

თვალსაჩინო ფიზიკური ნაკლის მქონე ადამიანთა პიროვნული პროფილი (ფრაიბურგის პიროვნების კითხვარის მიხედვით)

სოფიო დოლიძე

შეფასებისა და გამოცდების ეროვნული ცენტრი

ბოლო ორი ათწლეულის განმავლობაში საქართველოში აქტუალურია ფიზიკური ნაკლის მქონე ადამიანთა საზოგადოებაში ინტეგრაციის პრობლემა, თუმცა ამ პრობლემაზე მუშაობა მიმდინარეობს მხოლოდ გარემოს ფიზიკური კომპონენტების და სოციალური პირობების გაუმჯობესების მიმართულებით. ფიზიკური ნაკლის მქონე ადამიანთა ინტეგრაცია საზოგადოებაში, უპირველეს ყოვლისა, საჭიროებს მათ ფსიქოლოგიურ რეაბილიტაციას, რაც შეუძლებელია მათი პიროვნული პროფილის შესწავლის გარეშე. წინამდებარე სტატია სწორედ თვალსაჩინო ფიზიკური ნაკლის მქონე ადამიანთა პიროვნული მახასიათებლების კვლევას წარმოგვიდგენს.

თვალსაჩინო ფიზიკური ნაკლის მქონე ადამიანთა ფსიქოლოგიური რეაბილიტაციის ერთ-ერთ წინაპირობას მათი პიროვნული პროფილის შესწავლა წარმოადგენს. წინამდებარე სტატიაში განხილულია ფრაიბურგის პიროვნების კითხვარის მიხედვით საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის დეფექტის მქონე ადამიანთა პიროვნული მახასიათებლების კვლევის შედეგები. კვლევაში მონაწილეობდა 20-დან 78 წლამდე ასაკის 76 ცდისპირი. დადასტურდა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება ნორმასა და თვალსაჩინო ფიზიკური ნაკლის მქონე (აგრეთვე ამ მიზნობრივი ჯგუფის ორი ქვეჯგუფის - თანდაყოლილი და შეძენილი ნაკლის მქონე) ადამიანთა სკალურ მაჩვენებლებს შორის შემდეგ პიროვნულ განზომილებებზე: ცხოვრებით კმაყოფილება, სოციალურ ორიენტაცია, სიმორცხვე, სხეულებრივი ჩივილები, ჯანმრთელობაზე ზრუნვა, გულახდილობა, ექსტრავერსია და ნეიროტიზმი.

სამეცნიერო ლიტერატურაში ფიზიკური ნაკლის მრავალ განსხვავებულ განსაზღვრებას ვხვდებით. ამიტომ მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია (World Health Organization) ცდილობს მხოლოდ ზოგადი განსაზღვრება მოგვცეს. იგი სამი ძირითადი ცნებიდან ამოდის:

1. Impairment (დაზიანება)

- ანატომიური, ფსიქიკური, ან ფიზიოლოგიური ფუნქციების და სხეულის სტრუქტურების დეფექტები, ან ნორმიდან გადახრა

2. Disability (უუნარობა)

- დაზიანების საფუძველზე ფუნქციის მოშლა, ან დეფექტი, რომელიც აფერხებს, ან შეუძლებელს ხდის ჩვეულ ყოველდღიურ ცხოვრებას

3. Handicap (ინვალიდობა)

- დაზიანებით, ან უუნარობით გამოწვეული პიროვნების ნაკლი

ინვალიდობის ცნება, ამგვარად, ძალზე კომპლექსურია და მას განვითარების საინტერესო ისტორია აქვს. 1909 წელს გოხტმა გამოაქვეყნა ხეიბრობის პირველი განსაზღვრება: "ხეიბარი არის ავადმყოფი, რომელსაც სხეულთან დაკავშირებით უნდა

გაეწიოს დახმარება. საექიმო ხელოვნების შემწეობით ის იმდენად უნდა გამოძიებინდეს, რომ შესძლოს თავისი უნარებისა და მიდრეკილებების შესაბამისი პროფესიის დაუფლება. ხეიბარი, ზოგადად, შეზღუდულია კიდურების სწორად ხმარებაში - ზოგჯერ თანდაყოლილი ნაკლის, ზოგჯერ კი სხვა შეძენილი დეფორმირებების შედეგად. დეფექტი ერთ, ან ორივე მკლავს, ერთ, ან ორივე ფეხს, ნახევარ, ან მთელ სხეულს ეხება ხოლმე. შესაბამისად, ხეიბრები შეზღუდულნი არიან გადაადგილებაში - ზოგი ხელების ხმარებაში, ზოგს ჯდომა არ შეუძლია და სხვებიც დაუხმარებლად ვერ დგანან და ვერ დადიან" (Gocht, 1909).

დაახლოებით 1925 წლიდან ტერმინი "ხეიბრობა" უფრო ფართო მნიშვნელობის ცნებით - "ინვალიდობით" შეიცვალა. დეფექტოლოგიის პედაგოგიკის თანამედროვე სახელმძღვანელოში შემდეგ განსაზღვრებას ვხვდებით: "ინვალიდობა მოძრაობის უნარის ძლიერი, ან სამუდამო (ხანგრძლივი) დარღვევაა, რომელსაც საყრდენი და მამოძრავებელი სისტემის, ან სხვა ორგანული დაზიანება უდევს საფუძვლად." საყრდენი და მამოძრავებელი სისტემის სამუდამო დაზიანება ყველა განსაზღვრებისთვის არსებითი კრიტერიუმია. ინვალიდად ითვლება ადამიანი, რომელსაც უჭირს გარემოსთან ურთიერთობის პროცესში მოტორული გამოცდილების შექმნა-დაგროვება საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის ფუნქციის მნიშვნელოვანი დარღვევის გამო, აგრეთვე ადამიანი, რომლის ჰაბიტუსი თვალშისაცემია სახის, ან ტანის დეფორმაციებისა და დასახიჩრებების გამო. ყოველივე ზემოთქმულის მიზეზით ამ ადამიანებს (ინვალიდებს) პრობლემები ექმნებათ ყოველდღიურ ცხოვრებაში, სოციალურ ინტერაქციებში.

ინვალიდობის ყველაზე ხშირი გამოვლენის ფორმებია:

1. ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებები
 - განივი მიელიტი
 - მოძრაობის ცერებრალური დარღვევები (სპასტიკა, ატაქსია, ათეტოზი)
 - გაფანტული სკლეროზი
 - ტორსის განვითარების ანომალიები (Spina bifida, პოლეომიელიტი)
 - პარკინსონის დაავადებები
2. ჩონჩხის დაზიანებები
 - ხერხემლის გამრუდებები (სქოლიოზი, ლორდოზი, კიფოზი)
 - Steogenesis imperfecta ("მინისებური ძვლების" სინდრომი)
 - სახსრის დეფექტები (ლუქსაციები)
3. ჩონჩხის დეფექტები
 - ამელია, დისმელიები
 - მტევნის და ტერფის განვითარების ანომალიები (ტერფის და ხელის გამრუდებები)
4. ამპუტაციები (უბედური შემთხვევის დროს დაშავების, სიმსივნეების, სისხლძარღვოვანი დაავადებების გამო)
5. კუნთური სისტემის დაავადებები (კუნთის ატროფია, კუნთის დისტროფია)
6. ძვლებისა და სახსრების ანთებითი დაავადებები (ართრიტი)

ჩვენ გადავწყვიტეთ, ყურადღება შევაჩეროთ საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის დეფექტებზე და არა ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებებზე, რათა მკაფიოდ გამოიკვეთოს მათი გავლენა პიროვნულ მხასიათებლებზე. კერძოდ, ვიკვლიეთ ადამიანები,

რომელთაც აქვთ პრობლემები გადაადგილებისას (კოჭლობენ სიარულის დროს) კოჭის, მუხლის ან მენჯის სახსრების დეფექტების, ასევე სისხლმარღვოვანი დაავადებებისა და კუნთის ატროფიის გამო.

კოჭლობა სიარულის მანერის პათოლოგიური შეცვლაა, რისი მიზეზიც ერთი ან ორივე ქვედა კიდურის საყრდენი ფუნქციის დარღვევაა. საყრდენი ფუნქციის დარღვევას იწვევს კიდურების სიგრძის შეცვლა, მათი გამრუდება, მგრძნობელობითი და მამოძრავებელი ფუნქციების დარღვევები. კოჭლობა თავს იჩენს კონტრაქტურების, ამოვარდნილობის, ცრუ სახსრის შემთხვევებშიც, აგრეთვე მოტორული დარღვევების - ქვედა კიდურების პარეზის შედეგად. არსებობს მგრძნობელობითი სფეროს ორგვარი დარღვევა, რომლებიც კოჭლობას იწვევს: შედარებით იშვიათია კოჭლობა ქვედა კიდურში მგრძნობელობის გაქრობის (ანესთეზიის) შედეგად; უფრო ხშირად კოჭლობას იწვევს მგრძნობელობის პათოლოგიური მომატება - ტკივილები.

ერთი კიდურის დეფექტის დროს კოჭლობა ვლინდება ნაბიჯის აქცენტუაციის სახით, ერთ (დაზინებულ) ფეხზე “ჩამოვარდნით”. ორივე კიდურის დაზინების შემთხვევაში მას ერთი გვერიდან მეორეზე “მოქანავე” ხასიათი აქვს. მგრძნობელობის დაქვეითების შემთხვევაში სიარულის მანერა ატაქტურია, ტკივილების დროს კი შესამჩნევია მტკივანი ფეხის ფრთხილი დადგმა და მცდელობა, რაც შეიძლება სწრაფად მოხდეს ჯანმრთელ ფეხზე სიმძიმის გადატანა, რის გამოც, ფეხის დამოკლებისგან განსხვავებით, აქცენტუირებულია ჯანმრთელი ფეხით გადადგმული ნაბიჯი.

კოჭლობის ზემოაღნიშნული ფიზიკური და ფიზიოლოგიური ეფექტების გამო შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ მოცემული თვალსაჩინო ფიზიკური ნაკლი მნიშვნელოვნად ზემოქმედებს პიროვნულ მახასიათებლებზე. ამ ვარაუდის შესამოწმებლად ვიკვლიეთ თვალსაჩინო ფიზიკური ნაკლის მქონე ადამიანთა სხვადასხვა პიროვნული მახასიათებელი ფრაიბურგის პიროვნების კითხვარით.

ფრაიბურგის პიროვნების კითხვარი (ფპკ) მეოცე საუკუნის სამოციან წლებში შეიქმნა და, პროფესიული შერჩევის სფეროს გამოკლებით, ფართოდ გამოიყენება ფსიქოლოგიის ნებისმიერ სფეროში. ის ერთადერთი საკვლევი ინსტრუმენტია, რომელიც პიროვნულ მახასიათებლებთან ერთად ითვალისწინებს პიროვნების მიერ საკუთარი ფიზიკური მდგომარეობის შეფასებას. რამდენადაც ჩვენი საკვლევი ჯგუფისთვის ფიზიკური განზომილებები არსებითი მნიშვნელობისაა, კვლევის მიზნებისათვის ყველაზე ადეკვატურად სწორედ ფრაიბურგის პიროვნების კითხვარი მივიჩნიეთ.

კითხვარი (FPI-G), რომელიც 1969 წელს შეიქმნა გერმანიაში, თავდაპირველად პიროვნების ხუთ განზომილებას აღწერდა (ნევროტულობა, ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმების მსუბუქი დარღვევა - არაკანონმორჩილება, აქტიურობა-ხალისიანობა, აგრესიული აგზნებადობა, თვითდაჯერებული ქცევა) და 214 კითხვას შეიცავდა. გამოიყენებოდა აგრეთვე მისი ორი, ურთიერთპარალელური ფორმა - FPI-A და FPI-B. სპეციალური (კლინიკური) და არა ინდივიდუალური დიაგნოსტიკის მიზნით გამოიყენებოდა FPI-K (მოკლე ფორმა). მრავალწლიანი კვლევისა და რამდენიმე რევიდირების შედეგად შეიქმნა FPI-R (რევიდირებული/შესწორებული ფორმა), რომელიც დღეს ყველაზე ფართოდ გავრცელებულ ინსტრუმენტად გვევლინება გერმანიაში.

ფრაიბურგის პიროვნების კითხვარის რევიდირებული ვერსია (შემდგომში ფპკ) პიროვნების თორმეტ მახასიათებელს ზომავს (10 სტანდარტულ და 2 დამატებით სკალას შეიცავს). ესენია:

1. ცხოვრებით კმაყოფილება

ცხოვრებით კმაყოფილი, კარგ ხასიათზე მყოფი, ოპტიმისტი - ცხოვრებით უკმაყოფილო, დათრგუნული, ნეგატიურად განწყობილი

2. სოციუმზე ორიენტაცია (პროსოციალურობა)

იზიარებს სოციალურ პასუხისმგებლობას, დამხმარე, ახლობლებსა და საზოგადოების სხვა წევრებზე ორიენტირებული (მზრუნველი) - რთულ სიტუაციებში ყურადღებას საკუთარ თავზე ამახვილებს, არასოლიდარული, საკუთარ თავზე ორიენტირებული

3. მიღწევაზე ორიენტაცია

მიღწევაზე ორიენტირებული, აქტიური, სწრაფად მომქმედი, პატივმოყვარე მეტოქე - მიღწევაზე ნაკლებად ორიენტირებული, ნაკლებ პატივმოყვარე, არაკონკურენტული

4. სიმორცხვე (დაკომპლექსებულობა)

მორცხვი, საკუთარ თავში დაურწმუნებელი, არაკონტაქტური - თვითდაჯერებული, კონტაქტური, ლაღი

5. აგზნებადობა

აგზნებადი, მგრძობიარე, გაღიზიანებული, თავშეუკავებელი - მშვიდი, წყნარი, თავშეკავებული

6. აგრესიულობა

ახასიათებს სპონტანური და რეაქტიული აგრესიული ქცევა, იბრძვის თვითდამკვიდრებისთვის - ნაკლებად აგრესიული, აქვს საკუთარი თავის კონტროლის უნარი, თავშეკავებული

7. დატვირთვა-დამაბულობა

თავს ხშირად სტრესულ სიტუაციაში მყოფად განიცდის, დამაბული, ზედმეტად დატვირთული - ნაკლებად დამაბული, უძლებს გადაჭარბებულ მოთხოვნებს სხვათა მხრიდან, ამტანი

8. სხეულებრივი ჩივილები

აქვს მრავალი ფიზიკური ჩივილი, შესაძლოა, ფსიქოსომატური აშლილობაც - ფსიქოსომატურად ჯანმრთელი, ახასიათებს ფიზიკური ჩივილების სიმცირე

9. ჯანმრთელობაზე ზრუნვა

აქვს დაავადების შიში, უფრთხილდება თავს, აქვს გამოკვეთილი "ჯანმრთელობის ცნობიერება" - ნაკლებად წუხს ჯანმრთელობაზე, უდარდელი (ჯანმრთელობის თვალსაზრისით), ჯანსაღი

10. გულახდილობა

ღიად აღიარებს მცირე სისუსტეებსა და ყოველდღიური ნორმების დარღვევის ფაქტებს, თავისუფალი, გახსნილი, არატრადიციული - ურთიერთობის ნორმებზე ორიენტირებული, ზრუნავს კარგი მთაბეჭდილების მოხდენაზე, არასაკმარისად თვითკრიტიკული, ჩაკეტილი

11. ექსტრავერსია

ექსტრავერტი, კონტაქტური, იმპულსური, აქტიურად მომქმედი, ენერგიული (ყოჩაღი, ფხიანი) - ინტროვერტი, თავშეკავებული, სერიოზული, დაფიქრებული

12. ნევროტიზმი

ემოციურად ლაბილური, მგრძნობიარე, მორცხვი, აქვს ბევრი პრობლემა და სხეულებრივი ჩივილი - ემოციურად სტაბილური, ლაღი, თვითდაჯერებული, ცხოვრებით კმაყოფილი

მიუხედავად მახასიათებელთა ფართო სპექტრისა, კითხვარი ძალზე ეკონომიურია - მხოლოდ 138 კითხვას შეიცავს. ავტორების - იოჰენ ფარენბერგის, რაინერ ჰამპელისა და ჰერბერტ ზელგის მიერ ნაცადია კითხვათა მინიმალური რაოდენობის პირობებში (სკალების სანდოობის კრიტერიუმების დაცვით) საკმაოდ მრავალმხრივი კონსტრუქტების შექმნა-გაზომვა.

სკალები კონსტრუირებულია ემპირიულ-სტატისტიკური და ფსიქოლოგიურ-ინტერპრეტაციული მეთოდით, რომელიც შემდეგში მდგომარეობს: კითხვარი არ ეყრდნობა პიროვნების რომელიმე ფსიქოლოგიურ თეორიას ან მოდელს, აქ წარმოდგენილი მახასიათებლები/განზომილებები ავტორთა მეცნიერული ინტერესის სფეროდანაა. თითოეულ მახასიათებელთან დაკავშირებით ავტორებმა ჩამოაყალიბეს კითხვათა გარკვეული რაოდენობა, რომლებიც ამ მახასიათებლის ქცევით გამოვლინებას ეხებოდა. ამგვარად შექმნილი ინსტრუმენტის გამოყენებით **ემპირიული** კვლევის მონაცემების **სტატისტიკური** ანალიზის (ფაქტორული ანალიზის) შედეგად გამოიკვეთა კითხვათა რამდენიმე “ჯგუფი”, რომლებშიც გაერთიანდა ფსიქოლოგიურად მსგავსი ქცევითი გამოვლინებების ამსახველი კითხვები. ამ კითხვათა **ფსიქოლოგიური ინტერპრეტაციის** გზით ავტორები გავიდნენ დროში სტაბილურ, კონსისტენტურ და მეტ-ნაკლებად ინვარიანტულ (უცვლელ) კონსტრუქტებზე, რომლებიც წარმოადგინეს ზემოთ ჩამოთვლილი სკალების სახით.

უნდა აღინიშნოს, რომ გარდა თითოეული კითხვის ფაქტორული წონისა ავტორები ითვალისწინებდნენ მათი დისკრიმინაციისა და სირთულის ინდექსებს.

კითხვარის ბოლო ნორმირება 2000 წელს განხორციელდა, მასში 3740 ცდის პირი მონაწილეობდა. ნორმები წარმოდგენილია როგორც ზოგადი, ასევე დიფერენცირებული სახით - მამრობითი და მდედრობითი სქესისათვის შემდეგი ასაკობრივი კატეგორიების მიხედვით: 16-24 წწ, 25-44 წწ, 45-59 წწ, 60 და მეტი წწ.

ფჰკ-ს ქართული ვერსიის შექმნა 2001 წელს დაიწყო და რამდენიმე ეტაპად მიმდინარეობდა:

I - კითხვარის თარგმნა. ამ ეტაპზე FPI-R ითარგმნა ქართულად, შემდეგ კი ქართული ვერსია კვლავ ითარგმნა გერმანულად. სპეციალისტთა ჯგუფის მიერ ორიგინალისა და უკუთარგმანის ურთიერთშეჯერების შედეგად შეიქმნა კითხვარის პირველი ქართული ვერსია;

II - აპრობაცია. ქართული ვერსიის პირველ აპრობაციაში 190 ცდის პირი მონაწილეობდა. აპრობაციის შედეგების ფაქტორული ანალიზის საფუძველზე კითხვარის 12 განზომილებათაგან გამოვლინდა მხოლოდ ხუთი;

ორიგინალისა და ქართული ვერსიის ფაქტორული განაწილების განსხვავება შეიძლება ორი მიზეზით ახსნილიყო: 1) სოცო-კულტურული განსხვავებები, 2) თარგმანის არასაკმარისი სიზუსტე;

III - თარგმანის გადამოწმება. ამ უკანსკნელის თავიდან აცილების მიზნით ჩატარდა კვლევა 40 ექსპერტის მონაწილეობით, რომლებიც სულ მცირე ერთი წლის განმავლობაში მაინც სწავლობდნენ გერმანიის რომელიმე უმაღლეს სასწავლებელში. ექსპერტებმა შეავსეს კითხვარის როგორც ორიგინალური, ასევე ქართული ვარიანტები. თანმიმდევრობის ეფექტის გამოსარიცხად ოცმა ექსპერტმა ჯერ იმუშავა გერმანულ, ხოლო შემდეგ - ქართულ კითხვარზე, დანარჩენმა ოცმა ექსპერტმა კი, პირიქით, ჯერ - ქართულ, ხოლო შემდეგ გერმანულ ვერსიაზე. შეკითხვები, რომელთა გერმანულ და ქართულ ვერსიებს შორის კორელაცია დაბალი იყო, შესწორდა;

IV - ქართული ორიგინალური შეკითხვების შექმნა. ენაში ასახულ სოციო-კულტურულ განსხვავებათა ეფექტის თავიდან აცილების მიზნით საჭირო გახდა ორიგინალური ქართული კითხვების შექმნა, რომლებსაც უნდა ჩაენაცვლებინა ის კითხვები, რომლებიც ვერ აკმაყოფილებდნენ ვარგისიანობის სტატისტიკურ კრიტერიუმებს. კვლევის ფარგლებში, რომელშიც 20 ექსპერტი-ფსიქოლოგი მონაწილეობდა შეიქმნა 200-ზე მეტი ქართული შეკითხვა ფკპ-ში წარმოდგენილი სკალების მიხედვით. იდენტური შეკითხვების გაცხრილვის შემდეგ შეიქმნა ფკპ-ს 197 კითხვიანი ქართული ვერსია;

V - თარგმნილი და ორიგინალური ქართული ვერსიების აპრობაცია. ფკპ-ს თარგმნილი და ორიგინალური ქართული ვერსიების გამოყენებით ჩატარდა კვლევა 245 ცდის პირზე (217 ვალიდური მონაცემი). მიღებული შედეგების ფაქტორული ანალიზის საფუძველზე გამოვლინდა ათივე სტანდარტული და ორივე დამატებითი ფაქტორი. ჩატარდა აგრეთვე სტატისტიკური ანალიზი შეკითხვების დონეზე - დადგინდა მათი სირთულისა და დისკრიმინაციის ინდექსები.

VI - ფკპ-ს ქართული ვერსიის კონსტრუირება. ვინაიდან ჩვენი მიზანი იყო არა ორიგინალური კითხვარის, არამედ გერმანული კითხვარის ქართული ვერსიის შექმნა, კითხვარის კონსტრუირებისას ორიენტირებულნი ვიყავით, უწინარეს ყოვლისა, ზოგადად, FPI-R-ის სტრუქტურის, ასევე იქ მოცემული კითხვების შენარჩუნებაზე. თუმცა ამ პროცესში ვითვალისწინებდით: 1) კითხვების ფაქტორულ წონებს, 2), კითხვების დისკრიმინაციის ინდექსებს, 3) კითხვების სირთულის ინდექსებს, 4) სკალების შინაგანი კონსისტენტობის მაჩვენებლებს.

საბოლოოდ, ის “გერმანული” კითხვები, რომლებიც ვერ აკმაყოფილებდნენ შესაბამის კრიტერიუმებს, შეიცვალა “ქართული” შეკითხვებით და შეიქმნა ფკპ-ს 138 კითხვიანი ქართული ვერსია, რომლის ფაქტორული სტრუქტურა აბსოლუტურად იდენტურია FPI-R-ის სტრუქტურისა, თუმცა შეკითხვათა მესამედი ორიგინალური ქართულია. სკალების შინაგანი შეთანხმებულობის (სანდოობის) მაჩვენებლები 0.64-დან 0.83-მდე მერყეობს. მართალია, ეს კოეფიციენტები არაა ძალზე მაღალი, მაგრამ თუ გავითვალისწინებთ, რომ ფკპ-ს ავტორები მიზნად ისახავდნენ არა ჰომოგენური, არამედ ისეთი სკალების შექმნას, რომლებიც მრავალფეროვან, მრავალასპექტიან კონსტრუქტებს გაზომავდნენ, მაშინ ეს მაჩვენებლები დამაკმაყოფილებლად უნდა მივიჩნიოთ.

მაშასადამე, კითხვარი შეესაბამება დიაგნოსტიკურ მეთოდთა სტატისტიკური ვარგისიანობის ძირითად კრიტერიუმებს: ფაქტორული ანალიზის შედეგები მეტყველებს მის კონსტრუქტულ ვალიდობაზე, ხოლო სკალების შინაგანი შეთანხმებულობის კოეფიციენტები მათ მიერ ამა თუ იმ მახასიათებლის სანდოდ გაზომვის უნარზე მიუთითებს. პიროვნების დიაგნოსტიკურ კვლევებში ფკპ-ს ქართული ვერსიის

გამოყენების აუცილებელი პირობა მისი ნორმირება იყო, რაც კვლევის მომდევნო ეტაპზე განხორციელდა.

VII - ფკვ-ს ქართული ვერსიის ნორმირება. ამ ეტაპზე კვლევა ჩატარდა 849 ცდის პირზე, აქედან 428 მამაკაცსა და 421 ქალზე. რესპოდენტების დაყოფა მოხდა ოთხი ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით 16 წლიდან და ზემოთ: 1) პირველი ასაკობრივი ჯგუფი 16-დან 24 წლამდე (335 რესპოდენტი), 2) მეორე ასაკობრივი ჯგუფი 25-დან 44 წლამდე (298 რესპოდენტი), 3) მესამე ასაკობრივი ჯგუფი 45-დან 59 წლამდე (150 რესპოდენტი) და 4) მეოთხე ასაკობრივი ჯგუფი 60-დან 84 წლამდე (66 რესპოდენტი). შერჩევა იყო რეპრეზენტატიული თბილისის მოსახლეობის მაშტაბით.

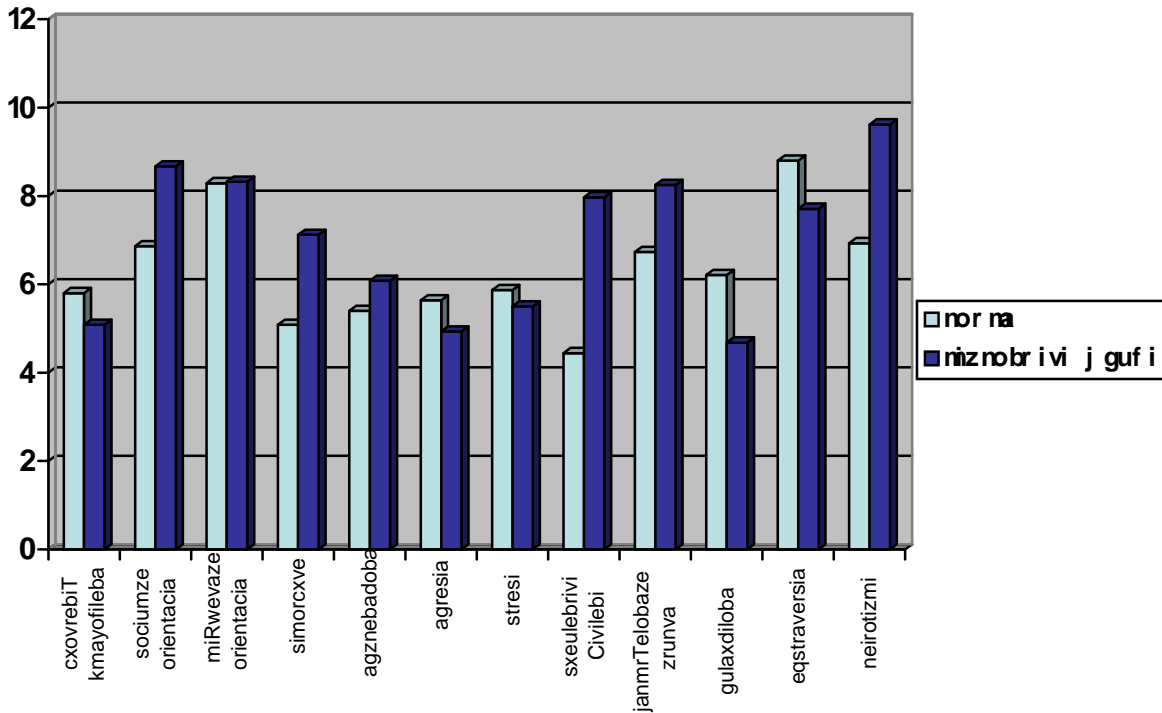
მიღებული შედეგების ფაქტორული ანალიზის საფუძველზე გამოვლინდა ათი სტანდარტული ფაქტორი. ჩატარდა, აგრეთვე, სტატისტიკური ანალიზი სკალების დონეზე - დადგინდა მათი სანდოობის მაჩვენებლები. ასევე, გამოვლინდა ჯგუფებს შორის სხვაობები ასაკისა და სქესის მიხედვით. და ბოლოს, დადგინდა ფრაიბურგის კითხვარის ნორმები ზოგადად ქართული პოპულაციისათვის და ასევე, ნორმები მამაკაცებისა და ქალებისთვის ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით.

თვალსაჩინო ფიზიკური ნაკლის მქონე ადამიანთა პიროვნული მახასიათებლების კვლევაში მონაწილეობა მიიღო ორივე სქესის 76 ადამიანმა, რომელთაც აღენიშნებოდათ გადაადგილების პრობლემები (კოჭლობდნენ). ცდისპირთა შერჩევის ძირითადი კრიტერიუმი იყო პრობლემის თვალსაჩინოება, არ ხდებოდა მათი კლასიფიცირება ნაკლის ეტიოლოგიის მიხედვით. ცდისპირთა ასაკობრივი დიაპაზონი იყო 20-დან 78 წლამდე.

კვლევის შედეგების სტატისტიკური ანალიზის საფუძველზე (საშუალო მაჩვენებელთა შედარება *Independent-Samples T Test*) დადასტურდა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ($p < 0.05$) განსხვავება ნორმირების შერჩევის მონაცემებსა და მიზნობრივი ჯგუფის მონაცემთა შორის ფრაიბურგის პიროვნების კითხვარის რამდენიმე განზომილების/სკალის მიხედვით.

მიზნობრივ ჯგუფს, ნორმასთან შედარებით, მკვეთრად მაღალი მაჩვენებლები აქვს სოციუმზე ორიენტაციის, სიმორცხვის, სხეულებრივი ჩივილების, ჯანმრთელობაზე ზრუნვისა და ნეიროტიზმის სკალებზე. მნიშვნელოვანი სხვაობა ფიქსირდება აგრეთვე ცხოვრებით კმაყოფილების, გულახდილობისა და ექსტრავერსიის სკალებზეც, თუმცა ამ შემთხვევაში ნორმაში უფრო მაღალი მაჩვენებლები დასტურდება, ვიდრე მიზნობრივ ჯგუფში (იხ. დიაგრამა №1).

დიაგრამა №1 - საშუალო საკლურ მაჩვენებელთა შედარება (ნორმა - მიზნობრივი ჯგუფი)



ფრაიბურგის პიროვნების კითხვარის საფუძველზე ირკვევა, რომ თვალსაჩინო ფიზიკური ნაკლის მქონე ადამიანები, ნორმასთან შედარებით, ნაკლებად კმაყოფილნი არიან ცხოვრებით, თვლიან, რომ ვერ შეძლეს საკუთარი პოტენციალის სრულად გამოვლენა ცხოვრებაში, უკმაყოფილონი არიან საკუთარი სოციალური თუ პროფესიული სტატუსით; ისინი ცდილობენ კარგი შთაბეჭდილების მოხდენას გარშემო მყოფებზე, ახასიათებთ კონფორმული ქცევა, სოციალურ ურთიერთობებში მორცხვები, შებოჭილები და ნაკლებად აქტიურები არიან; არასაკმარის თვითკრიტიკულობასა და გულახდილობას იჩენენ; როგორც დიაგრამიდან ჩანს, განსაკუთრებით დიდია სხვობა სოციუმზე ორიენტაციის საკლურ მაჩვენებლებს შორის. თვალსაჩინო ფიზიკური ნაკლის მქონე პიროვნებათა “თვითაღწერის” საფუძველზე თუ ვიმსჯელებთ, მათ მკვეთრად გამოხატული პროსოციალური ქცევა ახასიათებთ - ისინი დახმარებისათვის მუდმივ მზაობას გვიჩვენებენ. ამ მონაცემების ინტერპრეტაცია ორგვარადაა შესაძლებელი: ა) ისინი ან სოციალურად სასურველ ქცევებს მიიწერენ, ან ბ) ფიზიკური ჩივილების ინტენსივობა მათში ემპათიის ხარისხის გაზრდას იწვევს. სამწუხაროდ, ამ უკანასკნელის შესახებ დასკვნის გამოტანის საშუალებას ჩვენი კვლევა არ იძლევა.

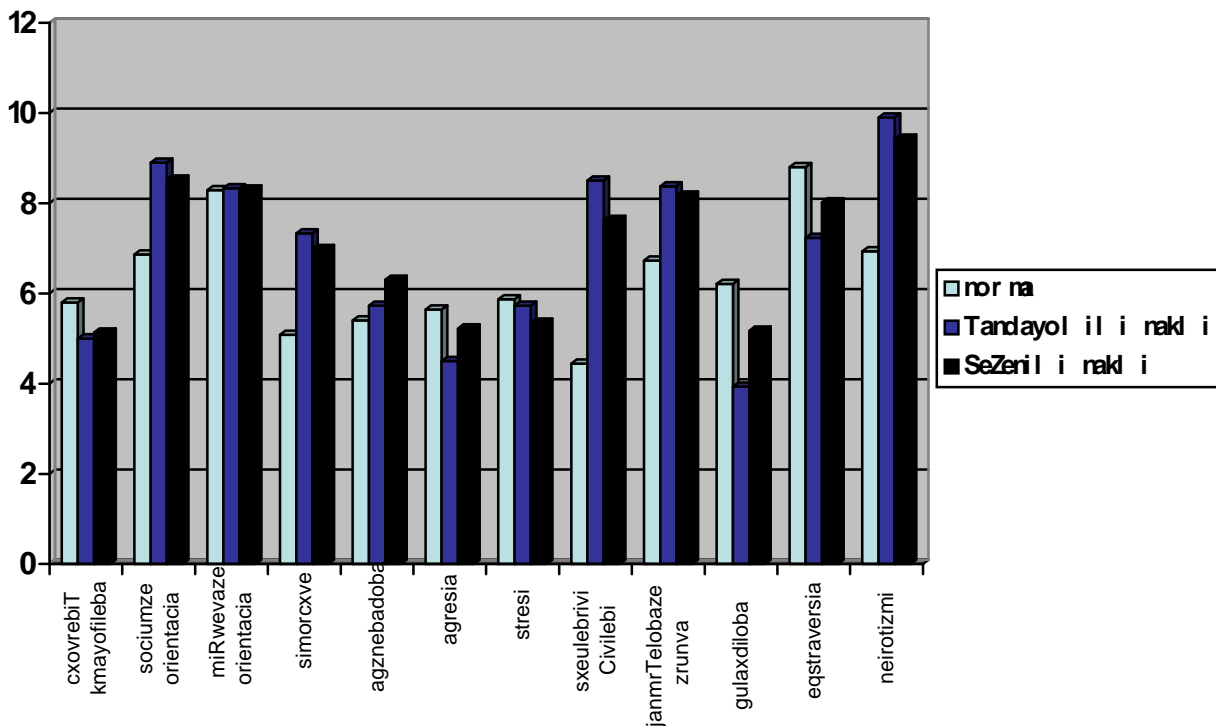
როგორც მოსალოდნელი იყო, სხეულებრივ განზომილებებზე მათი მაჩვენებლები მკვეთრად აღემატება ნორმისას. ისინი ხშირად (პერმანენტულად) განიცდიან ტკივილს, საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის დეფექტი მათში სხვა სხეულებრივ ჩივილებსაც იწვევს. მედიკამენტების გამუდმებით მიღება, ექიმის ზედამხედველობა და ა.შ. ჯანმრთელობაზე ზრუნვის განზომილებაზე მათ მაღალ მაჩვენებლებს განაპირობებს, თუმცა შესაძლოა ზოგადად, იპოქონდრიული ტენდენციებიც გაძლიერებული იყოს. ყოველივე ეს

ლოგიკურად უკავშირდება ემოციურ ლაბილობას, გაღიზიანებადობას, გუნება-განწყობილების ხშირ ცვლილებებს, ზოგჯერ ინდიფერენტულობის განცდას.

კვლევის სპეციფიკიდან გამომდინარე (პიროვნული თვისებები განვითარებადი კონსტრუქტებია და მათზე სხვადასხვა მოვლენის, კერძოდ კი ფიზიკური ნაკლის ზეგავლენა შესაძლოა ნაკლის თანდაყოლილობა-შემენილობაზეც იყოს დამოკიდებული, ვინაიდან ეს ფაქტორი განსაზღვრავს საკუთარი თავის შესახებ პიროვნების კონცეფციაში ნაკლის ინტეგრირების თავისებურებებს) დავინტერესდით განსხვავებით ნორმასა და მიზნობრივი ჯგუფის ორ ქვეჯგუფს - თანდაყოლილი ნაკლის მქონეთა (პირველი ქვეჯგუფი) და შეძენილი ნაკლის მქონეთა შორის (მეორე ქვეჯგუფი) (იხ. დიაგრამა №2).

ნორმასა და თანდაყოლილი ფიზიკური ნაკლის მქონეთა შორის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება დასტურდება იმავე პიროვნული მახასიათებლების მიხედვით, რომელთა მიხედვითაც განსხვავდებიან ნორმა და მიზნობრივი ჯგუფი. თუმცა განსხვავება ერთ-ერთი განზომილების, კერძოდ, ცხოვრებით კმაყოფილების სკალურ მაჩვენებელთა შორის არაა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი. ასევე ტენდენციის სახით იკვეთება სხვაობა აგრესიულობის სკალურ მაჩვენებელთა შორის: ნორმაში აგრესიულობის მაჩვენებლები უფრო მაღალია, ვიდრე თანდაყოლილი ნაკლის მქონეთა შორის. ეს უკანასკნელნი ნაკლებად ამჟღავნებენ მზაობას აგრესიული თვითდამკვიდრებისათვის, საკუთარ თავს სპონტანური და რეაქტიული თვალსაზრისით ნაკლებ აგრესიულად ახასიათებენ, შეუძლიათ საკუთარი თავის კონტროლირება, ისე, რომ საქმე აგრესიულ რეაქციებამდე არ მიდის, თავისი უფლებების დამკვიდრება-განხორციელებისთვის ფიზიკურ ძალას არ მიმართავენ.

დიაგრამა №2 - საშუალო სკალურ მაჩვენებელთა შედარება (ნორმა - I ქვეჯგუფი - II ქვეჯგუფი)



განსხვავება აგრესიულობის სკალაზე არ დასტურდება ნორმასა და შექმნილი ნაკლის მქონეთა შორის. მიზნობრივი ჯგუფის პირველი ქვეჯგუფის მსგავსად, ცხოვრებით კმაყოფილების სკალურ მაჩვენებელთა შორის სხვაობა აქაც არაა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი. არ ვლინდება აგრეთვე სხვაობა ექსტრავერსიის სკალაზე, განსხვავებით როგორც მიზნობრივი ჯგუფისაგან მთლიანად, ასევე პირველი ქვეჯგუფისაგან. შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ კონტაქტურობა, იმპულსური, აქტიური, ენერგიული ქცევის სტილი შენარჩუნებულია იმ ადამიანებთან, რომლებსაც ფიზიკური ნაკლი მოგვიანებით აქვთ შექმნილი. ხოლო ისინი, ვისაც თანდაყოლილი ნაკლი აქვს, სოციალურ ურთიერთობებში უფრო თავშეკავებულნი, შებოჭილები არიან, ხალხმრავალ საზოგადოებაში ყოფნას მარტო ყოფნა ურჩევნიათ, ახასიათებთ კონტროლირებული და არაიმპულსური, ნაკლებ აქტიური ქცევა. ყოველივე ამის განმაპირობებენ მიზეზად შესაძლოა სწორედ თანდაყოლილი თვალსაჩინო ფიზიკური ნაკლი მივიჩნიოთ, ვინაიდან მას გადამწყვეტი გავლენა აქვს სხეულის სქემის და, შესაბამისად, მე-სქემის ფორმირებაზე. მე-სქემა კი აფექტურ-კოგნიტური სტრუქტურაა (მარკუსი, რუვოლო; 1989), რომელიც აკონტროლებს მე-სთან დაკავშირებული ინფორმაციის გადამუშავების პროცესს, გავლენას ახდენს პიროვნული მახასიათებლების ფორმირებაზე და მართავს ადამიანის ქცევას.

მიზნობრივი ჯგუფის ორ ქვეჯგუფს შორის გამოვლინდა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება ფრაიბურგის პიროვნების კითხვარის ერთადერთ განზომილებაზე - გულახდილობის სკალაზე. აღმოჩნდა, რომ თანდაყოლილი ნაკლის მქონე პიროვნებებს უფრო დაბალი მაჩვენებლები აქვთ აღნიშნულ სკალაზე, ვიდრე - შექმნილი ნაკლის მქონეთ. ისინი უფრო მეტად არიან ორიენტირებულნი ურთიერთობის კონვენციურ ნომებზე, ზრუნავენ კარგი შთაბეჭდილების მოხდენაზე. უჭირთ საკუთარ ქცევაში მცირე სისუსტეებისა და შეცდომების არსებობის აღიარება. ამას შეიძლება სხვადასხვა მოტივი ჰქონდეს: არასაკმაო თვითკრიტიკა, თვითგაიდება, ან სოციალურად არასასურველი ქცევის ფორმების უარყოფის განზრახვა, რაც შესაძლოა იყოს დროთა განმავლობაში ფორმირებული რეაქცია, გარკვეული კომპენსატორული სტრატეგია ფიზიკური ნაკლის საპირისპიროდ.

თვალსაჩინო ფიზიკური ნაკლის მქონე ადამიანთა პიროვნული პროფილის კვლევა, მათი პიროვნული თავისებურებებისა და სპეციფიკური მახასიათებლების შესწავლა საინტერესო და საგულისხმო მასალას იძლევა მათი ფსიქოლოგიური რეაბილიტაციის პროცესის დაგეგმვისა და წარმართვისათვის.

Article received: 2006-06-18