

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI TƏHSİL NAZİRLİYİ**

**XƏZƏR UNİVERSTETİ**

---

**HUMANİTAR VƏ SOSİAL ELMLƏR FAKÜLTƏSİ**

**İstiqamətin şifri və adı** **060209-Psixologiya**

**İxtisaslaşmanın adı** **Klinik psixologiya**

**Psixologiya kafedrasının magistrantı**

**Rəsulzadə Təhminə İlham qızının**

**Magistr dərəcəsi almaq üçün**

**VALİDEYN HİMAYƏSİNDƏN MƏHRUM OLMUŞ UŞAQ VƏ  
YENİYETMƏLƏRİN PSİXOLOJİ PROBLEMLƏRİ**

**mövzusunda**

**DİSSERTASIYA İŞİ**

**Elmi rəhbər: Tibb elmləri üzrə fəlsəfə doktoru, İkrəm Rüstəmov**

**Bakı-2018**

## MÜNDƏRİCAT

XÜLASƏ.....	3
GİRİŞ.....	4
I FƏSİL. UŞAQLIQ VƏ YENİYETMƏLİK DÖVRÜNÜN XÜSUSİYYƏTLƏRİHAQQINDA ÜMUMİ MƏLUMAT .....	9
1.1. Şəxsiyyətin inkişafı haqqında anlayış .....	9
1.2. Uşaqların inkişaf mərhələləri və onların psixi inkişafında ünsiyyətin rolu.....	15
II FƏSİL. UŞAQ PSIXOPATOLOGİYASI .....	19
2.1. Uşaq psixopatologiyası.....	19
2.2. Uşaqlıq və yeniyetməlik dövründə yaranan depressiyalar.....	31
III FƏSİL. BAĞLILIQ NƏZƏRİYYƏSİNƏ ƏSASƏN TƏRK EDİLMİŞ UŞAQLARIN PSIXOLOGİYASI .....	36
3.1. Bağlılıq nəzəriyyəsinə dair.....	36
3.2.Tərk edilmiş uşaqlar və onların psixologiyası məsələləri .....	40
IV FƏSİL. VALİDEYN HİMAYƏSİNDƏN MƏHRUM OLMUŞ UŞAQ VƏ YENİYETMƏLƏRİN PSIXOLOJİ PROBLEMLƏRİNİN ARAŞDIRILMASININ EKSPERİMENTAL TƏDQIQI .....	45
4.1.Tədqiqatın strukturu.....	45
4.1.1.Tədqiqat iştirakçıları.....	45
4.1.2. Tədqiqatda istifadə olunmuş material və metodlar.....	48
4.1.3. Tədqiqatın statistik təhlili.....	52

NƏTİCƏ.....	58
İSTİFADƏ EDİLMİŞ ƏDƏBİYYAT.....	60
ƏLAVƏLƏR.....	64

## XÜLASƏ.

Dissertasiya işim giriş, 4 fəsil, nəticə, ədəbiyyat siyahısı və mövzuya dair əlavələrdən ibarətdir. Giriş hissəsində Azərbaycanda və dünyada valideyn himayəsindən məhrum olmuş uşaq probleminin aktuallığı, ümumi statistika nəticələri, uşaqların tərک edilmə səbəblərinin müzakirəsi və bu vəziyyət ilə əlaqədar məlumatlar verilmişdir. Birinci fəsildə şəxsiyyətin inkişafı anlayışı, inkişafa təsir edən faktorlar, uşaqların inkişaf mərhələləri və onların psixi inkişafında ünsiyyətin rolundan bəhs edilmişdir. Məşhur psixoloqların insanın inkişafı haqqındakı nəzəriyyələri bu hissədə cəmlənmişdir. İkinci fəsil uşaqlıq və yeniyetməlik dövründə yaranan patologiyalar, depressiya və digər psixoloji problemlərdən bəhs edir. Uşaqlıq dövründə yaranan psixoloji xəstəliklərin, patologiyaların səbəbləri, diaqnoz üçün kriteriyaları, müalicə üsulları bu hissədə açıqlanmışdır. Üçüncü fəsildə bağlılıq nəzəriyyəsi haqqında ümumi məlumat verilmişdir. Bağlılıq nəzəriyyəsinə əsasən ana və uşaq arasındakı bağlılıq ilə tərک edilmiş uşaqların psixologiyası arasındakı əlaqənin müzakirəsi bu hissədə ələ alınmışdır. Tərک edilmiş uşaqlarda yaranan travmalar və belə uşaqların gələcəkdə yaşaya biləcəyi psixoloji problemlər haqqında məlumat verilmişdir. Bu uşaqlara yanaşma formaları bu hissədə öz əksini tapmışdır. Dördüncü fəsildə valideyn himayəsindən məhrum olmuş uşaq və yeniyetmələrin psixi problemlərinin araşdırılmasının eksperimental tədqiqinə yer verilmişdir. Bu hissədə tədqiqat iştirakçıları, tədqiqatın strukturu, tədqiqatda istifadə olunmuş metodikalar, alınan nəticələrin təhlili öz əksini tapmışdır.

## GİRİŞ

Mövzunun aktuallığı. Statistikaya görə hər il dünyada təxminən 10 milyona yaxın uşaq öz valideynləri tərəfindən atılır. Bu problem Azərbaycanda da özünü göstərir. Ən çox narahatlıq doğuran məsələlərdən biri də 3 yaşına qədər körpələrin valideynləri tərəfindən tərk edilməsidir. Aparılan araşdırmalara görə uşaqların atılmasının ilkin səbəbi kimi qeyri-qanuni nikahlar və sağlamlıq imkanı məhdud olan uşaqların dünyaya gəlməsini göstərmək olar. Bəzi valideynlər, xüsusilə qadınlar qeyri-qanuni nikahdan doğulan uşaqların dünyaya gətirdikdə cəmiyyət tərəfindən qınaq obyektinə olmaqdan qorxaraq uşağından imtina edir, bəzi valideynlər isə sağlamlıq imkanı məhdud uşaq dünyaya gələn zaman belə uşaqlardan utanç hissi keçirdikləri və baxımının çətin olduğu üçün ondan imtina edirlər. Valideynlərin öz övladlarından imtina etmələrinin daha bir səbəbi isə iqtisadi problemlərdir. Həyat səviyyəsinin aşağı olması, yoxsulluq, işsizlik, savadsızlıq bəzi ailələrin uşaqlarından imtina etməsi, öz uşaqlarını tərk etməsi ilə nəticələnir. Valideyn himayəsindən məhrum olmuş uşaqların dövlət tərəfindən himayəsi və müdafiəsi sahəsində çox işlər görülür. Lakin heç bir qayğının ailə nəvazişini əvəz edə bilmədiyi, heç bir kəsin ana məhəbbətini, ana qayğısını əvəz edə bilmədiyi danılmaz faktdır. (7)

Liderlər dünyada təxminən 143.000.000 yetim və milyonlarla tərk edilmiş uşaqlara qayğı göstərmək üçün mübarizə aparırlar. Qlobal siyasətçilər, internatlarda yaşayan yetimlərin və tərk edilmiş uşaqların mümkün qədər tez bir müddətdə bir ailəyə himayəyə verilməsini və onlara valideyn kimi qayğı göstərilməsini, internata verilmələrindən daha çox müdafiə edirlər.(33)

Həmçinin Azərbaycanda da hər il yüzlərlə uşaq öz valideynləri tərəfindən tərk edilir. Aparılan statistika nəticələrinə görə, Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyinin və Əmək və Əhalinin Sosial Müdafiəsi Nazirliyinin məlumatlarına əsasən Azərbaycanda valideyn himayəsindən məhrum olmuş və valideynlərini itirmiş uşaqlar üçün olan müəssisələrdə 1991-ci ildən 2017-ci ilə qədər hər ilin əvvəlinə aid olan uşaqların ümumi sayı göstərilmişdir. Bu statistikaya baxdığımızda əvvəlki illərə nisbətən atılmış uşaqların sayında ciddi dəyişikliklər olduğunu görə bilirik. Əgər 1991-ci il və sonrakı illərdə atılmış uşaqların sayında artım müşahidə olunurdusa, 2009-cu

ildən sonra ciddi azalmalar müşahidə olunmuşdur. Bunun səbəbini isə əhalinin rifah durumunun yaxşılaşması və maarifləndirici işlərin görülməsi ilə izah edə bilərik. (42).

Cədvəl 1.Uşaq evləri və internat müəssisələrində valideyn himayəsindən məhrum olan və ya valideynlərini itirmiş uşaqların sayı.

<i>Valideyn himayəsindən məhrum olan uşaqlar üçün müəssisələr.</i>	<i>İllər üzrə uşaqların sayı (Hər ilin əvvəlinə olan statistika)</i>												
	1991	1996	2001	2006	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
İnternatmüəssisələri	955	839	2484	2441	1517	1228	1259	976	756	685	611	602	639
Körpələr evi	150	96	107	59	42	55	43	8	1	-	-	-	-
Uşaq evləri	50	101	139	438	306	257	351	175	26	30	35	23	37
Sağlamlıq mkanları məhdud uşaqlar üçün xüsusi internat məktəbləri	90	105	280	280	212	147	162	134	115	163	95	82	78
Sağlamlıq imkanları məhdud uşaqlar üçün sosial xidmət müəssisələri	70	35	203	61	80	69	44	72	72	40	39	39	43
Ümumi təhsil internat məktəbləri	595	502	1755	1603	877	700	659	587	543	452	442	458	481
Valideynini itirmiş və valideyn himayəsindən məhrum olan uşaqlar üçün internat məktəbləri	505	293	368	330	415	409	398	373	414	389	414	401	421

Tədqiqat mövzusunun işlənmə səviyyəsi.Mövzu ilə əlaqəli mənbələr incələndiyində, təxminən 65 ildir uşaq evi və ya internatlarda yaşayan uşaqların

fizioloji və psixo-sosial sağlamlıqlarına istiqamətlənmiş tədqiqatların aparıldığı görülür. (Tizard ve Hodges 1978, McCann ve ark. 1996, Voria ve ark. 1998, Wolff ve Fesseha 1999, Roy ve ark. 2000, Rushton ve Minnis 2002, Maclean 2003, Yörükoğlu 2003, Ellis ve ark. 2004, Şimşek 2004, The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team 2005, Erol ve ark. 2005, Üstüner ve ark. 2005). Araşdırmalar uşaq evi və ya internatda böyüyən uşaqların ailəsi yanında böyüyən uşaqlara görə daha çox yıxıcı davranışlar, depressiya, təşviş, hiperaktivlik kimi emosional və davranış problemləri göstərdiyini ortaya çıxarmışdır. Xarici tədqiqatlardan uşaq evi və ya internatların xüsusilə kiçik yaşlı uşaqlar üzərində mənfi təsirlərə aid əhəmiyyətli nəticələr əldə olunmuşdur. Ancaq uşaq və yeniyetmələrə istiqamətlənmiş bir çox mənbələrdən əldə edilən tapıntılar nəticəsində problemlərin görülmə sıxlığı, xidmət ehtiyacı, risk və qoruyucu faktorlar baxımından aparılan araşdırmaların olduqca az olduğu ortaya çıxmışdır.(23, 853)

Aparılan tədqiqatlar göstərir ki, valideyn himayəsindən məhrum olmuş uşaqlar valideynlərindən ayrıldığı müddətdə və gələcəkdə bir çox psixoloji və fizioloji problemlər yaşayırlar. Valideynlərin yoxluğu uşağın inkişafının ləngiməsi, danışmasının gecikməsi, əzələ inkişafının, zəka inkişafının zəifləməsinə gətirib çıxarır. Anadan ayrı böyüyən uşaqlar insanlarla əlaqələrində problemlər yaşaya bilər. (41)

Tədqiqatın obyektidir. Tədqiqatda 30 nəfər (17 qız, 13 oğlan) 11-18 yaş arası valideyn himayəsindən məhrum olmuş yeniyetmə və 62 nəfər 6-18 yaş arası (46 qız, 16 oğlan) uşaqlara baxım verənlər və müəllimlər iştirak etmişdir. Həmçinin kontrol qrupu kimi də eyni sayda 30 nəfər (17 qız, 13 oğlan) 11-18 yaş arası ailəsi ilə yaşayan yeniyetmə və 62 nəfər 6-18 yaş arası uşaqların (46 qız, 16 oğlan) valideynləri tədqiqata cəlb olunmuşdur. Tədqiqata cəlb olunanlar “Sos Uşaq Kəndləri-Azərbaycan assosiasiyası”, “Azərbaycan Uşaqlar Birliyi”, “Ümid yeri” uşaq yaşayış məskənində yaşayan uşaqlar, bu uşaqlara baxım verənlər və müəllimlərdən ibarət olmuşdur. Kontrol qrupun iştirakçıları isə 133 nömrəli orta məktəbdən yeniyetmələr və internetdə sorğu vasitəsi ilə 6-18 yaş arası uşaqların valideynləri cəlb olunmuşdur. Tədqiqatda iştirak edən hər bir uşaq və yeniyetməyə, həmçinin digər iştirakçılara əvvəlcədən

tədqiqatın məqsədi haqqında informasiya verilmiş və onların tədqiqatın istənilən mərhələsində iştirak etməkdən imtina etmək imkanlarının olduğu izah edilmişdir. Beləliklə, tədqiqatda iştirak edənlər məlumatlı razılıq vermişdilər. Həmçinin tədqiqatda iştirak etməkdən imtina edənlərdə olmuşdur.

Tədqiqatın predmeti. Valideyn himayəsindən məhrum olmuş uşaqlar və yeniyetmələrdə psixoloji vəziyyətin müəyyənləşdirilməsi.

Tədqiqatın fərziyyəsi.

1. Uşaqların valideyn himayəsindən məhrum olması ilə onlarda psixoloji problemlərin yaranması arasında əlaqə vardır. Valideyn himayəsindən məhrum olmuş uşaq və yeniyetmələrdə problemləli davranışlar daha yüksəkdir.
2. Valideyn himayəsindən məhrum olmuş uşaqlar gələcəkdə cəmiyyətə adaptasiya olmaqda və insanlarla münasibət qurmaqda çətinlik çəkirlər.
3. İnternatlarda və uşaq evlərində uşaqlara psixoloji yardım edilməsi onların psixikasına müsbət təsir göstərir.

Tədqiqatın məqsədi. Tədqiqat işinin başlıca məqsədi valideyn himayəsindən məhrum olmuş uşaq və yeniyetmələrdə psixoloji problemlərin (emosional, davranış problemləri və s.) görülmə sıklığını uşaqlar və yeniyetmələrdən və onlara baxım verənlərdən əldə edilən materiallar əsasında müəyyənləşdirmək, ailəsi ilə yaşayan uşaqlarla qarşılaşdırmaq, uşaqların psixoloji yardıma nə qədər ehtiyacları olduğunu müəyyən etməkdən ibarətdir.

Tədqiqatın vəzifələri. Qarşıya qoyulmuş məqsədə çatmaq üçün aşağıda qeyd olunan vəzifələrin həlli vacib bilinmişdir:

1. İnternat və ya uşaqlar evində yaşayan uşaq və yeniyetmələrdə psixoloji vəziyyəti müəyyən etmək.
2. Ailəsi yanında yaşayan uşaq və yeniyetmələrarasında psixoloji vəziyyəti müəyyən etmək.
3. Alınmış nəticələrin müqayisəli və riyazi-statistik təhlili.
4. Təvsiyələrin irəli sürülməsi.

Tədqiqatın gedişində istifadə olunan metodikalar.



1. Sosial-demoqrafik xüsusiyyətləri təyin etmək üçün xüsusi işlənib hazırlanmış anket vaistəsilə göstəricilər qeydə alınmışdır.

2. Uşaqlara baxım verənlər və müəllimlərdən, həmçinin kontrol qrup kimi valideynlərdən uşaq və yeniyetmələrin psixoloji vəziyyətini qiymətləndirmək üçün “6-18 yaş arası Uşaq və Yeniyetmələrdə Davranış Dəyərləndirmə Forumu-Child Behavior Checklist (CBCL/6-18)” testi tətbiq olunmuşdur.

3. 11-18 yaşlı uşaq və yeniyetmələrin psixoloji vəziyyətini qiymətləndirmək üçün “11-18 yaş yeniyetmələrdə Özünü Dəyərləndirmə Forumu-Youth Self-Report (YSR/11-18)” şkalası istifadə edilmişdir.

Tədqiqatın elmi əhəmiyyəti. Apardığımız tədqiqat işinin elmi əhəmiyyəti böyükdür. Tədqiqat uşaq və yeniyetmələrin psixoloji və fizioloji sağlamlığı üçün gələcəkdə bu istiqamətdə aparılacaq tədqiqat işləri üçün zəmin rolunu oynayır.

Tədqiqatın elmi yeniliyi. Tədqiqatın elmi yeniliyi ondan ibarətdir ki, Azərbaycanda ilk dəfə olaraq, uşaq və yeniyetmələrdə valideyn himayəsindən məhrum olmanın psixoloji problemlər ilə əlaqəsi araşdırılmışdır.

Dissertasiya işinin quruluşu. Dissertasiya işinə giriş, 4 fəsil, nəticə, ədəbiyyat siyahısı və əlavələrdən ibarətdir.

# I FƏSİL. UŞAQLIQ VƏ YENİYETMƏLİK DÖVRÜNÜN XÜSUSİYYƏTLƏRİ HAQQINDA ÜMUMİ MƏLUMAT.

## 1.1 Şəxsiyyətin inkişafı haqqında anlayış.

Hər bir insanın inkişafı onun böyüməsi, ətraf mühitə adaptasiyası və həyatı boyunca dəyişilməsi ilə xarakterizə olunur. İnsanın inkişafı fizioloji inkişaf, şəxsi inkişaf, sosial-emosional inkişaf, kognitiv inkişaf və dil inkişafından ibarətdir. İnsanın inkişafı ilə bağlı müxtəlif nəzəriyyələr mövcuddur. Ümumiyyətlə inkişaf prosesi haqqında psixoloqlar arasında 2 əsas məsələ onilliklər ərzində müzakirə olunmuşdur: inkişaf prosesinin davamlı və ya davamsız olması. İnkişafın davamlı olduğunu dəstəkləyən psixoloqlar insanın inkişaf prosesinin körpəlikdən yetkinliyə qədər tədricən və mərhələli olaraq davam etdiyini, yəni inkişafın davamlı bir proses olduğunu deyirdilər. Onlar inkişaf prosesində irsi faktorlardan daha çox mühitin rolu olduğunu düşünürdülər. Digər mövqedə duran psixoloqlar inkişafın irsi və bioloji faktorlarla idarə olunan, əvvəlcədən müəyyənləşdirilə bilən mərhələlərdən ibarət olduğuna inanırdılar. Ətraf mühit inkişaf prosesinə təsir edə bilər, lakin inkişaf mərhələləri əvvəlcədən müəyyən olunmuş, gözlənilən və qeyri-dəyişkən mərhələlər ilə irəliləyir. Bu nəzəriyyələr arasında ən çox yayılmış nəzəriyyələrə nümunə olaraq Jan Piajenin “Kognitiv və mənəvi inkişaf nəzəriyyəsi”, Lev Viqotskinin “Kognitiv inkişaf nəzəriyyəsi”, Erik Eriksonun “Psixososial inkişaf nəzəriyyəsi”ni göstərmək olar. (30, 28)

Uşaq psixologiyasının inkişafında görkəmli İsveçrə psixoloqu Jan Piajenin (1896-1980) böyük rolu olmuşdur. Piajeyə görə uşaq təbii, eyni zamanda, anadan olduğu andan daxili strukturaya malik fəal varlıqdır. Ona görə inkişaf mühitin və irsiyyətin qarşılıqlı təsirindən ibarətdir. Piaje uşağın kognitiv inkişafını 4 mərhələyə ayırmışdır:

1. Sensomotor mərhələ (0-2 yaş)
2. Əməliyyatdan öncəki mərhələ (2-7 yaş)
3. Konkret əməliyyatlar mərhələsi (7-11 yaş)
4. Mücərrəd əməliyyatlar mərhələsi (11+)

Sensomotor mərhələ körpənin xarici dünyanı kəşfetməyə başladığı dövrdür. Bu kəşf təqlid və ya sınaq-yanılma yolu ilə reallaşır. Körpə hissələri və hərəkətləri vasitəsi ilə ətrafı qavrayır. Bir müddət keçdikdən sonra körpənin refleksiv davranışları məqsədli davranışlarla əvəz olunur.

Əməliyyatöncəsi mərhələ 2 yerə ayrılır. Simvolik mərhələ (2-4 yaş) və intuitsiya əsaslı mərhələdə (4-7 yaş). Uşaq təsəvvürlərinə əsasən düşünür. Söz ehtiyatı az olur və düşüncə tərzini ibtidai təsəvvürlərə söykənir. Uşaq özü sərbəst olaraq sübut etmə və fikir yürütmə bacarığına sahib olur.

Əməliyyatlar dövrü – bu dövr də iki alt qrupa bölünür: dəqiq əməliyyatlar sistemi dövrü (7-12 yaş) və məntiqi əməliyyatlar dövrü (12 yaşından yuxarı). Bu mərhələlərdə uşaq lazımi söz bazasına sahib olur. Özü müstəqil olaraq fikirlər irəli sürür. İlk mərhələdə uşaq ibtidai məntiqi fərziyyələr və əməliyyatları yerinə yetirə və sadə riyazi əməliyyatları həll edə bilirlər. (8, 81-82)

İnsanın inkişafı ilə əlaqəli məşhur nəzəriyyələrdən biri də Eriksonun “Psixososial inkişaf nəzəriyyəsi”dir. Erik Erikson insanlarda ontogenetik inkişafı səkkiz dövrə bölmüşdür:

#### 1) İnam və inamsızlıq (0-1 yaş)

Bu dövrdə bağlılıq və emosional yaxınlıq əsas önəm daşıyır. Bu dövr ərzində uşaq ətrafına və digər insanlara inanmağı və ya inanmamağı öyrənir. İnam və inamsızlıq əsas ehtiyaclarının qarşılana-b-qarşılana-maması ilə bağlıdır.

#### 2) Avtonomluğa qarşı utanma və şübhə (2-3 yaş)

Uşaqlar bu dövrdə inam və utanma duyğularını birlikdə yaşayırlar. Ana-atanın həddindən artıq nəzarəti uşağın özünə, bacarıqlarına qarşı şübhəyə düşməsinə və nəticədə də utanmasına səbəb olur. Əgər uşaq bu dövrü uğurla keçərsə, özünə inam və özünü qiymətləndirmə kimi keyfiyyətlər qazanır. Əks təqdirdə isə uşaqlar kimdənsə asılı olaraq yaşamağa vərdiş etməklə yanaşı, hədsiz dərəcədə utancaq olurlar.

#### 3) Təşəbbüskarlığa qarşı günahkarlıq duyğusu (3-6 yaş)

Uşaqlar artıq sərbəstlik duyğusunu inkişaf etdirirlər, ətrafı araşdırmağa, dildən istifadəyə, bilik və sosial bacarıqlarını inkişaf etdirməyə başlayırlar. Bu cəhdlər

təşəbbüskarlıq olaraq qiymətləndirilir. Həmçinin, bu dövrdə böyüklər tərəfindən dəstəklənən, səhvlərini anlamasında, üzə çıxarmasında kömək edilən, həvəsləndirilən uşaqlarda təşəbbüskarlıq hissi inkişaf etdiyi halda, əksinə cəzalandırılan, davamlı olaraq tənqid edilən uşaqlarda günahkarlıq hissi inkişaf etməyə başlayır.

4) Çalışqanlıq və müvəffəqiyyətli olmağa qarşı özünəinamsızlıq hissi (6-12 yaş)

Bu dövrdə uşaqların fikirləri artıq vacib və sosial mövzular üzərində cəmlənməyə başlayır. Uşaq özünü həmyaşıdları ilə müqayisə etməyə başlayır. Həmçinin böyüklərdən etdiyi işlərə görə tərif və dəstək gözləyir. Etdiyi yaxşı işin müqabilində tərif görərsə özünəinamı artır. Əks halda, uşaqda özünəinamsızlıq duyğusu yaranır.

5) Şəxsiyyət və şəxsiyyət qarışıqlığı (12-20 yaş)

Bu dövrdə uşaqlıq dövründən yeniyetməliyə keçid baş verir. Fizioloji və bioloji dəyişikliklərlə yanaşı psixoloji olaraq da özünü tapmağa çalışır. “Mən kiməm?” sualı haqqında düşünməyə başlayır. Bu dövrdəki problemlər şəxsiyyət qarışıqlığına səbəb olur.

6) Yaxınlığa qarşı yalnızlıq (20-40 yaş)

Bu dövrdə gəncin ayrışeçkilik və ya yalnızlıq duyğusunun inkişafı təhlükəli hesab olunur. Əgər əvvəlki dövrlər problemləli olmuş və şəxsiyyət tamamlanmamış olarsa gəncdə özünəgüvənsizlik, yaxın münasibətlər qurmadan qorxu hissi ola bilər və onu yalnızlığa sövq edər.

7) Məhsuldarlığa qarşı durğunluq (40-65 yaş)

Əgər bu dövrdə şəxs yeni nəsillərin inkişafına rəhbərlik edə bilirsə məhsuldar hesab olunur. Əgər indiyə qədər olan dövrlərdə problemlər həll olunmamış qalıbsa, yaşadıklarından peşmanlıq duyan, hər şeydən şikayətçi, ölümlə ciddi şəkildə maraqlanan bir şəxs yaranmış olur.

8) Mənlik bütünlüyünə qarşı ümitsizlik duyğusu (65 yaş və yuxarı)

Bu dövr həyatla hesablaşma dövrü hesab olunur. Məhsuldar, sağlam şəxsiyyət formalaşdıran insanlar psixoloji, sosial və fiziki məhdudiyətlər olmasına baxmayaraq xoşbəxt dirlər. Lakin əvvəlki dövrləri normal və sağlam yaşamayan insanlar qeyrisosial və tündxasiyyət insana çevrilirlər. Onlar ömürlərinin boşa keçdiyini düşünür, ümitsizlik və ölüm qorxusu ilə yaşayırlar. (8, 48-51)

Məşhur rus psixoloqu L.S.Viqotski insanın inkişaf mərhələlərini 3 qrupa bölmüşdür: Birinci qrupa inkişaf prosesinin qanunauyğunluqları ilə sıx əlaqədə olan xarici amillərə əsaslanmış inkişaf aiddir. Buraya Rene Zazzonun biogenetik inkişaf prinsipi və Pavel Blonskinin dişlərin əmələgəlmə mexanizminə əsasən qurulan təsnifatı aiddir.

Viqotskinin ikinci yaş mərhələləri qrupuna şəxsin daxili istəklərinə əsasən seçiminə əsaslanan inkişaf (Ziqmund Freydin şüursuzluğun davranışı, daxili enerjinin üzə çıxma prosesi və onun təmin olunması, yaxud sıxışdırılmasına əsaslanan təsnifatı.) daxildir.

L.S.Viqotskinin üçüncü yaş qrupunun mövcud meyarlarına əsaslanan inkişaf təsnifatına V.İ.Slobodçikovun mənəvi dirçəliş prosesinə əsaslanan təsnifat ( Birinci pillə - canlanma, ikinci pillə - ruh yüksəkliyi, üçüncü pillə - şəxsiyyətləndirmə, dördüncü pillə - fərdiləşmə.) daxildir. (8, 78-79;88)

İnsanın şəxsiyyət kimi formalaşmasında biogen, sosiogen və psixogen faktorlar əsas rol oynuyur. İnsan hər şeydən öncə bioloji varlıqdır və «Homo Sapiens» (ağıllı insan) növünə daxil edilir. Bioloji varlıq olan insan daima cəmiyyətlə, mühitlə qarşılıqlı əlaqədə olur. Buna görə də mahiyyəti etibarlı ilə insan sosial varlıq hesab olunur. İnsanın şəxsiyyət kimi formalaşmasını psixogen faktorlarsız təsəvvür etmək mümkün deyil. Psixologiyada insanın bioloji varlıq kimi psixoloji keyfiyyətləri fərd termini ilə xarakterizə olunur, sosial varlıq kimi isə şəxsiyyət termini ilə ifadə olunur. Hər bir insan fərd kimi doğulur, cəmiyyət ilə qarşılıqlı əlaqədə müəyyən sosial keyfiyyətlər qazanır və şəxsiyyətə çevrilir. Şəxsiyyətəhaqqında Pavlovun nəzəriyyəsində biogen, sosiogen və psixogen elementlərin sintezinin yaradılmasından ətraflı şəkildə bəhs edilir. (10, 26)

Uşaqlıq dövrü hər bir insanın həyat yolunun, fərdi inkişafının başlanğıcı və əsasıdır. O, insanın ontogenezdə inkişafının fərdi qəbul edilmiş digər mərhələlərinə nəzərən tez, coşqun bir tərzdə ötür keçir. Dilimizdə artıq çoxdan aforizmə çevrilmiş “Hər şey uşaqlıqdan başlanır.” fikri bu yaş dövrünün insanın həyatı və taleyində həlledici rol oynadığını bir daha təsdiq edir. Uşaqlıq dövrü insanın şəxsiyyət kimi təşəkkülünün, sosial dəyərləri mənimsəməsinin məhsuldar dövrüdür. Dilindən,

dinindən, irqindən və milli-etnik xüsusiyyətlərindən asılı olmayaraq bütün uşaqlarda psixika eyni qanunauyğunluqlar əsasında inkişaf edir. Dünyanın müxtəlif coğrafi ərazilərində yaşamasından asılı olmayaraq, bütün uşaqlar öz inkişafalarında çağalıq, körpəlik, məktəbəqədər uşaqlıq, kiçik məktəb yaşı, yeniyetməlik və erkən gənclik kimi mərhələlərdən keçir: onların hamısında inkişaf böhranlı və sabit olmaqla iki əsas cəhətlə xarakterizə olunur. (2, 3-9)

Şəxsiyyətin formalaşmasında, uşağın şəxsiyyətə çevrilməsində sosial amillər (ailə, məktəb, sosial müəssisə və təşkilatlar) həlledici rol oynayır. Sosial amillər insanın təbii, bioloji quruluşuna, orqanizminə psixoloji amillər vasitəsilə təsir edərək onu normal şəxsiyyət kimi təşəkkül etdirir, başqa sözlə, şəxsiyyətə çevirir. Bunu qeyd edək ki, sosial cəhətlər yalnız təlim-tərbiyə ilə məhdudlaşmır (insan passiv varlıq, ağ lövhə deyil). Çünki insan planlı, məqsədli təsirləri qəbul etməklə yanaşı özü təsir edən, dəyişdirən, quran, yaradan, fəal, canlı məxluqdur. Şəxsi sosial fəallıq, qarşılıqlı təsir olmasaydı, adamın sosializasiyası (insanlaşma) mümkün olmazdı. (6, 55)

Uşağın psixi inkişafında onun hərəkətverici qüvvələri və bu inkişafı təmin edən amillər, zəruri şərtlər özünəməxsus rol oynayır. Bunların bəziləri psixi inkişafda həlledici, aparıcı, əsas rola malikdir, bəziləri isə köməkçi, yardımçı əhəmiyyət kəsb edir. Eyni zamanda müxtəlif yaş mərhələlərində bunların oynadığı rol, yer, mövqe dəyişə bilər. Uşağın psixi inkişafı təbii imkanlarla bilavasitə bağlıdır. Psixi inkişafın zəruri şərtlərinə təbii imkanları, həmin imkanları zahirə çıxaran irsi xüsusiyyətləri və yetkinləşmə proseslərini (təbii şərtləri), o cümlədən istedadı aid etmək olar. Beynin ayrı-ayrı hissələri – böyük yarımkürələri, onların qabığı, sinir sisteminin şöbələri – maddi substrat mövcud olmasa, inkişaf etməsə, uşaqda nə fizioloji, nə də psixi hadisələr təşəkkül tapa bilər. Uşağın psixi inkişafına irsi, anadangəlmə amillərdə təsir göstərir. (6, 60)

İnkişafın əsasında orqanizmlə mühitin qarşılıqlı təsiri durur. Belə ki, körpənin psixi inkişafı onun həyatının ilk çağlarından başlayaraq, sosial həyat şəraitinin, onun fəaliyyətinin sayəsində mümkün olur. Əgər uşağı sosial mühitdən kənarında böyütməyə təşəbbüs göstərilərsə, o, anatomik-fizioloji baxımdan inkişaf etsə də, mənəvi inkişafdan məhrum olacaq, bir şəxsiyyət kimi formalaşmayacaq, ağılı, kamalı,

düşüncəsi və nitqi təşəkkül tapmayacaq və körpə səviyyəsində qalacaqdır. Beləliklə, uşağın böyüyüb kamala çatması üçün onun insanlar arasında, sosial mühitdə yaşaması, bəşəriyyətin əldə etdiyi biliklər sistemini, ictimai-tarixi təcrübəni mənimsəməsi, real münasibətləri dərk etməsi tələb olunur. (3, 75)

Məlumdur ki, təbii, mühit və ictimai şəraitin (iqlim, dağlıq və ya aran yeri, dəniz sahili, meşəlik, çay kənarı, həyat təzi, mənzil şəraiti, anatomik-fizioloji xüsusiyyətlər, konkret tarixi dövr) uşağın psixi inkişafında özünəməxsus yeri vardır. Uşaq öz valideynlərinin iqtisadi vəziyyətindən, sosial mövqeyindən, peşəsindən asılı olan ictimai mühitdə formalaşmış inkişaf edir. Həyat şəraiti, əlbəttə, öz-özünə birbaşa uşağın psixi inkişafını, onun birbaşa formalaşmasını müəyyən etmir. Şəraiti eyni olan bir ailədəki uşaqlarda müxtəlif psixoloji xüsusiyyətlər təşəkkül tapa bilər. Bu prosesdə, ilk növbədə adamlar, xüsusilə də valideyn və müəllimlər daha əhəmiyyətli rol oynayırlar. (3, 79)

Psixi inkişafa fəaliyyət növlərinin müxtəlif cür təsiri vardır: uşaqda yeni psixoloji xüsusiyyətlərin təzahürü onun fəaliyyətinin xarakterindən, səmərəli təşkilindən, aparıcı rolundan, fəaliyyətin ayrı-ayrı növləri ilə qarşılıqlı əlaqəsindən asılıdır.

Çağa anası ilə vasitəsiz emosional ünsiyyətdə normal inkişaf edir, xəstəliklərdə daha tez sağalmağa başlayır. Əksinə uşaq anadan ayrıldıqda, “ana həsrəti” , “ana xiffəti” çığının psixi sağlamlığına mənfi təsir göstərir. Uşaq anasının qucağında onun nəvazişini duyur və bundan rahat, məst olur, əhvali-ruhiyyəsi yaxşılaşır. Ana da övladını əmizdirərkən, onun xidmətində olarkən özündən razı qalır, fərəhlənir. Şübhəsiz, bu qarşılıqlı emosional ünsiyyət ananın uşağa məhəbbətini artırır, uşağın psixi inkişafına əməli təsir edir.

Milli psixologiyanın öyrənilməsinə dair aparılmış tədqiqatlardan məlum olur ki, uşaqlıq vaxtı yaxşı qayğı ilə böyüdülmüş uşaqlar, adətən, istiqanlı, insanpərvər, mərhəmətli olurlar. Ana ilə qarşılıqlı ünsiyyətdə olmayan uşaqlar cılız, bəzən də kobud, rəhmsiz olurlar. Odur ki, bəzi ölkələrdə qisasçı ordu təşkil edərkən, uşaq evində böyümüş yetimləri xüsusi qoşun növlərinə qəbul edirlər. (6, 72)

## 1.2 Uşaqların inkişaf mərhələləri və onların psixi inkişafında ünsiyyətin rolu.

Psixi inkişafın hərəkətverici qüvvələrindən biri də ünsiyyətdir. O, insan təlabatları içərisində xüsusi yer tutaraq uşağın inkişafında, o cümlədən şəxsiyyətin formalaşmasında mühüm rol oynayır. (6,74).

Hələ qədim zamanlardan insanlara məlum idi ki, uşaqların çoxu yetim evində tez ölür. 1760-cı ildə ispan yepiskoplarından biri öz gündəliyində yazmışdı: “Yetim evində uşaq kədərli olur və onların bir çoxu kədər çəkdiyi üçün ölür”. Çünki onlarda ünsiyyət tələbatı ödənilmir.

XIX əsrin sonu – XX əsrin əvvəllərindədünyanın müxtəlif ölkələrində xüsusi və dövlət yetim evləri şəbəkəsinin genişləndiyi bir şəraitdə belə faktlar diqqəti xüsusilə cəlb etməyə başladı. Kiçikyaşlı yetim uşaqlar arasında, ələlxüsus onların həyatının ilk aylarında və ilində, ölüm hadisəsi çox idi. Sağ qalan uşaqlar isə özlərinin ümumi fiziki və psixi inkişafına görə həmyaşıdlarından kəskin surətdə geri qalırdılar: 3 yaşında onlar, demək olar ki, danışmır, tərbiyyəçilərin sözüne baxmır, özlərini həddindən artıq passiv və ya əksinə, aqressiv aparırdılar.

İkinci Dünya Müharibəsi illərində də belə hallar daha geniş miqyasda müşahidə olunurdu. R.Spitsin 1945-ci ildə nəşr olunmuş kitabında bir uşaq evində yaranmış dramatik mənzərə belə təsvir olunur: birinci iki ildə uşaqların 37 faizi tələf olmuşdu. Sağ qalmış 21 uşaqdan ən kiçiyi 2, ən böyüyü isə 4,1 yaşında idi. Onlardan 5 nəfəri hərəkət etməyi və oturmağı bacarmırdı, ancaq 3 nəfəri köməksiz otura bilirdi, 12 uşaq özü qaşığıla xörək yeməyi, 20-si isə geyinməyi bacarmırdı. Onların hamısının nitqi inkişaf etməmişdi: 21 uşaqdan 6-sı tamamilə danışmır, 12 nəfəri 2-5 söz tələffüz edir, yalnız 1 nəfəri cümlə qura bilirdi. (1, 501)

Pediatrlara və uşaq psixiatrlarına da belə hallar yaxşı bəlli idi: onlar müşahidə etmişdilər ki, ana-atasından, bacı və qardaşlarından ayrılıqda xəstəxanada müalicə olunan kiçikyaşlı uşaqlar fiziki və psixi cəhətdən normal inkişaf etmirlər. Bu faktların ümumiləşdirilməsi əsasında elmdə “qospitalizm” (fransızca hospital xəstəxana deməkdir) termini əmələ gəlmişdir. Qospitalizm dedikdə, yetim uşaqların, eləcə də anasından, atasından və b. ayrılıqda xəstəxanada müalicə edilən uşaqların fiziki və psixi inkişafında özünü göstərən xüsusiyyətlər nəzərdə tutulur. Psixoloqların böyük



əksəriyyəti qospitalizm hadisəsinin təhlili əsasında praktik işçilərin diqqətini kiçik uşaqların fiziki və psixi inkişafında yaxın adamlarla ünsiyyətin roluna cəlb etmişlər. “Ünsiyyət defisiti” – adamlarla kontaktın azlığı və ya olmaması uşağın inkişafına dramatik surətdə mənfi təsir göstərir. (1, 502)

Çoxdan məlumdur ki, valideyn himayəsindən, ata-ana qayğısından kənarında – tənhalıqda, xəstəxanada, yetim evlərində, məhdud ünsiyyət şəraitində böyümüş uşaqlar həm fiziki, həm də psixi cəhətdən anormal inkişaf edirlər. Ümumiyyətlə, nəinki uşaqlar, hətta böyük adamlar da uzun müddət tək-tənha qaldıqda, ünsiyyətdə olmadıqda, insanlardan təcrid şəraitində yaşadığı onların psixikasında da dəyişiklik, sarsıntı baş verir. Ünsiyyət zamanı isə uşaqlar bir-birinə qarşılıqlı təsir göstərir, əlaqəyə girir, əməkdaşlıq edir və bir-birini anlayıb başa düşürlər. (6.74)

Uşağın ünsiyyət təlabatında iki meyl özünü büruzə verir: birinci o, başqalarına onu əhatə edənlərə oxşamağa, onlar kimi davranmağa, düşünməyə, insanlar arasında olmağa çalışır. Digər tərəfdən öz “mən”ini başqasından ayırmağa, fərqlənməyə, müstəqilliyə can atır. Bu zaman onun fərdiyyətə aid xüsusiyyətləri inkişaf edir və şəxsiyyətlərarası münasibətdə öz yerini tutur. Beləliklə, uşağın psixikası əməli ünsiyyətdə formalaşmağa başlayır, ünsiyyət zamanı o, özünün və başqalarının hərəkətlərini, rəftarını təhlil etməyi öyrənir, sosial-psixoloji təcrübəyə yiyələnir, bir-birini qavrayır, mənəvi cəhətdən zənginləşir, onda psixi sağlamlıq, xoş əhval yaranır. Uşağın inkişafında ailədaxili ünsiyyət, həmçinin yaşlılarla, həmkarları ilə ünsiyyət mühüm rol oynayır: uşaq ana-ata ilə ünsiyyətdə formalaşdıqca ərsəyə çatır, onun bir şəxsiyyət kimi inkişafının özülü bəzən həmin söhbətlərlə qoyulur. Valideynlə ünsiyyətdə uşaq təbiət və cəmiyyət haqqında müəyyən biliklərə yiyələnir, özünü, başqa adamları qiymətləndirməyi öyrənir. (6,75)

Ünsiyyət uşağın sosial təlabatıdır, bu vaxt uşaqlar bir-birini anlayır, fikir mübadiləsi edir, birlikdə sevinir, kədərlənir, müxtəlif hisslər keçirirlər. Uşaq ünsiyyətinin mühüm bir forması da söhbətdir. Müxtəlif mövzularda aparılan söhbətlərdə uşaq üz-üzə, göz-gözə, yoldaşı-dostu ilə ünsiyyət saxlayır və tədricən uşaqda ünsiyyət mədəniyyəti formalaşır, nitq zənginləşir. (2, 59)

Uşaq psixologiyasının ən mühüm və hələ lazımi səviyyədə araşdırılmamış problemlərindən biri də yaş dövrləridir. Onun düzgün müəyyənləşdirilməsi şübhəsiz, hər bir dövrdə müvafiq təlim-tərbiyə işlərinin aparılmasına imkan yaradır. İnkişaf fasiləsiz olaraq, dayanmadan davam etdiyinə görə bir yaş dövrünün və digərinin nə vaxt başlanmasını dəqiq müəyyənləşdirmək çətindir. Amma inkişaf fərdi planda qeyri-bərabər – diskret gedə bilir, onun cərəyanı, gedişi sürətlənə, artıb – azala bilir, keyfiyyət fərqi nəzərə çarpır. Bu isə yaş dövrlərini qismən təyin etməyə imkan verir. Lakin fərdi xüsusiyyətlərdən asılı olmayaraq, normativ qanunauyğunluq belədir: uşaq inkişafın bütün mərhələlərini ardıcıl və fasiləsiz keçir. (6,102)

Ayrı-ayrı yaş dövrlərində uşaqlar təkcə əldə etdikləri bilik və bacarıqların miqdarına görə deyil, psixikasının xüsusiyyətlərinə, ətraf gerçəkliyə münasibətlərinə görə də bir-birindən fərqlənirlər.(4, 67)

İnkişafın yaş dövrlərinə tarixilik və prinsipləri mövqeyindən yanaşan alimlər hər bir yaş dövrünü səciyyələndirən aşağıdakı xüsusiyyətləri aşkara çıxarmışlar: həyat şəraiti və fəaliyyət, ətrafdakılara münasibət, şəxsiyyət strukturunun və idrak sahəsinin xüsusiyyətləri, subyektin dəyişməsi, anatomik-fizioloji dəyişikliklər. (4, 71) Psixologiyada inkişafın yaş dövrləri, xüsusiyyətləri qısa və yığcam olaraq aşağıdakı kimi səciyyələndirilir:

- 1) Çağalığ dövrü:uşağın anadan olduğu andan bir yaşadək. Bu dövr üçün fəaliyyətin aparıcı növü yaşlılarla bilavasitə emosional ünsiyyətdir. Bu ünsiyyət daxilində və onun fonunda görmə, eşitmə, əzələ-hərəkət və başqa duyğu və qavrayışlarla tənzim olunan hərəkətlər təşəkkül tapır. Bu yaşın ən mühüm nəzərə çarpan cəhəti başqaları ilə ünsiyyətə olan tələbatın və onlara müəyyən emosional münasibətin formalaşmasıdır.
- 2) Körpəlik dövrü: 1 yaşdan 3 yaşadək. Həmin dövr üçün aparıcı fəaliyyət-əşyavi-manipulyativ fəaliyyətdir. Onun səciyyəvi halı uşaqda nitqin inkişaf etməsi, əşyaların mənacə adlandırılması, yaşlılarla ünsiyyət zamanı uşağın cəmiyyət tərəfindən işlənilib hazırlanmış hərəkət tərzlərinə yiyələnməsidir. Bu dövrdə diqqəti cəlb edən digər cəhət – nitq və əyani - əməli təfəkkürün inkişaf etməsi, şüurun təzahürü, başqaları üçün uşaq “mən”in formalaşmasıdır.

- 3) Məktəbəqədər yaş dövrü: 3 yaşdan 6 yaşadək. Bu dövr üçün aparıcı fəaliyyət rolu oyunlardır. Bu zaman uşaqda təxəyyül və simvolik funksiyalar formalaşır, insani münasibətlərə və işlərə ümumi fikir, bələdləşmə əmələ gəlir, tabeçilik və idarəetməyə şüurlu münasibət təşəkkül tapır. Həmin dövrdə ictimai baxımdan əhəmiyyətli və qiymətləndirilən fəaliyyət uşağın artıq məktəb həyatına hazır olmasına dəlalət edir.
- 4) Kiçik məktəb yaş dövrü: 6 yaşdan 10 yaşadək. Həmin dövrdə aparıcı fəaliyyət təlimdir. Təlim prosesində niyyətli hafizə təşəkkül tapır, insani münasibətlər, ətraf aləmin cisim və hadisələri haqqında biliklər mənimsənilir, məktəblidə nəzəri şüur və təfəkkür təzahür edir, bunlar üzrə müvafiq tərz və qaydalar (refleksiya, analiz, fikrən planlaşdırma) inkişaf edir, təlim tələbatı, motivləri yaranır, bilik sahələrinə maraq əmələ gəlir. Həmin yaş dövrünün nəzərə çarpan cəhətləri – psixi hadisələrin ixtiyariliyi, hərəkətlərin daxili plana malik olması, yəni interiorizasiyanın meydana gəlməsidir.
- 5) Yeniyetməlik dövrü: 10,11 – 14, 15 yaş. Aparıcı fəaliyyət – ictimai faydalı fəaliyyətdir. Ona daxildir: əmək, tədris, ictimai – təşkilati işlər, şəxsi ünsiyyət, idman və bədii fəaliyyət. Yeniyetmə ünsiyyət prosesində müxtəlif şəraitlərdə ünsiyyət tərzlərinə yiyələnir. Bu dövrdə nəzəri cəlb edən cəhətlər özünü qiymətləndirmə, ətrafdakı adamlara tənqidi münasibət, müstəqillik və “yaşlılığa” meyl, kollektiv həyat normalarına tabe olmaq bacarığından ibarətdir. Onların xüsusi fəallığı nəzərə çarpır və meylləri geniş olur. (6, 105-106)

## II FƏSİL. UŞAQ PSIXOPATOLOGİYASI.

### 2.1. Uşaq psixopatologiyası .

Ümumiyyətlə, psixoloji problemlərin demək olar ki, əksəriyyətinin kökündə uşaqlıq yaş dövründə yaranan travmaların dayandığı hesab olunur. Uşaqlar dünyaya gəldikləri zaman xarici dünyanın təhlükələrinə qarşı həssas olurlar. Onların ən böyük güvən mənbəyi bütün ehtiyaclarını təmin edən və qoruyan valideynləri olur. Lakin valideynlərinin boşanması, onlardan birinin və ya hər ikisinin ölümü, uşağa qarşı fiziki və psixoloji şiddət və s. problemlər uşaqlarda travmalar yaradaraq, müxtəlif psixoloji problemlərin və xəstəliklərin yaranmasına səbəb olur.

Uşaqlıq dövründə yaranan psixopatologiyalardan aşağıdakıları nümunə göstərmək olar:

1. İnkişaf psixopatologiyaları
2. Təşviş pozuntuları
3. Tik pozuntuları
4. Destruktiv (yıxıcı) davranış pozuntuları
5. Qidalanma pozuntuları
6. İfrazat pozuntuları (23, 28)

1. İnkişaf psixopatologiyaları.

1. İntellekt Pozuntuları (Kəmağıllılıq):

İntellekt inkişafının normalın altında olmasına kəmağıllılıq deyilir. Kəmağıllılığın növləri aşağıdakı kimidir.

- Yüngül dərəcədə kəmağıllılıq (ZB: 50 – 70).
- Orta dərəcədə kəmağıllılıq (ZB: 35 – 50)
- Ağır dərəcədə kəmağıllılıq (ZB: 20 – 35)
- Çox ağır dərəcədə kəmağıllılıq (ZB: 20 > ...)

Ağır kəmağıllılıq daha çox kiçik yaşlarda hiss edilir. Yüngül kəmağıllılıq isə məktəb yaşlarında hiss edilir. Kəmağıllılığa səbəb olan faktorlara xəstəliklər, genetika, qidalanma, mühitlə əlaqəli problemləri göstərmək olar. Müalicəsi üçün ilk olaraq altda yatan səbəbi müəyyənləşdirib, müalicə etmək lazımdır. Psixopedaqojik və

davranış müdaxilələri və xüsusi tədris məsələləri ilə yüngül dərəcəli kəmağıllılığı müalicə etmək mümkündür. (13)

## 2. Öyrənmə pozuntuları:

Öyrənmə pozuntularına ilk olaraq, uşağın məktəbdə uğursuz olduğu zaman fərqiə varmaq mümkün olur. Bu zaman uşaqlar əsas oxuma bacarıqları olan öyrənmə və anlamaqda çətinlik çəkirlər. Həmçinin yazma, riyazi qabiliyyətlərin qazanılması, fikir yürütmə, oxuma hətta danışma zamanı da çətinlik çəkirlər. Bəzi uşaqlar isə oxuma, yazma, və asan hesablama qaydalarını öyrənə bilir, lakin daha çətin riyazi və akademik tapşırıqları həll edən zaman problemlə qarşılaşırlar. Bütün öyrənmə pozuntularının təxminən 80%-i oxuma pozuntusundan ibarətdir.

Öyrənmə pozuntularının səbəbləri tam olaraq bilinməsə də, geniş yayılmış fikirlərə görə öyrənmə pozuntuları genetik və ətraf mühit faktorları ilə təyin olunan bioloji mülahizələrə əsaslanan funksional bir pozuntudur. Bu funksional pozuntular danışma, oxuma, yazma və riyazi bacarıqların inkişaf etməsində gecikmə və ya azalmaya səbəb olur. Həmçinin öyrənmə pozuntuları doğumdan əvvəl, doğum zamanı və doğum sonrası fəsadlara bağlı olaraq 3 yerə ayrılır: 1) Hamiləlik zamanı keçirilən infeksiyalar və yanlış dərman istifadəsi, zəif və rejimsiz qidalanma. 2) Doğuş zamanı yaranan çətinliklər səbəbi ilə uşaqda nəfəsalmının gecikməsi. 3) Doğulduqdan sonrakı dövrdə uşağın keçirdiyi müxtəlif xəstəliklər öyrənmə pozuntularına səbəb ola bilər.(43)

Öyrənmə pozuntularından ən çox rast gəlinən “Disleksiya” pozuntusudur. Daha çox oxuma pozuntusu kimi müşahidə olunan disleksiya diqqət və yaddaşa ciddi təsir göstərir. Normal insanlar oxuma, yazma və anlama zamanı beynin sol yarımkürəsini istifadə edirlər. Disleksiya kimi öyrənmə pozuntuları olanlar isə sol yarımkürəni istifadə etməkdə çətinlik çəkirlər. Disleksiya pozuntusu olan insanlarda riyazi zəka daha üstün olur. Disleksiya zəka səviyyəsinin aşağı olması ilə əlaqəli problem deyil. Disleksiya pozuntusuna sahib olan şəxslərdə səslər, hərf və sözlər arasındakı əlaqəni anlamada çətinlik çəkirlər. Bu da oxuma bacarıqlarına yiyələnən zaman problemlər yaradır.

Yazı prosesinin qismən pozulmasına “Disqrafiya” deyilir. Disqrafiyaya tez-tez oxuma pozuntusu (disleksiya) ilə birlikdə rast gəlinir. Bu pozuntu zamanı hərflərin yazılışında və qrammatikada səhvlər müşahidə olunur. Məsələn: bir-birinə bənzəyən hərfləri (b-d, p-q, c-ç) və ya rəqəmləri (6-9, 12-21) qarışdırırlar. Nöqtəli və nöqtəsiz hərfləri qarışdırırlar (o-ö, u-ü). Hecalama xətaləri edir və sözdəki hərfləri ayıraraq yazırlar. Durğu işarələrini istifadə etmirlər. Qarışıq və səliqəsiz yazırlar. Belə uşaqlarda həmçinin başa düşmə və başa salma problemlərinə də rast gəlinir. Yazı pozuntusunun daha ağır formasına isə aqrafiya deyilir. Aqrafiya, ümumiyyətlə, yazı qabiliyyətinin heç olmamasıdır.

Öyrənmə pozuntularından biri də “Diskalkuliya”dır. Diskalkuliya riyazi hesablamalar bacarığının olmamasıdır. Belə uşaqlar sadə vurma cədvəlini öyrənmədə, toplama-çıxma kimi sadə riyazi hesablamalarda çətinlik çəkirlər. Həmçinin zamanı, sol və sağ arasındakı fərqi, yaxın-uzaqlığı və s. anlaya bilmirlər. Öyrənmə pozuntularının müalicəsi üçün erkən yaşlarda diaqnozu çox vacibdir. Erkən diaqnoz zamanı məktəbə qədər olan müddətdə bu pozuntunun inkişafının müəyyən qədər qarşısı alınabilir. (33, 78-79)

### 3. Nitq Pozuntuları.

Nitq pozuntuları dil inkişafı ilə əlaqəli pozuntulardır. Əgər uşaq danışarkən səsləri düzgün və axıcı tələffüz edə bilmirsə bu nitq pozuntusudur. Nitq pozuntularının müxtəlif səbəbləri var. Danışmağımızı təmin edən əzələ və sümük quruluşundakı dəyişikliklər, damaq və diş problemləri, beyin və ya sinirlərdə meydana gələn problemlər, eşitmənin itirilməsi, serebral palsi, parkinson, als kimi nevroloji pozuntular, beyin zədələnməsi və əqli gerilik, autizm, asperger, daun sindromu, genetik sindromlar nitq pozuntuların səbəblərindən sayıla bilər.

Nitq pozuntularının müxtəlif növləri vardır: ən çox müşahidə olunan danışmaq səslərinin yalnış və ya əskik inkişafı ilə özünü göstərən fonoloji pozuntu – artikulyasiya pozuntusu. Danışığın axıcılığında problem olması ilə müşahidə olunan – kəkələmə pozuntusu. Səsin batması ilə özünü göstərən səs pozuntusu – apraksi (Nitqin motor pozuntusu). Beynin zədələnməsi nəticəsində beynin sol

yarım kürəsindəki dil sahələrinin xəsarəti nəticəsində ortaya çıxan nevroloji nitq pozuntusu.

Nitq pozuntularında uşaq hansı səsləri çıxara bilir, hansıları çıxara bilmir və ya hansı səsləri sözün müxtəlif yerində istifadə edib etmədiyi kimi faktorları müəyyən edən testlərlə, həmçinin danışığın axıcılığı və sürətini ölçərək dəyərləndirmə aparıldıqdan sonra uyğun terapiya planı hazırlana bilər. Lazım olarsa eşitmə testi, nevroloji müayinədən də keçirilə bilər. (17, 393-394)

## 2. Təşviş pozuntuları.

Təşviş önəmli adaptiv xüsusiyyətə malikdir. Əgər həddindən artıq və həddindən çox çəkərsə adaptiv olmaqdan çıxar. Təşviş pozuntusuna qorxu, narahatçılıq və həyəcan daxildir. İnkişaf əlaqəli təşvişlərə aşağıdakılar aiddir:

- Ayrılıq təşvişi
- Yad adam təşvişi
- Yaşla əlaqəli qorxular
- Yeniyetməlikdə müəyyən təşviş və qorxular

Ayrılıq təşviş zamanı uşaq sevdiyi insandan (əsasən ana) ayrılma bilmir.

Buzaman həddindən artıq, funksionallığı pozan təşviş halı yaranır:

- ✓ Narahatçılıq
- ✓ Təkrarlayan somatik şikayətlər
- ✓ Kabuslar
- ✓ Yuxuya getməyi istəməmək

Diagnoz qoymaq üçün ən az 1 ay müddət olmalıdır. Bu pozuntuya sahib şəxs 6-18 yaş arası olmalı, funksionallıq pozulmuş olmalıdır. Gələcəkdə panik pozuntu və ya aqorafobiya riski vardır .

İctimai həyəcan pozuntusu (Sosial fobiya). İctimai mühitlərdə yad adamlarla qarşılaşmağa qarşı yaranan təşviş halına ictimai həyəcan pozuntusu deyilir. Sosial mühitlər ciddi təşviş və ya panik tutmaya səbəb ola bilər. Somatik şikayətlər (panikə bənzər) olması mümkündür. İnsanların onu qınaması, utancaqlıq hissi, biabırçılıq kimi fikirləri ola bilər.

Yayılmış təşviş pozuntusu. Bu pozuntuda həddindən artıq və kontrol edilə bilməyən, gündəlik funksionallığı pozantəşviş vardır. Mütləq ən az bir somatik şikayət olmalı və ən az 6 ay şikayətlər davam etməlidir. Qısa müddətli rahat dövrlər ola bilər. Bir çox tədqiqatlar depressiya ilə yaygın təşviş pozuntusu arasında ciddi əlaqə olduğunu göstərmişdir. Genetik səbəblərin rolu olduğu düşünülür. Yayılmış təşviş pozuntusuolan yeniyetmələr çox zaman daha sonra depressiyadan əziyyət çəkirlər.

Xüsusi fobiyalar (Spesifik fobiya). Xüsusi bir stimula bağlı həddindən artıq yaranan təşviş halıdır. Panik tutmanın da daxil olduğu təşviş əlamətləri stimulla qarşılaşdıqdan həmən sonra baş verir. Uşaqlarda təşviş ciddi narahatçılıq, tantrumlar, inhibisiya, valideynlərə yapışma hallarına səbəb ola bilər. Ən az 6 ay simptomlar davam etməlidir. Fobiyalar heyvanlara qarşı, təbiət hadisələrinə qarşı, qan və yaralanmalara qarşı, xüsusi vəziyyətlərə qarşı və s. ola bilər. Aqorofobiya bir yerdən xilas olma ehtimalının zəif olduğunu düşünərək o yerə getməkdən çəkinmək halıdır.

Uşaqlarda təşviş pozuntularının terapiyasına keçmədən əvvəl patoloji təşviş pozuntularını qorxu və narahatlıqlardan ayırmaq üçün bəzi testlər tətbiq olunmalıdır. Uşaqlarda təşviş pozuntularının müalicəsində psixodinamik nəzəriyyə və kognitiv davranış terapiyaları tətbiq edilir. Xüsusilə travmatik bir hadisəyə məruz qalan uşaqlarda, oyun terapiyası və rəsm terapiyası faydalı olur. (21, 176-179)

### 3. Tik pozuntuları:

Tiklər müəyyən əzələ qruplarında baş verən qeyri-ritmik hərəkətlərdir. Uşaqlarda tik onların iradələrindən asılı olmayan, ani olaraq özünü göstərən və təkrarlanan mənasız hərəkətlərdir. Tiklər adətən erkən yaşlarda başlayır. Daha çox 3-4 yaşdan sonra görülür. Nadir hallarda 15 aydan erkən baş verə bilər. Ən sıx görüldüyü yaşlar 6-7 və 11-13 yaş aralığı olur. Tiklərin yayılma sıxlığının kişi cinsində qadınlardan 4 qat daha çox olduğu müəyyən olunmuşdur. Səbəbi tam olaraq bilinməsə də, tiklərin yaranmasında genetik və mühit faktorlarının rol oynadığı düşünülür. Həmçinin stress və psixoloji səbəblərdə tiklərin artmasına səbəb olur. Uşağın davranışlarına, hər hansı bacarığına qarşı maraq göstərməmə və sevgisizlik, uşağın davranışlarını tənqid etmə və bacarığının üzərində gözləntinin olması, digər



uşaqlarla müqayisə edilməsi, ailə içində münaqişələr, valideynlərinin tez-tez tikin olduğunu vurğulaması və s. psixoloji problemlər tiklərin daha uzun müddət davam etməsinə gətirib çıxarır. Həmçinin uşağın öz yaşıdları və digərləri tərəfindən lağ edilməsi ilə tiklərin şiddəti və sıxlığı arta bilər. Lakin 90% uşaqlarda tiklər yeniyetməlikdə itir. (44)

Ən sıx müşahidə olunan tiklərə – göz qırpma, qaş qaldırma, dodaq-burun oynatma göstərilə bilər. Tiklər motor (hərəkət) və vokal (səs) olmaqla 2 qrupa ayrılır. Motor və vokal tiklər də öz aralarında sadə və kompleks olmaqla alt qruplardan ibarət olur.

Sadə motor tiklər: göz qırpma, gözü geniş açma, qaş qaldırma, yanaqları oynatma, burun hərəkətləri, dodaq hərəkətləri, çənə hərəkətləri, çiyin oynatma, əl-qol hərəkətləri, qarın hərəkətləri, ayaq hərəkətləri.

Kompleks motor tiklər: mimik hərəkətlər, paltarla oynama, tullanmaq, geniş əl hərəkətləri, distonik tiklər, exopraksiya, kopropaksiya, palipraksiya.

Sadə vokal tiklər: boğaz təmizləmə, öskürmə, qışqırma, fit çalma, dərin nəfəs alma, burun çəkmə, tüpürmə, heyvan səsləri çıxarma, hecaları səsləndirmə (hmm, uuu, eh, ah və s.).

Kompleks vokal tiklər: exolalia, koprolalia, palilalia, kəkələmə, nitqin bəzi hissələrini demə, bəzi uyğunsuz sözləri təkrarlama (kök, kök, kök; kömək, kömək; hə, hə, hə və s.).

Turetta pozuntusu uşaqlıqdan başlayan bir xəstəlikdir. Təxminən 7-10 yaş aralığında yaranır. Motor və vokal tiklərlə birlikdə görülə bilər. Turetta sindromunun təsvir olunması tiklərin öyrənilməsində əsas mərhələ hesab olunur.

Tiklər digər pozuntularla komorbidlik göstərə bilər. Bunlardan diqqət əksikliyi və hiperaktivlik, təşviş pozuntuları, autizm, emosional disrequlyasiya, sosial davranış problemləri və s. nümunə göstərmək olar. Müalicəsi zamanı ağır formadadırsa farmakoloji terapiyadan istifadə oluna bilər. Həmçinin davranış terapiya metodlarından istifadə olunur. Bununla yanaşı komorbid xəstəliklərin müalicə olunması vacib faktordur. (38)

#### 4. Destruktiv (yıxıcı) davranış pozuntuları:

Bəzi uşaqlar başqalarını ciddi narahat edən, qeyri-funksional və qanun-qaydalara qarşı olan davranışlar göstərirlər. Bu uşaqlar heç bir səbəb olmadan daim yalnız davranışlar göstərir, hərəkətlərinə nəzarət edə bilmir və tez qəzəblənirlər. Belə uşaqların həyatdan gözləntiləri az olur, təhsillərinə davam etmirlər, özlərinə və başqalarına zərər verirlər. Uşaqlarda yıxıcı davranış pozuntuları müalicə olunmadığı təqdirdə gələcəkdə antisosial şəxsiyyət pozuntusu meydana gətirir.

Bəzən uşaqların böyüklərə qarşı olması normal bir vəziyyətdir. Yalan danışmaları, dava etmələri, deyilənləri eşitməmiş kimi etmələri və ya valideynlərini dinləməmələri və s. bəzi zamanlarda müşahidə olunan davranışlardır. Bunların normal bir davranış yoxsa destruktiv davranış pozuntusu olduğunu bilmək üçün davranışların şiddətinə, təkrarlanma sıxlığına baxmaq lazımdır. Belə pozuntsu olan uşaqlar başqalarına bilərək narahatlıq verir, öz səhvlərinə görə başqalarını günahlandırır, digərlərinə nifrətlə baxır və kin tuturlar. Bu uşaqları tərbiyələndirmək çətin, müqavimət göstərirlər lakin şiddət göstərmirlər.

Destruktiv davranış pozuntusunun daha ağır forması disfunksiya pozuntusu adlanır. Disfunksiya pozuntusu olan uşaqlarda başqalarına şiddət göstərmə, təhdid etmə, dava başlatma, oğurluq etmə, məktəbdən və ya evdən qaçma, heyvanlara və insanlara mərhəmətsiz davranma, yanğın çıxartma, başqalarına qarşı cinsi təcavüz etmə və s. destruktiv davranışlar görülür. Həmçinin hakim fiqurlar (valideynlər, müəllimlər, baxım verənlər) ilə tez-tez münaqişələrə girirlər, tez-tez problem çıxarırlar. Verilən heç bir cəzadan ibrət almazlar. Davranışları ilə üzleşdiklərində utanma və xəcalət çəkmə hissləri olmur. Qısaca, başqalarına zərər verir, fikirlərinə hörmət etmir, adət-ənənələrə və qayda-qanunlara riayət etmirlər. Disfunksiya pozuntusunun simptomları nə qədər tez başlasa pozuntunun müalicəsi o qədər çətin olur.(18, 213-215)

Əvvəllər destruktiv davranış pozuntularının səbəbi genetik və ya ailənin təhsilsiz olması düşünülürdü. Lakin hal-hazırda səbəbləri kimi aşağıdakıları göstərmək olar:

- Doğuş faktorları.
- Ətraf-mühit faktorları (environmental factors).

- Ailənin qatı qaydalar tətbiq etməsi.
- Ailənin uşağa qarşı həddindən artıq nəzarəti və ya tam nəzarətsiz buraxması.
- Valideynlərin uşaqla heç maraqlanmaması, laqeydliyi.
- Uşağın ağır cəzalara məruz qalması.
- Valideyn himayəsindən məhrum olaraq (uşaq evi və ya internatlarda) böyüməsi.
- Fiziki və ya cinsi istismar.
- Mənfi davranışlar göstərən uşağın istəklərini qəbullanma.

Müalicəsi üçün erkən müayinə və müalicə çox vacibdir. Yıxıcı davranış pozuntularının müalicəsində ailə və davranış terapiyaları əsas rol oynayır. Təhlükəli vəziyyətlərdə, psixoterapiyanın yetərsiz qaldığı zaman dərman terapiyasından istifadə edilir. Bu uşaqlar vaxtında müalicə edilməzsə, gələcəkdə antisosial şəxsiyyət pozuntusu yarana bilər. (18, 228)

Diqqət əskikliyi və hiperaktivlik pozuntusu.

Diqqət əskikliyi və hiperaktivlik pozuntusu diqqətsizlik, həddindən artıq hərəkətlilik, impulsivlik və idarəedici funksiyalarda (executive functioning) problemlərlə ortaya çıxan destruktiv davranış pozuntularından biridir. Erkən uşaqlıq dövründə başlayan pozuntudur. Adətən 7 yaşdan əvvəl simptomlar özünü göstərir.

DƏHP-nin etiologiyasına genetik faktorları (Valideyn DƏHP isə risk çox artır. Övladlıqlar üzərində aparılan tədqiqatlarda genetik faktorların varlığı müəyyən olunmuşdur.), mühitlə əlaqəli faktorları (ağır metal zəhərlənmələri, hamiləlikdə siqaret çəkmək və s), prefrontal korteksdə (executive functioning) problemlərinə nevrobioloji mexanizmləri (dofaminerjik beyin mexanizmləri, pre-perinatal fəsadlar, səthi nevroloji defisitlər, beyin infeksiyası, travma, EEG dəyişiklikləri) göstərmək olar. (21)

Müalicəsi. Diqqət əskikliyi və hiperaktivlik pozuntusunun diaqnozu üçün 2 əsas yanaşma mövcuddur.

- ICD-10 (WHO, Avropa)

- DSM-IV (APA, ABŞ)

ICD-10 əsasən diqqət üstündə dayanır. 7 yaşdan əvvəl olmalı və ən az 6 ay mövcud simptomlar olmalıdır. Simptomlar DSM-IV ilə eynidir, amma hər üç sahədə olmalıdır: diqqətsizlik (6/9), HA (3/5), impulsivlik (ən az 1/4). Problemlərin həmçinin ev ya da məktəbin xaricində də müşahidə edildiyindən əmin olunmalıdır (psixolojitet əsnasında). Alt tipyoxdur. Xaric edilmə kriteriyaları – təşviş pozuntusu, affektiv pozuntu, maniakal vəziyyət, autistik xəstəlik mövcud olmamalıdır (DSM - V).

Diaqnoz qoyularkən DSM-IV kriteriyaları daha sıx istifadə olunur. DSM-IV kriteriyalarına görə DƏHP-nin 3 tipi var:

- ✓ Diqqətsizlik tipi - ən az 6 simptom olmalıdır.
- ✓ Hiperaktivlik tipi - ən az 6 simptom olmalıdır.
- ✓ Birləşmiş tip – hər iki qrupdan simptomlar olmalıdır. (34, 29)

Diaqnoz üçün simptomların ən azı iki mühitdə (ev, məktəb və s.) izlənilməsi önəmlidir. DƏHP müalicəsi üçün dərman terapiyası çox təsirlidir. Stimullaşdırıcı dərman olan “metilfenidat” sayəsində dopamin kimyəvi ötürücü (neurotransmitter) sistemi daha yaxşı işləyir və əsas simptomlar olan diqqətsizlik, impulsivlik və həddindən artıq hərəkətlilik üzərində əhəmiyyətli dərəcədə azalma görülür. DEHP terapiyası mərhələli aparılmalıdır. Ailədən ətraflı məlumat alındıqdan sonra uşağa yaşına uyğun testlər tətbiq edilir. Bu testlərə “Continuous performance test”, “Connor`s (valideyn, müəllim və uşağın iştirakı ilə tətbiq olunur.)”, “Nevropsixoloji testlər” aiddir. Diaqnoz qoyulduqdan sonra terapiya prosesi başlayır. Həm uşaq həm də ailə müalicəyə daxil edilməlidir. Davranış və farmakolojimidaxilələr faydalıdır. (26, 474)

##### 5. Qidalanma pozuntuları.

Uşaq və yeniyetmələrdə müxtəlif qidalanma pozuntularına rast gəlmək mümkündür. Bunlara nümunə olaraq aşağıdakıları göstərmək olar:

- Anoreksiya
- Bulimia
- Yeməkdən qaçınma emosional pozuntusu
- Selektiv yemə (həddindən artıq qida seçilməsi)
- Yemək rəddi
- Məhdudlaşdırılmış yemə
- Xüsusi qidalara və ya yeməyə qarşı fobiya

Anoreksiya və ya nevroitik anoreksiya kökəlməyə qarşı olan qorxu hissi ilə qida qəbulunun dayandırılması, iştahanın zəifliyi və ya olmaması, qidalanmaya olan fizioloji təlabatın saxlanması ilə xarakterizə olunan qida pozuntusudur. Həmçinin arıqlamağa qarşı dayanıqlı və güclü meyllə özünü göstərir. Belə insanlarda çəki artımına qarşı hiss edilən həddindən artıq qorxu və bədən formasının pozulmasına, bədənin görünüşünə həddindən artıq həssaslıq vardır. Yeniyetməlik dövründə daha çox rast gəlinir (12-17 yaş) və arıqlamaq məqsədilə qida qəbulunun uzun müddət məhdudlaşdırılması (bəzən hətta imtina edilməsi) ilə xarakterizə olunur. Bu psixoloji pozuntu zamanı xəstə yemək yeməməsinə, çox az yatmasına baxmayaraq çox aktiv olur. Bədən görüntüsünü normal qavrama pozulduğu üçün bədən çəkisinin normaldan aşağı olduğunu düşünürlər. Anoreksiya pozuntusunun diaqnozu üçün əsas simptomlarını bilmək lazımdır:

- Şəxsin normal çəkisini qəbul etməməsi və çəkisinin normaldan az olduğunun fərqiə varmaması.
- Kökəlməkdən həddindən artıq qorxma.
- Bədən formasının pozulması.
- Ən az 3 ay müddətində menstrusaiya tsiklinin olmaması.

Bunlar anoreksiyanın “məhdudlaşdırıcı tip”inə aiddir. Anoreksiyanın digər alt tipi isə “vəhşicəsinə yeyən tip” adlanır. Bu tip bir anlıq vəhşicəsinə yedikdən sonra yediklərinə çıxarmaq üçün müxtəlif üsullardan istifadə edir. Belə xəstələr həddindən artıq fiziki və idman hərəkətləri ilə də məşğul olurlar. (15, 117-118)

Bulimia və ya nevroitik bulimia. Bulimiada da anoreksiyada olduğu kimi, kökəlməyə qarşı qorxu və bədən görünüşünün pozulmasına qarşı həddindən artıq həssaslıq vardır. Lakin bulimia problemi olanlar qida qəbulunu məhdudlaşdırmırlar. Bu xəstələr həddindən artıq yemək yeyir, yedikdən sonra isə peşmanlıq və depressiv duyğular hiss edirlər və çəkilərinin artmaması üçün müxtəlif davranışlar göstərirlər. Bu davranışlardan ən çox müşahidə olunan özünü qusdurmadır. Həmçinin həddindən artıq idmanla məşğul olur və ya ishal yaradan dərmanlardan istifadə edirlər. Bulimik xəstələrdə özünə zərər vermə davranışları da (özünü kəsmə və s.) müşahidə olunur, lakin bunlar diaqnoz üçün vacib kriteriya deyil. Bulimik xəstələrdə şəxsiyyət problemləri anoreksiyalara görə daha çox görülür. Daha çox qızlarda 13-14 yaşlarında yaranır. 13-4 yaşdan tez yaranması nadir hallarda mümkündür. Bulimik xəstələrin ailələrində psixiatrik xəstəliklərin və şəxsin keçmişində istismar (fizioloji və ya psixoloji) olması ehtimalı yüksəkdir. Dieta ilə bulimia arasında çox qüvvətli bir əlaqə vardır. Ciddi dieta edənlərdə etməyənlərə görə bulimia yaranması riski 18 qat daha çoxdur.

Yeməkdən qaçınma emosional pozuntusu. Yeməkdən qaçınma emosional pozuntusunda anoreksiyada olduğu kimi, bədən formasının pozulması və çəkinin artmasına qarşı qorxu yoxdur. Lakin depressiya və yayılmış təşviş kimi problemlərlə yanaşı qida qəbulunda ciddi azalma, çəki itirilməsi və inkişaf geriliyi vardır. Müalicəsi olduqca çətinidir.

Selektiv yemə (həddindən artıq qida seçilməsi). Selektiv yemə pozuntusu olan uşaqlar çox az qida qəbul edir və müxtəlif növ qida qəbulunu rədd edirlər. Onlar üçün qidanın sadəcə növü deyil, haradan alındığı, markası da çox önəmlidir. Daha çox autistik uşaqlarda müşahidə olunan bu problemin digər uşaqlarda da yaranması mümkündür. Selektiv yemə pozuntusu olan uşaqlarda emosional həssaslıq da müşahidə olunur. Yeməklərin dadına, iyinə, görünüşünə və s. həddindən artıq həssaslıq nümayiş etdirirlər. Bu pozuntu oğlan uşaqlarında daha sıx görülür və bu uşaqlar adətən arıq olurlar. Yaş artdıqca, uşaq daha çox sosial mühitlərdə olduqca problemlər artmağa başlayır. Belə uşaqların idarə edilməsi çətin olur. Anoreksiya və bulimiadan fərqli olaraq, bu uşaqlarda çəki almağa qarşı qorxu və bədən formasında

dəyişiklik olmur. Sevdikləri yeməklər olduqda kifayət qədər kalori almalarında problem olmur. Əgər inkişaf problemləri və əlaqəli başqa problemlər yoxdursa, müdaxilə etmək vacib deyil.

Yemək rəddi. Belə problemi olan uşaqlar yeməyi rəddetmənin ailələri üzərindəki təsirini gördükləri üçün buna davam edirlər. Bu uşaqlar müəyyən yerlərdə yemək yemir. Çəkili normaldır. Çox uşaqda bu probleminin səbəbi narahatlıq və ya üzüntü ola bilər. Bu problem həll olunarsa, problem də həll olunur.

Məhdudlaşdırılmış yemə. Məhdudlaşdırılmış yemə problemi olan uşaqlar davamlı olaraq iştahasızlıq göstərirlər, nə yeyərlərsə, az yeyirlər. Yeməyi sevmir kimi görünürlər. Çəki aşağı və boy qısa ola bilər. Əsasən yeniyetməlik dövründə yaranır və inkişafa mənfi təsir göstərir.

Xüsusi qidalara qarşı və ya yeməyə qarşı fobiya. Xüsusi qidalara və ya yeməyə qarşı fobiyası olan uşaqlarda udmağa qarşı qorxu vardır. Adətən, yeməklə bağlı hər hansı travmatik hadisədən sonra yaranır. Məsələn, yemək yeyərkən boğazına bir şey getməsi, zəhərlənmə kimi vəziyyətlərdə təkrar eyni şey yaşayacağı qorxusu ilə yeməyi rədd edirlər. (16, 72-78)

## 6. İfrazat pozuntuları.

Enurez və enkoprez: Enurez uşaqlıq dövrünün ən sıx görülən pozuntularından biridir. Bu dövrdə uşaqlar üçün ən vacib davranışlardan biri kimi tualet vərdişlərini göstərə bilərik. Uşaq tualet vərdişlərini düzgün mənimsəmədikdə belə problemlər ortaya çıxa bilər. Enurez - müəyyən yaşdan sonra (4-5 yaş) gecə və ya gündüz, yatağına və ya paltarlarına, istəyərək və ya istəmədən baş verən, təkrarlanan ( həftədə ən az 2 dəfə) uyğunsuz yer və zamanda reallaşan fizioloji (normal) idrar qaçırmadır. Enurez başlamasına və davam etməsinə görə birincil və ikincil tip olmaqla 2 yerə ayrılır. Yuxuda altını islatma bəzi uşaqlarda doğumundan bəri arada heç quru qalma dövrü olmadan davam edə bilər. Buna birincil tip yəni “primer enürezis” deyilir. Bəzi uşaqlarda isə bir müddət sonra (ən az 6 ay) tualet vərdişi təmin edilmiş olsa da, sonra hər hansı bir yaşda birdən-birə yuxuda altını islatma baş verir. Buna ikincil tip “secondary enürezis” deyilir. Enurez gecə və ya gündüz baş verməsinə görə də 2 yerə ayrılır. “Noktürnal enurez” gecə yuxuda idrar qaçırmaya, “diürnal enurez” isə gündüz

oyaqkən idrar qaçırmadır. Həm gecə, həm də gündüz idrar qaçırırsa, buna noktürnal və diürnalın birləşməsi deyilir. (34,181)

Enurezin səbəbləri kimi tibbi-genetik və psixoloji faktorlar müəyyən olunmuşdur. Genetik faktorlara ana və ya atada 75% bu halın olduğu müəyyən edilmişdir. Psixoloji faktorlara stress, təşviş, həyəcan, evdə müəyyən dəyişikliklər, ana-atanın ayrılması, məktəb problemləri, bacı-qardaş münasibətərində problemləri qeyd etmək olar. Həmçinin tualet vərdişlərinin çox tez və ya çox gec öyrədilməsi, gün içində tez-tez tualetə getməsi də səbəblərdən biridir.

Enurezin terapiyası üçün 2 üsuldən istifadə edilir. Bunlar davranış modifikasiyası (motivasiya metodu ilə terapiya, condition alarm-vəziyyət signalı və s.) və dərman terapiyasıdır. (32)

Enkoprez dörd yaş və dörd yaşdan böyük uşaqlarda ən azı ayda bir dəfə nəcisini uyğunsuz yerlərdə və zamanda qaçırmasıdır. Enkoprez zamanı davranış fizioloji problemlərə bağlı olmamalı və ən az 3 ay, həftədə ən az bir dəfə davam etməlidir. Enkoprez də enurez kimi birincil və ikincil olmaqla 2 yerə ayrılır. Əgər körpəlikdən fasilə olmadan nəcisini qaçırmaya davam etmişsə, birincil (primer), müəyyən müddət tualet vərdişi qazanmasına baxmayaraq, bir müddət sonra yenidən nəcis qaçırmamüşahidə olunursa buna ikincil (secondary) enkoprez deyilir. Enkoprezin simptomlarına nəcisi tuta bilməmə, altını islatma, utanma və yalnızlıq hissi, özgüvən azlığını göstərmək olar.(34, 182)

İfrazat pozuntuları ciddi problem hesab olunur. Vaxtında müdaxilə olunmaması gələcəkdə uşaq üçün əhəmiyyətli psixoloji problemlərə səbəb ola bilər. Hansı terapiya üsulunun tətbiq olunmasına problemin ağırlığına görə qərar verilir. Bəzi hallarda ailə daxili münasibət və ya məktəb problemlərinin həll olunması simptomları azaltmağa kömək edə bilər. Bundan başqa davranış terapiyası, təqvim tutma, oyun terapiyası, “condition alarm (vəziyyət signalı)”metodlarından istifadə olunur. Bu üsulların yetərli olmadığı ağır hallarda, dərman müalicəsi üçün bir mütəxəssisə müraciət edilməlidir. (25, 69)

## 2.2. Uşaqlıq və yeniyetməlik dövründə yaranan depressiyalar.



Depressiya təəssüf ki, müasir dövrün ən geniş yayılmış psixoloji problemlərindən biridir. Şəxsin sosial həyata maraqsızlığı və özünə qapanması ilə müşahidə olunur. Dünyada əsasən gənc və yaşlı nəslin böyük bir hissəsinin bu problemlə qarşılaşdığı bilinir. Artıq gündəlik həyatda da tez-tez istifadə olunan kəlimələr arasında yer almışdır. Lakin depressiya diaqnozunu qoymaq üçün vacib simptomları bilmək lazımdır. Depressiv pozuntu affektiv xəstəliklər qrupunda sinifləndirilən pozuntulardan biridir. Bu pozuntunun əsas əlamətləri emosional vəziyyətdə enmə, təfəkkürün tərkibinin bədbin xarakterdə olmağı, əhvalsızlıq, enerji azlığı və həyatın bir çox sahəsində (nitq, hərəkət, zehni məşğuliyyət və s.) yavaşlama ilə xarakterizə olunur. Xəstəliyin əlamətləri xəstənin sosial həyatını və funksionallığını ciddi şəkildə pozur. Depressiya pozuntusunun bir neçə növü vardır:

Unipolyar depressiya: bu xəstəlikdə maniakal, qarışıq və ya hipomaniakal epizodlar heç vaxt müşahidə edilmir. Bu xəstəlikdən əziyyət çəkən xəstələrdə sadəcə depressiv epizod nəzərə çarpır.

Bipolyar depressiya: bu xəstəlik diaqnozunun qoyulması üçün ən az bir dəfə hər hansı bir maddə istifadəsinə bağlı olmayan maniakal, hipomaniakal və ya qarışıq affektiv epizod müşahidə edilməlidir.

Distimiya: bu xəstəlikdə ən azı 1 il davam edən və depressiya diaqnozu qoymaq üçün kifayət etməyən xroniki əhval düşkünlüyündən söhbət gedir. Simptomsuz dövrlər iki aydan uzun çəkməməlidir.

İkiqat depressiya (double depression): əgər distimiyası olan xəstə depressiya epizoduna məruz qalırsa, o zaman burada ikiqat depressiya diaqnozundan söhbət gedir.

Katatonik depressiya: bu xəstəlikdə affektiv simptomlarla yanaşı stupor müşahidə edilir.

Post-psixotik depressiya: bu xəstəlik əsasən şizofreniya xəstələrində aşkar psixotik əlamətlərin sönməsindən sonra müşahidə edilir.

Mövsümi depressiya: bu xəstəlik depressiyanın ilin müəyyən dövrlərində özünü büruzə verməsi ilə xarakterizə olunur. Bu zaman xəstə əsasən payız və qış aylarında

pisləşir, yazda isə yaxşılaşır. Diaqnoz üçün ən az iki il həmin vaxtlarda depressiya müşahidə olunmalıdır. (19, 319-335)

Əsasən yetkin insanların yaşadığı düşünülə də, depressiya əslində uşaqların da yaşadığı bir problemdir. Uşaqlarda 20-ci əsrin ikinci yarısına qədər depressiyanın olduğuna inanılmırdı. 1950-ci illərdə uşaq yaş qrupunda depressiyanın olduğu ilə əlaqəli nəzəriyyələr irəli sürülməyə başlandı. Ancaq bu depressiyanın ənənəvi depressiya simptomlarından fərqli əlamətlər daşdığı irəli sürüldü. Bu əlamətlər davranış problemləri, hiperaktivlik, somatik şikayətlər, enurez, məktəb problemləri və başqa problemlərdən ibarət olduğu deyilirdi. Buna yetkin insanlardakı depressiyadan fərqli olduğu üçün “maskalı depressiya” deyirdilər. Maskalı depressiya uzun müddət müzakirə olunduqdan sonra 1970-ci illərdə artıq başqa fikirlər meydana gəldi. Yeni fikirlər uşaqlarda depressiyanın olduğunu və əlamətlərin yetkin insanlardakı depressiya əlamətlərinə görə bənzərlik və ya fərqlilik göstərə biləcəyinin mümkünlüyünü irəli sürürdü. Uzun illər ərzində uşaqlarda və yeniyetmələrdə depressiya pozuntusunun olub-olmadığı araşdırıldıqdan sonra, uşaqlarda depressiyanın yaranmasının mümkün olması müəyyən olunmuşdur. Uşaqlarda müşahidə edilən depressiv tablolar əsasən yetkin insanlara bənzəməklə yanaşı, yaşa görə dəyişən əlamətlər də göstərir. Uşaqlıq depressiyası çox geniş sahədə öz təsirini göstərə bilər. Depressiya pozuntusu psixososial morbidliklə yanaşı, uşaqların böyüməsinə və inkişafına da mənfi təsir göstərir. Depressiya pozuntusu ailə və yaşlı ünsiyyətinə də təsir etməklə bərabər, xəstənin məktəb və akademik fəaliyyətinin pozulmasına da gətirib çıxardır. (29,239-242)

Uşaqlarda yaranan depressiyanın risk faktorlarına ailədə depressiya və suisid cəhdinin olması, valideynlərdə maddə və ya alkoqol asılılığının olması, ailədə bipolyar xəstəliyin olması, erkən menarxiya, xroniki xəstəliyi və ya qüsuru olan qohumlar, daha əvvəl depressiyanın olması, yanaşı psixi xəstəliklərin olması, kövrək emosional temperament və özünə inamın zəifliyi, travma, istismar və itkilər, valideyndə psixi xəstəliyin olması, valideyn-uşaq arasında konfliktlərin yaşanması, uşaqların ailəsindən uzaqda dövlət qurumları, uşaq evi və ya internatlarda yaşamasını aid edə bilərik. (29, 248-252)

Uşağın 7 yaşına qədər dildən kifayət qədər istifadə etməməsi, özünü daha çox davranışları ilə ifadə etməsi kimi səbəblərdən onun iç dünyasındakı yaşadıqlarını anlaya bilmirik. Bu səbəbdən uşaqlarda depressiyanı müəyyən yaşdan (3-7 yaş) sonra müəyyən etmək mümkün olur. Uşaqlarda körpəlik, oyun uşaqlığı, məktəb vaxtı, yeniyetməlik dövrlərinin hər birində depressiyanın yaraması mümkündür.

Körpələrdə depressiyanın əsas səbəblərindən biri kimi körpənin anadan ayrılmasını (ananın vəfatı, xəstələnməsi və ya uşağını tərk etməsi) göstərə bilirik. Belə vəziyyətdə körpədə ilk mərhələdə həyəcan, təşviş, narahatlıq müşahidə olunur. Körpə ananın geri qayıtması üçün cəhd göstərir. Bir müddət sonra artıq ümidini itirərək susqunlaşır, kədərli əhvali-ruhiyyədə olur, tez-tez ağlayır. Bu mərhələdə körpələrdə artıq böyüklərdə olduğu kimi depressiya xüsusiyyətləri müşahidə olunur. Körpədə uzun müddət ağlama, küskünlük, iştahasızlıq, özünəqapanma və ətrafa qarşı maraqsızlıq, yuxu pozuntuları və s. kimi simptomlar müşahidə olunur.

Məktəb öncəsi dövrdə uşaqlar iç dünyalarından daha çox ətraf aləmin təsiri altında olur. Ailədə baş verən mənfi hadisələr, münaqişələr, ana və atanın boşanması, yaxın insanların xəstələnməsi və ya ölüm halları və başqa xarici faktorlar uşaqda depressiyanın yaranmasına səbəb ola bilər. Bu zaman uşaqda həddindən artıq hərəkətlilik, ətrafa və ya özünə zərər vermə, özünə qapanma və həddindən artıq səssizlik, kompulsiv (təkrarlanan) masturbasiya, emosional ziddiyyətsizlik və anlıq dəyişkənliklər, yuxu və yemə pozuntuları, barmaq əmmə, altını islatma və nəcisini qaçırma kimi problemlər göstərərək daha kiçik yaşlara gerilmə və digər simptomlar müşahidə olunur.

Məktəb dövründə olan uşaqlar artıq dil üzərində hakimiyyətlərini qurmuş olurlar. Qayda-qanunları başa düşür və dəyərləndirə bilirlər. Məktəb və ailədən kənar mühit daha çox önəm qazanır və təsir edir. Müəllimlərinin sözlərinə, yoldaşlarının hərəkətlərinə daha emosional reaksiya göstərilir. Bu yaş dövründə yaranan depressiyanın simptomlarına baş ağrısı, əzələ ağrısı, mədə ağrısı və ya yorğunluq kimi səbəbi olmayan fizioloji şikayətlərin artması, məktəbə getmək istəməmə və məktəb müvəffəqiyyətinin aşağı düşməsi, evdən qaçmaq istəyi və ya evdən qaçması, anlıq əsəb pozulmaları göstərməsi, əsəbilik və ağlama, tez-tez sıxıldığını deməsi, dostları ilə

oyun oynamağa qarşı maraqsızlıq,rəddedilməyə və ya müvəfəqiyyətsizliyə həddindən artıq emosional reaksiya,sosial izolasiya və zəif əlaqələr,spirtli içki və ya siqarət istifadəsi, ölüm qorxusunu göstərə bilərik.

Yeniyetməlik dövrü inkişafa bağlı olaraq, əsas keçid dövrüdür. Bu dövrdə yaşanan fizioloji, emosional, psixo-sosial və sosial dəyişikliklər yeniyetməyə dərindən təsir göstərir. Fizioloji dəyişikliklər nəticəsində öz bədənini və cinsiyyətini kəşf edən yeniyetmələr özlərini daha yaxşı qavrayır və sosial əlaqələrinə daha çox önəm verirlər. Artıq şəxsiyyət formalaşır. Yeniyetmə həm öz daxili aləmi, həm də cəmiyyətdə öz rolunu müəyyənləşdirməsi üçün mübarizə içində olur. Bütün bunlar depressiyanın yaranmasına səbəb ola bilər. Yeniyetmələrdə depressiya diaqnozu qoymaq daha çətindir. Bu dövrdə emosional eniş-çuxuşlar özünü göstərir. Bəzən dünyanın çox gözəl yer olduğunu düşünən yeniyetmə, bəzən də bərbad olduğunu söyləyir. Yeniyetmələr depressiya zamanı daxili sıxıntı və narahatlıq, diqqəti cəmləmədə çətinlik, destruktiv davranışlar göstərmə, məktəb müvəfəqiyyətində azalma,enerji azlığı, yuxusuzluq,iştahsızlıq,ümitsizlik,intihar düşüncələri və s. simptomlar göstərilir. (36, 982-986)

Uşaq və yeniyetmələrdə depressiyanın müalicəsi zamanı şəxs və ətraf mühit bütünlükdə dəyərləndirilir. Terapiya zamanı psixoloq ailə, uşaq, müəllim ilə əməkdaşlıq edilərsə, terapiyanın effekti daha çox olur. Uşağın vəziyyətinə görə oyun terapiyası, koqnitiv terapiya, ailə terapiyası, qrup terapiyası, fərdi terapiyadan istifadə oluna bilər. Daha ağır vəziyyətlərdə dərman terapiyası üçün psixiatra yönəldilməlidir. (36,993)

### III FƏSİL. BAĞLILIQ NƏZƏRİYYƏSİNƏ ƏSASƏN TƏRK EDİLMİŞ UŞAQLARIN PSIXOLOGİYASI.

#### 3.1.1 Bağlılıq nəzəriyyəsinədir.

Uşaqlıq dövrü əsas inkişaf dövrlərindən biridir. Uşaqların fizioloji, psixoloji və sosial olaraq sağlam inkişafı üçün ana-ata və ya uşağa baxan şəxs ilə uşaq arasındakı bağlılığın, sevgi əlaqəsinin yaranmasının əhəmiyyəti yüz illərdən bəri bilinir. Uşaq gözlərini açdığı anda ilk olaraq gördüyü bağlılıq və sevgi obyektidir. Ana-atanın varlığı uşağa güvən duyğusu verir, onun sevgi və baxım ehtiyacını qarşılıyır, uşağın sağlam şəxsi inkişafında vacib rol oynayır. Ana-atanın yoxluğu isə bütün bu ehtiyacların qarşılanmaması və gələcəkdə uşağın şəxsi inkişafında problemlərin yaranması ilə nəticələnir. Bağlılıq – şəxs üçün önəmli olan insanlara qarşı olan emosional əlaqədir. Bağlılığın inkişafında ana və uşaq arasında olan isti və emosional əlaqə uşağın həm özünə, həm başqalarına, ümumiyyətlə, dünyaya qarşı güvəninin yaranmasında əsas rol oynayır. (27, 431-432)

Bağlılıq nəzəriyyəsi heyvanları müşahidə əsasında yaranmış və inkişaf etmiş bir nəzəriyyədir. Bağlılıq nəzəriyyəsi insanların sosial varlıqlar olduğunu, digər insanları yalnızca əsas ehtiyaclarını qarşılıyacaq vasitələr olaraq qavramadıklarını qəbul edir. Bağlılıq nəzəriyyəçilərinə görə bir insanın digər insanlarla qurduğu münasibətlərin əsası və insanlardan gözləntiləri, bu insanın körpəliyində anası ilə qurduğu bağlılıq növünə görə müəyyənləşir. Ana və körpə arasındakı isti münasibət, xüsusilə qorxu və stress anlarında bir-birilərinə verdikləri rahatlıq və dəstək bağlılığı yaradır. Bağlılıq ikitərəfli bir əlaqədir və hər iki tərəfində ehtiyaclarını qarşılıması ilə inkişaf edir. Yeni doğulan körpə bəslənmək, təmizlənmək, qorunmaq qısaca yaşaya bilmək üçün anaya möhtacdır. Ancaq ana və atalar körpənin baxımını sadəcə bir vəzifə olaraq qəbul etməz, bundan xoşbəxtlik duyarlar. Körpə ilə yaşadıkları qarşılıqlı təsir nəticəsində aralarındakı əlaqə getdikcə güclənir. Bu bağlılığın yaranmasında körpələrin bir sıra davranış xüsusiyyətləri təsirli olur. Körpənin ana-atasıyla münasibətində istifadə etdiyi və həyatının ilk doqquz ayında inkişaf etdirdiyi davranışlarına bağlılıq davranışları deyilir. Əmmə, ana ilə təmas, baxış, gülümsəmə, ağlama körpənin əsas bağlılıq davranışlarıdır. Əmmə - körpələr yalnızca süd əmmək

üçün analarını əmməzlər, ac olmadıqlarında da stressdən uzaqlaşmaq üçün analarını əmmək istəyərlər. Müasir cəmiyyətlərdə bu istəyi yerinə yetirmək mümkün olmadığı üçün körpələr barmaqlarını ya da əmziklərini, əmilə biləcək hər cür əşyanı əmməyə öyrəşirlər. Təmas –bütün məməli növlərində balanın ana ilə üz-üzə gəlməyə və ona toxunmağa istiqamətlənmiş refleksləri vardır. Məsələn, meymunlar doğulan kimi analarının üzərinə dırmanarlar. Həmçinin insanlarda da körpələr doğulduqlarında öz-özünə ayaqda dura bilməzlər, böyüklərin əllərində daşınmağa məcburdurlar. Bu zaman körpələr bədənlərini onu qucağında daşıyan insana asan olsun deyə rahat tutarlar. Baxış –çox kiçik körpələr belə ana ilə göz kontaktı axtararlar və bu axtarışdan anadan qarşılıq gəlməzsə, ağlayıb reaksiya göstərirlər. Bir araşdırmada əvvəlcə anaların körpələri ilə üz-üzə əlaqəsi müşahidə olunmuş və ikitərəfli qarşılıqlı təsir müəyyən olunmuşdur: analar körpələrinə yaxınlaşdıqlarında gülümsəyib yumuşaq və ya yüksək səslərlə danışmağa başlamışdır. Körpələr buna qarşılıq verərək gülümsəyib, əl və ayaqlarını çırpıb, özlərinə məxsus səslərlə qarşılıq veriblər. Daha sonra tədqiqatçılar analardan körpələrinin yanında ifadəsiz üz ilə durmaqlarını istəmiş və körpələrin anaya olan reaksiyalarında fərqlilik olub-olmadığını müşahidə etmişdirlər. Bu zaman körpələr əvvəlcə analarını həmişəki kimi qarşılıq almış, lakin anadan heç bir reaksiya gəlməyincə artıq analarına baxmamışlar. Arada bir kiçik gülümsəmə ilə anaya baxıb hələ də ifadəsiz üzünü görüncə başlarını yenidən başqa tərəflərə çevirmişlər. Anaların əksəriyyəti uşağın reaksiyasına qarşılıq verməmənin, 3 dəqiqə ərzində körpələrinin yanında ifadəsiz üz ilə durmağın çox çətin olduğunu söyləmişdir. Bu eksperiment körpələrin anaya baxışının ondan bir reaksiya almağa istiqamətli davranış olduğunu, ana reaksiya verməzsə, körpənin narahat olduğunu və anaya baxmaqdan imtina etdiyini ortaya qoymuşdur. Gülümsəmə -körpə gülümsəməsi, ümumiyyətlə, insanlar üçün xoşbəxtlik vericidir və bir çox insan körpələri güldürməyə çalışır. Doğumlarından etibarən ilk 1 ay ərzində körpələr yüksək səslərə gülümsəyərək qarşılıq verirlər. Bunu kəşfedən böyüklər körpələrlə yüksək səslərlə danışırlar. 5 həftəlikdən etibarən səslər deyil, görüntülər önəm qazanmağa başlayır. Körpələr üzlərə, xüsusilə, mimikalara gülümsəyərlər. Hərəkət edən bir maska belə körpədə gülümsəmə davranışını yaradır. 3 aydan etibarən

körpələr aralarında xüsusi əlaqə qurduqları ana, ata kimi şəxslərə onlara yaxınlaşarkən gülümsəməyə başlayarlar və bunun bağlılıq yanaşmasına görə əhəmiyyəti çox böyükdür. Bu gülümsəmələr ana, ata və digərləri üçün böyük mükafatdır və körpə ilə daha çox zaman keçirmək arzusu yaradır. Ağlama – körpələr acdıqlarında, üşüdüklərində, ağrı hiss etdiklərində ağlayarlar və bu ağlama səsi böyükləri çox narahat edər. Ağlama, körpələrin böyük marağına və köməyinə ehtiyac hiss etdiklərində istifadə etdikləri bir siqnaldır. Bir iddiaya görə, körpələrin acdıqlarında, üşüdüklərində, ağrı hiss etdiklərində ağlama səsləri fərqlilik göstərir. Əgər körpə birdən və şiddətli ağlayarsa, böyüklər ağlamanın səbəbinin ağrı olduğunu düşünürlər. Yavaş başlayıb gedərək yüksələn ağlama səsinin isə achlıqdan, altını dəyişdirmək ehtiyacından, yuxudan qaynaqlandığı düşünülür. (40, 553-559)

Bağlılıq ilə əlaqəli ilk tədqiqatlar John Boulbinin (1960) Tavistock Klinikasında tanıdığı və sevdiyi insanlardan ayrılmaq məcburiyyətində qalan azyaşlı uşaqların şəxsi inkişafı üzərində bu vəziyyətin təsirlərini araşdırmasıyla başlamışdır. John Boulbi 1907-ci ildə Londonda dünyaya gəlmişdir. Boulbi valideyn sevgisinin uşaqları ərköyünləşdirdiyini düşünən anasını gündə sadəcə bir saat görərək böyümüşdür. Boulbi dörd yaşında olarkən baxıcısının evdən ayrılmasını sonralar anasını itirmiş bir uşağın ala biləcəyi travmaya bənzətmişdir. Yeddi yaşında başlayan internat məktəbini isə “Separation: Anxiety and Anger” (Ayrılıq: Narahatlıq və Hirs) adlı əsərində həyatının ən pis dövrü olaraq təsvir etmişdir. Boulbi özünün mənfi təcrübələri səbəbindən bütün həyatı ərzində uşaqların problemlərinə həssas olmuşdur. “Trinity Collage”-də psixologiya təhsili aldıqdan sonra tibb və psixiatriya təhsili almışdır. Melani Klaynın tələbəsi olmuş və psixoanalizi öyrənmişdir. Sonralar psixoanalizdən ayrılan Bowlby həm sağlam, həm də patologiyalı uşaqların inkişafında ailənin təsirləri haqqında maraqlanmağa başlamış, tədqiqatlar aparmışdır. Xüsusilə, bağlılıq problemlərinin bir nəsildən digərinə necə ötürüldüyünə fokuslanmışdır. Bağlılıq davranışlarının uşağını yırtıcı heyvanlardan qorumağa istiqamətlənmiş həyatda qalma yolu olduğunu irəli sürmüşdür. Bağlılıq nəzəriyyəindən bəhs edən “Bağlanma və İtki” (Attachment and Loss) bu gündə öz sahəsində ən önəmli əsərlərdən biri olaraq qəbul edilir. 1950-ci ildən sonra Dünya

Sağlamlıq Təşkilatında konsultantlıq edən Boulbi 1990-cı ildə Şotlandiyada vəfat etmişdir. (31, 215-220)

Boulbiyə görə bağlılığın uşaq üzərində həyati dəyəri vardır. Heyvanlar üzərində apardığı müşahidələrdə ananı izləmənin, anadan ayrılmamağın həyatda qalma şansını artırdığını təsbit edən Boulbi insanlarda bağlılığın daha da fərqli və üstün olduğunu vurğulayır. İnsan həyatı üçün bağlılığın üç önəmli funksiyası var:

1. Dünyanı kəşf edərkən qayıda biləcəyi güvənli bir liman olma.
2. Fizioloji ehtiyacları qarşılama.
3. Həyata aid güvən duyğusu.

Boulbi uşağın ana ilə bağlılığının ardıcıl mərhələlərlə inkişaf etdiyini söyləmişdir. Bu mərhələlər aşağıdakı kimidir.

- Bağlılığın 1-ci mərhələsi - doğumdan 3 aya qədər olan müddətdə körpə ətrafındakı insanları tanıya və ayıra bilmir. Hər kəsə oxşar reaksiyalar verir. İnsan səsi dinləməkdən, insan üzlərinə baxmaqdan xoşlanır. Boulbi gülmə və ağlamanın bağlılığın ilk mərhələsi üçün çox əhəmiyyətli olduğunu söyləmişdir.
- Bağlılığın 2-ci mərhələsi - bağlılığın ilk işarələri 3-cü aydan 6-cı aya qədər olan müddətdə özünü göstərir. Bu dövrdə körpə baxıcısını tanıyır. Onu digər insanlardan ayıra bilməsi və onlardan qorxmağa başlaması bu mərhələnin əsas xüsusiyyətidir.
- Bağlılığın 3-cü mərhələsi – (6 ay-3 yaş) körpənin “ayrılma narahatlığı” göstərməyə başlamasını əhatə edir. Körpə bağlılıq fiqurundan ayrı qalmaq istəməsə də, ətrafı kəşf etmək istədiyində anadan uzaqlaşa bilər. Lakin yüksək səs kimi qoxuducu siqnallar uşağın ətrafı kəşfetməkdən imtina edərək anası ilə fizioloji təmas qurma axtarışına gətirib çıxarır. Həmçinin uşaq yorğun və ya xəstə olduğunda ana ilə yaxın olma ehtiyacı, ətrafı kəşf etmə ehtiyacına üstün gəlir. Bir yaşından etibarən uşaqda ananın onun ehtiyaclarına cavab verib verməyəcəyinə dair ümumi fikir yaranmağa başlayır və beləliklə bağlılıq prosesi əhəmiyyətli bir mərhələni bitirmiş sayılır. Bağlılığın özünü tam olaraq göstərdiyi dövr isə 6-24 ay arasındadır.



- Bağlılığın 4-cü mərhələsi. ( 3 yaş –uşaqlığın sonu). uşaq artıq baxıcısının plan və niyyətlərini, nə səbəbə onu tək buraxdığını anlayır. Şübhəsiz, tək qalma, insan yaşamının böyük qorxularından biridir. Boulbi ayrılmanın təsirlərinə xüsusi əhəmiyyət vermişdir. Ayrılıq uzun müddətli deyilsə, bir müddət sonra ana ilə sıx əlaqə yenidən qurulur. Lakin əks-təqdirdə uşağın bütün insanlardan ümidini kəsməsi və böyüdükdə də başqa insanlarla əlaqələr yarada bilməməsi təhlükəsi ortaya çıxır. Bu cür insanlar başqalarını öz məqsədlərini reallaşdırmaq üçün istifadə edir, onları sevmirlər.

Bağlılıq nəzəriyyəsinə əsas baxıcısından (caregiver) müxtəlif zaman intervalları ərzində ayrılan körpələrin davranışlarını müşahidə edərək başlamışdır. Körpə anasından ayrıldıqda bir sıra emosional reaksiya göstərir. Beləliklə,bağlılıq nəzəriyyəsi körpə-ana arasında qurulan emosional zəncirin funksiyaları ilə əlaqəlidir və əsas olaraq, bu zəncirin, uşağın mənlilik anlayışının yaranması və sosial dünya haqqındakı baxışlarının inkişafı üzərindəki təsirlərinə fokuslanmışdır. (14, 203-214).

### 3.2.Tərk edilmiş uşaqlar və onların psixologiyası məsələləri.

Tərk edilmək yaşdan asılı olmayaraq, hər insan üçün travmatik hadisədir. Tərk edilən şəxs uşaq, tərk edən isə ana və ya ata olduğunda tərkedilmənin verdiyi əzab daha ağır yaşanır. Uşağın yaşadığı əzabın şiddətinə sadəcə tərk edilmək deyil, tərk edilmə forması, tərk edilməmişdən əvvəl və sonra yaşanan hadisələr də təsir edir. Ailədə güclü münaqişələr, qorxu və şiddət (uşağa və ya ailədən birinə) və s. uşaqlarda müxtəlif travmalar yaradır. Uşağın tərk edilməsi isə ona ən güclü travmanı yaşadır. Tərk edilən zaman uşağın bu travma ilə asan başa çıxma bilməsi üçün ətrafındakılardan sosial dəstəyin güclü olması lazımdır. Həmçinin, valideynlərdən birinin (ana və ya atanın) və ya ailədən birinin uşağın yanında olması, onun baxımına davam etməsi ən böyük dəstəkdir. Uşağın tərk edildiyi üçün yaşadığı travmaya təsir edən faktorlardan biridə yaş kriteriyasıdır. Körpəlik çağında tərk edilən uşağın ilk növbədə gündəlik baxımı ləngiyir, bu da uşağın bəslənmə və yuxu rejimini pozur, ətrafdan gələn sevgi və şəfqət mesajları yox olur. Bu vəziyyət uzun müddət davam edərsə, uşağın inkişafı zəifləyir və müxtəlif problemlərin yaranmasına zəmin yaradır. Uşaq böyüdükcə zehni

inkişafın artması ilə əlaqədar ailədəki problemləri daha asan anlayır. Məktəbəqədər yaş dövründəki uşaq səbəb-nəticə əlaqəsini qurmaqda çətinlik çəkirsə, məktəb yaş dövründə artıq ailədəki vəziyyətin fərqi olur. Yeniyetməlik dövründə isə ananın yoxluğu, yeniyetmənin üzərindəki ana-ata nəzarətinin və modelinin yoxluğu deməkdir. Bu isə yeniyetməlikdəki şəxsiyyət qarışıqlığı və patologiyaların ən əsas səbəblərindəndir.(39)

Analıq haqqı ilə əlaqəli müzakirələr yalnızdır. Fizioloji və psixoloji cəhətdən hazır olan hər bir qadın ana ola bilər. Kimsəsiz uşaqlar haqqında olan ictimai düşüncə səbəbindən bütün məsuliyyəti onların ana-atalarına yükləməyimiz və analıq haqqını müzakirə etməyimiz emosional və düzgün olmayan yanaşmadır. Əgər ailə sosial qurumdursa, hər hansı bir ailəni günahkar elan etmədən əvvəl cəmiyyətdə tənzimləmələr aparılmalıdır. Ana-atalar üçün maarifləndirici təlimlərin, cəmiyyətin problemləri, yoxsul ailələrə istiqamətlənmiş tədbirlərin keçirilməsi, uşaq evi və internatlarda problemlərin həll olunmasına istiqamətlənmiş işlər görülməsində məqsədəuyğun olar. Ana-ata uşaq üçün baxım verəndir, uşağın sağlam fizioloji və psixoloji inkişafını təmin edən, sevgi verən, qayğısını çəkən, nəzarət edən, model olan, həyatı boyunca ən çox güvənə biləcəyi fiqurlardır. Bu səbəblərdən uşağın inkişafında bu qədər funksiyası olan ana-atanın yoxluğu uşaq üçün çox çətinlik yaradır. Aparılan tədqiqatlar göstərir ki, ana və ya atanın lazım olan yerdə və zamanda uşağın yaşamında olmaması uşağın həmin vaxt və gələcəkdə bir çox psixiatrik və psixoloji problemlər yaşamasına zəmin hazırlayır. Körpəlikdə ana yoxluğu ilə böyüyən uşaqlarda daha böyük yaşlarda asılı şəxsiyyət tipi formalaşır. Belə uşaqlarda tək qalmağa həddindən artıq dözümsüzlük ilə tipik xronik depressiya yaranması müşahidə olunur. Valideyn yoxluğu əksər vaxtlarda uşağın inkişafını ləngidir, danışmağı gecikdirir, əzələ inkişafını zəiflədir, zəka inkişafını ləngidir. Ananın tək qalaraq böyütdüyü və bəzən uşaq evlərində yaşayan uşaqların insanlarla əlaqələrində fasilələrlə baş verən tipik reaktiv bağlanma pozuntusuna sıx rast gəlinir. Ana-ata modelinin olmadığı yeniyetmə isə ciddi şəxsiyyət qarışıqlığı və şəxsiyyət patologiyası yaşamağa namizəddir.(37) Ana və ya atadan hansının yoxluğunun uşaq üçün daha ağır olması onların uşağın

inkişafındakı roluna görə və uşağın cinsinə görə dəyişir. Sevgi, baxım və intizam ehtiyacları istisna olunmaqla, qız uşaqları feminən xüsusiyyətləri (analıq, qadınlıq) ilk dəfə anadan, oğlanlarla münasibət formalarını atadan, oğlan uşaqları isə maskulin (kişilik) xüsusiyyətləri ilk dəfə atadan, qadın fiqurları ilə münasibət formalarını isə anadan görərək öyrənir. Birinin yoxluğunda uşaq bütün rolları ana və ya atadan aldığı üçün yalnız modellik yararır. Ana-atanın təhsilli olması dünyaya daha geniş çərçivədən baxa bilmələrini və uşağın daha yaxşı sosiol-iqtisadi səviyyədə olmasına imkan verir. Ancaq valideynlərin təhsilli olması daha yaxşı ana-ata olmaları demək deyildir. Yaxşı ana ata olmanın ən vacib göstəricisi onların öz ana-atalarından öyrəndikləridir. Başqa sözlə, insanlar ana-ata olmağı ilk öncə öz ana-atalarından öyrənirlər. Təhsil səviyyəsi, iş, yaş və s. parametrlər bundan sonra gəlir. Necə ki, ana-atası boşanmış insanlarda boşanma səviyyəsi daha yüksək görülür. Həmçinin aparılan araşdırmalarda təhsilli ailələrdə də şiddət, evlilik münaqişələri, alkoqol problemləri, yalnız inanclar az da olsa vardır. Ağılı başında olan heç bir ana övladından imtina etməz. Bu analıq davranışının təbiətinə ziddir. Ancaq müxtəlif həyati çətinliklər və travmalar səbəbindən uşağın baxımına davam etməkdə yetərsiz qala bilər. Əri ilə problemlər yaşaya bilər, ikinci evliliyinə aid problemləri ola bilər, gəliri olmaya bilər. Burada ana sadəcə uşağını deyil, ağır gələn həyati çətinlikləri tərk edir. Tərk etmə duyğusu keçici emosional səbəblərlə də olsa, sadəcə tərk edilənə deyil, tərk edənə də əzab verir. (41)

Ana və ya ata tərəfindən tərk edilmək, yaxud hər iki valideyn tərəfindən tərk edilmək uşağın psixologiyasında fərqli izlər buraxır. Lakin bütün tərk edilmiş, valideyn himayəsindən məhrum olmuş uşaqlar, əsasən bəzi eyni duyğuları yaşayırlar:

Məhrum olma duyğusu – valideyn himayəsindən məhrum olmuş uşaqların ən çox yaşadığı duyğudur. Necə ki, fizioloji əngəlli insanlar müxtəlif bədən üzvlərindən məhrumdursa, belə uşaqlar da ana və ya atadan məhrumdurlar. Bu uşaqların hiss etdiyi məhrum olma duyğusu ana-atalarının yanında olan digər uşaqları gördükdə daha da dərinləşir. Bu zaman uşaq ata və ya anası olmasa da, onların və onlarla keçirəcəyi zamanın xəyalını qurur.

Özünü digərlərindən aşağı görmək – ana və ya atası olmayan uşaqlar özlərini ana-atası olan uşaqlardan daha zəif, gücsüz, onları üstün, özlərini isə onlardan aşağı görürlər. Belə uşaqların özünəinam hissini bərpa etmək üçün onlara müxtəlif sahələrdə (hansı sahədə bacarığı varsa)digərlərindən üstün olduqlarını göstərmək lazımdır.

Üzüntülü baxışlardan narahatlıq duyğusu – bir insanı ən çox narahat edən duyğuların başında başqalarının ona yazığı gələrək baxmasıdır. Kimsəsiz uşaqlar böyüdükcə, onlara başqalarının yazığı gəlməsini hiss edir və bundan narahat olurlar. Belə uşaqlara digər uşaqlara yaxınlaşdığımız kimi baxmalıyıq.

Günahkarlıq və utanc duyğusu – kimsəsiz uşaqlar digərlərinə ana və ya atalarının olmadığını deyərkən utanc duyğusu yaşayırlar. Bunun üçün isə özlərini günahkar hiss edirlər.

Güvənsizlik duyğusu – Kimsəsiz uşaqlar həyata, insanlara qarşı güvənsiz olurlar. Buna görə də onlar digər insanlarla münasibət qurmaqda çətinlik çəkirlər. Çünki onlarında bir gün gedəcəklərini, tərkdəcəklərini düşünürlər.

Hirslilik duyğusu – valideyn himayəsindən məhrum olmuş uşaqlar yeniyetməliyə doğru irəlilədikcə, hirslilik duyğuları qabarmağa başlayır. Uşaqlıq dövründəki günahkarlıq və utanc duyğusu yerini başqalarına qarşı olan hirslilik duyğularına verir. Yeniyetmə ana-atasına, həyata və Allaha qarşı hirsli olur. Bu dərin hirslilik duyğusu onun digərlərinə qarşıda əsəbi olmasına səbəb olur. Bu dövr valideyn himayəsindən məhrum olmuş yeniyetmə və gənclərin ən çox dəstəyə ehtiyacının olduğu dövrdür. Onu anlayacaq, dinləyəcək insanların olmaması yeniyetməni boşluğa çəkir. Bu vəziyyətinonu yalnız yollara sürükləməsi mümkündür.

Məsuliyyətdən qaçma – valideyn himayəsindən məhrum olmuş bəzi uşaqlar həyatdakı bütün müvəffəqiyyətsizliklərinin səbəbini valideynlərinin olmamasına yükləyir. Beləliklə, özlərini bütün məsuliyyətdən azad edər və özlərini dəyişdirməyə çalışmazlar.

Rol-model ehtiyacı – bütün uşaqlar ilk olaraq ana və atalarını özlərinə rol-model seçir və onların davranışlarını təkrarlayırlar. Ana-ata olmadıqda uşaqlar yanlış rol-model seçərək həyatlarını da yanlış istiqamətləndirə bilirlər. Buna görə də uşaq evi və

internatlarda uşaqların düzgün rol-model ala biləcəyi kişi və qadın müəllimlər olmalıdır. (37)

Valideyn himayəsindən məhrum olmuş uşaqların psixoloji vəziyyətinin yaxşılaşdırılması üçün uşaq evi və internatlarda psixoloji dəstəyin olması vacibdir. Uşaqlar ilə vaxtaşırı psixoloq ilə fərdi konsultasiyalar keçirilməlidir. Həmçinin kiçik yaşlı uşaqlar üçün oyun terapiyaları, qum terapiyası, nağıl terapiyası, kukla terapiyası, sine terapiya, art terapiya və s. terapiyalar təşkil edilməli, yeniyetmələr üçün davamlı qrup terapiyaları keçirilməlidir.(35)

## IV FƏSİL. VALİDEYN HİMAYƏSİNDƏN MƏHRUM OLMUŞ UŞAQ VƏ YENİYETMƏLƏRİN PSIXOLOJİ PROBLEMLƏRİNİN ARAŞDIRILMASININ EKSPERİMENTAL TƏDQIQI .

### 4.1. Tədqiqatın strukturu.

Tədqiqat ardıcıl olaraq 4 mərhələdə həyata keçirilmişdir. Birinci mərhələdə tədqiqatın strukturu hazırlanmış, fərziyyə irəli sürülmüşdür. Bundan sonra tədqiqat prosesinə cəlb olunan iştirakçıların sayı, tədqiqatın keçiriləcəyi yer, tədqiqatda istifadə ediləcək metodikalar seçilmiş, həmçinin əlavə olaraq, iştirakçılar üçün xüsusi sorğu vərəqi hazırlanmışdır. Tədqiqatın ikinci mərhələsi zamanı birinci mərhələ üçün qeyd edilənlər həyata keçirilmiş, bütün məlumatlar toplanılmışdır. Tədqiqatda iştirak edən hər bir iştirakçıya tədqiqatın məqsədi haqqında ətraflı məlumat verilmişdir. Nəticələrin işlənməsi zamanı anonimlik prinsipinin qorunacağına dair razılıq əldə olunmuşdur. Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyası tərəfindən verilən tədqiqatın etik qaydalarına riayət edilmişdir. Tədqiqatın keçirilməsi üçün öncədən bu qurumlardan Xəzər universiteti tərəfindən rəsmi olaraq razılıq əldə olunmuşdur. Üçüncü mərhələ tədqiqat nəticələrinin işlənməsindən ibarətdir. Əldə olunan nəticələr təhlil olunmuş, xüsusi qrafik, cədvəl formasına salınmış və statistik analiz aparılmışdır. Sonuncu mərhələ zamanı ilkin fərziyyənin düzgünlüyü yoxlanılmışdır. Əldə olunan məlumatlar dissertasiya formasına salınmışdır.

#### 4.1.1. Tədqiqat iştirakçıları.

Tədqiqatda əsas qrup kimivalideyn himayəsindən məhrum olmuş uşaq və yeniyetmələr və onlara baxım verənlər, kontrol qrup kimi isə ailəsi ilə yaşayan uşaq və yeniyetmələr və onların valideynləri iştirak etmişdir.

Tədqiqat iştirakçıları – valideyn himayəsindən məhrum olmuş uşaq və yeniyetmələr 30 nəfər (17 qız, 13 qız) və ailəsi ilə yaşayan uşaq və yeniyetmələr 30 nəfər (17 qız, 13 qız), valideyn himayəsindən məhrum olmuş 6-18 yaş arası 62 nəfər (46 qız, 16 oğlan) uşaq və yeniyetmənin psixoloji vəziyyətinin müəyyənləşdirilməsi üçün onlara baxım verənlər (müəllimlər, sosial işçi), 6-18 yaş arası 62 nəfər (46 qız, 16 oğlan) uşaq və yeniyetmələrin valideynləri. Test təsadüfi seçim əsasında tətbiq

edilmişdir. Tədqiqatda iştirak edən hər bir iştirakçıya tədqiqat barədə məlumat verilmiş və tədqiqatın məqsədi ətraflı şəkildə izah olunmuşdur. İştirakçılara tədqiqatın istənilən mərhələsində iştirak etməkdən imtina etmək imkanının da olduğu bildirilmişdir. Eyni zamanda hər bir məlumatın yalnız tədqiqat üçün istifadə olunduğu və anonim qalması barədə informasiya verilmişdir.

Tədqiqat iştirakçılarının seçilməsi zamanı aşağıdakı şərtlərə diqqət yetirilmişdir:

1. Valideyn himayəsindən məhrum olmuş uşaq və yeniyetmələr.
2. Yaş həddi 6-18 olmalıdır.
3. Seçilən iştirakçıların sualları adekvat cavablandırma bilməsi.

Cədvəl 1. İnternat və ya uşaq evlərində böyüyən uşaqların sosial-demoqrafik göstəriciləri.

Cins				Yaş		Quruma alınma yaşı			
Qız		Oğlan		6-11 Yaş	11-18 Yaş	0-3 y	4-5 y	6 <	Bilinmir
68%		32%				19,6 %	25 %	45,7 %	9,8 %
CBCL (6-18 y)	YSR (11-18 y)	CBCL (6-18 y)	YSR (11-18 y)	67,4 %	32,7 %	18	23	42	9
46	17	16	13	62	30				
Quruma alınma səbəbi				Quruma gəlmədən öncə qaldığı yer					
İmkansızlıq	Ailə birliyinin pozulması	Valideynləri tərəfindən tərk edilmə	Digər səbəblər	Ailəsi ilə	Başqa qurumda	Küçədə	Qohum yanında	Bilinmir	
60,8 %	20,6 %	11,9 %	6,5 %	68,5 %	2,2 %	15,2 %	7,6 %	6,5 %	
56	19	11	6	63	2	14	7	6	
Bacı-qardaşı		Qurum dəyişikliyi				Valideynləri ilə əlaqəsi varmı			
Var	Yoxdur	Olmayıb və ya 1 dəfə	2 və daha çox qurum dəyişikliyi		Bəli	Xeyr			

30,4 %	69,6	96,7 %	3,2 %	41,3 %	58,7 %
28	64	89	3	38	54
<b>Valideynlərinin həyatda olub olmaması</b>					
Ana və ya atası həyatdadır	Valideynlərinin hər ikisi həyatdadır		Valideynlərinin heç biri həyatda deyil		
22,9 %	69,5 %		7,6 %		
21	64		7		

Sosial-demoqrafik sorğu nəticələrinin analizi zamanı internat və ya uşaq evlərində böyüyən uşaqların sosial-demoqrafik xüsusiyyətləri öyrənilmişdir və bütün sorğuların nəticələri hesablanaraq faizləri çıxarılmışdır. (Cədvəl 1)

Tədqiqatda internat və ya uşaq evlərindən təsadüfi seçmə (random sampling) üsulu ilə seçilən uşaq və yeniyetmələrin cinsinə görə sayı göstərilmişdir. Tədqiqatda əsas qrupun tərkibi ümumilikdə 92 iştirakçıdan ibarət olmuşdur. Onlardan 63-ü qız (68%), 29-u (32%) oğlandır. Həmçinin kontrol qrupda da eyni sayda iştirakçı seçilmişdir. Tədqiqat iştirakçılarından 6-11 yaş arası 67,4 % (n=62=46 qız +16 oğlan) uşaq və yeniyetmələrə CBCL şkalası, 11-18 yaş arası 32,7 % (n=30=17 qız +13 oğlan) yeniyetmə və gənclərə isə YSR şkalası tətbiq olunmuşdur. Qurumda böyüyən uşaqların təxminən yarısının 6 və yuxarı yaşlarda quruma verildiyi və hər 5 uşaqdan birinin 3 və daha az yaşlarda quruma verildiyi müəyyən olunmuşdur. Uşaqların yarısından çoxunun (60,8%) quruma alınma səbəbi kimi ailələrinin imkansızlığı müəyyən olunmuşdur. Ailə problemləri nəticəsində ailə birliyinin pozulması (boşanma, ana-atanın ayrılması, ana və ya atanın ailəni tərk etməsi) səbəbi ilə quruma gətirildiyi müəyyən olunmuş uşaqlar 20,6% təşkil etmişdir. Tədqiqat iştirakçılarından qurumda yaşayan uşaqların böyük hissəsinin (68,5%) quruma gəlmədən öncə ailəsi ilə birlikdə yaşadığı məlum olmuşdur. Qurumda yaşayan uşaqların təxminən 70%-ni ana-atasının həyatda olduğu müəyyən olunmuşdur. Qurumun sosioloqları, müəllim və baxımverənlərdən alınan məlumatlara əsasən yoxsulluq səbəbindən uşaqlarını tərk



edən valideynlərin əksəriyyəti uşaqlarına baş çəkmək üçün tez-tez onların ziyarətinə gəlirlər. Uşaqların təxminən 41%-i valideynləri ilə (valideynlərindən biri ilə) görüşür.

#### 4.1.2. Tədqiqatda istifadə olunmuş klinik material və metodlar.

Tədqiqatın həyata keçirilməsi üçün ilk növbədə xüsusi anket forması hazırlanmışdır. Anket formaları iştirakçıların sosial demoqrafik xüsusiyyətlərini əks etdirən sorğu şəkilli 9 sualdan ibarət olmuşdur.

1. Sosial-Demoqrafik Məlumat Forması - uşağa və ailəyə aid qoruyucu və risk faktorlarının yer aldığı qurumdakı sosial işçi və ya psixoloq tərəfindən doldurulan bir formadır. Məlumatları uşaqların sənədlərinə əsaslanılmışdır. Formada yaş, cins, quruma alınma yaşı və səbəbi, qurumagəlmədən əvvəl qaldığı yer, qurum dəyişikliyinə olub-olmaması, qurumda bacı və ya qardaşın varlığı, valideynlərin həyatda olub-olmaması, valideynlər ilə görüşüb-görüşməməsinə aid faktorlar yer almışdır.
2. Child Behavior Checklist (The Child Behavior Checklist-CBCL/6-18) - Uşaq və yeniyetmələr üçün davranış dəyərləndirmə şkalası: Şkala 6-18 yaş qrupu üçün uşaq və yeniyetmələrin problemləli davranışlarını ana-atalarından və ya onlara baxım verənlərdən əldə edilən məlumatlar əsasında dəyərləndirir.

The Child Behavior Checklist (CBCL) - Uşaq və yeniyetmələr üçün davranış dəyərləndirmə şkalası dünyada uşaq psixologiyası sahəsində ən sıx istifadə olunan testlərdən biridir. CBCL testi 1991-ci ildə Thomas Achenbach və Craig Edelbrock tərəfindən hazırlanmışdır. Məqsəd 6-18 yaş arası uşaq və yeniyetmələrin müxtəlif sahələrə aid bacarıqlarını və problemləli davranışlarını valideynlər və ya baxım verənlərdən əldə edilən məlumatlar əsasında dəyərləndirmək olmuşdur. CBCL şkalası 113 maddədən ibarətdir. Problemləli davranışlar son 6 ayda görülmə sıxlığına görə 0, 1 və 2 olaraq dərəcələndirilir. 0 - "Heç doğru deyil", 1 - "Bəzən və ya biraz doğru", 2 - "Tamamilə ya da çox vaxt doğru" mənasını verir. Bu maddələr özləri də müxtəlif alt qruplardan təşkil olunmuşdur. Şkaladan ümümlilikdə "Daxilə istiqamətlənən" (introvert) və "Xaricə istiqamətlənən" (ektrovert) olmaqla 2 ayrı davranış əlamətləri haqqında bal əldə

edilir. Daxilə istiqamətlənən qrupu “anksiyetə/depressiya, assosialıq (özünəqapanma)/depressiya və somatik şikayətlər”, xaricə istiqamətlənən qrupu isə “qaydalara riayət etməmə və aqressivlik, davakarlıq” alt testlərindən ibarətdir. Həmçinin hər iki qrupa da daxil olmayan “sosial problemlər, düşüncə problemləri və diqqət problemləri” alt testləri vardır. Ümumilikdə sonda şkaladan ümumi problem balı əldə edilir. Bundan başqa şkalada uşağın fəaliyyətlərini, məktəbə aid vəziyyətini, sosiallığını ölçən yetərliklik (competence) hissəsi də mövcuddur. Bu şkalada öz ailəsi yanında böyüyən uşaqların dəyərləndirilməsində ana və ya atalar, internat və ya uşaq evlərində böyüyən uşaqlarda isə onlara baxım verənlər, sosial işçilər və ya psixoloqlar iştirak etməlidir. (45)

Testdən əldə edilən məlumatlar aşağıdakı kimidir:

- Ümumi məlumatlar.

Valideynlər haqqında məlumat, uşağın məktəb və sinfinin adı, ünvanı, doğum tarixi, cinsi ilə əlaqəli əsas məlumatlar.

- Valideyn məlumatları.

Ana və ya ata test formasını doldurarkən özləri haqqında da məlumat vermiş olurlar. Yəni valideynlərin uşaqları ilə nə qədər maraqlandıqları və yaxınlıq səviyyələri haqqında məlumat əldə edilir.

- Maraqlar dairələri və hobbilər.

Valideynlər uşaqlarının hansı idman növləri, oyunlar, maraqlar, hobbilərin olduğunu və nə qədər bacardıqları, nə qədər zaman ayırdıqları kimi sualları cavablayır.

- Dostlar, bacı-qardaş və müəllimlər.

Bu mərhələdə uşağın dostları, bacı-qardaşı ilə münasibətləri araşdırılır. Həmçinin dərslərində hansı səviyyədə olduğu, nə dərəcədə müvəffəqiyyətli olduğu müəyyən edilir.

CBCL çox geniş əhatəli və mürəkkəb testdir. Bu mərhələlər testin giriş hissəsinə aid edilir. Testin ikinci hissəsində daha detallı olaraq uşağın psixologiyası analiz edilir. Testin ikinci hissəsinə assosiallıq/özünə qapanma, somatik şikayətlər, təşviş və depressiya, sosial problemlər, düşüncə problemləri, qanunlara zidd davranışlar, aqressivlik/davakarlıq mərhələləri aiddir.

- Assosiallıq/özünə qapanma

Assosiallıq və ya özünə qapanma başqalarıyla münasibətə girmək üçün uyğun sosial bacarıqların olmamasıdır. Belə uşaqlar məktəblə bağlı problemlər yaşayırlar, özgüvənləri aşağı olur. Çox vaxt şəxsiyyət pozuntuları, təşviş və depressiya ilə birlikdə görülür.

- Somatik şikayətlər

Somatik şikayətlərə baş gicəllənməsi, halsızlıq, özünü yorğun hiss etmə, ürəkgetmə, çarpıntı və s. simptomlar aiddir. Somatik şikayətlər hər hansı tibbi səbəb olmadan yaşanan fizioloji problemlərdir. Şkalada həddindən artıq yemək yemə də daxil olmaqla somatik şikayətlər, altını islatma, yuxu və enerji əskikliyi eyni zamanda bədənindəki ağrılar, baş ağrıları, ürək bulanması ilə əlaqəli suallar soruşulur. Əgər uşaqda görülən ciddi narahatlıq varsa birbaşa soruşulmalı və testə daxil edilməlidir.

- Anksiyetə (Təşviş)/Depressiya

Emosiyalar, depressiya, təşviş pozuntuları, öz-özünü təcrid etmə, kabuslar, paranoiyalar və s. haqqındakı suallar depressiya, təşviş pozuntularının həmçinin post travmatik stress pozuntusu və pediatrik bipolar pozuntunun varlığının müəyyən olunması üçün vacib suallardır.

- Sosial problemlər.

Sosial problemlər uşaqların sadəcə təhsil səviyyəsinə təsir etmir. Bu problemlər digər uşaqlarla paylaşdıqları müxtəlif aktivliklərinə, ailə və dostları ilə olan münasibətlərinə, qısaca, uşağın həyatının hər sahəsinə təsir edir. Bu uşaqlar öz

yaxınları ilə münasibət qurmaqda çətinlik çəkirlər. Yaşadları müvəffəqiyyətli olduqları zaman onlar qədər müvəffəqiyyətli olmadıqları üçün ya özlərindən yaşca kiçik uşaqlarla dostluq etməyə başlayır, ya da heçkəslə dostluq etmədən özlərinə qapanırlar. Öz yaşlarına uyğun davranmayıb, uşaq davranışları göstərirlər. Dost tapmaqda çətinlik çəkirlər və ya yalnız şəxslərlə dostluq qururlar. Digərlərindən dəstək gördükləri zaman sosial münasibətlərdə yaşadıkları problemləri həll edə bilirlər.

- Düşüncə problemləri

Kontrol listində soruşulan suallardan diqqətsizlik, çatışmamazlıq, impulsivlik, narahatlıq, hiperaktivlik haqqında məlumatlar əldə edilir. Həmçinin uşağın ağına gələn neqativ düşüncələr haqqında zehnin qarışıq olub olmadığı, bu fikirlərdən qurtulmaq üçün nələrdən etdiyi haqqında, bundan başqa xəyal qurmaq ilə bağlı suallar soruşulur.

- Qaydalara riayət etməmə

Uşağın pis işlərə qarışıb qarışmadığı, ətrafındakıların və dostlarının təsirinə tez düşməsi, səhv ilə düzü ayırmaq-ayırmaq, digərlərinə zərər vermə davranışının olub-olmaması, səhv davranışlarının özünə verdiyi zərəri anlayıb anlamaması bu mərhələdəki suallarla araşdırılır.

- Aqressivlik/davakarlıq

Yalnız dostluqlar qurulması, məktəbdən və ya evdən qaçma, oğurluq, yalan danışma və s. aqressiv davranışlar uşağın psixoloji və cəmiyyət içindəki mövqesində təhlükə yaradan davranışlardır. Bu psixoloji problemləli davranışların müalicə edilməsi lazımdır, terapiya olunmazsa, dostlarına, ailəsinə qarşı zərərverici davranışlar göstərə bilər. DƏHP olan uşaq və yeniyetmələrdə belə davranışların bir çox səbəbləri ola bilər. Əvvəlcə ailələrin strukturunun, ana-atanın uşağa olan münasibət və davranışının, uşaqların olduqları ətrafın nəzərdən keçirilməsi lazımdır. Destruktiv davranış pozuntuları və davakarlıq davranışın xaricə istiqamətlənən kateqoriyasına

aidir. Başqa uşaqlar ilə dava etməsi, heyvanlara zərər vermə, yanğın çıxarma, özünə nəzarət edə bilməmə, evdə və ya məktəbdə qaydalara riayət etməməsi və s. haqqında suallar soruşulur. Bu suallardan alınan məlumatlar qəzəb və hirs kimi davranışların səviyyəsini və sıxlığını öyrənməyimizə və uşağın bu davranışlardan günahkarlıq hiss edib-etməməsi, mənfi davranışlarının nə qədər fərqudə olduğunu görməyimizə imkan verir, altda yatan səbəbləri araşdırmağımıza kömək edir. (22)

Test 2016-cı ildə Nərmin Osmanlı tərəfindən Azərbaycan cəmiyyətinə adaptasiya edilmişdir.

3. Youth Self-Report (YSR/11-18) - Yeniyetmələr üçün özünü dəyərləndirmə şkalası: şkala 11-18 yaş qrupundakı yeniyetmə və gənclərin problemləli davranışlarını öz verdikləri məlumatlar əsasında standart formada dəyərləndirir. Şkalanın ilk hissəsi yeniyetmə və ya gəncin fəaliyyətləri, sosiallığını və akademik müvəfəqiyyətini dəyərləndirən yetərlik hissəsindən ibarətdir. Bu şkala CBCL/6-18 şkalasındakı problemləli davranışlarla bağlı maddələr ilə paralellik göstərir. Lakin suallar sırf yeniyetmə və ya şəxsin özünə yönləndirildiyi üçün maddələr 1-ci şəxsdə yazılmışdır. Ümumilikdə 112 maddədən ibarətdir. Maddələrin 89-u CBCL/6-18 şkalası ilə ortaqdır. Həmçinin, YSR/11-18 şkalasında da problemləli davranışlar son 6 ayda görülmə sıxlığına görə 0, 1 və 2 olaraq dərəcələndirilir və maddələr müxtəlif alt maddələr ilə qruplandırılır. CBCL/6-18 şkalasında olduğu kimi “Daxilə istiqamətlənən” (introvert) və “Xaricə istiqamətlənən” (ektrovert) olmaqla 2 ayrı davranış xüsusiyyətləri haqqında bal əldə edilir. Daxilə istiqamətlənən qrupu “anksiyetə (təşviş)/depressiya, assosiallıq (özünə qapanma)/depressiya və somatik şikayətlər”, Xaricə istiqamətlənən qrupu isə “qaydalara riayət etməmə və aqressivlik, davakarlıq” alt testlərindən ibarətdir. Həmçinin hər iki qrupa da daxil olmayan “sosial problemlər, düşüncə problemləri və diqqət problemləri” alt testləri də daxil olunmuşdur. Sonda şkaladan ümumi problem balı əldə edilir. Test 2016-cı ildə Cəmilə Qocalı tərəfindən Azərbaycan cəmiyyətinə adaptasiya edilmişdir.

#### 4.1.3. Statistik analiz.

Tədqiqat nəticələrinin işlənməsi “SPSS 16.0” statistika proqramı vasitəsi ilə həyata keçirilmişdir. CBCL (Child Behavioral Checklist) və YSR (The Youth Self-Report) testlərindən əldə edilən balların ailəsi yanında, internat və ya uşaqlar evində böyüyən uşaqlar üçün fərqlilik göstərib göstərmədiyini təyin etmək üçün, iki ədədi orta arasındakı fərqi təyin etmək üçün t-testi və ya Mann-Whitney U testi, ikidən çox ədədi orta arasındakı fərqi təyin etmək üçün tək istiqamətli varians analizi istifadə olunmuşdur. Hər bir şkala üçün “Ümumi Problem Balı”na yaşın, cinsin və baxım modelinin birlikdə təsirini və hər bir verilənlərin asılı olmayan təsirini görə bilmək üçün multiple regression modeli istifadə olunmuşdur. Hər şkala üçün ayrı ayrı istifadə olunan multiple regression analizlərində modellərin uyğunluğu Durbin-Watson analizi ilə, əhəmiyyətli modellər olub olmadıqları F analizi ilə dəyərləndirilmişdir. Əhəmiyyətliliyin səviyyəsi ( $p < 0,05$ ) olmalıdır. P əmsalı vasitəsi ilə dürüstlük yoxlanılmışdır. Analizlərdə 95% etibarlılıq səviyyəsi əsas götürülmüşdür.

## Cədvəl 2.

CBCL/6-18 yaş qrupu arasındakı uşaq və yeniyetmələrin baxım modellərinə görə problemləli davranışlarının Ortalama və Standart Xətaları.

Qruplar Problemləli Davranışlar	Ailə yanında yaşayan 62		İnternatda yaşayan 62	
	Ədədi orta	Standart xəta	Ədədi Orta	Standart xəta
Təşviş/Depressiya	4.9	(3.8)	3.1	(2.8)
Assosial/Özünəqapanma	3.2	(2.8)	2.5	(2.4)
Somatik şikayətlər	1.1	(1.0)	.71	(.89)
Sosial problemlər	2.1	(2.4)	3.0	(2.9)

Düşüncə problemləri	.40	(.80)	1.1	(1.8)
Diqqət problemləri	3.7	(3.4)	3.5	(3.2)
Qaydalara riayət etməmə	1.1	(1.8)	3.8	(4.6)
Aqressivlik/Davakarlıq	6.3	(6.6)	7.1	(6.9)
İntrovert (Daxilə istiqamətli)	9.0	(7.1)	6.2	(5.8)
Extrovert (xaricə istiqamətli)	7.4	(8.1)	10.9	(9.6)
Ümumi problem	25.8	(19.9)	51.7	(17.8)

$p < 0.05$

Cədvəl 2-də CBCL testindən əldə edilən balların uşaq baxım modellərinə görə “ədədi ortalar” və “standart xətlər” göstərilmişdir. Ədədi orta =  $\bar{X}$ , Standart xəta =  $S$ , Verilənlərin sayı =  $N$ .  $N=62$ .

Baxım modellərinə görə, ədədi ortalar qarşılaşdırıldığında, Ümumi problemin uşaq evi/internatlarda böyüyən uşaqlarda ( $\bar{X}=51,7$ ) ailəsi yanında böyüyən uşaqlara ( $\bar{X}=25,8$ ) görə əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olduğu müəyyənəşdirilmişdir. ( $p < 0.05$ ) Yəni uşaq evi/internatlarda yaşayan uşaqlar ailəsi yanında yaşayan uşaqlara görə daha çox problemlə davranışlar göstərilir.

Problemlərə baxıldığında təşviş/depressiya, assosiallıq/özünəqapanma, somatik problemlər ailəsi yanında yaşayanlarda daha yüksək çıxmışdır.

Təşviş/Depressiya:  $X_{qurum}=3,1 < X_{ailə}=4,9$

Assosiallıq/Özünəqapanma:  $X_{qurum}=2,5 < X_{ailə}=3,2$

Somatik problemlər:  $X_{qurum}=0,71 < X_{ailə}=1,1$

Beləliklə introvert (daxilə istiqamətli) problemlər qurumda böyüyən uşaqlarda ( $\bar{X}=6,2$ ), ailə yanında böyüyən uşaqlara görə daha az ( $\bar{X}=9,0$ ), əksinə extrovert

(xaricə istiqamətli) problemləri isə internatda böyüyən uşaqlarda ( $X=10,9$ ) ailəsi yanında yaşayan uşaqlara ( $X=7,4$ ), nisbətə əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olduğu müəyyən edilmişdir.

Diqqət problemlərinin qurumda böyüyən uşaqlarda ailəsi yanında böyüyən uşaqlara görə daha az olduğu müəyyən olunmuşdur.

Diqqət problemləri:  $X_{\text{qurum}}=3,5 < X_{\text{ailə}}=3,7$

Bunun əksinə, düşüncə problemləri və sosial problemlər isə qurumda böyüyən uşaqlarda daha yüksək çıxmışdır.

Düşüncə problemləri:  $X_{\text{qurum}}=1,1 > X_{\text{ailə}}=0,40$

Sosial problemlər:  $X_{\text{qurum}}=3,0 > X_{\text{ailə}}=2,1$

Beləliklə, baxım modellərinə görə problemləli davranışların görülmə sıxlığı uşaq evi/internatlarda böyüyən uşaqlarda ailəsi yanında böyüyən uşaqlara görə daha yüksək olduğu müəyyən edilmişdir.

Cədvəl 3.

YSR/11-18 yaş qrupu arasındakı yeniyetmələrin onlardan alınan məlumatlara əsaslanaraq baxım modellərinə görə problemləli davranışlarının Ortalama və Standart Xətaları.

Qruplar Problemləli Davranışlar	Ailə yanında yaşayan 30		İnternatda yaşayan 30	
	Ədədi orta	Standart xəta	Ədədi orta	Standart xəta
Təşviş/Depresiya	6.7	(4.5)	11.3	(5.2)
Assosial/Özünə qapanma	3.4	(2.2)	7.9	(3.2)
Somatik şikayətlər	2.4	(2.8)	7.3	(3.7)
Sosial problemlər	2.5	(2.4)	8.4	(3.9)



Düşüncə problemləri	1.1	(1.5)	7.7	(4.3)
Diqqət problemləri	3.5	(2.6)	7.9	(2.8)
Qaydalara riayət etməmə	1.2	(1.5)	6.4	(4.8)
Aqressivlik/Davakarlıq	5.2	(4.3)	11.7	(6.7)
İntrovert (İçə yönəlim)	12.4	(7.5)	26.5	(10.2)
Extrovert (Dışa yönəlim)	6.5	(5.2)	18.1	(10.1)
Ümumi problem	30.3	(17.8)	74.9	(27.8)

$p < 0.05$

Cədvəl 3-də YSR testindən əldə edilən balların uşaq baxım modellərinə görə “ədədi ortalar” və “standart xətlər” göstərilmişdir. Ədədi orta =  $X$ , Standart xəta =  $S$ , Verilənlərin sayı =  $N$ .  $N=30$ .

Əsas qrup olaraq, uşaq evi/internatda yaşayan, kontrol qrup kimi isə ailəsi yanında yaşayan yeniyetmə və gənclərdən əldə edilən məlumatlara görə baxım modellərinə əsaslanaraq verilənlərin ədədi ortaları qarşılaşdırılmışdır. Qurumda böyüyən uşaqlarda ( $X=74,9$ ), ailəsi yanında böyüyən uşaqlara ( $X=30,3$ ) görə Ümumi problemin əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olduğu müəyyən olunmuşdur. ( $p < 0.05$ ).

Problemləli davranışlara baxıldığında təşviş/depressiya, assosiallıq/özünəqapanma, somatik problemlər ailəsi yanında yaşayan yeniyetmələrdə əhəmiyyətli dərəcədə yüksək çıxmışdır.

Təşviş/Depressiya:  $X_{\text{qurum}}=11,3 > X_{\text{ailə}}=6,7$

Assosiallıq/Özünəqapanma:  $X_{\text{qurum}}=7,9 > X_{\text{ailə}}=3,4$

Somatik problemlər:  $X_{\text{qurum}}=7,3 > X_{\text{ailə}}=2,4$

Həmçinin diqqət, düşüncə, sosial problemlər, qaydalara riayət etməmə, aqressivlik davakarlıq ailəsi ilə yaşayan yeniyetmələrdə nisbətə internat və ya uşaq evlərində yaşayan yeniyetmələrdə əhəmiyyətli dərəcədə yüksək çıxmışdır.

Diqqət problemləri:  $X_q=7,9 > X_a=3,5$

Düşüncə problemləri:  $X_q=7,7 > X_a= 1,1$

Sosial problemlər:  $X_q=8,4 > X_a=2,5$

Qaydalara riayət etməmə:  $X_q=6,4 > X_a=1,2$

Aqressivlik:  $X_q=11,7 > X_a= 5,2$

Ümumilikdə introvert (daxilə istiqamətli) və extrovert (xaricə istiqamətli) problemlərin də internatda böyüyən uşaqlarda ailəsi yanında yaşayan uşaqlara nisbətə əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olduğu müəyyən edilmişdir.

Introvert problemlər:  $X_q=26,5 > X_a= 12,4$

Extrovert problemlər:  $X_q=18,1 > X_a= 6,5$

Ümumi nəticələrə baxdığımızda baxım modellərinə görə problemləli davranışların görülmə sıklığı uşaq evi/internatlarda böyüyən yeniyetmələrdə ailəsi yanında böyüyən yeniyetmələrə görə daha yüksək olduğu müəyyən edilmişdir.

Həmçinin tədqiqatda problemləli davranışların baxım modellərinə görə görülmə sıklığı araşdırıldığında, öz ailəsi ilə yaşayan uşaqlarda problemləli davranışların görülmə sıklığı 9,7%, uşaq evi və ya internatda yaşayan uşaqlarda 43,5% olduğu müəyyən olunmuşdur.

Beləliklə, həm CBCL, həm də YSR şkalalarından alınan nəticələrə görə internatda yaşayan və böyüyən uşaq və yeniyetmələrin ailəsi yanında böyüyən uşaq və yeniyetmələrdən daha çox problemləli davranışlara sahib olduğu müəyyənləşdirildi və fərziyələrin doğruluğu isbatlanmış oldu.

## NƏTİCƏ

Tədqiqat işinin başlıca məqsədi valideyn himayəsindən məhrum olmuş uşaq və yeniyetmələrdə psixoloji problemlərin (emosional, davranış) görülmə sıklığını uşaq və yeniyetmələrdən və onlara baxım verənlərdən əldə edilən materiallar əsasında müəyyənləşdirmək, ailəsi ilə yaşayan uşaqlarla qarşılaşdırmaq, uşaqların psixoloji yardıma nə qədər ehtiyacları olduğunu müəyyən etməkdən ibarət idi.

Tədqiqatda 6-18 yaş arası 62 nəfər (46 qız, 16 oğlan) uşaq və yeniyetmə müəyyən olunduqdan sonra onlara baxım verənlərə əvvəlcə Sosial-Demoqrafik xüsusiyyətləri öyrənmək üçün Sosial-Demoqrafik anket sorğu vərəqlərini, daha sonra isə uşaqların psixoloji vəziyyətlərini öyrənmək, problemləli davranışlarını müəyyənləşdirmək üçün CBCL testini təqdim etdim. Həmçinin 11-18 yaş arası 30 nəfərə (17 qız və 13 oğlan) yeniyetmələr üçün özünü dəyərləndirmə şkalası –YSR testini təqdim etdim. Yeniyetmələrlə ilkin tanışlıqdan sonra onlara baxım verənlərin yanaşmasını, problem həll etmə bacarıqlarını və düşüncə formasını müəyyən etmək üçün əlavə suallar verdim.

Tədqiqatın nəticələri aşağıdakılardır:

Tədqiqatın yekununda uşaq evi və ya internatda böyüyən uşaq və yeniyetmələrin problemləli davranışlarının valideyn himayəsindən məhrum olmaları ilə əlaqəsi aydınlaşdırılmışdır.

1. Əldə edilən nəticələrə görə uşaq evi və ya internatlarda yaşayan uşaq və yeniyetmələrdə anksiyetə (təşviş), depressiya, somatik və digər davranış problemlərinin yüksək olduğu müəyyənləşdirilmişdir.
2. Bizim tədqiqatımızda da, xaricdə aparılan tədqiqatlarda olduğu kimi uşağın ailə və qohumlarından biri ilə davamlı əlaqəsi və yetərlik səviyyəsinin yüksək olması psixopatologiya riskini azaldır.
3. Yeniyetmələrdən alınan bilgilərə görə baxım verənlərin uşaqlara yanaşma tərzi problemləli davranışlar üçün önəmli faktorlardan biridir. Uşaqlar və baxım verənlər arasında güvənli, dəstəkləyici, sevgi dolu, səmimi və mehriban

əlaqənin olması psixi sağlamlığı qoruyan önəmli faktorlardandır. Bu səbəblə uşaqlara baxım verənlərin maarifləndirilməsi önəmli addım olmalıdır.

4. Həm Sosial-Demoqrafik məlumatlar, həm də CBCL və YSR testlərindən əldə edilən nəticələrə görə, uşağın quruma gəlmə yaşının az olması, daha əvvəl başqa qurumda yaşaması, uşağın fiziki xəstəliyinin olması emosional və davranış problemlərini artıran faktorlardır.
5. Tədqiqatda müəyyən olunan risk faktorlarından biridə damğalamadır. Damğalama şəxsin sosial statusunu, özgüvən duyğusunu azaldan, tənhalıq, ümitsizlik və psixoloji simptomları artıran vəziyyətdir. Uşaq evi/internatlarda yaşayan uşaqlar onlara qarşı ictimai qınaq, önyargı ilə qarşılaşırlar.
6. Uşağın yoxsulluq və ailə parçalanması kimi səbəblərindən quruma alınması, qurum baxımında qaldığı müddət ərzində daha az neqativ vəziyyət yaradarkən, cinsi və ya fiziki istismara məruz qalmış uşaqların psixi sağlamlığına əhəmiyyətli dərəcədə təsir edən risk faktorlarındandır. Xarici tədqiqatlarda da uşaqlara qarşı istismarın fiziki, emosional, davranış və koqnitiv funksiyalara təsir etdiyi müəyyən edilmişdir.

## İSTİFADƏ EDİLMİŞ ƏDƏBİYYAT.

### I. Azərbaycan və rus ədəbiyyatı:

1. Bayramov Ə. S., Əlizadə Ə. Ə. Psixologiya dərslik. Bakı-2009.
2. Çələbiyev N. Z. Uşaq psixologiyası. Bakı, 2005.
3. Əliyev B. H. Şəxsiyyətə yeni baxış nəzəriyyəsi. Bakı, 2008.
4. Həmzəyev M. Ə. Yaş və pedaqoji psixologiyanın əsasları. Bakı, 2000.
5. XBT-10, Ümumdünya səhiyyə təşkilatı, Cenevrə, 2012.
6. Qədirov Ə. Yaş psixologiyası. Bakı, 2008.
7. Tahirqızı Ü. “Atılmış uşaqların reabilitasiyası problemi”. Xalq Səbhəsi. 2013. № 11.
8. Vəliyev M., Mustafayev A. İnkişaf və yaş psixologiyası. Bakı, 2015.
9. Демьянов Ю.Г. Диагностика психических нарушений. СПб.: Издат. дом МиМ ТОО Респекс, 1999.
10. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. 1998.
11. Романова Е.С. Исследование механизмов психологической защиты при девиантном поведении //Российский психиатрический журнал.

### II. Xarici ədəbiyyat:

12. Achenbach T. M. Manual for the Child Behavior Checklist/6–18 and 1991 Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry. Burlington, VT. 1991.
13. Bee H. The Developing Child. New York, Harper Collins College Publishers, 1992.
14. Bowlby J. Attachment and Loss. Separation, anxiety and anger. New York, Basic Books, 1973.
15. Bryan L., Rachel B. W. Eating Disorders in Children and Adolescents. Routledge, London and New York, 2013.
16. Bulik C. M., Sullivan P. F., Kendler K. S. Medical and psychiatric comorbidity in obese women with and without binge eating disorder. International Journal of Eating Disorders. 2002.

17. Diane E. P., Sally W. O., Ruth D. F. *A Child's World. Infancy Through Adolescence.* The McGraw - Hill Companies. - 8<sup>th</sup> ed,1999.
18. Garnezy N. *Stres-resistant children: The search of protective factors.* In J. E. Stevenson, *Recent research in developmental psychopathology* Tarrytown, NY: Pergamon Press, 1985.
19. Helsen. M., Vollebergh. W. and Meeus. W. *Social Support from Parents and Friends and Emotional Problems in Adolescence.* *Journal of Youth and Adolescence.* 29 (3), 2000.
20. James G. MD, Arthur B. Ph.D. *Overcoming Anxiety, Panic, and Depression: New Ways to Regain Your Confidence.* 2000.
21. Jensen P. S., Cooper J. R. *Attention deficit hyperactivity disorder: State of Science – Best Practices.* Kingston, NJ: Civic Research Institute.2003.
22. Keil V., Price J. M. *Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatments.* *Child Youth Services Review,* 2006.
23. MacLean K. *The impact of institutionalization on child development.* *Dev Psychopathol* 5. 2003.
24. Mash E. J., Barkley R. A. *Child Psychopathology.* New York: Guilford, 2003.
25. Mash E. J., Barkley R. A. *Treatment of childhood disorders (3rd edition).* New York: Guilford, 2005.
26. Milich R., Ballentine A. C., Lynam D. *ADHD Combined Type and ADHD Predominantly Inattentive Type are distinct and unrelated disorders.* *Clinical Psychology: Science and Practice,* 2000.
27. Parke R., Ornstein P., Reiser J. C. Zahn-Waxler (Eds.) *A century of developmental psychology.* 1994.
28. Pluess M., Belsky J. *Differential susceptibility to rearing experience: the case of childcare.* 2009.
29. Roberts R. E., Roberts C. R., Chen I. G., *Fatalism and risk of adolescent depression.* *Psychiatry.* 2000.

30. Slavin, Robert E. Educational Psychology. The U.S, A Pearson Education Company, 2000.
  31. Zeanah C. H. Disturbances of attachment in young children adopted from institutions. 2000.
  32. A. Kandır. Gelişimde 3-6 yaş: çocuğum büyüyor. Morpa Kültür Yayınları 1 baskı, İstanbul, 2003.
  33. Doç. Dr. Melekoğlu M. A., Prof. Dr. Sak U. Öğrenme Güçlüğü ve Özel Yetenek. 1. Baskı, Ankara, 2017.
  34. DSM-V Tanı Ölçütleri. Başvuru Elkitabı. Çevirmen Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu. İstanbul, 2014.
  35. Ekşi A. Koruma altında çocuklar. (Yayına hazırlayan Runa Uslu). Ankara Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yayınları, Yayın no: IX. Ankara Üniversitesi Basımev, 2004.
  36. James N. B., Susan M., Jill M. H. - Anormal Psikoloji, Çocuk ve ergenlerde kaygı ve depresyon. Kaknüs yayınları, İstanbul, 2011.
  37. Mehmet T. Yetim Çocukların Psikolojisi. İstanbul, 2015.
  38. Prof. Dr. Bengi S. Tik bozuklukları. İstanbul, 2017.
  39. Şimşek Z. "Kurum bakımı ve çocuk ruh sağlığı: Kurum bakımı altındaki çocukların sorun davranışlarını yordayan faktörler". Sosyal Hizmet Sempozyumu 2004: Alanya. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmetler Bölümü, Bildiri Özetleri, 49.
  40. Ümit M., Figen Ç. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry3(3), 2011.
  41. Yörükoğlu A. Koruma altındaki çocuklar ve hakları. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 10(3), İstanbul, 2003.
- III. İnternet resursları:
42. AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASININ DÖVLƏT STATİSTİKA KOMİTƏSİ. Metaməlumatlar bölməsi.
  43. HELPGUIDE.ORG. Trusted guide to mental, emotional & social health.

44. IACAPAP.ORG. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
45. VERYWELLMIND.COM.



## Əlavələr

### Əlavə 1:

#### ŞƏXSİ MƏLUMAT FORMASI

*Dəyərli iştirakçılar,*

*Bu anket tədqiqat məqsədilə hazırlanmışdır. Zəhmət olmasa hər sualı diqqətlə oxuyub, uyğun gələn variantları qeyd edin. Suallara səmimi və doğru cavab verməyinizi xahiş edirəm. Bu tədqiqat nəticələrinin düzgün şərh edilməsinə kömək edəcək. Anonimlik qorunur. Sizə öz minnətdarlığımı bildirirəm.*

*Təhminə Rəsulzadə*

*Xəzər Universiteti Klinik Psixologiya Magistrantı*

1. Ad, Soyad

---

2. Cinsi: Kişi ( ) Qadın ( )

3. Uşağın yaşı?

---

4. Quruma alınma yaşı?

---

5. Quruma alınma səbəbi?

---

6. Quruma gəlmədən əvvəl qaldığı yer?

---

7. Bacı-qardaşı varmı?

---

8. Qurum dəyişikliyi olubmu?

---

9. Valideynləri ilə əlaqəsi varmı? \_\_\_\_\_

10. Ailə vəziyyəti aşağıdakılardan hansına uyğun gəlir?

Anasını itirib.

Atasını itirib.

Valideynlərinin hər ikisini itirib.

Ata-anası ayrılıblar.

Əlavə qeydiniz:

---

Qeyd: Bu form valideyn himayəsindən məhrum uşaqlar haqqında onlara baxımverənlər və ya müəllimlərdən alınan şəxsi məlumat formudur. Sorğu anonimdir. Ad və Soyad vacib deyildir.

**Əlavə 2:**

**6-18 YAŞ UŞAQ VƏ GƏNCLƏR ÜÇÜN DAVRANIŞ QIYMƏTLƏNDİRMƏ ŞKALASI**

UŞAĞIN ADI, SOYADI:	MİLLİYYƏTİ:	ATA ANANIN İŞİ; İndi işləməsələr belə (Detalları ilə yazın, məsələn, avto təmirçi, həkim, müəllim, evdar, fəhlə, satıcı, təqaüddə). TƏHSİLİ (Cəmi neçə il məktəbə getdiyinizi yazın)
CİNSİYYƏTİ: <input type="checkbox"/> QIZ <input type="checkbox"/> OĞLAN	YAŞI:	ATANIN İŞİ.....TƏHSİLİ.....YAŞI..... ANANIN İŞİ.....TƏHSİLİ.....YAŞI.....
BU GÜNÜN TARIXI GÜN__AY__İL__	UŞAĞIN DOĞULDUĞU TARIX GÜN__AY__İL__	ŞKALANI DOLDURAN: <input type="checkbox"/> Ata <input type="checkbox"/> Qəyyum (Himayədar) <input type="checkbox"/> Ana <input type="checkbox"/> Nənə <input type="checkbox"/> Ögey valideyn <input type="checkbox"/> Baba <input type="checkbox"/> Digər..... Uşaqla olan əlaqəsi.....
SİNFL..... MƏKTƏBƏ GETMİR <input type="checkbox"/>	Uşağınızın davranışları ilə əlaqəli bu formanı sizin fikirlərinizi əks etdirəcək şəkildə doldurun. Maddələr ilə bağlı əlavə məlumat verə bilərsiniz və qeydlərinizi 2-ci səhifədəki boşluqlara yazmaqla bilərsiniz. <i>Bütün maddələri cavablandırdığınızdan əmin olun. Təşəkkür edirik.</i>	

**I. Uşağınızın məşğul olmağı ən çox sevdiyi idman növlərini a, b, c bəndlərinə yazın. Məsələn, üzgüçülük, futbol, basketbol, gimnastika, velosiped sürmə, voleybol, balıq tutma, güləş, karate və s.**

Heç yoxdur **Yaşadlarına nisbətən hər birinə nə qədər vaxt ayırır?** **Yaşadlarına nisbətən hər birində nə qədər bacarıqlıdır?**

	Normadan az	Normal	Normadan çox	Bilmirəm	Normadan az	Normal	Normadan çox	Bilmirəm
a.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**II. Uşağınızın idmandan fərqli olaraq, sevimi hobbilə, məşğulluq, oyun və fəaliyyətlərini a, b, c bəndlərinə yazın. Məsələn, gəlincik, kitablar, ol sənətləri, pianino, maşınlar, kompüter, rəqs, marka toplamaq və s. (Radioya qulaq asmaq və televizora baxmağı daxil etməyin).**

Heç yoxdur **Yaşadlarına nisbətən hər birinə nə qədər vaxt ayırır?** **Yaşadlarına nisbətən hər birində nə qədər bacarıqlıdır?**

	Normadan az	Normal	Normadan çox	Bilmirəm	Normadan az	Normal	Normadan çox	Bilmirəm
a.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**III. Uşağınızın üzvlü olduğu hər hansı təşkilat, klub, komanda və ya qruplar varsa a, b, c bəndlərinə yazın. Məsələn, idman, musiqi, hər hansı incəsənət növü (şahmat, rəsm və s).**

Heç yoxdur **Yaşadlarına nisbətən hər birində nə qədər aktivdir?**

	Normadan az	Normal	Normadan çox	Bilmirəm
a.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IV. Uşağınızın evdə və ya ev xaricində gördüyü hər hansı iş və ya gündünlük işlər varsa a, b, c bəndlərinə yazın. Məsələn, qəzet almaq, uşaq baxmaq, süfrə açmaq, çarpayını düzəltmək, mağazada işləmək, işiq-su qəbzini ödəmək və s. (Qarşılığında pul aldığı və ya almadığı bütün işləri yazın).**

Heç yoxdur **Yaşadlarına nisbətən hər birində nə qədər bacarıqlıdır?**

	Normadan az	Normal	Normadan çox	Bilmirəm
a.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copyright 2001. T. Achenbach, ASEBA, University of Vermont, ASEBA, org  
Azərbaycan dilinə Tərcümə və Adaptasiyası Nərimin Osmanlı tərəfindən T.M. Achenbach'ın icazəsi ilə aparılmış və çap edilmişdir (2015-2016)  
Hacettepe Universiteti, Psixoloji Məsləhət və Rəhbərlik Kafedrası

6-1-01 Çap - 201

V. 1- Uşağınızın təxminən neçə yaxın dostu var? (Bacı və qardaşlarını daxil etməyin)

Heç yoxdur  1  2 və ya 3  4 və ya daha çox

2- Məktəbdənkənar vaxtlarda həftədə neçə dəfə dostlarıyla vaxt keçirir? (Bacı və qardaşlarını daxil etməyin)

1-dən az  1 və ya 2  3 və ya daha çox

VI. Yaşadıklarına nisbətən uşağınızın:	Olduqca Pis	Normal	Olduqca Yaxşı	Bacı-qardaşı Yoxdur
Bacı- qardaşı ilə münasibəti necədir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başqa uşaqlarla münasibəti necədir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sizə qarşı davranışı necədir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tək başına oyun oynamığı və iş görməyi necədir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. 1- Uşağınızın məktəbdəki müvəffəqiyyəti necədir?

Məktəbə getmir, çünki \_\_\_\_\_

	Qeyri kafi	Kafi	Yaxşı	Əla
a. Azərbaycan dili, Ədəbiyyat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tarix, Sosial Elmlər	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Riyaziyyat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Texniki Fənlər	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Həyat bilgisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Xarici dil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. İnformatika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2- Uşağınız hər hansı xüsusi tədris xidməti və ya hər hansı xüsusi məktəbdə və ya sinifdə təhsil alırımı?

Xeyir

Bəli- zəhmət olmasa, açıqlayın: Hansı növ xidmət, məktəb və sinif: (Köməkçi məktəb, inklüziv təhsil, ev təhsili).....

3- Uşağınız sinif təkrarı edibmi?

Xeyir

Bəli - neçənci sinifdə və səbəbləri.....

4- Uşağınızın məktəbdə dərslə bağlı və dərslə əlaqəli olmayan problemləri olubmu?

Xeyir

Bəli -zəhmət olmasa, açıqlayın.....

Bu problemlər nə vaxt başladı? .....

Problemlər bitibmi?

Xeyir

Bəli- Nə vaxt bitib? .....

Uşağınızın hər hansı xəstəliyi, əlilliyi və ya qüsuru varmı? (fiziki və ya əqli)

Xeyir

Bəli -zəhmət olmasa, açıqlayın: .....

Uşağınızda sizə ən çox narahat edən nədir?

Uşağınızla bağlı ən yaxşı xüsusiyyətləri yazın.

Aşağıda uşaq və gəncləri təsvir edən maddələr siyahısı verilmişdir. Hər maddə uşağın indiki ya da son 6 ay  
 içindəki vəziyyətini ifadə etməkdir. Bir maddə uşaq üçün TAMAMILƏ YA DA ÇOX VAXT DOĞRU İSƏ 2,  
 BƏZƏN VƏ YA BİR AZ DOĞRUDURSA 1, HEÇ DOĞRU DEYİLSƏ 0 rəqəmini dairə içinə alın.

0: Doğru deyil (Bildiyiniz Qədəriylə) 1: Bəzən ya da Bir Az Doğru 2: Tamamilə ya da Çox Vaxt Doğru

0 1 2 1. Yaşına görə daha uşaqca davranır	0 1 2 32. Qüsuruz və ideal olmalı olduğuna inanır
0 1 2 2. Valideynlərin icazəsi olmadan spirtli içki qəbul edir	0 1 2 33. Heç kəsin onu sevmədiyindən şikayətlənir
0 1 2 3. Çox mübahisə edir	0 1 2 34. Başqalarının ona qarşı olduğu hissəyə qapılır
0 1 2 4. Başladığı fəaliyyətləri axıra çatdırma bilmir	0 1 2 35. Özlünü dəyərsiz, gərəksiz ya da yetərsiz hiss edir
0 1 2 5. Xoşladığı və ya zövq aldığı çox az şey vardır	0 1 2 36. Tez-tez qəza ilə yaralanır
0 1 2 6. Nəcisini tualet xaricində yerlərə edir	0 1 2 37. Davaya qarışdığı çox olur
0 1 2 7. Özü ilə öyünür, lovğa davranır, özündən uydurur	0 1 2 38. Ona çox satışıq, lağ edirlər
0 1 2 8. Diqqətini cəmləyə bilmir, diqqətini uzun müddət bir şeyə verə bilmir	0 1 2 39. Baş bələdə olan insanlarla yaxınlıq edir
0 1 2 9. Ağılından çıxara bilmədiyi, onu narahat edən düşüncələri var; sarışan fikirlər (simmetriya, mikrob yoluxması, məktəb problemləri, kompüter kimi) Açıqlayın:.....	0 1 2 40. Olmayan səslər ya da danışmalar eşidir (açıqlayın):
0 1 2 10. Yerində sakit oturmur, rahat durma bilmir və çox hərəkətlidir	0 1 2 41. Düşüncədən və ya ani hərəkət edir
0 1 2 11. Valideyn və digər böyüklərdən həddən artıq asılıdır, tək başına qərar verib hərəkət edə bilmir (hazırda nazirdir)	0 1 2 42. Başqaları ilə bərabər olmaqdan təklə qalmağı üstün tutur
0 1 2 12. Yalnızlıqdan şikayət edir	0 1 2 43. Yalan danışır, aldadır, hiyləgərdir
0 1 2 13. Fikri qarışıq və zehni dumanlı olur	0 1 2 44. Dırnaqlarını yeyir
0 1 2 14. Çox ağlayır	0 1 2 45. Əsəbi və gərgindir
0 1 2 15. Heyvanlara qarşı qəddardır	0 1 2 46. Səyrimə və tikləri olur (özələ oynamaları) (açıqlayın):
0 1 2 16. Başqalarına qarşı qəddar, zorba və ya kobuddur	0 1 2 47. Gecə kabusları, qarabasmaları olur
0 1 2 17. Xoşal qurur, düşüncələrə dalıb gedir	0 1 2 48. Digər uşaqlar tərəfindən sevilir
0 1 2 18. Özlünə qəsdən zərər verməyə ya da intihar cəhdi olur	0 1 2 49. Qəbizliyi var
0 1 2 19. Həmişə diqqət çəkməyə çalışır	0 1 2 50. Çox qorxaq və ya təşvişlidir
0 1 2 20. Əşyalarına zərər verir	0 1 2 51. Baş gicəllənir, gözləri qaralır
0 1 2 21. Ailəsinə ya da başqalarına aid əşyalara zərər verir	0 1 2 52. Həddindən artıq günahkarlıq hiss edir
0 1 2 22. Evdə sözsə qulaq asmır	0 1 2 53. Çox yeyir
0 1 2 23. Məktəbdə sözsə qulaq asmır	0 1 2 54. Səbəbsiz yerə özlünü çox yorğun hiss edir
0 1 2 24. Yaxşı yemir, iştahsızdır	0 1 2 55. Çəkisi artıqdır
0 1 2 25. Başqa uşaqlarla yola getmir	56. Tibbi bir səbəbi olmayan fiziki problemlər:
0 1 2 26. Xətəli davranışına görə təqsirkarlıq hiss etmir, vecinə almır	0 1 2 a. Ağrı və sızıldamalardan şikayət edir (baş və mədə ağrısından əlavə)
0 1 2 27. Asanlıqla qışqırır, paxıllıq edir	0 1 2 b. Baş ağrılarından şikayətlənir
0 1 2 28. Ev, məktəb və digər yerlərdə qaydalara riayət etmir	0 1 2 c. Bulantı\ qusma hissisi olur
0 1 2 29. Bəzi heyvanlardan, vəziyyətlərdən (yüksəklik) ya da yerlərdən (qaranlıq, lift kimi və s.) qorxur (açıqlayın) (məktəbi daxil etməyin):.....	0 1 2 d. Gözlə əlaqəli şikayətləri olur (eynək istifadəsindən əlavə) (açıqlayın):.....
0 1 2 30. Məktəbə getməkdən qorxur	0 1 2 e. Səpgi ya da başqa dəri problemləri olur
0 1 2 31. Pis bir şey düşüncəyindən və ya edəcəyindən qorxur	0 1 2 f. Mədə-qarın ağrısından şikayət edir
	0 1 2 g. Qusmaları olur
	0 1 2 h. Digər (açıqlayın):.....

0: Doğru Deyil (Bildiyiniz Qədər ilə) 1: Bəzən ya da Bir Az Doğru 2: Tamamilə ya da Çox Vaxt Doğru

- 0 1 2 57. İnsanlara fiziki hücum edir  
 0 1 2 58. Burnunu qarışdırır, dərisini ya da bədənin digər hissələrini qoparır, saç və kirpiklərini yolur (açıqlayın):.....  
 .....  
 0 1 2 59. Hər kəsin içində cinsi orqanlarıyla oynayı  
 0 1 2 60. Cinsi orqanlarıyla həddən artıq oynayı  
 0 1 2 61. Məktəbdəki fəaliyyəti yetərsiz və kasaddır  
 0 1 2 62. Əl, qol və ayaq hərəkətlərini uyğunlaşdırmada çətinlik çəkir, yəndəmsiz hərəkət edir  
 0 1 2 63. Öztündən böyük uşaqlarla vaxt keçirməyə üstünlük verir  
 0 1 2 64. Öztündən kiçiklərlə vaxt keçirməyi üstün tutur  
 0 1 2 65. Danışmaqdan imtina edir  
 0 1 2 66. Qeyri-ixtiyari də olsa müəyyən hərəkətləri/davranışları dəfələrlə təkrar edir (əllərini yuma, qapı kilidini yoxlama kimi) (açıqlayın):.....  
 0 1 2 67. Evdən qaçır  
 0 1 2 68. Çox qışqırır  
 0 1 2 69. Sır verəməz, hər şeyi içində saxlayır  
 0 1 2 70. Olmayan şeylər görür (açıqlayın):.....  
 0 1 2 71. Cəmiyyət içində rahat deyil, sıxılıb utanır  
 0 1 2 72. Yanğın çıxardır  
 0 1 2 73. Cinsi problemləri var (açıqlayın):.....  
 0 1 2 74. Öztünü nümayiş etdirməyi sevər və ya klounluq edir  
 0 1 2 75. Çox çəkinən və ürəkəkdir  
 0 1 2 76. Digər uşaqlardan daha az yatır  
 0 1 2 77. Gecə və ya gündüz digər uşaqlardan daha çox yatır (açıqlayın):.....  
 0 1 2 78. Diqqətsizdir ya da diqqəti asanlıqla dağılır  
 0 1 2 79. Nitq problemləri var (açıqlayın):.....  
 .....  
 0 1 2 80. İfadəsiz, boş gözlərlə baxır  
 0 1 2 81. Evdən oğurluq edir  
 0 1 2 82. Ev xaricində başqa yerlərdən oğurluq edir  
 0 1 2 83. Ehtiyacı olmayan bir çox şeyi yığır (açıqlayın):.....  
 .....  
 0 1 2 84. Qəribə davranışları var (şeylərin müəyyən sırada və qaydada olmağını istəmə kimi) (açıqlayın):.....  
 .....  
 0 1 2 85. Qəribə fikirləri var (bəzi rəqəm və sözləri təkrarlama və bunları zehindən çıxara bilməmək kimi) (açıqlayın):.....  
 .....  
 0 1 2 86. İnadkar, tez qıcıqlanan, qaşqabaqlıdır  
 0 1 2 87. Əhvalı və ya hissləri anidən dəyişir  
 0 1 2 88. Kilsəyəndir, tez tez küstür  
 0 1 2 89. Şübhəçidir  
 0 1 2 90. Söylüş söyür, ədəbsiz danışığı var  
 0 1 2 91. Öztünü öldürmək barəsində danışır  
 0 1 2 92. Yuxuda gəzir və ya danışır (açıqlayın):.....  
 .....  
 0 1 2 93. Çox danışır  
 0 1 2 94. Başqalarına çox sataşır, lağ edir  
 0 1 2 95. Tez öztündən çıxır, qəzəblənir  
 0 1 2 96. Cinsəllik barəsində çox dütündür  
 0 1 2 97. İnsanları təhdid edir, hədələyir  
 0 1 2 98. Barmaq əmir  
 0 1 2 99. Siqaret çəkir, tütün çeynəyir ya da iyləyir  
 0 1 2 100. Yatmaqda çətinlik çəkir (açıqlayın):.....  
 .....  
 0 1 2 101. Məktəbə getmir ya da məktəbdən qaçır  
 0 1 2 102. Passivdir, hərəkətləri yavaşdır və ya enerjisi yoxdur  
 0 1 2 103. Xoşbəxt deyil, kədərli və kefsizdir (depressivdir)  
 0 1 2 104. Çox səs-küylüdür  
 0 1 2 105. Tibbi olmayan məqsədlərlə dərman qəbul edir (siqaret və alkoqolu daxil etməyin) (açıqlayın):.....  
 .....  
 0 1 2 106. Ətrafdakı əşya və şəxslərə qəsdən zərər verir  
 0 1 2 107. Gündüz altını isladır  
 0 1 2 108. Gecə yatağını isladır  
 0 1 2 109. Mızıldanır, sızlanır  
 0 1 2 110. Qarşı cinsdən olmağı arzulayır  
 0 1 2 111. Başqaları ilə qaynayıb qarışmış, öztünə qapalıdır  
 0 1 2 112. Narahat və qayğılıdır, hər şeyi dərd edir  
 113. Uşağın yuxarıda qeyd edilməyən başqa problemləri varsa zəhmət olmasa yazın.  
 0 1 2 .....  
 0 1 2 .....  
 0 1 2 .....

### Əlavə 3:



## 11-18 YAŞ ARASI YENİYETMƏLƏR ÜÇÜN ÖZÜNÜŞƏRH ŞKALASI

AD, SOYAD	MİLLİYƏT	ATA və ANANIN İŞİ HAQQINDA MƏLUMAT (indi işləmədikləri halda belə təfərrüatı ilə yazmağa çalışın, məsələn, çilingərdir, orta məktəb müəllimidir, evdar qadındır, fəhlədir, tornaçıdır, ayaqqabı satıncısıdır, hərbi çavuşdur).
CİNSİYYƏT <input type="checkbox"/> QIZ <input type="checkbox"/> OĞLAN	YAŞ	
ÖZÜNÜŞƏRH ŞKALASININ YAZILDIĞI TARİX GÜN __ AY __ İL __	DOĞUM TARİXİ GÜN __ AY __ İL __	ATANIN İŞİ _____ ANANIN İŞİ _____  Zəhmət olmasa bu formaları, başqalarının fərqli düşüncələrini nəzərə almadan, sizin fikirlərinizi əks etdirəcək şəkildə tamamlayın.
SİNFİNİZ __ MƏKTƏBƏ GETMİRƏM <input type="checkbox"/>	ƏGƏR İŞLƏYİRSİNİZSƏ İŞİNİZ HAQQINDA QISA MƏLUMAT VERİN _____	Maddələr ilə bağlı əlavə qeydlərinizi 2-ci. və 4-cü səhifədə ayrılmış boşluqlara yazı bilərsiniz. <b>Bütün maddələri cavabladığınızdan əmin olun.</b>

**I. Ən çox məşğul olmağı sevdiyiniz idman növlərini yazın.** Məsələn, üzgüçülük, beysbol, konki sürmə, skeytbord, velosiped sürmə, balıq tutma və s.

□ Heç yoxdur	Yaşdılarınızla müqayisədə Hər birinə nə qədər vaxt ayırırsınız?			Yaşdılarınızla müqayisədə Hər birində nə qədər bacarıqlısınız?		
	Normadan az	Normal	Normadan çox	Normadan az	Normal	Normadan çox
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**II. İdmandan fərqli olaraq, digər hobbii, oyun və fəaliyyətlərinizi yazın.** Məsələn, kart oynamaq, kitablar, piano, maşınlar, komputer, əl işi və s. (Radiyo qulaq asmaq və televizora baxmağı daxil etməyin).

□ Heç yoxdur	Yaşdılarınızla müqayisədə Hər birinə nə qədər vaxt ayırırsınız?			Yaşdılarınızla müqayisədə Hər birində nə qədər bacarıqlısınız?		
	Normadan az	Normal	Normadan çox	Normadan az	Normal	Normadan çox
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**III. Üzvü olduğunuz hər hansı qurum, klub, komanda və ya qrupları yazın.**

□ Heç yoxdur	Yaşdılarınızla müqayisədə hər birində nə qədər aktivsiniz?		
	Normadan az	Normal	Normadan çox
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IV. Gördüyünüz hər hansı iş və ya günlük işləri sıra ilə yazın.** Məsələn, qəzet almaq (paylamaq), uşaq baxmaq, çarpayını düzəltmək, mağazada işləmək və s. (Qarşılığında pul aldığınız və ya almadığınız bütün işləri yazın).

□ Heç yoxdur	Yaşdılarınızla müqayisədə hər birini nə qədər düzgün, yaxşı yerinə yetirirsiniz?		
	Normadan az	Normal	Normadan çox
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copyright 2001. T. Achenbach, ASEBA, University of Vermont, ASEBA.org 6-1-01 Çap - 501  
Cəmilə Qocalı tərəfindən T.M. Achenbach'ın icazəsi ilə Azərbaycan dilinə Tərcümə və Adaptasiya olunmuş və çap edilmişdir. (2015, 2016).  
Hacetpepe Universiteti Təhsil Elmləri Fakültəsi, Psixoloji Konsul.əsiya və Rəhbərlik Kafedrası

V. 1- Təxminən neçə yaxın dostunuz var? (Bacı və qardaşlarınızı daxil etməyin)

Heç yoxdur  1  2 və ya 3  4 və ya daha çox

2- Məktəbdənkənar vaxtlarda həftədə neçə dəfə dostlarınızla vaxt keçirirsiniz? (Bacı və qardaşlarınızı daxil etməyin)

1-dən az  1 və ya 2  3 və ya daha çox

VI. Yaşadığınızla müqayisədə nə qədər yaxşısiniz:

	Olduqca Pis	Orta	Olduqca Yaxşı	Bacı-qardaşım Yoxdur
a. Bacı- qardaşınızla yola getmədə?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Başqa uşaqlarla yola getmədə?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Ana – atanızla yola getmədə?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Tək başına işlərin öhdəsindən gəlmədə?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. Məktəbdə qiymətləriniz necədir?

Məktəbə getmirəm, çünki, \_\_\_\_\_

	Pis	Ortadan zəif	Orta	Ortadan üstün
a. Azərbaycan dili və Ədəbiyyatı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tarix, Sosial Elmlər	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cəbr, Riyaziyyat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Texniki Fənlər	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Digər dərsləri, məsələn, informatika, xarici dil, əmək, idman, rəsm, və musiqini daxil etməyin.

Hər hansı xəstəliyiniz, əlilliyiniz və ya əngəliniz varmı?  Yox  Hə - zəhmət olmasa, açıqlayın:

Məktəblə bağlı hər hansı probleminiz və ya narahatlığınız varsa açıqlayın:

Sizi qayğılandıran digər şeylər varsa yazın:

Ən yaxşı xüsusiyyətlərinizi yazın:

Bütün suallara cavab verdiyinizdən əmin olun



...ağrıda yeniyetmələri ifadə edən maddələr siyahısı verilmişdir. Hər bir maddə sizin **indiki və ya son 6 ay** içindəki əziyyətinizi bildirir. Bir maddə çox və ya tez-tez doğrudursa, 2, qismən və ya bəzən doğrudursa 1, heç doğru deyilsə 0 rəqəmlərini dairəyə alın.

0: Doğru deyil

1: Qismən və ya Bəzən Doğru

2: Çox və ya Tez-Tez Doğru

- 0 1 2 1. Yaşıma görə çox uşağcasına davranıram
- 0 1 2 2. Valideynlərimin icazəsi olmadan alkoqol qəbul edirəm (açıqlayın): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 3. Çox münəqqişə edirəm
- 0 1 2 4. Başladığım işləri bitirə bilmirəm
- 0 1 2 5. Zövq aldığım çox az şey var
- 0 1 2 6. Heyvanları xoşlayıram
- 0 1 2 7. Özümlə öyünürəm
- 0 1 2 8. Diqqətimi cəmləməkdə və ya davam etdirməkdə çətinlik çəkirəm
- 0 1 2 9. Müəyyən fikirləri ağımdan çıxara bilmirəm (açıqlayın): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 10. Yerimdə sakit otura bilmirəm
- 0 1 2 11. Böyüklərdən həddən artıq asılıyam
- 0 1 2 12. Özümlə yalnız hiss edirəm
- 0 1 2 13. Ağılım qarışıq və zehnim dumanlı olur
- 0 1 2 14. Çox ağlayıram
- 0 1 2 15. Olduqca vicdanlıyam
- 0 1 2 16. Başqalarına qarşı pis davranıram
- 0 1 2 17. Çox xəyal qururam
- 0 1 2 18. Qəsdən özümə zərər verməyə və ya özümü öldürməyə çalışıram
- 0 1 2 19. Çox diqqət çəkməyə çalışıram
- 0 1 2 20. Əşyalarımın zərər verirəm
- 0 1 2 21. Başqalarının əşyalarına zərər verirəm
- 0 1 2 22. Valideynlərimin sözlünə qulaq asmıram
- 0 1 2 23. Məktəbdə sözsə qulaq asmıram
- 0 1 2 24. Yeməli olduğumdan az yemək yeyirəm
- 0 1 2 25. Başqa uşaqlarla yola getmirəm
- 0 1 2 26. Etməməli olduğum bir şeyi etdikdən sonra peşman olmuram
- 0 1 2 27. Başqalarını qışqırıram
- 0 1 2 28. Evdə, məktəbdə və ya başqa yerlərdə qaydalara riayət etmirəm
- 0 1 2 29. Bəzi heyvanlardan, vəziyyətlərdən və yerlərdən qorxuram (açıqlayın): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 30. Məktəbə getməkdən qorxuram
- 0 1 2 31. Pis bir şey düşünəcəyimdən və ya edəcəyimdən qorxuram
- 0 1 2 32. Mükəmməl olmalı olduğuma inanıram.

- 0 1 2 33. Heç kəsin məni sevmədiyini hiss edirəm,
- 0 1 2 34. Başqalarının mənim səhvimi tutmağa çalışdığını hiss edirəm.
- 0 1 2 35. Özümlə dəyərsiz və basit hiss edirəm.
- 0 1 2 36. Qəza ilə yaralandığımı çox olur.
- 0 1 2 37. Davaya qarışdığımı çox olur.
- 0 1 2 38. Mənə sataşanlar çox olur.
- 0 1 2 39. Başı bələdə olan uşaqlarla çox gəzirəm.
- 0 1 2 40. Başqalarını eşitmədiyi səslər və ya danışmalar eşidirəm (açıqlayın): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 41. Düşünmədən hərəkət edirəm
- 0 1 2 42. Başqaları ilə bərabər olmaqdan tək qalmağa üstünlük verirəm
- 0 1 2 43. Yalan danışır və ya aldarıram
- 0 1 2 44. Dırnaqlarımı yeyirəm
- 0 1 2 45. Əsəbi və gərginəm
- 0 1 2 46. Bədənimin bəzi hissələrində sayrımalar və tiklər olur (açıqlayın): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 47. Qorxulu yuxular görürəm
- 0 1 2 48. Başqa uşaqların məndən xoşu gəlmir
- 0 1 2 49. Müəyyən şeyləri bir çox uşaqdan yaxşı bacarıram
- 0 1 2 50. Çox qorxaq və təşvişliyəm
- 0 1 2 51. Başgicəllənmə və halsızlığımı olur
- 0 1 2 52. Özümlə çox günahkar hiss edirəm
- 0 1 2 53. Çox yemək yeyirəm
- 0 1 2 54. Səbətsiz yerə özümü yorğun hiss edirəm
- 0 1 2 55. Çəkim çoxdur
- 0 1 2 56. **Tibbi bir səbəb olmadığı halda** yaşadığım fiziki problemlər:
- 0 1 2 a. Ağrı və ya giziltilər (baş və qarın ağrısından əlavə)
- 0 1 2 b. Baş ağrısı
- 0 1 2 c. Ürək bulanma, xəstə hiss etmə
- 0 1 2 d. Gözlə bağlı problemlər (eynək taxmaqdan əlavə)
- 0 1 2 e. Səpki və ya başqa dəri problemləri
- 0 1 2 f. Mədə - qarın ağrısı
- 0 1 2 g. Qusma
- 0 1 2 h. Digər (açıqlayın): \_\_\_\_\_

Bütün suallara cavab verdiyinizdən əmin olun

**0: Doğru deyil****1: Qismən və ya Bəzən Doğru****2: Çox və ya Tez-Tez Doğru**

- 0 1 2 57. İnsanlara fiziki hücum edirəm
- 0 1 2 58. Dərimi və ya bədənimin başqa hissələrini qoparıram (açıqlayın): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 59. Olduqca mehriban ola bilirəm
- 0 1 2 60. Yeni şeylər yoxlamağı xoşlayıram
- 0 1 2 61. Məktəb göstəricilərim zəifdir
- 0 1 2 62. Bədən koordinasiyam zəifdir və ya yöndəmsizdir
- 0 1 2 63. Yaşdığımından çox özümdən böyük uşaqlarla vaxt keçirməyə üstünlük verirəm
- 0 1 2 64. Yaşdığımından çox özümdən kiçik uşaqlarla vaxt keçirməyə üstünlük verirəm
- 0 1 2 65. Danışmaqdan imtina edirəm
- 0 1 2 66. Müəyyən hərəkətləri təkrar təkrar etdiyim olur
- 0 1 2 67. Evdən qaçıram
- 0 1 2 68. Çox qışqırıram
- 0 1 2 69. Sirləri özümə saxlayan və qapalı biriyəm
- 0 1 2 70. Başqalarının görmədiyi şeylər görürəm (açıqlayın): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 71. İca qapanıq və asanlıqla utanıram
- 0 1 2 72. Yanğın törədirəm
- 0 1 2 73. Əl qabiliyyətim yaxşıdır
- 0 1 2 74. Şou göstərir, klounluq edirəm
- 0 1 2 75. Çox utancaq və çəkingənəm
- 0 1 2 76. Digər uşaqlarla müqayisədə az yatıram
- 0 1 2 77. Gün içində/gecə digər uşaqlardan çox yatıram (açıqlayın): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 78. Diqqətsizəm, diqqətim asan dağılır
- 0 1 2 79. Nitq problemlərim var (açıqlayın): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 80. Hüquqlarımı qoruyuram
- 0 1 2 81. Evdən oğurluq edirəm
- 0 1 2 82. Evdən fərqli yerlərdən oğurluq edirəm
- 0 1 2 83. Ehtiyacım olmayan bir çox şeyi yığırım (açıqlayın): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 84. Başqalarına qəribə gələn şeylər edirəm

**Bütün suallara cavab verdiyinizdən əmin olun**

- (açıqlayın): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 85. Başqalarına qəribə gələn şeylər düşündürəm (açıqlayın): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 86. İnadkaram
- 0 1 2 87. Əhvalım və ya hisslərim ani olaraq dəyişir
- 0 1 2 88. İnsanlarla bərabər olmağı xoşlayıram
- 0 1 2 89. Şübhəci biriyəm
- 0 1 2 90. Söyüş söyür, ədəbsiz ifadələr işlədirəm
- 0 1 2 91. Özümü öldürmək barəsində düşündürəm
- 0 1 2 92. Başqalarını güldürməyi xoşlayıram
- 0 1 2 93. Çox danışıram
- 0 1 2 94. Başqalarına çox sataşıram
- 0 1 2 95. Tez özümdən çıxıram
- 0 1 2 96. Cinsiliklə əlaqəli çox düşündürəm
- 0 1 2 97. İnsanları incidəcəyimlə bağlı təhdid edirəm
- 0 1 2 98. Başqalarına kömək etməyi xoşlayıram
- 0 1 2 99. Siqaret çəkir, tütün çeynəyir və ya iyləyirəm
- 0 1 2 100. Yatmaqda çətinlik çəkirəm (açıqlayın): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 101. Dərsə girmir, məktəbdən qaçıram
- 0 1 2 102. Enerjim çox deyil
- 0 1 2 103. Kədərli, qəmgin və depressivəm
- 0 1 2 104. Başqa uşaqlara nisbətən daha səs küylüyəm
- 0 1 2 105. Qeyri tibbi məqsədlərlə dərmanlar istifadə edirəm (alkoqol və tütünü daxil etməyin) (açıqlayın): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 106. Başqalarına qarşı ədalətli olmağı xoşlayıram
- 0 1 2 107. Yaxşı zarafatları xoşlayıram
- 0 1 2 108. Həyatı ciddiyyə almamağı xoşlayıram
- 0 1 2 109. Əlimdən gəldikcə başqalarına kömək etməyə çalışıram
- 0 1 2 110. Əks cinsdən biri olmaq istərdim
- 0 1 2 111. Başqaları ilə münasibət qurmaqdan qaçıram
- 0 1 2 112. Çox təşviş duyuram