

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი
განათლების და ფსიქოლოგიის მეცნიერებათა ფაკულტეტი

მაია მაჭავარიანი-წერეთელი

სტიგმა და თვითსტიგამტიზაცია ეპილეფსიის მქონე
მოზარდებთან

ფსიქოლოგიის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად
წარსადგენი დისერტაცია

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: თამარ გაგოშიძე, სრული პროფესორი
ფსიქოლოგიის მეცნიერებათა დოქტორი, თსუ

კონსულტანტი: ლალი სურმანიძე, ასოცირებული პროფესორი
ფსიქოლოგიის მეცნიერებათა დოქტორი, თსუ

სარჩევი:

აბსტრაქტი.....	4
შესავალი	6
თავი I სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე პირებთან.....	7
§ 1. ძირითადი ცნებების განსაზღვრა.....	7
1.1 ეპილეფსიისა და ეპილეფსიური გულყრების განსაზღვრებები	7
1.2 ეპილეფსიის მკურნალობა და გულყრების კონტროლი (კუპირება)	13
1.3. ეპილეფსიის გავრცელება და სიხშირე.....	15
1.4. ეპილეფსიასთან კომორბიდული ფსიქიატრიული მდგომარეობები.....	18
1.5. ეპილეფსიის გავლენა ინდივიდის ცხოვრების ხარისხზე.....	21
§ 2. სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია.....	24
2.1 სტიგმის განსაზღვრება, სტიგმატიზაციის პროცესი.....	24
2.2. სტიგმის სახეები.....	28
§ 3 სტიგმის და თვითსტიგმატიზაციის ამხსნელი თეორიები და მოდელები	34
3.1 გოფმანის სოციალური სტიგმის თეორია.....	34
3.2 ლინკის და ფელანის სტიგმატიზაციის მოდელი	37
3.3 სტიგმა როგორც იდენტობის საფრთხე.....	40
3.4 თვითსტიგმატიზაციის საფეხურების მოდელი	56
„რატომ ვცადო“ ეფექტი	58
§ 4 სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე პირებში	61
4.1 სტიგმის კავშირი ეპილეფსიასთან.....	61
4.2 ეპილეფსიის სტიგმასთან დაკავშირებული კვლევები	63
4.3 ეპილეფსიით დაავადებული მოზარდების თვითსტიგმატიზაცია.....	68
4.4 საქართველოში ჩატარებული კვლევები	71
4.5 სტიგმის კვლევასთან დაკავშირებული პრობლემები.....	72
§5. პრობლემის აქტუალობა და საკითხის დაყენება	73
§ 6. კვლევის მიზანი და ამოცანები.....	76
თავი II. კვლევის მეთოდოლოგია	78

§1 ფსიქოსემანტიკური კვლევის მეთოდი.....	78
§ 2 კვლევაში მონაწილე პირები	83
§3. ფსიქოსემანტიკური კვლევის მეთოდში გამოყენებული მასალა.....	85
§4. პროცედურა:	86
4.1 ფსიქოსემანტიკური კვლევა.....	86
4.2 აფექტური სფეროს შეფასების პროცედურა.....	86
4.3 მონაცემთა დამუშავება.....	87
თავი 3 მიღებული შედეგების აღწერა და ანალიზი	88
§1 ეპილეფსიის მქონე მოზარდების საერთო ჯგუფი.....	88
დენდროგრამის ფორმალური მახასიათებლები.....	88
დენდროგრამის ანალიზი	89
§2 საკონტროლო ჯგუფის მონაცემები.....	95
§3 სქესის ფაქტორის გავლენა	99
§4 გულყრის კუპირების ფაქტორი	103
§5 გუნება-განწყობილების ფაქტორის გავლენა	110
5.1 დეპრესიის მაჩვენებლები	110
5.2 გულყრის კუპირების ფაქტორის გავლენა დეპრესიის მაჩვენებელზე	113
5.3 დეპრესიის მაჩვენებლები ჯანმრთელ მოზარდებთან.....	114
5.4 დეპრესიის ფაქტორის გავლენა ეპილეფსიის მქონე მოზარდების ფსიქოსემანტიკურ კავშირებზე	116
§6 შედეგების ინტერპრეტაცია	124
დასკვნები:.....	132
Bibliography	138
დანართები:.....	145
დანართი #1.....	145
დანართი#2.....	149
დანართი#3.....	153
დანართი #4.....	155

აბსტრაქტი

ეპილეფსიის მქონე მოზარდების სტიგმატიზაციისა და ემოციური მდგომარეობის პრობლემები შედარებით ნაკლებად არის შესწავლილი. სწორედ იმის გამო, რომ ეპილეფსიის სტიგმა და თვითეფექტურობა ღრმა შესწავლის საგანი გახდა მხოლოდ უკანასკნელ პერიოდში, ამ საკითხებთან დაკავშირებული კვლევები მცირერიცხოვანია.

მოცემული კვლევის მიზანია ეპილეფსიის მქონე მოზარდების თვითსტიგმატიზაციისა და ემოციური სფეროს მახასიათებლების ურთიერთმიმართების შესწავლა და სამიზნე ჯგუფის რეკონსტრუირებული ინდივიდუალური ცნობიერების ანალიზი.

კვლევის მეთოდოლოგია და მონაწილეები: კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 55 მოზარდმა ეპილეფსიის დადასტურებული დიაგნოზით (26 მდედრობითი სქესის, 29 - მამრობითი სქესის). საკონტროლო ჯგუფს შეადგენდა 30 ჯანმრთელი მოზარდი (16 მამრობითი სქესის, 14 მდედრობითი სქესის). სტიგმასთან დაკავშირებული ატიტუდების გამოსავლენად გამოყენებულ იქნა ფსიქოსემანტიკური ექსპერიმენტი: პაციენტებს მიეწებოდათ ბარათების ნაკრები, თითოეულ ბარათზე ერთი მნიშვნელობით და ეძლეოდათ ინსტრუქცია დაეხარისხებინათ ეს ბარათები ისე, როგორც თვითონ სურდათ (სწორი და არასწორი პასუხები არ არსებობს). დეპრესიის ხარისხის შეფასების მიზნით გამოყენებულ იქნა ბეკის დეპრესიის სკალა (BDI).

მიღებული შედეგები: თვისებრივი მონაცემების დამუშავების მიზნით გამოყენებულ იქნა კლასტერული ანალიზი. ანალიზის შედეგად გამოვლინდა, რომ სოციალური ფუნქციონირება და სოციალური ურთიერთობები ეპილეფსიის მქონე მოზარდებისათვის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი სფეროებია; პოზიტიური ემოციური და სოციალური კავშირები გაშუალებულია წარმატებული ურთიერთობებით საზოგადოების სხვა წევრებთან. პატივისცემის წყარო ეპილეფსიის მქონე მოზარდებისათვის, როგორც აღმოჩნდა, არის ოჯახი; უსაფრთხოება და რეჟიმის დაცვა კი

ავტორის სტილი დაცულია

მაია მაჭავარიანი

სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან

ამ მოზარდების მიერ აღიქმება, როგორც წარმატების და ილზლიანობის საწინდარი. ბეკის დეპრესიის სკალის მონაცემებით პაციენტების 50.9%-ს აღენიშნებათ სხვადასხვა ხარისხის დეპრესიული გუნება-განწყობილება. მოულოდნელი აღმოჩნდა, რომ საკონტროლო ჯგუფის მონაცემები უმნიშვნელოდ განსხვავდება სამიზნე ჯგუფის მონაცემებისგან: ჯანმრთელი მოზარდების 45.8%-ს ასევე აღენიშნებათ სხვადასხვა ხარისხის დეპრესიული გუნება-განწყობილება. როგორც ეპილეფსიის მქონე, ისე ჯანმრთელი გოგონები უფრო დეპრესიულები აღმოჩნდნენ ვიდრე, ბიჭები. მიღებული მონაცემების მიხედვით, გულყრების კუპირება მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს დეპრესიული გუნება-განწყობილების ხარისხზე.

შეჯამება: ფსიქოსემანტიკური მეთოდის გამოყენების შედეგად მიღებულ მონაცემებზე დაყრდნობით შესაძლებელია დარღვეული იდენტობის საფრთხის მოდელის ყველა კომპონენტის გამოყოფა. რეკონსტრუირებულ სივრცეში გამოიკვეთა როგორც სტრესორები, ისე სტრესთან გამკლავების სტარტეგეები. მიღებული მონაცემების საფუძველზე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ეპილეფსიის მქონე მოზარდები მიიჩნევენ საკუთარ თავს სტიგმატიზებულად და პერმანენტულად განიცდიან სტიგმასთან დაკავშირებული სტრესის ზეგავლენას, რაც ნეგატიურ ზეგავლენას ახდენს მათ ფიზიკურ, კოგნიტურ და ემოციურ მდგომარეობაზე.

შესავალი

ეპილეფსია ყველაზე გავრცელებული ნევროლოგიური დაავადებაა, რომელიც შეიძლება გამოვლინდეს ნებისმიერი სქესის, განათლებისა და ეთნიკური წარმომავლობის მქონე ახალგაზრდა ან ხანშიშესულ ადამიანთან. ეპილეფსიის დიაგნოზით, მსოფლიოს მასშტაბით, 50 მილიონზე მეტი ადამიანი ცხოვრობს, რომელთაგან 80% განვითარებადი ქვეყნების მკვიდრია (Hanneke M. de Boer, 2008). საერთაშორისო მონაცემებით, ამ დაავადების მქონე პაციენტების დიდ ნაწილში შესაძლებელია გულყრების სრული კონტროლი. ამავ დროს, ეპილეფსიის დიაგნოზის მქონე პირების სრული უმრავლესობა განიცდის სტიგმის და/ან თვითსტიგმატიზაციის გავლენა. ეპილეფსიის სტიგმას საფუძვლად უდევს ცრურწმენების, დაავადების გამოვლინებების, პაციენტის მდგომარეობის შესახებ არასწორი წარმოდგენებისა და მცდარი ინტერპრეტაციის რთული ურთიერთქმედება, რომელიც ათასწლეულებს ითვლის (Bandstra N.F., Camfield C.S., Camfield P.R., 2008). ამდენად, ეპილეფსია არ არის მხოლოდ სამედიცინო დიაგნოზი. ეს დაავადება ასევე სოციალური იარლიყია. უნდა ითქვას, რომ ამ მიმართულებით განხორციელებული კვლევების დიდი ნაწილი ასახავს ეპილეფსიის მქონე პაციენტების ცხოვრების ხარისხით ზოგად კმაყოფილება/უკმაყოფილებას. ამასთან, თითქმის არ არის კვლევები ეპილეფსიის მქონე პირების მიერ საკუთარი დაავადებისა და საკუთარი ცხოვრების აღქმის თვალსაზრისით.

მიუხედავად იმისა, რომ უკანასკნელი ათწლეულების მანძილზე ეპილეფტოლოგიის სხვადასხვა სფეროებში შეინიშნება სწრაფი მეცნიერული წინსვლა ნეიროვიზუალიზაციის, ფარმაკოლოგიის, გენეტიკის მიმართულებით, ეპილეფსიის სტიგმის მხრივ, სამწუხაროდ, დიდი ძვრები არ შეინიშნება. უფრო მეტიც, მიუხედავად მრავალი წარმატებული საგანმანათლებლო კამპანიისა, კვლევების შედეგებიდან ნათელია, რომ ეპილეფსიის სტიგმასთან დაკავშირებით გათვითცნობიერების დონე სავალალოა (Lo A.S, Esser M.J, Gordon K.E., 2010). ეპილეფსიის სტიგმა ამ დაავადების

ავტორის სტილი დაცულია

მაია მაჭავარიანი

სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან

მქონე პაციენტების მძიმე ტვირთია. პაციენტის იდენტობის დარღვევით და, აქედან გამომდინარე, სხვა ფსიქოლოგიური პრობლემებით, სტიგმას უფრო დიდი გავლენა აქვს პაციენტის ცხოვრებაზე, ვიდრე საკუთრივ დაავადების გამოვლინებებს. უკანასკნელი გამოკითხვების მონაცემებით, ეპილეფსიის მიმართ საზოგადოების დამოკიდებულებებში ცვლილებები შეინიშნება. თუმცა, კვლავ სხვა ძლიერი სტიგმის მქონე ქრონიკული დაავადებების მსგავსად, როგორცაა აივ ინფექცია, ეპილეფსიის დიაგნოზის მქონე პაციენტები გარშემომყოფებისგან უარყოფას და იზოლაციას განიცდიან (Jacoby A. & Austin J. K. 2007).

თავი I სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე პირებთან

§ 1. ძირითადი ცნებების განსაზღვრა

1.1 ეპილეფსიისა და ეპილეფსიური გულყრების განსაზღვრებები

სამედიცინო ლიტერატურაში ეპილეფსია განისაზღვრება, როგორც თავის ტვინის დაავადება, რომელიც ხასიათდება განმეორებითი ეპილეფსიური გულყრებით. თუმცა, 2014 წელს ეპილეფსიის წინააღმდეგ მებრძოლმა საერთაშორისო ლიგამ (ILAE) შეიმუშავა ახალი ოპერაციონალური (პრაქტიკული) განსაზღვრება, რომლის მიხედვითაც ეპილეფსია განისაზღვრება, როგორც თავის ტვინის დაავადება, რომელსაც ახასიათებს ქვემოთ მოყვანილი მდგომარეობებიდან ერთ-ერთი:

1. სულ მცირე ორი არაპროვოცირებული გულყრა გამოვლენილი 24 სთ-ზე დიდი შუალედით;
2. ერთი არაპროვოცირებული გულყრა მომავალში გულყრების განვითარების გარკვეული ალბათობით (სულ მცირე 60% შემდგომი 10 წლის მანძილზე);
3. ან ეპილეფსიური სინდრომის დადასტურებული დიაგნოზი (Fisher R. S. et al., 2014).

აქტიური ეპილეფსია ისეთი მდგომარეობაა, როდესაც ეპილეფსიის მქონე პირს უტარდება ანტიეპილეფსიური მკურნალობა, ან ვისაც უახლოესი 2-5 წლის მანძილზე აღნიშნებოდა გულყრა. დაბალი ან საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, აღნიშნული პერიოდი შეიძლება განისაზღვროს უკანასკნელი 1 წლით, ვინაიდან წინა წლების ინფორმაცია შესაძლოა ნაკლებად მისაწვდომი იყოს (S. Shorvon, R.Guerrini, M.Cook, S. D. Lhatoo, 2013, p. 51).

ეპილეფსია პოლიეტიოლოგიური დაავადებაა და ხასიათდება განმეორებითი კრუნჩხვითი ან არაკრუნჩხვითი გულყრებით. **ეპილეფსიური გულყრა** თავის ტვინში პათოლოგიური ნეირონული სინქრონული აქტივობის შედეგად აღმოცენებული სიმპტომების/ნიშნების პერიოდული გამოვლენაა. კლინიკურად, აღნიშნული ნიშნები, ანუ სიმპტომები მოიცავს პაციენტისთვის ან დამკვირვებლისათვის თვალსაჩინო, უეცარ და გარდამავალ/შექცევად პათოლოგიურ ფენომენებს: ცნობიერების შეცვლას, უნებლიე მოტორულ, სენსორულ, ვეგეტატურ ან ფსიქიკურ გამოვლინებებს. ეპილეფსიური გულყრა, თუნდაც განმეორებითი ხასიათის, ცალსახად არ გულისხმობს ეპილეფსიის დიაგნოზს. ეპიდემიოლოგიური მონაცემების გათვალისწინებით, ზოგიერთი მდგომარეობის შემთხვევაში, გულყრის გამოვლინება არ მიიჩნევა ეპილეფსიად. ასეთი გამოვლინებები განიხილება უფრო ფართო სპექტრის მდგომარეობებთან დაკავშირებულ დარღვევებად: ერთჯერადი არაპროვოცირებული ეპილეფსიური გულყრა, ფებრილური გულყრები, იგივე ახალშობილთა გულყრები (გამოვლენილი 28

დღემდე ასაკის ჩვილებში), გულყრები გამოწვეული მეტაბოლური ან ტოქსიკური მდგომარეობით ან ცენტრალური ნერვული სისტემის (ცნს) დაზიანებით (მაგალითად, ინფექცია, კრანიალური ტრავმა, სისხლის მიმოქცევის მოშლა თავის ტვინში, მწვავე ალკოჰოლური ინტოქსიკაცია ან აბსისტენტური მდგომარეობა). შესაბამისად, გულყრები შეიძლება არ იყოს აუცილებლად გამოწვეული თავის ტვინის მდგრადი, ხანგრძლივი ცვლილებებით, არამედ შესაძლოა იყოს დროებითი მწვავე მდგომარეობის შედეგი. ასეთ გულყრებს უწოდებენ *პროვოცირებულ ან მწვავე სიმპტომურ* ეპილეფსიურ გულყრებს. ეს არის სიტუაციურად განპირობებული შეტევები, რომლებიც შეიძლება გამოვლინდეს როგორც იზოლირებული ეპილეფსიური გულყრებით, ისე ეპილეფსიური სტატუსით. ასეთ შემთხვევაში, ცენტრალური ნერვული სისტემის მდგომარეობასა და გულყრას შორის დროის ინტერვალი ვარირებს ინდივიდის მიმდინარე კლინიკური მდგომარეობის მიხედვით და სწორედ დროის ინტერვალი განსაზღვრავს მწვავე სიმპტომური გულყრასთან გვაქვს საქმე თუ არაპროვოცირებულ გულყრასთან (S. Shorvon, R.Guerrini, M.Cook, S. D. Lhatoo, 2013).

გამოყოფენ *გენერალიზებულ, ფოკალურ და უცნობი დასაწყისის* გულყრებს. ILAE-ს 2015 წლის გაიდლაინის თანახმად, ფოკალური გულყრა განისაზღვრა როგორც „ერთი ჰემისფეროს ფარგლებში თავის ტვინის კონკრეტული უბნის ნეირონულ ქსელში აღმოცენებული პათოლოგიური ნეირონული აქტივობა. ამ სახის გულყრა შეიძლება იყოს ლოკალიზებული ან შედარებით ფართოდ გავრცელებული. ფოკალური გულყრა შესაძლოა აღმოცენდეს ქერქქვეშა სტრუქტურებშიც“.

გენერალიზებული გულყრა განისაზღვრა როგორც „გარკვეული უბნის ნეირონულ ქსელში აღმოცენებული და ბილატერალურად განლაგებულ ნეირონულ ქსელებში სწრაფად გავრცელებადი პათოლოგიური ნეირონული აქტივობა“. ამ განსაზღვრების თანახმად, გენერალიზებული გულყრის განსაზღვრება არ გამორიცხავს ფოკალურ დასაწყისს, რაც ართულებს დიაგნოსტიკას.

კლინიკისტები დიდი ხანია აღწერენ ე.წ გენერალიზებულ გულყრებს, მაგალითად, გენერალიზებულ აბსანსებს, როდესაც ელექტროენცეფალოგრაფიული მონაცემებით, გენერალიზებული განტვირთვები არ ნაწილდება თანაბრად მთელ თავის ტვინზე. ამიტომ გენერალიზებული გულყრის განსაზღვრებაში ხაზგასმულია თავის ტვინის ორივე ჰემისფეროზე ეპილეფსიური აქტივობის გავრცელება. ყოველივე ზემოთაღნიშნულიდან გამომდინარე, უახლესი მონაცემების გათვალისწინებით, ტერმინოლოგია გადაიხედა და დღეისათვის ტერმინი „ფოკალური ბილატერალური ტონურ-კლონური გულყრა შეიცვალა ტერმინით „მეორადად გენერალიზებული გულყრა“. ხოლო ტერმინი „გენერალიზებული“ გულყრა შეესაბამება იმთავითვე გენერალიზებული დასაწყისის მქონე გულყრას.

კლინიკურ პრაქტიკაში ასევე არის შემთხვევები, როდესაც გულყრის დასაწყისის განსაზღვრა შეუძლებელია. ამას შესაძლოა სხვადასხვა მიზეზი ჰქონდეს. ამ ტიპის გულყრების კლასიფიცირების მიზნით შემოღებულია ტერმინი „უცნობი დასაწყისის გულყრები“. ხშირად, ასეთი გულყრის კლასიფიცირება საერთოდ შეუძლებელია როგორც ინფორმაციის სიმწირის გამო, ასევე გულყრის უცნაური გამოვლინების მიზეზით.

გულყრები ფოკალური დასაწყისით

ფოკალურ გულყრებს ყოფენ მოტორული და არამოტორული ნიშნით. იმ შემთხვევაში, თუ გულყრის დაწყებისთანავე ვლინდება ორივე ტიპის სიმპტომატიკა მოტორულიც და არამოტორულიც, როგორც წესი, თუ არამოტორული (მაგ.სენსორული სიმპტომები) ნაკლებად თვალსაჩინოა, დომინირებს მოტორული სიმპტომატიკა. ფოკალური გულყრები შეიძლება წარმოდგენილი იყოს მრავალფეროვანი სიმპტომებით, ქცევებით და ძირითადად ვლინდება გაცნობიერების დეფიციტით, რაც

ავტორის სტილი დაცულია

მაია მაჭავარიანი

სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან

მეხსიერების, რეაგირებისა და ცნობიერების დარღვევებში მჟღავნდება. მიმდინარე მოვლენების გაცნობიერების დეფიციტი ზემოთჩამოთვლილი ნებისმიერი მახასიათებლის მარკერია. ფოკალური გულის დროს გამოვლენილი დარღვევების ჩამონათვალი წარმოდგენილია ცხრილში 1-ში (Fischer, R.S., 2016).

ცხრილი 1. ფოკალური გულის დროს გამოვლენილი ძირითადი დარღვევები

კოგნიტური	ემოციური, აფექტური	ვეგეტატური	ავტომატიზმები	მოტორული	სენსორული
1.აკალკულია	1.აჟტირება	1. ბრადიკარდია	1.აგრესია	1. მოძრაობის გაჩერება	1.სმენითი
2.აფაზია	2.ბრაზი	2. სიცივის შეგრძნება	2.მანუალური	2. დიზართრია	2.ვიზუალური
3.ყურადღების დარღვევები	3. შფოთვისა	3. გაწითლება	3.სახის/პირის	3. დისტონია	3.ყნოსვითი
4.დეჟა-ვუ ძეჟა vs	4. ტირილი	4. სიცხის შეგრძნება	4.პერსვერაცია	4. ჰიპოკინეზია	4.ვესტიბულური
5.დისფაზია	5. შიში	5. ჰიპერვენტილაცია	5.გაშიშვლება	5. ჰიპოკინეზია	5.გემოს
6.ჰალუცინაციები	6. სიცილი	6. ჰიპოვენტილაცია	6.ვოკალიზაცია	6. დამბლა	6.სომატოსენსორული
7.ილუზიები	7.პარანოია	7. გულსრვეის შეგრძნება	7.სიარული ან სირბილი	7. კოორდინაციის დარღვევა	
8. jamais vu	8. სიმოვნება	8. ლებინება		8. პარეზი	
9.მეხსიერების დაღვევები		9. აჩქარებული პულსი			
10. იგნორირება		10. სიფერმკრთალე			
11. აკვიატებული აზრები					
12. რეაგირების დარღვევა					

გულყრები გენერალიზებული დასაწყისით

ამ კატეგორიაში გაერთიანებულია სხვადასხვა სახის გულყრები, მათ შორის, გულყრები ტონური და/ან კლონური გამოვლინებებით. კლონური გულყრა არის სწრაფი რითმული მოძრაობა (1-2Hz), რომელიც ხშირად ასოცირებულია ცნობიერების დაღვევებთან. ტონური გულყრა მიმდინარეობს კუნთების ტონუსის მომატებით (დაჭიმულობით კუნთებში). გენერალიზებული ტონურ-კლონური გულყრა მოიცავს ორივე კომპონენტს – როგორც ტონურ დაჭიმვას, ისე კლონურ მოძრაობებსაც. თავდაპირველად ვლინდება ხანმოკლე ტონური ფაზა (10-13 წმ), რომელსაც ხშირად ახლავს წამოყვრება და ვეგეტატური სიპტომები, როგორცაა ტაქიკარდია, წნევის მომატება და აპნოე. ამავე ფაზაში ხშირია ენის მოკვნეტა. ამის შემდეგ, გულყრა გრძელდება კლონური კომპონენტით (დაახლოებით 30 -60 წმ), რომელიც ვლინდება სხეულის ბილატერალური მოძრაობებით. ბოლო ფაზა არის პოსტიქტალური, რომელიც შეიძლება გაგრძელდეს როგორც რამდენიმე წუთი ისე, რამდენიმე საათი. ამ ფაზას ახასიათებს გუგების გაფართოება, სხეულის მოდუნება, ჰიპოტონია, ძილი, ზოგჯერ კი უნებლიე შარდვა. ამ ფაზიდან პაციენტი გამოდის თანდათანობით, აღენიშნება გაოგნება, დაბნეულობა, ზოგჯერ ავტომატიზმები, თავისა და კუნთების ტკივილი.

გენერალიზებულ გულყრების ერთ-ერთი სახეა მიოკლონური. ამ ტიპის გულყრები ვლინდება კუნთების ხანმოკლე სიმეტრიული კრთომებით. შედარებით ძლიერად გამოხატული გულყრის დროს, შესაძლოა დაცემა. თუმცა, ამ ტიპის გულყრებს ახასიათებს სწრაფი დასასრული. როგორც წესი, პაციენტის ცნობიერება არ არის დარღვეული. მიოკლონური გულყრების პროვოცირება ხშირად ხდება ფოტოსტიმულაციის შედეგად.

ახსანსები ხანმოკლე ტიპის (1 -2 წმ) გულყრებია. შედარებით ხშირია ბავშვებსა და მოზარდებში და კლინიკურად ვლინდება მოქმედების უეცარი შეჩერებით, თვალის გამტერებით ან ზემოთ ატანით. ამ ტიპის გულყრა სწრაფად იწყება და სწრაფად

ავტორის სტილი დაცულია

მაია მაჭავარიანი

სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილევსიის მქონე მოზარდებთან

სრულდება, ახასიათებს ცნობერების დათრგუნვა. ამ დროს შესაძლოა კუნთური ტონუსის ცვლილებები და მარტივი ავტომატიზმები (იმ შემთხვევაში, თუ შედარებით ხანგრძლივი აბსანსია), იშვიათად ვლინდება ვეგეტატიური სიმპტომები, როგორცაა უნებლიე შარდვა, სიფერმკრთალე, ჰიპერემია, წამოწითლება, მაღალი წნევა, ტაქიკარდია. აბსანსის გამოწვევა შესაძლებელია ჰიპერვენტილაციის პირობებში.

ეპილევსიური სპაზმი ვლინდება კისრისა და ტანის კუთების ხანმოკლე (0.5-2 წმ) ტონური დაჭიმვით. ყველაზე ხშირად ვლინდება გაღვიძების ფაზაში.

ატონური გულყრები ხასიათდება პოზის ტონუსის დაქვეითებით ან სრული დათრგუნვით. რაც ვლინდება თავის, ყბის ან კიდურის უეცარ ჩამოვარდნაში, შესაძლოა პაციენტის დაცემა. ამ ტიპის გულყრის დროს პაციენტი წევს უმოძრაოდ. სუფთა სახის ტონური ტიპის გულყრა საკმაოდ იშვიათია (S. Shorvon, R.Guerrini, M.Cook, S. D. Lhatoo, 2013).

1.2 ეპილევსიის მკურნალობა და გულყრების კონტროლი (კუპირება)

ეპილევსიის მკურნალობა წარმოებს სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებით. მკურნალობის მეთოდის შერჩევა ხდება, ძირითადად, ეპილევსიური სინდრომის გათვალისწინებით. ყველაზე ხშირია ეპილევსიის მკურნალობა ანტიეპილევსიური პრეპარატებით (ანტიკონვულსანტებით) მონოთერაპიული ან კომბინირებული მეთოდით. რაც გულისხმობს გულყრების შეჩერებას ერთი პრეპარატით ან სხვადასხვა მედიკამენტის კომბინაციის გამოყენებით.

ანტიკონვულსანტებით მკურნალობის გარდა, ზოგიერთ შემთხვევაში ინიშნება სხვა ტიპის მკურნალობა. მაგალითად, ცთომილი ნერვის სტიმულაცია ან ქირურგიული ჩარევა. ეს უკანასკნელი გულისხმობს თავის ტვინის ეპილევტოგენური უბნის ქირურგიული გზით მოცილებას. ზოგჯერ გულყრების შეჩერება მიღწევადია

ავტორის სტილი დაცულია

მაია მაჭავარიანი

სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან

არაფარმაცოლოგიური მეთოდებით, კერძოდ, სპეციალური დიეტის დაცვით (კეტოგენური დიეტა) ან თვით-კონტროლის სხვადასხვა ტექნიკის გამოყენებით. ამ მიზნით გამოიყენება სხვადასხვა მეთოდი, როგორცაა კოგნიტურ-ბიჰევიორალური ფსიქოთერაპია, ბიო-უკუკავშირი, სტრესის შემცირების სტრატეგიები და სხვა.

ყველა ზემოთაღნიშნული ანტიეპილეფსიური მკურნალობის მიზანია პაციენტის გათავისუფლება დაავადების გამოვლინებებისგან (ეპილეფსიური გულყრები) და ეპილეფსიური გულყრების კონტროლს.

გულყრების კუპირება - ანტიეპილეფსიური მკურნალობის შედეგად მიღწეული გულყრების კონტროლი. პაციენტების 60-70 %-ის შემთხვევაში, მიღწევადია გულყრების სრული კონტროლი. ეპილეფსიის დიაგნოზის მქონე 10-დან 6 ადამიანი შესაბამისი მკურნალობის ფონზე, რამდენიმე წელიწადში აღწევს გულყრების სრულ კონტროლს. ამ ადამიანებიდან უმრავლესობას აღარასოდეს ექნებათ გულყრა. დანარჩენ ინდივიდებს ზოგჯერ აღენიშნებათ გულყრები ან მედიკამენტების გვერდითი ეფექტები; ზოგიერთი ინდივიდის გულყრები კონტროლს არ ექვედებარება. კერძოდ, მკურნალობის პირველი წლის განმავლობაში ეპილეფსიის მქონე პაციენტების 50-60% ანტიეპილეფსიური პირველივე მედიკამენტის გამოყენების შედეგად აღწევს გულყრების სრულ კუპირებას (Felicie, D., 2010; Patrick Kwan & Martin J. Brodie, 2001). მედიკამენტის შეცვლის შემთხვევაში, ყოველი 100-დან 20 პაციენტი აღწევს გულყრების კუპირებას. მოზარდების შემთხვევაში, 100 პაციენტიდან 25-ს აღენიშნება არაკუპირებული გულყრები (Begley CE1, 2000). ბავშვების შემთხვევაში, პირველი 2 წლის განმავლობაში 100-დან 74 პაციენტი აღწევს გულყრების სრულ კონტროლს (Berg A.T, et. al, 2001). მკურნალობის შემდგომი წლების მანძილზე არაკუპირებული გულყრები აღენიშნება 100 პაციენტიდან 9-ს (Geerts A. et al., 2010). სიცოცხლის ნებისმიერ მონაკვეთში 100-დან დაახლოებით 70 პაციენტი მკურნალობის რამდენიმე წელიწადში აღწევს გულყრების კუპირებას, თუმცა ამ შემთხვევაში არ მოიპოვება ზუსტი მონაცემები აღენიშნებათ თუ არა მათ მედიკამენტების გვერდითი ეფექტები. 100-დან დაახლოებით 30 პაციენტის

შემთხვევაში გულყრების კუპირება ვერ ხერხდება. პაციენტების თითქმის 50% აღნიშნავს მედიკამენტების შემაწუხებელ გვერდით ეფექტებს (Fisher R.S. et al, 2000).

1.3. ეპილეფსიის გავრცელება და სიხშირე

როგორც უკვე აღინიშნა, ეპილეფსია ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ნევროლოგიური დაავადებაა, რომელიც შეიძლება გამოვლინდეს ნებისმიერ ასაკში, ნებისმიერი ქვეყნის ყველა სოციალურ ფენაში. ეპილეფსიის გავრცელება და სიხშირე მრავალი კვლევის საგანი ყოფილა. როდესაც ვსაუბრობთ ეპილეფსიის დაავადების **გავრცელებაზე**, იგულისხმება გარკვეული დროის მონაკვეთში მოსახლეობის პოპულაციაში ამ დაავადების მქონე პაციენტების ხვედრითი წილი. ამ მაჩვენებლის განსაზღვრა საშუალებას იძლევა დადგინდეს იმ ადამიანების რაოდენობა, რომლებსაც აღნიშნებათ მოცემული დაავადება. ამის საფუძველზე, ხდება შესაბამისი სტრატეგიების დასახვა, თუ რა გზით უნდა მოხდეს დაავადების პრევენცია, მკურნალობა და პაციენტების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება. დაავადების **სიხშირე** არის მოცემული მომენტისათვის მოსახლეობაში დაავადების ახალი შემთხვევების მაჩვენებელი. დაავადების სიხშირის განსაზღვრა მნიშვნელოვანია მოცემული დაავადების ეტიოლოგიისა და ისტორიის უკეთ გააზრებისათვის. დიდი დანახარჯებისა და შრომატევადობის გამო, დაავადების ახალი შემთხვევების სიხშირე ნაკლებად შეისწავლება.

ეპილეფსიის გავრცელების მაჩვენებელი მსოფლიოს მასშტაბით დღეისათვის შედგენს 10 ინდივიდს 1000 მოსახლეზე. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში ეს მონაცემი ძალიან განსხვავებულია. ევროპის რეგიონში ეპილეფსიის გავრცელების მაჩვენებელი არის დაახლოებით 3.3 : 1000 მოსახლეზე. ამავე დროს თურქეთის ევროპულ ნაწილში ეს მაჩვენებელი არის 7 : 1000 მოსახლეზე. კვლევების მონაცემებით ეპილეფსიის გავრცელების მაჩვენებელი გაცილებით დიდია

მოზარდობისა და ადრეული ბავშვობის ასაკში. ეს მაჩვენებელი მატულობს 50 წელზე მეტი ასაკის მოსახლეობაში. ბავშვობის ან მოზარდობის ასაკში გამოვლენილი ეპილეფსია, როგორც წესი, პირველადია (იდიოპათიური), ხოლო მოზარდობის ასაკში გამოვლენილი ეპილეფსია კი – მეორადია (შეძენილი). სქესის ფაქტორის გათვალისწინებით, ეპილეფსია უფრო გავრცელებულია მამრობითი სქესის წამომადგენლებთან. თუმცა, აზიის ზოგიერთ ქვეყანაში, მაგალითად, აზიის მონაცემებით, პაკისტანში მეტად გვხვდება ქალბატონებთან (Aziz H, et al., 1997), ხოლო მოჰამადის მონაცემებით, ირანში ეპილეფსია მეტად არის გავრცელებული მდედრობითი სქესის, არადასაქმებულ და უმაღლესი განათლების მქონე პირებში (Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Davidian H, Mohammadi M & Norouzian M., 2006). ბიოლოგიური განსხვავებები და განსხვავებული კლიმატური პირობები, ნაწილობრივ, განაპირობებს განსხვავებულ მონაცემებს. ასევე ეპილეფსიის შემთხვევაში, მნიშვნელოვანია ფსიქოლოგიური, კულტურული, პოლიტიკური, ეკონომიკური ფაქტორების გათვალისწინება. ზოგიერთ კულტურაში ქალები მალავენ ეპილეფსიის სიმპტომებს და დიაგნოზს, რადგან ამ ფაქტორმა შეიძლება სერიოზული გავლენა მოახდინოს ოჯახის შექმნაზე (Chong-Tin TAN, 2007; Shakirullah, , Niaz Ali, Aslam khan, Muhammad Nabi, 2014).

კვლევების მონაცემებით, ეპილეფსიის ახალი შემთხვევების სიხშირე უფრო მაღალია განვითარებად ქვეყნებში. მსოფლიო მასშტაბით, ახალი შემთხვევების მაჩვენებელი წელიწადში 24-დან 53 შემთხვევამდეა 100 000 მოსახლეზე. განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებს შორის განსხვავება შესაძლოა გამოწვეული იყოს განსხვავებული ეკონომიკური მდგომარეობით, ვინაიდან როგორც აღინიშნა, ახალი შემთხვევების შესწავლა გაცილებით ძვირადღირებულია, ვიდრე დაავადების გავრცელების შესწავლა. მეორე შესაძლო მიზეზი შეიძლება იყოს ზოგიერთ საზოგადოებაში მიღებული ნათესაური ქორწინება , მაგალითად მუსლიმურ ქვეყნებში და ინდოეთში. ასევე მნიშვნელოვანი ფაქტორია მკურნალობის უზრუნველყოფა; ამ ფაქტორმა შეიძლება მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინოს სიხშირის მაჩვენებელზე.

კერძოდ, ამ შემთხვევაში განისაზღვრება აქტიური ეპილეფსიური სტატუსის მქონე იმ პაციენტების ხვედრითი წილი, ვისაც არ უტარდება შესაბამისი მკურნალობა (Shakirullah, Niaz Ali, Aslam khan, Muhammad Nabi, 2014). განვითარებულ ქვეყნებში ახალი შემთხვევების გამოვლენა ყველაზე ხშირია ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში, ადრეულ ბავშვობასა და მოზარდობის ასაკში, ხოლო განვითარებად ქვეყნებში აღნიშნული მაჩვენებელი მაღალია მხოლოდ ბავშვობის ასაკში. ვარაუდობენ, რომ გენეტიკური (ოჯახის ისტორია), გარემო ფაქტორები (ინფექცია პერინატალურ ან პოსტნატალურ პერიოდში) და ჯანდაცვის სისტემა (გაუმართავი სერვისები, შესაბამისი პრობების დეფიციტი) მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ეპილეფსიის ახალი შემთხვევების გამოვლენაზე; ადრეული ასაკის ბავშვებისა და მოზარდების შემთხვევაში კი ეს ფაქტორები განსაკუთრებით მნიშვნელობით გამოირჩევა. ეპილეფსიის ახალი შემთხვევების სიხშირე სქესის მიხედვით როგორც განვითარებულ, ისე განვითარებად ქვეყნებში უფრო მაღალია მამრობითი სქესის წარმომადგენლებთან, ვიდრე მდედრობითი სქესის წარმომადგენლებთან. აღნიშნული სხვაობა შესაძლოა იყოს განპირობებული სქესობრივი ჰორმონების ზემოქმედებით. ცნობილია, რომ ქალის სქესობრივი ჰორმონები (ესტროგენი და პროგესტოგენი) გავლენას ახდენს გულყრის განვითარების ზღურბლზე, შესაბამისად, შესაძლოა, სწორედ ეს ფაქტორი განაპირობებს განსხვავებულ მონაცემებს მდედრობითი და მამრობითი სქესის პაციენტებში ეპილეფსიის ახალი შემთხვევების სიხშირეზე (Shakirullah, Niaz Ali, Aslam khan, Muhammad Nabi, 2014). მოზარდების პოპულაციაში ეპილეფსიის გავრცელება შედგენს 1.5-2% (Kim, James W. Wheless & Howard L., 2002).

საქართველოში ჩატარებული ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევის შედეგად ეპილეფსიის მქონე პირთა გავრცელების მაჩვენებელია 11.4 ყოველ 1000 მოსახლეზე (Lomidze G, et. al, 2012). როგორც უკვე აღინიშნა საქართველოში ეპილეფსიის მქონე მოზარდები კონკრეტულად არ შეუსწავლიათ, შესაბამისად მოზარდებთან ეპილეფსიის ახალი შემთხვევების სიხშირის მაჩვენებლები ქართულ პოპულაციაში ნაკვლევი არ ყოფილა.

1.4. ეპილეფსიათა კომორბიდული ფსიქიატრიული მდგომარეობები

კლინიკურ პრაქტიკაში, კომორბიდობა არის მდგომარეობა, როდესაც ერთსა და იმავე ინდივიდს ერთდროულად რამდენიმე დაავადება აღენიშნება. კომორბიდობა არ გულისხმობს მიზეზ-შედეგობრივ კავშირს დაავადებებს შორის. როგორც წესი, კომორბიდული დაავადებები შემთხვევით ვლინდება ერთდროულად ან დაავადებების ერთად გამოვლინება განპირობებულია საერთო გენეტიკური და/ან გარემოს მექანიზმებით (Hermann B, Seidenberg M. & Jones J., 2008).

ეპილეფსიის მქონე პირებში ხშირია კომორბიდული ფსიქიატრიული მდგომარეობები. კომორბიდულ მდგომარეობას შეიძლება მნიშვნელოვანი გავლენა ჰქონდეს დაავადების მართვასა და პიროვნების ცხოვრების ხარისხზე. ეპილეფსიის მქონე ინდივიდებში ყველაზე ხშირი კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობებია დეპრესია, შფოთვა და ფსიქოზები (Titlic M, Basic S, Hajnsek S. & Lusic I., 2009). ფსიქიატრიული კომორბიდული მდგომარეობების დროული ამოცნობა და მკურნალობა ძალიან მნიშვნელოვანია ეპილეფსიის მქონე ინდივიდების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისათვის. აღმოჩნდა, რომ ეპილეფსიის მქონე ინდივიდები კომორბიდული ფსიქიატრიული მდგომარეობებით უფრო ხშირად მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებებს და ასევე აღნიშნავენ ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვან გაუარესებას (Cramer J.A, Blum D, Fanning K. & Reed M., 2004). უფრო მეტიც, სხვადასხვა კვლევის შედეგების მიხედვით, ცხოვრების დაბალი ხარისხი დაკავშირებულია დეპრესიის მაღალ მაჩვენებლებთან (შეფასებული ბეკის დეპრესიის სკალით) (Garcia M.E, Garcia-Morales I. & Gil-Nagel A., 2015). საინტერესოა, რომ გულყრების სიხშირეს (სრული კუპირების გარდა), ასევე სხვა კლინიკურ თუ დემოგრაფიულ ფაქტორებსა და ცხოვრების ხარისხს შორის მსგავსი კავშირი არ გამოვლინდა (Thapar A, Roland M, Harold G., 2005). მსგავსი მონაცემები მიღებულ იქნა შფოთვით აშლილობასთან მიმართებაშიც (Priscila Camile Barioni Salgado & Fernando Cendes, 2009). ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან

გამომდინარე, ეპილეფსიასთან კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობა ეპილეფსიის მქონე ინდივიდის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საშუალებაა. თაპერის კვლევაში რთული მათემატიკური მოდელის მეშვეობით გაანალიზდა კავშირები ეპილეფსიასა და დეპრესიას შორის. ანალიზის შედეგების მიხედვით, გულყრების მაღალი სიხშირე დაკავშირებულია დეპრესიის მაღალ მაჩვენებლებთან, ხოლო დეპრესიის გამოვლინება გულყრების მაღალი სიხშირის პროგნოზის შესაძლებლობას იძლეოდა. კვლევის შედეგებმა გამოავლინა დეპრესიასა და ხშირ გულყრებს შორის მნიშვნელოვანი დამოკიდებულება. ავტორის რწმენით, ეპილეფსიასთან კომორბიდული აფექტური დარღვევების მკურნალობამ შეიძლება გააუმჯობესოს გულყრების კონტროლი (Thapar A, Roland M, Harold G., 2005).

ფსიქიატრიული მდგომარეობების დიაგნოსტიკა ეპილეფსიის მქონე პირებთან შეიძლება რთული აღმოჩნდეს. ვინაიდან როგორც თავად ეპილეფსიის სიმპტომებმა, ისე ანტიკონვულსანტების გვერდითმა ეფექტმა შესაძლოა შენიღბოს მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემა, ან პირიქით შეიძლება შეიქმნას შთაბეჭდილება, რომ ინდივიდს აღენიშნება კომორბიდული ფსიქიატრიული მდგომარეობა, მაშინ, როცა სინამდვილეში ფსიქიკურად ჯანმრთელია. გარდა ამისა, ეპილეფსიის მქონე პაციენტის შემთხვევაში გამოვლენილი ფსიქიატრიული სიმპტომები შეიძლება არ მოერგოს საყოველთაოდ მიღებულ დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს. ამის გამო, აღნიშნული მდგომარეობების გამოვლენა და მკურნალობა სირთულეებთან არის დაკავშირებული (Niruj Agrawal & Suren Govender, 2011).

ეპილეფსიასთან კომორბიდული ყველაზე გავრცელებული ფსიქიკური აშლილობებია დეპრესია და ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა. ინდივიდებთან, ვისაც აღენიშნება გულყრები, დეპრესიის გამოვლენის სიხშირე 20-55 %-ა. სიცოცხლის მანძილზე სუიციდური მცდელობების მაჩვენებელია 8.1% (Ettinger A, Reed M, Cramer J. & Epilepsy Impact Project Group., 2004). ფსიქიატრიული აშლილობები უფრო ხშირია ეპილეფსიის მქონე იმ ინდივიდებში, ვისთანაც ანტიეპილეფსიური მკურნალობა

ნაკლებად ეფექტურია. როგორც აღმოჩნდა, დეპრესია უფრო ხშირად კომორბიდულია ეპილეფსიასთან, ვიდრე სხვა ქრონიკულ დაავადებებთან, როგორცაა მაგალითად ასთმა, რაც მიუთითებს იმ ფაქტზე, რომ დეპრესია ეპილეფსიის შემთხვევაში არ არის უბრალოდ რეაქცია ქრონიკულ და უნარშემზღუდავ დაავადებაზე (Niruj Agrawal & Suren Govender, 2011).

ჯეიკობის მონაცემებით, დეპრესიული მდგომარეობის სიმპტომები ბევრად უფრო ხშირია ეპილეფსიის მქონე ინდივიდების ჯგუფში, ზოგად პოპულაციასთან შედარებით. დეპრესიული გუნება-განწყობილება მნიშვნელოვნად აუარესებს ეპილეფსიის მქონე ინდივიდის ფიზიკურ ფუნქციონირებას, მეხსიერებას, ემოციურ კეთილდღეობასა და ზოგადად ცხოვრების ხარისხს (A. Jacoby & G. Baker; 2008). აღნიშნული კომორბიდობის მიზეზები ძალიან მრავალფეროვანია. სხვადასხვა წყაროებში დეპრესიისა და შფოთვის გამომწვევი მიზეზები განხილულია როგორც ორგანული, ფარმაკოლოგიური და ფსიქოსოციალური ზეგავლენის პირდაპირი შედეგი.

ნილსონის კვლევის შედეგების მიხედვით, გამოვლინდა ძლიერი კავშირი ეპილეფსიის ადრეულ ასაკში გამოვლენასა და სუიციდის რისკს შორის. კერძოდ, სუიციდის რისკი განსაკუთრებით მაღალია მოზარდობის ასაკში (Nilsson L, Ahlbom A, Farahmand BY, Asberg M. & Tomson T., 2002). საერთო ჯამში, სუიციდის რისკი 2.4-ჯერ მეტია ეპილეფსიის მქონე ინდივიდებთან, 11-12-ჯერ მაღალია ეპილეფსიის მქონე იმ პირებთან, ვისაც აღენიშნება შფოთვა ან ფსიქოზი და 32-ჯერ მაღალია ეპილეფსიის მქონე იმ პირებთან, ვისაც აღენიშნება დეპრესია (Christensen J, Vestergaard M, Mortensen PB, Sidenius P. & Agerbo E., 2007).

დეპრესიასა და ეპილეფსიას შორის დადებითი კორელაციაა. პირები, რომლებსაც აღენიშნება ერთი მდგომარეობა, ხშირად უვლინდებათ მეორეც. დეპრესიის მქონე ინდივიდებისათვის საუკეთესო მკურნალობაა სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორების გამოყენება(SSRIs) და კოგნიტურ-ბიჰევიორალური თერაპია. ზოგჯერ ასეთი სახის მკურნალობა გამოიყენება კომბინაციაში. სხვა ტიპის

ანტიდეპრესანტები განიხილება როგორც მეორე რიგის თერაპიული საშუალებები, ვინაიდან გვერდითი ეფექტის უფრო მაღალი ალბათობა ახასიათებს (Ardeshna N., 2015).

სხვადასხვა ტიპის კომორბიდული ფსიქიატრიული მდგომარეობები ხშირია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებში. მათ შორის დეპრესია, შფოთვა, ფსიქოზები, უყურადღებობისა და ჰიპერაქტივობის აშლილობა. ამ პოპულაციაში კომორბიდული მდგომარეობების გავრცელება და სიხშირე შედარებით ნაკლებად არის შესწავლილი და შესაბამისად, მონაცემები მწირია. დღეისათვის არსებული მონაცემებით, ეპილეფსიის მქონე მოზარდების დაახლოებით 40-50%-ს აღენიშნება სხვადასხვა სახის კომორბიდული ქცევითი და ფსიქიკური აშლილობა (Pellock J. M., 2004). მოცემულ პოპულაციაში დეპრესია ხშირად არ არის გამოვლენილი. სხვადასხვა მონაცემებით, ეპილეფსიის მქონე მოზარდების 30%-ს აღენიშნება დეპრესია (მოსახლეობის საერთო პოპულაციაში ეს რაოდენობა 11 %-ა) (Pellock J. M., 2004). კლინიკური შეფასება, ზუსტი დაგნოსტიკა და შესაბამისი მკურნალობის კურსის შერჩევა ეფუძნება ამ მდგომარეობების ზუსტ იდენტიფიკაციას. ეპილეფსიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდებში კომორბიდული მდგომარეობების გამოვლენა და მკურნალობა უნდა იყოს რაც შეიძლება დროული (Pellock J. M., 2004).

ხშირად, ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან გამომჟღავნებული დეპრესიის სიმპტომებს შეცდომით მიაწერენ გულყრების გამოვლინებებს. ამავე დროს, აღმოჩნდა რომ დეპრესიის მაჩვენებელი არ არის კავშირში გულყრების სიხშირესა და სიმძიმესთან (Gilliam F.G, Mendiratta A, Pack A.M & Bazil C.W., 2005).

1.5. ეპილეფსიის გავლენა ინდივიდის ცხოვრების ხარისხზე

ეპილეფსია, როგორც ნევროლოგიური დაავადება, დიდ გავლენას ახდენს პირველ რიგში, ინდივიდის ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე. ვინაიდან, ეპილეფსიური გულყრები

ხასიათდება მოულოდნელობით, ხშირად არ ექვემდებარება კონტროლს და თან სდევს ცნობიერების დაკარგვა, ეპილეფსიის მქონე პაციენტებს აქვთ ტრავმატიზაციის მაღალი რისკი. ხშირია მოტეხილობები, ქალა-ტვინის ტრავმები, დამწვრობები. პაციენტების ორი მესამედი აღნიშნავს, რომ ემინიათ გულყრის განვითარების (ოსიპოვა-შონაიხ 2009).

ეპილეფსია მიეკუთვნება ქრონიკულ ნევროლოგიურ დაავადებებს. როგორც ხანგრძლივად მიმდინარე დაავადება, ეპილეფსია მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პიროვნების კოგნიტურ, ემოციურ-პიროვნულ და სოციალურ სფეროებზე. განსაკუთრებული მნიშვნელობა, ამ პროცესში, ენიჭება ისეთ ფსიქოლოგიური ფაქტორებს, როგორცაა ინდივიდის მიერ საკუთარი თავის აღქმა, თვითშეფასება, საკუთარი დაავადების აღქმა და დაავადებისადმი დამოკიდებულება, ისევე როგორც გარემოს დამოკიდებულება ეპილეფსიის მქონე პირის მიმართ.

გარდა ამისა, ეპილეფსიის მქონე ინდივიდებისა ჯანმრთელობაზე გავლენას ახდენს ანტიეპილეფსიური მკურნალობის გვერდითი ეფექტები. მათ შორის, თავის ტკივილები, ძილიანობა, წონის მომატება და ა.შ. ეპილეფსია ასევე ახდენს გავლენას ინდივიდის კოგნიტურ სფეროზეც. მოზრდილ პირებში ხშირია ჩივილები მეხსიერებასთან, ყურადღებასთან დაკავშირებით, ხოლო ბავშვების შემთხვევაში, ხშირია სხვადასხვა ხარისხის განვითარების შეფერხების გამოვლინებები, მათ შორის ხშირია აუტიზმისა და უყურადღებობის და ჰიპერაქტივობის სინდრომის კომორბიდობა (Taylor D, Besag F., 2013).

გულყრა შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერ ადგილას და ნებისმიერ დროს. შესაბამისად, ეპილეფსიის მქონე პირების დიდ ნაწილს აღნიშნება შფოთვა და ფსიქო-ემოციური ხასიათის სხვა პრობლემები. მათ შორის, დეპრესია, ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა, დაბალი თვითშეფასება. ამ დაავადების მქონე პირები ხშირად აღნიშნავენ, რომ განიცდიან სოციალურ იზოლაციას, მარტოობას, უფლებების შელახვას დასაქმებასა და კარიერულ წინსვლაში, ქორწინებასა და ოჯახის შექმნის საკითხებში. ეპილეფსიასთან დაკავშირებული ნეგატიური სოცილური შედეგები გავლენას ახდენს ეპილეფსიის მქონე პირის ოჯახზეც; ამ დროს, ხშირია

ავტორის სტილი დაცულია

მაია მაჭავარიანი

სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან

ჰიპერმზრუნველობის ან პირიქით, დიაგნოზის უარყოფის, იგნორირების რეაქციები (Hanneke M. de Boer, 2010).

გულყრის მოულოდნელობის კიდევ ერთი შედეგია ის, რომ ხშირად, ეპილეფსიის მქონე ინდივიდს სრულიად უცხო ადამიანების გარემოცვაში „უხერხულ მდგომარეობაში“ აღმოჩენის ემინია. შესაბამისად, ასეთ ინდივიდებს ხშირად რცხვენიათ საკუთარი დაავადების და ხშირად ავადმყოფად აღიქვამენ საკუთარ თავს, მოულოდნელი შეტევის შესაძლებლობის ან ეპილეფსიის დიაგნოზის გამო. ასეთი ადამიანები საზოგადოების მხრიდან ხშირად განიცდიან სტიგმატიზაციას (Hanneke M. de Boer, 2010).

სტიგმის კომპონენტებია განმასხვავებელი ნიშნის გამოყოფა და ამ ნიშნის მატარებელი პიროვნებისათვის იარლიყის მიწებება. საზოგადოების მხრიდან ასეთი დამოკიდებულება, ერთის მხრივ, განპირობებულია შესაბამისი სამედიცინო ინფორმაციის მიუწვდომლობით, ხოლო მეორეს მხრივ, ამ საზოგადოებში გავრცელებული ეპილეფსიის დაავადებასთან დაკავშირებული ცრურწმენებითა და მცდარი მოსაზრებებით, რომლებსაც ხშირად აქვთ მრავალსუკუნოვანი ისტორია. ამდენად, ეპილეფსიის მქონე ბევრი ადამიანისთვის სოციალური ყოფის განუყოფელი რეალობაა სტიგმა.

მრავალი კვლევის შედეგები ცხადყოფს, რომ ეპილეფსიას სხვა ქრონიკულ დაავადებებთან შედარებით ახასიათებს სტიგმატიზაციის გაცილებით მაღალი ხარისხი. სხვა ქრონიკული დაავადებებისაგან, როგორცაა დიაბეტი, კარდიოვასკულარული და სხვა მდგომარეობები, განსხვავებით ეპილეფსიის სიმპტომები (გულყრები)

- ✓ თვალსაჩინოა,
- ✓ მოულოდნელია,
- ✓ უკონტროლო

რის გამოც, ხშირად, ეპილეფსიის მქონე პირი იწვევს შიშის განცდას გარშემომყოფებში. ასეთი ადამიანები საზოგადოების სხვა წევრების მხრიდან განიხილება, როგორც საფრთხის მატარებელი (Hanneke M. de Boer, 2010).

§ 2. სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია

2.1 სტიგმის განსაზღვრება, სტიგმატიზაციის პროცესი

ტერმინი „სტიგმა“ ბერძნული წარმოშობისაა და სიტყვა-სიტყვით ნიშნავს „დამდას“. ძველ საბერძნეთში, სტიგმა იყო ადამიანის სხეულზე ამოჭრილი ან ამოტვიფრული ნიშანი, ამ ადამიანის, როგორც საზოგადოებისათვის მიუღებელი წევრის აღნიშვნის მიზნით. დაღვდნენ ძირითადად, დამნაშავეებს, მონებს ან მოქალაქეობის არმქონე პირებს. დროთა განმავლობაში, ამ ტერმინმა ტრანსფორმაცია განიცადა და შეიძინა ახალი კონოტაცია. დღეს, სტიგმა წარმოადგენს უარყოფითი სტერეოტიპების ერთობლიობას, გულისხმობს სოციალურ მიუღებლობასა და იზოლაციას, რომელიც კონკრეტულ "იარლიყზე" ან „ნიშანზე“ დაფუძნებულ განსხვავებასთან და დევალვაციასთან არის დაკავშირებული. სტიგმა არის ისეთი თვისებების ფლობის შედეგი, რომლებსაც ნეგატიურად შეფასებულ სოციალურ იდენტობამდე მივყავართ. მიუხედავად იმისა, რომ ყველა სოციალური სტიგმა მის მფლობელს გაუფასურებულ სოციალურ იდენტობას ანიჭებს, ის ძალიან განსხვავებულია სპეციფიკური თვისებებისა და სტიგმატიზებული ინდივიდის გამოცდილების მიხედვით. სტიგმატიზებული ინდივიდები ფლობენ გარკვეულ მახასიათებლებს, რომელიც გარკვეულ სოციალურ კონტექსტში, სოციალური იდენტობის გაუფასურებას იწვევს. კერძოდ, სტიგმატიზებული პირი ფლობს გარკვეულ ობიექტურ მახასიათებელს, ქცევას ან პიროვნულ თავისებურებას, რომელიც მას სტიგმის მატარებელ ინდივიდად აქცევს. სხვადასხვა მახასიათებლის (აღქმულის ან რეალურის) უზარმაზარი სპექტრიდან, ნებისმიერი შეიძლება გახდეს სტიგმატიზაციის საფუძველი, დაწყებული ისეთი თავლსაჩინო „ნიშნებით“, როგორცაა კეთრი ან ალბინიზმი და დასრულებილი ისეთი ფარული „ნიშნებით“, როგორცაა აივ ინფექცია ან ეპილეფსია. „ნიშანთა“ ამ სპექტრში

ავტორის სტილი დაცულია

მაია მაჭავარიანი

სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან

ასევე შედის ისეთი განმასხვავებელი მახასიათებლები, როგორცაა რასა, ეთნიკური წამოშობა, კასტა, სქესი, პიროვნული, პროფესიული და პირად გამოცდილებასთან დაკავშირებული ნიშნები (Thomas S.V & Nair A, 2011)

სტიგმის ერთ-ერთი პირველი მკაფიო განმარტება მოგვცა სოციოლოგმა ირვინ გოფმანმა. ამ განსაზღვრების მიხედვით, **სტიგმა** სოციალური ფენომენია, რომელიც მოიცავს სულ მცირე ორ ძირითად კომპონენტს:

(1) გარკვეულ მახასიათებელზე ან ნიშანზე დაფუძნებული განსხვავების აღიარება;

(2) შედეგად პიროვნების გაუფასურება (T. F. Heatherton, R.E Kleck, M.R Helb, & J.G Hull, 2000)

მეორე ფართოდ მიღებული განსაზღვრების თანახმად, სტიგმა არის **სოციალური პროცესი ან პირადი გამოცდილება**, რომელიც ხასიათდება სტიგმატიზებული პირის იზოლაციით, უარყოფით, დადანაშაულებით და გაუფასურებით (Weiss Mitchell G., 2006) (იხ.სურათი 1).



სურათი 1.

დელი განსაზღვრავს სტიგმას როგორც მიმართებას „ინდივიდის განსხვავებასა და იმ გაუფასურებას შორის, რასაც ანიჭებს საზოგადოება ამ განსხვავებას“ .

გოფმანის მოსაზრებით, სტიგმა ატრიბუტია, რომელსაც შეუძლია ინდივიდის გაუფასურება და ამ ატრიბუტის მფლობელის სოციალური იდენტობის „შებლავა“. მასტიგმატიზებული ნიშნების მატარებელი ადამიანები ხდებიან ამ ნიშანზე დაფუძნებული სტერეოტიპების, უარყოფითი ატუტუდებისა და ისეთი დისკრიმინაციული ქმედების სამიზნეები, როგორცაა გარიყვა, იზოლაცია და დასჯაც კი. უნდა აღინიშნოს, რომ პოტენციურად მასტიგმატიზებული ნიშნების მატარებელი ყველა ინდივიდს არ შეეხება სტიგმა. სტიგმატიზაცია შესაძლოა განპირობებული იყოს „მარკირების“ პროცესით: მოცემული ნიშნის მატარებელმა ინდივიდებმა, იმ შემთხვევაში თუ ეს ნიშანი თვალსაჩინოა, შეიძლება განიცადონ პირდაპირი „დისკრედიტაცია“, ხოლო სხვა შემთხვევაში, როდესაც ნიშანი არათვალსაჩინოა, ეს ატრიბუტი „იმალება“. ეპილეფსიის მქონე პირი შეიძლება საზოგადოების სხვა წევრებმა აღიქვან, როგორც „ნორმალური“, ვინაიდან საზოგადოებრივ ადგილებში არ ჰქონია გულყრა. ასეთ ვითარებაში, იარლიყი „ეპილეფსიის მქონე პირი“ მას მიენიჭება მხოლოდ შესაბამისი უფლებამოსილების და ინფორმაციის მფლობელი პირისაგან, მოცემულ შემთხვევაში, სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლისგან. გოფმანი ასევე აღნიშნავდა, რომ სტიგმა ჩრდილს აყენებს არა მხოლოდ უშუალოდ მასტიგმატიზებული ნიშნის მატარებელ პირს, არამედ სტიგმატიზებული პირის ოჯახის წევრებსა და მეგობრებს (Thomas S.V & Nair A., 2011).

სოციალური ფსიქოლოგიის სფეროში წარმოებული კვლევები ყურადღებას ამახვილებს იმაზე, რომ სტიგმატიზაციის პროცესები ყოველდღიური ფსიქოლოგიური პროცესების, კოგნიტური სქემების შემუშავების, სამყაროს შესახებ ინფორმაციის მოწესრიგების შედეგია. დღეისათვის სტიგმატიზების ტენდენცია მიჩნეულია საყოველთაო და უნივერსალურ მოცემულობად. თუმცა, ეს ტენდენცია შეიძლება შეიცვალოს ცნობიერი გააზრების, სოციალურ პოლიტიკაში ცვლილებების,

ავტორის სტილი დაცულია

მაია მაჭავარიანი

სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან

კულტურული აღქმის, ინდივიდუალური ატიტუდებისა და ქცევის გავლენით. სტიგმატიზაციას ხშირად განიხილავენ, როგორც შესაძლო სტრესორთა უზარმაზარი მრავალფეროვნებიდან ერთ-ერთს. აქედან გამომდინარე, სტიგმით გამოწვეული სტრესის დაძლევის უნარზე ისეთი ფაქტორები ახდენს გავლენას, როგორცაა განსხვავებული ინტელექტუალური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და ეკონომიკური რესურსები (Thomas S.V & Nair A., 2011).

სტიგმასთან დაკავშირებული კვლევები სოციოლოგიაში დღეისათვის სცილდება გოფმანის თეორიის საზღვრებს. სტიგმატიზაციის პროცესს განიხილევან შემდგენაირად: პირველად ხდება განმასხვავებელი მახასიათებლის ამოცნობა და იდენტიფიკაცია, რაც ნიშნავს იმას, რომ მოცემული მახასიათებლის მქონე ინდივიდი მიეკუთვნება გაკვეთულ ჯგუფს. მაგალითად, თუ დამკვირვებელი შეესწრება ინდივიდის გულყრას, ის შესამისად, გულყრის მქონე ადამიანს მიაწებებს „ეპილეფტიკის“ იარლიყს. შემდეგ, კულტურაში გავრცელებული დომინანტური რწმენები ამ იარლიყს დაუკავშირებენ ნეგატიურ სტერეოტიპებს (მაგ. მენტალური დაავადების მქონე პირი სახიფათოა). შედეგად აღმოცენებული სოციალური პროცესები იწვევს სტიგმატიზებული პირისაგან დაშორებას და იზოლაციას. სტიგმატიზებული პირი, თავის მხრივ, განიცდის სოციალური სტატუსის დაკარგვას და დისკრიმინაციას (როგორცაა არასრულფასოვანი ჯანმრთელობა და შესაბამისად, მისი სოციალურ-ეკონომიკური შედეგები) (Thomas S.V & Nair A., 2011). ლინკი და ფელანი სამართლიანად აღნიშნავენ ძალაუფლების როლს სტიგმატიზაციის პროცესებში. სოციალური, კულტურული, ეკონომიკური პოლიტიკური და ძალაუფლების სხვა სახის ფორმები ხელს უწყობენ სტიგმატიზაციას (Thomas S.V & Nair A., 2011).

2.2. სტიგმის სახეები

მეცნიერები დიდი ხნის განმავლობაში ცდილობდნენ სტიგმის სხვადასხვა სახეების დაჯგუფებას შინაარსობრივად ნათლად განსაზღვრულ კატეგორიებში. თავის კლასიკურ მონოგრაფიაში "სტიგმა: ჩანაწერები შელახული იდენტობის მართვის შესახებ", გოფმანი სტიგმის სამ განსხვავებულ სახეს გამოყოფს:

- "ზიზღი, სიძულვილი სხეულის მიმართ" (მაგ., ფიზიკური სიმახინჯეები),
- "ნაკლოვანებად აღქმული პიროვნული მახასიათებლები" (მაგ., ფსიქიკური აშლილობები, მავნე ჩვევები და მათზე დამოკიდებულობა, უმუშევრობა),
- "ჯგუფური იდენტობა" (მაგ. რასა, სქესი, რელიგია, ან ეროვნება) (T. F. Heatherton, R.E Kleck, M.R Helb, J.G Hull, 2000).

განსხვავებული მიდგომების გამოყენების შედეგად, ჯონსმა და მისმა კოლეგებმა განსაზღვრეს მასტიგმატიზებული პირობების 6 განზომილება:

1. „არათვალსაჩინოება“ (concealability) - მოიცავს სტიგმატიზების საფუძვლად მდებარე მახასიათებლის ხილვადობის/თვალსაჩინოების ხარისხს (მაგ., სხეულის სიმახინჯეები - ჰომოსექსუალიზმის პირისპირ);
2. "ნიშნის გამოვლენის მიმართულება" (course of the mark) - მახასიათებლის, ნიშნის გამოვლენის ხარისხი დროთა განმავლობაში – ნიშანი უფრო მკვეთრ სახეს იღებს, თუ თანდათანობით სუსტდება (მაგ., გაფანტული სკლეროზი - სიბრმავის პირისპირ);
3. "დამანგრეველი" (disruptiveness) - უჩვენებს ხარისხს, რითაც სტიგმატიზების საფუძვლად მდებარე ნიშანი ან თვისება (მაგ., ენის დაბმა საუბრისას) მოქმედებს პიროვნებათაშორის ურთიერთობებზე;

4. "ესთეტიკა" (aesthetics) - მოიცავს სტიგმის არასასურველობაზე სუბიექტურ რეაქციებს;

5. "წარმომავლობა" (origin) - საიდან მოდის სტიგმატიზების გამომწვევი ნიშანი (თანდაყოლილი, შემთხვევითი, ან წინასწარ განზრახული); შესაძლოა, აქვე მოიაზრებოდეს პიროვნების პასუხისმგებლობა ამ ნიშნის ჩამოყალიბებაზე;

6. "საფრთხე" (peril) - გულისხმობს იმ საშიშროებას, რომელიც მასტიგმატიზებული პირობების გამო, შესაძლოა დაემუქროს სხვა ადამიანებს (მაგ., მწვავე ინფექციები, სასიკვდილო დაავადებები - ჭარბწონიანობის პირისპირ) (T. F. Heatherton, R.E Kleck, M.R Helb, J.G Hull, 2000).

მეცნიერებმა სტიგმის განზომილებების განსაზღვრებისათვის ასევე გამოიყენეს ემპირიული მიდგომა. ამ მიდგომის მიხედვით, იკვეთება შემდეგი ძირითადი განზომილებები: სტიგმის აღქმული საფრთხე, სტიგმის ხილვადობა და სტიგმის მართვადობა.

ჯონსისა და მისი კოლეგების მიერ ჩამოყალიბებული კატეგორიების საპირისპიროდ, ქროქერი და მისი თანამოაზრეები ამტკიცებენ, რომ "ხილვადობა" და "მართვადობა" სტიგმის ყველაზე მნიშვნელოვანი განზომილებებია, როგორც მასტიგმატიზებული, ასევე სტიგმატიზებული პიროვნებისთვის (T. F. Heatherton, R.E Kleck, M.R Helb, J.G Hull, 2000). სტიგმის ხილვადობა განსაზღვრავს, თუ რამდენად ესმით სტიგმატიზებულ ადამიანებს, რომ მათ მიმართ არსებული რეაქციები, შესაძლოა, სტიგმით იყოს განპირობებული. ამასთანავე, სტიგმატიზაციის გამომწვევი ნიშნის ხილვადობამ, შესაძლოა, გავლენა მოახდინოს იმაზე, თუ როგორ დაძლევს მას პიროვნება, როგორი ძალისხმევით შეეცდება ის სტიგმის დაფარვას და რა მასშტაბებით მოახდენს ის სხვა სტიგმატიზებულ ადამიანებთან სოციალურ შედარებას. იმ პირობებში, რომელთა სტიგმაც უხილავია, შესაძლოა, თავიდან აიცილონ სოციალური უარყოფა და გარიყვა, თუმცა შეიძლება ვერ გაეცნენ მათი კეთილდღეობისთვის ზიანის მომტან ისეთ

ავტორის სტილი დაცულია

მაია მაჭავარიანი

სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან

ფაქტორებს, როგორცაა სოციალური შედარებისა და მსგავსი ჯგუფებისგან მხარდაჭერის ნაკლებობა (T. F. Heatherton, R.E Kleck, M.R Helb, J.G Hull, 2000).

სტიგმის მართვადობა უშუალოდ მოიცავს პიროვნების პასუხისმგებლობას, პირველ რიგში სტიგმატიზაციის გამომწვევი ნიშნის ფლობაზე, მეორე მხრივ კი, ამ ნიშნის შენარჩუნებაზე ან მის თავიდან მოშორებაზე. მართვადობა მნიშვნელოვანია, რადგან ადამიანები, რომელთა სტიგმაც მართვადად მიიჩნევა, ნაკლებად მოწონებულები და მეტად უარყოფილები (გარიყულები) არიან, ვიდრე ის ადამიანები, რომელთა სტიგმაც უმართვად ითვლება. ერთსა და იმავე სტიგმის მართვადობაზე არსებული შეხედულებები, შესაძლოა, მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდეს. ძირითადად, ეს შეხედულებები აყალიბებენ შესაბამის კოგნიტურ (მაგ., პიროვნებისთვის მიწერილი ბრალეულობის ხარისხი), ემოციურ (მაგ., საპასუხო ანტიპათია ან სიმპათია) და ქცევით რეაქციებს (მაგ., დახმარება). სტიგმის აღქმული მართვადობა სტიგმატიზებული პიროვნებებისთვისაც მნიშვნელოვანი განზომილებაა. ის, მაგალითად, განსაზღვრავს თუ როგორ მიიღებენ სტიგმატიზებული ადამიანები მათზე სხვა ადამიანების რეაქციას, და ასევე, თუ როგორ იმოქმედებს სტიგმა მათ თვითშეფასებაზე (T. F. Heatherton, R.E Kleck, M.R Helb, J.G Hull, 2000)

სხვა ავტორები გამოყოფენ სტიგმის გამოვლინების სამ დონეს – მაკრო, მეზო- და მიკრო – დონეებს. მაკრო – დონეს შეესაბამება ინსტიტუციური სტიგმა - ორგანიზაციების და დაწესებულებების მხრიდან სტიგმატიზაცია გულისხმობს ამ ორგანიზაციების პოლიტიკას გარკვეული დაავადების ან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანის მიმართ (Dachew, Berhanu Boru Biffu & Berihun Assefa, 2014).

მეზო- დონეს შეესაბამება სოციალური სტიგმა. სოციალური სტიგმა წარმოადგენს გარშემომყოფთა მხრიდან ადამიანის სტიგმატიზებას გარკვეული განმასხვავებელი ნიშნის, ან დეფექტის გამო. საზოგადოებაში დამკვიდრებული მოსაზრებების, სტერეოტიპების გამო, ხდება ამ პირების გარიყვა და მათი უგულვებელყოფა. მაგალითად, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის შემთხვევაში, შეიძლება იყოს

გავრცელებული მოსაზრება, რომ ყველა ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანი აგრესიული და საშიშია. ხშირად, აღნიშნული მოსაზრებები სტიგმატიზებული პირების ოჯახის წევრებზეც ვრცელდება (Dachew, Berhanu Boru Biffu & Berihun Assefa, 2014).

მიკრო- დონის სტიგმა ვლინდება ინდივიდის დონეზე. მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქიკურ აშლილობასთან დაკავშირებული სტიგმა მოიაზრებს სწორედ მიკრო დონის სტიგმას, ეს კონსტრუქტი, თავის მხრივ, მოიცავს შემდეგ კომპონენტებს: აღქმულ სოციალურ სტიგმას ანუ სტერეოტიპის გაცნობიერებას (დაავადების მქონე პირის რწმენას, რომ ამ დაავადების მქონე პირები მოცემულ საზოგადოებაში სტიგმატიზებულია), პერსონალურ სტიგმას - საზოგადოებაში გავრცელებული სტერეოტიპების აღიარებას და მიღებას (დაავადების მქონე პირის საკუთარ დაავადებასთან დაკავშირებული წარმოდგენები) და თვითსტიგმატიზაციას ანუ გაშინაგნებულ სტიგმას. ეს უკანასკნელი, ვლინდება მაშინ, როდესაც დაავადების მქონე პირი ახდენს საკუთარი თავის იდენტიფიცირებას სტიგმატიზებულ ჯგუფთან და შესაბამისად, მიაწერს საზოგადოებაში გავრცელებულ სტერეოტიპებსა და ცრურწმენებს საკუთარ თავს. ასეთი პირები განიცდიან უსუსურობას, სირცხვილს, საკუთარ თავს აღიქვამენ ნაკლოვან ადამიანებად, არიან პასიურები და, ხშირ შემთხვევაში, არ იყენებენ იმ პოტენციალს, რაც გააჩნიათ. ისინი არ ეძებენ სამსახურს, ხშირად უარს ამბობენ საჭირო დახმარების მიღებაზეც, რადგან მიაჩნიათ, რომ საბოლოოდ არაფერი შეიცვლება. თვითსტიგმატიზაცია ვლინდება ისეთ აზრებში, როგორებიცაა: „მე არაფერი შემოდლია, ვერ ვიპოვი სამსახურს, კარგად ვერაფერს ვაკეთებ, მახინჯი ვარ, მე ცუდად ვარ და ამას ვიმსახურებ“ (Dachew, Berhanu Boru Biffu & Berihun Assefa, 2014).

სტერეოტიპების საშუალებით ადამიანები ახდენენ სხვადასხვა სოციალური ჯგუფების შესახებ ინფორმაციის კატეგორიზაციას. ნეგატიური სტერეოტიპები, ისეთი, როგორიცაა წარმოდგენები არაკომპეტენტურობაზე, საფრთხეზე, ხშირად არის ასოცირებული ფსიქიკურ აშლილობასთან. ადამიანთა უმეტესობას გარკვეული წარმოდგენა აქვს სტერეოტიპების შესახებ, რადგან აღნიშნული სტერეოტიპები წარმოიქმნა და განისაზღვრა გარკვეული მდგომარეობის მქონე ადამიანების

სოციალური მახასიათებლებით. მიუხედავად იმისა, რომ სტერეოტიპებს ფართო საზოგადოება განსაზღვრავს, ადამიანები მათ ყოველთვის არ ეთანხმებიან. საზოგადოების ის წარმომადგენლები, ვინც იზიარებს ნეგატიურ სტერეოტიპებს, ნეგატიურ ემოციურ რეაქციებს ამჟღავნებს. ეს არის ცრურწმენა. მაგალითად, ადამიანს, რომელიც ფიქრობს, რომ შიზოფრენიის მქონე ადამიანი საფრთხეს წარმოადგენს, შესაბამისად, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების ეშინია. ამ ემოციური რეაქციიდან წარმოიშვება დისკრიმინაცია, ანუ ქცევითი პასუხი სტიგმატიზებული ჯგუფის ადამიანის მიმართ. საზოგადოების რიგითი წევრი არჩევს შორს დაიჭიროს თავი ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანისგან, რადგან მას ეშინია (ცრურწმენა) და ღრმად დარწმუნებულია (სტერეოტიპი), რომ ასეთი ადამიანი საფრთხეს წარმოადგენს. (Link B. G & Phelan J. C, 2001)

ხშირად, დაავადების მქონე ინდივიდები თავადაც ხდებიან ამგვარი სტერეოტიპების გამზიარებლები. თვითსტიგმატიზაცია მოიცავს დაავადების მქონე პირის სტერეოტიპებს საკუთარი თავის შესახებ (მაგ., „მე საფრთხეს წარმოვადგენ“), ცრურწმენა („მეშინია საკუთარი თავის“) და თვითდისკრიმინაცია (მაგ., „საკუთარი თავის იზოლირება საზოგადოებისგან“). როგორც კი დაავადების მქონე პირი გაითავისებს ნეგატიურ სტერეოტიპებს, მას უჩნდება ნეგატიური ემოციური რეაქციები. დაბალი თვითშეფასება, დაქვეითებული თვითეფექტურობა სწორედ ნეგატიური ემოციური რეაქციების შედეგებია. თვითდისკრიმინაცია თვითიზოლაციის სახით, მრავალ სავალალო შედეგს იწვევს: სამედიცინო მომსახურების არასათანადო გამოყენება, ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ცხოვრების ხარისხის გაუარესება (Link, B. G et al. 1989) დაბალი თვითეფექტურობა და თვითშეფასება ასევე ხშირად ასოცირებულია პასიურ ცხოვრებისეულ პოზიციასთან. ასეთი პირები არ იყენებენ არსებულ შესაძლებლობებს, არ ცდილობენ დასაქმდნენ და გახდნენ დამოუკიდებლები. ბრიუს ლინკი და მისი კოლეგები ამ პროცესს (Link, B. G et al. 1989) „იარლიყის მიწებების მოდიფიცირებული თეორიით“ ხსნიან. იარლიყზე არსებული წარმოდგენების შეპირისპირებით, ლინკმა აღმოაჩინა, რომ იმ პირებთან, ვისაც

გაშინაგნებული ჰქონდა ფსიქიკურ აშლილობასთან დაკავშირებული სტიგმა, ჯანმრთელობის მდგომარეობა უარესდებოდა. ეს გაუარესება გამოწვეული იყო სწორედ ინტერნალიზებული გამოცდილებით (Link, B. G et al. 1989). თვითსტიგმატიზაცია ნეგატიურ გავლენას ახდენს ადამიანის თავმოყვარეობაზე და უქარწყლებს დაავადების მქონე პირს მიზნის მიღწევის იმედს. თვითსტიგმატიზაციის მიერ მოტანილი ზიანი გავლენას ახდენს ინტრაპსონალურ პროცესებზე და, საბოლოო ჯამში, იწვევს ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ცხოვრების ხარისხის გაუარესებას (Corrigan P.W, 2012).

სტიგმის მომხიბვლელობა და სინამდვილე

სოციოლოგი მეთიუ ჰიუი აღნიშნავს, რომ სტიგმასთან დაკავშირებული კვლევების უმეტესობა ყურადღებას ამახვილებს ინდივიდისა და ჯგუფის მცდელობებზე შეამციროს სტიგმის გავლენა ამ ჯგუფის წევრების „ნორმალურად წარმოჩენით“, სტიგმატიზაციის პროცესისგან თავის არიდებით ან მასტიგმატიზებული ატრიბუტების შერჩევითი მოშორებით. თუმცა, ზოგიერთი ინდივიდი ცდილობს მიითვისოს სტიგმის გარკვეული მარკერები (მაგ., სოციალური მარკერები, როგორცაა პატივის აყრა ან გარკვეული ფიზიკური დისფუნქცია და ანომალიები), როგორც მორალური პასუხიმგებლობისა და/ან პოლიტიკური და კულტურული კუთვნილების დადასტურების საფუძველი. აქედან გამომდინარე, ჰიუი ამტკიცებს, რომ ზოგიერთ ინდივიდს არა თუ სურს გადაინაცვლოს „ნორმალურების“ ჯგუფში, არამედ, აქტიურად ცდილობს გამოიყენოს სტიგმატიზებული იდენტობა იმისათვის, რომ გახდეს გარკვეული სოციალური პროცესების ტრიგერი საკუთარ სოციალურ გარემოცვაში. ამას ჰიუი უწოდებს „სტიგმის მომხიბვლელობას“ (Hughey Matthew W, 2012).

§ 3 სტიგმის და თვითსტიგმატიზაციის ამხსნელი თეორიები და მოდელები

3.1 გოფმანის სოციალური სტიგმის თეორია

ირვინგ გოფმანის სოციალური სტიგმის თეორიის მიხედვით, სტიგმა არის ატრიბუტი, ქცევა, ან რეპუტაცია, რომელიც სოციალურად მიუღებელია. კერძოდ, ის იწვევს საზოგადოების სხვა წევრების მიერ ადამიანის კლასიფიცირებას არასასურველი, უარყოფითი სტერეოტიპების საფუძველზე. გოფმანი სოციოლოგის პოზიციიდან, სტიგმას განმარტავდა როგორც ადამიანის ვირტუალურ და რეალურ სოციალურ იდენტობებს შორის არსებულ სხვაობას. როდესაც პირველად ვხვდებით უცნობ ადამიანს, როგორც წესი, სწორედ მისი გარეგნობის მიხედვით ვვარაუდობთ, თუ რა სოციალურ კატეგორიას მიეკუთვნება და რა ატრიბუტების მატარებელია ეს პიროვნება, ანუ რა არის მისი სოციალური იდენტობა. ამ ანტიციპაციას ჩვენ შემდეგ გარდავქმნით ნორმატიულ მოლოდინებში, სამართლიანად წაყენებულ მოთხოვნებში. სწორედ ეს მოლოდინები და ის სავარაუდო ხასიათი, რომელსაც მივაწერთ ინდივიდს, არის ვირტუალური სოციალური იდენტობა. ხოლო ის კატეგორია და ატრიბუტები, რომელიც შეესაბამება მოცემულ ინდივიდს და რომლებსაც რეალურად ამჟღავნებს, არის მისი რეალური სოციალური იდენტობა. უცნობი ადამიანის შემთხვევაში, მას შესაძლოა გააჩნდეს ისეთი ატრიბუტი, რომელიც განასხვავებს მას „ჩვეულებრივი“ კატეგორიის ადამიანებისაგან. ამდენად, ეს ახალი პირი ჩვენს წარმოდგენაში აღარ შეესაბამება ჩვეულებრივ, სრულყოფილ ადამიანს და გადაინაცვლებს ნაკლოვან, გაუფასურებულ კატეგორიაში. ატრიბუტი, რომელიც განაპირობებს ამ წარმოდგენას, არის სტიგმა. უნდა აღინიშნოს, რომ არის სხვა ტიპის სხვაობაც, მაგალითად ისეთი, რომელიც გვაიძულებს გადავახარისხოთ ადამიანი ერთი მისაღები კატეგორიიდან მეორე, არანაკლებ მისაღებ კატეგორიაში. ვირტუალურ და რეალურ სოციალურ იდენტობებს შორის სხვაობამ ასევე შესაძლოა გვიბიძგოს გადავანაცვლოთ ინდივიდი უფრო მაღალ კატეგორიაში (T. F. Heatherton, R.E Kleck, M.R Helb, J.G Hull, 2000).

სტიგმის მიმართ დამოკიდებულების მიხედვით, გოფმანი გამოყოფს ადამიანების 3 კატეგორიას: სტიგმატიზებული - სტიგმის მატარებელი ადამიანი, „ნორმალური“ - ვისაც არ ეხება სტიგმა, „ბრძენი“-„ნორმალურთა“ კატეგორიის წარმომადგენელია, რომელსაც სტიგმის მატარებელმა ადამიანებმა მიაკუთვნეს ამ კატეგორიას საკუთარი სტატუსის გათვალისწინებით.

„ბრძენი ნორმალური“ პირები სულაც არ არიან ის ადამიანები, ვისთვისაც სტიგმა მისაღებია. ეს არიან ის პირები, ვისაც განსაკუთრებული გარემოებების გამო, შეეხება ჰქონია სტიგმატიზებულთა ცხოვრების დაფარულ ასპექტებთან, გამოიჩინეს თანაგრძნობა, სათანადო პატივისცემა და მიმღებლობა. რის შედეგადაც, სტიგმატიზებული ჯგუფის წევრები მათ განიხილავენ როგორც სტიგმატიზებული ჯგუფის საპატიო წევრებს. სტიგმატიზებულისთვის „ბრძენი“ არის საზოგადოების ის წევრი, რომელთანაც არ არის საჭირო განსაკუთრებული თვითკონტროლი, შეცდომის შემთხვევაში ის არ გაკიცხავს სტიგმატიზებულ ადამიანს და მოეპყრობა როგორც საზოგადოების ჩვეულებრივ წევრს. გოფმანი აღნიშნავს, რომ გარკვეულ სოციალურ სიტუაციებში „ბრძენი“ შეიძლება სტიგმატიზებული აღმოჩნდეს. მაგალითად თეთრკანიანი ქალბატონი, ვინც ურთიერთობს შავკანიან მამაკაცთან. (T. F. Heatherton, R.E Kleck, M.R Helb, J.G Hull, 2000)

უკანასკნელ პერიოდამდე ეს ტიპოლოგია გამოიყენებოდა ემპირიული გადამოწმების გარეშე. უახლესი კვლევის მონაცემებმა ამ სამი კატეგორიის არსებობა დაადატურა. თუმცა აღმოჩნდა რომ „ბრძენი“ ადამიანები, თავის მხრივ იყოფა ორ კატეგორიად: „აქტიური ბრძენი“ და „პასიური ბრძენი“. „აქტიური ბრძენი“ ადამიანები წინააღმდეგობას უწევენ სტიგმას და ცდილობენ სტიგმატიზებულების განათლებას, „პასიურები“ კი – არა (Smith R., 2012).

სტიგმატიზებული

„სტიგმატიზებული“ უარყოფილი, დევალვირებული, გაკიცხული და იზოლირებული საზოგადოების წევრია. ის განიცდის დისკრიმინაციას. ზოგჯერ საზოგადოების ამ წევრებს თავს ესხმიან და კლავენ კიდეც. ის ადამიანი, ვინც თავს სტიგმატიზებული ჯგუფის წევრად აღიქვამს, მიუხედავად იმისა, ფიქრობენ ასე გარშემომყოფები თუ – არა, ხშირად ფსიქოლოგიური დისტრესის მსხვერპლია და უფრო მეტიც, საკუთარი თავის მიმართ ურყოფითი დამოკიდებულება და ზიზღის გრძნობა გააჩნია. მიუხედავად იმისა, რომ სტიგმატიზებული ჯგუფისადმი მიკუთვნება შესაძლოა ნეგატიურად აისახოს თვითშეფასებაზე, აკადემიურ მიღწევებზე და სხვა ასპექტებზე, ამ ჯგუფის ზოგიერთ წევრს შეიძლება ჰქონდეს მაღალი თვითშეფასება, იყოს წარმატებული, ბედნიერი და საკმაოდ კარგად იტანდეს ნეგატიური გამოცდილების ზეგავლენას.

გარდა ამისა, არსებობს, „პოზიტიური სტიგმაც“. იმ შემთხვევაში, როდესაც ადამიანი მეტად ჭკვიანია, მდიდარია და ა.შ. ასეთ ადამიანებს, გოფმანის მოსაზრებით, ლეგიტიმური უფლება აქვთ გადაუხვიონ დაწესებულ ქცევით ნორმებს, ვინაიდან მათი სტატუსი მნიშვნელოვნად აჭარბებს ჯგუფის მოლოდინებს (T. F. Heatherton, R.E Kleck, M.R Helb, J.G Hull, 2000).

მასტიგმატიზებული

ამ ადამიანების პერსპექტივიდან სტიგმატიზაცია მოიცავს დეჰუმანიზაციას, საფრთხეს, უარყოფას და ზოგჯერ, სხვა ადამიანისათვის პიროვნული თვისებების ჩამორთმევას და სტერეოტიპული კარიკატურის ჩარჩოებში მოქცევას. სხვების სტიგმატიზაცია ინდივიდისთვის შეიძლება იყოს სხვადასხვა ფუნქციის მატარებელი,

მათ შორის, თვითშეფასების ამაღლების, კონტროლის გაძლიერების, შფოთვის შემცირების. საკუთარი თავის შედარებამ ნაკლებად იღბლიან ადამიანებთან, შეიძლება გაზარდოს სუბიექტური კეთილდღეობის განცდა (T. F. Heatherton, R.E Kleck, M.R Helb, J.G Hull, 2000).

3.2 ლინკის და ფელანის სტიგმატიზაციის მოდელი

ბრიუს ლინკისა და ჯო ფელანის მოსაზრებით, სტიგმა მაშინ ვლინდება როდესაც სახეზეა შემდეგი ოთხი კომპონენტის თანხვედრა:

1. ინდივიდების განსხვავება და მარკირება;
2. გავრცელებული კულტურული რწმენების მეშვეობით მარკირებული ინდივიდების დაკავშირება ნეგატიურ ატრიბუტებთან;
3. მარკირებული ინდივიდებს გაერთიანება ცალკე ჯგუფებში, რაც ემსახურება „ჩვენსა“ და „მათ“ შორის განსხვავების განცდის გაძლიერებას.
4. მარკირებული ინდივიდები განიცდიან „სტატუსის დაკარგვას და დისკრიმინაციას“, რაც იწვევს უთანასწორობას (Link B. G & Phelan J. C, 2001)

ამ მოდელის მიხედვით, სტიგმატიზაცია ასევე დამოკიდებულია „სოციალურ, ეკონომიკურ და პოლიტიკურ ძალაუფლებაზე, რაც იძლევა განსხვავების იდენტიფიკაციის, სტერეოტიპების შექმნის, სტიგმატიზებული ადამიანების იზოლირებულ ჯგუფებში განცალკევების, ასევე უარყოფის, მიუღებლობისა და დისკრიმინაციის აქტების აღსრულების საშუალებას. შესაბამისად, ამ მოდელში ტერმინი „სტიგმა“ გამოიყენება მაშინ, როდესაც ხდება იარლიყით ინდივიდის მარკირება, სტერეოტიპიზაცია, განცალკევება, სტატუსის დაკარგვა და დისკრიმინაცია. სტიგმის მინიჭებას და სტიგმატიზაციის პროცესს აადვილებს საზოგადოების წევრების მიერ ძალაუფლებისა და გავლენის მქონე პოზიციის ფლობა (Link B. G & Phelan J. C, 2001).

განსხვავება და იარლიყის მიწებება

ადამიანის აშკარა განსხვავებების იდენტიფიკაცია და ამის მიხედვით იარლიყის მიწებება სოციალური პროცესია. აღნიშნული პროცესის სოციალურ ბუნებაზე მიანიშნებს ორი ფაქტორი. პირველი, იმისათვის რომ მოხდეს ადამიანების ერთ ჯგუფში გაერთიანება, აუცილებელია გარემოებების მნიშვნელოვანი გამარტივება. ისეთი ჯგუფები, როგორცაა ახალგაზრდები და მოხუცები, თეთრკანიანები და შავკანიანები, ჰომოსექსუალები და ჰეტეროსექსუალები, ჯანმრთელი და ავადმყოფი ამის კარგი მაგალითებია. მეორე, განსხვავებები, რომელთა მიხედვითაც ხდება დაყოფა, საკმაოდ მრავალფეროვანია დროისა და გარემოებების გათვალისწინებით. ამის მაგალითია მე-19 საუკუნეში შუბლის ზომის და თავის ქალას ფორმების მიხედვით, ადამიანის კრიმინალურ თვისებების განსაზღვრა ჩ. ლამბროზოს თეორიის მიხედვით (Link B. G & Phelan J. C, 2001).

დაკავშირება სტერეოტიპებთან

მოდელის მეორე კომპონენტია მასტიგმატიზებული (მარკერი) განსხვავებების დაკავშირება სტერეოტიპებთან. ჯერ კიდევ ი. გოფმანმა 1963 წელს ყურადღება გაამახვილა სტიგმის აღნიშნულ ასპექტზე და დღესაც ეს ასპექტი აქტუალურია. სტიგმატიზაციის პროცესში სხვადასხვა სახის სტერეოტიპების გამოყენების პროცესი მრავალი კვლევის საგანი ყოფილა (Link B. G & Phelan J. C, 2001).

„ისინი“ და „ჩვენ“

მესამე კომპონენტი: ნეგატიური ატრიბუტების დაკავშირება განსხვავებულ ჯგუფთან აადვილებს გამიჯვნის და ჯგუფებად დაყოფის პროცესს. განსხვავებული ჯგუფის, როგორც რადიკალურად სხვა ტიპის ინდივიდების გაერთიანების აღქმა იწვევს სტეროტიპიზაციას. „ჩვენ“ და „ისინი“ გულისხმობს, რომ სტიგმატიზებული ჯგუფის წარმომადგენლები ნაკლებად ადამიანურები არიან თავისი ბუნებით და უკიდურეს შემთხვევაში, საერთოდ არ განიხილებიან როგორც ადამიანები.

არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა

მეოთხე კომპონენტი, ამ მოდელში, სტატუსის დაკარგვა და დისკრიმინაციაა. სტიგმის ბევრი განსაზღვრება არ მოიაზრებს ამ სპექტს, თუმცა ავტორებს სჯერათ, რომ სტატუსის დაკარგვა ინდივიდების სტიგმატიზაციის, გამიჯვნის და არასასურველ მასახიათებლებთან ასოცირების ბუნებრივი შედეგია. სტიგმატიზებული ჯგუფის წევრები, საზოგადოების სხვა წევრებისაგან განსხვავებით, ხვდებიან არასახარბიელო, უთანასწორო პირობებში. აქდან გამომდინარე, განათლების, შემოსავლის, ფსიქიკური კეთილდღეობის, ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების მიღების შესაძლებლობები არათანაბარია. ამრიგად, უმრავლესობის, „უპირატესი“ ძალაუფლების მქონე ჯგუფის მიერ „არასრულფასოვანი“ და ძალაუფლების არმქონე უმცირესობის სტიგმატიზაცია იწვევს ამ უკანასკნელთა დისკრიმინაციას. სტიგმატიზებული ინდივიდები ხვდებიან შეზღუდული პირობების და არჩევნის პირობებში იმ იდეოლოგიის წყალობით, რომელიც ეფუძნება „ჩვენ“ და „ისინი“ დაპირისპირებას. ყოველივე ზემოთაღნიშნულიდან გამომდინარე, „ისინი“ სოციალურ იზოლაციაში ხვდებიან ძალაუფლების მქონე უმრავლესობის მხრიდან სტიგმატიზაციის შედეგად (Link B. G & Phelan J. C, 2001).

ძალაუფლების ფლობის აუცილებლობა

ავტორები ხაზს უსვამენ ძალაუფლების (სოციალურის, ეკონომიკურის ან პოლიტიკურის) როლს სტიგმატიზაციის პროცესში. არის სიტუაციები, სადაც ძალაუფლება თვალსაჩინოა. თუმცა მაშინ, როდესაც ძალაუფლებაში სხვაობა ნაკლებად აშკარაა, ეს ასპექტი შეიძლება შეინიღბოს. ძალაუფლების გამოყენებისა და როლის ყველაზე რადიკალური გამოხატულება შეიძლება იყოს ნაცისტების ებრაელების მიმართ დამოკიდებულების მაგალითი (Link B. G & Phelan J. C, 2001).

3.3 სტიგმა როგორც იდენტობის საფრთხე

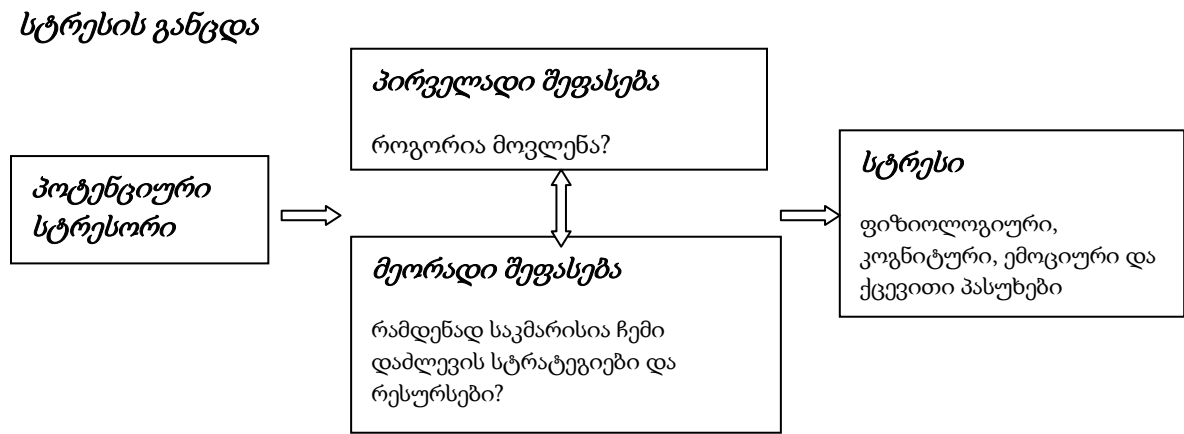
სტიგმის ზეგავლენის შედეგები - სტრესი და სტრესის დაძლევა

სტრესისა და სტრესის დაძლევის თეორიული ჩარჩო კარგად აღწერს სტიგმის ზეგავლენის შედეგებს. სტრესისა და სტრესის დაძლევის ტრანზაქციული მოდელის მიხედვით (Lazarus R.S & Folkman S, 1984), გარემოს მოვლენები შესაძლოა გახდეს სხეულებრივი ან გონებრივი დამაბულობის, და შესაბამისად სტრესის მიზეზი. სტრესის გავლენით კი ინდივიდის ფიზიკური და ემოციური კეთილდღეობა ირღვევა. სტრესორების შეფასებისას პირველადი შეფასება ხდება, როდესაც ინდივიდი აფასებს სტრესორებსა და სტრესორების მოთხოვნებს და შემდეგ უკვე მეორეული შეფასება ხორციელდება, როდესაც ინდივიდი აფასებს სტრესორის მოთხოვნების დაკმაყოფილების ხელთ არსებულ რესურსებს.

პირველადი შეფასების პროცესები

ლაზარუსი, სტრესის ფსიქოლოგიური თეორიის ერთ-ერთი ფუძემდებელი, აღნიშნავს, რომ როდესაც ინდივიდები ხვდებიან ახალ ან შეცვლილ გარემოში, ისინი სიტუაციის მნიშვნელობის გასარკვევად პირველად შეფასებას ახდენენ (იხ. სურათი 2).

მოვლენები თავისი მოსალოდნელი შედეგებიდან გამომდინარე შეიძლება შეფასდეს როგორც ნეიტრალური, პოზიტიური ან ნეგატიური. ნეგატიური ან სავარაუდოდ ნეგატიური მოვლენები დამატებით ფასდება როგორც ზარალის, საფრთხის ან გამოწვევის მატარებელი. ზარალი წარმოადგენს მოვლენის მიერ უკვე მიყენებული ზიანის შეფასებას. საფრთხე – მოსალოდნელი ზიანია. საფრთხის პირველადი შეფასება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს იმ ფიზიოლოგიურ პასუხებზე, რაც ინდივიდს უვითარდება სტრესული სიტუაციის საპასუხოდ. გამოწვევა, თავის მხრივ, გულისხმობს პრობლემის გადალახვისა და მისგან გარკვეული სარგებელის მიღების შესაძლებლობას. მოვლენის, როგორც გამოწვევის შეფასება, როგორც წესი, დამოკიდებულია თვითშეფასებასა და თავდაჯერებულობაზე. გამოწვევად შეფასებული პრობლემის გადალახვა დადებით ემოციებს იწვევს (Phelan Sean Michael, 2010).



სურათი 2.

მეორადი შეფასების პროცესები

მოვლენის პირველად შეფასებას მეორადი შეფასება მოჰყვება. კერძოდ, ამ შემთხვევაში, ფასდება არა მოვლენის მახასიათებლები, არამედ თვითონ ინდივიდის შესაძლებლობები, თუ რამდენად საკმარისი რესურსები გააჩნია პრობლემის, სტრესის დასაძლევად. საბოლოო ჯამში, სტრესის სუბიექტური განცდა დამოკიდებულია პირველადი და მეორადი შეფასებების ბალანსზე. როდესაც ზარალი და საფრთხე მაღალია, ხოლო დაძლევის უნარი დაბალი, მოვლენა უფრო სტრესულად განიცდება.

სტრესზე პოტენციური პასუხები შეიძლება იყოს ფიზიოლოგიური, კოგნიტური, ემოციური და ქცევითი. აღნიშნული რეაქციებიდან, ზოგიერთი სტრესზე უნებლიე რეაქციას წარმოადგენს, ხოლო სხვა პასუხები, სტრესთან გამკლავების გაცნობიერებულ ძალისხმევას წარმოადგენს.

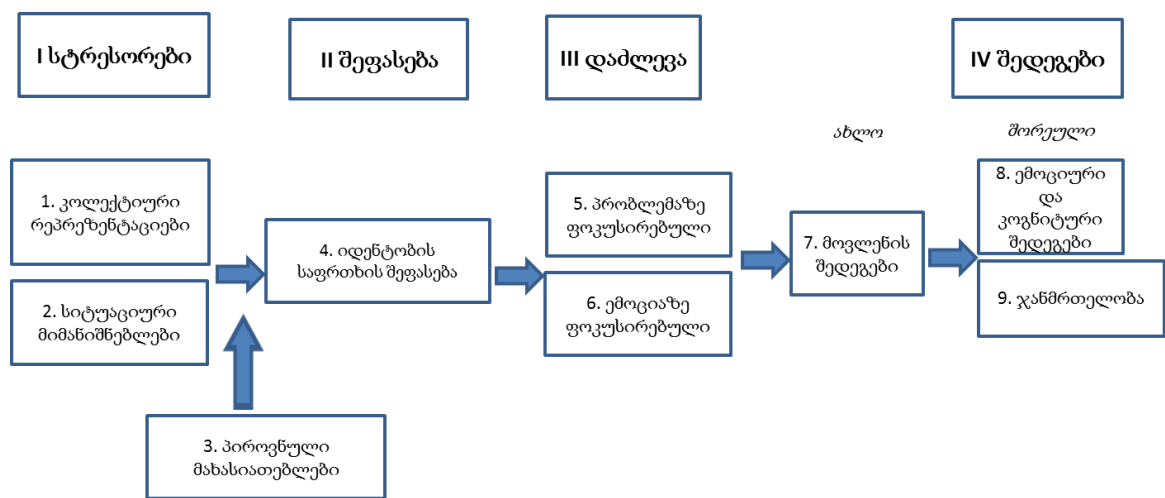
კოგნიტური პასუხების მაგალითებია შეხედულებები ზარალსა თუ საფრთხეზე და მათ მიზეზებსა თუ კონტროლის შესაძლებლობებზე. ასევე აქ შეიძლება გავაერთიანოთ ისეთი უნებლიე პასუხები, როგორცაა ყურადღების ადვილი გადანაცვლებადობა, ყურადღების კონცენტრაციის სირთულე კოგნიტური დავალებების შესრულებისას და აკვიატებული, განმეორებადი ან პათოლოგიური აზრები.

სტრესზე პოტენციური ემოციური რეაქციების მაგალითებია: შიში, შფოთვა, აგზნება, დეპრესია, აგრესია, გაოცება, უარყოფა და ა.შ. ემოციური პასუხები სტრესზე შეიძლება საკმაოდ ხანგრძლივი იყოს, რაც ახანგრძლივებს სტრესული მოვლენის განცდას და შესაბამისად, შეიძლება აძლიერებდეს სტრესზე ბიოლოგიურ რეაქციებს.

სტრესორის ბუნებიდან გამომდინარე სტრესზე პოტენციური ქცევითი რეაქციები სხვადასხვა სახის შეიძლება იყოს. ქცევით პასუხებს პირობითად ორ კატეგორიად ყოფენ: გაქცევის ან შეზღუდვების რეაქციები (Lazarus R.S & Folkman S, 1984).

სტიგმით გამოწვეული იდენტობის საფრთხის მოდელი

სტიგმით გამოწვეული იდენტობის საფრთხის მოდელი, აღწერს პროცესს, თუ როგორ შეიძლება სტიგმატიზებული იდენტობა გახდეს სტრესის მიზეზი და რა გავლენა შეიძლება იქონიოს სტრესთან გამკლავების პროცესმა ჯანმრთელობაზე. სოციალურ იდენტობას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ინდივიდისთვის. სოციალური იდენტობის თვითშეფასებასა და „სელფთან“ კავშირის გამო, ის განსაკუთრებით მოწყვლადია საფრთხის მიმართ. საფრთხე არის სიტუაცია, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს ინდივიდის დაშავება ან სხვა სახის ზარალის მიყენება. სტიგმატიზაციამ შეიძლება გამოიწვიოს იდენტობის დარღვევასთან დაკავშირებული სტრესორების გავლენის გაძლიერება (Phelan Sean Michael, 2010). ამდენად, სტიგმით გამოწვეული იდენტობის საფრთხე არის დისკრიმინაციის ან იდენტობასთან ასოცირებული სხვა არასასიკეთო სიტუაციების შედეგი. აქედან გამომდინარე, სტიგმატიზაციას შეიძლება მოჰყვეს გრძელვადიანი ფსიქოლოგიური და სოციალური არასასიკეთო შედეგები. ამ მოდელის მიხედვით, სტიგმით გამოწვეული საფრთხე არის სამი ფაქტორის ზეგავლენის შედეგი: კოლექტიური სტერეოტიპების, სიტუაციური მიმანიშნებლებისა და ინდივიდუალური მახასიათებლების (Phelan Sean Michael, 2010).



სურათი 3. სტიგმით გამოწვეული იდენტობის საფრთხე

I. სტრესორები

1. კოლექტიური რეპრეზენტაციები

კოლექტიური რეპრეზენტაციები სოციალური ჯგუფის შესახებ ჩამოყალიბებული სტერეოტიპები და რწმენებია. სტიგმატიზებული ჯგუფის წევრები, აცნობიერებენ რა საზოგადოებაში დამკვიდრებულ სტერეოტიპებს საკუთარი ჯგუფის შესახებ, აცნობიერებენ იმ ფაქტსაც, რომ შეიძლება მოხდეს მათი გაუფასურება და დისკრიმინაცია საზოგადოების სხვა წევრების მხრიდან. სხვადასხვა სოციალურ სიტუაციებში მიღებული გამოცდილების შედეგად, ადამიანები შეგუებულები არიან იმ ფაქტს, რომ იდენტობა მოწყვლადია. შესაბამისად, სტიგმატიზებული ჯგუფის ინდივიდების მიერ კოლექტიური სტერეოტიპების გაცნობიერებამ და გათავისებამ შეიძლება გამოიწვიოს მუდმივი მზადყოფნისა და სტერეოტიპებიდან მომდინარე საფრთხის ძიების მდგომარეობა.

2. სიტუაციური მიმანიშნებლები

სიტუაციური მიმანიშნებლები სხვადასხვაგვარად უკავშირდება საფრთხეს. ისეთ სიტუაციაში, სადაც ინდივიდი განიცდის დისკრიმინაციას ან გარშემომყოფებისგან არასათანადო დამოკიდებულების ობიექტია, სოციალურ იდენტობას საფრთხე ემუქრება. სხვა ნაკლებ თვალსაჩინო მიმანიშნებლები შეიძლება იყოს დომინანტური ჯგუფიდან ინდივიდის გათიშვა (Phelan Sean Michael, 2010) ან ისეთ სიტუაციაში აღმოჩენა, როდესაც დომინანტური ჯგუფის წევრებს უფრო მომგებიანი და უფლებამოსილი სტატუსი გააჩნიათ, ვიდრე თავად ინდივიდს (Marx D.M & Roman J.S. , 2002) სხვადასხვა კვლევებში სტიგმატიზებული იდენტობის მქონე ინდივიდებს სთხოვდნენ, გარკვეული იდენტობის შესაბამის სტერეოტიპებთან დაკავშირებული ამოცანების შესრულებას (Hogg M.A, & Terry D.J, 2000). მაგალითად, როდესაც ქალბატონებს სთხოვდნენ ტესტირების წინ დაეფიქსირებინათ სქესი, გაცილებით დაბალ ქულებს იღებდნენ, ვიდრე ის ქალბატონები, ვინც სქესის გრაფას ტესტირების შემდგომ

ავსებდნენ (Danaher K & Crandall C.S., 2008). მძიმე ფსიქიკური დარღვევების მქონე ადამიანების მიერ სააზროვნო ამოცანების შესრულება მნიშვნელოვნად უარესდებოდა იმ შემთხვევაში, როდესაც მათ უწევდათ საკუთარი მდგომარეობის/დიაგნოზის გამხელა პროცედურის დაწყებამდე (Quinn D.M, Kahng S.K, Crocker J., 2004)

3.პიროვნული მახასიათებლები

გარკვეული პიროვნული მახასიათებლები გავლენას ახდენს იდენტობის საფრთხის აღქმაზე. სტიგმის მიმართ მგრძობიარობამ და საფრთხის მუდმივმა მოლოდინმა შესაძლოა გაზარდოს ინდივიდის მიერ სიტუაციის, როგორც საფრთხედ შეფასების ალბათობა. ობიექტური მონაცემების მიხედვით, ის ინდივიდები, ვინც აცნობიერებს სტიგმას და იდენტობის პოტენციურ საფრთხეს, უფრო ხშირად აღნიშნავენ დისკრიმინაციას (Phelan Sean Michael, 2010). რწმენები და ატიტუდები ასევე შესაძლოა ცვლიდეს საფრთხის განცდას. მაგალითად, საყოველთაოდ გავრცელებულმა რწმენებმა, შესაძლოა უბიძგოს ინდივიდს უსამართლო დამოკიდებულება განიხილოს როგორც დამსახურებული და არა როგორც ცრურწმენა (Phelan Sean Michael, 2010).

ასევე, ზოგიერთი მახასიათებელი არბილებს კავშირს სტიგმატიზებულ სოციალურ იდენტობასა და სტრესს შორის. მაგალითად, ჯგუფის შიგნით უპირატესობის განცდამ, შესაძლოა ცალკეულ ინდივიდს აუმაღლოს თვითშეფასება. (Rudman L, Feinberg J, Fairchild K., 2002) სხვადასხვა ჯგუფები სხვადასხვა ხარისხით ამჟღავნებენ ჯგუფის შიგნით უპირატესობის მინიჭებას. მაგალითად, ზოგიერთ ეთნიკურ უმცირესობებს ახასიათებთ ჯგუფის შიგნით უპირატესობის მინიჭების მაღალი ხარისხით გამოვლენა, ხოლო ჭარბი წონის მქონე ადამიანებს კი – ძალიან დაბალი ხარისხით (Rudman L, Feinberg J, Fairchild K., 2002) „საკუთარი“ ჯგუფისადმი მიკუთვნებასთან დაკავშირებული ნეგატიური გრძობები ინტერნალიზირდება და თვითსტიგმატიზაციის სახით ვლინდება. თვითსტიგმატიზაციის შემთხვევაში, ინდივიდი აცნობიერებს რა საკუთარ სოციალურ ჯგუფთან დაკავშირებულ

სტერეოტიპებს, იღებს და ითავისებს ამ წარმოდგენებს. ეს ფენომენი გამოვლენილ იქნა მრავალი სხვადასხვა ჯგუფის შემთხვევაში, მათ შორის, ფსიქიკური აშლილობის მქონე ჯგუფებშიც (Kanter J.W, Rusch L.C & Brondino M.J., 2008), (Watson A.C, Corrigan P, Larson J. E & Sells M., 2007). ეს ადამიანები ხშირად თვითდისკრიმინაციასაც ახდენენ, აქვთ დაბალი თვითშეფასება და რცხენიათ თავიანთი მდგომარეობის („მე მაქვს დიაგნოზი, შესაბამისად, მე ვარ უვარგისი“).

II. შეფასება

4. იდენტობის საფრთხის შეფასება

სიტუაციური მიმანიშნებლები და სტერეოტიპები ხელს უწყობენ ინდივიდის იდენტობისათვის საფრთხის ან დაზიანების პოტენციის გამოვლენას. იდენტობის საფრთხის შეფასება საჭიროა იმისათვის, რომ შეფასდეს ის საფრთხე, რომელიც პოტენციურად საზიანოა „სელფისთვის“.

პირველადი შეფასება წარმოადგენს სიტუაციის მოთხოვნებისა და რელევანტურობის შეფასებას. თუკი მოვლენა აღიქმება როგორც ფიზიკური ან ემოციური წონასწორობისათვის საზიანო, ის განიხილება როგორც სტრესორი. გამოყოფენ სტრესორების შემდეგ ფორმებს: ზიანი/დანაკარგი, საფრთხე და გამოწვევა (Folkman, 1984).

საფრთხე ნეგატიური ან პოტენციურად საზიანო მოვლენის პირდაპირი ზემოქმედების რისკია. მაგალითად, სტიგმატიზაციის პოტენციური შედეგებია უარყოფა, დამცირება, შეზღუდული რესურსები ან თავდასხმა. არსებობს იდენტობის საფრთხის ოთხი ტიპი: კატეგორიზაციის საფრთხე, იდენტობის ღირებულების საფრთხე, განსხვავების საფრთხე და მიუღებლობის საფრთხე. კატეგორიზაციის საფრთხე თავს იჩენს მაშინ, როდესაც ინდივიდი იძულებულია წარდგეს როგორც ამა

თუ იმ სოციალური ჯგუფის წარმომადგენელი, ან მოირგოს ესა თუ ის სოციალური იდენტობა. იდენტობის ღირებულების საფრთხე არსებობს მაშინ, როდესაც ინდივიდს მიანიშნებენ, რომ ის სოციალური ჯგუფი, რომელსაც მას მიაკუთვნებენ არ არის ღირებული.

განსხვავების საფრთხე თავს იჩენს იმ შემთხვევაში, როცა ინდივიდის მიმართ გამოიყენება მის სოციალურ ჯგუფთან დაკავშირებული ყველაზე უკიდურესი სტერეოტიპი. მიუღებლობის საფრთხე ვლინდება მაშინ, როდესაც ინდივიდს უქმნიან პირობებს იგრძნოს თავი ისე, თითქოს ის ზედმეტია მოცემულ სიტუაციაში და ამოვარდნილია კონტექსტიდან (Phelan Sean Michael, 2010)

თუკი პირველადი შეფასების პროცესში, ზემოთმოყვანილი საფრთხეებიდან ერთ-ერთი იდენტიფიცირდება, იწყება სტრესზე ფიზიოლოგიური პასუხი, ანუ ალოსტაზის პროცესი. სხვა შემთხვევებში, პირველადი შეფასების შედეგად აღქმული საფრთხე შესაძლოა კვალიფიცირდეს როგორც ზიანი/დანაკარგი ან გამოწვევა (Phelan Sean Michael, 2010). ზიანი/დანაკარგი უკვე მიყენებული ზიანის აღქმაა. ასეთ შემთხვევაში ინდივიდს აღარ აქვს დამატებითი დანაკარგის ან ზიანის მოლოდინი (Folkman S., 1984). გამოწვევა კი არის მიღწევის შესაძლებლობის დანახვა, ამ შემთხვევაში ინდივიდი ემზადება დააკმაყოფილოს სტრესორის მოთხოვნები და გადალახოს წინააღმდეგობა.

სტერეოტიპის საფრთხე

სტერეოტიპის საფრთხე იდენტობის საფრთხის განსაკუთრებული სახეა. ამ შემთხვევაში ინდივიდის ფსიქოლოგიური, ქცევითი და აფექტური პასუხი საფრთხეზე ვლინდება სხვა ადამიანებისაგან ყოველგვარი დისკრიმინაციის, ცრურწმენებისა და ამა თუ იმ ხარისხით გამოვლენილი გამაუფასურებელი ქცევის გარეშე. სტერეოტიპის საფრთხე ვლინდება ისეთ სიტუაციებში, სადაც ინდივიდი აცნობიერებს მის მდგომარეობასთან დაკავშირებულ სტერეოტიპებს და სჯერა, რომ სხვა ადამიანი შეაფასებს მას ამ სტერეოტიპების მიხედვით ან ქცევაში გამოავლენს ამ სტერეოტიპებს

(Phelan Sean Michael, 2010). შესაბამისად, ინდივიდი შეპყრობილია აზრით, რომ არსებობს იდენტობის საფრთხე, რის გამოც შესაძლოა აღიძრას სტრესზე პასუხის რეაქცია ყოველგვარი ობიექტური საფუძვლის გარეშე (Phelan Sean Michael, 2010).

ინდივიდის მიერ მოსალოდნელი საფრთხის შესახებ აზრის განმტკიცება და რწმენა, რომ მის იდენტობას საფრთხე ემუქრება, ნეგატიურ გავლენას ახდენს ინდივიდის კონცენტრაციისა და რთული კოგნიტური ამოცანების გადაწყვეტის უნარებზე (Phelan Sean Michael, 2010).

III. სტრესის დაძლევა

5. პრობლემაზე ფოკუსირებული და ემოციაზე ფოკუსირებული დაძლევის სტრატეგიები

პრობლემაზე ფოკუსირებული ან ემოციაზე ფოკუსირებული სტრესის დაძლევის სტრატეგიები წარმოადგენს სტრესზე პასუხს (Glanz K, Rimer BK, Lewis FM., 2002; Miller C.T, Kaiser C.R, 2001; Lazarus R.S & Folkman S, 1984). სტრესის დაძლევის სტრატეგიები მნიშვნელოვანია, რადგან სტიგმით გამოწვეული სტრესისგან თავის დაცვის საშუალებას წარმოადგენს.

დაძლევის სტრატეგიები

სტრესის მეორადი შეფასების შემთხვევაში, ინდივიდი განსაზღვრავს:

ა) ეფექტურობის მოლოდინს - დაძლევის რა სტრატეგიები არის მისაწვდომი და რომლის გამოყენება იქნება წარმატებული;

ბ) შედეგის მოლოდინს - მოცემული სტრატეგიების პოტენციური ეფექტურობა არსებული სტრესის მოშორებას ან შემცირებაში. (Lazarus R.S & Folkman S, 1984)

პრობლემაზე ფოკუსირებული დაძლევის სტრატეგიები სტრესის მართვის მცდელობაა სტრესის გამომწვევ გარემოსა და ინდივიდს შორის ურთიერთობაზე

პირდაპირი ზემოქმედების გზით (Phelan Sean Michael, 2010). კერძოდ, მას ინდივიდი ახორციელებს პრობლემის განსაზღვრითა და გადაჭრის ისეთი გზის შერჩევით, რომლის შედეგადაც მცირდება მოცემული პრობლემის გავლენის შემცირება პირდაპირი თუ არაპირდაპირი გზით (Penley J.A, Tomaka J, Wiebe J.S., 2002).

ემოციაზე ფოკუსირებული სტრესის დაძლევის სტრატეგია მიზნად ისახავს სტრესის შედეგად აღმოცენებული ემოციების მართვას (Lazarus R.S & Folkman S, 1984). ეს შეიძლება იყოს განრიდების, მინიმიზაციის, რეპრესიის, მიტევების და მრავალი სხვა კოგნიტური თუ ქცევითი სტრატეგია. მაგალითად, ემოციაზე ფოკუსირებული შეფასება შეიძლება მოიცავდეს პრობლემის სხვა კუთხით განხილვას, მისი მნიშვნელობის შეცვლას სტრესით გამოწვეული აზრების გადაფასების შედეგად (Lazarus R.S & Folkman S, 1984). ემოციაზე ფოკუსირებული სტრესის დაძლევის ზოგიერთი სტრატეგია შეიძლება გულისხმობდეს ემოციური პასუხების გაძლიერებას. მათ შორისაა თვითდადანაშაულება, სიტუაციის კატასტროფირება, თვითდასჯა. ყველა ეს სტრატეგია გამოიყენება იმისათვის, რომ სტრესულ სიტუაციაში მყოფმა პირმა რაც შეიძლება ღრმად და მწვავედ გააცნობიეროს სტრესორი და შემდეგ აამოქმედოს ემოციაზე ფოკუსირებული სხვა სტრატეგიები. მაგალითად, მძიმე დაავადების მქონე პირის შემთხვევაში, თავდაპირველად გამოყენებული სტრატეგია შეიძლება იყოს საკუთარი თავის დადანაშაულება დაავადების განვითარებაში იმ მიზნით, რომ მეტად ჩაერთოს განკურნებისა და პრევენციის პროცესებში (Phelan Sean Michael, 2010).

6. სტრესის დაძლევის რესურსები

მთელი რიგი ფაქტორებია, რომლებიც ხელს უწყობს ინდივიდს დაძლევის იმ სტრატეგიების განსაზღვრაში, რომელიც მისაწვდომია მოცემულ სიტუაციაში (Lazarus R.S & Folkman S, 1984). ისეთი რესურსები, როგორცაა ჯანმრთელობა, მე-კონცეფცია, მატერიალური რესურსები და პრობლემის გადაწყვეტის ჩვევები ზრდის სტრესის დაძლევის სტრატეგიების რაოდენობასა და ეფექტურობას. რესურსების სიმწირემ

შესაძლოა ნეგატიური გავლენა იქონიოს სტიგმასთან გამკლავების სტრატეგიების გამოყენების უნარზე. მაგალითად, ის პირები, ვისაც გააჩნია სოციალური ურთიერთობის მწირი უნარები, ნაკლებად შეეცდებიან მხარდაჭერის მოპოვებას სოციალურ გარემოში. არის სხვა ფაქტორებიც, რომლებიც ნეგატიურად მოქმედებს დაძლევის სტრატეგიების გამოყენებაზე. მაგალითად, სტიგმატიზებული პირის სურვილმა თავიდან აირიდოს სტიგმატიზაცია, შესაძლოა გამოიწვიოს ანტიდეპრესანტებით მკურნალობაზე უარის თქმა (Phelan Sean Michael, 2010).

სტრესის დაძლევის სტრატეგიები შეიძლება იყოს ადაპტაციური და არაადაპტაციური. მაგალითად, ალკოჰოლისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარება, მოწევა, საკვების ჭარბად მიღება ან უკიდურესად შეზღუდვა, არაადაპტაციური სტრატეგიებია. უკანასკნელი გამოკვლევების შედეგების მიხედვით, სტიგმატიზებული პირები ნაკლებად აქცევენ ყურადღებას ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას, ნაკლებად მიმართავენ სამედიცინო დახმარებას, ნაკლებად მიყვებიან ჯანსაღი ცხოვრების წესს (Phelan Sean Michael, 2010).

IV. სტრესის შედეგები

7. მოვლენების ზეგავლენა

სტრესს მთელი რიგი შედეგები მოსდევს. სტრესის მიზანია ადაპტაცია, ანუ ცვალებადი გარემოს პირობებში ცვლილებისა და პიროვნული ზრდის უნარი (Ganzel B.L, Morris P.A, Wethington E, 2010). ცვალებად გარემოსთან შეგუების აუცილებლობა იწვევს სხვადასხვა ფსიქოლოგიურ ცვლილებებს, რომლებიც თავის მხრივ გავლენას ახდენს სხეულის სხვადასხვა სისტემებსა და ფუნქციებზე. ამ ცვლილებებს ეწოდება ალოსტაზი. ალოსტაზის მიზანია სხეულის მომზადება სტრესული სიტუაციისათვის. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ დროში გახანგრძლივებული ალოსტაზი ჯანმრთელობაზე

ნეგატიურ ზეგავლენას ახდენენ (Ganzel B.L, Morris P.A, Wethington E, 2010), (Phelan Sean Michael, 2010).

ჰომეოსტაზი

ჰომეოსტაზი სხეულის სხვადასხვა სისტემების მიერ უზრუნველყოფილი მკაცრად რეგულირებული ბალანსია. ისეთი ცვლილებების შემთხვევაში, როგორცაა სხეულის ტემპერატურა, გლუკოზის დონე სისხლში, არტერიული წნევა, სხეულის სისტემები უზრუნველყოფენ შესაბამის უკუკავშირს, რომლის დანიშნულებაც აღნიშნული მაჩვენებლების რეგულირება და სხეულის ჰომეოსტაზის შენარჩუნებაა. იმ შემთხვევაში თუ ჰომეოსტაზის სისტემები ვერ უზრუნველყოფს ბალანსის დაცვას, ორგანიზმი ავად ხდება. ჰანს სელიეს მოსაზრებით, სტრესმა შეიძლება გამოიწვიოს ჰომეოსტაზის რეგულაციის პრობლემები, ამ მოვლენას ეწოდება გენერალური ადაპტაციური სინდრომი, რომელიც ხასიათდება ჰოპოთალამურ-პიტუიტარულ-ადრენოკორტიკული ღერძის აქტივაციით, რაც იწვევს კორტიზოლის გამოყოფასა და ბალანსის დარღვევას შესაბამისი სხეულებრივი პასუხის უზრუნველყოფამდე (Ganzel B.L, Morris P.A, Wethington E, 2010).

ალოსტაზი

გენერალური ადაპტაციური სინდრომის მიმართულებით განხორციელებული კვლევების შედეგად შემოღებულ იქნა ალოსტაზის ცნება. ეს ტერმინი აღწერს, თუ როგორ ახერხებს სხეულის სხვადასხვა, ერთმანეთთან დაუკავშირებელი სისტემები სტრესორზე ერთიან, მთლიანსისტემურ რეაგირებას (Ganzel B.L, Morris P.A, Wethington E, 2010).

თუკი ჰომეოსტაზის შემთხვევაში სხეულის სისტემებს მოეთხოვებათ იმოქმედონ მკაცრად განსაზღვრული წესით, ალოსტაზის შემთხვევაში, პროცესების განვითარება მიმდინარეობს თავისუფალი წესით. ამდენად, ალოსტაზი იძლევა ორგანიზმის გადარჩენის საშუალებას ექსტრემალურ პირობებში, ისეთში, სადაც ჰომეოსტაზის შენარჩუნება შეუძლებელი იქნებოდა. ალოსტაზი მართავს სხეულებრივ ცვლილებებს და ამზადებს ორგანიზმს მოსალოდნელი სტრესორის ზემოქმედებისთვის. ყოველივე ეს გავლენას ახდენს სტიგმით გამოწვეულ სტრესზე. იმ შემთხვევაში, როდესაც ინდივიდი სტიგმატიზების მოლოდინშია, მისი თავის ტვინი იწყებს ალოსტაზის პროცესს და ამზადებს ორგანიზმს საფრთხესთან გამკლავებისათვის (Ganzel B.L, Morris P.A, Wethington E, 2010).

სტრესის ფიზიოლოგია

სტრესი მნიშვნელოვანია, რადგან ის იწვევს როგორც ფსიქოლოგიურ დისტრესს, ასევე სხეულის სისტემების ხანმოკლე და ხანგრძლივ ცვლილებებს, რაც შემდეგში აისახება ინდივიდის ჯანმრთელობაზე. სტრესზე რეაქციაში ორი ურთიერთდაკავშირებული სისტემა იღებს მონაწილეობას: სიმპათიკურ-ადრენომედულარული სისტემა (სას) და ჰიპოთალამურ-პიტუიტარულ-ადრენოკორტიკული სისტემა (ჰპა).

სიმპათიკური აქტივაცია: მოვლენების ზიანად ან საფრთხედ შეფასებაში აქტიურად მონაწილეობს თავის ტვინის ქერქი, რომელიც ამ შეფასებებიდან გამოდინარე უბიძგებს რეაქციების თანმიმდევრულ ჯაჭვს. ინფორმაცია ქერქიდან გადაეცემა ჰიპოთალამუსს, რომელიც აკონტროლებს ყველაზე ადრეულ რეაქციას სტრესზე – კერძოდ, ვითარდება სიმპათიკური ნერვული სისტემის აგზნება და „შებრძოლება–გაქცევის“ პასუხი, რომელიც პირველად უოლტერ კენონმა აღწერა. სიმპათიკური ნერვული სისტემის აგზნება ახდენს თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის აგზნებას, რომელიც თავის მხრივ გამოყოფს კატექოლამინებს – ეპინეფრინსა და ნორეპინეფრინს. ეს ძირითადად

ვლინდება იმ დაძაბულობაში, რასაც ჩვენ სტრესზე საპასუხოდ განვიცდით. სიმპათიკური აგზნება იწვევს არტერიალური წნევის მომატებას, გულისცემის გახშირებას, ოფლიანობასა და პერიფერიული სისხლძარღვების შევიწროვებას. კატექოლამინები სხვა სისტემების პარალელურად იმუნურ სისტემაზეც მოქმედებენ (Hall, Vasko, et al., 2004).

ჰპა აქტივაცია: სიმპათიკური ნერვული სისტემის აქტივაციასთან ერთად ხდება ჰპა სისტემის გააქტიურებაც. ჰიპოთალამუსი გამოყოფს კორტიკოტროპინ-გამომყოფ ფაქტორს (CRF), რომელიც მოქმედებს ჰიპოფიზზე – გამოიყოფა ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონი (ACTH), რომელიც თავის მხრივ გავლენას ახდენს თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქზე – გამოიყოფა გლუკოკორტიკოიდები. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია კორტიზოლი, ის ახდენს ნახშირწყლების შენახვასა და ჭრილობის შემთხვევაში ამცირებს ანთებას. ის ასევე ეხმარება ორგანიზმს დაუბრუნდეს სტრესის შემდგომ მშვიდ მდგომარეობას. გარდა ამისა, ჰპა აქტივაცია ზრდის ჰიპოფიზის მიერ ზრდის ჰორმონისა და პროლაქტინის გამომუშავებას.

ქრონიკული ან განმეორებითი სტრესის პირობებში ჰპა სისტემის განმეორებადი აქტივაცია აუარესებს მის ფუნქციონირებას. შეიძლება დაირღვეს კორტიზოლის გამოყოფის დღიური ციკლი; კერძოდ, ჩვეულებრივ კორტიზოლის დონე მაღალია დილით, გაღვიძებისას და მცირდება დღის მანძილზე (განსაკუთრებით შუადღის შემდეგ). ადამიანებს, ვინც ქრონიკული სტრესის ქვეშ იმყოფებიან, კორტიზოლის დონე შეიძლება საღამომდე მაღალი ჰქონდეთ (Powell et al., 2002), შეიძლება დაერღვეთ დღე-ღამის რითმი, შეიცვალოს კორტიზოლის დონე გამოწვევისა და საფრთხის საპასუხოდ, ან საერთოდ არანაირად არ შეიცვალოს სტრესორისდა მიუხედავად. თითოეული ეს პატერნი მოქმედებს ჰპა სისტემის ფუნქციონირებაზე და სტრესის შემდგომ სხეულის სისტემების მშვიდ მდგომარეობაში მოყვანის შესაძლებლობაზე (Taylor S.E, 2012).

ხანგრძლივი სტრესის შედეგები

ხანგრძლივი სტრესის პირობებში ეპინეფრინისა და ნორეპინეფრინის გახანგრძლივებული გამოყოფა მავნე ზეგავლენას ახდენს იმუნურ სისტემაზე, განსაკუთრებით უჯრედულ იმუნურ რეაქციაზე; ის იწვევს ისეთ ჰემოდინამიკურ ცვლილებას, როგორცაა მაღალი არტერიული წნევა და პულსი, არითმია და ზოგიერთ შემთხვევაში განაპირობებს ბიოქიმიურ დისბალანსს, რომელმაც ფსიქიკური აშლილობის განვითარებას შეიძლება შეუწყოს ხელი. კატეპოლამინებმა შეიძლება ორგანიზმში იმოქმედოს ლიპიდებისა და თავისუფალი ცხიმოვანი მჟავების დონეზე, რამაც შეიძლება ათეროსკლეროზის პროცესს შეუწყოს ხელი (Taylor S.E, 2012).

კორტიკოსტეროიდებს აქვთ იმუნური რეაქციების დამთრგუნველი ეფექტები, რამაც შეიძლება ნეგატიურად იმოქმედოს იმუნური სისტემის ფუნქციონირებაზე. კორტიზოლის ხანგრძლივი გამოყოფა ასევე მოქმედებს ჰიპოკამპუსის ნეირონებზე და იწვევს ისეთი კოგნიტური ფუნქციების გაუარესებას, როგორცაა მეხსიერება და ყურადღება. ის შეიძლება დემენციის ერთ–ერთ ხელშემწყობის ფაქტორიც იყოს.

კვლევები მოწმობენ, რომ ჰპა სისტემის ხშირ აქტივაციას უფრო მძიმე შედეგები მოყვება ჯანმრთელობისთვის, ვიდრე სიმპატიკური ნერვული სისტემის აგზნებას (Taylor S.E, 2012).

სტრესმა ასევე შეიძლება შეცვალოს იმუნური სისტემის ისეთი მნიშვნელოვანი ფუნქცია, როგორცაა პასუხი ჰორმონულ სიგნალებზე, რომლებიც აღკვეთენ ანთებით პროცესებს; შედეგად, არ ხდება ანთებითი პროცესების დროული შეწყვეტა (Taylor S.E, 2012).

8. სტრესის ემოციური და კოგნიტური შედეგები

სტრესით გამოწვეული შედეგები მრავალფეროვანია. უნდა აღინიშნოს სტრესის საპასუხო სხეულებრივი და ფსიქოლოგიური ცვლილებები, კერძოდ ჰომეოსტაზის

ცვლილებები, ალოსტატიკური პასუხი, ემოციური და კოგნიტური შედეგები, მათ შორის, მეხსიერების და დასწავლის გაუარესება, ვერბალური და არავერბალური კომუნიკაციის მოქნილობის დაქვეითება და სხვა. ისეთი ემოციური სტარტეგიების გამოყენება, როგორცაა ჩახშობა და ემოციური კონტროლი, იწვევს მუშა მეხსიერების ჭარბ დატვირთვას, რაც თავის მხრივ, უარყოფითად აისახება ახალი ინფორმაციის დასწავლაზე (Phelan Sean Michael, 2010). სტრესის გავლენა ჯანმრთელობაზე დღეს უდავოა. ადამიანის ორგანიზმი ადაპტირებულია ხანმოკლე და წარმავალი სტრესული სიტუაციების დაძლევათნ. ხანგრძლივი და განმეორებადი სტრესის, სტიგმატიზებული ინდივიდის შემთხვევაში კი, პრაქტიკულად, მუდმივი სტრესის გავლენა ადამიანის ორგანიზმის სისტემებისთვის დამანგრეველია. ალოსტატიკური ტვირთი სტრესით გამოწვეული პროცესის შედეგია. ამ ტვირთის ყველაზე ცნობილი გამოვლინებაა შფოთვა. ალოსტატიკური ტვირთი ასევე ზრდის ემოციური აგზნების, აკვიატებული აზრების, სიბრაზის შეტევების რისკს და აღნიშნული გამოვლინებები დაკავშირებული აღმოჩნდა შფოთვისა და დეპრესიის მომატებულ მაჩვენებლებთან. სტიგმით გამოწვეული იდენტობის საფრთხე ასევე იწვევს თვითშეფასების დაქვეითებას (Phelan Sean Michael, 2010).

სტიგმის ყველა თეორიისათვის საერთოა სოციალური ჯგუფისათვის დამახასიათებელი პროცესები. სტიგმის სპეციალისტები ყურადღებას ამახვილებენ სტიგმის სოციალურ კონსტრუქტში მანამდე უყურადღებოდ დარჩენილ ძალაუფლების როლზე. სტიგმის ძირითადი ელემენტები, როგორცაა იარლიყის მიწებება, სტერეოტიპიზაცია, საზოგადოებისგან იზოლირება და სოციალური სტატუსის შემდგომი დაკარგვა რელევანტურია მხოლოდ ძალაუფლების გამოყენების პირობებში. სწორედ ძალაუფლების მქონე პიროვნება აძლევს ამ ელემენტებს ამოქმედების საშუალებას.

3.4 თვითსტიგმატიზაციის საფეხურების მოდელი

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, არსებობს სტიგმის განსხვავებული სახეები და მათ შორის, საზოგადოებრივი სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია. ფსიქოლოგიური მოდელის მიხედვით, საზოგადოებრივ სტიგმას აღწერენ სტერეოტიპების, ცრურწმენებისა და დისკრიმინაციის ტერმინებში (Corrigan P.W., 2012). სოციალური ფსიქოლოგიის სპეციალისტები სტერეოტიპებს განიხილავენ, როგორც ერთი სოციალური ჯგუფის უმრავლესობის განზოგადებულ ცოდნას სხვა ჯგუფის წევრების შესახებ. მენტალური აშლილობის შესახებ სტერეოტიპები მოიცავს ამ ნიშნის მატარებელი ყველა პირის დადანიშნულებას, მათ საშიშ და არაკომპეტენტურ პირებად აღქმას. ის ფაქტი, რომ გარკვეული ჯგუფის წამომადგენლებმა იციან საზოგადოებაში გავრცელებული სტერეოტიპების შესახებ, ყოველთვის არ ნიშნავს იმას, რომ ისინი ეთანხმებიან ამ სტერეოტიპებს. ხოლო ის ადამიანები, რომლებიც ცრურწმენებს იზიარებენ, იწონებენ დამამცირებელ სტერეოტიპებსაც („ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანები მოძალადეები არიან“) და შესაბამისად, ემოციურ რეაქციებსაც განზოგადებენ („მე მაშინებს ყველა ასეთი ადამიანი“). ცრურწმენას მივყავართ დისკრიმინაციამდე, რაც წარმოადგენს ქცევით რეაქციას და 3 მოქმედებაში ვლინდება: შესაძლებლობების დაკარგვა (დასაქმების, ბინის დაკარგვა), იძულება (გადაწყვეტილებას ავტორიტეტი იღებს, რადგან დისკრიმინირებული ადამიანი გადაწყვეტილების მიღების უუნაროდაა მიჩნეული) სეგრეგაცია (კლინიკისა და ექიმისათვის მიმართვა ნიშნავს საჯაროდ საკუთარი თავის არაჯანსაღ ადამიანად გამოცხადებას). სტერეოტიპების, ცრურწმენების და დისკრიმინაციის ასეთი ჯაჭვი ქმნის საზოგადოებრივ სტიგმას (Corrigan P.W., 2012).

თვითსტიგმატიზაციას განმარტავენ, როგორც საზოგადოებაში გავრცელებული სტერეოტიპებისა და ცრურწმენების გაშინაგნებას. უახლესი მონაცემებით, თვითსტიგმატიზაცია განსაკუთრებით დიდ გავლენას ახდენს დაავადების მართვის ეფექტურობაზე (Corrigan P.W., 2012). სწორედ ამ ფაქტორმა განაპირობა სტიგმის ამ

ავტორის სტილი დაცულია

მაია მაჭავარიანი

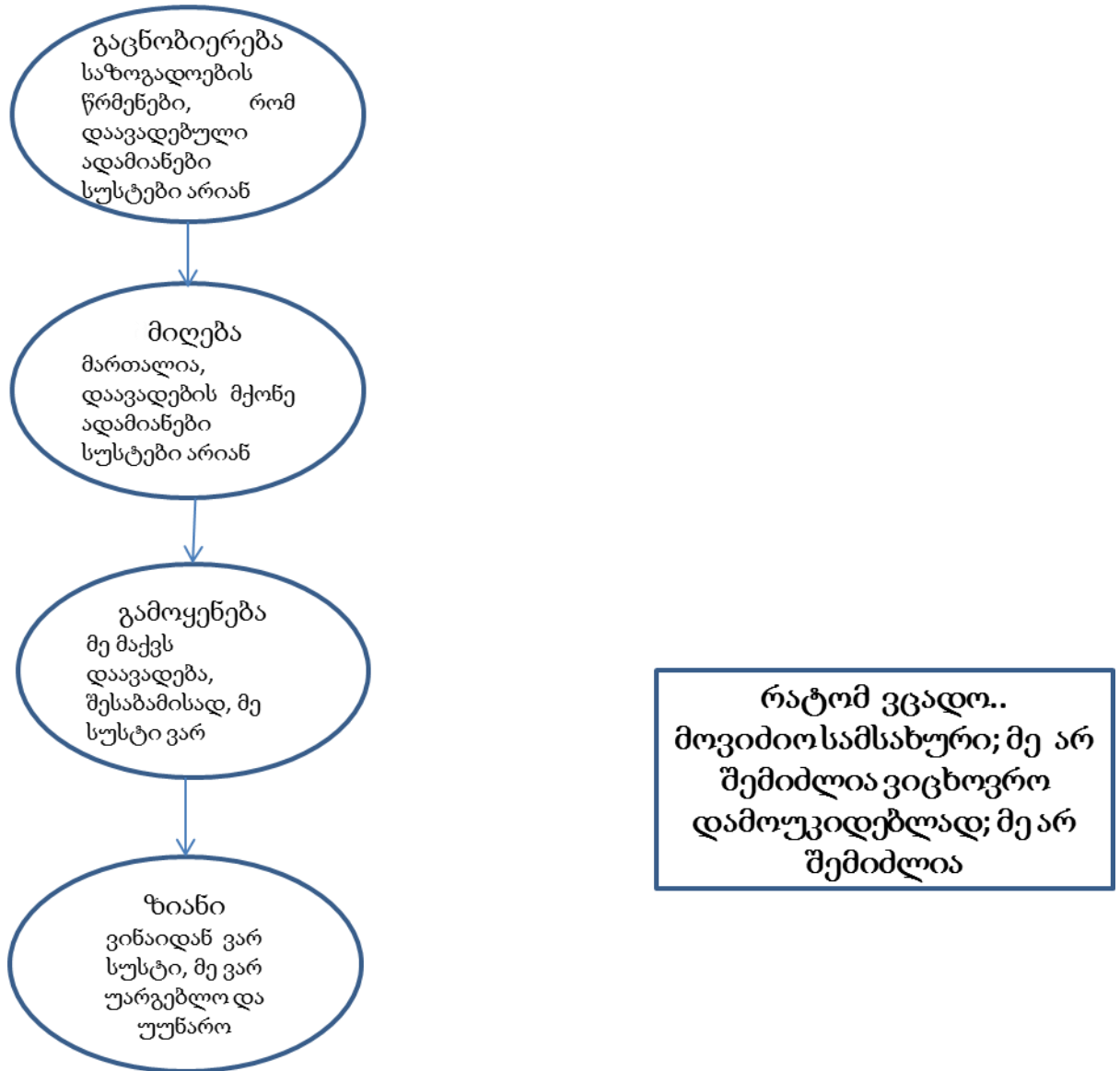
სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან

ასპექტის კვლევის აქტუალობა. თუმცა დღეისათვის თვითსტიგმატიზაციის მიმართულებით განხორციელებული კვლევები არც ისე მრავალრიცხოვანია. სხვადასხვა ავტორების მონაცემებით, თვითსტიგმატიზაციის მაღალი ხარისხი კორელირებს, დაბალ თვითშეფასებასთან, დაბალ თვითეფექტურობასთან და დეპრესიასთან (Corrigan P.W., 2012).

თვითსტიგმატიზაცია ხშირად გაიგივებულია აღქმულ სტიგმასთან (Link, B. G, et al 1989); სტიგმატიზებული პირი აცნობიერებს, რომ საზოგადოებას გააჩნია ნეგატიური წინასწარი განწყობა დაავადების მქონე პირების მიმართ და მოახდენს მის დისკრიმინაციას ამ ნიშნით. კერძოდ, აღქმული გაუფასურება და დისკრიმინაცია, შემდგომში იწვევს თვითშეფასებისა და თვითეფექტურობის დაქვეითებას (Corrigan P.W., 2012). კორიგანის და მისი კოლეგების მოსაზრებით ეს არის თვითსტიგმატიზაციის მოდელის პირველი საფეხური (იხ. სურათი 4).

ამდენად, ავტორების მოსაზრებით, საზოგადოებრივი სტიგმის გაშინაგნების პროცესი ხორციელდება რამდენიმე საფეხურის თანმიმდევრული გავლით. არასასურველი დაავადების მქონე პირი აცნობიერებს საზოგადოებაში გავრცელებულ ნეგატიურ სტერეოტიპებს თავისი დაავადების შესახებ (გაცნობიერება). შემდეგ, დაავადების მქონე პირი შესაძლოა დაეთანხმოს, რომ მოცემული დაავადების მქონე პირებთან დაკავშირებული სტერეოტიპები სამართლიანია (აღიარება). შესამაბამისად, შემდეგ საფეხურზე დაავადების მქონე პირი ეთანხმება, რომ ეს სტერეოტიპები მასაც ეხება (გამოყენება) (Corrigan P.W., 2012).

თვითსტიგმატიზაციის სხვა კვლევების შედეგებისგან განსხვავებით, „საფეხურების მოდელის“ მიხედვით, სტიგმის დამღუპველი გავლენა სელფზე ვლინდება მხოლოდ ბოლო საფეხურებზე. კერძოდ, როდესაც დაავადების მქონე პირი მიაწერს სტიგმას საკუთარ თავს, სწორედ მაშინ ვლინდება მის თვითშეფასებასა და თვითეფექტურობაზე სტიგმის დამაზიანებელი გავლენა.



სურათი 4. თვითსტიგმატიზაციის საფეხურების მოდელი

„რატომ ვცადო“ ეფექტი

თვითსტიგმატიზაციის შედეგად ვიღებთ ფენომენს, რომელსაც შეიძლება ვუწოდოთ „რატომ ვცადო“ ეფექტი, სადაც თვითსტიგმატიზაცია ურთიერთქმედებაში მოდის ცხოვრებისეული მიზნის მიღწევასთან. თვითსტიგმატიზაცია ბარიერია მიზნის

მიღწევის გზაზე. თვითშეფასებამ და თვითეფექტურობამ შეიძლება შეამსუბუქოს თვითსტიგმატიზაციის არაკეთილსაიმედო შედეგები. დაქვეითებული თვითშეფასება დაავადების მქონე ინდივიდში იწვევს განცდას, რომ უკეთესის შესაძლებელობა აღარ მიეცემა, რაც საფუძველს ურყევს მის მისწრაფებას გახდეს დამოუკიდებელი, მოიპოვოს სამსახური - „რატომ ვცადო უკეთესი თანამდებობის დაკავება, არ ვიმსახურებ ასეთ მნიშვნელოვან პოზიციას. ჩემი ნაკლოვანებები არ იძლევა საშუალებას წავართვა ეს პოზიცია სხვა, უფრო კარგი მონაცემების მქონე პირს“. თავის მხრივ თვითეფექტურობის დაქვეითებას შეუძლია ასევე გამოიწვიოს „რატომ ვცადო“ ეფექტი. დაავადების მქონე პირს სჯერა, რომ არ გააჩნია ცხოვრებისეული მიზნების მიღწევის უნარი. „რატომ ვცადო დამოუკიდებლად ცხოვრება? მე არ გამაჩნია დამოუკიდებლობისთვის აუცილებელი უნარები. მე არ მაქვს გამოცდილება, რომ მივხედო საკუთარ ოჯახს სხვისი დახმარების გარეშე“ (Corrigan P.W., 2012).

„რატომ ვცადო“ არის მარკირების მოდიფიცირებული თეორიის ვარიანტი, სადაც სტიგმატიზაციასთან დაკავშირებული სოციალური უარყოფა იწვევს დაბალ თვითშეფასებას. მარკირების მოდიფიცირებული თეორია ასევე მიუთითებს თავის არიდების სტრატეგიაზე, როგორც დევალვაციის ქცევით შედეგზე. როდესაც სტიგმატიზებული პირი აღიქვამს თავის გაუფასურებას, ის შესაბამისად, გაურბის სიტუაციებს, სადაც მოსალოდნელია საჯარო უპატივცემულობა (Corrigan P.W., 2012).

„რატომ ვცადო“ ეფექტი მოიცავს 3 კომპონენტს: თვისთიგმატიზაციას, რომელიც სტერეოტიპების შედეგია, მედიატორებს, მათ შორის თვითშეფასებას და თვითეფექტურობას, და ცხოვრებისეული მიზნის მიღწევას, ან ასეთის არარსებობას. იმ ადამიანებს, ვინც ითავისებს ფსიქიკურ აშლილობასთან დაკავშირებულ სტერეოტიპებს, თვითეფექტურობა და თვითშეფასება უქვეითდებათ. ფსიქიკური აშლილობის მქონე ინდივიდები ახდენენ იმ დამოკიდებულებების გაშინაგნებას, რომლებიც ასახავენ გაუფასურებას და დისკრიმინაციას. გაუფასურება (დევალვაცია) აღწერილია, როგორც იმ ფაქტის გაცნობიერება, რომ საზოგადოებისათვის მიუღებელია ფსიქიკური

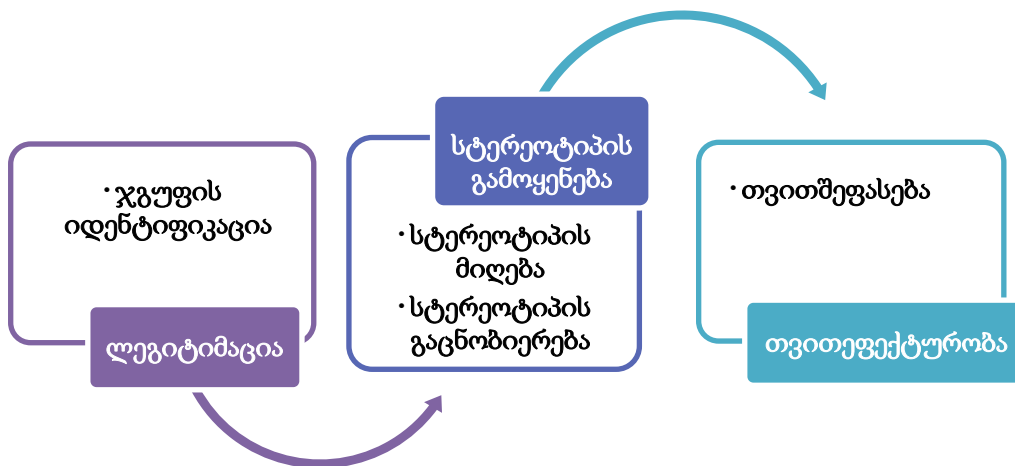
ავტორის სტილი დაცულია

მაია მაჭავარიანი

სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან

აშლილობის მქონე პირი. თვითგაუფასურება უფრო სრულად შეგვიძლია გადმოვცეთ თვითსტიგმატიზაციის 3 კომპონენტის გაცნობიერების, მიღების და გამოყენების მეშვეობით. იმისათვის რომ ადამიანმა მოხდინოს თვითსტიგმატიზაცია, მან ჯერ უნდა გააცნობიეროს საზოგადოებაში გაბატონებული სტერეოტიპები (მაგ., „ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანი თვითონაა დამნაშავე, რომ ასეთი დიაგნოზი აქვს“) და დაეთანხმოს, მიიღოს ეს სტერეოტიპები („მართალია, ადამიანს რომ ფსიქიკური აშლილობა აქვს, მისი ბრალია“). თუმცა მხოლოდ ეს ორი კომპონენტი არ არის მნიშვნელოვანი თვითსტიგმატიზაციისათვის. მესამე კომპონენტი – გამოყენება გადამაწყვეტია, როდესაც ადამიანი იყენებს ამ სტერეოტიპს საკუთარი თავის მიმართ (მე ფსიქიკური აშლილობა მაქვს, ჩემი ბრალია, რომ ავად ვარ). ამ თვალსაზრისით, თვითსტიგმატიზაცია იერარქიული მიმართებების მქონე კონსტრუქტია (Corrigan P.W., 2012).

სურათი 5. თვითსტიგმატიზაციის თეორიული მოდელი (Watson A.C, Corrigan P., Larson J.E, & Sells M, 2007)



უკანასკნელი ათწლეულის კვლევებიდან ნათელია, რომ თვითსტიგმატიზაციას გაცილებით დიდი გავლენა აქვს პაციენტების თვითეფექტურობაზე და ემოციურ

ავტორის სტილი დაცულია

მაია მაჭავარიანი

სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან

მდგომარეობაზე, ვიდრე აღქმულ და მოქმედ სტიგმას (Kranke D.A, Floersch J, Kranke B.O, Munson M.R., 2011). სხვადასხვა კვლევების შედეგებიდან ნათელია, რომ თვითსტიგმატიზაციის ყველაზე გავრცელებული გამოვლინებებია სირცხვილის განცდა და საზოგადოების სხვა წევრებთან არასრულფასოვანი ინტეგრაცია (Kranke D.A, Floersch J, Kranke B.O, Munson M.R., 2011). გარდა ამისა, სხვადასხვა მკვლევრების შრომებიდან ჩანს, რომ თვითსტიგმატიზაცია იწვევს:

- თვითშეფასების დაწევას (Link B.G, Struening E.L, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan J.C., 2001; Link B. G & Phelan J. C, 2001);
- დეპრესიის მაღალ მაჩვენებელს (Rachel C. Manos, Laura C. Rusch, Jonathan W. Kanter., 2009);
- ნეგატიურ დამოკიდებულებას ფსიქოლოგიური დახმარების მიმართ (Conner K.O, Copeland V.C, Grote N.K, Koeske G, Rosen D, Reynolds C.F, Brown C., 2001);
- ექიმის დანიშნულების არასათანადო შესრულებას (Fung, K. M., Tsang, H. W., Corrigan, P. W., Lam, C. S., & Cheng, W. M, 2007).

§ 4 სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე პირებში

4.1 სტიგმის კავშირი ეპილეფსიასთან

საზოგადოდ მიღებული მოსაზრების თანახმად, სტიგმა და იზოლაცია ეპილეფსიისთვის საერთო მახასიათებლებია როგორც განვითარებულ, ისე განვითარებად ქვეყნებში. სტიგმა არის ამ დაავადებასთან დაკავშირებული მძიმე ტვირთის ერთ-ერთი განმაპირობებელი მიზეზი. შესაბამისად, ეპილეფსიის სტიგმის შემცირება ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების საშუალებაა. ეპილეფსია უნივერსალური დაავადებაა და არ ცნობს რასობრივ, ეთნიკურ, ან გეოგრაფიულ

საზღვრებს. ამ დაავადებას აქვს ხანგრძლივი ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციალურ შედეგები. გულყრებთან შეიძლება დაკავშირებული იყოს დაბნეულობა, შიში, სტიგმატიზაცია და სოციალური იზოლაცია. ეპილეფსიის სოციალური გავლენა დიდი და ყოვლისმომცველია, თუმცა ქვეყნისა და კულტურული განსხვავებების, ასევე ეკონომიკური ვითარების მიხედვით ამ გავლენის ხარისხი განსხვავებულია. ყველაზე დიდი პრობლემები, რომლებსაც აწყდებიან ეპილეფსიის მქონე პირები ყოველდღიურ ცხოვრებაში, სულაც არ არის დაკავშირებული დაავადების სიმძიმესთან, არამედ უფრო მეტად საზოგადოებაში დამკვიდრებული ეპილეფსიის შესახებ შეხედულებებთან და დამოკიდებულებასთან არის კავშირში.

ეპილეფსიასთან დაკავშირებული მცდარი მოსაზრებები განსხვავებულია. ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჩატარებული გამოკითხვის შედეგად გამოვლინდა, რომ მშობლების 54 %-ს არ შეეძლო ეპილეფსიის გამომწვევი მიზეზების ჩამოთვლა. მსგავსი გამოკითხვის შედეგების მიხედვით 1996 წელს გერმანიაში რესპოდენტების 20%-ს სჯეროდა, რომ ეპილეფსია ფსიქიკური აშლილობაა. დავადების მიმართ საზოგადოების განწყობა, თუნდაც ნაწილობრივ, დამოკიდებულია ამ დაავადების შესახებ ცოდნის ხარისხზე. დიდ ბრიტანეთში, ნიდერლანდებსა და ირლანდიაში ჩატარდა გამოკითხვა, რომელშიც მონაწილეობა მიიღეს ჯანდაცვის სფეროს პროფესიონალებმა – ფსიქოლოგებმა, სოციალურმა მუშაკებმა, ოკუპაციურმა თერაპევტებმა და ა.შ მიღებული შედეგების მიხედვით, 15%-ს სჯერა ეპილეპტოიდური პიროვნების ტიპოლოგიის, 32%-ს სჯერა, რომ ეპილეფსიას შეუძლია ინტელექტუალური დარღვევების გამოწვევა. გამოკითხვის შემდეგ რესპოდენტებს მიაწოდეს ინფორმაცია და ჩაატარეს საგანმანათლებლო სამუშაოები დაავადების შესახებ. საგანმანათლებლო სამუშაოების ჩატარების შემდეგ, რესპოდენტების პასუხები საგრძნობლად შეიცვალა (Hanneke M. de Boer, 2010).

ყოველივე ზემოთაღნიშნულიდან გამომდინარე, ეპილეფსიასთან დაკავშირებული სტიგმა დღესაც აქტუალური და საყოველთაოდ გავრცელებული ფენომენია.

გამოყოფენ ეპილეფსიათა დაკავშირებული სტიგმის სამ სახეს: მოქმედი სტიგმა, აღქმული სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია.

- მოქმედი სტიგმა- დისკრიმინაციის ფაქტიური გამოცდილება;
- აღქმული სტიგმა- დაავადების მქონე პირის მიერ დაავადებასთან დაკავშირებული სირცხვილის გრძნობა და მასთან დაკავშირებული დისკრიმინაციის ძლიერი შიში;
- თვითსტიგმატიზაცია გულისხმობს:

1. საკუთარ თავთან დაკავშირებულ ნეგატიურ აზრებსა და გრძნობებს, რაც გამომდინარეობს იმ ფაქტიდან, რომ ადამიანს აქვს დაავადება.

2. იმ ნეგატიური სტერეოტიპების გათავისებას, რომლებიც დაკავშირებულია დაავადებასთან (Ahmad M., 2011).

4.2 ეპილეფსიის სტიგმასთან დაკავშირებული კვლევები

ეპილეფსიის მქონე პაციენტების ფსიქო-სოციალური მდგომარეობის შესწავლას მრავალი კვლევა მიემდგვნა. აღნიშნული კვლევების მიზანს წარმოადგენდა თეორიული და პრაქტიკული ცოდნის გამდიდრება, ეპილეფსიის მქონე პირების თვითმართვის ქცევების გაუმჯობესება, ცხოვრების ხარისხის ამაღლება, თვითშეფასების შესწავლა და თვითეფექტურობის დონის გაზრდა.

კვლევების შედეგების მიხედვით, ეპილეფსიათა დაკავშირებული სტიგმას გაცილებით დიდი გავლენა აქვს ამ დაავადების მქონე პირებზე, ვიდრე უშუალოდ დაავადებას (Jacoby A, Snape D, Baker G.A., 2005). სხვადასხვა შრომებში ნაცადია ეპილეფსიის გულყრების სახით გამოვლინებების ზეგავლენის შესწავლა სტიგმისა და ცხოვრების ხარისხთან მიმართებაში. თუმცა, მიღებული შედეგები ერთგვაროვანი არ აღმოჩნდა. კერძოდ, ევროპულ ქვეყნებში ჩატარებული გამოკვლევის თანახმად გულყრების სიხშირე კორელირებს სტიგმასთან (Baker G.A., 2002), ხოლო სხვა

ავტორის სტილი დაცულია

მაია მაჭავარიანი

სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან

გამოკვლევის შედეგების მიხედვით ცხოვრების ხარისხი და სტიგმა არ აღმოჩნდა კავშირში გულყრების სიხშირესთან (Suurimeijer T.P, Feuvekamp M.F, Aldenkamp B.P., 2001). სავარაუდოა, რომ ამ უკანასკნელი კვლევის შედეგები უფრო ზუსტად ასახავს რელობას, რადგან უამრავი კვლევის მონაცემებით სტიგმის გავლენა ამ დაავადების მქონე პირებზე გრძელდება მაშინაც, როდესაც მიღწეულია ეპილეფსიური გულყრების სრული კონტოლი (Ahmad M., 2011).

სტიგმა, როგორც მრავალი ქრონიკული დაავადების განუყოფელი თვისება, მიეკუთვნება დაავადების არათვალსაჩინო, ფარულ მხარეს. ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებულ სტიგმას ახასიათებს გარკვეული დაავადების მქონე ინდივიდების ან პოპულაციების სოციალური უფლებების შეზღუდვა, ან სრული ჩამორთმევა. შესაბამისად, ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე სპეციალისტებისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს სტიგმის, როგორც დაავადების შედეგის და ასევე დაავადების მიზეზის უარყოფითი გავლენის განსაზღვრასა და მისი შემსუბუქებისათვის საჭირო სტრატეგიების ცოდნას (Weiss Mitchell G., 2006).

ეპილეფსია არ არის მხოლოდ სამედიცინო დიაგნოზი; ის ასევე სოციალური იარლიყია. კვლევების დიდი ნაწილი ასახავს ეპილეფსიის მქონე პაციენტების ცხოვრების ხარისხით ზოგად კმაყოფილება/უკმაყოფილებას. ამასთან, თითქმის სულ არ არის კვლევები პაციენტის მიერ საკუთარი დაავადების აღქმასთან დაკავშირებით. რეტის და ვილდე-ლარსონის კვლევაში, ეპილეფსიის მქონე პაციენტები აღწერდნენ თუ როგორ აღიქვამდნენ თავის ცხოვრებისეულ პრობლემებს. ამ მიზნით, გამოყენებულ იქნა თვისებრივი ინტერვიუს მეთოდი. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 19–მა პაციენტმა. აღმოჩნდა, რომ ამ დიაგნოზით ცხოვრების აღქმა მნიშვნელოვნად დამოკიდებულია პაციენტის დაავადებასთან დაკავშირებულ პერსონალურ განცდებზე (Räty L.K, Wilde-Larsson B.M. J Clin Nurs., 2011)

ბანდასტრას და ქალმფილდის მონაცემებით, მთელ მსოფლიოში ეპილეფსიის მქონე როგორც მოზარდები, ისე მოზრდილები თავიანთი მდგომარეობის მიმართ

ძლიერ ნეგატიურ დამოკიდებულებას ამჟღავნებენ. ეს კი, თავის მხრივ, ხდება როგორც სასწავლო, ისე სამუშაო გარემოში სოციალური ინტერაქციისაგან თავის არიდებისა და მარტობისა მიზეზი (Bandstra N.F., Camfield C.S., Camfield P.R., 2008). ამ დიაგნოზის მქონე მოზარდული პაციენტების 25 % სტიგმას აღიქვამს, როგორც საკუთარი დაავადების პირდაპირ შედეგს. მათ ეშინიათ უარყოფის, ხშირად განიცდიან მარტობას და რცხვენიათ თავისი დიაგნოზის. ეპილეფსიის სოციალური და ფსიქოლოგიური გავლენის შედეგების გადაფასება საკმაოდ რთულია. კვლევების მიხედვით, ინტერვენციის სპეციფიკური მეთოდების გამოყენებით შესაძლებელია ამ დაავადების მქონე პირების არასწორი აღქმისა და ნეგატიური დამოკიდებულების შეცვლა (Bandstra N.F., Camfield C.S., Camfield P.R., 2008). თუმცა აღმოჩნდა, რომ საზოგადოების განათლებისა და ინფორმირებულობის ხარისხის გაზრდას ხანმოკლე შედეგები აქვს, ხოლო ხანგრძლივი ცვლილებები შეუსაბამო რწმენებისა და ატიტუდების მხრივ, ამ გზით, ვერ მიიღწევა. სკოლის გარემოში საგანმანათლებლო ინტერვენციული ღონისძიებები დამოკიდებულების გაუმჯობესებას ერთი თვის თავზე იძლევა, მაგრამ ამ ცვლილებების შეფასება უფრო ხანგრძლივი პერიოდის შემდეგ არ მომხდარა (Bandstra N.F., Camfield C.S., Camfield P.R., 2008). რაც შეეხება მოზარდულთა ფსიქოგანათლებისა და ცნობიერების ამაღლების ღონისძიებებს, ამ ინტერვენციის შედეგად მიღწეული ცვლილებების ხანგრძლივი დროით შენარჩუნება მეცნიერულად არ დასტურდება (Bandstra N.F., Camfield C.S., Camfield P.R., 2008). ეპილეფსიასთან დაკავშირებული მითების, ცრურწმენების რაოდენობა და ამ საკითხის მხრივ საზოგადოების განათლების დონე კვლავ სავალალოა (Bandstra N.F., Camfield C.S., Camfield P.R., 2008).

სტიგმასთან დაკავშირებული საკითხების კვლევაში სულ უფრო პოპულარული ხდება თვისებრივი მიდგომა. მაგალითად, ქემპბელი და კილინჯი (Kilinc, S. & Campbell C., 2009), მიიჩნევენ, რომ ეპილეფსიის სტიგმის შესასწავლად ყველაზე შესაფერისი იქნებოდა ფენომენოლოგიური მეთოდი. მათი კვლევის შედეგად გამოიყო სამი ძირითადი თემა: ეპილეფსიის დიაგნოზთან დაკავშირებული სირცხვილისა და უხერხულობის გრძნობა, დიაგნოზის გამჟღავნების სირთულე, დაავადებასთან

დაკავშირებული მცდარი მოსაზრებები. აღნიშნული აღმოჩენები ადასტურებს წინამორბედი კვლევების შედეგებს - პაციენტების მიერ სტიგმის აღქმა საზოგადოების სხვა წევრებისაგან განსხვავებით, დაკავშირებულია თვისებრივად განსხვავებულ განცდებთან. სტიგმატიზაციისგან თავის დასაღწევად პაციენტები მალავენ თავის მდგომარეობას, რის შედეგადაც მათი სოციალური იდენტობა იცვლება (Kilinc, S. & Campbell C., 2009). ფენომენოლოგიური მეთოდების უპირატესობას სტიგმის შესწავლის მიზნით აღნიშნავენ სხვა ავტორებიც (Ben-Zeev T, Fein S, Inzlicht M., 2005).

კვლევები ცხადყოფს, რომ აღნიშნული დაავადების მქონე პირების ცხოვრების ხარისხი სხვებთან შედარებით ბევრად უფრო დაბალია (Jacoby A., Snape D., Baker GA., 2009). ამ ადამიანების შემთხვევაში ხშირია ფსიქოლოგიური სტრესი და ძილის დარღვევები. ეს პაციენტები უფრო მოწყვლადნი არიან ფსიქიკური აშლილობების მიმართ, მეტად აღენიშნებათ კომორბიდული მდგომარეობები და გამოირჩევიან დაბალი ფიზიკური აქტივობით. საინტერესოა, რომ ეპილეფსიის მქონე ინდივიდების ჯგუფში ნაკლებია დაქორწინებული და დასაქმებული ინდივიდების რაოდენობა, დასაქმების შემთხვევაში კი მათი ანაზღაურება მნიშვნელოვნად დაბალია ჯანმრთელი ინდივიდების შემოსავალზე (A. Jacoby & G. Baker; 2008).

ეპილეფსიათან დაკავშირებული სტიგმის შეფასებისათვის გამოყენებული ან რეკომენდებული სხვადასხვა მიდგომები შეიძლება პირობითად დავყოთ ოთხ კატეგორიად. პირველი - ეპილეფსიის მქონე პირის დისკრიმინაციის და/ან რაიმე საქმიანობაში მონაწილეობის შეზღუდვის შეფასება; მეორე - ინტრენალიზებული, აღმული სტიგმის შეფასება; მესამე - ეპილეფსიის მქონე პირების მიმართ საზოგადოებაში გავრცელებული ატიტუდების და დამოკიდებულებების შესწავლა. მეოთხე -სამედიცინო დაწასებულებებში, მედიასა და კანონმდებლობაში არსებული დისკრიმინაციის გამოვლენა. რასაკვირველია თითოეული მიდგომის შემთხვევაში გამოიყენება განსხვავებული კვლევის მეთოდები, მათ შორის კითხვარები, სკალები, თვისებრივი მეთოდები და ა.შ. ამასთან, კვლევები განსხვავებული ასაკის პოპულაციას

მოიცავს. ამის გამო ხშირად კვლევის მონაცემები განსხვავებული და ზოგჯერ ურთიერთსაწინააღმდეგოა.

ჯ. ბეიკერი და ა. ჯეიკობი თავის კვლევაში მიზნად ისახავდნენ სტიგმატიზაციის პროცესზე ზეგავლენის მქონე ფაქტორების გამოყოფას. კვლევაში გათვალისწინებული იყო დემოგრაფიული, კლინიკური და ფსიქოსოციალური ცვლადები. გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო ევროპის 10 სხვადასხვა ქვეყნის 6000-ზე მეტმა ზრდასრულმა რესპონდენტმა. რესპონდენტების ნახევარზე მეტმა აღნიშნა, რომ გაუჭირდა დიაგნოზის მიღება და 17 % თავს მიიჩნევდა სტიგმატიზებულად. ამ კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე სტიგმატიზაციის მაღალ მაჩვენებელთან კავშირში აღმოჩნდა ისეთი ცვლადები, როგორცაა ასაკი, სქესი, დაავადების ხანგრძლივობა და დაავადების შესახებ ინფორმირებულობა (Baker G., Jacoby A., 2001). რიდსდეილის კვლევის შედეგების მიხედვით გულყრის მანიფესტირება/კუპირების ფაქტორი კავშირშია დეპრესიის, შფოთვისა და აღქმული სტიგმის მაჩვენებლებთან (L.Ridsdale et al., 2006). ხოლო ვოგელის და ბიტმანის მოხსენებიდან, ისევე როგორც მრავალი სხვა კვლევების შედეგებიდან ჩანს, რომ დაავადების მქონე ადამიანები ახდენენ აღქმული სტიგმის ინტერნალიზაციას. ამ კვლევის შედეგების მიხედვით აღქმული სტიგმის მაჩვენებელი იძლევა თვითსტიგმატიზაციის მაჩვენებლის პროგნოზირების საშუალებას (L. Vogel, L. Bitman, H. Hammer, G. Wade, 2013)

ამრიგად, ზემოთ მოყვანილი კვლევების შედეგებიდან გამომდინარეობს, რომ ეპილეფსიის მქონე პირები ჯერ კიდევ განიცდიან სერიოზულ შეზღუდვას თავიანთი ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების გამოყენების თვალსაზრისით. მათი საჭიროებების დაკმაყოფილება სამოქალაქო უფლებების, განათლების, დასაქმების და ჯანმრთელობაზე ზრუნვის სერვისებისადმი წვდომის სფეროებში დღესაც პრობლემატურია. სამწუხაროა, მაგრამ განათლების მიღებისა და დასაქმების მხრივ ეპილეფსიის მქონე პირების დისკრიმინაცია არც ისე უჩვეულო მოვლენაა.

4.3 ეპილევსიით დაავადებული მოზარდების თვითსტიგმატიზაცია

ეპილევსიის მქონე პაციენტების მიერ სტიგმის აღქმის დონე საკმაოდ მაღალია. როგორც აღმოჩნდა, პაციენტების 50 % თავს სტიგმატიზებულად გრძნობს, ხოლო 15 %-ს სტიგმატიზაციის ობიექტად ყოფნის საკმაოდ ძლიერი შეგრძნება აქვს. ამასთან, ახალგაზრდები უფრო მეტად განიცდიან სტიგმატიზაციას, ვიდრე უფროსი ასაკის წარმომადგენლები (C. Dilorio et. al; 2003). ეპილევსიის მქონე მოზარდების ემოციური მდგომარეობების და სტიგმატიზაციის საკითხები დღეს ნაკლებად არის შესწავლილი. ვინაიდან, ეპილევსიის სტიგმა და ამ პაციენტების თვითეფექტურობა მხოლოდ უკანასკნელ პერიოდში გახდა აქტიური კვლევის ობიექტი, კვლევები ასეთ სპეციფიკურ ჯგუფებზე საკმაოდ მცირერიცხოვანია.

ამასთან, უნდა აღიშნიშნოს, რომ მოზარდები, როგორც ზოგადად ფსიქიკური აშლილობის მქონე პოპულაციის, ისე ეპილევსიის მქონე პაციენტების, ერთ-ერთი ყველაზე მოწყვლადი ჯგუფია. ვინაიდან მოზარდობის ასაკი არის მე-ს ხატის, საკუთარი შესაძლებლობების შესახებ წარმოდგენების, სოციალური იდენტობის ჩამოყალიბების კრიტიკული პერიოდი, ამ ასაკის პაციენტებისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს გარშემომყოფების დამოკიდებულებას. ეპილევსიის მქონე მოზარდები განსაკუთრებით მწვავედ განიცდიან სოციუმის და თანატოლების დამოკიდებულებებს, შეფასებებს, საზოგადოებაში დამკვიდრებულ რწმენებისა და ატიტუდების ზეგავლენას.

ეპილევსიის მქონე მოზარდების პოპულაციზე ჩატარებული კვლევები ძირითადად მოიცავს 11-დან 21 წლამდე ასაკობრივ კატეგორიას. მათ შორის ერთ-ერთი პირველია 1992 წელს ვესტბრუკის მიერ ჩატარებული კვლევა 12-20 წლის მოზარდებზე, რომელიც მიზნად ისახავდა სტიგმის თეორიის შეფასებას. ამ კვლევის ავტორებს ჰქონდათ სტიგმის თეორიაზე დაყრდნობით შემუშავებული სტიგმის მოდელი. მკვლევრები ვარაუდობდნენ, რომ გამოავლენდნენ კავშირებს სტიგმის ატრიბუტებს (გულყრის ტიპი, გულყრის სიხშირე და დაავადების ხანგრძლივობა), აღქმულ სტიგმასა

და თვითშეფასებას შორის (Shinnar, Lauren E. Westbrook Laurie J. Bauman Shlomo, 1992). შედეგების მიხედვით, 66 % არ გრძნობდა თავს სტიგმატიზებულად. ამასთან, 53 % მალავდა იმ ფაქტს, რომ ჰქონდა ეპილეფსიის დიაგნოზი. 70% -ზე მეტი მოზარდი აღნიშნავდა, რომ არ საუბრობდა ან თითქმის არასოდეს უსაუბრია სხვა ადამიანებთან თავისი დაავადების შესახებ. აღმოჩნდა, რომ აღქმული სტიგმის მაღალი მაჩვენებელი კორელირებს დაბალ თვითშეფასებასთან. ასევე გამოვლინდა, რომ 12-16 წლის ასაკობრივი ჯგუფში აღქმული სტიგმის მაჩვენებელი უფრო მაღალია, ვიდრე 17-20 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (Shinnar, Lauren E. Westbrook Laurie J. Bauman Shlomo, 1992).

ისეთი ცვლადები როგორცაა გულყრების სიხშირე, ფორმა, ხანგრძლივობა, ასევე სქესი, და ეთნიკური წარმომავლობა არ კორელირებს აღქმულ სტიგმასთან (MacLeod J. S., & Austin J. K., 2003).

კვლევის უარყოფით მხარეებში შეიძლება აღინიშნოს მცირე შერჩევა (სულ 64 ცდის მონაწილე) და ის ფაქტი, რომ მოცემული კვლევა ჩატარდა სპეციფიკური სასწავლო კლინიკის პაციენტებზე, რომლებიც იღებდნენ სპეციალურ ფსიქოლოგიურ მომსახურებას და სოციალურ მხარდაჭერას. ასევე აღსანიშნავია მიღებული ურთიერთსაწინააღმდეგო შედეგები. მოზარდების დიდი ნაწილი თავს არ აღიქვამს სტიგმატიზებულად და ამავე დროს, აღნიშნავს, რომ მალავს დიაგნოზს (MacLeod J. S., & Austin J. K., 2003).

შედარებით ახალია კრამერის კვლევა. კრამერი იკვლევდა ეპილეფსიის მქონე 11-დან 17 წლამდე ასაკის მოზარდების ცხოვრების ხარისხს. კვლევაში გამოყენებულია ცხოვრების ხარისხის შესაფასებელი აპრობირებული ინსტრუმენტი QOLIE-AD-48 სკალა. კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ სტიგმის ფაქტორი მნიშვნელოვან კორელაციაშია ცხოვრების ხარისხის მაჩვენებელთან (Cramer et al, 1999). თუმცა კრამერის კვლევაშიც ცხოვრების ხარისხით კმაყოფილების საერთო სურათი მოსალოდნელზე უკეთესი აღმოჩნდა, რაც ასევე შეიძლება დავუკავშიროთ

სპეციალიზებული ცენტრების მიერ გაწეულ ფსიქოსოციალური სამსახურის გავლენას მოზარდების ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე.

დანის კვლევაში მონაწილეობდნენ 12-დან 16 წლამდე ასაკის ეპილეფსიის მქონე მოზარდები და მათი დედები. კვლევის შედეგების მიხედვით აღმოჩნდა, რომ გოგონების დედები უფრო სტიგმატიზებულად მიიჩნევდნენ თავიანთ შვილებს, ვიდრე ბიჭების დედები; ასევე გამოვლინდა მნიშვნელოვანი კორელაცია სტიგმის მაჩვენებელსა და დეპრესიის მაჩვენებელს შორის (Dunn DW1, Austin JK, Huster GA., 1999). თუმცა, აღნიშნული კვლევის შერჩევაში მოხვედრილი მოზარდები ასევე წარმოადგენდნენ სპეციალიზებული ნევროლოგიური კლინიკის პაციენტებს.

აქორნმა გამოიკვლია სხვადასხვა ქრონიკული დაავადებების მქონე 13-დან 19 წლამდე ასაკის მოზარდები. გამოიყო 3 საკვლევი ჯგუფი: ეპილეფსიის მქონე მოზარდები, სხვა ქრონიკული დაავადების მქონე და ჯანმრთელი მოზარდები.

აღმოჩნდა, რომ სხვა ქრონიკული დაავადებების მქონე მოზარდებისგან განსხვავებით, ეპილეფსიის მქონე მოზარდები ნაკლებად უმხელენ სხვა ადამიანებს, მათ შორის, მეგობრებს, თანაკლასელებს, მასწავლებლებს, თავიანთი დაავადების შესახებ (Joachim G., Acorn S., 2000). აღნიშნული კვლევის სუსტ მხარეებში შეიძლება მივიჩნიოთ ის, რომ არ იყო მითითებული კვლევაში გამოყენებული ინსტრუმენტი. ასევე არ არის ცნობილი რამდენად კონტროლდება დაავადების დაწყების ასაკი, ფორმა, ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები.

ეპილეფსიისა და დეპრესიის კომორბიდობა 11-17 წლის მოზარდებთან გამოიკვლია კაპლანმა. აღმოჩნდა, რომ ეპილეფსიის მქონე მოზარდებში დეპრესიის მაჩვენებელი გოგონებში მნიშვნელოვნად მაღალია ვიდრე ეპილეფსიის მქონე ბიჭებში (Caplan R, et al. 2005).

როგორც ლიტერატურის ანალიზიდან ჩანს, ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან სტიგმისა და თვითსტიგმატიზაციის კვლევები არაა ბევრი. მკვლევრების ძირითადად

ყურადღებას ამახვილებენ იმაზე, თუ როგორ აღიქვამს საკუთარ თავს ეპილეფსიის მქონე მოზარდი, ამხელს თუ არა საკუთარ მდგომარეობას უახლოეს წრეში და რა კავშირშია ეს ყოველივე დაავადების ცვლადებთან. კვლევის ძირითადი ინსტრუმენტები კითხვარები და სკალებია, რაც, როგორც კვლევებიდან ჩანს წინააღმდეგობრივ და ნაკლებად კონსისტენტურ მონაცემებს იძლევა მოზარდების თვითსტიგმატიზაციის შესახებ.

4.4 საქართველოში ჩატარებული კვლევები

ეპილეფსიის ფსიქო-სოცილური საკითხების კვლევა საქართველოს პოპულაციაზე არც ისე დიდი ხნის წინ დაიწყო. შესაბამისად, განხორციელებული კვლევების რაოდენობა ძალიან შეზღუდულია. კვლევების დიდი ნაწილი ჩატარებულია მოზრდილი პაციენტების მონაწილეობით და მოიცავს ზოგად ინფორმაციას ცხოვრების ხარისხსა და საზოგადოების ინფორმირებულობის შესახებ. მათ შორის აღსანიშნავია ნ. გზირიშვილის მიერ ჩატარებული კვლევა ეპილეფსიის საკითხებში საზოგადოების გათვითცნობიერების ხარისხისა და დაავადებისადმი დამოკიდებულების შესახებ საქართველოს ზრდასრულ (18 წლის ზემოთ) პოპულაციაში (Gzirishvili N. et al., 2013). რ.შაქარიშვილისა და მ. ჯიბუტის მიერ ჩატარებული კვლევაში დემოგრაფიული, სოციალურ-ეკონომიკური და კლინიკური ცვლადების გავლენის შესახებ ეპილეფსიის მქონე პირების ცხოვრების ხარისხზე (რ.შაქარიშვილი, მ. ჯიბუტი.2003), 1996 წელს თ. გაგომიძისა და ქ. ინასარიძის მიერ ჩატარებულ კვლევაში ეპილეფსიის მქონე პირების თვითშეფასების შესახებ გამოვლინდა კვლევის მონაწილეთა დაბალი თვითშეფასება და საკუთარ შესაძლებლობებზე დაბალი წარმოდგენა (თ. გაგომიძე, ქ. ინასარიძე, 1996). ეპილეფსიასთან დაკავშირებული სტიგმა საქართველოს პოპულაციაში კვლევის ობიექტი არ ყოფილა, განსაკუთრებით ისეთ სპეციფიკურ პოპულაციაში როგორცაა ეპილეფსიის მქონე მოზარდები.

4.5 სტიგმის კვლევასთან დაკავშირებული პრობლემები

სტიგმის და ეპილეფსიის სხვა ფსიქო-სოციალური საკითხების კვლევებში აქამდე ძირითადად გამოიყენებოდა რაოდენობრივი მეთოდები. ამ მიზნით გამოყენებული ყველაზე გავრცელებული ინსტრუმენტებია მოდელირებული ინტერვიუ Explanatory Model Interview Catalogue(EMIC), სტიგმის შესაფასებელი კითხვარი Knowledge, Attitude and Reported practice, (KAP), ცხოვრების ხარისხის შეფასებისათვის განკუთვნილი სკალა QOLIE-AD-48. EMIC-სკალა გამოიყენება საზოგადოების ნეგატიური ატიტუდების შესაფასებლად, თუმცა მის სანდოობას ზოგიერთი კრიტიკოსი ეჭვქვეშ აყენებს (Weiss M.G et al. 1992); KAP- კითხვარია, რომლის საშუალებით ხდება გარკვეულ დაავადებასთან დაკავშირებული საზოგადოებაში არსებული რწმენებისა და დამოკიდებულების გამოვლენა; QOLIE-AD-48 წარმოადგენს სკალას, რომლის საშუალებითაც იზომება ცხოვრების ხარისხი.

სტიგმის კვლევებში იკვეთება სტიგმის ფენომენის რაოდენობრივი მეთოდებით კვლევის გარკვეული უარყოფითი მხარეები. კერძოდ, ხშირად ჩნდება კითხვები ვალიდობასა და სანდოობასთან დაკავშირებით, ყურადღების მიღმა რჩება სოციალურ-კულტურული კონტექსტი, ხშირია ურთიერთგამომრიცხავი მონაცემები, რაც ასევე ბადებს კითხვებს ინსტრუმენტების გარეგან და შინაგან ვალიდობასთან დაკავშირებით. დღეისათვის არაა ნათელი როგორ განიცდიან მოზარდები სტიგმის გავლენას, ვინაიდან სტიგმა არ არის ნაკვლევია ფენომენოლოგიური თვალსაზრისით. ასევე, რაოდენობრივ კვლევებში პირდაპირი გამოკითხვის გზით, ნაკლებად მოსალოდნელია მოზარდმა გულწრფელი პასუხები გასცეს შეკითხვებს, თუნდაც ეს გამოკითხვა ანონიმური იყოს.

ყოველივე ზემოთაღნიშნულიდან გამომდინარე, სტიგმის კვლევასთან დაკავშირებით ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემაა სანდო და ვალიდური, უნივერსალური საზომი ინსტრუმენტების დეფიციტი. მრავალი მკვლევრის

მოსაზრებით, უფრო ეფექტური იქნებოდა სტიგმის შეფასების თვისებრივი მეთოდების გამოყენება მაგალითად, ღია კითხვების (Weiss M.G & Jayashree Ramakrishna 2001); ასევე ზოგიერთი ავტორი იძლევა რეკომენდაციას გამოყენებულ იქნას თვისებრივი მეთოდები: დაკვირვება მონაწილეებზე, ფოკუს ჯგუფის მეთოდი, ინტერვიუ (S. Kılınc, C. Campbell, 2009). ზოგიერთი ავტორის მოსაზრებით, ნარატიული წესით შესაძლებელი იქნებოდა მეტი ინფორმაციის მიღება, ვიდრე პირდაპირი გამოკითხვით და ამ მონაცემების საფუძველზე შეიძლება შეიქმნას უფრო ვალიდური და სანდო საზომი საშუალება (Jessica S. MacLeod and Joan K. Austin, 2003)

§5. პრობლემის აქტუალობა და საკითხის დაყენება

ეპილექსიასთან დაკავშირებული სტიგმა დღეისათვის ერთ-ერთი ყველაზე აქტუალური საკვლევია სფეროა. უკანასკნელი ათწლეულების მანძილზე განხორციელებული კვლევების შედეგები ადასტურებს სტიგმის კავშირს დაბალ თვითშეფასებათან, ცხოვრების ხარისხის გაუარესებასთან და დეპრესიასთან. განსაკუთრებით მწვავედ დგას თვითსტიგმატიზაციის კვლევის საკითხი. არსებული კვლევების შედეგები მიუთითებს თვითსტიგმატიზაციის მნიშვნელოვან კორელაციაზე ეპილექსიის მქონე პაციენტების ემოციურ მდგომარეობასთან და დაავადების ეფექტურ მართვასთან (Dilorio et.al 2003; Hanneke M. de Boer, 2010).

განსაკუთრებული ინტერესის სფეროა ეპილექსიის მქონე მოზარდები. ეპილექსიის მქონე პაციენტებიდან აღნიშნული პოპულაცია ერთ-ერთი ყველაზე მოწყვლადი ჯგუფია. სტიგმის ზეგავლენით შეცვლილი თვითაღქმა მნიშვნელოვნად ზრდის ფსიქოლოგიური და სოციალური პრობლემების ალბათობას და საფრთხეს

უქმნის მკურნალობის ეფექტურობას. ხოლო დიაგნოზის დამალვა ეპილეფსიის მქონე მოზარდების მიერ არის სტიგმის გავლენის შემცირების ერთ-ერთი სტრატეგია.

საკითხის აქტუალობა განაპირობა იმან, რომ საქართველოში ეპილეფსიის ფსიქო-სოციალურ საკითხებთან დაკავშირებით ობიექტური მონაცემები ძალიან ცოტაა. ეპილეფსიით დაავადებული მოზარდები კი, ფსიქო-სოციალური კვლევის სამიზნე პოპულაცია არასოდეს ყოფილან. შესაბამისად, ამ მხრივ, მონაცემები საერთოდ არ მოგვეპოვება. ამავე დროს, ქრონიკული დაავადების მქონე, კერძოდ კი, ეპილეფსიის მქონე პაციენტის ემოციური მდგომარეობა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მის თვითეფექტურობაზე (E. Robinson et al; 2008). ამდენად, მკურნალობის სასურველი ეფექტის მისაღწევად აუცილებელია დაავადების ფსიქო-სოციალური ფაქტორების გათვალისწინება.

ეპილეფსიის მქონე პირები, განსაკუთრებით პაციენტები რომლებიც ცხოვრობენ განვითარებად ქვეყნებში, ხშირად არ არიან მზად გაუმკლავდნენ ეპილეფსიის დიაგნოზთან დაკავშირებულ სტიგმას. საქართველოში ეპილეფსიის სტიგმასთან დაკავშირებით ობიექტური მონაცემები ძალიან მწირია. თუმცა ინტერვიუზე დაფუძნებული კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ ეპილეფსიის მქონე პირები ხშირად არიან ჩაკეტილები და განიცდიან იმედგაცრუებას სოციალურ გარემოსთან დაკავშირებით (გარშემომყოფები შესაძლოა იჩენდნენ ჰიპერმზუნველობას, ან პირიქით ეპილეფსიის მქონე პირების პრობლემების იგნორირებას). ქართულ საზოგადოებაში, ეპილეფსიის მქონე პაციენტების მიმართ დამოკიდებულება, ძირითადად, მიუღებლობა ან სიბრალეულია. ეპილეფსიური გულყრების მქონე პირებისთვის, განსაკუთრებით, თუ გულყრები არ არის გაკონტროლებული, რეკომენდებული არ არის ავტომობილის მართვა, ასევე მრავალი სხვა ტიპის მოქმედება, რაც სიცოცხლისთვის სარისკოა (ცურვა, მოწყობილობებთან და მექანიზმებთან მუშაობა). ანტიკონვულსანტების უმეტესობა ხდება ნაყოფის თანდაყოლილი დარღვევების მიზეზი. ამიტომ, იმ ქალებს, ვინც გულყრების

კუპირების მიზნით, იღებს ანტიკონვულსანტებს, ხშირად სჯერათ, რომ ვერასოდეს იყოლიებენ შვილებს, და აქედან გამომდინარე, თავს არასრულფასოვან ქალებად მიიჩნევენ (Cornforth 2009). ადამიანების უმრავლესობას მიაჩნია, რომ ეპილეფსიის მქონე პირების დასაქმება არ შეიძლება და, რასაკვირველია, წინააღმდეგი იქნებიან, მათ შვილებს ჰყავდეთ ეპილეფსიის მქონე მეუღლე. საქართველოში ჩატარებული კვლევის ფარგლებში გამოიკითხა სამედიცინო და არასამედიცინო სფეროს წარმომადგენლები. მიღებული შედეგების მიხედვით, როგორც სამედიცინო, ისე არასამედიცინო ჯგუფების რესპონდენტების 14% არ ისურვებდა ეპილეფსიის მქონე ბავშვთან საკუთარი შვილის ურთიერთობას. ასევე აღმოჩნდა, რომ რესპონდენტთა უმეტესობამ (74.5%), მათ შორის ყველაზე მაღალი პროპორციით, სამედიცინო დარგის წარმომადგენლებმა (81.7%) დააფიქსირა, რომ საკუთარი შვილის ეპილეფსიის მქონე პირთან ქორწინების წინააღმდეგია (ნ.გზირიშვილი, 2015).

ეპილეფსიას ფსიქიატრიულ დაავადებად მიიჩნევენ რესპონდენტთა 20.3%, საინტერესოა, რომ ამ შეხედულებას უფრო ხშირად იზიარებენ სამედიცინო დარგის წარმომადგენლები – 26,0%, არასამედიცინო სფეროს წარმომადგენლებთან შედარებით – 20%.

კვლევების შედეგების მიხედვით, ახალგაზრდები უფრო მეტად განიცდიან სტიგმატიზაციას, ვიდრე უფროსი ასაკის ინდივიდები (Dilorio C. et.al; 2003). საზოგადოებაში გავრცელებული რწმენები და დამოკიდებულება უზამაზარ გავლენას ახდენს ქრონიკული დაავადების მქონე ახალგაზრდებზე, რომლებსაც ზემოთაღნიშნული დამოკიდებულებისა და განწყობების გამო, მომავალი უიმედოდ ესახებათ.

აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით ჩატარებული კვლევები, ძირითადად, რაოდენობრივი და კორელაციური ხასიათისაა, თვისებრივი კვლევები კი ფაქტობრივად არ არის. შესაბამისად, არსებული საკითხით დაინტერესება განაპირობა პრობლემის აქტუალობამ და ამ მიმართულებით ანალიტიკური კვლევების სიმწირემ. აღნიშნული

კვლევა როგორც რაოდენობრივი, ასევე ანალიტიკურ-აღწერითი ხასიათისაა და მიზნად ისახავს ეპილექსიის მქონე მოზარდების ცნობიერების სტრუქტურის შესწავლას, რომლის გამოკვლევაც აქამდე არ მომხდარა.

§ 6. კვლევის მიზანი და ამოცანები

მოცემული კვლევის **კვლევის ობიექტია** ეპილექსიასთან დაკავშირებული სტიგმისა და თვითსტიგმატიზაციის ფენომენი ეპილექსიის მქონე მოზარდებში.

კვლევის მიზანია ეპილექსიის მქონე მოზარდების თვითსტიგმატიზაციის მახასიათებლებისა და აფექტურ მდგომარეობასთან მათი კავშირის შესწავლა.

ცნობილია, რომ ასაკობრივი ცვლილებების გავლენით, მოზარდები ძალიან მოწყვლადები და მგრძნობიარენი არიან. ეს ბუნებრივია, იმ შემთხვევაშიც, როდესაც მოზარდს არ აქვს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები. ეპილექსიის მქონე მოზარდების მიერ სხვა ადამიანების დამოკიდებულების, მოსაზრებებისა და მოქმედებების აღქმა შეცვლილია და ხშირად ხდება იმედგაცრუების, მწვავე ემოციური რეაგირებისა და დაბალი თვითშეფასების მიზეზი. ყველა ეს პრობლემა კიდევ უფრო გამოხატულია, თუ არის ობიექტური საფუძველი - გულყრები. კვლევების შედეგებისა და სხვა სამეცნიერო წყაროებიდან გამომდინარე, მოზარდობის პერიოდი მნიშვნელოვანია ადეკვატური თვითშეფასების ჩამოყალიბებისათვის, და შესაბამისად, ამ ასაკში ეპილექსიის მქონე პირები სენსიტიურები არიან სტიგმატიზაციისა და თვითსტიგმატიზაციის მიმართ. სტიგმა, ზოგიერთ შემთხვევაში, მოზარდებში ხდება სოციალური იზოლაციის, დაბალი მოსწრებისა და დეპრესიის მიზეზი. შესაძლოა მოზარდ გოგონებსა და ბიჭებს შორის გამოვლინდეს სხვაობა სტიგმის აღქმისა და

ავტორის სტილი დაცულია

მაია მაჭავარიანი

სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან

თვითსტიგმატიზაციის ხარისხს შორის. ასევე სავარაუდოდ, სტიგმატიზაციის ხარისხი განსხვავებული იქნება იმ მოზარდებთან, ვისაც კუპირებული აქვს გულყრები. შესაბამისად, კვლევის ჰიპოთეზებია:

ჰიპოთეზა 1: ეპილეფსიის მქონე მოზარდებს ჯანმრთელი თანატოლებისგან განსხვავებით თვითსტიგმატიზაციის მნიშვნელოვანი შეხედულებები აქვთ თავიანთი ცხოვრების სხვადასხვა ასპექტებთან დაკავშირებით.

ჰიპოთეზა 2: ეპილეფსიის მქონე გოგონებს ბიჭებთან შედარებით დეპრესიული გუნება-განწყობილებისა თვითსტიგმატიზაციის მნიშვნელოვნად მაღალი დონე აქვთ.

ჰიპოთეზა 3: არაკუპირებული გულყრების მქონე მოზარდების სტიგმატიზაციისა და თვითსტიგმატიზაციის რეკონსტრუირებული სემანტიკური სივრცე მნიშვნელოვნად განსხვავდება კუპირებული გულყრების მქონე მოზარდების სემანტიკური სივრცისგან.

ჰიპოთეზა 4: დეპრესიული გუნება-განწყობილება დადებით კავშირშია სტიგმისა და თვითსტიგმატიზაციის მაღალ ხარისხთან;

ამოცანები

1. თვითსტიგმატიზაციის სუბიექტური სურათის გამოვლენა და აღწერა ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან;
2. თვითსტიგმატიზაციის გენდერული ასპექტის შესწავლა ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან;
3. დეპრესიის ხარისხის და აფექტური სფეროს გენდერული ასპექტის შესწავლა ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან;
4. გულყრების კუპირების ფაქტორის გავლენის მქონე შესწავლა დეპრესიის დონესა და თვითსტიგმატიზაციაზე.

თავი II. კვლევის მეთოდოლოგია

§1 ფსიქოსემანტიკური კვლევის მეთოდი

ეპილექსიის მქონე პირების სტიგმატიზაციის მეცნიერული შესწავლის სფეროში, სულ უფრო პოპულარული ხდება თვისებრივი, ფენომენოლოგიური მიდგომები. ამის მიზეზი არის ის, რომ რაოდენობრივი კვლევების შედეგად მიღებული მონაცემები არ იძლევა სრულფასოვან ინფორმაციას შესწავლის ობიექტის თაობაზე. ამავე დროს, ისეთი ფენომენების შესწავლის პროცესში, როგორცაა სტიგმა და სტიგმის აღქმა, თვისებრივი მიდგომები გაცილებით რელევანტური აღმოჩნდა. ეპილექსიის მქონე მოზარდთა თვითსტიგმატიზაციის სურათის გამოსავლენად ყველაზე უფრო ვალიდურად მივიჩნიეთ ფსიქოსემანტიკური კვლევის მეთოდის გამოყენება.

ფსიქოსემანტიკური კვლევა მეთოდოლოგიაა, რომლის მეშვეობითაც ხდება საზოგადოებრივი ან ინდივიდუალური ცნობიერების კატეგორიული სტრუქტურების ოპერაციონალური მოდელის სახით სუბიექტური სემანტიკური სივრცეების აგება. მოცემული მეთოდოლოგიის მიზანია ადამიანის ცხოვრების სხვადასხვა სფეროების შესახებ წარმოდგენების რეკონსტრუირება. კერძოდ, მოსკოვიჩის მიხედვით, ფსიქოსემანტიკა შეისწავლის საზოგადოებაში მიღებულ სოციალურ რეპრეზენტაციებს. ამ მეთოდოლოგიის ამოცანაა ინდივიდის მიერ სამყაროს, სხვა ადამიანების, საკუთარი თავის აღქმის ინდივიდუალურ მნიშვნელობათა სისტემის რეკონსტრუირება და ამ სისტემის გენეზისის, სტრუქტურისა და ფუნქციონირების შესწავლა (Petrenko V, Mitina O., 2010).

კელის პერსონალური კონსტრუქტების თეორიის თანახმად, თითოეულ პიროვნებას, ფსიქოლოგს, ეკონომისტს, რიგით მოქალაქეს ან რაიმე დაავადების მქონე პირს გააჩნია ცხოვრების სხვადასხვა სფეროს შესახებ შეხედულებათა და ცნებათა

საკუთარი ინდივიდუალური სისტემა. მოცემული სისტემა შესაძლოა მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდეს სამყაროს შესახებ მეცნიერული შეხედულებებისაგან, თუმცა, მიუხედავად ამისა, სწორედ ეს სისტემა განსაზღვრავს პიროვნების გადაწყვეტილებებსა და ქცევას. ბრუნერი და ტაგიური ასეთ სისტემებს უწოდებდნენ „პიროვნების იმპლიციტურ თეორიას“ (ცოდნის მოცემულ სფეროში). იმპლიციტური ეწოდება იმ თვალსაზრისით, რომ ინდივიდის სელფი, როგორც წესი, არ აცნობიერებს იმ კატეგორიულ სტრუქტურებს, რომელთა მეშვეობითაც ის აღიქვამს სინამდვილე (Petrenko V, Mitina O., 2010).

ფსიქოსემანტიკური ექსპერიმენტული პარადიგმა სათავეს იღებს ოსგუდის სემანტიკური სივრცეების აგებიდან (ე.წ. სემანტიკური დიფერენციალის ტექნიკა) და კელის პერსონალური კონსტრუქტების ფსიქოლოგიიდან. ეს მეთოდოლოგია მოიცავს მულტივარიაციულ სტატისტიკურ მეთოდებს, ფსიქოსემანტიკის რუსული სკოლა ეფუძნება ლ. ვიგოსტსკის, ა. ლურიას, ა. ლეონტიევისა და ს. რუბინშტეინის სკოლების მეთოდოლოგიას.

ფსიქოსემანტიკა ფსიქოლოგიური დისციპლინაა, თუმცა ატარებს აშკარა ინტერდისციპლინურ ხასიათს და იკვეთება ისეთ სფეროებთან როგორცაა სოციოლოგია და ფილოსოფია.

ფსიქოსემანტიკური კვლევის მეთოდის საშუალებით ხდება პიროვნების ცოდნის, მისი მნიშვნელობათა და კონსტრუქტების შესწავლა მოქმედებაში და არა ინტროსპექციულად. მოცემულ შემთხვევაში, პიროვნებას მოეთხოვება სკალური შეფასება, კლასიფიკაცია, მსჯელობა სამიზნე ობიექტების მსგავსებისა თუ განსხვავების შესახებ, ასოციაციური კავშირების დამყარება. აღნიშნული მოქმედებების (კლასიფიკაციის, შეფასების, მსჯელობის) საფუძველზე მკვლევარი აგებს მონაცემთა მატრიცას, რომელიც ასახავს რესპონდენტის გამოცდილებას მოცემულ სფეროში. ამის შემდეგ, ხდება მონაცემთა მატრიცის დამუშავება მულტისივრცითი სტატისტიკური მეთოდების გამოყენებით - ფაქტორული, ან კლასტერული ანალიზის საშუალებით.

სუბიექტური ცოდნის პირდაპირი წვდომის სიძნელები და ინტროსპექციული მეთოდების შეზღუდვა, გვიბიძგებს გამოვივიყენოთ ცოდნის აღმოჩენისა და ანალიზის არაპირდაპირი, გაშუალებული ოპერაციონალისტური მეთოდები. ფსიქოსემანტიკური მიდგომის სპეციფიკა მდგომარეობს იმაში, რომ ცნობიერების კატეგორიული სტრუქტურების ანალიზსა და იმ მნიშვნელობათა სისტემების რეკონსტრუქციის შედეგად გვეძლევა შესაძლებლობა ავსახოთ თუ როგორ აღიქვამს ინდივიდი, ან ინდივიდთა ჯგუფი სამყაროს (Petrenko V, Mitina O., 2010).

პიროვნების მიერ გარკვეული აქტივობის განხორციელება (კლასიფიკაცია, შეფასება, შედარება და ა.შ.) საშუალებას აძლევს მკვლევარს მოახდინოს შესასწავლი კოგნიტური სტრუქტურების აქტუალიზაცია, ხოლო ამ სტრუქტურებში მოცემული „პროდუქტის“ იმპლიციტური პროექცია მონაცემთა ბაზაზე. მონაცემების მატრიცის შემდგომი სტატისტიკური დამუშავება კი ემსახურება მონაცემთა საბოლოო ინტერპრეტაციას. გამოვლენილი სტრუქტურების ინტერპრეტაცია ხდება შესაბამისი სფეროს სპეციალისტების მიერ. (Petrenko V, Mitina O., 2010)

ფსიქოსემანტიკური მიდგომის მეშვეობით ასევე შესაძლებელია პიროვნების ფსიქოლოგიის ახალი პრინციპების გამოვლენა. მოცემულ შემთხვევაში, ცდის მონაწილის პიროვნება არ არის წარმოდგენილი ობიექტური მახასიათებლების ერთობლიობით, არამედ როგორც სამყაროს გარკვეული ხატის მატარებელი, როგორც ინდივიდუალური შეგრძნებებისა და მნიშვნელობების მიკროკოსმი. ამავე დროს, ადამიანის რეალური ბუნება არ გამორიცხავს, საერთო მუდმივი კატეგორიული სტრუქტურების მოცემულობას. ასეთი საერთო მუდმივი სტრუქტურები დამახასიათებელია სხვადასვა სოციალური, პროფესიული და ეთნიკური ჯგუფებისთვის. ფსიქოსემანტიკური მიდგომა საშუალებას იძლევა შევისწავლოთ საზოგადოების ასეთი ჯგუფების სოციალური რეპრეზენტაციები და სოციო-კულტურული საკითხების შესწავლის სფეროში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მეთოდია. ამ მეთოდის გამოყენებით მკვლევარს შესწევს ძალა აღადგინოს და აღწეროს ე.წ

ავტორის სტილი დაცულია

მაია მაჭავარიანი

სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან

ინდივიდუალური ნიშნელობათა სისტემები, რომელთა საშუალებითაც ადამიანები აღიქვამენ ფიზიკურ და სოციალურ გარე სამყაროს და საკუთარ, შინაგან სამყაროს. აღნიშნული მეთოდის მეშვეობით შესაძლებელია ინდივიდის ან ინდივიდთა ჯგუფის იმპლიციტური, ღრმა და დიაგნოსტიკების პირდაპირი მეთოდებისათვის მიუწვდომელი სტერეოტიპების გამოვლენა (Petrenko V, Mitina O., 2010).

სტიგმის კვლევასთან დაკავშირებული ერთ-ერთი სირთულეა ის, რომ ძნელია მისი დაყვანა ვიწრო და სპეციფიკურ ცვლადებზე. სწორედ ამის გამო, სტიგმასთან დაკავშირებული კვლევების უმეტესობა რაოდენობრივი და კორელაციური ხასიათისაა.

სტიგმა, იქნება ეს დისკრიმინაციის სოციალური ასპექტი, თუ სხვა სახის დაკვირვებადი ქმედება, რომელიც ვლინდება კონკრეტული პირის ქცევაში გარკვეული დაავადების მქონე პირთა ჯგუფის ან ამ ჯგუფის წევრების მიმართ თვალსაჩინო, დაკვირვებადი, ექსტერიორიზირებული, გაცნობიერებულია. ხშირად მასტიგმატიზებული ქცევის მქონე პირებს თავიანთი ასეთი დამოკიდებულების დასაბუთებაც გააჩნიათ. მაგ., მშობელს არ სურს, რომ მისმა შვილმა ითამაშოს ეპილეფსიის მქონე ბავშვთან, რადგან გულყრის მოულოდნელი განვითარება შესაძლოა სტრესული აღმოჩნდეს მისი ჯანმრთელი შვილისთვის.

გაცილებით რთულია ქრონიკული დაავადების მქონე პირის, კერძოდ ეპილეფსიის მქონე მოზარდის, მიერ სტიგმატიზების აღქმის და თვითსტიგმატიზაციის ფენომენების შესწავლა. ვინაიდან, ეპილეფსიის მქონე პირების თვითაღქმასა და თვითსტიგმატიზაციასთან დაკავშირებული ატიტუდები და ღირებულებები

- არათვალსაჩინოა
- არ არის დაკვირვებადი
- ხშირად არაცნობიერია

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ გაუცნობიერებელი რწმენების და დამოკიდებულებების გამოვლენა და შეფასება მნიშვნელოვნად გაძნელებულია, ამ ტიპის ფენომენებზე ფსიქოლოგიური დაცვის მექანიზმების გავლენის გამო. ფსიქოლოგიური დაცვის მექანიზმები, როგორცაა უარყოფა, განდევნა, რაციონალიზაცია და მისთ., არაცნობიერ დონეზე მოქმედებენ და არ იძლევიან პიდაპირი დაკვირვების, აღრიცხვისა და შეფასების საშუალებას. შესაბამისად, ქრონიკული დაავადების მქონე პირების თვითაღქმასა და თვითსტიგმატიზაციასთან დაკავშირებული ატიტუდები და ღირებულებები რთული გამოსავლენია და საჭიროებს განსხვავებულ მიდგომას. ამ მიზნით, საუკეთესო საშუალება იქნებოდა ისეთი პროცედურის გამოყენება, რომელიც მოგვცემდა აღნიშნული დაცვის მექანიზმების გვერდის ავლით, ეპილეფსიის მქონე პაციენტების თვითაღქმისა და თვითსტიგმატიზაციის პრობლემის „სიღრმისეულ“ შესწავლას, პაციენტის ჭეშმარიტი ღირებულებებისა და რწმენების გამოვლენისა და ფენომენოლოგიური ანალიზის საშუალებას.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მოცემული კვლევის განხორციელების მიზნით ავირჩიეთ ფსიქოსემანტიკური კვლევის მეთოდი. ვინაიდან ექსპერიმენტული ფსიქოსემანტიკური პარადიგმა, სემანტიკური სივრცის აგების მეშვეობით, სამეტყველო ან სააზროვნო მოქმედების რეალური ფორმების მოდელირების, კერძოდ, ადამიანის ან სოციალური ჯგუფის ცნობიერების მნიშვნელობათა სისტემის რეკონსტრუქციის შესაძლებლობას იძლევა. მოცემული კვლევის შედეგად მიღებული რეკონსტრუირებული სემანტიკური სივრცეები ასახავს ეპილეფსიის მქონე მოზარდების (როგორც ერთიანი ჯგუფის) მიერ საკუთარი დაავადების და დაავადებასთან დაკავშირებული სხვადასხვა სოციალური თუ ფსიქოლოგიური ასპექტების აღქმას, ასევე აღნიშნული ფენომენების „ჭეშმარიტ“, შეუნიღბავ მნიშვნელობებს და ამ მნიშვნელობებს შორის არსებულ მიმართებებს.

როგორც უკვე აღინიშნა, მოცემული კვლევის ერთ-ერთი ამოცანაა ეპილეფსიის მქონე მოზარდების სტიგმატიზაციისა და თვითსტიგმატიზაციის სუბიექტურ სურათზე ემოციური მდგომარეობის ფაქტორის გავლენის შესწავლა. დღეისათვის დეპრესიული გუნება-განწყობილების შეფასების მრავალი ინსტრუმენტი გამოიყენება. შეფასების ამ საშუალებათა დიდი ნაწილი სკალური ხასიათისაა. მოცემული კვლევის ფარგლებში, ამ მიზნით შერჩეულ იქნა ქართულ პოპულაციაზე ადაპტირებული ბეკის დეპრესიის სკალა (იხ. დანართი #2). აღნიშნული სკალის გამოყენებით მიღებული მონაცემების გათვალისწინებით, ცალ-ცალკე აგებულ იქნა სემანტიკური სივრცეები დეპრესიის სხვადასხვა ხარისხის მქონე პაციენტების საერთო ჯგუფისთვის და იმ პაციენტებისთვის, ვისი მაჩვენებლებიც ნორმის ფარგლებში აღმოჩნდა. დეპრესიული გუნება-განწყობილების ფაქტორის გავლენის შესწავლის მიზნით დეტალურად გავაანალიზეთ ამ ჯგუფების სემანტიკური სივრცეები (იხ. კვლევის შედეგები).

§ 2 კვლევაში მონაწილე პირები

ეპილეფსიის მქონე პაციენტების მოძიება და ექსპერიმენტში ჩართვა ხორციელდებოდა ქ. თბილისში ნევროლოგიისა და ნეიროფსიქოლოგიის ინსტიტუტის ბაზაზე. ამ მიზნით გამოყენებულ იქნა ცდის მონაწილეების არაალბათური მიზნობრივი შერჩევის მეთოდი. კერძოდ, კვლევაში მონაწილეობა მიიღო ეპილეფსიის სახელმწიფო პროგრამის რეციპიენტმა მოზარდებმა ნებაყოფლობით, ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე (იხ. დანართი # 4). სულ კვლევაში მონაწილეობა მიიღო ეპილეფსიის მქონე 55 მოზარდმა : 26 გოგონამ და 29 ბიჭმა.

კვლევაში მონაწილე პირების შერჩევის კრიტერიუმები:

- კვლევაში მონაწილე პირს უნდა ჰქონდეს მულტიდისციპლინური კვლევებით დადასტურებული ეპილეფსიის დიაგნოზი;
- დიაგნოზის ხანგრძლივობა უნდა იყოს მინიმუმ 2 წელი;
- კვლევაში მონაწილე პირების ასაკი უნდა იყოს 14-18 წელი;

კვლევაში მონაწილე პირების გამორიცხვის კრიტერიუმები:

კვლევაში მონაწილე პირებს არ უნდა ჰქონდეთ:

- ინტელექტუალური დარღვევა;
- მეტყველების განვითარების სპეციფიკური დარღვევა;
- ძლიერად გამოხატული თავის ტვინის ორგანული დისფუნქცია;
- ფიზიკური შეზღუდული შესაძლებლობა.

საკონტროლო ჯგუფი მოიცავდა: ორივე სქესის 30 პრაქტიკულად ჯანმრთელ მოზარდს.

ბეკის დეპრესიის სკალის მონაცემებისთვის შერჩეულ იქნა 48 პრაქტიკულად ჯანმრთელი მოზარდი: 24 ჯანმრთელი გოგონა, 24 ჯანმრთელი ბიჭი.

კვლევაში გაკონტროლებული იყო შემდეგი ფაქტორები:

- პაციენტის ასაკი,
- პაციენტის სქესი,
- დეპრესიის კითხვარის გამოყენებით მიღებული დეპრესიის მაჩვენებელი,
- უკანასკნელი ერთი წლის მანძილზე გულყრის მანიფესტირება/კუპირება.

§3. ფსიქოსემანტიკური კვლევის მეთოდში გამოყენებული მასალა

ფსიქოსემანტიკური კვლევის მეთოდი გულისხმობს თვისებრივი მასალის გამოყენებას. როგორც წესი, გამოიყენება სხვადასხვა კატეგორიის სიტყვები. მოცემული კვლევის ფარგლებში მასალად გამოყენებულ იქნა სიტყვები (იხ. დანართი #1), რომელთა მნიშვნელობები აღწერს სამიზნე ჯგუფისთვის მნიშვნელოვან ფსიქოლოგიურ და სოციალურ და დაავადებასთან დაკავშირებულ ფენომენებს. ექსპერიმენტისთვის განკუთვნილი მასალა შერჩულ იქნა წინასწარ, აღნიშნული სფეროს ექსპერტის დახმარებით. სულ შეირჩა 126 სიტყვა/მნიშვნელობა. გამოყოფილ იქნა მნიშვნელობათა რამდენიმე კატეგორია (იხ. ცხრილი 2).

<u>ზოგადი ცნებები:</u>	<u>ინდივიდუალური მახასიათებლების აღმწერი ცნებები</u>	<u>ფსიქოლოგიური განცდების აღმწერი ცნებები</u>	<u>დაავადებასთან დაკავშირებული ცნებები</u>	<u>სოციალური ფუნქციონირების აღმწერი ცნებები</u>
სინათლე	დამოუკიდებლობა	სწავლა	ეპილეფსია	მხარდაჭერა
სიბნელე	აქტიურობა	ბრაზი	გულყრა	პატივისცემა
სილამაზე	უყურადღებობა	მტანჯველი	ავადმყოფი	ძალაუფლება
იმედი	თვითკონტროლი	მწუხარება	ჯანმრთელი	მეგობრობა

ცხრილი 2.

აღნიშნული მნიშვნელობების ბაზაზე შექმნილი სემანტიკური ველები იძლევა ეპილეფსიის მქონე მოზარდთა თვითსტიგმატიზაციის სუბიექტური ველის რეკონსტრუირების შესაძლებლობას.

§4. პროცედურა:

4.1 ფსიქოსემანტიკური კვლევა

ცდის მონაწილეებს მიეწოდებოდათ 126 ბარათი, თითოეულზე ერთი სიტყვით (მნიშვნელობით) და ეძლეოდათ შემდეგი ინსტრუქცია: “ბარათებზე მოცემული სიტყვები დააჯგუფეთ ამ სიტყვების მნიშვნელობათა მსგავსებით ისე, როგორც თქვენ აღიქვამთ. გამოყავით იმდენი ჯგუფი, რამდენიც გსურთ”. დაჯგუფების დასრულების შემდეგ კი თითოეული გამოყოფილი ჯგუფის შესახებ ცდის მონაწილეს ეძლეოდა შეკითხვა: “რას დაარქმევდით ამ ჯგუფს?” იმ შემთხვევაში, თუ ცდის მონაწილეს გაუჭირდა სახელდება, ის ნარატიულად გადმოსცემდა თავის მოსაზრებებს დაჯგუფებულ მნიშვნელობათა მსგავსების თაობაზე. თითოეული ცდის მონაწილის მონაცემები და ბარათების დაჯგუფების შედეგები ფიქსირდებოდა პროტოკოლში (იხ. დანართი #3).

4.2 აფექტური სფეროს შეფასების პროცედურა

დეპრესიის დონის შეფასება წარმოებდა ბეკის დეპრესიის სკალის გამოყენებით (Beck Depression Inventory, BDI). ბეკის დეპრესიის სკალა მოიცავს 21 კითხვას რამდენიმე სავარაუდო პასუხით (იხ. დანართი #2). აღნიშნული სკალა საქართველოში ფართოდ გამოიყენება კლინიკურ შეფასებაში. ბეკის დეპრესიის სკალის გამოყენება პაციენტებთან შესაძლებელია 13 წლიდან. სკალას ინდივიდები დამოუკიდებლად ავსებდნენ, ხოლო მიღებული მონაცემების დამუშავებას და ინტერპრეტაციას სპეციალისტი ახორციელებდა.

4.3 მონაცემთა დამუშავება

მონაცემები დამუშავებულ იქნა SPSS-16-ით. კლასტერული ანალიზი გულისხმობს ცვლადების ჯგუფებში (კლასტერებში) გაერთიანებას. მოცემულ შემთხვევაში, გამოყენებულ იქნა იერარქიული კლასტერული ანალიზი, რომელიც გულისხმობს დენდროგრამის ვიზუალურ ანალიზს და კლასტერების გაერთიანების უპირატესი დონის განსაზღვრას. კლასტერული იერარქიული ანალიზის შედეგად აგებულ იქნა 8 დენდროგრამა: 1. ეპილეფსიის მქონე პაციენტების საერთო დენდროგრამა, რომელიც ასახავს ეპილეფსიის მქონე მოზარდების რეკონსტრუირებულ ფსიქოსემანტიკურ სივრცეს. 2. საკონტროლო ჯგუფის საერთო დენდროგრამა, ასახავს ჯანმრთელი მოზარდების რეკონსტრუირებულ ფსიქოსემანტიკურ სივრცეს. 3. მამრობითი სქესის ეპილეფსიის მქონე მოზარდების დენდროგრამა; 4. მდედრობითი სქესის მქონე მოზარდების დენდროგრამა; 5. კუპირებული გულყრების მქონე მოზარდების დენდროგრამა; 6. არაკუპირებული გულყრების მქონე მოზარდების დენდროგრამა; 7. დეპრესიული გუნება-განწყობილების მქონე მოზარდების დენდროგრამა და 8. არადეპრესიული გუნება-განწყობილების მქონე მოზარდების დენდროგრამა.

მიღებული მონაცემების ანალიზი განხორციელებულ იქნა კლასტერების გაერთიანების საშუალო დონეზე, ვინაიდან გაერთიანების სწორედ ეს დონე ავლენს კლასტერების სპეციფიკურ მახასიათებლებს, ხოლო კლასტერების გაერთიანების დაბალი და მაღალი დონეები ნაკლებად ინფორმატულია.

თავი 3 მიღებული შედეგების აღწერა და ანალიზი

§1 ეპილევსიის მქონე მოზარდების საერთო ჯგუფი

დენდროგრამის ფორმალური მახასიათებლები

ეპილევსიის მქონე მოზარდთა ჯგუფის დენდროგრამაში გამოიყო 16 კლასტერი. აქედან 6 კლასტერი შედარებით მსხვილი და დიფერენცირებულია: მოიცავს რამდენიმე ქვეკლასტერს, ხოლო ქვეკლასტერებში გამოიყოფა ცნებების შედარებით დამოუკიდებელი გაერთიანებები - ჯგუფები. კლასტერის შიგნით დიფერენციაციის ხარისხი მნიშვნელოვანი მახასიათებელია. კერძოდ, რაც უფრო მეტად არის დიფერენცირებული კლასტერი, მით მეტია აღნიშნულ კლასტერებში გაერთიანებული ცნებების წონა. შესაბამისად, ერთი მხრივ, მოცემული კლასტერი უფრო მნიშვნელოვანია ეპილევსიის მქონე მოზარდთა ჯგუფისთვის, ხოლო მეორე მხრივ, ამ კლასტერში გაერთიანებული ცნებებით აღწერილ სემანტიკურ ველში ისინი კომპეტენციის უფრო მაღალ ხარისხს ავლენენ.

გარდა ამისა, ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მახასიათებელია ცნებების კლასიფიკაციის პროცესში გამოყოფილი ჯგუფების რაოდენობა. ეპილევსიის მქონე მოზარდების შემთხვევაში, საშუალოდ გამოყოფილ იქნა 57 ჯგუფი. რაც თითქმის სამჯერ მეტია ვიდრე საკონტროლო ჯგუფის მიერ გამოყოფილი ჯგუფების რაოდენობა. საკონტროლო ჯგუფის ცდის მონაწილეების შემთხვევაში გამოყოფილი ჯგუფების საშუალო რაოდენობაა 20. აღნიშნული განსხვავება მიუთითებს იმ ფაქტზე, რომ ეპილევსიის მქონე პირებს კლასიფიკაციის და განზოგადების სიძნელეები აღენიშნებათ. ეს შეიძლება აიხსნას ეპილევსიის მქონე პაციენტების პიროვნული მახასიათებლებით, ხოლო მეორე მხრივ, შესაძლო კოგნიტური დეფიციტით, რომლის შედეგად არის აბსტრაქტიზაციის გამოხატული სიძნელეები.

დენდროგრამის ანალიზი

საანალიზო დონის კლასტერები წარმოადგენს ეპილეფსიის მქონე მოზარდთა ჯგუფის ცნობიერების მნიშვნელობათა სისტემის რეკონსტრუქციას. ყოველი კლასტერი ასახავს ამ ჯგუფისთვის მნიშვნელოვან სემანტიკურ მთლიანობებს, მათი ერთიანობა ქმნის კვლევაში მონაწილე ეპილეფსიის მქონე მოზარდების ცნობიერებაში არსებული მიმართებების სურათს. შესაბამისად, თითოეულ კლასტერს პირობითად, შინაარსის გათვალისწინებით, დავარქვით სახელები.

კლასტერი „ოჯახი და სიყვარული“.

ერთ-ერთი ყველაზე მსხვილი კლასტერია, რომელშიც ცენტრალური კონატრუქტია „ბედისწერა“. აღნიშნული კლასტერი აღწერს ტრადიციულ ოჯახს, რომელიც მოიაზრებს, ქალისა და მამაკაცის კავშირს ქორწინების სახით და შვილებს. ამავე კლასტერში გაერთიანებულია ისეთი ცნებები როგორცაა „გამრავლება“, „სიყვარული“, „ბედნიერება“ და „პატივისცემა“. მოცემული ცნებების გაერთიანება მიუთითებს იმაზე, რომ ეპილეფსიის მქონე მოზარდთა ჯგუფი განიხილავს ოჯახს როგორც სოციალური პატივისცემის და ბედნიერების წყაროს. ცნებების „გამრავლება“ და „შვილი“ ოჯახის კლასტერთან გაერთიანება მიუთითებს იმაზე, რომ ოჯახში გამრავლება და შვილის ყოლა მოიაზრება როგორც აუცილებელი მოვლენა, და ამავე დროს, თავისთავად გამოირიცხება ქორწინების გარეშე შვილის ყოლის შესაძლებლობა. ყოველი ზემოაღნიშნული მიუთითებს ოჯახის ტრადიციულ კულტურულ კონტექსტში განხილვაზე. ოჯახის კლასტერში ერთიანდება ასევე ცნებები „წარსული“, „მომავალი“ და „ბედისწერა“. ოჯახის ყოლა განიცდება მყარ, შეურყეველ ღირებულებად, წარსულშიც და მომავალშიც ის მუდმივი მოცემულობაა. მაშასადამე, ის აუცილებლობაა. გასაკვირი არ არის, რომ ამავე კლასტერის ელემენტად გვევლინება ცნება „ბედისწერა“, რაც აჩვენებს ამ მნიშვნელოვანი ღირებულების რეალიზაციაში ფატალურობის წვლილის აღიარებას ეპილეფსიის მქონე მოზარდების მიერ.

კლასტერი „იმედი“

მოცემულ კლასტერში გაერთიანებულია ორი ქვეკლასტერი. პირველ ქვეკლასტერში გაერთიანებულია ცნებები „მეგობრობა“ და „მხარდაჭერა“, რომლებიც ეპილეფსიის მქონე მოზარდების მიერ განიხილება როგორც იგივეობრივი. ამ გაერთიანებას უფრო მაღალ დონეზე უკავშირდება „კეთილგანწყობა“, რაც შედარებით დისტანციური მნიშვნელობის ცნებაა. ამავე ქვეკლასტერშია „სიკეთე“, რომელიც ეპილეფსიის მქონე მოზარდთა ჯგუფის ცნობიერებაში მოქცეულია ერთ სემანტიკურ სივრცეში „მეგობრობასთან“ და „მხარდაჭერასთან“ ერთად. ბოლოს ქვეკლასტერს კრავს ცნება „თანაგრძნობა“. მეორე ქვეკლასტერში ცენტრალური ცნებებია „მხიარულება“, და „სიმხნევე“ რომლებიც გაერთიანებულია ცნება „ოპტიმიზმით“, ხოლო ქვეკლასტრები შეკრულია ცნება „იმედით“. მხარდაჭერა და მეგობრობა აუცილებლად თანაგრძნობას გულისხმობს და მის გარეშე არ არსებობს ეპილეფსიის მქონე მოზარდებისათვის. მეგობრობა სიკეთესა და იმედთან ასოცირდება. მეგობრობა გულისხმობს მხარდაჭერას, თანაგრძნობას და იმედისა და ოპტიმიზმის მიმცემია. ამგვარად, იმედი ეპილეფსიის მქონე მოზარდების ცნობიერებაში შეჭიდულია მოვლენებთან, რომლებიც დაკავშირებულია ფსიქოლოგიურ კომფორტთან, თავისუფლებასთან, სილაღესა და მხიარულებასთან.

კლასტერი „ადამიანი“

ამ კლასტერის ცენტრალური კონსტრუქტებია სილამაზე და ჯანმრთელობა. ცნება „ადამიანი“ დაკავშირებულია ერთი მხრივ, „სიცოცხლისა“ და „ჯანმრთელობის“ ცნებებთან, მეორე მხრივ კი „ჯანმრთელობასთან“ არის დაკავშირებული „მომხიბვლელობა“ და „სილამაზე“. ფაქტობრივად, ეპილეფსიის მქონე მოზარდებისათვის ჯანმრთელი ადამიანი ლამაზი და მომხიბვლელიცაა. შესაბამისად, ავადმყოფი ადამიანი არც ლამაზია და არც მომხიბვლელი, რაც ამ ჯგუფის მოზარდების თვითშეფასებაზე, სავარაუდოდ, მნიშვნელოვან გავლენას უნდა ახდენდეს.

კლასტერი „სოციალური გავლენა“

ამ კლასტერის ბირთვია „მოგება“, „წაგება“, „ძალაუფლება“ და „ფული“ ცნებების გაერთიანება. ეს კატეგორიები ასახავს ადამიანთა დანაწილებას, ერთი მხრივ, წარმატება-წარუმატებლობის კრიტერიუმით, ხოლო მეორე მხრივ, სოციალური კაპიტალის ისეთ მნიშვნელოვანი ნიშნებით, როგორცაა ძალაუფლება და ეკონომიკური კაპიტალი, ფულის სახით. ფული, ამ შემთხვევაში, განიხილება როგორც ძალაუფლების ატრიბუტი. ცხადია, რომ ამ კლასტერში თავს იყრის საზოგადოებაში გავრცელებული უმნიშვნელოვანესი განმასხვავებელი პარამეტრები, რომლითაც შეიძლება საზოგადოების დაყოფა „უმრავლესობად“ და „უმცირესობად“, რაც აისახა კიდევ კლასტერის შინაარსობრივ მოცემულობაში. სხვა სიტყვებით, ამ კლასტერში მოცემულია ადამიანების კლასიფიკაცია სოციალური გავლენის მიხედვით. მოცემულ კლასტერში ასახულია ზოგადი სოციალური ორიენტაცია, რომ საზოგადოების უმცირესობა ფლობს ფულს და ძალაუფლებას. აღსანიშნავია, რომ ცნება „უმცირესობა“ აღმოჩნდა კავშირში სოციალურ მახასიათებლებთან და არა დაავადების მახასიათებლებთან.

კლასტერი „საზოგადოებაში ფსიქოლოგიური თვითდამკვიდრება“

მოცემული კლასტერი აღწერს საზოგადოებაში ფსიქოლოგიური თვითდამკვიდრების ორიენტაციას. საყრდენი სემანტიკური კონსტრუქტია „განსხვავებულობა“. ამავე კლასტერშია მოქცეულია ცნებები „ბრძოლა“, „კონკურენცია“, „საზოგადოებრივი აზრი“ და „კომუნიკაბელობა“. იყო განსხვავებული, ეპილეფსიის მქონე მოზარდთა ჯგუფისთვის ნიშნავს ბრძოლას, კონკურენციას და საზოგადოებრივი აზრის გათვალისწინებას. ასევე ამ კლასტერში მნიშვნელოვანი ცნებებია „სიძლიერე“ და „კომუნიკაბელობა“. იყო განსხვავებული, ეპილეფსიის მქონე მოზარდთა ჯგუფისთვის ნიშნავს ბრძოლას, კონკურენციას და საზოგადოებრივი აზრის გათვალისწინებას. ამ ბრძოლაში გამარჯვებისთვის კი განსაკუთრებულ როლს ისინი ანიჭებენ „სიძლიერეს“ და „კომუნიკაბელობას“. თავისთავად საინტერესოა, რომ ეს უკანასკნელი ამ კლასტერში მოხვდა. კონტექსტის გათვალისწინებით, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ

ავტორის სტილი დაცულია

მაია მაჭავარიანი

სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან

კომუნიკაბელობა ეპილეფსიის მქონე მოზარდისათვის წარმოადგენს საშუალებას, დაუმტკიცოს „სხვებს“, რომ მათგან არაფრით განსხვავდება.

ამდენად, საზოგადოებაში თვითდამკვიდრება და განსხვავებულობის მინიმიზაცია შესაძლებელია კომუნიკაბელობის საშუალებით. განსხვავებულის იარლიყისგან თავის დაღწევას სიძლიერეც უწყობს ხელს.

კლასტერი „სოციალურ მიღწევის ორიენტაციის რეალიზაცია“

ეს კლასტერი კარგად აღწერს, თუ რა სახით აქვს წარმოდგენილი ეპილეფსიის მქონე მოზარდთა ჯგუფს მიღწევის რეალიზაცია. კერძოდ, ეს ფენომენი მოიაზრებს, „ავტორიტეტის“, „პრესტიჟის“ ქონას, „პირველობას“ და „გამორჩეულობას“. ყველა აღნიშნული ცნება არის სოციალური თვითდამკვიდრების ატრიბუტი. ამავე კლასტერში ასახულია მიღწევის რეალიზების გზებიც; ესენია „სწავლა“, „განათლება“, ხოლო შედეგების სახით წარმოდგენილია „მაღალანაზღაურება“ და „პროფესიონალიზმი“. მოცემულ კლასტერში ყურადღებას იქცევს განათლების ღირებულება. ამ ჯგუფისათვის იკვეთება განათლების და პროფესიის შემენის განსაკუთრებული მნიშვნელობა, რაც ეპილეფსიის მქონე მოზარდთა ცნობიერებაში დაკავშირებულია პრესტიჟსა და ავტორიტეტთან.

კლასტერი „კონტროლის ლოკუსი“

მოცემულ კლასტერში ერთიანდება „აქტიურობა“, „მოხერხებულობა“ და „ილბლიანობა“. აღნიშნული ცნებები აღწერს კონტროლის ექსტერნალურ ლოკუსს. ამდენად, მოცემული ჯგუფის წარმომადგენლები საკუთარ თავს გარედან მართულად განიცდიან – მათ ცხოვრებაში მოვლენების ამა თუ იმ მიმართულებით განვითარებას მიაწერენ მათგან დამოუკიდებელი ფაქტორების გავლენას. ბევრ სხვა კვლევაშიც დადასტურებულია კონტროლის გარეგანი ლოკუსი ეპილეფსიის მქონე პირებში (Ali A. Asadi-Pooya, 2007). აქტიურობა და მოხერხება საკუთარი მოქმედების შედეგი კი არა, უფრო ილბლიანობის შედეგია და საკუთარ ნებაზე ნაკლებადაა დამოკიდებული. ეპილეფსიის მქონე ინდივიდები, რომლებიც ვერ აკონტროლებენ სხეულს გულყრის

დროს, ფიქრობენ, რომ მათ ცხოვრებაში არჩევანი ან აქტივობის მიმართულების განსაზღვრა მათზე ნაკლებადაა დამოკიდებული.

კლასტერი ეგო-რეგულაცია და სიტუაციის მართვა

ერთ-ერთი ყველაზე მსხვილი და მნიშვნელოვანი კლასტერია. მოცემულ კლასტერში ცენტრალური კონსტრუქტია „რეჟიმის დაცვა“. აღნიშნული კონსტრუქტი დაკავშირებული აღმოჩნდა ისეთ ცნებებთან როგორცაა „წინდახედულება“, „მოტივირებულობა“, „შრომისუნარიანობა“. ეპილეფსიის მქონე მოზარდებისათვის რეჟიმის დაცვა ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი კონსტრუქტია, რომელიც თავის თავში მოიაზრებს ექიმის დანიშნულების შესრულებას, კერძოდ, პრეპარატის დროულად და სისტემატურად მიღებას, სრულყოფილ ძილს, გულყრის მაპროვოცირებელი ფაქტორების (მაგ: გადაღლა, კომპიუტერის და ტელევიზორის შეუზღუდავი გამოყენება, და სხვა) მინიმუმამდე დაყვანას. გულყრის განვითარება ნიშნავს საკუთარ სხეულზე და გონებაზე კონტროლის დაკარგვას, გულყრის მოულოდნელობა კი სიტუაციის კონტროლის შესაძლებლობასაც გამოიცხავს. ამდენად, ეპილეფსიის მქონე მოზარდისთვის რეჟიმის დაცვა ნიშნავს გულყრების მართვას, რაც საშუალებას აძლევს აკონტროლოს საკუთარი თავიც და სიტუაციაც. შესაბამისად, მოცემული ჯგუფისათვის ასეთი ადამიანი ხასიათდება წინდახედულობით, მოტივირებულობით, მიზანსწრაფულობით და შრომისუნარიანობით. აღსანიშნავია, რომ „რეჟიმის დაცვა“ გარდა „შრომისუნარიანობისა“ დაკავშირებულია „უსაფრთხოების“ ცნებასთან. რაც ასევე მიუთითებს რეჟიმის დაცვის ცნების მჭიდრო კავშირს გულყრის განვითარების კონტროლთან. გულყრის შედეგად ხშირად ადგილი აქვს სხეულის დაზიანებას. უფრო მეტიც, ეპილეფსიური გულყრის დროს ცნობიერების დათრგუნვის ალბათობა საფრთხეს უქმნის ამ დაავადების მქონე ადამიანის სიცოცხლეს. რადგან ზოგიერთ შემთხვევაში, უგონო მდგომარეობაში აღმოჩენილი ადამიანი შეიძლება დაიღუპოს, მაგ., ცურვის დროს, ან ქალა-ტვინის ძლიერი ტრავმის მიღების შედეგად. აქედან გამომდინარე, ნათელია, თუ რა კავშირშია გულყრის კონტროლი, ამ შემთხვევაში, რეჟიმის დაცვა უსაფრთხოებასთან.

კლასტერი „ავადობა“

მოცემულ კლასტერში აღწერილია სამედიცინო სიტუაცია. კლასტერში ძირითადად დესკრიპტული და არა ემოციური მახასიათებლებია გაერთიანებული. როგორც ჩანს, ამ სიტუაციასთან დაკავშირებული ემოციები ძირითადად იდევნება. ამ კლასტერში ძირითადი კონსტრუქტებია „განკურნებადი“ და „განუკურნებელი“. ამასთან, ცნება „განუკურნებელი“ დაკავშირებულია „უნარშეზღუდულობასთან“. ამდენად, განკურნების შეუძლებლობა უნარშეზღუდულობის იგივეურია. აღნიშნული ცნებები უკავშირდება „უშვილობას“. რაც მიუთითებს, რომ შვილოსნობას (და ამდენად, როგორც უკვე ზემოთ იქნა დასაბუთებული, ოჯახის ქონას) ეპილეფსიის მქონე მოზარდები უკავშირებენ მკურნალობის დადებით გამოსავალს.

აღსანიშნავია, რომ ცნებები „ბნედა“ და „გულყრა“ მოხვედრილია სხვადასხვა ქვეკლასტერებში. „ბნედას“ ეპილეფსიის მქონე მოზარდები აკავშირებენ „შფოთვასთან“, ხოლო „გულყრას“ ისეთ ცნებებთან, როგორცაა „ეპილეფსია“, „ავადმყოფი“ და „განკურნებადი“. ამდენად, ეპილეფსიის მქონე მოზარდების მიერ ეს ორი ცნება არ განიხილება როგორც იგივეობრივი. უფრო მეტიც, თუკი „გულყრა“ დაკავშირებულია „განკურნებადთან“, და ეს კავშირი მოზარდების ოპტიმისტურ ორიენტაციას ავლენს. ცნება „ბნედა“ ასოცირდება „შფოთვასთან“ და ნეგატიურ კონტექსტშია მოცემული.

კლასტერი „თვითსტიგმატიზაცია“

ცალკე კლასტერად არის გამოყოფილი სტიგმა და ამ ფენომენთან დაკავშირებული ცნებები. მოცემული კლასტერი კარგად აღწერს სტიგმის ფენომენს: ეპილეფსიის მქონე მოზარდებისთვის სტიგმა დაკავშირებულია „სიმახინჯესთან“, „დაცინვასთან“, „გარიყულობასა“ და „იმედგაცრუებასთან“. ყველა ზემოთჩამოთვლილი ცნება შეკრულია „პირფერობის“ ცნებით. „პირფერობის“ დაკავშირება აღნიშნულ ცნებებთან განსაკუთრებით საინტერესოა, რადგან ეს ცნებები პირდაპირ კავშირშია დისკრიმინაციასთან და სტიგმატიზაციასთან. ამდენად, ის ფაქტები, რომ მათ არ დასცინებენ, არ დაამცირებენ და არ გარიყავენ, ეპილეფსიის მქონე მოზარდების მიერ იმთავითვე აღიქმება როგორც პირფერობა. ეს კიდევ ერთხელ ხაზს უსვამს იმ ფაქტს,

რომ ეპილეფსიის მქონე მოზარდები საკუთარ თავს სტიგმატიზებულად მიიჩნევენ. ზოგიერთი მკვლევრის მონაცემებით, თვითსტიგმატიზაციის ერთ-ერთი თავისებურებაა გარკვეული ნიშნით განსხვავებული (ამ შემთხვევაში, დაავადების მქონე) ადამიანების შეხედულება, რომ მათთან კომუნიკაცია და სოციალური კავშირები განპირობებულია არა გარშემომყოფთა გულწრფელი სურვილით, არამედ იმ გარემოებით, რომ სხვა ადამიანებს (ამ შემთხვევაში, საზოგადოების ჯანმრთელ წევრებს) ეცოდებათ და ამიტომ თავს ვალდებულად თვლიან დაუთმონ დრო და ყურადღება. (Graham C. L. Davey, 2013).

ამ კლასტერიდან ჩანს, რომ ეპილეფსიის მქონე ადამიანის მიღება, მსგავსად და თანასწორად აღიარება, მათთვის ასევე სტიგმის ერთ-ერთი გამოვლინებაა, რადგან ამ დაავადების მქონე ადამიანმა კარგად იცის, რომ განსხვავდება სხვებისაგან; აღიარება, ამ შემთხვევაში, აღიქმება როგორც პირობითი და არაგულწრფელი. ყოველივე ზემოთაღნიშნულიდან გამომდინარე, ამ კლასტერში მოცემულია ეპილეფსიის მქონე მოზარდების თვითსტიგმატიზაციის სუბიექტური სურათი.

კლასტერი „სირცხვილი“

მოცემული ჯგუფი „სირცხვილის“ ცნებასთან აკავშირებს ცნებებს „სიზარმაცე“ „უყურადღებობა“ და „ხელმოცარულობა“. საგულისხმოა, რომ სირცხვილის კლასტერი არ გაერთიანდა სტიგმის კლასტერთან და პაციენტის ცნობიერებაში უფრო მეტად კავშირშია ხელმოცარულობასა და შესაბამისად, წარუმატებლობასთან. ამ კლასტერში ასახულია დამოკიდებულება, რომელიც შესაძლოა უფრო კულტურული ზეგავლენის შედეგია. კერძოდ, ხელმოცარული ადამიანი უფრო ზარმაც, უქნარა და წარუმატებელთან ასოცირდება.

§2 საკონტროლო ჯგუფის მონაცემები

საკონტროლო ჯგუფის მოზარდების დენდროგრამაზე გამოიყო კლასტერების შედარებით დიდი რაოდენობა: 19 კლასტერი. ამასთან, დიფერენციაციის ხარისხი კლასტერებს შიგნით უფრო მაღალია. ცდის პროცესში გამოყოფილი ჯგუფების საშუალო რაოდენობაა 20, რაც თითქმის სამჯერ ნაკლებია ეპილეფსიის მქონე

მოზარდებთან შედარებით. როგორც უკვე აღინიშნა, აღნიშნული სხვაობა მიუთითებს, რომ ეპილეფსიის მქონე მოზარდებს აღნიშნებათ კატეგორიზაციის სიმძნელები. რაც შესაძლოა აიხსნას, ერთი მხრივ დაავადებით გამოწვეული კოგნიტური დეფიციტით, ხოლო მეორე მხრივ შესაძლოა იყოს განპირობებული ამ დაავადების მქონე პაციენტების პიროვნული თავისებურებებით.

პაციენტების მსგავსად, საკონტროლო ჯგუფის წევრები „ოჯახის“ ცნებასთან აკავშირებენ ცნებებს „გამრავლება“ და „სიყვარული“. თუმცა, ეპილეფსიის მქონე მოზარდების „ოჯახის“ კლასტერისთვის ცენტრალური კონსტრუქტი „ბედისწერა“, ამ შემთხვევაში, დაკავშირებულია „უშვილობასთან“ და მოთავსებულია ერთ ქვეკლასტერში „იმედთან“ და „მომავალთან“. ეს მიუთითებს, რომ უშვილობას ჯანმრთელი მოზარდები განიხილავენ ბედისწერის კონტექსტში, თუმცა უფრო პოზიტიურად და ოპტიმისტურად არიან განწყობილი. ეპილეფსიის მქონე მოზარდთა ჯგუფისაგან განსხვავებით, ამ შემთხვევაში „ოჯახი“ დაკავშირებულია მხოლოდ „მომავალთან“, მაშინ როცა ეპილეფსიის მქონე მოზარდები ოჯახს უკავშირებენ „წარსულსაც“ და „მომავალსაც“.

„მეგობრობის“, „მხარდაჭერის“ და „თანაგრძნობის“ ცნებები ამ შემთხვევაშიც გაერთიანებულია ერთ კლასტერში და აერთიანებთ ცნება „ოპტიმიზმი“. ხოლო „იმედი“ საკონტროლო ჯგუფის მონაწილეებმა დაუკავშირეს „ოჯახს“. მონაცემებიდან ჩანს, რომ ეპილეფსიის მქონე მოზარდთა ჯგუფისთვის „იმედი“ ასოცირდება მხარდაჭერა-მეგობრობასთან, ხოლო მათი ჯანმრთელი თანატოლებისთვის კი – ოჯახთან. ამავე კლასტერში „სიმპათიასთან“ და „მეგობრობასთან“ ერთად მოხვდა ცნება „სილამაზე“, რომელსაც ეპილეფსიის მქონე მოზარდები აჯგუფებენ „ადამიანის“ და „ჯანმრთელობის“ ცნებებთან. ამდენად ჯანმრთელი მოზარდებისათვის „სილამაზე“ და შედეგად აღძრული „სიმპათია“ მყარი სოციალური კავშირების და „მეგობრობის“ მნიშვნელოვანი წინაპირობებია.

„ადამიანის“ ცნება გაერთიანებულია „სიცოცხლისა“ და „სიცოცხლისუნარიანობის“ ცნებებთან დამოუკიდებელ კლასტერში. რაც მიუთითებს იმაზე, რომ ჯანმთელი მოზარდები ამ ცნებას უფრო ზოგად კონტექსტში განიხილავენ.

საკონტროლო ჯგუფის მონაწილეების დენდროგრამაზე „წაგებისა“ და „მოგების“ ცნებები მოხვდა სრულიად სხვადასხვა. ერთმანეთისგან დაშორებულ კლასტერებში. „მოგება“ გაერთიანებულია „სიძლიერისა“ და „ბრძოლის“ ცნებებთან. „წაგება“ „სიზარმაცეთან“ ერთად წარმოადგენს ცალკე მდგომ პატარა კლასტერს. „ფული“ და „ძალაუფლება“ ამ შემთხვევაშიც მოქცეულია ერთ კლასტერში. ამასთან, ფული დაკავშირებულია „მაღალანზღაურებასთან“, „დაწინაურებასთან“ და „პასუხიმგებლობასთან“. ხოლო ძალაუფლება – „სიტუაციის კონტროლთან“, „პრესტიჟსა“ და „სითამამესთან“.

ასევე სხვა კლასტერში აღმოჩნდა „უმრავლესობა“ და „უმცირესობის“ ცნებები: „საზოგადოებრივ აზრთან“ ერთად, ეს ორი ცნება შედგენს დამოუკიდებელ მცირე კლასტერს.

„განსხვავებულობა“, რომელიც ეპილეფსიის მქონე მოზარდებისთვის საზოგადოებში თვითდამკვიდრების საყრდენი კონსტრუქტია, საკონტროლო ჯგუფის შემთხვევაში, მოთავსებულია ცალკე, დამოუკიდებელ კლასტერში და გაერთიანებულია „პატივისცემის“ და „თავდაჯერებულობის“ ცნებებთან. თვითდამკვიდრების გზაზე „განსხვავებულობას“ მნიშვნელოვანი წონა აქვს მაშინ, როცა ჯანმრთელი მოზარდების ცნობიერებაში სემანტიკურად ეს ცნება არანაირად არ უკავშირდება „კონკურენციას“, „საზოგადოებრივი აზრის“ გათვალისწინებას „სიძლიერეს“ და „კომუნიკაბელობას“. „საზოგადოებრივი აზრი“ საკონტროლო ჯგუფის შემთხვევაში უკავშირდება უმრავლესობას.

ეპილეფსიის მქონე მოზარდების ჯგუფის მსგავსად, ამ ჯგუფის მონაწილეებმაც გააერთიანეს „სწავლის“, „განათლების“, „პროფესიის“ და „ავტორიტეტულობის“ ცნებები ერთ კლასტერში. ეს კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს ჩვენ საზოგადოებაში დამკვიდრებულ

განათლების მიღებისა და პროფესიის ათვისების ღირებულებას „გამორჩეულობა“ ჯანმრთელ მოზარდებს გაერთიანებული აქვთ „ილბლიანობის“ ცნებასთან და მოთავსებულია ერთ კლასტერში „თვითკონტროლთან“, მოხერხებულობასთან“, „დამოუკიდებლობასა“ და „პირველობასთან“. ამდენად, „გამორჩეულობა“ მიღწევისა და ლიდერობის აღმწერ კლასტერშია მოთავსებული.

ეპილეფსიის მქონე მოზარდებისთვის ცენტრალური კონსტრუქტი „რეჟიმის დაცვა“ ეგო-რეგულაციისა და სიტუაციის მართვის კლასტერში, საკონტროლო ჯგუფის შემთხვევაში მოთავსებულია „პროფესიის“ „მაღალანაზღაურების“, „ძალაუფლებისა“ და „წარმატებულობის“ ცნებებთან. აქედან გამომდინარე ჯანმრთელი მოზარდები განიხილავენ რეჟიმის დაცვას განსხვავებულ, უპირატესად სოციალურ კონტექსტში.

ეპილეფსიის მქონე მოზარდების ჯგუფისაგან განსხვავებით, ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული ცნებები როგორცაა „შფოთვა“ და „ბნედა“ საკონტროლო ჯგუფის მონაწილეების მიერ კლასიფიცირებულია განსხვავებულ კლასტერებში. კერძოდ, „შფოთვა“ დაჯგუფებულია „შიშისა“ და „მსხვერპლის“ ცნებებთან და ერთიანდება ნეგატიური ემოციური გამოცდილების აღმწერ კლასტერში ისეთ ცნებებთან, როგორცაა „იმედგაცრუება“, „ხელმოცარულობა“, „მწუხარება“. „ბნედა“ საკონტროლო ჯგუფის შემთხვევაში, აერთიანებს დიდ კლასტერს, რომელშიც კლასიფიცირებულია, ჯანმრთელობასთან და დაავადებასთან დაკავშირებული ცნებები: „კლინიკა“, „სამედიცინო პერსონალი“, „ეპილეფსია“, „გულყრა“, „ავადმყოფი“ და მისთ. ამდენად, ჯანმრთელი მოზარდებისათვის ცნება „ბნედა“ არის ეპილეფსიისა და მასთან დაკავშირებული სამედიცინო კონტექსტის განმაზოგადებელი კონსტრუქტი.

ეპილეფსიის მქონე მოზარდების ჯგუფის თვითსტიგმატიზაციის კლასტერში გაერთიანებული ცნებებიდან „პირფერობა“ და „დამაზიანებელი“, საკონტროლო ჯგუფის ცდის მონაწილეებმა დააკავშირეს „უნარშეზღუდულობასთან“ „ნაკლთან და „დამლასთან“. რაც მიუთითებს იმაზე, რომ უნარშეზღუდულობა განიხილება როგორც ნაკლი და სტიგმის მიზეზი. რასაც შემდეგ შედეგად მოსდევს ამავე კლასტერში ცალკე

ჯგუფად „დაცინვა“, „ანტიპათია“ და „დამცირება“. ფაქტიურად აღწერილია აქტიური სტიგმატიზაციის ყველა დამახასიათებელი ატრიბუტი. მაშინ, როდესაც პაციენტების ჯგუფში სტიგმის გარშემო ერთიანდება ყველა ის ცნება, რომელიც აღწერს თვითსტიგმატიზაციას და მასთან დაკავშირებულ ემოციურ მდგომარეობას („გარიყულობა“, „დაცინვა“, „იმედგაცრუება“, „სიმახინჯე“). ამავე დროს, „გარიყულობა“ და „სიმახინჯე“ საკონტროლო ჯგუფის მონაწილეებმა მოათავსეს ცალკე კლასტერში ისეთ ცნებებთან ერთად, როგორცაა „აგრესიულობა“, „გალიზიანება“, „დაბნეულობა და „სირცხვილი.“ ანუ სირცხვილი აქ სტიგმის კლასტერში ერთიანდება პაციენტებისგან განსხვავებით.

§3 სქესის ფაქტორის გავლენა

ეპილეფსიის მქონე მოზარდების ფსიქოსემანტიკური კვლევის შედეგები, სქესის ფაქტორის გათვალისწინებით, მნიშვნელოვნად განსხვავებული აღმოჩნდა. დენდროგრამების ფორმალური მახასიათებლებიდან კლასტერების საერთო რაოდენობა ორივე სქესის მოზარდებში მსგავსია: გამოყოფილია 20-20 კლასტერი. ამასთან, დენდროგრამების სხვა ფორმალური მახასიათებლები, მათ შორის, კლასტერის შიგნით დიფერენციაციის ხარისხი, კლასტერების სიდიდე, განსხვავებულია. კერძოდ, ეპილეფსიის მქონე მოზარდი ბიჭების კლასტერები შედარებით მსხვილია და მეტად დიფერენცირებული, ვიდრე გოგონებთან პაციენტებთან. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ბიჭების დენდროგრამა და კლასტერების მახასიათებლები უფრო უახლოვდება საკონტროლო ჯგუფის დენდროგრამას, ვიდრე გოგონების დენდროგრამას.

ეპილეფსიის მქონე მოზარდთა საერთო ჯგუფის საკვანძო კონსტრუქტები გოგონებისა და ბიჭების დენდროგრამებზე სხვადასხვა კლასტერებშია განაწილებული. მაგალითად, ბიჭების შემთხვევაში ცნება „სიყვარული“ არ აღმოჩნდა დაჯგუფებული „ოჯახის“, „ქორწინების“ და „შვილის“ ცნებებთან ერთ კლასტერში; ის

კლასიფიცირებულია „მეგობრობასთან“, „პატივისცემასთან“ და „იმედთან“ ერთ კლასტერში. ეს შესაძლოა მიუთითებდეს იმაზე, რომ „ოჯახისა“ და „სიყვარულის“ ცნებები მოზარდ ბიჭებს განთავსებული აქვთ სხვადასხვა სემანტიკურ ველებში და ამდენად, სხვადასხვა კატეგორიებია. ასევე საინტერესოა, რომ ბიჭების შემთხვევაში, „თანაგრძნობისა“ და „ბედნიერების“ ცნებები გაიგივებული აღმოჩნდა. ამ ცნებებს ეპილეფსიის მქონე მოზარდი ბიჭები უკავშირებენ „სიკეთეს“. ამრიგად, ბიჭები თანაგრძნობას „ბედნიერებისა“ და „სიკეთის“ წინაპირობად მიიჩნევენ. გოგონების შემთხვევაში „სიყვარული“ და „ბედნიერება“ დაჯგუფებულია ოჯახის კლასტერში, რაც თავისთავად ხაზს უსვამს ოჯახის შექმნის მნიშვნელობას. რაც შეეხება ცნება „ბედისწერას“, ეს უკანასკნელი მოთავსებულია დამოუკიდებელ კლასტერში ცნებებთან „ადამიანი“, „სიცოცხლე“ და „პატიოსნება“. ამდენად, გოგონების შემთხვევაში „პატიოსნება“ უპირობოდ განიხილება როგორც ადამიანისათვის აუცილებელი და საბედისწერო მახასიათებელი.

საინტერესოა, რომ ორივე სქესის შემთხვევაში გაიგივებულია „გამრავლების“, „შვილის“ და „ოჯახის“ ცნებები. ეს, სავარაუდოდ, მომდინარეობს კულტურული სტერეოტიპიდან, რომ ოჯახის შექმნა თავისთავად გულისხმობს გამრავლებას და შვილის ყოლას, ხოლო უშვილო ოჯახი სრულფასოვან ოჯახად არ განიხილება.

კულტურული ორიენტაციების გავლენით უნდა აიხსნას ალბათ, ის ფაქტიც, რომ ეპილეფსიის მქონე გოგონები ერთ კლასტერში აჯგუფებენ „მორჩილებას“, „პატივისცემას“ და „იმედს“. რაც პირდაპირ ასახავს ტრადიციულ ფემინურ სტერეოტიპს: ესაა ნაზი, ლამაზი, რბილი, ალერსიანი, პასიური და უმწეო, ანუ მიჯაჭვული ვინმეზე (ოჯახზე, მამაკაცებზე თავისი საგვარეულოდან, ქმარზე).

საზოგადოებრივი აზრის მნიშვნელობა წარმოჩენილია გოგონების ჯგუფის შედეგებში, რადგან ეს ცნება გაერთიანებული ერთ კლასტერში „ავტორიტეტულობასთან“, „პრესტიჟთან“ და „მოხერხებულობასთან“. მაშინ, როცა ბიჭებთან „საზოგადოებრივი აზრი“ დაჯგუფებულია „უმცირესობა“, „უმრავლესობის“

ავტორის სტილი დაცულია

მაია მაჭავარიანი

სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან

ცნებებთან და არ არის კავშირში სოციალურ თვითდამკვიდრებასთან. შეიძლება ასევე ვივარაუდოთ, რომ ეს განპირობებულია კულტურული ორიენტაციით, რომელიც მამაკაცის თავისუფლებას ნაკლებად ზღუდავს. შესაბამისად, გარკვეულ სიტუაციებში, საზოგადოებრივი აზრის გაუთვალისწინებლობა ნაკლებად ახდენს გავლენას მის პრესტიჟსა და ავტორიტეტულობაზე, მაგრამ მათ ცნობიერებაში საზოგადოებრივი აზრის გათვალისწინება კავშირშია იმასთან, თუ რამდენი ადამიანი იზიარებს ამ აზრს. საინტერესოა, რომ ბიჭების შემთხვევაში, „მორჩილება“ მოქცეულია ერთ კლასტერში „ოპტიმიზმთან“ და „მხარდაჭერასთან“ ერთად. შესაძლოა ბიჭებისთვის მორჩილება ასოცირებული იყოს მკურნალობის და დღის რეჟიმის დაცვასთან, რაც ხელს უწყობს გამოჯანმრთელებას და შესაბამისად ოპტიმისტურად განაწყობს ინდივიდს. მორჩილებისათვის კი მათ მხარდაჭერა ესაჭიროებათ. შესაბამისად, გოგონებისთვის მორჩილება სოციალური მარკერია, რითაც, თვლიან, რომ პატივისცემას მოიპოვებენ; ბიჭებისთვის კი მორჩილება უფრო საშუალებაა უკეთესი მდგომარეობის მისაღწევად.

„რეჟიმის დაცვა“ მოზარდ ბიჭებთან კლასიფიცირებულია „პუნქტუალობის“, „პასუხიმგებლობის“, „შრომისუნარიანობის“, „განსხვავებულობის“, „კონკურენციისა“ და „იღბლიანობის“ ცნებებთან. ამდენად რეჟიმის დაცვა განიხილება როგორც მოწესრიგებულობის, ნაყოფიერი მუშაობის და წარმატების საწინდარი, რაც წინ წამოწევს უფრო სოციალური სტატუსის კონტექსტს. გოგონებთან „რეჟიმის დაცვა“ დაჯგუფებულია „წინდახედულობასთან“, „თვითკონტროლთან“, „სიტუაციის კონტროლთან“ და „უსაფრთხოებასთან“, რაც ბოლოს შეკრულია „თავდაჯერებულობის“ ცნებით. ამდენად, გოგონების შემთხვევაში, რეჟიმის დაცვა განიხილება დაავადებისა და პირადი უსაფრთხოების კონტექსტში. თუ გოგონა აკონტროლებს საკუთარ თავს და სიტუაციას, უფრო მეტად თავდაჯერებულია.

ორივე სქესის წარმომადგენლებთან ცნებები „ფული“ და „ძლაუფლება“ გაერთიანებულია ერთ კლასტერში „სწავლასთან“, „პროფესიასთან“, „დაწინაურებასთან“.

თუმცა, ბიჭების შემთხვევაში ამავე კლასტერშია „გონიერება“, „სიძლიერე“, „პრესტიჟი“ და „წარმატებულობა“. შესაბამისად, იყო წარმატებული მოითხოვს გონიერებას და სიძლიერეს მამრობითი სქესის წარმომადგენლებისთვის. მაშინ როცა გოგონებთან ამ კლასტერშია „აქტიურობა“ და „იღბლიანობა“, რაც მიუთითებს, იმაზე, რომ მდედრობითი სქესის წარმომადგენლები წარმატებისა და ძალაუფლების მოპოვებას განიხილავენ არა როგორც პირად მიღწევას, არამედ როგორც იღბლიანობის შედეგს. სხვანაირად რომ ვთქვათ, კლასიფიკაციის შედეგების მიხედვით ეპილეფსიის მქონე ბიჭებს უპირატესად ინტერნალური, გოგონებს კი ექსტერნალური კონტროლის ლოკუსი გამოუვლინდათ.

დაავადებასთან დაკავშირებული ცნებების კლასიფიკაციის თავისებურება ბიჭებთან მიუთითებს, დაავადებისადმი ამბივალენტურ დამოკიდებულებაზე. ამ კლასტერში გაერთიანებულია ურთიერთსაწინააღმდეგო ცნებები როგორცაა „ბნედა“, „განკურნებადი“, „შფოთვა“, და „განუკურნებელი“, „გულყრა“ „ავადმყოფი“. გოგონების შემთხვევაში „ეპილეფსიის“, „გულყრის“, „ბნედის“ ცნებები დაკავშირებულია, „კლინიკასთან“ „ექიმთან“ „განკურნებადთან“ და ბოლოს ცნება „ჯანმრთელთან“, რაც მიუთითებს მოზარდი გოგონების ეპილეფსიის მიმართ ოპტიმისტურ დამოკიდებულებაზე. ცნება „განუკურნებელი“ კი დაკავშირებულია „უშვილობის“ და „უნარშეზღუდულობის“ ცნებებთან. აქედან გამომდინარე, განკურნების შეუძლებლობის შემთხვევაში, არის ინფერტილობის მოლოდინი. ეს უკანასკნელი კი განიხილება როგორც უნარშეზღუდულობა. მნიშვნელოვანია, რომ ეპილეფსიის მქონე ორივე სქესის მოზარდებთან „უშვილობა“ დაკავშირებულია დაავადებასთან და გაიგივებულია უნარშეზღუდულობასთან.

საინტერესოა, რომ ცნება „შფოთვა“ გოგონების შემთხვევაში არ აღმოჩნდა დაკავშირებული დაავადების აღმწერ ცნებებთან, არამედ მოთავსებულია ცალკე კლასტერში სხვა ნეგატიურ ემოციურ მდგომარეობებთან ერთად, როგორცაა შიში, უმწეობა.

სტიგმატიზაციის აღმნიშვნელი ცნება „დამლა“ ბიჭების შემთხვევაში გაერთიანებულია „იმპულსურობის“, „ანტიპათიის“ და „დამაზიანებელ“ ცნებებთან. ამდენად სტიგმატიზაცია ბიჭებთან იწვევს აგრესიას და ანტიპათიას ანუ ე.წ. „ბრძოლის რეაქციას“. ამავეს ადასტურებს ის ფაქტი, რომ ცნებები „დაცინვა“, „იმედგაცრუება“, „გარიყულობა“ და „დამცირება“ დაჯგუფებულია ცნებებთან „გალიზიანება“ „ბრაზი“, „აგრესიულობა“. გოგონებთან კი სტიგმის აღმწერი ცნებები კლასიფიცირებულია „სირცხვილის“, „ნაკლისა“ და „სიმახინჯის“ ცნებებთან ერთად. ფაქტიურად, „დამლა“ გოგონებთან განიხილება როგორც ნაკლი და სირცხვილი და ამის შედეგია გარიყულობა, პესიმიზმი და იმედგაცრუება. სხვა სიტყვებით, ბიჭებისაგან განსხვავებით, გოგონებს სტიგმატიზაციის შემთხვევაში აქვს „გაქცევის რეაქცია“. აღნიშნული რეაქციები ასევე შეიძლება ახსნილ იქნას კულტურული კონტექსტით, ვინაიდან გოგონების შემთხვევაში, „მორჩილება“ დაკავშირებულია „პატივისცემასთან“ და „იმედთან“, ხოლო ბიჭების შემთხვევაში „სისუსტე“ და „უმწიობა“ გაიგივებულია „სირცხვილთან“.

§4 გულის კუპირების ფაქტორი

მოზარდების იმ ჯგუფში, ვისთანაც მიღწეულია გულის კონტროლი, გამოიყო 21 კლასტერი. მიწოდებული ცნებები ძირითადად ცალ-ცალკეა გაერთიანებული მცირე ზომის კლასტერებში. თუმცა, არის რამდენიმე მსხვილი კლასტერი: მათ შორის, „ოჯახი“, „სწავლა-განათლება“, „ბრძოლა“, „ნეგატიური ემოციები“, „სტიგმა“. რაც შეეხება ეპილეფსიის მქონე იმ მოზარდებს, ვისაც არ აქვს გულის კუპირებული, გამოყოფილი კლასტერების რაოდენობა მეტია - 28 კლასტერი.

ეპილეფსიის მქონე მოზარდების საერთო ჯგუფის ცდის მონაწილეების მსგავსად, მოზარდები კუპირებული გულისკრებით, ოჯახის ცნებას აკავშირებენ ცნებებთან

„გამრავლება“, „ქორწინება“, „სიყვარული“, აქვე მოიაზრება „პატივისცემა“, „ზრუნვა“ და „ბედისწერა“. უნდა აღინიშნოს, რომ ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან გაკონტროლებული გულყრებით, ეს კლასტერი დაკავშირებულია „მომავლის“ ცნებასთან და უფრო ოპტიმისტურია, ვიდრე ფატალისტური. ამდენად, კუპირებული გულყრების მქონე მოზარდები მიუხედავად იმისა, რომ ოჯახს განიხილავენ როგორც ბედისწერით განპირობებულ მოცემულობას, ეს ცნება განხილულია მომავლის კონტექსტში, და შესაბამისად, აქ უნდა მოიაზრებოდეს ამ პაციენტების ორიენტაცია მომავალ ოჯახზე.

უნდა აღინიშნოს, რომ არაკუპირებული გულყრების მქონე მოზარდებთან ოჯახის კლასტერში არ აღმოჩნდა გაერთიანებული ცნებები „ბედნიერება“ და „ბედისწერა“. ამ ჯგუფის ცდის მონაწილეებმა ცნება „ბედისწერის“ კლასიფიცირება ვერ მოახერხეს, ეს სიტყვა დარჩენილია ცალკე. რაც სავარაუდოდ, მიუთითებს ამ ცნების ცნობიერებიდან განდევნაზე.

კუპირებული გულყრების მქონე მოზარდები „ბედნიერებას“ უკავშირებენ ისეთ ცნებებს, როგორიცაა „მხარდაჭერა“, „მეგობრობა“, „თანაგრძნობა“, „სიკეთე“, და ბოლოს „სიძლიერე“ და „იმედი“. ამდენად, მოცემული კლასტერის შემთხვევაში, ცენტრალური კონსრტუქტია „ბედნიერება“. იმისათვის რომ იყვნენ ბედნიერები, ამ მოზარდებს უნდა ჰქონდეთ მხარდაჭერა, მეგობრობა, თანაგრძნობა, რაც სიძლიერისა და იმედის მომტანია. ამავე კლასტერშია გაერთიანებული ისეთი დადებითი სემანტიკის მატარებელი ცნებები როგორიცაა „იუმორი“, „მხიარულება“ და „ოპტიმიზმი“.

არაკუპირებული გულყრების მქონე მოზარდებთან, ცნება „იმედი“ დაკავშირებული აღმოჩნდა ცნებებთან „წარსული“ „მომავალი“ და „მხარდაჭერა“. ფაქტიურად, იმ მოზარდებისათვის, ვისი გულყრები და დაავადება კონტროლს არ ექვემდებარება, მხოლოდ მუდმივი მხარდაჭერაა (როგორც წარსულში, ისე მოვალში) იმედის მომტანი. დამაიმედებელია მხოლოდ პერმანენტული ხასიათის თანადგომა, რომელიც დროში არ იქნება შეზღუდული. რაც შეეხება „თანაგრძნობას“ ამ ჯგუფის ცდის

მონაწილეებმა ეს ცნება ცალკე კლასტერში გააერთიანეს ისეთ ცნებებთან, როგორცაა „მეგობრობა“, „სიკეთე“, „კეთილგანწყობა“, „იუმორი“ და „მხიარულება“. ანუ თანაგრძნობა აღმოჩნდა დაკავშირებული, ძირითადად, დადებითი ნიშნის მქონე ცნებებთან და არა ნეგატიურთან (როგორცაა მაგ. მწუხარება, შფოთვა). ყოველივე ზემოთაღნიშნულიდან გამომდინარე, ორივე ჯგუფისათვის დამახასიათებელია საკუთარი თავის როგორც თანაგრძნობის ობიექტად და არა სუბიექტად აღქმა.

კუპირებული გულყრების მქონე პირებთან ცნება „ადამიანი“ დაჯგუფდა „სიცოცხლისუნარიანობასა“ და „სიცოცხლესთან“ და არ აღმოჩნდა დაკავშირებული ჯანმრთელობასთან. ცნება „ჯანმრთელი“ აღმოჩნდა ერთ კლასტერში დაავადების აღმწერ ცნებებთან. უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ჯგუფისათვის პირველი კლასტერია ავადობის კლასტერი. აღნიშნული კლასტერი აერთიანებს ორ ქვეკლასტერს აქედან პირველი აღწერს კლინიკას და კლინიკასთან დაკავშირებულ ცნებებს „ექიმი“, „ავადმყოფი“, „სამედიცინო პერსონალი“; ხოლო მეორე დაავადებასთან დაკავშირებულ ცნებებს: „გულყრა“, „ეპილეფსია“, „განკურნებადი“. საყურადღებოა, რომ ამ ჯგუფისთვის ეპილეფსია და გულყრა განხილულია როგორც განკურნებადი და დაკავშირებულია ცნება „ჯანმრთელთან“, რაც ბუნებრივია, ამ ჯგუფის მოზარდების პირადი გამოცდილების შედეგია. ამ კლასტერს აერთიანებს ცნება „ბნედა“ (ისევე, როგორც საერთო ჯგუფის პაციენტების შემთხვევაში). ცნება „განუკურნებელი“ აღმოჩნდა ცალკე კლასტერში და დაკავშირებული უნარშლუდულობისა და უშვილობის ცნებებთან (როგორც ჯანმრთელ ცდისპირებთან) და არა ეპილეფსიათთან.

რაც შეეხება მოზარდებს არაკუპირებული გულყრებით, ამ შემთხვევაში, ცნება „ჯანმრთელი“ დაკავშირებულია „სიცოცხლისუნარიანობასთან“, „სიცოცხლესთან“ და „ადამიანის“ ცნებებთან. ამდენად, ამ ჯგუფისათვის მოცემულ ცნებას უფრო ზოგადი შინარსი აქვს და დაკავშირებულია უშუალოდ სიცოცხლისუნარიანობასთან. ამ ჯგუფის მოზარდების ცნობიერებაში ჯანმრთელი ფაქტიურად ცოცხალის იგივეობრივია.

არაკუპირებული გულყრების მქონე პაციენტებთან ცნება „ბნედა“ დაკავშირებულია „შფოთვასთან“ და ერთ კლასტერშია მოქცეული ისეთ ცნებებთან, როგორცაა „კლინიკა“, „ავადმყოფი“, „განკურნებადი“. აქედან გამომდინარე, ამ პაციენტებისათვის ბნედა არის შფოთვის წყარო, ამავე დროს ამ მოზარდების შეხედულებით, ავადმყოფი (კლასტერის საერთო კონტექსტიდან გამომდინარე აქ როგორც ჩანს მოიაზრება ზოგადად ავადმყოფი ადამიანი) განკურნებადია. თუმცა ისეთი ცნებები როგორცაა „გულყრა“ და „ეპილეფსია“ დაკავშირებული აღმოჩნდა ცნება „განუკურნებელთან“! ხოლო ამ გაერთიანებებს ცალ-ცალკე უერთდება ცნებები „შეზღუდულობა“, „უნარშეზღუდულობა“ და შემდეგ „უშვილობა“. ამდენად, იმ მოზარდებთან, ვისთანაც გულყრების კონტროლი მიღწეული არ აღმოჩნდა, გულყრა განხილულია როგორც განუკურნებელი, უნარშეზღუდულობის და უშვილობის გამომწვევი მოვლენა.

კუპირებული გულყრების მქონე პირებთან „შფოთვა“ ცალკე კლასტერშია მოქცეული „პესიმიზმთან“ ერთად.

კუპირებული გულყრების მქონე მოზარდებთან ცნებები „ფული“, „ძალაუფლება“, „წაგება“ და „მოგება“ მოქცეულია ერთ კლასტერში „განსხვავებულობის“, „კონკურენციის“, „ბრძოლისა“ და „საზოგადოებრივი აზრის“ ცნებებთან ერთად. ამ ქველკასტერებს აერთიანებს ცნებები „უმცირესობა“ და „უმრავლესობა“. ამ შემთხვევაშიც, ასახულია იგივე ტენდენცია, რაც ეპილეფსიის მქონე მოზარდების საერთო ჯგუფში.

არაკუპირებული გულყრების მქონე მოზარდების შემთხვევაში, „უმცირესობა“ და „უმრავლესობა“ ცალკე კლასტერშია მოხვედრილი. ხოლო „ფული“ და „ძალაუფლება“, კლასიფიცირებულია ერთ კლასტერში ისეთ ცნებებთან როგორცაა „აქტიურობა“, „თავის წარმოჩენა“ და „პირველობა“. ამავე კლასტერშია „სწავლა“ და „განათლება“, „გონიერება“, „დაწინაურება“ და „მაღალანაზღაურება“. აქედან გამომდინარე, სწავლა-განათლებას და გონიერებას ამ ჯგუფის პაციენტები უკავშირებენ წინსვლას და

მატერიალურ კეთილდღეობას. შესაბამისად, ამ პროცესის შედეგია უკვე ფული და ძალაუფლება. ეს კლასტერი ასევე იერთებს ისეთ ცნებებს როგორცაა „კონკურენცია“, „წარმატებულობა“ და „ილბლიანობა“, რაზეც რეალურად არის დამოკიდებული დამოკიდებული „წაგება“ და „მოგება“.

კუპირებული გულყრების მქონე მოზარდებთან ცნებები „თავის წარმოჩენა“, „გამორჩეულობა“ „განათლება“, „პროფესია“ ერთ კლასტერშია და უკავშირდება ისეთ ცნებებს, როგორცაა „ავტორიტეტულობა“ „დაწინაურება“ „მაღალანაზღაურება“, „პრესტიჟი“ , „პირველობა“, „წარმატებულობა“ . უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ჯგუფის შემთხვევაში „წაგება“, „მოგება“, და „წარმატებულობა“ არ არის დაკავშირებული „ილბლიანობასთან“. კუპირებული გულყრების მქონე მოზარდები წარმატებას განიხილავენ როგორც პირად მიღწევას და პირადი კონტროლის შედეგს. „ილბლიანობა“ ამ ჯგუფის მოზარდებმა მოათავსეს ცალკე კლასტერში „კომუნიკაბელობასთან“ ერთად. რაც სავარაუდოდ მიუთითებს იმაზე, რომ მათი აზრით იყო ილბლიანი, ნიშნავს იყო კუმუნიკაბელური.

ორივე ჯგუფის მოზარდებმა „სილამაზე“ მოათავსეს ცალკე კლასტერში და დააკავშირეს „მომხიბვლელობასთან“ და „სიმპათიასთან“.

საზოგადოებაში ფსიქოლოგიური თვითდამკვიდრების ცენტრალური კონსტრუქტი „განსხვავებულობა“ არაკუპირებული გულყრების მქონე მოზარდების შემთხვევაში მოქცეულია ერთ კლასტერში „სიტუაციის კონტროლთან“ და თვითკონტროლთან“. ამავე კლასტერშია ისეთი ცნებები, როგორცაა „მოტივირებულობა“, „თავდაჯერებულობა“, „პუნქტუალობა“, და „პრინციპულობა“. აღნიშნულ კლასტერს ცალ-ცალკე ემატება ცნებები „გამორჩეულობა“, „ოპტიმიზმი“ და კიდევ უფრო ზოგად დონეზე „მოხერხებულობა“. განსხვავების მინიმიზაციას ამ ჯგუფის მოზარდები გაძლიერებული თვითკონტროლში ხედავენ. ამ ჯგუფის მოზარდები წინდახედულობას, მოხერხებულობასთან აკავშირებენ განსხვავების ნივილირებას, რაც მათთვის ოპტიმიზმის მომცემია. უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ჯგუფის

მოზარდებმა სიტუაციის კონტროლი და თვითკონტროლი არ დააკავშირეს რეჟიმის დაცვასთან. არაკუპირებული გულყრების მქონე მოზარდებისთვის „რეჟიმის დაცვა“ დაკავშირებული აღმოჩნდა „საზოგადოებრივ აზრთან“ და „კომუნიკაბელობასთან“. სავარაუდოდ, ამ მოზარდებისათვის ის ფაქტი თუ რამდენად მოახერხებენ დაწესებული რეჟიმის დაიცვას, მნიშვნელოვან კავშირშია საზოგადოებრივ აზრთან. ამ ჯგუფის მოზარდების შეხედულებით, სწორედ „სხვების“ აზრი განსაზღვრავს იმას, თუ რამდენად დაეკონტაქტებიან საზოგადოების დანარჩენი წევრები უკანტროლო გულყრების მქონე მოზარდს. რეჟიმის დაცვა ხელს უწყობს გულყრების კონტროლს და შესაბამისად გავაღენას ახდენს საზოგადოებრივი აზრის ჩამოყალიბებაზე მათ შესახებ და მათი კომუნიკაბელობის ხარისხზე.

კუპირებული გულყრების მქონე მოზარდებთან ერთ კლასტრშია მოქცეული „პასუხისმგებლობა“ და „სიტუაციის კონტროლი“, „პუნქტუალობა“ და „რეჟიმის დაცვა“; ეს ქვეკლასტერები შეკრულია „თვითკონტროლის“ ცნებით. ყოველივე ეს მიუთითებს, რომ ეპილეფსიის მქონე მოზარდების საერთო ჯგუფის მსგავსად, ეს ცდის მონაწილეები რეჟიმის დაცვას უკავშირებენ სიტუაციის კონტროლს, თვითკონტროლსა და პასუხისმგებლობას, თუმცა საერთო ჯგუფისგან განსხვავებით, რეჟიმის დაცვა არ აღმოჩნდა დაკავშირებული „უსაფრთხოებასთან“. რაც შეეხება „უსაფრთხოებას“, ეს ცნება გამოყოფილია ცალკე კლასტრში „პატიოსნებასთან“ ერთად. ამდენად, იმ მოზარდებისათვის ვისაც მიღწეული აქვს გულყრების კონტროლი რეჟიმის დაუცველობა არ ნიშნავს უსაფრთხოების დაკარგვას. ეს მოზარდები უსაფრთხოებას განიხილავენ უფრო სოციალურ და არა დაავადების კონტექსტში, რაზეც მიუთითებს ამ ცნებასთან პატიოსნების დაკავშირება.

არაკუპირებული გულყრების მქონე მოზარდებთან, ცნება „უსაფრთხოება“ კლასიფიცირებული არ აღმოჩნდა. რაც მიუთითებს იმაზე, რომ ამ ჯგუფის მოზარდთა ცნობიერებაში ეს ცნება არც ერთ სემანტიკურ ველში არ არის გაერთიანებული. მათთვის უსაფრთხოება რთულად მისაღწევი მდგომარეობაა.

კუპირებული გულყრების მქონე მოზარდებთან ცალკე კლასტერშია გაერთიანებული თვითსტიგმატიზაციასთან და სტიგმასთან დაკავშირებული ცნებები: ცნება „დამლა“ აღმოჩნდა დაკავშირებული ცნებებთან „ანტიპათია“, „შეზღუდულობა“, „იმპულსურობა“ და „დამაზიანებელი“. აქედან გამომდინარე, სტიგმატიზაცია განხილულია როგორც ანტიპათიით განპირობებული, იმპულსური და დამაზიანებელი ქცევა, რომელსაც შედეგად მოსდევს შეზღუდვა. ცალ-ცაკლე ქვეკლასტერებშია გაერთიანებული „გალიზიანება“ „ბრაზი“ და „აგრესიულობა“, „დამცირება“ და „დაცინვა“ შემდეგ უერთდება „გარიყულობა“ და ბოლოს ემატება „იმედგაცრუება“, „ნაკლი“ და „სიმახინჯე“. ამ შემთხვევაშიც, სავარაუდოდ, მოიაზრება „სხვების“ დამოკიდებულება, გამოწვეული ისეთი უარყოფითი ემოციებით, როგორცაა ბრაზი და გალიზიანება. ამ დამოკიდებულებას შედეგად მოსდევს იმედგაცრუება და გარიყულობა, რაც უკვე თვითსტიგმატიზაციის შედეგია. კერძოდ, დამცირებისა და დაცინვის შედეგად ეპილეფსიის მქონე მოზარდი გრძნობს თავს გარიყულად, განიცდის იმედგაცრუებას და თავის თავს აფასებს როგორც ნაკლის და სიმახინჯის მატარებელს.

საინტერესოა, რომ კუპირებული გულყრების მქონე მოზარდებმა ცალკე კლასტერში მოათავსეს და ერთმანეთს დაუკავშირეს „პირფერობა“ და „სირცხვილი“. მსგავსად ეპილეფსიის მქონე მოზარდების საერთო ჯგუფის მონაცემებისა, შესაძლოა ეს ჯგუფიც პირფერობად აღიქვამს გარშემომყოფთა პოზიტიურ დამოკიდებულებას. ისინი სავარაუდოდ, თვლიან, რომ პირფერობა ვერ ამცირებს მათი სირცხვილის გრძნობას, რაც შესაძლოა თვითსტიგმატიზაციის ფენომენთან არის დაკავშირებული.

არაკუპირებული გულყრების მქონე მოზარდებმა „დამლა“ გააერთიანეს „ანტიპათიასთან“ და „სიმახინჯესთან“. ამასთან, „დამცირება“, „დაცინვა“ და „სირცხვილი“ ცალკე კლასტერშია ისეთ ცნებებთან, როგორცაა „ნაკლი“, „გარიყულობა“ „იმედგაცრუება“ „პესიმიზმი“, „შემაფერხებელი“ და „პირფერობა“. ამდენად, დამცირება და დაცინვა ამ ჯგუფის მოზარდების მიერ უფრო მწვავედ აღიქმება, იწვევს სირცხვილის, ნაკლოვანების განცდას, რასაც შედეგად მოსდევს გარიყულობა,

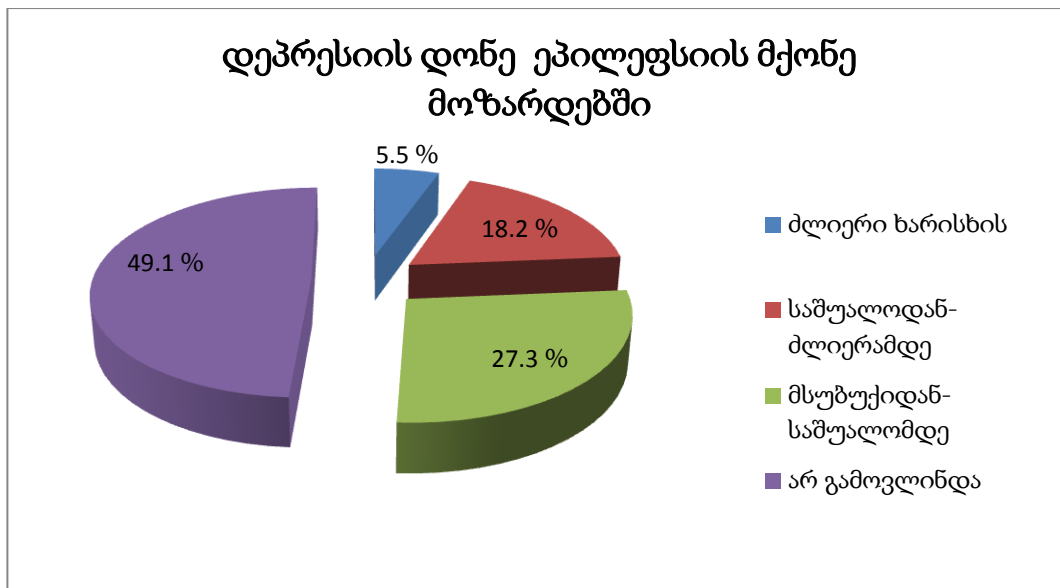
იმედგაცრუება და პასიმიზმი. ყოველივე ეს რა საკვირველია შემაფერხებელია და ისევე როგორც ეპილეფსიის მქონე მოზარდთა საერთო ჯგუფისთვის ასოცირებულია პირფერობასთან. სავარაუდოდ თვითსტიგმატიზაციის გამო, მათ არ სჯერათ გარშემომყოფის პოზიტიური დამოკიდებულებისა. კუპირებული და არაკუპირებული გულყრების მქონე მოზარდებს „დამდასთან“ დაკავშირებული ასოციაციების მსგავსი პატერნი აქვთ.

§5 გუნება-განწყობილების ფაქტორის გავლენა

5.1 დეპრესიის მაჩვენებლები

ისევე როგორც მრავალი სხვა კვლევის შედეგები, მოცემული კვლევის ფარგლებში მიღებული მონაცემები მიუთითებს ეპილეფსიის მქონე პირებთან სხვადასხვა ხარისხით გამოვლენილ დეპრესიულ გუნება-განწყობილებაზე. ჩვენი ვარაუდით, მიღებულ მონაცემებზე მნიშვნელოვან გავლენას უნდა ახდენდეს ისეთი ფაქტორები, როგორცაა სქესი და გულყრის კუპირების ფაქტორი.

ბეკის დეპრესიის სკალის მონაცემების მიხედვით, ეპილეფსიის მქონე მოზარდების 5.5%-ს აღენიშნება ძლიერი ხარისხის დეპრესია, 18.2 %-ს საშუალოდან-ძლიერამდე ხარისხის, 27.3%-ს მსუბუქიდან-საშუალომდე ხარისხის, ხოლო 49.1%-ს დეპრესია არ აღენიშნება (იხ. სურათი 6). ამდენად, პაციენტების საერთო ჯგუფის ნახევარზე მეტს აღენიშნება სხვადასხვა ხარისხის დეპრესია.



სურათი 6.

სქესის ფაქტორის გათვალისწინებით დეპრესიის გამოვლინება ეპილეფსიის მქონე მოზარდებში მოცემულია

სქესი	ძლიერი დეპრესია	საშუალოდან-ძლიერამდე	მსუბუქიდან-საშუალომდე	დეპრესია არ გამოვლინდა
ბიჭები	3.4%	6.9%	24.1%	65.5%
გოგონები	7.7%	30.8%	30.8%	30.8%

ცხრილი 3.

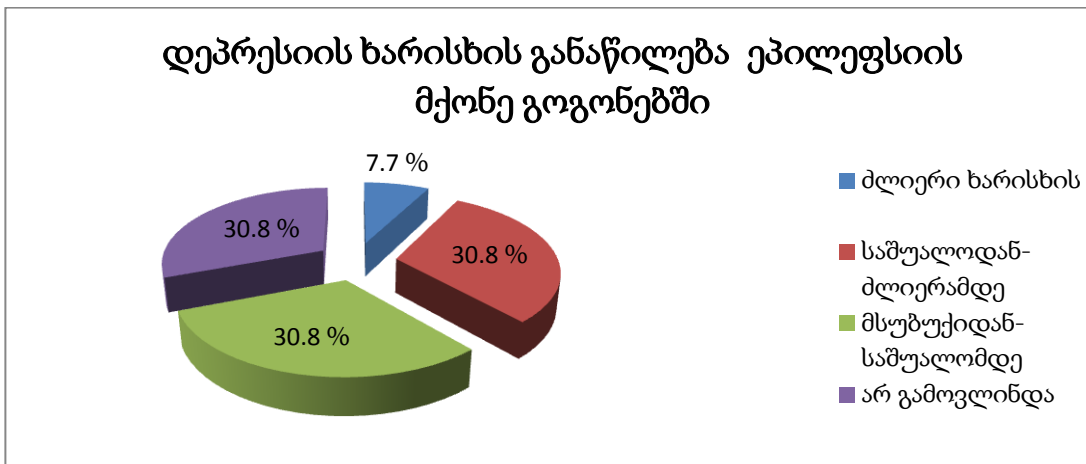
როგორც ცხრილიდან ჩანს, სქესის ფაქტორის გავლენით დეპრესიის ხარისხის გამოვლინების სურათი მნიშვნელოვნად შეცვლილია. კერძოდ, გოგონების მხოლოდ დაახლოებით 31%-ს არ აღენიშნებათ დეპრესია, ბიჭების შემთხვევაში პროცენტული

ავტორის სტილი დაცულია

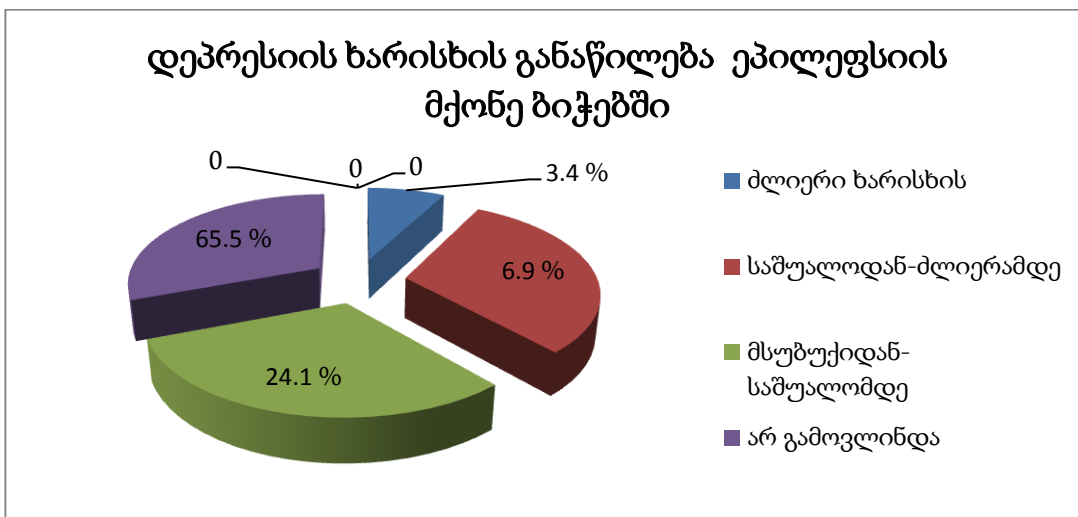
მაია მაჭავარიანი

სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან

მაჩვენებელი გაორმაგებულია და შეადგენს 65.5%-ს (იხ. სურათი 7 და სურათი 8). რაც მიანიშნებს იმაზე, რომ ეპილეფსიის მქონე მოზარდ გოგონებთან დეპრესიული მდგომარეობა გაცილებით ხშირია. მიღებული მონაცემები სტატისტიკურად სანდოა (Pearson Chi-Square =0,039).



სურათი 7.



სურათი 8.

ასევე აღმოჩნდა, რომ ძლიერი ხარისხით დეპრესია 2-ჯერ ხშირად გვხვდება ეპილეფსიის მქონე გოგონებთან და შედგენს 7.7%-ს, ეპილეფსიის მქონე ბიჭებთან შედარებით. მამრობითი სქესის წარმომადგენლებთან ეს მაჩვენებელი აღნიშნება 3.4%-ს. აღნიშნული სხვაობა, სავარაუდოდ უნდა კავშირში იყოს თვითსტიგმატიზაციის ხარისხთანაც (იხ. ცხრილი 4)

სქესი	N	საშუალო	სტანდარტული გადახრა	საშუალოს სტ. შეცდომა
დეპრესია 1	26	3,08	1,093	0.214
2	29	2.21	1.048	0.195

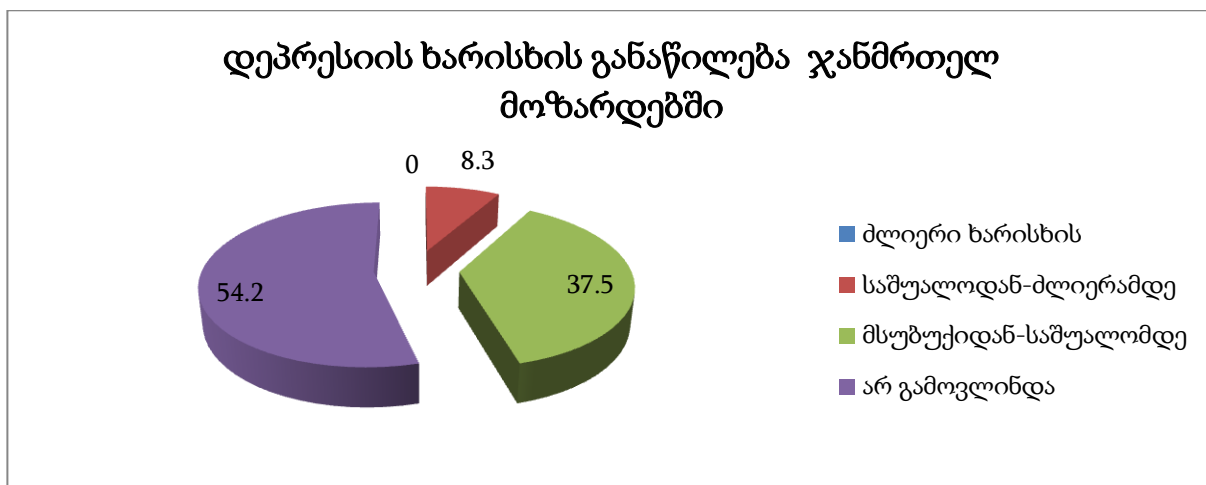
ცხრილი 4

5.2 გულყრის კუპირების ფაქტორის გავლენა დეპრესიის მაჩვენებელზე

როგორც ვივარაუდეთ, აღმოჩნდა, რომ გულყრის კუპირების ფაქტორის მიხედვით დეპრესიის მაჩვენებლები განსხვავებულია. ჯგუფთაშორისი საშუალოთა შედარების ტესტის გამოყენებით გამოვლინდა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი სხვაობა (t-test for Equality of Means, Sig. (2-tailed) = 0,019). რაც ნიშნავს იმას, რომ კუპირებული გულყრების მქონე მოზარდების დეპრესიული მაჩვენებლის საშუალო, მნიშვნელოვნად დაბალია არაკუპირებული გულყრების მქონე მოზარდების საშუალო დეპრესიის მაჩვენებელზე.

5.3 დეპრესიის მაჩვენებლები ჯანმრთელ მოზარდებთან

მოულოდნელად აღმოჩნდა, რომ ჯანმრთელ მოზარდებთან დეპრესიის მაჩვენებლები საკმაოდ მაღალია. კერძოდ, საკონტროლო ჯგუფის 48,8 %-ს აღენიშნება დეპრესიის სხვადასხვა ხარისხი და მხოლოდ 54,2 %-ს არ გამოუვლინდა დეპრესია (იხ. სურათი 9). ცხადია მსუბუქი და ძლიერი დეპრესიის მაჩვენებლების განაწილება ამ ჯგუფში განსხვავებულია ეპილეფსიის მქონე მოზარდების ჯგუფისგან, თუმცა მიღებული პროცენტული მაჩვენებელი ჯანმრთელი მოზარდების შემთხვევაში, ძალიან მაღალია.



სურათი 9

ავტორის სტილი დაცულია

მაია მაჭავარიანი

სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან

ეპილეფსიის მქონე და ჯანმრთელი მოზარდების დეპრესიის მაჩვენებლების შედარება წამოდგენილია ცხრილში 5-ში.

დეპრესიის მაჩვენებლები ჯანმრთელ და ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან				
დეპრესიის ხარისხი	პაციენტები		ჯანმრთელი მოზარდები	ჯამი
დეპრესია არ გამოვლინდა	რაო დენობა	10	13	23
	პროცენტები	18,2 %	27,1%	22,3%
დეპრესიის მსუბუქი ხარისხი	რაო დენობა	17	13	30
	პროცენტები	30,9 %	27,1%	29,1%
დეპრესიის საშუალო ხარისხი	რაო დენობა	15	18	33
	პროცენტები	27,3 %	37,5%	32,0%
მწვავე დეპრესია	რაო დენობა	10	4	14
	პროცენტები	18,2 %	8,3%	13,6%
ჯამი	რაო დენობა	55	48	3
	პროცენტები	100,0%	100,0%	2,9%

ცხრილი 5

ჯგუფთა შორის და ჯგუფსშიდა მიღებული სხვაობა სტატისტიკურად სანდო აღმოჩნდა $\chi^2 = 6.322$; (df - 4; p=0.176)

საკონტროლო ჯგუფისთვის პირსონის $\chi^2 = 8.5$ (df - 3; p=0.37), ხოლო ეპილეფსიის მქონე მოზარდების ჯგუფისთვის $\chi^2 = 1$ (df - 4; p=0.30).

5.4 დეპრესიის ფაქტორის გავლენა ეპილეფსიის მქონე მოზარდების ფსიქოსემანტიკურ კავშირებზე

როგორც ზემოთ აღინიშნა, სავარაუდოა, რომ დეპრესიის მაღალი მაჩვენებლები დაკავშირებული უნდა იყოს ეპილეფსიის მქონე მოზარდების თვითსტიგმატიზაციასთან. კერძოდ, დეპრესიული მოზარდების დენდროგრამაზე გამოვლენილი სემანტიკური კავშირების ხასიათი უნდა იყოს თვისებრივად განსხვავებული არადეპრესიული მოზარდების რეკონსტრუირებული ცნობიერების სურათისგან. ქვემოთ მოყვანილი იქნება ძირითადი კლასტერებისა და მათი შემადგენელი საკვანძო ცნებების განაწილება დეპრესიული გუნება-განწყობილების მქონე და არადეპრესიული მოზარდების დენდროგრამებზე.

დეპრესიული გუნება-განწყობილების მქონე მოზარდებთან ცნება „ოჯახი“ აერთიანებს ცნებებს „ქორწინება“, „სიყვარული“, „შვილი“, „გამრავლება“. ყველა ეს ცნება დაკავშირებულია ცნება „მომავლთან“. აქედან გამომდინარე, დეპრესიის მქონე პაციენტები განხილავენ ოჯახს მომავლის პერსპექტივაში. ამავე დროს, აღმოჩნდა, რომ ამ კლასტერში არ ფიგურირებს ცნება „ბედნიერება“. რაც შესაძლოა ნიშნავდეს, იმას, რომ ამ მოზარდებისათვის ოჯახი არის გამრავლების და შვილების ყოლის წინაპირობა, მაგრამ თავის თავში არ მოიაზრებს ბედნიერებას.

არადეპრესიული მოზარდები „ოჯახის“, „გამრავლების“, „შვილის“ და „სიყვარულის“ ცნებებს უკავშირებენ ცნება „ბედნიერებას“ და „ბედისწერას“. ამ შემთხვევაში ხაზგასასმელია ცნება „ბედნიერების“ კავშირი ოჯახისა და სიყვარული ცნებებთან.

დეპრესიულ მოზარდებთან „ბედნიერება“ მოთავსებულია ერთ კლასტერში დადებითი ნიშნის მქონე ისეთ ცნებებთან როგორცაა „მხიარულება“, „იუმორი“, „ზრუნვა“, „პატივისცემა“, „თანაგრძნობა“ და „მეგობრობა“. რაც თავისთავად მიუთითებს იმ ფაქტზე, რომ დეპრესიული მოზარდისათვის ბედნიერების სწყარო მეგობრული და ემპათიური დამოკიდებულებაა. ამავე კლასტერშია გაერთიანებული „პატივისცემა“, „მხარდაჭერა“, „ზრუნვა“ და „იმედი“. რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს მეგობრული დამოკიდებულების, სოციალური მხარდაჭერისა და ზრუნვის ემოციურ მნიშვნელობას დეპრესიული გუნება-განწყობილების მქონე მოზარდებთან. ხაზგასასმელია, რომ ამავე კლასტერშია გაერთიანებული „ოპტიმიზმი“ და კლასტერს კრავს ცნება „სიძლიერე“. აქედან გამომდინარე, დეპრესიული ეპილეფსიის მქონე მოზარდებისათვის მეტად მნიშვნელოვანია სხვა ადამიანების მხრიდან გამოხატული ზრუნვა და მეგობრული დამოკიდებულება, რაც ოპტიმიზმის და სულიერი სიძლიერის წყაროა. საერთო ჯამში, მათ სიძლიერეს და ოპტიმიზმს ანიჭებთ გარშემომყოფების მხარდაჭერა.

არადეპრესიულ მოზარდებთან „მეგობრობა“ დაკავშირებულია მხოლოდ „სიკეთესთან“ და „თანაგრძნობასთან“. რაც თავისთავად საგულისხმოა, რომ ამ მოზარდებისათვის მეგობრული კავშირები არ არის იგივე სემანტიკისა და მოლოდინების მატარებელი, როგორც დეპრესიული მოზარდების შემთხვევაში. ხოლო ცნება „ოპტიმიზმი“ ცალკე კლასტერშია მოქცეული ცნება „პესიმიზმთან“ და არაფერს არ უკავშირდება.

აღსანიშნავია, რომ დეპრესიულ მოზარდებთან ცნება „სიკეთე“ დაკავშირებული აღმოჩნდა ისეთ ცნებებთან, როგორცაა „კეთილგანწყობა“ და „სინათლე“. რაც თავისთავად საინტერესოა, რადგან არც ეპილეფსიის მქონე და არც საკონტროლო პირების არც ერთი სხვა ჯგუფი რა აერთიანებს ცნება „სინათლეს“ მსგავს ცნებებთან. ცნება „სინათლე“ როგორც წესი, დაჯგუფებულია ცალკე კლასტერში ზოგად ცნებებთან,

როგორცაა „სიბნელე“, „დღე“ „ღამე“ და არ არის დაკავშირებული ემოციური ან სოციალური შინაარსის მატარებელ ცნებებთან.

ერთ-ერთი ცენტრალური კონსტრუქტი „ბედისწერა“ მოთავსებული ცალკე კლასტერში და დაკავშირებულია ცნებებთან „წარსული“, „უმცირესობა“ და „უმრავლესობა“. დეპრესიული ეპილეფსიის მქონე მოზარდების ცნობიერებაში, სავარაუდოდ, მათი ცხოვრება შესაძლოა არ არის მათზე დამოკიდებული, კერძოდ, სად იქნებიან – უმრავლესობაში თუ უმცირესობაში, ნაკლებად ხედავენ მომავალს. არადეპრესიულ მოზარდებთან, როგორც უკვე აღინიშნა ზემოთ, ცნება „ბედისწერა“ დაკავშირებულია ოჯახის კლასტერთან.

განსაკუთრებით ხაზგასამელია ფაქტი, რომ ცნება „პესიმიზმი“ დეპრესიული პაციენტების შემთხვევაში დაკავშირებულია ცნებებთან „დამლა“ „პირფერობა“, „იმპულსურობა“, „ანტიპათია“ და „სიმახინჯე“. რაც უნდა ნიშნავდეს იმას, რომ პესიმისტური განწყობილება სტიგმატიზაციის და თვითსტიგმატიზაციის შედეგია! ამავე კლასტერშია ცნება „ნაკლი“, რომელიც უკავშირდება „გარიყულობას“, „დამცირებას“ და „დაცინვას“. ამ ცნებებს შემდეგ უკავშირდება „სირცხვილი“, „სიმორცხვე“ „დაბნეულობა“, „გალიზიანება“ და „ბრაზი“. ნათლად ჩანს, რომ აღნიშნული ქვეკლასტერი აღწერს სტიგმატიზაციათან და თვითსტიგმატიზაციისთან დაკავშირებულ განცდებს დეპრესიულ მოზარდებთან. ამ ქვეკლასტერებს ცალკე ემატება ცნებები „აგრესიულობა“ და „იმედგაცრუება“. ამდენად, სტიგმატიზაციას მოსდევს სირცხვილის განცდა და მასთან დაკავშირებული ნეგატიური ემოციები, როგორცაა გალიზიანება, ბრაზი. ამ განცდების შედეგია უკვე აგრესიულობა და იმედგაცრუება. მოულოდნელია, რომ ამ ქვეკლასტერს კრავს ცნება „სიზარმაცე“. შესაძლოა ამ ჯგუფის მოზარდები თვლიან, რომ გარიყულობა და იმედგაცრუება, რაც ნაკლის შედეგია და იწვევს სიბრაზეს და გალიზიანებას, სიზარმაცესთან, პასიურობასთანაა კავშირში.

არადეპრესიული მოზარდების შემთხვევაში სტიგმატიზაციას აღწერს ცალკე კლასტერი, სადაც გვხვდება ტიპური სურათი: ცნება „დამლა“ დაკავშირებულია

ცნებებთან „დამცირება“, „დაცინვა“ „გარიყულობა“, და „იმედგაცრუება“, შემდეგ ამას უერთდება ცნებები „ნაკლი“, „სიმახინჯე“ და „ანტიპათია“.

რაც შეეხება ცნებებს „გალიზიანება“, „ბრაზი“ და „აგრესიულობა“ ამ ჯგუფის მოზარდებთან ეს ცნებები დაკავშირებულია „შეზღუდულობასთან“ და „მაიძულებელთან“ ცალკე კლასტერში. აქედან გამომდინარე, აღნიშნული ცნებები არადეპრესიული პირებისათვის განსხვავებული სემანტიკის მატარებელია და შესაბამისად, მოთავსებულია განსხვავებულ სემანტიკურ ველში. კერძოდ, მათთვის სიბრაზეს და გალიზიანებას იწვევს მათი მდგომარეობის იძულებითი და შემზღუდველი ხასიათი.

არადეპრესიული მოზარდების დენდროგრამაზე, ცნება „პირფერობა“ არ აღმოჩნდა დაკავშირებული სტიგმატიზაციის და თვითსტიგმატიზაციის აღმწერ კლასტერთან, არამედ დაჯგუფდა სხვა კლასტერში ცნებებთან „იმპულსურობა“, „მორჩილება“ და „სიმკაცრე“. ამ ჯგუფის მოზარდებისთვის გარშემომყოფთა პოზიტიური დამოკიდებულება ნაკლებად იწვევს ეჭვებს მათი გულწრფელობის შესახებ, რაც თვითსტიგმატიზაციის ნაკლებ ხარისხზე მიუთითებს.

დეპრესიული გუნება-განწყობილების მქონე პირების შემთხვევაში ცალკეა დარჩენილი ცნება „კომუნიკაბელობა“. მაშასადამე, აღნიშნული სიტყვა ვერ მოთავსდა ვერც ერთ სემანტიკურ ველში და დარჩა ამოვარდნილი რეკონსტრუირებული ცნობიერების საერთო კონტექსტიდან. ასევე არ აღმოჩნდა კლასიფიცირებული ცნება „ბრძოლა“. ეს ფაქტი მეტად საყურადღებოა, რადგან ნათლად გამოხატავს ამ ჯგუფის მოზარდების პასიურ და პესიმისტურ განწყობილებას, ასევე ჩაკეტვის და იზოლირების ტენდენციას.

არადეპრესიულ პირებთან ცნება „ბრძოლა“ დაკავშირებული აღმოჩნდა ცნებებთან „მსხვერპლი“, „დამაზიანებელი“, „მწუხარება“, „მტანჯველი“ და „ტრაგიკულობა“, ცალკე ქვეკლასტერშია მოცემული „შიში“, „საშიში“ და „სიკვდილი“. აღნიშნული კლასტერი აღწერს ნეგატიურ ემოციებს და მათთან დაკავშირებულ შინაარსებს.

არადეპრესიული მოზარდებისთვის მნიშვნელოვანია აქტიური პოზიცია და ბრძოლა იმასთან, რაც დამაზიანებელია, მწუხარების და ტანჯვის მომტანია.

არადეპრესიულ მოზარდებთან ცალკე გამოიყო ერთ ნეიტრალურ კლასტერად ცნებები „მომავალი“ და „წარსული“. ამ ცნებების ცალკე კლასტერში გაერთიანება შეიძლება მიუთითებდეს იმაზე, რომ მოცემული ჯგუფისათვის დანარჩენი ცნებები არ განიხილება დროით კონტექსტში.

დეპრესიული მოზარდების შემთხვევაში, ცნება „ადამიანი“ დაკავშირებულია „სიმხნევესთან“, „სიცოცხლესთან“, „ჯანმრთელთან“ და მოცემულ კლასტერს კრავს ცნება „იმედი“. ფაქტიურად ჩამოთვლილია ყველა ის ცნება რომლებიც ახასიათებს, ჯანმრთელ, იმედითა და სიცოცხლით სავსე ადამიანს და რაც ნაკლებად არის დამახასიათებელი დეპრესიული მოზარდებისათვის; თუმცა მათთვის მნიშვნელოვანია, რომ ადამიანს ჰქონდეს იმედი და სიმხნევე ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით.

არადეპრესიულ მოზარდებთან ცნება „ადამიანი“ აღმოჩნდა ერთ კლასტერში „სიცოცხლის“, „სიცოცხლისუნარიანობის“ და „ჯანმრთელის“ ცნებებთან. ამდენად, არადეპრესიული მოზარდები არ უკავშირებენ ამ ცნებას „სიმხნევისა“ და „იმედის“ ცნებებთან.

დეპრესიული მოზარდებისთვის ცნება „განსხვავებულობა“ ასოცირდება „წარმატებულობის“, „მოხერხებულობის“, და „იღბლიანობის“ ცნებებთან. ამავე კლასტერშია გაერთიანებული „გამორჩეულობა“, „თავის წარმოჩენა“, „აქტიურობა“ „სწავლა“, „განათლება“ და „პროფესია“. მოცემული ცნებების გაერთიანება ერთ კლასტერში ლოგიკურია მოცემული ჯგუფის გუნება-განწყობილების გათვალისწინებით. დეპრესიული ადამიანისათვის აქტიური, მოხერხებული, იღბლიანი მუდამ ყურდლების ცენტრში მყოფი და წარმატებული ადამიანი განსხვავებულია და გამორჩეული. ფაქტიურად კლასტერი აღწერს იმ მოცემულობას, რომელიც დეპრესიის მქონე პირისთვის უცხოა და არ არის ჩვეული, მაგრამ საოცნებოა. სწავლა-განათლება და პროფესია, ამ შემთხვევაში, სავარაოდოდ, წამატების მიღწევის საშუალება უნდა იყოს.

არადეპრესიულ პირებთან „განსხვავებულობა“ დაჯგუფებული აღმოჩნდა „შრომისუნარიანობასთან“ და იერთებს ცნებებს „პირველობა“ და „სიძლიერე“. შესაბამისად, ამ ჯგუფის მონაცემებით, იყო განსხვავებული, ნიშნავს იყო ძლიერი და პირველი.

რაც შეეხება ცნებას „აქტიურობა“, არადეპრესიულ მოზარდებთან, ეს ცნება დაკავშირებულია „მოხერხებულობასთან“ და „სითამამესთან“. ამავე სემანტიკურ ველში მოხვედრილია ცნებები „პასუხისმგებლობა“, „წინდახედულება“, „მიზანსწრაფულობა“, „თავდაჯერებულობა“, „მოტივირებულობა“, უფრო ზოგად დონეზე ემატება „დამოუკიდებლობა“, ყველა ამ ცნებას კრავს „იღბლიანობა“. მოცემული კლასტერი აღწერს დამოუკიდებელ, აქტიურ მიზანსწრაფულ ადამიანს, რომელსაც გააჩნია ბრძოლის უნარი, პასუხისმგებლობა, მოხერხება და სითამამე. ამ ჯგუფის წარმოდგენით, სწორედ ასეთ ადამიანებს აქვთ იღბალი.

დეპრესიული პირები ერთ სემანტიკურ ველში ათავსებენ რამდენიმე საყრდენ კონსტრუქტს: „საზოგადოების აზრი“, „ფული“, „ძალაუფლება“. ამავე კლასტერშია მოხვედრილი „კონკურენცია“, „შრომისუნარიანობა“, „მაღალანაზღაურება“, „დაწინაურება“, „პრესტიჟი“ და „ავტორიტეტულობა“. ამ მონაცემებიდან ჩანს, რომ აღნიშნული კლასტერი აღწერს საზოგადოებაში დამკვიდრებულ, ავტორიტეტულ ადამიანს, რომელიც გამოირჩევა შრომისუნარიანობით, კონკურენციის გაწვევის უნარით, აქვს ფული, ძალაუფლება და პრესტიჟი. კლასტერს კრავს ცნებები „წაგება“ და „მოგება“, რაც ასევე კონკურენტული გარემოს განუყოფელი ნაწილია.

აღნიშნული კონსტრუქტები განსხვავებულად არის წარმოდგენილი არადეპრესიულ მოზარდებთან. კერძოდ, ცნებები „ძალაუფლება“ და „ფული“ გაერთიანებულია „სწავლასთან“, „განათლებასთან“, „გონიერებასთან“, რაც შედეგად იწვევს „დაწინაურებას“, „მაღალანაზღაურებას“ და „წარმატებულობას“, ბოლოს კლასტერს აგვირგვინებს „პროფესია“. ფაქტიურად, ცნება პროფესია გამოდის ამ კლასტერის ცენტრალური კონსტრუქტი, რომლის გარშემოც ერთიანდება ზემოთ აღნიშნული

ავტორის სტილი დაცულია

მაია მაჭავარიანი

სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან

ცნებები. პაციენტების ამ ჯგუფისათვის ეს არის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი კონსტრუქტი, რომელიც არის ეგო-ს სოციალური მარკერი - ვინ ვარ მე. ამ ჯგუფის მოზარდები ცნებებს „წაგება“, „მოგება“ და „კონკურენცია“ ცალკე კლასტერად გამოყოფენ.

დეპრესიული მოზარდები ერთ სემანტიკურ ველში ათავსებენ ცნებებს „დამოუკიდებლობა“, „პუნქტუალობა“ და „პრინციპულობა“. უფრო ზოგად დონეზე ამ გაერთიანებას ემატება „მოტივირებულობა“ „მიზანსწარფულობა“, „წინდახედულება“, „თვითკონტროლი“, ამ გაერთიანებას ემატება „სიცოცხლისუნარიანობა“ და „უსაფრთხოება“. ცალკე ქვეკლასტერშია „სითამამე“ და „გონიერება“. კლასტერიდან ჩანს, რომ ამ ჯგუფის მოზარდებისთვის უსაფრთხოება დაკავშირებულია სიცოცხლისუნარიანობასთან, ასევე ცნებებთან სითამამე და გონიერება, რომლებიც თითქოს აბალანსებს ერთმანეთს და ლოგიკურია, რომ ამ ცნებებთან დაკავშირებული არის თვითკონტროლი და წინდახედულება. აღნიშნული ცნებების გაერთიანება გამოხატავს ამ ჯგუფის მოლოდინებს უსაფრთხოებასთან დაკავშირებით. ამ მოზარდების შეხედულებით დამოუკიდებელი, გონივრულად თამამი, წინდახედული ადამიანი უნდა გრძნობდეს თავს დაცულად.

არადეპრესიულ მოზარდებთან ცნება „უსაფრთხოება“ განხილულია განსხვავებული შინაარსის კონტექსტში. ეს ცნება ასოცირებული ცნებებთან „უმცირესობა“ „უმრავლესობა“ და „საზოგადოების აზრი“. ამდენად, ამ ჯგუფის მოზარდებისთვის უსაფრთხოების განცდა, როგორც ჩანს, მნიშვნელოვნად განპირობებულია საზოგადოების აზრით.

კიდევ ერთი ცენტრალური კონსტრუქტი „რეჟიმის დაცვა“ დეპრესიული მოზარდების შემთხვევაში დაკავშირებულია ცნებებთან „პასუხისმგებლობა“, „სიტუაციის კონტროლი“, „თავდაჯერებულობა“. მათთვის რეჟიმის დაცვა მოიაზრებს სიტუაციის კონტროლს და არ არის განხილული დაავადების კონტექსტში; ის უფრო განიხილება საკუთარი პასუხმგებლობისა და სიტუაციის მართვის კონტექსტში.

არადეპრესიულ მოზარდებთან რეჟიმის დაცვა დაკავშირებული აღმოჩნდა ცნებებთან „თვითკონტროლი“ და „სიტუაციის კონტროლი“, რაც უფრო მეტად ეპილეფსიის მქონე მოზარდების საერთო ჯგუფისათვის დამახასიათებელ სურათს ჰგავს.

დეპრესიული მოზარდების დენდროგრამაზე „შფოთვა“ მოხვედრილია ნეგატიური ემოციების სხვა აღმწერ ცნებებთან ერთ კლასტერში. ამ კლასტერში გაერთიანდა ცნებები „შიში“, „სამიში“, „უმწეობა“, „შემაფერხებელი“ და „შეზღუდულობა“. ცნობილი ფაქტია, რომ ეპილეფსიის მქონე პირებთან ყველაზე ხშირი კომორბიდული მდგომარეობებია შფოთვა და დეპრესია. უფრო მეტიც, ხშირად ეს ორი მდგომარეობა ერთდროულად არის გამოვლენილი. ეს შესაძლოა ერთი მხრივ იყოს გამოწვეული მაღალი კომორბიდობით, ხოლო მეორე მხრივ, იმ საერთო ნეგატიური აფექტური სიმპტომატიკით, რაც დამახასიათებელია ორივე მდგომარეობისთვის (Oh-Young Kwon, 2014). ამდენად, სავარაუდოა, რომ დეპრესიულ მოზარდებს ასევე აღენიშნებოდეთ მომატებული შფოთვა, რასაც თავად მოზარდები უკავშირებენ უმწეობის, შიშის განცდებს და აღწერენ როგორც შემზღუდავ და შემაფერხებელს.

არადეპრესიულ მოზარდებთან „შფოთვა“ დაკავშირებული აღმოჩნდა დაავადების აღმწერ ცნებებთან. კერძოდ, ამ კლასტერში გაერთიანებულია ცნებები „კლინიკა“, „სამედიცინო პერსონალი“, „ექიმი“, „ავადმყოფი“. ეს ქვეკლასტერი დაკავშირებულია „ეპილეფსიასთან“, „გულყრასთან“ და „განკურნებადთან“. შემდეგ ქვეკლასტერში წარმოდგენილია ცნებები „განუკურნებელი“, „უნარშეზღუდულობა“ და „უმვილობა“. მოცემული კლასტერი აღწერს მოზარდების ამ ჯგუფის მიერ საკუთარი დაავადების ემოციურ აღქმას. მონაცემების იხედვით, მოზარდთა ამ ჯგუფს გამოუვლლინდა ამბივალენტური წარმოდგენა განკურნებასთან დაკავშირებით. ერთი მხრივ „გულყრასთან“ დაკავშირებულია ცნება „განკურნებადი“, ხოლო მეორე მხრივ, ამავე კლასტერშია გაერთიანებული ცნებები „განუკურნებელი“ და „უნარშეზღუდულობა“; სწორედ ამ შინაარსებთან აღმოჩნდა დაკავშირებული „უმვილობა“. შემდეგ

ქვეკლასტერში მოცემულია ცნებები „შფოთვა“ და „ბნედა“. შესაძლოა ეს ამბივალენტობაა შფოთვის წყარო. ყოველ შემთხვევაში, მიღებული კლასტერიდან ცხადია, რომ დაავადებას და მასთან დაკავშირებულ სიტუაციას არადეპრესიული მოზარდები შფოთვას უკავშირებენ.

დეპრესიულ მოზარდებთან დაავადების აღმწერი ცნებები შემდეგნაირად არის დაკავშირებული: ცალკე კლასტერია „სამედიცინო პერსონალი“, „ექიმი“, „კლინიკა“. ამ კლასტერში შედიც შედარებით პატარა ქვეკლასტერი „ეპილეფსია“, „ავადმყოფი“, „გულყრა“ და ამ გაერთიანებას უკავშირდება ცნება „ განუკურნებელი“. ამ კლასტერადან ჩანს, რომ დეპრესიული მოზარდებისთვის გულყრა და ეპილეფსია ცალსახად განუკურნებელი დაავადებაა; ეს ხაზს უსვამს ამ პაციენტების პესიმისტურ და დეპრესიულ განწყობას. საინტერესოა, რომ ცალკე კლასტერად არის გამოყოფილი ცნებები „განკურნება“ და „ბნედა“, ეს კლასტერი უფრო ზოგად დონეზე უკავშირდება ცნებებს „ექიმი“ და „კლინიკა“. საყურადღებოა, რომ ეპილეფსიის მქონე მოზარდების საერთო ჯგუფში გამოვლინდა საპირისპირო სურათი – „გულყრა“ დაკავშირებული აღმოჩნდა განკურნებადთან, ხოლო „ბნედა“ შფოთვასთან და განუკურნებელთან.

§6 შედეგების ინტერპრეტაცია

მოცემული კვლევის შედეგების განხილვა სტიგმისა და თვითსტიგმატიზაციის სხვადასხვა მოდელის ჩარჩოში იქნებოდა შესაძლებელი. როგორც უკვე აღინიშნა, ადამიანის შემეცნებითი პროცესებისათვის დამახასიათებელია ობიექტების, მოვლენებისა და საზოგადოების წევრების კატეგორიებად დაყოფა. ჩვენ მიერ სამყაროს აღქმა ემყარება ისეთ კოგნიტურ პროცესებს, როგორიცაა კატეგორიზაცია (მოვლენების

ან ადამიანების გარკვეული თვისებების, მათი წარმოშობის და სხვა ნიშნების მიხედვით), განზოგადება (უკვე გამოყოფილი ჯგუფების უფრო დიდ ჯგუფებში გაერთიანება, რაიმე საერთო ნიშნის საფუძველზე), ან უფრო მცირე ქვეჯგუფების გამოყოფა, დაქვემდებარების სისტემების შექმნა, სადაც გამოყოფილია დომინანტური და დაქმვემდებარებული ერთეულები, ან ჯგუფები და ა.შ. ამდენად, ადამიანების დაყოფა ჯგუფებად (ქალები და მამაკაცები, ჯანმრთელები და ავადმყოფები, ბავშვები და მოზარდილები და ა.შ) ადამიანის აზროვნებისათვის დამახასიათებელი ბუნებრივი პროცესია, რომელიც ეხმარება ადამიანს სოციალური გარემოს ორგანიზებაში. აღნიშნულ პროცესს შედეგად მოსდევს სტერეოტიპიზაცია. ეს უკანასკნელი კი, მოიაზრებს ცალკეული კატეგორიისათვის გარკვეული სტერეოტიპებისა და ცრურწმენების მიწერას. სტერეოტიპები (ბერძ.stereos - მყარი, typos -ანაბეჭდი) წარმოადგენს ადამიანების გარკვეულ ჯგუფებთან დაკავშირებულ განზოგადებას, რომლის საფუძველზეც გარკვეული მახასიათებლები მიეწერება მთელ ჯგუფს. ცრურწმენები არის წინასწარ დასწავლილი დამოკიდებულებები სამიზნე ობიექტის მიმართ, რომელიც მოიცავს ნეგატიურ გრძნობებს (არმოწონება და შიში), ნეგატიურ შეხედულებებს, რომლებიც ამართლებენ არსებულ დამოკიდებულებებს და ქცევით განზრახვებს. (გერიგი, 2009).

ჩვენი კვლევის სამიზნე პოპულაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებია. მოცემული ნევროლოგიური მდგომარეობა, როგორც უკვე აღინიშნა, ხასიათდება თვალსაჩინო გამოვლინებებით (ეპილეფსიური გულყრებით) და მსოფლიოს პრაქტიკულად ყველა საზოგადოებაში, მათ შორის ქართულ პოპულაციაშიც, შეჭიდულია სხვადასხვა სტერეოტიპებსა და ცრურწმენებთან. ეპილეფსიას, ხშირად ახლავს კომორბიდული მდგომარეობები დეპრესიისა და შფოთვის სახით. ამ დაავადების მქონე პირები, განიცდიან სტიგმატიზაციის საზოგადოების სხვა წევრების მხრიდან და შედეგად, იმყოფებიან მუდმივი ზეწოლისა და სტრესის პირობებში. სამიზნე პოპულაციის აღნიშნული თავისებურებების გათვალისწინებით, მოცემული კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემების განხილვისათვის ყველაზე მეტად შესატყვისად მიგვაჩნია „დარღვეული იდენტობის მოდელის“ გამოყენება.

მიღებული შედეგებიდან ჩანს, რომ ეპილეფსიის მქონე მოზარდები განიცდიან სტიგმის ზეგავლენას. უფრო მეტიც, ეპილეფსიის მქონე მოზარდთა საერთო ჯგუფის მონაცემების დამუშავებისას, თვითსტიგმატიზაცია გამოიყო როგორც ცალკე კლასტერი. სტიგმით გამოწვეული იდენტობის საფრთხის მოდელის მიხედვით, სტიგმა არის სტრესის წყარო. სტრესის ზეგავლენით კი, ეპილეფსიის მქონე მოზარდების ფიზიკური, კოგნიტური და ემოციური კეთილდღეობა შეიძლება დაირღვეს. დარღვეული იდენტობის მოდელის მიხედვით, ეპილეფსიის მქონე პირისთვის ძირითადი სტრესორებია კოლექტიური სტერეოტიპები, სიტუაციური მიმანიშნებლები და ინდივიდუალური მახასიათებლები.

კოლექტიური სტერეოტიპები

ეპილეფსიის დიაგნოზთან დაკავშირებული კოლექტიური სტერეოტიპების გავლენა კარგად ჩანს ისეთი კლასტერებიდან როგორცაა „ადამიანი“, რომელშიც ცნებების „სიცოცხლე“, „სილამაზე“, „მომხიბვლელობა“ და „ჯანმრთელობა“ მიმართებები ასახავს გავრცელებულ შეხედულებას, რომ ჯანმრთელი ადამიანი ლამაზია და მომხიბვლელი. საიდანაც ლოგიკურად გამომდინარეობს, რომ დაავადების მქონე პირი ვერ განიხილება, როგორც ლამაზი და მომხიბვლელი. შესაბამისად, ეპილეფსიის მოზარდისათვის საკუთარი თავის მიკუთვნება არაჯანმრთელი პირების კატეგორიისადმი მნიშვნელოვან გავლენას უნდა ახდენდეს მის თვითშეფასებაზე!

ორივე სქესის ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან „ოჯახის“ ცნება დაკავშირებულია „გამრავლების და „შვილის“ ცნებებთან. აღნიშნული კავშირი, სავარაუდოდ ასახავს ქართულ საზოგადოებაში დამკვიდრებულ შეხედულებას, რომ ოჯახი შვილის გარეშე ოჯახი არ არის.

კოლექტიური სტერეოტიპების ზეგავლენა ასევე თვალსაჩინოა „ავადობის“ კლასტერში. კერძოდ, კლასტერში სადაც თავმოყრილია პაციენტის დაავადების აღმწერი ცნებები, გაერთიანებული აღმოჩნდა „უშვილობის“ და „უნარშეზრუდულობის“ ცნებები.

აღნიშნული მიმართებები ასახავს საზოგადოებაში გავრცელებულ მოსაზრებას ეპილეფსიის მქონე პირისთვის შვილის ყოლის შესაძლებლობების მიზეზ-შედეგობრივი კავშირის თაობაზე. კოლექტიური სტერეოტიპების გავლენა განსაკუთრებით კარგად ჩანს სხვადასხვა სქესის ეპილეფსიის მქონე მოზარდების დენდროგრამებში. კერძოდ, გოგონებთან იკვეთება პათოსნების, მორჩილების სტერეოტიპების ზეგავლენა. ასევე მიღებული შედეგების მიხედვით, გოგონები წარმატებას განიხილავენ როგორც არა პირად მიღწევას, არამედ გამართლების, იბლიანობის შედეგს. ეს ასევე უნდა გამომდინარეობდეს სქესობრივ განსხვავებთან დაკავშირებული კოლექტიური სტერეოტიპებიდან - მამაკაცები *აღწევენ* წარმატებას, ხოლო ქალებს *უმართლებთ*.

ამრიგად, ეპილეფსიის მქონე მოზარდებისათვის მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა ისეთი კოლექტიური სტერეოტიპები, როგორცაა ოჯახის შექმნა და შვილების ყოლა, ეს სტერეოტიპი, ბუნებრივია, დაკავშირებულია სხვა არანაკლებ მნიშვნელოვან სტერეოტიპთან – ეპილეფსიის დიაგნოზი კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს შვილოსნობას. ამდენად, ეპილეფსიის მქონე მოზარდისათვის ეპილეფსიის დიაგნოზი ნიშნავს შემდეგ საფრთხეებს: უშვილობა, ოჯახის შექმნის პრობლემები, თვითშეფასების დაქვეითება (არ ვარ ჯანმრთელი- არ ვარ მომხიბლელი).

სიტუაციური მიმანიშნებლები

სიტუაციური მიმანიშნებლებიდან ყველაზე მნიშვნელოვანია დისკრიმინაცია. მოცემულ შემთხვევაში, ეს ისეთი სიტუაციებია, სადაც ეპილეფსიის მქონე პირი მწვავედ აღიქვამს თავის განსხვავებულობას. მიღებული მონაცემებიდან ჩანს, რომ ეპილეფსიის მქონე მოზარდებისათვის მკაფიო და თვალსაჩინოა მათი განსხვავებულობა, რაც კარგად არის აღწერილი კლასტერში „საზოგადოებაში ფსიქოლოგიური თვითდამკვიდრება“. ამ დიაგნოზის მქონე პაციენტებისათვის დისკრიმინაციის საფრთხე არსებობს მრავალ სიტუაციაში, დაწყებული ანტიკონვულსანტების მიღების აუცილებლობით, გარკვეული

შეზღუდვებით (ავტომობილის ტარება, ცურვა და სხვა), განსაკუთრებული რეჟიმით და დამთავრებული ოჯახის წევრებისა და ახლო გარემოცვის ჰიპერმზუნველობით.

ინდივიდუალური მახასიათებლები

ამ ფაქტორში გაერთიანდება ეპილეფსიის მქონე მოზარდების ისეთი საერთო მახასიათებლებიც, როგორცაა ეპილეფსიის დიაგნოზი და გულყრის განვითარების ალბათობა, რაც განასხვავებს ამ მოზარდებს ჯანმრთელი მოზარდებისგან. ეპილეფსიის დიაგნოზი თავის თავში მოაზრებს დისკრიმინაციას და სტიგმას. ხოლო გულყრის განვითარების საშიშროება კიდევ უფრო ამწვავებს საკუთარი „განსხვავებულობის“ განცდას. ამ ფაქტორის გავლენით ეპილეფსიის მქონე მოზარდს აქვს დისკრიმინაციის და სტიგმატიზების მუდმივი მოლოდინი, რაც იწვევს მოსალოდნელი საფრთხის გადაფასებას. გარდა ამისა, ეპილეფსიის მქონე მოზარდი, აცნობიერებს რა შემოთაღნიშნულ სტრესორებს, ითავისებს და იზიარებს საზოგადოებაში გავრცელებულ კოლექტიურ მოსაზრებებს, რაც საფუძვლად ედება თვითსტიგმატიზაციას. მიღებული მონაცემები ცხადყოფს, რომ ეპილეფსიის მქონე მოზარდები ახდენენ თვითდისკრიმინაციას, აქვთ დაბალი თვითშეფასება და რცხვენიათ საკუთარი დიაგნოზის. ეპილეფსიის მქონე მოზარდების დენდროგრამაზე ცალკეა გამოყოფილი კლასტერი „თვითსტიგმატიზაცია“, საიდანაც ჩანს, რომ თანასწორ დამოკიდებულებასაც ეპილეფსიის მქონე მოზარდები განიხილავენ როგორც უარყოფით დამოკიდებულებას - აღიქვამენ პირფერობად.

კოლექტიური სტერეოტიპების, სიტუაციური მიმანიშნებლებისა და ინდივიდუალური მახასიათებლების ზეგავლენით, ეპილეფსიის მქონე მოზარდები იმყოფებიან საფრთხის მუდმივ მოლოდინში და, ამდენად განიცდიან შემოთჩამოთვლილი სტრესორების მუდმივ ზეწოლას.

სტრესის ზემოქმედება საფრთხეს უქმნის ეპილეფსიის მქონე მოზარდების სოციალურ იდენტობას. კვლევის მონაცემების ანალიზიდან ჩანს იდენტობის დარღვევის საფრთხის ყველა ტიპი, რომელიც მოიაზრება მოცემული მოდელით.

კერძოდ, **კატეგორიზაციის საფრთხე** - საზოგადოების დაყოფა კრიტერიუმებით: ჯანმრთელი - არაჯანმრთელი. ეპილეფსიის მქონე მოზარდისათვის საკუთარი დიაგნოზის გამხელა ნიშნავს იძულების წესით ეპილეფსიის მქონე პირების ჯგუფის იდენტობის მორგებას, რაც თავისთავად, გულისხმობს იმასაც, რომ ეს იდენტობა საზოგადოების ჯანმრთელი პირების თვალში (რეალურად, თუ ეპილეფსიის მქონე მოზარდის წარმოდგენით) გაუფასურებულია, არ არის ღირებული. შესაბამისად, ამ შემთხვევაში, ეპილეფსიის მქონე მოზარდი თავისდაუნებურად ხვდება სტიგმატიზებული პირების რიგებში. ეპილეფსიის მქონე მოზარდისათვის მუდმივად არსებობს **განსხვავებულობის საფრთხე**. რაც შესაძლოა იყოს პრეპარატის მიღების აუცილებლობა, განსაკუთრებული რეჟიმი, გულყრის განვითარების ალბათობა, დაავადების თავისებურებებიდან გამომდინარე სხვადასხვა შეზღუდვები, რაც განასხვავებს მას ჯანმრთელი თანატოლებისგან. ეპილეფსიის მქონე მოზარდების დენდროგრამის ანალიზიდან ნათელია, რომ ამ ჯგუფის კვლევის მონაწილეებს აქვთ **მიუღებლობის საფრთხის** გამწვავებული აღქმა: მაგ. მიაჩნიათ რომ ეპირფერებიან, განსაკუთრებულად არის გამოხატული მეგობრობის და მხარდაჭერის მოთხოვნილება; ასევე მონაცემების ანალიზიდან გამომდინარე, ეპილეფსიის მქონე მოზარდები საკუთარ თავს განიხილავენ როგორც თანაგრძნობის ობიექტს და არა სუბიექტს.

იდენტობის საფრთხის ერთ-ერთი ყველაზე თვალსაჩინო გამოვლინებაა **სტერეოტიპის საფრთხე**. ამ შემთხვევაში, დაავადების მქონე პირს უვითარდება ემოციური, ქცევითი და კოგნიტური პასუხები არა ობიექტურად გამოვლენილ ქცევაზე (დისკრიმინაცია), არამედ მოსალოდნელი ქცევის საპასუხოდ. ეპილეფსიის მქონე მოზარდები აცნობიერებენ ამ დაავადებასთან დაკავშირებულ სტერეოტიპებს და სჯერათ, რომ მათი სოციალური იდენტობა საფრთხეშია. ასეთ ვითარებაში სტრესზე საპასუხო რეაქცია აღიძვრება ყოველგვარი ობიექტური სტრესორის გარეშე. სტრესზე საპასუხო რეაქციების ორივე ტიპი – გაქცევის და შებრძოლების რეაქციები გამოვლინდა ეპილეფსიის მქონე ბიჭებისა და გოგონების დენდროგრამების შედარების შედეგად.

კერძოდ, აღმოჩნდა, რომ გოგონებისათვის გაქცევის რეაქცია, ხოლო ბიჭებისთვის კი შებრძოლების რეაქციაა დამახასიათებელი.

საფრთხის აღნიშნული ტიპების გამოვლენა ეპილეფსიის მქონე მოზარდების რეკონსტრუირებულ სემანტიკურ სივრცეში მიანიშნებს იმ ფაქტზე, რომ ამ დაავადების მქონე მოზარდები სოციალური იდენტობის დარღვევის მუდმივ მოლოდინში არიან და აქედან გამომდინარე, მუდმივი დისტრესის მდგომარეობაში იმყოფებიან.

ზემოთმოყვანილი საფრთხის ტიპების მოლოდინი და გამოვლინების ალბათობის შეფასება, დარღვეული იდენტობის საფრთხის მოდელის მიხედვით არის პირველადი შეფასების პროცესი. პირველად შეფასებას, შემდგომ მოსდევს მეორეული შეფასება, რაც გულისხმობს ეპილეფსიის მქონე მოზარდის მიერ სტრესორებთან (მოსალოდნელ საფრთხესთან) გამკლავების საკუთარი რესურსების შეფასებას. სტრესის დაძლევის სტრატეგიები სტიგმით გამოწვეული პროცესის ყველაზე ცვალებადი ასპექტია. თუმცა, დენდროგრამების ანალიზის შედეგად გამოვლინდა, რომ ეპილეფსიის მქონე მოზარდები ავლენენ სტრესთან გამკლავების სტრატეგიების საკმაოდ ფართო სპექტრს. პაციენტების საერთო დენდროგრამის ანალიზიდან ჩანს, რომ სტრესის პრობლემაზე ფოკუსირებული დაძლევის ერთ-ერთი სტრატეგიაა რეჟიმის დაცვა. არაკუპირებული გულყრების მქონე მოზარდების შემთხვევაში კი, სიტუაციის კონტროლი და თვითკონტროლი გულისხმობს „განსხვავებულობასთან“ გამკლავების საწინდარს. ამ შემთხვევაში, პრობლემის გადაჭრაში არ ფიგურირებს რეჟიმის დაცვა, რადგან პაციენტების მოცემული ჯგუფისთვის გულყრების გამოვლინება და სიხშირე ნაკლებად არის დამოკიდებული რეჟიმზე. ემოციაზე ფოკუსირებული სტრატეგიებიდან გამოვლინდა სოციალური მხარდაჭერა, რაც ჩანს კლასტერიდან „იმედი“ - ეპილეფსიის მქონე მოზარდისათვის მეგობრობა და სოციალური მხარდაჭერა ფსიქოლოგიურ კომფორტთან ასოცირდება. აღნიშნული კავშირი მიანიშნებს იმაზე, რომ ამ შემთხვევაში, მცირდება დამაბულობა და დისტრესი. ასევე საინტერესოა, რომ ეპილეფსიის მქონე ბიჭებისათვის თანაგრძნობა და ბედნიერება იგივე ცნებებია. კუპირებული

გულყრების მქონე მოზარდებისათვის მხარდაჭერა და მეგობრობა დაკავშირებულია სიმპლიერესთან, იმედთან და ბედნიერებასთან. არაკუპირებული გულყრების მქონე მოზარდებისათვის მხარდაჭერას კიდევ უფრო დიდი მნიშვნელობა აქვს. ვინაიდან, ამ ჯგუფისათვის ეს ცნება დაკავშირებულია „იმედთან“ „წარსულთან“ და „მომავალთან“ და, ამრიგად, იმედის მომტანი მხოლოდ პერმანენტული მხარდაჭერაა.

დაავადების აღმწერი კლასტერიდან ჩანს დაავადებასთან დაკავშირებული ემოციები უპირატესად იდევენება და ამ კლასტერში მოქცეულია დესკრიპტული ხასიათის ცნებები. ემოციების განდევნაზე მიუთითებს ის ფაქტიც, რომ არაკუპირებული გულყრების მქონე მოზარდების შემთხვევაში ცნებები „ბედისწერა“ და „უსაფრთხოება“ კლასიფიცირებული არ აღმოჩნდა. დეპრესიულ პირებთან არ აღმოჩნდა კლასიფიცირებული ცნება „ბრძოლა“. რაც მიუთითებს იმაზე, რომ რეკონსტრუირებულ ცნობიერებაში ეს ცნებები საერთოდ არც ფიგურირებს, და შესაძლოა, ამ ცნებებთან დაკავშირებული სემანტიკური და ემოციური განცდები იდევენება ცნობიერებიდან, რადგან უსაფრთხოება ნაკლებად მისაღწევია, ხოლო ბრძოლა კი პასიური პოზიციის მქონე ინდივიდსთვის კი – შეუძლებელი.

ხანგრძლივი სტრესის შედეგები

როგორც უკვე აღინიშნა, სტრესთან დაკავშირებულ პროცესებს ადაპტაციური ფუნქციები აქვს. ამასთან, მუდმივი სტრესის მდგომარეობა ნეგატიურ გავლენას ახდენს ადამიანის როგორც ფიზიკურ, ისე კოგნიტურ და ემოციურ მდგომარეობაზე. მათ შორის, იმუნურ სისტემაზე, ყურადღების, მეხსიერების ფუნქციებზე, დასწავლის პროდუქტულობაზე. სტრესის დაძლევის ისეთი ემოციური სტრატეგიები როგორიცაა განდევნა, ემოციების ჩახშობა და გაძლიერებული კონტროლი იწვევს ოპერატიული მეხსიერების გადატვირთვას. ამდენად, ჩვენს კვლევაში სამიზნე პოპულაციის წარმომადგენლებთან გამოვლენილი კატეგორიზაციის პრობლემები, შესაძლოა განპირობებული იყოს სტრესის ხანგრძლივი ზემოქმედებითაც. სტიგმატიზებული

მოზარდების შემთხვევაში სტრესის ზეგავლენას მუდმივი ხასიათი აქვს. სტრესით გამოწვეული ალოსტატიკური ტვირთი განაპირობებს ისეთ გამოვლინებებს, როგორცაა შფოთვა და დეპრესია, ემოციური აგზნება (Phelan Sean Michael, 2010). შესაბამისად, ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან მომატებული დეპრესიის მაჩვენებელი და დაქვეითებული თვითშეფასება, სავარაუდოდ, უნდა იყოს სტიგმით გამოწვეული იდენტობის საფრთხის ნეგატიური ზეგავლენის შედეგები.

დასკვნები:

ფსიქოსემანტიკური კვლევის შედეგების ანალიზის საფუძველზე გამოიკვეთა შემდეგი:

1. როგორც ვივარაუდეთ, ეპილეფსიის მქონე მოზარდებისა და საკონტროლო ჯგუფის მონაწილეთა დენდროგრამები თვისებრივად მნიშვნელოვნად განსხვავებული აღმოჩნდა. ამას ადასტურებს ის ფაქტიც, რომ ეპილეფსიის მქონე მოზარდების დენდროგრამაზე ცალკე კლასტერშია წარმოდგენილი თვითსტიგმატიზაციასთან დაკავშირებული ცნებები. სამიზნე და საკონტროლო ჯგუფების დენდროგრამების შედარებისა და ანალიზის შედეგებიდან ჩანს, რომ მრავალ სოციალურ და ყოფით ასპექტებს ეპილეფსიის მქონე მოზარდები, ჯანმრთელი მოზარდებისგან განსხვავებულ პერსპექტივაში ხედავენ. მაგალითად, უშვილობას საკონტროლო ჯგუფის მონაწილეები უკავშირებენ ბედისწერას, მაშინ როცა ეპილეფსიის მქონე მოზარდები - ეპილეფსიას. ეპილეფსიის მქონე მოზარდთა ჯგუფისთვის ეგო-რეგულაციისა და სიტუაციის მართვისათვის ყველაზე მნიშვნელოვანია „რეჟიმის დაცვა“. „რეჟიმის დაცვა“ ნიშნავს გულყრების მართვას, რაც საშუალებას აძლევს ეპილეფსიის მქონე პირს აკონტროლოს საკუთარი თავიც და სიტუაციაც. შესაბამისად, ამის შედეგია უსაფრთხოდ იგრძნოს

თავი და შეძლოს ნაყოფიერედ იშრომოს. ჯანმრთელი მოზარდები განიხილავენ „რეჟიმის დაცვას“ განსხვავებულ, უპირატესად სოციალურ კონტექსტში, ამ შემთხვევაში „რეჟიმის დაცვა“ განსხვავებული მნიშვნელობის მატარებელია და ასოცირდება წარმატებასთან, ძალაუფლებასთან და მაღალანაზღაურებასთან. ასევე, როგორც აღმოჩნდა ჯანმრთელი მოზარდების შემთხვევაში, ცნება „შფოთვა“ მოთავსებულია ნეგატიური ემოციების აღმწერ კლასტერში, ხოლო ეპილეფსიის მქონე მოზარდებისათვის დაკავშირებული აღმოჩნდა დაავადების აღმწერ ცნებებთან, პირველ რიგში - „ბნედასთან“. გარდა ამისა, საკონტროლო ჯგუფის დენდროგრამაზე თვითსტიგმატიზაციის ნაცვლად, აღწერილია აქტიური სტიგმატიზაციის ატრიბუტები. ამდენად, აღნიშნული განსხვავებები გამოწვეული უნდა იყოს, ეპილეფსიის მქონე მოზარდების მიერ საკუთარი თავის „ეპილეფსიის მქონე პირთა“ ჯგუფისადმი მიკუთვნებით და თვითსტიგმატიზაციით.

2. ასევე აღმოჩნდა, რომ ეპილეფსიის მქონე გოგონებთან, ბიჭებთან შედარებით, მეტად არის გამოხატული თვითსტიგმატიზაციისა და დეპრესიის ხარისხი. მოზარდების ემოციური მდგომარეობის შეფასების შედეგად გამოვლინდა, რომ დეპრესიის ძლიერი ხარისხი ეპილეფსიის მქონე გოგონებში 2-ჯერ ხშირად გვხვდება, ვიდრე ეპილეფსიის მქონე ბიჭებში. როგორც ეპილეფსიის მქონე მოზარდების, ისე ჯანმრთელი მოზარდების შემთხვევაში, გოგონები უფრო დეპრესიულები აღმოჩნდნენ, ვიდრე ბიჭები. მოულოდნელი აღმოჩნდა, რომ ჯანმრთელ მოზარდებში დეპრესიის განაწილება ეპილეფსიის მოზარდების მსგავსი იყო. მიღებული მონაცემების გათვალისწინებით, მომავალში უფრო ღრმად უნდა გამოკვლევულ იქნას ჯანმრთელი მოზარდების ფსიქო-ემოციური მდგომარეობა. სტიგმატიზაცია იწვევს ანტიპათიას და აგრესიას ანუ ე.წ „ბრძოლის რეაქციას“ მამრობითი სქესის წამომადგენლებთან. ბიჭებისგან განსხვავებით, გოგონებს სტიგმატიზაციის შემთხვევაში აქვთ „გაქცევის რეაქცია“. აღნიშნული რეაქციები ასევე შეიძლება ახსნილ იქნას კულტურულ კონტექსტში. ვინაიდან, გოგონების შემთხვევაში „მორჩილება“ დაკავშირებულია

„პატივისცემასთან“ და „იმედთან“, ხოლო ბიჭების შემთხვევაში, „სისუსტე“ და „უმწეობა“ გაიგივებულია „სირცხვილთან“;

3. გულყრის კუპირება, მნიშვნელოვანი ფაქტორი აღმოჩნდა ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან. კუპირებული გულყრების მქონე მოზარდების რეკონსტრუირებული სემანტიკური სივრცე მეტად უახლოვდება საკონტროლო ჯგუფის შედეგებს და მნიშვნელოვნად განსხვავდება არაკუპირებული გულყრების მქონე მოზარდების შედეგებისგან. იმ მოზარდებისათვის, ვისაც არ აქვთ კუპირებული გულყრები, პერმანენტული მხარდაჭერა იმედთან ასოცირდება. ხოლო გულყრა ასოცირდება უშვილობასა და უნარშემზღვევად მდგომარეობასთან, რომელიც არ იკურნება. არაკუპირებული გულყრების მქონე მოზარდებისათვის, ჯანმრთელობა ზოგადი კატეგორია და სიცოცხლის იგივეობრივია, განსხვავებით კუპირებული გულყრების მქონე მოზარდებისგან, მათთვის ჯანმრთელობა დაავადების აღმწერ კატეგორიებს უკავშირდება;

4. დეპრესიული გუნება-განწყობილების მქონე ეპილეფსიის მქონე მოზარდების დენდროგრამის მონაცემებიდან გამომდინარეობს, რომ დეპრესიის მაღალი მაჩვენებელი აძლიერებს თვითსტიგმატიზაციის ხარისხს. ეს ადასტურებს ჩვენს ჰიპოთეზას დეპრესიული გუნება-განწყობილების ფაქტორის ზეგავლენასთან დაკავშირებით. ეპილეფსიის მქონე დეპრესიული მოზარდების ცნობიერების სემანტიკურ სივრცეში ერთ კლასტერშია მოცემული სტიგმისა და თვითსტიგმატიზაციის ცნებები და ამ ცნებებთან დაკავშირებული განცდები. უნდა აღინიშნოს, რომ ამ მოზარდების დენდროგრამაში ასევე აისახება სხვა ადამიანების მხრიდან გამოხატული ზრუნვისა და მეგობრული დამოკიდებულების განსაკუთრებული მნიშვნელობა, რაც მათთვის ოპტიმიზმის და სულიერი სიმდიერის წყაროა. ხოლო ისეთი ცნებების, როგორცაა „კომუნიკაბელობა“ და „ბრძოლა“ რეკონსტრუირებული ცნობიერების მიღმა დარჩენა, ხაზს უსვამს მოზარდების ამ ჯგუფისათვის დამახასიათებელ პასიურ და პესიმისტურ განწყობილებას.

5. ეპილევსიის მქონე მოზარდებთან კლასტერებში გაერთიანებული ჯგუფების რაოდენობა გაცილებით დიდი აღმოჩნდა საკონტროლო ჯგუფის მოზარდებთან შედარებით. აღნიშნული სხვაობა მიუთითებს, რომ ეპილევსიის მქონე მოზარდებს აღენიშნებათ კატეგორიზაციის სიძნელეები. ეს შესაძლოა აიხსნას, ერთი მხრივ დაავადებით და/ან სტიგმასთან დაკავშირებული სტრესით გამოწვეული კოგნიტური დეფიციტით, ხოლო მეორე მხრივ, განპირობებული იყოს ეპილევსიის მქონე პაციენტების პიროვნული თავისებურებებით—დეტალიზაციისა და სკურპულოზურობისკენ მიდრეკილებით.

6. ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კლასტერი როგორც ეპილევსიის მქონე, ისე ჯანმრთელი მოზარდების ჯგუფებისთვის არის „ოჯახი და სიყვარული“. ოჯახი განხილულია ტრადიციულ კულტურულ კონტექსტში, როგორც აუცილებელი, დროში უცვლელი და ფატალური მოვლენა.

7. „განსხვავებულობა“ არ აღმოჩნდა პირდაპირ დაკავშირებული დაავადების აღმწერ ცნებებთან, თუმცა კონტექსტიდან გამომდინარე, მაინც დაკავშირებულია დაავადებასთან. „განსხვავებულობა“ ეპილევსიის მოზარდთა ჯგუფისთვის ნიშნავს ბრძოლას. საზოგადოებაში თვითდამკვიდრების ძირითადი „იარაღებია“ „სიძლიერე“ და „კომუნიკაბელურობა“. სავარაუდოდ, „კომუნიკაბელურობა“ წარმოადგენს საშუალებას, დაუმტკიცოს „სხვებს“, რომ მათგან არაფრით განსხვავდება. ეპილევსიის მქონე მოზარდებისთვის თვითდამკვიდრების გზაზე „განსხვავებულობას“ მნიშვნელოვანი წონა აქვს მაშინ, როცა ჯანმრთელი მოზარდების ცნობიერებაში ეს ცნება სხვა სემანტიკურ კონტექსტშია.

8. „ბნედა“ და „გულყრა“ ეპილევსიის მქონე მოზარდების მიერ არ განიხილება როგორც იგივეობრივი. „გულყრა“ დაკავშირებულია „განკურნებადთან“, და ეს კავშირი ეპილევსიის მქონე მოზარდების ოპტიმისტურ ორიენტაციას ავლენს. ცნება „ბნედა“ კი ასოცირდება „შფოთვასთან“, უფრო დამაკნინებელი კონოტაცია აქვს ეპილევსიის მოზარდების თვალში. ამ ორი

ცნების ასეთი დიფერენცირება არ შეინიშნება ჯანმრთელ მოზარდებთან. მათთან ცნება „ზნედა“ არის ეპილეფსიისა და მასთან დაკავშირებული სამედიცინო კონტექსტის განმაზოგადებელი კონსტრუქტი. სიტყვა „ზნედა“ ეპილეფსიის მქონე მოზარდებისთვის დამცირებასა და უიმედობასთან არის ასორიცებული.

9. სტიგმასთან დაკავშირებული ცნებები დაჯგუფებულია ერთ სემანტიკურ ველში „პირფერობის“ ცნებასთან. ეს ხაზს უსვამს იმ ფაქტს, რომ ეპილეფსიის მქონე მოზარდები საკუთარ თავს სტიგმატიზებულად მიიჩნევენ. ამ კლასტერიდან ჩანს, რომ ეპილეფსიის მქონე ადამიანის მიღება, მსგავსად და თანასწორად აღიარება, მათ მიერ ასევე აღიქმება როგორც სტიგმის ერთ-ერთი გამოვლინება. ეპილეფსიის მქონე მოზარდებს არ ჯერათ, რომ შესაძლებელია მათი მდგომარეობის მიმდებლობა გარშემომყოფების მხრიდან. საკონტროლო ჯგუფის შემთხვევაში, აღნიშნული ცნებები დაკავშირებულია აქტიური სტიგმატიზაციისათვის დამახასიათებელ ატრიბუტებთან, მათ შორის, სირცხვილთან. ეპილეფსიის მქონე მოზარდთა ჯგუფში კი სტიგმის გარშემო ერთიანდება ყველა ის ცნება, რომელიც აღწერს თვითსტიგმატიზაციას და მასთან დაკავშირებულ ემოციურ მდგომარეობას: გარიყულობა, დაცინვა, იმედგაცრუება, სიმახინჯე.

10. ფსიქოსემანტიკური მეთოდის გამოყენების შედეგად მიღებულ მონაცემებზე დაყრდნობით შესაძლებელია დარღვეული იდენტობის საფრთხის მოდელის ყველა კომპონენტის გამოყოფა. ეპილეფსიის მქონე მოზარდისათვის ეპილეფსიის დიაგნოზი ნიშნავს შემდეგ საფრთხეებს: უშვილობა, ოჯახის შექმნის პრობლემები, თვითშეფასების დაქვეითება (არ ვარ ჯანმრთელი- არ ვარ მომხიბლელი). დისკრიმინაციის საფრთხის მომცველი გარემოებები და სიტუაციებია: ანტიკონვულსანტების მიღების აუცილებლობა, გარკვეული შეზღუდვები (ავტომობილის ტარება, ცურვა და სხვა), განსაკუთრებული რეჟიმი, ოჯახის წევრებისა და ახლო გარემოცვის ჰიპერმზუნველობა. რეკონსტრუირებულ სემანტიკურ სევერცეში გამოიკვეთა როგორც სტრესორები, ისე სტრესთან

გამკლავების სტრატეგიები, როგორც მონაცემებიდან ჩანს, ეპილევსიის მქონე მოზარდები ავლენენ სტრესთან გამკლავების სტრატეგიების საკმაოდ ფართო სპექტრს. ამ ჯგუფის მონაწილეებისთვის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი სტრესორებია ეპილევსიის დიაგნოზი და გულყრის განვითარების ალბათობა. ამ ფაქტორის გავლენით ეპილევსიის მქონე მოზარდს აქვს დისკრიმინაციის და სტიგმატიზების მუდმივი მოლოდინი და განიცდის ზემოთჩამოთვლილი სტრესორების მუდმივ ზეწოლას. ამდენად, მიღებული მონაცემებიდან გამომდინარე, ეპილევსიის მქონე მოზარდები თავს სტიგმატიზებულად მიიჩნევენ. უფრო მეტიც, ეპილევსიის მქონე მოზარდების რეკონსტრუირებულ სემანტიკურ სივრცეებში თვითსტიგმატიზაცია წარმოდგენილია ცალკე კლასტერში, რაც არ გვხვდება საკონტროლო ჯგუფის დენდროგრამებზე. სტიგმასთან დაკავშირებული ქრონიკული სტრესი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მათ ფიზიკურ, კოგნიტურ და ემოციურ მდგომარეობაზე.

Bibliography

- Chong-Tin TAN. (2007). Differences in epilepsy and seizures between Asia and the West. *Neurology Asia*, 12 : 59 – 60.
- Fisher R. S. et al. (2014). *ILAE OFFICIAL REPORT*. International League of epilepsy.
- Hanneke M. de Boer. (2010). Epilepsy stigma: Moving from a global problem to global solutions. *European Journal of Epilepsy*, Volume 19, Issue 10, Pages 630–636.
- S. Shorvon, R.Guerrini, M.Cook, S. D. Lhatoo. (2013). *Oxford Textbook of Epilepsy and Epileptic seizures*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Ahmad M. (2011). Epilepsy:Stigma and Management. *Epilepsy: Stigma and Management. Current Research in Neuroscience*, 1: 1-14., 1-14.
- Ali A. Asadi-Pooya, C. A. (2007). Health locus of control in patients with epilepsy and its relationship to anxiety, depression, and seizure control. *Epilepsy and Behavior*, Volume 11, Issue 3, Pages 347–350.
- Amy C. Watson, Patrick Corrigan, Jonathon E. Larson, and Molly Sells. (2007). Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophr Bull*, 33(6): 1312–1318.
- Ardeshna N. (2015, May 8). Epilepsy and Comorbidities. *NEUROLOGY REVIEWS*.
- Aziz H, et al. (1997). Comparative Epidemiology of Epilepsy in Pakistan and Turkey: Population-Based Studies Using Identical Protocols. *Epilepsia*, 38(6): p. 716-22.
- B., W. (1995). *Judgments of responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. . New York: Guilford.
- Baker G.A. (2002). The psychosocial burden of epilepsy. *Epilepsia*, 43(Suppl 6):26–30.
- Bandstra N.F., Camfield C.S., Camfield P.R. (2008). Stigma of epilepsy. *Can J Neurol Sci*, 35(4):436-40.
- Begley CE1, F. M. (2000). The cost of epilepsy in the United States: an estimate from population-based clinical and survey data. *Epilepsia*.
- Ben-Zeev T, Fein S, Inzlicht M. (2005). Arousal and stereotype threat. *Journal of Experimental Social Psychology*, 41(2):174-181.
- Berg A.T, Shinnar S, Levy S.R, Testa F.M, Smith-Rapaport S, Beckerman B, Ebrahimi N. (2001). Two-year remission and subsequent relapse in children with newly diagnosed epilepsy. *Epilepsia*, 42(12):1553-62.
- Brown RP, P. E. (2003). Stigma on my mind: Individual differences in the experience of stereotype threat. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39:626-633.
- Christensen J, Vestergaard M, Mortensen PB, Sidenius P, Agerbo E. (2007). Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. *Lancet Neurol*, 6(8):693-8.

- CM., S. (1997). A threat in the air. How stereotypes shape intellectual identity and performance. *Am Psychol*, 52(6):613-29.
- Conner K.O, Copeland V.C, Grote N.K, Koeske G, Rosen D, Reynolds C.F, Brown C. (2001). Mental health treatment seeking among older adults with depression: the impact of stigma and race. *Am J Geriatr Psychiatry*, 18(6):531-43.
- Corrigan P.W. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Can J Psychiatry*, 57(8): 464–469.
- Cramer J.A, Blum D, Fanning K. & Reed M. (2004). The impact of comorbid depression on health resource utilization in a community sample of people with epilepsy. *Epilepsy Behav.*, 5(3):337-42.
- Cramer J.A, Westbrook L.E, Devinsky O, Perrine K, Glassman M.B, Camfield C. (1999). Development of the quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia*, 40:1114–1121.
- Dachew, Berhanu Boru Bifftu and Berihun Assefa. (2014, May 21). Perceived Stigma and Associated Factors among People with Schizophrenia at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis. *Psychiatry Journal*, p. 7.
- Danaher K, Crandall C.S. (2008). Stereotype threat in applied settings re-examined. *Journal of Applied Social Psychology*, 38:1639-1655.
- David L. Vogel, R. L. (2013). *Is Stigma Internalized? The Longitudinal Impact of Public Stigma on Self-Stigma*. American Psychological Association.
- Dilorio C, Osborne Shafer P, Letz R, Henry T, Schomer D.L, Yeager K; Group., Project EASE Study. (2003). The association of stigma with self-management and perceptions of health care among adults with epilepsy. *Epilepsy Behav.*, 4(3):259-67.
- Dunn DW1, Austin JK, Huster GA. (1999). Symptoms of depression in adolescents with epilepsy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(9):1132-8.
- EC., P. (2004). ou're just saying that because I'm a woman: Stigma consciousness and attributions to discrimination. *Self and Identity*, 3:39-51.
- Ettinger A, Reed M, Cramer J. & Epilepsy Impact Project Group. (2004). Depression and comorbidity in community-based patients with epilepsy or asthma. *Neurology*, 28;63(6):1008-14.
- Feliche, D. (2010). Early versus late remission in a cohort of patients with newly diagnosed epilepsy. *Epilepsia*.
- Fischer, R.S. (2016). *Operational Classification of Seizure Types by the International League Against Epilepsy*.
- Fisher R.S., Vickrey B.G., Gibson P., Hermann B., Penovich P., Scherer A., Walker S.G. (2000). The impact of epilepsy from the patient's perspective II: views about therapy and health care. *Epilepsia*, 41(1):53-61.

- Folkman S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol*, 46(4):839-52.
- Fung, K. M., Tsang, H. W., Corrigan, P. W., Lam, C. S., & Cheng, W. M. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal*, 53(5), 408-418.
- Ganzel B.L, Morris P.A, Wethington E. (2010). Allostasis and the human brain: Integrating models of stress from the social and life sciences. *Psychol Rev*, 117(1):134-74.
- Garcia M.E, Garcia-Morales I. & Gil-Nagel A. (2015). Prevalence of depressive symptoms and their impact on quality of life in patients with drug-resistant focal epilepsy (IMDYVA study). *Epilepsy Research*, Volume 110, Pages 157–165.
- Geerts A, Arts W.F., Stroink H., Peeters E., Brouwer O., Peters B., Laan L, van Donselaar C. (2010). Course and outcome of childhood epilepsy: a 15-year follow-up of the Dutch Study of Epilepsy in Childhood. *Epilepsia*, 51(7):1189-97.
- Ghanizadeh, M. R. (2006). Prevalence of epilepsy and comorbidity of. *Seizure*.
- Gilliam FG, Mendiratta A, Pack AM, Bazil CW. (2005). Epilepsy and common comorbidities: improving the outpatient epilepsy encounter. *Epileptic Disord*, Suppl 1:S27-33.
- Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. (2002). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco:: Wiley and Sons;.
- Graham C. L. Davey, P. (2013, August 20). *Psychology Today/mental-health-stigma*. Retrieved from www.Psychologytoday.com: <https://www.psychologytoday.com/blog/why-we-worry/201308/mental-health-stigma>
- Gzirishvili, N., Kasradze, S., Lomidze, G., Okujava, N., Toidze, O., de Boer, H.M. et al, . (2013). Knowledge, attitudes, and stigma towards epilepsy in different walks of life: a study in Georgia. . *Epilepsy Behav.*, 27:315–318.
- Hanneke M. de Boer, M. M. (2008). The global burden and stigma of epilepsy. *Epilepsy & Behavior* , 540–546.
- Hanneke M. de Boer, Marco Mula, Josemir W Sander. (2008). The global burden and stigma of epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 540–546.
- Hermann B, Seidenberg M. & Jones J. (2008). The neurobehavioural comorbidities of epilepsy: can a natural history be developed? *Lancet Neurol.*, 7(2):151-60.
- Hogg M.A, Terry D.J. (2000). Social identity and self-categorization processes in organizational contexts. *The Academy of Management Review*, 25(1):121-140.
- Hughey Matthew W. (2012). 'Stigma Allure and White Antiracist Identity Management.'. *Social Psychology Quarterly.*, p. 1-23.

- Jacoby A, Baker GA. (2008). Quality-of-life trajectories in epilepsy: A review of the literature. *Epilepsy and Behavior*, 12(4):557–571.
- Jacoby A, Snape D, Baker G.A. (2005). Epilepsy and social identity: the stigma of a chronic neurological disorder. *Lancet Neuro*, 4(3):171-8.
- Jacoby A., A. J. (2007). Social stigma for adults and children with epilepsy. *Epilepsia*, Volume 48, Issue Supplement s9, pages 6–9.
- Joachim, G., & Acorn, S. (2000). Stigma of visible and invisible chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 243-248.
- Kanter J.W, Rusch L.C & Brondino M.J. (2008). Depression self-stigma: a new measure and preliminary findings. *J Nerv Ment Dis*, 196(9):663-70.
- Kilinc, S. and Campbell, C. (2009). A Phenomenological Approach to Epilepsy and Stigma. *Seizure*, 18: 665-671.
- Kim, James W. Wheless & Howard L. (2002). Adolescent Seizures and Epilepsy Syndromes. *Epilepsia*, 33–52.
- Kranke D.A, Floersch J, Kranke B.O, Munson M.R. (2011). A qualitative investigation of self-stigma among adolescents taking psychiatric medication. *Psychiatr Serv.*, 62(8):893-9.
- L. Ridsdale, D. R. (1996). *Epilepsy in general practice: patients' psychological symptoms and their perception of stigma*. British Journal of General Practice,.
- LAI, C.-W. (2007). Epilepsy research priorities in Asia: Psycho-social and cultural Issues. *Neurology Asia*, 12 (Supplement 1) : 18 – 20.
- Lazarus R.S & Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York:: Springer-Verlag.
- Link B. G & Phelan J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27: 363–85.
- Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv.*, 52(12):1621-6.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E. L., Shrout, P. E., & Dohrenwend, (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders:. *American Sociological Review*, 54, 400–423.
- Lo A.S, Esser M.J, Gordon K.E. (2010). YouTube: a gauge of public perception and awareness surrounding epilepsy. *Epilepsy Behav*, 17(4):541-5.
- Lomidze G, Kasradze S, Kvernadze D, Okujava N, Toidze O, de Boer HM, Dua T, Sander JW. (2012). The prevalence and treatment gap of epilepsy in Tbilisi, Georgia. *Epilepsy Research*, 98(2-3):123-9.
- MacLeod J. S., & Austin J. K. (2003). Stigma in the lives of adolescents with. *Epilepsy & Behavior*, 112–117.

- Marx D.M & Roman J.S. . (2002). Female role models:Protecting women's math test performance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28:1183-1193.
- Miller C.T, Kaiser C.R. (2001). A theoretical perspective on coping with stigma. *Journal of Social Issues*, 57:73-92.
- Mitchell G. Weiss, Jayashree Ramakrishna,, (5-7 September 2001). Stigma and Global Health: Developing a Research Agenda. *Stigma and Global Health: Developing a Research Agenda*.
- Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Davidian H, Mohammadi M & Norouziyan M. (2006). Prevalence of epilepsy and comorbidity of psychiatric disorders in Iran. *Seizure*, 15(7):476-82.
- Nilsson L, Ahlbom A, Farahmand BY, Asberg M, Tomson T. (2002). Risk factors for suicide in epilepsy: a case control study. *Epilepsia*, 43(6):644-51.
- Niruj Agrawal & Suren Govender. (2011). Epilepsy and neuropsychiatric comorbidities. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 17, 44–53.
- O’Brien, B. M. (2005). THE SOCIAL PSYCHOLOGY OF STIGMA. *Annu. Rev. Psychol.*, 56:393–421.
- Oh-Young Kwon, S.-P. P. (2014). Depression and Anxiety in People with Epilepsy. *Journal of Clinical Neurology*, 10(3): 175–188.
- Patrick Kwan& Martin J. Brodie. (2001). Effectiveness of first antiepileptic drug. *Epilepsia*, 1255–1260.
- Pellock J. M. (2004). Defining the problem: psychiatric and behavioral comorbidity in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, Suppl 3:S3-9.
- Penley J.A, Tomaka J, Wiebe J.S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *J Behav Med*, 25(6):551-603.
- Petrenko V, Mitina O. (2010). Using psycho-semantic methods in political psychology. *Societal and Political Psychology International Review* , ISSN: 2068-6315.
- Phelan. (2010).
- Phelan Sean Michael. (2010, December). Evaluating the Implications of Stigma-Induced Identity Threat for Health and Health Care.
- Pinel. (2002). Stigma consciousness in intergroup contexts: The power of conviction. *Journal of Experimental Social Psychology*, 38:178-185.
- Priscila Camile Barioni Salgado & Fernando Cendes. (2009). The effects of Epileptic Seizures Upon Quality of Life. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 15(3):110-113.
- Quinn D.M, Kahng S.K, Crocker J. (2004). Discreditable: stigma effects of revealing a mental illness history on test performance. *Pers Soc Psychol Bull*, 30(7):803-15.

- Rachel C. Manos, Laura C. Rusch, Jonathan W. Kanter,. (2009). Depression Self-Stigma as a Mediator. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 28, No. 9 pp. 1128-1143.
- Räty L.K, Wilde-Larsson B.M. J Clin Nurs. (2011). Patients' perceptions of living with epilepsy: a phenomenographic study. *J Clin Nurs.*, 20(13-14).
- Rudman L, Feinberg J, Fairchild K. (2002). Minority members' implicit attitudes: automatic ingroup bias as a function of group status. *Social Cognition*, 20:294-320.
- S. Kılınc, C. Campbell. (2009). “It shouldn’t be something that’s evil, it should be talked about”: A phenomenological approach to epilepsy and stigma. *Seizure*, Volume 18, Issue 10, Pages 665–671.
- Shakirullah, Niaz Ali, Aslam Khan, Muhammad Nabi. (2014). The Prevalence, Incidence and Etiology of Epilepsy. *International Journal of Clinical and Experimental Neurology*, 2(2), 29-39.
- Sharon Anne Maria Stevelink, I. C. (2012, September 14). The psychometric assessment of internalized stigma instruments: a systematic review. *Stigma Research and Action*, Vol 2, No 2, 100–118.
- Shinnar, Lauren E. Westbrook Laurie J. Bauman Shlomo. (1992). Applying Stigma Theory to Epilepsy: A Test of a Conceptual Model. *J Pediatr Psychol*, 17 (5): 633-649.
- Smith R. (2012, October 31). Segmenting an Audience into the Own, the Wise, and Normals: A Latent Class Analysis of Stigma-Related Categories. *Communication Research Reports*, pp. 257-265.
- Suurimeijer T.P, Feuvekamp M.F, Aldenkamp B.P. (2001). Social functioning, psychological functioning and quality of life in epilepsy. *Epilepsia*, 42:1160–8.
- T. F. Heatherton, R.E Kleck, M.R Helb, J.G Hull. (2000). *The Social Psychology of stigma*. London New York: The Guilford Presss.
- Taylor D, Besag F. (2013). Problematic behavior in children with epilepsy: issues and management. *Handbook of clinical neurology*, 111:697-706.
- Taylor S.E. (2012). *Health Psychology*. New York, NY 10020.: McGraw-Hill.
- Thapar A, Roland M, Harold G. (2005). Do depression symptoms predict seizure frequency – or vice versa? *Journal of Psychosomatic Research*, 59(5):269-74.
- Thomas S.V & Nair A. (2011). Confronting the stigma of epilepsy. *Ann Indian Acad Neurol.*, Vol.Issue3, 158-163.
- Titlic M, Basic S, Hajnsek S. & Lusic I. (2009). Comorbidity psychiatric disorders in epilepsy: a review of literature. *Bratisl Lek listy*, 105-109.
- Watson A.C, Corrigan P, Larson J. E & Sells M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull*, 33(6):1312-8.

Weiss M.G, Doongaji D.R, Siddhartha S, Wypij D, Pathare S, Bhatawdekar M, et al. (1992). The explanatory model interview catalogue (EMIC).contribution to cross-cultural research methods from a study of leprosy and mental health. *Br J Psychiatry.*, 160:819–30.

Weiss Mitchell G. (2006, August). Health-related stigma: Rethinking concepts. *Psychology, Health & Medicine*, pp. 277 – 287.

William H. TheodoreSusan S. Spencer, S. W. (2006). Epilepsy in North America A Report Prepared under the Auspices of the Global Campaignagainst Epilepsy, the International Bureau for Epilepsy,theInternational League Against Epilepsy, and the World HealthOrganization. *Epilepsia*, 1–23,.

გერიგი, რ. დ. (2009). *ფსიქოლოგია და ცხოვრება*. თბილისი.

ნ.გზირიშვილი. (2015). *epilepsiis fsiqo-socialuri maxasiaTeblebis*. თბილისი.

დანართები:

დანართი #1

ცნებების ჩამონათავალი

1. აგრესიულობა
2. დამოუკიდებლობა
3. უსაფრთხოება
4. მოტივირებულობა
5. მომხიბვლელობა
6. თანაგრძნობა
7. აქტიურობა
8. კომუნიკაბელურობა
9. შეზღუდულობა
10. ავტორიტეტულობა
11. დამცირება
12. უმცირესობა
13. უმრავლესობა
14. საზოგადოების აზრი
15. ზრუნვა
16. უყურადღებობა
17. მორჩილება
18. დაცინვა
19. გარიყულობა
20. ხელმოცარულობა
21. კეთილგანწყობა
22. პირფერობა
23. სიმკაცრე
24. სიმპათია
25. ანტიპათია
26. პატიოსნება
27. სიკეთე
28. შვილი
29. სითამამე

30. სიმორცხვე
31. კლინიკა
32. პატივისცემა
33. ქორწინება
34. სიყვარული
35. მხარდაჭერა
36. სამედიცინო პერსონალი
37. ექიმი
38. ოჯახი
39. მეგობრობა
40. განსხვავებულობა
41. წარმატებულობა
42. გაღიზიანება
43. პასუხისმგებლობა
44. გონიერება
45. დაბნეულობა
46. იღბლიანობა
47. იმპულსურობა
48. რელიგიურობა
49. წინდახედულობა
50. პრინციპულობა
51. მოხერხებულობა
52. თვითკონტროლი
53. მწუხარება
54. მხიარულება
55. სისუსტე
56. სიძლიერე
57. შიში
58. ოპტიმიზმი
59. პესიმიზმი
60. იმედგაცრუება
61. სირცხვილი
62. სიზარმაცე
63. პუნქტუალურობა
64. სიმხნევე
65. შფოთვა
66. სიცოცხლისუნარიანობა
67. თავდაჯერებულობა
68. ნაკლი

69. უმწეობა
70. ბნედა
71. მაიმულებელი
72. გულყრა
73. დამლა
74. ტრაგიკულობა
75. სიცოცხლე
76. სიკვდილი
77. რეჟიმის დაცვა
78. უშვილობა
79. ეპილეფსია
80. მსხვერპლი
81. საშიში
82. განუკურნებელი
83. განკურნებადი
84. მტანჯველი
85. შემაფერხებელი
86. დამაზიანებელი
87. ავადმყოფი
88. ჯანმრთელი
89. უნარშეზღუდულობა
90. თავის წარმოჩენა
91. პრესტიჟი
92. დაწინაურება
93. მაღალანაზღაურება
94. წაგება
95. მოგება
96. ძალაუფლება
97. კონკურენცია
98. პირველობა
99. შრომისუნარიანობა
100. ფული
101. მიზანსწრაფულობა
102. გამორჩეულობა
103. სწავლა
104. იმედი
105. ეკლესია
106. პროფესია
107. ადამიანი

- 108. სიტუაციის კონტროლი
- 109. ბედნიერება
- 110. მომავალი
- 111. წარსული
- 112. ბრძოლა
- 113. ბედისწერა
- 114. სიბნელე
- 115. სინათლე
- 116. იუმორი
- 117. ბრაზი
- 118. განათლება
- 119. რწმენა
- 120. სიმახინჯე
- 121. დღე
- 122. ღამე
- 123. მამაკაცი
- 124. ქალი
- 125. გამრავლება
- 126. სილამაზე

გამოყოფილ იქნა შემდეგი კატეგორიები

1. ზოგადად ფსიქოლოგიური განცდების აღმწერი ცნებები (კოგნიტური და აფერქტური);
2. ინდივიდის თავისებურებების აღმწერი ცნებები;
3. სოციალურ გარემოში ინდივიდის ფუნქციონირების აღმწერი ცნებები
4. ჯანმრთელობა/დაავადებადთან დაკავშირებული ცნებები;
5. ზოგადი აბსტრაქტული ცნებები.

დანართი#2

ბეკის დეპრესიის სკალა

სახელი, გვარი:

სქესი:

ასაკი:

განათლება:

გამოკვლევის თარიღი:

გთხოვთ დააკვირვებით წაიკითხოთ ქვემოთ ჩამოთვლილი მსჯელობათა ჯგუფები. ყოველი ჯგუფიდან ამოარჩიეთ ის მსჯელობა, რომელიც ყველაზე კარგად აღწერს იმას, თუ როგორ გრძნობთ თავს უკანასკნელი ერთი კვირის განმავლობაში მიმდინარე დღის ჩათვლით. შემოსახვით შესატყვისი ციფრი. თუ ერთ ჯგუფში ერთზე მეტი მსჯელობა შეესაბამება თქვენს მდგომარეობას, შეგიძლიათ შემოსახვით რამდენიმე ციფრი. არ გამოტოვოთ არც ერთი მსჯელობა.

1. 0. არ ვარ სევდიანი
 1. მე სევდიანი ვარ
 2. ყოველთვის სევდიანი ვარ და არ შემწევს უნარი თავი დავედწიო ამ განცდას
 3. იმდენად სევდიანი და უბედური ვარ, რომ აღარ შემიძლია ამის ატანა

2. 0. ჩვეულებრივ, უიმედოდ არ ვუქუერებ ჩემს მომავალს
 1. უიმედობას განვიცდი ჩემი მომავლის გამო
 2. ვგრძნობ, რომ მომავალში არაფერი მაქვს საიმედო
 3. ვგრძნობ, რომ ჩემი მომავალი სრულიად უიმედოა და ამას არაფერი გამოასწორებს

3. 0. არ ვოვლი თავს წარუმატებელ ადამიანად
 1. ვგრძნობ, რომ სხვა ადამიანებთან შედარებით ნაკლები წარმატებები მაქვს
 2. როდესაც ჩემი ცხოვრების გზას გადავხედავ, უამრავ წარუმატებლობას ვხედავ
 3. ვგრძნობ, რომ სრულიად წარუმატებელი პიროვნება ვარ

4. 0. ისეთივე სიამოვნებას ვღებულობ ცხოვრებისაგან, როგორც ადრე

1. ცხოვრებისაგან ვეღარ ვღებულობ ისეთივე სიამოვნებას, როგორც ადრე
2. საერთოდ ვეღარ ვღებულობ სიამოვნებას ცხოვრებისაგან
3. ყველაფრით უკმაყოფილო ვარ და ყველაფერი მომბეზრდა

5. 0. არ მაქვს თვითდანაშაულის განცდა
 1. თვითდანაშაულის გაზრდილი განცდა მაქვს
 2. თითქმის ყოველთვის მაწუხებს თვითდანაშაულის განცდა
 3. მუდმივად მაქვს თვითდანაშაულის განცდა

6. 0. არ მაწუხებს განცდა, რომ დავისჯები
 1. ვფიქრობ, რომ შეიძლება დავისაჯო
 2. მე ველოდები სასჯელს
 3. მე აუცილებლად დავისჯები

7. 0. არ ვარ უკმაყოფილო საკუთარი თავით
 1. გული გამიტყდა საკუთარ თავზე
 2. საკუთარი თავი აუტანელი მეჩვენება
 3. საკუთარი თავი მეზიზღება

8. 0. საკუთარი თავი სხვებზე ნაკლებ ადამიანად არ მიმაჩნია
 1. ხშირად საკუთარ თავს ვაკრიტიკებ შეცდომების გამო
 2. მუდმივად ვსაყვედურობ საკუთარ თავს მრავალი ნაკლის გამო
 3. ვადანაშაულებ საკუთარ თავს ყოველივე ცუდის გამო, რაც გარშემო ხდება

9. 0. არ მაქვს თვითმკვლელობის შესახებ აზრები
 1. მიხნდება ხოლმე აზრები თვითმკვლელობის შესახებ, მაგრამ არ ვყვები მათ
 2. მინდა თავის მოკვლა
 3. თავს მოვიკლავ, თუ ამის შესაძლებლობა მექნება

10. 0. ჩვეულებრივზე მეტს არ ვტირი
 1. ამჟამად გაცლებით მეტს ვტირი, ვიდრე საერთოდ მჩვევია
 2. ახლა სულ ვტირივარ
 3. ადრე შემეძლო მეტირა, ახლა კი ტირილის უნარიც კი დაკარგე

11. 0. ჩვეულებრივზე მეტად არ ვარ გაღიზიანებული
 1. გაცილებით ადვილად ვღიზიანდები და უფრო ადვილად ვგრძნობ თავს შეურაცხყოფილად, ვიდრე ადრე
 2. ამ ბოლო დროს სულ გაღიზიანებული ვარ
 3. სულ არ მაღიზიანებს ის, რაც ადრე მაღიზიანებდა

12. 0. არ მაქვს დაკარგული ინტერესი სხვა ადამიანების მიმართ
 1. ადრინდელთან შედარებით სხვა ადამიანები ახლა ნაკლებად მაინტერესებს
 2. უმეტესად დაკარგული მაქვს ინტერესი სხვა ადამიანების მიმართ
 3. სულ დაკარგე ყოველგვარი ინტერესი სხვა ადამიანების მიმართ

13. 0. ჩვეულებრივ ადვილად ვღებულობ გადაწყვეტილებებს
 1. ხშირად თავს ვარიდებ რაიმე გადაწყვეტილების მიღებას
 2. ძალიან მიჭირს გადაწყვეტილების მიღება
 3. საერთოდ ვერ ვღებულობ ვერანაირ გადაწყვეტილებას

14. 0. არ მაქვს იმის განცდა, რომ ადრინდელზე უარესად გამოვიყურები
 1. განვიცდი იმას, რომ მობერებულნი და დაუძღურებულნი გამოვიყურები
 2. ვგრძნობ, რომ ჩემი გარეგნობის შეცვლამ შეუხედავი გამხადა
 3. ვთვლი, რომ საშინლად გამოვიყურები

15. 0. ისეთივე შრომისუნარიანი ვარ, როგორც ადრე
 1. სამუშაოს შესასრულებლად ზოგჯერ თავს ძალას ვატან
 2. მუდმივად ვატან ძალას თავს სამუშაოს შესასრულებლად
 3. საერთოდ ვერ ვმუშაობ

16. 0. ისევე კარგად მძინავს, როგორც ადრე
 1. ისე კარგად ვეღარ მძინავს, როგორც ადრე
 2. ჩვეულებრივზე 1-2 საათით ადრე ვიღვიძებ და შემდეგ მიჭირს დაძინება
 3. ჩვეულებრივზე რამდენიმე საათით ადრე ვიღვიძებ და შემდეგ ვეღარ ვიძინებ

17. 0. არ ვიღვლები ადრინდელზე მეტად
 1. ადრინდელთან შედარებით უფრო ადვილად ვიღვლები
 2. ყველაფერი მღლის
 3. ისეთი დაქანცული ვარ, რომ არაფრის გაკეთება არ შემიძლია

18. 0. ჩვეულებრივ, ცუდი მადა არ მაქვს
 1. ისეთი კარგი მადა არა მაქვს, როგორც ადრე
 2. ახლა მადა გაცილებით უარესი მაქვს, ვიდრე ადრე მქონდა
 3. საერთოდ არა მაქვს მადა

19. 0. ბოლო დროს წონაში მნიშვნელოვნად არ დამიკვლია
 1. წონაში 2.5კგ-ზე მეტი დავიკედი
 2. წონაში 5კგ-ზე მეტი დავიკედი
 3. წონაში 7.5კგ-ზე მეტი დავიკედი

20. 0. ჩემი ჯანმრთელობა ჩვეულებრივზე მეტად არ მაწუხებს
 1. მაწუხებს ჯანმრთელობის ისეთი პრობლემები, როგორცაა თავის ტკივილი, კუჭის აშლა, ყაბზობა
 2. მაწუხებს საკუთარი ჯანმრთელობა და მიჭირს სხვა რამეზე ფიქრი
 3. იმდენად მაწუხებს ფიქრები ჩემი ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემების შესახებ, რომ სხვა რამეზე ფიქრი არ შემიძლია

21. 0. ბოლო დროს არ შემინიშნავს ცვლილება ჩემს სექსუალურ მოთხოვნილებებში
 1. ადრინდელთან შედარებით სექსით ნაკლებად ვარ დაინტერესებული
 2. გაცილებით ნაკლებად ვარ დაინტერესებული სექსით
 3. სექსის მიმართ ინტერესი სრულიად დამეკარგა

ავტორის სტილი დაცულია

მაია მაჭავარიანი

სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან

დანართი#3

#N___

სახელი, გვარი: _____	ბოლო გულყრის მანიფესტირება: _____
სქესი _____	პერიოდი: _____
ასაკი : _____	ექიმი: _____
დაავადების ხანგრძლივობა : _____	გამოკვლევის თარიღი: -----

ჯგუფი	დაჯგუფებული ზმნიზედები (შესაბამისი ნომრებით)	ჯგუფის სახელი
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

დანართი #4

ინფორმირებული თანხმობა

კვლევის სათაური: „სტიგმა და თვითსტიგმატიზაცია ეპილეფსიის მქონე მოზარდებთან“

- ვადასტურებ, რომ სრულად მივიღე ინფორმაცია მოცემული კვლევის მიზნებისა და პროცედურის შესახებ.
- გავეცანი კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემების გაანალიზებისა და გამოქვეყნების მოსალოდნელ სარგებელს.
- ვაცნობიერებ, რომ აღნიშნულ კვლევაში მონაწილეობა არ წარმოადგენს რისკს კვლევაში მონაწილის ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და ემოციური მდგომარეობისათვის.
- ასევე ინფორმირებული ვარ, რომ სურვილისამებრ შემიძლია კვლევის პროცედურის ნებისმიერ ეტაპზე შევწყვიტო კვლევაში მონაწილეობა.
- მივიღე ინფორმაცია იმის თაობაზე, რომ კვლევის ანალიზის პროცესში გამოყენებული იქნება კვლევაში მონაწილეთა ჯგუფ(ებ)ის და არა კვლევის ცალკეული მონაწილეების ინდივიდუალური მონაცემები.
- ინფორმირებული ვარ, რომ კვლევის პროცედურის შედეგად მიღებული მონაცემები გამოქვეყნდება და მისაწვდომი გახდება ფართო საზოგადოებისათვის.

გავეცანი და ვეთანხმები კვლევაში მონაწილეობის ზემოთმოყვანილ პირობებს.

ხელმოწერა _____