

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI TƏHSİL NAZİRLİYİ
BAKİ DÖVLƏT UNİVERSİTETİ

SOSİAL ELMLƏR VƏ PSİXOLOGİYA FAKÜLTƏSİ

İstiqamət: 060209 – Psixologiya
İxtisaslaşma: Klinik psixologiya

Psixologiya kafedrasının magistrantı

Zana Beşerin

magistr dərəcəsi almaq üçün

“VAXTINDAN ƏVVƏL DOĞUŞUN PSIXOSOMATİKASI”

Mövzusunda

DİSSERTASIYA İŞİ

Kafedra müdiri:

AMEA-nın müxbir üzvi, prof. B.H.Əliyev

Elmi rəhbər:

prof. E.İ.Şəfiyeva

Bakı –2018

MÜNDƏRİCAT

GİRİŞ.....	3
I FƏSİL. HAMİLƏLİK DÖVRÜ VƏ VAXTINDAN ƏVVƏL DOĞUŞUN PSIXOSOMATİK ASPEKTLƏRİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ.....	6
1. Vaxtından əvvəl doğuşun psixosomatik aspektlərinin elmi ədəbiyyatda təhlili.....	6
2. Hamiləlik dövrünün psixoloji xüsusiyyətləri və qadının keçirdiyi emosional vəziyyəti təhlili.....	14
II FƏSİL. HAMİLƏLİK ZAMANI RAST GƏLİNƏN PSIXOLOJİ PROBLEMLƏR.....	28
2.1. Qadınlarda hamiləlik dövründə yaranmış problemlərin əsas psixoloji istiqamətləri.....	28
2.2. Süni abortlar və spontanlar zamanı qadınlarda yaran psixoloji narahatlıqlar.....	34
2.3. Travmatik və ölümlə nəticələnən vaxtından əvvəl doğuşlar	39
III FƏSİL. VAXTINDAN ƏVVƏL DOĞUŞUN PSIXOSOMATİKASININ EKSPERİMENTAL TƏDQIQI.....	44
3.1. Tədqiqat metodlarını seçilməsi və onların təsviri.....	44
3.2. Alınmış nəticələrin işlənilməsi.....	56
NƏTİCƏ.....	66
İSTİFADƏ EDİLMİŞ ƏDƏBİYYAT.....	68
ƏLAVƏLƏR	

GİRİŞ

Mövzunun aktuallığı: Ana olmaq arzusu yaşayış - ictimai və psixoloji təcrübələrdən qaynaqlanır. Hamiləlik prosesində həm embrional, həm də hamilə qadının orqanizmində fiziki və psixoloji baxımdan müəyyən dəyişikliklər baş verir.

Qadın hamiləlik müddətində hər bir mərhələyə məxsus emosional hisslər keçirir. Bu hisslərə təşviş, xarakterin ikiləşməsi, hafizədə əvvəlki ziddiyyətlərin bərpa olunması, embrionun sağlamlığı üçün nigarənçilik və hamiləlik dövründə qadının düçar olduğu ağrılar daxildir. Uşağın dünyaya gəlməsinin ilk dövrlərində də qadın hamiləlik müddətində keçirdiyi psixoloji gərginliyə düçar olur.

Qadınların əksəriyyəti üçün hamiləlik təkəcə analığın əsl mənası ilə ruhlanmış, düşünülmüş istək deyil, eyni zamanda əhəmiyyətli dərəcədə sosial tələblərə uyğun gəlmək zərurətidir. Hamiləliyin saxlanması probleminin həlli hər şeydən əvvəl gələcək ananın şəxsiyyəti ilə onun xarici aləmlə münasibətləri sistemində müəyyən olunur. Deməli, psixoprofilaktik işi hamiləliyə qədər başlamaq olar və onu qadının münasibətlər sistemində, sərvət dəyərlərinə yönəlmək olar. Psixoprofilaktikanın əsas vasitəsi burada hamiləliyə psixoloji hazırlıq və prenatal tərbiyə ola bilər. Analığa hazır olmamaq - ananın körpə ilə qeyri-adekvat davranmasının əsasında duran psixoloji riskin əsas amilidir.

Hamiləlik psixoloji nöqtəyi-nəzərdən “inkışafda böhran” hesab olunur. Çünki, hamiləlik elə bir hissi mərhələdir ki, məsuliyyət və vacibliyə bağlı şəkildə keçir. Hamiləlik həyatın digər hissi mərhələləri ilə müqayisə oluna bilər. Erikson onu böhran mərhələləri adlandırır. Hamiləlikdəki böhran xaraktercə əvvəlki mərhələlərlə qarşılıqlı əkslik təşkil edir ki, bu prosesdə yeni çıxış yollarının tapılmasına yekun vurulur. Deyilənlərdən çıxış edərək hamiləliyi qadının orqanizmi və psixikasının keyfiyyətcə yeni vəziyyəti kimi tam əminliklə hesab etmək olar. Bundan əlavə bu vəziyyət qadının həyatında mühüm dövrlərdən birinə - ailədəki harmoniyanın onun ana olmaq bacarığından daha çox asılı olduğu dövrə keçiddir. Uğurla sonlandırılmış hamiləliklərlə yanaşı bu dövrdə abortlar, spontanlar, ölümlə nəticələnən doğuşlar da çox geniş yayılmışdır. Şübhəsiz ki, yaşanan bu hallar qadının istər fizioloji istərsə də psixoloji problemlərinin yaranmasına təkan verir və şübhəsiz ki bu vəziyyət normal

həyata adaptasiya olmaqda maneə kimi ortaya çıxır. Son dövrlər statistik göstəricilərə əsasən vaxtından əvvəl doğuş hallarının artçasını nəzərə alaraq bu mövzunun tədqiqini aktual hesab etmək olar.

Mövzunun işlənilmə səviyyəsi. Hamiləlik dövrünün psixoloji tədqiqinə həsr olunmuş elmi ədəbiyyatların təhlili göstərir ki, problemin ayrı - ayrı aspektləri psixoloqlar tərəfindən araşdırılmışdır.

Bu problemin müəyyən cəhətləri A.İ.Zaxarov, Behrman R.E., Kliegman R.M., Jenson H.B., R.Bendik, Yolsal N., Bulut A., Elliott S. A., Aydemir Ö., Koroğlu E., Leverton T., Yücel O., Sanjack M., Turner H., Cowmeadow R., Hopkins J., Burist A., Vestley D., Hill C., O.Şahin, H.N. Durak, Aytac R., Q.Q.Filippova, Reynolds, Spaylberqer, Fergenson S.S., Ceykob, B.Q.Rutman və s. müəlliflər tərəfindən tədqiq olunmuşdur.

Tədqiqatın obyektı. Əvvəllər uğursuz hamiləliklər yaşamış 30 nəfər hamilə qadın

Tədqiqatın predmeti. Hamiləlik dövründə baş vermiş spontan, abort və ölü doğuşların qadınların psixoloji vəziyyətinə təsir xüsusiyyətləri

Tədqiqatın məqsədi. Abort, spontan və ölü doğuşlarla nəticələnən hamiləliklər yaşamış və hal – hazırda hamilə olan qadınların psix-emosional vəziyyətinin təhlili

Tədqiqatın fərziyyəsi Uğursuz hamiləlik yaşamış qadınlarda təşviş, emosional kütlük, aşağı əhval ruhiyyə, təkrar yaşama qorxusu kimi əlamətlər də yaranır və onların davranışına mənfi təsir göstərir.

Tədqiqatın vəzifələri.

1. Problemə bağlı elmi ədəbiyyatın təhlili.
2. Tədqiqat prosesinə kömək edəcək elmi ədəbiyyatın araşdırılması.
3. Stressin insan sağlamlığına təsirinin psixoloji mahiyyətinin aydınlaşdırılması.
4. Hamilə qadınların nə dərəcədə depressiya, təşviş və stressdən əziyyət çəkdiklərini aydınlaşdırmaq.
5. Abort, spontan hallarının yaşanmasının hamilələrin psix-emosional vəziyyətinə təsirinin tədqiqi.

Tədqiqatın metodoloji əsası və metodu. Tədqiqatın metodoloji əsasını müasir psixologiya elmində çoxsaylı araşdırmalar aparmış tədqiqatçıların işlərinə əsaslanır

Tədqiq olunan hamilələrin psixo-emosional vəziyyətlərini öyrənmək məqsədi ilə klinik söhbət, sorğu metodları ilə yanaşı, aşağıdakı metodikalardan da istifadə olunmuşdur:

1. Hamiltonun depressiya reytingi cədvəli (HAM-D) ,
2. Postravmatik stres pozuntusu (CAPS) metodikası – PTSP anketi (mülki versiya)

Tədqiqatın elmi yeniliyi – Tədqiqat işi çərçivəsində biz ilk dəfə olaraq Bakı şəhərində yaşayan və əvvəllər spontan, abort və ölü doğuşlarla nəticələnən hamiləlik keçirmiş və hal hazırda hamilə olan 30 qadının psixoemosional vəziyyətini öyrəndik.

Tədqiqatın elmi - nəzəri əhəmiyyəti. Stress və depressiya vəziyyəti mürəkkəb və çoxcəhətli proses olduğundan, onun inkişaf dinamikası, hamilə qadınlarda yaratdığı psixo-emosional vəziyyətlərlə bağlı elmi tədqiqat işinin nəticələri klinik psixologiyanı yeni biliklərlə zənginləşdirilməsi baxımından çox əhəmiyyətlidir.

Tədqiqatın praktik əhəmiyyəti. Tədqiqat nəticəsində alınan nəticələr Hamiləlikdə problemlərlə üzləşmiş qadınlarla aparılan psixoloji işin təşkilində əhəmiyyətlidir. Dissertasiyanın məzmunu təkcə psixoloqların deyil, həm də tibb sahəsində çalışan mütəxəssislərin maraqlarına uyğun gəlir.

Tədqiqatın aprobasiyası. Dissertasiyanın əsas məzmunu, başlıca müddəaları aşağıdakı elmi məqalə, məruzə tezisləri, şəklində çap olunmuşdur:

1. Süni abort edən qadının hiss və emosiyaları. Sosial ve Humanitar elmlərin müasir problemləri. Bakı 2017, Buraxılış № 19, səh: 383-386
2. Hamiləlik dövrünün psixoloji xüsusiyyətləri. Sosial elmlər və psixologiya fakültəsi: Təhsil və Cəmiyyət. gənc tədqiqatçıların beynəlxalq elmi-praktik konfransının materialları (20 aprel 2018-ci il) səh. 168-172
3. Travmatik və ölümlə nəticələnən vaxtından əvvəl doğuşlar

Tədqiqatın quruluşu. Dissertasiya işi giriş, üç fəsil, həmin fəsilləri tamamlayan yeddi yarım fəsillərdən, nəticə, ədəbiyyat siyahısından və əlavədən ibarətdir.

I FƏSİL. HAMİLƏLİK DÖVRÜ VƏ VAXTINDAN ƏVVƏL DOĞUŞUN PSIXOSOMATİK ASPEKTLƏRİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ

1. Vaxtından əvvəl doğuşun psixosomatik aspektlərinin elmi ədəbiyyatda təhlili

Elmi ədəbiyyatı araşdırdıqda məlum olur ki, hamiləlik dövrü ilə bağlı məsələlər bir çox elm sahəsinin tədqiqat obyektinə olmuşdur. Psixologiya elminin nümayəndələri də hamiləlik dövrünü xüsusi bir dövr kimi araşdırmış və bu zaman qadında baş verən psixosomasiyal vəziyyətləri müxtəlif aspektdən təhlil etmişlər. Hamiləlik dövrü ilə bağlı bir çox tədqiqatçıların fikirləri bu fəsildə qeyd olunmuşdur.

Bendik və Kelayn (1973) analıq vəziyyətini (hamiləlik və ondan sonra sonrakı dövr) şəxsiyyətin diqqətəlayiq dəyişmə başlanğıcı kimi təhlil edirlər. Ana olmaq hissində malik olmaq və ana olmaq onun şəxsiyyətinin istiqamətinə təsir göstərir, onun məsuliyyət hissini artırır. R.Bendikin qeyd etdiyi formulada uşaqla bənzərlik yaratma və uşağın daxilində “öz nizamı”nda eyni şey salır və ana şəxsiyyətinin yenidən təşkilatçılığı sona çatır (15, s.259).

R.Bendik ana və uşaq arasındakı rabitəni şəxsiyyətlərarası proses sayır ki, bu da hər iki tərəf üçün iz qoyur. Ananın davranışı və hissləri uşağa təsir edir. Ana hamiləlik dövründə özündən razı olduğunu təzahür etdirir.

Nansi Çadov (1991) analıq məqamı, qadının dəyişikliyi haqqında deyilənlərin ümumiləşdirir və mühüm bir fikir irəli sürür. Onun fikrincə, qadınlar uşaqla əvvəlki, yəni uşaq ana bətnində olduğu rabitəyə möhtacdırlar. Analıq qadınlar üçün dəyərlidir. Uşağın olması və bir kişiylə rabitənin təcrübəsi bu baxımda onu gətirib çıxarır ki, daxili və ya psixi bir əlaqənin strukturu ilə sosial gerçəklik arasında yeni bir əlaqə yaranır. Dayner Eştaynın (1992) nəzəriyyəsi zəruri olaraq ana olmağa qadir olmayan qadının çətinliklərini bilavasitə onun qadınlıq haqqında təsəvvürlərinin boşlaşmasında özünə inamın azalmasında və ana olma bilməmək qorxusuna əsaslanır (58, s.202).

Kristova (1980) hesab edir ki, qadının hamiləliyinin arxasınca çoxlu qorxuların və çətinliklərin gəlməsi onun hamiləlik haqqında arzusunda dəyişikliklərin ortaya çıxmasına şərait yaradır. Bu prosesdə ola bilsin ki, qadın özünün əvvəllər anasına olan

bağlılığını kəşf etsin və bu qadınlarda analıq haqqında yeni təsəvvür yaradır. Ola bilər ki, hamiləlik arzusu yalnız nəsil artırmaq arzusu olmayıb, həm də anaya olan emosional bağlılığın təzahürü olsun.

Lif (1991) qeyd edir ki, hamilə olmaq qadını əvvəlki halından fərqləndirir. Hamilə qadında məlumatsızlıq səviyyəsi məlumatlı olma sahəsinə güclü təsir göstərir. Bu, gerçək düşüncələrin təsiri altına düşmüş qadınlarda daha aydın şəkildə özünü göstərir. Bu xəyalpərəstliyi gündəlik həyatından əldə etməsinə baxmayaraq, onların əsası hamilə qadının fikir və düşüncəsinin ona yönəlməsinə səbəb olur (57, s.115).

Belə xəyalpərəstliyin mənşəyi uşaqlığın qaranlıq dərinliklərindəki xəyallardan və ya daxili aləmin dərinliklərindən yaranır. Uşağın getdikcə böyüməsi və ya uşağın sağlam olma zəmnindəki narahatlığın öhdəsindən gəlmək üçün ananın təlaş və qorxusu, xüsusilə də üçüncü ayın axırında uşaq dünyaya gətirmə duyğuları və ya uşağın zədələnmə qorxusu, şiddətli ağrı, özünün gizli xarakterləri ilə üzləşməsi və doğum hadisəsinin kabusu və s. kimi hallar hamilə qadına təsir edən xəyallardır. Tədqiqatçılar hamiləlik dövründə qadınların qarşılaşdıqları hisslərə müxtəlif nöqtəyindən nəzərdən yanaşırlar. Hamilə qadının duyğu məsələləri sinfi məsələlərdir və tədqiqatçılar ona ciddi şəkildə diqqət göstərirlər.

Mayz (1992) qeyd edir ki, qadınların əksər faizi birinci dəfə ana olmağı orta səviyyəli böhran, bəziləri isə şiddətli hadisə kimi başa düşürlər. Hər biri qarşılaşdığı həyatı böhrandan kamil bir şəkildə nicat tapır (60, s.820).

Hamiləlik qadın həyatında bir böhran olmasına baxmayaraq Deviç (1945) hamiləliyi qadının ən dərin və güclü arzusu hesab edir. Özünü tanıma və həqiqət özəlliyi ilə bir çox qadınlar həyatı kəşf etmənin yeni yollarını qazanırlar. Hamiləlik dövründə baş verən dəyişikliklərdən təsirlənən qadın ana olmanın ilk əlamətləri və embrionun daxilindən hərəkət etməsi bu hissi daha da artırır ki, artıq bu biganə varlığın onun öz parçasından olduğunu və onun həqiqətən mövcudluğunu dəqiq şəkildə dərk edir. Bu prosesin əsasını iki səviyyə təşkil edir. Birinci səviyyə uşaqla yeni bir əlaqənin yaradılması zəruriliyi, ikinci qadının fərdiyyət dəyişkənliyi, yəni o özünü bir ana kimi görməsidir. Hamiləlik müddətində müşahidə olunan qorxu və hissələr şiddətli və

müxtəlifdir. Əksər qadınların oxşar sahələrdə gələcəkdəki rolu, məsuliyyəti, evlənmə və davranış tərzini bütün həyatı boyu özünü göstərir.

Qorxunun psixoloji məzmununu araşdıran Deviç (1945) göstərir ki, mənşəyindən asılı olmayaraq qorxu qəribə bir hadisədir ki, daha çox hamilə olan qadınlarda özünü göstərir. Bu elə bir hissdır ki, əksər qadınlarda xüsusən də ilk hamiləlikdə az və ya çox dərəcədə özünü göstərir. Qadınlarda nigarənçilik və qorxunun əsasını və ya onun həyat yoldaşıyla yaxınlıq problemi hamiləliyi qarşı nifrətin yaranmasının səbəbi uşaq salma qorxusundan (xüsusən də əvvəlcə uşaq salmış qadınlarda) irəli gəldiyini hesab olunur(72, s.169).

Həmçinin əgər qadın əvvəlki hamiləliyində doğumdan sonra uşağı itirmiş olarsa bu dəfə də uşağını itirməkdən daha çox qorxar. Bu halda onu günah hissi bürüyəcək və özünü “pis” bir ana kimi dərk edəcək. Digər bir tərəfdən hamilə qadınlar hamiləlik dövründə və sonrakı vəziyyətdə cinsi əlaqədən narahatlanırlar. İkinci üç aylıqda qadınların qapalı hissələri onların tənha olmağa meyindən xəbər verir. Bu hissələrin ən yüksək nöqtəsi üçüncü üç aylıqda baş verir və hamiləliyin sonunadək olduğu kimi davam edir.

Üçüncü üç aylıqda qadınlar doğum prosesi, uşağın cinsi və uşağın sağlam və ya ölü olma ehtimalı barəsində narahatlıq hissi keçirmələri mümkündür. Hamiləliyin sonuncu həftələrində sıxıntı daha da artır. Hamilə qadın elə hiss edir ki, sanki hərəkət bir pərdənin üzərində yavaş yavaş-yavaş naməlum bir aləmin sonsuzluğuna gedir. Doğum və onun mahiyyəti qadının imkanı xaricindədir. Uşağın doğulma məkanı və zamanı, doğum ağrılarının öhdəsindən necə gəlmək və ya necə bir uşaqla qarşılaşacağı hadisəsi qadını narahat edir. Bu dövrdə, xüsusilə də hamiləliyin ilk dövrlərində qadınların üzləşdiyi fəsadların aradan qaldırılmasına yardım edən amillərdən biri qadının özünüdərk hissəsinin dərəcəsidir.

Q.Q.Filippova analıq sferasının inkişafının doqquz dövrünü ayırd edir (46, s.169):

Hamiləliyin identifikasiyası. Bu dövr əksər hallarda bilavasitə hamiləlik faktının dərk edilməsi ilə əlaqədardır. Hamiləlik identifikasiyası yaşantıları analığın sonrakı inkişafına təsir etmir, analıq sferasının “start” məzmununu əks etdirir.

Tərpənişi duymağa qədərki mərhələ. Zəifləmiş ümumi aktivlik bu dövr üçün adaptiv əhəmiyyətə malikdir. Bu dövrdə hamiləliyin qorunması və dölün inkişafını şərtləndirməklə, xarici mühitlə əlaqələrin məhdudlaşması baş verir.

Uşağın tərpənişini duymağın yaranması və bu duyğunun sabitləşməsi. Bu dövr ananın fiziki və emosional vəziyyəti üçün daha müsbət əhəmiyyətə malikdir. Bu dövrdə əksər qadınlar maraqlarının dəyişildiyini, hamiləlik və doğuşsonrası vəzifələrə, doğuşa hazırlığa mərkəzləşdiklərini hiss edirlər.

Hamiləliyin üçüncü üçaylığı. Bu dövr həm tibbi, həm də psixoloji nöqtəyindən ən mürəkkəb dövrdür. Qadınlar özlərini pis hiss edir, tez yorulur, uşaqla əlaqədar olmayan hər şeyə qarşı maraqları azalır.

Doğuş öncəsi dövr. Bu dövrdə kəskin emosional reaksiya vermə qabiliyyəti və aktivliyi məhdudlaşır. Qadınlarda doğuşöncəsi qorxu azalır.

Doğuş və doğuşsonrası dövr. Ana və uşaq arasında emosional əlaqənin yaranması.

Yeni doğulma. Ananın bütün həyatının uşağa və öz yaşantılarına mərkəzləşməsini təmin edir.

Ananın uşaqla birgə-bölgülü fəaliyyəti. Bu dövrdə ananın uşaqla müəyyən emosional müşayiətli qarşılıqlı əlaqə tərzini var.

Uşağa şəxsiyyət kimi marağın yaranması. Uşağın həyatının ikinci ilinin birinci yarısında bağlılıq formasında dəyişikliklər baş verir. Bu ananın onun aktivliyinə, təhlükəsizlik və müstəqilliyinin təminatına yeni münasibətinin zəruriliyi ilə əlaqədardır.

A.İ.Zaxarovun fikrincə (1998), hamiləlik analıq instinkti ilə şərtlənir və onun başlıca məqsədi növün davam etdirilməsidir. Müəllif analıq instinktinin uşağa qayğı və məhəbbət şəklində yaranması və təzahürünü şərtləndirən aşağıdakı amilləri ayırd edir:

- Analıq obrazı. Nənə və analarda instinktin təzahürü;
- Uşağı olmağı arzu etmək, buna istiqamətlənmək;
- Hamiləliyin baş verməsinə müsbət münasibət;
- Doğacaq həyata zəriflik (dölün ilk tərpənişi xoş duyğular yaradır);

- Uşağa yazığı gəlmək, halına yanmaq (uşağın ilk ağlamağı sevinc hissi və ona kömək etmək arzusu yaradır);
- Uşağa yaxınlıq hissi (ilk süd vermək - uşağın həyatında iştirak təcrübəsidir);
- Ananın emosional mövqeyi (uşağın valideynin xoş, müsbət münasibətinə) (48, s.142).

Bu amillərin olması analıq hissənin və uşaqla emosional əlaqənin adekvat formalaşmasının şərtidir.

Beləliklə, uşağın bətdə olmasına münasibət dinamikdir və hamiləliyin üçaylıqlarına müvafiq olaraq müəyyən mərhələlərdən keçir. Hamiləliyin birinci üçaylığında qadının şəxsi “Mən”ini bətdəki uşaqdan zəif şəkildə differensasiya etməsi müşahidə edilir. Hamiləliyin ikinci üçaylığı ananın bətdəki uşağa münasibətində keyfiyyət dəyişiklikləri ilə müşayiət olunur. Hamiləliyin üçüncü üçaylığında əvvəl başlamış proseslərin sonrakı inkişafı həyata keçir.

Tibb aləmində ananın orqanizminin sağlamlıq dərəcəsini müəyyən etmək məqsədilə müxtəlif bədən üzvlərinin lazımi funksiyasını yerinə yetirib-yetirməməsinə diqqət yetirməyin vacib olduğunu qeyd edirlər. Ananın psixi sağlamlığının dərəcəsini müəyyən etmək üçün onun həyatı vəzifəsini hansı səviyyədə icra etməsini müəyyənləşdirmək vacib amildir. İnsan zehninə əsas vəzifəsi vicdanlı, səriştəli, bilikli olmaq və müxtəlif məqamlarda öz davranışını tənzim etməkdən ibarətdir. İnsanın rəftarının faydalı olduğu aydınlaşdırılırsa, məlum olar ki, məlumatı hifz etmə və insanın həyatını davam etdirməsi qabiliyyətinə malik olub-olmadığı müəyyən etmək olar. Bu zaman insan hazırda malik olduğu vəziyyətini, öz yaşadığı mühiti, daxili və xarici aləmi və sakini olduğu dünyanı şüurlu şəkildə dərk edə bilər. Bundan başqa insan özünü və dəyərləndirmə anlamını dərk etmək qabiliyyətinə malik olur. İnsanın güclü özünüdərk qabiliyyətinə malik olması çox mühüm amildir.

Yuxarıda qeyd olundu ki, “ana olmaq” prosesi qadın həyatında böhran kimi başa düşülür və həyatın bu zirvə nöqtəsi kimi tədqiqatçıların diqqətini daha çox cəlb edir. Hamilə qadında cismani dəyişikliklər aşkar olunmadan əvvəl qadın bədənindəki dəyişikliyə qurban olduğunu anlayır. Bu mənada ona elə gəlir ki, bədənində başqa bir şəxs yaşayır. Hamiləlik keçmişə bir qapı açır. Buna görə də hamilə olmaq öz daxili

imkanlarını yenidən tanımağa zəmin hazırlayır. Halbuki hamiləlik aylarında baş verən dəyişikliklər onun bədənində baş verən fizioloji dəyişiklikləri yeni sistemə düzür. Həmçinin hamiləlik gizli olan qarşılıqlı ziddiyyətləri fəal edir və hazırki ülfət proseslərinə ki hazırki təcrübələrin vasitəsi ilə birləşdirilir, yəni bir can bəxş edir. Hamilə olmaq qadın üçün ülfətin bərabərliyinin olmamasını əmələ gətirir. Lif bəyan edir ki, hamilə olmaqla şəxs keçmiş qadın olmayacaq(65, s.165).

Hamiləlik həqiqətdə aşiqanə bir rəbitənin davamı haqqında olan sualları həll edir. Digər səbəb, cinsi şəxsiyyət əsasən də cavan qadınlarda ilk hamiləliklərindədir. Ola bilsin qadın övlad istəyən olsun. Çünki qadın istəyir ana olsun və həyatının əvvəlki məhrumiyyətlərinə son qoymağa çalışır.

Bununla yanaşı elə qadınlar vardır ki, özündən asılı olmayaraq bir sıra ziddiyyətlərin həllini axtarmaqdadır və ola bilsin ki, bu ziddiyyətlərin kökündə onun anasına qarşı etdiyi günahların onun özünə hiss etməsi zərurətində və ya istəyindən doğur ki, bu da bir növ qadının öz anasına olan borcunu qaytarması hissindən qaynaqlanır.

Şübhəsiz analıq və hamiləlik təcrübəsi çox mühümdür və qadına psixoloji - sosial baxımdan formalaşmasına təsir edir.

Sara Dikin fəkirincə, “analıq düşüncəsi” adında bir növ düşüncə mövcuddur ki, bunlarda analıq borclarını sona çatdırmada nəşət edər. Analıq düşüncələri sosial baxımdan tədqiq olunandır və ictimai mühitdə uşağın inkişafı əsaslandırılır. Yəni ana cəmiyyət üçün övlad dünyaya gətirir. Bu fəaliyyət insanlar tərəfindən əhəmiyyətli bir fəaliyyət kimi qiymətləndirilir.

Cəm şəklində belə bəyan etmək mümkündür ki, ananın hamiləlik dövründə necə davrandığı ondan sonra özünə baxış nisbəti köküdür.

Bundan qabaq qeyd olundu ki, qadının həyat axarında “ana olmaq” dərk böhranı ilə birləşən hadisə olur və bu bir çox tədqiqatçıların diqqət etdikləri həyatdan xaricdir. Başqa tərəfdən ananın uşağın inkişafında və formalaşmasında çox böyük rolu var.

“Ana olmaq” qadında dəyişikliklər yaradır. Səzsiz tədqiqatlar dərin ictimai və psixoloji dəyişikliklər, hamiləlik və övlad gətirmə yaxud başqa sözlə ana olmaqdadır.

Nəzəri səviyyədə, hamiləlik və övlad gətirmə həyat böhranı yaxud həyat yerdəyişməsi adlanır ki, bunun üçün də yenidən təşkilatçılıq və psixoloji-daxili saziş lazımdır.

Puyəşinin ülfət bərabərliyinin olmamasına diqqət edərək hamiləlik və övlad gətirmə təcrübəsinə bağlı qadınca şəxsiyyətlə yönləndirilmiş qarşılıqlı ziddiyyət həllinə möhtacdır. Şəxs ara səviyyəsində ana olmaq, evlilikdəki dəyişikliklərlə, ailəvi rollarla əlaqədar, ictimai və həyatın axar işləriylə aydın olur(40, s.46).

Analıq məqamı yetişmə qadından yeni sosial rol tələb edir. Analıq rolsuz təsəvvür edilən deyildir. Analıq rolu ilə tanışlıq prosesi hər qadının həyatında şəxsin öz anasından olan xatirələrlə başlayır. Lakin bu rolun qəbulu səbəblərlə bağlıdır.

Mayez və həmkarları göstərir ki, analıq rolunun qəbulunda sayısız-hesabsız səbəblər vardır. Bu səbəblər mədəniyyət, cəmiyyət, ananın ilk doğuş zamanındaki yaşı, uşaq dünyaya gətirmə təcrübəsinin dərki, iztirab, ictimai müdafiə, özünüdərkətmə, övlada uyğun davranış tərzi, təzə anadan olmuş körpənin xüsusiyyətlərinə bələdləşmə və s. ibarətdir. Bununla belə Məyez əlavə edir ki, analıq rolunu qəbul etmək və analıq vəzifəsinin yerinə yetirilməsi psixoloji əsaslardan, mədəniyyət, ailəvi və qadının təhsili səviyyəsindən asılıdır və bunlar bir amil kimi qadının hamiləlik dövründə ona təsir edir.

İzədi və həmkarları 50 hamilə anada hamiləlik dövründə özünəhərməti və psixi sağlamlığın əlaqəsini araşdırmağa çalışmışlar. Əldə olunmuş nəticələr göstəridi ki, özünəhərmət və psixi sağlamlıq arasında mənəli əlaqə vardır. Həmçinin onlar müəyyən etmişlər ki, hamiləlik dövründə özünəhərmətin dəyişilməsi qəmginlik və xarakter arasında mənəli fərqlərin meydana çıxmasına zəmin yaradır.

İsfendiyarın apardığı tədqiqat göstərir ki, valideynin dəyişmə tarixçəsi, evlilik əlaqələri, ictimai şəbəkələr və iş və şəxsiyyət, bir sözlə valideynin psixoloji sağlamlıqları ananın hamiləliyinə təsir göstərir, bu isə öz növbəsində uşağın dəyişməsinə təsir edir (20, s.140).

Şübhəsiz “ana olmaq” qadının həyatında ülfət nöqtəsi sayılır. Uşaq ananın qucağında böyüyür və ananın reaksiyaları uşağın dəyişimində və psixi inkişafında mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

İlk dəfə hamilə olan analardakı ictimai himayət və həyat yoldaşından və ətrafındakılardan səmimiyyət gözləyirlər ki, bu da onun ana olmaqdan məmnunluq duymasının göstəricisidir. Həmçinin bu himayə stress və qəmginliyin azalmasına mühüm təsiri vardır.

Başqa bir tədqiqatdan məlum olmuşdur ki, ictimai şəbəkələrin hazırlaşdığı himayə özünəhərməti artırır və onun ardında səbr və ananın özünə inamını (yəni o səbəblər ki hər qadının analıq rolunun ifasında ehtiyacı var) yüksəldir.

Analıq vəzifəsinə nail olmaq qadıncdan yeni bir forma tələb edir. Analıq formasının qəbul edilməsində çoxlu sayda təsiredici amillər vardır. Bu amillərə aşağıdakıları şamil edirlər:

- mədəniyyət;
- ictimaiyyət;
- ilkin doğum zamanı ananın yaşı;
- uşaq doğumunu dərk etmə;
- narahatçılıq;
- ictimai himayə;
- özü haqqında təsəvvürlər;
- ananın psixoloji xüsusiyyətləri(37, s.203).

Həmçinin bu dövəndə qadınlara məxsus şəxsiyyətlə bağlı qarşılıqlı ziddiyyətlərin həllinə ehtiyacın və ilkin hamiləliklə bağlı əhval-ruhiyyə qeyri-bərabərliyinin şahidi oluruq. Ana olmaqla bariz çəşqınlıqların bağlı olduğunu evlənmə, ailəyə məxsus simalar, ictimai və həyatın cari işləri arasında uyğunsuzluq vardır.

Beləliklə, bu yarım fəsildə verilmiş məlumatları ümumiləşdirsək aşağıdakı nəticəyə gələ bilərik:

- Hamiləlik və doğuluş ictimai və bioloji hadisədir. Doğum cəmiyyət üçün davam və insan üçün seçib götürmədir.
- Hamiləlik bir “vəziyyət” deyil, həm də bir “proses”dir. Bu prosesdə tək embrion dəyişmir və tədriclə öncədən təyin olunmuş proqrama əsasən inkişaf edir.
- Hamiləlik “inkişaf etmə böhranı” hesab olunur. Çünki, hamiləlik həssas (diqqət tələb edən) mərhələdir ki, analığa məsuliyyəti və aid məcburiyyətləri ilə sona çatır.

- Hamiləlik mərhələsində baş verən böhranlarının aradan qaldırılmasına kömək edə biləcək vasitələrdən biri, ananın özünütanıma səviyyəsinin yüksəldilməsidir.

1.2. Hamiləlik dövrünün psixoloji xüsusiyyətləri və qadının keçirdiyi emosional vəziyyəti təhlili

Qadın hamiləlik dövründə xüsusi psixoloji mərhələlərdən keçir. Belə ki, uşağın dünyaya gəlməsində sonra qadın və kişi “ana” və “ata” olmaq hissəsinə uyğunlaşırlar və üzərlərində Allah-təala tərəfindən bəxş edilən uşağa fiziki mövcudluğunu və özünüdərk etmə hissini aşılamaq məsuliyyətini götürürlər. Uşağın körpəlik dövründə onların özlərinin yeni rolunu ifa etməyə valideynlik hissi kömək edir. Ana rolunu layiqincə yerinə yetirmək üçün ilk növbədə qadın özü bu işin məsuliyyətini dərk etməlidir.

İzdivac dövründən sonra əksər cütlüklər həyatlarında elə bir məqama çatırlar ki, onlar övlad sahibi olmaq istəyini hiss edirlər. Bu istək özünü daha çox bioloji təsir altında həyatın ikinci onilliyində biruzə verir.

Qadının peşə fəaliyyətindən asılı olaraq bu müxtəlif dövrlərdə həyata keçirilir. Təhsillə məşğul olan qadınlarda elmi dərəcə əldə edənə qədər bu istək təxirə salınır.

Henri Morinin nəzəriyyəsində “öz” şəxsiyyətin ağıllı hakimidir. O “öz”ün işinin şəxsiyyəti qaydaya salmaqdan və müdafiəsinə xidmət etdiyinə əmin idi. Şəxsiyyətin mərkəzi elementi kimi onun davranışını istiqamətləndirir. Öz “mən” şəxsin əqli və idrakı bacarıqlarından ibarətdir. Morinin fikrincə, əsasən güclü bir “öz” bu ikisinin arasında vasitə ola bilər, amma zəif bir öz şəxsiyyəti daxili müharibə meydanına çevrilə bilər(61, s.555).

Bununla bağlı aparılan bir tədqiqatdakı hər iki özündən idrakı ölçən keyfiyyət və uyğunluğu yoxlayan metoddan istifadə olunmuş, 56 hamilə anadan hamiləlik dövründə özünü və övladı qəbul etməsini yoxlayan testlər hazırlanmışdır. Alınmış nəticələr elə oldu ki, özünü qəbul edən və qəbul etməyən anaların arasına övladı qəbul etmə baxımından bir mənalı şəkildə fərq özünü göstərdi. Özünü dərk və qəbul edən analar

uşaqlar haqqında daha özünü qəbul edən idilər. Həmçinin toplantıların özünü qəbul etmələrinin biləcəyində göstərdi.

Bir məsələni qeyd etmək lazımdır ki, əksər halda cavanlıq dövrü evlilik əlaqəsini formalaşdırmaq ata və ana olmağın başlanğıcı və bununla bağlı vəzifələrə yiyələnmək mərhələsi kimi nəzərdən keçirilir. Öz başına iş görmə bu tapşırıqların hamısı üçün vacibdir. Bandora müstəqil iş görməyə malik olmayan şəxslərin bu məsələlərin öhdəsindən yaxşı gələ bilməyəcəklərinə və böyük ehtimalla buna uyğunlaşma bilməyəcəklərinə inanırdı. Hamiləlik dövründə müstəqil iş görmə hissi olan analar (yəni adekvat özünü dərk etməsi olan analar) bu dövrün problemlərinə, çətinlik və dəyişiklikləri ilə daha rahat mübarizə aparırlar, nəinki müstəqil iş görmədə zəif olan analar. Bu isə Bandoranın fikrincə, həmin analarda özünüdərk etmə hissənin adekvat olduğuna görə onlar real gerçəkliyi daha yaxşı qavrayır və bununla bağlı düzgün qərarlar verə bilirlər.

Aparılmış tədqiqatlar göstərir ki, tanış olmayan hisslərlə qarşılaşmaq, daxili və xarici aləmin boşluqlarını doldurmaq, analıq hissənin formalaşması, öz uşaqlıq dövrünə yenidən qayıtmaq hissləri uşaq sahibi olma meylinin ilk əlamətləridir. Hamiləliyə meyl (bu həmişə uşağa sahib olmağa meyl ilə zamana görə üst-üstə düşmür) qadınlıq vəzifəsinin isbat olunmasına, daxili inkişafın dəqiq başa düşülməsinə və ya bədənə sahib olma meylinin göstəricisi ola bilər.

Qadına aid edilən bu xüsusiyyətlər ata və ananın istəyinə bağlı olaraq uşaq sahibi olma meyili və ya özünün ikinci doğuşu üçün bir ümid işığıdır. Hamiləlik və doğum ictimai, həm də bioloji hadisədir. Doğum gələcək həyatın inkişafı və konkret bir fərdin seçimidir. Əgər qadın hamiləliyin qarşısını alarsa, cəmiyyət məhv olar. Bu səbəbdən cəmiyyətin davamı üçün inamlı surətdə imkanlar yaradılır.

Ata olmaq da cəmiyyətin davamının bir amilidir ki, buda bilavasitə ana və uşağın dünyaya gəlməsi ilə bağlılıq təşkil edir. Qadınlar məlumatsız bir səviyyədə təbiətlə bağlılıq yaradırlar.

Qeyd etmək lazımdır ki, hamiləlik qadınları təbiətin fəaliyyətinə daha da yaxınlaşdırır. Bundan sonra uşaq təkə nəslin davamının təmin olunmasında deyil, həm də böyük bir sərvətin yaranmasına xidmət edirlər.

Qadınların istər bütün nəsil boyu, istərsə də ailə tərkibi cəhətdən uşağa sahib olma meyili və ya uşağın tərbiyəsiylə yanaşı kişilərin iqtisadi və siyasi üstünlüyünün artmasına təsiri indiyədək də nəzərə çarpmaqdadır.

Təbii ki, qadının hamiləliyinin psixoloji məsələlərini aydınlaşdırarkən qarşıya mühüm bir sual çıxır. Görəsən hamiləliyə təhrik edən səbəb nədir? Hamiləlik ruhi arzu - mürəkkəb ictimai növ artımadır. Nedolson (1978) göstərir ki, sevginin güvvəsi haqqında nigarançılıq yaxud, məhəbbətin diqqət mərkəzində olmaq sövqedicə səbəblərdən biri hesab olunur. Bəzi qadınlar inanırlar ki, heç kim onları sevmir və yalnız övladın olması sevgi və istəyin zəminidir.

Hamiləlik bir “hal” deyil, bir “prosesdir”. Bu prosesdə embrionun dəyişilməsilə yanaşı tədricən əvvəlcədən təyin olunmuş proqrama uyğun olaraq inkişaf edir. Belə olduğu halda qadın çəşqınlığa məruz qalır. Qadın eyni zamanda hamiləlik imkanlarının və bu imkanlar haqqında onda yaranan hisslərin təsiri altına düşür(1).

Tədqiqatlar göstərir ki, 6 həftəlikdən başlayaraq zamanla bağlı sürətdə müntəzəm olaraq bədəndəki fiziki dəyişikliklər və ya döş qəfəsinin böyüməsi qadında çəşqınlığın yaranmasına səbəb olur .

Bir çoxları belə bir fikirlə razılaşırlar ki, hamiləlik dövrünün heç bir şeylə müqayisə olunmayan öz aurası var və bu zaman həyat yeni mənə, yeni çalarlar kəsb edir. Yüksək missiyanı daşımaq hissi ilə bağlı hamilə qadının həyatına xüsusi daxili bir işıq daxil olur. Həqiqətən, gələcək anaların əksəriyyəti öz daxili vəziyyətini ifadə etməyə cəhd göstərərək, əvvəllər rast gəlmədikləri məhdudiyyətsiz bir məsuliyyət hissini təsvir edirlər. Nə etmək lazımdır ki, uşaq sağlam və canibərk doğulsun. Nəhayət, qaranlıq fikirlərdən və yorucu şübhələrdən azad olmusunuz, indi siz dəqiq bilirsiniz - bu, hamiləlikdir. Uzun müddət gözlənilən yaxud gözlənilməz, planlaşdırılmış yaxud təsadüfi, birinci yaxud növbəti. Lap əvvəlcə sanki həmişəkindən tez gələn bahardır. Siz istəyirsiniz ki, qarşıdakı doqquz ay sizin ruhunuza hüzur və sevinc gətirsin. Birdən bu gözəl arzu gerçəkləşmədi? Ətrafdakıların “sənə həyəcanlanmaq zərərdir” xatırlatması ziddiyətli, həyəcanlı fikir və hissələrdən azad olmağa kömək etmir.

Hamiləliyin ilk ayları təkəcə qadının fiziologiyasında deyil, eyni zamanda onun psixologiyasında inqilabi dəyişikliklər dövrüdür. Onun Məninin daxili, məhrəm

məkanında digər bir insanın məkanı meydana çıxmışdır ki, onun mövcudluğu ilə nəinki hesablaşmaq lazımdır, həm də ola bilsin ki, bütün həyatını yenidən qurulmaq, bütün planlarını dəyişmək tələb olunur. Heç də hamı bu dəyişiklikləri qeyd-şərtsiz olaraq qəbul etmir. Hətta uşaq arzuolunan və çoxdan gözləniləndirsə də, baş vermiş hadisənin möhtəşəmliyi qadının bütün düşüncələrini əlindən alır, onu həyəcanlanmağa vadar edir: “Mənim sonrakı həyatım necə olacaq? Hamiləlik necə keçəcək? Mənim işim necə olacaq? Mən körpəmə layiqli gələcək bəxş edə biləcəyəmmi? Mən yaxşı ana olacağammı?”. Tanış suallar, düz deyil? Bu cür nigarançılıq, narahatlıq təkcə yorğunluq və əsəbilik doğurmur, eyni zamanda toksikozun yaxud hamiləliyin kəsilməsi təhlükəsinin səbəbinə çevrilə bilər.

Birincisi, bütün problemləri birdən həll etməyə çalışmayın. Onları qeyri-müəyyən vaxta qədər təxirə salın və ola bilsin ki, onların bir hissəsi sizin iştirakınız olmadan həll ediləcəkdir. Ümumiyyətlə, hamiləlik elə bir nadir dövrdür ki, bu zaman həyat problemlərinə reaksiya verməmək sizin tam hüququnuzdur. Bu cür məsuliyyətsiz davranışa görə günah hissi keçirmək lazım deyil. Yadda saxlayın ki, maddi sərvətlərdən daha çox uşaq sizin diqqətinizə, anlamaınıza və sevginizə möhtacdır (43,s.192).

İkincisi, indi öz yeni vəziyyətinizi dərk etmək və qəbul etmək ən vacib şərtidir. Hamilə olmaqla barışın. Yeni vəziyyəti qəbul etmək həyatınızda uşağın dünyaya gəlməsini qəbul etməyi, onun ehtiyaclarını anlamağı öyrənməyi bildirir. Öz kiçik adətlərinizə - günün ortasında yatmaq yaxud özünüzə hər hansı bir delikates almaq istklərinə yol verməyin. Qoy hamiləlik sizin həyatınıza qadağalar dövrü kimi deyil, yeni imkanlar dövrü kimi daxil olsun. “Mən öz sevimli dar cins şalvarımı geyinə bilmərəm” hökmünü belə əvəz etmək olar: “Nəhayət, mən öz qarderobumu yeniləşdirəcəyəm!”. Öz baxışlarınızı dəyişmək kifayətdir ki, dəyişikliklərin dadını hiss edəsiniz .

Hamiləlik qadını emosional olaraq tez təsirlənən, narahatlığa meyilli, mənfi yaşantılara daha hissiyatlı edir. Bir növ qanqaralığ üçün elə bir səbəb yoxdur, gözünün yaşlı ovcundadır və heç bir şey sevindirmir. Bir çox qadınları belə bir hiss izləyir ki, sən fasiləsiz ürək bulanmasının, hardansa üstünə düşən yorğunluğun, daimi əsəbiliyin

“tələsindəsən”. Həkimlər bu cür qeyri-sabit emosional vəziyyəti orqanizmdə baş verən qızgın hormonal dəyişikliklərlə izah edirlər. Yalnız bu cür vəziyyətin təbii və tam fizioloji olduğunu başa düşmək qadın üçün bu mürəkkəb dövrü adan etmir. Psixoloqlar hesab edirlər ki, yüksək əsəbilik gələcək anaya bir siqnaldir ki, dincəlməyi öyrənmək lazımdır. Bu dəyərli bacarıq təkcə hamiləlik dövründə yaxud doğuş zamanı köməyə gəlmir, eyni zamanda bütövlükdə sizin həyatınıza xoş təsir edəcəkdir. Dincəlmək üçün ən sadə vasitə - sakit musiqini qoşmaq, rahat uzanmaq və nəfəs almanı bir yerə cəmləmək lazımdır. Dərindən nəfəs alın və yavaş, zəif şəkildə nəfəsinizi verin. Təsəvvür edin ki, hər bir nəfəsvermə ilə rahatlıq və sakitlik gəlir.

Yeri gəlmişkən demək lazımdır ki, orta fiziki fəallıq - ürək sıxılmasının qarşısını alan əla vasitədir.

Hamilə qadının qəlbində o qədər dəyişikliklər baş verir ki, o yeni yaşantıların burulğanında özünü çox tənha hiss etməyə başlayır. Onu əhatə edən adamların hamısı əvvəlki kimi qalmış, yalnız o, tək “hamiləlik hisslərinin” təsiri altındadır. Lakin eyni zamanda tənhalığı yaşamaq öz qəlbinin dərinliklərinə baş vurmağa, özünü, öz həyat təcrübəsini təhlil etməyə, öz həyat dəyərlərini yenidən qiymətləndirməyə imkan verir. Tənhalıqdan özünüdərək üçün istifadə edin, lakin özünü çox qapanmayın, yaxın adamlarla dərdinizi bölüşün, psixoloqdan məsləhət alın, digər hamilə qadınlarla söhbət edin. İndi “özünə oxşarlarla” ünsiyyət saxlamaq imkanları çoxdur. Bu, doğuşa psixoloji hazırlıq kursları, hovuzda yaxud idman kompleksində hamilələrin xüsusi qrupları, hətta xüsusiləşmiş mağazalar hamilələr üçün mühazirələr təşkil edir. Ən başlıcası, uşaqla ünsiyyətə girməyə başlayın, axı o, sizin üçün ən yaxın insandır.

Hamiləlik dövrü ailədəki münasibətlərə yeni müsbət impuls verə bilər, eyni zamanda anlaşılmazlıq doğura bilər. Axı məhz sevimli insanın köməyi, ona arxa durması qadına hər şeydən vacibdir. Lakin həyat yoldaşının hamiləlik prosesinə qoşulması və onun “hamilə ata”ya çevrilməsi çox çətinidir. O, çətinliklə təsəvvür edir ki, sizin qarnınızın içində insancıq (ona yad olmayan) böyüyür. Kişini daha çox hamiləliyin keçmə xüsusiyyətləri yox, sizin yeni şıltaqlılıqlarınız narahat edir. Güclü cinsin nadir nümayəndəsi “qarımla” coşqu ilə söhbət edir yaxud onun dərinliyindən gələn itələnmələrdən riqqətə gəlir. Lakin bu, o demək deyil ki, kişilər qarşısındakı

dəyişikliklərə tamamilə laqeyddirlər. Sadəcə olaraq onlar “hamiləliyi” özünəməxsus yaşayırlar(75).

Hamilə qadınlara məsləhət olunur ki, hamiləlik məsələlərində həyat yoldaşlarını maarifləndirməyə çalışsınlar. Ona sadə, konkret məlumat lazımdır ki, bu məqamda nə baş verir. Ondan xahiş edin ki, sizinlə birlikdə ultrasəs müayinəsi getsin. Bəzi kişilər qarın daxilində öz uşağını əyani şəkildə görüb arvadının hamiləliyinə münasibətini tamamilə dəyişir, körpənin real şəkildə mövcud olmasına əmin olurlar. Tez-tez “biz” əvəzliyi işlədin, bu, ona işarə olacaqdır ki, siz artıq tək deyilsiniz. Ərinizin zəhləsini tökmədən ona o haqda danışın ki, körpə gün ərzində özünü necə aparıb. Əgər ilk dövrlərdə gözlənilən reaksiya olmazsa, onda üzülməyin və ərinizi sizi başa düşməməkdə qınamayın. Sadəcə olaraq bir çox kişilər öz emosiyalarını açıq şəkildə ifadə etmirlər.

Qadın yaxınlaşan hamiləliyi öyrəndiyi zaman müxtəlif hissələr keçirir. Əgər hamiləlik arzuolunandırsa, onda sevinc və xoşbəxtlik hissləri onun qəlbini doldurur. Bir neçə gün o, qanad açıb uçur və bu xoşbəxtliyi bütün aləmə çatdırmaq istəyir. Bayram hissi sizi tərk etmir. Tədricən emosional səs-küy yatır və siz o haqda fikirləşməyə başlayırsınız ki, öz hamiləliyinizi və körpənizin inkişafını necə xoşbəxt və sağlam edəsiniz. Bir çox hamilə analar çox məsuliyyətlə uşağı qarında gəzdirməyə yanaşırlar: həkimlərin müşahidəsi altında olur, rejim və pəhriz saxlayır, doğuşa hazırlıq üzrə kurslara gedirlər. Sanki hər şey yaxşı gedir, lakin real həyat adətən çox vaxt hamiləlik dövründə həssas olan və tez təsirlənən qadının əhvalını pozur.

Gündəlik həyatın pis hadisələri, hətta xırda şeylər olsa da, bəzən çox qızğın reaksiyaya səbəb olaraq tez-tez hamilə qadını özünüzdən çıxarır. Belə ki, əvvəllər bir çox situasiyalara diqqət yetirmirdilərsə, indi hətta qışqıra yaxud ağlaya bilərlər. Adətən, gələcək ana səbirsiz olduğu eçen özünü günahlandırmağa başlayır(15, s.259).

Qadın istəyir ki, onun körpəsi hamiləlik zamanı heç bir narahatçılıq keçirməsin. Ona elə gəlir ki, bu, onun inkişafına ciddi zərər vura bilər. Çox vaxt o, sual verir: hamiləlik zamanı streslərdən və mənfi emosiyalardan necə yaxa qurtarmaq olar?

Psixologiya və hamiləlik məsələləri ilə məşğul olan mütəxəssislər bu məsələyə başqa tərəfdən yanaşırlar: necə etmək lazımdır ki, uşaq ananın tez-tez dəyişən

əhvalından əziyyət çəkməsin? İş burasındadır ki, “yanlış” davranışdan yaxa qurtarmaq hətta ən çalışqan analara belə müyəssər olmur.

Hamilə qadının psixikası onun hamiləliyə qədər olan vəziyyətindən güclü şəkildə fərqlənir. Hamiləlik zamanı qadının əhvalı gözlənilmədən dəyişir, o, hamiləlikdə bağlı müxtəlif həyəcan və təşviş keçirir. O, boş şeyə görə özündən çıxmağa bilər yaxud sevimli ərinə qışqıra bilər. Onun özü üçün də bu, izah olunmaz və qorxuludur. Ən başlıcası, baş verəndən sonra gələcək ana uşaq və ailə üzvləri qarşısında günahkarlıq hissi ilə əziyyət çəkməyə başlayır. Əlbəttə, bu məqamda özünü nəzarət etmək çox çətin, heç lazım da deyil. Hamiləlik vəziyyətinin qədim mexanizmi budur. Xoşagəlməz günahkarlıq hissi və pis əhvaldan necə yaxa qurtarmağı öyrənmək olar(59, s.819).

Əslində bu, stresslə mübarizənin ən başlıca sirridir: səbəbləri istisna etmərik (bu, yerinə yetirilməzdir), körpəyə böyük zərər vermədən vəziyyətdən ləyaqətlə çıxmağa çalışmaq.

Həqiqətən də hər şey sadədir: öz emosional vəziyyət haqqında gələcək ata ilə danışmağa o məqamda dəyər ki, ailədəki şərait münbit və sakitdir. Gələcək ataya izah etməyə çalışmaq lazımdır ki, sizə qayğı, himayə, anlaşma lazımdır və siz bəzən istəyirsiniz ki, sizə kiçik uşaq kimi rəhmi gəlsinlər. Növbəti əhval pozuntusundan sonra gələcək ana tədricən sakitləşir və körpə ilə daxili (səsli) dialoqa başlayır. O, baş verən vəziyyəti öz-özünə danışır, izah edir ki, həyatda hər şey baş verir və heç bir qorxulu şey olmamışdır. Əgər bu, ata ilə küsüşmədirsə, tezliklə barışmağa vəd verilir: “Ata ağıllı və xeyirxahdır və hər şeyi başa düşəcək”.

Qadın dialoqa gedirsə, o, özü tədricən sakitləşir, hiss edir ki, uşaq da sakitləşib. Xoşagəlməz vəziyyətdən, pis əhvaldan xilas olma baş verir və günahkarlıq hissi meydana çıxmır. Bu, elə həmin nəticədir ki, ona biz can atırdıq: özünüzdə günahkarlıq hissini saxlamaq olmaz. Axı sizin hisslərinizin təsiri altında uşağınızın psixikasının əsası qoyulur. Nə qədər siz özünüzü inamlı hiss etsəniz, bir o qədər körpə inamlı olacaq.

“Maksimalist” analar tez-tez soruşurlar, nə üçün körpəni tamamilə stress situasiyalardan qorunmaq lazım deyil.

Birincisi, deyildi ki kimi, bu, mümkün deyil yaxud qadın üçün böyük səylər tələb edir ki, bu zaman o, böyük gərginlik və narahatlıq hiss edir. Bu da hamiləliyin gedişində özünü pis göstərə bilər.

İkincisi, bu, lazım deyil. Güman edək ki, uşaq hamiləlik zamanı heç bir mənfi yaxud neqativ emosiyalar keçirmir. O doğulur və bizim problemlili və həyəcanlı dünyamıza gəlib düşür. Onun üçün necə çətin olacaq, o, anasının qarınında böyüyərkən belə bir şey hiss etməmişdir! Bu, sizin oğlu və ya qızınızın yeni yaranan xarakterinə pis təsir göstərəcəkdir. Ananın qarınıdakı orta stress körpəni gələcək çətinliklərə hazırlayır. O, hələ dünyaya gəlməmiş onlara müqavimət göstərməyi öyrənir(60, s.636).

Tədqiqatçılar hamiləliyi emosional böhran, stress, dönüş nöqtəsi dövrü kimi yaxud qadına zorla qəbul etdirilmiş xəstəlik növü kimi nəzərdən keçirirlər (Bibring, Chappie & Furneaux, Grimm, Hanford, Lips, Nilsson & Almgren, Rothstein, Rubenstein). Onların fikrincə, hamiləlik, xüsusilə birinci hamiləlik, öz qadın indentikliyinə axtarışında böhran nöqtəsidir. Hamiləlik qadının cinsi məxsusluğunu sübuta yetirir və aşkar şəkildə xarici aləmə göstərir ki, o, seksual münasibətlərdə olmuşdur.

Hamiləlik bütün orqan və sistemlərin maksimal işini tələb edən orqanizmin keyfiyyətə yeni bir vəziyyətidir. Onu inkişaf mərhələsi kimi nəzərdən keçirmək olar.

Biz iki yanaşmanı özündə birləşdirən nöqtəyi-nəzəri müdafiə edirik: hamiləlik, doğuş və analıq yetkin qadın indentikliyinə formalaşmasının müəyyən pillələridir. Fikrimizcə, bu mərhələlər bir-biri ilə elə şəkildə bağlıdır ki, əvvəlki mərhələni qadın nə qədər tam yaşasa, növbəti mərhələni keçməsi imkanı bir o qədər ondan asılıdır.

Hamiləliyi inkişaf mərhələsi kimi nəzərdən keçirərək, bu dövrün əsas fərqli xüsusiyyətlərini ayırmaq olar. Fikrimizcə, dəyişikliklər həm psixofizioloji, həm də psixoloji səviyyədə baş verir.

Psixofizioloji səviyyədə aşağıdakı sensor sahələrdə dəyişiklikləri ayırmaq olar (53, s.99):

Akustik: çox vaxt hamilə qadınlar gurultulu musiqini xoşlamır, onlar klassik yaxud meditatif musiqiyə üstünlük verirlər. Onlar gurultulu səs yaxud qəfil səs-küy eşitdikdə səksənir, diksinirlər.

Vizual: bir çox qadınlar görmə qavrayışında dəyişikliklər barədə məlumat verirlər, o cümlədən eybəcərliklərin, qəddarlığın, pis hadisələrin təsiri kimi vizual stimullara emosional reaksiyalar; eyni zamanda hamilə qadınlar gözəlliyi və harmoniyı dərindən hiss etməyə başlayırlar. Onlar rəng birləşmələrinə daha həssasdırlar.

Kinestetik: hamilə qadınların əksəriyyəti onlara toxunma vasitələrinə və digər taktil siqnallara daha həssasdırlar.

Qoxu: İybilmənin daha differensiaslanmış hissi meydana çıxır. Gələcək uşaq üçün güclü qoxular zərərli olduğuna görə, bəzi qoxular anaya müalicəvi və sakitləşdirici təsir edir, daha differensiaslanmış iybilmə qabiliyyəti müəyyən qoxulardan və onların mənbələrindən yaxa yaxud onları axtarmağa imkan verir.

Dad: müəyyən qida və içkilər, o cümlədən dölün normal inkişafı üçün zərərli olan maddələr, məsələn, nikotin, alkoqol, kofein və s. bir çox hamilə qadınların xoşuna gəlmir. Lakin hamilə qadınlar zəruri qida maddələrinin olduğu ərzaqlardan tez-tez şüursuz şəkildə istifadə etməyə başlayırlar. Hamiləlik dövründəki psixoloji dəyişikliklər hamiləlik sindromu adlandırılan hadisədə təzahür edir. O, müəyyən zamanla məhdudlaşdırılmış elə bir yeni psixogen vəziyyətdir ki, döllənmə günü deyil, qadının öz yeni vəziyyətini dərk etdiyi zaman başlayır və doğuşla deyil, uşağın “piqmalionlaşdırılması” məqamında başa çatır. Hamiləlik sindromu adətən qadın tərəfindən şüursuz səviyyədə keçirilir, müəyyən zaman sərhədinə malikdir və aşağıdakı simptomlarla səciyyələnir.

Birinci mərhələdə qadınlar daha çox özünü hamilə kimi dərk etməyin affektini keçirirlər. Hamilə qadının sosial və əqli səviyyəsi nə qədər yüksəkdirsə, bir o qədər o, müstəqildir və peşəsi baxımından müvəffəqiyyətlidir, onun qarşısında uşaq doğmanın mənası haqqında nə qədər çox sual qoyulsa, ana olmağa qərar vermək bir o qədər çətin olacaqdır.

Tez-tez qadınlar ilk vaxtlarda “təsədüfə ümid edirlər”, şüuraltında arzu edirlər ki, hər şey “özü özünə” həll olunsun (məsələn, uşaq salma yaxud tibbi göstəricilərinə görə hamiləliyin süni şəkildə dayandırılması zərurəti). Əgər hamiləlik əvvəlcədən planlaşdırılmayıbsa, əksər hallarda qadın məsləhətxanaya gecikməklə müraciət edir,

hamiləlik artıq onun özünə məlum olur və özünü yeni sifətdə qəbul etmək məcburiyyətində qalır. Təsvir olunan hadisə qərar qəbul etmə simptomu kimi səciyyələndirilə bilər. Həmin simptom üçün öz hamiləlik faktından qadının özünü şüuraltı şəkildə ayırması səciyyəvidir; iki qütb mövcuddur: “Mən və hamiləlik”. Bu dövrdə hal-əhvalda heç də analığa və gələcək uşağa yox, özünə (öz “Mən”inə) diqqəti cəlb edir. Hamiləlik sindromunun inkişafının növbəti mərhələsi yeni öz obrazının refleksiv qəbul edilməsidir: “Mən hamiləyəm” (yeni “Mən”in simptomu), o öz orqanizmində fizioloji dəyişikliklərin qəbul edilməsi ilə səciyyələnir.

Spaylberger və Ceykobe göstərmişlər ki, hamiləliyi müşayiət edən real bioloji və neyroendokrin dəyişikliklər gözləyən analara dərin psixoloji təsir göstərə bilər(57, s.115).

Müəlliflərin fikrincə, bu cür dəyişikliklər hamiləliyin əvvəlində intensiv səciyyə daşdığından və onlara uyğunlaşmaq üçün bir qədər vaxt tələb olduğu üçün, yəqin ki, ilk üç ay ərzində qadının emosional yaşantıları əsas etibarilə bu amillə müəyyən olunur. Bu cür dəyişikliklər psixoloji stressin xüsusi tipini yaradır ki, o da ürək bulanması, qusma, baş gicəllənməsi, baş ağrıları və iştahanın pozulması kimi təzahürlərlə səciyyələnir.

Emosional qeyri-sabitlik simptomu xüsusi diqqətə layiqdir ki, o, bu və ya digər dərəcədə hamiləliyin bütün dövrünə xasdır. Bu simptom dedikdə emosional dezadaptivlik nəzərdə tutulur ki, o, əhvalın fonunun dəyişmələrində özünü göstərir. Bəzi qadınlarda passivlik artır və yüksək məmnunluq və həzz hissi meydana çıxır. Digərlərində bu zaman yüngül depressiya baş verir və fiziki fəallıq güclənir, ola bilsin, ona görə ki, hamilə qadın öz passivliyinin yeni hissini inkar etməyə cəhd göstərir. Əhvalın dəyişməsi müxtəlif dərəcəli daxili gərginlikdə ifadə oluna bilər - sıxıntı, darıxma, üzüntü, ağırlıq, lənglik duyğusu, özündən narazı qalmadan ruhi əzaba, sıxıntıya qədər.

Özünü hamilə kimi dərk etmə və qəbul etmə məqamından başlayaraq qadında hamiləliyə ziddiyyətli münasibət simptomu üzə çıxır. V.İ.Brutman və M.S.Radionova hesab edirlər ki, hətta ən arzuolunan hamiləlik ziddiyyətli affektlə boyanır ki, bunda eyni zamanda sevinc, nikbinlik, ümid və ehtiyatlı gözləmə, qorxu, qəm-qüssə yanaşı

mövcud olur. Burada qarşıdakı doğuşla bağlı həm ehtiyat, çəkinmə, həm də qorxu vardır ki, bu da bəzən vahiməyə qədər gəlib çıxır (“Mən doğuşa davam gətirəcəyəmmi?”); doğmaq və ana olmaq qabiliyyətinə inamsızlıq; gələcək uşağın sağlamlığı və taleyinə görə qorxu, ailəsinin maddi vəziyyətinin mümkün pisləşməsinə görə narahatlıq, şəxsi azadlığın məhdudlaşdırılması və nəhayət, öz bədəninə dəyişməsinə və bununla bağlı seksual cəlbediciliyin olmamasına görə həyəcan.

Hamilə qadının öz hamiləliyini dərk etməsi ilə bu ambivalent kompleksin yalnız ayrı-ayrı və müəyyən tərəflərinə aydınlıq gəlir(52, s.154).

Daha sonra hamiləlik üçün səciyyəvi olan qadının şüurunun ona uşağın obrazının tədricən daxil edilməsi ilə psixiki yenidənqurulması meydana çıxır (özündə yeni həyatı qəbul etmə simptomu). Bu mərhələ daha çox o zaman gəlir ki, qadın dölün ilk tərپənməsini hiss edir. Uşaq öz hərəkətləri ilə özünü ayrı bir insan varlığı kimi tanıtməyə çalışır.

Dölün böyüməsi ilə bu duyğuların hissi komponenti daha parlaq olur, əşyavilik çaları qazanır. Qadın bu dövrdə adətən gələcək körpənin davranışını izah etməyə başlayır: “oyandı”, “şənlənir”, “narahat olur” və s. Məna kəsb edərək hamiləlik gələcək ananı ruhlandırır, müvafiq affektiv fon yaradır ki, bununla da o, öz gələcək körpəsini ilhamlandırır, onun mövcudluğu mehribanlıq hissi doğurur, isti emosional tonlara boyanır.

Bəzi qadınlar o qədər bu hissələrə qapılır ki, onların davranışında uşaqlıq əlamətləri meydana çıxmağa başlayır. Onlar daha senzitiv və təsirli, köməksiz, aciz və “yumşalmış” olurlar. Tədqiqatçılar hesab edirlər ki, hamiləliyin bu dövründə adətən ananın uşaqla daxili dialoqu meydana çıxır. Xüsusi emosional vəziyyət uşağın obrazının formalaşmasına səbəb olur ki, bu da qadının şüuruna daxil olur. Bu obraz xüsusi hissi-məna məzmunu ilə dolur ki, “birləşmə”, “yaxınlaşma” kimi səciyyələndirmək olar.

Özündə yeni həyatın qəbul edilməsi sindromu hamiləlik sindromunun zirvəsidir, bu psixofizioloji vəziyyətin təcrübəsinin qadın tərəfindən qavranılmasının, emalının, qiymətləndirilməsinin özünəməxsus indikatorudur. O, uşağın taleyinə görə yaxınlaşan məsuliyyətlə, onun barədə yuxularla, arzularla və fantaziyalarla səciyyələnir.

Hamiləliyin bu dövründə “Mən - ətraf aləm” konstruktunun dəyişməsi açıq şəkildə izlənilir. Qadınlar gerçəkliyin dəyişilmiş qavranılmasına uyğun olaraq öz adi sosial ətrafını yüksək tələbkarlıq fonunda yeni keyfiyyət xüsusiyyətləri ilə doldurmalıdırlar. Bu meyli başqalarına münasibətdə artırılmış iddiaların simptomu kimi müəyyənləşdirmək olar.

Artırılmış iddiaların simptomu daxilində ətrafdakılara inamsızlıq fenomenini və gələcək uşağın atasına münasibətin fenomeni ayırmaq lazımdır. Qadın özünə xüsusi münasibəti şüuraltı olaraq tələb edərək ətrafdakılarla manipulyasiya edə bilər. Gələcək uşağın atasına çevrilən kişinin qavrayışı da dəyişir. Kişilərin əksəriyyəti sosiometrik statusu dəyişməsi və öz lazımsızlığını şüuraltı olaraq gözləyərək öz yeni hisslərini həyat yoldaşından dərk olunmayan yaxa qurtarmada gerçəkləşdirərək şüurlu səviyyədə bundan doğan həyəcanı gizlədirlər. Beləliklə, qadın kişinin dayağından o zaman məhrum olur ki, onun daha çox buna ehtiyacı olur. Bütün bunlar bir də onunla ağırlaşır ki, qadınların əksəriyyəti hamiləlik dövründə sensor aclıq adlandırılan bir hadisə ilə üzləşirlər ki, bu da yüksək əsəbilik doğurur və çox vaxt ətrafdakılara, xüsusilə də öz kişisinə münasibətdə aqressiyaya keçir. Həmin halda mənəvi uzaqlaşma, soyuqluqla müşayiət olunan deprivasiya hissi simptomundan danışmaq yerinə düşərdi.

20-25 həftəlik dövrdən başlayaraq xüsusi diqqət tələb edən daha bir problem yaranır. Hamilə qadınla baş verən fizioloji dəyişikliklər çox vaxt onun üçün tam seksual həyatı qeyri-mümkün edir ki, bu da kişi ilə ünsiyyətdə məsafə yaradır yaxud onu artırır. Sadalanan amillər hamiləlik dövründə seksual natamamlıq simptomunun meydana çıxmasına səbəb ola bilər. Növbəti ən parlaq və simptomdur. Yəqin ki, hər bir qadın müəyyən dərəcədə daxili münaqişə keçirir və o, bir tərəfdən, nəhayət, doğmaq, digər tərəfdən, doğuşdan yaxa qurtarmaq arzusu ilə ifadə olunur. Bir tərəfdən, o, hamiləliyin salamat bitməsini gözləyir, digər tərəfdən, doğuş qorxu və narahatlıq doğurur. Qadınların doğuş qabağı psixi qorunmaması dərəcəsinə o fakt göstərir ki, onların əksəriyyəti uşaq üçün mümkün nəticələr haqqında düşünməyərək asanlıqla istənilən ağrıkəsici dərmanların tətbiq edilməsinə razılaşırlar(54, s.27).

Hamiləlik dövründə qadının yaşadığı axırıncı simptomlardan biri səbirsizlik simptomudur. Qadın artıq tənqə gəldiyi hamiləliklə bağlı daim artan səbirsizliklə və

həyəcanla üzləşir və onun tezliklə bitməsini istəyir. Bu dövrdə əhvalın səciyyəvi dəyişmələri müşahidə olunur: sevinir ki, bir azdan uşaq reallığa çevriləcəkdir, hamilə qadınların müxtəlif şüurlu və şüursuz həyəcanları (doğuşdan ölmə mümkünlüyü, uşaq normaldırmı və doğuş zamanı o, zədə alacaqmı). Bəzi qadınlar şad bir həyəcan keçirirlər ki, yenidən doğuş vaxtı fəal rol oynaya biləcək və hamilə qadının məcburi passiv rolunu tərk edəcəkdir. Hamiləlik sindromunun sonuncu simptomu doğulan uşağın piqmalionlaşmasıdır: ananın qavrayışında onun fantastik obrazından real obraza keçid.

Yuxarıda təsvir olunan bütün qadınların hamiləlik dövrü üçün tipikdir. Bununla belə onun simptomları hər bir konkret halda müxtəlif dərəcədə ifadə oluna bilər. Naməlumluq qarşısında qorxu ilə güclənən göstərilən simptomlar ilk qorunmuş hamiləlik dövründə özünü göstərir.

Beləliklə, uşağa subyektiv münasibət analığa psixoloji hazırlığın quruluşunda əsas amildir, o, anlıq davranışı üslubunun proyeksiyasına salınır və bununla da körpənin psixi inkişafı üçün daha əlverişli şəraiti təmin edir, onun vacib göstəriciləri uşağın ana ilə ünsiyyət səviyyəsi, onda öz obrazının formalaşması xüsusiyyətləri və başqasının dərdinə şərik olma tələbatlarıdır.

Bütün bunlarla yanaşı hamiləlik dövründə ana əziyyətli harmonal proseslərin də təsiri altına düşür. Qadın özündə oxşar ürək bulanması, səhərlər süstlük, tərləmə, ağız suyunun çoxalması və naməlum əzginlik və ya qəbzlik kimi halları müşahidə edir. Bir çox hamilə qadınlarda bu əlamətlərin oxşar olmasına baxmayaraq, bu prosesin təsiri altına düşdükləri üçün hamiləliyə qarşı müxtəlif və özlərinə məxsus bir şəkildə çıxış edirlər. Bu əlamətlərin hər biri bir qadın üçün görünümlü bir təsir yaradır. Ürək bulanmasını buna misal göstərmək olar. Bir qadın xəstə olduğu üçün ürəkbulanma ilə rastlaşdıqda onu uşaqlıqla əlaqələndirə bilər. Başqa bir qadın isə ürəkbulanmanı bədənin qeyri-iradi əlamətlə embriondan xilas olma kimi başa düşməsi mümkündür. Buna görə ürəkbulanma halı onun bədənində əziyyətverici olur. Beləliklə bu əlamətlər psixoloji təsirlə bağlı olduğuna görə oxşar iztirab əhval-ruhiyyəsi hallarının əksinə hamiləlikdə qorxunu ya azaldır, ya da çoxaldır.

Bənzərsiz bir fərd olması imkanı ilə hamiləlikdə fiziki şərait və hissi emosiya çərçivəsində hər bir fərd üçün fərqli olur(51, s.64).

Birinci hamiləlik və ya bir neçə dəfə hamilə olmaqla yanaşı istər uşaq istəsin, istərsə də istəməsin, ananın yaşı (18-30 yaş arasıyla 30-45 yaş), ananın iqtisadi vəziyyəti (ananın işlə məşğul olması və ya olmaması), ərin iqtisadi vəziyyəti (aylıq gəliri) kimi oxşar amillər ananın kəsb etdiyi imkanların təsiri altındadır. Buna görə də bizim öz həyatımızda bu proseslə xüsusi bir şəkildə qarşılaşmamız və ya hər bir kəsin hamiləliyə qarşı xüsusi bir tərzdə davranışına təəccüblənməməliyik. Bu halda hamiləlik dünyəvi həyatın faktlarından olduğuna görə onda müştərək imkanlar mövcuddur.

Bir məqam da xüsusi vurğulanmalıdır ki, yuxarıda sadalanan cəhətlərlə yanaşı hamiləliyin gizli qarşılıqlı ziddiyyətləri mövcuddur ki, bu da hamiləlik zamanı qadının keçirdiyi özünəməxsus hisslər vasitəsilə yaranır. Hamilə olmaq qadınlar üçün eyniyyət təşkil etməyən hisslər doğurur.

II FƏSİL. HAMİLƏLİK ZAMANI RAST GƏLİNƏN PROBLEMLƏRİN PSIXOLOJİ ASPEKTLƏRİ

2.1. Qadınlarda hamiləlik dövründə yaranmış problemlərin əsas psixoloji istiqamətləri

Bəzən hamiləliyin gedişatı hər hansı xəstəliklər və ya patoloji vəziyyət nəticəsində mürəkkəbləşir, hamiləliyin pozulmasına, erkən doğuşa, uşaqlığın qanaxması, dölün inkişafdan qalmasına və hətta dölün ölümünə səbəb ola bilər.

Toksikoz, dölün düzgün olmayan vəziyyəti, döl ətrafı mayenin normadan çox və ya az olması, əkiz döl, həm vaxtı keçmiş hamiləlik ümumi hamiləliyin gedişatını əhəmiyyətli dərəcədə mürəkkəbləşdirir. Daha çox rast gəlinən hamiləlik patologiyalarına ektopik hamiləlik aiddir, bu zaman embrionun implantasiyası uşaqlığın endometrial səthində baş verir.

Rüşeymin inkişafının və trofoblastın - onun daxili hüceyrə qatının pozulması baş verə bilər. Bu öz növbəsində, hamiləliyin pozulması, dölün məhvi kimi ciddi fəsadlara səbəb ola bilər. Xüsusən ananın qanı və rüşeym rezurs faktorlar üzrə uyğunsuzluq olduğu hallarda situasiyaya daha ciddi yanaşmaq zəruridir. Bu zaman dölün məhvi ilə nəticələnə biləcək rezurs-konflikt yaranır.

Hamiləlik hər bir qadın üçün şəxsi, professional, seksual, gender, cismani və indentikliklərin transformasiyası dövrüdür. Bununla yanaşı bu dövr psixofizioloji qüvvənin uşağın sağlamlığına və qadının - gələcək ananın şəxsi psixoseksual yetkinləşməsinə yönələ biləcəyi və yönəlməli olduğu dövrüdür.

Psixi və psixososial stress hamiləlik və doğuş zamanı fəsadlara səbəb ola bilər. Bir sıra tədqiqatçılar göstərir ki, psixi xəstəliklər, psixoemosional yüklər, şəxsiyyətin xüsusiyyətləri və stresin qarşısının alınmasının qeyri-adekvat mexanizmləri spontan abort və vaxtından əvvəl doğuşun səbəbi ola bilər.

Fəsadsız hamiləliyin sinir-psixi gərginlik metodikası (SPG) üzrə tətbiqi zamanı müəyyən edilmişdir ki, 24 yaşa qədər qadınlarda hamiləlik zamanı sinir-psixi gərginlik aşağı səviyyədə təzahür edir. Sinir-psixi gərginliyin səviyyəsi yaş artdıqca yüksəlir və 24 yaşdan sonra artır(55, s.154).

SAN metodikası (əhval, aktivlik, gərginlik) üzrə yaşla əlaqədar keçirilmiş tədqiqatların nəticələri göstərir ki, birinci yaş qrupunda (18-24) normal əhval, zəif təzahür edən gərginlik, aşkar təzahür edən aktivlik qeydə alınmışdır. Lakin yaş artdıqca əhvalın və aktivliyin enməsi və gərginliyin artması tendensiyası müşahidə edilir. Bu daha çox 30 və 30 yaşdan yuxarı hamilə qadınlarda qeydə alınır.

Hamiləliyin fizioloji keçirilməsi zamanı hamilə qadınları emosional qeyri-stabillər, özünə kifayət qədər əmin olanlar, konservativ və daha az intizamlılar kimi xarakterizə etmək olar. Uğur və uğursuzluğa qarşı müəyyən laqeydlik qeydə alınır, lakin bu qadınlar eyni zamanda ətrafdakılara qarşı etibarlılıqları və qeyri-tələbkar olmaları ilə xarakterizə olunurlar.

Fəsadlı hamiləlik qruplarında tədqiqatın nəticələri göstərir ki, risk qrupuna daxil olan hestoz yarımqrupunda sinir-psixi gərginliyin müəyyən qədər yüksəlməsi, mama-ginekoloji fəsadlı yarımqrupda sinir-psixi gərginliyin müəyyən qədər zəifləməsi müşahidə olunur. SAN metodikası üzrə keçirilən tədqiqatda qeydə alınır ki, kontrol qrupla müqayisədə “risk” qrupunda gərginlik səviyyəsi yüksəlir. Bu yüksəlmə somatik anamnezli yarımqrupda və yüksək səviyyədə hestozlu yarımqrupda qeydə alınır. Hestoz zamanı aktivlik səviyyəsi azalır və səviyyə birinci yaş qrupunda (18-24) xüsusilə zəifləyir. Hamilə qadınların qospitalizasiyası zamanı gərginlik səviyyəsi azalır və əhval yaxşılaşır.

Somatik anamnezli qrupda Kettel metodikası bu hamilə qadınların ünsiyyətçilik, impulsivlik, həssaslıq, nizam-intizam, həmçinin qeyri-sabitlik və etibarlılıq ilə xarakterizə olunduğunu müəyyən etməyə imkan verdi.

Mama-ginekoloji anamnezli qrupda Kattel metodikası bu hamilə qadınların ehtiyatlılıq, məxfilik, tarazlıq, məqsədyönlülük, özünə və öz gücünə inam, frustrasiyaya düşməmə və özünəzarəti olması ilə xarakterizə olunur olunduğunu aşkar etdi. Bu qadınların stresogen amillərə qarşı somatik anamnezli və hestozlu qadınlara nisbətən daha yüksək səviyyədə sabit olduqlarını demək olar.

Hestoz qrupunda Kattel metodikası bu hamilə qadınların stress meyilli olduqlarını, emosional qeyri-sabitliklərini, etibarlılıqlarını, vicdanlı və ciddi

olduqlarını müəyyən etməyə imkan verdi. Hamilə qadınlar stasionar şəraitdə daha stabil və məsuliyyətli olurlar(59, s.821).

Hər bir qadın hamiləliyi müxtəlif cür yaşayır, bundan əlavə eyni qadın öz fərqli hamiləliklərini müxtəlif cür keçirir. Hazırda psixologiyada belə sabit fikir formalaşmış ki, hamiləliyin əksər xüsusiyyətləri ananın hamiləliyə və gələcək uşağın doğusuna olan münasibəti ilə əlaqəlidir. Baxmayaraq ki, hamiləliklərin əksəriyyəti bu və ya digər dərəcədə arzuolunandır, bu bir çox həlledici dəyişikliklərə (digər insanlarla, ailədə, peşə fəaliyyətində qarşılıqlı münasibətlərə) səbəb olur. Hamiləlik dövründə qadında müxtəlif hisslərin bütöv qamması yaranır, onlardan əksəriyyəti “arzuolunmaz” kimi şərh edilir. Hamilə qadının emosional durumu hədsiz qeyri-sabit olduğuna görə bəzən ona uzunmüddətli neqativ yaşantılardan, kəskin, tez-tez təkrarlanan stress vəziyyətlərindən qaçmaq çox çətin olur. Sabit qorxuların mövcudluğu, gələcək uşağa və ya özünə qarşı kəskin ziddiyyətli hisslərin yaranması, bəzən hamiləliyin inkar edilməsi (qadın özünü hamilə kimi hiss etmədikdə fiziki və psixi vəziyyətində heç bir dəyişikliklər hiss etmir) isə uşağı olmaq, ana olmaq arzusu ilə həyatında həlledici dəyişikliklərə hazır ola bilməmək arasında daxili, dərk edilməyən konfliktlərin, problemlərin olduğunu sübut edir. Bütün bunlar isə analığın ayrılmaz tərkib hissəsidir. Hamilə qadının analığa, bununla əlaqədar həyatdakı dəyişikliklərə, bu dəyişikliklər (arzuolunan və ya arzuolunmaz) arasında balans qurmaq imkanına münasibəti xeyli dərəcədə öz həyat təcrübəsindən, öz anası ilə, balaca uşaqlarla qarşılıqlı əlaqəsindən asılıdır.

Məlumdur ki, öz peşə fəaliyyətlərinin növündən asılı olaraq (və ya öz anası və digər yaxın adamların belə təcrübəsinə əsasən) şikəst və ya inkişaf qüsurlu uşaqların doğulması ilə rastlaşan qadınların öz uşaqlarının hər hansı qüsurla doğulacağı ilə bağlı sabit qorxuları olur. Əgər bu cür hadisələr təkrarlanırsa, uşaq haqqında olan təsəvvür həyatdakı bütün sevinclərdən məhrum edən varlıq kimi formalaşırsa bu möhkəmlənə və hamilə qadının öz uşağına və hamiləliyin keçirilməsinə münasibətdə təzahür edə bilər. Digər tərəfdən öz rəfiqə və yaxın qohumlarının xoş təcrübəsi gələcək təcrübəsiz ananın həyəcanını xeyli azalda bilər. Uşağın xoş, anaya həzz verən varlıq kimi qavranılmasını bunlar şərtləndirə bilər.

Bəzən bizim sabit təsəvvürlərimizin həyatımızda rastlaşdığımız şəraitlərlə şərtləndiyini bilmək, dərk etmək zəruridir. Bilmək lazımdır ki, bizim rastlaşdığımız hallar mütləq deyil, fərqli variantlarda mümkündür. Hər bir halda mövcud təsəvvür və münasibətləri dəyişmək arzusu mühüm addımdır. Növbəti addım dəyişiklik yollarını axtarıb tapmaqdır. Bu zaman qohum və tanışların mənfi təcrübələrini öz üzərimizə götürməyərək, onların təcrübələrinin müsbət tərəflərini özümüzə əlaqələndirmək faydalı ola bilər.

Psixoloqa müraciət edilməsi zəruri olan problemlərdən biri qadının həyat planları ilə üst-üstə düşməyən hamiləlikdir. Bu zaman qadın çox mürəkkəb problem qarşısında qalaraq hamiləliyin saxlanmasına qərar verir. Hamiləliyin həyat planları ilə üst-üstə düşməsi qadına əzab verən həyəcəndə təzahür edən daxili konfliktə səbəb ola bilər. Əvvəlcədən planlaşdırılmış, lakin əslində hansısa həyati problemin həlli üçün “məcburi” olan hamiləlik (məsələn ailənin möhkəmlənməsi, uşaq dünyaya gətirmək üçün “kritik” yaş həddinə çatma) də heç də az kəskin keçirilmir. Bu kimi hallarda qadın analığa və hamiləliyə qarşı olan mənfi münasibətini boğmağa və ya gizlətməyə çalışır, bu isə situasiyanı daha da pisləşdirir. Çox zaman öncədən atanın öz məsuliyyətlərini yerinə yetirmək niyyətində olmadığını bilərək uşağı dünyaya gətirməyə qərar verən qadınlar bu vəziyyətdə olurlar. Bu halda bütün “obyektiv” problemlərə uşağı tam ailədən, atadan məhrum etdiyinə görə özünü günahlandırmaq hissi də qarışıq. Tənha ana daha artıq həyəcan keçirir, o uşağın atasından ərli anaların “qanuni” olaraq gözlədiklərindən daha azını ümid edir. Lakin sonuncu halda belə gözləntilər doğrulmursa bu daha böyük həyəcan və konfliktlərin yaranmasına səbəb olur.

Hər bir halda hamiləlik sevincli deyilsə, gözlənilən hadisə deyilsə hamiləliyin keçirilməsi və gələcək analıq qənaətbəxş olmayacaq. Çox zaman gələcək ana bu vəziyyətin öhdəsindən gəlməyə, onu dəyişməyə, öz hamiləliyini, övladını, yeni analıq rolunu qəbul etməyə cəhd edir. Bəzi qadınlar üçün analığa və hamiləliyə olan münasibətini özünə olan (mən gombul, xəstə idim, neqativ emosiyalar yaşayırdım) və uşağa olan (uşaq - mənim xoşuma gəlməyən hamiləlikdən deyil, o mənə sevinc verən, həyatımı yaxşı tərəfə dəyişə biləcək varlıqdır) münasibətdən ayırmaq faydalı olar.

Bütün məşhur psixoloji faktlar təsdiqləyir ki, qadının hamiləlik zamanı yaşantıları heç nəyə təsir etmir, lakin onların doğuşdan sonra hifz edilməsi (hətta dəyişilmiş formada olsa belə, məsələn rədd etmə özünü züğünahlandırmaya çevrilə bilər) ana-uşaq qarşılıqlı münasibətlərinin qurulması üçün mənfi şərait yaradır. Lakin hamiləliyə qarşı olan neqativ münasibət elə ananın həyatını dəyişmiş uşağın gəlişi ilə bağlı olduğundan doğuşdan sonra da bu münasibətin tamamilə aradan qaldırılması problemlidir. Psixologiyada analıq probleminin tədqiqi kifayət qədər geniş spektrli olmasına baxmayaraq, demək olar ki, bütün müəlliflər ananın davranışının həm doğuşdan sonra, həm də hamiləlik dövründə idrak aktivliyi, ünsiyyət, özünüdərk subyekt kimi uşağın inkişaf mənbəyi olması fikrindədirlər (1).

Həmçinin hamiləlik zamanı qadının psixikasında, onun ətrafındakılara qarşı münasibətində dəyişikliklərin olması faktı da məlumdur. Hamilə qadın daxili və xarici qıcıqlayıcılara xüsusi reaksiya verir. Hamilə qadının psixikası öz şəxsi duyğuları ilə doludur. Qadının bütün orqanizminin, o cümlədən psixikasının reaktivliyi dəyişir. Hamilə qadının orqanizmində fizioloji səviyyədə gedən dəyişikliklər baş verir, bu isə öz növbəsində onun psixikasına təsir edir. Bu təsirlərin təzahür dərəcəsi qadının analığa nə dərəcədə hazır olmasından asılıdır. Hamiləliyin psixoloji təsiri o qədər əhəmiyyətlidir ki, bəzi müəlliflər (B.Q.Rutman) bu halı az və ya çox psixi pozuntularla müşaiət edilən, hamiləliyin patoloji keçirilməsi zamanı xüsusi təzahür edən böhran situasiya kimi nəzərdən keçirirlər.

Hamiləliyin yaranması zamanı qadın yalnız doğuşa fizioloji hazırlıq yolu keçmir. USM müayinəsinə qədər o əri ilə birlikdə uşağın oğlan və ya qız olacağı, necə uşaq olacağı, onun necə ana olacağı haqqında düşünür, ehtimallar irəli sürür. O uşağın doğuluşunu qohumları və rəfiqələri ilə müzakirə edir, küçədə gedərkən südəmər uşaqlara diqqət yetirir, öz uşaqlıq şəkillərinə baxır, anasından özünün uşaq vaxtı necə uşaq olduğunu soruşur. Bir sözlə onun şüurunda uşaqlıq xatirələri və yetkin təəssüratları, arzu və meyllərinin vəhdətindən ibarət gələcək uşağın canlı, dəyişkən obrazı formalaşır. Qeyd etmək lazımdır ki, ana hələ uşağın doğuluşuna qədər ona müəyyən şəkildə münasibət bəsləyir: sevir doğulmasını arzu edir və ya onun gələcək doğuluşuna artıq bir şey kimi baxır və uşağı şərait amillərinin (tibbi göstəricilərə əsasən

abort etmək olmaz, “çoxdan uşaqsız yaşayırıq, nə vaxtsa doğmaq lazımdır, sonra gec olacaq”) təzyiqi altında doğur. Əksər analar uşaq qarında olarkən onunla danışır, öz kəlmə və münasibətlərində ona münasibətləri bildirirlər. Məhz belə: uşaq hələ doğulmayıb, lakin onun psixoloji portreti artıq ananın gözləntilərində mövcuddur, o artıq uşağın müəyyən şəxsiyyət cəhətlərinə, xarakter və qabiliyyətlərə malik olduğunu ehtimal edir.

Müəyyən edilmişdir ki, bətdəki uşağa münasibət dinamikdir və hamiləliyin üçaylıqlarına müvafiq olaraq müəyyən mərhələlərdən keçir.

Hamiləliyin birinci üçaylığında qadının öz şəxsi “Mən”ini bətdəki uşaqdan zəif differensasiya etməsi müşahidə edilir, bu isə koqnitiv komponentin kifayət qədər təzahür etməməsi ilə xarakterizə olunur. Bəzi hallarda qadının bətdindəki uşağa münasibəti fiziki simbioz halı (döl yalnız şəxsi bədəninin asanlıqla qurtulmaq istədiyi hissəsi kimi qavranılır) ilə məhdudlaşır. Artıq bu mərhələdəki digər hallarda uşağın münasibətlərin subyekt kimi qavranılması müşahidə edilir(64, s.256).

Tədqiqatçıların fikrincə, hamiləliyin ikinci üçaylığı ananın bətdəki uşağa qarşı münasibətlərində keyfiyyət dəyişiklikləri ilə müşayiət olunur. Bu uşağın tərpenişi kimi hadisə ilə əlaqədardır. Məhz uşağın bətdə tərpenişi ananın onun bətdəxili həyatını qavramasına imkan verir. Uşaq qadın tərəfindən ayrıca mövcud varlıq və həmçinin onunla vital ayrılmaz varlıq kimi qavranılır. Özünəməxsus “ikili Mən” yaranır. Bu zaman uşaq artıq “Mənim mən” deyil, həm də ayrıca müstəqil “Mən” deyil. Məhz bu zaman qadının şüuraltısında iki müxtəlif istiqamətli identifikasiyanın aktuallaşması ilə əlaqədar olaraq ambivalent yaşantılar kəskinləşir.

Hamiləliyin üçüncü üçaylığında əvvəl başlamış proseslərin sonrakı inkişafı həyata keçir: uşağın obrazının ananın özü və digərləri haqqında təsəvvürlərindən ayrılması və əldə edilmiş təcrübə və ananın özü və uşağı haqqında təsəvvürləri əsasında uşaq doğuşdan sonrakı münasibətlərin proqnostik modeli qurtulmağa başlayır. Tədqiqatlarda qadının hamiləlik mərhələlərində və sonrakı uşaq-valideyn münasibətlərində öz uşağına münasibəti ilə onu qavraması arasında qarşılıqlı əlaqənin olması müəyyən edilir.

Biz özünüdərkətmə və onun formalaşmasına təsir göstərən amilləri təhlil etdik. Görəsən şəxsiyyət, şəxsiyyətin xüsusiyyətləri, özünütanımaya təsir edə bilərmi? Şübhəsiz ki, şəxsiyyət psixologiyasının mühüm anlayışlarından biridir. Şəxsiyyətin formalaşmasında həm genetik, həm də mühit mühüm rol oynayır. 5Fərd tibbi irsi xüsusiyyətlərlə dünyaya gəlir və ondan sonra mühitin təsiri nəticəsində şəxsiyyətə çevrilir. Bu baxımdan mühit şəxsiyyətin formalaşmasında əsas rol oynayır. Təsadüfən meşədə böyüyən uşaqlar buna bariz nümunə hesab olunur.

Buna misal olaraq qeyd edə bilərik ki, 1920-ci ildə Sing adlı hindli keşiş Hindistan meşələrində canavar yuvasından iki qız (Kəmalə və Amalə) tapdı və onları özü ilə evə apardı. Singin məlumatına əsasən, bu iki uşağı tapdıqda insanın davranışının heç bir xüsusiyyəti onlarda yox idi. Kəmalənin çox uzun və qabarlı əlləri var idi, ovurdları batmışdı, qulaqları iri və yastı idi. O, demək olar ki, soyuğa və istini hiss etmirdi. Yalnız çiyət yeyir, süd içirdi, çox güclü alt çənəsi və iri dişləri var idi. Gündüzlər, demək olar ki, hərəkət etmir, gecələr isə gəzişir və canavar kimi yalayır. Bir il keçəndən sonra o ətrafdakı adamlarla maraqlanmağa başladı. İkinci ildə qızlar artıq stəkandan istifadə edirdilər və otuz söz bilirdilər. Onlar, küçəyə çılpaq çıxmağa daha razı olurdular(50, s.132).

Bir məsələni qeyd etmək lazımdır ki, biz uşağı fərd səciyyələndirərkən, birinci növbədə, onun insan növünə mənsub olduğunu qeyd edirik. Bunu başa düşmək üçün təkəcə onu göstərmək kifayətdir ki, insan balası heyvanlar içərisinə düşdükdə belə, heyvan balasına çevrilmir, insan olaraq qalır.

2.2. Süni abortlar və spontanlar zamanı qadınlarda yaran psixoloji narahatlıqlar

Məlumdur ki, klinik diaqnostikaya görə hamiləliklərin 14-20%-i spontan və abortlarla bitir. Lakin klinik təcrübə və tədqiqatlarda bu hallarla qadınlar psixoloji aspektdən geniş öyrənilməmişdir. Buna səbəb kimi spontan və abortların hamiləliyin ilkin aylarında baş verməsi göstərilirdi. Burada bu fikir əsas tutulurdu ki, ana ilə bətinəki körpə arasında bağlılıq sonrakı aylarda –ananın uşağın tərپənişlərini hiss etdiyi andan sonra yaranır. Lakin son dövrlərdə aparılan müşahidə və tədqiqatlar bu

fikrin əssasız olduğunu göstərdi. Belə ki, qadının hamiləliyinin abort yaxud spontanla yekunlaşmasına onun özünün münasibəti fərdi xarakter daşıyır.

Bizim cəmiyyətdə abort halları çox geniş yayılmışdır. Ötən il Azərbaycanda qeyri-leqal abortlar da daxil olmaqla 27220 abort qeydə alınıb. Dövlət Statistika Komitəsindən verdiyi məlumata görə, onların 1023-ü və ya 3,8 faizi ilk dəfə hamilə olmuş qadınlar tərəfindən həyata keçirilib.

2017-ci ildə hər 1 000 fertil, yəni 15-49 yaşda olan qadına 10,1 abort düşüb.

Abortlar daha çox 25-34 yaşlı qadınlar tərəfindən edilib. Ümumilikdə, ötən il 15-17 yaşlı qadınlar tərəfindən 88, 18-19 yaşlı qadınlar tərəfindən 1073, 20-24 yaşlı qadınlar tərəfindən 5738, 25-29 yaşlı qadınlar tərəfindən 8365, 30-34 yaşlı qadınlar tərəfindən 7756, 35 yaşdan yuxarı qadınlar tərəfindən isə 4200 abort olunub.

Ötən il ölkədə 5,5 min vaxtından əvvəl uşaq doğulub. Bu cür uşaqların anadan olması, əsasən anaların əvvəllər tez-tez abort etməsi ilə əlaqədardır.

Azərbaycan Səhiyyə Nazirliyi Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutundan verilən məlumata görə, bu rəqəmlər ölkədəki bütün abortların sayını əks etdirmir(74).

Ailə, Qadın və Uşaq Problemləri üzrə Dövlət Komitəsinin tədqiqatlarına görə, Azərbaycanda abortlar əsas etibarilə ailəli qadınlar tərəfindən ikinci doğuşdan sonra nəsilverməni tənzimləmək məqsədilə istifadə olunur. Tədqiqatın nəticələrinə görə, ailəli qadınların yarıdan çoxu (56%) ən azı bir abort əməliyyatı keçirib. Ən aşağı təhsilli və ən yuxarı təhsilli qadınlar başqa qadınlara nisbətən daha az abort əməliyyatı keçirirlər.

Dünya üzrə aparılan araşdırmalar nəticəsində bəlli olub ki, abortların 40 %-i qadınların arzusu ilə, 25 %-i həyat səviyyəsinə görə, 23 %-i sosial göstəricilərə görə, 12 %-i isə tibbi göstəricilərə görə baş verir. Ötən əsr ərzində bütün dünyada abort olunan uşaqların sayı doğulanların sayından çox olub. Məsələn, 2001-ci ildə Rusiyada 1 mln 320 min uşaq doğulub, 1 mln 800 mini isə abort edilib. 2004-cü ildə BMT-nin statistikasına görə Rusiya dünyada abortların sayına görə 1-ci yerdə olub (hər 1000 qadına 53 abort). Abort edənlərin 10 %-i 19 yaşadək olan qızlardır. Hazırda hər 81 doğuşa 100 abort düşür. Ukraynada isə 1999-cu ildə 10-14 yaşlı qızlar 500, 15-17 yaşlı

kızlar isə 35 000 abort etdiriblər. Bu ölkədə qadınların sonsuzluğunun 70-80%-nin erkən abortlarla bağlı olduğu müəyyənləşdirilib. Ukraynada ölü uşaq doğan qadınların 95 %-i əvvəlki uşaqlarını abort etdirdiklərini bildiriblər (72, s.168).

Qeyd edək ki, abort özü ilə bərabər bir sıra fizioloji və psixoloji problemlər gətirir. Belə ağır emosional yaşantılara qorxu, həyəcan, günahkarlıq hissi, iztirab, küskünlük və s. aid edilir. Əgər qadın yaşadığı bu emosional haldan çıxış yolu tapmazsa bu hal özü ilə birgə bir çox psixoloji problemlərin yaranmasına və dərinləşməsinə gətirib çıxara bilər. Abort sonrasında qadınlarda olan emosional yaşantılar ciddi psixoloji problemlər yaratmasın deyərək qadın beyni bir sıra müdafiə mexanizimlərindən istifadə edir (75).

Rasionalizasiya – “Niyə hamiləliyi dayandırmaq lazımdır?” sualına obyektiv səbəblərin axtarışı kimi xarakterizə olunur. Qadın hesab edir ki, o ona görə abort edib ki, hamiləlik onun sağlamlığına mənfi təsir göstərir yaxud hal-hazırda onun maddi vəziyyəti uşağın ehtiyaclarını qarşılamamğa əl vermir. Belə qadınların fikrincə onlar bu yola çarəsizlikdən əl atıblar. Bu düşüncə tərzi isə, öz növbəsində mənəvi travmanın yüngülləşməsinə gətirib çıxarır.

İnkar- Qadın abortla bağlı yarana biləcək problemləri inkar edir. Başqalarının üzləşdiyi problemləri isə onların sağlamlıqlarındakı problem və zəiflikləri ilə əlaqələndirir.

Təzyiq- Bəzi qadınlar abortla bağlı qərarlarına soyuqqanlı yanaşmağa özlərində gü tapırlar və onlar öz emosionalalarını ətrafdakılarda gizlədirlər, eyni zamanda öz işlərinə ətrafdakıların müdaxilə etməsinə imkan vermirlər.

Kompensasiya- Abortdan sonra yenidən hamiləlik olarsa bu uşağı dünyaya gətirməklə. Şüuraltı dünyaya gəlməmiş uşaq qarısında günahlarını yumağa çalışırlar.

Qadın hamilə qaldığı andan etibarən təbiətin qanununa uyğun olaraq körpəsini qorumaq, gözləmək duyğularını hiss edir. Fizioloji olaraq bədəndə analıq5 hormonları formalaşır və bir hüceyrə halında olsa belə körpəylə bağ qurmağa5 başlayır. Buna əsaslanaraq demək olar ki, ananın hamiləliyi sonlandırma qərarı zərurət olmadığıca asan alınacaq bir qərar deyil. Hətta Bir çox qadın abort və sonrakı müddəti olduqca travmatik yaşayır. Abort bir çox insanın sandığı kimi bir üstünlük, asan yaşanan bir

vəziyyət ya da bir doğum idarə üsulu deyildir. Əslində qadın kənardan çox sadə kimi görünən amma bəlkə də həyatında keçirdiyi ən çətin əməliyyatı keçirir. Bir qadın abortu öz istəyiylə etdirmiş olsa belə bu onun ruh tarazlığının poza bilər. Ancaq əgər abort ananın istəyi və iradəsi xaricində reallaşarsa bu vəziyyət digərinə görə daha dağıdıcıdır. Hər iki halda da qadın həm ruhən həm bədənle özünü ələ alması çətinidir. Abortun adama təsiri dərəcəsi onun inancına, ailəsinə, yaxın ətrafına bağlıdır. Hər nə qədər bir qadın kədərlənmədiyini öz razılığı nəticəsində abort etdiyini desə belə işin əsl bundan fərqlidir, çünki hələ həftəlikdən ana qarınında ürəyi atmağa başlayır və bu vəziyyət az yada çox ananın hormonal vəziyyətinə bədən və ruh tarazlığına təsir edir. Ama bir çox elmi müşahidələr nəticəsində aşkar edilmişdir ki, bir neçə uşaqsaldan sonra doğulmuş körpələr daha çox hallarda müxtəlif anadangəlmə qüsurlara malik olurlar. Bütün tədqiqatçılar uşaqsaldan qadının reproduktiv (nəsil artırma) fəaliyyətinə mənfi təsir göstərdiyini (növbəti hamiləliklərin vaxtından qabaq pozulması, uşaqlıqdankənar hamiləlik, sonsuzluq və s.) qeyd edirlər(61, s.556).

Abortdan sonra bəzi qadınlarda abortdan sonrakı sindrom (ASS) halları müşahidə olunur. Nadir qadınlar hamiləliyin pozulması ilə bağlı günahkarlıq hissinin bütün simptomları ilə qarşılaşır. Adətən bir çox psixoemosional pozuntular müşahidə olunur.

Günahkarlıq- abort hallarından sonra ən çox təsadüf olunan haldır. Günahkarlıq hissi o zaman yaranır ki, qadın abort etməklə səhv etdiyini dərk edir və məsuliyyəti özünün daşdığına fərqiə varır. Statistika görə hamiləliyi pozan qadınlardan 70 %-i abortun düzgün addım olmadığını düşünür, lakin müəyyən məcburiyyət qarşısında bu yola əl atırlar. Abortdan sonra geri dönmək mümkün olmadığında onlar özlərini günahlandırmağa başlayırlar. Uzun müddət özünü günahlandırma hissi psixoloji pozuntuların yaranmasına səbəb ola bilər.

Qəzəb- Bəzən, abortdan sonra qadınlarda qəzəb yaranır. Bu hiss adətən onu buna vadar edən insanlar yaxud, bu addı atmağa mane olmayan insanlara – özünə, həkimə, digər yaxınlıqlarına qarşı olur. Statistika görə zorakılığa uğramış uşaqlardan 91 %-i planlaşdırılmamış hamiləlik nəticəsində dünyaya gəlmiş uşaqlardır. Tədqiqatlar göstərir ki, zorakılığa meyilli analar daha öncə abort etmiş qadınlardır.

Həyəcan- bu xoş olmayan emosional və fiziki gərginlik halıdır. Qadın rahatlığını itirir, gərgin olur, tez qıcıqlanır, ağlamağa meyilli olur, başgicəllənmə, baş ağrıları, ürəkdə aritmiya, mədə bağırsaqda narahatlıqdan əziyyət çəkir. Həyəcan halının yaranması mənəvi dəyərlər və hamiləliyi pozan amil arasında konfliktə əsaslanır. Həyəcan halı ən çox uşaqlarla ünsiyyət zamanı meydana gəlir ki, bu da onlarla əlaqəli hər şeydən qaçma hissinin yaranmasına gətirib çıxarır.

Münasibətlərin pozulması- Bəzən abort qadının uşağın atası ilə münasibətinin pozulmasına təsir edən fakt kimi çıxış edir. Ya qadın abortda yoldaşını günahlandırır və ondan uzaqlaşır, ya da özünü günahlandıraraq daxilə qapanır ki, bu da tərəf müqabili ilə münasibətlərin pozulmasına gətirib çıxarır.

İtki hissi və depressiya- gücsüzlük, əhvalın pozulması abort edən qadın eçen ilk aylarda normal hall hesab olunsa da, bu vəziyyətin uzanması və daha da pisləşməsi yaranmış depressiyadan və psixoloji pozuntudan xəbər verir. Depressiya –günahkarlıq, ümüdsüzlük və kədər in vəhdəti kimi çıxış edir. O, qadını emosional iflic edir, onu sevinc hissindən məhrum edir və ailə və cəmiyyətdən izolyasiya edir.

Psixoloji donuqluq- ağır itkilər yaşamış insanlar çox vaxt emosional hissiyyətsiz hala gəlirlər. Bu onların orqanizminin müdafiə mexanizmidir ki, onlara psixoloji travma və ruhi əzablardan qaçmağa imkan verir. Onlar, gündəlik həyatda sevinc və kədərli hallara reaksiya vermədən davranırlar. Bu cür emosional “keylik” ailədə münasibətlərin pozulmasına səbəb olur.

Susidal əhval, susid – Adətən belə hallara uzunmüddətli depressiya səbəb olur. Statistika ya görə susidə meyillik abort edən qadınlarda etməyənlərə nisbətən 10 dəfə çox olur(15, s.258).

Digər psixoloji problemlər- onlar abortdan bir neçə ay hətta il sonra yarana bilər. Bəzən qadınlar spirtli içkilər və narkotik maddələrdən istifadə edir, qeyri-əxlaqi həyat tərz i yaşayırlar. Bəzən nevroitik hallar və psixozlar yarar ki, bu da yuxu pozuntusu və astenia ilə müşayət olunur.

Abordansonrakı sindromdan ən çox sinir sistemi tipi zəif olan , yaşı çox gənc olan, öncədən müəyyən psixoloji narahatlıqdan əziyyət çəkən qadınlar daha çox əziyyət çəkir.

Abortlar qədər hamiləliyin spontan nəticəsində yekunlaşması da qadınlara psixoloji zərbə vuru və demək olar ki yuzarıda sadaladığımız psixoemosional problemlərin yaranmasına gətirib çıxarır. Vaxtından əvvəl doğuşların səbəbləri müxtəlifdir. Əksər hallarda vaxtından əvvəl doğuş özbaşına (spontan) baş verir.

Bir çox amillər vaxtından əvvəl doğuş riskini artırır və hamilələrdə i olmasına gətirib çıxara bilər, onlardan əsasən rast gəlinən aşağıda sadalananlardır(45, s.25):

- Çoxdöllü hamiləlik
- Xronik xəstəliklər (şəkərli diabet, yüksək qan təzyiqi, qan laxtalanmasının pozuntuları)

- Əvvəlki hamiləliyin vaxtından əvvəl doğuşla nəticələnməsi
- Hamiləlik zamanı müəyyən infeksiyalar
- Hamiləliklərdə intervalın 6 aydan az olması
- Uşaqlığın/ciftin infeksiyası
- Süni yolla mayalanma
- Uşaqlıq, uşaqlıq boynu və ya ciftlə bağlı problemlər
- Tütüncəkmə, spirtli içkilərin və ya narkotik vasitələrin istifadəsi
- Kifayət qədər qidalanmama
- Piylənmə
- Stress
- Əvvəlki hamiləliklər zamanı çoxsaylı düşüklər və ya abortlar
- Travmalar
- İrsi və ya genetik faktorlar

2.3. Travmatik və ölümlə nəticələnən vaxtından əvvəl doğuşlar

Travmatik doğuş hallarına aşağıdakılar daxildir, lakin bunlarla məhdudlaşmır:

- Birinci və ikinci trimestrdə hamiləliyin spontan pozulması;
- Ölüdoğulma;
- Neonatal ölüm (həyatın ilk 4 həftəsində yenidoğulmuşun ölümü);
- Həyatla bir araya sığan patologiyalarla doğulmuş körpə;

- Həyatla bir araya sığmayan patologiyalarla doğulmuş körpə;
- Ananın həyatına təhlükə törədən hallar və ya doğuşdan sonra baş vermiş ana ölümü.

Bu fəslə “Travmatik doğuş” termini körpə ölümü, ananın həyatına təhlükə törədən xəstəliyi və ya ana ölümü ilə nəticələnmiş hamiləliyin arzu edilməyən fəsadları təsvir edilir. Qadınlar və onların həyat yoldaşları bu cür itkilərlə üzləşərkən, itkinin təsiri çox dərin olur və adətən, təkcə valideynlər deyil, ailənin digər üzvləri də uzun sürən emosional travma yaşayırlar. Bu halların idarə edilməsi böyük əhəmiyyət daşıyır, belə ki, aradan bir neçə il keçməsinə baxmayaraq, valideynlər hadisəni, həkim tərəfindən deyilən hər bir sözü və həkimin onlara təsirini xatırlaya bilirlər. “Travmatik doğuş”, həmçinin, bu qadınlara tibbi xidmət göstərən tibb işçilərinə də təsir edir. Tibb işçiləri də əhəmiyyətli dərəcədə emosional travma alırlar. İtkinin səviyyəsi və dərinliyi ailə üzvlərinə təsir etdiyi qədər böyük olmasa da, bu həkimin sağlamlığına, xüsusilə də onun təcrübəsində bir neçə itki yaşanıbsa, əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərir. Perinatal itki emosional və mürəkkəb bir dövr hesab olunur. Bu cür hallarda valideynlər və ailənin ehtiyacları və onlara dəstəyin göstərilməsi birinci dərəcəli məsələlərdir(20, s.1200).

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı ölü doğuşu “hamiləliyin sonuna yaxın dölün baş vermiş ölümü” kimi müəyyən edir və hər bir ölkəyə minimum hestasiya yaşını təyin etməyə imkan verir. Böyük Britaniyada qəbul olunmuş hestasiya yaşı 24 tamamlanmış həftədir. Avstraliyada çəkisi 400 qramdan çox olan və ya çəkisi məlum olmayan körpənin hestasiya yaşının 20 tamamlanmış həftəsindən sonra ölümü ölü doğuş kimi dəyərləndirilir. Bu körpələrin doğuşu qeydə alınmalıdır.

ABŞ-da ölü doğuşun tərfi şatlara görə dəyişir. Xəstəliklərə Nəzarət Mərkəzinin aşağıdakı internet səhifəsində³⁵ hazırkı anlayışların siyahısı vardır. 1992-ci ildə qəbul edilmiş Doğum və Ölüm üzrə Nümunəvi Dövlət Statistika Aktı və Tənzimləyici Qaydalarında aşağıdakı tövsiyə verilib:

“Çəkisi 350 qram və daha çox olan və ya çəkisi məlum olmayan, son menstruasiyanın ilk günündən doğuşa qədər hesablanmaqla hestasiya yaşının 20 tamamlanmış həftəsindən sonra dölün baş vermiş ölümü haqqında 5 gün ərzində Doğum və Ölüm üzrə Statistika İdarəsinə və ya digər müvafiq quruma məlumat verilməlidir.”

Çox zaman valideynlər digər uşaqlarına yenidöğulmuş körpənin ölümünü necə izah etmək lazım olduğunu bilmirlər. Valideynlər, adətən, çalışırlar ki, itki səbəbindən keçirdikləri matəmlə digər uşaqları ilə birgə gündəlik həyat arasında tarazlığı saxlasınlar. Valideynlərin kədəri bəzən digər uşaqlara qarşı diqqətsizliyə və ya etinasızlığa gətirib çıxara bilər. Valideynlərin keçirdiyi dərin kədər digər uşaqlara baş vermiş faciəni izah etməyə və valideynlərlə birgə qəm etməyə mane olur. Bu isə digər uşaqlarda günahkarlıq hissinin yaranmasına gətirib çıxara bilər. İtki ilə üzləşmiş ailədə olan digər uşaqlar ailədaxili münasibətlərdə (ailədaxili dinamika) baş vermiş dəyişikliyi hiss edir və bu onlarda çəşqinlik və inamsızlıq hissi yarada bilər. İtki ilə üzləşmiş ailədə böyüyən digər uşaqlarda kədər valideynlərdəki kimi intensiv ola bilər. Lakin bir çox hallarda valideynlər öz uşaqlarına kömək etməyə hazır olmurlar. Qeyd edilməlidir ki, itkinin qəbul edilməməsi kədərin illərlə davam etməsinə səbəb ola bilər.

Yadda saxlamaq lazımdır ki, ailənin digər üzvləri, o cümlədən nənə və babalar da hamiləliyin pozulması və ya dölün itirilməsindən ciddi kədərlənə və qəm edə bilərlər.

Onlar həm nəvələrinin itkisinə kədərlənir və onun ölümünə görə qəm keçirir, həm də öz övladlarının kədərini bölüşürlər. Bəzən kədərin öhdəsindən gəlməyin yolları ilə bağlı nənələr və babaların şəxsi təcrübəsi fərqli ola bilər. Onlar, məsələn, baş vermiş itki ilə bağlı öz övladları ilə danışmaqdan çəkinə bilər və bunun zərərli olduğunu guman edə bilərlər. Valideynlər və onların yaxın qohumları baş vermiş itki zamanı bir-birilərinə necə dəstək olmağı bacarmaya bilərlər və bu da münasibətlərin pozulmasına gətirib çıxara bilər.

Rus və Blanford tərəfindən 2011-ci ildə aparılmış araşdırma göstərmişdir ki, “nəsillərarası perinatal kədər proqramı” ailənin bütün üzvlərinə, o cümlədən nənələr, babalar, ailənin digər uşaqlarına matəm prosesinin dərk edilməsində və onun

öhdəsindən gəlməkdə yardımçı ola bilər. Peşəkar komanda tərəfindən təklif edilən dəstək proqramları nənə və babalar tərəfindən müsbət qarşılanmışdır(23, s.26).

Ölü doğuşun səbəblərini başa düşmək xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Şəkərli diabet, infeksiyalar, anadangəlmə anomaliyalar, piylənmə, ananın yaşının çox olması, tütüncəkmə, ciftin xəstəlikləri, pre-eklampsiya və ya dölün inkişafını əngəlləyən digər hallar hamiləliyin erkən pozulması, düşük və ölü doğuşlarla nəticələnir. Anamnezdə vaxtından əvvəl doğuş və ya bətdaxili inkişafın ləngiməsi olan qadınlarda növbəti hamiləliklər zamanı ölü doğuş riski daha yüksək olur. Müəyyən etnik qruplara mənsub olan və ya cəmiyyətin müəyyən təbəqələrinə aid olan qadınlar arasında ölü doğuş riski daha yüksəkdir. Bu risklər barəsində hələ hamiləlik planlaşdırıldıqda gələcək valideynlərlə müzakirə aparılmalı və prenatal dövrdə davam etdirilməlidir. Tibb müəssisələri və həkimlər hamiləlik və mamalıq ağırlaşmalarının təftişini aparmalı, hamiləliyin bu cür nəticələrini araşdırmalı və potensial alternativləri öyrənməlidirlər ki, gələcəkdə risklər asanlıqla müəyyən olunsun və qabaqlayıcı tədbirlər həyata keçirilsin

Məlum olmuşdur ki, 37-ci həftədən sonra baş vermiş ölü doğuş hallarında körpənin qucağa alınması və onunla müəyyən vaxt keçirmə ananın emosional baxımdan itki ilə daha tez barışması üçün faydalı ola bilər. 28 və 37-ci həftələr arasında baş vermiş ölü doğuş hallarında körpənin anaya qucaqda saxlamaq üçün verilməsinin faydası müəyyən olunmayıb. Bu məsələnin araşdırılması tələb olunur, lakin ehtiyatla və həssaslıqla həyata keçirildikdə bu valideynlər üçün emosional baxımdan faydalı ola bilər.

Bu fəsil daha çox döllə əlaqəli travmatik doğuş hallarının müzakirəsini əsas hədəf kimi seçsə də, ananın hamiləlik, doğuş və ya zahılıq dövründə inkişaf edən ağır xəstəlik və ya ölümü eyni dərəcədə əhəmiyyətlidir və hamıya çox ciddi təsir göstərir. Ananın ağır xəstəliyi bəlli olan yanaşı xəstəliklər, o cümlədən piylənmə və ya hipertoniya xəstəliyi ilə bağlı ola bilər. Bu, həmçinin, preeklampsiya və ya qanaxma kimi hamiləliyin müxtəlif ağırlaşmaları səbəbindən baş verə bilər. Yüksək riskli hamiləliklərin prenatal dövrdə aşkar edilməsi xüsusi əhəmiyyət kəsb edir, çünki bu

zaman həmin qadınların müvafiq səviyyəli tibb müəssisələrinə yönəldilməsi təmin edilə bilər(29, s.96).

İnkişaf etmiş ölkələrdən fərqli olaraq inkişaf etməkdə olan ölkələrdə qadınlar travmatik doğuş halları ilə daha tez-tez qarşılaşırlar. Travmatik doğuş hallarının daha tez-tez baş verməsinə baxmayaraq, hər bir itkinin ağır potensial nəticələri nəzərə alınmalıdır. İnkişaf etmiş ölkələrdə olduğu kimi inkişaf etməkdə olan ölkələrdə də travmatik doğuşla üzləşmiş qadınlara göstərilən qayğıya dair sübutlu təbabətə əsaslanan təlimatlar azdır. Yuxarıda qeyd olunduğu kimi travmatik doğuş keçirmiş qadınlara və onların ailələrinə göstərilən qayğının əsasını sosial dəstək təşkil edir. Əgər travmatik doğuş xəstəxana hüdudlarından kənarında baş verirsə, bu zaman əsas dəstək ailə və icma tərəfindən göstərilə bilər. Xəstəxanada baş verən perinatal itki hallarında həkimlər ailələrin mədəni və dini adətlərindən xəbərdar olmalı və qayğını müvafiq qaydada onlara uyğunlaşdırmalıdırlar.

III FƏSİL. VAXTINDAN ƏVVƏL DOĞUŞUN PSIXOSOMATİKASININ EKSPERİMENTAL TƏDQIQI

3.1. Tədqiqat metodlarının seçilməsi və onların təsviri

Dissertasiya işində apardığımız tədqiqatda əsas məqsəd hamilələrin psixoloji vəziyyətinin öyrənilməsi, daha öncə abort və spontan halları ilə üzləşmiş qadınların depressiya və stresə səviyyəsinin müəyyən olunması və yaşadıkları abort və spontan halları ilə bağlı onların psixoloji vəziyyətinin araşdırılması olmuşdur. Bu məqsədi əsas götürərək biz aşağıdakı tədqiqat metodlarından istifadə etmişik:

- Nəzəri metodlar: psixoloji və tibbi ədəbiyyatın təhlili
- Empirik metodlar: anket, klinik sorğu, Hamiltonun depressiya reytingi cədvəli (HAM-D) , Postravmatik stres pozuntusu (CAPS) metodikası

Nəticələrin təhlili metodları – riyazi statistik metodlardan istifadə edərək kəmiyyət təhlilinin və tədqiqatın nəticələrinin keyfiyyət təhlilinin aparılması.

Tədqiqat 30 nəfər qadın iştirak etmişdir. Tədqiqatımız 2 saylı qadın məsləhətxanasında aparılmışdır . Tədqiqat obyektini olan qadınların seçilməsi üçün poliklinikanın qeydiyyat şöbəsindən məlumatlar alınmış eynilə, müəssisədə çalışan həkimlərin köməyindən istifadə olunmuşdur.

Tədqiqat aparılması 3 mərhələni əhatə etmişdir:

I ci mərhələ : Problemin araşdırılması, uyğun metodikaların seçilməsi və işlənilib hazırlanması

II mərhələ: Tədqiqat prosesinin aparılması.

Bu mərhələdə biz tədqiq olunanlarla ilk öncə anket sorğusu və klinik müsahibə apardıq, daha sonra tədqiq olunularla Hamiltonun depressiyanı ölçmə şkalası , Travma sonrası stress pozuntusu şkalası (CAPS) metodikalarını keçirdik.

III mərhələ: Əldə olunmuş nəticələrin işlənməsi və yekun nəticələrin çıxarılması

Tədqiqatda istifadə olunmuş metodikaların qısa təsviri.

Tədqiqatda istifadə etdiyimiz anket və klinik söhbətdə aşağıdakı formada tərtib olunmuş və tədqiqatımız üçün lazım olan bir sıra suallara aydınlıq gətirilmişdir

Buraya yaş, yaşayış yeri, təhsil, sosial status, məşğulluq, ailə vəziyyəti, uşaqlar haqqında məlumatlar daxil idi. Daha sonra biz tədqiq olunanlara anket sorğusu çərçivəsində aşağıdakı sualları ünvanladıq.

Uşaqlarınız varmı?

Abort və spontan halları olubmu?

Hamiləlik zamanı qarşılaşdığınız problemlər hansılardır?

Vaxtından əvvəl doğuş riskiniz varmı?

Yaxınlarınızla hamiləliyinizlə əlaqədar olaraq yaranan problemləri danışsınız mı?

Hamiləliklə əlaqədar olaraq sizi ən çox üzən, narahat edən nə oldu?

Doğuşdan sonra nə vaxt əvvəlki vəziyyətinizə qayıdacağınızı düşünürsünüz?

Xəstəliyin də sağlamlıq qədər həyatın bir parçası olduğuna inanıram.

Gələcəyiniz haqqında nələr düşünürsünüz?

Hansı halda aborta haqq qazandırırırsınız?

Hamiləlik müddətində yoldaşınızın dəstəyini hiss edirsiniz mi?

Anket suallarını cavablandırdıqdan sonra tədqiq olunanlarla Hamiltonun depressiya reytingi cədvəli (HAM-D) təqdim olunmuş və onlara aşağıdakı təlimat verilmişdir: “Zəhmət olmasa, hər başlıq üçün 0-4 bal arası qiymət verin”

Cədvəl 3.1.

Hamiltonun depressiya reytingi cədvəli (HAM-D)

SİMPTOMLAR		Bal (0,1,2,3,4)
1.	Depressiv əhval-ruhiyyə hissi	
2.	Günah	
3.	İntihar niyyətləri	
4.	Erkən yuxusuzluq	
5.	Gecə ərzində yuxusuzluq	
6.	Erkən səhər saatlarında yuxusuzluq	
7.	İş və fəaliyyət qabiliyyəti	
8.	Psixomotor süstlük	
9.	Ajitasiya (təlaş)	
10.	Təşviş (psixoloji)	

11.	Təşviş (somatik əlamətləri)	
12.	Qastrointestinal somatik simptomlar	
13.	Ümumi somatik simptomlar	
14.	Cinsi simptomlar	
15.	İpoxondriya	
16.	Bədən çəkisinin azalması	
17.	Öz halına tənqidi yanaşma	
18.	Gün ərzində halın dəyişməsi (A və B bəndlərinə əsasən)	
19.	Depersonalizasiya və derealizasiya	
20.	Paranoid simptomlar	
21.	Obsessiv-kompulsiv simptomları	
Balların cəmi		
Cəmi		
Psixi		
Somatik		

HAMILTONUN DEPRESSİYA REYTINGİ CƏDVƏLİ (HAM-D)

1960-cı ildə prof. M.Hamilton (Lids Universiteti, İngiltərə) tərəfindən icad olunmuş Hamiltonun Depressiya Reytingi Cədvəli (HAM-D) depressiv xəstələrdə müalicədən əvvəl, müalicə zamanı və müalicədən sonra depressiyanın ağırlıq dərəcəsini təyin etmək üçün (klinik dinamikanı müşahidə etmək üçün) istifadə edilən klinik vəsaitdir. Bu cədvəl uzun illər ərzində öz yüksək faydalılığını sübut etmişdir. İcad olunduğu tarixdən HAM-D cədvəli klinik praktikada çox geniş istifadə olunur. Bundan əlavə, farmakoloji tədqiqatlarda bu cədvəl dərmanların effektivliyini təyin edən standart kimi qəbul edilir. Psixiatrik xəstələrlə işləmək təcrübəsi olan klinisist tərəfindən doldurulur.

Klinisistlər üçün təlimat:

HAM-D cədvəli 21 bənddən ibarətdir. Ümumi bal ilk 17 bəndin ballarını cəmləməklə hesablanır. Cədvəl təxminən 20-25 dəqiqə çəkən klinik müsahibə keçirməklə doldurulur. HAM-D-nin doqquz bəndində olan simptomlar 5-ballı cədvəl

əsasında qiymətləndirilir (0 – yoxdur; 1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub; 2 – orta dərəcədə ifadə olunub; 3 – ağır dərəcədə ifadə olunub; 4 – kəskin ağır dərəcədə ifadə olunub), səkkiz bənd isə 3-ballı cədvəl əsasında qiymətləndirilir (0; 1; 2). Simptomların qiymətləndirilməsi xəstənin son bir neçə gün (1 həftə) ərzində olan klinik halını əks etdirir. Cədvəldən ardıcıl şəkildə istifadə etməklə klinisist medikamentoz müalicənin və ya psixoterapiyanın nəticələrini sənədləşdirə bilər.

Cədvəl 3.2.

Hamiltonun Depressiya Reytinqi Cədvəlində ümumi balların qiymətləndirilməsi

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

HAMILTONUN DEPRESSİYA REYTINGİ CƏDVƏLİ (HAM-D)

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

0 – yoxdur

1 – bu hisslər yalnız sorğu zamanı məlum olur

2 – bu hisslər sorğusuz da spontan olaraq verbal ifadə olunur

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

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

2. Günah hissi

0 – yoxdur

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

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

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

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

3. İntihar niyyətləri

0 – yoxdur

1 – hiss edir ki, yaşamağa dəyməz

2 – ölməyi arzulayır və ya ölüm ehtimalları barəsində fikirləşir

3 – intihar fikirləri və ya intihar jestləri

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

4. Erkən yuxusuzluq

0 – yoxdur

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

2 – hər gecə yuxuya getməyə çətinlik çəkir

5. Gecə ərzində yuxusuzluq

0 – yoxdur

1 – şikayət edir ki, gecə ərzində narahat yatır

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

6. Erkən səhər saatlarında yuxusuzluq

0 – yoxdur

1 – erkən səhər saatlarında oyanır, lakin yenidən yuxuya gedir

2 – yataqdan durduqdan sonra yenidən yuxuya getmək mümkün deyil

7. İş və fəaliyyət qabiliyyəti

0 – çətinliklər yoxdur

1 – qabiliyyətsizlik fikirləri və hissləri; fəaliyyətlə (iş və ya hobbisi) bağlı olan halsızlıq və yorğunluq hissi

2 – fəaliyyətə (iş və ya hobbisi) olan marağın itməsi; xəstə bunu birbaşa şikayətlərlə və ya dolayısı yollarla – süstlük, qətiyyətsizlik (fəaliyyətə başlamaq və ya onu davam etdirmək üçün əlavə cəhdlərin lazım olması hissi) ifadə edir

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

4 – xəstəlik nəticəsində işin dayandırılması; xəstənin gündəlik məişət işlərindən başqa digər fəaliyyət göstərməməsi və ya gündəlik məişət işləri ilə də köməksiz məşğul ola bilməməsi 4 balla qiymətləndirilir.

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

0 – normal nitq və təfəkkür

1 – müsahibə zamanı yüngül ləngimə müşahidə edilir

2 – müsahibə zamanı nəzərə çarpan ləngimə müşahidə edilir

3 – müsahibə keçirmək çətindir

4 – tam stupor

9. Ajitasiya (təlaş)

0 – yoxdur

1 – həyəcan qeyd edilir

2 – həyəcanlı əl hərəkətləri, saçla oynama və s.

3 – xəstə həyəcandan bir yerdə otura bilmir

4 – daim barmaqları şaqqıldatmaq, dırnaqları çeynəmək, saçı yolmaq, dodaqları dişləmək

10. Təşviş (psixoloji)

0 – yoxdur

1 – subyektiv gərginlik və qıcıqlanma

2 – az əhəmiyyətli səbəblərdən təşviş keçirməsi

3 – təşviş xəstənin sifət ifadəsində və səsində müşahidə edilir

4 – sorğusuz da ifadə edilən qorxular

11. Təşviş (somatik əlamətləri) Təşvişin fizioloji əlamətləri (məsələn, vegetativ sinir sisteminin hiperreaktivliyi, titrəmələr, dispepsiya, qarın nahiyəsində sancılar, diareya, gəyirmələr, ürəkdöyümləri, hiperventilyasiya, paresteziyalar, dərinin qızarması, tərləmələr, baş ağrıları, sidiyə getmənin tezləşməsi. Dərmanların mümkün

olan yanaşı effektlərinə (məsələn, ağızda quruluq, qəbizlik) aid olan şikayətlər barəsində sorğudan daşının.

0 – yoxdur

1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub

2 – orta dərəcədə ifadə olunub

3 – ağır dərəcədə ifadə olunub

4 – kəskin ağır dərəcədə ifadə olunub

12. Qastrointestinal somatik simptomlar

0 – yoxdur

1 – iştahanın itməsi, lakin xəstə başqalarının təkidi olmadan qidanı qəbul edir.

Qida qəbulunun miqdarı təxminən normaldır

2 – başqaların təkidi olmadan qidanın qəbulunda çətinliklər. Əhəmiyyətli dərəcədə qida qəbulunun miqdarının azalması

13. Ümumi somatik simptomlar

0 – yoxdur

1 – ətraflarda, başda, kürəkdə ağırlıq hissi. Baş, kürək, əzələ ağrıları. Enerjinin itməsi, tez yorulma

2 – yuxarıda göstərilən simptomlardan hər hansının kəskin dərəcədə ifadəsi 2 balla qiymətləndirilir

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

0 – yoxdur

1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub

2 – kəskin dərəcədə ifadə olunub

15. İpoxondriya

0 – yoxdur

1 – öz bədəninə artmış diqqət

2 – xəstənin əsas diqqəti öz sağlamlığı ətrafında cəmlənib

3 – tez-tez səhhəti barəsində şikayət edir, ona kömək etməyi xahiş edir və s.

4 – ipoxondrik sayıqlama fikirləri

16. Bədən çəkisinin azalması

A. anamnezə əsasən

0 – yoxdur

1 – mövcud olan xəstəlik nəticəsində ehtimal edilən bədən çəkisinin azalması

2 – əhəmiyyətli dərəcədə bədən çəkisinin azalması (xəstənin sözlərinə əsasən)

B. həftəlik bədən çəkisinin ölçülməsinə əsasən

0 – yoxdur və ya həftədə 0.5 kiloqramdan az

1 – həftədə 0.5 kiloqramdan 1 kiloqrama qədəri

2 – həftədə 1 kiloqramdan artıq

17. Öz halına tənqidi yanaşma

0 – öz halına tənqidi var, anlayır ki, xəstədir və depressiya halındadır

1 – xəstəlik olduğunu qəbul edir, lakin onu yalnız pis qida ilə, iqlimlə, yorğunluqla və s. əlaqələndirir

2 – öz halına tənqidi yanaşma yoxdur, xəstə olduğunu tamamilə inkar edir

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

A. Xəstənin halının günün hansı hissəsində ağırlaşmasını qeyd edin

0 – gün ərzində xəstənin halı dəyişmir

1 – səhərlər

2 – axşamlar

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

0 – gün ərzində xəstənin halı dəyişmir

1 – yüngül dərəcədə dəyişir

2 – nəzərə çarpan dərəcədə dəyişir

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

0 – yoxdur

1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub

2 – orta dərəcədə ifadə olunub

- 3 – ağır dərəcədə ifadə olunub
- 4 – kəskin ağır dərəcədə ifadə olunub

20. Paranoid simptomlar

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

21. Obsessiv-kompulsiv simptomlar

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

Tədqiqatda iştirak edən qadınlarla daha sonra Postravmatik stres pozuntusu (CAPS) müəyyən etmək məqsədi ilə PTSP Anketi (mülki versiya) metodikasını keçirdik. Metodikanın təsviri aşağıdakı kimi olmuşdur.

PTSP Anketi (mülki versiya)

Pasiyentin adı: _____

Təlimat: Aşağıda bəzən insanlarda stressogen hadisələrə cavab kimi meydana çıxan problem və şikayətlərin siyahısı verilmişdir. Zəhmət olmazsa, hər bəndi diqqətlə oxuyun; bəndin qarşısındakı xanaya “x” işarəsi qoyaraq, həmin problemin sizi son ay ərzində nə dərəcədə narahat etdiyini söyləyin.

Cədvəl 3.3.

PTSP-nin anket sualları

№	Reaksiya	Heç yoxdur(1)	Az (2)	Orta (3)	Çox(4)	Çox yüksək(5)
1.	Yaşanmış stressogen hadisə haqda təkrarlanan, narahatedici xatirələr, fikirlər və təsəvvürlər					

2.	Yaşanmış stressogen hadisə haqda təkrarlanan, narahatedici yuxular					
3.	Qəflətən stressogen hadisə yenidən baş verirmiş kimi hislər keçirmək və ya davranmaq (sanki onu yenidən yaşayırsınız)					
4.	Hadisəni xatırlayan zaman dilxor olmaq					
5.	Hadisəni xatırlayan zaman baş verən fiziki reaksiyalar (məsələn, ürəkdöyünmə, tənənfəslik, tərləmə)					
6.	Hadisə haqda danışmaq, düşünmək və onunla bağlı hislərdən çəkinmək					
7.	Hadisəni xatırlada biləcək fəaliyyət və situasiyalardan çəkinmək					
8.	Baş vermiş hadisənin vacib komponentlərini xatırlamaqda çətinliklər					
9.	Adətən, zövq aldığımız şeylərə marağın itməsi					
10.	Digər insanlardan təcrid olunmuşluq, uzaqlıq hissi					

11.	Emosional donma və sizə yaxın insanlara qarşı sevgi hissləri keçirə bilməmək					
12.	Gələcək haqda ümidlərin itməsi					
13.	Yuxuya getmə və yuxu prosesinin pozulması					
14.	Qıcıqlılıq hissi və əsəb partlayışlarının baş verməsi					
15.	Konsentrasiyada çətinliklərin olması					
16.	Daim yüksək oyanıqlıq hissi və təşviş içərisində olmaq					
17.	Tez özündən çıxmaq və qorxu hissi keçirmək					

Qiymətləndirmə

Simptomların ümumi ağırlıq balı (hədd=17-85) 17 ayrı-ayrı bəndin ballarının cəmlənməsi ilə hesablanır.

1. DSM-IV meyarlarına ən azı 1 B (1-5-ci bəndlər), 3 C (6-12-ci bəndlər) və 2 D (13-17-ci bəndlər) cavabları uyğun gəlir. Yalnız “orta (3)” və daha yüksək qiymətləndirilmiş bəndlər sayılır.

2. Ümumi balın təyin olunmuş normativ həddi keçib-keçmədiyi müəyyənəndirilir.

3. Metodları kombinə edilməklə həm klinik şəkil, həm də onların ağırlıq dərəcəsi təyin edilərək, nəticənin PTSP-yə uyğun olub-olmaması müəyyənəndirilir.

PTSP qiymətləndirmə cədvəli

PTSP-yə rast gəlinmə ehtimal	Müəssisələr	PTSP Anketi (mülki versiya) üzrə bal hədudlar
15% və aşağı	məsələn, ilkin tibbi yardım müəssisələri və ya ümumi populyasiya	30-35
16-39%	məsələn, ixtisaslaşdırılmış tibb müəssisələri (əsasən kəllə-beyin travmaları)	36-44
40% və yuxarı	məsələn, psixiatriya müəssisələri	45-50

Bal hədudunun seçilməsi. Hədəf kütlədə PTSP faizi məlumdursa, cədvəlin 1-ci sütunundan istifadə edilməli, əks təqdirdə sorğu aparılan müəssisəyə uyğun 2-ci sütundan istifadə edilərək balı hədudu müəyyənləşdirilməlidir. Əgər şkala skrining məqsədilə doldurulursa göstərilən bal intervalının aşağı həddi, əgər diaqnostika məqsədilə doldurulursa yuxarı həddi seçilməlidir.

Tədqiq olunan hansı sütun üzrə yüksək bal yığarsa bu onda bu simptomların daha kəskin özünü göstərdiyinə işarədir.

B - Təkraryaşama:

(1-5)

- intruziv xatırlamalar
- təsəvvürlər və qavramalar
- “flashback”-lər
- kabuslu yuxugörmələr
- artmış emosiyalar və fiziki reaksiyalar

C - Çəkinmə/emosional donma:

(6-12)

- çəkinmə simptomları

– maraqların itməsi

– təcrid olunma

D- Yüksək oyanıqlıq:

(13-17)

– yuxuya getmənin pozulması

– qıcıqlılıq, emosional partlayış

– konsentrasiya çətinlikləri

– yüksək oyanıqlıq simptomları

– artmış qorxu reaksiyası

3.2. Alınmış nəticələrin işlənilməsi

Tədqiqatda istifadə etdiyimiz anket və klinik sorğuya əsasən tədqiq olunan 30 qadın haqqında aşağıdakı məlumatlar əldə olunmuşdur. Tədqiq olunanlar 20-45 yaşları əhatə etmişdir. Tədqiqatda iştirak edən qadınların hamısı evlidir. Tədqiq olunanların 2-i ibtidai , 11-i orta, 7-i orta ixtisas, 10-u ali təhsilli olmuşdur. 23-nün sosial statusu aşağı, 7-sində yüksək qeydə alınmışdır. Bu qadınlardan 23-ü işsiz, 2-si qismən məşğul, 3-ü tələbə, 2-i isə işləyən olmuşdur. 14 nəfərin uşaqları var, 16 nəfərin yoxdu. 25 nəfərdə abort və spontan halları olub, 5 nəfərdə isə qeydə alınmayıb. 24 nəfərdə vaxtından əvvəl doğuş riski var, 6 nəfərdə isə yoxdu. Tədqiq olunanlar hamiləliklə əlaqədar onları ən çox məyus edən hal kimi spontan və abortları qiymətləndirmişlər.

Qadınların əksəriyyəti hamiləliklə bağlı yoldaşlarından dəstək gördüklərini ifadə etmişlər, yalnız 1 nəfərin həyat yoldaşı həbsxanada, 1 nəfərin isə yoldaşının hamiləliyə qarşı olduğu və uşaq istəmədiyinə görə qadının yoldaşından dəstək almaması qeydə alınmışdır. Doğuşdan sonra nə vaxt əvvəlki vəziyyətinizə qayıdacağınız düşünürsünüz sualına 8 nəfər 2 ay, 9 nəfər 6 ay, 5 nəfər 1 il, 1 nəfər heç bir zaman, 7 nəfər isə bilmirəm cavabını vermişdi. Gələcək haqda nə düşünürsünüz sualına 15 nəfər pozitiv, 2 nəfər neqativ münasibət bəsləmiş, 13 nəfər isə bu haqda heçnə düşünmədiklərini bildirmişdir. Hamiləlik müddətində yoldaşınızın dəstəyini hiss edirdinizmi sualına 25

nəfər bəli, 5 nəfər isə xeyr cavabını vermişdi. Bununla yanaşı qeyd edək ki, 10 nəfər heç vaxt aborta haqq qazandırmadıqlarını, 17 nəfər zərurə halda bunun mümkün olduğunu, iki nəfər isə bilmirəm cavabını vermişdir. 23 nəfər normal doğuşu, 7 nəfər isə keysəriyyə kəsiyinin tərəfdarıdır. 23 nəfərdə cinsi həyat normadır, 7 nəfərdə isə problemlər var. 16 nəfərin hamilələklə bağlı qorxuları var, 14 nəfər isə qorxulardan əziyyət çəkmədiklərini bildirir.

Tədqiqatın davamı olaraq keçirdiyimiz Hamiltonun depressiyanı ölçmə şkalası , Travma sonrası stress pozuntusunu meydana çıxarmaq məqsədi ilə keçirilmiş PTSP Anketi (mülki versiya) nəticələri 30 nəfər üzrə aşağıdakı kimi olmuşdur:

Cədvəl 3.5.

PTSP Anketi (mülki versiya) nəticələr

N	Təvəllüdü	Hamiltonun depressiya ölçmə şkalası	postravmatik stress pozuntusu CAPS B-Təkraryaşama C-Çəkinmə/emosional donma D- Yüksək oyanıqlıq
1.	1988	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 41 bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 16bal, somatik-25bal Depressiya 21 -bal(ağır depressiya)	B-18 C-20 D-16
2.	1989	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 32 bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 19bal, somatik-17bal Depressiya 17-bal (orta-ağır depressiya)	B-9 C-13 D-12
3.	2000	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 38 bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 19 bal, somatik-23bal Depressiya 44-bal (orta-ağır depressiya)	B-12 C-16 D-10
4.	1993	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 32bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 11bal, somatik-21bal	B-2 C-6 D-2

		Depressiya 7-bal (normal)	
--	--	---------------------------	--

Cədvəl 3.5. ardı

5.	1972	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 49bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 19bal, somatik-30bal Depressiya 22 -bal(ağır depressiya)	B-18 C-19 D-16
6.	1992	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 33bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 16bal, somatik-17bal Depressiya -15 bal(orta-ağır depressiya)	B-7 C-5 D-4
7.	1974	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 37bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 16bal, somatik-21bal Depressiya -14 bal(orta-ağır depressiya)	B-11 C-10 D-6
8.	1989	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 49bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 17bal, somatik-23bal Depressiya -9bal(yüngül depressiya)	B-3 C-3 D-8
9.	1972	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 21bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 7bal, somatik-14bal Depressiya-8bal(yüngül depressiya)	B-4 C-9 D-2
10.	1994	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 19bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 5bal, somatik-4bal Depressiya 6-bal(norma)	B-11 C-7 D-11
11.	1991	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 34bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 18bal, somatik-16bal Depressiya -18bal(orta-ağır depressiya)	B-14 C-14 D-10
12.	1992	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 22bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 10bal, somatik-12bal	B-4 C-3 D-3

		Depressiya-12 bal(yüngül depressiya)	
--	--	--------------------------------------	--

Cədvəl 3.5. ardı

13.	1994	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 19bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 11bal, somatik-8bal Depressiya-18 bal(orta ağır depressiya)	B-2 C-7 D-6
14.	1987	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 22bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 10bal, somatik-12bal Depressiya -5bal(normal depressiya)	B-8 C-7 D-3
15.	1998	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 17bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 8bal, somatik-9bal Depressiya-4bal(normal depressiya)	B-6 C-9 D-16
16.	1980	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 22bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 7 bal, somatik-15bal Depressiya -6 bal (normal depressiya)	B-6 C-7 D-11
17.	1992	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 29bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 7bal, somatik-14bal Depressiya- 7 bal(normal depressiya)	B-5 C-4 D-3
18.	1992	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 27bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 9bal, somatik-18bal Depressiya -5 bal(normal depressiya)	B-7 C-8 D-6
19.	1973	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 20bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 13bal, somatik-7bal Depressiya – 9 bal (yüngül depressiya)	B-12 C-14 D-13
20.	1986	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 25bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 9 bal, somatik-16bal	B-5 C-7 D-12

		Depressiya – 8 bal (yüngül depressiya)	
--	--	--	--

Cədvəl 3.5. ardı

21.	1994	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 20bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 9bal, somatik-11bal Depressiya -2 bal(normal depressiya)	B-3 C-2 D-3
22.	1991	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 32bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 14bal, somatik-18bal Depressiya- 3bal(normal depressiya)	B-7 C-8 D-6
23.	1994	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 44bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 16bal, somatik-26bal Depressiya- 13 bal (yüngül depressiya)	B-8 C-6 D-3
24.	1994	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 42bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 16bal, somatik-26bal Depressiya- 12 bal(yüngül depressiya)	B-19 C-3 D-15

25.	1996	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 19bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 8bal, somatik-11bal Depressiya- 6 bal(normal depressiya)	B-3 C-3 D-8
-----	------	---	-------------------

Cədvəl 3.5. ardı

26.	1994	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 32bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 15bal, somatik- 17bal Depressiya-5 bal(normal depressiya)	B-6 C-6 D-8
27.	1973	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 40bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 15bal, somatik- 25bal Depressiya-31bal(çox ağır depressiya)	B-20 C-25 D-18
28.	1981	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 23bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 9bal, somatik-14bal Depressiya-8bal(yüngül depressiya)	B-6 C-8 D-11
29.	1994	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 18bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 10bal, somatik-8bal	B-3 C-7 D-6

		Depressiya-9bal(yüngül depressiya)	
30.	1990	Təşvişli-həyəcan pozuntusu – 32bal (ağır təşvişli həyəcan) Psixoloji- 11bal, somatik- 21bal Depressiya - 13 bal (yüngül depressiya)	B-9 C-12 D-8

Tədqiq olunmuş qadınların göstəricilərinə nəzər salsaq Hamiltonun depressiya ölçmə şkalasına əsasən deyə bilərik ki, tədqiq olunanlarda 100% nəticə ilə təşvişli həyəcan pozuntusu olduğu təsbit edildi. Bildiyimiz kimi təşvişli həyəcan pozuntusu, şiddətli qorxu və təviş hissədir. Bir çox insan həyatda baş verəcək önəmli hadisələrdən öncə qorxu, təlaş hiss edə bilər. Bu əlbəttə ki təbii bir duyğudur. Xüsusilə, ana olmağa hazırlaşan qadınlarda bu hissənin olması qaçınılmaz haldır. Belə hallar çox zaman gözlənilən hadisə baş verdikdən sonra bitir. Lakin gözlənilən hadisə baş verdikdən sonra da şəxsə narahatlıq halları davam edirsə burada təşvişli həyəcan pozuntusu problemi olduğundan söz gedə bilər. Bu isə göstərir ki, tədqiq olunan qadınların hamiləlik dövrü yaşaması və daha öncə abort və spontanlarla üzləşməsi bu halın onların hər birində rast gəlmə ehtimalını şərtləndirə bilər. 5 nəfərdə ciddi çəki itməsi, 13 nəfərdə kəskin yuxu problemi, 16 nəfərdə kəskin psixi narahatlıqlar özünü göstərmişdir. İntihara cəhd sıfırdır.

Metodikaya əsasən 11 nəfərdə depressiya səviyyəsi normal olmuşdur, 10 nəfərdə yüngül dərəcəli pozuntu qeydə alınmışdır, orta ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu 6 nəfərdə, ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu 2 nəfərdə çox ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu isə 1 nəfərdə qeydə alınmışdır.

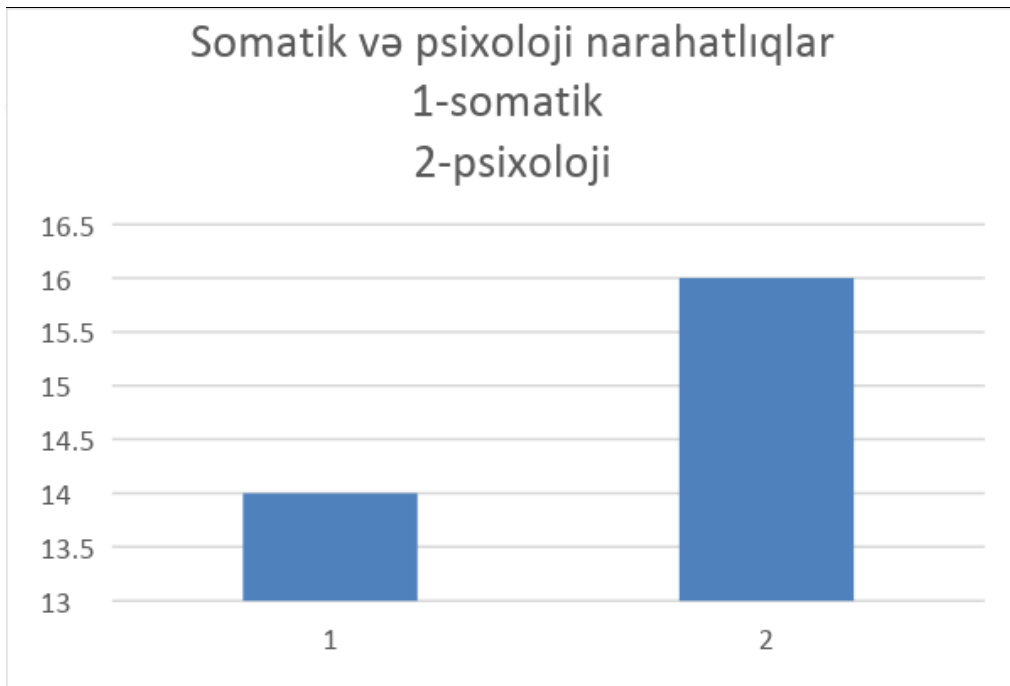
Cədvəl 3.6.

Hamiltonun Depressiya Reytinqi cədvəli üzrə nəticələr

Hamiltonun Depressiya Reytinqi cədvəli	Say	Faiz
Norma	11	36%

Yüngül dərəcəli depressiv pozuntu	10	33%
Orta ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu	6	20%
Ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu	2	6.6%
Çox ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu	1	3.3%

Özünü günahlandırma 8 nəfərdə daha kəskin formada qeydə alınmışdır. Somatik narahatlıq 14 nəfərdə, psixoloji narahatlıq isə 16 nəfərdə daha ciddi şəkildə müşahidə olunmuşdur.



Şəkil 3.1. Somatik və psixoloji narahatlıqlardan əziyyət çəkən qadınların sayı

Tədqiq olunan hamilələrdə 23 nəfərdə cinsi münasibətlər normaldır, 7 nəfərdə isə cinsi münasibət demək olar ki yoxdur. Cinsi münasibət olmayan hamilələrdə psixoloji narahatlıq daha çox rast gəlinir.

Tədqiq olunan hamilələr ilə keçirdiyimiz ikinci metodikanın Posttravmatik stres pozuntusunu müəyyən etmək üçün işlədiyimiz PTSP Anketinin (mülki versiya) nəticələri aşağıdakı cədvəldə qeyd olunmuşdur. Cədvəldə şərh olunmuş nəticələrə əsasən tədqiq olunanlarda 3 haldan biri özünü daha qabarıq göstərir. Buaraya təkrar yaşama, çəkinmə/emosional donma və yüksək oyanıqlılıq aiddir.

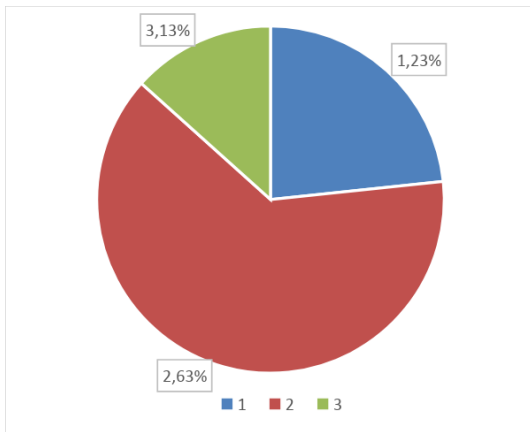
PTSP Anketinin (mülki versiya) nəticələri

Simptomlar	Say
B - Təkrar yaşama	2
– intruziv xatırlamalar	3
– təsəvvürlər və qavramalar	1
– “flashback”-lər	
– kabuslu yuxugörmələr	
– artmış emosiyalar və fiziki reaksiyala	
CƏMİ	7 nəfər /23%

Cədvəl 3.7 ardı

C - Çəkinmə/emosional donma	10
– çəkinmə simptomları	4
– maraqların itməsi	5
– təcrid olunma	
CƏMİ	19 nəfər/64%
D- Yüksək oyanıqlıq:	2
– yuxuya getmənin pozulması	2
– qıcıqlılıq, emosional partlayış	
– konsentrasiya çətinlikləri	
– yüksək oyanıqlıq simptomları	
– artmış qorxu reaksiyası	
CƏMİ	4 nəfər/13%

Aldığımız nəticələr aşağıdakı diaqramda öz əksini tapmışdır.



1. Təkrar yaşanma
2. Çəkinmə, emosional donma
3. Yüksək oyanıqlılıq

Şəkil 3.2. PTSP Anketinin nəticələrinin təsviri

Ümumilikdə, tədqiqat obyektimiz olan hamilələr özünü daim təhlükə içində hiss edir, onlarda hissiyat yüksək dərəcə inkişaf etmişdir. Daxili narahatlıqlar çoxdur. Bununla yanaşı qeyd edək ki stres vəziyyətinin daha qabarıq olan hamilə qadınlarda depressiv hal da ciddi şəkildə müşahidə olunmaqdadır. Şübhəsiz ki, bu hal hamilə qadınların əhval-ruhiyyəsinə mənfi təsir etməklə istər özlərində istəsə də dünyaya gələcək körpələrdə müəyyən fiziki və psixoloji problemlərin yaranmasına təkan verən amil kimi özünü göstərir. Hamiləlik zamanı baş vermiş uöursuz sonlandırmalar qadınların gələcək hamiləliklərinə təsirsiz ötüşmür. Bəzən vaxtında professional yardım göstərilmədikdə ömür boyu şəxsin həyatını müşayət edərək onda daha kəskin psixoloji problemlərin yaranmasına təkan verir. Bu isə ümumilikdə onların ətrafdakı insanlarla ünsiyyətinə də mənfi təsir göstərir. Bu vəziyyət müşahidə olunan qadınların ailələrində istər yoldaşları ilə, istər övladları yaxud digər yaxın insanlar ilə tez tez konfliktli hallar yaşanır. Bu da ümumilikdə sağlam psixoloji mühitü əngəlləyir və özü ilə birgə ağır fəsadlar gətirir.

Əlbəttə ki bu kimi halların qarşısını almaq üçün vaxtından əvvəl doğuş keçirmiş və psixoloji narahatlıqlardan əziyyət çəkən qadınların psixoloji işə cəlb olunması tövsiyyə olunur. İstər fərdi şəkildə istərsə də qrup terapiyalarının cəlb olunaraq qadınlarda yaranmış depressiv vəziyyəti aradan qaldırmağa kömək olunmalı və onların normal həyata yenidən adaptasiya olmaları üçün psixoloji korreksiya işi aparılmalıdır.

NƏTİCƏ

Bizim tədqiqatı keçirməkdə əsas məqsəd Abort, spontan və ölü doğuşlarla nəticələnən hamiləliklər yaşamış və hal – hazırda hamilə olan qadınların psixo-emosional vəziyyətinin təhlili olmuşdur.

Apardığımız tədqiqat nəticəsində müəyyən olunmuşdur ki, qadınların hamiləliyə psixoloji hazırlıq səviyyəsi çox aşağıdır. Xüsusilə spontan və abort halları ilə üzləşmiş qadınlarda depressiyaya meyillik çoxdur və onlarda postravmatik stres pozuntusunun simptomları qeydə alınmışdır. Psixoloji və somatik narahatlıqlardan əziyyət çəkirlər, gələcəyə qeyri-pozitiv münasibət bəsləyirlər. Abort edən qadınlarda peşmançılıq və özünü günahlandırma hissi onlarda bir sıra psixoloji problemlərin yaranmasına təsir göstərir. Xüsusilə keçmişdə abort, spontan və ölü doğuşlar etmiş hamilələrdə depressiv əhval-ruhiyyə hazırkı hamiləliklərinin də gedişatına mane olur və onlarda mənfi təcrübənin tez tez yada salınması ilə müşayiət olunur.

Belə ki, Vaxtından əvvəvl doğuşla üzləşmiş qadınların hazırkı hamiləlik dövründə stress vəziyyətini təhlil etdikdə onların 23%-də baş verən hadisələrin təkrar yaşanmasından qorxu, 64%-də çəkinmə, emosional donma, 13%-də isə təkrar yaşanmadan qorxma halı aşkarlanmışdır. Yaşanan hadisələrdən sonra qadınlarda olan bu vəziyyət onların hazırkı hamiləlik dövründə də təşviş halında olmasına gətirib çıxarmışdır.

Ümumilikdə, tədqiqat obyektimiz olan hamilələr özünü daim təhlükə və qorxu içində hiss edir, onlarda hissi oyanıqlılıq yüksək dərəcə özünü göstərir. Daxili dizbalans narahatlığı yaradan faktor kimi çıxış edir.

Demək olar ki, tədqiqatda iştirak edən hamilə qadınların hamısında ciddi təşviş halı qeydə alınmışdır. Təbii ki təşviş hamilə qadınların bir çoxu üçün xarakterik haldır. Lakin bizim apardığımız tədqiqat və söhbətlər zamanı məlum olmuşdur ki, tədqiq olunanlarda özünü göstərən təşviş halı daha öncə üzləşdiklə uğursuz doğuşlar və bunların yenidən yaşanmasından qaçmaq hissi ilə bağlıdır.

Tədqiqat nəticəsində əldə etdiyimiz göstəricilərə əsasən tədqiq olunan qadınlarda depressiv vəziyyət yalnız 36%-də normaldır, digər 64%-də depressiya halı özünü göstərməkdədir.

Bununla yanaşı, tərəfimizdən məlum oldu ki, Baxmayaraq ki, tədqiq olunanların psixoloji dəstəyə ehtiacı var onların heç biri hamiləlik dövründə yaxud, vaxtından qabaq baş vermiş doğuşdan sonra heç bir psixoloji kömək almamışlar

Hamiləlik hər bir qadın üçün şəxsi, professional, seksual, gender, cismani və indentikliklərin transformasiyası dövrüdür. Həmçində bu dövr psixofizioloji qüvvənin uşağın sağlamlığına və qadının - gələcək ananın şəxsi psixoseksual yetkinləşməsinə yönələ biləcəyi və yönəlməli olduğu dövrüdür.

Hamiləlik zamanı qadın yüksək istilik, emosional dəstək, daimi diqqət tələb edir, lakin heç də həmişə yaxınları ilə ünsiyyət zamanı onu tapa bilmir. Bu səbəbdən çox zaman ailədə konfliktlər, anlaşılmazlıqlar baş verir, bunun nəticələri isə hamilənin özündə neqativ olaraq əks oluna bilər. Somatik və psixososial stress hamiləlik və doğuş zamanı fəsadlara səbəb ola bilər. Bir sıra tədqiqatçılar göstərir ki, psixi xəstəliklər, psixoemosional yüklər, şəxsiyyətin xüsusiyyətləri və stresin qarşısının alınmasının qeyri-adekvat mexanizmləri spontan abort və vaxtından əvvəl doğuşun səbəbi ola bilər. Hamiləlik zamanı konfliktlər həyəcanın və qanda katexolaminlərin (noradrenalin) səviyyəsini yüksəldir.

Hamiləlik zamanı psixosomatik pozuntularının etioloji və patogen aspektlərinin aşkarlanması nəticəsində, mama-ginekoloji və somatik anamnezli hamilə qadınlar, həmçinin fəsadlı hamiləlik keçirən qadınlar hamiləlik və doğuş zamanı psixosomatik pozuntuların yaranması ilə bağlı yüksək risk qrupuna daxil edilmişdilər. Mənfi psixososial amillərin təsiri qeydə alınmışdır. Ailədən dəstək görməyən hamilə qadınlarda psixosomatik indeksin yüksək olması onların uşağın gələcəyi və gələcək ailə

həyatına görə narahat olmaları ilə əlaqədardır. Psixosomatik pozuntuların yaranması riski qrupuna yuxarı yaşda ilk uşağını doğmağa hazırlaşan qadınlar da daxildir. Beləliklə, psixokorreksiya tədbirlərinə ehtiyac duyan hamilə qadının psixosomatik statusunda bu və ya digər problemləri aşkarlamaq və onların pozuntu xarakterindən asılı olaraq bu tədbirin məqsədyönlü olaraq həyata keçirilməsini zəruri edir.

İSTİFADƏ EDİLMİŞ ƏDƏBİYYAT

1. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi, 22-28 həftəlik hamiləlik daxil olmaqla, vaxtından əvvəl doğuşların idarə olunması üzrə klinik protokol. – B.: "Zaman Stat" MMC, 2014. – 28 səh.
2. Bayramov Ə.S., Əlizadə Ə.Ə., Psixologiya, Bakı 2002
3. Cavadov R.Ə., Tağıyeva G.B. Ekstremal şəraitlərdə psixoloji xidmət. Bakı, 2006
4. E.İ.Şəfiyeva Anomal inkişafın psixologiyası, Bakı 2012
4. İ.Şəfiyeva, Klinik psixologiya (dərs vəsaiti), Bakı 2002
5. E.İ.Şəfiyeva, M.Ə.Həmzəyev, Psixofiziologiya, Bakı 1998
6. E.İ.Şəfiyeva, Somatik xəstəliklərin klinikasının psixoloji problemləri, Bakı, 2013, s.196
7. N.V.İsmayılov, Tibbi psixologiya və psixoterapiya (dərslük), Bakı 2002
8. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçəklər. İstanbul: Hekimler Yayın Birliyi, 2006.
9. Akın A., Ergör G. (1997), " Türkiyə'de isteyerek düşüklerin üreme sağlığı kapsamında yeri ve önemi", III. Ulusal Nüfusbilim Konferansı, Ankara, 2-5 Aralık.
10. Akın A, Enünlü T.(2002) Türkiyə'de isteyerek düşükler, Türkiyə'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler, Edit: Akın A., H.Ü.Tıp Fak. Halk Sağ. ABD, Türkiyə Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, UNFPA, Ankara, sy:151-182.
11. Balcı S, Savaşer S. Annelerin bebeklerini algılama durumu, VI. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, GATA Hemşirelik Yüksekokulu. Ankara 1998;215-221.

- 12.Coşkun, A.: Üreme Psikozları. Hemşirelik Bülteni. 1 (3), 86-93, İst, 1984
- 13.Çoban A. Doğum sonrası anne-yenidoğan etkileşimini etkileyen bazı etmenlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003;8(27), 110-8.
- 14.Çoban, A. (2007), "İnsan Hakları Bağlamında Embriyonun Moral Statüsü", Toplum ve Bilim, 109: 258-295. Çokar, M. (2006), Dünyada ve Türkiye'de İsteyerek Düşüğün Yasal Boyutunun Etik Açısından Değerlendirilmesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 15.Dağoğlu T, Görak G (Ed). Yenidoğan Hemşireliğinde Etik, Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri; Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2002:31-40
- 16.Dural.G, Kutlu, Y (2003) Sakarya İlindeki Gebe Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Riskinin Belirlenmesi ve Yüksek Riskli Kadınlarda Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği. İ.Ü. Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
17. Ekşi, A. 1999. Ben Hasta Değilim. Nobel Kitapevi, İstanbul.
- 18.Eroğlu K., Vural G. (1997), "İsteyerek düşük yapma (Küretaj) ve kadın sağlığı", H.Ü. H.Y.O Dergisi, cilt:4, sayı:2, sy:95-102
- 18.İ. İsfendiyar , Hamilelik ve yaşam tarzı, H.Ü. H.Y.O Dergisi, cilt:4, sayı:2, 2000, s.140-145.
- 19.Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1996;7(1);3-10.
- 20.Savaşır I., Şahin N. (1997) Bilişsel - Davranışçı Terapilerde Değerlendirmede Sık Kullanılan Ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 9, Ankara.
- 21.Sağlık Bakanlığı (Türkiye), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1998. Ankara, Türkiye.
- 22.Şahin,H.N., Durak,A.(1995). Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği:Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması.Türk Psikoloji Dergisi 10:34:56-73
- 23.Şirin,A., Söylemez,H.(2001).15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sağlık Sorunları.Hemşirelik Forumu Dergisi,Kadın Doğum Hemşireliği Özel Sayısı 4:6:40 43

24. Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu, V. (2002). Biyoistatistik. 10. Baskı, Hatiboğlu Yayınları, Ankara
25. Tacir, H. (2013), "Yaşam Hakkı Kapsamında Yaşamın Başlangıcı", Marmara Üniversitesi Hukuk Araştırmaları Dergisi: Prof. Dr. Nur Centel'e Armağan Özel Sayısı, s.1301-1319.
26. Taşkın, L. (2000). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 4. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, s.1-12, 294-297, 340
27. Tekin, N., Ekizler, H., Engin, F. (1996) Yeni Doğan Sağlığının Postpartum Depresyon ve Emzirme Tutumlarına Etkisinin İncelenmesi. Hemşirelik Bülteni. 10 (39), 15-25.
28. Tortumluoğlu, G., Okanlı, A., Erci, B. (2003). Gebelerin Aile Ortamını Algılamaları ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi, 6:1:24-36
29. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2003. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2004.
30. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. ROCHE Müstahzarları Sanayi A.Ş., İstanbul, 203-207, 1993.
31. Aytaç R, Özden A, Kumbasar H. Gebelikte görülen kusmaların psikiyatrik yönü: Bir gözden geçirme. Psycho Med, 2(2):68-73, 1996.
32. Yüksel N. Psikofarmakoloji. Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, s:348-371, 1998.
33. Yolsal, N., Bulut, A. (1993). Doğum Eylemini İzlemede Kullanılabilecek Bir Seçenek: Partograf. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 7:34-37
34. Yücel, O. ve ark. (1995). Preterm Doğumlarda Plasental Patolojik Bulgular. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 9:29-34
35. Yılmaz Dereli, S. vd. (2010), "15-49 Yaş Kadınların Kürtaj Nedenleri ve Kontraseptif Tercihleri", İstanbul Üniversitesi Hem. Dergisi, (18) 3: 156-163.
36. Yiğiter Y, Dönmez L (2002). "Antalya Kütükçü 6 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15-49 yaş evli kadınlarda isteyerek düşük sıklığı ve etkileyen faktörler", Sağlık Ve Toplum, Yıl:12, Sayı:4, Ekim-Aralık, sy: 62-66.
37. Özdamar, K. (2001). SPSS ile Biyoistatistik, 4. Baskı, Kaan Kitabevi, Eskişehir

38. Özhan,Ç.N.(2001).

Adölesan Gebelerin Kaygı Düzeylerinin ve Prenatal Risk Faktörlerinin İncelenmesi.Yüksek Lisans Tezi.EÜ SBE.İzmir

39.Özkan,S.(1993).Psikiyatrik Tıp Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. İstanbul, s. 207-209

40.Öztürk,A.M.,Çetin,N.,Kurtoğlu,S.(1990). Prematüre Bebeklerin Değişik Parametrelere Göre Değerlendirilmesi ve Prematüre Bebeklerde Mortalite Hızı.Erciyes Tıp Dergisi 12:65-76

41.Zincir H. ve ark.(2000), "Özel hekim muayenehanelerine başvuran istemli düşük vakalarının değerlendirilmesi", İnönü Üniver sitesi Malatya S.Y.O., 2000'li Yıllarda Sağlık Yüksekokullarında Eğitimin Geleceği Sempozyum Kitabı, Malatya, sy: 192-196.

42.Ziyalar,A.(1999). Psikiyatrik Semioloji ve Medikal Psikoloji.İstanbul 2. Baskı,Yüce Yayın,Çevik Matbaacılık,Savaş Ciltevi,İstanbul,s..377-390

43.Кочнева, М.А. Психологические реакции у женщин при физиологическом течении беременности / М.А. Кочнева, А.Е. Сумовская, М.М. Орлова // Акушерство и гинекология. 1990. - № 3. - С. 13-16.

44.Ледина, В.Ю. Комплексная модель подготовки беременных к родам в профилактике психосоматических дезадаптаций рожениц / В.Ю. Ледина. -Дис. .канд.псих.н. СПб. - 2004. - 295 с.

45.Мухина, В.С. Психологические проблемы материнства / В.С. Мухина // Медико-психологические аспекты современной перинатологии: сб. материал. IV Всерос. конг. по перинатальной психологии. М.: Ин-т психотерапии, 2003. -С. 63-66.

46.Пайнз, Д. Беременность и материнство / Д. Пайнз // Психология и психоанализ беременности. Самара: Издательский дом БАХРАХ, 2003. - 784 с.

47.Рыжков, В.Д. Диагностика и терапия астенического синдрома у беременных / В.Д. Рыжков // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева.1994.-№4.-С. 96-99

- 48.Чеботарева, И.С. Методологические аспекты изучения эмоционально-мотивационной сферы беременных /И.С. Чеботарева // Вестник новых медицинских технологий. 2000. - № 2. - С. 27-29.
- 49.Alexander, F. Psychosomatic Medicine. Its principles and application / F. Alexander. London. - 1952. - 300 p.
- 50.Berns, B. Different faces of motherhood / B. Berns, F. Hay. N.Y., L. - 1988. -265 p.
- 51.Bibring, G.I. A study of the psychological processes in pregnancy and of earliest mother-child relation-ship / G.I. Bibring, T.F. Dwyer, D.S. Huntington // Psychoanalytic Study of the child. 1961.-Vol. 16.-P. 112-123
52. Bowlby, J. Maternal Care and Mental Health / J. Bowlby // World Health Organization Monographs. Geneva: World Health Organization, 1951. - № 2. - P. 201-205.
- 53.Caplan, H. Maternal depression and the emotional development of the child / H. Caplan, S. Cogill, H. Alexandra // British Journal of Psychiatry. 1989. - Vol. 54. -P. 818-823.
- 54.Condon, J. The Assessment of Antenatal Emotional Attachment: Development of the Questionnaire Instrument / J. Condon // Brit. J. Med. Psychol. 1993. - Vol. 66. -№2.- P. 635-640.
- 55.Ferreira, A.J. The Pregnant Woman's Emoyional Attitude and its Reflection on the Newborn / A.J. Ferreira // American J. of the orthopsyhiatry. 1960. - V. 30. -P. 553-556.
56. Fifer, W.P. Neonatal Preference of Mothers Voice / W.P. Fifer // Perinatal development: a psychological perspective. N.Y.: Acad. Press, 1987. - P. 111-115.
- 57.Humphrey, T. Functions of the Neurous System During Prenatal Life / T. Humphrey // Physiology of the Perinatal Period / Ed. Uwe Stave. N.Y.: Appleton -Century Crofts, 1970. - V. 2. - P. 754-789.
- 58.Louis, G. The motherhood report: How women feel about being mother / G. Louis, E. Margolis. N.Y. - 1987. - 2321 p.

- 59.Murray, L. The impact of maternal depression on infant development / L. Murray // Dal Nascere al divenire nella realia e nella fantasia. Turin: Turin University Press, 1990.-V. 12.-P. 163-174.
- 60.Phoenix, A. Motherhood: Meanings, practices and ideologies / A. Phoenix, A. Woollett, E. Lloyd // Gender and psychology. L. - 1991. - P. 355.
- 61.Pines, D. Pregnancy and motherhood: Interaction between fantasy and reality / D. Pines // Brit. J .Med. Psychol. 1972. - V. 45. - P. 333-343.
- 62.Piontelli, A. From Fetus to Child: An Observation Psychoanalytic Study / A. Piontelli. L.: Tavistoch
- 63.Reading, A.E. Impact of fetal testing on maternal anxiety / A.E. Reading, L.D. Piatt // J. Reprod. Med. 1985. - V. 7. - P. 907-910.
- 64.Stein, A. The relationship between postnatal depression and mother child iteration / A. Stein, D. Gath, J. Bucher // British Journal of Psychiatry. 1989. - P. 46-52.
- 65.Ward, A.J. Prenatal stress and childhood psychopathology / A.J. Ward // Child Psychiatry and Human Development. 1991. - V. 22. - P. 97-110.
- 66.Wieder, S. Identifying the multy-risk family prenataly: Antecedent psychological factors and infants developmental trends / S. Wieder // Infant-Mental Health J. 1983. - V. 4. -№ 3. - P. 165-201.
- 67.<https://saglamliq.isim.az/xestelik/365/>
- 68.http://sehiyye.gov.az/files/pdf/DDM/Vaxtindan%20əvvəl%20doğuş_22-28.pdf/
- 69.<https://www.hamilelikbelirtileri.co/dogum-travmasi/>



ΘΛΑΥΘ

Anket №

Mən klinik psixoloq Zana Beşer. Xəstəxanada hamilələrlə əlaqədar bir tədqiqat aparırıq. Burada danışdıqlarımız yalnız tədqiqat məqsədiylə istifadə ediləcək, başqa heç kim burada danışılanları eşitməyəcək. Tədqiqata qatılmağı qəbul etsəniz sizinlə təxminən yarım saat - qırx beş dəqiqəlik bir görüşmə edəcəyik. İndi sizə bəzi suallar verəcəyəm. Zəhmət olmasa içinizdən gəlidiyi şəkildə bu sualları cavablandırın. Əvvəlcədən öz təşəkkürümüzü bildiririk.

Yaş _____

Yaşayış yeri şəhər kənd

Təhsil ibtidai orta orta ixtisas ali

Sosial status aşağı orta yüksək

Məşğulluq işləmir qismən məşğuldur işləyir tələbə əlil

Ailə vəziyyəti subay evli boşanmış/ayrı yaşayır

Uşaqlarınız varmı? bəli xeyr sayı _____

Abort və spontan halları olubmu? bəli xeyr sayı _____

Hamiləlik müddəti (neçə həftə, ay,il) _____

Hamiləlik zamanı qarşılaşdığınız problemlər

Vaxtından əvvəl doğuş riskiniz varmı? bəli xeyr

Yaxınlarınızla hamiləliyinizlə əlaqədar olaraq yaranan problemləri danışırırsınız mı?

bəli xeyr Kiminlə? _____

Hamiləliklə əlaqədar olaraq sizi ən çox üzən, narahat edən nə oldu?

Doğuşdan sonra nə vaxt əvvəlki vəziyyətinizə qayıdacağınızı düşünürsünüz?
☉ 1 ay və ya 2 ay içində ☉ 6 ay içində ☉ 1 il içində ☉ Heç bir zaman ☉ Bilmirəm
Xəstəliyin də sağlamlıq qədər həyatın bir parçası olduğuna inanıram.

☉ bəli ☉ xeyr

Gələcəyiniz haqqında nələr düşünürsünüz?

- Sağlaçm şəkildə hamiləliyimi başa vurub övladımı qucağıma alacam.
- Gələcəyimdən ümidli deyiləm, problemlə qarşılaşmaqdan qorxuram.
- Hal-hazırda heç bir şey düşünə bilmirəm.

Hansı halda aborta haqq qazandırırırsınız?

Hamiləlik müddətində yoldaşınızın dəstəyini hiss edirsinizmi?
