

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
IZGLĪTĪBAS ZINĀTŅU UN PSIHOLOĢIJAS FAKULTĀTE

**PĀRDZIVOTĀS TRAUMATISKĀS PIEREDZES
BĒRNĪBĀ SAISTĪBA AR PALĪDZĪBAS MEKLĒŠANAS
STIGMATIZĀCIJU UN DZĪVES KVALITĀTI
PIEAUGUŠĀ VECUMĀ.**

BAKALaura DARBS

Autors: **Aleksandra Molohovska**

Studenta apliecības Nr.: AM21281

Darba vadītājs: docente Dr. psych. Alla Plaude-Demidova

RĪGA 2025

ANOTĀCIJA

Pētījuma mērķis bija izpētīt saistības starp pārdzīvoto traumatisko pieredzi bērnībā, dzīves kvalitāti un palīdzības meklēšanas stigmatizāciju pieaugušā vecumā. Pētījuma izlase sastāvēja no Latvijas iedzīvotājiem, kas ir vecāki par 18 gadiem. Kopumā pētījumā piedalījās 76 respondenti vecumā no 18 līdz 55 gadiem un vairāk. Lielākā daļa respondentu bija vecuma grupā no 25 līdz 34 gadiem. No dalībniekiem 26 bija vīrieši un 48 – sievietes.

Datu ievākšanai tika izmantotā Bērnības traumas aptauja (Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J., 1994), Palīdzības meklēšanas internalizētās stigmas aptauja (Vogel et al., 2006), Dzīves kvalitātes nevērtējuma aptauja no Pasaules Veselības organizācijas (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL-BREF, īsā versija), kā arī demogrāfiskie jautājumi par dzimumu, vecumu, veselību un izglītību.

Pētījumā hipotēze par negatīvas bērnības pieredzes saistību ar stigmatizāciju netika apstiprināta, tomēr tika atklātas dzimumatšķirības stigmatizācijas, pamestības sajūtas un emocionālas vardarbības pieredzē. Rezultāti parāda, ka sievietes biežāk ziņo par emocionālo vardarbību un pamestības pieredzi, savukārt vīrieši ziņo par augstāku stigmatizācijas līmeni. Negatīva bērnības pieredze tika saistīta ar zemāku fizisko, psiholoģisko un vides dzīves kvalitāti. Statistiski nozīmīgā saistība tika konstatēta starp negatīvo bērnības pieredzi un veselības stāvokli. Izglītības līmenis bija saistīts ar stigmatizāciju un psiholoģisko dzīves kvalitāti.

Atslēgas vārdi: bērnības pieredze, stigmatizācija, dzīves kvalitāte.

ABSTRACT

The aim of the study was to explore the relationship between traumatic experiences in childhood and the stigma of seeking help in adulthood. The sample consisted of Latvian residents aged 18 and older. A total of 76 respondents participated in the study, ranging in age from 18 to 55 and above. The majority of respondents were in the age group of 25 to 34 years. Among the participants, 26 were men, and 48 were women.

For data collection, the Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J., 1994), the Internalized Stigma of Seeking Help Scale (Vogel et al., 2006), the World Health Organization Quality of Life Assessment (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL-BREF, short version), as well as demographic questions about gender, age, health, education were used. The study's hypothesis about the relationship between adverse childhood experiences and stigma was not confirmed. However, gender differences were identified in stigma, feelings of abandonment, and experiences of emotional abuse.

The results show that women more frequently report emotional abuse and feelings of abandonment, whereas men report higher levels of stigma. Adverse childhood experiences were associated with lower physical, psychological, and environmental quality of life. A statistically significant relationship was found between adverse childhood experiences and health status. Education level was linked to stigma and psychological quality of life.

Keywords: childhood experiences, stigma, quality of life.

SATURS

ANOTĀCIJA.....	1
ABSTRACT.....	2
IEVADS.....	4
TEORETISKA DAĻA.....	8
Psiholoģiskās traumas koncepts.....	
Bērnībā pārdzīvotā traumatiskā pieredze un tās saistība ar veselības stāvokli.....	
Stigmatizācijas koncepts	
Palīdzības meklēšanas stigmatizācija pieaugušajiem.....	
Problēmu stigmatizēšanas sekas.....	
Anti-stigmas pasākumi.....	
Dzīves kvalitātes koncepts.....	
METODE.....	20
REZULTĀTI.....	22
DISKUSIJA.....	29
SECINĀJUMI.....	32
LITERATŪRAS SARAKSTS.....	34

IEVADS

Bērnība ir unikāls periods cilvēka dzīvē. Šajā laikā veidojas rakstura pamatīpašības, veidojas attiecības ar apkārtējo pasauli un attīstās galvenās garīgās un sociālās prasmes. Bērnība var būt gan spilgtāko atmiņu avots, gan diemžēl arī grūtību pilns periods. Traumatiska pieredze bērnībā var atstāt sekas cilvēka psihē.

Neatrisinātas bērnībā psiholoģiskās traumas bieži vien rada nopietnas sekas uz fizisko un mentālo veselību. Beilharz un kolēģi (Beilharz et al., 2019) atklājuši, ka bērnības traumas var radīt ilgstošas negatīvas sekas uz emocionālo un fizisko veselību. (Mandelli et al., 2015), vēl Gianlukas Serafini 2017. gadā veiktais pētījums liecina, ka bērnības traumas var izraisīt neefektīvas pārvarēšanas stratēģijas un pazeminātu dzīves kvalitāti pieaugušā vecumā (Serafini et al., 2017)

Mūsdienu sabiedrībā psiholoģiska un fiziska veselība ir viens no galvenajiem faktoriem, kas nosaka cilvēka dzīves kvalitāti. Dzīves kvalitātes jēdziens ir salīdzinoši jauns un tiek aktīvi lietots kopš 20. gadsimta 60. gadiem, lai raksturotu dzīves apstākļus sabiedrībā. Ietver tādas būtiskus aspektus kā veselības stāvoklis (fiziskais, psiholoģisks un garīgais), attiecības, izglītības līmenis, darba apstākļi, sociālais stāvoklis, materiālā labklājība, drošības sajūta, brīvība un neatkarība lēmumu pieņemšanā, piederība sociālajai grupai un vide. (Wolfensberg, 1994)

Tomēr, neraugoties uz progresu psiholoģisko traumu izpratnē un ārstēšanā, daudzi cilvēki turpina ignorēt vai slēpt savas problēmas, noliedzot palīdzības un ārstēšanas līdzekļu plašu pieejamību. Problēmu ignorēšana var ievērojami samazināt cilvēka iespējas dažādās dzīves jomās - sākot no kvalitatīvas izglītības iegūšanas un veiksmīgas karjeras veidošanas līdz pat spēcīgu sociālo saišu veidošanai un veselīgām attiecībām ar partneriem, fiziskie un mentālas veselības traucējumi var būtiski pasliktināt dzīves kvalitāti, ietekmējot vairākus cilvēka ikdienas funkcionēšanas aspektus (Penner-Goeke et al., 2015). Visas nelabvēlīgās sekas pastiprina izolētība no sabiedrības, diskriminācija un aizspriedumi, ar ko saskaras cilvēki ar mentāliem traucējumiem un grūtībām. Turklāt bailes būt saistītam ar psihiskiem traucējumiem samazina iespēju, ka cilvēki meklēs atbilstošu palīdzību (Angermeyer, Holzinger, & Matschinger, 2009).

Problēmas stigmatizācija, kauns vai bailes no nosodījuma bieži vien attur cilvēkus no savlaicīgas palīdzības meklēšanas tādējādi vēl vairāk pasliktinot viņu situāciju. Pasaules Veselības organizācijā (World Health Organisation, 2024, turpmāk tekstā - PVO) stigmatas jēdziens tiek skaidrots, ka stigma ir “ negatīva sociāla attieksme pret kādu indivīda īpašību, ko

var uzskatīt par garīgu, fizisku vai sociālu trūkumu”. Kopumā stigma palielina negatīvos faktorus psiholoģiskajā veselībā un traucē piekļuvi kvalitatīvai aprūpei, norādot uz nepieciešamību mainīt attieksmi un uzlabot izpratne par šo sociālo fenomenu (Shrivastava, Johnston & Bureau, 2012).

2018. gada pētījumā, kurā tika aptaujāti vairāk nekā tūkstoš dalībnieku ikgadējā veselības pārbaudē, tika pētīta izpratne par depresiju un tās stigmatizāciju. Vairāk nekā 30% respondentu uzskatīja, ka depresiju izraisa nelīdzsvarota personība (Yokoya et al., 2018).

Vēl viens pētījums norāda ka tikai 16,5% cilvēku ar depresiju pasaulē meklē palīdzību, un viens no galvenajiem iemesliem ir stigma saistībā ar mentālo veselību (Thornicroft et al., 2017).

Vīrieši piedzīvo augstāku pašstigmatas un sociālās stigmatas līmeni nekā sievietes (Nursel Topkaya, 2014). Turklāt vecums un dzimums tiek uzskatīti par faktoriem, kas ietekmē attieksmi pret palīdzības meklēšanu, veicinot pašstigmatas lomu (Yee et al., 2020).

Ņemot vērā stigmatizācijas tēmas joprojām lielo aktualitāti mūsdienās, mana bakalaura darba mērķis ir pētīt saistības starp pārdzīvoto traumatisko pieredzi bērnībā, dzīves kvalitāti un palīdzības meklēšanas stigmatizāciju pieaugušā vecumā. Šajā pētījumā arī tiks pārbaudīts, vai vecumu, veselības stāvokļa, izglītības un dzimuma atšķirības pastāv attiecībā uz izpētītajiem faktoriem.

Bakalaura darba mērķis - izpētīt, vai pastāv saistība starp pārdzīvoto traumatisko pieredzi bērnībā, dzīves kvalitāti un palīdzības meklēšanas stigmatizāciju pieaugušā vecumā.

Pētījuma mainīgie lielumi: bērnības traumatisku notikumu pieredze bērnībā, stigmatizācijas palīdzības meklēšanā, dzīves kvalitāte.

Pētījuma jautājumi:

1. Vai pastāv saistība starp traumatisko bērnības pieredzi, stigmatizētu palīdzības meklēšanu un dzīves kvalitāti pieaugušo vecumā?
2. Vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības sieviešu un vīriešu izlasēs stigmatizētu palīdzības meklēšanu, traumatisko bērnības pieredzi un dzīves kvalitāti?
3. Vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības attiecībā uz stigmatizētu palīdzības meklēšanu un dzīves kvalitāti starp cilvēkiem ar vidējo un augstāko izglītību, cilvēkiem ar un bez hroniskām slimībām, un vecuma grupām, ņemot vērā traumatisko bērnības pieredzi?

Pētījuma dizains un datu ievākšanas metodes:

Pētījums ir neeksperimentāls ar korelatīvi aprakstošo dizainu, nosakot traumatisko bērnības pieredzes, dzīves kvalitāti un palīdzības meklēšanas stigmatizāciju savstarpējās saistības.

Pētījuma izlasi veidoja 76 latviski runājoši dalībnieki no 18 līdz 55 gadiem un vecāki. Vecuma grupu izmantošana tika izvēlēta, jo pētījuma mērķis arī bija analizēt saistības dažādās paaudzes grupās.

Ietvēra dalībniekus, kuri aizpildīja aptaujas par traumatisko bērnības pieredzi, dzīves kvalitāti un palīdzības meklēšanas stigmatizāciju. Pētījuma ietvaros tiks aprēķināta korelācija starp šiem mainīgajiem lielumiem, lai noteiktu saistību starp traumatisko bērnības pieredzi, dzīves kvalitāti un stigmatizāciju. Datu iegūšanai tika izm

antoti sekojoši pētījuma instrumenti:

1. Bērnības traumas aptauja (Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J, 1994)

Aptaujā tiek novērtēta bērnībā piedzīvotā vardarbība, iekļaujot emocionālo, fizisko, seksuālo vardarbību, pamešanu novārtā. Aptaujā ir 40 apgalvojumi, kurus nevērtē pēc 5 punktu Likerta skalas. Latviešu valodā 2004. gadā adaptēja Sebre, S., Ļebedeva, L., & Trapenciere, I. .

2. Palīdzības meklēšanas internalizētās stigmas aptauja (Vogel et al., 2006)

Aptauja sastāv no 10 apgalvojumiem, kas mēra, cik spēcīgi cilvēks izjūt internalizēto stigmatu saistībā ar palīdzības meklēšanu, jeb pašstigmatu līmeni. Latviešu valodā 2020. gadā adaptēja Iveta Brence.

3. Dzīves kvalitātes novērtējuma aptauja (World Health Organisation Quality of Life -BREF, turpmāk tekstā - WHOQOL-BREF, 1998)

Dzīves kvalitātes novērtējuma aptauja no Pasaules Veselības Organizācijās (turpmdzīves kvalitātes novērtēšanas instruments, kuru izstrādāja Pasaules Veselības Organizācija (turpmāk tekstā - PVO) grupa sadarbībā ar piecpadsmit starptautiskiem pētījumu centriem, ar mērķi izveidot novērtēšanas rīku, kas būtu piemērots dažādām kultūrām. Tas ir īsāka, saīsināta WHOQOL novērtēšanas instrumenta versija, kas izstrādāta, lai praktiskākā formātā novērtētu dzīves kvalitāti dažādās jomās. Aptauja sastāv no 26 jautājumiem, kas mēra dzīves kvalitāti, novērtējot fizisko veselību, psiholoģisko stāvokli, sociālās attiecības un vides faktorus. Latviešu

valodā pielāgotā versija ir pieejama PVO oficiālajā tīmekļa vietnē sadaļā "Rīki un rīku komplekti". Latviešu valodas adaptācija ir apstiprināta no POV puses (Tools and toolkits).

Aptauja tika papildināta ar demogrāfiskiem jautājumiem par dzimumu, vecumu, veselības stāvokli un izglītību, lai iegūtu papildu datus analīzei un identificētu dalībniekus kā pieaugušos, kuri ir vecāki par 18 gadiem. Dati tika ievākti interneta vidē, izmantojot Google Forms platformu, laika posmā no 2024. gada 26. oktobra līdz 2024. gada 6. novembrim. Aptauja tika izplatīta vietnē "Instagram", kā arī, izmantojot masveida ziņas sociālajos tīklos un dažādus komunikācijas kanālus. Respondentu dalība pētījumā bija anonīma, brīvprātīga un bez atlīdzības.

TEORĒTISKĀ DAĻA

Mūsdienu sabiedrībā termins “psiholoģiskā trauma” ir kļuvis diezgan populārs gan sociālajos medijos, gan populārajā literatūrā, gan vienkārši cilvēku ikdienā un daudzos citos avotos. Tā kā šis termins ir tik plaši lietots, pastāv risks, ka tā patiesā nozīme un interpretācija var tikt izkropļota. Lai pareizāk aplūkotu, kas ir psiholoģiskā trauma un visi ar to saistītie jautājumi, aplūkosim šo terminu detalizētāk.

Psiholoģiskās traumas koncepts

Pašlaik DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, turpmāk tekstā - DSM-5) trauma ir definēta kā *“Faktiska vai draudoša nāve, nopietni ievainojumi vai seksuāla vardarbība vienā vai vairākos no četriem veidiem: (a) tieša notikumā pieredze; (b) personīgs novērojums, ka notikums noticis ar citiem; (c) stāstījums, ka šāds notikums noticis ar tuvu ģimenes locekli vai draugu; un (d) atkārtota vai ārkārtēja saskare ar šādu notikumu šausminošam detaļām, piemēram, strādājot ar pirmās palīdzības sniedzējiem”* (DSM-5, 2022).

Citiem vārdiem sakot, trauma ir emocionāla reakcija, ko izraisa smagi, stresa pilni notikumi, kas pārsniedz parasto cilvēka pieredzi. Cilvēks tos uztver kā tiešus nāves, smagu miesas bojājumu vai seksuālas vardarbības draudus sev vai saviem tuviniekiem. Psiholoģiskā trauma bieži ietver arī šādus jēdzienus kā mentālā trauma, psihotrauma un emocionāla trauma.

Jēdziens "trauma" sākotnēji tika lietots medicīnas un ķirurģijas disciplīnās, bet 18. gadsimtā to sāka lietot psihiatrijā un klīniskajā psiholoģijā, lai aprakstītu stimula milzīgo ietekmi uz cilvēka spēju tikt ar to galā.

Traumatisks notikums var tikt iedalīts akūtā traumā (vienreizēja trauma, I tipa trauma), hroniskā traumā un kompleksā traumā. Akūta trauma ir psiholoģiska diskomforta veids, ko izraisījis viens ārkārtīgi intensīvs notikums. Šāds notikums var būt dabas katastrofa, piemēram, zemestrīce vai plūdi, smaga autoavārija vai vardarbības akts. Hroniska trauma ("atkārtots" jeb "II tipa") attīstās ilgstošas vai atkārtotas saskares ar traumatiskiem notikumiem rezultātā. Atšķirībā no akūtas traumas, kas rodas pēc vienreizēja negadījuma, hroniskā trauma ir saistīta ar ilgstošu stresu un traumatisku pieredzi, kas turpinās laika gaitā. Hronisku traumu var izraisīt atkārtota fiziska vardarbība, kad agresors izmanto spēku, lai kontrolētu savu upuri. Tas var ietvert atkārtoto fizisko, emocionālo, seksuālo vardarbību. Fiziskās vardarbības upuri bieži vien dzīvo pastāvīgās

bailēs, jo vardarbība un draudi kļūst par viņu ikdienas dzīves sastāvdaļu un kompleksa traumas veids, ko izraisa atkārtota vai ilgstoša saskarsme ar dažādiem traumatiskiem notikumiem. Tā atšķiras no hroniskas traumas ar to, ka tā ietver daudzus dažādus traumatiskus notikumus, kas var notikt vienlaicīgi vai secīgi ilgā laika periodā. Kompleksa trauma visbiežāk sastopama cilvēkiem, kuri bērnībā ir cietuši no vardarbības vai nolaidības, taču tā var skart arī pieaugušos (Perrotta, 2020).

Bērnībā pārdzīvotā traumatiskā pieredze un tās saistība ar veselības stāvokli

Psiholoģiskā trauma pieaugušajam bieži vien ir grūts pārdzīvojums, tad bērnības traumas dažādu profesiju speciālisti bieži vien nodala atsevišķā pozīcijā un atzīmē kā daudzu psiholoģisko problēmu cēloni.

Diemžēl traumas bērnībā ir ļoti izplatīta parādība. Pasaules Veselības organizācijas (WHO, 2022) oficiālajā tīmekļa vietnē atrodami statistikas dati sniedz šādu statistiku:

- Katrs trešais no četriem bērniem regulāri cieš no fiziskas vardarbības.
- Katra piektā sievietē un katrs 13 vīrietis ziņo, ka bērnībā no 0 līdz 17 gadu vecumam ir piedzīvojis seksuālu vardarbību.
- 120 miljoni meiteņu un jaunu sieviešu, kas jaunākas par 20 gadiem, ir saskarūšas ar kādu no piespiedu dzimumakta veidiem.

Arī Amerikas Sociālās kopienas pozitīvai bērnu aprūpei (American SPCC, 2022) statistikas dati liecina par šādiem statistikas faktiem:

- 2022. gadā saņemti 4,276 miljoni ziņojumu par ļaunprātīgu izturēšanos pret bērniem.
- Ziņojumi par vardarbību pret bērniem attiecās uz 7,5 miljoniem bērnu.
- 89,0 % cietušo ir cietuši no viena vai abu vecāku sliktas izturēšanās.
- Tikai 3,096 miljoni bērnu ir saņēmuši profilakses un pēcnovērtēšanu pakalpojumus.
- 415 445 upuri (74,3 %) ir novārtā atstāti.
- 95 026 upuri (17 %) ir fiziski vardarbīgi izmantoti.
- 59 044 upuri (10,6 %) ir seksuāli vardarbīgi izmantoti.
- 38 030 cietušie (6,8 %) ir psiholoģiski cietušie.

Saskaņā ar Latvijas Centrālās statistikas pārvaldes (turpmāk tekstā - LCP) datiem 37,4 % iedzīvotāju ziņoja, ka bērnībā ir piedzīvojuši fizisku vai psiholoģisku vardarbību, no kuriem 36,3 % ir bijuši liecinieki vardarbībai vecāku starpā. Aptaujā konstatēts, ka 33,2 % sieviešu un 42,2 % vīriešu bērnībā saskārušies ar vardarbību no kāda no vecākiem. Vīriešiem biežāk bija vardarbīgs tēvs, savukārt sievietes bieži ziņoja par vardarbību no abu vecāku puses. Turklāt 25,9 % sieviešu un 28,4 % vīriešu vecāki līdz 15 gadu vecumam ir noniecinājuši vai pazemojuši viņu vecākus. Konkrēti, vairāk nekā 18 % sieviešu verbāli pazemojuši abi vecāki, bet 24,5 % vīriešu - tēvi un 18,4 % - mātes (LCP, 2022).

Bērnu psihe arī nav pilnībā izveidojusies, un viņiem bieži trūkst prasmju, lai adekvāti apstrādātu sarežģītas emocijas un traumatiskus notikumus. Savukārt pieaugušajiem ir pilnīgāk izveidojušas smadzenes un attīstīta psihe, kas ļauj viņiem labāk tikt galā ar traumām.

Traumas ietekme uz veselību un dzīves kvalitāti

Runājot par simptomiem, trauma ir sākums daudziem simptomiem, kas var ievērojami pasliktināt dzīves kvalitāti un novest pie emocionālas disregulācijas un disociācijas. Turpmāk tiks apkopoti pētījumi par traumas ietekmi uz mentālo veselību, fizisko veselību un pieaugušā cilvēka labsajūtas aspektiem kopumā.

Smadzeņu attīstība bērniem atšķiras no pieaugušajiem, un traumas var ievērojami ietekmēt šo procesu. Pētījumi liecina, ka bērnības traumas ir saistītas ar paaugstinātu smadzeņu nestabilitāti un palielina psihisko traucējumu risku pieaugušā vecumā (Huang et al., 2021). Trauma ir plašs riska faktors garīgās veselības problēmām (Hogg et al., 2023), īpaši fiziska, seksuāla un emocionāla vardarbība, kas saistīta ar trauksmes, posttraumatisko stresa sindromu (turpmāk tekstā - PTSS) un citiem traucējumiem. Bioloģiskas izmaiņas, ko izsauc trauma, ietekmē vielu lietošanas problēmas (Center for Substance Abuse Treatment, 2014). Pētījumi arī parāda, ka bērnības fiziskā vardarbība palielina uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindromu (turpmāk tekstā - UDHS), PTSS un bipolāru traucējumu risku (Sugaya et al., 2012). Vēlākos dzīves posmos traumas veicina trauksmi, depresiju un negatīvu dzīvesveidu, pasliktinot gan psiholoģisko, gan fizisko veselību (Kuzminskaite et al., 2021).

Pētījumi apstiprina, ka bērnības traumas būtiski ietekmē mentālo veselību pieaugušā vecumā. 2020. gada pārskats apliecina, ka bērnības traumas, piemēram, vardarbība un nolaidība, palielina psihozes un šizofrēnijas attīstības risku, jo tās izmaina smadzeņu attīstību un paaugstina

neizsargātību pret stresu (Setién-Suero et al., 2020). Turklāt pētījumi liecina, ka bērnības traumas ir cieši saistītas ar robežlīnijas personības traucējumiem (turpmāk tekstā - RPT) (Turki et al., 2022). Vardarbība bērnībā bieži veicina arī bipolāro traucējumu attīstību, uzsverot biopsihosociālā modeļa nozīmi šajos procesos (Aas et al., 2016).

Bērnības traumas pētījumā dalībnieki aizpildīja anketas, veica laboratorisko veģetatīvās nervu sistēmas novērtējumu (ieskaitot reakciju uz fiziskiem un psiholoģiskiem stresa faktoriem) un piedalījās nakts veģetatīvās funkcijas un miega monitorēšanā. Ar speciālas anketas palīdzību tika noteikti kopējie bērnības traumu rādītāji un to apakštipi, piemēram, fiziska vardarbība un emocionāla nevērtība. Pētījuma rezultātā atklāti 22 bērnības traumu gadījumi, un starp 89 pieaugušo traumām daļai dalībnieku bija nozīmīgas bērnības traumu izpausmes. Bērnības traumas bija saistītas ar negatīvām veselības sekām, piemēram, psiholoģisko stresu, miega traucējumiem un emocionālas labklājības pasliktināšanos (Beilharz et al., 2019). Bērnības traumas var izraisīt veģetatīvās nervu sistēmas traucējumus un spēcīgu stresa reakciju, piemēram, izmaiņas sirdsdarbības ritmā (Serafini et al., 2017).

Trauma arī veicina neefektīvas pārvarēšanas stratēģijas un pazemina dzīves kvalitāti. Arī piesaistes stilu teorijas kontekstā pētījumos norādīts, ka agrīnas traumas var veicināt nedrošu piesaistes stilu, kas saglabājas visu mūžu un var ietekmēt nākamās paaudzes (Neslihan et al., 2016). Pētījums parādīja, ka sievietēm ar psihiskiem traucējumiem un viņu bērniem ir augstāki bērnības traumu rādītāji un nedroši pieķeršanās stili, norādot uz iespējamu traumu pārmantojamību. Tāpat Koena un kolēģu pētījums (Cohen et al., 2017) atklāja, ka bērnības traumas, izmantojot nedrošu piesaisti, ietekmē personības disfunkcijas pieaugušā vecumā, piemēram, paškontroli un attiecības. Trauksmes un izvairīšanās piesaistes stili bija nozīmīgi mediatori starp traumām un personības aspektiem, īpaši romantiskajās attiecībās. Trauksmes piesaistes stils negatīvi ietekmē arī attiecību kvalitāti, kā apstiprināts metaanalīzē (Li & Chan, 2012). Izvairīšanās spēcīgāk pasliktina apmierinātību ar attiecībām, savukārt trauksme vairāk saistīta ar konfliktiem.

Vēl pētījums no Andrew Petkusa un kolēģiem izpētīja bērnības traumu ilgtermiņa ietekmi uz vecāka gadagājuma cilvēku kognitīvo funkciju (Petkus et al., 2018). Pētījumā piedalījās divas vecāka gadagājuma cilvēku grupas, galvenokārt ar trauksmes vai depresijas traucējumiem. Rezultāti parādīja, ka bērnības traumas ir būtiski saistītas ar sliktāku apstrādes ātrumu, uzmanību un izpildfunkcijām.

Šāda statistika rosina nepieciešamību veikt tālāku izpēti un izstrādāt sociālās kampaņas un preventīvus pasākumus, visiem cilvēkiem un īpaši vecākiem, jo bērnu audzināšanas laikā tiek veidota sabiedrība, kas ietekmēs nākotnes ģimenes un pasauli. Iepriekš minētās grūtības veicina dzīves kvalitātes samazināšanos, kas var kavēt veselīgu ģimeņu veidošanu un tādējādi mazāk vardarbības sabiedrībā. Tomēr stigmatizācija joprojām pastāv, bieži kavējot cilvēkus meklēt palīdzību un sperot pirmo soli veselības uzlabošanai.

Stigmas koncepts psiholoģiskajos pētījumos

Stigmatizācija, neskatoties uz progresu psihiskās veselības aprūpē pēdējo gadu laikā, joprojām ir problēma, kas būtiski ietekmē gan individu, gan sabiedrības veselību.

Pasaules Veselības organizācijas oficiālais stigmas jēdziens tiek skaidrots, ka stigma ir “negatīva sociāla attieksme pret kādu indivīda īpašību, ko var uzskatīt par garīgu, fizisku vai sociālu trūkumu” (PVO, 2024).

Erving Goffmans (Erving Goffman, 1963) savā darbā stigmatizāciju raksturoja kā īpašību, kas dziļi diskreditē personu. Šī īpašība var būt gan viegli pamanāma (piemēram, tautība, ādas krāsa, svars un citi fiziski un redzami parametri), gan slēpta (piemēram, slimība, sodāmība, sociālais stāvoklis un citi parametri). Stigma ir izplatīts sociālās dzīves aspekts, kas var sarežģīt ikdienas mijiedarbību ar pasauli mikrolīmenī.

Termins "stigma" sākās grieķu laikos, kad noziedzniekiem un vergiem uz ādas izgriezta zīmes, lai norādītu uz viņu morālo degradāciju (Goffman, 1963). Goffmans arī norādīja, ka stigmatizācijai ir plašas sociālās sekas, veicinot sabiedrības sadalīšanu "normālajā" un "deviantajā", nostiprinot sociālās hierarhijas un diskrimināciju. Stigmu var izmantot kā kontroli, lai ierobežotu piekļuvi resursiem. Kopš Goffmana definīcijas psihologi ir pētījuši, kā stigma ietekmē sociālo mijiedarbību, koncentrējoties uz mentālām slimībām, atkarībām un homoseksualitāti kā deviācijām.

Zinātnieki ir pētījuši stigmas evolūcijas cēloņus, liekot domāt, ka stigma var pildīt sociobioloģisku funkciju, palīdzot klasificēt un izslēgt cilvēkus, kas var radīt draudus sabiedrībai, izplatoties slimībai vai uztvertai sociālai nepilnvērtībai. Turklāt sociālie psihologi ir pētījuši, kā stigma ietekmē indivīdus un kā viņi ar to tiek galā ikdienas dzīvē (Clair, 2018)

2023. gada pētījums, kurā tika pētīta stigmas klātbūtne dažādu paaudžu vidū, arī parādīja, ka cilvēki, kas vecāki par 60 gadiem, ir vairāk pakļauti pašstigmatizācijai saistībā ar garīgo

stāvokli nekā jaunākā paaudze depresijas un trauksmes traucējumu gadījumā (Landerville et al., 2023). Stigma izpaužas sabiedrības, starppersonu un individuālajā līmenī (Bos et al., 2013).

Mana hipotēze bakalaura darbā paredz tieši pašstigmatizāciju, tāpēc aplūkosim to sīkāk. Nacionālā alianse mentālas veselības jautājumos (turpmāk tekstā NAMI) 2021.gada aprakstīja pašstigmatizāciju ka negatīvu stereotipu internalizāciju (NAMI, 2021). Tā var radīt dziļāku emocionālo ietekmi nekā pati slimība vai dzīves grūtības, graujot pašcieņu un pašvērtējumu. Biežāk sastopamie pašstigmatizācijas veidi ir atsvešinātība, stereotipus apstiprināšana, diskriminācijas pieredze un sociālā noslēgtība, kas katrs veicina mazvērtības un izolētības sajūtu. Pašstigmatizācijas sekas ir smagas, tostarp pastiprināta depresija, pazemināta pašvērtība un pašsakropļojoša uzvedība, piemēram, izvairīšanās no ārstēšanās vai attiecībām. Tas var izraisīt arī negatīvu domu pārdomas un galējos gadījumos - domas par pašnāvību. Pašstigmatizācijas novēršana ir būtiska efektīvai garīgās veselības atveseļošanai.

Palīdzības meklēšanas stigmatizācija pieaugušajiem

Stigma tiek uzskatīta par galveno nevienlīdzības cēloni veselības jomā, jo tā ierobežo piekļuvi veselības aprūpes resursiem, ietekmē vairākus veselības rādītājus un prognozē sliktākus veselības rezultātus, pat ja tiek ieviesti citi intervences mehānismi (Hatzenbuehler et al., 2013). Tā palielina negatīvos faktorus psihiatriskajā veselībā un traucē piekļuvi kvalitatīvai aprūpei, uzsverot nepieciešamību mainīt sabiedrības attieksmi un uzlabot izpratni par šo sociālo fenomenu (Shrivastava et al., 2012).

Būtiski izcelt depresiju un trauksmes traucējumus, ņemot vērā to plašo izplatību mūsdienu sabiedrībā. Saskaņā ar PVO datiem, vairāk nekā 200 miljoni cilvēku visā pasaulē cieš no depresijas, kas ir par vairāk nekā 18% vairāk nekā 2005. līdz 2015. gadā. Stigmatizācijas un internalizētās stigmatizācijas rezultātā daudziem cilvēkiem ar mentālās veselības traucējumiem ir grūtības meklēt atbalstu un saņemt nepieciešamo ārstēšanu. Tas traucē viņiem dzīvot veselīgi un produktīvi, un, iespējams, slimnieku skaits ir pat lielāks, nekā liecina oficiālā statistika, jo daudzi baidās meklēt palīdzību stigmatizācijas dēļ (PVO, 2022).

Trauksmes traucējumi ir visizplatītākie mentāli traucējumi pasaulē, skarot 301 miljonu cilvēku. Tomēr tikai aptuveni viens no četriem cilvēkiem ar trauksmes traucējumiem saņem nepieciešamo ārstēšanu (PVO, 2023).

Turklāt stigma ietekmē ne tikai indivīdu, bet arī viņa ģimeni un draugus. Samari un kolēģi (E. Samari et al., 2022) pierādīja, ka izjustā stigma var ievērojami ietekmēt jauniešu palīdzības meklēšanas uzvedību depresijas gadījumā, veicinot nevēlēšanos meklēt palīdzību un kavējot atveseļošanos. Nepietiekama izpratne un atbalsts no ģimenes un draugiem var izraisīt barjeras palīdzības meklēšanai, kā rezultātā daudzi cilvēki izvairās no nepieciešamās ārstēšanas vai atbalsta.

Empīriskie pētījumi liecina, ka stigmatizācija noved pie sevis noniecināšanas, kas savukārt mazina cilvēka kontroles sajūtu pār dzīves apstākļiem (Wright et al., 2000). Cita pētījumā tika pētīta saikne starp cilvēku ar mentālās veselības problēmām pašvērtējumu un stigmatizāciju. Tika novērtēta pašcieņa un divi stigma aspekti: uztvere par diskrimināciju un sociālo atstumtību, kas rodas no uztvertas noraidīšanas. Secinājumā redzams ka psihisko slimību stigma kaitē daudzu cilvēku ar nopietnām psihiskām slimībām pašcieņai (Link et al., 2001).

Balstoties uz pēdējo gadu pētījumiem, var arī atzīmēt, ka gan uztvertā, gan internalizētā stigma būtiski samazina veiksmīgas atveseļošanās iespējamību, apgrūtinot rehabilitācijas procesus un ietekmējot pacientu dzīves kvalitāti. Autori uzsver, cik svarīgi ir izstrādāt intervences, kuru mērķis ir samazināt stigmatizāciju, lai uzlabotu ārstēšanas un rehabilitācijas rezultātus cilvēkiem ar mentāliem traucējumiem (Chan et al., 2022).

Pētījums, kas veikts 2020. gadā, norāda, ka indivīda iekšējie aizspriedumi ir saistīti ar uztverto vajadzību pēc ārstēšanas, negatīvām ārstēšanas cerībām un struktūras šķēršļiem, nevis ārējiem aizspriedumiem (Arnaez et al., 2020).

Pēdējā laikā ir pieaugusi interese par stigmatas izpēti mentālo slimību kontekstā, īpaši saistībā ar ģeneralizētu trauksmi (Hanlon & Swords, 2022). Viena no galvenajām bažām ir stereotips "vājs, neslimis" ("weak-not-sick", turpmāk tekstā WNS), kam var būt galvenā lomā trauksmes traucējumu stigmatizācijā. Šajā pētījumā tika pētīta saistība starp WNS stereotipu pieņemšanu un neobjektivitātes, diskriminācijas un palīdzības nodomiem pusaudžu vidū. Rezultāti parādīja, ka WNS stereotipa pieņemšana bija saistīta ar lielākiem aizspriedumiem un diskrimināciju, kā arī mazāku vēlmi palīdzēt.

Pētījumā, kas veikts 2022. gadā, tika pētīta kauna un stigmatizācijas saistība. Tajā norādīts, ka hroniska kauna gaidīšana, jeb "kauna trauksme", vislabāk raksturo dzīves pieredzi ar veselību saistītu stigmatu (Luna Dolezal, 2022).

Stigma joprojām pastāv mūsu sabiedrībā un ir iekļuvusi dažādos tās slāņos. Turpmāk mēs apskatīsim, balstoties uz pētījumiem, iespējamās stigmatizācijas sekas šai problēmai.

Problēmu stigmatizēšanas sekas

Problēmu stigmatizēšana var ievērojami samazināt viņu iespējas dažādās dzīves jomās - sākot no kvalitatīvas izglītības iegūšanas un veiksmīgas karjeras veidošanas līdz pat spēcīgu sociālo saišu veidošanai un veselīgām attiecībām ar partneriem, bieži sastopamie mentālās veselības traucējumi var būtiski pasliktināt dzīves kvalitāti, ietekmējot vairākus cilvēka ikdienas funkcionēšanas aspektus (Penner-Goeke et al., 2015).

Majors un Briens apskatīja galvenās teorijas, kas izskaidro stigmatizācijas procesus, piemēram, sociālās identitātes teoriju, paškategorizācijas teoriju, sagaidāmās stigmatizācijas teoriju un citas (Major & o'Brien, 2005). Rezultāti liecina, ka stigma tieši ietekmē stigmatizētos indivīdus, radot diskrimināciju, apstiprinot stereotipus un aktivizējot automātiskas stereotipu reakcijas. Netieši stigma ietekmē personiskās un sociālās identitātes apdraudējumu, kas rodas, kad ar stigmatizāciju saistītie stresa faktori tiek uztverti kā potenciāli kaitīgi personiskajai sociālajai identitātei un pārsniedz cilvēka spējas tos pārvarēt. Šie apdraudējumi izsauc automātiskas stresa reakcijas un mudina izmantot pārvarēšanas stratēģijas. Tā rezultātā tiek ietekmēti svarīgi aspekti, piemēram, pašvērtējums, panākumi un vispārējā veselība.

Reinka un kolēģu (Reinka et al., 2020) pētījumā tika aplūkots, kā vairākas slēptas stigmatizējošas identitātes ietekmē cilvēka dzīves kvalitāti. Slēptās stigmatizējošās identitātes ir aspekti cilvēka personībā vai dzīves apstākļos, kurus cilvēks izvēlas slēpt, baidoties no negatīvas uztveres vai diskriminācijas. Pētījums parādīja, ka vairāku slēptu stigmatizētu identitāšu klātbūtne ir saistīta ar augstāku stresa līmeni, sliktāku fizisko un mentālo veselību un kopumā sliktāku dzīves kvalitāti. Cilvēkiem ar vairākām identitātēm bieži vien ir lielākas negatīvās sekas nekā tiem, kuriem ir tikai viena stigmatizēta identitāte. Kā piemērus var minēt seksuālo orientāciju, psiholoģiskus traucējumus, hroniskas slimības un citas personiskās īpašības, kas var tikt stigmatizētas.

Stigmatizācijas un negatīvās attieksmes dēļ sabiedrībā pacienti bieži nevēlas atzīt savu saistību ar jebkādiem psihiskiem traucējumiem vai saņemt palīdzību no psihisko veselības speciālistiem. Pārskata pētījumā, apkopojot literatūru no 1999. līdz 2021. gadam, kas iegūta no PubMed un Web of Science datubāzēm, tika secināts, ka stigma joprojām ir būtiska problēma,

pārvaldīt cilvēku ar psihiskiem traucējumiem veselību. Neapzinoties šo faktu, var rasties iespaids, ka visi psihiatrijas pacienti ir agresīvi un nespēj pienācīgi funkcionēt. Šāds uzskats var samazināt ārstēšanas pozitīvo ietekmi, pasliktināt dzīves kvalitāti un samazināt sociāli profesionālo funkcionēšanu (Ciobanu et al., 2021)

Runājot par sociālo un iekšējo stigmatu, ir daudz pētījumu, kas izskata katra stigmatizācijas veida ietekmi un sekas. Piemēram, iekšējās stigmatas mazināšana ir viens no galvenajiem atveseļošanās mērķiem cilvēkiem ar psihiskajiem traucējumiem. Iekšēji internalizēta stigma var radīt papildu negatīvas sekas, piemēram, samazinātu pašvērtējumu un pašefektivitāti (Jahn et al., 2019). Šī stigma negatīvi ietekmē pacientu dzīves kvalitāti, īpaši tiem, kam ir smagi psihiskie traucējumi un hroniskas slimības. Pacientu aktīva līdzdalība ir būtiska hronisku slimību ārstēšanā un dzīves kvalitātes uzlabošanā, tomēr šo procesu bieži kavē internalizētā stigma (Chiang et al., 2020).

Stigma palielina mentālo slimību nastu jauniešu vidū. Kanādā veiktais pētījums, kurā piedalījās jaunieši ar trauksmi, atklāja, ka viņi saskārās ar stigmatu trīs līmeņos: (a) starppersonu, (b) intrapersonu un (c) strukturālajā. Stigmatizācija no citiem, pašstigmatizācija un institucionālās stigmatas klātbūtne izraisīja sliktākas attiecības ar ģimeni un vienaudžiem, zemu pašvērtējumu un pašefektivitāti, samazinātu vēlmi meklēt palīdzību un diskrimināciju skolā, darbā un veselības aprūpes iestādēs (Woodgate et al., 2020).

Sociālā stigma ietekmē arī mentāli slimu cilvēku ģimenes locekļus. Aptaujājot 640 psihiski slimu cilvēku ģimenes locekļus, tika konstatēts, ka attieksmi pret šizofrēniju, depresiju un trauksmes traucējumiem ietekmē trīs faktori: a) aizspriedumaini stereotipi, b) personīgās atbildības vai vainas sajūta par slimību un c) uzskats par pacienta nespēju izveseļoties. Pētījumā tika konstatēts, ka saikne starp negatīvajiem stereotipiem un nespēju izveseļoties ir spēcīgāka šizofrēnijas gadījumā salīdzinājumā ar depresiju vai trauksmi. Turpretī depresija un trauksme biežāk bija saistītas ar personīgās atbildības vai vainas sajūtu par savu slimību (Hasan & Musleh, 2017)

Pētījumi liecina, ka pacientiem ar šizofrēniju, neafektīvo psihozi vai bipolāriem traucējumiem bieži ir grūtības ar nodarbinātību, pat ja viņi ir bijuši hospitalizēti tikai vienu reizi (Davidson et al., 2016). Cits aptauja arī liecina, ka cilvēkiem ar nopietnam mentālās slimībām ir mazāka iespēja būt nodarbinātiem pēc 49 gadu vecuma, cilvēki, kas saskārušies ar depresiju, biežāk kļūst par bezdarbniekiem vai agrāk aiziet pensijā (Luciano & Meara, 2014).

Depresija ir saistīta ar mazāku nedēļā nostrādāto stundu skaitu, zemākiem māsaimniecības ienākumiem, zemāku izglītības līmeni un augstāku nabadzības līmeni (Campbell et al., 2022)

Kopsavilkumā, stigmatizācija ievērojami ietekmē cilvēku dzīves kvalitāti, pašvērtējumu un sociālo integrāciju, radot sarežģījumus gan ikdienas funkcionalitātē, gan mentālā veselībā.

Pētījumi atklāj, ka stigma var izraisīt diskrimināciju, sociālo atstumtību un dažādu psiholoģisku problēmu pasliktināšanos, īpaši, ja persona cenšas slēpt savas stigmatizētās identitātes. Ņemot vērā šo stigmatas ietekmi, ir būtiski pievērsties anti-stigmatiskām iniciatīvām, lai mazinātu šo negatīvo ietekmi un uzlabotu cilvēku ar psihiskām slimībām dzīves kvalitāti. Nākamajā nodaļā aplūkosim efektīvās stratēģijas un pasākumus, kas tiek īstenoti, lai samazinātu stigmatizāciju un atbalstītu iekļaujošāku sabiedrību.

Anti-stigmatas pasākumi

2020.gadā Veselības ministrija Latvijā uzsāka sociālo kampaņu “Viss ir norm.a”, kuras mērķis ir izglītēt sabiedrību par mentālās slimībām un psiholoģiskām problēmām, lai novērstu šo problēmu stigmatizāciju. Nav kauns meklēt palīdzību (Veselības Ministrija, Viss ir norm.a, 2020). Lai mazinātu ar psihisko veselību saistītos aizspriedumus, informētu par biežāk sastopamajiem psihiskās veselības sarežģījumiem un to, kā ar tiem sadzīvot, kā arī veicinātu palīdzības meklēšanu. Kampaņa aicinās rūpēties par savu un citu cilvēku psihisko veselību, un katru mēnesi visa gada garumā dalīsies ar viena cilvēka pieredzes stāstu, kurš ikdienā dzīvo ar psihiskās veselības problēmām vai simptomiem

PVO cenšas izskaust mītus, stigmatu un diskrimināciju, kas saistīti ar mentālo veselību, un ir izstrādājusi visaptverošu psiholoģisko veselības aizsardzības rīcības plānu 2013.–2030. gadam. Šis plāns aicina dalībvalstis ieviest stratēģijas, lai samazinātu stigmatizāciju, diskrimināciju un cilvēktiesību pārkāpumus attiecībā pret cilvēkiem ar mentāliem traucējumiem.

Rīcības plāns ietver četrus galvenos mērķus, katrs no tiem saistīts ar konkrētiem un izmērāmiem globāliem uzdevumiem un rādītājiem, lai uzraudzītu ieviešanu, progresu un ietekmi.

Mērķis 1: Stiprināt efektīvu vadību un pārvaldību garīgo un psihisko veselības jomas.

Mērķis 2: Nodrošināt visaptverošus, integrētus un savlaicīgus garīgās veselības un sociālās aprūpes pakalpojumus kopienā.

Mērķis 3: Īstenot stratēģijas garīgas veselības veicināšanai un profilaksei.

Mērķis 4: Stiprināt informācijas sistēmas, pierādījumu bāzi un pētniecību garīgas veselības jomā.

Patrika Corrigan meta-analīze pēta dažādu anti-stigmas stratēģiju efektivitāti, tostarp protestus, sociālo aktīvismu, sabiedrības izglītošanu un personīgās saskarsmes iespējas ar cilvēkiem, kas cieš no mentālām saslimšanām (Corrigan et al., 2012). Rezultāti parādīja kā gan izglītības iejaukšanās, gan tiešā saskarsme ar cilvēkiem ar mentālām saslimšanām bija efektīvas stigma samazināšanā gan pieaugušajiem, gan pusaudžiem. Tomēr tiešā saskarsme izrādījās efektīvāka pieaugušajiem, bet izglītības pieejas bija labākas pusaudžiem. Turklāt, tiešā saskarsme bija efektīvāka nekā saskarsme, izmantojot video materiālus.

Jaunākā pētījumā, tika konstatēts, ka izglītošana, izmantojot lekcijas, gadījumu scenārijus, uz kontaktiem balstītas intervences un lomu spēles, var efektīvi mazināt stigmatizāciju saistībā ar mentālām slimībām (Waqas et al., 2020).

Dzīves kvalitātes koncepts

Dzīves kvalitātes jēdziens ir salīdzinoši jauns un tiek aktīvi lietots kopš 20. gadsimta 60. gadiem, lai raksturotu dzīves apstākļus sabiedrībā (Wolfensberg, 1994).

Dzīves kvalitāte itetver tādus būtiskus aspektus kā veselības stāvoklis (fiziskais, psiholoģisks un garīgais), attiecības, izglītības līmenis, darba apstākļi, sociālais stāvoklis, materiālā labklājība, drošības sajūta, brīvība un neatkarība lēmumu pieņemšanā, piederība sociālajai grupai un vide. Kā definējusi Pasaules Veselības organizācija, dzīves kvalitāte ir personas subjektīvs vērtējums par savu stāvokli dzīvē, kas balstīts uz personas mērķiem un vērtībām, ņemot vērā kultūras kontekstu (PVO, 2023).

Viens no pētījumiem, kas aplūkoja dzīves kvalitātes saistību ar piedzīvotajām traumām bērnībā, tika veikts 2022. gadā. Sarasvati Dhungana un kolēģi (Dhungana et al., 2022) izvirzīja mērķi izpētīt bērnības traumu un izturētspējas ietekmi uz dzīves kvalitāti pieaugušo vidū, kuri apmeklēja ambulatorās psihiatrijas iestādes. Pētījuma rezultāti norādīja, ka gandrīz trešdaļai dalībnieku bija zema dzīves kvalitāte. Galvenie faktori, kas saistīti ar šo rādītāju, ietvēra augstu sociāli ekonomisko statusu, emocionālu nevērību bērnībā, pašreizējo depresiju un zemu izturētspējas līmeni. Turklāt pētījuma galīgajos modeļos tika atklāts, ka emocionāla nevērība bērnībā un zema izturētspēja ir neatkarīgi faktori, kas veicina zemu dzīves kvalitāti.

Vēl pētījumos par dzīves kvalitāti ir atklāta cieša saistība starp dzīves kvalitāti un dzīves ilgumu. Viens no pētījumiem, kas aplūkoja šo saistību, analizēja mirstības risku attiecībā pret dzīves kvalitātes rādītājiem secināja, ka augstāka dzīves kvalitāte ir saistīta ar zemāku mirstības risku. (Phyo et al., 2020). Tika konstatēts, ka augstāka dzīves kvalitāte samazina nāves risku, un metaanalīžu rezultāti apstiprināja, ka labāka veselība un fiziskās aktivitātes arī mazināja mirstības risku.

Honkongā veiktā pētījumā šī saistība tika pētīta 131 pacientam ar depresīviem traucējumiem, kuri tika izmeklēti ambulatori. Rezultāts parādīja, ka augsts pašstigmatas līmenis bija saistīts ar visu dzīves kvalitātes aspektu pasliktināšanos, pat ņemot vērā demogrāfiskos un klīniskos rādītājus. Turklāt zems pašvērtējums un augsts neirostiskums bija galvenie faktori, kas palielināja pašstigmatizāciju. (Chun Wah Wan, 2024)

Kopuma, trauma un stigma būtiski ietekmē cilvēku ar psihiskām slimībām dzīves kvalitāti un slimības gaitu. Stigmatizācija ne tikai pasliktina emocionālo un fizisko veselību, bet arī kavē savlaicīgu palīdzības meklēšanu un ārstēšanos, kas ir kritiski svarīgi veiksmīgai atveseļošanai. Ņemot vērā dziļo ietekmi, ko stigma un trauma var atstāt uz indivīdu un sabiedrību kopumā, ir būtiski turpināt un paplašināt anti-stigmatiskos pasākumus. Šīs iniciatīvas, piemēram, kampaņas un izglītojošas programmas, ne tikai veicina izpratni, bet arī mazinot aizspriedumus, palīdz veidot atvērtāku un iekļaujošāku sabiedrību, kas atbalsta cilvēkus ar psihiskām veselības problēmām. Tāpēc ir ārkārtīgi svarīgi turpināt pievērst uzmanību šiem jautājumiem un stiprināt centienus, lai novērstu stigmatu un uzlabotu dzīves kvalitāti tiem, kurus skar psihiskie traucējumi.

METODE

Pētījuma mērķis bija izpētīt savstarpējās saistības starp bērnības pieredzi, dzīves kvalitāti un stigmatizāciju palīdzības meklēšanas pieaugušā vecumā. Tika izvirzīti šādi pētnieciskie jautājumi: 1) Vai pastāv saistība starp traumatisko bērnības pieredzi, stigmatizētu palīdzības meklēšanu un dzīves kvalitāti pieaugušo vecumā? 2) Vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības sieviešu un vīriešu izlasēs stigmatizētu palīdzības meklēšanu, traumatisko bērnības pieredzi un dzīves kvalitāti? 3) Vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības attiecībā uz stigmatizētu palīdzības meklēšanu un dzīves kvalitāti starp cilvēkiem ar vidējo un augstāko izglītību, cilvēkiem ar un bez hroniskām slimībām un vecuma grupām, ņemot vērā traumatisko bērnības pieredzi?

Pētījuma dalībnieki

Pētījumā piedalījās pieaugušie vecumā no 18 gadiem, kuri tika atlasīti pēc pieejamības principa. Kopumā izlasi veidoja 76 respondenti: 28 vīrieši (40%) un 48 sievietes (60%). Respondentu vecums svārstījās no 18 līdz 55 un vairāk. Vecuma grupu izmantošana tika izvēlēta, jo pētījuma mērķis ir analizēt saistības dažādās paaudzes grupās.

Instrumentārijs

Pētījuma ietvaros tika lietota interneta vidē izvietota anketa, kas sastāvēja no četrām daļām bērnības pieredze, dzīves kvalitāte, stigmatizācija un demogrāfisko rādītāju aptaujas. Darba ietvaros, lai novērtētu personības iezīmes, tika lietota Bērnības traumas aptauja (Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J, 1994). Latviešu valodā 2004. gadā adaptēja Sebre, S., Ļebedeva, L., & Trapenciere, I. Aptaujā ir 40 apgalvojumi, kurus novērtē pēc 5 punktu Likerta skalas (1 = “nemaz nepiekrītu” - 5 = “pilnībā piekrītu”). Aptaujā tiek novērtēta bērnībā piedzīvotā vardarbība, iekļaujot emocionālo, fizisko, seksuālo vardarbību, pamešanu novārtā. Bērnības pieredzes skalu rādītāji: fiziska vardarbība ($\alpha = 0,90$), emocionāla vardarbība ($\alpha = 0,94$), seksuāla vardarbība ($\alpha = 0,83$) un pamešana novārtā ($\alpha = 0,66$).

Darbā tiek izmantota arī palīdzības meklēšanas internalizētās stigmas aptauja (Vogel et al., 2006), Latviešu valodā 2020. gadā adaptēja Iveta Brence. Aptauja mēra, cik spēcīgi cilvēks izjūt internalizēto stigmatizāciju ar palīdzības meklēšanu, jeb pašstigmatizācijas līmeni. Atbildot uz apgalvojumiem tika piedāvāti pieci atbilžu varianti no 1 – Nemaz nepiekrītu līdz 2 – Pilnībā

piekrītu. Augstāks punktu skaits liecina par augstāku stigmatizāciju. Latviski adaptētā aptauja uzrāda arī augstu ticamības rādītāju. Stigmatizācijas palīdzības meklēšanā ticamības rādītājs ir ($\alpha = 0,71$), kas norāda uz pieņemamu ticamību.

Lai mērītu respondentu dzīves kvalitāti, tika izmantota Dzīves kvalitātes aptauja no Pasaules Veselības organizācijas (World Health Organisation Quality of Life -BREF, turpmāk tekstā WHOQOL-BREF, 1998). WHOQOL-BREF ir saīsināta aptaujas novērtēšanas instrumenta versija, kas izstrādāta, lai praktiskākā formātā novērtētu dzīves kvalitāti 4 skalas. Fiziska dzīves kvalitāte, psiholoģiska dzīves kvalitāte, vides dzīves kvalitāte, sociāla dzīves kvalitāte. Aptaujā ir 27 jautājumi, kas novērtē dzīves kvalitāti, ietverot tādas skalas kā fiziskā veselība, psiholoģiskais stāvoklis, sociālās attiecības un vides faktori. Latviešu valodā pielāgotā versija ir pieejama Pasaules Veselības organizācijas (PVO) oficiālajā tīmekļa vietnē sadaļā "Rīki un rīku komplekti" (Tools and toolkits). Latviešu valodas adaptācija ir apstiprināta no PVO puses (Tools and toolkits).

Atbildes tiek sniegtas piecu ballu skalā. Dzīves kvalitātes apakšskalu ticamības rādītāji ir šādi: psiholoģiskais stāvoklis ($\alpha = 0,78$), fiziskā veselība ($\alpha = 0,82$), sociālās attiecības ($\alpha = 0,71$) un vide ($\alpha = 0,77$). Fiziskās veselības apakšskala uzrāda labu ticamību, savukārt pārējām apakšskalām ticamība ir pieņemama.

Pētījuma gaitā tika fiksēti arī demogrāfiskie dati: vecuma grupa, dzimums, veselības stāvoklis un izglītība. Dati tika ievākti interneta vidē, izmantojot Google Forms platformu, laika posmā no 2024. gada 26. oktobra līdz 2024. gada 6. novembrim. Aptauja tika izplatīta vietnē "Instagram", ka arī izmantoju masveida ziņas sociālajos tīklos un izmantojot dažādus komunikācijas kanālus. Respondentu dalība pētījumā bija anonīma, brīvprātīga un bez atlīdzības.

REZULTĀTI

Aptaujās iegūtie dati tika apkopoti izmantojot Google Sheet programmu, un pēc tam tika apstrādāti, izmantojot statistisko datu apstrādes programmu SPSS Statistics 28.

Pēc katras aptaujas atslēgas tika veikta pārbaude par aptauju ticamību un atbilstību normālam sadalījumam, kā arī tika veikti aprēķini aprakstošās statistikas datu ieguvei.

Atbilstība normālam sadalījumam tika noteikta, izmantojot Kolmogorova-Smirnova testu. Statistikas analīzei tika izmantotas 76 respondentu atbildes.

No Kolmogorova–Smirnova testa rezultātiem tika secināts, ka normālam sadalījumam neatbilst gandrīz visas skalas, jo $p < 0,05$, izņemot sociālās un psiholoģisko dzīves kvalitāte un vardarbības skalas, kurām $p > 0,05$, un tās ir normāli sadalītas.

Ticamības rādītājs Kronbaha alfa α izmantotajām aptaujām un to apakšskalām variē no 0,66 līdz 0,94, kas norāda par pieņemamu līdz labu ticamību. Datus var uzskatīt par ticamiem un izmantot turpmākajai apstrādei.

Tas tika izvēlēts, jo daļa no skalas, izņemot minētās, pēc Kolmogorova–Smirnova testa rezultātiem neatbilst normālajam sadalījumam (skat. 1. tabulu)

1. tabula

Negatīvās bērnības pieredzes, dzīves kvalitātes un stigmatizācijas aprakstošās statistikas rādītāji pieaugušo izlasē (N=76)

	Pieaugušie cilvēki (N=76)			
	M	SD	K-S	α
Dzīves kvalitāte				
Fiziska dzīves kvalitāte	56,2	12,9	0,03	0,82
Psiholoģiska dzīves kvalitāte	63,8	14,8	0,20*	0,78
Sociāla dzīves kvalitāte	63,8	18,8	0,20*	0,71
Vides dzīves kvalitāte	68,1	14,4	0,02	0,77
Stigmatizācija				

Stigmatizācija	21,9	7,33	0,03	0,71
Negatīva bērnības pieredze				
Negatīva bērnības pieredze kopā	63,6	19,1	0,02	0,79
Fiziska vardarbība	15,8	6,74	0,01	0,90
Emocionāla vardarbība	22,9	10,1	,007	0,94
Seksuāla vardarbība	11,4	3,99	0,01	0,83
Pamešana novārtā	13,3	4,05	0,01	0,66

Lai atbildētu uz pētījuma pirmo jautājumu – vai pastāv saistība starp traumatisko bērnības pieredzi, stigmatizētu palīdzības meklēšanu un dzīves kvalitāti pieaugušo vecumā – tika izmantots Spīrmena korelācijas koeficients (skat. 2. tabulu)

2. Tabula

Negatīvās bērnības pieredzes, dzīves kvalitātes un stigmatizācijas Spīrmena korelācijas koeficienti pieaugušo izlasē (N=76)

	NBP	Stigmatizācija	Dzīves kvalitāte			
			FDZ	PDZ	SDZ	VDZ
Negatīva bērnības pieredze	-	0,01	-0,49**	-0,29*	0,21	-0,48*
Stigmatizācija	0,01	-	-.0,03	-,003	0,02	-0,14
Fiziskā dzīves kvalitāte	-0,49**	-0,03	-	0,71**	0,61*	0,73**
Psiholoģiskā dzīves kvalitāte	-0,29**	-,003	0,71**	-	0,57**	0,55**
Sociālā dzīves Kvalitāte	0,21	0,02	0,61**	0,57**	-	0,56*

Vides dzīves kvalitāte	-0,48*	-0,14	0,73**	0,55*	0,56**	-
------------------------	--------	-------	--------	-------	--------	---

FDZ - Fiziska dzīves kvalitāte, PDZ - Psiholoģiska dzīves kvalitāte, SDZ - Sociāla dzīves kvalitāte, VDZ - Vides dzīves kvalitāte, NBP - Negatīva bērnības pieredze

*Korelācija ir nozīmīga pie 0,01 līmeņa (divpusēja), **Korelācija ir nozīmīga pie 0,05 līmeņa (divpusēja).

Rezultāti, iegūti ar Spīrmena korelācijas testu, parāda, ka bērnības pieredze negatīvi korelē ar fizisko dzīves kvalitāti, psiholoģisko dzīves kvalitāti un vides dzīves kvalitāti, savukārt tā ir vāji pozitīvi saistīta ar sociālo dzīves kvalitāti. Stigmatizācijai nav konstatētas nozīmīgas saistības ar dzīves kvalitātes rādītājiem vai negatīvas bērnības pieredzi. Korelācijas saistības starp atsevišķiem vardarbības veidiem netika norādītas (skat. 2. tabulu).

3. Tabula

Manna-Vitneja U testa rezultāti sieviešu un vīriešu izlases atšķirībām (N=76)

	Dzimums				p
	Sievietes (N=48)		Vīrieši (N=28)		
	M	SD	M	SD	
Bērnības pieredze					
Negatīva bērnības pieredze kopā	67,1	19,3	57,7	19,3	0,03
Fiziska vardarbība	15,7	06,7	16,1	7,86	0,68
Emocionāla vardarbība	25,5	10,7	18,4	7,10	< 0,001
Seksuāla vardarbība	11,6	3,35	11,2	4,95	0,14
Pamešana novartā	14,1	4,18	12,0	3,47	0,02
Stigmatizācija					
Stigmatizācija	20,3	7,77	22,6	7,10	0,02
Dzīves kvalitāte					

Fiziska dzīves kvalitāte	55,2	14,9	57,8	8,7	0,17
Psiholoģiska dzīves kvalitāte	57,1	16,6	56,2	11,2	0,91
Sociāla dzīves kvalitāte	63,0	20,3	65,1	16,2	0,66
Vides dzīves kvalitāte	67,6	15,5	69,0	12,6	0,82

Lai atbildētu uz pētījuma otro jautājumu – vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības sievietēm un vīriešu izlasēs stigmatizētā palīdzības meklēšanā, traumatiskajā bērnības pieredzē un dzīves kvalitātē (skat. 3. tabulu), tika izmantots Manna-Vitneja U tests, lai salīdzinātu divas neatkarīgas grupas. Testa rezultāti atklāj, ka sievietēm bija nozīmīgi augstāks rādītājs bērnības pieredzē un emocionālajā vardarbībā salīdzinājumā ar vīriešiem, kā arī biežāk tika novērota ziņošana par pamešanu novārtā. Savukārt vīrieši uzrādīja augstāku stigmatizācijas līmeni nekā sievietes. Attiecībā uz fiziskās, psiholoģiskās, sociālās un vides dzīves kvalitātes, kā arī seksuālās un fiziskās vardarbības rādītājiem, starp sievietēm un vīriešiem statistiski nozīmīgas atšķirības netika konstatētas (skat. 3. tabulu).

Tālāk, aplūkojot demogrāfisko faktoru saistību ar mainīgajiem lielumiem atbildot uz jautājumu - Vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības attiecībā uz stigmatizētu palīdzības meklēšanu un dzīves kvalitāti starp cilvēkiem ar vidējo un augstāko izglītību, cilvēkiem ar un bez hroniskām slimībām, un vecuma grupām, ņemot vērā traumatisko bērnības pieredzi?

4. Tabula

Manna-Vitneja U un T-testa rezultāti izglītības līmeņu izlases atšķirībām (N=76)

Kategorija

Izglītība	Vidēja (N=46)		Augstāka (N=30)		p
	M	SD	M	SD	
Negatīva bērnības pieredze kopā	66,3	20,5	59,6	17,9	0,17

Stigmatizācija	23,4	7,39	19,7	6,74	0,03
Dzīves kvalitāte					
Psiholoģiskā kvalitāte	53,8	14,7	61,2	14,1	0,03
Vide kvalitāte	65,6	14,5	71,9	13,7	0,06
Fiziskā kvalitāte	54,4	11,1	58,9	15,1	0,13
Sociālā kvalitāte	62,2	20,1	66,2	16,7	0,36

Manna-Vitneja U un T-testa rezultāti, salīdzinot cilvēkus ar vidējo un augstāko izglītību, norāda uz statistiski nozīmīgām atšķirībām dažos mainīgajos lielumos. Cilvēkiem ar vidējo izglītību ir augstāks stigmatizācijas līmenis nekā tiem, kas ir ieguvuši augstāko izglītību, un šī atšķirība ir statistiski nozīmīga. Psiholoģiskā dzīves kvalitāte ir augstāka cilvēkiem ar augstāko izglītību, salīdzinot ar tiem, kam ir vidējā izglītība, un šī atšķirība ir arī statistiski nozīmīga.

Vides dzīves kvalitāte, fiziskā dzīves kvalitāte un sociālā dzīves kvalitāte starp izglītības līmeņiem neatklāj statistiski nozīmīgas atšķirības. Korelācijas saistības starp atsevišķiem vardarbības veidiem netika norādītas.

5.tabula

Manna-Vitneja U un T-testa rezultāti veselības stāvokļa izlases atšķirībām (N=76)

Kategorija

Veselība	Ir hroniska diagnoze (N=23)		Nav hroniskas diagnozes (N=53)		p
	M	SD	M	SD	
Negatīva bernības pieredze kopā	71,3	18,5	60,3	19,4	0,01
Stigmatizācija	20,3	7,77	22,6	7,10	0,19

Dzīves kvalitāte

Psiholoģiskā kvalitāte	53,4	12,5	58,2	15,6	0,15
Vides kvalitāte	66,8	10,4	68,7	15,9	0,45
Fiziskā kvalitāte	51,9	10,7	58,0	13,5	0,07
Sociālā kvalitāte	61,4	16,6	64,8	19,8	0,40

Tika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības negatīvās bērnības pieredzes izplatībā starp divām veselības kategorijām, tāpēc nulles hipotēze tika noraidīta. Cilvēki ar augstāku negatīvās pieredzes līmeni bērnībā biežāk ziņo par hroniskajām slimībām. Savukārt stigmatizācijas izplatībā būtiskas atšķirības starp veselības kategorijām netika konstatētas. Individīdiem bez hroniskas diagnozes ir tendence uz nedaudz labāku fizisko un psiholoģisko dzīves kvalitāti, tomēr šīs atšķirības nav statistiski nozīmīgas. Korelācijas saistības starp atsevišķiem vardarbības veidiem netika norādītas.

Atšķirības starp vecuma grupām tika konstatētas attiecīgi vairāk dzīves kvalitāti (skat. 6 tabulu)

6.tabula

Kruskola-Vallisa testa rezultāti vecuma paaudžu izlases atšķirībām (N = 76)

Kategorija

Vecums	18-24 (N=17)	25-34 (N=40)	35 un vairāk (N=19)	H
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
Negatīva bērnības pieredze kopā	73,8 (18,5)	62,9 (18,5)	56,2 (16,0)	0,02
Stigmatizācija	22,0 (7,46)	21,1 (7,21)	23,6 (7,59)	0,51

Dzīves kvalitāte

Psiholoģiskā

kvalitāte	48,2 (11,6)	59,8 (15,7)	57,8 (12,8)	0,01
Vides kvalitāte	59,5 (14,3)	69,7 (14,7)	72,5 (11,0)	> 0,005
Fiziskā kvalitāte	48,5 (10,2)	57,3 (13,8)	60,6 (10,6)	< 0,005
Sociālā kvalitāte	50,0 (18,2)	68,2 (16,4)	66,7 (19,1)	< 0,005

Atšķirības starp vecuma grupām tika konstatētas galvenokārt dzīves kvalitātes rādītājos, savukārt stigmatizācijas līmenis neatšķīrās. Dzīves kvalitātes rādītāji līdz ar vecumu uzlabojās. Psiholoģiskā dzīves kvalitāte bija augstāka 25–34 gadus vecu jauniešu grupā, savukārt zemākie rādītāji tika novēroti 18–24 gadus vecu jauniešu grupā. Arī vides kvalitāte un fiziskā dzīves kvalitāte pieauga līdz ar vecumu. Sociālā kvalitāte bija visaugstākā 25–34 gadus vecu cilvēku grupā, bet zemāka pārējās vecuma grupās.

DISKUSIJA

Iepriekšējie pētījumi liecina, ka vīrieši biežāk saskaras ar augstāku pašstigmatas un sociālās stigmatas līmeni nekā sievietes (Topkaya, 2014). Turklāt vecums un dzimums var ietekmēt attieksmi pret palīdzības meklēšanu, kur nozīmīgu lomu spēlē pašstigmatas starpniecība (Yee et al., 2020). Attiecībā uz dzīves kvalitāti pētījumā tika konstatēti statistiski nozīmīgi pierādījumi, ka bērnības pieredze ietekmē dzīves kvalitāti (Dhungana et al., 2022). Arī Andrew Petkusa pētījumā, rezultāti liecina, ka bērnības traumas ir būtiski saistītas ar veselības stāvokli, ieskaitot kognitīvo spēju samazināšanos, lēnāku apstrādes ātrumu, uzmanības problēmas un traucētas izpildfunkcijas (Petkus et al., 2018). Vēlākos dzīves posmos traumas veicina trauksmi, depresiju un negatīvu dzīvesveidu, pasliktinot gan psiholoģisko, gan fizisko veselību (Kuzminskaite et al., 2021). Turklāt bērnības traumas var izraisīt veģetatīvās nervu sistēmas traucējumus un spēcīgas stresa reakcijas (Serafini et al., 2017). Runājot par izglītību jaunākā pētījumā, tika konstatēts, ka izglītošana, uz kontaktiem balstītas intervences var efektīvi mazināt stigmatizāciju saistībā ar mentālām slimībām (Waqas et al., 2020). Arī Patriks Corrigan meta-analīze pētīja dažādu anti-stigmatas stratēģiju efektivitāti, tostarp protestus, sociālo aktīvismu, sabiedrības izglītošanu un personīgās saskarsmes iespējas ar cilvēkiem, kas cieš no mentālām saslimšanām (Corrigan et al., 2012). Rezultāti parādīja kā gan izglītības ieviešanu, gan tiešā saskarsme ar cilvēkiem ar mentālām saslimšanām bija efektīvas stigma samazināšanā gan pieaugušajiem, gan pusaudžiem. Vēl viens pētījums, atklāja, ka pašstigmatizācijas līmenis samazinās līdz ar ģimenes ienākumu un izglītības līmeņa pieaugumu (Onie et al., 2021).

Bakalaura darba mērķis bija izpētīt saistības starp bērnības pieredzi, stigmatizāciju un dzīves kvalitāti pieaugušā vecumā. Sākotnējā hipotēze, ka negatīvā bērnības pieredze ietekmē stigmatizāciju, netika apstiprināta, pētījuma rezultāti atklāja citas būtiskas tendences.

Atbildot uz 1. pētījuma jautājumu rezultāti atbilst iepriekšminētajiem pētījumiem. Runājot par korelācijām bērnības negatīvās pieredzes jautājumos, kas saistīti ar fizisko un psiholoģisko veselību, tika novērota līdzība ar pētījumu rezultātiem, kuros konstatēts, ka bērnības traumas ir saistītas ar negatīvām dzīves kvalitātes un veselības sekām. Bakalaura darba ietvaros tika apstiprināts, ka bērnības pieredze negatīvi korelē ar fiziskās, psiholoģiskās un vides dzīves kvalitātes rādītājiem. Jautājumos par fizisko veselību tika iekļauti aspekti, kas saistīti ar sāpēm, kognitīvajām spējām un citiem fiziskās veselības faktoriem, kas bija minēti pētījuma teorētiskajā

pārskatā (Petkus et al., 2018). Savukārt psiholoģiskie jautājumi aptvēra trauksmi, depresīvu stāvokli un darbaspēju, kas arī ir aprakstīti teorijā (Kuzminskaite et al., 2021). Vides faktori ietvēra darbu, mājas apstākļus un citus būtiskus aspektus, kas ietekmē dzīves kvalitāti. Sakarības ar stigmatizāciju netika apstiprinātas.

Atbildot uz 2. pētījuma jautājumu pētījumā hipoteze par negatīvas bērnības pieredzes saistību ar stigmatizāciju netika apstiprināta, tomēr tika atklātas dzimumatšķirības stigmatizācijas, pamestības sajūtas un emocionālās vardarbības pieredzē. Šajā analizē galvenais mainīgais bija negatīva bērnības pieredze, un rezultāti norāda, ka sievietes ziņo par augstāku negatīvas bērnības pieredzes līmeni (vidējais 42,8), salīdzinot ar vīriešiem (vidējais 31,32). Rezultāti parāda, ka sievietes ziņo par lielāku emocionālās vardarbības pieredzi nekā vīrieši, kā arī par augstāku pamestības pieredzi. Turklāt, attiecībā uz stigmatizāciju, vīrieši ziņo par augstāku līmeni (vidējais 49,11) nekā sievietes (vidējais 32,31), un šī atšķirība ir statistiski nozīmīga.

Aplūkojot 3. jautājumu, kas saistīts ar demogrāfiskajiem faktoriem – izglītību, veselību un vecumu. Izglītība izrādījās kā nozīmīgs stigmatizācijas profilakses faktors, kā to pierāda arī iepriekšējie pētījumi. Ņemot vērā vidējās vērtības, tika konstatēta statistiski nozīmīga atšķirība starp vidējās (42.95) un augstākās izglītības (31.68) līmeņa grupām attiecībā uz stigmatizāciju, kas norāda, ka cilvēki ar vidējo izglītību piedzīvo augstāku stigmatizācijas līmeni nekā tie, kam ir augstākā izglītība. Tomēr pētījums neuzrādīja statistiski nozīmīgu saistību starp negatīvo bērnības pieredzi un izglītības līmeni.

Veselības faktors arī parādīja statistiski nozīmīgus rezultātus – cilvēki ar lielāku negatīvo pieredzi biežāk ziņo par hroniskām slimībām. Vidējais rezultāts cilvēkiem bez hroniskām veselības problēmām bija 47.78, savukārt cilvēkiem ar hroniskām veselības problēmām – 34.47. Testa rezultāti liecina, ka pastāv nozīmīgas atšķirības starp abām grupām, kas var liecināt par saistību starp hroniskām veselības problēmām un negatīviem bērnības pieredzes rādītājiem.

Pētījums neuzrādīja nozīmīgus rezultātus attiecībā uz paaudžu atšķirībām un stigmatizāciju, kas liecina, ka šīs atšķirības neietekmē stigmatizācijas līmeni. Tomēr dažādos dzīves kvalitātes aspektos tika iegūti nozīmīgi rezultāti, kas liecina par pieaugumu līdz ar vecumu, vai maksimumu 25-34 gadu vecumā, runājot par sociālo dzīves kvalitāti. Šie rezultāti var norādīt uz tendenci, ka cilvēki ar vecumu uzlabo savus dzīves apstākļus, kas ietver gan fizisko, gan psiholoģisko labklājību. Tāpat tas liecina, ka cilvēki vecumā no 25 līdz 34 gadiem ir statistiski vairāk apmierināti ar savu sociālo dzīvi.

Pētījuma ierobežojumi ietver vairākus svarīgus aspektus, piemēram, nelielo respondentu izlasi, kas var ietekmēt rezultātu vispārināšanu, kā arī padziļinātas pieejas trūkumu katram dzīves kvalitātes aspektam. Pētījuma ietvaros tika izvirzīta hipotēze, ka cilvēkiem ar pieredzi darbā ar terapeitu un tiem, kuriem šādas pieredzes nav, var atšķirties stigmatizācijas pieredze. Turpmākie pētījumi varētu koncentrēties uz šo faktoru ietekmi, ņemot vērā terapijas lomu un tās ietekmi uz stigmatizācijas samazināšanu. Eksperimentālā pētījumā starp starp cilvēkiem ar psihoterapeitisku pieredzi un bez varētu iegūt atšķirīgus rezultātus, kas sniegtu dziļāku izpratni par grupas specifiskajām vajadzībām.

Datu ieguves metodes ierobežojumi. Pētījumā tika izmantota tikai pašnovērtējuma anketas, tas varētu radīt atbildes izkropļojumus, jo respondenti varētu būt tendēti sniegt sabiedrībā pieņemamākas vai "pareizākas" atbildes, kas varētu ietekmēt pētījuma rezultātu precizitāti.

Daudzos pētījumos tika pētītas noteiktas diagnozes, manā darbā tika mērīts vispārējais veselības stāvoklis un diagnozes esamība bez precizēšanas. Savukārt rezultāti parādīja, ka pastāv pieredzes statistiska ietekme uz veselību, un turpmākajos pētījumos būtu noderīgi detalizētāk izpētīt veselības tēmu.

Būtiski turpināt darbu ar vīriešiem un padziļināti izpētīt viņu attieksmi pret stigmatizāciju, jo šī grupa statistiski biežāk ziņo par augstāku stigmatizācijas līmeni, salīdzinot ar sievietēm. Detalizētāka izpēte var palīdzēt labāk izprast vīriešu pieredzi un attieksmes veidošanos attiecībā uz stigmatizāciju, kas varētu veicināt efektīvākus profilakses un atbalsta pasākumus. Svarīgi pievērst vairāk uzmanības sievietēm un viņu pieredzei, īpaši attiecībā uz vardarbību un emocionālo vardarbību, jo sievietes statistiski biežāk ziņo par šādu pieredzi. Detalizētāka sieviešu pieredzes izpēte var palīdzēt labāk izprast viņu saskarsmi ar emocionālo vardarbību un nodrošināt atbilstošākus atbalsta mehānismus, kas varētu palīdzēt mazināt šādas pieredzes negatīvo ietekmi uz viņu dzīves kvalitāti.

Jāatzīst izglītības un izglītojošu projektu nozīme stigmatizācijas mazināšanā sabiedrībā, jo informētība un izpratne par psihisko veselību var palīdzēt samazināt negatīvo attieksmi.

Turpmākajos pētījumos būtu jāizpēta arī dzīves kvalitātes ietekme uz cilvēkiem ar negatīvu bērnības pieredzi. Padziļināta analīze varētu palīdzēt identificēt konkrētas palīdzības vajadzības, lai nākotnē sniegtu mērķtiecīgu atbalstu šai sabiedrības grupai un uzlabotu tās dzīves apstākļus.

Šāda pieeja ļautu uzlabot kopējo sabiedrības veselības un labklājības līmeni, ņemot vērā gan individuālās, gan grupu vajadzības

SECINĀJUMI

Pamatojoties uz pētījuma rezultātiem, tika konstatētas vairākas statistiskas tendences, kas veicina izpratni par bērnības negatīvo pieredzi, stigmatizāciju un dzīves kvalitāti pieaugušā vecumā. Lai gan sākotnējā hipotēze par negatīvas bērnības pieredzes saistību ar stigmatizāciju netika apstiprināta, pētījumā tika atklātas dzimumatšķirības un citi nozīmīgi faktori. Sievietes biežāk ziņoja par emocionālo vardarbību un pamestības sajūtu, savukārt vīrieši biežāk piedzīvoja stigmatizāciju. Negatīva bērnības pieredze izrādījās cieši saistīta ar dzīves kvalitātes rādītājiem, īpaši psiholoģiskās, fiziskās un vides dzīves kvalitātes aspektiem. Šie rezultāti saskan ar iepriekšējiem pētījumiem, kas norāda uz bērnības traumu ilgtermiņa ietekmi uz indivīda labklājību.

Pētījums arī uzsvēra izglītības nozīmi stigmatizācijas mazināšanā, apstiprinot, ka augstāks izglītības līmenis var statistiski samazināt stigmatizācijas līmeni. Izglītojoši projekti un programmas, kas vērstas uz sabiedrības informētību par psihisko veselību, var būt efektīvs līdzeklis stigmatizējošu attieksmju mazināšanā. Pētījums parādīja atšķirības starp veselības grupām ar un bez hroniskām slimībām, norādot, ka negatīva bērnības pieredze statistiski nozīmīgi ietekmē veselības stāvokli dalībniekiem. Vecuma grupām nebija konstatētas saistības ar stigmatizāciju, tomēr dzīves kvalitātes aspekti uzlabojās ar vecumu, kas var liecināt, ka cilvēki ar vecumu uzlabo savu dzīves kvalitāti.

Pētījuma ierobežojumi ietvēra nelielu izlasi un paļaušanos uz pašnovērtējumā anketām, kas varētu radīt atbildes izkropļojumus. Ieteicams turpmākajos pētījumos izmantot lielāku izlasi un dažādādu datu ievākšanas metodes un pētījuma dizainus, lai nodrošinātu citu vai precīzāku rezultātu interpretāciju. Būtu ieteicams pievērst uzmanību terapijas pieredzes ietekmei uz stigmatizāciju un padziļināti izpētīt vīriešu grupas vajadzības, negatīvās pieredzes sievietes vidū, kā arī negatīvas bērnības pieredzes ietekmi uz dzīves kvalitāti un veselību kopumā. Tāpat būtu svarīgi pievērst uzmanību izglītības saņemšanai, jo izglītība var būt nozīmīgs faktors stigmatizācijas samazināšanā. Šāda pieeja veicinātu holistisku sabiedrības veselības uzlabošanu un palīdzības sniegšanu specifiskām grupām, nodrošinot labākus atbalsta mehānismus un resursus, kas pielāgoti dažādām vajadzībām.

LITERATŪRAS SARAKSTS

- Aas, M., Henry, C., Andreassen, o. A., Bellivier, F., Melle, I., & Etain, B. (2015). The role of childhood trauma in bipolar disorders. *BMC Psychiatry*, 15, 42.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., & Matschinger, H. (2009). Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: A trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *European Psychiatry*, 24(4), 225-232.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Society for the Positive Care of Children. (2022) *Child Maltreatment Statistics*. <https://americanspcc.org/child-maltreatment-statistics/>
- Arnaez, J. M., Krendl, A. C., McCormick, B. P., Chen, Z., & Chomistek, A. K. (2020). The association of depression stigma with barriers to seeking mental health care: A cross-sectional analysis. *Journal of Mental Health*, 29(2), 182-190.
- Beilharz, J. E., Paterson, M., Fatt, S., Wilson, C., Burton, A., Cvejic, E., Lloyd, A., & Vollmer-Conna, U. (2020, February). The impact of childhood trauma on psychosocial functioning and physical health in a non-clinical community sample of young adults. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(2), 185-194.
- Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1-9.
- Campbell, D., Green, M. J., Davies, N., Demou, E., Howe, L., Harrison, S., Smith, D. J., Howard, D. M., McIntosh, A. M., Munafo, M., & Katikireddi, S. V. (2022). Effects of depression on employment and social outcomes: A Mendelian randomisation study. *British Journal of Psychiatry*, 221(6), 803-810.
- Hobson, H. (2008). *The effects of mental health education on reducing stigma and increasing positive attitudes toward seeking therapy*. Psychology, Education
- Centre for Substance Abuse Treatment (US). (2014). *Trauma-informed care in behavioural health services (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 57, Report No. SMA 14-4816)*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). <https://store.samhsa.gov/product/TIP-57-Trauma-Informed-Care-in-Behavioral-Health-Services/SMA14-4816>

- Chan, K. K. S., Fung, W. T. W., Leung, D. C. K., & Tsui, J. K. C. (2022). The impact of perceived and internalised stigma on clinical and functional recovery among people with mental illness. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e6102–e6111.
- Chiang, Y.-S., Chang, Y.-C., Liu, Y.-P., & Tzeng, W.-C. (2021). Quality of life in patients with comorbid serious mental illness and chronic diseases: A structural equation model. *Journal of Advanced Nursing*, 77(3), 1271–1283.
- Ciobanu, A. M., Catrinescu, L. M., Ivaşcu, D. M., Niculae, C. P., & Szalontay, A. S. (2021). Stigma and quality of life among people diagnosed with mental disorders: A narrative review. *Consortium Psychiatricum*, 2(4), 23-29.
- Cohen, L. J., Ardalan, F., Tanis, T., Halmi, W., Galynker, I., Von Wyl, A., & Hengartner, M. P. (2017). Attachment anxiety and avoidance as mediators of the association between childhood maltreatment and adult personality dysfunction. *Attachment & Human Development*, 19(1), 58-75.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Stigma and Health*, 1(1), 54-63.
- Connell, J., Brazier, J., o’Cathain, A., Lloyd-Jones, M., & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: A synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life outcomes*, 10, Article 138.
- Corrigan, P. W., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2020). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Cambridge University Press. Advance online publication*.
- Davidson, M., Kapara, o., Goldberg, S., Yoffe, R., Noy, S., & Weiser, M. (2016). A nation-wide study on the percentage of schizophrenia and bipolar disorder patients who earn minimum wage or above. *Schizophrenia Bulletin*, 42(2), 443-447.
- Dhungana, S., Koirala, R., ojha, S. P., & Thapa, S. B. (2022). Association of childhood trauma and resilience with quality of life in patients seeking treatment at a psychiatry outpatient: A cross-sectional study from Nepal. *PLoS ONE*, 17(10), e0275637.
- Dolezal, L. (2023). Shame, anxiety, stigma, and clinical encounters. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 29(2), 123-130.
- Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the management of spoiled identity. *Penguin Books*.

- Goepfert, N. C., von Heydendorff, S. C., Dreßing, H., & Bailer, J. (2019). Effects of stigmatizing media coverage on stigma measures, self-esteem, and affectivity in persons with depression: An experimental controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1), 138.
- Hasan, A. A.-H., & Musleh, M. (2017). Public stigma toward mental illness in Jordan: A cross-sectional survey of family members of individuals with schizophrenia, depression, and anxiety. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(6), 36-43.
- Hanlon, H. R., & Swords, L. (2020). Adolescent endorsement of the "weak-not-sick" stereotype for generalized anxiety disorder: Associations with prejudice, discrimination, and help-giving intentions toward peers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), Article 5415.
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821.
- Huang, D., Liu, Z., Cao, H., Yang, J., Wu, Z., & Long, Y. (2021). Childhood trauma is linked to decreased temporal stability of functional brain networks in young adults. *Journal of Affective Disorders*, 290, 23-30.
- Hogg, B., Gardoki-Souto, I., Valiente-Gomez, A., Ribeiro Rosa, A., Fortea, L., Radua, J., Amann, B.L., & Moreno-Alcázar, A. (2023). Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: An umbrella meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273(2), 397-410.
- Jahn, D. R., Leith, J., Muralidharan, A., Brown, C. H., Drapalski, A. L., Hack, S., & Lucksted, A. (2019). The influence of experiences of stigma on recovery: Mediating roles of internalized stigma, self-esteem, and self-efficacy. *Psychological Services*, 16(4), 607-616.
- Neslihan K. O., Boyacıoğlu, N. E., Enginkaya, S., Bilgin, H., & Tomruk, N. (2016). The relationship between attachment styles and childhood trauma: A transgenerational perspective—a controlled study of patients with psychiatric disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 25(15), 2200-2209.
- Kuzminskaite, E., Penninx, B. W. J. H., van Harmelen, A.-L., Elzinga, B. M., Hovens, J. G. F. M., & Vinkers, C. H. (2021). Childhood trauma in adult depressive and anxiety disorders: An integrated review on psychological and biological mechanisms in the NESDA cohort. *Journal of Affective Disorders*, 283, 291-306.

- Kirschner, B., Goetzl, M., & Curtin, L. (2020). Mental health stigma among college students: Test of an interactive online intervention. *Journal of American College Health*.
- Latvijas Centrālās Statistikas Pārvaldes (2022) *Katra ceturtā sieviete un katrs piektais vīrietis ir saskāries ar vardarbību*
<https://stat.gov.lv/lv/statistikas-temas/iedzivotaji/noziegumi/preses-relizes/10924-vardarbi-bas-izplatibas-raditaji>
- Li, T., & Chan, D. K.-S. (2012). How anxious and avoidant attachment affect romantic relationship quality differently: A meta-analytic review. *European Journal of Social Psychology*, 42(4), 406–419.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621–1626.
- Luciano, A., & Meara, E. (2014, October). Employment status of people with mental illness: National survey data from 2009 and 2010. *Psychiatric Services*, 65(10), 1201-1209.
- Landreville, P., Lortie, A., Vasiliadis, H., Carmichael, P., Chrétien, S., Germain, L., & Guimond, L. (2023). P157: Stigma of anxiety and depression: a comparison between older and younger adults. *International Psychogeriatrics*
- Major, B., & o'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421.
- Medvedev, o. N., & Landhuis, C. E. (2018). *Exploring constructs of well-being, happiness, and quality of life*. Global Health
- National Alliance of Mental Illness (2021) *The Many Impacts of Self-Stigma*
<https://www.nami.org/recovery/the-many-impacts-of-self-stigma/>
- Onie, S., Kirana, A. C., Ibrahim, R., & others. (2021). *A sickness of the soul: An exploration into self and social stigma towards help seeking in Indonesia*. Psychology, Sociology
- Perrotta, G. (2020). *Psychological trauma: Definition, clinical contexts, neural correlations and therapeutic approaches: Recent discoveries*. Università Politecnica delle Marche.
- Petkus, A. J., Lenze, E. J., Butters, M. A., Twamley, E. W., & Loebach Wetherell, J. (2018). Childhood trauma is associated with poorer cognitive performance in older adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, 79(1), 16m11021

- Phyo, A. Z. Z., Freak-Poli, R., Craig, H., Gasevic, D., Stocks, N. P., Gonzalez-Chica, D. A., & Ryan, J. (2020). Quality of life and mortality in the general population: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 20, Article 1596.
- Penner-Goeke, K., Henriksen, C. A., Chateau, D., Latimer, E., Sareen, J., & Katz, L. Y. (2015). Reductions in quality of life associated with common mental disorders: Results from a nationally representative sample. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(11), e1436-e1441.
- Reinka, M. A., Pan-Weisz, B., Lawner, E. K., & Quinn, D. M. (2020). Cumulative consequences of stigma: Possessing multiple concealable stigmatized identities is associated with worse quality of life. *Journal of Applied Social Psychology*, 50(4), 253–261.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2020). *Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma*. Cambridge University Press. Advance online publication.
- Samari, E., Teh, W. L., Roystonn, K., & Devi, F. (2022). Perceived mental illness stigma among family and friends of young people with depression and its role in help-seeking: A qualitative inquiry. *BMC Psychiatry*, 22(1), 107.
- Setién-Suero, E., Suárez-Pinilla, P., Ferro, A., Tabarés-Seisdedos, R., Crespo-Facorro, B., & Ayesa-Arriola, R. (2020). Childhood trauma and substance use underlying psychosis: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1748342.
- Serafini, G., Conigliaro, C., Pittaluga, F., Pompili, M., Girardi, P., & Amore, M. (2017). Childhood traumatic experiences and coping strategies: Correlations with quality of life. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(4), 306-310.
- Shrivastava, A., Johnston, M., & Bureau, Y. (2012). Stigma of mental illness-1: Clinical reflections. *Mens Sana Monographs*, 10(1), 70–84.
- Sugaya, L., Hasin, D. S., Wolfson, M., Lin, K.-H., Grant, B. F., & Blanco, C. (2012). Child physical abuse and adult mental health: A national study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(4), 405-417.
- Turki, M., Gargouri, N., Abdellatif, M., Ellouze, S., Abidi, O., Halouani, N., & Aloulou, J. (2022). Borderline personality disorder and childhood trauma: What relationship? *European Psychiatry*, 65(Suppl 1), S374
- Teoli, D., & Bhardwaj, A. (2025). *Quality of life*

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30725647/>

- Topkaya, N. (2014). Gender, self-stigma, and public stigma in predicting attitudes toward psychological help-seeking. *Kuram Ve Uygulamada Egitim Bilimleri*, 14(2), 480-487.
- Veselības Ministrija. (2020). "Viss ir norm.a".
- Waqas, A., Malik, S., Fida, A., Abbas, N., Mian, N., Miryala, S., Amray, A. N., Shah, Z., & Naveed, S. (2020). Interventions to reduce stigma related to mental illnesses in educational institutes: A systematic review. *Psychiatric Quarterly*, 91(3), 737-755.
- Wan, C. (2024). Self-Stigma and Quality of Life in Patients With Depressive Disorder in Psychiatric Outpatient Setting. *BJPsych Open*.
- World Health Organisation (2023) Depression
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organisation (2017) "Depression: let's talk" says WHO, as depression tops list of causes of ill health
<https://www.who.int/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
- World Health Organisation (2023) Anxiety disorders
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- World Health Organisation (2022)
- Wolfensberger, W. (1994). Let's hang up "quality of life" as a hopeless term. In D. A. Goode (Ed.), *Quality of life for persons with disabilities: International perspectives and issues* (pp. 285–321). *Brookline Books*.
- Woodgate, R. L., Tailor, K., Tennent, P., Wener, P., & Altman, G. (2020). The experience of the self in Canadian youth living with anxiety: A qualitative study. *PLoS ONE*, 15(1), e0228193.
- Wright, E. R., Gronfein, W. P., & Owens, T. J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(1), 68–90.
- Yokoya, S., Maeno, T., Sakamoto, N., Goto, R., & Maeno, T. (2018, March). A brief survey of public knowledge and stigma towards depression. *Clinical Medicine Research*, 10(3), 202-209.

Yee, T., Ceballos, P. L., & Lawless, A. (2020). Help-seeking attitudes of Chinese Americans and Chinese immigrants in the United States: The mediating role of self-stigma. *Asian American Journal of Psychology*.

Bakalaura darbs “Pārdzīvotās traumātiskās pieredzes bērībā saistība ar palīdzības meklēšanas stigmatizāciju un dzīves kvalitāti pieaugušā vecumā” izstrādāts LU Izglītības zinātņu un Psiholoģijas fakultātē.

Ar savu parakstu apliecinu, ka pētījums veikts patstāvīgi, izmantoti tikai tajā norādītie informācijas avoti un iesniegtā darba elektroniskā kopija atbilst izdrukai.

Autors: Aleksandra Molohovska

Rekomendēju darbu aizstāvēšanai

Vadītāja: docente Dr. psych. Alla Plaude-Demidova 13.01.2025.

Recenzents: docente Dr. psych. Laura Pirsko

Darbs iesniegts Psiholoģijas nodaļā 13.01.2025.

Dekāna pilnvarotā persona: metodiķe Zane Krezevska

Darbs aizstāvēts bakalaura gala pārbaudījuma komisijas sēdē

23.01.2025. prot. Nr.

Komisijas sekretāre: docente Dr. psych. Alla Plaude-Demidova