

ՀՈԳԵԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՇՎԱՆԴԱՄԱՆԵՐԻ
/ԱՄՊՈՒՏԱՆՏՆԵՐ/ ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ՎԻՃԱԿԻ ՎՐԱ*

Մարիամ Գասպարյան

Բանալի բառեր՝ սոցիալական աջակցություն, ամպուտանտ, ռեսուրս, տազնապայնություն, դեպրեսիա, սուր վիշտ, քրոնիկ ցավ:

Սոցիալական աջակցության խնդիրը այսօր քան երբևէ ցայահանջ է: Ըստ սոցիալական աջակցության առկա մոտեցումների՝ այլ մարդկանց աջակցության նպատակով դիմելը կարող է նպաստել իրավիճակի ակտիվ վերափոխմանը և մարդու հուզական վիճակի բարելավմանը: Սոցիալական աջակցությունը որպես ռազմավարություն, ոչ միայն թույլ է տալիս նվազեցնել հոգեբանական լարվածությունը, այլև նպաստում է կյանքի դժվարին իրավիճակների արդյունավետ հաղթահարմանը, որն էլ իր հերթին թույլ է տալիս այս ռազմավարությունը ընդգրկել որպես անձի ռեսուրս: Իսկ անձի ռեսուրսը այն կարևորագույն մեխանիզմն է, որը կարող է նրան լիարժեք ինտեգրել սոցիալական հարաբերությունների մեջ և ցույց տալ հաշմանդամին կյանքը իմաստավորելու և այն «առողջ» ապրելու այլընտրանքային ձևեր:

Հաշմանդամների հոգեբանական վիճակի վրա սոցիալական աջակցության ազդեցության ուսումնասիրման արդիականությունը պայմանավորված է նրանով, որ ընդհանրապես պատերազմող երկրներում, որոնցից մեկն էլ Արցախն է, առկա է հաշմանդամների թվի աճ, որի ամենածանր հետևանքներից են ամպուտացիան ու ողնաշարի վնասվածքը, որն էլ իր հերթին բխեցնում է սոցիալական աջակցության անհրաժեշտությունը՝ նրանց բարեկեցիկ կյանքը ապահովելու համար:

Աջակցությունը կարող է հանգեցնել անօգնականության և անկարողության զգացողության հաղթահարմանը: Շատ հեղինակներ մեծ կարևորություն են տալիս սոցիալական աջակցությանը որպես ռեսուրս՝ սթրեսի և դժվար խնդրային իրավիճակների հաղթահարման ժամանակ: Սոցիալական աջակցության կարևորագույն առանձնահատկությունը, ի տարբերություն սոցիալական օգնության, բնութագրվում է սուբյեկտի ակտիվությամբ, որն ուղղված է ինքնուրույն հաղթահարմանը [1, 3-7]: Սոցիալական աջակցությունը պարտադիր պետք է լինի ակտիվ, երկկողմանի գործընթաց, որը պիտի տանի սուբյեկտի զարգացմանը: Հաշմանդամների մոտ ի հայտ եկող հոգեբանական առանձնահատկությունները վերջույթի ամպուտացիայի ժամանակ թույլ են տալիս անել հետևություններ այս խմբի մարդկանց հետ կատարված հոգեշտկողական աշխատանքի առանձնահատկությունների մասին:

• Հոգեշտկումը վնասվածքի հեռացման շրջանում բնութագրվում է որպես բազմակողմանի ուղղվածություն՝ ընդգրկելով իր մեջ տվյալ ու սոցիալական վարքագծի իրավիճակում հոգեկան բացասական դրսևորումներ, ինչպես նաև խորքային-ներքին ապրումներ՝ ընդհանրացնելով այդ դիրքի յուրահատկությամբ՝ «հաշմանդամության կոմպլեքսի» առկայությամբ: Տեղաշարժման սահմանփակումները, որպես կանոն, գիտակցվում են հիվանդի կողմից որպես միակողմանի և աֆեկտիվ խեղաթյուրում: Ինքնազնադատականի ադեկվատ պահերը համադրվում են ինքնակործանման հետ: Նոր

* Հոդվածն ընդունվել է 15.10.19:

Հոդվածը տպագրության է երաշխավորել ԵՊՀ պրոֆեսոր, սոցիալական և կլինիկական հոգեբանության ամբիոնի վարիչ, հ.գ.դ., պրոֆեսոր Գ. Շահվերդյանը: 01.11.19:

Ես-կերպարը ընդունվում է ոչ լրիվությամբ, ու թերությունները գերազնիատվում են: Բարձրանում է ազդեցիկության մակարդակի հնարավոր անցումը ինքնահետընթացի ինքնասպանության միտումը և ինքնակործանվող վարքագիծը: Սոցիալական անդառնալի դժվարությունները պահանջում են անձնային բոլոր ռեսուրսների կենտրոնացում, որը նրանց երբեմն պակասում է:

- Հոգեշտկման գործընթացը ամպուտանտների հետ երկարատև պրոցես է: Սկզբնական շրջանում նպատակահարմար է օգտվել էքզիստենցիալ-հումանիստական հոգեթերապիայի տեխնիկաներից, որն ուղղված է անձի կյանքի իմաստակողմնորոշիչ արժեքներին: Այն օգնում է վերածնավորել նոր «Ես-կոնցեպցիան», կենտրոնացնել անձին ստեղծագործական գործունեության վրա, բացել կյանքի նոր հնարավորություններ, կազմել ապագայի նոր պլաններ, կազմակերպել միջանձնային հարաբերությունների նոր համակարգ:

- Պետք է ընդունել, որ հաշմանդամի սոցիալական վերականգնումը և սոցիալական հարմարումը հազվադեպ հանդիպող երևույթ է: Ձեռք բերվող հաջողությունները, որպես կանոն, մասնակի են և ոչ կայուն [2, 169]: Մարտական գործողությունների ընթացքում վնասվածք ստանալը համարվում է ծանր հոգետրավմատիկ գործոն, որը մեծապես սահմանում է հետագա կանխատեսումը և սոցիալ-հոգեբանական ադապտացիայի առանձնահատկությունները՝ վերադառնալով խաղաղ կյանք: Այս խնդիրը հատուկ սրություն է ծեռք բերում զինված հակամարտություններից հետո՝ ամպուտացած վերջույթներով հաշմանդամների թվի ավելացումը: Հոգեկան վիճակը, որում գտնվում է մարդը, ով ենթարկվել է վերջույթի տրավմատիկ ամպուտացիայի, վերագրվում է սուր վշտի կատեգորիային, մի երևույթ, որը մասնագետների ուշադրության կենտրոնում է [3, 27-31]: Ամպուտացիայի փաստը իրենից ներկայացնում է ծանրագույն անձնական ողբերգություն, որն իր մեջ ներառում է կործանարար իմաստ: Այն մարդու համար նշանակում է իր կյանքի բոլոր հեռանկարների ու ծրագրերի կործանում, անհատի սեփական Ես-ի հավանության նվազեցում, անհարժեշտություն որոնելու իր սոցիալական տեղն ու դիրքը և հաճախ, գոյության անիմաստ կորուստ [4, 89]: Որքան էլ անձը հոգեբանորեն պատրաստ լինի իրադարձությունների զարգացման նման տարբերակի, ընկալվում է որպես անձնական աղետ: Մարդը հայտնվում է ճգնաժամային իրավիճակում, քանի որ առաջանում են մի շարք դժվար լուծելի հակասություններ: «Մարմնի կերպարի» հանկարծակի խախտումը առաջացնում է պերմանենտ տրավմայի հոգեծին կոնպլեքս, որը, ի տարբերություն ուրիշ տրավմաների, տանում է ավելի շատ կայուն անձնային փոփոխությունների:

1992-1997 թվականներին հետազոտողների անընդհատ աշխատանքը զինվորական – ամպուտացվածների հետ՝ բերել է հետևյալ եզրահանգումների[5, 142].

1. Ամպուտացվածը երկար ժամանակ զգում է վերջույթի ներկայությունը: Այդ ներկայությունը ի հայտ է գալիս որպես զգացողություն կամ ցավ: Մեզ համար անհասկանալի ֆանտոմ երևույթները ստեղծում են լրացուցիչ տրավմա, ուստի անհրաժեշտ է հոգեբանի կոգնիտիվ աշխատանք ֆանտոմ ցավի կամ զգացողության վերաբերյալ: Հաճախ ուժեղ գլխի ցավը փոխարինում է անդամահատված վերջույթի ցավին:

2. Ինքնամիտիվածությունը և միջանձնային մեկուսացումը ամպուտացվածների մոտ, ովքեր զգում են սուր զգվանք պրոթեզի հանդեպ: Ղրա համար հոգեթերապևտիկ օգնությունը պետք է իր մեջ ներառի պրոթեզի վերջույթի հետ նույնականացման աշխատանք՝ ընդգրկելով մարմնի սխեման, այս դեպքում, խանգարված ֆիզիկական, ոչ թե հոգեբանական մարմնի սխեման: Այնուամենայնիվ եթե պրոթեզավորումը տեխնիկապես հնարավոր չէ (օրինակ, բարձր ծայրատում), հիվանդները զգում էին երկրորդնային տրավմա՝ դա ընկալելով որպես վերջին հնարավորության զրկում:

3. Ինքնազնադատականի իջեցումը և փորձը ապացուցելու իրեն հակառակը համարվում է բախում՝ իր և հասակակիցների միջև: Ինքնազնադատականի իջեցումը

բացատրվում է նաև իր մինչտրավմատիկ կյանքի իդեալականացումով, որում ինքը ակտիվ դեր է խաղացել: Գիտակցումը ֆիզիկական անօգնականության առաջացնում է տագնապ, լարվածություն և սուր ցանկություն չիրականացված գործունեության(օրինակ՝ սպորտ):

4. Անբավարար աջակցությունը և գնահատականը իշխանական կառույցների կողմից ուժեղացնում է տրավման: Անպատասցվածը զգում է վիրավորանք իշխանական կառույցի կողմից: Նրանց մոտ նկատվող հաճախ կրկնվող արտահայտություն. «Ես հանուն նրանց չեմ կռվել»: Սա խոսում է «ռեակցիայի ձևավորման» մեխանիզմի մասին:

5. Առավել սուր ռեակցիաներ դիտվել են այն հիվանդների մոտ, ում անպատասցունը կատարել են անգիտակցական վիճակում, առանց հիվանդի իմացության, առանց նախազգուշացման (օրինակ՝ ռազմի դաշտից ինքնաթիռով տեղափոխելիս Երևան): Այս բառերը հաճախ էին ասում այսպիսի պարագայում անպատասցվածները. «Ավելի շուտ ես կհամաձայնեի մեռնել, քան այն, ինչ արել եք ինձ հետ»: Ու անգամ այդ պահին ունենում էին ինքնասպանության մտքեր: Սուր հետտրավմատիկ շրջանում անպատասցվածի մոտ կյանքի գինն արժեզրկվում է:

6. Հարաբերական որոշակիությունը՝ ապագայի վերաբերող պլանները, նվազեցնում է անպատասցվածի տրավման: Ակտիվ սոցիալական, հուզական աջակցությունը ընտանիքի անդամների ու ընկերների նվազեցնում է ակտիվիզմի վտանգը:

7. Անպատասցվածի վիճակը, մասնավորապես ագրեսիվ ու աուտոագրեսիվ վարքագիծը, ուղղակիորեն կախված է վիրավորվելու իրավիճակից և նրա այդ իրավիճակի մեկնաբանումից: Օրինակ՝ «Ես դուրս եմ եկել նման դժվար իրավիճակից անվնաս, բայց այստեղ ամեն ինչ տեղի է ունենում անիմաստ: Եթե ես ավելի արագ հասկանայի թե ինչ է կատարվում, հնարավոր է խուսափել: Կամ, անհավանական է, որ ես կենդանի մնայի ու գերի չընկնեի»:

8. Մեղքի զգացողություն ծնողների առաջ՝ մարտական գործողություններին կամավոր մասնակցելու համար, ինչպես նաև մեղքի զգացում, այն ընկերների նկատմամբ, ովքեր մնացել են մարտի դաշտում: Օրինակ՝ «Ես այստեղ, իսկ նրանք մահվան ձիրաններում»:

Քրոնիկ ցավը պրակտիկորեն կարող է լուրջալիզացվել մարմնի ցանկացած մասում, խրոնիկացիայի պատճառը բազմազան է և համարվում է դեպրեսիայի «դիմակ»: P.Kielholz ցույց տվեց, որ դեպրեսիայի հիմնական հոգեբանական աֆեկտիվ դրսևորումները՝ թախիծը, վատ տրամադրությունը թեթև դեպրեսիայի դրվագում, կարող են չգիտակցվել անձի կողմից: Պարզ է դարձել, որ դեպրեսիան կարող է արտահայտվել այլ ախտանիշների հետ միասին և դրանցից մեկը համարվում է խրոնիկ ցավը: Ըստ L.Gormsen et al.2006՝ քրոնիկ ցավը այցելուների մոտ դեպրեսիայի ժամանակ դրսևորվում է 1.5-ից 100% և կախված է այցելուի տարիքից. ինչքան մեծ է այցելուի տարիքը, այնքան մեծ է հավանականությունը դեպրեսիվ խրոնիկ ցավի կլինիկական արտահայտվածությունը [6, 464]: Այսօր քրոնիկ ցավը սկսել են դիտարկել ոչ թե որպես ախտանիշ ինչ-որ հիվանդության, այլ որպես ինքնուրույն հիվանդություն՝ պահանջելով յուրահատուկ ուշադրություն և էթիոպաթոլոգիկ համալիր բուժում: Բժիշկները առձակատվել են այն իրավիճակին, որի ժամանակ վնասվածքի նույնականացումը և հեռացումը ոչ միշտ է ուղեկցվում ցավային սինդրոմի անհետացումով [7, 91]:

Ցավը առաջանում է նոցիցեսպտիվ գրգռականության հետևանքով: Այդ դեպքում առանձնացնում են «ցավի երկակի» զգացողություն՝

1) Բազմակի զգացողություն ցավի, որը համարվում է արտակարգ ազդակ ախտահարող գրգռիչի մասին, այսպես կոչված էպիկրիտիկ ցավ, որի ժամանակ ցավային ազդակը անց է կացվում հաստ, արագ անցնող թելիկներով/A-d/:

2) Երկրորդ զգացողությունը առաջանում է 1-2 վարկյան հետո, որի ընթացքում ցավը դառնում է ավելի ինտենսիվ, զարգացած և երկարատև: Դա պրոտոպատիկ ցավն է, որի անց կացումը պայմանավորված է նեղ, ավելի դանդաղ անցում թելիկով/C/:

3) Բացի 2 հիմնական նոցոցեպտիվ ռեցեպտորներից /A-d և C/ գոյություն ունի 3-րդ ձևը՝ վեգետատիվ: Նույնիսկ եթե ողնուղեղը անատոմիապես չի գործում լրիվությամբ, որոշ ժամանակ անց մարդը սկսում է զգալ ցավեր իրանի շրջանում և վերջույթներում: Վիսցերալ ցավերը ընդհանրապես չեն ենթարկվում փոփոխությունների: Չնայած նրան, որ վեգետատիվ ուղիների անատոմիական ընթացքը բավականին ուսումնասիրված է, կառույցները, որոնք պատասխանատու են «վեգետատիվ ցավի» ընկալման համար, մինչև հիմա բացահայտված չեն:

4) Համաձայն կոզնիտիվ-վարքաբանական մոդելի՝ ցավը իրենից ներկայացնում է ոչ միայն զգացողություն, այլև մոլտիմոդալ անհանգստություն: Ցավի հետազոտության ժամանակ անհրաժեշտ է ոչ միայն ուսումնասիրել նրա սենսորային մեխանիզմները, բայց և ուշադրություն դարձնել կոզնիտիվ, աֆեկտիվ, վարքագծային բնութագրիչներին, որոնք որոշում են ցավի տանելիությունը, ցավային վարքագիծը և ցավային խնդիրը հաղթահարելու ունակությունը [8, 103]: Ենթադրում են, որ քրոնիկ ցավի սինդրոմի կոզնիտիվ գնահատականը նշանակալի աստիճանով ազդում է աֆեկտիվ հակազդման և վարքագծի վրա՝ սահմանելով ֆիզիկական ակտիվությունը և ադապտացիան: Հիմնական ուշադրությունը դարձվում է վարքագծի տարբեր տարբերակների վրա, օրինակ՝ պասիվություն կամ փախուստ և կոզնիտիվ գործընթացներ (վերաբերմունքը կատարվածի հանդեպ, սպասումները), որոնք կարող են ոչ միայն աջակցել, այլև դժվարեցնել ցավային խնդիրը [9, 310- 357]:

Հետազոտության առաջին փուլում գնահատվել է հետազոտության մասնակիցների մոտ դեպրեսիվության, տագնապայնության և սոցիալական աջակցության մակարդակը՝ Է. Բեկի դեպրեսիվության սանդղակ հարցարանի, Է. Բեկի տագնապայնության ախտանիշներ հարցարանի, Ս.Զիմետի, Ն.Ա.Սպիռոտաի, Վ.Մ.Յալտոնսկու սոցիալական աջակցության ընկալման բազմաչափ սանդղակ հարցարանի հետազոտման մեթոդիկաներով, որի արդյունքում ստացել ենք հետևյալ ցուցանիշները, որոնք ներկայացված են աղյուսակ 1-ում:

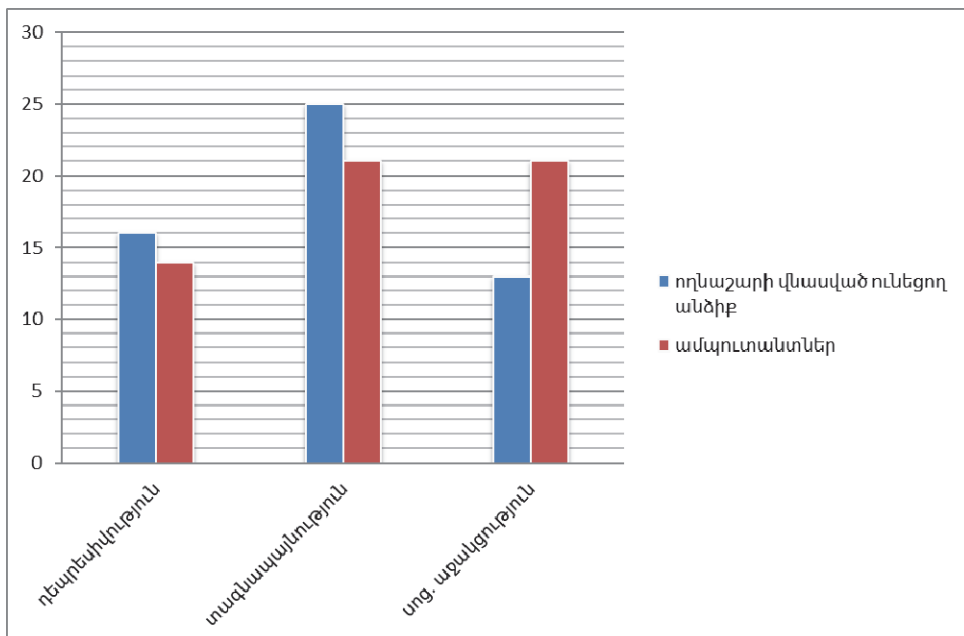
Առաջնային վերլուծության արդյունքում նկատելի է, որ ողնաշարի վնասվածք ունեցող հաշմանդամների մոտ (պայմանական 1,00) դեպրեսիվությունը ավելի բարձր է, քան ամպուտանտների մոտ (պայմանական 2,00): Ինչը կարող է պայմանավորված լինել (ըստ տեսական հիմքի) քրոնիկ ցավի և դեպրեսիայի սերտ կապով, ինչպես նաև սոցիալական միջավայրից մեկուսացված լինելու գործոնով: Դեպրեսիայի ազդեցությունը կարող է դրսևորվել ցավի ինտենսիվության և տևականության աճով, այսինքն՝ կլինիկական պատկերի էական ծանրացումով, մկանային լարվածության առաջացմամբ կամ խորացմամբ, գիշերային քնի ժամանակ ցավի ուժեղացման դրսևորումներով:

Նկար 1. Դեպրեսիվության, տագնապայնության և սոցիալական աջակցության միջին ցուցանիշ

		N	Միջին	Ստանդարտ շեղում	Ստանդարտ միջին շեղում
Դեպրեսիվություն	1,00	14	16,0714	8,17561	2,18502
	2,00	16	14,1250	7,90675	1,97669
Տագնապայնություն	1,00	14	25,1429	9,54227	2,55028
	2,00	16	21,5000	11,19524	2,79881
Սոց. աջակցություն	1,00	14	13,5714	1,60357	,42857
	2,00	16	21,7500	2,11345	,52836

Ինչպես տեսնում ենք, ողնաշարի վնասվածք ունեցող հաշմանդամների մոտ տագնապայնությունը ավելի բարձր է, քան ամպուտանտների մոտ: Նայելով սոցիալական աջակցության սանդղակին՝ տեսանելի է, որ ամպուտանտների մոտ սոցիալական աջակցությունը ավելի բարձր է, քան ողնաշարի վնասվածք ունեցող հաշմանդամների մոտ: Թերևս ամենաառաջինը, գտնում ենք, որ դա կարող է պայամանավորված լինել սակավ միջանձնային հարաբերություններով: Առիասարակ շփման առումով ամպուտանտները ավելի բաց են, քան ողնաշարի վնասվածք ունեցող հաշմանդամները, որը պայամանավորված է նաև ֆիզիկական գործոնով:

Նկար 1. Դեպրեսիվության, տագնապայնության և սոցիալական աջակցության միջին նշանակության համեմատություն



ՄԵՍՈՐՊԻ ՄԱՇՏՈՑ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆԻ ԼՐԱՏՈՒ 2019

Հատկանշական է, որ ողնաշարի վնասվածք ունեցող հաշմանդամների մոտ, աջկ-ցությունը գերակա էր միայն ընտանիքից: Ընկերներն ու սոցիալական միջավայրը նշանակալի թվերով զիջում էին: Իսկ ամպուտանտների մոտ կար այդ 3 խմբերի միջև բալանս և ամպուտանտները ավելի շատ էին փոխհարաբերվում սոցիալական միջա-վայրին:

Ինչպես տեսնում ենք աղյուսակ 2-ում, մեր խմբերը համարվում են հոմոգեն, քանի որ, ըստ Լիվինի չափանիշների, նշանակալիությունը պետք է գերազանցի 0,05-ը: Այս դեպքում մենք կարող ենք շարունակել մեր համեմատությունը: Բայց ինչպես տեսնում ենք, չկա դեպրեսիվության և տագնապայնության տարբերություն, քանի որ երկկողմա-նի նշանակալիությունը պետք է լինի 0.05-ից ցածր: Ինչպես տեսնում ենք սոցիալական աջակցությունը ունի երկկողմանի նշանակություն, քանի որ $p = ,000$ ինչը հնարավո-րություն է տալիս շարունակելու վերլուծությունը:

Կատարված համեմատությունների արդյունքում կարող ենք ասել, որ 2 խմբերում առկա են սոցիալական աջակցության էական տարբերություններ, ինչը կարող է պայ-մանավորված լինել նրանով, որ սոցիալական աջակցությունը հանդես է գալիս որպես ռեսուրս՝ սթրեսի և դժվար խնդրային իրավիճակների հաղթահարման ժամանակ:

Աղյուսակ 2. Դեպրեսիվության, տագնապայնության և սոցիալական աջակցության համեմատություն

	Չափանիշները ըստ Լիվինի	Միջինների հավասարության t չափանիշը		
	Նշանա-կություն	Նշ.երկկողմանի	Միջին տարբերություն	
Դեպրեսիվություն	Ենթադրում են հավասար դիսպերսիաներ	,842	,513	1,94643
	Չեն ենթադրում հավասար դիսպերսիաներ		,514	1,94643
Տագնա- պայնություն	Ենթադրում են հավասար դիսպերսիաներ	,615	,349	3,64286
	Չեն ենթադրում հավասար դիսպերսիաներ		,344	3,64286
Սոց. Աջակցություն	Ենթադրում են հավասար դիսպերսիաներ	,178	,000	-8,17857
	Չեն ենթադրում հավասար դիսպերսիաներ		,000	-8,17857

Աղյուսակ 3-ում կարող ենք տեսնել, որ մեր հետազոտական ընտրանքի համար կոռելյացիոն վերլուծության արդյունքում դուրս ենք բերել կապ դեպրեսիվության և սո-ցիալական աջակցության ցուցանիշների միջև՝ $r=580^*$ ($p=,018$ նշանակալիությամբ): Կա-րող ենք ասել՝ բարձրացնելով սոցիալական աջակցությունը՝ մենք նպաստում է ենք դեպրեսիվության իջեցմանը:

Աղյուսակ 3. Անպուտանոսների դեպրեսիվության, տագնապայնության և սոցիալական աջակցության կորելյացիոն կապը

		Դեպրեսիվություն	Տագնապայնություն	Սոց. Միջավայր
Դեպրեսիվություն	Պիրսոնի գործակից	1	,063	-,580*
	նշ. (երկկողմանի)		,818	,018
	N	16	16	16
Տագնապայնություն	Պիրսոնի գործակից	,063	1	-,141
	նշ. (երկկողմանի)	,818		,603
	N	16	16	16
Սոց. Աջակցություն	Պիրսոնի գործակից	-,580*	-,141	1
	նշ. (երկկողմանի)	,018	,603	
	N	16	16	16

Այսպես՝ սոցիալական աջակցությունը հանդես գալով որպես ռեսուրս, կարողանում է ազդեցություն ունենալ դեպրեսիվության աստիճանի նվազեցման վրա: Ինչքան բարձրանա սոցիալական աջակցությունը, այնքան կիջնի հաշմանդամի դեպրեսիվությունը: Սոցիալական աջակցությունը պարտադիր պետք է լինի ակտիվ, երկկողմանի գործընթաց, որը պիտի տանի սուբյեկտի զարգացմանը: Ամենագլխավորը, որը պահանջվում է ընտանիքի անդամներից և ընկերներից, հավատացնել հիվանդին, որ նրա կարիքը միշտ զգում են, որ նրա ուժերը պետք է տնային գործերում, որ իր երեխաններին և կնոջը նույնպես պետք է իր ուշադրությունը և հոգատարությունը, աջակցությունը և սիրտխանքը:

Աջակցությունը կարող է հանգեցնել անօգնականության և անկարողության զգացողության՝ հաղթահարել ինքնին: Հմուտ օգնությունը օգնությունն է այն մարդկանցից, ում վստահում ես, որը համապատասխանում է կարիքներին և նպաստում է նրան, որ անձը իրեն զգա հասկացված, շրջապատված հոգատարությամբ և ունենա լիարժեքության զգացում: Սա երևի թե լավագույն տարբերակն է: Հմուտ օգնությունը կախված է երկու կողմերի հաղորդակցությունից: Մարդը, ով ձգտում է փոփոխության, պետք է գնահատի իր կարիքները և հստակ արտահայտի դրանք, ակտիվորեն օգնություն փնտրի այն մարդկանց շրջանում, ումից նա կարող է օգնություն ստանալ: Ցուցաբերվող օգնությունը պետք է ունենա նպատակ՝ արդարացնելու անձի հույսերը՝ հարգալից և կարիքների իրական բավարարմամբ:

ԾԱՆՈԹԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Иванипеч Г.А., Боль как интегративная функция организма. Классификация. Характеристика Первичной и вторичной Боли // Альтернативная медицина. – 2006. – II. стр. 3-7.
2. Добровольская Т.А. Факторы, влияющие на социальную инвалидов вследствие сооматических заболеваний: дис...канд. Психол. Наук. – М., 1986.- стр. 169.
3. Поправка С.Х., Сергеев В.А. Методические подходы к организации реабилитации военнослужащих с ампутационными дефектами конечностей // Воен. – мед . журн. – 2000. – II 1. – стр. 27-31.
4. Березни Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Наука, 1988. – стр. 89.
5. Хилл А. Журнал боли и управления симптомами. 1999, 17 (2): 125-стр. 142.
6. Кулагина И. Ю., Колоцкий В.Н. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека. – М. : ТЦ «Сфера», 2001. - стр. 464.

7. Березни Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Наука, 1988. – стр. 91.
8. Հարությունյան Ս.Հ. Ցավի հոգեբանություն, Երևան 2015թ. էջ 103
9. Cohen S., Wills T.A. Stress, social support, and the buffering hypothesis: Psychological Bulletin. – 1985. Vol. 98, N 2. – P. 310- 357.

ԱՄՓՈՓԱԳԻՐ

Սոցիալական աջակցության ազդեցությունը հաշմանդամների /ամպուտանտների/ հոգեբանական վիճակի վրա Մարիամ Գասպարյան

Սոցիալական աջակցության խնդիրը այսօր քան երբևէ ցայահանջ է: Սոցիալական աջակցությունը որպես ռազմավարություն ոչ միայն թույլ է տալիս նվազեցնել հոգեբանական լարվածությունը, այլև նպաստում է կյանքի դժվարին իրավիճակների արդյունավետ հաղթահարմանը: Սույն հոդվածում փորձ է արվել ներկայացնել սոցիալական աջակցության ազդեցությունը հաշմանդամների /ամպուտանտների/ հոգեբանական վիճակի վրա: Հոդվածում արտացոլվել են մեր կողմից կատարված հետազոտության արդյունքները, համաձայն որի սոցիալական աջակցությունը, հանդես գալով որպես ռեսուրս, կարողանում է ազդեցություն ունենալ դեպրեսիվության աստիճանի նվազեցման վրա: Սոցիալական աջակցությունը պարտադիր պետք է լինի ակտիվ, երկկողմանի գործընթաց, որը պիտի տանի սուբյեկտի զարգացմանը:

РЕЗЮМЕ

Влияние социальной поддержки на психологическое состояние инвалидов /ампутантов/ Мариам Гаспарян

Ключевые слова: социальная поддержка, ампутант, ресурс, тревожность, депрессия, сильное горе, хроническая боль.

Вопрос социальной поддержки сегодня востребован. Социальная поддержка как стратегия не только помогает уменьшить психологический стресс, но и способствует эффективно справляться с трудными жизненными ситуациями. В данной статье сделана попытка представить влияние социальной поддержки на психологический статус инвалидов. В статье также отражены результаты нашего исследования, показывающие, что социальная поддержка как ресурс может оказать влияние на снижение депрессии. Социальная поддержка должна быть активным, двусторонним процессом, ведущим к развитию субъекта.

SUMMARY

The Impact of Social Support on the Psychology of the Disabled /Amputees/ Mariam Gasparyan

Keywords: social support, amputee, resource, alarm, depression, sharp pain, chronic pain.

The issue of social support has become very urgent ever than before. Social support allows not only diminishing the psychological tension as a strategy but also helps to overcome the difficult situations of life effectively. We have tried to represent the impact of social support on the psychology of the disabled /amputees/ in this article. The results of our research are shown in this article according to which the social support, regarded as a resource here, influences on the reduction of the degree of depression. Social support should obligatorily be an active and mutual procedure leading to the development of the subject.