу и страх за исход беременности и здоровье ребенка. В генезисе не психотических нарушений ведущее значение имеют личностные особенности женщины в сочетании с мотивацией деторождения, уровнем личностной тревожности, особенностями течения беременности и предыдущим акушерским опытом. Одной из причин несвоевременной диагностики депрессивно-невротических расстройств является то, что соматические симптомы депрессии – такие, как изменение сна или аппетита, – могут быть отнесены к физиологическим изменениям при нормально протекающей беременности. Даже те женщины, которые относятся к группе высокого риска, редко получают своевременное лечение. Наряду с этим, у 25 беременных отмечена отягощенная наследственность по психическому расстройству.

Факторы риска. Остается до конца не ясным, почему во время беременности некоторые женщины становятся подвержены невротическим

расстройствам и депрессиям. Возможные этиологические факторы могут взаимодействовать друг с другом. К ним относятся гормональные сдвиги, нейроэндокринные и психосоциальные изменения. Систематический обзор 57 исследований (из 1361 предварительно отобранных) выявил строгую доказательность для следующих факторов: стресс, негативные события жизни; отсутствие социальной поддержки; домашнее насилие. Другие факторы риска с меньшим уровнем доказательности: депрессии, которые предшествовали беременности; нежеланная беременность; низкий уровень дохода; низкий уровень образования; курение; незамужний статус; сложный уровень взаимоотношений; отсутствие социальных гарантий; дородовые и послеродовые депрессии в личном или семейном анамнезе; прекращение лечения или уменьшение доз антидепрессантов во время беременности. Сам факт возникновения беременности создает определенные психологические проблемы. При изучении эмоционального реагирования женщин в динамике физиологической беременности был обнаружен возрастающий по мере роста срока беременности уровень личностной тревожности. Некоторые исследователи [1, 4, 6], основываясь на представлении о физиологических рамках, границы которых определены “гомеостатической целесообразностью”, а именно рождением здорового потомства, рассматривают тревогу при беременности как процесс адаптивный, т. е. физиологически необходимый. Совсем другое дело, когда речь идет о тревожных синдромах, достигающих уровня психического расстройства. Как правило, панические, генерализованные тревожные, обсессивно-компульсивные расстройства обнаруживают коморбидность с депрессивными расстройствами у беременных женщин.

Заключение. Высокая распространенность невротических и депрессивных расстройств у беременных свидетельствуют о необходимости проводить скрининг расстройств настроения во время беременности для своевременного применения стратегий профилактики, чтобы свести к минимуму заболеваемость и смертность, ассоциированные с перинатальными психическими расстройствами. Ведение беременных женщин с невротическими расстройствами и расстройствами настроения, которые ранее не принимали психотропные препараты, должно начинаться с психотерапии с использованием интерперсональных и когнитивно-поведенческих техник. При проведении когнитивно-поведенческой психотерапии пациенты

изучают, как их мысли влияют на клиническую картину болезни и как следует позитивно изменить свое мышление. Все это сопровождается использованием соответствующих поведенческих техник. Данный вид психотерапии очень полезен как для беременных женщин, так и для женщин, уже родивших детей. В фокусе интерперсональной психотерапии находится подготовка женщины к ее новой роли матери. Женщина узнает новую информацию о развитии ребенка, уходе за ним, важная роль отводится образовательным программам, касающимся возникновения депрессивных расстройств во время беременности и в послеродовом периоде. Проведение интерперсональной психотерапии достоверно улучшает эмоциональное состояние женщин и взаимоотношения между матерями и их новорожденными детьми. Групповая психотерапия также эффективна для уменьшения депрессивных расстройств у беременных и родивших женщин. Поскольку семейные проблемы часто являются причиной депрессивных расстройств, даже чаще, чем собственно перинатальные расстройства настроения, возрастает роль семейной психотерапии. Стабильные внутрисемейные взаимоотношения позволяют семейной паре наилучшим образом адаптироваться к новым условиям и проблемам, которые создает рождение ребенка. Нарушенные внутрисемейные взаимоотношения являются одним из психологических предикторов перинатальной депрессии и тревоги. Проведение семейной психотерапии, которая позволяет решать самые интимные проблемы женщины, включая проблему домашнего насилия, вносит неоценимый вклад в лечение расстройств настроения у данной категории больных. Наряду с этим необходимо разработать и внедрить психогигиеническую службу для беременных, направленную как на профилактику, так и лечение психических расстройств непсихотического уровня в различные сроки беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шаманина М.В. Депрессивные состояния в послеродовом периоде. Автореф., дис. к.м.н.//Санкт-Петербург, 2014, 24 с.
2. Кожевникова Т.А., Костарева О.В., Костарев В.В. Распространенность и клиническая картина непсихотических психических расстройств у женщин на поздних этапах беременности. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2023. № 2 (119). С. 49-59. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-2\(119\)-49-59](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-2(119)-49-59)
3. Криворотько Я.В. Динамика формирования непсихотических психических расстройств у беременных по триместрам беременности. // Український вісник психоневрології — nfv 19, вип. 1 (66) — 2011, с. 54-59.
4. Yi Yu, Hong-Feng Liang et al. Postpartum Depression: Current Status and Possible Identification Using Biomarkers. // Front. Psychiatry, June 2021, Sec. Mood Disorders Volume 12 - 2021 | <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.620371>
5. Howard L., Molyneux E. et al. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. // Lancet, 2014, volume 384, p. 1775-1788.

**Şizofreniya spektrli və digər ilkin psixotik pozuntular,
XBT 11- ci baxış**

O.V. Fərəcli

**Schizophrenia spectrum and other primary psychotic disorders,
ICD 11 th revision**

O.V. Farajli

**Расстройства шизофренического спектра и другие
первичные психотические расстройства, обзор МКБ 11**

О.В. Фараджли

AR SN Respublika Psixiatriya Xəstəxanası PHŞ

E-mail: ferecliorxan@gmail.com

First published in 1893 as the Bertillon classification or international list of causes of death, this classification has been revised and improved 11 times. Since 2015, the World Health Organization has made the WHO-11 MBND beta draft available online for review and comments. In May 2019, the 72nd World Health Assembly voted to adopt WHO-11 from January 1, 2022 by the member states of the World Health Organization. Mental, Behavioral and Neurodevelopmental Disorders (MBND) remained the largest group in the history of XBT-11 development.

Keywords: ICD 11, Schizophrenia spectrum disorder, World Health Organization

Впервые опубликованная в 1893 году как классификация Бертильона или международный список причин смерти, эта классификация до сих пор пересматривалась и улучшалась 11 раз. С 2015 года Всемирная Организация Здравоохранения разместила бета-версию ВОЗ-11 MBND в интернете для ознакомления и комментариев. В мае 2019 года 72-я сессия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения проголосовала за принятие ВОЗ-11 с 1 января 2022 года государствами-членами Всемирной Организации Здравоохранения. Психические, поведенческие расстройства и расстройства нервно-психического развития (MBND) оставались самой крупной группой в истории разработки XBT-11.

Ключевые слова: МКБ 11, расстройства шизофренического спектра, Всемирная Организация Здравоохранения.

Giriş : Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatının (ICD) ilk versiyası 130 il əvvəl təqdim edilmişdir. ICD-1, ilk növbədə, müxtəlif ölkələr tərəfindən bildirilən ölüm səbəblərini standartlaşdırmağa xidmət etmişdir. Bu yeni təsnifat 1893-cü ildə işlənib hazırlanmış ölkələr və qitələr üzrə xəstəlik yüklərinin daha dəqiq izlənməsinə və müqayisəsinə imkan yaradıb, ictimai sağlamlıq nümunələrinin və tendensiyaların erkən başa düşülməsinə töhfə verib [1]. Təxminən 30 ildən çox davam edən hazırlıqlardan sonra ÜST 2015-ci ilin iyununda ICD-11-in ilkin beta versiyasını nəşr etdi. “Psixi, davranış və ya neyroinkişaf pozuntuları ” bölməsinin yenidən nəzərdən keçirilməsinin əsas məqsədi elmi əsaslılıq, qlobal miqyasda tətbiq olunma qabiliyyəti, pozuntuların mədəni kontekstinin daxil edilməsi, klinik faydalılıq və DSM-5 və ICD-11-in bir – birilərinə daha da uyğunlaşdırılması idi. [2]

Məqsəd : Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının təqdim etdiyi yeni təsnifat sistemi ilə bağlı ümumi məlumatları dəyərləndirməkdir

Material və metod : Məlumatlar Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının rəsmi saytından və bu məqsədlə son 10 ildə çap olunmuş Scopus, Web of Science, Pub Med kimi beynəlxalq xülasələndirmə və indeksləmə sistemlərinə (bazalarına) daxil olan jurnallardan götürülmüşdür.

Müzakirə : Yeni təsnifatda kodlama sistemlərinə yenidən baxılaraq bəzi dəyişiklər əlavə edilmişdir. Belə ki, əvvəlki təsnifatda “F” olan “Psixiatriya” başlığı “6” rəqəmi ilə əvəz edildi. “6” rəqəmindən sonra gələn “A, B, C,D, E “ müvafiq bölmələri bildirdiyi halda , hərflərdən sonra gələn rəqəm pozuntunun özünü, daha sonra gələn kodlama sistem isə “Birincili psixotik pozuntunun simptomatik təzahürünü” göstərir. Sonda qeyd olunan “XS” kodu isə simptomların ifadəsini vurğulayır.

XBT-10 da təsvir edilən şizofreniya alt tipləri xəstəliyin gedişatı müddətində çox tez-tez dəyişirdi. Onlar diaqnoz və ya müalicə baxımından əhəmiyyətli fərq yaratmadığı üçün XBT -11-dən çıxarılıb və tək bir “Şizofreniya” xəstəliyi adında saxlanılmasıdır [3] Xəstəliyin dövrü xüsusiyyətlərini göstərmək üçün çoxlu xəstəlik dövrləri, davamlı və cari vəziyyətini təyin edən xüsusiyyətlər (simptomatik, qismən sağalma, tam sağalma) əlavə edilmişdir. Həkimin simptomların ifadə olunma şiddətini ətraflı təsvir etmək; müsbət simptomlar, neqativ simptomlar, depressiv əhval-ruhiyyə, maniakal əhval, psixomotor simptomlar və koqnitiv simptomlar qeyd olunur

Diqqət çəkən digər məqam isə ondan ibarətdir ki, “Katatoniya” Şizofreniya təsnifatında çıxarılaq ayrıca bir sindrom kimi təsnif olunmasıdır.

Şizofreniya və digər birincili psixotik pozuntular

6A20 Şizofreniya

6A21 Şizoaffektiv pozuntu

6A22 Şizotipal pozuntu

6A23 Kəskin və psixotik pozuntular

6A24 Səyaqlama pozuntusu

6A25 Birincili psixotik pozuntunun simptomatik təzahürləri

- 6A25.0 Birincili psixi pozuntu zamanı pozitiv simptomlar
- 6A25.1 Birincili psixi pozuntu zamanı neqativ simptomlar
- 6A25.2 Birincili psixi pozuntu zamanı depressiv simptomlar
- 6A25.3 Birincili psixi pozuntu zamanı maniya simptomlar
- 6A25.4 Birincili psixi pozuntu zamanı psikomator simptomlar
- 6A25.0 Birincili psixi pozuntu zamanı koqnitiv simptomlar

6A20 Şizofreniya

- 6A20.0 Şizofreniya, birinci epizod
- 6A20.00 Şizofreniya, birinci epizod, cari simptomlarla
- 6A20.01 Şizofreniya, birinci epizod, natamam remissiya ilə
- 6A20.02 Şizofreniya, birinci epizod, tam remissiya ilə
- 6A20.0Z Şizofreniya, birinci epizod, dəqiqləşdirilməmiş
- 6A20.1 Şizofreniya, çoxsaylı epizodlarla
- 6A20.10 Şizofreniya, çoxsaylı epizodlarla, cari simptomatika ilə
- 6A20.11 Şizofreniya, çoxsaylı epizodlarla, natamam remissiya ilə
- 6A20.12 Şizofreniya, çoxsaylı epizodlarla, tam remissiya ilə
- 6A20.1Z Şizofreniya, çoxsaylı epizodlarla, dəqiqləşdirilməmiş
- 6A20.2 Şizofreniya, fasiləsiz gedişlə
- 6A20.20 Şizofreniya, fasiləsiz gedişli, cari simptomlarla
- 6A20.21 Şizofreniya, fasiləsiz gedişlə, natamam remissiya ilə
- 6A20.22 Şizofreniya, fasiləsiz gedişlə, tam remissiya ilə
- 6A20.2Z Şizofreniya, fasiləsiz gedişlə, dəqiqləşdirilməmiş
- 6A20.Y Digər spesifik şizofreniya
- 6A20.Z Şizofreniya, dəqiqləşdirilməmiş

Nəticə : Yeni təsnifat sisteminin həkim psixiatrların gündəlik klinik fəaliyyətləri dövründə diaqnoz qoyulması prosesini asanlaşdıracağı ilə bərabər psixoz mövzusunda olan diaqnostik çətinliklərə də əhəmiyyətli dərəcədə kömək etmiş olacaqdır.

Ədəbiyyat

1. Rabheru K, Byles JE, Kalache A. How old age was withdrawn as a diagnosis from ICD-11. *Lancet Healthy Longev.* 2022;3(7):e457–9.
2. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) [<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>].
3. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A ve ark. (2016) The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry* 70:107-20.

Yaşlılarda intihar və ya səssiz ölüm

R.Z.Kərimova

Самоубийство у пожилых людей или тихая смерть

Р.З.Каримова

Suicide in the elderly or silent death

R.Z.Karimova

AR Səhiyyə Nazirliyi Respublika Psixiatriya Xəstəxanası PHŞ

E-mail: rumiyya_karimova@mail.ru

Число пожилых людей в мире стремительно увеличивается. Прогнозируется, что в 2031 году количество пожилых людей сравняется с количеством молодых, а в 2050 году количество пожилых людей увеличится в 3 раза. Параллельно с этим среди пожилых людей увеличивается число психических заболеваний и количество самоубийств. Один из каждых 200 молодых людей, совершающих самоубийство, достигает своей цели, а среди пожилых людей в результате самоубийства умирает каждый четвертый человек. Мы думаем, что изучение опубликованных в последние годы литературных материалов о самоубийствах пожилых людей приведет к детальной оценке полученной информации в этом направлении и ее применению в азербайджанской психиатрии, а также будет способствовать проведению новых исследований.

Ключевые слова: суицид, пожилые люди, депрессия, психическое здоровье, факторы риска, социально-демографический индекс, прогноз.

The number of older people in the world is rapidly increasing. It is predicted that in 2031 the number of elderly people will be equal to the number of young people, and in 2050 the number of elderly people will increase 3 times. In parallel, mental illness and suicide rates are increasing among older people. One in every 200 young people who commit suicide achieves their goal, and among older people, one in four people die by suicide. We think that the study of literary materials published in recent years on suicides of elderly people will lead to a detailed assessment of the information obtained in this direction and its application in Azerbaijani psychiatry, and will also contribute to new research.

Keywords: suicide, elderly people, depression, mental health, risk factors, socio-demographic index, prognosis.

Giriş: Dünyada yaşlı insanların sayı sürətlə artır. 2031-ci ildə yaşlı insanların sayı cavan insanların sayı ilə bərabərləşəcəyi gözlənilir [1]. Sosial demoqrafik göstəricilərdə baş verən dəyişiklik nəticəsində yaşlı insanlar dünya əhalisinin 8%-ni təşkil edirdisə, 2050-ci ildə yaşlı insanların sayının 3 qat artacağı proqnozlaşdırılır. 85+ yaşlı olan insanların sayı 10 qat artacağı proqnozlaşdırılır. Buna paralel olaraq da yuxarı yaşlarda rast gəlinən psixiatrik xəstəliklərin sayı və intiharların sayı artmaqdadır. Hər 40 saniyədə dünyada 1 nəfər intihardan ölür. 2018-ci ildə ölüm sayına görə intihar 17-ci yerdə dururdu [2]. Son illərdə intiharların sayı artsa da, yaşlı insanlar arasında intiharların qeydə alınması, onlara qarşı profilaktik tədbirlərin görülməsi istiqamətində çatışmazlıqlar diqqət mərkəzindədir. Çünki elmi tədqiqatların təqdim etdiyi yaşlı insanlarda intihar sayı ilə, ölkələrin statistikasının verdiyi say arasında bir uyğunsuzluq vardır. Səbəb yaşlı insanların intiharların cəmiyyət tərəfindən yetərli qədər önəmsənilməməsi, cavan insanların suisidi kimi faciəvi bir hadisə kimi dəyərləndirilməməsi olduğu kimi, bəzi hallarda suisid faktının sadəcə aşkara çıxmadığı da ola bilər. Yaşlıların seçdiyi suisid bəzən cəmiyyət tərəfindən haqq qazandırıldığı kimi, bəzən də heç suisid olduğu başa düşülmür.

Material və metodlar: Biz son 10 ildə nəşr olunan ədəbiyyat materiallarını nəzərdən keçirmişik. İstifadə edilən məqalələr Scopus, Web of Science, Pub Med kimi beynəlxalq xülasələndirmə və indeksləmə sistemlərinə (bazalarına) daxil olan jurnallardan götürülmüşdür.

Məqsəd: Son illərdə yaşlı insanlarda suisid haqda olan məqalə və tədqiqatları nəzərdən keçirib əldə edilən məlumatlara əsasən ümumi vəziyyəti dəyərləndirməkdir.

Əsas hissə: Yaşlılıq fizioloji bir prosesdir. Bu proses zamanı orqanizmin hüceyrələri, toxuma və sistemlərində tədricən meydana çıxan, geriyyə inkişafı mümkün olmayan funksional və struktur dəyişiklikləri baş verir. İnsanlar illərdir uzun həyatın sirlərini axtarıblar. Amma uzun həyat hər zaman keyfiyyətli həyat demək deyildir. Yaşlılıq insanın həyatında qarşılaşdığı sonuncu yaş krizidir. Ancaq bu kriz zamanı artıq orqanizmin adaptasiya mexanizmləri zəifləmiş olur. Nəticədə bir çox xəstəliklər kimi bu dövrdə intihar risk faktorlarının sayı da artmış olur. 1975-2015-ci illəri əhatə edən retrospektiv tədqiqatların nəticələrinə əsasən yaşlılarda ən yüksək suisid riski 70-79 yaş aralığına düşür [2]. Suisid edən hər 200 cavandan biri məqsədinə çatırsa, yaşlılarda isə hər 4 nəfərdən biri suisid nəticəsində vəfat edir [3]. Yaşlı kişilərdə sonlanmış intihar halları yaşlı qadınlara

nisbətən 3 dəfə çoxdur. Qadınlarda 60 yaşdan sonra intihar halları azalır [2]. Yaşlılarda intiharların sayının artmasına həsr edilən bir çox məqalələrə rast gəlinir. Bu məqalələri 3 modelə əsasən qruplaşdırmaq olar. Başqa sözlə desək yaş və intiharlar nisbətinin arasındakı əlaqənin 3 modeli var:

1. Macar modelinə görə yaş artdıqca intihar nisbəti xətti olaraq artır.
2. Yapon modeli intihar nisbətlərinin həyat boyu 2 dəfə zirvəyə çatdığını bildirir. Gənc yaşlarda və yaşlılıq zamanı intihar hallarının artdığı nəticəsinə gəlinir.
3. Skandinaviya modeli isə intihar sayının orta yaşda zirvəyə çatdığını və yaşlılıqda bu sürətin azaldığını bildirir.

Yaşlı insanlarda intihar riskini artıran faktorlara aiddir:

- ✓ Kişi cinsi,
- ✓ Aşağı sosial-iqtisadi vəziyyət,
- ✓ Sosial izolyasiya,
- ✓ Maddə və alkoqol asılılığı,
- ✓ Ümitsizlik,
- ✓ Klinik risk faktorları,
- ✓ Keçmişdə intihar cəhdlərinin olması,
- ✓ Yoldaşını və ya yaxın insanları itirmək,
- ✓ Zəif dini və ailə bağları.

Klinik risk faktorlarını isə şərti olaraq 2 yerə ayırmaq olar: psixiatrik və somatik risk faktorları. Somatik risk faktorları adı altında bütün ağır, xroniki gedişli, letallıq sonluqla nəticələnə biləcək, əlilliyə səbəb olan xəstəliklər birləşir. Psixiatrik risk faktorlarına aid olan bir çox xəstəliklər var. Bunların içindən ən əsərləri aşağıda öz əksini tapmışdır:

- Demensiya,
- Koqnitiv enmə,
- Bipolyar pozuntular,
- Depressiya,
- Alkoqoldan sui-istifadə,
- Şizofreniya,
- Posttravmatik stress pozuntusu.

Cavanlardan fərqli olaraq yaşlı insanlarda intihar impulsiv xarakter daşımır. Ancaq demensiyanın ilk dövrləri, koqnitiv enmə zamanı beyində baş verən ney-

rodegenerativ proseslər nəticəsində beynin alın payı zədələnmiş olur. İmpulsiv hərəkətlər üzərində nəzarət itdiyi üçün bu yaşlı insanlarda impulsiv suisidlər daha tez-tez müşahidə edilir. Yaşlılıq zamanı baş verən fizioloji və patoloji proseslər depressiyaya səbəb olur [4]. Yaşlı insanlarda depressiyaya tutulmanın yaş, irq, fiziki aktivliklə də əlaqəsinin olduğunu göstərən tədqiqatlar var[5]. Yaşlı insanlarda depressiyanın artması nəticə olaraq suisidin də sayının artması deməkdir. Yaşlı insanlarda depressiyanın yayılma halı 45,8% təşkil edir, suisid isə 6,3%-dir [6].

Ancaq unutmaq lazım deyil ki, İntihar edən yaşlı insanların ancaq ½-sində psixi problemlər olur! Təşviş intihar edən hər 6 xəstədən 1-ində qeyd edilir. XBT və DSM-ə əsasən yaşlılarda depressiya diaqnozu qoyulubsa və ya simptomlara görə tam kriteriyalara uymursa da, bu əlamətlərin olması tibb işçiləri üçün bir qırmız işıq olmalıdır:

- ❖ Kədər,
- ❖ Günahkarlıq hissi,
- ❖ Uğursuzluq hissi,
- ❖ Təşviş,
- ❖ Ürəkdöyünmə,
- ❖ Boğazda düyünlənmə,
- ❖ Təkrarlanan fikirlər,
- ❖ Akatiziya,
- ❖ Psixomotor oyanma.

Yaşlılarda suisid fikri, suisid qərarı və suisid aktı cavnlara nisbətən daha ləng baş verir. Ancaq verilən qərar daha qəti və daha qəddar olur. Yaşlıların ən çox istifadə etdiyi üsulların asılma, hündürlükdən atma, dərman qəbulu (benzodiazepinlər, analgetiklər, antidepressantlar), polietilen paketlə özünü boğma olduğu bildirilir[6].

Son 10 ildə dərc edilən məqalələri tədqiq etdikdə görürük ki dünya praktikasında intiharların qarşının alınması üçün ehtiyat tədbirləri 3 istiqamətdə aparılmalıdır:

1. İntiharların yaranmasına səbəb olacaq faktorların aradan qaldırılmalıdır. Bunun üçün yaşlı insanların ekonomik vəziyyəti yaxşılaşdırılmalı, sağlam həyat tərzi dərəcəsi dəstəklənməlidir. Təqaüd dövrünün planlanması, sosial dəstək sahələrinin yaradılması da vacib məqamlardandır.

2. İkinci istiqamət suisid fikri və cəhdi olan yaşlı insanlara yönəldilməli, risk indikatorları olan yaşlı insanlara vaxtında dəstək olunmasıdır. Bunun üçün dəstək mərkəzləri yaradılmalıdır. Tibbi personalın bu istiqamətdə təlimləndirilməlidir. Yaşlı insanlar arasında psixoterapiyaya maraq demək olar ki yoxdur. Ona görə suisidin, depressiyanın əsas profilaktikası üsulu yaşlı insanlarda fiziki aktivliyin artırılması, avtonomluğunun artırılması, multidisiplinar sistemin tətbiq edilməsidir [4].

Yuxarıda qeyd etdiyimiz suisid riski indikatorlarını təkcə tibb işçiləri deyil, həm də yaşlı insanların ünsiyyətdə olduğu şəxslər də bilməlidir. Bunlara aiddir:

- İntihar fikirləri, cəhdlər, planları haqqında danışmaq,
- Həyatın mənasız olduğunu, ölmək istədiyini demək,
- Depressiv əhval-ruhiyyə,
- Alkoqol və psixoaktiv maddədən istifadə etmək,
- Digər insanlardan uzaqlaşmaq,
- Eskeyp reaksiya (məs.: evdən getmək),
- Gündəlik aktivliyin azalması,
- Özünə qulluqda azalma,
- Müalicədən imtina, dərman qəbulu və yeməkdən imtina,
- Dərman preparatlarının çoxsayda alınması,
- Ölüm və intihar haqda materiallar oxumaq, qulaq asmaq və bu haqda danışmağa üstünlük vermək,
- Kədərli musiqilərə qulaq asmaq,
- «İşlərini qaydaya salmaq».

Bu indikatorlar müşahidə edildikdə yaşlı insanın psixiatrik müayinədən keçirilməsi vacibdir. Yaşlı insanların psixi vəziyyətini qiymətləndirmək üçün isə psixiatriyada istifadə edə biləcəyimiz şkalalar isə bunlardır (şkalaların Azərbaycan dilinə tərcümə olunmuş və adaptasiya olunmuş variantları hələki mövcud deyil):

- Geriatric Depression Scale (GDS),
- Geriatric Suicide Ideation scale (GSIS),
- Hopelessness Scale (Beck et al.),
- Опросник суицидального риска (ОСР),
- Purpose in Life Test (PIL),
- Beck Depression Inventory,
- The Sad Persons scale (Patterson et al. 1983),

- Pierce Suicidal Intent Scale
3. Sonuncu qrup profilaktik tədbirlərə artıq intihar cəhdi etmiş yaşlı insanlarla iş aiddir. Böhrana müdaxilə, təhsil proqramları, fərdi və qrup terapiyası, özünə dəstək qrupları sayəsində yenidən sosiallaşma və aktivləşmə profilaktik tədbirlərin bir parçasıdır.

Nəticə: Dünya əhalisi arasında yaşlı insanların sayı artmaqla paralel suisidlərin də sayı artmaqdadır. Ancaq çox vaxt yaşlı insanlarda suisid hallarına yetərli diqqət ayrılmır. Görülən tədbirlər yetərli olmur. Bu halın qarşısının alınması üçün hər 3 istiqamətdə profilaktik tədbirlər görülməlidir. Yaşlı insanların müalicəsinə multidissiplinar yanaşma çox şeyi dəyişə, qarşısını ala bilər.

Ədəbiyyat siyahısı:

1. Silva SPZ, Bocchi SCM. Measuring suicide risk in the elderly with non-institutionalized depression: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2020 Oct 23;73(suppl 3):e20200106. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0106. PMID: 33111806.
2. Crestani C, Masotti V, Corradi N, Schirripa ML, Cecchi R. Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study. *Acta Biomed.* 2019 Jan 22;90(1):68-76. doi: 10.23750/abm.v90i1.6312. PMID: 30889157; PMCID: PMC6502164.
3. Schenker M, Costa DH. Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care. *Cien Saude Colet.* 2019; 24(4):1369-80. doi: 10.1590/1413-81232018244.01222019» <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>
4. Santos MC, Santos MAM. Depressão em idosos. *Rev Saúde ReAGES.* 2019; 2(4):40-5. Available from: <https://www.faculdadeages.com.br/uniages/wp-content/uploads/2019/07/p.-40-45-1.pdf>» <https://www.faculdadeages.com.br/uniages/wp-content/uploads/2019/07/p.-40-45-1.pdf>
5. Lima AMP, Ramos JLS, Bezerra IMP, Rocha RPB, Batista HMT, Pinheiro WR. Depression in the elderly: a systematic review of the literature. *Rev Epidemiol Controle Infecç.* 2016; 6(2):97-103. doi: 10.17058/reci.v6i2.6427» <https://doi.org/10.17058/reci.v6i2.6427>
6. Arslantas D, Ünsal A, Ozbabalık D. Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in Middle Anatolia, Turkey. *Geriatr Gerontol Int.* 2014; 14(1):100-8. doi: 10.1111/ggi.12065.» <https://doi.org/10.1111/ggi.12065>.

PSIXOLOJİ YARDIM HAQQINDA

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASININ QANUNU

Bu Qanun Azərbaycan Respublikası Konstitusiyasının 94-cü maddəsinin I hissəsinin 1-ci bəndinə uyğun olaraq, Azərbaycan Respublikasında psixoloji yardım göstərilməsinin hüquqi əsaslarını, psixoloji yardım alan şəxslərin və psixoloqların hüquqlarını və vəzifələrini müəyyən edir, bu sahədə yaranan münasibətləri tənzimləyir.

1-ci fəsil

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Maddə 1. Əsas anlayışlar

1.0. Bu Qanunda istifadə olunan anlayışlar aşağıdakı mənaları ifadə edir:

1.0.1. **psixoloji yardım** – psixoloji problemlərin həlli, stress vəziyyətlərin nəticələrinin aradan qaldırılması, şəxsiyyətlərarası münasibətlərin və psixi sağlamlığın yaxşılaşdırılması, şəxsiyyətin inkişafı, sosial adaptasiya məqsədi ilə psixoloji prinsiplər və metodlar əsasında həyata keçirilən tədbirlər;

1.0.2. **psixoloq** – bu Qanunla müəyyən edilmiş tələblərə cavab verən, psixoloq ixtisası üzrə ali təhsil almış və ya “Təhsil haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq əlavə təhsil alma formasında psixoloq ixtisasını əldə etmiş və psixoloji yardım göstərmək hüququ olan şəxs;

1.0.3. **psixoloji yardım alan şəxs** – mürəkkəb psixoloji vəziyyətlə bağlı psixoloji yardım göstərən şəxsə müraciət edən şəxs (şəxslər);

1.0.4. **psixoloji yardım standartları** – psixoloji yardımın növünə, formasına, müddətinə və keyfiyyətinə dair müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi orqan (qurum) tərəfindən təsdiq edilən minimum tələblərin məcmusu;

1.0.5. **ilkin psixoloji yardım** – fəvqəladə hadisələr zamanı zərər çəkmiş şəxslərdə kəskin stress əlamətlərinin azaldılması və əsas insani tələbatların ödənilməsinə yönəlmiş qeyri-ixtisaslaşdırılmış tədbirlər;

1.0.6. **psixanaliz** – psixi pozuntuların müalicəsinə dair psixoloji nəzəriyyə və psixoterapevtik müalicə üsulu;

1.0.7. **böhran vəziyyəti** – şəxsin müstəqil aradan qaldıra bilmədiyi və psixoloji problemlərin yaranmasına səbəb olan hallar;

1.0.8. **təcili psixoloji yardım** – böhran vəziyyətində olan şəxslərə göstərilən ixtisaslaşdırılmış psixoloji yardım;

1.0.9. **ailə terapiyası** – ailələrə psixoloji yardım göstərilməsinə yönəlmiş psixoterapiyanın müstəqil bölməsi;

1.0.10. **davranış psixologiyası** – davranış prinsiplərini öyrənən psixologiya sahəsi;

1.0.11. **neyropsixologiya** – psixoloji proseslərlə əlaqədar mərkəzi sinir sisteminin strukturu və funksiyalarını öyrənən psixologiya sahəsi;

1.0.12. **psixopatologiya** – psixi fəaliyyətin pozulmasını öyrənən psixologiya sahəsi;

1.0.13. **klirik (tibbi) psixologiya** – psixi halların xəstəliklərlə qarşılıqlı əlaqəsini öyrənən psixologiya sahəsi;

1.0.14. **klirik (tibbi) psixoloq** – bu Qanunla müəyyən edilmiş tələblərə cavab verən, təhsili klinik (tibbi) psixologiya üzrə magistr dərəcəsindən aşağı olmayan və ixtisası üzrə ən azı 1 (bir) il iş təcrübəsi olan və *tibb* müəssisələrində psixoloji yardım göstərmək hüququ olan şəxs;

1.0.15. **psixoloji problem** – şəxsin özü, peşə fəaliyyəti, şəxsiyyətlərarası münasibətlər, ailə vəziyyəti və (və ya) şəxsi həyatının digər problemləri ilə bağlı psixoloji narahatlığı;

1.0.16. **klirik psixoloji yardım** – klinik (tibbi) psixoloqlar tərəfindən psixoterapiya, psixoloji müayinə (diaqnostika), psixoloji

reabilitasiya və psixoloji korreksiya, habelə psixoloji məsləhət formalarında göstərilən psixoloji yardım.

Maddə 2. Psixoloji yardım haqqında Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi

Psixoloji yardım haqqında Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi Azərbaycan Respublikasının Konstitusiyasından, bu Qanundan, digər normativ hüquqi aktlardan və Azərbaycan Respublikasının tərəfdar çıxdığı beynəlxalq müqavilələrdən ibarətdir.

Maddə 3. Qanunun tətbiq dairəsi

3.1. Bu Qanun Azərbaycan Respublikasının vətəndaşlarına, əcnəbilərə və vətəndaşlığı olmayan şəxslərə, habelə Azərbaycan Respublikasının ərazisində fəaliyyət göstərən, təşkilati hüquqi formasından asılı olmayaraq, bütün hüquqi şəxslərə, xarici hüquqi şəxslərin filial və nümayəndəliklərinə şamil edilir.

3.2. "Psixoloq", "psixoloji", "psixooanaliz", "psixodiagnostika", "psixoterapiya" sözlərindən və bu sözləri özündə əks etdirən söz birləşmələrindən adında və digər rekvizitlərində yalnız bu Qanuna uyğun olaraq psixoloji yardım göstərmək hüququ olan şəxslər tərəfindən istifadə edilməsinə yol verilir.

3.3. Bu Qanunun müddələri aşağıdakı hallara şamil edilmir:

3.3.1. "Psixiatriya yardımı haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq həkim tərəfindən həyata keçirilən psixiatriya yardımına;

3.3.2. Azərbaycan Respublikasının inzibati xətalər, cinayət və mülki prosessual qanunvericiliyinə uyğun olaraq təyin edilmiş psixoloji ekspertizaya;

3.3.3. Azərbaycan Respublikasının Əmək Məcəlləsi ilə müəyyən edilmiş peşə fəaliyyəti yüksək təhlükə mənbəyi ilə bağlı olan iş yerlərində işə qəbul, Azərbaycan Respublikasının Silahlı Qüvvələrinə

hərbi xidmətə və xüsusi təyinatlı təhsil müəssisələrinə qəbulla əlaqədar psixoloji müayinəyə.

Maddə 4. Psixoloji yardımın növləri və formaları

4.1. Psixoloji yardımın növləri aşağıdakılardır:

4.1.1. **psixoloji profilaktika və maarifləndirmə** – psixoloji problemləri yaradan amillər və şəraitlər haqqında məlumatlanma;

4.1.2. **psixoloji konsultasiya** – şəxsin psixoloji problemlərini başa düşməsi və həll etməsi üçün göstərilən yardım prosesi;

4.1.3. **psixoloji dəstək** – şəxsin adaptasiya qabiliyyətinə təsir edə biləcək psixoloji problemlərin aşkar edilməsi və qarşısının alınması;

4.1.4. **psixoloji müayinə (diaqnostika)** – şəxsin normal həyat ahəngini pozan, onun davranış və münasibətlər sisteminə təsir edən psixoloji problemlərinin öyrənilməsi və göstəriləcək psixoloji yardımın növünü, formasını və həcmi düzgün müəyyən etmək məqsədi ilə psixoloji yardım alan şəxsin fərdi-psixoloji xüsusiyyətlərinin qiymətləndirilməsi;

4.1.5. **psixoterapiya** – psixoloji metodlardan istifadə edərək psixi pozuntuların müalicəsi;

4.1.6. **psixoloji reabilitasiya və psixoloji korreksiya** – psixi sağlamlıq problemləri olan şəxsin psixososial uyğunlaşması və səmərəli sosial davranışının bərpa olunması və ya inkişafı;

4.1.7. **psixoloji treninq (psixoloji təlim)** – psixologiya sahəsi ilə əlaqəli olan yeni biliklərin, vərdişlərin və münasibətlərin inkişafına yönəlmiş aktiv öyrənmə üsulu.

4.2. Psixoloji yardım aşağıdakı formalarda həyata keçirilir:

4.2.1. psixoloji yardım alan şəxslə mütəxəssis arasında qarşılıqlı əlaqənin formasından asılı olaraq - bilavasitə və vasitəli (telefon, internet və digər texniki vasitələrdən istifadə etməklə);

4.2.2. iştirakçıların sayından və tərkibindən asılı olaraq – fərdi, ailə, qrup;

4.2.3. davam etmə müddətindən asılı olaraq – təcili, birdəfəlik, qısamüddətli (12 məşğələyə qədər), uzunmüddətli (12 məşğələdən çox).

2-ci fəsil

PSIXOLOJİ YARDIM SAHƏSİNDƏ DÖVLƏT SİYASƏTİ

Maddə 5. Psixoloji yardım sahəsində dövlətin vəzifələri

5.1. Dövlət vətəndaşların vaxtında, keyfiyyətli psixoloji yardım almaq hüququna təminat verir.

5.2. Psixoloji yardım sahəsində dövlətin vəzifələri aşağıdakılardır:

5.2.1. psixoloji problemlərinin yaranması riski yüksək olan əhali qrupları arasında mürəkkəb psixoloji vəziyyətlərin və onların nəticələrinin profilaktikası və aradan qaldırılması;

5.2.2. psixoloji yardım sahəsində dövlət siyasətinin formalaşdırılması və həyata keçirilməsi, o cümlədən bu sahədə normativ hüquqi aktların, dövlət standartlarının və dövlət proqramlarının işlənilib hazırlanması, qəbul edilməsi və həyata keçirilməsi;

5.2.3. Azərbaycan Respublikası əhalisinin psixoloji rifahını təmin edən və həyat keyfiyyətlərini yüksəldən şəraitin yaradılması;

5.2.4. psixi sağlamlığın profilaktikası, psixi inkişafın optimallaşdırılması, adaptasiya, şəxsin cəmiyyətə inteqrasiyası və reabilitasiyanın dəstəklənməsi;

5.2.5. psixoloji yardım göstərən mütəxəssislərin hazırlanması və ixtisas səviyyəsinin yüksəldilməsi;

5.2.6. psixoloji yardım sahəsində dövlət orqanlarının, bələdiyyələrin və qeyri-hökumət təşkilatlarının fəaliyyətinin əlaqələndirilməsi;

5.2.7. psixoloji konsultasiya və maarifləndirmə fəaliyyətinin həyata keçirilməsi, o cümlədən sosial reklam çarxlarının hazırlanması və yayımlanması, qaynar xəttin təşkili;

5.2.8. psixoloji yardım sahəsində nəzarətin həyata keçirilməsi;

5.2.9. psixoloji yardım sahəsində beynəlxalq əməkdaşlıq.

Maddə 6. Psixoloji yardımın maliyyələşdirilməsi

6.1. Psixoloji yardım ödənişsiz və ya ödənişli əsaslarla göstərilir.

6.2. Aşağıdakı şəxslərin ödənişsiz psixoloji yardım almaq hüququ vardır:

6.2.1. "Tibbi sığorta haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq təcili və təxirəsalınmaz hallarda Azərbaycan Respublikası vətəndaşlarının;

6.2.2. "Təhsil haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq təhsil müəssisələrində təhsilənlərin;

6.2.3. "Həbs yerlərində saxlanılan şəxslərin hüquq və azadlıqlarının təmin edilməsi haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq tutulmuş və həbs edilmiş şəxslərin;

6.2.4. Azərbaycan Respublikasının Cəzaların İcrası Məcəlləsinə uyğun olaraq penitensiar müəssisələrdə cəza çəkən şəxslərin;

6.2.5. "Penitensiar müəssisələrdə cəza çəkməkdən azad edilmiş şəxslərin sosial adaptasiyası haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq cəza çəkməkdən azad edilmiş şəxslərin;

6.2.6. "Məişət zorakılığının qarşısının alınması haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq məişət zorakılığından zərər çəkmiş şəxslərin;

6.2.7. Azərbaycan Respublikasının Silahlı Qüvvələrində xidmət keçən hərbi qulluqçuların;

6.2.8. "Sosial xidmət haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq sosial xidmətə götürülmüş şəxslərin (ailələrin);

6.2.9. fəvqəladə hadisə zamanı zərər çəkmiş şəxslərin, onların ailə üzvlərinin, habelə fəvqəladə hadisələrin nəticələrinin aradan qaldırılmasında iştirak edən şəxslərin;

6.2.10. kollektiv əmək müqaviləsində nəzərdə tutulduğu hallarda Azərbaycan Respublikasının Əmək Məcəlləsi ilə müəyyən edilmiş peşə fəaliyyəti yüksək təhlükə mənbəyi ilə bağlı olan şəxslərin;

6.2.11. "Əlilliyi olan şəxslərin hüquqları" Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq tibbi-sosial reabilitasiyası zamanı əlilliyi olan şəxslərin;

6.2.12. "İnsan alverinə qarşı mübarizə haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq insan alverinin qurbanı olmuş şəxslərin.

6.3. Qanunla ödənişsiz psixoloji yardımın göstərilməsinin digər halları da nəzərdə tutula bilər.

6.4. Bu Qanunun 6.2.1-ci maddəsində nəzərdə tutulmuş halda, psixoloji yardım şəxsin yaşayış yeri və ya olduğu yer üzrə dövlət ambulator-poliklinika müəssisəsində və ya həmin müəssisənin göndərişi ilə ixtisaslaşdırılmış dövlət tibb müəssisəsində göstərilir.

6.5. Ödənişsiz psixoloji yardımın göstərilməsi qaydası və şərtləri müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi orqan (qurum) tərəfindən müəyyən edilir.

6.6. Bu Qanunun 6.2-ci maddəsində göstərilən hallar istisna olmaqla, digər hallarda psixoloji yardım göstərən şəxs tərəfindən psixoloji yardım müqavilə əsasında ödənişli qaydada göstərilir.

6.7. Psixoloji yardım göstərən şəxslə psixoloji yardım alan şəxsin münasibətləri, eləcə də psixoloji yardım göstərən şəxsə ödəniləcək xidmət haqqının məbləği onlar arasında bağlanmış müqavilə ilə tənzimlənir.

Maddə 7. Psixoloji problemlərinin yaranma riski yüksək olan əhali qrupları arasında profilaktik tədbirlərin həyata keçirilməsi

7.1. Müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi orqanlar (qurumlar) tərəfindən fəvqəladə hadisələr zamanı zərər çəkmiş şəxslərə psixoloji yardımın göstərilməsi və onların psixoloji fəsadlarının aradan qaldırılması məqsədilə zəruri tədbirlər həyata keçirilir.

7.2. İşəgötürənlər bu Qanunun 6.2.10-cu maddəsində nəzərdə tutulmuş şəxslərin işəgötürənin vəsaiti hesabına vaxtaşırı psixoloji müayinədən keçməsi və onun nəticəsindən asılı olaraq psixoloji yardımla təmin edilməsi üçün tədbirlər görməlidirlər.

7.3. Əlilliyi olan şəxslərin tibbi-sosial reabilitasiyası onlara psixoloji yardımın göstərilməsi ilə bağlı tədbirləri də nəzərdə tutmalıdır.

7.4. Fiziki və hüquqi şəxslər əməyin təşkili, stressin aradan qaldırılması, münafiqşələrin həlli, işçilərin iş potensialının artırılması və digər məsələlər ilə bağlı psixoloji yardım göstərən şəxslə bağlanmış müqavilə əsasında məsləhətlər və ya psixoloji treninqlər keçirmək hüququna malikdirlər.

3-cü fəsil

PSIXOLOJİ YARDIMIN PRİNSİPLƏRİ

Maddə 8. Psixoloji yardım göstərilməsinin əsas prinsipləri

Psixoloji yardımın göstərilməsi könüllülük, konfidensiallıq, qanunçuluq, humanistlik, insan və vətəndaş hüquq və azadlıqlarına əməl edilməsi prinsipləri əsasında həyata keçirilir.

Maddə 9. Psixoloji yardımın könüllülüğü

9.1. Psixoloji yardım psixoloji yardım alan şəxsin və ya onun qanuni nümayəndəsinin razılığı əsasında göstərilir. Bu razılıq psixoloji yardım alan şəxsin psixoloji yardım ilə bağlı könüllü qərar qəbul etdiyini, psixoloji yardımın məqsədini, faydasını, həcmi, müddətini və tətbiq olunan psixoloji yardım metodunu, həmçinin psixoloji yardımdan imtina və onun dayandırılması imkanını barədə ona təqdim edilmiş məlumatı başa düşməsinə nəzərdə tutur. Heç kəs psixoloji yardım almağa məcbur edilə bilməz.

9.2. Psixoloji yardım alan şəxs psixoloji yardım göstərən müəssisəni və psixoloqu, o cümlədən psixoloji yardımın növünü və onun göstərilmə şərtlərini sərbəst seçmək hüququna malikdir.

9.3. Psixoloji yardım alan şəxs yardımın alınmasından istənilən vaxt imtina edə və ya onu dayandıra bilər.

9.4. Bu Qanunun 9.5-ci maddəsində nəzərdə tutulan hallar istisna olmaqla, 14 yaşına çatmamış şəxslərə psixoloji yardım yalnız onların

valideynlərinin və ya digər qanuni nümayəndələrinin razılığı ilə, 14 yaşı tamam olmuş şəxslərə isə onların razılığı ilə göstərilir.

9.5. 14 yaşına çatmamış şəxslərə valideynlərin və ya digər qanuni nümayəndələrinin razılığı olmadan psixoloji yardımın göstərilməsinə aşağıdakı hallarda yol verilir:

9.5.1. valideynləri və ya digər qanuni nümayəndələri tərəfindən 14 yaşına çatmamış şəxsə münasibətdə qəddar rəftar, fiziki, psixoloji və seksual zorakılıq faktları aşkar edildikdə;

9.5.2. 14 yaşına çatmamış şəxs sosial təhlükəli vəziyyətdə olduqda;

9.5.3. 14 yaşına çatmamış şəxs fəvqəladə hadisələrlə üzləşdikdə;

9.5.4. *tibb*, təhsil və sosial xidmət müəssisələrində kütləvi psixoloji profilaktika tədbirləri həyata keçirildikdə;

9.5.5. 14 yaşına çatmamış şəxs psixoloji yardım almaq üçün telefon, internet və digər texniki vasitələrindən istifadə edərək anonim müraciət etdikdə;

9.5.6. 14 yaşına çatmamış şəxs cinayətin şahidi olduqda və ya cinayətin törədilməsindən zərər çəkdikdə.

9.6. Şəxsin psixoloji vasitə və üsulların sınaqdan keçirilməsinə, elmi tədqiqat işlərində və ya tədris prosesində foto və videoçəkilişlərə cəlb olunması, bu Qanunun 10.4-cü maddəsinin tələbləri nəzərə alınmaqla, psixoloji yardım alan şəxsin və ya onun qanuni nümayəndəsinin razılığı ilə həyata keçirilir.

Maddə 10. Psixoloji yardımın konfidensiallığı və anonimliyi

10.1. Şəxsin psixoloji vəziyyəti, psixoloji yardım almaq üçün müraciəti, təyin olunmuş psixoloji testlərin nəticələri və ona göstərilən psixoloji yardım haqqında məlumatlar konfidensial hesab edilir.

10.2. Bu Qanunun 10.1-ci maddəsində göstərilən məlumatların psixoloji yardım alan şəxsin və ya onun qanuni nümayəndəsinin razılığı olmadan açıqlanması, bu Qanunun 10.3-cü maddəsində nəzərdə tutulan hallar istisna olmaqla, qadağandır.

10.3. Şəxsin və ya onun qanuni nümayəndəsinin razılığı olmadan konfidensial məlumatların açıqlanmasına aşağıdakı hallarda yol verilir:

10.3.1. cinayət mühakimə icraatı zamanı şəxsin psixoloji vəziyyəti ilə əlaqədar məlumatların alınması zərurəti yarandıqda, təhqiqat və istintaq orqanlarının, prokurorun və ya məhkəmənin sorğusu əsasında;

10.3.2. yetkinlik yaşına çatmayanların mənafeələrinin qorunması məqsədi ilə mülki məhkəmə icraatı zamanı məhkəmənin sorğusu əsasında;

10.3.3. psixoloqun fəaliyyətində cinayət və ya inzibati xəta tərkibinin əlamətləri aşkar edildikdə;

10.3.4. psixoloji yardım alan şəxsin və digər şəxslərin həyatı və sağlamlığı üçün bilavasitə təhlükə yarandıqda;

10.3.5. ağır və xüsusilə ağır cinayətin hazırlanması və ya törədilməsi barədə məlumat olduqda;

10.3.6. "Psixiatriya yardımı haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq şəxs məcburi və qeyri-könüllü qaydada psixiatriya müəssisəsinə yerləşdirildikdə;

10.3.7. həqiqi hərbi xidmətə çağırışın və səfərbərliyin təmin olunması məqsədilə müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi orqanın (qurumun) sorğusu əsasında.

10.4. Daha uyğun psixoloji yardımın göstərilməsi, psixologiya sahəsində ixtisaslı mütəxəssislərin hazırlanması, fundamental, tətbiqi və eksperimental tədqiqatların aparılması məqsədilə psixoloji yardımın göstərilməsi zamanı üçüncü şəxsin iştirakına və ya məlumatların toplanılmasına yalnız psixoloji yardım alan şəxsin və ya onun qanuni nümayəndəsinin yazılı razılığı ilə yol verilir. Əldə olunan məlumatlardan elmi tədqiqatlarda, nəşrlərdə və *mediada* istifadəyə bu məlumatların adsızlaşdırılması şərti ilə yol verilir.^[2]

10.5. Psixoloji yardım göstərən şəxslər konfidensial məlumatların yayılmasına görə qanunla nəzərdə tutulmuş məsuliyyət daşıyırlar.

10.6. Bu Qanunun 6.2-ci maddəsində göstərilən hallar istisna olmaqla, psixoloji yardım alan şəxsin arzusu ilə ona bu yardım anonim göstərilə bilər.

10.7. Anonim psixoloji yardım psixoloji yardım alan şəxsin göstərdiyi məlumatlar (ad, yaş və s.) əsasında onun şəxsiyyətini təsdiq edən sənəd təqdim olunmadan, psixoloji yardım göstərən şəxslə

müqavilə bağlanmadan və psixoloji yardımın nəticələri rəsmiləşdirilmədən göstərilir.

4-cü fəsil

PSIXOLOJİ YARDIM İŞTİRAKÇILARININ HÜQUQLARI VƏ VƏZİFƏLƏRİ

Maddə 11. Psixoloji yardım göstərmək hüququ olan şəxslər

11.1. Psixoloji yardım bu Qanunun tələbləri nəzərə alınmaqla psixoloji yardım göstərmək hüququ olan şəxslər (psixoloq və ya klinik (tibbi) psixoloq) tərəfindən göstərilir.

11.2. İlk psixoloji yardım fəvqəladə hadisə zamanı hadisə yerində olan və fəvqəladə hadisələrin nəticələrinin aradan qaldırılmasına cəlb olunmuş şəxslər, eləcə də ilk psixoloji yardım göstərmək üzrə müəyyən vərdisləri və təcrübəsi olub, lakin psixologiya ixtisası üzrə təhsil almayan şəxslər tərəfindən də göstərilə bilər.

11.3. Psixoloji yardım göstərmək hüququ olan şəxslərə dair tələblər müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi orqan (qurum) tərəfindən müəyyən olunur.

11.4. Şəxsiyyət əleyhinə olan cinayətlər törətməyə görə məhkum edilmiş şəxslər psixoloji yardım göstərə bilməzlər.

11.5. Klinik (tibbi) psixoloq bu Qanunun 18-ci və 19-cu maddələrinin tələbləri nəzərə alınmaqla fəaliyyət göstərir.

11.6. Psixoloji yardım göstərən şəxslərin işlədikləri müəssisələrin rəhbərləri onların əlavə təhsili üçün şərait yaratmalıdırlar.

Maddə 12. Psixoloji yardım göstərmək hüququ olan şəxslərin hüquqları və vəzifələri

12.1. Psixoloji yardım göstərmək hüququ olan şəxslərin aşağıdakı hüquqları vardır:

12.1.1. psixoloji yardım göstərən zaman bu Qanuna uyğun olaraq yardımın növünü, formasını, həcmi, vasitə və üsullarını sərbəst seçmək;

12.1.2. şərəf və ləyaqətini, peşəkar nüfuzunu müdafiə etmək;

12.1.3. bu Qanunda nəzərdə tutulmuş hallarda psixoloji yardım göstərməkdən imtina etmək;

12.1.4. "Təhsil haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq əlavə təhsil almaq;

12.1.5. qanunda nəzərdə tutulmuş digər hüquqları həyata keçirmək.

12.2. Psixoloji yardım göstərmək hüququ olan şəxslərin vəzifələri aşağıdakılardır:

12.2.1. psixoloji yardım alan şəxsə peşəkar, keyfiyyətli və psixoloji yardım standartlarına uyğun psixoloji yardım göstərmək;

12.2.2. psixoloji yardım alan şəxsə onun hüquqları, vəzifələri, göstərilən yardımın növləri, formaları, şərtləri, qaydaları və ehtimal edilən nəticələri haqqında məlumat vermək;

12.2.3. psixoloji yardım göstərməkdən imtina etdikdə, bunun səbəbləri barədə psixoloji yardım alan şəxsə və ya onun qanuni nümayəndəsinə məlumat vermək;

12.2.4. yardım göstərdikləri şəxslərin hüquqlarına, şərəf və ləyaqətinə hörmətlə yanaşmaq;

12.2.5. psixoloji yardım standartlarına və qaydalarına, psixoloqun peşə etikasına riayət etmək;

12.2.6. bu Qanunun tələblərinə uyğun olaraq psixoloji yardım alan şəxs haqqında məlumatın konfidensiallığını təmin etmək;

12.2.7. psixoloji müayinənin nəticələrinə uyğun olaraq digər yüksək ixtisaslı mütəxəssislərlə psixoloji konsilium təşkil etmək;

12.2.8. qanunda nəzərdə tutulmuş digər vəzifələri həyata keçirmək.

Maddə 13. Psixoloji yardım alan şəxslərin hüquqları və vəzifələri

13.1. Psixoloji yardım alan şəxslərin hüquqları aşağıdakılardır:

13.1.1. bu Qanuna və psixoloji yardım standartlarına uyğun olaraq peşəkar və ixtisaslı psixoloji yardım almaq;

13.1.2. qanuni maraqlarını, şərəf və ləyaqətini müdafiə etmək;

13.1.3. hüquqları, psixoloji problemin xarakteri, tətbiq edilən psixoloji yardım metodları haqqında məlumat almaq;

13.1.4. psixoloji yardımın göstərilməsindən imtina etmək və ya onu dayandırmaq.

13.2. Psixoloji yardım alan şəxslərin vəzifələri aşağıdakılardır:

13.2.1. psixoloji yardım göstərən şəxslə əməkdaşlıq etmək;

13.2.2. psixoloji yardım göstərən şəxsin, digər şəxslərin hüquqlarına, şərəf və ləyaqətinə hörmətlə yanaşmaq;

13.2.3. psixoloji yardımın göstərilməsi ilə bağlı psixoloji yardım göstərən şəxslə bağladığı müqaviləyə əsasən üzərinə götürdüyü öhdəliklərə riayət etmək.

Maddə 14. Psixoloji yardımın göstərilməsindən imtinanın və ya onun dayandırılmasının əsasları

14.1. Psixoloji yardım göstərən şəxslərin aşağıdakı hallarda bu yardımı göstərməkdən imtina etmək və ya dayandırmaq hüququ vardır:

14.1.1. psixoloji yardım göstərilməsinə əsas olmadıqda;

14.1.2. psixoloji yardımın göstərilməsinə əks-göstərişlər olduqda;

14.1.3. şəxs və ya onun qanuni nümayəndəsi psixoloji yardımın göstərilməsinə razılıq verməkdən imtina etdikdə;

14.1.4. psixoloji yardım alan şəxsin tələbi ilə psixoloji yardım göstərən şəxsin təklif etdiyi psixoloji yardım növü arasında uyğunsuzluq olduqda;

14.1.5. psixoloji yardım alan şəxs psixoloji yardım göstərən şəxslə bağladığı müqaviləyə riayət etmədikdə;

14.1.6. psixoloji yardım göstərən şəxsin həyat və sağlamlığı üçün təhlükə yarandıqda.

14.2. Psixoloji yardım göstərən şəxs bu yardımın göstərilməsindən imtina etdikdə və ya yardımı dayandırdıqda bunun səbəblərini yazılı

şəkildə açıqlamalı və bu barədə psixoloji yardım alan şəxsi və ya onun qanuni nümayəndəsini, müqavilə bağladığı, eləcə də fəaliyyət göstərdiyi müəssisəsinin müdiriyyətini məlumatlandırır.

5-ci fəsil

TƏHSİL VƏ TİBB MÜƏSSİSƏLƏRİNDƏ PSIXOLOJİ YARDIMIN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Maddə 15. Təhsil müəssisələrində psixoloji yardım

15.1. Azərbaycan Respublikasında təhsilin bütün pillə və səviyyələrində sağlam psixoloji mühiti, fərdi inkişafı və təhsil alanların psixoloji tələbatlarını təmin etmək məqsədilə psixoloji yardım göstərilməsinə təminat verilir.

15.2. Təhsil müəssisələrində psixoloji yardım "Təhsil haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanunu ilə müəyyən edilmiş qaydada bu Qanunun 16-cı və 17-ci maddələrinin tələblərinə riayət edilməklə həyata keçirilir.

Maddə 16. Təhsil müəssisələrində psixoloji müayinə

16.1. Təhsil müəssisələrində psixoloji müayinə təhsilalanın ehtiyaclarını müəyyənləşdirmək məqsədilə aparılır və onun maraqları ilə ziddiyyət təşkil edə bilməz.

16.2. Psixoloji müayinə təhlükəsizliyi və konfidensiallığı təmin edən şəraitdə həyata keçirilməlidir.

16.3. Təhsil müəssisələrində aparılmış psixoloji müayinənin nəticələri barədə məlumat aşağıdakı şəxslərə verilir:

16.3.1. müayinə olunan şəxsin özünə və (və ya) onun qanuni nümayəndəsinə;

16.3.2. bilavasitə tədrisi həyata keçirən müəllimə (müəllimlərə), təhsil müəssisəsinin rəhbərinə 14 yaşına çatmamış şəxslər barəsində

yalnız qanuni nümayəndənin, 14 yaşı tamam olmuş şəxslər barəsində isə özünün razılığı olduqda.

16.4. Psixoloji müayinənin nəticələri təhsilalanın valideynləri və ya digər qanuni nümayəndələri ilə müzakirə olunmalıdır və psixoloji yardımın digər növlərinin tətbiqinə ehtiyac yarandıqda bu Qanunun 9.5-ci maddəsinin tələblərinə riayət edilməlidir.

Maddə 17. Təhsil prosesinin digər iştirakçıları ilə əməkdaşlıq

17.0. Təhsil müəssisələrində psixoloji yardım göstərən şəxs:

17.0.1. təhsil müəssisələrində psixoloji yardım göstərilməsi ilə bağlı bilavasitə tədrisi həyata keçirən müəllimi (müəllimləri), təhsil müəssisəsinin rəhbəri, valideynlər və digər qanuni nümayəndələr ilə əməkdaşlıq etməli, ehtiyac olduqda onlara peşəkar məsləhətlər verməlidir;

17.0.2. təhsilalanın psixoloji ehtiyacları və problemləri haqqında valideynləri məlumatlandırmalı və onlara məsləhət verməli, ehtiyac olduqda onlar üçün profilaktik psixoloji tədbirlər təşkil etməlidir.

Maddə 18. Tibb müəssisələrində psixoloji yardım göstərmək hüququ olan şəxslər

18.1. Mülkiyyət növündən asılı olmayaraq *tibb* müəssisəsində psixoloji yardımın klinik (tibbi) psixoloqlar tərəfindən həyata keçirilir. Klinik psixoloqların fəaliyyət dairəsinə psixopatologiya, inkişaf psixologiyası, neyropsixologiya, davranış psixologiyasının əsasları, sağlamlıq psixologiyası və psixoterapiya daxildir.

18.2. Klinik (tibbi) psixoloqlar *tibb* müəssisələrində psixoloji yardım göstərmək üçün müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi orqandan (qurumdan) ixtisas attestatı almalıdırlar.

18.3. Bu Qanunun 18.2-ci maddəsində nəzərdə tutulan ixtisas attestatının forması və verilməsi, attestatın qüvvədə olma müddətinin dayandırılması və ya onun ləğv edilməsi qaydasını müvafiq icra

hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi orqan (qurum) tərəfindən müəyyən edilir.

Maddə 19. Tibb müəssisələrində psixoloji yardım

19.1. *Tibb* müəssisələrində psixoloji yardım aşağıdakıları əhatə edir:

19.1.1. psixoloji testlər vasitəsilə psixi (zehni, emosional, davranış) və (və ya) interpersonal pozuntuların, psixoloji tələbatların və ya problemlərin müəyyənləşdirilməsi və qiymətləndirilməsi;

19.1.2. psixoloji və psixi sağlamlıqla bağlı olan məsələlər üzrə tövsiyələrin (məsləhətlərin) verilməsi;

19.1.3. psixi və ya fiziki sağlamlıqla bağlı olan problemlərdən əziyyət çəkən insanlara müxtəlif psixoloji yardım növlərinin, o cümlədən psixoterapiya, ailə terapiyası və psixoloji reabilitasiya və psixoloji korreksiya yardımların göstərilməsi.

19.1.4. psixoloji yardım alan şəxsləri, onların ailə üzvlərini, onlara yardım göstərən tibb işçilərini psixoloji və psixi sağlamlıq məsələləri ilə bağlı maarifləndirmək və tövsiyələr vermək.

19.2. Klinik psixoloji yardım yalnız *tibb* müəssisələrində göstərilir.

19.3. Klinik psixoloji yardım göstərilməsi zamanı klinik (tibbi) psixoloq tərəfindən dərman preparatlarının təyin, o cümlədən insan orqanizmini mexaniki və ya digər təsirlərə (cərrahiyyə, lazer, ionlaşdırıcı şüa, ultrasəs, elektrokonvulsiv terapiya) məruz qoyan müalicə üsullarından istifadə edilməsi qadağandır.

19.4. *Tibb* müəssisələrində psixoloji yardımın göstərilməsinə nəzarət tibb müəssisəsinin rəhbərliyi və müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi orqanlar (qurumlar) tərəfindən həyata keçirilir.

19.5. Psixoloji vəziyyətin qiymətləndirilməsi, psixoloji problemlərin aşkarlanması və ehtimal olunan psixi pozuntunun diaqnozunun dəqiqləşdirilməsi məqsədilə *tibb* müəssisələrinin psixoloji müayinə keçirmək hüququ vardır. Psixoloji müayinənin nəticələri müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi orqanın (qurumun) təsdiq etdiyi formaya uyğun olaraq tərtib olunur.

6-cı fəsil

YEKUN MÜDDƏALAR

Maddə 20. Psixoloji yardım sahəsində tədqiqatlar

20.1. Psixoloji yardım sahəsində psixoloji yardım alan şəxslərin həyatına, sağlamlığına, psixoloji rifahına və ya ləyaqətinə zərər yetirə biləcək tədqiqatların aparılması qadağandır.

20.2. Şəxsin psixoloji tədqiqat işlərində obyekt kimi istifadəyə cəlb olunması bu Qanunun 9.6-cı maddəsinə uyğun olaraq həyata keçirilir.

20.3. Psixoloji tədqiqat aparən elmi təşkilatlarda psixoloji yardımın göstərilməsi ilə bağlı etik davranış məsələlərinə baxan etika komissiyaları yaradılmalı və bu cür tədqiqatların aparılması həmin komissiya ilə razılaşdırılmalıdır.

20.4. Uzunmüddətli psixoloji tədqiqatların aparılması zamanı şəxsin yazılı razılığının qüvvədə olma müddəti 1 (bir) ildir.

20.5. Psixoloji tədqiqat aparən subyektlər iştirakçıların anonimliyinin qorunmasına və məlumatların konfidensiallığının saxlanılmasına görə məsuliyyət daşıyırlar.

Maddə 21. Qanunun pozulmasına görə məsuliyyət

Bu Qanunun tələblərinin pozulmasına görə şəxslər Azərbaycan Respublikasının İnzibati Xətalər Məcəlləsində və Azərbaycan

Respublikasının Cinayət Məcəlləsində müəyyən edilmiş hallarda məsuliyyət daşıyırlar.

Maddə 22. Keçid müddə

Bu Qanunla klinik (tibbi) psixoloq kimi fəaliyyət göstərmək üçün müəyyən edilmiş tələblər bu Qanun qüvvəyə minənədək psixoloq kimi fəaliyyət göstərən şəxslərə şamil edilmir.

İlham ƏLİYEV,
Azərbaycan Respublikasının Prezidenti

Bakı şəhəri, 7 dekabr 2018-ci il
№ 1385-VQ

İSTİFADƏ OLUNMUŞ MƏNBƏ

1. 4 may 2021-ci il tarixli **312-VIQD** nömrəli Azərbaycan Respublikasının Qanunu ("Azərbaycan" qəzeti, 18 iyun 2021-ci il, № 125, Azərbaycan Respublikasının Qanunvericilik Toplusu, 2021-ci il, № 6, I kitab, maddə 548)
2. 17 fevral 2023-cü il tarixli **811-VIQD** nömrəli Azərbaycan Respublikasının Qanunu (Azərbaycan Dövlət İnformasiya Agentliyinin (AZƏRTAC-ın) rəsmi internet saytı, 8 aprel 2023-cü il, "Azərbaycan" qəzeti, 9 aprel 2023-cü il, № 73, Azərbaycan Respublikasının Qanunvericilik Toplusu, 2023-cü il, № 4, maddə 449)

«Azərbaycan Psixiatriya jurnalı»nda dərc olunmaq üçün məqalələr təqdim edən müəlliflər üçün t ə l i m a t

1. Məqalənin təqdim olunması

Redaksiya aşağıdakı tələblərə cavab verən məqalələri qəbul edir:

– Jurnalın profilinə uyğun gələn (psixiatriyanın, narkologiyanın və psixoterapiyanın müxtəlif bölmələri, nevrologiya, psixofarmakologiya, klinik psixologiya və b.k.digər)

– Məqalə əvvəllər heç bir nəşrlərdə dərc edilməmiş və onlara təqdim olunmamalıdır.

– Məqalənin məzmunu etik normalara və konfedensiallıq (məxfilik) prinsiplərinə müvafiq olmalıdır.

– Məqalə Azərbaycan, ingilis və ya rus dillərində yazılmalıdır. Azərbaycan dilində yazılan məqalələrə üstünlük verilir.

– Məqalə iş yerinə yetirilmiş müəssisədən rəsmi məktubla və müdiriyyətin və ya elmi rəhbərin dərkənarı ilə müşayiət olunmalıdır.

– Nəşr üçün məqalə iki nüsxədə və diskə yazılmış elektron versiyası ilə birlikdə təqdim olunmalıdır. Məqalənin bütün hüquqları Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyasına verilir. Redaksiya müəllifin razılığı ilə məqalələri ixtisar etmək və dəyişikliklər etmək hüququna malikdir.

2. Məqalənin prezintasiyası

– Məqalənin titul səhifəsində məqalənin adı, müəlliflərin soyadı, məqalənin tipi (icmal, orijinal, qısa məlumat, redaksiyaya məktub və s.), məqaləni təqdim edən müəssisənin adı, əlaqə üçün məlumatlar (telefon və ya elektron ünvanı) göstərməlidir.

3. Xülasə

Hər bir məqalənin qısa xülasəsi 120-125 sözdən ibarət olmalı və aşağıdakı hissələrə bölünərək yazılmalıdır:

məqsəd, metodlar, nəticələr, yekun.

Xülasənin axırında açar sözlər göstərməlidir.

Əgər məqalə Azərbaycan dilində yazılmışsa, rezümə ingiliscə və rusca yazılmışsa azərbaycan və ingilis dillərində təqdim olunmalıdır.

4. Abbreviaturalar

– Bütün rast gəlinən ixtisarlar (abbreviaturalar) mətnə ilk dəfə qeyd olunarkən geniş (açıq) şəkildə göstərməlidir. Məs.: Ümumdünya Psixiatriya Assosiasiyası (ÜPA)..

5. Məqalənin strukturu

Orijinal məqalənin həcmi rezümə və ədəbiyyat siyahısı da daxil olmaqla "Times New Roman 14" şrifti ilə 12 səhifədən artıq olmamalıdır. Məqalə aşağıdakı bölmələrdən ibarət olmalıdır: məqsəd və vəzifələr göstərməklə giriş; tədqiqatın material (subyekt) və metodu, müzakirələr və nəticələr, yekun, ədəbiyyat siyahısı.

Hər bir göstərilən bölmə xüsusi yarımşərtlövə və ya qara həriflərlə ayrılmalıdır.

İcmal məqalənin həcmi rezümə və ədəbiyyat siyahısı da daxil olmaqla 18 səhifədən artıq olmamalıdır. Qısa məlumat 4 səhifədən artıq olmamalıdır.

Redaksiyaya məktub 3 səhifədən artıq olmamalı, cədvəl və şəkillərsiz verilməlidir.

6. Şəkil və illüstrasiyalar

– Hər bir şəkil nömrələnməli və jurnalın ölçüsünə müvafiq olmalıdır. Fotoşəkillər və rəsmlər kontrast olmalı və universal kompüter formatında təqdim olunmalıdır. Diaqramlar, cədvəllər, rəsmlər və fotoşəkillər ağ-qara rəngdə dərc olunacaq. Xüsusi tələbat olarsa onlar rəngli də dərc oluna bilər.

7. Cədvəllər

– Mətnə sitat gətirilən hər bir cədvəlin adı və nömrəsi olmalıdır. Minimal miqdarda horizontal (üfqi) şərtlərdən istifadə etmək tövsiyyə olunur.

8. Ədəbiyyat siyahısı

Məqələdə istifadə olunmuş ədəbiyyat mənbələri Vankuver sisteminə əsasən verilir (kvadrat mötərizələrdə sitat gətirilən işin sıra nömrəsi göstərilir). Ədəbiyyat siyahısı işin sonunda əlifba sırası ilə verilməlidir. Əvvəlcə Azərbaycan, sonra rus, ingilis və digər dillərdə verilir. Jurnalın qısaldılmış adı yalnız "Index Medicus"-a uyğun istifadə oluna bilər. Müəllifin (müəlliflərin) soyadı və inisialları, məqalənin, jurnalın və ya monoqrafiyanın adı, dərc olunma ili (ildən sonra "." işarəsi qoyulur), cildi və ya nömrəsi (bundan sonra ":" işarəsi qoyulur), səhifələrin nömrəsi göstərilir. Məsələn, Dolberg O. T. Treatment duration of obsessive – compulsive disorders. Eur Psychiatry 1996; 12:403-406.

9. Nomenklatura

Bütün göstəricilər Sİ sistemində, dərmanların adı ilə preparatın Beynəlxalq kimyəvi adı göstərilməklə verilməlidir. Dərman preparatının ticarət adını göstərmək vacib deyil.

10. Bütün məqalələr redaksiya heyəti tərəfindən rəyə verilir. Rəyçilərin adları gizli saxlanılır.

Mənfi rəy verilmiş yazılar ya çap olunmur və ya müvafiq düzəlişlərdən sonra dərc olunur.

Çapa imzalanmış 17.06.2024, Format 70x100 1/16,
fiz.ç.v. 8,25, kağız təbaşirli №1,
qarnitura Tayms, sifariş 12.

Jurnal
«APOSTROF-A»
nəşriyyatında nəşrə hazırlanmış və
ofset üsulu ilə çap olunmuşdur.
(akif0706@mail.ru / 050-313-7-06 / 012-432-51-04)