



Janusz Kirenko

NIEKTÓRE  
UWARUNKOWANIA  
PSYCHOSPOŁECZNEGO  
FUNKCJONOWANIA OSÓB  
Z USZKODZENIEM  
RDZENIA KRĘGOWEGO



NIEKTÓRE  
UWARUNKOWANIA  
PSYCHOSPOŁECZNEGO  
FUNKCJONOWANIA  
OSÓB Z USZKODZENIEM  
RDZENIA KRĘGOWEGO



Janusz Kirenko

NIEKTÓRE  
UWARUNKOWANIA  
PSYCHOSPOŁECZNEGO  
FUNKCJONOWANIA  
OSÓB Z USZKODZENIEM  
RDZENIA KRĘGOWEGO

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Biblioteka Główna UMCS</b> |  |
| <b>845525</b>                 |  |
|                               |  |



1011224590

K. 520

Recenzenci

Prof. dr hab. Tadeusz Gałkowski

Prof. dr hab. Jerzy Grossman

Redaktor

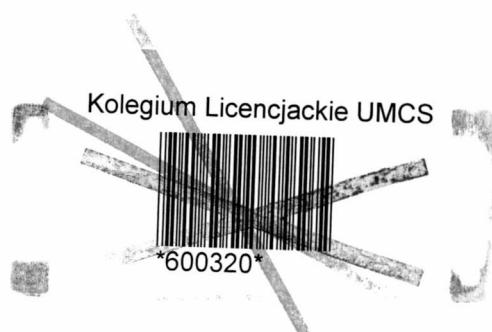
Lucyna Sobolczyk

Redaktor techniczny

Barbara Chojna

Projekt okładki i stron tytułowych

Andrzej Mazuś



Publikacja dotowana przez Komitet Badań Naukowych

© Copyright by

Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej

ISBN 83-227-0734-7

WYDAWNICTWO

UNIwersytetu Marii Curie-SKŁODOWSKIEJ

Pl. Marii Curie-Skłodowskiej 5, 20-031 Lublin

Tel. (0-81)37-53-04, fax 37-53-02

Biblioteka

UMCS

Lublin

D, 4725/2016/3  
15.10.16

12,5

## Spis treści

|   |     |
|---|-----|
| Wstęp .....   | 7   |
| <b>C z ę ś ć   p i e r w s z a</b>  |     |
| <b>Fizjologiczne i psychospołeczne funkcjonowanie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego</b>           |     |
| Rozdział I  |     |
| Patofizjologia uszkodzenia rdzenia kręgowego i fizyczne usprawnianie osób z tetra- i paraplegią ..... | 11  |
| Rozdział II   |     |
| Psychologiczne i społeczne problemy rehabilitacji osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego .....         | 23  |
| Rozdział III  |     |
| Czynniki warunkujące psychospołeczne przystosowanie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego .....       | 43  |
| 1. Wpływ osobowości przedurazowej na przystosowanie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego .....       | 51  |
| 2. Styl życia a psychospołeczne przystosowanie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego .....            | 59  |
| <b>C z ę ś ć   d r u g a</b>  |     |
| <b>Badania własne</b>   |     |
| Rozdział IV   |     |
| Fizjologiczne i czynnościowe następstwa uszkodzenia rdzenia kręgowego u badanych osób .....           | 69  |
| 1. Charakterystyka urazowego uszkodzenia rdzenia kręgowego .....                                      | 75  |
| 2. Medycycko-zdrowotne skutki uszkodzenia rdzenia kręgowego .....                                     | 83  |
| 3. Locomocyjno-czynnościowe funkcjonowanie osób z paraplegią .....                                    | 91  |
| 4. Formy zagospodarowania czasu w ciągu dnia: w łóżku, na wózku, podczas chodzenia w aparatach .....  | 102 |

## Rozdział V

|   |     |
|---|-----|
| Społeczne konsekwencje uszkodzenia rdzenia kregowego<br>u badanych osóh | 109 |
| 1. Środowisko rodzinne  | 111 |
| 2. Sytuacja socjalna  | 119 |
| 3. Życie towarzyskie  | 128 |
| 4. Sytuacja zawodowa  | 139 |
| 5. Sytuacja społeczna   | 145 |

## Rozdział VI

|  |     |
|--|-----|
| Uwarunkowania psychospołecznego przystosowania badanych osóh<br>z uszkodzeniem rdzenia kregowego | 155 |
| 1. Płeć  | 157 |
| 2. Wiek badanych   | 165 |
| 3. Pochodzenie społeczne   | 173 |
| 4. Stan cywilny  | 180 |
| 5. Miejsce zamieszkania  | 187 |
| 6. Wykształcenie   | 193 |
| 7. Czas trwania inwalidztwa  | 201 |
| 8. Źródła utrzymania   | 208 |
| 9. Stopień sprawności lokomocyjno-czynnościowej  | 217 |
| Uwagi końcowe  | 227 |
| Literatura   | 231 |



## WSTĘP

We współczesnym świecie istnieje wiele zagrożeń dla życia i zdrowia człowieka. Z roku na rok wzrasta liczba wypadków, w tym także urazów rdzenia kręgowego.

Każdy uraz w większym lub mniejszym stopniu upośledza sprawność, a wynik leczenia – mimo ogromnego rozwoju medycyny rekonstrukcyjnej – nie zawsze daje możliwości pełnego powrotu do poprzedniego stanu sprawności i zdrowia. Leczenie i usprawnianie oraz szeroko rozumiane przygotowanie do aktywnego udziału w życiu społecznym osób z trwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego, zwanych potocznie „paraplegikami” lub „tetraplegikami”, wymaga uwzględnienia ponownego ich przystosowania psychicznego i społecznego, jako że ten aspekt funkcjonowania osób dotkniętych poprzecznym paraliżem ma istotny wpływ zarówno na rozwój ich osobowości i przystosowania społecznego, jak i na planowane oraz podejmowane programy rehabilitacyjne, czego ostatnio wybitnym przykładem jest działalność samopomocowych grup „aktywnej” rehabilitacji.

Stanowisko badaczy w tej kwestii (N. Cohn, T. Dembo, S. Fink, M. Gunther, H. Heflich-Piątkowska, A. Hulek, H. Larkowa, G. Leviton, F. Shontz, B. Wright i in.) jest jednoznaczne. Zanim dojdzie do akceptacji kalectwa na zasadzie straty i uznania niepełnosprawności za jedną z wielu ważnych, aczkolwiek nie najważniejszych swoich cech, nim pojawi się człowiek potrafiący żyć z ograniczeniami wynikającymi z faktu nieodwracalności uszkodzenia rdzenia kręgowego, stawiający sobie wartościowe cele i zadania, musi dojść do wielu przeobrażeń i zmian u osoby dotkniętej urazem i w jej otoczeniu, w wyniku których ma szansę powstać nowa rzeczywistość, bogatsza w jeszcze jedno doświadczenie życiowe.

Szeroka jest lista problemów, które należy rozwiązać, aby życie „człowieka rdzeniowego” było wartościowe i godne. Nie sposób jej w całości przedstawić. Proces rehabilitacji bowiem to nie tylko fizyczne, psychiczne i społeczne usprawnienie osoby niepełnosprawnej, ale w równym stopniu psycho-

społeczne i fizyczne przygotowanie otoczenia na przyjęcie tej osoby. Stąd owe dążenie do poznania uwarunkowań funkcjonowania osób z pourazowym (niekiedy bardzo ciężkim) inwalidztwem narządu ruchu.

Poruszona w tej pracy problematyka niektórych uwarunkowań funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, jako kontynuacja i uzupełnienie – w aspekcie wykonanych badań – pierwszej mojej pracy z tego zakresu (*Psychospołeczne przystosowanie osób z paraplegią*, Wyd. UMCS, Lublin 1991), została ujęta w sześciu rozdziałach, z których trzy pierwsze (część pierwsza) mają charakter teoretyczny, natomiast trzy pozostałe (część druga) są prezentacją przeprowadzonych badań.

Część pierwsza zawiera charakterystykę skutków urazowego uszkodzenia rdzenia kręgowego. Rozpatrywane są one pod kątem fizjologicznych, psychologicznych oraz społecznych następstw i stanowią swego rodzaju odniesienie – w teoretycznej konstrukcji zaplanowanych badań – do bio-psycho-społecznych ujęć procesu przystosowania. Dokonano tu również analizy teoretycznej niektórych czynników demograficzno-zdrowotno-społecznych, warunkujących poziom psychospołecznego przystosowania osób z trwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego. W uzupełnieniu tych analiz (uwarunkowań) przedstawiono wyniki badań, prowadzonych pod moim kierunkiem w ramach seminarium magisterskiego, dotyczących m. in. „udziału” osobowości przedurazowej i stylów życia w procesie przystosowania inwalidów narządu ruchu, ze szczególnym uwzględnieniem osób z para- i tetraplegią.

Część druga stanowi wnikliwą charakterystykę badanej grupy osób z paraplegią, dokonaną z punktu widzenia określanych przez nią sytuacji: medyczno-zdrowotnej i sprawnościowej (lokomocyjno-czynnościowej), co w konsekwencji należy odnieść do fizycznego aspektu funkcjonowania grupy oraz sytuacji rodzinnej, socjalnej, towarzyskiej, zawodowej i szeroko rozumianej społecznej, czyli opisowej oceny społecznego funkcjonowania badanych osób. Otrzymane współzależności pomiędzy poziomami społecznego i osobistego przystosowania (samoakceptacji) a określonymi zmiennymi niezależnymi, takimi jak: płeć, wiek, pochodzenie społeczne, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, czas trwania inwalidztwa, źródło utrzymania oraz stopień sprawności lokomocyjno-czynnościowej są przedmiotem analizy ostatniego rozdziału, czyli szóstego.

Książka adresowana jest do wszystkich zainteresowanych problematyką rehabilitacji osób niepełnosprawnych ruchowo.

Część pierwsza

FIZJOLOGICZNE I PSYCHOSPOŁECZNE  
FUNKCJONOWANIE OSÓB Z USZKODZENIEM  
RDZENIA KRĘGOWEGO



## Rozdział I

# PATOFIZJOLOGIA USZKODZENIA RDZENIA KRĘGOWEGO I FIZYCZNE USPRAWNIANIE OSÓB Z TETRA- I PARAPLEGIĄ

Rdzeń kręgowy, jako część ośrodkowego układu nerwowego, zbudowany jest z komórek i włókien nerwowych. Odchodzi od niego 31 par nerwów rdzeniowych. Rozciąga się on od rdzenia przedłużonego, będącego dolną częścią mózgowia, do wysokości I-II kręgu lędźwiowego w postaci stożka rdzeniowego, przechodzącego w nić końcową. Długość jego, bez nici końcowej, wynosi przeciętnie 40–45 cm, grubość natomiast waha się w granicach 8–12(14) mm. Budowa wewnętrzna rdzenia podobna jest do budowy mózgu. W jej skład wchodzi istota szara i biała, co w przekroju poprzecznym jest szczególnie widoczne. Istota szara leży wewnątrz białej i kształtem przypomina motyla lub zarys litery H. Jej części położone od przodu to tzw. rogi przednie, zawierające komórki ruchowe, zaś części od tyłu to rogi tylne, z komórkami czuciowymi. Istnieją jeszcze rogi boczne, znajdujące się jedynie w odcinku piersiowym rdzenia, zawierające komórki wegetatywne. Od rogów przednich odchodzą korzenie przednie nerwów rdzeniowych, przewodzące włókna ruchowe, natomiast od rogów tylnych korzenie tylne, które przewodzą włókna czuciowe. Korzenie te łączą się i tworzą tzw. nerw rdzeniowy, który po wyjściu z kanału kręgowego, krótkim przebiegu i wymieszaniu włókien ruchowych i czuciowych dzieli się na gałąź przednią, zwaną brzuszna i gałąź tylną – grzbietową. Obie te gałęzie mają włókna zarówno ruchowe, jak i czuciowe. Odcinek rdzenia kręgowego, łącząc się z korzeniami jednej pary nerwów rdzeniowych, nosi nazwę segmentu rdzenia lub neuromeru. Zgodnie z podaną wcześniej liczbą par nerwów rdzeniowych, segmentów takich jest w rdzeniu 31: 8 szyjnych, 12 piersiowych, 5 lędźwiowych, 5 krzyżowych i 1 guziczny. Tworzą one następujące części: szyjną (C<sub>1</sub>–C<sub>8</sub>), piersiową (Th<sub>1</sub>/D<sub>1</sub>–Th<sub>12</sub>/D<sub>12</sub>), lędźwiową (L<sub>1</sub>–L<sub>5</sub>), krzyżową (S<sub>1</sub>–S<sub>5</sub>) oraz guziczną.

Ochronę rdzenia, oprócz osłaniających go trzech błon zbudowanych z tkanki łącznej, zwanych oponami rdzeniowymi, stanowi kręgosłup, składający się z 33–34 kręgów: 8 szyjnych, 12 piersiowych, 5 lędźwiowych, 5 krzyżowych i 4–5 guzicznych (ogonowych). Z tym, że przy każdym z pierwszych (licząc od



kręgów szyjnych w dół) 31 kręgów, dwa lub trzy ostatnie kręgi guziczne nie odgrywają żadnej roli, jedna para nerwów rdzeniowych opuszcza rdzeń kręgowy i przechodzi przez otwory międzykręgowe do mięśni i głównych nerwów łączących się z nimi, ponieważ układ neuromerów jest taki, że są one dopasowane tylko do tych kręgów, przez które przechodzą. W kanale kręgowym, na zewnątrz rdzenia, znajdują się ponadto: płyn rdzeniowo-mózgowy, wiotka tkanka łączna i tłuszczowa oraz sploty żyłne. Spełniają one istotną rolę w funkcjonowaniu rdzenia kręgowego.

Zadania, jakie rdzeń kręgowy pełni w organizmie, są bardzo ważne i różniczne. Otrzymuje on z receptorów impulsy czuciowe i wysyła do narządów wykonawczych impulsy ruchowe. Otrzymuje też informacje z ośrodków mózgowych i do nich też odpowiednie informacje przekazuje. Może on również samodzielnie organizować niektóre czynności, zwane odruchami rdzeniowymi. Odpowiada także za wykonywanie ruchów dowolnych. Dlatego też wszelkie nieprawidłowości w jego normalnym funkcjonowaniu są przy-

czyną poważnych konsekwencji pod postacią ciężkich zaburzeń obwodowych zarówno funkcjonalnych, jak i morfologicznych.

W rozmaitych urazach kręgosłupa [rozdziela się – według K. Milano-wskiej (1981; por. Haftek, 1986; Kiwerski, 1993) – złamania kręgosłupa bez objawów neurologicznych, gdy nie dochodzi do zmian i ucisku rdzenia, oraz złamania z porażeniami i niedowładami w przypadkach uszkodzenia rdzenia], dotyczących przede wszystkim odcinków charakteryzujących się dużą ruchomością fizjologiczną (odcinek szyjny i lędźwiowy), niezależnie od uszkodzenia części kostnych i aparatu więzadłowego, może nastąpić cięższe lub lżejsze uszkodzenie rdzenia kręgowego (Prusiński, 1983; Szulc, 1983). S. Fiałkowski (1971; por. Weiss, 1974a; Głuch, 1981) podaje, że tylko 10–15% (według R. Reggina i J. Krausa – 14%; za: Głuch, 1981) złamań kręgosłupa powikłanych jest uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Wydaje się jednak, że jest to tylko stan wyjściowy, ponieważ – jak twierdzą E. Gadula i A. Franek (1986; por. Weiss, 1974; Haftek, 1986; Kiwerski, 1993) – u części chorych pierwotne uszkodzenia są stosunkowo niewielkie i dopiero błędy w postępowaniu, szczególnie na miejscu wypadku i podczas transportu, oraz brak specjalistycznej opieki w szpitalach rejonowych – prowadzą do poważnych uszkodzeń wtórnych, zwiększając tym samym odsetek chorych zagrożonych uszkodzeniem rdzenia (w 17% uszkodzeń rdzenia).

Wyróżnia się kilka rodzajów uszkodzeń rdzenia kręgowego, w zależności od stopnia intensywności obrażeń. A. Prusiński (1983) wymienia następujące formy urazów: wstrząśnięcie rdzenia, jego obrzęk pourazowy, stłuczenie, ucisk rdzenia, krwiak śródrzeniowy oraz zmiążdżenie rdzenia. M. Weiss (1974a) mówi o: wstrząśnięciu, stłuczeniu i zranieniu rdzenia. A. Szulc (1983) zaś podaje: wstrząśnięcie, stłuczenie, zranienie, ucisk i całkowite przecięcie rdzenia. Natomiast według J. Haftka (1986), cztery podstawowe mechanizmy urazu rdzenia kręgowego to: wstrząśnięcie, stłuczenie, ucisk i uszkodzenie naczyń rdzenia.

Wstrząśnięcie rdzenia i jego obrzęk – zdaniem A. Prusińskiego (1983; por. Haftek, 1986) – charakteryzują się tymi samymi cechami klinicznymi, objawiającymi się, według A. Szulca (1983), częściową lub całkowitą, ale zawsze odwracalną utratą czynności rdzenia poniżej poziomu uszkodzenia na okres kilkunastu godzin lub kilku dni. Stłuczenie rdzenia zaś jest następstwem średnio ciężkiego urazu (Szulc, 1983; por. Haftek, 1986), związanego ze zniszczeniem tkanki rdzeniowej (Prusiński, 1983), z równoczesnym uszkodzeniem naczyń krwionośnych (Szulc, 1983), przez bezpośrednie działanie odłamów kostnych. Poważniejsze uszkodzenie rdzenia przez odłamki kostne lub ciała obce nosi miano zranienia rdzenia. W obu jednak przypadkach rokowania są niepewne i zazwyczaj, jak podaje A. Prusiński (1983), w ich wyniku pozostają trwałe zmiany.



Kolejną formą urazu rdzenia jest ucisk, stanowiący powikłanie spowodowane przemieszczeniami kostnymi w złamaniach kręgosłupa. Zdaniem J. Kucha (1989), częściej przyczyną uszkodzeń nie jest mechaniczne zniszczenie rdzenia, lecz krócej lub dłużej trwający ucisk rdzenia o różnym stopniu napięcia, co może doprowadzić do uszkodzenia naczyń krwionośnych i wynaczynienia śródrdzeniowego oraz wspomnianych zaburzeń w ukrwieniu. Ucisk często bywa spotęgowany przez: krwotok rdzenia, krwawienie zewnątrzrdzeniowe oraz towarzyszące obrzęki rdzenia, powodujące fizjologiczne przerwanie czynności rdzenia (Szulc, 1983; zob. Haftek, 1986). Dochodzi tutaj do upośledzenia drożności naczyń rdzeniowych, dających w konsekwencji obrzęk, którego długie utrzymywanie się i występujące niedokrwienie może być przyczyną zmian martwiczych rdzenia (Chromiec, 1983). Te zmiany z kolei powodują, w wyniku uszkodzenia komórek ruchomych rogów przednich, nieodwracalne zaniki mięśniowe i niedowłady. Szybkie jednak odbarczenie rdzenia i uwolnienie go od ucisku, jak i oczyszczenie kanału kręgowego, może spowodować cofnięcie się obrzęku rdzenia, a tym samym jego skutków. Możliwości takiej natomiast nie daje sytuacja, w której dochodzi do zmiążdżenia rdzenia lub całkowitego jego przecięcia, ponieważ zmiany, jakie w konsekwencji tu zachodzą, są zazwyczaj nieodwracalne (Jakimowicz, 1981; Chromiec, 1983; Prusiński, 1983; Szulc, 1983; Weiss, 1983; Haftek, 1986; Kiwerski, 1993). Pierwotne objawy poznaje się po wiotkich porażeniach poniżej miejsca uszkodzenia, zatrzymaniu moczu, stolca oraz niemal stałym wzwodzie prącia u mężczyzn (Szulc, 1983).



Jak widać, istnieje wiele rodzajów uszkodzeń rdzenia kręgowego. Ogólnie jednak sprowadzają się one do dwóch podstawowych (Chromiec, 1983; por. Makowski, 1971; Weiss, 1974a; Haftek, 1986; Kiwerski, 1993) uszkodzeń całkowitych i częściowych, od których to, jak się powszechnie sądzi, zależą



możliwości funkcjonalne chorego. Możliwości funkcjonalne chorego zależą również – według J. Makowskiego (1971) – od stopnia uszkodzenia korzonków nerwowych, ale przede wszystkim od wysokości uszkodzenia segmentu rdzenia. Dlatego przyjmuje się (zob. Weiss, 1983; Chromiec, 1983; i inni), że najcięższe przypadki dotyczą uszkodzeń części szyjnej, a w niej wysokości C<sub>1</sub>–C<sub>5</sub>, na której to występuje upośledzenie czynności oddychania. Zdaniem W. Brühl i R. Brzozowskiego (1990) może to doprowadzić do zgonu chorego. Zasadą jest więc, że im niższy poziom uszkodzenia rdzenia, tym mniejsza rozległość porażen i związane z tym większe możliwości funkcjonalne.

W przypadkach całkowitego uszkodzenia rdzenia stwierdza się u chorych brak czucia powierzchniowego i głębokiego (dotyku, bólu, temperatury, ułożenia) oraz funkcji dowolnych mięśni na tych poziomach, na których uległy zniszczeniu segmenty rdzeniowe oraz poniższe (Kiwerski, 1993). Jak podaje E. Chromiec (1983), pacjenci z całkowicie uszkodzonym rdzeniem w części szyjnej mają zachowaną funkcję dowolną jedynie mięśni twarzy, szyi i niektórych mięśni kończyn górnych. Z mięśni oddechowych zachowana jest

tylko funkcja przepony, jakkolwiek i ona jest bardzo utrudniona z powodu braku czynności dowolnych mięśni odpowiedzialnych za proces oddychania.

Uszkodzenie w odcinku szyjnym rdzenia kręgowego nazywane jest tetraplegią (lub quadriplegią). Jest to zespół porażenia cztero kończynowego, charakteryzującego się całkowitym brakiem ruchów czynnych kończyn górnych i dolnych oraz porażeniem mięśni tułowia (uszkodzenie lub zamknięcie ruchowej i czuciowej funkcji w segmentach szyjnych rdzenia kręgowego z powodu zniszczenia elementów nerwowych w kanale kręgowym, objawiające się porażeniem kończyn górnych, dolnych, tułowia i narządów miednicy – za: Ditunno, Chairman 1992; por. Makowski, 1971; Ferguson-Gregory, 1976; Gałkowski, Kiwerski, 1986).

Natomiast przy uszkodzeniach całkowitych rdzenia w części piersiowej zachowana zostaje w pełni funkcja dowolna mięśni kończyn górnych, klatki piersiowej oraz tułowia, ale tylko tej jego części, którą unerwiają segmenty rdzenia znajdujące się powyżej uszkodzenia. Stan taki nosi miano paraplegii. Jest to zespół symetrycznego porażenia dwukończynowego (uszkodzenie lub zanik funkcji ruchowej i czuciowej w segmentach piersiowych, lędźwiowych i krzyżowych rdzenia kręgowego, będące następstwem zniszczenia elementów nerwowych w kanale kręgowym, powodujące porażenie kończyn dolnych, tułowia i narządów miednicy – za: Ditunno, Chairman, 1992; por. Makowski, 1971, Ferguson-Gregory, 1976; Gałkowski, Kiwerski, 1986).

U chorych zaś z uszkodzeniem rdzenia w części lędźwiowej obserwuje się jedynie porażenie mięśni obręczy kończyny dolnej i kończyn dolnych, natomiast pozostałe funkcje mięśni są zachowane, stanowiąc tym samym bazę do usprawniania funkcjonalnego (Chromiec, 1983).

Charakter uszkodzeń częściowych rdzenia jest bardziej zróżnicowany i daje wiele różnorodnych zjawisk, w związku z niejednorodnym obrazem upośledzenia funkcji neurologicznych, uzależnionych od wysokości uszkodzonego segmentu rdzenia oraz od głębokości i rozległości tego uszkodzenia. Stąd w klasyfikacji uszkodzeń częściowych rdzenia wyróżnia się następujące grupy (Chromiec, 1983):

- częściowe z zachowanym, lecz zaburzonym czuciem głębokim i pełnym porażeniem ruchowym;
- częściowe z zaburzeniami czucia i śladową funkcją dowolną mięśni;
- częściowe z niewielkiego stopnia zaburzeniami czucia i różnego stopnia niedowładami mięśni (por. Haftek i in., 1986; Kuch, 1989; Kiwerski, 1993).

Klasyfikacja ta jest identyczna z podziałem rozpowszechnionym w piśmiennictwie światowym przez H. Frankela i in. (za: Kiwerski, 1993).

Podział ten jest bardzo ogólny, stąd częściej stosuje się w praktyce wyróżnik poszczególnych zespołów neurologicznych – „charakterystycznych

zespołów częściowego uszkodzenia rdzenia” (Kiwerski, 1993, s. 45) – jakie obserwuje się na podstawie podobieństwa występowania pewnych cech szczególnych, a mianowicie: stłuczenie rdzenia, wstrząśnięcie rdzenia (zob. Prusiński, 1983; Szulc, 1983), zespół centralny, zespół tętnicy przedniej (zob. Chromiec, 1983) oraz zespół Brown-Sequarda (zob. Jakimowicz, 1981; Chromiec, 1983; Szulc, 1983; Kiwerski, 1993). Oczywiście, nie sposób pominąć tutaj kryterium poziomu uszkodzenia, na jakim doszło do częściowego zniszczenia segmentu rdzenia, który – tak jak w przypadku uszkodzeń całkowitych – jest bardzo ważnym wyznacznikiem charakteru zaburzeń neurologicznych, jakkolwiek związany z istotą wyszczególnionych tu zespołów.

W uszkodzonych komórkach nerwowych zjawisko regeneracji nie występuje, a wszelkie próby zespolenia na powrót przerwanego rdzenia kończyły się niepowodzeniem. Próbowali tego dokonać S. Stauffer, F. Goodman i V. Nickel (za: Daab, 1981), a jeszcze wcześniej R. Harte i F. Stewart (za: Daab, 1981), lecz okazało się to niemożliwe, gdyż jak zauważyli R. Goodkin, G. Budzilovich i J. Campbell (za: Daab, 1981) – na podstawie histologicznych badań miejsca zespolenia rdzenia – występujący w takich przypadkach rozplam tkanki łącznej powoduje oddzielenie się zszytych końców rdzenia. Przyczyną było może również to, że nie znaleziono w pooperacyjnej bliźnie komórek nerwowych, a jedynie wypustki zębate astrocytów i komórki glikowe. Stąd wniosek może być tylko jeden: od całkowitego uszkodzenia rdzenia kręgowego odwrotu nie ma (Głuch, 1981).

Omawiając następstwa uszkodzenia rdzenia kręgowego, w zależności od jego wysokości i rodzajów zespołów, rzeczą ważną wydaje się chociażby zasygnalizowanie – szczegółowe charakterystyki znajdują się w ogólnodostępnych podręcznikach i opracowaniach medycznych (zob. Dega, Milanowska, 1983; Dega, 1983; Weiss, Zembaty, 1983; Haftek, 1986; Kuch, 1989; Kiwerski, 1993; i inne) – występowania poszczególnych stanów klinicznych, jakie pojawiają się w przebiegu uszkodzenia rdzenia, ze względu na zmieniającą się w nich patologię. W konsekwencji rzutuje to na stan medyczny i psychiczny oraz społeczny chorego, a tym samym na jego późniejsze przystosowanie bądź nieprzystosowanie do życia w zmienionych warunkach. Poprzestańmy zatem tutaj, nie wchodząc w obszar zarezerwowany dla nauk medycznych, jedynie na prezentacji typologii M. Weissa (1974), który w przebiegu uszkodzenia rdzenia kręgowego wyróżnił pięć stanów klinicznych następujących po sobie. Są to stany: ostry, kompensacyjno-regeneracyjny, utrwalających się zaburzeń neurologicznych, utrwalonych uszkodzeń neurologicznych oraz przewlekły „człowieka rdzeniowego”.

M. Weiss (1983) wyodrębnił również trzy okresy rehabilitacji leczniczej chorych z uszkodzonym rdzeniem kręgowym – podobnie uczynił E. Chromiec (1983) w odniesieniu do kinezioterapii – odpowiadających w pewnym



zakresie przedstawionym przez niego 2–3 pierwszym etapom klinicznym urazu, zawierając w nich szereg istotnych wskazówek i zasad postępowania.

I tak, w okresie I, obejmującym pierwsze 3 tygodnie od nabycia urazu, chory podlega unieruchomieniu w pozycji leżącej w łóżku szpitalnym. Obowiązują tutaj następujące zasady postępowania: leczenie ogólne, zapobieganie odleżynom, postępowanie urologiczne, zabezpieczenie wydalania kału, postępowanie miejscowe, leczenie usprawniające, profilaktyka i pomoce techniczne.

J. Kiwerski (1988; por. 1993; 1994) i J. Haftek (1994), reprezentujący nowoczesne podejście w leczeniu i usprawnianiu tego rodzaju schorzeń, twierdzą, że urazy rdzenia kręgowego wymagają „kompleksowego, wieloaspektowego postępowania” (Kiwerski, 1993, s. 8), są „problemem multidyscyplinarnym” (Haftek, 1994, s. 102), stąd – według J. Kiwerskiego (1993) – należy w tym okresie (wczesny okres pourazowy) pamiętać zarówno o zapewnieniu stabilności kręgosłupa, przywróceniu prawidłowego kształtu kanału kręgowego, maksymalnym ograniczeniu pourazowych zmian w rdzeniu, jak również o zapewnieniu właściwej pielęgnacji, profilaktyce przeciwoleżynowej, zapobieganiu powikłaniom płucnym, moczowym i wielu innym aspektom tego problemu leczniczego. Wiele kontrowersji budzą tutaj – zdaniem J. Kiwerskiego (1993) i J. Haftka (1986; 1994) – poglądy wśród lekarzy specjalistów na leczenie tej grupy chorych: zachowawcze lub operacyjne. I jest to, jak sądzi J. Kiwerski (1993), rzecz oczywista, natomiast dyskusji takich – według autora – nie podejmuje się wśród osób zajmujących się tym problemem w odniesieniu do konieczności stosowania ścisłego rygoru pielęgnacyjnego oraz postępowania usprawniającego (zob. Bedbrook, 1991).

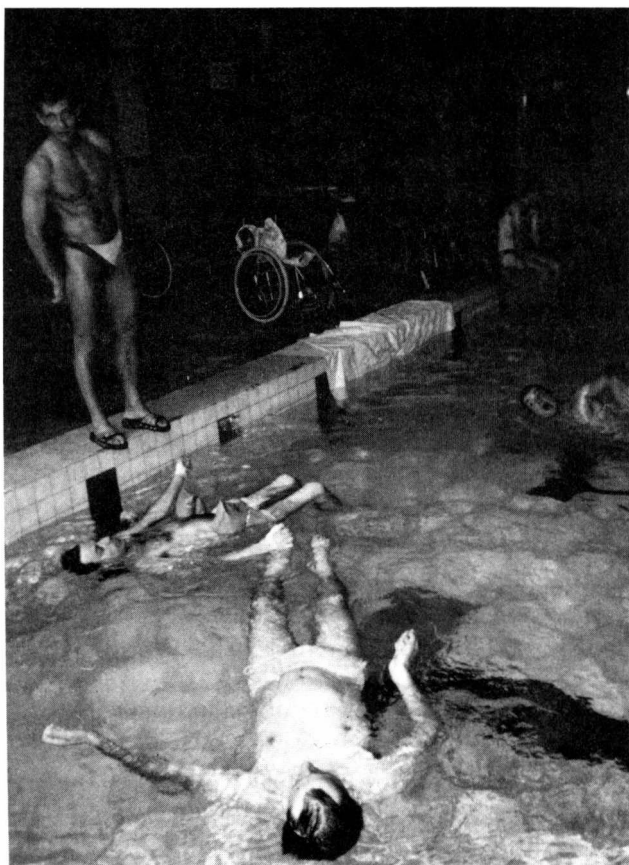
W okresie II, rozpoczynającym się od trzeciego tygodnia po uszkodzeniu rdzenia i sięgającym do 8. tygodnia, program leczenia jest bardziej zróżnicowany, w zależności od stopnia i wysokości urazu. Następuje intensyfikacja usprawniania ruchowego wraz z pionizacją oraz wprowadzaniem terapii zajęciowej, z uwzględnieniem oczywiście leczenia usprawniającego, rozpoczętego w okresie I. Dla E. Chromca (1983) okres ten trwa dłużej (II etap), obejmując wycinek czasu od momentu rozpoczęcia pionizacji chorego aż do chwili wypisania go ze szpitala, czyli odpowiada mniej więcej stanowi regeneracyjno-kompensacyjnemu. Według K. Milanowskiej (1983), w pierwszych miesiącach po doznaniu urazu ćwiczenia prowadzone powinny być przez lekarza i kinezyterapeutę. W późniejszym okresie chory może częściowo wykonywać ruchy bierne samodzielnie. Jeżeli ma na przykład częściowo sprawne kończyny górne – za pomocą taśm nałożonych na nie – może poruszać kończyny dolne. Możliwie szybko – zdaniem K. Milanowskiej (1983) – należy podejmować pionizację chorego na specjalnych łóżkach lub stołach pionizacyjnych. Ma to na celu utrzymanie sprawności układu krążeniowo-

oddechowego, ułatwia adaptację do wózka inwalidzkiego, co dla osób z niesprawnymi rękoma jest zadaniem bardzo trudnym.

Szczególnie wiele problemów stwarza usprawnianie osób z uszkodzeniami w odcinku szyjnym. Jak twierdzi J. Kuch (1989; por. Kiwerski, 1993), duże znaczenie w tym wypadku ma stosowanie terapii oddechowej. Ćwiczenia oddechowe mają za zadanie poprawić wentylację płuc poprzez kompensacyjne wykorzystanie – do czynności oddychania – mięśni klatki piersiowej, szyi i obręczy kończyn górnych. Istotne jest również stosowanie u tych osób ćwiczeń biernych porażonych czy niedowładnych kończyn. Ćwiczenia bierne bowiem zapewniają zachowanie pełnego zakresu ruchów w stawach, utrzymanie prawidłowego odżywiania powierzchni stawowych, ułatwiają odpływ krwi zalegającej w tkankach porażonych kończyn, co sprzyja wymianie gazowej i właściwemu odżywianiu tkanek, wpływają również na obniżenie spastycznego napięcia mięśniowego. Szczegółowe wskazówki kompleksowego postępowania z chorym po urazie rdzenia kręgowego, odwołujące się do najnowocześniejszych osiągnięć w tym zakresie, przedstawił J. Kiwerski (1993; 1994). Ujął je w trzech obszarach: zasady postępowania farmakologicznego, postępowanie pielęgnacyjne (por. Bedbrook, 1991) oraz wczesna rehabilitacja pourazowa. Tutaj pozostaje jedynie odesłać zainteresowanych do źródła.

Najbardziej istotny w całym programie rehabilitacji jest okres III, który – zdaniem M. Weissa (1983) – decyduje o przyszłych losach chorego. W okresie tym chory przechodzi z pozycji leżącej do siedzącej (w uszkodzeniach odcinka szyjnego), a jego usprawnienie obejmuje trening w samodzielnym utrzymaniu pozycji stojącej (w uszkodzeniach odcinka piersiowego i niższych) przy zastosowaniu właściwego wyposażenia ortopedyczno-rehabilitacyjnego, chodzenia w barierkach, treningu w padaniu i samodzielnym wstawaniu, jazdy na wózku inwalidzkim (również chorzy z uszkodzeniem odcinka szyjnego) oraz ciągłej dbałości o wzmacnianie kończyn górnych i pasa barkowego (por. Kiwerski, 1993; 1994). W tym czasie chory bierze także udział w terapii zajęciowej, uczy się wykonywać czynności codzienne, czyli nabywa tzw. umiejętności samoobsługowe, oraz zaopatruje się w sprzęt ortopedyczny (zob. Kiwerski, 1993; 1994; Bedbrook, 1991). Jest to bardzo ważne, gdyż – jak twierdzi M. Weiss (1983) – większość chorych z uszkodzeniem powyżej L<sub>1</sub> musi zaakceptować wózek na całe życie jako główny sposób pozwalający na samodzielne poruszanie się.

K. Milanowska (1983) uważa, że do głównych zadań leczenia usprawniającego chorych z uszkodzeniami rdzenia kręgowego należą: zapobieganie zniekształceniom i odleżynom, usprawnianie narządu ruchu, pionizacja i nauka chodzenia, przystosowanie do siedzenia w wózku i jazda na nim. Ochronę przed odleżynami uzyskuje się przez częstą zmianę pozycji ciała, przestrzeganie higieny, stosowanie odpowiednich poduszek i materacy prze-



ciwodleżynowych. W późniejszym okresie zaleca się unoszenie się co jakiś czas na wózku lub stanie w aparatach szynowo-opaskowych w ciągu dnia. Zniekształceniom zapobiega się przez codzienne ćwiczenia bierne. W zakres usprawniania narządu ruchu wchodzi też redukcja mięśni objętych porażeniem i niedowładem oraz ćwiczenia kondycyjne nie uszkodzonych odcinków ciała. Naukę chodzenia rozpoczyna się od czynnej pionizacji przy łóżku lub w barierkach. Chory przyzwyczajają się do czynnej pionizacji, uczy się regulować obciążenie kończyn, utrzymywać równowagę ciała i stawiać pierwsze kroki. Następnym etapem jest nauka chodzenia z pomocą kul (lasek) łokciowych; wymagana jest tutaj asekuracja chorego, aby czuł się pewnie i bezpiecznie. Podczas nauki posługiwania się wózkiem dąży się do opanowania samodzielnego przechodzenia z łóżka i innych sprzętów oraz urządzeń na wózek i z powrotem, przyswojenia techniki pokonywania krawężników, progów, schodów, podjazdów i wszelkich nierówności oraz umiejętności bezpiecznego upadania i samodzielnego ponownego wejścia z powrotem (por. Ki-

werski, 1993; 1994; Bedbrook, 1991). Niestety, nie wszystkie – jak twierdzi K. Milanowska (1983) – etapy usprawniania i nie wszystkie czynności są dostępne dla każdej osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Im niższy jest bowiem poziom uszkodzenia rdzenia i im mniejsze nasilenie zaburzeń neurologicznych, tym większe możliwości usprawniania chorego.

Prawidłowo przebiegająca rehabilitacja lecznicza, w ośrodkach właściwie przygotowanych, może zostać zakończona – zdaniem M. Weissa (1983) – w okresie od 3 do 6 miesięcy. Według J. Kiwerskiego (1993) średni czas leczenia wynosi nieco powyżej 11 tygodni. Pacjent zostaje wypisany do domu i w tym momencie rozpoczyna się ostatni okres, tzw. okres „człowieka rdzenio-wego”, który trwa przez całe życie, bez możliwości poprawy, ponieważ oprócz okresowych kontroli, stałej dbałości o stan swego zdrowia i permanentnych ćwiczeń ruchowych, medycyna na dzień dzisiejszy nie jest w stanie więcej mu pomóc. Chociaż coraz częściej – zdaniem G. Bedbrooka (1991) i J. Kiwerskiego (1993) – medycyna wkracza w obszary socjalne, rodzinne, zawodowe etc., określane mianem problemów życiowych.

Od kilku lat na świecie propaguje się wśród niepełnosprawnych, w szczególności osób z para- i tetraplegią, tzw. grupy aktywnej rehabilitacji czy inicjatywę Stołecznego Centrum Rehabilitacji STOCER w Konstancinie – trening czynności życia codziennego w warunkach naturalnych. Do Polski założenia takich grup dotarły ze Szwecji. Szwedzcy niepełnosprawni byli pierwszymi instruktorami polskich niepełnosprawnych, którzy mieli być kadrami nowo tworzonych u nas grup. Na specjalnie organizowanych obozach młodsi Szwedzi przekazywali swoje wiadomości i umiejętności. To, co zaprezentowali oni na jednym z pierwszych obozów tego typu w naszym kraju, przerosło nawet wyobrażenia wielu rodzimych specjalistów rehabilitantów. Nie było w tym jednak żadnego cudu, oni tylko mozolnie doskonalili swoje umiejętności poprzez właściwie zaprogramowany trening z wieloma elementami sportowymi, mając oczywiście do dyspozycji w tym względzie – co należy w szczególności podkreślić – doskonałą bazę kadrowo-sprzętową. O tym, że i nasi chorzy z uszkodzeniem rdzenia kręgowego potrafią osiągnąć podobne efekty, świadczą przykłady osób z tetraplegią, które już po jednym pobycie na obozie i rocznej pracy w warunkach domowych, często również po otrzymaniu niezbędnego sprzętu rehabilitacyjno-ortopedycznego, funkcjonują jako paraplegicy (Kirenko, 1991c). Ideą przewodnią ruchu jest prowadzenie działalności sportowej wśród osób niepełnosprawnych, aktywizowanie tego środowiska przez propagowanie sportu jako metody osiągnięcia hartu ciała i ducha, a także przekonania, iż można osiągnąć niezależność w życiu społecznym i zawodowym lub co najmniej zniwelować przeszkody i utrudnienia. Trzeba jednak zacząć przede wszystkim od siebie. W metodzie tej wykorzystuje się wzorce osobowe, dlatego niesłuchanie ważny jest wybór osób, które będą pełnić rolę kadry. One bowiem mają nieść

ideę do oddziałów szpitalnych, ośrodków rehabilitacyjnych oraz tworzyć nowe grupy niepełnosprawnych. Od nich zależy treść i wartość prowadzonych zajęć. W zajęciach grupowych biorą udział także osoby pełnosprawne, które już od pierwszych zajęć są zapoznawane z techniką jazdy na wózku i udzielania pomocy, aby umiały wspierać swoich podopiecznych, gdy jest to niezbędne.



## Rozdział II

### PSYCHOLOGICZNE I SPOŁECZNE PROBLEMY REHABILITACJI OSÓB Z USZKODZENIEM RDZENIA KRĘGOWEGO

Niezdolność do normalnego chodzenia, poruszania się, przebywanie głównie na wózku inwalidzkim, zniesienie wszystkich rodzajów czucia, porażenie zwieraczy z bezwiednym oddawaniem moczu i kału, zaburzenie sprawności seksualnej – to podstawowe komplikacje wynikające z zahamowania czynności rdzenia kręgowego na skutek odcięcia bodźców proprioceptywnych. Są one niewątpliwie powodem pojawiania się określonych zaburzeń psychicznych, a niekiedy psychopatologicznych pod postacią m. in. stanów napięcia lękowego, zaburzeń psychosomatycznych, zaburzeń nerwowych, stanów depresyjnych i stanów psychotycznych (Heflich-Piątkowska, Walicka, 1975), które niesłuchanie mocno obciążają i wyczerpują strukturę osobowości tych osób (Kirenko, 1986).

Badacze w niewielkim tylko stopniu zgadzają się co do rodzaju i pomiaru psychologicznych reakcji związanych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego oraz wyodrębnienia i charakterystyki występujących podczas tego stanu fazstadiów (Kirenko, 1984). Nie wiadomo dokładnie, w którym momencie takie reakcje, jak: wrogość, gniew, depresja, nadmierna zależność i akceptacja zachynają się, jak długo trwają i kiedy się kończą. W piśmiennictwie z tego zakresu można znaleźć kilka potwierdzeń istnienia na przykład wyraźnej i pozytywnej zależności pomiędzy stopniem uszkodzenia rdzenia kręgowego a emocjonalną reakcją na ten stan, a także potwierdzenie faktu, że stopień kalectwa „odpowiedzialny” jest za liczbę nieadekwatnych reakcji psychologicznych. Warto również zwrócić uwagę na fakt, iż towarzyszące bardzo często para- lub tetraplegii odleżyny, zakażenia oraz inne bolesne dolegliwości mogą przyspieszać wystąpienie niektórych reakcji, a przez to zmieniać ich znaczenie w różnych okresach po urazie. Znajomość jednak mechanizmów wy-

stępowania i działania psychologicznych reakcji jest – mimo wszystko – bardzo ważna, ponieważ ich nieprawidłowe rozszerzanie się wpływa na nieprawidłowe przystosowanie (Kirenko, 1986).

D. McEver (1972), dokonując przeglądu literatury z tego zakresu stwierdził, że istnieje teoretyczny model, który prezentuje człowiek uczący się walczyć z kryzysami. Model ten składa się z czterech faz: szoku, obronnej ucieczki, uznania i adaptacji. I tak, faza pierwsza zaczyna się w punkcie odczucia niebezpieczeństwa, a więc wtedy, kiedy osoba z uszkodzeniem rdzenia kręgowego uświadomi sobie, iż fizycznie cofnęła się do poziomu niemowlęctwa. Nie może panować nad pęcherzem i jelitami, nie jest w stanie samodzielnie wchodzić do łóżka i z niego wychodzić. W fazie drugiej – obronnej ucieczki – osoba ta uspokaja się (przywraca zaufanie do siebie), uważa, że odzyska to, co utraciła. Fakty, z którymi nie może walczyć, są wypierane ze świadomości. Każdy odruch interpretowany jest jako znak powrotu do poprzedniego stanu. Obronną ucieczkę charakteryzują często przejawy gniewu (choćby nawet ta normalna reakcja hamowana jest przez fizyczne ograniczenia uszkodzonej osoby, która nie może gestykulować, tupać nogami, rzucać przedmiotami itp.). Po okresie, kiedy przewidywane fizyczne zmiany nie następują, u większości osób z urazem rdzenia stadium to zaczyna wygasać. W fazie trzeciej – uznania – następuje nowe spotkanie z rzeczywistością, a rezultatem tego jest powtórzenie stresu z fazy drugiej. Osoba widzi, że nie jest już tą, którą była przedtem. Proces ten podobny jest do reakcji depresyjnej, dlatego bardzo ważne jest, aby reakcja ta nie trwała dłużej niż cztery miesiące, gdyż w przeciwnym razie może stać się patologiczna. Jeżeli osoba zacznie akceptować to, że nie jest już tą, którą była, znaczy wówczas, że została przygotowana do fazy (czwartej) adaptacji, fazy, w której rozwija ona zmodyfikowany obraz siebie i odnawia znaczenie własnej wartości. W niektórych przypadkach – jak twierdzi D. McEver (1972) – osoba z uszkodzeniem rdzenia kręgowego może rozpatrywać ten specyficzny kryzys w pozytywny sposób, jako zdarzenie, przez które zrozumiała ona życie głębiej i dzięki temu stała się lepiej przygotowana do przyszłych doświadczeń życiowych.

Podobnie podchodzi do tego zagadnienia S. Fink (1967; por. Larkowa, 1987), według którego pierwszym stanem po urazie rdzenia kręgowego jest stadium szoku, po którym następuje faza defensywnego odwrotu, w następnej zaś kolejności stadium uznania, aby w ostateczności dojść do stadium adaptacji, czyli przystosowania. S. Tucker (1980), ustosunkowując się do tego podziału zauważyła, iż trzy pierwsze stadia wiążą się z bezpieczeństwem i ewnością, podczas gdy ostatnie jest zorientowane na rozwój i może – jak twierdzi autorka – zakończyć się samoaktualizacją.

H. Heflich-Piątkowska i J. Walicka (1975) – analogicznie do poprzednich autorów – wyodrębniły cztery fazy reagowania chorych z urazem rdzenia

kręgowego na swoje kalectwo, nazywając je okresami. Trzy pierwsze okresy, charakteryzowane w aspekcie następstw w sferze psychicznej (I – szok psychiczny, zaburzenia percepcji, dezorientacja we własnej sytuacji, nagła zmiana roli rodzinnej, społecznej i zawodowej; II – zaburzenia emocjonalne, przykre doznania wegetatywne i afektywne, wywołujące napięcia lękowe, świadomość nieodwracalności sytuacji fizycznej, prowadząca do reakcji depresyjnych; III – ujawnianie się reakcji obronnych zmierzających do przystosowania, ujawnianie się reakcji związanych z brakiem akceptacji sprzętu ortopedycznego, poczucie zależności, utrwalenie się niekorzystnych zmian osobowości), odpowiadają trzem okresom choroby, czyli tzw. następstwom w sferze funkcjonalnej lub etapom rehabilitacji wyodrębnionym przez M. Weissa (1983). Stąd występujące tutaj przedziały czasowe (dla obu grup okresów) są jednakowe. Okresowi czwartemu odpowiada etap „człowieka rdzeniowego” (por. Weiss, 1983).

Zgoła inny podział – jako jedni z pierwszych – przedstawili A. Mueller i C. Thompson (1950). Stwierdzili oni, iż stan po urazie rdzenia kręgowego może być podzielony na trzy etapy:

– Pierwszy – ostra faza lub szok, w którym toczy się walka o życie i w którym obsługa pacjenta pozostaje w przeważającym stopniu w rękach lekarzy. Trwa od dwóch do trzech miesięcy;

– Drugi – faza rekonwalescencji, kiedy to osobowość pacjenta próbuje się przystosować do wynikłych problemów. W rezultacie rozwija się wiele rozmaitych potrzeb psychicznych. Chory podobny jest tutaj do neurotyka lub psychotyka, a stany te mogą się manifestować alkoholizowaniem się lub pożądaniem środków uspokajających;

– Trzeci – faza końcowa, w której dokonuje się emocjonalna, zawodowa i społeczna rehabilitacja, ale aby pacjent mógł wejść w tę fazę, musi odzyskać przeświadczenie, że może być przydatny w społeczeństwie.

Według C. Łuszczynskiego (1980), człowiek doświadczony nagłym kalectwem musi przejść przez okres szoku, załamania i innych konsekwencji natury psychicznej, musi uczyć się sposobów pokonywania trudności fizycznych, poznać gorycz pierwszego kontaktu z nietaktowną czasem postawą otoczenia.

F. Shontz (1965) natomiast przedstawia proces radzenia sobie w sytuacji doznania nagłego kalectwa jako kolejne stadium postępowania, tj. unikanie, słabnięcie i malejące pod względem intensywności i częstotliwości aż do momentu, w którym ten cykliczny charakter stanie się niezauważalny. Nie zawsze jednak – jak sądzi autor – cykl ten kończy się pełną akceptacją, ponieważ istnieje szereg trudności i kłopotów związanych z faktem niepełnej sprawności.

Inne podejście do problemu zachowania się chorych w ostrym okresie po urazie rdzenia kręgowego prezentują M. Bracken i M. Shepard (1980), zbież-

ne ze stanowiskami D. Weller i P. Miller (1977; zob. Kirenko, 1991b) oraz M. Gunthera (1971; 1977; zob. Kirenko, 1991b). Nie wyznaczają oni poszczególnych faz i etapów i nie określają ich przestrzeni czasowych, lecz jedynie analizują zaistniałe reakcje psychologiczne. Uważają bowiem, że stanom psychicznym osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego odpowiadają następujące reakcje: wyparcie, represja, regresja, projekcja, zaprzeczenie, izolacja, wściekłość, gniew, targowanie się, depresja i akceptacja. Wszystkie te reakcje (z wyjątkiem mechanizmu adaptacji) zaliczone zostały do komponentu obrony w walce z ostrym urazem rdzenia.

Z uwagi na fakt, iż szczegółowa analiza tego aspektu problematyki psychologicznych następstw para- i tetraplegii zawarta jest w pracy pt. *Psychospołeczne przystosowanie osób z paraplegią* (Kirenko, 1991b), tutaj pozostaje tylko stwierdzić, iż do najbardziej powszechnych reakcji na uraz rdzenia kręgowego należą reakcje opisane jako zaprzeczenie w okresie ostrym po uszkodzeniu (Wittkower i in., 1954; Vincent, 1975) i w późniejszych okresach (Lipp i in., 1968) oraz gniew (Wittkower i in., 1954; Vincent, 1975), a także reakcje w formie depresji wkrótce po uszkodzeniu (Mueller, 1962; Nagler, 1950; Siller, 1969; Lawson, 1978; Hohmann, 1975; Katz i in., 1978). Szczególnie często występują reakcje depresyjne. Bez względu na to, co się mówi o roli depresji w paraplegii, fakt typowego pograżania się w smutku osób z urazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest niemal powszechnie uznawany (Gunther, 1971; McDaniel, Sexton, 1970; Weller, Miller, 1977; Wright, 1965). Zdaniem B. Caron (1966), W. Neffa i S. Weissa (1965), podobnie do stanowiska J. Sillera (1969), lepsze prognozy na ostateczną rehabilitację mają te osoby, które początkowo przeżywają depresję, niż te, które nie przejawiały wcześniej smutku, gdyż w późniejszym czasie częściej popadają one w przygnębienie, zniechęcenie, w całkowitą apatię.

Wymienione tu komponenty (mechanizmy) obronne są – według H. Larkowej (1987) – wynikiem zaburzeń samoidentyfikacji. Doznanie inwalidztwa z reguły przyjmowane jest jako nieszczęście powodujące niekorzystne zmiany, u podstaw których leży zmiana obrazu własnego ciała (Wright, 1965), co w konsekwencji burzy w pewnym stopniu strukturę osobowości i prowadzi do naruszenia struktury własnego „ja”, podstawowego obrazu siebie (Hulek, 1969). Przystosowanie bowiem do nowej sytuacji i jej zaakceptowanie może wystąpić – według H. Heflich-Piątkowskiej i J. Walickiej (1975) – tylko wówczas, gdy powstanie prawidłowa percepcja samego siebie.

Reakcje na inwalidztwo są bardzo różnorodne, warunkuje je wiele czynników, które w mniejszym lub większym stopniu wpływają na szybkość i poziom przystosowania osoby dotkniętej kalectwem. W dużym stopniu reakcje emocjonalne uzależnione są od znaczenia (wartości) uszkodzonych części ciała. Osoby dotknięte tetraplegią posiadają poczucie bezradności w zakresie podstawowych funkcji, stąd częste analogie do sytuacji noworodka

(Stewart, Rossier, 1978), i znajdują się w szczególnie niekorzystnej sytuacji emocjonalnej. W przypadku osób z uszkodzeniem niskich odcinków rdzenia, na skutek zaburzeń pracy jelit, pęcherza i funkcji seksualnych dochodzi do poczucia mniejszej wartości swojej osoby (por. Ostrowska, Sokołowska, 1976; Larkowa, 1980).

Jeżeli nie ma zgody między badaczami odnośnie rodzaju różnych stadiów psychicznych, a także długości okresu, w którym przeważa depresja, przeciętnej długości okresów wyparcia, gniewu lub targowania się oraz co do tego, w jakim momencie po urazie najwięcej pacjentów zaczyna akceptować swoją niesprawność, to swego rodzaju zgodność wykazują oni w odniesieniu do prawidłowości występujących w tych stadiach u wszystkich pacjentów oraz do znaczenia ich przeżywania (Kirenko, 1984). Mogłoby z tego wynikać, że osoby z pourazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego przechodzą kolejno przez wszystkie stadia, po czym osiągają etap akceptacji i przystosowania. W wielu przypadkach jednak – o czym piszą H. Heflich-Piątkowska i J. Walicka (1975) – przystosowanie do choroby, dysfunkcji nie jest możliwe, pojawiają się wówczas reakcje nieprzystosowania bądź objawy psychopatologiczne.

Świadome postawy intelektualne prowadzą do racjonalizacji stanu, podczas gdy nieświadome przeżywanie choroby fizycznej i związanych z nią ograniczeń prowadzi do mechanizmów obronnych i ujawniania się różnych indywidualnych reakcji w sferze emocji i zachowania (Heflich-Piątkowska, Walicka, 1975). Nie może to być – zdaniem autorek – tylko zgodą na niepełnosprawność, ale oznaczać powinno ukształtowanie właściwego stosunku do własnej osoby i otoczenia oraz dostosowanie się do warunków codziennego życia (Kirenko, 1986; 1991b).

W kontekście dotychczasowych rozważań i analiz, dotyczących podstawowych problemów związanych z istotą uszkodzenia rdzenia kręgowego, stwierdzenie S. Taylor (1984) mówiące, iż „jedną z najbardziej zdumiewających zdolności ludzkich jest zdolność do znoszenia i skutecznego radzenia sobie z osobistymi tragediami” (s. 15), również analogiczne R. Silver i C. Wortman (1984), sprowadza się do istoty przebiegu i uwarunkowań procesu przystosowania zachodzącego u osób doświadczonych zdarzeniem traumatycznym. Należy tutaj zaznaczyć, że zarówno S. Taylor (1984), jak R. Silver i C. Wortman (1984) do „osobistych tragedii” zaliczają te następstwa, które spowodowane są nie tylko faktem wystąpienia choroby, niesprawności czy inwalidztwa, ale również i te, które związane są z faktem gwałtu czy śmierci bliskiej osoby. Wszystkie one bowiem – zdaniem autorek – mają jeden wspólny mianownik, jakim jest trauma i wynikające z niej konsekwencje natury fizycznej, psychicznej oraz społecznej. Przedmiot obecnych rozważań zawężony został jednak tylko do przypadków urazowego uszkodzenia rdzenia kręgowego, czyli takiego traumatycznego zdarzenia, którego wynikiem jest wy-

stąpienie poprzecznego paraliżu. Z pewnymi – co prawda – wyjątkami, ponieważ w celu pełniejszego naświetlenia problemu radzenia sobie przez osoby dotknięte para- lub tetraplegią z zaistniałą sytuacją i nieodwracalnością jej skutków (przynajmniej w odniesieniu do następstw funkcjonalnych), czyli – innymi słowy – w celu naświetlenia problemu przystosowania się osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego do nowej sytuacji oraz ze względu na niewielki stopień zbadania tego problemu, pomocne w wielu przypadkach było posłużenie się analizami z tych obserwacji oraz badaniami. Badania te w pierwszym rzędzie dotyczyły ogólnych prawidłowości przystosowawczych, jakie zdaniem niektórych badaczy występują u wszystkich osobach niepełnosprawnych, w drugim zaś – specyficznych, charakterystycznych dla poszczególnych kategorii schorzeń. Stąd obecnie niejaki powrót do stadiów niesprawności, tyle że stadiów (pod kątem) przystosowania.

Zdaniem R. Silver i C. Wortman (1984), modele przystosowania przedstawione m.in. przez C. Wortman i J. Brehma (scalony model) oraz M. Seligmana (teoria wyuczonej bezradności) mają taką zaletę, której nie posiada zdecydowana większość pozostałych, np. E. Klingera (teoria angażowania się i uwalniania od podniety) czy R. Lazarusa (teoria reakcji zaradczych). Polega ona na uwzględnianiu w tych modelach zmiennych pośredniczących, co umożliwia dokładne przewidywanie momentu wystąpienia określonych reakcji emocjonalnych i ich intensywności (scalony model) oraz dokładne przewidywanie długości trwania i stopnia generalizacji deficytów zachowania (teoria wyuczonej bezradności). Mają one również wiele wad, z których – zdaniem S. Taylor (1984) – najważniejszą wydaje się fakt oparcia ich teoretycznych założeń na wynikach badań laboratoryjnych nad poznaniem społecznym, co w większym lub mniejszym stopniu zawęża środowisko, nie uwzględniając w nim wszystkich potencjalnych opcji.

Ta sama autorka, S. Taylor (1984), alternatywnie do przedstawionych tu teorii, proponuje swoją koncepcję „adaptacji poznawczej”, w której – jej zdaniem – spostrzega się człowieka jako zdolnego do przystosowania się, zdolnego do chronienia siebie i sprawnego w obliczu porażek. W myśl tej koncepcji – stanowiącej *novum* – jednostka reaguje na trudne sytuacje wysiłkami poznawczymi, które umożliwiają jej przywrócenie lub nawet polepszenie uprzedniego funkcjonowania psychologicznego. Problemami, wokół których procesy przystosowawcze się koncentrują, są: poszukiwanie znaczenia zdarzenia zagrażającego, dążenie do odzyskania poczucia mocy oraz wzrostu „ja”. Na ile słuszna jest ta koncepcja, czy lepsza od pozostałych, trudno powiedzieć, zwłaszcza iż sama jej autorka przyznaje, że nie została ona jeszcze dokładnie sprawdzona.

Zasygnalizowane tu teoretyczne ujęcia procesu przystosowania odnoszą się – co zauważają R. Silver i C. Wortman (1984) oraz S. Taylor (1984) – do tych sytuacji, w których występuje element zagrożenia, do zdarzeń budzą-

cych awersję. Może to być uszkodzenie rdzenia kręgowego czy też uświadczenie sobie faktu, że jest się chorym na nowotwór. Ludzie w takich sytuacjach usiłują radzić sobie – jak wynika to chociażby z teorii E. Klingera czy teorii C. Wortman i J. Brehma, a jeszcze wcześniej z ujęć F. Shontza, M. Gunthera i innych – przechodząc kolejne etapy przystosowania. Powstaje tutaj jednak problem, sprowadzający się do następującego pytania: Czy istnieje uniwersalizm stadiów i reakcji dla wszystkich kategorii zdarzeń awersyjnych, tzn. czy ludzie przeżywający kryzys spowodowany wystąpieniem inwalidztwa lub na przykład przez gwałt wykazują podobieństwa w reagowaniu na nie? Na podstawie przedstawionych tu koncepcji można byłoby – w dużym uproszczeniu – powiedzieć, że tak. Ale czy jest to prawda? Jak wobec tego wytłumaczyć rozbieżności w kolejności przechodzenia faz, zaobserwowane z jednej strony w koncepcjach E. Klingera oraz C. Wortman i J. Brehma, a z drugiej w ujęciach F. Shontza czy H. Gunthera – pytają autorki. A zatem – jak się zdaje – konieczne w dalszym wywodzie jest skoncentrowanie się tylko na tych teoriach, które odnoszą się bezpośrednio do osób z inwalidztwem fizycznym, w szczególności do osób z dysfunkcją narządu ruchu, spowodowaną urazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Należą do nich m.in. modele prezentowane przez N. Cohn (1961); R. Matsona i N. Brooks (1977) oraz S. Di Michaela (za: Hulek, 1969).

Koncepcja N. Cohn (1961; por. Larkowa, 1987) należy do jednej z tych, na którą częściej się autorzy powołują, a odnosi się do przebiegu procesu prowadzącego do przystosowania (lub – zdaniem autorki – nieprzystosowania). Oparta jest ona na empirycznym materiale, pochodzącym z wywiadów z chorymi na paraplegię. Wyróżnia się w niej kilka etapów przystosowania:

- szok – „to nie odnosi się do mnie”;
- oczekiwanie na wyzdrowienie – „jestem chory, ale wrócę do zdrowia”;
- rezygnacja (żał) – „wszystko jest stracone”;
- obrona (reakcje obronne):
  - prawidłowa – „mimo to będę żył dalej”;
  - nieprawidłowa – polegająca na używaniu mechanizmów obronnych celem odrzucenia skutków inwalidztwa.

Należy przy tym pamiętać – na co zwraca uwagę N. Cohn – że przedstawionych etapów nie należy traktować jako oddzielnych przedziałów czasowych, ponieważ są to punkty procesu ciągłego; nie należy również rozumieć, iż każdy poszkodowany (model dotyczy – zdaniem autorki – trwale poszkodowanych paraplegików, bez możliwości uzyskania wyraźniejszej poprawy) musi przejść przez kolejno następujące po sobie etapy. Mechanizm tego modelu w głównej mierze sprowadza się do działań uwzględniających – według N. Cohn – niezbędne warunki polegające na takim zinterpretowaniu tych sfer i regionów danej osoby, które związane są z niepełnosprawnością, aby funkcjonowały one jako części składowe jej cech osobowości. Innymi słowy,

bariera utworzona przez inwalidztwo, tkwiąca z początku pomiędzy osobą niesprawną fizycznie a celami, jakie wyznaczyła sobie ta osoba i odgradzająca ją od nich, musi zostać w końcu przeniesiona spoza obszaru danej osoby do wnętrza jej samej. Na tym właśnie polega integracja i w efekcie przystosowanie, czyli traktowanie inwalidztwa jako jednej z wielu cech charakterystycznych, towarzyszących osobie niepełnosprawnej równoległe z jego zaletami i wadami, tak aby mogła ona odnaleźć właściwe sposoby realizowania swych potrzeb. Jest to typowa Barkerowska „akceptacja straty” (Barker – za: Matson, Brooks, 1977).

Zaproponowany przez R. Matsona i N. Brooks (1977) model przystosowania zbliżony jest do modelu N. Cohn. Składa się on jednak z czterech stadiów:

- zaprzeczenia – „to nieprawda; to nie może przydarzyć się mnie”;
- oporu – „to mnie nie pokona”;
- potwierdzenia – „chyba muszę się z tym pogodzić”;
- integracji – „wiem, że to jest, ale nie myślę o tym wiele”.

Podobnie jak w ujęciu N. Cohn, tak i tutaj ostatnim etapem procesu jest stadium przystosowania – w myśl zasady R. Barkera. W porównaniu jednak z modelem N. Cohn zauważa się, że R. Matson i N. Brooks kładą akcent na inne mechanizmy przechodzenia poszczególnych etapów „akceptowania straty”. Autorzy bowiem koncentrują się na trudnościach, jakie musi pokonać chora osoba, by połączyć percepcję swej osoby z percepcją kalekiego ciała. A zatem – zdaniem R. Matsona i N. Brooks – integracja polegać będzie przede wszystkim na skupieniu przez chorego swej energii i myśli na sprawach innych niż jego zdrowie, bez względu na to, jak poważny jest jego stan. Stąd osoba przystosowana to taka, która potrafi znaleźć tak korzystne aspekty tej sytuacji, jak chociażby: bliższe stosunki z innymi; przewartościowanie, które pozwala jej bardziej ocenić istnienie niż osiągnięcie; docenianie otrzymywanej pomocy i świadomość, że przyjmując pomoc, pozwala innym na udzielanie jej, a nade wszystko – większa wrażliwość na przeżywanie życia.

Ostatnią koncepcją analizowanego tutaj zagadnienia jest propozycja S. Di Michaela (za: Hulek, 1969), w myśl której osoba z niepełnosprawnością, przystosowując się do niej, przechodzi przez następujące etapy: regresji, akomodacji, właściwego przystosowania i integracji. „Właściwe przystosowanie” tej osoby jest niczym innym jak akceptacją swojego inwalidztwa, które – zdaniem autora – polega na doznawaniu uczucia swobody w kontaktach z innymi osobami niepełnosprawnymi, mniejszym poczuciem niższości w stosunku do nieinwalidów, szukaniu naturalnego wyjaśnienia swej niesprawności oraz na oczekiwaniu, że będzie traktowana na równi z innymi ludźmi. Etap właściwego przystosowania nie jest jednak najwyższym stopniem przystosowania. Jest nim – według S. Di Michaela, podobnie jak w ujęciach poprzednich badaczy – integracja. Integracja, w której „inwalidz-



two przestało już być centralnym ośrodkiem jego zainteresowań, lecz jest jego częścią” (za: Hulek, 1969, s.94), czyli analogicznie do koncepcji N. Cohn (1961; por. Larkowa, 1987).



Zaznaczyć tu należy, iż poczynione przez R. Matsona i N. Brooks (1977) obserwacje oraz wypływające z nich wnioski w postaci modelu przystosowania odnoszą się do osób ze stwardnieniem rozsianym (neurologiczne schorzenie postępujące, nieurazowe), natomiast koncepcja S. Di Michaela dotyczy – tak należy sądzić, ponieważ źródło informacji tego nie precyzuje – wszystkich rodzajów inwalidztwa fizycznego. Nie ma to zapewne istotniejszego wpływu w tej sytuacji, a pozwala jedynie szerzej zobrazować istotę procesu przystosowania osób niepełnosprawnych.

Jednak obecnie, co należy w sposób szczególnie zaznaczyć, wielu autorów (Trieschmann, 1978; Silver, Wortman, 1984; por. Kirenko, 1991b) uważa, że mimo wyraźnego istnienia pewnych powszechnych reakcji na zdarzenia traumatyczne, ogromne zróżnicowanie obserwowanych reakcji nie daje powodów do jednoznacznego potwierdzenia teorii stadiów-faz. Innymi słowy, istniejące modele stadiów nie znajdują praktycznego zastosowania. R. Silver

i C. Wortman (1984) mówią o tym wprost, że „gdyby kliniczny model stadiów znajdował odbicie w rzeczywistości, to byłby niewątpliwie ogromnie użyteczny” (s. 88). Dlatego bardziej zasadne byłoby preferowanie koncepcji opytującej za tym, aby problematykę przystosowania rozpatrywać przede wszystkim na podstawie zagadnień związanych z akceptacją straty, włączonych w proces zmiany pojęcia o sobie samym, z uwzględnieniem społecznych czynników i uwarunkowań (Kirenko, 1991b).

Wpływ na przystosowanie do życia z niepełnosprawnością mają bowiem różnorodne czynniki, które najogólniej można podzielić na dwie grupy. Pierwsza dotyczy zmiennych psychologicznych, do których zaliczyć można m.in.: potrzeby, postawy, właściwości charakteru, cechy osobowości przedwypadkowej itd. Do drugiej natomiast zalicza się czynniki natury społecznej: wiek życia i wiek nabycia urazu, stopień i zakres niepełnosprawności, czas trwania inwalidztwa, płeć, status socjoekonomiczny i kulturalny oraz miejsce zamieszkania (Hulek, 1969; Heflich-Piątkowska, Walicka, 1975; Gorczycka, 1981; Kirenko, 1991b).

Podsumowując, można stwierdzić, że psychologiczne aspekty paraliżu, spowodowane uszkodzeniem rdzenia kręgowego, są bardzo szerokie i niewymierne. Niektóre z nich dotyczą najbardziej przykrych i frustrujących doświadczeń. Sięgają w głąb, niemal sedna intymności i prywatności życia ludzkiego (Stewart, Rossier, 1978). Człowiek odczuwa swoje upośledzenie różnie, w zależności od tego, jakie miejsce w systemie przyjętych przez niego wartości zajmowało to, co stracił wskutek choroby lub kalectwa oraz jak odbierają to inni ludzie. Zazwyczaj nie samo upośledzenie funkcji organizmu, lecz – jak twierdzi H. Larkowa (1987) – świadomość i doświadczenie jego społecznych skutków wpływają na zachowanie osób niepełnosprawnych.

Z psychologicznymi następstwami uszkodzenia rdzenia kręgowego nieodłącznie związane są zatem następstwa społeczne (Larkowa, 1987), ponieważ mogą one wpływać na siebie wzajemnie, tzn. stan psychiczny chorego może mieć wpływ na jego funkcjonowanie w życiu społecznym, a także określone funkcjonowanie społeczne człowieka niepełnosprawnego może powodować pojawienie się następstw psychologicznych takiego funkcjonowania. Potwierdzenie tej zależności możemy znaleźć w literaturze zajmującej się tym problemem od wielu lat, a mówiącej o niezaspokojeniu szeregu potrzeb i konsekwencjach tego zjawiska (Wright, 1965; Hulek, 1986; Kirenko, 1986; Larkowa, 1988 i inni). Długotrwałe zablokowanie potrzeb, szczególnie potrzeby bezpieczeństwa, niezależności, poczucia własnej wartości, prestiżu i samorealizacji – wyzwala reakcje stresowe, lęki oraz niepokój (objawy, które są przejawem neurotyzacji osobowości), a także niezadowolenie z siebie, ustawiczny lęk, niepokój i obawy. Czynniki te przyczyniają się do stopniowego wycofywania się z życia społecznego.

Problemy społeczne związane z uszkodzeniem rdzenia kręgowego obejmują bardzo szeroki zakres, dotyczą wszystkich aspektów życia ludzkiego: poczynając od niedostosowania środowiska zewnętrznego do potrzeb inwalidów (bariery architektoniczne, społeczne, możliwość kształcenia, pracy itp.), a kończąc na problemach jednostki (życie towarzyskie, rodzinne, zawodowe, funkcjonowanie seksualne itp. — zob. Heflich-Piątkowska i Walicka, 1975; Weiss, 1974a; Gorczycka, 1981; Kirenko, 1985b; Sokołowska, Rychard, 1983; Larkowa, 1987; Majewska, 1990).

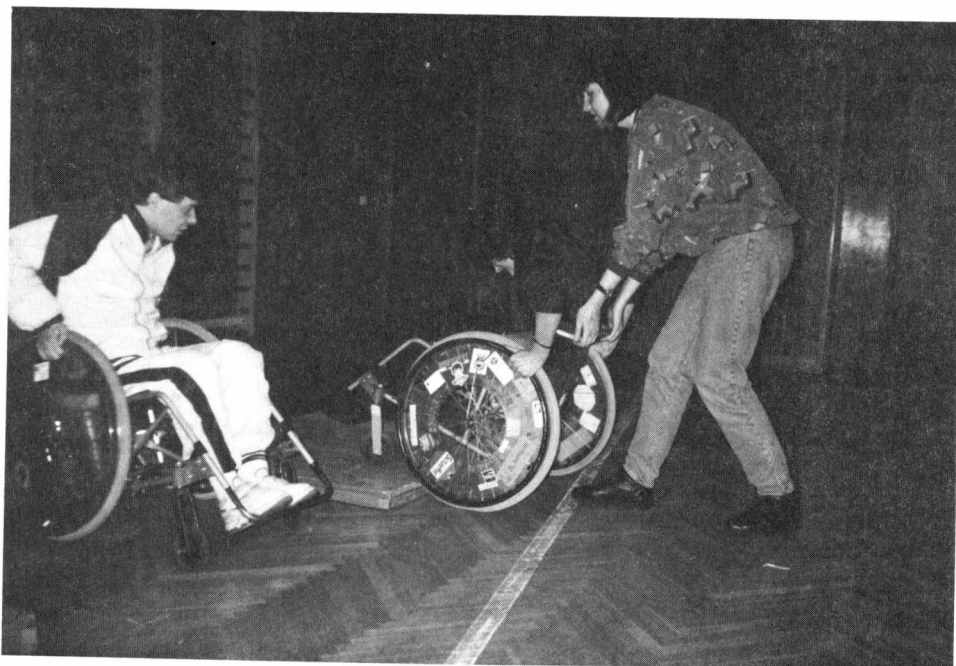
Jednym z ważnych problemów są tzw. bariery architektoniczne i urbanistyczne. Wysokie krawężniki, niepotrzebne progi, schody bez specjalnych podjazdów i zjazdów, niedostateczne parametry otworów wejściowych pomieszczeń sanitarnych, wind, nie mówiąc już o całkowitym nieprzystosowaniu mieszkań (bez jakichkolwiek poręczy i uchwytów umożliwiających na przykład korzystanie z sedesu) to poważne problemy dotyczące nie tylko osób z paraplegią, ale także ludzi w starszym wieku oraz niekiedy matek z małymi dziećmi. „Wózkowicze” nie mogą robić zakupów, w tym podstawowych artykułów spożywczych, ani też korzystać z budynków użyteczności publicznej (typu: kina, teatry, filharmonie, hale sportowe), w wyniku czego ich uczestnictwo w życiu kulturalnym i społecznym jest znikome. W dużym stopniu rzutuje to zarówno na stopień i zakres ich samodzielności, jak i społeczną integrację. Jednakże coraz więcej przesłanek wskazuje na to, że bardziej poważnym i skomplikowanym problemem niż bariery architektoniczne i urbanistyczne, a przez to niewątpliwie trudniejszym do rozwiązania, jest problem tzw. barier społecznych. T. Gałkowski i J. Kiwerski (1986) określają je mianem barier psychologicznych w rehabilitacji, co również ma swoje merytoryczne uzasadnienie, zważywszy na fakt, że bariery te – obojętnie jak się je nazywa – wynikające z określonych stosunków społecznych, kulturowych i cywilizacyjnych, przejawiają się przeważnie w postaci postaw społeczeństwa wobec zagadnienia inwalidztwa i samych inwalidów oraz w postaci zrozumienia dla realnych potrzeb, praw i sytuacji osób niepełnosprawnych, czyli tkwią korzeniami w określonych warunkach społecznych, a rozstrzygają się w sferze psychicznej. Dlatego zasadne wydaje się operowanie tak jednym, jak i drugim określeniem.

Bardzo często bywa tak, że otoczenie ma niewłaściwy stosunek do swych niepełnosprawnych członków. Ujawniają się wówczas takie negatywne postawy, jak: zaciekawienie, litość, niechęć, obojętność czy brak zrozumienia. Znane są również takie, jak lęk i wstręt, co naprawdę trudno zrozumieć (Kirenko, 1986). Najczęstszą jednak postawą ludzi zdrowych wobec osób o niepełnej sprawności – o czym mówią niemal wszyscy zajmujący się problematyką rehabilitacji – jest niedocenywanie ich umiejętności, wiedzy i zaangażowania (Kirenko, 1986). Tutaj interesuje nas sprawa możliwości nawiązywania kontaktów interpersonalnych i realizacji siebie w związkach uczuciowych.

Inwalidzi mają utrudnione kontakty towarzyskie (Lew-Starowicz, 1974) ze względu na wymienione już przeszkody oraz postawę otoczenia. Zdaniem H. Larkowej (1987), nie samo upośledzenie funkcji organizmu, lecz świadomość i doświadczenie jego skutków, np. negatywnych reakcji otoczenia (litość, niechęć, zaciekawienie, obojętność, brak zrozumienia, lęk, wstęty) wpływają na zachowanie osób niepełnosprawnych. Badania przeprowadzone przez E. Gorczycką (1988) dowodzą, iż dystans do ludzi niepełnosprawnych zwiększa się w miarę jak kontakty zdrowy–niepełnosprawny stają się bardziej bliskie i intymne. Jednostka niepełnosprawna „nie przeszkadza” w krótkotrwałych, przelotnych i niezobowiązujących kontaktach. Często zostaje jednak odrzucona w miarę zacieśniania się kontaktów. Również osoby niepełnosprawne przejawiają wobec innych inwalidów dystans i niechęć, preferując kontakty ze zdrowymi.

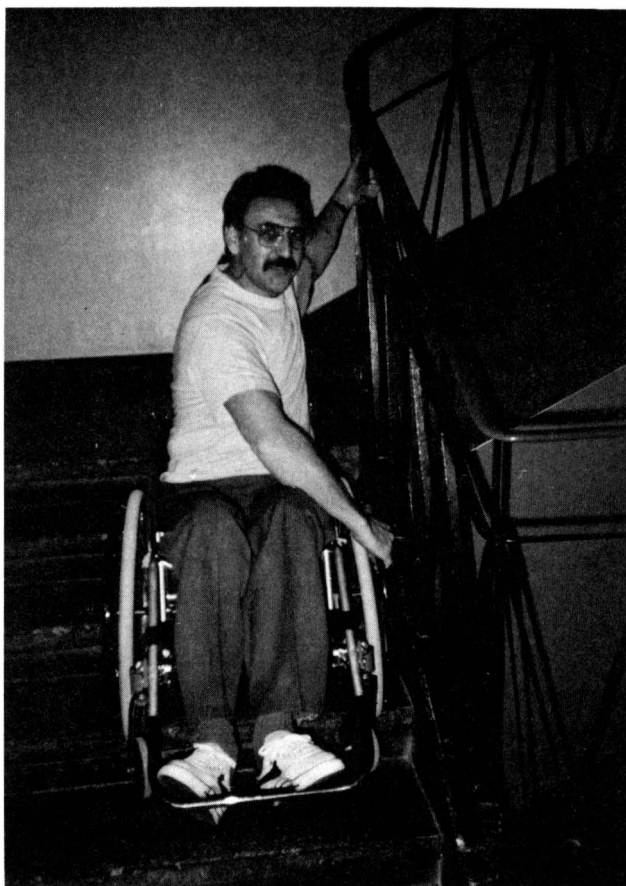
Sprawa postaw jest szczególnie istotna również ze względu na fakt, że dla osób z uszkodzeniem rdzenia bardzo ważnym – a zdaniem S. Tucker (1980) najważniejszym – problemem interpersonalnym jest sprawa zależności i niezależności. Jako osoby zależne od innych, nawet w podstawowych czynnościach życia codziennego, muszą stać się bardziej niezależne umysłowo i emocjonalnie. Dlatego należy umożliwić im przyjęcie takiej roli, która zapewni im poczucie tak pojętej niezależności. Jest to możliwe tylko przy pomocy i właściwym przyjęciu ze strony otoczenia. Badacze tego problemu zgodnie twierdzą, że osoby niepełnosprawne widzą siebie jako ludzi mających trudności we współżyciu z innymi, ale istnieją różne opinie co do zainteresowania płcią przeciwną. Z. Lew-Starowicz (1974; por. Lew-Starowicz, Janaszek, 1985), Cz. Łuszczynski (1980) uważają, że osoby z uszkodzeniem narządu ruchu przeżywają silne pragnienia związane z osobą odmiennej płci, ale równocześnie towarzyszy im nieustanna obawa ewentualnego odrzucenia bądź napotkania litości ze strony partnera. Istnieją jednak dowody (Kirenko, 1991b), iż osoby z paraplegią w mniejszym stopniu interesują się płcią przeciwną oraz że osiągają mniejszy stopień satysfakcji emocjonalnej wynikającej z obcowania z tymi osobami. Różnice te wypływają zapewne z różnicy wieku badanych osób i ich doświadczeń. W zbiorowości inwalidów znacznie wyższy niż wśród ogółu ludności jest udział ludzi żyjących samotnie (za: Lew-Starowicz, Janaszek, 1985). Wśród tych, którzy zawarli związki małżeńskie, partnerów pełnosprawnych znajdują częściej mężczyźni niż kobiety. Prawdopodobieństwo, że małżeństwo zawarte po urazie skończy się rozwodem jest mniejsze niż u zdrowej populacji (za: Haftek, 1986), natomiast małżeństwa zawarte już po doznaniu uszkodzenia są trwalsze niż istniejące przed chorobą (za: Bedbrook, 1991). Należy zdać sobie jednak sprawę, że poziom przystosowania społecznego tych osób jest niski, znacznie niższy niż osób pełnosprawnych (Kirenko, 1991b).

W związku z powyższymi rozważaniami uwaga winna być zwrócona na fakt, iż należałoby raczej mówić nie o akceptacji inwalidztwa, które będzie prawdopodobnie zawsze – bez względu na stopień uszkodzenia – oceniane jako „zło”, ale o przystosowaniu do sytuacji z niego wynikającej, do pewnych konsekwencji, które nie sparaliżują zdolności i chęci do walki o własne oczekiwania, dążenia, pragnienia (w tym również erotyczne), motywacji do



sprostania wymaganiom otoczenia. Trudno również powiedzieć, gdzie leży przyczyna trudności w społecznym funkcjonowaniu osób z inwalidztwem fizycznym. Czy to niewłaściwe postawy otoczenia powodują izolację osób niepełnosprawnych, czy też postawy niepełnosprawnych – traktowanie przez nich swojej choroby, wycofywanie się z życia społecznego i wszystkie następstwa psychiczne wynikające z ich choroby – powodują takie, a nie inne postawy otoczenia. Nie zmienia to faktu, że problem istnieje i na pewno ma duży wpływ na funkcjonowanie osób niepełnosprawnych we wszystkich sferach życia, a inicjatywa w tym względzie powinna należeć do osób pełnosprawnych.

Charakterystyczne dla publicystyki M. Weissa jest wielokrotnie powtarzane (1974a; 1974b; 1983) stwierdzenie, że chorzy z paraplegią, poruszający się na fotelu inwalidzkim, mogą być całkowicie sprawnymi ludźmi w miejscu pracy i swego bytowania. Należy im tylko w tym pomóc. W rzeczywistości, jak wynika z kilku doniesień (Kiwerski i in., 1981; Kiwerski, 1986; Ostro-



wska, 1983; Wrochno-Stanke, 1983), natrafiają oni na trudności w uzyskaniu odpowiedniego zatrudnienia, nawet po zmianie zawodu i podwyższeniu kwalifikacji. Odsetek czynnych zawodowo osób z paraplegią waha się w Polsce pomiędzy 2,5% (Banaszak i in., 1986 – z populacji 79 osób z para- i tetraplegią), przez najczęściej podawane 15% (Makowski, 1971 – tylko osoby z paraplegią; Przeździak, Maceluch, 1986 – z populacji 120 chorych z pourazowym uszkodzeniem rdzenia) do wyjątkowego odsetka – 35% (Szelaż, Kiwerski, 1986 – z populacji 191 osób z paraplegią). Tak małe wskaźniki zatrudnienia są zdaniem J. Makowskiego (1971) związane przede wszystkim z trudnościami natury administracyjno-organizacyjnej, a nie z aktualnym stanem zdrowia. Bo przecież osoby z paraplegią, mając sprawne ręce, mogą pracować w wielu zawodach, o czym świadczy na przykład różnorodność kierunków kształcenia w ośrodkach rehabilitacyjnych (CKI w Konstancinie, Repty Śląskie). Pracować mogą nawet osoby z tetraplegią, których sytuacja pod względem zatrudnienia jest znacznie gorsza. M. Weiss (1974b), J. Kirenko

(1986), E. Szelaǳ i J. Kiwerski (1986) podkreślają, iż osoby z tetraplegią posiadają dużo potencjalnych możliwości i zainteresowań, które należałoby tylko odkryć i usprawnić.

Problem zapewnienia osobom z paraplegią i tetraplegią pracy zarobkowej w takim zakresie i kierunku, jakie są dla nich dostępne ze względu na rodzaje ograniczeń funkcjonalnych oraz rodzaj indywidualnych zainteresowań, jest bardzo ważny, ponieważ cały ogromny wysiłek rehabilitacyjny – podejmowany przez specjalistyczne zespoły i samego chorego – może ulec zniweczeniu, a poziom funkcjonalny – uzyskany w procesie kompensacji – może się załamać (Heflich-Piątkowska, Walicka, 1975) tylko dlatego, że ludzie ci nie będą mogli sprawdzić się w nowych warunkach, a przez to nie będą mogli poczuć się naprawdę użyteczni społecznie, znaleźć sens swoich poczynań i życia, nie mówiąc już o tak istotnej prawdzie, jak zabezpieczenie ekonomiczne, które rzutuje w poważnym stopniu na pozycję osoby niepełnosprawnej w środowisku, i to nie tylko rodzinnym.

Zdając sobie sprawę z faktu, iż nagłe kalectwo w pierwszym rzędzie dotyka rodzinę poszkodowanego i jego najbliższe otoczenie, trzeba poświęcić temu zagadnieniu kilka zdań. Środowisko rodzinne spełnia przecież w procesie przystosowania się osób z pourazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego (Kirenko, 1986) rolę bardzo wielką (Ziglińska, 1990).

P. Harris i in. (1973) sugerują, że jakość związku sparaliżowanego z rodziną determinuje jego reakcje na uszkodzenie. Natomiast D. Hamburg i J. Adams (za: Bracken, Shepard, 1980) twierdzą, iż osoby z paraplegią lepiej przystosowują się zarówno psychicznie, jak i społecznie, kiedy mają oparcie w rodzinie, bliskich przyjaciółach, personelu leczniczym, a nawet w pacjentach. Podobnie zresztą uważa wielu innych, poruszających to zagadnienie badaczy (Heflich-Piątkowska, Walicka, 1975; Trieschmann, 1979; 1980). Są to bardzo ważne stwierdzenia, pozwalające m.in. na wytyczenie odpowiednich kierunków działań na rzecz przystosowania tej grupy ludzi. Jest to szczególnie istotne dla pierwszego ogniwa procesu rehabilitacyjnego, w którym partycypuje przede wszystkim personel medyczny i rehabilitacyjny. Dzięki jego umiejętnościom poczynaniom, polegającym chociażby – o czym już była wcześniej mowa – na zapewnieniu prawidłowych kontaktów ze środowiskiem rodzinnym i stymulowaniu zachowania tego środowiska, dochodzi do kształtowania odpowiednich postaw w tym środowisku. Od tego bowiem, jaką postawę wobec porażonego przyjmie rodzina, zależy bardzo wiele (Kirenko, 1986; 1989). Bywają rodziny troskliwe, opiekujące się i interesujące się swoimi niepełnosprawnymi członkami oraz ich problemami, traktujące ich przy tym na równi z pozostałymi. Egzekwowane są jednocześnie od nich te prawa i obowiązki, które pomimo obiektywnych ograniczeń są w stanie realizować. Bywa też wręcz odwrotnie, kiedy rodzina przejawia albo nadmierną troskliwość, co zazwyczaj niekorzystnie wpływa na proces rehabilitacji i przystoso-

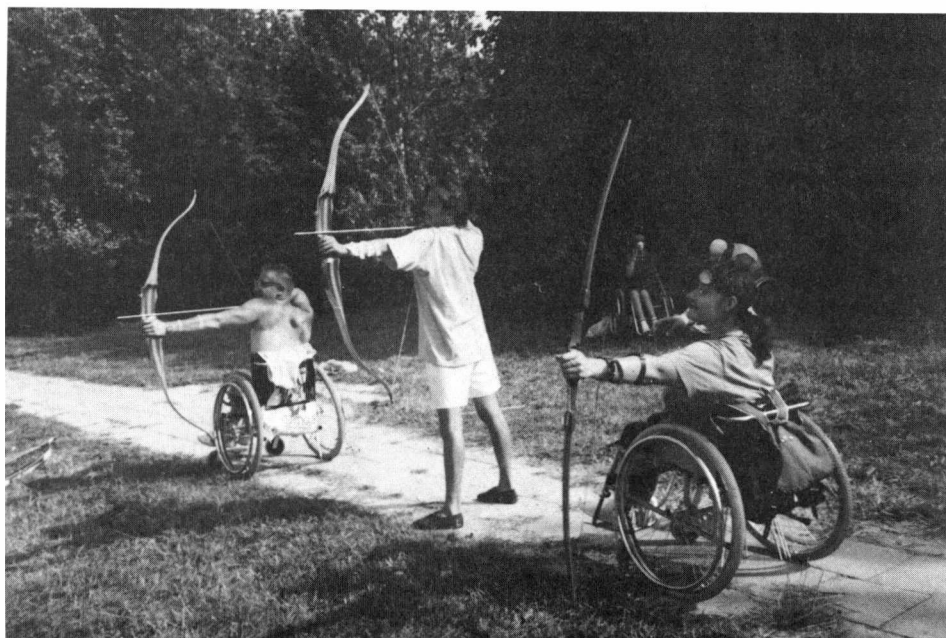


wania, albo po prostu usiłuje pozbyć się z domu takiego członka. Nie bez znaczenia dla całego procesu przystosowania rodzinnego, a tym samym społecznego, jest to, który z członków rodziny uległ porażeniu (ojciec, matka czy dziecko), jaki jest jego stan fizyczny, w jaki sposób potrafi uniezależnić się od pomocy osób drugih, jaka jest jego sytuacja materialna, warunki mieszkaniowe, czy posiada już niezbędny sprzęt ortopedyczno-rehabilitacyjny, czy żyje w mieście lub na wsi, jakie istnieją możliwości organizowania czasu dziennego w domu oraz możliwości zaspokajania podstawowych potrzeb kulturalnych (Milanowska, Stachowska, 1983; Kiwerski, Gieras, 1985; Kirenko, 1986; Szelaż, Kiwerski, 1986). Czynniki te często determinują taką a nie inną postawę. Wniosek więc może być taki, że w pierwszym okresie procesu rehabilitacyjnego należy bardzo rozważnie udzielać informacji o chorym tym rodzinom, co do których istnieją obiektywne przesłanki wskazujące na niechęć lub niemożność spełniania podstawowych obowiązków wobec niepełnosprawnego członka (Kirenko, 1986). Rozwinięcie tego właśnie wątku,



czyli wpływu wybranych czynników społecznych i socjalnych (ze szczególnym zwróceniem uwagi na: płeć, wiek, czas trwania niesprawności, pochodzenie społeczne, miejsce zamieszkania, stopień niesprawności, wykształcenie, stan cywilny oraz warunki ekonomiczne) na proces przystosowania i jego poziom jest treścią rozdz. III niniejszej pracy. Można tylko tutaj nadmienić, iż sytuacja bytowa osób z paraplegią – jak wynika z kilku badań przeprowadzonych w Polsce (Makowski, 1971; Kaźmierak, 1984; Banaszak i in., 1986; Przeździecki, Maceluch, 1986; Szelaż, Kiwerski, 1986; Szczygielska-Majewska, 1994) – jest wysoce niezadowolająca. Osoby te często mieszkają na piętrze w budynku bez windy, bez bieżącej wody i kanalizacji, nie mówiąc już o braku centralnego ogrzewania, oddzielnego pokoju czy samodzielnego mieszkania. Kalectwo tego typu wpływa zazwyczaj na pogorszenie się sytuacji ekonomicznej chorego. Powstaje więc zamknięte koło: gorsza sytuacja ekonomiczna to gorsze warunki bytowe, to nawet niemożność poruszania się na wózku po mieszkaniu, a tym samym brak możliwości podjęcia nawet pracy chałupniczej, czyli w konsekwencji dalsze zmniejszenie samodzielności życiowej, a w ostateczności – izolacja od środowiska społecznego.

Kolejnym i – jak się coraz częściej twierdzi – jednym z ważniejszych problemów nurtujących osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest zagadnienie życia erotycznego. Problem ten jest – jak twierdzi S. Tucker (1980) – jedną z największych trosk osób z paraplegią. Ze względu na powszechny charakter (Kępiński, 1973) i ogromny wpływ, jaki życie seksualne wywiera



na ogólne emocjonalne przystosowanie (Tucker, 1980), zagadnienie to powinno być dostrzegane przez badaczy i traktowane z należytą uwagą. S. Tucker (1980) na podstawie przeprowadzonych wywiadów z osobami po urazie rdzenia podaje na przykład, że osoby te wolałyby mieć raczej przywróconą sprawność seksualną i ten rodzaj „targowania się” – zdaniem autorki – bywa widoczny nawet po akceptacji doznanej straty.

W rozdziale mówiącym o patofizjologii uszkodzenia rdzenia kręgowego znajduje się stwierdzenie, że osoby z tego typu schorzeniem mogą mieć zniesione (przy uszkodzeniu segmentów S<sub>3</sub>-S<sub>4</sub>, gdzie znajduje się ośrodek rdzeniowy erekcji) lub zaburzone funkcje seksualne. J. Makowski (1971) uważa, że tylko u 60% mężczyzn z poprzecznym paraliżem istnieje możliwość erekcji na skutek powrotu łuku odruchowego automatycznego w rdzeniu. Podobnie sądzą D. Weber i H. Wessman (1971), przyjmując powyższy wskaźnik erekcji na poziomie 66–75%. Nadmienić należy, że statystyki są tutaj bardzo różne, najczęściej jednak wahają się między 45 a 90% badanych (Hohmann, 1972; Cole i in., 1973; D. Munro; H. Talbot; R. Chase i W. White za: Ferguson-Gregory, 1976; Berkman i in., 1978). Istnieją też różne dane dotyczące wskaźników ejakulacji, przy czym odsetek osób z paraplegią, zdolnych do tej seksualnej ekspresji, jest zwykle mniejszy i wynosi od jednego do 15% (Money, 1970; E. Bors i in.; D. Munro; H. Talbot; A. Zeitlin i in. za: Ferguson-Gregory, 1976). Orientacyjnie więc przyjmując, tylko około 5–7% mężczyzn po uszkodzeniu rdzenia może spodziewać się potomstwa (u kobiet



z paraplegią funkcja seksualna jest zazwyczaj zachowana). Oznacza to poważne konsekwencje natury psychospołecznej.

Aktywność seksualna człowieka, jak twierdzi H. Talbot (za: Ferguson-Gregory, 1976), służy dwóm podstawowym celom, a mianowicie: biologicznej potrzebie reprodukcji oraz potrzebie osobistej ekspresji i zadowolenia, ze wszystkimi psychologicznymi, społecznymi i estetycznymi jej znaczeniami. Skoro jednak pierwszy cel możliwy jest do spełnienia tylko w nielicznych przypadkach paraplegii, to w związku z tym (jak sądzi H. Talbot) potrzeba osobistej ekspresji i zadowolenia jest bardziej pożądana i ma większe znaczenie dla seksualizmu niż zdolność czy niezdolność do prokreacji. Ten sam autor podaje również, że znaczna liczba osób po urazie rdzenia kręgowego jest bardziej zaniepokojona brakiem zadowolenia zmysłowego niż własną „nieprzydatnością”, stąd – jego zdaniem – zdolność osób z paraplegią do stosunku seksualnego, nawet w przypadku braku normalnych odczuć, wydaje się być źródłem ich znacznej satysfakcji. Podobnie sądzi C. Vincent (1968) twierdząc, że osoby z paraplegią uważają często stosunek za pożądaną przede wszystkim ze względu na własne *ego* i poczucie przydatności, jak również dla dostarczenia zadowolenia partnerowi. Są to bardzo istotne stwierdzenia, podkreślające psychospołeczny charakter życia seksualnego. Dla wielu bowiem mężczyzn z paraplegią, o czym mówi J. Siller (1969), pytanie: „Czy mogę spełniać funkcję seksualną?” (s. 291) przekształca się w psychologiczny problem: „Czy jestem mężczyzną?” (s. 291). Dlatego, jak podaje S. Berger (za: Ferguson-Gregory, 1976), redukcja lub utrata funkcji seksualnej u osób z paraplegią nie jest tak duża, nawet gdy rozpatrujemy ją w kategoriach satysfakcji fizycznej.

Był czas, jak podaje R. Trieschmann (1980), gdy osobie po urazie rdzenia kręgowego mówiono, że nigdy nie ożeni się, nie wyjdzie za mąż i nie będzie mieć rodziny. Jeszcze w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych problematyka życia seksualnego nie znajdowała miejsca w rehabilitacji (jakkolwiek prowadzono badania nad funkcjami seksualnymi osób z paraplegią). Dopiero pod koniec lat 60. zaczęto opracowywać pierwsze programy uwzględniające ten aspekt aktywności ludzi niepełnosprawnych. Pojawił się zatem nagły zwrot: od stwierdzenia, że seks nie jest ważny przy inwalidztwie fizycznym – do dnia dzisiejszego pokutuje przekonanie o aseksualności tych jednostek, o czym wspominają Z. Lew-Starowicz i P. Janaszek (1985) w jednym z nielicznych w naszym kraju artykułów na ten temat – do twierdzeń, że jest bardzo ważny. Obecnie – zdaniem S. Tucker (1980) – uważa się, iż seksualność osób z paraplegią jest najlepiej zbadanym aspektem w całokształcie problematyki uszkodzeń rdzenia kręgowego. W wielu krajach ocena i programy leczenia dysfunkcji seksualnej tych osób, z zadowalającymi rezultatami, włączone zostały do programów rehabilitacyjnych. Z przykrością należy stwierdzić, iż w naszym kraju dziedzina ta stanowi wciąż kontrowersyjny przed-



miot rozważań (Gałkowski, Kiwerski, 1986), będąc często wstydliwie pomijana w wielu dyskusjach i publikacjach (Kirenko, 1986; 1990b). Trudno się więc dziwić, że chorzy z uszkodzeniem rdzenia nie otrzymują żadnych lub otrzymują niewiele informacji (porad) z tego zakresu w trakcie leczenia i rehabilitacji. Personel medyczny i rehabilitacyjny, skupiony na działaniach zmierzających do przywracania chorym maksymalnej sprawności fizycznej, w tym zadowalającego funkcjonowania psychicznego, społecznego i zawodowego, nie dostrzega w ogóle (lub tylko w minimalnym stopniu) faktu, że funkcjonowanie seksualne jest naturalnym elementem każdego życia, łącznie z życiem ludzi niepełnosprawnych.

Podsumowując należy stwierdzić, że następstwa uszkodzenia rdzenia kręgowego są bardzo rozległe i dotyczą zarówno fizycznego, jak i psychospołecznego funkcjonowania osoby poszkodowanej. Na skutek urazu zmiana ulega cała sytuacja życiowa, wszystkie jej aspekty, dochodzi do dezorientacji osobowości, zmiany wartości, celów i zamierzeń. Człowiek niepełnosprawny musi na nowo nauczyć się wielu czynności i zachowań, przyswoić nowe reakcje i ponownie wejść do normalnego świata ludzi zdrowych. Nie wielu inwalidom udaje się tego dokonać samodzielnie. Większości potrzebna jest pomoc, zrozumienie i akceptacja bliższego oraz dalszego środowiska społecznego.

### Rozdział III

## CZYNNIKI WARUNKUJĄCE PSYCHOSPOŁECZNE PRZYSTOSOWANIE OSÓB Z USZKODZENIEM RDZENIA KRĘGOWEGO

Ujmowanie zjawiska przystosowania osób niepełnosprawnych jako procesu dynamicznej akceptacji (Heflich-Piątkowska, Walicka, 1975) – w fizjologicznych i psychologicznych formach – który jest współzależny ze społecznym aspektem funkcjonowania, wspartym odpowiednim przystosowaniem środowiska społecznego i otoczenia fizycznego (Hulek, 1969), uwarunkowane jest wieloma czynnikami. Mieszczą się one jednak, podobnie jak cały zakres przystosowania – co zauważa na przykład A. Hulek (1969) przy analizie problematyki związanej z występowaniem reakcji na inwalidztwo – w ramach różnic indywidualnych, jakie są udziałem każdej poszkodowanej jednostki. W tak rozumianej formule przystosowania osób niepełnosprawnych, wypływającej z operacyjnej definicji terminu przystosowania, przyjętego w niniejszej pracy jako stan dynamicznej równowagi osiąganey w wyniku procesu adaptacji, psychologizacji i socjologizacji (Gałkowski, Kirenko, 1988), nie sposób nie zauważyć, iż pomimo usilnego eksponowania w niej społecznej strony procesu główny jednak jej akcent położony jest na psychicznych walorach zjawiska. Dlatego podjęcie tutaj dyskusji nad społeczno-demograficznymi i innymi czynnikami, warunkującymi przystosowanie, pozwoli m. in. szerzej spojrzeć na ten problem od strony społecznych determinatów, a także pozwoli przeanalizować wiele powszechnych, niczym nie uzasadnionych opinii, wiążących np. określone społeczno-demograficzne czynniki ze stopniem czy też zakresem i jakością psychospołecznego przystosowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Omawiane zagadnienie dotyczy przede wszystkim – co zostało już nadmienione – osób z tetra- (quadri-) i paraplegią i jest oparte na literaturze z tego zakresu. W kilku jednak przypadkach, ze względu na charakterystyczne

tendencje i kierunki poglądów, obejmujące swym zasięgiem niemal wszystkie kategorie inwalidztwa, oraz z powodu braku odpowiednich danych z obszaru para- i tetraplegii posłużono się materiałem z zakresu różnych innych grup inwalidztwa, starając się jednak zawęzić je do sfery niesprawności narządu ruchu (Kirenko, 1990a; 1991a).

Według A. Hulka (1969) czynnikami, które należy uwzględnić w procesie przystosowania się do inwalidztwa, są: czas trwania inwalidztwa, jego stopień i zakres, okoliczności nabycia oraz wiek osoby, u której zaistniało inwalidztwo, poziom inteligencji oraz model osobowości jednostki przed upośledzeniem. Co najmniej dwa z nich są natury psychologicznej, mianowicie przedostatni i ostatni. Natomiast czynnik rodzaju inwalidztwa, jakkolwiek ważny, w tym konkretnym wypadku nie powinien jednak odgrywać istotniejszego znaczenia chociażby ze względu na jednorodność schorzenia, którego dotyczy problem niniejszego opracowania.

Zdaniem natomiast H. Heflich-Piątkowskiej i J. Walickiej (1975), rodzaj adaptacji w tetraplegii zależy od: osobowości przedchorobowej, sytuacji życiowej (społecznej, zawodowej i rodzinnej), rozległości zmian porażennych spowodowanych uszkodzeniem rdzenia, postępów w rehabilitacji, zdolności adaptacji do nowych warunków i nowych sytuacji życiowych oraz wykorzystania zachowanych możliwości ruchowych jako czynnika zdolności adaptacyjnych. Ze względu m. in. na jego bliższą nieokreśloność, nie sposób nie zauważyć innego czynnika, wspólnego tak dla poglądów A. Hulka (1969), jak i H. Heflich-Piątkowskiej i J. Walickiej (1975), jakim jest przedchorobowa osobowość.

Niewątpliwie, wpływ czynnika osobowości przedchorobowej na przystosowanie osób z paraplegią jest niebagatelny, o czym mówi J. Kirenko (1986), potwierdzając tym samym wiele poglądów na ten temat. Dodaje jednak zarazem, że do zagadnienia tego należy podchodzić szczególnie ostrożnie ze względu chociażby na fakt, iż niemal wszystkie pomiary psychologiczne wykonywane były u osób już po doznaniu przez nie urazu, a to jest pewne uchybienie z metodologicznego punktu widzenia. Niezaprzeczalny natomiast jest fakt wskazujący, że paraplegicy charakteryzowani jako ambitni, sumienni, stanowczy, posiadający już przed wypadkiem dojrzałą osobowość oraz wysoki poziom psychoseksualny, wykazują pozytywną motywację do wypracowania mechanizmów psychologicznego przystosowania (Carlson, 1979). Interesujące jest również to, że w kilku badaniach (Fordyce, 1964) potwierdzono hipotezę, jakoby przedchorobowa osobowość przyczyniała się do uszkodzenia rdzenia kręgowego poprzez przygotowanie wzrostu ryzyka. Wydaje się jednak, że w tych przypadkach można mówić co najwyżej o wpływie pewnych cech impulsywnych na zachowanie potencjalnego paraplegika, a nie całej jego osobowości (Kirenko, 1986). Kończąc ten wątek, należałoby wspomnieć jeszcze, że z zależnością przedchorobowej osobowości pa-

raplegika i jego przystosowaniem łączą się tzw. style osobowościowe pacjentów, scharakteryzowane m. in. przez T. Stewarta i A. Rossiera (1978) w następujących kategoriach: zależny, stateczny, kontrolujący się, emocjonalnie angażujący się, paranoidalny, z poczuciem wyższości, niemiły oraz trzymający się z daleka. Znajomość ich może się okazać szczególnie przydatna np. personelowi medycznemu czy rehabilitacyjnemu, odpowiedzialnemu przecież w dużym stopniu za proces przystosowania swych podopiecznych.

E. Gorczycka (1981), prowadząc badania nad przystosowaniem młodzieży ze schorzeniem narządu ruchu (trzy grupy: paraplegia, stany po amputacji, niedowład oraz inne schorzenia) do życia społecznego, wyodrębniła w nich 12 zmiennych społeczno-demograficznych, w ramach których analizowała cztery płaszczyzny przystosowania: rodzinną, instytucjonalną, towarzyską i społeczną. Do czynników społeczno-demograficznych zaliczyła: wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, pochodzenie społeczne, dochód rodziców, wiek w chwili ukończenia szkoły podstawowej, wynik ukończenia szkoły podstawowej, wykształcenie, zawód, dochód oraz przynależność organizacyjną. Korzystała ona również z czynnika określanego mianem „sytuacji zdrowotnej”, pod którym to pojęciem kryły się dwa następne czynniki, a mianowicie okres, w którym nastąpiła choroba lub wypadek oraz stopień sprawności fizycznej. Badania E. Gorczyckiej (1981) miały charakter socjologiczny, stąd tak duża w nich liczba zmiennych społeczno-demograficznych. Podobnie rzecz się ma w badaniach Z. Kaźmieraka (1984) i M. Szczygielskiej-Majewskiej (1994) nad społeczno-ekonomicznymi czynnikami warunkującymi rehabilitację osób niepełnosprawnych. Wydaje się, że ograniczenie ich do kilku podstawowych, tzw. obiektywnych, w zupełności by wystarczyło, a jednocześnie uprościłoby procedurę poszukiwania i dochodzenia do związków między nimi a procesem przystosowania.

Uczyli tak m.in. R. Trieschmann (1980) w swojej pracy, w rozdziale dotyczącym społecznych czynników przystosowania w uszkodzeniach rdzenia kręgowego. Czynniki te są: wiek, w tym wiek nabycia urazu, stopień i zakres inwalidztwa, czas trwania inwalidztwa, płeć, status socjoekonomiczny i kulturowy oraz miejsce zamieszkania. Nie sposób bowiem jednoznacznie określić wpływu wszystkich czynników społeczno-demograficznych na przebieg procesu przystosowania i jego efekty. Należałoby do tego – poszukując korelatów – zastosować analizę czynnikową, ale i wówczas nie będzie całkowitej pewności co do osiągniętego rezultatu, zwłaszcza iż niestęchanie trudno i wprost niemożliwe jest wyodrębnienie wszystkich zmiennych biorących w tym udział. Często na pozór drobny szczegół jakiegoś wydawałoby się mało znaczącego czynnika może odegrać większą rolę w przystosowaniu niż cały taki czynnik, co do którego istnieje ogólne przekonanie, potwierdzone niekiedy empirycznymi danymi wielu badań, o jego determinującym udziale. Jak widać z podjętego tu – krótkiego – wyszczególnienia rodzajów

czynników społeczno-demograficznych, wpływających lub mogących wpływać na proces przystosowania osób z inwalidztwem, między autorami występuje duża rozbieżność w podejściach zarówno co do rodzaju, jak i liczby wybranych przez nich czynników. Uwarunkowane jest to zapewne teoretycznymi orientacjami badaczy, doświadczeniami z ich własnej pracy czy też innymi przyczynami, których analiza wykracza poza ramy tego opracowania. Można jednak pokusić się o stwierdzenie, że kilka czynników jest zgodnie wymienianych przez wszystkich niemal autorów. I one w pierwszym rzędzie będą omawiane w dalszej części.

Do takich należy przede wszystkim wiek życia i wiek nabycia inwalidztwa. Szereg danych wskazuje na to, iż paraplegia spowodowana urazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego dotyka nade wszystko ludzi młodych. Według R. Trieschmann (1980) 29,5% osób z paraplegią doznało urazu przed 20. rokiem życia, 36,9% pomiędzy 20. a 29. rokiem życia, a 33,5% w wieku 30 lat i ponad, przy czym tylko 9,3% po 45. roku życia. W grupie osób z quadriplegią odsetek ludzi młodych jest jeszcze większy i wynosi około 62% wszystkich osób, które nie przekroczyły 25. roku życia, w tym 34% z przedziału 15-20 lat. Należy przy tym nadmienić, że jest to tendencja ogólnoświatowa.

W. Kerr i M. Thompson (1972), oceniając osoby z uszkodzeniem rdzenia pod względem ich umysłowego przystosowania do inwalidztwa, zauważyli, że doskonale lub dobrze przystosowanych było: 83% badanych w przedziale wieku 10–20 lat, 61% w przedziale 20–25 lat oraz 41% powyżej 45. roku życia. W tej ostatniej grupie 51% osób badanych oceniono jako nieprzystosowane. Stwierdzono zatem, że wiek jest bardzo ważnym czynnikiem przystosowania oraz to, że młodzi paraplegicy lepiej sobie radzą niż starsi.

Potwierdzeniem powyższych wniosków są wyniki badań nad osobami z paraplegią, jakie otrzymali B. Kemp i C. Vash (1971) w zakresie ich wieku i liczby zgłaszanych celów. Okazało się, że młodzi paraplegicy byli bardziej aktywni, jeśli chodzi o realizację celów niż starsi. Pozwoliło to autorom badań wyciągnąć wniosek, że wystąpienie paraplegii do 20. roku życia połączone jest z nieco lepszym przystosowaniem, aniżeli ma to miejsce w późniejszym okresie doznania urazu. Przy czym – jak zauważają B. Kemp i C. Vash (1971) – istniejące w analizowanym przez nich materiale badawczym ogromne różnice indywidualne każą bardzo ostrożnie podchodzić do tych analiz.

Pozostałe badania nie potwierdziły już tego kierunku zależności. S. Dinsdale i in. (1971) uważają na przykład, że najwięcej problemów przystosowawczych doświadczają młodzi mężczyźni z paraplegią. Natomiast E. Ludwig i S. Adams (1968) donoszą, iż zarówno bardzo młode, jak i starsze osoby z poprzecznym porażeniem w o wiele większym stopniu oczekują efektów całkowitej rehabilitacji niż osoby z pośredniej grupy wiekowej. Temu akurat przeczy stanowisko N. Wilcoxa i E. Stauffera (1972), według których



najwięcej trudności przystosowawczych przejawiają jednak paraplegicy z grupy wiekowej 20–40 lat, czyli średniej.

Zdania autorów są zatem bardzo rozbieżne, a każda ich ewentualność – jak twierdzi B. Wright (1965) i jak się będzie można przekonać poniżej – ma bogatą argumentację. Oto bowiem R. Trieschmann (1980), opowiadająca się za większymi możliwościami przystosowawczymi u młodszych osób z paraplegią, twierdzi, iż przedział wieku pomiędzy 20. a 35. rokiem życia jest tym, w którym jednostka stabilizuje poczucie tożsamości i tworzy takie role dla siebie, które dostarczają jej sposobności do samoakceptacji i stabilności w późniejszym życiu. Stąd zdaniem autorki osoba, która doznała inwalidztwa przed 20. rokiem życia, może nie rozpoczynać lub może wchodzić bardzo głęboko w ten proces, a to ułatwia jej kształtowanie tożsamości, w której inwalidztwo staje się integralną częścią jej samej. Zgoła odmienne stanowisko w tej kwestii prezentują R. Silver i C. Wortman (1984), uważając, iż proces przystosowania przebiega trudniej u tych – przede wszystkim – osób, które doświadczyły kryzysu we wczesnej młodości. Mogą one bowiem czuć się oszukane przez los, który odebrał im szansę osiągnięcia wyznaczonych celów. H. Heflich–Piątkowska i J. Walicka (1975) stwierdzają natomiast, a potwierdziło się to w badaniach J. Kirenki (1985), iż nabycie paraplegii w wieku rozwojowym często wpływa hamująco na rozwój osobowości tychże osób i równie często powoduje występowanie patologicznych mechanizmów przystosowawczych.

Podsumowując powyższe poglądy należy powiedzieć, że utwierdzają one raz jeszcze w przekonaniu, iż wiek jest istotnym czynnikiem warunkującym proces przystosowania, nadto zauważalnym w szeregu badań, których nie sposób podważyć, a problem, jaki może wynikać (i jaki w ostateczności wynika), mieści się w obserwowanych zależnościach.

Płeć należy do tych czynników, które często są omawiane i poruszane w teoretycznych analizach, ale które w minimalnym tylko zakresie uwzględnia się w badaniach empirycznych. Powód takiego stanu rzeczy jest nader prozaiczny. Otóż – jak podaje R. Trieschmann (1980) – kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego stanowią jedynie 18–20% całej populacji para- i tetraplegików, stąd zdecydowana większość badań oparta jest na przykładach męskich. N. Kutner i M. Kutner (1979) – co prawda – zaobserwowali w grupie mężczyzn większe poczucie braku niezależności, natomiast wśród kobiet większe braki w związkach interpersonalnych, nie sposób jednak budować jakichkolwiek wniosków i hipotez na podstawie jednostkowych badań czy też nielicznych danych zamieszczonych m. in. w pracach R. Trieschmann (1980) czy H. Heflich–Piątkowskiej i J. Walickiej (1975). Dlatego też trudno określić, czy kobiety różni od mężczyzn przebieg procesu choroby i efekty przystosowania, czy też nie. Problem jest nadal otwarty.

Analogicznie – z powodu niewielu danych – przedstawia się sytuacja, jeśli chodzi o rolę, jaką w procesie przystosowania odgrywa czynnik czasu trwania inwalidztwa. M. Kammerer (za: Hulek, 1969) podaje, że dla wielu badaczy czynnik ten wydaje się nie mieć większego znaczenia i wpływu na sposób i jakość przystosowania się. Ogólnie w przypadku para- i tetraplegii przyjmuje się, że okres jednego roku od nabycia urazu to czas, w którym osoba doświadczająca schorzenia powinna przejść przez wszystkie trudności i zacząć normalnie funkcjonować. R. Carter (za: Trieschmann, 1980) oraz W. Kerr i M. Thompson (1972) sądzą co prawda, że potrzeba co najmniej dwu lat, zanim osoba z paraplegią zdobędzie trochę poczucia stabilizacji w życiu. Trudno tu wyrokować, jak jest w rzeczywistości, bardzo ważną rolę odgrywa tutaj zapewne czynnik indywidualizacji, niemniej faktem oczywistym jest, że w literaturze przedmiotu często nie uściśla się tego czynnika lub w zupełności pomija. W jednym z nielicznych badań na ten temat S. Webb i in. (1982) dokonali pomiaru zmian między 12. a 18. miesiącem od urazu i między 2. a 6. rokiem po urazie, jakie ich zdaniem powinny wystąpić w tym czasie u osób z paraplegią w takich sferach życia społecznego, jak: sytuacja małżeńska, wykształcenie, zatrudnienie, dochód i ogólny status majątkowy. Uzyskane wyniki wskazały, że społeczne oddziaływanie uszkodzenia rdzenia kręgowego w czasie jest znacznie mniejsze, niż można było to przyjąć hipotetycznie, aczkolwiek – co podkreślają autorzy w konkluzji – tylko dalsze badania mogą określić, czy ten stan utrzyma się w dłuższym okresie.

Jest faktem niepodważalnym, że tetraplegia powoduje większe ograniczenia, przynajmniej w sferze funkcjonalnej (która bądź co bądź oddziałuje na stronę psychiczną i społeczną chorego), niż paraplegia. Powstaje więc pytanie: Czy osoby z quadriplegią są gorzej przystosowane niż osoby z paraplegią? C. Seymour (1955) zbadała społeczne i osobiste przystosowanie osób z para- i quadriplegią i stwierdziła, że tetraplegicy zostali ocenieni jako bardziej społecznie przystosowani niż paraplegicy. Nie stwierdzono natomiast żadnych różnic w osobistym przystosowaniu pomiędzy obydwoma grupami.

B. Kemp i C. Vash (1971) odkryli zaś znaczące interakcje pomiędzy poziomem uszkodzenia rdzenia a utrzymywaniem stosunków interpersonalnych jako czynników aktywności tych osób. Okazało się, że przy licznych kontaktach interpersonalnych nie było różnicy między osobami z para- i quadriplegią, przy niskim jednak poziomie kontaktów osoby z wysokim porażeniem były znacząco mniej aktywne.

Takich i podobnych badań przeprowadzono wiele. Prowadzili je m. in.: Q. Dinardo (1971), C. Golightly i R. Reinehr (1972), H. Meyerson (1968), E. Ludwig i S. Adams (1968), T. Janos i K. Hakmiller (1975) oraz G. Hohmann (1966). Żadna z tych osób nie dała jednak jednoznacznej odpowiedzi. Co więcej, stanowiska między badaczami były niekiedy diametralnie różne: od

stwierdzenia Q. Dinardo (1971), bliskiego ujęciu R. Barkera i in. oraz B. Wright (za: Hulek, 1969), w myśl którego stopień inwalidztwa (w tym przypadku wysokość uszkodzenia rdzenia) jest ważnym czynnikiem w procesie przystosowania, po poglądy m. in. C. Golightly'ego i R. Reinehra (1972) mówiące, że wyższe poziomy uszkodzeń i związane z tym większe ograniczenia funkcjonalne wcale nie muszą prowadzić do mniejszego przystosowania.

Wydaje się, że dylemat ten będzie ciągle aktualny, tak jak aktualny jest problem wieku czy problemy wpływu innych czynników na proces przystosowania. Występująca bowiem w tym procesie ogromna liczba zmiennych pośredniczących stwarza tak różnorodne ich konfiguracje i układy wpływów, iż bardzo często oczywiste na ogół fakty i zjawiska stają się niezrozumiałe i absurdalne tak dla postronnych obserwatorów, jak i badaczy tej dziedziny. Literatura przedmiotu podaje wiele przykładów osób z bardzo ciężkim inwalidztwem, które funkcjonują psychicznie i społecznie na wyższym poziomie niż na przykład osoby pełnosprawne. Powstaje pytanie: Czy są to wyjątki? Zapewne tak, tylko że z takiej odpowiedzi rodzi się kolejne pytanie: Czy społeczeństwo pomaga stwarzać wszystkim niepełnosprawnym odpowiednie warunki do takiego ich funkcjonowania? Zdecydowana większość autorów mówiących i piszących na ten temat jest jednomyślna, że nie.

Kolejnym czynnikiem – chętnie omawianym w teoretycznych dociekaniach nad jego znaczeniem w przystosowaniu – jest miejsce zamieszkania. Podobnie jednak jak w przypadku płci i czasu trwania niesprawności, również i ten czynnik nie doczekał się jeszcze gruntowniejszych analiz empirycznych, może poza czysto statystycznymi wskaźnikami. Istniejąca zatem – jak uważa np. R. Trieschmann (1980) – niewielka liczba danych (a i te są bardzo nierzetelne) dostępnych do rozstrzygnięcia, czy czynnik miejsca zamieszkania ma wpływ na przystosowanie do paraplegii, nie pozwala wyciągnąć zbyt daleko idących wniosków. Można co prawda powiedzieć, posługując się danymi zaczerpniętymi z Ekspertyzy PAN (1978) czy też pracy Z. Kaźmieraka (1984), że zamieszkiwanie przez inwalidów ośrodków miejskich, „zasobniejszych” – w przeciwieństwie do ośrodków wiejskich – np. w opiekę medyczną, rehabilitacyjną, edukacyjną, nie mówiąc już o tzw. infrastrukturze, stwarza dogodniejsze warunki do ich społecznego funkcjonowania. E. Gorczycka (1981) podaje, że większe ośrodki sprzyjają adaptacji instytucjonalnej, a młodzież zamieszkująca je cechuje wyższy poziom wykształcenia i wyższa pozycja zawodowa. Twierdzenia tego – zdaniem autorki – nie stosuje się do małych ośrodków. Miasta dostarczają także większej liczby kontaktów interpersonalnych, chociaż z drugiej strony mogą być również miejscami samotności i społecznej izolacji, na przykład w przypadku zamieszkiwania w lokalach położonych na wysokich piętach, bez wind i innych możliwości swobodnego przemieszczania się.

Powyższe dane, jakkolwiek ważne, nie pretendują jednak – co należy raz jeszcze podkreślić – do jednoznacznego określenia związków z przystosowaniem.

Wiele badań, szczególnie w krajach zachodnich, przeprowadzono nad wpływem czynnika ekonomicznego, określanego przez R. Trieschmann (1980) mianem „socjoekonomicznego statusu” (SES), w procesie przystosowania. I tak, H. Lefcourt (1976) podał, że zaobserwowane u paraplegików warunki materialne pozostają w ścisłym związku z poziomem kontroli, tzn. osoby mniej zamożne bardziej odczuwały, że bogactwa tego świata są poza ich zasięgiem, stąd widziały siebie jako ofiary przeznaczenia, nieszczęścia i przypadku. A więc gorszego przystosowania. Natomiast M. Kalb (1971) podał, że pochodzenie społeczne (klasa społeczna) oraz status materialny determinują jakość późniejszego życia chorych z paraplegią (po wyjściu ze szpitala). Zbliżone stanowisko zajmują także E. Ludwig i S. Adams (1968). Zauważyli oni, iż osoby o najniższym poziomie socjoekonomicznym potrzebują najczęściej pomocy w przystosowaniu, co – zdaniem autorów – wiązało się najczęściej z przyjmowaniem przez nie – od początków oddziaływań rehabilitacyjnych i psychoterapeutycznych – roli zależnej i podporządkowanej.

Na zakończenie tego krótkiego przeglądu trzeba odnotować jeszcze rezultaty badań poczynionych przez W. Kerra i M. Thompsona (1972). Stwierdzili oni, że przykłady dobrego przystosowania obserwowane były w badanej populacji we wszystkich grupach pochodzenia społecznego, przy czym potwierdziło się raz jeszcze, że ubóstwo finansowe i materialne było bezwzględną przeszkodą w przystosowaniu. Otóż na 30 przypadków ocenianych jako doskonale przystosowani, tylko w jednym występowały trudności natury materialnej i finansowej. W. Kerr i M. Thompson (1972) donieśli również, że wśród badanych osoby najlepiej przystosowane miały zazwyczaj wyższe wykształcenie od tych z kategorii mniej przystosowanych. Jest to szczególnie interesujące stwierdzenie, zwłaszcza gdy się weźmie pod uwagę ogólne przekonanie, potwierdzone licznymi danymi empirycznymi, mówiące, że inwalidzi o wyższym poziomie umysłowym mają większe trudności w przystosowaniu (por. Heflich–Piątkowska, Walicka, 1975; Hulek, 1969).

Stwierdzenie W. Kerra i M. Thompsona (1972) znalazło potwierdzenie w badaniach A. Robertsa (1972), gdzie autor zauważył, że paraplegicy o wyższych zdolnościach intelektualnych przejawiali więcej chęci i zaangażowania w działania na rzecz przystosowania się niż paraplegicy o niższym poziomie umysłowym. Podobnie uważa J. Kirenko (1986), argumentując, że osoby z poprzecznym porażeniem o wyższym poziomie umysłowym łatwiej przyswajają nowe nawyki i umiejętności, łatwiej też wypracowują określone nawyki, tak przecież niezbędne w czynnościach dnia codziennego, samoobsłudze i pracy zawodowej. Umiejętności tych, jak zastrzega się autor, nie można utożsamiać z przystosowaniem społecznym, już jednak samo unieza-

leżnienie się w podstawowych czynnościach od osób drugich daje paraplegikowi większe poczucie wartości, co niesłuchanie pozytywnie wpływa na proces jego psychospołecznego przystosowania.

Można mieć wiele wątpliwości, czy zaprezentowane wyżej dane oparte w zdecydowanej większości na literaturze zachodniej, odnoszące się do czynnika socjoekonomicznego, są adekwatne do warunków naszej rzeczywistości. Wielkość różnic kulturowych, ekonomicznych i społecznych zapewne skłania do takich powątpiewań. Nie przeprowadzono jednak w naszym kraju stosownych badań, więc z konieczności wszelkie przedsięwzięcia w tym zakresie powinny być – w odpowiednich proporcjach – użyteczne i dla nas, chociażby w formułowaniu hipotez przyszłych prac badawczych (Kirenko, 1990a; 1991a).

Reasumując należy powiedzieć, że przeprowadzone tutaj rozważania nad znaczeniem czynników społeczno-demograficznych w procesie przystosowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego – i nie tylko – nie wyczerpują wszystkich aspektów tego problemu. Nie uwzględniono w nich na przykład znaczenia czynnika stanu cywilnego. Nie znaleziono jednak w dostępnej literaturze zbyt wielu danych odnoszących się do analizowanych korelatów, oprócz wskaźników socjologicznych, a i te zaprezentowane, o czym można się było przekonać, nie pozwalają na jednoznaczne określenie potencjalnych związków i ewentualnych ich kierunków. A zatem, wskazane wydaje się przeprowadzenie odpowiednich badań, naświetlających problem psychicznego i społecznego przystosowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i niektórych jego uwarunkowań (Kirenko, 1990a).

## **1. Wpływ osobowości przedurazowej na przystosowanie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego**

Człowiek w obliczu nagłej utraty sprawności fizycznej przeżywa nieunikniony wstrząs wizji i koncepcji własnej osoby. Zaskoczenie urazowym inwalidztwem powoduje, że jednostka może się gubić i dezorientować w sobie samej. To co ją spotkało, jest nowe i szokujące. Pełnosprawni nie zawsze przecież rozumieją, gruntownie znają i pojmują siebie. W codziennym funkcjonowaniu posługują się powierzchownym, schematycznym i mało rozbudowanym obrazem samych siebie. Stąd nagłe inwalidztwo, uderzając w psychofizyczne *ja*, zakłóca samoidentyfikację. Dotyka jakby rdzenia osobowości, tego co osobiste i intymne. Sytuacja ta zmusza do odkrycia nowej tożsamości; uraz bowiem dezintegruje człowieka. Dlatego też problem obrazu siebie

w przypadku inwalidów powypadkowych nabiera większego znaczenia niż ma to miejsce na przykład u osób pełnosprawnych.

Człowiek dorosły, który uległ wypadkowi z następstwem niepełnosprawności fizycznej, posiada już bowiem bardziej lub mniej ukształtowany obraz samego siebie. Występowanie zaś tendencji do zachowania i utrzymywania obrazu siebie z przeszłości wydaje się równie zrozumiałe. Osoba niepełnosprawna ma przecież głęboko wdrukowany obraz swego *pełnosprawnego ja*, stąd przypuszczalnie wynika owo ciążenie w stronę przeszłości. Rodzi się zatem paradoksalna sytuacja, osoby niepełnosprawne wybiegają marzeniami w przyszłość, opierając się na obrazie własnej osoby z przeszłości przedurazowej, z pominięciem aktualnego stanu. Mechanizm ten jest dość typowy w urazowej niepełnosprawności i uporanie się z nim należy do ważniejszych zadań rehabilitacji psychicznej. Aby poszkodowany mógł żyć bowiem w zgodzie ze swym *ja*, zmienionym przez uraz, musi ten fakt przyjąć do swej świadomości z całą oczywistością. Tylko tędy wiedzie droga do zachowania zdrowia psychicznego, samoakceptacji i społecznego przystosowania. Ucieczka natomiast od swego rzeczywistego, zmienianego *ja* w marzenia o sobie sprzed wypadku jest neurotycznym mirażem.

Zdolność przetworzenia obrazu siebie po urazie zależy istotnie od osobowości przedwypadkowej. Typ osobowości, stosunek do siebie i świata, hierarchia wartości, poziom intelektualny, moralny, wachlarz uzdolnień i zainteresowań, bogactwo lub ubóstwo duchowe, temperament, emocjonalność, próg odporności psychicznej i wiele innych cech – wszystko to wpływa na rodzaj i jakość ewentualnych zmian psychicznych. Zmiany w osobowości poszkodowanego zależą również od czynników zewnętrznych, np. sytuacji życiowej, społecznej, rozległości uszkodzeń fizycznych czy też przebiegu procesu rehabilitacji.

Interesujące jest zatem ustalenie, na ile nagły uraz wpływa na zmianę osobowości osób poszkodowanych oraz jaki jest udział osobowości przedwypadkowej w procesie przystosowania tychże osób. Stąd celem podjętych badań była ocena zmian w obrazie samego siebie u osób z pourazowym inwalidztwem narządu ruchu. Zaproponowany model badawczy dotyczył: analizy obrazu własnej osoby w ujęciu – *ja retrospektywnego*, *ja realnego* i *ja idealnego* u badanych osób z powypadkową dysfunkcją narządu ruchu; określenia ich poziomu samoakceptacji; oceny związku między obrazem siebie a poziomem samoakceptacji w badanych grupach.

Badaniom z zastosowaniem Testu Przymiotników (ACL) H. Gougha i A. Heilbruna poddano dwie grupy niepełnosprawnych: 28-osobową grupę kobiet i mężczyzn z paraplegią oraz 30-osobową grupę kobiet i mężczyzn z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i po amputacji kończyn.

Badania zostały przeprowadzone przez dwóch studentów pedagogiki specjalnej UMCS w Lublinie: A. Jończyka (*Zmiany w obrazie siebie u osób z porażkowym inwalidztwem narządu ruchu*) i A. Kwaśniewskiego (*Obraz własnej osoby i samoakceptacja u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*) – za co składam im serdeczne podziękowania – w ramach prowadzonego przeze mnie seminarium magisterskiego na temat psychospołecznego funkcjonowania osób z inwalidztwem narządu ruchu.

Wśród badanych z 1. grupy było 10 kobiet i 18 mężczyzn w wieku od 20 do 30 lat, (średnia 25,7 roku). Poziom uszkodzenia rdzenia mieścił się w przedziale Th<sub>1</sub> – L<sub>2</sub>, z przewagą uszkodzeń w odcinku Th<sub>12</sub> – L<sub>1</sub>. Średni czas trwania paraplegii wynosił 4,6 roku.

Granica wieku badanych 12 kobiet i 18 mężczyzn (z 2. grupy) wahała się między 25. a 40. rokiem życia (średnia 35,5 roku). Średni czas trwania inwalidztwa wynosił 10,2 roku. Osób po uszkodzeniu rdzenia kręgowego było 15, w tym 3 kobiety (1 z para- i 2 z tetraplegią) i 12 mężczyzn (3 z para- i 9 z tetraplegią); i tyle samo (15 osób) po amputacji kończyn, w tym: 9 kobiet (3 z amputacjami pojedynczymi kończyn górnych, 3 z amputacjami pojedynczymi kończyn dolnych oraz 3 z amputacjami obu kończyn dolnych) i 6 mężczyzn (1 z pojedynczą amputacją kończyny górnej, 4 z amputacjami pojedynczymi kończyn dolnych oraz 1 z podwójną amputacją kończyn dolnych).

W procedurę badawczą włączono również grupę porównawczą osób pełnosprawnych, których zadaniem była weryfikacja i obiektywizacja samoopisów dokonanych przez badane osoby niepełnosprawne ruchowo. Osoba z grupy porównawczej (zwykle członek rodziny inwalidy), posługując się tym samym narzędziem badawczym (testem ACL), opisywała poszkodowanego w dwóch ujęciach obrazu samego siebie: jaki był przed wypadkiem oraz jaki jest teraz.

Przeprowadzone badania oraz analiza uzyskanych wyników i ich interpretacja pozwoliły scharakteryzować badane grupy (każdą z osobna) w trzech ujęciach obrazu własnej osoby, ustalić różnice pomiędzy tymi ujęciami oraz skonfrontować te wyniki z wynikami otrzymanymi w grupie porównawczej (dotyczyło to tylko 30-osobowej grupy z para- i tetraplegią oraz po amputacji), określić poziom przystosowania psychicznego (samoakceptacji), a także stwierdzić, które z cech obrazu siebie sprzyjają występowaniu wysokiej samoakceptacji, a które ją obniżają.

Z uwagi na fakt, iż w obu badanych grupach osób niepełnosprawnych ruchowo stwierdzono, przy zastosowaniu tych samych testów statystycznych (różnic i korelacji), identyczne wskaźniki ilościowe i jakościowe, a i dokonane charakterystyki osobowościowe niemalże w pełni pokrywają się (co może zapewne stanowić – w obszarze metodologii badań prowadzonych *post factum* – jeszcze jeden przyczynek do dyskusji), postanowiono zaprezentować je tu w sposób globalny, aczkolwiek w syntetycznym ujęciu. A zatem

badane osoby z pourazowym inwalidztwem narządu ruchu charakteryzowały się:

A. W zakresie obrazu własnej osoby:

– *Ja retrospektywne*: niewielkimi zdolnościami do myślenia odkrywczego i oryginalnego, dystansem i ostrożnością wobec problemów, częstym zajmowaniem się sobą, skłonnościami do niepokoju oraz zmiennością emocji. Unikają one sytuacji wymagających wyboru lub takich, w których szybkie działanie jest niemożliwe. Widoczna jest u nich skłonność do resentymentów. Są to również osoby impulsywne, o znacznym indywidualizmie i uporze;

– *Ja realne*: brakiem inwencji i pomysłowości, niską aktywnością, skłonnością do stania na „drugim planie”, rozkojarzeniem, obojętnością wobec ludzi i unikaniem ich. Przejawiają one zniecierpliwienie, agresję i niski poziom empatii, są zamknięte w sobie. Wiele sił psychicznych trwonią na nostalgicznych rozpamiętywaniach, przeżywają kruchość i zmienność nastrojów. Nie są rzutcy i prężni życiowo, raczej optują w świat wnętrza, ucieczki we własne ja;

– *Ja idealne*: brakiem tendencji do rozwijania szerszych horyzontów myślowych i skuteczności w działaniu. Osoby te są nastawione hedonistycznie do życia, krytykują siebie i innych, nie troszczą się o ogólnie uznawane wartości. Nie wykazują cech wyrazistych, o silnym natężeniu. Ich przeciętność wyraża się w postawach umiarkowanych, czasem bezbarwnych. Dostrzega się jednak u nich wyraźną chęć bycia poważnymi, sumiennymi, odpowiedzialnymi oraz godnymi zaufania. Osoby te chcą stać się solidnymi i niezawodnymi, ale kosztem własnej indywidualności i spontaniczności.

B. W zakresie różnic między poszczególnymi ujęciami obrazu siebie:

– *Ja retrospektywne a ja realne*: badani w niewielkim stopniu wykazywali zmiany. Opisywane osoby przed wypadkiem bardziej interesowały się życiem, ludźmi, płcią odmienną i światem w ogóle. Osobowość przedwypadkową, w porównaniu z aktualną, cechowały: większa stanowczość, operatywność, wytrwałość, skłonność do dominacji, pewność siebie i egoizm. Niepełnosprawni dzisiaj są bardziej zagubieni, nieprzystosowani, samokrytyczni, zasmuceni i zgorzkniali, poczuwają się do winy. Bardziej potrzebują pomocy społecznej, usuwają się na „peryferie” życia, mniej się chcą podobać i unikają ludzi;

– *Ja retrospektywne a ja idealne*: badane osoby sygnalizują większą potrzebę zmian w postrzeganych przez siebie właściwościach. Otrzymane wyniki wykazują u tych osób potrzebę bycia w przyszłości bardziej energicznymi i pewnymi siebie niż przed urazem. Chcą wywierać wpływ na ludzi, być bar-



dziej opanowanymi, odpowiedzialnymi, systematycznymi oraz żyć wyższymi wartościami aniżeli przed wypadkiem. Widzą swoje *ja* w optymizmie, uprzejmości, zaufaniu, szacunku do siebie i innych, pracowitości i uprzejmości;

– *Ja realne a ja idealne*: badane osoby określają potrzebę następujących zmian – w zamyśle chcą być bardziej niż obecnie szanowane i akceptowane, poważne i uspołecznione. Chcą być ludźmi przyjaznymi i godnymi zaufania, pragną się wykazać solidną pracą, wytrwałością, sprawiedliwością, posiadaniem i wiernością ideałom. Marzą o większej zdolności bycia blisko z ludźmi, o swobodzie psychicznej i społecznej.

W uogólnieniu tego aspektu badań należy stwierdzić, że nie występują większe różnice między retrospektywnym a realnym obrazem siebie w badanych grupach; tylko w niektórych skalach uzyskane wyniki były zróżnicowane – zazwyczaj w kierunku *ja retrospektywnego*. Większe zróżnicowanie dostrzeżono między retrospektywnym a idealnym obrazem własnej osoby. Zmiany ukierunkowane są w stronę *ja idealnego*. Największe natomiast różnice widać między realnym a idealnym obrazem siebie; występują bowiem w większości skal, na korzyść *ja idealnego*, co należy uznać za przejaw prawdziwości.

C. W zakresie samoakceptacji: poziomem w przedziale wyników przeciętnych (zblizonych do rozkładu normalnego), z zauważalną jednak tendencją w kierunku podziału badanych niepełnosprawnych na dwie kategorie: o obniżonej i podwyższonej samoakceptacji, co może oznaczać zachwianie równowagi w obrazie siebie.

Duże rozbieżności między realną a idealną koncepcją siebie wskazują na brak poczucia własnej wartości, nieakceptowanie siebie takim, jakim się jest w rzeczywistości. Wysokie oraz podwyższone wskaźniki samoakceptacji zdają się być potwierdzeniem tych teorii, które zakładają, że *ja idealne* może się tworzyć na bazie *ja realnego* z przeszłości. Jest to typowy model w sytuacjach ubytku jakichś możliwości, związanych na przykład z powstaniem niepełnosprawności. Nietrudno jest zatem zrozumieć brak zgodności między *ja realnym* a *ja idealnym*. Dopóki bowiem w idealnej koncepcji siebie nie zostanie uwzględniony obiektywny fakt fizycznego inwalidztwa, dopóty nie może być mowy o integracji obrazu własnej osoby. Również zbyt małe rozbieżności między *ja realnym* a *ja idealnym* nie są korzystne. Wynikają one prawdopodobnie z obniżenia idealnej koncepcji siebie, by możliwe było łatwe sprostanie wymogom realnego obrazu siebie. Ma to na celu ochronę i wzmocnienie obrazu własnej osoby.

D. W zakresie porównania wyników otrzymanych w grupie podstawowej – osób niepełnosprawnych „A” i porównawczej – członków rodzin „B”:

– *Ja retrospektywne*: nie stwierdzono różnic na poziomie statystycznej istotności – wysoka zbieżność porównywanych profili osobowościowych – co uwiarygodnia samoocenę badanych osób niepełnosprawnych;

– *Ja realne*: wysoka zbieżność obustronnych ocen (tylko w jednej skali: *potrzeba ponizania się* uzyskano różnicę istotną statystycznie) świadczy o dużej znajomości psychiki badanych osób przez grupę porównawczą, potwierdzając tym samym realistyczność dokonanych ocen. Osoby z grupy „A” oceniają siebie nieco mniej korzystnie niż osoby z grupy „B”. Interpretują siebie („A”) jako gorsze, słabsze, nieporadne społecznie, z pewnymi skłonnościami do autoagresji. Osoby z grupy „B” widzą niepełnosprawnych bardziej optymistycznie – jako ludzi zrównoważonych i skutecznych w działaniach międzyludzkich.

– *Ja retrospektywne a ja idealne*: nie zaobserwowano znaczniejszych różnic ilościowych i jakościowych. W grupie „A” uzyskano wyniki na nieco wyższym poziomie, powodujące większe (niż w grupie „B”) zróżnicowanie jakościowe między retrospektywnym a realnym obrazem siebie. Osoby z tej grupy znacznie bardziej przed wypadkiem interesowały się np. pięcią odmienną, czy też w ogóle światem, aniżeli obecnie. Grupa „B” te obecne zainteresowania ocenia nieco wyżej niż poszkodowani. Badani („A”) dawniej byli śmielsi, chcieli się pokazać, dziś ta potrzeba zmalała. Porównujący twierdzą, że inwalidzi teraz są trochę pewniejsi siebie, niż sami uważają. Osoby z grupy „A” w porównaniu z okresem przedurazowym bardziej szukają uznania i poparcia. Różnica ta w ocenie grupy „B” jest nieistotna statystycznie. Badane osoby niepełnosprawne aktualnie są bardziej surowe i krytyczne wobec siebie, nie znają też swojej wartości. Porównujące je osoby takich zmian nie dostrzegły. Badani z grupy „A” sygnalizują potrzebę porady psychologicznej, osoby z grupy „B” stoją na zbliżonym stanowisku.

E. W zakresie związków zależnościowych pomiędzy ogólnym wskaźnikiem samoakceptacji („D”) a trzema ujęciami obrazu własnej osoby:

– *Ja retrospektywne*: wzrostowi poziomowi samoakceptacji w badanej grupie sprzyjały (przed wypadkiem) takie cechy, jak: opanowanie, wytrwałość, solidna praca, uprzejmość, taktowność, sumiennność, przedsiębiorczość i optymizm. Samoakceptację wzmacniała silna wola, pewność siebie, zdecydowanie w działaniu, niezawodność, rozumienie siebie i innych, utrzymywanie licznych przyjaźni oraz życiowa śmiałość. Niższy natomiast poziom samoakceptacji w badanej grupie wiązał się z takimi cechami retrospektywnego

obrazu siebie, jak: niedbałość, cynizm, sceptycyzm, pesymizm, apatia i brak szacunku dla siebie;

– *Ja realne*: wraz z wyższą samoakceptacją współwystępowały takie cechy, jak: samoopanowanie, sprawianie pozytywnego wrażenia na otoczeniu, siła i stanowczość charakteru, uspołecznienie, bycie osobą przyjazną i godną zaufania, optymizm, dążenie do pełnienia roli przywódczej w grupie, zamiłowania intelektualne, bezinteresowność, sympatia dla ludzi, czasem chęć błyszczenia, a nawet pewna doza narcyzmu. Niższej zaś samoakceptacji towarzyszyły: zarozumiałość, oportunizm, ale też zabieganie o uczucia i emocjonalne wzmocnienia od innych, lękliwość i pomniejszanie siebie;

– *Ja idealne*: nie dostrzeżono korelacji z ogólnym wskaźnikiem samoakceptacji na żadnym poziomie istotnym statystycznie, co wydaje się być stanem niekorzystnym. Wynika on prawdopodobnie z inhibicji aspiracji, planów i celów życiowych.

Uogólniając wyniki tej części analiz, stwierdzić należy, że wystąpiły związki zależnościowe między ogólnym wskaźnikiem samoakceptacji („D”) a retrospektywnym i realnym obrazem siebie w badanych grupach osób z inwalidztwem narządu ruchu. Związki te są różne, w różnych wymiarach obrazu własnej osoby. Nie zauważono natomiast takich związków w odniesieniu do idealnej koncepcji siebie.

F. W zakresie związków zależnościowych pomiędzy wysokim poziomem samoakceptacji („D”) a trzema ujęciami obrazu własnej osoby:

– *Ja retrospektywne*: wysokiej samoakceptacji nie sprzyjały cechy pewnego indywidualizmu, brak ufności i pesymizm;

– *Ja realne*: wysoką samoakceptację wspierają – zapał, równowaga psychiczna, działanie z wewnętrzną siłą i uporem;

– *Ja idealne*: wysokiej samoakceptacji powinna towarzyszyć skuteczność i celowość działania.

G. W zakresie związków zależnościowych pomiędzy niskim poziomem samoakceptacji „D”) a trzema ujęciami obrazu własnej osoby:

– *Ja retrospektywne*: nie koreluje na poziomie istotności statystycznej z niską samoakceptacją;

– *Ja realne*: z niską samoakceptacją współwystępują takie cechy, jak – niezadowolenie, lękliwość, osamotnienie, trudności w porozumiewaniu się z ludźmi, brak siły do aktywnego życia oraz niecierpliwość;

– *Ja idealne*: osoby o niskiej samoakceptacji cechuje brak ochoty do życia i działania.

Otrzymane wyniki badań, bardzo zbieżne – co należy jeszcze raz podkreślić – w obu badanych grupach, w pełni potwierdziły przypuszczenia co do istnienia związków zależnościowych, w różnych układach konfiguracyjnych i na różnych poziomach między obrazem siebie u osób z inwalidztwem narządu ruchu a ich przystosowaniem psychicznym. Daje to również możliwość podjęcia dyskusji co do udziału osobowości w procesie przystosowania porażonych inwalidów. Interesujące bowiem wydaje się być spostrzeżenie odnoszące się do zauważalnych związków zależnościowych pomiędzy określonymi cechami osobowości a ustalonym poziomem samoakceptacji. Ma to duże znaczenie dla praktyki psychologicznej i rehabilitacyjnej. Oddziaływanie i stymulowanie określonych cech osobowości prowadzi do kształtowania odpowiedniego poziomu samoakceptacji. Jest on *sensu stricto* wyznacznikiem psychicznego (czy też osobistego) przystosowania osób z uszkodzeniem narządu ruchu. Z badań również jednoznacznie wynika, że nie są widoczne większe zmiany w obrazie własnej osoby w porównaniu osobowości przedwypadkowej z aktualną. W badanych grupach nie występuje także zjawisko idealizacji okresu przeduszkodzeniowego. Potwierdzeniem tego jest znaczne zbliżenie profilów *ja retrospektywnego* z *ja realnym*. Jest to istotne spostrzeżenie problemu, jak dotąd nie w pełni analizowanego na gruncie empirii. Dochodzi tutaj do zderzenia bogato powielanej opinii o determinującym wpływie osobowości przedwypadkowej na psychikę osoby porażonej z wynikami niniejszych badań. Jeżeli uzyskane wyniki zostałyby potwierdzone w toku kolejnych badań, to konsekwencje natury praktycznej dla rehabilitacji byłyby bardzo duże. Jednakże wydaje się, że otrzymane wyniki retrospektywnego obrazu siebie i ich porównanie z realnym obrazem własnej osoby, należy traktować ostrożnie. Trzeba uwzględnić bowiem duży odstęp czasowy (4,6 w pierwszej oraz 10,2 roku w drugiej grupie badanych) między badanym okresem przedwypadkowym a stanem obecnym. Przy czym warto podkreślić, iż wprowadzeni do badań (w jednej grupie) członkowie rodzin, a więc osoby, które znały badanych przed wypadkiem i mają z nimi kontakt obecnie, pozwoliły na zobiektywizowanie uzyskanych danych. W jakimś stopniu zmniejszyło to możliwość popełniania błędów, wynikającą z przyjętego modelu badań, tzw. *post factum* oraz znacznego odstępu czasowego. Zastanawiający tutaj jednak może być fakt otrzymania w obu badanych grupach (jedna z grupą porównawczą, druga bez) niemalże identycznych profilów retrospektywnego i realnego obrazu siebie. A zatem, problematyka zmian osobowości na skutek urazu jest wciąż otwarta i wymaga nowych, daleko szerszych badań i opracowań.

## 2. Styl życia a psychospołeczne przystosowanie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego

W społeczeństwie, w którym warunki egzystencji i normy współżycia są dostosowane przede wszystkim do potrzeb i możliwości ludzi sprawnych fizycznie, żyją osoby niepełnosprawne, w tym liczna rzesza ludzi po uszkodzeniach rdzenia kręgowego, ze wszystkimi ich medycznymi i psychospołecznymi konsekwencjami. Sprostanie przez nich coraz bardziej złożonym wymaganiom życia społecznego jest bardzo trudne, a czasami wręcz niemożliwe. Niewiele jest bowiem – według S. Tucker (1980) – modeli ról czy też subkultur, z którymi mogliby się oni identyfikować i które pomogłyby im w integracji, gdyż sztywne standardy stawiane wobec osób pełnosprawnych są przeceniane, przypisuje się im tak wiele wartości, że osobie niepełnosprawnej już z samej definicji nie może się powieść. Świadomość przeszkód i trudności, często brak wiedzy oraz nieumiejętność rozwiązywania problemów życiowych, powstających w związku z niepełnosprawnością, wywołują u nich przykre napięcia emocjonalne i zaburzają psychospołeczne funkcjonowanie.

Osoba niepełnosprawna, aby mogła znaleźć swoje miejsce w świecie, mieć poczucie spokoju i zadowolenia, musi posiadać optymalny poziom adaptacji, psychologizacji i socjologizacji, dzięki którym to procesom dochodzi do przywrócenia i utrzymania stanu dynamicznej równowagi między nią a środowiskiem. Inaczej mówiąc, musi przystosować się do warunków życia zmienionych przez kalectwo.

Jednym z warunków psychospołecznego przystosowania człowieka jest także jego funkcjonowanie, które zapewnia zgodność stylu życia z właściwościami osobniczymi (Adler, 1947). Jest to warunek dotyczący w takim samym stopniu osób sprawnych fizycznie, jak i niepełnosprawnych. Styl życia bowiem oznacza powtarzalne, charakterystyczne zachowania, które układają się w pewne ustrukturalizowane całości. Można go też rozpatrywać przez pryzmat osobowości i traktować jako kolejną z wielu zmiennych opisujących zachowanie człowieka. W piśmiennictwie z tego zakresu w sposób wyraźny wyróżnia się cztery podejścia w jego opisywaniu i badaniu: filozoficzne, psychologiczne, socjologiczne i pedagogiczne.

Jedną z ciekawszych psychologicznych propozycji ujmowania stylu życia jest koncepcja C. Edwardsa (1973). Odwołuje się ona do psychospołecznego kontekstu funkcjonowania człowieka, w szczególności jego interakcji adaptacyjnych. Opisuje trzy główne style życia, zwane tu stylami interakcji adaptacyjnej, będące w dyspozycji człowieka niezależnie od posiadanych przez niego zasobów i wyznaczonych celów oraz charakterystycznego sposobu interakcji ze środowiskiem i dostosowania się do niego. Stylami tymi są: ko-

operacyjna interakcja „C”, instrumentalna interakcja „I” oraz analityczna interakcja „A”. A zatem, tak pojmowana typologia stylu życia, przez pryzmat interakcji adaptacyjnej człowieka, jego wewnętrznej motywacji, dotyczy wielu ważnych aspektów funkcjonowania człowieka w świecie. Jest szczególnie istotna dla ludzi, którym obiektywne przeszkody, na przykład fizyczne inwalidztwo, utrudniają przystosowanie i dla których możliwość jego świadomego kreowania jest szczególnie ważna.

Nieliczne badania nad stylem życia osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, prowadzone np. przez: D. Kohana i D. Bringa (za: Stewart, Rossier, 1978) oraz C. Carlson (1979), doprowadziły m. in. do wyodrębnienia: w pierwszym przypadku pewnych typowych grup współistniejących cech i ich następstw – zwanych stylami pacjenta – których kryterium podziału stanowią osobowość powypadkowa, jej struktura zmiany, a także występujące i przewidywane zaburzenia oraz w drugim – typów systemów (stylów) przekonań, które pokazują na przykład, jak styl rozumienia pojęć wpływa na ich wykorzystanie do osiągnięcia jednostkowego celu za pomocą indywidualnych, alternatywnych metod. Zarówno w jednym, jak i drugim przypadku skonstruowane typologie mają charakter raczej teoretyczny. Stąd też, dostrzegając ich przydatność w praktyce medycznej i rehabilitacyjnej, nie wolno zapominać (na co zresztą zwracają uwagę sami autorzy), iż żaden pacjent nie może być przypisany tylko jednej grupie cech czy też jednemu stylowi przekonań. Badania te – siłą rzeczy – nie wyczerpują istoty zagadnienia, wprost przeciwnie, uświadamiają nam jedynie, jak niewiele zostało zrobione w tym zakresie. O ile bowiem problematyka przystosowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest coraz szerzej i dogłębniej prezentowana w literaturze przedmiotu, tak w odniesieniu do analiz teoretycznych, jak i przedstawień empirycznych eksploracji, o tyle nie ma wielu rozważań nad stylem życia tychże osób. Spotkać można co najwyżej opisy życia konkretnych osób z para- lub tetraplegią. Jeżeli zawierają w sobie opisy charakterystycznych zachowań i zainteresowań oraz prezentacje motywów działań, potrzeb i aspiracji, to uznaje się je za opisy stylu życia. Nie prowadzono też badań, które pozwoliłyby ustalić wzajemne relacje między psychospołecznymi wyznacznikami przystosowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego a ich stylem życia.

Podstawowy problem badań – zaplanowanych – zawierał się w pytaniu: Czy istnieje, a jeżeli tak, to jaki jest związek między stylem życia a psychospołecznym przystosowaniem młodzieży z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?

Dla uszczegółowienia problemu postawiono następujące pytania:

1. Jak przedstawia się styl życia młodzieży z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w aspekcie czynników mierzonych Inwentarzem Wyborów Sytuacyjnych (SPI) C. Edwardsa?

2. Jak przedstawia się psychospołeczne przystosowanie młodzieży z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w aspekcie czynników mierzonych:

– Psychospołecznym Kwestionariuszem dla Osób z Uszkodzeniem Rdzenia Kręgowego (PQ for SCIP) E. Bodenhanera, G. Kevorkiana, J. Achterberga-Lawlisa, A. Belanusa i C. Cofera;

– Kwestionariuszem Przystosowania Psychospołecznego (PACI) F. Shontza i S. Finka;

– Testem Przymiotników (ACL) H. Gougha i A. Heilbruna?

Oczekiwano, że uzyskane wyniki potwierdzą istnienie związków zależnościowych między stylem życia a psychospołecznym przystosowaniem młodzieży z para- i tetraplegią, oraz że związki te będą różne w poszczególnych wymiarach psychicznego i społecznego przystosowania\*.

Badaniami objęto grupę 29 osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, w tym 5 kobiet (17,2%) i 24 mężczyzn (82,7%). U wszystkich badanych – 19 osób z paraplegią (65,5%) i 10 z tetraplegią (34,5%) – uszkodzenie rdzenia nastąpiło na skutek mechanicznego urazu, co najmniej rok przed wykonaniem niniejszych badań. Przy czym ponad połowa z nich, bo 16 osób (55,1%), uległa wypadkowi 5 lub więcej lat (w przypadku 5 osób ponad 10 lat) wcześniej. Tylko u 4 osób (13,8%) czas trwania inwalidztwa wynosił od jednego roku do 2 lat. Uraz rdzenia najczęściej spowodowany był: wypadkami komunikacyjnymi (8 osób – 27,6%), upadkami z wysokości (7 osób – 24,1%), skokami do wody (7 osób – 24,1%) oraz innymi przyczynami (7 osób – 24,1%), w tym: uderzeniami, przygnieceniami czy też postrzałem z broni palnej. Wszyscy badani w swojej lokomocji korzystali z pomocy wózka inwalidzkiego. U żadnej z osób nie stwierdzono dodatkowych zaburzeń i schorzeń, które nie wynikałyby z istoty uszkodzenia rdzenia kręgowego. Granica wieku badanych osób wahała się między 18. a 29. rokiem życia, ze średnią 24,6 roku. Dwie osoby (6,9%) były w związku małżeńskim i tyleż samo (2 osoby) po rozwodzie (w separacji). Wśród badanych 62,0% (18 osób) stanowiły osoby pochodzenia robotniczego, 24,1% (7 osób) pochodzenia chłopskiego i 13,8% (4 osoby) pochodzenia inteligenckiego. Większość badanych, bo 22 osoby (75,8%), mieszkało w miastach, w tym 10 osób (34,5%) w miastach wojewódzkich. Pozostałych 7 osób (24,1%) żyło na wsi. Wykształcenie badanych przedstawiało się następująco: 5 osób (17,2%) na poziomie podstawowym, 10 (34,5%) – zawodowym, 11 osób (37,9%) na poziomie średnim oraz 3 osoby (10,3%) w trakcie studiów. Podstawowym źródłem utrzymania dla większości badanych była renta. Osiem osób (27,6%) pracowało zawodowo (wszyscy nakładczo), 3 (10,3%) kontynuowały naukę, pozostałych zaś 18

\* Badania zostały przeprowadzone przez dwie studentki pedagogiki specjalnej UMCS w Lublinie: S. Pikor (1991) i B. Polak (1991) w ramach prowadzonego przeze mnie seminarium magisterskiego na temat psychospołecznego funkcjonowania osób z inwalidztwem narządu ruchu. Składam im za to serdeczne podziękowania.

osób (62,1%) nigdzie nie pracowało i nie uczyło się. Wszystkie badane osoby posiadały I grupę inwalidztwa.

W wyniku przeprowadzonych analiz ilościowych i jakościowych ustalono następujące fakty:

1. Badana młodzież z uszkodzeniem rdzenia kręgowego najczęściej (19 osób) preferuje kooperacyjny styl interakcji adaptacyjnej „C”. Osoby te prezentują otwarty sposób podejścia do środowiska, w którym przebywają. Ich interakcje, będące częścią złożonego procesu adaptacyjnego, charakteryzują się zrozumieniem, wrażliwością na potrzeby innych oraz tendencją do rozwiązywania społecznych konfliktów przez osobiste poświęcanie się. Pozytywny stosunek do otoczenia sprawia, że społeczne funkcjonowanie tych osób jest na ogół pozytywne i bezkonfliktowe; dostarcza innym wielu pozytywnych doznań, rzadko natomiast gwarantuje im szczęście czy osiągnięcie osobistych celów. Znacznie mniej młodych ludzi z para- i tetraplegią (4 osoby) preferuje instrumentalny styl życia „I”. Osoby o takim stylu bycia częściej zorientowane są na przewodniczenie grupie i podejmowanie przedsięwzięć ukierunkowanych na określony cel. W swoich relacjach społecznych kierują się ściśle zasadami autorytetu, hierarchii, tradycji i zwyczaju; przy osiąganiu swoich celów posługują się także regułami, które najpierw dokładnie przyswajają, a następnie stosują w praktyce. Tylko nieliczne badane osoby (2 osoby) preferują analityczny styl interakcji adaptacyjnej „A”. Osoby o tym stylu poszukują zazwyczaj innych niż normatywne sposoby działania, częściej także uciekają się do rozwiązań alternatywnych. Styl ten dominuje raczej w zachowaniach adaptacyjnych przejawianych przez mężczyzn. Występowanie u młodzieży z uszkodzeniem rdzenia preferencji mieszanych wskazuje na tendencję do porządkowania zachowań adaptacyjnych w sposób zróżnicowany, uzależniony prawdopodobnie od charakteru wyzwających je sytuacji społecznych. Wśród badanych 4 osoby wybrały jednocześnie – w równorzędnej pozycji – styl „C” i „A”, co może wskazywać na połączenie tendencji do bezkonfliktowego funkcjonowania w sytuacjach społecznych z nieustannym poszukiwaniem coraz to lepszych jego wariantów.

2. Pomiaru psychicznego przystosowania badanej młodzieży z uszkodzeniem rdzenia kręgowego dokonano opierając się na wartościach Testu Przymiotników, w ujęciu: samooceny realnej (*ja realne*) i samoakceptacji („D” – stopień zgodności między *ja realnym* a *ja idealnym*). W zakresie samooceny realnej badani z para- i tetraplegią charakteryzują się: skłonnościami do ciągłego zajmowania się swoimi problemami, skupianiem zbyt dużej uwagi na sobie, tendencją do łatwego zniechęcania się, niepokojem, niepewnością, brakiem wiary we własne możliwości, rozpamiętywaniem przeszłości, impulsywnością, ale również i indywidualizmem oraz oryginalnością. Samoocena badanych osób zdominowana została przez średnie wartości wyników. Wartości ekstremalne pojawiają się stosunkowo rzadko, co może wskazywać na



typowe dla badanych widzenie siebie na poziomie wyników przeciętnych i unikaniu skrajności. Wartości wskaźnika samoakceptacji „D” dla całej badanej grupy oraz wartości tego wskaźnika dla poszczególnych osób również – w zdecydowanej większości – mieszczą się w przedziale wyników średnich, przeciętnych; z wyraźną jednak tendencją w kierunku wyników podwyższonych, a tym samym w kierunku niższej samoakceptacji. Istotność tej tendencji znalazła potwierdzenie w zestawieniu i porównaniu wartości „D”, uzyskanych w badanej grupie, z wynikami innych grup osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych (Kirenko, 1991b). Poziomy samoakceptacji badanych osób z para- i tetraplegią są istotnie niższe od porównywanych, a ich rozkład wyraźnie odbiega od rozkładu normalnego – typowego dla osób pełnosprawnych. Poziomy samooceny realnej i samoakceptacji wykazują zróżnicowanie w zależności od płci badanych, nie wykazując takich różnic – istotnych statystycznie – w odniesieniu do: wieku życia, poziomu uszkodzenia rdzenia kręgowego, czasu trwania inwalidztwa, miejsca zamieszkania, wykształcenia, czy też pochodzenia społecznego badanych.

3. Przystosowanie społeczne badanej młodzieży z uszkodzeniem rdzenia kręgowego utrzymuje się na poziomie przeciętnym i nieco powyżej niego, co może jedynie oznaczać, iż potrafi ona sprostać trudnościom wynikającym z faktu bycia osobą niepełnosprawną i poprawnie funkcjonować w środowisku społecznym. Większość badanych osób posiada dużo optymizmu, ma pozytywne spojrzenie na świat. Często jednak badani popadają w stany depresyjne, lękowe, odczuwają duże skrupowanie w różnych sytuacjach społecznych, na przykład kiedy muszą skorzystać z pomocy innych osób. Prawie wszyscy znajdują miłość i akceptację w rodzinach i potrafią nawiązywać dojrzałe stosunki społeczne. Należałoby się jednak zastanowić, czy otrzymane tu wyniki w pełni opisują przystosowanie społeczne, czy tylko jego wybrane elementy. Uzasadniona wydaje się zależność między nasileniem depresji, niepokoju czy dyskomfortu a poziomem społecznego przystosowania. Duży niepokój, długotrwałe i częste stany depresyjne, silne skrupowanie w naturalnych sytuacjach społecznych nie warunkują zapewne właściwego funkcjonowania w społeczeństwie. Powodują natomiast zaburzenie dynamicznej równowagi między jednostką a światem zewnętrznym. Duży zaś optymizm niewątpliwie ułatwia przystosowanie do zmienionych wskutek niepełnosprawności warunków życia. Nie należy jednak zapominać, że brak jest jednoznacznych kryteriów i norm, które wskazywałyby precyzyjnie poziomy nasilenia niepokoju, depresji czy optymizmu, przy których można wyrokować o dobrym lub złym przystosowaniu. Można w tej sytuacji mówić – co najwyżej – o innych mechanizmach przystosowawczych i częstszym występowaniu niekorzystnych stanów emocjonalnych.

4. Istnieje związek zależnościowy między przystosowaniem psychicznym, ujmowanym w kategoriach samooceny realnej i samoakceptacji, bada-

nej młodzieży z uszkodzeniem rdzenia kręgowego a preferowanymi przez nią stylami życia (stylami interakcji adaptacyjnej). Związek ten dotyczy jednak tylko niektórych spośród szacowanych wymiarów realnego oraz idealnego obrazu własnej osoby i uwarunkowany jest preferencjami określonych stylów interakcji. Poziomy samooceny realnej i samoakceptacji są różne dla osób preferujących odmienne style życia; przy czym istotność tych różnic nie jest jednakowa i uwidacznia się tylko w niektórych wymiarach Testu Przymiotników. Najbardziej różnicujący samoocenę badanych osób okazał się styl instrumentalny „I” oraz – wyodrębniony w trakcie analizy zebranego materiału – styl mieszany. Preferencje tych stylów życia wpływały w sposób istotny na różnice średnich poziomów samooceny w poszczególnych wymiarach realnego obrazu siebie. Najniższą natomiast wartość wskaźnika samoakceptacji „D” uzyskały osoby preferujące styl mieszany. Świadczy to o ich stosunkowo najwyższej samoakceptacji, najbardziej zbliżonej do poziomu optymalnego. Uprawnia to również do wnioskowania o występującej korelacji między stylem życia, łączącym różne formy różnych zachowań i interakcji adaptacyjnych z najbardziej adekwatnym i realnym widzeniem siebie oraz możliwie pełnej akceptacji własnej osoby. Nie stwierdzono natomiast wyraźnych związków zależnościowych między stylem życia a poziomem przystosowania społecznego. Jedynie w wymiarze *pogląd pozytywny* zależność taka została dowiedziona. Kooperacyjny styl interakcji adaptacyjnej „C”, określający w dużym stopniu potrzebę posiadania przyjaciół, związany jest ze znacznym optymizmem. Osoby zaś preferujące mieszany styl życia mają o wiele mniej poglądów pozytywnych. W innych wymiarach korelacje między stylem życia a poziomem społecznego przystosowania istnieją, ale nie są na tyle silne, aby można było wyciągać z tego tytułu zbyt pewnie brzmiące wnioski. Nie można więc jednoznacznie stwierdzić, że określony poziom przystosowania społecznego jest uwarunkowany preferowaniem danego stylu interakcji adaptacyjnej. A zatem, czy faktycznie dobrze funkcjonować w społeczeństwie mogą wszystkie osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, bez względu na preferowany styl interakcji adaptacyjnej?

Przeprowadzone badania umożliwiają sformułowanie dwojakiego rodzaju wniosków. Pierwsze z nich mogą być wykorzystane w codziennej pracy rehabilitacyjnej. Drugie pozwalają na sformułowanie nowych problemów badawczych, stanowiąc tym samym punkt wyjścia do przyszłych koncepcji, programów i przedsięwzięć rehabilitacyjnych:

1. W oddziaływaniach rehabilitacyjnych należy w jak największym stopniu wykorzystywać naturalne, wynikające z preferowania określonego stylu życia, tendencje do przejawiania określonych zachowań i sposobów rozwiązywania problemów. Jest to szczególnie istotne w odniesieniu do osób o kooperacyjnym stylu interakcji adaptacyjnej, których *de facto* jest najwięcej. W ich psychicznej i społecznej rehabilitacji należy:

- umożliwić im jak najszerszy kontakt z innymi ludźmi;
- stwarzać warunki ku temu, aby i oni – pomimo swej niesprawności – mogli wykazywać się inicjatywą pomagania innym ludziom;
- z uwagi na duże nasilenie dyskomfortu stosować takie metody (np. treningi psychoterapeutyczne, rozmowy, uczestniczenie w życiu społecznym), które obniżą stopień skrępowania socjalnego, odczuwanego w różnych sytuacjach społecznych.

Osobom o analitycznym stylu interakcji adaptacyjnej należy:

- wskazywać jak najwięcej alternatyw, różnych możliwości działania;
- dawać możliwość współdecydowania o kierunku i sposobie usprawniania psychofizycznego;
- stwarzać warunki umożliwiające odczuwanie w procesie rehabilitacyjnym pewnej niezależności od grupy (styl życia tych osób nie jest wyznaczony przez funkcjonowanie w obrębie grup społecznych i poprzez dążenie do określonego celu).

U osób preferujących instrumentalny styl życia proces rehabilitacji powinien:

- opierać się na wyraźnym określeniu możliwości, sformułowaniu celów i opracowaniu planu wszystkich przedsięwzięć usprawniających;
- przebiegać według ustalonych zasad;
- być prowadzony w grupie osób o podobnych zainteresowaniach i problemach.

Pracując z osobami o mieszanym (analityczno-kooperacyjnym) stylu życia, należy dążyć do:

- zmniejszenia u nich poziomu depresji;
- budzenia w nich optymizmu i nadziei (mieli oni najniższe wyniki w wymiarze *poгляд pozytywny*).

2. Istnienie związków zależnościowych pomiędzy realnym obrazem siebie a preferowanym stylem życia pozwala przypuszczać, iż modyfikacja jednej ze zmiennych wpływa na drugą. Funkcjonowanie zatem człowieka niepełnosprawnego w grupie, jego zachowanie, przystosowanie można zmienić, pomagając mu w kształtowaniu lepszego obrazu siebie, w akceptacji własnych możliwości i – przede wszystkim – braków. Pozytywny obraz własnej osoby oraz optymalny poziom samoakceptacji, porządkując wewnętrzną strukturę osobowości, warunkuje jednocześnie harmonijne zachowania adaptacyjne, prawidłowe interakcje, przystosowanie. A więc to, co w niniejszym opracowaniu rozumiane jest pod pojęciem stylu życia.

3. Z uwagi na fakt, że znaczny odsetek badanej młodzieży z uszkodzeniem rdzenia znajduje akceptację i miłość w rodzinie, stosowane metody oddziaływań rehabilitacyjnych powinny w większym stopniu uwzględniać współpracę z domem rodzinnym, traktując środowisko rodzinne jako współodpowiedzialnego partnera.

4. Badania wykazały, że niepełnosprawna młodzież często nie docenia swoich możliwości. Należy więc wskazywać jej te obszary psychospołecznej aktywności, które może ona osiągnąć pomimo inwalidztwa, zachęcać do działania i stwarzać sytuacje, w których mogłaby sprawdzić swoje możliwości. Ukazanie osobom niepełnosprawnym nowych modeli funkcjonowania w społeczeństwie, nowych dla nich sposobów życia, nauki, pracy, odpoczynku, a także umiejętne zachęcanie i wdrażanie do ich stosowania, może wpłynąć na zmianę psychicznego i społecznego przystosowania na bardziej pozytywne. Aktywne ukazanie tychże możliwości życiowych osobom niepełnosprawnym przez innych niepełnosprawnych wydaje się być sposobem najbardziej wiarygodnym i gwarantującym powodzenie wielu oddziaływań rehabilitacyjnych.

Przeprowadzone badania umożliwiły opisanie stylów życia wynikających z określonych sposobów interakcji i scharakteryzowanie jednostek bez względu na ich możliwości funkcjonalne czy intelektualne. Styl życia był w tych badaniach ujęty z perspektywy psychologicznej i traktowany jako pewna niezmienna jakość. Interesujące zaś byłoby:

- przeprowadzenie badań, w których styl życia ujęty zostałby z perspektywy socjologicznej, co umożliwiłoby dokładne opisanie i scharakteryzowanie codziennych zachowań młodych ludzi z uszkodzeniem rdzenia kręgowego;

- potraktowanie stylu życia jako całokształtu podstawowych form działalności życiowej człowieka, które zależą od czynników środowiskowych (ujęcie socjologiczne) i prześledzenie, na ile te zachowania zmieniają się na skutek wystąpienia urazu rdzenia kręgowego.

Rozwiązanie tych zagadnień byłoby uzupełnieniem tego, co zostało tutaj zaprezentowane i umożliwiło inne, pełniejsze spojrzenie na problem stylu życia i psychospołecznego przystosowania młodzieży z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Część druga

BADANIA WŁASNE



## Rozdział IV

# FIZJOLOGICZNE I CZYNNOŚCIOWE NASTĘPSTWA USZKODZENIA RDZENIA KRĘGOWEGO U BADANYCH OSÓB

Badania, jakie przeprowadzono, miały na celu wyjaśnienie kilku istotnych z punktu widzenia praktyki rehabilitacji, a nie rozstrzygniętych – jak dotąd – empirycznie, zagadnień koncentrujących się wokół problematyki funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Na bazie wcześniejszych rozważań (zawartych w pierwszej części niniejszej pracy) interesujące jest ustalenie znaczenia niektórych czynników społeczno-demograficznych w procesie przystosowania osób z pourazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Stąd celem niniejszej pracy jest ocena niektórych uwarunkowań psychospołecznego funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Zrealizować ten cel można przez postawienie następujących problemów badawczych:

1. Jakie jest funkcjonowanie lokomocyjne i czynnościowe (samoobsługowe) osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?
2. Jak przedstawia się ogólna sytuacja rodzinna, socjalna, towarzyska, zawodowa i społeczna osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?
3. Jakie są główne uwarunkowania psychospołecznego przystosowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, mierzonego Testem Przymiotników (ACL) H. Gougha i A. Heilbruna oraz Inwentarzem Psychologicznym (CPI) H. Gougha?

Tak więc, punktem wyjścia dla dokonań podjętych badań jest ocena funkcjonowania lokomocyjno-czynnościowego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Główny jednak akcent badań położony został na psychicznych i społecznych czynnikach warunkujących przystosowanie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego oraz na poszukiwaniu związków przyczynowych

między uzyskanymi poziomami psychospołecznego przystosowania (szczegółowe dane tego wycinka badań znajdują się w mojej pracy pt. *Psychospołeczne przystosowanie osób z paraplegią*, Wyd. UMCS, Lublin 1991), a także na rejestracji zastanej w grupie badanych osób sytuacji rodzinnej, socjalnej, towarzyskiej, zawodowej i społecznej, na bazie której przeprowadzona będzie próba ustalenia wpływu wybranych czynników demograficzno-społecznych (w tym czynnika stopnia sprawności lokomocyjno-czynnościowej) na poziomy psychicznego i społecznego przystosowania.

Rozwiązanie postawionych problemów badawczych było możliwe dzięki zastosowaniu następujących metod i technik badawczych: Test Przymiotników (ACL) H. Gougha i A. Heilbruna (za: Gough, Heilbrun, 1971; por. Siek, 1983; Wolińska, Drwał, 1989) i Inwentarz Psychologiczny (CPI) H. Gougha (za: Gough, 1957; por. Kottas, Markowska, 1968; Kottas, 1975; Polakowski, 1979) – jako metoda podstawowa, tzw. obiektywna, oraz Kwestionariusz Sprawności Lokomocyjno-Czynnościowej (KSLC) i Kwestionariusz Ankiety do oceny sytuacji rodzinnej, socjalnej, towarzyskiej, zawodowej i szeroko rozumianej społecznej badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego – jako techniki pomocnicze (obie w opracowaniu własnym autora).

Badaniami objęto grupę 145 osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, dobraną w sposób celowy. Warunkiem uznania osoby za poręcznym porażeniem za przydatną do badań było: urazowe uszkodzenie rdzenia kręgowego (typu wypadkowego) jako przyczyna powstania paraplegii; wypadek zaistniały po 18. roku życia badanej osoby; minimum jeden rok (w chwili prowadzenia badań) od nabycia paraplegii; korzystanie podczas przemieszczania się wyłącznie z wózka inwalidzkiego; przedział wieku między 20. a 40. rokiem życia; wykształcenie minimum podstawowe.

Zgodnie z ustalonymi kryteriami granica wieku badanych 39 (26,8%) kobiet i 106 (73,1%) mężczyzn wahała się między 20. a 40. rokiem życia (średnia 29,6). 47 osób (32,4%) uległo trwałemu paraliżowi poprzecznemu w przedziale wieku między 18. a 20. rokiem życia, 50 osób (34,4%) w przedziale 20,5-25,0 lat, 30 osób (20,6%) – 25,5-30,0 lat, 14 osób w przedziale 30,5-35,0 lat oraz 4 osoby (2,7%) w przedziale między 35,5 a 39,0 rokiem życia. Średni czas trwania paraplegii wynosił odpowiednio: dla kobiet 5,7 roku, dla mężczyzn 5,1 roku, ogółem 5,3 roku, przy czym rozpiętość czasu wahała się między jednym rokiem a 21 latami. Osób stanu wolnego było 85 (58,6%), zamężnych i żonatych 53 (36,5%), a rozwiedzionych 7 (4,8%). Wśród badanych 56,5% (82 osoby) stanowili paraplegicy pochodzenia robotniczego, 33,7% (49 osób) pochodzenia chłopskiego i 15,8% (23 osoby) pochodzenia inteligentnego. Czterdzieści osiem osób (33,1%) mieszkało na wsi, 7 (4,8%) w osadach, 41 (28,2%) w miastach oraz 49 osób (33,7%) w miastach wojewódzkich. Wykształcenie badanych przedstawiało się następująco: 25 osób (17,2%) mia-



to podstawowe, 51 (35,1%) zasadnicze zawodowe, 62 osoby (42,7%) średnie oraz 7 osób (4,8%) wyższe.

Pierwszy problem badawczy postawiony w pracy – zawarty w pytaniu: Jakie jest funkcjonowanie lokomocyjne i czynnościowe osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?, a w szczegółowym ujęciu sprowadzający się do próby określenia ogólnych sprawności: fizycznej, lokomocyjnej oraz w zakresie umiejętności wykonywania czynności życia codziennego badanych osób z paraplegią – rozwiązywano na podstawie danych uzyskanych z Kwestionariusza Sprawności Lokomocyjno-Czynnościowej.

### Kwestionariusz Sprawności Lokomocyjno-Czynnościowej

Kwestionariusz Sprawności Lokomocyjno-Czynnościowej (KSLC) w opracowaniu własnym dotyczy osób po urazowym uszkodzeniu rdzenia kręgowego. Podstawą opracowania tego kwestionariusza były wcześniejsze dokonania w tym zakresie, w szczególności w odniesieniu do takich narzędzi badawczych, jak: Pulse Profile, Barthel Index, funkcjonalne testy sprawności fizycznej M. Weissa, oraz różnego rodzaju testy i arkusze ocen skonstruowane w różnych ośrodkach rehabilitacyjnych kraju (np. Repty Śląskie, Klinika Rehabilitacji w Lublinie). Zebrane za pomocą tego kwestionariusza dane służą do dokonania oceny sytuacji medyczno-zdrowotnej, lokomocyjnej i czynnościowo-samoobsługowej osób z para- i tetraplegią oraz do ustalenia stopnia usprawnienia fizycznego tychże osób.

Kwestionariusz (KSLC) składa się z siedmiu kategorii oznaczonych kolejnymi literami alfabetu. Kategorie: „A” – *Dane osobowe* i „B” – *Przebieg leczenia* stanowią część wstępną, mającą charakter ankietowy. Odpowiedzi na pytania (otwarte i zamknięte) tej części kwestionariusza pozwalają zebrać podstawowe informacje na temat danych personalnych (*pleć, wiek, stan cywilny, zmiana stanu cywilnego – data, stan rodzinny, pochodzenie społeczne, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stopień – tytuł zawodowy i ew. naukowy, zawód wyuczony, zawód wykonywany, źródło utrzymania*) oraz okoliczności nabycia trwałego uszkodzenia rdzenia, charakterystyki jego urazu, a także przebiegu leczenia i usprawniania (*wiek, w którym nastąpił wypadek, miejsce wypadku, jego charakterystyka, poziom uszkodzenia segmentu neurologicznego, charakterystyka uszkodzenia – część szyjna, część piersiowo-lędźwiowa, dodatkowe uszkodzenia po wypadku, przebieg leczenia i usprawniania – gdzie, kiedy, ile czasu: klinika, szpital, ośrodek rehabilitacyjny, sanatorium*). Osoba badana, poprzez udzielanie ogólnych odpowiedzi na pytania z tego zakresu, zostaje niejako przygotowywana i wprowadzana w szczegółową tematykę kolejnej części kwestionariusza („C” – *Czynniki przyczyniające się do zmniejszenia sprawności lokomocyjno-czyn-*

nościowej i „D” – *Potrzeby fizjologiczne*), co wydaje się przedsięwzięciem koniecznym, ze względu chociażby na intymność niektórych zawartych tam pytań. Do nich zaliczają się bowiem pytania otwarte kategorii „C” (*bóle kręgosłupa, bóle sparalizowanych kończyn, mrowienie, pieczenie, pocenie, infekcje dróg moczowych, infekcje skóry, odleżyny, zniekształcenia, skostnienia, przykurcze, spastyczność, wady wrodzone lub nabyte przed wypadkiem, inne choroby i dolegliwości, a także orzeczenie KIZ*) oraz pytania dysjunktywno-koniunktywne (półotwarte) charakterystyki opisowej (znajduje się tutaj również 7-stopniowa skala samodzielnego realizowania potrzeb fizjologicznych na kontinuum: realizuje – nie realizuje) kategorii „D” (*wydalanie moczu za pomocą cewnika umieszczonego na stałe, okresowe cewnikowanie, bezwiedne oddawanie moczu, opukiwanie pęcherza, wyciskanie moczu, wyrobiony automatyzm wydalania – co ile godzin, inne; realizacja wydalania moczu – w dzień, w nocy; wypróżnianie: ugniatanie powłok brzusznych, rozwieranie odbytu, wyrobiony automatyzm wydalania – co ile dni i o jakiej porze, stosowanie czopków, środków doustnych, lewatywy, inne; realizacja wypróżniania – w pozycji leżącej, siedzącej*). Pozostałe trzy kategorie kwestionariusza: „E” – *Lokomocja*, „F” – *Samoobsługa* i „G” – *Dane uzupełniające*, stanowiące jego część podstawową, wchodzi w obszar sfery nazwanej sprawnością lokomocyjno-czynnościową, w tym samodzielnością w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego.

Ta część kwestionariusza skonstruowana jest następująco: od czynności w poruszaniu się, typu przekręcanie się w łóżku i siadanie – do czynności w przemieszczaniu, czyli przesuwaniu się z jednego miejsca na łóżku w drugie; przenoszeniu ciała z łóżka na wózek, z wózka na muszlę klozetową, do wanny lub też do samochodu; poruszaniu się na wózku i jeżdżeniu oraz próby chodzenia w aparatach szynowo-opaskowych (*czynności w łóżku: przekręcanie się, siadanie, przemieszczanie się – przy pomocy rąk – w dowolne miejsce na łóżku; przemieszczanie się: podnoszenie się z łóżka na wózek i z powrotem, podnoszenie się do wanny i z powrotem, podnoszenie się z wózka na sedes i z powrotem, podnoszenie się z wózka do samochodu osobowego i z powrotem, podnoszenie się z wózka na krzesło, fotel – inne sprzęty – i z powrotem; postępowanie się wózkiem – ręcznym – inwalidzkim: jazda w linii prostej, jazda na dwóch kołach, pokonywanie progów, krawężników, nierówności, ponowne wejście na wózek po upadku z niego; korzystanie z aparatów szynowo-opaskowych: stanie w aparatach, chodzenie w aparatach w poręczach, chodzenie w aparatach w balkoniku, chodzenie w aparatach o kulach pachowych, chodzenie w aparatach o laskach łokciowych, bezpieczne padanie, podnoszenie się po upadku*).

W *Samoobsłudze* skoncentrowano się na czterech sferach sprawności czynnościowo-samoobsługowej u osób z para- i tetraplegią, a mianowicie:

1) na *higienie osobistej* (*mycie rąk, mycie twarzy, szyi i uszu, włosów, mycie dolnej części ciała – w tym podmywanie, kąpiel całego ciała, golenie – makijaż, obcinanie paznokci, czesanie się, układanie fryzury*),

2) ubieraniu się i rozbieraniu (nakładanie i zdejmowanie koszuli, bluzki, swetra; wkładanie i zdejmowanie spodni, spódnicy; ubranie i zdejmowanie marynarki, kurtki; nakładanie i zdejmowanie skarpet, pończoch; wkładanie i zdejmowanie szalika, czapki, rękawiczek; zapinanie i rozpinanie guzików, ewentualnie zamka błyskawicznego; wkładanie i zdejmowanie butów – obuwia miękkiego i wyjściowego; sznurowanie, zapinanie obuwia; wkładanie i zdejmowanie aparatów szynowo-opaskowych),

3) przygotowywaniu i spożywaniu posiłków (posługiwanie się łyżką i widelcem, posługiwanie się nożem – krojenie, smarowanie, posługiwanie się kubkiem, szklanką, przygotowywanie prostych posiłków – np. kanapki, przygotowywanie dużych posiłków – np. gotowanie obiadu, podawanie do stołu, zmywanie naczyń),

4) sprzątanii (ścielenie łóżka, chowanie pościeli, podnoszenie przedmiotów z podłogi, utrzymywanie przedmiotów o znacznym ciężarze, zmiatanie, odkurzanie, wycieranie kurzu, mycie podłogi, otwieranie i zamykanie drzwi, otwieranie i zamykanie szafek, biurka, otwieranie i zamykanie okien, pielęgnacja roślin doniczkowych – podlewanie kwiatów, pranie – pranie ręczne, przepierki, prasowanie, składanie – np. ubrań, układanie – np. w szafie),

5) na innych czynnościach (pisanie ręczne, lub maszynowe /komputerowe/; korzystanie z książek, czasopism – zdejmowanie z półki, stołu, branie do ręki, przewracanie kartek, kartkowanie; włączanie–wyłączanie: radia, telewizora, gramofonu, magnetofonu, magnetowidu i innych urządzeń elektrycznych i elektronicznych; posługiwanie się telefonem; szycie drobne – przyszywanie guzików, cerowanie; drobne prace domowe – majsterkowanie; prowadzenie samochodu osobowego, wózka motorowego).

Konstrukcja poszczególnych pytań kategorii „E” i „F” jest potrójna. W pierwszej kolejności osoba badana określa swoje możliwości lokomocyjne lub czynnościowo-samoobsługowe – zakreślając kółkiem – na kontinuum: nie wykonuje – wykonuje (według 7-stopniowej skali). Następnie opisuje swoją sytuację lokomocyjno-czynnościową poprzez wybór – również zakreślając kółkiem – jednej lub kilku z podanych możliwości (w sytuacji, kiedy żadna z podanych możliwości nie odpowiada jej, podaje właściwą w miejscach wykropkowanych). Na koniec określa warunki – także przez zakreślenie kółkiem – umożliwiające („A” – posiada warunki do realizacji danej czynności) lub uniemożliwiające („B” – nie posiada warunków – był(a)by w stanie wykonać daną czynność, gdyby nie obiektywne trudności, np. bariery mieszkaniowe, architektoniczne itp.) wykonanie danej czynności.

### Przykład

Czynności w łóżku

a) Przekręcanie się

WYKONUJE \_\_\_\_\_ NIE WYKONUJE

Charakterystyka opisowa:

– nie jest zdolny(a) do wykonywania tej czynności

- nie potrafi wykonywać tej czynności (nie umie)
- A – potrzebuje pomocy osób drugih
- wymaga specjalnego sprzętu, urządzeń
- B – wymaga asekuracji, nadzoru
- wykonuje samodzielnie
- inne .....

W pytaniach (kategoriach) odnoszących się do lokomocji w postaci chodzenia z użyciem aparatów szynowo-opaskowych, kul pachowych i lasek łokciowych zrezygnowano z oczywistej kategorii opisowej, jaką było stwierdzenie: *wymaga specjalnego sprzętu, urządzeń.*

Ostatnia kategoria kwestionariusza – „G” – zawiera pytania z obszaru danych uzupełniających. Współtworzą one jego podstawową część, czyli sferę lokomocyjno-czynnościową, odbiegając jednak swoją strukturą budowy od poprzednich. Pytania są półotwarte i dotyczą: ilości czasu spędzanego w ciągu dnia (*w łóżku, wózku inwalidzkim, podczas chodzenia w aparatach*), czynności wykonywanych w ciągu dnia w łóżku, wózku i podczas chodzenia w aparatach (*czynności samoobsługowe, nauka, praca, spędzanie czasu wolnego, hobby, ćwiczenia usprawniające, inne – ilość czasu*), odległości pokonywanych w czasie jazdy na wózku (*w obrębie mieszkania, w obrębie domu, do 1 km, do 3 km, pow. 3 km*) oraz odległości pokonywanych podczas chodzenia w aparatach szynowo-opaskowych (*w obrębie mieszkania, w obrębie domu, do 100 m, pow. 100 m*).

Oceny stopnia usprawnienia fizycznego i samoobsługowego dokonuje się na podstawie wyników uzyskanych z czterech kategorii kwestionariusza: „D”, „E”, „F” i „G”. Należy tutaj jednak zaznaczyć, iż prace nad kwantyfikacją pytań tego obszaru kwestionariusza, jak i całości, nie zostały jeszcze zakończone i do czasu wykonania m. in. analizy czynnikowej poszczególnych pytań, co wymaga zebrania dużego materiału empirycznego, ocenę badanych osób przeprowadza się przy pomocy sędziów kompetentnych. Dane uzyskane w ten sposób traktuje się jako syntetyczne ujęcie zastanej sytuacji, służące przede wszystkim do sporządzania zestawień zbiorczych, na podstawie których kwalifikuje się badaną osobę do jednej z grup stopnia usprawnienia lokomocyjno-czynnościowego (por. Kirenko, 1994).

Ten etap prowadzonych badań stanowi swego rodzaju punkt odniesienia, na bazie którego rozstrzyga się psychospołeczne przystosowanie badanych osób, analogicznie jak w przypadku przystosowania fizycznego A. Hulka (1969), czynnika somatycznego w trójczynnikowej koncepcji zdrowia, czy też biologicznej adaptacji z koncepcji przystosowania A. Schneidersa (1960), R. Lazarusa (1963) oraz K. Popielskiego (1975; 1986). Dokonane tu ustalenia nie zostały jednak ograniczone wyłącznie do podanych tu wymiarów funkcjonowania lokomocyjno-czynnościowego badanych osób z paraplegią,

o czym można byłoby sądzić na podstawie postawionego problemu badawczego, ale uzupełniono je również o dane z zakresu urazowości rdzenia, ich przyczyn powstawania, przebiegu leczenia i rehabilitacji, sytuacji medyczno-zdrowotnej oraz liczby godzin przebywania przez badanych w takich pozycjach, jak: łóżko, wózek inwalidzki i chodzenie w aparatach szynowo-opaskowych przy pomocy kul, a także pod względem rodzaju wykonywanych w tych pozycjach czynności.

## 1. Charakterystyka urazowego uszkodzenia rdzenia kręgowego

### Przyczyny nabycia paraplegii

Często sądzi się, że z wysokością uszkodzenia rdzenia kręgowego wiążą się – w jakiś bliżej nieokreślony sposób – przyczyny nabycia paraplegii. Co prawda nie prowadzono żadnych badań w tym kierunku, co najwyżej częściowe (zob. Kiwerski, 1993), więc trudno jest wydawać sądy na ten temat, wiele jednak danych wskazuje na to, że pewne symptomatyczne zachowania, rodzaje wykonywanych prac, zabaw i sportów warunkują typ i wysokość uszkodzeń. Przykładem tutaj może być na przykład tetraplegia, gdzie gros urazów rdzenia w odcinku szyjnym spowodowana jest brawurą, chęcią popisania się, nieumiejętnościami technicznymi oraz brakiem zachowania podstawowych zasad bezpieczeństwa, jakie mają miejsce w trakcie skoków do wody na tzw. „głowę”. W związku z tak postawionym problemem rodzi się następujące pytanie: Jakie przyczyny najczęściej powodują uszkodzenia rdzenia kręgowego w odcinkach piersiowym i lędźwiowym?

Z przeprowadzonych analiz wynika (por. tab. 1.), że najczęstszą przyczyną powstania paraplegii są wypadki w środkach komunikacyjnych. Spośród 76 osób, które uległy tego typu wypadkom, co stanowi 52,4% całej 145-osobowej grupy badawczej, 42 osoby (28,9%) uległy wypadkom samochodowym, 20 osób (13,7%) wypadkom motocyklowym, 3 osoby (2,0%) wypadkom pojazdów zaprzęgowych, 6 osób (4,1%) zostało potrąconych przez pojazdy zmechanizowane oraz 5 osób (3,4%) było ofiarami wypadków kolejowych. Odnosząc te wskaźniki do grup płci, stwierdza się, że kobiety (66,6% wszystkich badanych kobiet) w porównaniu do mężczyzn (47,1% wszystkich badanych mężczyzn) częściej nabywają paraplegii w wyniku wypadków komunikacyjnych aniżeli z innych powodów. Czy w związku z tym są one mniej ostrożne od mężczyzn i bardziej narażone na tego typu kolizje? Nie ma podstaw aby tak sądzić, zwłaszcza że na 22 wypadki samochodowe i motocyklowe, w których uczestniczyły kobiety i w których doznały urazu, w 15 przypadkach były one tylko pasażerami pojazdów. W przypadku mężczyzn

Tabela 1. Przyczyny nabycia paraplegii u badanych osób

| Przyczyny uszkodzenia rdzenia kręgowego                    | Kobiety |           |            | Mężczyźni |            |            | Razem |            |
|--|---------|-----------|------------|-----------|------------|------------|-------|------------|
|  | N       | (39)<br>% | (145)<br>% | N         | (106)<br>% | (145)<br>% | N     | (145)<br>% |
| <b>I. Wypadki z udziałem środków komunikacyjnych:</b>      |         |           |            |           |            |            |       |            |
| 1. Wypadki samochodowe                                     | 21      | 53,8      | 14,4       | 21        | 19,8       | 14,4       | 42    | 28,9       |
| – podczas samodzielnego prowadzenia                        | (7)     |           |            | (15)      |            |            | (22)  |            |
| – będąc pasażerem  | (14)    |           |            | (6)       |            |            | (20)  |            |
| 2. Wypadki motocyklowe                                     | 1       | 2,5       | 0,6        | 19        | 17,9       | 13,1       | 20    | 13,7       |
| – podczas samodzielnego prowadzenia                        | (-)     |           |            | (17)      |            |            | (17)  |            |
| – będąc pasażerem  | (1)     |           |            | (2)       |            |            | (3)   |            |
| 3. Wypadki z udziałem pojazdów zaprzęgowych                | —       | —         | —          | 3         | 2,8        | 2,0        | 3     | 2,0        |
| 4. Potrącenia przez pojazdy mechaniczne                    | 3       | 7,6       | 2,0        | 3         | 2,8        | 2,0        | 6     | 4,1        |
| 5. Wypadki kolejowe  | 1       | 2,5       | 0,6        | 4         | 3,7        | 2,7        | 5     | 3,4        |
| – katastrofy kolejowe                                      | (1)     |           |            | (-)       |            |            | (1)   |            |
| – nieuwaga przy wsiadaniu i wysiadaniu z pociągu           | (-)     |           |            | (4)       |            |            | (4)   |            |
| <b>Razem</b>   | 26      | 66,6      | 17,9       | 50        | 47,1       | 34,4       | 76    | 52,4       |
| <b>II. Upadki z wysokości:</b>                             |         |           |            |           |            |            |       |            |
| 1. Upadki w trakcie wykonywanej pracy                      | —       | —         | —          | 20        | 18,8       | 13,7       | 20    | 13,7       |
| – w zakładzie pracy  | (-)     |           |            | (9)       |            |            | (9)   |            |
| – we własnym gospodarstwie                                 | (-)     |           |            | (11)      |            |            | (11)  |            |
| 2. Wypadki w domu  | 4       | 10,2      | 2,7        | 2         | 1,8        | 1,3        | 6     | 4,1        |
| – upadki w mieszkaniu ( z krzesła, parapetu)               | (2)     |           |            | (-)       |            |            | (2)   |            |
| – wypadnięcie z okna (podczas mycia, malowania)            | (2)     |           |            | (2)       |            |            | (4)   |            |
| 3. Upadki z drzewa   | 1       | 2,5       | 0,6        | 10        | 9,4        | 6,8        | 11    | 7,5        |
| 4. Upadki z wysokości w celach samobójczych                | 4       | 10,2      | 2,7        | 1         | 0,9        | 0,6        | 5     | 3,4        |
| <b>Razem</b>   | 9       | 23,0      | 6,2        | 33        | 31,1       | 22,7       | 42    | 28,9       |
| <b>III. Inne wypadki związane z wykonywaną pracą:</b>      |         |           |            |           |            |            |       |            |
| 1. Wypadki w kopalniach                                    | —       | —         | —          | 4         | 3,7        | 2,7        | 4     | 2,7        |
| 2. Nieprzestrzeganie bhp w trakcie pracy                   | 1       | 2,5       | 0,6        | 8         | 7,5        | 5,5        | 9     | 6,2        |
| – upadki do niebezpiecznych rowów, wykopów                 | (1)     |           |            | (2)       |            |            | (3)   |            |
| – przysypania, przygniecenia (drzewo, wózek, piach)        | (-)     |           |            | (6)       |            |            | (6)   |            |
| <b>Razem</b>   | 1       | 2,5       | 0,6        | 12        | 11,3       | 8,2        | 13    | 8,9        |
| <b>IV. Wypadki związane ze sportem, zabawą, rekreacją:</b> |         |           |            |           |            |            |       |            |
| 1. Skoki lub upadki do wody                                | 1       | 2,5       | 0,6        | 1         | 0,9        | 0,6        | 2     | 1,3        |
| 2. Wypadki na placu zabaw                                  | 1       | 2,5       | 0,6        | 2         | 1,8        | 1,3        | 3     | 2,0        |
| 3. Wypadki sportowe  | —       | —         | —          | 3         | 2,8        | 2,0        | 3     | 2,0        |
| – na stoku narciarskim                                     | (-)     |           |            | (1)       |            |            | (1)   |            |
| – w trakcie zawodów (lotniczych, gimnastycznych)           | (-)     |           |            | (2)       |            |            | (2)   |            |
| <b>Razem</b>   | 2       | 5,1       | 1,3        | 6         | 5,6        | 4,1        | 8     | 5,5        |
| <b>V. Inne wypadki (przyczyny):</b>                        |         |           |            |           |            |            |       |            |
| 1. Postrzały z broni palnej                                | —       | —         | —          | 3         | 2,8        | 2,0        | 3     | 2,0        |
| 2. Bójki   | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
| <b>Razem</b>   | —       | —         | —          | 4         | 3,7        | 2,7        | 4     | 2,7        |
| <b>VI. Bez podania przyczyn</b>                            | 1       | 2,5       | 0,6        | 1         | 0,9        | 0,6        | 2     | 1,3        |
| <b>Razem</b>   | 39      | 100,0     | 26,8       | 106       | 100,0      | 73,1       | 145   | 100,0      |

natomiast na 40 wypadków tylko w 8 przypadkach byli oni pasażerami pojazdów, w których doszło do kolizji.

Kolejną grupę przyczyn nabycia paraplegii stanowiły upadki z wysokości. Do grupy tej zakwalifikowano: 20 osób (sami mężczyźni) na skutek upadków z wysokości w trakcie wykonywania pracy zawodowej, 6 osób (w tym 4 kobiety) z powodu wypadków w domu (np. malowanie, mycie okien, wieszanie firanek), 11 osób – to wynik upadku z drzewa oraz 5 osób – z wysokości w celach samobójczych. W sumie, w tej grupie przyczyn znalazły się 42 osoby (28,9%), w tym 9 kobiet i 33 mężczyzn. W czterech przypadkach (na pięć) niedoszłymi samobójcami okazały się kobiety, wszystkie poniżej 20. roku życia.

Do następnej grupy zakwalifikowanych zostało 13 osób (8,9%), u których przyczynami nabycia paraplegii były „inne” wypadki, związane z wykonywaną pracą zawodową (zwłaszcza wypadki w kopalniach i na budowach). Osoby te, w połączeniu z 20 osobami z wcześniejszej grupy (upadki z wysokości w pracy) oraz z trzema osobami z grupy pierwszej (kierowcy zawodowi) stanowiły razem prawie 1/4 – 24,8% (36 osób) – wszystkich badanych osób, które doznały uszkodzeń rdzenia kręgowego w trakcie wykonywania obowiązków pracowniczych. Byli to prawie sami mężczyźni (tylko jedna kobieta).

W pozostałych dwóch grupach przyczyn – wypadki związane ze sportem, zabawą i rekreacją, inne przyczyny – liczba badanych była już niewielka, odpowiednio 8 i 4 osoby. Pewne zdziwienie może budzić fakt, że tylko 5,5% badanych osób nabyło paraplegii na skutek wypadków związanych z działalnością sportową, rekreacyjną i zabawową. Być może powodem tego stanu rzeczy było przyjęte w doborze grupy kryterium wieku – na poziomie minimum 18 lat – co wyklucza tym samym z badań osoby młodsze, które w swym sposobie bycia preferują zabawę i sport i są – jak się wydaje – mniej ostrożne.

Podsumowując ten wątek analiz stwierdzić należy, że najczęstszymi przyczynami uszkodzeń rdzenia kręgowego w omawianej grupie osób z paraplegią były wypadki komunikacyjne oraz upadki z wysokości, przy czym – co należy podkreślić – co czwarty uraz nastąpił w czasie wykonywania pracy zawodowej.

### Poziom uszkodzenia rdzenia kręgowego

Z dwóch głównych czynników, które warunkują charakter fizjologicznych następstw uszkodzeń rdzenia kręgowego, a mianowicie: głębokość i rozległość uszkodzenia segmentu rdzenia kręgowego oraz wysokość jego

uszkodzenia, do celów niniejszej pracy skorzystano wyłącznie z analizy czynnika drugiego, czyli poziomu uszkodzenia segmentu. Czynnikiem pierwszym już z tytułu przyjętego kryterium paraplegii (do badań zakwalifikowane zostały tylko te osoby, u których stwierdzono trwałe uszkodzenie, całkowite lub częściowe, rdzenia kręgowego) nie odgrywa w tym przypadku większego znaczenia, tzn. nie wpływa na przykład w tak dużym stopniu i zakresie jak wysokość uszkodzenia neuromeru na ogólną funkcję lokomocyjną i samoobsługową, jaka pozostała po urazie i jaką można uzyskać w wyniku oddziaływań rehabilitacyjnych. Zauważyć przy tym należy, iż omawiany tutaj czynnik, jakim jest poziom uszkodzenia rdzenia, ograniczony został przez kryterium paraplegii (niedowład nóg przy zachowaniu sprawności kończyn górnych) i zawężony do podziału obejmującego tylko uszkodzenia odcinka piersiowego, lędźwiowego i w sporadycznych wypadkach krzyżowego. Analiza poziomu całego segmentu jest jednak w tym miejscu potrzebna, gdyż daje możliwość syntetycznego spojrzenia na opracowywane zagadnienie urazowości rdzenia i jego poziomów, a w konsekwencji i na przejawiane współzależności z uzyskaną (odzyskaną) sprawnością lokomocyjno-czynnościową badanych osób. Zastosowany tu bowiem 6-stopniowy poziom uszkodzeń rdzenia oparty został na systematyce J. Weinberg (1982), w której poszczególne wysokości uszkodzonych neuromerów odpowiadały za specyficzne możliwości funkcjonalne chorego. Podstawą zakwalifikowania danego poziomu urazu do jednej z grup poziomów była górna wysokość uszkodzenia rdzenia, czyli pierwszy najwyższy uszkodzony segment. Następnych, w tym wypadku niżej uszkodzonych segmentów, nie brano już pod uwagę. Stąd na przykład osoba z uszkodzeniem rdzenia pomiędzy neuromerami Th<sub>4</sub> a Th<sub>12</sub> zaliczana była do grupy innej, obejmującej przedział uszkodzeń od Th<sub>2</sub> do Th<sub>5</sub>, zgodnie z zasadą, że im wyższa wysokość uszkodzenia, tym większy zakres fizjologicznych następstw. Obszar zniesionych funkcji w uszkodzeniach – jak na podanym przykładzie – na poziomie Th<sub>4</sub> będzie bowiem zawsze większy niż na poziomie Th<sub>5</sub> i na kolejnych niższych, aż do Th<sub>12</sub>.

W badanej grupie osób z paraplegią (por. tab.2.) stwierdzono 45 różnych obszarów uszkodzeń segmentów rdzenia, od pojedynczego neuromeru Th<sub>1</sub> do trzech połączonych L<sub>5</sub>-S<sub>2</sub>. Największą różnorodność zaobserwowano w grupie Th<sub>6</sub>-Th<sub>12</sub>, w której też najwięcej, bo 81 osób (55,8%) doznało urazu rdzenia kręgowego. U 29 osób (20,0%) poziom uszkodzenia wahał się od Th<sub>2</sub> do Th<sub>5</sub>. W obu tych grupach procentowe wskaźniki poziomów urazu dla kobiet i mężczyzn były zbliżone do siebie. Natomiast w kolejnej grupie (pod względem liczebności badanych osób) – 25 osób (17,2%), czyli L<sub>1</sub>-L<sub>2</sub> – układ ten uległ zakłóceniu, ponieważ zaobserwowano w niej procentowy wzrost liczby kobiet (23,0% z 39-osobowej grupy kobiet) o tych poziomach urazu, w stosunku do liczby mężczyzn (15,0% ze 106-osobowej grupy mężczyzn).



Grupę L<sub>5</sub> reprezentują tylko kobiety – 2 osoby (1,3%), zaś grupę Th<sub>1</sub> i grupę L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub> wyłącznie mężczyźni, odpowiednio: 5 osób (3,4%) i 3 osoby (2,0%).

Tabela 2. Poziom uszkodzenia rdzenia kręgowego u badanych osób

| Poziom uszkodzenia rdzenia kręgowego   | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|--|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|  | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| I. Th <sub>1</sub>                     | —         | —            | —           | 5          | 4,7          | 3,4         | 5          | 3,4          |
| II. Th <sub>2</sub> -Th <sub>3</sub>   | 7         | 17,9         | 4,8         | 22         | 20,7         | 15,1        | 29         | 20,0         |
| III. Th <sub>4</sub> -Th <sub>12</sub> | 21        | 53,8         | 14,4        | 60         | 56,6         | 41,3        | 81         | 55,8         |
| IV. L <sub>1</sub> -L <sub>2</sub>     | 9         | 23,0         | 6,2         | 16         | 15,0         | 11,0        | 25         | 17,2         |
| V. L <sub>3</sub> -L <sub>4</sub>      | —         | —            | —           | 3          | 2,8          | 2,0         | 3          | 2,0          |
| VI. L <sub>5</sub>                     | 2         | 5,1          | 1,3         | —          | —            | —           | 2          | 1,3          |
| <b>Razem</b>                           | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

Najczęstszymi poziomami uszkodzeń rdzenia były: L<sub>1</sub> – 20 osób, Th<sub>12</sub> – 14 osób oraz Th<sub>12</sub>-L<sub>1</sub> – 13 osób, co jednoznacznie wskazuje i co znajduje potwierdzenie w epidemiologicznych wskaźnikach urazowości poszczególnych odcinków rdzenia, że odcinek Th<sub>12</sub>-L<sub>1</sub> należy, obok odcinka szyjnego, do najczęściej narażanych na uszkodzenia. Niemal jedna trzecia wszystkich badanych osób z paraplegią doznała urazu właśnie tego miejsca rdzenia, przy jednoczesnym, w miarę zbliżonym nasileniu urazowości pozostałych odcinków. Stąd wynika również, że u 93,1% osób poziom uszkodzenia rdzenia kręgowego wahał się między Th<sub>2</sub> a L<sub>2</sub>, czyli obejmował swym zasięgiem prawie cały odcinek piersiowy i dwa pierwsze segmenty odcinka lędźwiowego. Można zatem stwierdzić, że poziom uszkodzeń rdzenia kręgowego w badanej grupie jest reprezentatywny dla przypadków określanych mianem tego schorzenia.

### Przebieg leczenia i rehabilitacji

Jak wykazuje praktyka, o czym mówi m. in. M. Weiss (1983), urazowe złamania kręgosłupa z uszkodzeniem rdzenia kręgowego należą do najcięższych i najbardziej złożonych – z medycznego punktu widzenia – fizycznych kalectw, wymagających szczególnie intensywnego procesu leczenia, a także tworzenia zespołów specjalistycznych w najszerszym tego słowa znaczeniu, co wymaga mobilizacji wielu środków i nakładów. Wszystkie przypadki uszkodzeń rdzenia muszą być natychmiast we właściwy sposób hospitalizowane w specjalnie do tego celu przeznaczonych placówkach leczniczych. Innych możliwości leczenia, pielęgnowania, zapobiegania ewentualnym powikłaniom oraz (w dalszym etapie) usprawniania nie ma. Bez specjalistycznej pomocy medycznej chory z uszkodzeniem rdzenia umiera w ciągu kilkunastu godzin lub – najwyżej – kilku dni. Zaleczony natomiast i usprawniony,

również nie może się obejść bez niej, ponieważ życie „człowieka rdzeniowego” skazuje go na stały medyczny nadzór i opiekę. Podejmując zatem próbę scharakteryzowania badanych osób z paraplegią, tym razem ze względu na przebieg ich leczenia i usprawniania, skoncentrowano się w niej wyłącznie na analizie czasu i miejsca hospitalizacji oraz rehabilitacji. Jednocześnie zakres miejsca ograniczony został tutaj do trzech podstawowych typów placówek leczniczych i rehabilitacyjnych, a mianowicie: szpitali rejonowych lub specjalistycznych ośrodków leczniczych, ośrodków rehabilitacyjnych i sanatoriów.

Z analizy danych wynika, że 145 badanych osób, których czas trwania inwalidztwa wahał się od jednego roku do 21 lat, ze średnią 5,35 roku, w przebiegu swego procesu leczenia i usprawniania korzystało – w sumie – z 626 pobyków w szpitalach, ośrodkach rehabilitacyjnych i sanatoriach, co w przeliczeniu na miesiące i obliczeniu przeciętnych daje średnią arytmetyczną równą 14,7 miesiąca na osobę. Stanowi to 22,9% (z 5,35 roku) średniego czasu trwania inwalidztwa, przy średnim czasie pojedynczego pobytu w placówce wynoszącym 3,4 miesiąca. Jeśli pominąć w tych analizach pobyty sanatoryjne, trwające przeciętnie 0,7-0,8 miesiąca, i ograniczyć się tylko do pobyków w szpitalach i ośrodkach rehabilitacyjnych, okaże się, że średni czas przebywania tam badanych wynosi 4,6 miesiąca, przy zmniejszonym całkowitym średnim czasie leczenia i usprawniania do 13,7 miesiąca. Nie stwierdzono większych różnic w tym zakresie między kobietami a mężczyznami.

Na liczbę 626 wszystkich pobyków badanych osób w analizowanych placówkach (por. tab. 3.) składa się: 188 pobyków w szpitalach – ze średnią 1,29 raza, 243 pobyty w ośrodkach rehabilitacyjnych – średnia 1,67 raza oraz 195 pobyków w sanatoriach – ze średnią 1,34 turnusu. Badani korzystali najczęściej z dwóch lub trzech pobyków w jednej z placówek w przebiegu swego leczenia i usprawniania, odpowiednio: 36 osób (24,8%) – dwa pobyty (72 – 11,5% wszystkich pobyków) i 34 osoby (23,4%) – trzy pobyty (102 – 16,2%). 11 osób (7,5%) było tylko raz w jednej z placówek (tylko w szpitalu – 1,7%), natomiast 4 osoby (2,7%) ponad dziesięć razy, co w sumie dało 77 pobyków (12,3% wszystkich pobyków).

Wszystkie osoby badane korzystały co najmniej jeden raz z leczenia na oddziale szpitalnym lub w specjalistycznej placówce medycznej, trafiając tam bezpośrednio po doznaniu urazu rdzenia. Późniejsze już tam pobyty osób z paraplegią (43 – 6,8% wszystkich pobyków) wiązały się przede wszystkim z leczeniem u nich powikłań wynikających z faktu bycia „człowiekiem rdzeniowym”.

Nie wszystkie natomiast badane osoby korzystały z leczenia i usprawniania w ośrodkach rehabilitacyjnych (por. tab. 4.). Piętnaście osób, co stanowi 10,3% (kobiety – 12,8%, mężczyźni – 9,4%), nie skorzystało z takiej możliwości rehabilitacji. Pozostałe zaś 130 osób (89,6%) przebywało tam: jeden raz

Tabela 3. Całkowita liczba pobytów badanych osób w szpitalach, ośrodkach rehabilitacyjnych i sanatoriach

| Liczba pobyków | Kobiety |            |           |        |            |            | Mężczyźni |            |            |        |            |            | Razem |            |        |            |
|----------------|---------|------------|-----------|--------|------------|------------|-----------|------------|------------|--------|------------|------------|-------|------------|--------|------------|
|                | Osoby   |            |           | Pobyty |            |            | Osoby     |            |            | Pobyty |            |            | Osoby |            | Pobyty |            |
|                | N       | (145)<br>% | (39)<br>% | N      | (626)<br>% | (188)<br>% | N         | (145)<br>% | (106)<br>% | N      | (626)<br>% | (438)<br>% | N     | (145)<br>% | N      | (626)<br>% |
| 1              | 1       | 0,6        | 2,5       | 1      | 0,1        | 0,5        | 10        | 6,8        | 9,4        | 10     | 1,5        | 2,2        | 11    | 7,5        | 11     | 1,7        |
| 2              | 12      | 8,2        | 30,7      | 24     | 3,8        | 12,7       | 24        | 16,5       | 22,6       | 48     | 7,6        | 10,9       | 36    | 24,8       | 72     | 11,5       |
| 3              | 9       | 6,2        | 23,0      | 27     | 4,3        | 14,3       | 25        | 17,2       | 23,5       | 75     | 11,9       | 17,11      | 34    | 23,4       | 102    | 16,2       |
| 4              | 3       | 2,0        | 7,6       | 12     | 1,9        | 6,5        | 9         | 6,2        | 8,4        | 36     | 5,7        | 8,2        | 12    | 8,2        | 48     | 7,6        |
| 5              | 2       | 1,3        | 5,1       | 10     | 1,5        | 5,3        | 11        | 7,5        | 10,3       | 55     | 8,7        | 12,5       | 13    | 8,9        | 65     | 10,3       |
| 6              | 3       | 2,0        | 7,6       | 18     | 2,8        | 9,5        | 12        | 8,2        | 11,3       | 72     | 11,5       | 16,4       | 15    | 10,3       | 98     | 14,3       |
| 7              | 5       | 3,4        | 12,8      | 39     | 5,5        | 18,6       | 4         | 2,7        | 3,7        | 28     | 4,4        | 6,3        | 9     | 6,2        | 63     | 10,0       |
| 8              | —       | —          | —         | —      | —          | —          | 4         | 2,7        | 3,7        | 38     | 5,1        | 7,3        | 4     | 2,7        | 32     | 5,1        |
| 9              | 1       | 0,6        | 2,5       | 9      | 1,4        | 4,7        | 3         | 2,0        | 2,8        | 27     | 4,3        | 6,1        | 4     | 2,7        | 36     | 5,7        |
| 10             | 2       | 1,3        | 5,1       | 20     | 3,1        | 10,6       | 1         | 0,6        | 0,9        | 10     | 1,5        | 2,2        | 3     | 2,0        | 30     | 4,7        |
| pow. 10        | 1       | 0,6        | 2,5       | 32     | 5,1        | 17,0       | 3         | 2,0        | 2,8        | 45     | 7,1        | 10,2       | 4     | 2,7        | 77     | 12,5       |
| Razem          | 39      | 26,8       | 100,0     | 188    | 30,0       | 100,0      | 106       | 73,1       | 100,0      | 438    | 69,9       | 100,0      | 145   | 100,0      | 626    | 100,0      |

– 73 osoby (56,1% ze 130), dwa razy – 29 osób (22,3%), trzy razy – 12 osób (9,3%), a nawet siedem razy – jedna osoba (kobieta). Najwięcej osób, bo 81 (62,3%), leczyło się i rehabilitowało w Stołecznym Zespole Rehabilitacji w Konstancinie – 143 pobyty, następnie w (ówczesnym) Górniczym Centrum Rehabilitacji Leczniczej i Zawodowej „Repty” w Tarnowskich Górach – 44 osoby (33,8% – 81 pobyków) oraz w innych ośrodkach – 7 osób (5,3% – 19 pobyków). 16 osób (12,3%) było 22 razy na leczeniu oraz rehabilitacji i w Konstancinie, i w Reptach.

Tabela 4. Liczba pobyków badanych osób w ośrodkach rehabilitacyjnych

| Liczba pobyków | Kobiety |            |           |        |            |           | Mężczyźni |            |           |        |            |            | Razem |            |        |            |
|----------------|---------|------------|-----------|--------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|--------|------------|------------|-------|------------|--------|------------|
|                | Osoby   |            |           | Pobyty |            |           | Osoby     |            |           | Pobyty |            |            | Osoby |            | Pobyty |            |
|                | N       | (130)<br>% | (34)<br>% | N      | (243)<br>% | (73)<br>% | N         | (130)<br>% | (96)<br>% | N      | (243)<br>% | (170)<br>% | N     | (130)<br>% | N      | (243)<br>% |
| 1              | 20      | 15,3       | 58,8      | 20     | 8,2        | 27,3      | 53        | 40,7       | 55,2      | 53     | 21,8       | 31,1       | 73    | 56,1       | 73     | 30,0       |
| 2              | 4       | 3,0        | 11,7      | 8      | 3,2        | 10,9      | 25        | 19,2       | 26,0      | 50     | 20,5       | 29,4       | 29    | 22,3       | 58     | 23,8       |
| 3              | 3       | 2,3        | 8,8       | 9      | 3,7        | 12,3      | 9         | 6,9        | 9,3       | 27     | 11,1       | 15,8       | 12    | 9,2        | 36     | 14,8       |
| 4              | 2       | 1,5        | 5,8       | 8      | 3,2        | 10,9      | 6         | 4,6        | 6,2       | 24     | 9,8        | 14,1       | 8     | 6,1        | 32     | 13,1       |
| 5              | 3       | 2,5        | 8,8       | 15     | 6,1        | 20,5      | 2         | 1,5        | 2,0       | 10     | 4,1        | 5,8        | 5     | 3,8        | 25     | 10,2       |
| 6              | 1       | 0,7        | 2,9       | 6      | 2,4        | 8,2       | 1         | 0,7        | 1,0       | 6      | 2,4        | 3,5        | 2     | 1,5        | 12     | 4,9        |
| 7              | 1       | 0,7        | 2,9       | 7      | 2,8        | 9,5       | —         | —          | —         | —      | —          | —          | 1     | 0,7        | 7      | 2,8        |
| Razem          | 34      | 26,1       | 100,0     | 73     | 30,0       | 100,0     | 96        | 73,8       | 100,0     | 170    | 69,9       | 100,0      | 130   | 100,0      | 243    | 100,0      |

Wydawać by się mogło, że naturalną konsekwencją leczenia szpitalnego i usprawniania w ośrodkach rehabilitacyjnych, o ile nie wystąpią (ępują) u chorych jakieś nieprzewidziane komplikacje, powinny być coroczne lub nawet raz na dwa lata pobyty chorych na paraplegię w odpowiednio przystosowanych do tego celu sanatoriach. Tak jednak nie jest, o czym przekonują dane z tego zakresu w omawianej grupie. Ze 195 turnusów sanatoryjnych (por. tab. 5.), jakie były udziałem osób z paraplegią, skorzystało tylko 58 osób

(40,0% całej grupy), co daje średnią na osobę – 3,3 turnusu. Średnia ta jest zawyżona wskutek wyników dwóch osób, które skorzystały z 43 turnusów. Najczęściej badani przebywali w sanatorium dwa razy (często był to jeden pobyt na podwójnym turnusie, co praktykuje się w przypadku nowych pacjentów) – 24 osoby, lub tylko raz – 13 osób. Kobiety w większym stopniu korzystały z tej formy leczenia i usprawniania (51,2%) niż mężczyźni (35,80%).

Tabela 5. Liczba pobytów badanych osób w sanatoriach

| Liczba pobytów | Kobiety   |             |              |           |             |              | Mężczyźni |             |              |            |             |              | Razem     |              |            |              |
|----------------|-----------|-------------|--------------|-----------|-------------|--------------|-----------|-------------|--------------|------------|-------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
|                | Osoby     |             |              | Turnusy   |             |              | Osoby     |             |              | Turnusy    |             |              | Osoby     |              | Turnusy    |              |
|                | N         | (58)<br>%   | (20)<br>%    | N         | (195)<br>%  | (64)<br>%    | N         | (58)<br>%   | (38)<br>%    | N          | (195)<br>%  | (131)<br>%   | N         | (58)<br>%    | N          | (195)<br>%   |
| 1              | 6         | 10,3        | 30,0         | 6         | 3,0         | 9,3          | 7         | 12,0        | 18,4         | 7          | 3,5         | 5,3          | 13        | 22,4         | 13         | 6,6          |
| 2              | 9         | 15,5        | 45,0         | 18        | 9,2         | 28,1         | 15        | 25,8        | 39,4         | 30         | 15,3        | 22,9         | 24        | 41,3         | 48         | 24,6         |
| 3              | 2         | 3,4         | 10,0         | 6         | 3,0         | 9,3          | 4         | 6,8         | 10,5         | 12         | 6,1         | 9,1          | 6         | 10,3         | 18         | 9,2          |
| 4              | 1         | 1,7         | 5,0          | 4         | 2,0         | 6,2          | 5         | 8,6         | 13,1         | 20         | 10,2        | 15,2         | 6         | 10,3         | 24         | 12,3         |
| 5              | —         | —           | —            | —         | —           | —            | 1         | 1,7         | 2,6          | 9          | 2,5         | 3,8          | 1         | 1,7          | 5          | 2,5          |
| 6              | 1         | 1,7         | 5,0          | 6         | 3,0         | 9,3          | 2         | 3,4         | 5,2          | 12         | 6,1         | 9,1          | 3         | 5,1          | 18         | 9,2          |
| 7              | —         | —           | —            | —         | —           | —            | 1         | 1,7         | 2,6          | 7          | 3,5         | 5,3          | 1         | 1,7          | 7          | 3,5          |
| 8              | —         | —           | —            | —         | —           | —            | —         | —           | —            | —          | —           | —            | —         | —            | —          | —            |
| 9              | —         | —           | —            | —         | —           | —            | 1         | 1,7         | 2,6          | 9          | 4,6         | 6,8          | 1         | 1,7          | 9          | 4,6          |
| 10             | —         | —           | —            | —         | —           | —            | 1         | 1,7         | 2,6          | 10         | 5,1         | 7,6          | 1         | 1,7          | 10         | 5,1          |
| pow. 10        | 1         | 1,7         | 5,0          | 24        | 12,3        | 37,5         | 1         | 1,7         | 2,6          | 19         | 9,7         | 14,5         | 2         | 3,4          | 43         | 22,0         |
| <b>Razem</b>   | <b>20</b> | <b>34,4</b> | <b>100,0</b> | <b>64</b> | <b>32,8</b> | <b>100,0</b> | <b>38</b> | <b>65,5</b> | <b>100,0</b> | <b>131</b> | <b>67,1</b> | <b>100,0</b> | <b>58</b> | <b>100,0</b> | <b>195</b> | <b>100,0</b> |

Przedstawione dane wskazują, że proces rehabilitacji osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest długotrwały, rozłożony na całe życie chorego i wymaga tym samym wielu środków i nakładów. W badanej grupie znajdowała się na przykład osoba, która przebywała w szpitalu, nieprzerwanie od wypadku, ponad trzy lata. Stwierdzono także, co bardzo symptomatyczne dla tej grupy osób, że o ile w pierwszym okresie hospitalizacji wszystkie osoby z lepszym lub gorszym skutkiem były objęte opieką lekarską, pielęgnacyjną i rehabilitacyjną, o tyle w miarę czasu trwania paraplegii intensywność i zakres udzielanej im pomocy stawały się coraz mniejsze. Zaobserwowano na przykład sporadyczne tylko przypadki korzystania przez osoby z poprzecznym paralizem (trwającym ponad 10 lat) z leczenia sanatoryjnego czy też rehabilitacji w ośrodkach rehabilitacyjnych, a przecież proces usprawniania osoby z paraplegią musi być ciągły. Chcąc natomiast przedstawić liczebnie model przebiegu leczenia i usprawniania badanej grupy w odniesieniu do przeciętnego paraplegika – przy założeniu oczywiście, że zróżnicowanie badanych co do rodzaju, liczby pobytów oraz czasu ich trwania jest mimo wszystko duże – to będzie wyglądał on następująco: jeden cztero-, sześciomiesięczny pobyt w szpitalu tuż po doznaniu urazu, następnie niecałe dwa (rozłożone w czasie) trzy-, czteromiesięczne pobyty w ośrodkach rehabilitacyjnych i niewiele ponad jeden turnus sanatoryjny. Jak zatem z zaprezentowanego

wanego modelu wynika, dostępność rehabilitacji dla osób z paraplegią – w analizowanym obszarze – jest w dużym stopniu ograniczona, szczególnie w odniesieniu do leczenia sanatoryjnego. Zakres usprawniania w ośrodkach rehabilitacyjnych jest także niewystarczający.

## 2. Medyczno-zdrowotne skutki uszkodzenia rdzenia kręgowego

Ograniczenia funkcjonalne, do jakich dochodzi w wyniku uszkodzenia rdzenia kręgowego, są – zdaniem wielu badaczy (rozdz. I) – głównym powodem trosk osób doświadczających paraplegii i rozstrzygają o psychologicznych i społecznych problemach tychże osób. Od tego bowiem, które sfery fizycznych możliwości są ograniczone i zaburzone oraz jaką one stanowią wartość dla danej osoby, zależy późniejsze funkcjonowanie z tym schorzeniem. Warto dodać – na co wielokrotnie wskazywano w tej pracy i co jest szczególnie istotne – że obszar fizjologicznych i funkcjonalnych następstw w urazach rdzenia jest bardzo duży, stąd i analiza jego aspektów w badanej grupie jest po prostu niemożliwa do przeprowadzenia, zwłaszcza iż nie stanowi ona podstawowego celu niniejszej pracy, wykraczając nieco poza jej ramy.

A zatem, ograniczono się tu tylko do tych aspektów medyczno-zdrowotnej sytuacji badanych osób z paraplegią, które wydają się najbardziej symptomatyczne dla tego typu uszkodzeń, a zarazem najłatwiejsze do przedstawienia i ewentualnego scharakteryzowania przez osoby zakwalifikowane do badań. W związku z tym skoncentrowano się wyłącznie na charakterystyce skutków uszkodzeń rdzenia w badanej grupie paraplegików w następujących zakresach: rodzaje porażenia mięśniowego, sposoby realizowania potrzeb fizjologicznych, dolegliwości wynikające z paraplegii oraz obecność innych schorzeń i chorób.

### Rodzaje porażenia mięśniowego

Spastyczność jest charakterystyczną cechą obrazu klinicznego porażenia mięśniowego, spowodowanego uszkodzeniem dróg korowo-rdzeniowych. Przejawia się zwiększeniem napięcia mięśniowego i wygórowaniem odruchów patologicznych (Gadula, Franek, 1986). Nie u wszystkich jednak osób z paraplegią spotyka się zespoły tego typu objawów. Do częstych bowiem rodzajów porażen korowo-rdzeniowych należą także porażenia mięśniowe typu wiotkiego. W porażeniach tych dochodzi do zaników mięśniowych w kończynach dolnych i obręczy biodrowej, rozchwiania stawów, a także zwiększenia podatności na odleżyny.

Tabela 6. Charakterystyka porażenia mięśniowego badanych osób

| Charakterystyka porażenia | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|---------------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                           | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| Spastyczne                | 21        | 53,8         | 14,4        | 57         | 53,7         | 39,3        | 78         | 53,7         |
| Wiotkie                   | 14        | 35,8         | 9,6         | 31         | 29,2         | 21,3        | 45         | 31,0         |
| Mieszane                  | 2         | 5,1          | 1,3         | 5          | 4,7          | 3,4         | 7          | 4,8          |
| Bez określenia charakteru | 2         | 5,1          | 1,3         | 13         | 12,2         | 8,9         | 15         | 10,3         |
| <b>Razem</b>              | <b>29</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

W badanej grupie osób z paraplegią (por. tab. 6.) porażenie typu spastycznego występowało u 78 osób, co stanowi 53,7%, natomiast wiotkie u 45 osób (31,0%). Siedem osób (4,8%) scharakteryzowało swoje porażenie jako „mieszane” (określone partie mięśni są spastyczne, inne wiotkie), zaś 15 osób (10,3%) nie udzieliło na to pytanie żadnej odpowiedzi. Nie zauważono różnic w omawianym zakresie między badanymi kobietami i mężczyznami. Trudno jest tutaj stwierdzić, który rodzaj porażenia jest lepszy, tzn. sprawia najmniej kłopotów, wszystkie one bowiem w swych skrajnych postaciach bardzo wyczerpują strukturę psychiczną chorego, stanowiąc niekiedy – np. przy dużym nasileniu spastyczności – odrębny problem terapeutyczny. Wydaje się, na podstawie piśmiennictwa i własnych doświadczeń autora niniejszej pracy, iż najkorzystniejszym rodzajem porażenia byłby zespół nieznacznej spastyczności. Przy występowaniu tego zespołu objawów dochodzi bowiem do najmniejszych ubytków masy mięśniowej, deformacji szkieletowo-kostnych oraz do ewentualnych odleżyn.

### Realizowanie potrzeb fizjologicznych

Bardzo ważnym aspektem medyczno-zdrowotnej sytuacji osób z paraplegią jest realizacja przez te osoby swych potrzeb fizjologicznych. Zagadnienie to w zasadzie powinno wchodzić w zakres problematyki samoobsługi i samopielegnacji inwalidów. Ze względu jednak na medyczne tło tego wątku analiz i przeprowadzoną tu charakterystykę fizjologicznych i funkcjonalnych następstw uszkodzeń rdzenia, zwłaszcza że w uszkodzeniach tego typu dochodzi m.in. do porażenia mięśni zwieraczy, zdecydowano się zająć tym aspektem w kontekście rodzajów i sposobów wydalania moczu i kału przez badaną grupę osób z paraplegią. Szczególnie jednak zwrócono uwagę na fakt, iż np. ustalone rodzaje i sposoby realizacji potrzeb jednego i drugiego rodzaju to efekt nie tyle bezpośredniego zaburzenia pracy mięśni zwieraczy (w dużym stopniu jest on jednakowy dla wszystkich osób z uszkodzeniem rdzenia na tych poziomach), ile konsekwencji tych zaburzeń, wynikających z indywidualnych poszukiwań optymalnego sposobu realizacji danej potrzeby.

Tabela 7. Realizacja potrzeby wydalania moczu przez badane osoby

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 2                    | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 2/3                  | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 2/3/6/7              | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 3                    | 4         | 10,2         | 2,7         | 23         | 21,6         | 15,8        | 27         | 18,6         |
| 3/4                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 5          | 4,7          | 3,4         | 6          | 4,1          |
| 3/5                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| 4                    | 6         | 15,3         | 4,1         | 13         | 12,2         | 8,9         | 19         | 13,1         |
| 4/6                  | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 5                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 16         | 15,0         | 11,0        | 17         | 11,7         |
| 6                    | 10        | 25,6         | 6,8         | 27         | 25,4         | 18,6        | 37         | 25,5         |
| 7                    | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/3                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3/6                  | —         | —            | —           | 3          | 2,8          | 2,0         | 3          | 2,0          |
| 3/5/6                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 4/5                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 5/6                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1                    | 3         | 7,6          | 2,0         | 2          | 1,8          | 1,3         | 5          | 3,4          |
| Normalnie            | 9         | 23,0         | 6,2         | 11         | 10,3         | 7,5         | 20         | 13,7         |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – cewnik stale umieszczony; 2 – okresowe cewnikowanie; 3 – opukiwanie pęcherza; 4 – wyciskanie moczu; 5 – bezwiednie oddawanie moczu; 6 – automatyzm wydalania; 7 – realizacja wydalania w nocy (kaczka, basen, lignina)

Z przedłożonych do wyboru badanym osobom 9 możliwości realizacji potrzeby wydalania moczu (por. tab. 7.) badani wybrali 7 (nie stosują aparatów typu „Urinal”, słoiczeków i „innych” sposobów), z których to poszczególne osoby lub grupy osób opowiedziały się za ich 18 różnymi wariantami (kobiety – 12 wariantów, mężczyźni – 14). Najwięcej osób, bo 44 (30,3%), ma wyrobiony automatyzm wydalania i średnio co 2,5 godziny opróżnia pęcherz. Ten sposób wydalania najczęściej występuje w grupie kobiet (30,7%). Drugi sposób (pod względem liczebności) to opukiwanie pęcherza, mający zastosowanie w przypadku 42 osób (28,9%), ale ten sposób dla odmiany jest najczęściej praktykowany przez mężczyzn (33,0%). Jak z tych danych wynika, co trzecia badana kobieta z paraplegią ma wyrobiony automatyzm wydalania, a co trzeci badany mężczyzna paraplegik stosuje opukiwanie pęcherza w czasie wydalania moczu. Dwadzieścia sześć osób (8 kobiet – 20,5%, 18 mężczyzn – 16,9%), co stanowi 17,9%, wyciska mocz, 22 osoby (2 kobiety – 5,1%, 20 mężczyzn – 18,8%) – 15,1% – bezwiednie go oddaje, oraz 20 osób (9 kobiet – 23,0%, 11 mężczyzn – 10,3%) – 13,7% – realizuje omawianą potrzebę w sposób normalny. Należy zaznaczyć, że powyższe wskaźniki liczbowe są przedstawione sumarycznie, albowiem jedna i ta sama osoba może mieć na przykład wyrobiony automatyzm wydalania, a realizować go dla przykładu poprzez opukiwanie pęcherza i wyciskanie moczu.

Tabela 8. Realizacja potrzeby wydalania stolca przez badane osoby

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety |           |              | Mężczyźni   |            |              | Razem       |            |
|----------------------|---------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|
|                      | N       | (39)<br>% | (145)<br>%   | N           | (106)<br>% | (145)<br>%   | N           | (145)<br>% |
| 8                    | 10      | 25,6      | 6,8          | 16          | 15,0       | 11,0         | 26          | 17,9       |
| 1                    | 3       | 7,6       | 2,0          | 7           | 6,6        | 4,8          | 10          | 6,8        |
| 2                    | 7       | 17,9      | 4,8          | 4           | 3,7        | 2,7          | 11          | 7,5        |
| 3                    | 2       | 5,1       | 1,3          | 1           | 0,9        | 0,6          | 3           | 2,0        |
| 1/2/7                | 2       | 5,1       | 1,3          | 1           | 0,9        | 0,6          | 3           | 2,0        |
| 7                    | 2       | 5,1       | 1,3          | 4           | 3,7        | 2,7          | 6           | 4,1        |
| 2/3                  | 1       | 2,5       | 0,6          | —           | —          | —            | 1           | 0,6        |
| 2/7                  | 3       | 7,6       | 2,0          | 5           | 4,7        | 3,4          | 8           | 5,5        |
| 6/8                  | 1       | 2,5       | 0,6          | —           | —          | —            | 1           | 0,6        |
| 2/6                  | 2       | 5,1       | 1,3          | 10          | 9,4        | 6,8          | 12          | 8,2        |
| 1/7                  | 2       | 5,1       | 1,3          | 8           | 7,5        | 5,5          | 10          | 6,8        |
| 2/6/7                | 1       | 2,5       | 0,6          | —           | —          | —            | 1           | 0,6        |
| 3/8                  | 1       | 2,5       | 0,6          | —           | —          | —            | 1           | 0,6        |
| 2/3/7                | 1       | 2,5       | 0,6          | 2           | 1,8        | 1,3          | 3           | 2,0        |
| 1/3/7                | 1       | 2,5       | 0,6          | 1           | 0,9        | 0,6          | 2           | 1,3        |
| 7/8                  | —       | —         | —            | 3           | 2,8        | 2,0          | 3           | 2,0        |
| 1/7/8                | —       | —         | —            | 4           | 3,7        | 2,7          | 4           | 2,7        |
| 5/6/7                | —       | —         | —            | 1           | 0,9        | 0,6          | 1           | 0,6        |
| 1/5                  | —       | —         | —            | 2           | 1,8        | 1,3          | 2           | 1,3        |
| 1/2/7/8              | —       | —         | —            | 3           | 2,8        | 2,0          | 3           | 2,0        |
| 1/2/8                | —       | —         | —            | 4           | 3,7        | 2,7          | 4           | 2,7        |
| 1/5/8                | —       | —         | —            | 1           | 0,9        | 0,6          | 1           | 0,1        |
| 1/2/3                | —       | —         | —            | 1           | 0,9        | 0,6          | 1           | 0,6        |
| 1/8                  | —       | —         | —            | 7           | 6,6        | 4,8          | 7           | 4,8        |
| 1/2/3/7              | —       | —         | —            | 1           | 0,9        | 0,6          | 1           | 0,6        |
| 1/5/7                | —       | —         | —            | 1           | 0,9        | 0,6          | 1           | 0,6        |
| 1/2/5/7              | —       | —         | —            | 1           | 0,9        | 0,6          | 1           | 0,6        |
| 2/5/6/8              | —       | —         | —            | 1           | 0,9        | 0,6          | 1           | 0,6        |
| 1/5/6/8              | —       | —         | —            | 2           | 1,8        | 1,3          | 2           | 1,3        |
| 2/5/6                | —       | —         | —            | 1           | 0,9        | 0,6          | 1           | 0,6        |
| 1/2/6                | —       | —         | —            | 2           | 1,8        | 1,3          | 2           | 1,3        |
| 2/6/7                | —       | —         | —            | 3           | 2,8        | 2,0          | 3           | 2,0        |
| 5                    | —       | —         | —            | 1           | 0,9        | 0,6          | 1           | 0,6        |
| 2/8                  | —       | —         | —            | 1           | 0,9        | 0,6          | 1           | 0,6        |
| 2/7/8                | —       | —         | —            | 1           | 0,9        | 0,6          | 1           | 0,6        |
| 1/3/6/7              | —       | —         | —            | 1           | 0,9        | 0,6          | 1           | 0,6        |
| 6                    | —       | —         | —            | 1           | 0,9        | 0,6          | 1           | 0,6        |
| 1/6                  | —       | —         | —            | 1           | 0,9        | 0,6          | 1           | 0,6        |
| 1/6/7                | —       | —         | —            | 1           | 0,9        | 0,6          | 1           | 0,6        |
| 4                    | —       | —         | —            | 1           | 0,9        | 0,6          | 1           | 0,6        |
| Inne                 | —       | —         | —            | 1           | 0,9        | 0,6          | 1           | 0,6        |
| <b>Razem</b>         |         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> |

1 – automatyczna wydalania; 2 – czepki „Bisacodyl”; 3 – środki doustne; 4 – stosowanie lewatywy;  
5 – ugniatanie powłok brzusznych; 6 – tylko w pozycji leżącej; 7 – tylko w pozycji siedzącej; 8 – bez  
żadnej pomocy



Analogicznie przedstawia się sytuacja w badanej grupie z paraplegią w zakresie realizacji potrzeby wydalania kału (por. tab. 8.). Na 9 możliwości realizacji tej potrzeby, w tym możliwości wyboru „innych” sposobów, badani wybrali wszystkie 9, wymieniając m.in. w kategorii „innych” wydalanie kału poprzez mechaniczne (palcem) rozwieranie zwieracza odbytu. Z tych 9 możliwości stworzyli oni 40 różnych wariantów realizacji omawianej potrzeby (kobiety 15 wariantów, mężczyźni – 25). Z analizy danych wynika również, że 57 osób (39,3%) ma wyrobiony automatyzm wydalania, w tym 49 mężczyzn (46,2%) i 8 kobiet (20,5%). 40,0% zaś wszystkich badanych paraplegików (58 osób – 17 kobiet – 43,5% i 41 mężczyzn – 38,6%) stosują w wydalaniu stolca czopki Bisacodyl, z których 14 osób (9,6%) nie potrafi zakładać (nie zakłada) ich samodzielnie. 36,5% badanych realizuje tę potrzebę w pozycji siedzącej (53 osoby – 30,7% kobiet i 38,6% mężczyzn), natomiast 28 osób – 19,3% (10,2% kobiet i 22,6% mężczyzn) w pozycji leżącej. 43 mężczyzn (40,5%) i 12 kobiet (30,7%), czyli 55 osób (37,9%), nie potrzebuje żadnej pomocy w realizowaniu tej potrzeby. Ugniatanie powłok brzusznych oraz używanie lewatywy było stosowane tylko przez mężczyzn.

Można więc przyjąć, że badana grupa osób z paraplegią charakteryzuje się różnorodnymi sposobami realizowania potrzeb fizjologicznych. W dużym stopniu osoby z tej grupy mają wyrobiony automatyzm wydalania moczu i kału. Pierwszy rodzaj potrzeby realizują najczęściej poprzez opukiwanie pęcherza, drugi natomiast w wyniku używania czopków Bisacodyl.

### Dolegliwości somatyczne

Dolegliwości somatyczne, określane niekiedy mianem następstw lub powikłań, wynikają głównie z urazowego uszkodzenia rdzenia kręgowego i mają bezpośredni związek z nieprawidłowym postępowaniem w chwili uszkodzenia rdzenia oraz z niedostateczną opieką. Należą do nich: bóle kręgosłupa, bóle sparalizowanych kończyn, zniekształcenia i przykurcze, odleżyny oraz występowanie dodatkowych schorzeń i chorób. Należy tutaj zaznaczyć, iż wyszczególnienie to nie pretenduje do miana kompleksowego, ujmuje jedynie tylko te z dolegliwości, które najczęściej występują u chorych na paraplegię i mają największy wpływ na ich psychospołeczne funkcjonowanie. Przyjmuje się, że każde z wyodrębnionych powikłań stanowi samo w sobie oddzielny aspekt sytuacji zdrowotnej chorego i bezpośrednio oddziałuje na jego stan.

Na 145 badanych osób z paraplegią 73 osoby, co stanowi 50,3% (71,7% kobiet i 43,3% mężczyzn), odczuwa bóle w kręgosłupie (por. tab. 9.). Przy czym stopień, zakres i miejsce ich występowania, a także okoliczności, w ja-

kich dochodzi do nich, są bardzo zróżnicowane. Pozostałe natomiast 17 osób (11,7%), 45 osób (31,0%) nie udzieliło bowiem odpowiedzi, nie odczuwa żadnych bóli i innych dolegliwości w tej części ciała.

Tabela 9. Bóle kręgosłupa u badanych osób

| Kategorie odpowiedzi   | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|--|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|  | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| Tak  | 4         | 10,2         | 2,7         | 9          | 8,4          | 6,2         | 13         | 8,9          |
| Tak, czasami   | 7         | 17,9         | 4,8         | 7          | 6,6          | 4,8         | 14         | 9,6          |
| Tak, często  | 2         | 5,1          | 1,3         | 1          | 0,9          | 0,6         | 3          | 2,0          |
| Tak, bardzo często i silnie  | 4         | 10,2         | 2,7         | 3          | 2,8          | 2,0         | 7          | 4,8          |
| Tak, „na zmianę pogody”<br>(w tym często, czasami itd.)                | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| Tak, przy długotrwałym<br>siedzeniu (w tym czasami,<br>często itd.)    | 3         | 7,6          | 2,0         | 14         | 13,2         | 9,6         | 17         | 11,7         |
| Tak, w różnych odcinkach<br>kręgosłupa (w tym czasami,<br>często itd.) | 5         | 12,8         | 3,4         | 9          | 8,4          | 6,2         | 14         | 9,6          |
| Tak, inne (w tym często,<br>czasami itd.)                              | 1         | 2,5          | 0,6         | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 2,0          |
| Nie, bez jakichkolwiek bólów   | 2         | 5,1          | 1,3         | 15         | 14,1         | 10,3        | 17         | 11,7         |
| Brak danych  | 9         | 23,0         | 6,2         | 45         | 42,4         | 31,0        | 54         | 37,2         |
| <b>Razem</b>   | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

Jeszcze większy odsetek badanych paraplegików, bo 66,8% (97 osób, w tym 26 kobiet – 66,6% i 71 mężczyzn – 66,9%) utrzymuje, że występują u nich bóle w sparaliżowanych kończynach (por. tab. 10.). Objawiają się one najczęściej jako pieczenie i mrowienie, nie tylko w sparaliżowanych kończynach dolnych, ale także w innych porażonych częściach ciała (m.in. w pośladkach, mięśniach brzucha oraz w pęcherzu). Różnią się między sobą – analogicznie do poprzedniej sytuacji bólowej – zarówno stopniem nasilenia (choć jest to czynnik bardzo subiektywny w tym przypadku i w dużym stopniu uzależniony od wrażliwości na ból, tzw. próg bólu) i częstotliwości, jak i miejscem występowania oraz okolicznościami z tym związanymi (np. zmiany pogodowe). Sześć osób (4,1%) podało, że nie odczuwa żadnych dolegliwości bólowych, a tym bardziej pieczenia i mrowienia w porażonych częściach ciała, natomiast 8 osób (5,5%) stwierdziło, że występują u nich inne dolegliwości związane z faktem sparaliżowania kończyn dolnych (obrzęki, samoistne odruchy czy brak pocenia się skóry). W 34 przypadkach (23,4%) nie udzielono odpowiedzi.

Brak ruchów czynnych, a bardzo często i biernych w porażonych kończynach to podstawowa przyczyna – chociaż nie tylko, gdyż powodem mogą być także stany zapalne w obrębie komórek i tkanek zdolnych do tworzenia kości czy też stosowanie ruchów zbyt forsownych, tzw. brutalnych redrejsji (Gadula, Franek, 1986) – powstawania zniekształceń i przykurczów u osób

Tabela 10. Bóle w sparaliżowanych kończynach u badanych osób

| Kategorie odpowiedzi   | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|--|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|  | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| Występują (w tym mrowienie i pieczenie)  | 5         | 12,8         | 3,4         | 16         | 15,0         | 11,0        | 21         | 14,4         |
| Występują tylko mrowienia i pieczenia  | 5         | 12,8         | 3,4         | 25         | 23,5         | 17,2        | 30         | 20,6         |
| Bardzo często występują (w tym mrowienie i pieczenie)  | 3         | 7,6          | 2,0         | 4          | 3,7          | 2,7         | 7          | 4,8          |
| Czasami tylko występują  | 3         | 7,6          | 2,0         | 7          | 6,6          | 4,8         | 10         | 6,8          |
| Występują bardzo silne (w tym mrowienie i pieczenie)   | 4         | 10,2         | 2,7         | 11         | 10,3         | 7,5         | 15         | 10,3         |
| Występowanie „na zmianę pogody” (w tym mrowienie i pieczenie)  | 4         | 10,2         | 2,7         | 4          | 3,7          | 2,7         | 8          | 5,5          |
| Występowanie (w tym mrowienie i pieczenie) nie tylko w sparaliżowanych kończynach, ale również w innych częściach ciała (np. pośladki, mięśnie brzucha, pęcherz) | 2         | 5,1          | 1,3         | 4          | 3,7          | 2,7         | 6          | 4,1          |
| Występowanie innych dolegliwości związanych z faktem sparaliżowania kończyn dolnych  | 3         | 7,6          | 2,0         | 5          | 4,7          | 3,4         | 8          | 5,5          |
| Nie występują (w tym mrowienie i pieczenie)  | 1         | 2,5          | 0,6         | 5          | 4,7          | 3,4         | 6          | 4,1          |
| Brak danych  | 9         | 23,0         | 6,2         | 25         | 23,5         | 17,2        | 34         | 23,4         |
| <b>Razem</b>   | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

z paraplegią. Na 89 osób badanych (61,3%), które udzieliły odpowiedzi z zakresu tej dolegliwości (por. tab. 11.), 24 osoby (16,5% ze 145-osobowej grupy badanych) podały, że nie występują u nich zniekształcenia i przykurcze ani też inne zmiany zwyrodnieniowe. Spośród natomiast pozostałych 65 osób (44,8%): 35 osób (24,1%) stwierdziło u siebie przykurcze w stawach, 16 osób (11,0%) zniekształcenie stóp i kręgosłupa, 5 osób (3,4%) jednocześnie i przykurcze, i zniekształcenia, które uniemożliwiają w miarę sprawne poruszanie się, oraz 9 osób podało występowanie innych zmian zwyrodnieniowych w obrębie tułowia i kończyn dolnych.

Tabela 11. Zniekształcenia i przykurcze u badanych osób

| Kategorie odpowiedzi   | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|--|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|  | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| Przykurcze w stawach biodrowych, kolanowych i skokowych              | 6         | 15,3         | 4,1         | 10         | 9,4          | 6,8         | 16         | 11,0         |
| Przykurcze w stawach kolanowych i skokowych                          | 3         | 7,6          | 2,0         | 16         | 15,0         | 11,0        | 19         | 13,1         |
| Zniekształcenia stóp   | 2         | 5,1          | 1,3         | 7          | 6,6          | 4,8         | 9          | 6,2          |
| Zniekształcenia w obrębie kręgosłupa                                 | 1         | 2,5          | 0,6         | 6          | 5,6          | 4,1         | 7          | 4,8          |
| Zniekształcenia i przykurcze uniemożliwiające sprawne poruszanie się | —         | —            | —           | 5          | 4,7          | 3,4         | 5          | 3,4          |
| Inne zmiany zwyrodnieniowe w obrębie tułowia i kończyn dolnych       | 1         | 2,5          | 0,6         | 8          | 7,5          | 5,5         | 9          | 6,2          |
| Nie występują zniekształcenia i przykurcze                           | 9         | 23,0         | 6,2         | 15         | 14,1         | 10,3        | 24         | 16,5         |
| Brak danych  | 17        | 43,5         | 11,7        | 39         | 36,7         | 26,8        | 56         | 38,6         |
| <b>Razem</b>   | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

Tabela 12. Odleżyny u badanych osób

| Kategorie odpowiedzi            | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|---------------------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                                 | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| Tak                             | 3         | 7,6          | 2,0         | 14         | 13,2         | 9,6         | 17         | 11,7         |
| Tak, bardzo duże (poważny stan) | 2         | 5,1          | 1,3         | 12         | 11,3         | 8,2         | 14         | 9,6          |
| Tak, wyleczone                  | 3         | 7,6          | 2,0         | 5          | 4,7          | 3,4         | 8          | 5,5          |
| Zdarzają się                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 4          | 3,7          | 2,7         | 5          | 3,4          |
| Nie                             | 11        | 28,2         | 7,5         | 19         | 17,9         | 13,1        | 30         | 20,6         |
| Inne                            | —         | —            | —           | 1          | 0,6          | 0,9         | 1          | 0,6          |
| Brak danych                     | 19        | 48,7         | 13,1        | 51         | 48,1         | 35,1        | 70         | 48,2         |
| <b>Razem</b>                    | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

Na powstanie odleżyn, czyli miejscowej martwicy skóry, tkanki podskórnej lub też mięśniowej, składa się wiele przyczyn. Paraplegia należy do tych schorzeń, przy których szczególnie łatwo i szybko one powstają, a osoby doświadczające ich na długo bywają unieruchomione, co z kolei powoduje pojawienie się dodatkowych następstw i komplikacji. W badanej populacji paraplegików (por. tab. 12.) 31 osób – 21,3% (5 kobiet – 10,2% i 26 mężczyzn – 24,5%) – podało, że ma odleżyny, najczęściej na kości krzyżowej i kulszowej, w tym u 14 osób są one bardzo duże, 8 osób stwierdziło, że je miały, ale zostały wyleczone, natomiast 5 osób orzekło, iż zdarzają im się czasami. Z pozostałych, 30 osób (20,6%) podało, że nie ma i nigdy nie miało odleżyn, zaś 70 osób (48,2%) nie udzieliło żadnej odpowiedzi. W jednym przypadku badany (mężczyzna) napisał, że „odleżyny to poważny problem”, więc trudno na podstawie takiego stwierdzenia sądzić, czy posiada on je, czy też nie. Wobec dużego odsetka braku odpowiedzi, ten jeden przypadek nie może mieć większego znaczenia. Problem odleżyn u osób z paraplegią należy do bardzo

Tabela 13. Inne choroby (współistniejące) u badanych osób

| Kategorie odpowiedzi                | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|-------------------------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                                     | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| Choroby nerek, pęcherza (infekcje)  | 8         | 20,5         | 5,5         | 7          | 6,6          | 4,8         | 15         | 10,3         |
| Wrzody jelit, żołądka (nadkwasota)  | 2         | 5,1          | 1,3         | 1          | 0,9          | 0,6         | 3          | 2,0          |
| Zaburzenia krążenia                 | 2         | 5,1          | 1,3         | 1          | 0,9          | 0,6         | 3          | 2,0          |
| Nerwica                             | 3         | 7,6          | 2,0         | 2          | 1,8          | 1,3         | 5          | 3,4          |
| Kamica żółciowa                     | 1         | 2,5          | 0,6         | 3          | 2,7          | 2,0         | 4          | 2,7          |
| Wstrząśnięcie mózgu                 | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| Rwa kulszowa                        | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| Zapalenie dróg oddechowych (częste) | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| Bóle głowy                          | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| Gluchota                            | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| Czyraki                             | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| Biegunki (częste)                   | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| Chore zęby                          | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| Żółtaczką                           | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| <b>Razem</b>                        | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

drażliwych. Bywa bowiem tak, że osoby z odleżynami zalicza się do tzw. „brudnych”, w odróżnieniu od pozostałych – „czystych”. Stąd osoby z odleżynami często ukrywają swój prawdziwy stan (nie są na przykład przyjmowane z tego powodu do sanatoriów lub ośrodków rehabilitacyjnych).

Oprócz scharakteryzowanych tu dolegliwości somatycznych, najczęściej występujących u osób z paraplegią, badani podali jeszcze czternaście innych schorzeń boleśnie odczuwanych (por. tab. 13.). Co dziesiąta osoba (15 osób – 10,3%) ma częste infekcje pęcherza i nerek, przy czym u kobiet zdarzają się częściej (20,5%) niż u mężczyzn (6,6%), 5 osób (3,4%) ma nerwicę, 4 osoby (2,7%) kamicę nerkową oraz po 3 osoby (2,0%) zaburzenia w krążeniu oraz owrzodzenie jelit i żołądka. Dodatkowe schorzenia podało 37 osób, co stanowi 25,5% całej grupy badanych paraplegików.

Z omawianej sytuacji medyczno-zdrowotnej wynika, że nieco ponad połowa badanych osób z paraplegią odczuwa bóle kręgosłupa. Z tej liczby dwie trzecie cierpi także bóle w porażonych częściach ciała, w tym pod postacią mrowienia i pieczenia, a prawie 45% posiada zniekształcenia i przykurcze anatomiczne. Co piąty badany paraplegik ma odleżyny, a co dziesiąty częste infekcje dróg moczowych i pęcherza.

### 3. Lokomocyjno-czynnościowe funkcjonowanie osób z paraplegią

Z badań nad przystosowaniem osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (zob. Heflich-Piątkowska, Walicka, 1975) wynika, że niewątpliwym wpływem na jego prawidłowy przebieg, zwłaszcza w podstawowych (wyjściowych) jego wymiarach, ma dynamicznie postępujący proces fizycznego usprawniania, możliwie szybkie opuszczenie łóżka oraz – równie szybkie – uzyskanie samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego. Szczególnie ważne jest tutaj, aby chory z paraplegią już w pierwszym okresie rehabilitacji leczniczej – I i II okres według M. Weissa (1983) – odzyskał w jak największym stopniu i zakresie sprawność fizyczną, pozwalającą mu na samodzielne opanowanie codziennych czynności życiowych i lokomocję. Ponowne bowiem nabycie tych umiejętności i funkcji, które przed urazem wykonywał w sposób automatyczny, bez chwili zastanowienia się, przyczynia się do poprawy jego stanu psychicznego, tj. doznania stanu zadowolenia i przyjemności, zmniejszenia poczucia zależności od innych osób, bierności i braku bezpieczeństwa (Hulek, 1969) oraz do zwiększenia jego aktywności społecznej. Oczywiście, stopień i zakres nabycia sprawności lokomocyjno-czynnościowej w przypadku paraplegii urazowej uwarunkowany jest wieloma czynnikami, z których podstawowym wydaje się poziom uszkodzenia seg-

mentu neurologicznego. Abstrahuję tutaj od różnego rodzaju powikłań (np. odleżyn), które w znacznym stopniu zmniejszają możliwości funkcjonalne chorego. Dlatego też nie wszystkie osoby z tego typu schorzeniem są w stanie uzyskać omawiane sprawności na jednakowym poziomie. Jednak w sytuacji, jaką stworzono w niniejszych badaniach poprzez przyjęcie stosownych kryteriów doboru grupy, wszystkie osoby z porażeniem rdzeniowym – zakwalifikowane do badań i biorące w nich udział – powinny wykazywać (z tytułu chociażby sprawnych kończyn górnych) zarówno samodzielność lokomocyjną, przejawiającą się w samodzielnym przemieszczaniu się przy pomocy urządzeń ortopedyczno-rehabilitacyjnych, jak i czynnościową – w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego. Różnice, jakie niewątpliwie występują, powinny zawierać się jedynie w sferze indywidualnych osiągnięć poszczególnych osób w wybranych zakresach sprawności.

### Umiejętności lokomocyjne

Przez pojęcie „lokomocji” najczęściej rozumie się sposób poruszania się lub przemieszczania z miejsca na miejsce. W przypadku jednak osób z porażeniem kończyn dolnych i tułowia nie sposób pominąć takich jego aspektów, jak: indywidualne możliwości fizyczne, wynikające z obrazu klinicznego uszkodzonego rdzenia oraz uzyskane w przebiegu leczenia, usprawniania i opieki, następnie odrębności konstytucji psychicznych oraz zróżnicowanie w warunków socjalno-bytowych i szeroko rozumianych społecznych, które determinują nabycie takich a nie innych umiejętności i nawyków poruszania się oraz przemieszczania. Stąd określenie lokomocji paraplegików, także jako sposób ich poruszania się i przemieszczania uściślone powinno być dookreśleniem „specyficzne”. W definicji tej – jak widać – występuje połączenie dwóch odrębnych określeń – poruszania się i przemieszczania – w jedną całość, albowiem przyjęto zasadę, że z pierwszego wynika drugie i uzupełnia je. Poruszanie się bowiem osoby z paraplegią to zespół czynności ruchowych wykonywanych w obrębie swego ciała, np. przekręcanie się, siadanie lub wstawanie. Natomiast przemieszczanie się to pokonywanie przestrzeni, przy pomocy wózka inwalidzkiego w pozycji siedzącej, lub też przy użyciu aparatów szynowo-opaskowych i kul w pozycji pionowej. Bez samodzielnego poruszania się nie ma takiego przemieszczania.

W ten właśnie sposób analizowana była lokomocja w badanej grupie osób z paraplegią: od czynności w poruszaniu się – typu przekręcania się w łóżku i siadania – do czynności w przemieszczaniu, czyli w przesuwanie się z jednego miejsca na łóżku w drugie, przenoszeniu ciała z łóżka na wózek, z wózka na muszlę klozetową, do wanny lub też do samochodu, w po-

ruszaniu się na wózku i jeżdżeniu oraz do prób chodzenia w aparatach szynowo-opaskowych.

Tabela 14. Czynności lokomocyjne wykonywane w łóżku przez badane osoby

| Kategorie odpowiedzi   | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |      |
|--|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|------|
|  | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |      |
| Przekręcanie się   | 1         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |      |
|  | 2         | 4            | 10,2        | 2,7        | 7            | 6,6         | 4,8        | 11           | 7,5  |
|  | 3         | —            | —           | —          | 1            | 0,9         | 0,6        | 1            | 0,6  |
|  | 4         | 3            | 7,6         | 2,0        | 5            | 4,7         | 3,4        | 8            | 5,5  |
|  | 5         | 32           | 22,0        | 82,0       | 92           | 86,7        | 63,4       | 124          | 85,5 |
| <b>Razem</b>   | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |      |
| Siadanie   | 1         | —            | —           | 3          | 2,7          | 2,0         | 3          | 2,0          |      |
|  | 2         | 5            | 12,8        | 3,4        | 3            | 2,7         | 2,0        | 8            | 5,5  |
|  | 3         | —            | —           | —          | —            | —           | —          | —            |      |
|  | 4         | 2            | 5,1         | 1,3        | 8            | 7,5         | 5,5        | 10           | 6,8  |
|  | 5         | 32           | 22,0        | 82,0       | 92           | 86,7        | 63,4       | 124          | 85,5 |
| <b>Razem</b>   | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |      |
| Przemieszczanie się przy pomocy rąk w dowolne miejsce na łóżku | 1         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |      |
|  | 2         | 4            | 10,2        | 2,7        | 3            | 2,7         | 2,0        | 7            | 4,8  |
|  | 3         | —            | —           | —          | —            | —           | —          | —            |      |
|  | 4         | 4            | 10,2        | 2,7        | 4            | 3,7         | 2,7        | 8            | 5,5  |
|  | 5         | 31           | 21,3        | 79,4       | 98           | 92,4        | 67,5       | 129          | 88,9 |
| <b>Razem</b>   | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |      |

1 – nie jest zdoln(a) do wykonywania tej czynności; 2 – potrzebuje pomocy; 3 – wymaga nadzoru; 4 – wymaga specjalnego sprzętu; 5 – wykonuje samodzielnie

Z uzyskanych danych wynika (por. tab. 14.), że 124 osoby z paraplegią, co stanowi 85,5% całości, samodzielnie przekręca się na łóżku i siada. Odsetek ten nawet wzrasta do 88,9% (129 osób) w odniesieniu do badanych w zakresie ich przemieszczania się przy pomocy rąk w dowolne miejsce na łóżku. Od siedmiu do jedenastu osób (4,8% – 7,5%) – są to te same osoby – potrzebuje pomocy i wymaga specjalnego sprzętu we wszystkich czynnościach wykonywanych w łóżku. Jedna osoba (mężczyzna) nie potrafi przekręcać się i przemieszczać, zaś 3 osoby (2,0%) nie siadają samodzielnie. Występującą tutaj pewną sprzeczność – która wynika z faktu istnienia większej liczby osób umiejących przemieszczać się na łóżku przy pomocy rąk od liczby osób, które samodzielnie przekręcają się i siadają – tłumaczyć należy tym, że nawet osoby nie mające wyćwiczonych mięśni tułowia (brzucha, pleców), stąd i bez wyrobionych umiejętności siadania (a jest ich w tym konkretnym wypadku trzy), o ile wcześniej się je posadzi, to nie sprawia im już później większego kłopotu przenoszenie swego ciała na wyprostowanych rękach (w pozycji siedzącej) z jednego miejsca na drugie.

Tabela 15. Lokomocja badanych osób

| Kategorie odpowiedzi                                     | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |      |
|--|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|------|
|  | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |      |
| Podnoszenie się z łóżka na wózek i z powrotem            | 1         | 2            | 5,1         | 1,3        | 2            | 1,8         | 1,3        | 4            | 2,7  |
|  | 2         | 4            | 10,2        | 2,7        | 12           | 11,3        | 8,2        | 16           | 11,0 |
|  | 3         | —            | —           | —          | —            | —           | —          | —            | —    |
|  | 4         | 1            | 2,5         | 0,6        | 2            | 1,8         | 1,3        | 3            | 2,0  |
|  | 5         | 32           | 82,0        | 22,0       | 90           | 84,9        | 62,0       | 122          | 84,1 |
| <b>Razem</b>   | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |      |
| Posługiwanie się wózkiem przy pomocy rąk                 | 1         | 1            | 2,5         | 0,6        | 1            | 0,9         | 0,6        | 2            | 1,3  |
|  | 2         | —            | —           | —          | 2            | 1,8         | 1,3        | 2            | 1,3  |
|  | 3         | —            | —           | —          | —            | —           | —          | —            | —    |
|  | 4         | —            | —           | —          | 1            | 0,9         | 0,6        | 1            | 0,6  |
|  | 5         | 38           | 97,4        | 26,2       | 102          | 96,2        | 70,3       | 140          | 96,5 |
| <b>Razem</b>   | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |      |
| Podnoszenie się z wózka do wanny i z powrotem            | 1         | 4            | 10,2        | 2,7        | 8            | 7,5         | 5,5        | 12           | 8,2  |
|  | 2         | 15           | 38,4        | 10,3       | 20           | 18,8        | 13,7       | 35           | 24,1 |
|  | 3         | 2            | 5,1         | 1,3        | 3            | 2,8         | 2,0        | 5            | 3,4  |
|  | 4         | 3            | 7,6         | 2,0        | 3            | 2,8         | 2,0        | 6            | 4,1  |
|  | 5         | 15           | 38,4        | 10,3       | 72           | 67,9        | 49,6       | 87           | 60,8 |
| <b>Razem</b>   | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |      |
| Podnoszenie się z wózka na muszlę klozetową i z powrotem | 1         | 6            | 15,3        | 4,1        | 11           | 10,3        | 7,5        | 17           | 11,7 |
|  | 2         | 6            | 15,3        | 4,1        | 15           | 14,1        | 10,3       | 21           | 14,4 |
|  | 3         | 3            | 7,6         | 2,0        | —            | —           | —          | 3            | 2,0  |
|  | 4         | 1            | 5,1         | 0,6        | 5            | 4,7         | 3,4        | 6            | 4,1  |
|  | 5         | 23           | 58,9        | 15,8       | 75           | 70,7        | 51,7       | 98           | 67,5 |
| <b>Razem</b>   | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |      |
| Podnoszenie się z wózka do samochodu i z powrotem        | 1         | 7            | 17,9        | 4,8        | 12           | 11,3        | 8,2        | 19           | 13,1 |
|  | 2         | 15           | 38,4        | 10,3       | 16           | 15,9        | 11,0       | 31           | 21,3 |
|  | 3         | 2            | 5,1         | 1,3        | 1            | 0,9         | 0,6        | 3            | 2,0  |
|  | 4         | 1            | 2,5         | 0,6        | —            | —           | —          | 1            | 0,6  |
|  | 5         | 14           | 35,8        | 9,6        | 77           | 72,6        | 53,1       | 91           | 62,7 |
| <b>Razem</b>   | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |      |
| Chodzenie w aparatach w poręczach                        | 1         | 7            | 17,9        | 4,8        | 33           | 31,3        | 22,7       | 40           | 27,5 |
|  | 2         | 2            | 5,1         | 1,3        | 8            | 7,5         | 5,5        | 10           | 6,8  |
|  | 3         | 9            | 23,0        | 6,2        | 8            | 7,5         | 5,5        | 17           | 11,7 |
|  | 4         | 21           | 53,8        | 14,4       | 57           | 53,7        | 39,3       | 78           | 53,7 |
| <b>Razem</b>   | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |      |
| Chodzenie w aparatach o kulach pachowych                 | 1         | 16           | 41,0        | 11,0       | 67           | 63,2        | 46,2       | 83           | 57,2 |
|  | 2         | 3            | 7,6         | 2,0        | 12           | 11,3        | 8,2        | 15           | 10,3 |
|  | 3         | 11           | 28,2        | 7,5        | 10           | 9,4         | 6,8        | 21           | 14,4 |
|  | 4         | 9            | 23,0        | 6,2        | 17           | 16,0        | 11,7       | 26           | 17,9 |
| <b>Razem</b>   | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |      |
| Chodzenie w aparatach o kulach łokciowych                | 1         | 16           | 41,0        | 11,0       | 59           | 55,6        | 48,6       | 75           | 51,7 |
|  | 2         | 5            | 12,8        | 3,4        | 10           | 9,4         | 6,8        | 15           | 10,3 |
|  | 3         | 9            | 23,0        | 6,2        | 11           | 10,3        | 7,5        | 20           | 13,7 |
|  | 4         | 9            | 23,0        | 6,2        | 26           | 24,5        | 17,9       | 35           | 24,1 |
| <b>Razem</b>   | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |      |

1 – nie jest zdoln(a) do wykonywania tej czynności; 2 – potrzebuje pomocy; 3 – wymaga nadzoru; 4 – wymaga specjalnego sprzętu; 5 – wykonuje samodzielnie



Lokomocja paraplegików nie sprowadza się tylko do ich specyficznych sposobów poruszania się i przemieszczania w łóżku. Społeczna aktywność wymaga, aby mimo obiektywnych ograniczeń przebywali oni w wielu różnych miejscach. Pomocnym w tym może być jedynie wózek inwalidzki. A zatem, kolejnymi umiejętnościami lokomocyjnymi, które osoby z paraplegią powinny nabyć, to samodzielne posługiwanie się wózkiem, w tym sposobem wchodzenia na niego i opuszczania go. Z danych wynika (por. tab. 15.), że 83,4% badanych osób (121) samodzielnie przenosi się z łóżka na wózek i z powrotem, a tylko 4 osoby (2,7%) nie są zdolne do wykonywania tej czynności, z tego 16 osób (11,0%) potrzebuje pomocy oraz 3 osoby (2,0%) wymaga specjalnego sprzętu (typu podwieszki). Samo już posługiwanie się wózkiem nie sprawia żadnych trudności 139 osobom (95,8%), co jest potwierdzeniem wcześniejszego wyjaśnienia sprzeczności pomiędzy poruszaniem się paraplegików a ich przemieszczaniem. Kłopoty natomiast sprawiają im zejścia z wózka do wanny oraz na muszlę klozetową. Pierwszą czynność wykonuje samodzielnie 86 osób (59,3%), 12 osób (8,2%) nie jest w stanie tego uczynić i 35 (24,1%) potrzebuje pomocy, drugi zaś manewr wykonuje relatywnie: 97 osób (66,8%), 17 (11,7%) i 21 osób (14,4%). Niemal analogicznie jest w przypadku przejścia z wózka do samochodu osobowego, gdzie 13,1% badanych paraplegików (19 osób) nie jest w stanie wykonać tej czynności, 21,3% (31 osób) potrzebuje pomocy, a tylko 62,0% (90 osób) wykonuje ją samodzielnie. Interesujący jest fakt, że tylko jedna osoba korzysta w realizacji tego celu ze specjalnego sprzętu (podnośnik).

Oddzielną grupę czynności lokomocyjnych stanowi umiejętność chodzenia badanych osób z zastosowaniem aparatów szynowo-opaskowych na kończynach dolnych, przy pomocy dodatkowych urządzeń, takich jak: poręcze, kule pachowe i kule łokciowe (laski). E. Chromiec (1983) podaje, że lokomocję w postaci chodzenia o kulach pachowych w wysokich aparatach z pasem mogą opanować chorzy z całkowitym uszkodzeniem rdzenia poniżej Th<sub>6</sub>, zaś o kulach łokciowych w wysokich aparatach – z uszkodzeniami poniżej L<sub>2</sub>. W badanej grupie paraplegików, osób o takich (powyżej wymienionych) poziomach uszkodzeń neuromerów było odpowiednio: 111 (76,5%) i 16 (11,0%). Odnosząc zatem uzyskane dane z zakresu tej czynności, gdzie tylko 78 osób (53,7%) samodzielnie chodzi w aparatach („w poręczach”) oraz 26 osób (17,9%) w aparatach w postaci kul pachowych, przy relatywnie 40 (27,5%) i 83 (57,2%) niezdolnych do wykonywania tej czynności, stwierdzić należy, że umiejętność chodzenia w aparatach, w odniesieniu do osób z uszkodzeniem rdzenia poniżej Th<sub>6</sub>, nie została w dużym stopniu opanowana. Inaczej rzecz się ma w zakresie chodzenia badanych w aparatach o kulach łokciowych. Co prawda 75 osób (51,7%) nie jest zdolnych do tej lokomocji, 15 osób (10,3%) potrzebuje pomocy i 20 (13,7%) nadzoru, ale 35 osób (24,1%) wykonuje ją samodzielnie, czyli więcej niż w przypadku osób cho-

dzących o kulach pachowych oraz więcej niż osób zdolnych do tej czynności. Jak zatem wytłumaczyć ten fakt? Po prostu, osoby z wyższym poziomem uszkodzeń neuromerów – w zdecydowanej większości były to uszkodzenia na poziomie Th<sub>12</sub>-L<sub>1</sub>, czyli nieznacznie wyższe – opanowały tę czynność, co dobrze świadczy o przebiegu i realizacji procesu ich rehabilitacji. Jeżeli natomiast chodzi o pierwszą kwestię niezgodności, to wyjaśnienia tej sprawy należy szukać w sposobach nauki i nauczania chodzenia tychże osób. Do coraz rzadszych przypadków należy bowiem nauka chodzenia przy użyciu kul pachowych. W nielicznych tylko ośrodkach się ją stosuje.

Nie stwierdzono większych rozbieżności, jeśli chodzi o sprawność lokomotoryjną, pomiędzy badanymi kobietami a mężczyznami. Wahają się one raz w jedną, raz w drugą stronę.

### Sprawności czynnościowo-samoobsługowe

Przez pojęcie sprawności czynnościowo-samoobsługowej osób z paraplegią przyjęto rozumieć taką umiejętność wykonywania przez nie zespołu czynności związanych z codziennymi sytuacjami życiowymi, która pozwoli paraplegikom na samodzielność i niezależność.

Zdaniem wielu specjalistów, umiejętności lokomotoryjne należą również do czynności samoobsługowych. Wydzielono je jednak ze względu na ich pierwotne pochodzenie, tzn. nabywanie w początkowym okresie rehabilitacji leczniczej. W związku z tym stanowią one niejako punkt wyjścia do dalszych dokonań w zakresie uzyskiwania przez osoby dotknięte inwalidztwem kolejnych sprawności, niezbędnych w ich życiu osobistym i społecznym. Zakres tych czynności jest ogromny, a wszelkie próby ich sklasyfikowania i usystematyzowania nie zawsze przynoszą oczekiwane efekty, zwłaszcza że indywidualizm potrzeb i obiektywnych warunków ich realizacji u poszczególnych osób niepełnosprawnych jest niesłychanie trudny do przewidzenia. W niniejszych badaniach postanowiono skoncentrować się na trzech sferach sprawności czynnościowo-samoobsługowej u osób z paraplegią, a mianowicie: na higienie osobistej, ubieraniu się, rozbieraniu i zakładaniu sprzętu ortopedycznego oraz na grupie czynności „innych”, wykonywanych w obrębie miejsca zamieszkania, takich jak podnoszenie i utrzymywanie przedmiotów, otwieranie i zamykanie okien czy ścielenie łóżka.

Czynności związane z higieną osobistą, toaletą wchodzą w zakres ogólnie rozumianej samopielegnacji osób z paraplegią – bardzo ważnego aspektu funkcjonowania tychże osób ze względu chociażby na ich szczególną podatność na różnego rodzaju infekcje dróg moczowych czy też skóry, co może w tym konkretnym wypadku prowadzić do ewentualnych odleżyn. Wydawać by się mogło, że dobrane do badań osoby z porażeniem kończyn

dolnych (wszystkie osoby o sprawnych kończynach górnych) nie powinny mieć problemów w realizacji tych czynności. Jednak z uzyskanych danych widać (por. tab. 16.), iż nie wszystkie z badanych osób samodzielnie się myją. I to nie tylko w przypadku całego ciała czy nóg, ale również rąk, twarzy oraz szyi i głowy. Jedna osoba bowiem (mężczyzna) nie jest zdolna do mycia nawet rąk i twarzy, zaś 8 osób (5,5%) potrzebuje do tego pomocy. Nogi myją samodzielnie 104 osoby (71,7%), a całe ciało 99 osób (68,2%). Pozostali albo nie są w stanie tego robić (odpowiednio: mycie nóg – 9 osób, czyli 6,2%, całe ciało – 10 osób, tj. 6,8%), albo potrzebują pomocy (analogicznie: 27 osób – 18,6% i 29 osób – 20,0%) czy też w nielicznych już przypadkach wymagają nadzoru lub specjalnego sprzętu. Procentowe wskaźniki realizacji tych czynności w grupach kobiet i mężczyzn są do siebie zbliżone.

Tabela 16. Czynności życia codziennego – higiena osobista badanych osób

| Kategorie odpowiedzi            | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |      |
|---------------------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|------|
|                                 | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |      |
| Mycie rąk, twarzy, szyi i głowy | 1         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |      |
|                                 | 2         | 1            | 2,5         | 0,6        | 7            | 6,6         | 4,8        | 8            | 5,5  |
|                                 | 3         | —            | —           | —          | —            | —           | —          | —            |      |
|                                 | 4         | —            | —           | —          | —            | —           | —          | —            |      |
|                                 | 5         | 38           | 97,4        | 26,2       | 98           | 92,4        | 67,5       | 136          | 93,7 |
| <b>Razem</b>                    | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |      |
| Mycie nóg                       | 1         | 2            | 5,1         | 1,3        | 7            | 6,6         | 4,8        | 9            | 6,2  |
|                                 | 2         | 8            | 20,5        | 5,5        | 19           | 17,9        | 13,1       | 27           | 18,6 |
|                                 | 3         | —            | —           | —          | 1            | 0,9         | 0,6        | 1            | 0,6  |
|                                 | 4         | 1            | 2,5         | 0,6        | 3            | 2,8         | 2,0        | 4            | 2,7  |
|                                 | 5         | 28           | 71,7        | 19,3       | 76           | 71,6        | 52,4       | 104          | 71,7 |
| <b>Razem</b>                    | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |      |
| Mycie całego ciała              | 1         | 3            | 7,6         | 2,0        | 7            | 6,6         | 4,8        | 10           | 6,8  |
|                                 | 2         | 9            | 23,0        | 6,2        | 20           | 18,8        | 13,7       | 29           | 20,0 |
|                                 | 3         | 1            | 2,5         | 0,6        | 1            | 0,9         | 0,6        | 2            | 1,3  |
|                                 | 4         | 1            | 2,5         | 0,6        | 4            | 3,7         | 2,7        | 5            | 3,4  |
|                                 | 5         | 25           | 64,1        | 17,2       | 74           | 69,8        | 51,0       | 99           | 68,2 |
| <b>Razem</b>                    | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |      |

1 – nie jest zdolna(y) do wykonywania tej czynności; 2 – potrzebuje pomocy; 3 – wymaga nadzoru; 4 – wymaga specjalnego sprzętu; 5 – wykonuje samodzielnie

Podobne wyniki, jak w przypadku higieny osobistej, otrzymano w badanej grupie w zakresie umiejętności ubierania się i rozbierania (por. tab. 17.). Jedna osoba (ten sam mężczyzna) nie jest zdolna do wkładania na siebie i zdejmowania koszuli, a 7 osób (4,8%) wymaga przy tym pomocy. Ten wskaźnik niemożności wzrasta w miarę następnych, trudniejszych operacji wkładania i zdejmowania poszczególnych części ubioru. Spodni np. nie potrafi włożyć i zdjąć 5 osób (3,4%), przy 21 osobach (14,4%) potrzebujących do tego celu pomocy; skarpet lub pończoch odpowiednio: 10 osób (6,8%)

i 18 osób (12,4%), porannych pantofli lub butów – 19 osób (13,1%), w tym jedna osoba wymaga nadzoru, a 10 osób (6,8%) – pomocy. Jednak około 80% badanych osób, od 79,3% (115 osób) do 82,0% (119 osób), wykonuje te czynności samodzielnie.

Tabela 17. Czynności życia codziennego – ubieranie się badanych osób

| Kategorie odpowiedzi                                |   | Kobiety |           |            | Mężczyźni |            |            | Razem |            |
|---|---|---------|-----------|------------|-----------|------------|------------|-------|------------|
|   |   | N       | (39)<br>% | (145)<br>% | N         | (106)<br>% | (145)<br>% | N     | (145)<br>% |
| Wkładanie i zdejmowanie koszuli, bluzki             | 1 | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
|   | 2 | 2       | 5,1       | 1,3        | 5         | 4,7        | 3,4        | 7     | 4,8        |
|   | 3 | —       | —         | —          | —         | —          | —          | —     | —          |
|   | 4 | —       | —         | —          | —         | —          | —          | —     | —          |
|   | 5 | 37      | 94,8      | 25,5       | 100       | 94,3       | 68,9       | 137   | 94,4       |
| <b>Razem</b>  |   | 39      | 100,0     | 26,8       | 106       | 100,0      | 73,1       | 145   | 100,0      |
| Wkładanie i zdejmowanie spodni                      | 1 | 1       | 2,5       | 0,6        | 4         | 3,7        | 2,7        | 5     | 3,4        |
|   | 2 | 8       | 20,5      | 5,5        | 13        | 12,2       | 8,9        | 21    | 14,4       |
|   | 3 | —       | —         | —          | —         | —          | —          | —     | —          |
|   | 4 | —       | —         | —          | —         | —          | —          | —     | —          |
|   | 5 | 30      | 76,9      | 20,6       | 89        | 83,9       | 61,3       | 119   | 82,0       |
| <b>Razem</b>  |   | 39      | 100,0     | 26,8       | 106       | 100,0      | 73,1       | 145   | 100,0      |
| Wkładanie i zdejmowanie skarpetek, pończoch         | 1 | 2       | 5,1       | 1,3        | 8         | 7,5        | 5,5        | 10    | 6,8        |
|   | 2 | 8       | 20,5      | 5,5        | 10        | 9,4        | 6,8        | 18    | 12,6       |
|   | 3 | —       | —         | —          | —         | —          | —          | —     | —          |
|   | 4 | —       | —         | —          | —         | —          | —          | —     | —          |
|   | 5 | 29      | 74,3      | 20,0       | 88        | 83,0       | 60,6       | 117   | 80,6       |
| <b>Razem</b>  |   | 39      | 100,0     | 26,8       | 106       | 100,0      | 73,1       | 145   | 100,0      |
| Wkładanie i zdejmowanie porannych pantofli, butów   | 1 | 3       | 7,6       | 2,0        | 7         | 6,6        | 4,8        | 10    | 6,8        |
|   | 2 | 7       | 17,9      | 4,8        | 12        | 11,3       | 8,2        | 19    | 13,1       |
|   | 3 | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
|   | 4 | —       | —         | —          | —         | —          | —          | —     | —          |
|   | 5 | 29      | 74,3      | 20,0       | 86        | 81,1       | 59,5       | 115   | 79,3       |
| <b>Razem</b>  |   | 39      | 100,0     | 26,8       | 106       | 100,0      | 73,1       | 145   | 100,0      |
| Wkładanie i zdejmowanie aparatów szynowo-opaskowych | 1 | 3       | 7,6       | 2,0        | 11        | 10,3       | 7,5        | 14    | 9,4        |
|   | 2 | 15      | 38,4      | 10,3       | 11        | 10,3       | 7,5        | 26    | 17,9       |
|   | 3 | 1       | 2,5       | 0,6        | 1         | 0,9        | 0,6        | 2     | 1,3        |
|   | 4 | 7       | 17,9      | 4,8        | 55        | 51,8       | 37,9       | 62    | 42,1       |
|   | 5 | 13      | 33,3      | 8,9        | 28        | 26,4       | 19,3       | 41    | 28,2       |
| <b>Razem</b>  |   | 39      | 100,0     | 26,8       | 106       | 100,0      | 73,1       | 145   | 100,0      |

1 – nie jest zdoln(a) do wykonywania tej czynności; 2 – potrzebuje pomocy;

3 – wymaga nadzoru; 4 – wymaga specjalnego sprzętu; 5 – wykonuje samodzielnie

Zakładanie i zdejmowanie sprzętu ortopedycznego jest czynnością trudną i skomplikowaną, stąd (por. tab. 17.) tylko 41 osób (28,2%) potrafi ją wykonać samodzielnie, 62 osoby (42,7%) potrzebuje specjalnego sprzętu, 26 osób (17,9%) pomocy, a 14 osób (9,6%) nie umie sobie z tym poradzić. Wyniki te nie mogą być jednak miarodajne, ponieważ nie wszystkie osoby w jednakowym stopniu posiadają niezbędny sprzęt ortopedyczny (aparaty szyno-

wo-opaskowe oraz niekiedy podwieszki parciane na łóżku czy też gorsety i prostotrzymacze), nie wszystkie osoby kiedykolwiek nawet z niego korzystały (aparaty łuskowe i szynowo-opaskowe). W tym zakresie również nie zaobserwowano istotniejszych różnic pomiędzy badanymi kobietami i mężczyznami.

W kolejnej sferze sprawności czynnościowo-samoobsługowej wyodrębniono dziewięć czynności samoobsługowych, z których co najmniej cztery kwalifikują się do zakresu czynności lokomocyjnych. Włączone zostały jednak do tej sfery, ponieważ ściśle wiążą się z całokształtem działalności „człowieka rdzeniowego” w miejscu bytowania, czyli zawierają się w aspekcie szeroko rozumianych sytuacji mieszkaniowych (prowadzenie gospodarstwa domowego) i społecznych (przebywanie w różnych miejscach, nawiązywanie kontaktów). Takie bowiem czynności, jak podnoszenie przedmiotów z podłogi czy też utrzymywanie tychże o większym ciężarze, łącznie ze sprawnościami w otwieraniu drzwi i okien oraz w pokonywaniu na wózku inwalidzkim progów, schodów i nierówności – stanowią podstawowe i nieodłączne elementy funkcjonowania osoby z paraplegią. Bez tych umiejętności nie może być mowy o jej prawidłowym stanie psychicznym oraz aktywności życiowej i społecznej. Spośród 145 badanych osób z uszkodzeniem rdzenia (por. tab. 18.) 114 osób, co stanowi 78,6%, samodzielnie podnosi przedmioty z podłogi, a 116 osób (80,0%) potrafi utrzymywać przedmioty o większym ciężarze. Odpowiednio 11 (7,5%) i 18 osób (12,4%) nie jest zdolnych do wykonywania tych czynności, a 12 (8,2%) i 10 osób (6,8%) potrzebuje w tym celu pomocy. Dla 6 osób (4,1%) niezbędne jest korzystanie ze specjalnego sprzętu przy podnoszeniu różnego rodzaju przedmiotów z podłogi. 95,8% (139 osób) wszystkich badanych samodzielnie otwiera i zamyka drzwi, trzy osoby niezdolne są do wykonywania tej czynności i tyle samo potrzebuje pomocy. Otwieranie i zamykanie okien jest już zadaniem trudniejszym, bowiem tylko 73,7% (107 osób) badanych potrafi to wykonywać, 17 osób (11,7%) nie może, 12 (8,2%) wymaga pomocy a 9 osób (6,2%) potrzebuje do tego specjalnego sprzętu. W przypadku jednak tej czynności część badanych osób podawała w „wyjaśnieniach”, że nie ma możliwości jej sprawdzenia ze względu na utrudniony dostęp do okien (małe i ciasne mieszkania). Jeszcze mniejszy wskaźnik samodzielności, bo 72,4% – 105 osób, występuje w osługiwaniu się wózkiem inwalidzkim przy pokonywaniu schodów, progów i wszelkiego rodzaju nierówności, 7 osób (4,8%) jest do tego niezdolnych i 28 (19,3%) potrzebuje pomocy. 54 osoby (37,2%) natomiast samodzielnie prowadzi samochód osobowy czy też motorowy (lub elektryczny) wózek inwalidzki.

W zakresie pozostałych czynności samoobsługowych, jak: ścielenie łóżka i chowanie pościeli, sprzątanie mieszkania oraz przygotowywanie posiłków procentowe wskaźniki samodzielnego wykonywania wahają się pomiędzy

62,0% (gotowanie) a 74,4% (ścielenie) wszystkich badanych, z tego nieumiejętność i niezależność osiąga ok. 18,6% (sprzątanie) do 15,1% (ścielenie) oraz potrzeba pomocy ok. 17,2% (gotowanie) – 10,3% (ścielenie). 71,7% kobiet nie wymaga żadnej pomocy ani nadzoru lub też specjalnego sprzętu przy sprzątananiu mieszkania i przygotowywaniu posiłków, co w odniesieniu

Tabela 18. Czynności życia codziennego – czynności samoobsługowe badanych osób

| Kategorie odpowiedzi                                   |   | Kobiety |           |            | Mężczyźni |            |            | Razem |            |
|--|---|---------|-----------|------------|-----------|------------|------------|-------|------------|
|  |   | N       | (39)<br>% | (145)<br>% | N         | (106)<br>% | (145)<br>% | N     | (145)<br>% |
| Podnoszenie przedmiotów z podłogi                      | 1 | 5       | 12,8      | 3,4        | 6         | 5,6        | 4,1        | 11    | 7,5        |
|  | 2 | 3       | 7,6       | 2,0        | 9         | 8,4        | 6,2        | 12    | 8,2        |
|  | 3 | —       | —         | —          | —         | —          | —          | —     | —          |
|  | 4 | 3       | 7,6       | 2,0        | 3         | 2,8        | 2,0        | 8     | 4,1        |
|  | 5 | 28      | 71,7      | 19,3       | 88        | 83,1       | 60,6       | 116   | 80,0       |
| <b>Razem</b>   |   | 39      | 100,0     | 26,8       | 106       | 100,0      | 73,1       | 145   | 100,0      |
| Utrzymanie przedmiotów o większej wadze                | 1 | 5       | 12,8      | 3,4        | 13        | 12,2       | 8,9        | 18    | 12,4       |
|  | 2 | 4       | 10,2      | 2,7        | 6         | 5,6        | 4,1        | 10    | 6,8        |
|  | 3 | 1       | 2,5       | 0,6        | 1         | 0,9        | 0,6        | 2     | 1,3        |
|  | 4 | 1       | 2,5       | 0,6        | —         | —          | —          | 1     | 0,6        |
|  | 5 | 28      | 71,7      | 19,3       | 86        | 81,3       | 59,3       | 114   | 78,4       |
| <b>Razem</b>   |   | 39      | 100,0     | 26,8       | 106       | 100,0      | 73,1       | 145   | 100,0      |
| Otwieranie i zamykanie okien                           | 1 | 8       | 20,5      | 5,5        | 9         | 8,4        | 6,2        | 17    | 11,1       |
|  | 2 | 5       | 12,8      | 3,4        | 7         | 6,6        | 4,8        | 12    | 8,1        |
|  | 3 | —       | —         | —          | —         | —          | —          | —     | —          |
|  | 4 | 4       | 10,2      | 2,7        | 5         | 4,7        | 3,4        | 9     | 6,2        |
|  | 5 | 22      | 56,4      | 15,1       | 85        | 80,1       | 58,6       | 107   | 73,1       |
| <b>Razem</b>   |   | 39      | 100,0     | 26,8       | 106       | 100,0      | 73,1       | 145   | 100,0      |
| Otwieranie i zamykanie drzwi                           | 1 | 2       | 5,1       | 1,3        | 1         | 0,9        | 0,6        | 3     | 2,0        |
|  | 2 | 1       | 2,5       | 0,6        | 2         | 1,8        | 1,3        | 3     | 2,0        |
|  | 3 | —       | —         | —          | —         | —          | —          | —     | —          |
|  | 4 | —       | —         | —          | —         | —          | —          | —     | —          |
|  | 5 | 36      | 92,3      | 24,8       | 103       | 97,1       | 71,0       | 139   | 95,8       |
| <b>Razem</b>   |   | 39      | 100,0     | 26,8       | 106       | 100,0      | 73,1       | 145   | 100,0      |
| Pokonywanie na wózku progów, krawężników i nierówności | 1 | 2       | 5,1       | 1,3        | 5         | 4,7        | 3,4        | 7     | 4,8        |
|  | 2 | 13      | 33,3      | 8,9        | 15        | 14,1       | 10,3       | 28    | 19,3       |
|  | 3 | 1       | 2,5       | 0,6        | 3         | 2,8        | 2,0        | 4     | 2,7        |
|  | 4 | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
|  | 5 | 23      | 58,9      | 15,8       | 82        | 77,3       | 56,5       | 105   | 72,4       |
| <b>Razem</b>   |   | 39      | 100,0     | 26,8       | 106       | 100,0      | 73,1       | 145   | 100,0      |
| Prowadzenie samochodu osobowego                        | 1 | 28      | 71,7      | 19,3       | 36        | 33,9       | 24,88      | 64    | 44,1       |
|  | 2 | —       | —         | —          | 3         | 2,8        | 2,0        | 3     | 2,0        |
|  | 3 | —       | —         | —          | —         | —          | —          | —     | —          |
|  | 4 | 5       | 12,8      | 3,4        | 19        | 17,9       | 13,1       | 24    | 16,5       |
|  | 5 | 6       | 15,3      | 4,1        | 48        | 45,2       | 33,1       | 54    | 37,2       |
| <b>Razem</b>   |   | 39      | 100,0     | 26,8       | 106       | 100,0      | 73,1       | 145   | 100,0      |

Ciąg dalszy tabeli 18

| Kategorie odpowiedzi                 |   | Kobiety |           |            | Mężczyźni |            |            | Razem |            |
|--------------------------------------|---|---------|-----------|------------|-----------|------------|------------|-------|------------|
|                                      |   | N       | (39)<br>% | (145)<br>% | N         | (106)<br>% | (145)<br>% | N     | (145)<br>% |
| Ścienie łóżka<br>i chowanie pościeli | 1 | 6       | 15,3      | 4,1        | 16        | 15,0       | 11,0       | 22    | 15,1       |
|                                      | 2 | 4       | 10,2      | 2,7        | 11        | 10,3       | 7,5        | 15    | 10,3       |
|                                      | 3 | —       | —         | —          | —         | —          | —          | —     | —          |
|                                      | 4 | —       | —         | —          | —         | —          | —          | —     | —          |
|                                      | 5 | 29      | 74,3      | 20,0       | 79        | 74,5       | 54,4       | 108   | 74,4       |
| <b>Razem</b>                         |   | 39      | 100,0     | 26,8       | 106       | 100,0      | 73,1       | 145   | 100,0      |
| Sprzątanie mieszkania                | 1 | 6       | 15,3      | 4,1        | 21        | 19,8       | 14,4       | 27    | 18,4       |
|                                      | 2 | 3       | 7,6       | 2,0        | 16        | 15,0       | 11,0       | 19    | 13,1       |
|                                      | 3 | —       | —         | —          | —         | —          | —          | —     | —          |
|                                      | 4 | 2       | 5,1       | 1,3        | 4         | 3,7        | 2,7        | 6     | 4,1        |
|                                      | 5 | 28      | 71,7      | 19,3       | 65        | 61,3       | 44,8       | 93    | 64,1       |
| <b>Razem</b>                         |   | 39      | 100,0     | 26,8       | 106       | 100,0      | 73,1       | 145   | 100,0      |
| Przygotowywanie<br>posiłków          | 1 | 2       | 5,1       | 1,3        | 21        | 19,8       | 14,4       | 23    | 15,8       |
|                                      | 2 | 5       | 12,8      | 3,4        | 20        | 18,8       | 13,7       | 25    | 17,2       |
|                                      | 3 | 1       | 2,5       | 0,6        | 2         | 1,8        | 1,3        | 3     | 2,0        |
|                                      | 4 | 3       | 7,6       | 2,0        | 1         | 0,9        | 0,6        | 4     | 2,7        |
|                                      | 5 | 28      | 71,7      | 19,3       | 62        | 58,4       | 42,7       | 90    | 61,3       |
| <b>Razem</b>                         |   | 39      | 100,0     | 26,8       | 106       | 100,0      | 73,1       | 145   | 100,0      |

1 – Nie jest zdoln(a) do wykonywania tej czynności; 2 – potrzebuje pomocy;  
3 – wymaga nadzoru; 4 – wymaga specjalnego sprzętu; 5 – wykonuje samodzielnie

do grupy mężczyzn (odpowiednio do wymienionych wynosi: 61,3% i 58,4%) wskazuje na większą samoobsługę kobiet.

### Stopień sprawności lokomocyjno-czynnościowej

Dokonana tu charakterystyka sprawności lokomocyjno-czynnościowej osób z paraplegią wskazuje przede wszystkim na przejawiane w tej grupie badanych tendencje w zakresie umiejętności wykonywania poszczególnych czynności lokomocyjnych i samoobsługowych, które zostały uznane – i wybrane – za szczególnie istotne w warunkach funkcjonowania osób dotkniętych poprzecznym porażeniem. Taki charakter analizy (opisowy) sprawia, że bardzo trudno jest ustalić liczbowe relacje między osobami czy też grupami osób posiadającymi różny stopień umiejętności wykonywania przedstawionego zakresu czynności. Chcąc zatem określić, które osoby opanowały ten zakres oraz ustalić ich liczbę, posłużono się oceną trzech kompetentnych sędziów, których zadaniem było przeanalizowanie wyników badań każdej ze 145 osób z paraplegią, a następnie zakwalifikowanie poszczególnych osób do jednej z trzech grup (stopni) sprawności lokomocyjno-czynnościowej:

1) wykonuje wszystkie czynności bez jakiegokolwiek pomocy;

2) wykonuje czynności z niewielką pomocą, pod nadzorem, stosując specjalny sprzęt ortopedyczny;

3) wymaga pomocy w wielu czynnościach.

Stopnie te były jednocześnie kryteriami oceny.

Tabela 19. Stopień sprawności lokomocyjno-czynnościowej

| Ocena sprawności fizycznej | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                            | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| Bez pomocy                 | 16        | 41,0         | 11,0        | 67         | 63,2         | 46,2        | 83         | 57,2         |
| Z nieznaczną pomocą        | 11        | 28,2         | 7,5         | 15         | 14,1         | 10,3        | 26         | 17,9         |
| Z dużą pomocą              | 12        | 30,7         | 8,2         | 24         | 22,6         | 16,5        | 36         | 24,9         |
| <b>Razem</b>               | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

Z analizy danych wynika (por. tab. 19.), że 83 osoby (57,2%) samodzielnie wykonują wszystkie czynności lokomocyjno-samoobsługowe, przy czym zwraca uwagę fakt, iż procentowy wskaźnik w grupach płci jest wyższy – dla tego stopnia – u mężczyzn (63,2%) niż u kobiet (41,0%), co nie wynika z opisowej charakterystyki zawartej w pierwszej części niniejszego rozdziału. Natomiast trzydzieści sześć osób (24,8%), co jest swego rodzaju zaskoczeniem, wymaga dużej pomocy w wielu czynnościach. Spodziewano się co prawda, że niektóre osoby ze względu na rodzaj i wysokość porażenia, stan medyczno-zdrowotny oraz odzyskaną w niewielkim stopniu sprawność fizyczną nie będą w stanie obejść się bez pomocy osób drugich. Nie oczekiwano jednak, że liczba ich przekroczy stan osób, które wykonują niektóre czynności lokomocyjno-samoobsługowe z niewielką pomocą, pod nadzorem lub też przy zastosowaniu specjalnego sprzętu. Osób tych było 26 (17,9%). W jednej i drugiej grupie zaobserwowano wyższy procentowy udział kobiet niż mężczyzn. Lekkiej pomocy wymaga bowiem 28,2% kobiet w stosunku do 14,1% mężczyzn, zaś dużej pomocy potrzebuje 30,7% kobiet, a tylko 22,6% mężczyzn.

#### 4. Formy zagospodarowania czasu w ciągu dnia: w łóżku, na wózku, podczas chodzenia w aparatach

Przedstawiona charakterystyka lokomocyjno-czynnościowego funkcjonowania grupy paraplegików wykazała, że niemal dwie trzecie badanych osób, pomimo różnego rodzaju ograniczeń wynikających z istoty uszkodzenia rdzenia, opanowało w dużym stopniu zakres czynności lokomocyjnych i samoobsługowych, pozwalających im na samodzielne egzystowanie w miejscach swego zamieszkania. Pozostałe natomiast badane osoby z paraplegią wymagały jednak większej lub mniejszej pomocy ze strony osób drugich, pełnosprawnych, począwszy od nadzorowania czy też asekurowania w nie-



których czynnościach, a skończywszy – co ma miejsce w jednym przypadku – na całkowitej opiece i pielęgnacji. Na ile ważkie są to informacje, może świadczyć m.in. fakt, że gdyby niniejsze analizy oparto wyłącznie na prezentacji wskaźników zaczerpniętych z orzeczeń KIZ-owskich (por. tab. 20.), to okazałoby się, iż 134 osoby, czyli 92,4%, jakie zostały zakwalifikowane do I grupy inwalidztwa, wymagają opieki innych osób (co wynika chociażby

Tabela 20. Orzeczenie o grupie inwalidztwa badanych osób

| Orzeczenie KIZ | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| I grupa        | 35        | 89,7         | 24,1        | 99         | 93,3         | 68,2        | 134        | 92,4         |
| II grupa       | 3         | 7,6          | 2,0         | 4          | 3,7          | 2,7         | 7          | 4,8          |
| Bez orzeczenia | 1         | 2,5          | 0,6         | 3          | 2,8          | 2,0         | 4          | 2,7          |
| <b>Razem</b>   | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

z przyjętej definicji I grupy inwalidztwa), a przecież tak nie jest, o czym informują dane (rozdz. IV). Z drugiej jednak strony, w myśl wskazań o orzecznictwie inwalidzkim oraz zgodnie z przyjętymi kryteriami doboru do badań osób z paraplegią, w zasadzie wszyscy badani powinni mieć przyznaną I grupę, co nie ma miejsca – mimo wszystko – w przypadku pozostałych 7 osób (4,8%), którym orzeczono II grupę, oraz w przypadku 4 osób (2,7%), względem których nie przeprowadzono stosownego postępowania kwalifikacyjnego, a tym samym nie przyznano im odpowiedniej grupy inwalidztwa.

Dodatkowym uzupełnieniem charakterystyki badanych osób z paraplegią, w aspekcie ich sytuacji medyczno-zdrowotnej, lokomocyjno-czynnościowej oraz – w mniejszym stopniu – poziomu uszkodzenia rdzenia kręgowego, a także przebiegu leczenia, rehabilitacji i opieki (przedstawione już wcześniej), są dane z zakresu liczby godzin spędzania wolnego czasu przez badanych w takich pozycjach, jak: leżenie w łóżku, siedzenie w wózku inwalidzkim i chodzenie w aparatach przy pomocy kul oraz pod względem rodzaju wykonywanych w tych pozycjach czynności.

### Wymiar czasowy

Czas przebywania w ciągu dnia w każdej z wyodrębnionych form skategoryzowany został przez badanych w zależności od najczęściej wymienianej liczby godzin w sześciu przedziałach dla łóżka i wózka oraz pięciu dla chodzenia w aparatach. Z analizy danych wynika (por. tab. 21.), że 82 osoby (56,5%) przebywa cały dzień poza łóżkiem, natomiast 12 osób (8,2%) leży w nim od jednej do dwóch godzin. Dla pozostałych badanych czas ten już się

wydłuża, sprawiając, iż większą część dnia przebywają oni w łóżku, na krótko tylko je opuszczając. Ma to miejsce w przypadku 21 osób (14,4%) z przedziału 5,5–8 godzin oraz 10 osób (6,8%) z przedziału pow. 8,5 godzin, ale nie bez przerwy. Łóżka nie opuszcza 6 osób (4,1%), w tym pięciu mężczyzn i jedna kobieta.

Tabela 21. Liczba godzin spędzanych w ciągu dnia przez badane osoby w łóżku, wózku oraz podczas chodzenia w aparatach szynowo-opaskowych

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |              | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%   | N          | (145)<br>%   |
| <b>Łóżko</b>         |           |              |             |            |              |              |            |              |
| nie leży             | 23        | 58,9         | 15,8        | 59         | 53,6         | 40,6         | 82         | 56,5         |
| 1,0–2,0              | 5         | 12,8         | 3,4         | 7          | 6,6          | 4,8          | 12         | 8,2          |
| 2,5–5,0              | 3         | 7,6          | 2,0         | 11         | 10,3         | 7,5          | 14         | 9,66         |
| 5,5–8,0              | 5         | 12,8         | 3,4         | 166        | 15,0         | 11,0         | 21         | 14,4         |
| pow. 8,5             | 2         | 5,1          | 1,3         | 8          | 7,5          | 5,5          | 10         | 6,8          |
| ciagle               | 1         | 2,5          | 0,6         | 5          | 4,7          | 3,4          | 6          | 4,1          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b>  | <b>145</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Wózek</b>         |           |              |             |            |              |              |            |              |
| nie jeździ           | 1         | 2,5          | 0,6         | 9          | 8,4          | 6,2          | 10         | 6,8          |
| 1,0–2,0              | 1         | 2,5          | 0,6         | 5          | 4,7          | 3,4          | 6          | 4,1          |
| 2,5–5,0              | 5         | 12,8         | 3,4         | 11         | 10,3         | 7,5          | 16         | 11,0         |
| 5,5–8,0              | 10        | 25,6         | 6,8         | 15         | 14,1         | 10,3         | 25         | 17,2         |
| 8,5–12,0             | 9         | 23,0         | 6,2         | 29         | 27,3         | 20,0         | 38         | 26,2         |
| pow. 12,5            | 13        | 33,3         | 8,9         | 37         | 34,9         | 25,5         | 50         | 34,4         |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b>  | <b>145</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Aparaty</b>       |           |              |             |            |              |              |            |              |
| nie chodzi           | 16        | 41,0         | 11,0        | 61         | 57,5         | 42,0         | 77         | 53,1         |
| 1,0–2,0              | 16        | 41,0         | 11,0        | 32         | 30,1         | 22,0         | 48         | 33,1         |
| 2,5–5,0              | 5         | 12,8         | 3,4         | 5          | 4,7          | 3,4          | 10         | 6,8          |
| 5,5–8,0              | 2         | 5,1          | 1,3         | 6          | 5,6          | 4,1          | 8          | 5,5          |
| pow. 8,5             | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3          | 2          | 1,3          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,11</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

Czas przebywania badanych osób w wózku inwalidzkim jest także zróżnicowany. Zauważa się jednak, że 77,9% wszystkich paraplegików korzysta z niego w ciągu dnia dłużej niż 5,5 godzin, przy czym 50 osób (34,4%) przebywa w nim cały dzień. Szesnaście osób (11,0%) siedzi w nim od 2,5 do 5 godzin dziennie, zaś 6 osób (4,1%) od jednej do dwóch godzin. Dziesięć osób, co stanowi 6,8% całości, nie posługuje się wózkiem. W przypadku 6 osób, które leżą cały czas w łóżku, jest to uzasadnione, ale co z pozostałymi czterema osobami? Dwie z nich (1,3% – 2 mężczyzn), są na tyle sprawne, że w swej codziennej lokomocji posługują się wyłącznie aparatami szynowo-opaskowymi i kulami. Natomiast dalsze dwie osoby nie mają wózków i po opuszczeniu łóżka siedzą tylko w fotelach, bez możliwości przemieszczania się z jednego miejsca w drugie.

W aparatach chodzi codziennie 68 osób (46,8%), z czego najwięcej, bo 48 osób (33,1%), od jednej do dwóch godzin, następnie 10 osób (6,8%) do 5 godzin i 8 osób (5,5%) do 8 godzin. Dwie osoby – jak już powiedziano – posługują się nimi cały czas we wszystkich czynnościach życia codziennego. 63 osoby (43,4%) w ogóle nie zakładają aparatów, gdyż albo ich nie ma, albo uważa tę czynność za bezsensowną. Pozostałe natomiast 14 osób (8,2%) sporadycznie korzysta z aparatów, jedynie w ramach ćwiczeń. Osób takich, które w ten sposób traktują chodzenie w aparatach, jest 42, co stanowi 28,9% całej grupy.

### Rodzaje wykonywanych czynności

Najczęstszymi rodzajami czynności wykonywanych przez badane osoby z paraplegią w trakcie ich codziennego chodzenia w aparatach szynowo-opaskowych, oprócz ćwiczeń usprawniających, są czynności określane mianem spędzania czasu wolnego (por. tab. 22.). Dwadzieścia jeden osób (14,4%), w tym 17 mężczyzn i 4 kobiety, w taki właśnie sposób traktuje tę czynność (TV i RTV), 17 osób (11,7%) natomiast stwierdziło, iż w czasie chodzenia w aparatach wykonuje codzienne czynności życiowe, 9 osób (6,2%) uczy się bądź pracuje, a 10 osób (6,8%) poświęca czas na hobby. Zaobserwowano tutaj dziewięć różnych możliwości spędzania czasu przez badanych chodzących w aparatach, od pojedynczych do bardziej skomplikowanych. Wiadomo bowiem, że osoby, które większość dnia lub cały dzień spędzają na chodzeniu, wykonują zapewne wszystkie lub niemal wszystkie rodzaje czynności. Osób, które podkreśliły w kwestionariuszu wszystkie rodzaje czynności, było siedem (4,6%): sześciu mężczyzn i jedna kobieta.

Tabela 22. Rodzaje czynności wykonywanych przez badane osoby poruszające się przy pomocy aparatów szynowo-opaskowych

| Oznaczenie czynności                | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|-------------------------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                                     | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                                   | 2         | 5,1          | 1,3         | 5          | 4,7          | 3,4         | 7          | 4,8          |
| 1/2                                 | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4                             | —         | —            | —           | 7          | 6,6          | 4,8         | 7          | 4,8          |
| 1/3                                 | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/4                                 | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 2                                   | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 3                                   | 4         | 10,2         | 2,7         | 9          | 8,4          | 6,2         | 13         | 8,9          |
| 4                                   | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| Tylko w ramach ćwiczeń              | 16        | 41,0         | 11,0        | 26         | 24,5         | 17,9        | 42         | 28,9         |
| Nie chodzi w ogóle (nie wkłada ich) | 13        | 33,3         | 8,9         | 50         | 47,1         | 34,4        | 63         | 43,4         |
| Inne                                | 1         | 2,5          | 0,6         | 6          | 5,6          | 4,1         | 7          | 4,8          |
| <b>Razem</b>                        | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – czynności życia codziennego; 2 – praca, nauka; 3 – spędzanie czasu wolnego;  
4 – zajęcia typu hobby

Jeszcze więcej różnych możliwości (kategorii) w wykonywanych czynnościach, bo 12 – spośród pięciu przedstawionych do oceny, w tym „inne” – stwierdzono wśród badanych osób z paraplegią podczas ich dziennego przebywania w łóżku (por. tab. 23.). Najwięcej osób, bo 131 (90,3%), z czego 106 mężczyzn – czyli wszyscy – i 25 kobiet, przebywa w łóżku w ciągu dnia, aby spędzić czas wolny, przy czym 56 osób (38,6%) tylko w tym celu korzysta z łóżka. Pięćdziesiąt trzy osoby (36,5%) wykonuje w łóżku czynności życia codziennego, w tym 4 osoby wyłącznie, zaś 37 osób (25,5%) pracuje w nim lub się uczy. Dla 35 osób (24,1%) natomiast, 4 kobiet i 31 mężczyzn, pobyt w łóżku wiąże się z wykonywaniem zajęć typu hobby. W 29 (20,0%) zaś przypadkach są to zajęcia inne niż wyżej wymienione. Trzydzieści osób (8,9%) wykonuje w łóżku wszystkie rodzaje czynności, a 12 (8,2%) spędza w nim wyłącznie czas wolny, relizując niektóre tylko czynności samoobsługowe. Popularność pozostałych ośmiu kategorii (wyłączając dwie kategorie i „inne”) jest już mniejsza i waha się od jednej do siedmiu osób preferujących taki, a nie inny sposób spędzania czasu w łóżku.

Tabela 23. Rodzaje czynności wykonywanych w ciągu dnia przez badane osoby przebywające w łóżku

| Oznaczenie czynności | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 3          | 2,8          | 2,0         | 4          | 2,7          |
| 1/2/3                | 4         | 10,2         | 2,7         | 3          | 2,8          | 2,0         | 7          | 4,8          |
| 1/2/3/4              | 1         | 2,5          | 0,6         | 12         | 11,3         | 8,2         | 13         | 8,9          |
| 1/2/4                | —         | —            | —           | 3          | 2,8          | 2,0         | 3          | 2,0          |
| 1/3                  | 3         | 7,6          | 2,0         | 9          | 8,4          | 6,2         | 12         | 8,2          |
| 1/3/4                | —         | —            | —           | 5          | 4,7          | 3,4         | 5          | 3,4          |
| 2/3                  | 2         | 5,1          | 1,3         | 4          | 3,7          | 2,7         | 6          | 4,1          |
| 2/3,4                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3                    | 13        | 33,3         | 8,9         | 43         | 40,5         | 29,6        | 56         | 38,6         |
| 3/4                  | 2         | 5,1          | 1,3         | 4          | 3,7          | 2,7         | 6          | 4,1          |
| 4                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 2,0          |
| Inne                 | 12        | 30,7         | 8,2         | 17         | 16,0         | 11,7        | 29         | 20,0         |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – czynności życia codziennego; 2 – praca, nauka; 3 – spędzanie czasu wolnego;  
4 – zajęcia typu hobby

O ile w trakcie chodzenia w aparatach badane osoby z paraplegią spędzały w ten sposób czas wolny lub traktowały to zajęcie jako ćwiczenie usprawniające, a przebywanie w łóżku służyło im przede wszystkim do spędzania czasu wolnego, o tyle czas, kiedy badani siedzieli w wózkach inwalidzkich, wykorzystywany był przez nich bardziej różnorodnie, co m.in. pozwoliło na wyszczególnienie 16 kategorii czynnościowych wykonywanych w wózku. Z danych tych wynika (por. tab. 24.), że 108 osób (74,4%) w trakcie

siedzenia na wózkę wykonuje czynności życia codziennego, 88 osób (60,6%) pracuje lub uczy się, 85 (58,6%) spędza czas wolny i 71 (48,9%) zajmuje się swoim hobby, natomiast 13 osób (8,9%) realizuje inne czynności. 50 osób (34,4%), w tym 41 mężczyzn (38,6%) i 9 kobiet (23,0%) wykonuje wszystkie cztery wyszczególnione czynności, 19 osób (13,1%) tylko pierwszą, zaś 11 (7,5%) trzy pierwsze. Pozostałe kategorie czynności dotyczyły mniejszej liczby badanych.

Tabela 24. Rodzaje czynności wykonywanych w ciągu dnia przez badane osoby podczas siedzenia w wózkę

| Oznaczenie czynności | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 7         | 17,9         | 4,8         | 12         | 11,3         | 8,2         | 19         | 13,1         |
| 1/2                  | 3         | 7,6          | 2,0         | 5          | 4,7          | 3,4         | 8          | 5,5          |
| 1/2/3                | 4         | 10,2         | 2,7         | 7          | 6,6          | 4,8         | 11         | 7,5          |
| 1/2/3/4              | 9         | 23,0         | 6,2         | 41         | 38,6         | 28,2        | 50         | 34,4         |
| 1/2/4                | 2         | 5,1          | 1,3         | 6          | 5,6          | 4,1         | 8          | 5,5          |
| 1/3                  | 5         | 12,8         | 3,4         | 3          | 2,8          | 2,0         | 8          | 5,5          |
| 1/3/4                | 1         | 2,5          | 0,6         | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 2,0          |
| 1/4                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 2                    | 3         | 7,6          | 2,0         | 3          | 2,8          | 2,0         | 6          | 4,1          |
| 2/3                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 2/3/4                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 2/4                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 2,0          |
| 3                    | 2         | 5,1          | 1,3         | 7          | 6,6          | 4,8         | 9          | 6,2          |
| 3/4                  | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 4                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 1,3          |
| Inne                 | 1         | 2,5          | 0,6         | 11         | 10,3         | 7,5         | 12         | 8,9          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – czynności życia codziennego; 2 – praca, nauka; 3 – spędzanie czasu wolnego;  
4 – zajęcia typu hobby

W podsumowaniu omawianego powyżej zagadnienia stwierdza się, że tylko co czwarta badana osoba spędza w ciągu dnia więcej czasu w łóżku niż na wózkę bądź chodząc w aparatach. Z pozostałych natomiast osób cztery piąte korzysta z wózka dłużej niż 5 godzin dziennie, z czego co trzecia osoba przez cały dzień. Niemal połowa badanych osób codziennie chodzi w aparatach, ale tylko co siódma dłużej niż dwie godziny. Dwie osoby są na tyle sprawne fizycznie, że korzystają tylko z aparatów i kul łokciowych. Dłuższe lub krótsze dzienne pobyty w łóżku służą badanym osobom przede wszystkim do spędzania czasu wolnego (RTV, lektura), chodzenie zaś traktowane jest przez nie jako jeden ze sposobów poprawy kondycji fizycznej, usprawniania się. Podstawowe natomiast czynności, związane z aktywnością osobistą i społeczną, wykonują one na wózkę inwalidzkim.



## Rozdział V

### SPOŁECZNE KONSEKWENCJE USZKODZENIA RDZENIA KRĘGOWEGO U BADANYCH OSÓB

Rejestracja zastanej w badanej grupie osób z paraplegią sytuacji: rodzinnej, socjalnej, towarzyskiej, zawodowej i społecznej odnosi się przede wszystkim do zagadnień związanych z uwarunkowaniami procesu psychospołecznego przystosowania tychże osób. Ze względu jednak na kontynuację charakterystyki badanych osób, zdecydowano się umieścić ten fragment analiz jako kolejny w niniejszej pracy, na bazie którego to dokonana zostanie próba ustalenia wpływu wybranych czynników demograficzno-społecznych (w tym czynnika sprawności lokomocyjno-czynnościowej) na poziom psychospołecznego przystosowania osób z paraplegią. Nadmienić tutaj jednakże należy, iż zakres omawianych sytuacji życiowych badanych osób dotyczy tylko niewielkiej liczby wybranych składników, uważanych za najbardziej istotne dla psychicznego i społecznego funkcjonowania osób z trwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Należy przy tym zaznaczyć, że przeprowadzone badania nie mają na celu wyznaczania czynników, które byłyby wykorzystywane do analiz zależnościowych, z poszczególnymi wymiarami psychospołecznego przystosowania, lecz są jedynie próbą scharakteryzowania, rejestracji wybranych sytuacji życiowych (sfer życia społecznego) badanej grupy paraplegików w powyższym zakresie i służą przede wszystkim jako materiał uzupełniający, pomocny m.in. przy interpretacji wyników otrzymanych przy pomocy metod obiektywnych.

#### **Kwestionariusz Ankiety**

Zawierający 57 pytań Kwestionariusz Ankiety (w opracowaniu własnym) na temat sytuacji rodzinnej, socjalnej, towarzyskiej, zawodowej i szeroko rozumianej społecznej osób z paraplegią służy w niniejszych badaniach ja-

ko metoda (technika badawcza) pomocnicza. Uzyskane dane pozwalają na syntetyczne ujęcie badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w ich społecznym wymiarze, są też pomocne w analizie wyników badań dokonanych przy pomocy metod obiektywnych, zastosowanych do pomiaru poziomu wybranych aspektów psychospołecznego przystosowania.

Pięćdziesiąt siedem pytań ankietowych, otwartych i zamkniętych (skategoryzowanych), tworzy siedem kategorii ankiety. Oprócz wymienionych już tu pięciu kategorii znajdują się również: kategoria biograficzna (pierwsza – dane personalne) oraz kategoria danych uzupełniających (siódma).

Kategoria druga (sytuacja rodzinna) zaczyna się od pytania otwartego – o liczbę i skład personalny rodziny osoby badanej (*krótka charakterystyka rodziny*). Siedem pozostałych są to już pytania półotwarte (dysjunktywne i koniunktywne) i dotyczą takich zagadnień, jak ocena rodziny przez osobę badaną – jej opieki, oczekiwań, a także określenia swojej pozycji w rodzinie.

W kategorii trzeciej 9 pytań o charakterze dysjunktywno-półotwartym, odnoszących się do sytuacji socjalnej, pozwala na scharakteryzowanie i ocenę warunków mieszkalnych osób badanych oraz rodzaj ich zaopatrzenia ortopedyczno-rehabilitacyjnego.

Sytuacja towarzyska, stanowiąca przedmiot badań kategorii czwartej, określona jest za pomocą 7 pytań dysjunktywnych i koniunktywnych. Dotyczą one w szczególności rodzajów i jakości kontaktów interpersonalnych oraz form i sposobów spędzania czasu wolnego. Jedno z pytań (*o nalogi*) wykracza nieco poza tematykę tej części ankiety, chociaż pośrednio rzutuje tak na rodzaj kontaktów, jak i na sposób spędzania czasu wolnego (determinuje je) przez osoby z paraplegią.

W kategorii piątej (sytuacja zawodowa) znajdują się wyłącznie pytania otwarte (7). Osoba badana udziela tutaj informacji na temat charakteru zatrudnienia, ewentualnych zmian w zatrudnieniu wynikłych z faktu doznania uszkodzenia rdzenia kręgowego oraz rodzaju pobieranych świadczeń socjalnych (np. *renta, zapomoga*).

Kategoria szósta, określona mianem sytuacji społecznej, sprowadza się do udzielania odpowiedzi na 4 pytania, 3 koniunktywno-półotwarte i jedno (podwójne) otwarte, z zakresu zachowań przejawianych przez badanego oraz przez otoczenie społeczne (reakcja na widok człowieka niepełnosprawnego).

Ostatnia kategoria ankiety to dane uzupełniające, stanowiące swego rodzaju podsumowanie. Równocześnie jest bogatym źródłem danych psychologicznych o osobach badanych. Siedem pierwszych pytań, wszystkie otwarte, odnosi się do osobistego ustosunkowania się osoby badanej wobec takich kwestii, jak problem godzenia się z kalectwem w odniesieniu do wyrażanych przez nią marzeń, pragnień i planów życiowych. Pytanie ósme – rów-



niez otwarte – pozwala na swobodną wypowiedź na tematy związane nie tylko z prowadzonymi badaniami, ale i na inne, nurtujące osobę badaną.

Na zakończenie należy nadmienić, iż przy opracowywaniu niniejszego Kwestionariusza Ankiety kierowano się zasadą umieszczania w nim jak największej liczby pytań skategoryzowanych, dzięki czemu stałby się on narzędziem prostym i dostatecznie szybkim w badaniu.

## 1. Środowisko rodzinne

Coraz częściej akcentowana ważność środowiska rodzinnego w procesie rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych i ich przystosowania wynika nie tyle z niedoskonałości systemu instytucjonalnego – upadku pokładanych w nim nadziei – w ramach którego próbuje się włączać osoby z niepełną sprawnością w nurt życia społecznego (Kwolek, Gliwińska, 1986), co przede wszystkim z wysokiej wartości społecznej tkwiącej w życiu rodzinnym. Środowisko rodzinne bowiem jako pierwotne, najbardziej naturalne ze środowisk, w największym stopniu wpływa na zakres i jakość procesu przystosowania społecznego osoby z dysfunkcją fizyczną. Kalectwo przecież w pierwszej kolejności dotyka rodzinę poszkodowanego i jego najbliższe otoczenie. Stąd sposób jej reagowania na fakt niesprawności jednego ze swych członków, ukształtowanie się w niej (nabycie przez nią) określonej postawy, jako m.in. sumy wpływu czynników bezpośrednich i pośrednich, determinuje obszar funkcyjności fizycznej i psychospołecznej niepełnosprawnej osoby. Uważa się (zob. rozdz. II), że osoby z paraplegią lepiej przystosowują się, jeżeli mają oparcie w rodzinie, bliskich przyjaciółach, w personelu lekarskim, a nawet w pacjentach. Przede wszystkim jednak w rodzinie, o czym świadczy ogromna liczba tego rodzaju stwierdzeń, jakie spotyka się w literaturze przedmiotu.

Badania nad osobami niepełnosprawnymi na tle ich rodzin należą do częściej podejmowanych w psychologii defektologicznej, psychopedagogice specjalnej i socjologii niepełnej sprawności, jakkolwiek w zdecydowanej większości dotyczą one problematyki zmian struktury rodziny w związku z faktem inwalidztwa jednego z jej członków. Niewiele natomiast miejsca i czasu poświęca się roli rodziny w determinowaniu stosunku osoby niepełnosprawnej do jej niesprawności i kalectwa, do leczenia i usprawniania oraz wejścia w „nowe” życie społeczne, a także roli rodziny w samym procesie rehabilitacji leczniczej i społecznej. Przeprowadzana tutaj analiza sytuacji rodzinnej badanych osób z paraplegią ma na celu scharakteryzowanie tych elementów składowych życia rodzinnego, które mogą rzutować na sposób i jakość społecznego funkcjonowania tychże osób. Dane otrzymane z tej sfery życia społecznego badanych nie pretendują jednak do miana zmiennych niezależnych,

wykorzystywanych m.in. do analiz zależnościowych z zakresu przystosowania, lecz służą wyłącznie jako materiał uzupełniający.

Zakres omawianej problematyki życia rodzinnego badanych parapelegików obejmuje swym zasięgiem następujące zagadnienia szczegółowe (wobec których badani musieli się ustosunkować): struktura rodziny, atmosfera panująca w domu rodzinnym, stosunki rodzinne przed wypadkiem i po nim, oczekiwania rodziny wobec badanego i badanego wobec rodziny oraz określenie społecznej pozycji badanego w rodzinie.

### Struktura rodziny

Struktury rodzin badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego były bardzo różne. Analiza ich, od strony składu liczbowego (por. tab. 25.), pozwala zauważyć, że badani najczęściej byli członkami rodzin 4-osobowych. Rodzin takich było 41, co stanowi 28,8%. Następną grupę stanowią rodziny 3-osobowe (29 rodzin – 20,0%) i 2-osobowe (27 rodzin – 18,6%). Rodziny 5-, i 6-osobowe były reprezentowane w mniejszym stopniu, bo relatywnie w 19 (13,1%) i 12 (8,2%) przypadkach, tak zresztą jak i grupa rodzin najmniej licznych – jednoosobowych – i najbardziej licznych, z siedmioma, ośmioma członkami – z frekwencją od pięciu (3,4%) do sześciu (4,1%) przypadków. Należy sądzić, że liczbowy skład rodzin badanych osób wynika ze składu osobowego tychże rodzin, jakkolwiek prawidłowości występujące tutaj nie są w każdym przypadku tak oczywiste. Rodzina 4-osobowa wcale nie musi na przykład prezentować modelu: dwoje rodziców, badany oraz jego brat lub siostra; lub żona i mąż – jedno z nich jako osoba badana – plus dwoje dzieci.

Tabela 25. Liczbowy skład rodzin badanych osób

| Liczba członków | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|-----------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                 | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1               | 3         | 7,6          | 2,0         | 3          | 2,8          | 2,0         | 6          | 4,1          |
| 2               | 7         | 17,9         | 4,8         | 20         | 18,8         | 13,7        | 27         | 18,6         |
| 3               | 10        | 25,6         | 6,8         | 19         | 17,9         | 13,1        | 29         | 20,0         |
| 4               | 12        | 30,7         | 8,2         | 29         | 27,3         | 20,0        | 41         | 28,2         |
| 5               | 4         | 10,2         | 2,7         | 15         | 14,1         | 10,3        | 19         | 13,1         |
| 6               | —         | —            | —           | 12         | 11,3         | 8,2         | 12         | 8,2          |
| 7               | 1         | 2,5          | 0,6         | 4          | 3,7          | 2,7         | 5          | 3,4          |
| 8               | 2         | 5,1          | 1,3         | 4          | 3,7          | 2,7         | 6          | 4,1          |
| <b>Razem</b>    | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

Stwierdzono w badanej grupie parapelegików 11 różnych kategorii modeli składu osobowego (por. tab. 26.) rodzin, począwszy od powyżej zaprezentowanych, najliczniejszych modeli 4-osobowych, a skończywszy na najmniej licznych jedno-, lub 2-osobowych, w tym badany jako osoba samotna i badany

tylko z bratem lub tylko z siostrą. Reprezentowane są one odpowiednio przez sześciu (4,1%) i trzech (2,0%) badanych. W pozostałych kategoriach modeli frekwencje badanych wahały się od 9 do 41 przypadków. Nie stwierdzono większych różnic pomiędzy badanymi kobietami a mężczyznami w liczbowym składzie ich rodzin. Zauważono je jednak w strukturach osobowych, gdzie kobiety częściej prezentowały model z rodzicami i rodzeństwem – 14 osób (35,8% z grupy kobiet), zaś mężczyźni z żoną i dziećmi – 25 osób (23,5% z grupy mężczyzn).

Tabela 26. Struktura rodzin badanych osób

| Kategorie struktur                                | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|---|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|   | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| Z rodzicami                                       | 4         | 10,2         | 2,7         | 7          | 6,6          | 4,8         | 11         | 7,5          |
| Z rodzicami i rodzeństwem                         | 14        | 35,8         | 9,6         | 21         | 19,8         | 14,4        | 35         | 24,1         |
| Z rodzicami i rodziną<br>(rodzeństwo, dziadkowie) | 1         | 2,5          | 0,6         | 12         | 11,3         | 8,2         | 13         | 8,9          |
| Z żoną (mężem)                                    | 2         | 5,1          | 1,3         | 11         | 10,3         | 7,5         | 13         | 8,9          |
| Z żoną (mężem) i dziećmi                          | 2         | 5,1          | 1,3         | 25         | 23,5         | 17,2        | 27         | 18,6         |
| Z żoną (mężem) i rodziną                          | 4         | 10,2         | 2,7         | 10         | 9,4          | 6,8         | 14         | 9,6          |
| Z jednym z rodziców                               | 5         | 12,8         | 3,4         | 5          | 4,7          | 3,4         | 10         | 6,8          |
| Z jednym z rodziców i rodzeństwem                 | 2         | 5,1          | 1,3         | 7          | 6,6          | 4,8         | 9          | 6,2          |
| Z rodzeństwem                                     | 1         | 2,5          | 0,6         | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 2,0          |
| Samotnie  | 2         | 5,1          | 1,3         | 4          | 3,7          | 2,7         | 6          | 4,1          |
| Inne  | 2         | 5,1          | 1,3         | 2          | 1,8          | 1,3         | 4          | 2,7          |
| <b>Razem</b>                                      | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

## Atmosfera domu rodzinnego

Ocena atmosfery panującej w rodzinnym domu badanych paraplegików dokonywana była przez nich na trzystopniowej skali – od dobrej i miłej poprzez ambiwalentną (raz jest dobrze, a raz źle) do złej. Z danych wynika (por. tab. 27.), że 71 osób (48,9%) ocenia atmosferę swego domu jako dobrą, 65 osób (44,8%) uważa, że jest zmienna, raz dobra innym razem „nie do zniesienia”, natomiast jedna osoba twierdzi, że jest zła. Badani w nielicznych tylko wypadkach uzasadniali swoją ocenę, co wyłącznie miało miejsce przy ich opowiadaniu się za pośrednią, drugą możliwością odpowiedzi (zmiennosc atmosfery rodzinnej), stwierdzając lakonicznie: „Jak w rodzinie”. Dwie osoby nie udzieliły żadnej odpowiedzi.

Z atmosferą rodzinną wiąże się niewątpliwie rodzaj (typ) przejawianego stosunku rodziny – rodziców, żony lub męża, czy też rodzeństwa lub dzieci, w zależności od występującej struktury – do osoby badanej, czyli do swego niepełnosprawnego członka. Określono go również w trzech możliwościach

Tabela 27. Atmosfera panująca w domu rodzinnym badanych osób

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 20        | 51,2         | 13,7        | 51         | 48,1         | 35,1        | 71         | 48,9         |
| 1/2                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 3          | 2,8          | 2,0         | 4          | 2,7          |
| 2                    | 17        | 43,5         | 11,7        | 48         | 45,2         | 33,1        | 65         | 44,8         |
| 2/3                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3                    | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| Inne                 | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| Bez podania          | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – pozytywny (kochający); 2 – przeciętny (raz dobrze, raz źle); 3 – negatywny

wyboru: pozytywny, przeciętny i negatywny. Szczególnie interesujące było tutaj prześledzenie dynamiki okazywanego stosunku do badanego przed doznaniem przez niego urazu rdzenia i po urazie. Na podstawie przeprowadzonej analizy danych (por. tab. 28. i tab. 29.) nie stwierdzono jednak większych zmian w przejawianym stosunku rodziny wobec swego niepełnosprawnego członka w porównaniu z jego sytuacją sprzed wypadku. Oto bowiem na 100 osób (68,2%), które potwierdziły pozytywny stosunek (są kochani) swoich rodzin do siebie przed wypadkiem, taki sam stosunek po wypadku i nabyciu kalectwa orzekły 94 osoby (64,8%), czyli różnica jest niewielka – 6-procentowa (94 ze 100). Zwiększyła się co prawda o 17,5%, z 33 (22,7%) – sprzed wypadku do 40 (27,5%) – po wypadku, liczba osób twierdzących, że rodzina ma do nich stosunek przeciętny, ale – co ciekawe – zmniejszyła się liczba osób, z 5 (3,4%) przed wypadkiem do 2 (1,3%) po wypadku, utrzymujących, iż stosunek ten jest negatywny. Niektóre z badanych osób twierdziły na przykład, że fakt kalectwa wpływał często mobilizująco na ich rodziny i sprawiał, że osoby wchodzące w jej skład były sobie bliższe. Odnotowano także przeciwne opinie. Pewnym potwierdzeniem tych analiz

Tabela 28. Stosunek rodziny do badanej osoby przed wypadkiem

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |            |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>% | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 25        | 64,1         | 17,2        | 75         | 70,7       | 51,7        | 100        | 68,9         |
| 1/2                  | —         | —            | —           | 2          | 1,8        | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 1/3                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9        | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 2                    | 13        | 33,3         | 8,9         | 20         | 18,8       | 13,7        | 33         | 22,7         |
| 2/3                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9        | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3                    | —         | —            | —           | 5          | 4,7        | 3,4         | 5          | 3,4          |
| Inne                 | —         | —            | —           | 1          | 0,9        | 0,6         | 1          | 0,6          |
| Bez podania          | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9        | 0,6         | 2          | 1,3          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – pozytywny (kochający); 2 – przeciętny (raz dobrze, raz źle); 3 – negatywny

Tabela 29. Obecny stosunek rodziny do badanej osoby

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 23        | 58,9         | 15,8        | 71         | 66,9         | 48,9        | 94         | 64,8         |
| 1/2                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| 1/2/3                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/3                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 2                    | 12        | 30,7         | 8,2         | 28         | 26,4         | 19,3        | 40         | 27,5         |
| 3                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| Inne                 | 1         | 2,5          | 0,6         | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 2,0          |
| Bez podania          | 1         | 2,5          | 1,0         | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 2,0          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – pozytywny (kochający); 2 – przeciętny (raz dobrze, raz źle); 3 – negatywny

są dane dotyczące opieki rodziny nad badanym w pierwszym okresie po doznaniu przez niego urazu rdzenia kręgowego. Z sześciu kategorii odpowiedzi na ten temat (por. tab. 30.) – podanych im do wyboru – pięć dotyczyło tych członków rodziny, którzy ewentualnie mogliby się podjąć opieki nad swym niepełnosprawnym członkiem, a tylko jedna odnosiła się do osób spoza kręgu rodziny. Na 145 badanych paraplegików tylko w 6 przypadkach (4,1%) twierdzili oni, że opiekowały się nimi inne osoby. Natomiast 139 pozostałych osób objętych było opieką: 108 osób (74,4%) – rodziców, z czego

Tabela 30. Opieka rodziny nad badaną osobą w pierwszym okresie po doznaniu przez nią urazu rdzenia kręgowego

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 17        | 43,5         | 11,7        | 48         | 45,2         | 33,1        | 65         | 44,8         |
| 1/2                  | 3         | 7,6          | 2,0         | 7          | 6,6          | 4,8         | 10         | 6,8          |
| 1/2/3                | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 1/2/3/4              | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4/5            | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/3                  | 10        | 25,6         | 6,8         | 16         | 15,0         | 11,0        | 26         | 17,9         |
| 1/3/4                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/3/5                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/5                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 2                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 15         | 14,1         | 10,3        | 16         | 11,0         |
| 2/3                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| 2/3/5                | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| 2/5                  | —         | —            | —           | 4          | 3,7          | 2,7         | 4          | 2,7          |
| 3                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 4          | 3,7          | 2,7         | 5          | 3,4          |
| 5                    | 2         | 5,1          | 1,3         | —          | —            | —           | 2          | 1,3          |
| Inne                 | 2         | 5,1          | 1,3         | 4          | 3,7          | 2,7         | 6          | 4,1          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – rodzice; 2 – mąż (żona); 3 – ktoś z rodzeństwa; 4 – dziadkowie; 5 – własne dzieci

tylko rodziców – 65 osób (44,8%); 42 osoby (28,9%) – kogoś z rodzeństwa, z tego opieką tylko rodzeństwa – 5 osób (3,4%); 40 osób (27,5%) – męża lub żony, z tego tylko jednego z nich – 16 osób (11,0%); 11 osób (7,5%) – własnych dzieci, z tego tylko własnych dzieci – 2 osoby (1,3%); 3 osoby (2,0%) – opieką dziadków. W 11 przypadkach badanym opiekował się więcej niż jeden członek rodziny (rodzice, dziadkowie jako jeden). Najwięcej, bo 26 osób (17,9%) było objętych opieką przez rodziców i rodzeństwo, natomiast dziesięć osób (6,8%) przez rodziców i jedno z małżonków, a 4 osoby (2,7%) przez jedno z małżonków i własne dzieci. Jedną osobą (mężczyzna) opiekowali się wszyscy z wyżej wymienionych członków rodziny.

### Spółeczna pozycja osoby z parą w rodzinie

Z danych odnoszących się do społecznej pozycji, jaką sobie przypisuje osoba badana lub jaka jest jej przypisana w rodzinie, wynika (por. tab. 31.), iż 56 osób (38,6%) uważa, że okazuje się im więcej troski niż innym członkom rodziny. Czterdzieści trzy osoby (29,3%) w ten tylko sposób określa swoją pozycję w rodzinie, 38 osób (26,2%) uważa się za główny przedmiot zainteresowania, troski i miłości. W taki jedynie sposób określają swoją pozycję 24 osoby (16,5%), 23 osoby (15,8%) uważa się za takiego samego członka rodziny jak inni – w tym twierdzących wyłącznie w ten sposób jest 10 osób (6,8%).

Tabela 31. Określenie pozycji badanej osoby w rodzinie

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 8         | 20,5         | 5,5         | 16         | 15,0         | 11,0        | 24         | 16,5         |
| 1/2                  | 3         | 7,6          | 2,0         | 8          | 7,5          | 5,5         | 11         | 7,5          |
| 1/2/4                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/3                  | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 1/4                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 2                    | 14        | 35,8         | 9,6         | 29         | 27,3         | 20,0        | 43         | 29,6         |
| 2/4                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3                    | 4         | 10,2         | 2,7         | 6          | 5,6          | 4,1         | 10         | 6,8          |
| 3/4                  | —         | —            | —           | 4          | 3,7          | 2,7         | 4          | 2,7          |
| 4                    | —         | —            | —           | 8          | 7,5          | 5,5         | 8          | 5,5          |
| 5                    | 6         | 15,3         | 4,1         | 17         | 16,0         | 11,7        | 23         | 15,8         |
| Inne                 | 1         | 2,5          | 0,6         | 13         | 12,2         | 8,9         | 14         | 9,6          |
| Brak danych          | 2         | 5,1          | 1,3         | 2          | 1,8          | 1,3         | 4          | 2,7          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – Jestem głównym przedmiotem zainteresowania; troski, miłości; 2 – Okazuje mi się więcej troski niż innym członkom rodziny; 3 – Traktuje się mnie gorzej niż innych członków rodziny; 4 – Jestem dla rodziny ciężarem; 5 – Jestem takim samym członkiem rodziny jak inni

Osiem osób (5,5%) twierdzi, że jest ciężarem dla rodziny. Inne określenia swojej pozycji w rodzinie podało 14 osób (9,6%). Są to głównie osoby mieszkające samotnie. Dla 19 osób jednoznaczne określenie siebie w rodzinie nie było rzeczą łatwą. Dlatego korzystały one z dwóch lub – co ma miejsce w przypadku jednej osoby – trzech możliwych odpowiedzi. Zauważa się także, że badanym kobietom – w ich ocenie – okazywano więcej troski i są one przedmiotem większego zainteresowania (25 kobiet – 64,1% – podkreśliło pierwszy i drugi wariant odpowiedzi) niż mężczyźni (53 mężczyzn – 50,0% z grupy mężczyzn). Jednocześnie ani jedna kobieta nie stwierdziła, że jest ciężarem dla rodziny.

### Oczekiwania wobec siebie osoby z paraplegią oraz rodziny

Kolejnym zagadnieniem, dotyczącym sytuacji rodzinnej badanych osób z paraplegią, są ich subiektywne odczucia w odniesieniu do oczekiwań rodziny w stosunku do swoich niepełnosprawnych członków. Z danych wynika (por. tab. 32.), iż rodzina – zdaniem badanych – oczekuje od nich przede wszy-

Tabela 32. Oczekiwania rodziny w stosunku do badanej osoby  
(w subiektywnym odczuciu badanych)

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 22        | 56,4         | 15,1        | 57         | 53,7         | 39,3        | 79         | 54,3         |
| 1/2                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4              | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/3/4                | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 1/4                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 5          | 4,7          | 3,4         | 6          | 4,1          |
| 1/4/5                | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 1/5                  | —         | —            | —           | 3          | 2,8          | 2,0         | 3          | 2,0          |
| 1/5/6                | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 1/6                  | 2         | 5,1          | 1,3         | 5          | 4,7          | 3,4         | 7          | 4,8          |
| 1/7                  | —         | —            | —           | 3          | 2,8          | 2,0         | 3          | 2,0          |
| 2                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| 2/4                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3/4                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| 3/4/5/6              | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 4                    | —         | —            | —           | 3          | 2,8          | 2,0         | 3          | 2,0          |
| 5/7                  | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 6                    | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 7                    | 9         | 23,0         | 6,2         | 13         | 12,2         | 8,9         | 22         | 15,1         |
| Brak danych          | 2         | 5,1          | 1,3         | 3          | 2,8          | 2,0         | 5          | 3,4          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – poprawy stanu zdrowia; 2 – ukończenia szkoły lub studiów; 3 – zdobycia zawodu; 4 – podjęcia pracy; 5 – dobrych zarobków; 6 – oparcia i pomocy; 7 – niczego

stkim poprawy zdrowia, co ma miejsce w przypadku 116 osób (80,0%), z czego tylko poprawy zdrowia – 79 osób (54,4%). Oczekiwania w tym zakresie są większe wobec mężczyzn (91 osób – 85,5% z grupy mężczyzn) niż wobec kobiet (25 kobiet – 64,1% z grupy kobiet). Dwadzieścia siedem osób (18,6%) jednak twierdzi, w tym co czwarta, piąta kobieta z paraplegią i co szósty, siódmy mężczyzna dotknięty tą niesprawnością, że rodzina niczego od nich nie oczekuje. Pozostałe oczekiwania są już mniej licznie reprezentowane przez badanych. Tak oto bowiem wobec 18 osób (12,4%) oczekuje się podjęcia pracy, ale tylko wobec pięciu (3,4%) i sześciu osób (4,1%) ukończenia szkoły lub studiów oraz zdobycia zawodu, natomiast wobec dziesięciu (6,8%) i 11 osób (7,5%) odpowiednio: tego, iż staną się kiedyś oparciem i będą służyły pomocą oraz dobrych zarobków. Spośród 19 wyodrębnionych grup wszystkich odpowiedzi tylko wobec 31 osób (21,3%), tworzących razem 14 grup z więcej niż jedną kategorią odpowiedzi, rodziny oczekiwały nie tylko np. poprawy stanu zdrowia czy też – oddzielnie – przyszłego oparcia i pomocy, ale obu tych możliwości razem, co miało m. in. miejsce w siedmiu przypadkach (4,8%). Wobec jednej osoby (mężczyzna) oczekiwano – jej zdaniem – poprawy stanu zdrowia, ukończenia szkoły, zdobycia zawodu oraz podjęcia pracy, natomiast wobec innej (również mężczyzna) zdobycia zawodu, podjęcia pracy, dobrych zarobków oraz w przyszłości oparcia i pomocy.

Tabela 33. Oczekiwania badanych osób w stosunku do swoich rodzin

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 11        | 28,2         | 7,5         | 31         | 29,5         | 21,3        | 42         | 28,9         |
| 1/2/3                | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 1/2/3/4              | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 1/3                  | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 1/3/4                | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| 1/4                  | 5         | 12,8         | 3,4         | 8          | 7,5          | 5,5         | 13         | 8,9          |
| 2                    | —         | —            | —           | 3          | 2,8          | 2,0         | 3          | 2,0          |
| 2/4                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3                    | 6         | 15,3         | 4,1         | 13         | 12,2         | 8,9         | 19         | 13,1         |
| 3/4                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 2,0          |
| 4                    | 10        | 25,6         | 6,8         | 23         | 21,6         | 15,8        | 33         | 22,7         |
| Inne                 | 4         | 10,2         | 2,7         | 8          | 7,5          | 5,5         | 12         | 8,2          |
| Brak danych          | 1         | 2,5          | 0,6         | 9          | 8,4          | 6,2         | 10         | 6,8          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – opieka i pomoc; 2 – zabezpieczenie materialne; 3 – więcej zrozumienia i miłości;  
4 – pomoc w usamodzielnieniu

W relacji odwrotnej, tj. oczekiwań badanego w stosunku do rodziny, wyodrębniono tylko cztery kategorie odpowiedzi. Dotyczyły one opieki, pomocy, zabezpieczenia materialnego oraz zrozumienia i miłości (por. tab. 33.).



Zapewne z tego też powodu 12 badanych osób (8,2%) podało inne warianty odpowiedzi, 10 osób (6,8%) nie udzieliło informacji w ogóle. Pozostałe jednak 133 osoby wyraziły 11 różnych kategorii odpowiedzi, z których najliczniej reprezentowane były: oczekiwanie opieki – 42 osoby (28,9%), pomocy w usamodzielnieniu – 33 osoby (22,7%), więcej zrozumienia i miłości – 19 osób (13,1%) oraz oczekiwanie jednocześnie opieki i pomocy – 13 osób (8,9%). W pozostałych kategoriach frekwencje były już o wiele niższe i wahały się od jednego do trzech przypadków. Wielce interesujący jest tutaj fakt, że tylko 2 osoby oczekują od rodziny wyłącznie zabezpieczenia materialnego, a w sumie (tzn. w połączeniu z innymi oczekiwaniami) oczekuje tego 7 osób (4,8%). Sześćdziesiąt trzy osoby (43,4%) oczekuje opieki, 54 (37,2%) pomocy oraz 30 osób (20,6%) większego zrozumienia i miłości.

Podsumowując omówioną tu sytuację rodzinną osób z paraplegią stwierdza się, że skład rodzin badanych osób (prawie co trzecia) był najczęściej 4-osobowy, o następujących strukturach: rodzice, badany plus rodzeństwo badanego lub małżeństwo, gdzie jedno z nich jest osobą badaną oraz dwoje dzieci. Tylko jedna osoba badana stwierdziła, że atmosfera w jej domu jest zła, prawie połowa uważała ją za dobrą, a niecałe 45% określiło ją jako zmienną. Dwie trzecie badanych oceniło stosunek swojej rodziny do siebie przed wypadkiem jako pozytywny (byli kochani) i niemal tyle samo (z niewielką tendencją spadkową) po wypadku. Tylko sześcioma badanymi po doznaniu przez nich urazu rdzenia nie opiekowała się rodzina, o pozostałych w trzech czwartych troszczyli się rodzice. Zdaniem czterech piątych badanych osób rodzina oczekuje od nich poprawy zdrowia, natomiast oni w ponad połowie przypadków oczekują ze strony rodziny opieki i pomocy w usamodzielnieniu się. Prawie dwie trzecie badanych twierdzi, że jest głównym przedmiotem zainteresowania i że okazuje się im więcej troski niż pozostałym członkom rodziny. Co dziesiąty paraplegik (mężczyźni) uważa, że jest ciężarem dla swojej rodziny.

## 2. Sytuacja socjalna

Sytuacja socjalna, w jakiej znajdują się osoby niepełnosprawne, jest często jednym z tych czynników, które odgrywają dużą rolę w psychospołecznym funkcjonowaniu tychże osób. Stwierdzenie to odnosi się również do paraplegików, o czym przekonują m.in. wyniki nielicznych badań (zaprezentowanych w rozdz. III niniejszej pracy), które przeprowadzono w krajach anglosaskich z zakresu socjoekonomicznego statusu osób z uszkodzeniem rdzenia i znaczenia tego statusu dla ich psychicznego i społecznego funkcjonowania. W warunkach polskich nie prowadzono stosownych analiz zależnościowych

między wspomnianymi zmiennymi: niezależnymi socjalnymi i zależnymi przystosowania. Obszar tych zmiennych, szczególnie socjalnej, jest bowiem tak ogromny, iż każde jednostkowe przedsięwzięcie w tym zakresie wiązało by się z aktem selekcji i wyboru, co bezpośrednio zuboża prowadzone analizy i niekiedy skłania do wyciągania nazbyt ogólnych, a tym samym pocho-pnych wniosków. Skąd zatem przeświadczenie o determinującej roli czynni-ków socjalnych? Czy tylko na podstawie cząstkowych badań i takichże anali-z oraz potocznych obserwacji? Należy sądzić, że tak. I dopóki nie zostaną przeprowadzone wszechstronne, kompleksowe badania z udziałem zespołu badawczego, dopóty nadal będziemy mieli do czynienia z powielaniem tego – skądinąd słusznego – paradygmatu.

Obecna analiza sytuacji socjalnej badanych osób z paraplegią nie ma na celu wyznaczania czynników, określanych mianem zmiennych niezależnych, lecz jest jedynie próbą scharakteryzowania badanej grupy paraplegików w zakresie wybranych czynników socjalnych, uważanych za najbardziej istotne dla społecznego funkcjonowania osób poruszających się na wózkach inwali-dzkich. Chodzi o to, by na podstawie tej analizy można było zinterpretować otrzymane wskaźniki psychospołecznego przystosowania i niektórych jego uwarunkowań, zwłaszcza w kontekście zmiennej miejsca zamieszkania.

Zakres omawianej tutaj sytuacji socjalnej badanych paraplegików kon-centruje się wokół trzech głównych sfer: warunków mieszkaniowych, dosto-sowania mieszkania do funkcjonalnych ograniczeń badanego oraz zaopatrze-nia w sprzęt i urządzenia ortopedyczne.

## Warunki mieszkaniowe

Analiza warunków mieszkaniowych sprowadzona została tutaj tylko do kategorii opisowych, ponieważ badani (co wynika z udzielanych odpowie-dzi) niezbyt dokładnie czytali lub źle interpretowali polecenia, stąd informa-cje udzielane przez nich mają charakter niepełny, fragmentaryczny. Oto bo-wiem na pytanie o warunki mieszkaniowe, w skład którego wchodziło 8 ka-tegorii odpowiedzi, w tym kategoria „inne” (por. tab. 34.), badane osoby podkreślały jedną lub co najwyżej dwie z możliwych odpowiedzi. Tylko jed-na osoba zaznaczyła trzy możliwości: mieszka we własnym domku jednorod-zinnym, przy rodzicach i przy rodzinie. Pozostałe osoby, jeżeli już podkre-słały na przykład fakt mieszkania w bloku, a było takich osób 33 (czy też mieszkania w domku jednorodzinny – 9 osób), to na tym poprzestawały, nie określając przy kim lub z kim mieszkają. Podobnie 32 osoby stwierdziły, iż mieszkają przy rodzicach, a 16 osób przy rodzinie, nie podając jednak dalej kategorii mieszkania. Ogółem na to pytanie badani udzielili 16 różnych kate-gorii odpowiedzi, z których wynika, że 21 osób (14,4%) mieszka w domkach

jednorodzinnych, 75 (51,7%) w bloku, 4 osoby (2,7%) wynajmują mieszkania oraz jedna osoba przebywa w domu opieki społecznej. Sześćdziesiąt siedem osób (46,2%) mieszka przy rodzicach, natomiast 37 (25,5%) przy rodzinie.

Tabela 34. Warunki mieszkaniowe badanych osób

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 2         | 5,1          | 1,3         | 7          | 6,6          | 4,8         | 9          | 6,2          |
| 1/4                  | 3         | 7,6          | 2,0         | 5          | 4,7          | 3,4         | 8          | 5,5          |
| 1/4/5                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/5                  | —         | —            | —           | 3          | 2,8          | 2,0         | 3          | 2,0          |
| 2                    | 9         | 23,0         | 6,2         | 24         | 22,6         | 16,5        | 33         | 22,7         |
| 2/4                  | 11        | 28,2         | 7,5         | 10         | 9,4          | 6,8         | 21         | 14,8         |
| 2/5                  | 4         | 10,2         | 2,7         | 7          | 6,6          | 4,8         | 11         | 7,5          |
| 3                    | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3/4                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3/5                  | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 4                    | 9         | 23,0         | 6,2         | 23         | 21,6         | 15,8        | 32         | 22,0         |
| 4/5                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 3          | 2,8          | 2,0         | 4          | 2,7          |
| 5                    | —         | —            | —           | 16         | 15,0         | 11,0        | 16         | 11,0         |
| 6                    | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| Inne                 | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – własne mieszkanie jednorodzinne; 2 – mieszkanie w bloku; 3 – mieszkanie wynajęt; 4 – przy rodzicach; 5 – przy rodzinie; 6 – w domu opieki

Podobnie przedstawia się sytuacja z określeniem rodzaju domu, w jakim znajduje się mieszkanie osoby badanej (por. tab. 35.). Co prawda osoby badane udzieliły tutaj aż dziewięć możliwych odpowiedzi, ale stwierdzenia w rodzaju, iż dom jest stary bądź nowy, bez określenia rodzaju materiału, z którego został zbudowany (drewniany czy murowany), nie są zadowalającymi odpowiedziami. Tylko 42 osoby (28,9%) stwierdziły, że mieszkają w domu nowym i murowanym oraz jedna, że w nowym, ale drewnianym. Jak wobec tego te dane oraz pozostałe: 15 osób – stary/drewniany i 16 osób – stary/murowany, mają się do wskaźników sumarycznych, z których wynika, że 75 osób (51,7%) mieszka w domach nowych, 36 (24,8%) w starych oraz 26 osób (17,9%) w domach drewnianych i 105 osób (72,4%) w domach murowanych?

Nie sprawiło natomiast kłopotów badanym osobom z paraplegią określenie kategorii usytuowania mieszkania w domu, w którym zamieszkują (por. tab. 36.). Najczęściej, bo u 109 osób (75,1%), mieści się ono na parterze. Dziesięć osób (6,8%) musi korzystać z windy, aby móc zjechać na parter ze swojego mieszkania na piętrze. Natomiast dla 21 osób, co stanowi 14,4% (8 kobiet – 20,5% z grupy 39 kobiet i 33 mężczyzn – 12,2% z grupy 106 mężczyzn), nawet to nie jest możliwe, gdyż mieszkają na piętrze bez windy (w 14 przypadkach na trzecim lub czwartym). Jedenaście z tych osób mieszka w miastach, osiem w miastach wojewódzkich i dwie osoby na wsi.

Tabela 35. Rodzaje domu zamieszkiwanego przez badane osoby

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 4          | 3,7          | 2,7         | 5          | 3,4          |
| 1/3                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 14         | 13,2         | 9,6         | 15         | 10,3         |
| 1/4                  | 7         | 17,9         | 4,8         | 9          | 8,4          | 6,2         | 16         | 11,0         |
| 2                    | 9         | 23,0         | 6,6         | 23         | 21,6         | 15,8        | 32         | 22,0         |
| 2/3                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 2/4                  | 12        | 30,7         | 8,2         | 30         | 28,3         | 20,6        | 42         | 28,6         |
| 3                    | 3         | 7,6          | 2,0         | 7          | 6,6          | 4,8         | 10         | 6,8          |
| 4                    | 6         | 15,3         | 4,1         | 16         | 15,0         | 11,0        | 22         | 15,4         |
| Inne                 | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – stary; 2 – nowy; 3 – drewniany; 4 – murowany

Tabela 36. Usytuowanie mieszkania w domu badanych osób

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 28        | 71,7         | 19,3        | 81         | 76,4         | 55,8        | 109        | 75,1         |
| 2                    | 2         | 5,1          | 1,3         | 8          | 7,5          | 5,5         | 10         | 6,8          |
| 3                    | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 4          | 2,7          |
| 4                    | 8         | 20,5         | 5,5         | 13         | 12,2         | 8,9         | 21         | 14,4         |
| Inne                 | 1         | 2,5          | 0,6         | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 2,0          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – na parterze; 2 – na piętrze z windą; 3 – na piętrze z windą między piętrami;  
4 – na piętrze bez windy

Mieszkania, w których przebywają badane osoby z paraplegią, składają się najczęściej z trzech i więcej pokoi, kuchni oraz łazienki i ubikacji (por. tab. 37.), co ma miejsce w przypadku 46 osób (31,7%), w tym jedno z mieszkań składa się z 8 pokoi. Dwa pokoje z kuchnią oraz łazienką i ubikacją stwierdzono w przypadku 44 osób (30,3%); jeden pokój z kuchnią, łazienką i ubikacją u 19 osób (13,1%). W pozostałych bowiem mieszkaniach nie ma już na przykład ubikacji, co mimo wszystko należy uważać za większą niedogodność w odniesieniu do inwalidy narządu ruchu niż ciasnota. Najwięcej mieszkań o złym standardzie (jeden pokój z kuchnią bez łazienki i ubikacji) znajduje się na wsi, gdzie na 15 wszystkich badanych osób aż 12 miało takie właśnie warunki.

Wyposażenie omawianych mieszkań było bardzo różne (por. tab. 38.), począwszy od wszystkich podstawowych udogodnień współczesnej cywilizacji typu: elektryczność, bieżąca woda, gaz, centralne ogrzewanie, telefon, domofon, po brak jakichkolwiek, nawet elektryczności, co miało miejsce w przypadku jednej osoby mieszkającej w osadzie. Woda bieżąca doprowadzona była do 114 mieszkań (78,6%), centralne ogrzewanie do 95 (65,5%),

gaz – 92 (63,4%), a telefon już tylko do 47 mieszkań (32,4%). Dwadzieścia cztery mieszkania na wsi wyposażone były tylko w elektryczność. Z drugiej jednak strony 39 osób (26,8%) posiadało mieszkania wyposażone we wszystkie pod-

Tabela 37. Struktura mieszkań badanych osób

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 2         | 5,1          | 1,3         | 2          | 1,8          | 1,3         | 4          | 2,7          |
| 1/5                  | 5         | 12,8         | 3,4         | 14         | 13,2         | 9,6         | 19         | 13,1         |
| 1/6                  | —         | —            | —           | 15         | 14,1         | 10,3        | 15         | 10,3         |
| 2                    | 2         | 5,1          | 1,3         | 1          | 0,9          | 0,6         | 3          | 2,0          |
| 2/5                  | 12        | 30,7         | 8,2         | 32         | 30,1         | 22,0        | 44         | 30,3         |
| 2/6                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 9          | 8,4          | 6,2         | 10         | 6,8          |
| 3/5                  | 17        | 43,3         | 11,7        | 29         | 27,3         | 20,0        | 46         | 31,7         |
| 3/6                  | —         | —            | —           | 3          | 2,8          | 2,0         | 3          | 2,0          |
| 4                    | —         | —            | —           | —          | —            | —           | —          | —            |
| Inne                 | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – pokój z kuchnią; 2 – 2 pokoje z kuchnią; 3 – więcej niż dwa pokoje i kuchnia; 4 – bez kuchni;  
5 – z łazienką i ubikacją; 6 – bez łazienki i ubikacji

stawowe udogodnienia, a 43 osoby (29,6%) tylko bez telefonu. Najwięcej tego typu mieszkań było w miastach, bo 72. Tylko jedno mieszkanie na wsi posiadało wszystkie udogodnienia (to 8-pokojowe).

Tabela 38. Wyposażenie mieszkań badanych osób

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 2         | 5,1          | 1,3         | 25         | 23,5         | 17,2        | 27         | 18,6         |
| 1/2                  | 2         | 5,1          | 1,3         | 7          | 6,6          | 4,8         | 9          | 6,2          |
| 1/2/3                | 2         | 5,1          | 1,3         | 7          | 6,6          | 4,8         | 9          | 6,2          |
| 1/2/3/4              | 13        | 33,3         | 8,9         | 30         | 28,3         | 20,6        | 43         | 29,6         |
| 1/2/3/4/5            | 13        | 33,3         | 8,9         | 25         | 24,5         | 17,9        | 38         | 26,8         |
| 1/2/3/5              | 1         | 2,5          | 0,6         | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 2,0          |
| 1/2/4                | 3         | 7,6          | 2,0         | 4          | 3,7          | 2,7         | 7          | 4,8          |
| 1/2/4/5              | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| 1/2/5                | 2         | 5,1          | 1,3         | —          | —            | —           | 2          | 1,3          |
| 1/3                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/4                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/5                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| Inne                 | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – elektryczność; 2 – woda bieżąca; 3 – centralne ogrzewanie; 4 – gaz; 5 – telefon

Podsumowując tę sferę sytuacji socjalnej badanej grupy 145 osób z paraplegią, którą określa się mianem warunków mieszkaniowych, stwierdzić należy, że zdecydowana większość badanych osób mieszka we wspólnocie rodzinnej, w budynkach nowych, murowanych. Ponad trzy czwarte posiada mieszkania usytuowane na parterze, chociaż duży odsetek osób, szczególnie kobiety (co piąta), zamieszkuje na piętrach bez windy. Trzy czwarte mieszkań posiada ubikację i łazienkę, a niecałe dwie trzecie badanych osób ma w miarę duże mieszkanie. Co dziesiąty badany, zwłaszcza zamieszkały na wsi, posiada jednak tylko jeden pokój z kuchnią, bez łazienki i ubikacji. Wyposażenie mieszkań jest różne, o wiele lepsze w miastach niż na wsi, gdzie w połowie mieszkań oprócz elektryczności nie ma żadnych innych udogodnień. Natomiast cztery piąte paraplegików mieszkających w miastach ma mieszkania wyposażone w elektryczność, gaz, bieżącą wodę i centralne ogrzewanie.

### Rodzaje adaptacji

Drugą z analizowanych sfer sytuacji socjalnej badanych osób z paraplegią stanowi rodzaj zastosowanych udogodnień i ułatwień w domu i mieszkaniu, czyli tzw. rodzaje adaptacji, które mają poprawić funkcjonalność miejsca zamieszkania oraz umożliwić w miarę samodzielne korzystanie z niegoprzez osobę chorą. Z analizy danych wynika (por. tab. 39.), że 52 osoby (35,8%) nie mają dostosowanego pokoju, łóżka ani nawet fotela. Nie stosują

Tabela 39. Dostosowania i ułatwienia w mieszkaniach badanych osób

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 5         | 12,8         | 3,4         | 4          | 3,7          | 2,7         | 9          | 6,2          |
| 1/2                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 6          | 5,6          | 4,1         | 7          | 4,8          |
| 1/2/3/4              | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/5              | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/4/5              | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 1/2/5                | 1         | 2,5          | 0,6         | 3          | 2,8          | 2,0         | 4          | 2,7          |
| 1/5                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 2                    | 8         | 20,5         | 5,5         | 35         | 33,0         | 24,1        | 43         | 29,6         |
| 2/3                  | 2         | 5,1          | 1,3         | —          | —            | —           | 2          | 1,3          |
| 2/3/4                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 2/4                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| 2/5                  | 3         | 7,6          | 2,0         | 4          | 3,7          | 2,7         | 7          | 4,8          |
| 3                    | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 5                    | —         | —            | —           | 7          | 6,6          | 4,8         | 7          | 4,8          |
| Inne                 | 2         | 5,1          | 1,3         | 4          | 3,7          | 2,7         | 6          | 4,1          |
| Bez udogodnień       | 14        | 35,8         | 9,6         | 38         | 35,8         | 26,2        | 52         | 35,8         |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – dostosowany pokój; 2 – dostosowane łóżko; 3 – dostosowany fotel; 4 – inne przedmioty i uchwyty;  
5 – wybrukowane podwórko (podjazdy)

też żadnych dodatkowych przedmiotów, na przykład różnego rodzaju uchwytów, które byłyby pomocne w lokomocji lub też w czynnościach samoobsługowych. Czterdzieści trzy osoby (29,6%) mają dostosowane tylko łóżko, 9 osób (6,2%) zamieszkiwany pokój, a 7 osób (4,8%) jedno i drugie. Pozostałe dwanaście kategorii odpowiedzi (rodzajów adaptacji) reprezentowanych jest przez 34 osoby, z których tylko jedna stwierdziła, że ma wszystkie udogodnienia i ułatwienia, jakie zostały jej przedstawione w ankiecie do oceny. Jeszcze mniej osób (por. tab. 40.), bo 78 (53,7%), nie ma zamontowanych poręczy w łazience i ubikacji, a także w pozostałych pomieszczeniach w domu i poza nim, oraz nie ma dostosowanego mieszkania do jeżdżenia po nim na wózku

Tabela 40. Rodzaje dostosowań i ułatwień w mieszkaniach badanych osób

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 4         | 10,2         | 2,7         | 7          | 6,6          | 4,8         | 11         | 7,5          |
| 1/2                  | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 1/2/3                | 2         | 5,1          | 1,3         | 1          | 0,9          | 0,6         | 3          | 2,0          |
| 1/2/3/6              | 1         | 2,5          | 0,6         | 3          | 2,8          | 2,0         | 4          | 2,7          |
| 1/3                  | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 1/4/6                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/6                  | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 2                    | 2         | 5,1          | 1,3         | 1          | 0,9          | 0,6         | 3          | 2,0          |
| 2/3                  | 2         | 5,1          | 1,3         | 10         | 9,4          | 6,8         | 12         | 8,2          |
| 2/3/5/6              | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 2/3/6                | 2         | 5,1          | 1,3         | 5          | 4,7          | 3,4         | 7          | 4,8          |
| 2/6                  | —         | —            | —           | 3          | 2,8          | 2,0         | 3          | 2,0          |
| 3                    | 2         | 5,1          | 1,3         | 1          | 0,9          | 0,6         | 3          | 2,0          |
| 3/6                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 3          | 2,8          | 2,0         | 4          | 2,7          |
| 5                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| 6                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 6          | 5,6          | 4,1         | 7          | 4,8          |
| Inne                 | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| Bez dostosowań       | 18        | 46,1         | 12,4        | 60         | 56,6         | 41,3        | 78         | 53,7         |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – poręcze w łazience, ubikacji; 2 – dostosowany wjazd wózkiem do łazienki, ubikacji;  
3 – dostosowany wjazd wózkiem do kuchni; 4 – poręcze w pozostałych pomieszczeniach;  
5 – poręcze wokół domu; 6 – dostosowane progi, schody oraz drzwi

(progi, zjazdy) oraz domu (schody). Nie ma zresztą ani jednej osoby wśród badanych, która miałaby wszystkie te udogodnienia w swoim domu. Najwięcej osób, bo 12 (8,2%), ma dostosowane wjazdy do kuchni oraz łazienki i ubikacji, 11 osób (7,5%) natomiast ma poręcze w łazience i przy sedesie, a po 7 osób (4,8%) ma dostosowane wjazdy, progi i schody do jazdy wózkiem oraz tylko dostosowane progi i schody. W pozostałych 13 kategoriach rodzajów adaptacji, wymienianych przez badanych paraplegików, frekwen-

cje były już niewielkie i wahały się między jedną a czterema osobami (w sumie 30 osób).

Tabela 41. Ocena warunków mieszkaniowych dokonana przez badane osoby

| Kategorie ocen | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1              | 4         | 10,2         | 2,7         | 15         | 14,1         | 10,3        | 19         | 13,1         |
| 2              | 13        | 33,3         | 88,9        | 34         | 32,0         | 23,4        | 47         | 32,4         |
| 2/3            | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | —          | —            |
| 3              | 15        | 38,4         | 10,3        | 31         | 29,2         | 21,3        | 46         | 31,7         |
| 3/4            | —         | —            | —           | 3          | 2,8          | 2,0         | 3          | 2,0          |
| 4              | 6         | 15,3         | 4,1         | 22         | 20,7         | 15,1        | 28         | 19,3         |
| Inne           | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| <b>Razem</b>   | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – bardzo dobre; 2 – dobre; 3 – przeciętne; 4 – bardzo złe

Widocznie niektórym badanym osobom z paraplegią te rodzaje adaptacji mieszkalnych wcale nie są potrzebne, skoro tak duży ich odsetek twierdzi, że ich nie posiada i nie stosuje, co akurat w tym przypadku nie musi o tym świadczyć, ale świadczą o tym m.in. oceny warunków mieszkaniowych (wraz z dostosowaniem), jakie badani wystawili w tym zakresie (por. tab. 41.), a co jest swego rodzaju podsumowaniem omawianych sfer sytuacji społecznej. Dwadzieścia osiem osób (19,3%) bowiem oceniło swoją sytuację mieszkaniową jako bardzo złą, uzasadniając to przede wszystkim brakiem społecznego wyposażenia mieszkania, ciasnotą oraz – dopiero na trzecim miejscu – barierami architektonicznymi. 46 osób (31,7%) stwierdziło, że ich warunki mieszkaniowe są przeciętne, 47 (32,4%) uznało je za dobre, a 19 osób (13,1%) za bardzo dobre. Jest to ocena subiektywna, ponieważ to, co dla jednej osoby jest przeciętne lub złe, dla innej – mającej obiektywnie gorsze warunki – będzie odpowiednie, dobre lub przeciętne. Zauważyć też należy, że suma ocen bardzo dobrych i dobrych (67 osób – 46,2%) jest zbliżona do sumy ocen przeciętnych i złych (78 osób – 53,7%), z niewielką przewagą tych ostatnich.

### Zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczno-rehabilitacyjny

Ostatnim z omawianych zakresów sytuacji społecznej badanych osób z paraplegią jest sfera określana mianem zaopatrzenia ortopedycznego. Obejmuje ona pięć rodzajów zaopatrzenia w sprzęt i urządzenia ortopedyczne służące przede wszystkim do lokomocji badanych. Na podstawie danych (por. tab. 42.), stwierdza się, iż badanych 145 osób z paraplegią w swojej lokomocji posługuje się: wózkami inwalidzkimi – 139 osób (tyle osób je posiada, tj. 95,8%), aparatami szynowo-opaskowymi – 78 (53,7%), laskami, kulami i balkonikami



– 72 (49,6%), samochodami osobowymi – 44 (30,3%) oraz wózkami motorowymi 12 osób. Dysponowanie tym sprzętem przez poszczególne osoby jest oczywiście bardzo różne. Stwierdzono bowiem 17 kategorii posiadania przez badanych różnych rodzajów urządzeń i sprzętów ortopedycznych – od jednego po dwa, a nawet cztery. Nie było jednak ani jednej osoby, która miałaby wszystkie rodzaje sprzętu i urządzeń. Najwięcej osób, bo 35 (24,1%), posiada do swojej dyspozycji aparaty szynowo-opaskowe, wózek inwalidzki ręczny oraz kule, 30 osób (20,6%) tylko wózek, 16 (11,0%) aparaty i wózek, 15 (10,3%) aparaty, wózek, kule i samochód oraz 13 osób (8,9%) wózek i samochód. W pozostałych kategoriach frekwencje badanych są już mniejsze. Zastanawia fakt, że 6 osób nie posiada wózka inwalidzkiego. W przypadku trzech osób jest to niejako uzasadnione, bowiem dwie osoby korzystają w swojej lokomocji wyłącznie z aparatów i kul, natomiast jedna osoba, która także posługuje się aparatami, ale tylko do 8 godzin dziennie, pozostały czas spędza w samochodzie osobowym (inwalidzkim). Pozostałe więc trzy osoby nie mają wózków; z których mogłyby korzystać, ponieważ ich nie otrzymały (nie nabyły).

Tabela 42. Rodzaj zaopatrzenia ortopedycznego badanych osób

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1/2                  | 5         | 12,8         | 3,4         | 11         | 10,3         | 7,5         | 16         | 11,0         |
| 1/2/3/4              | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/5              | 1         | 2,5          | 0,6         | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 2,0          |
| 1/2/4                | —         | —            | —           | 7          | 6,6          | 4,8         | 7          | 4,8          |
| 1/2/4/5              | 3         | 7,6          | 2,0         | 12         | 11,3         | 8,2         | 15         | 10,3         |
| 1/2/5                | 15        | 38,4         | 10,3        | 20         | 18,8         | 13,7        | 35         | 24,1         |
| 1/4/5                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 2                    | 8         | 20,5         | 5,5         | 22         | 20,7         | 15,1        | 30         | 20,6         |
| 2/3                  | —         | —            | —           | 5          | 4,7          | 3,4         | 5          | 3,4          |
| 2/3/4                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 2/3/5                | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 2/4                  | —         | —            | —           | 13         | 12,2         | 8,9         | 13         | 8,9          |
| 2/4/5                | 1         | 2,5          | 0,6         | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 2,0          |
| 2/5                  | 6         | 15,3         | 4,1         | 3          | 2,8          | 2,0         | 9          | 6,2          |
| 4                    | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 4/5                  | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 5                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – aparaty szynowo-opaskowe; 2 – wózek ręczny; 3 – wózek motorowy (elektryczny);  
4 – samochód osobowy; 5 – laska, kula

Na podstawie przedstawionych tu danych z zakresu warunków społecznych, w jakich znajdują się osoby z paraplegią, oraz w odniesieniu do danych z ogólnych opracowań z zakresu socjalnej sytuacji osób niepełnosprawnych (np. Wrochno-Stanke, 1983; Jaranowska, 1986), stwierdzić należy, że analizo-

wane warunki mieszkaniowe są w dużym stopniu podobne, jakkolwiek gorsze niż przeciętne ogólnokrajowe, zwłaszcza gdy chodzi o przystosowanie lokali do fizycznych ograniczeń osób z nich korzystających. Jak wykazała analiza warunków mieszkaniowych, dokonana przez K. Jaranowską (1986), inwalidzi w większości mieszkają wraz z rodzicami i rodzinami i z reguły mają gorsze warunki mieszkaniowe niż ludzie pełnosprawni. Świadczy to o analogii do przedstawionych tu rezultatów.

### 3. Życie towarzyskie

Sfera życia towarzyskiego należy – obok sfery życia rodzinnego – do tych sytuacji społecznych, w których w największym stopniu rozstrzygają się problemy ponownego włączania osoby niepełnosprawnej do życia społecznego i jej aktywnego w nim funkcjonowania na równi z osobami pełnosprawnymi. O ile jednak środowisko rodzinne jest pierwotnym elementem przystosowania społecznego inwalidy, to zakres życia towarzyskiego, ujmowany w aspekcie kontaktów interpersonalnych na gruncie koleżeńskim, przyjacielskim czy też uczuciowym, jako nieodzowny atrybut człowieka społecznego, funkcjonuje zazwyczaj poza tym środowiskiem, ale zawsze równoległe do niego, chociaż niekiedy także i w nim samym, ponieważ (jak już parokrotnie wspomniano w niniejszej pracy) kalectwo dotyka nie tylko rodzinę poszkodowanego, jakkolwiek w największym stopniu, ale i jego bliższe oraz dalsze otoczenie. A zatem i rola tego otoczenia będzie niebagatelna w procesie fizycznego i psychospołecznego przystosowania osoby po doznaniu przez nią trwałego inwalidztwa. Koncentryczny bowiem układ współzależności typu: osoba niepełnosprawna–rodzina–najbliższe otoczenie i społeczeństwo, rozstrzygający się w sferze kontaktów intra- i interpersonalnych, nie pozwala na oddzielne traktowanie obu tych sfer. Stąd życie towarzyskie czy też sytuacja towarzyska – jako pojęcie bardzo wieloznaczne, trudne do określenia, zwłaszcza gdy swym zasięgiem obejmuje tak wiele problemów – będzie dotyczyło nie tylko sfery osobowych kontaktów z przyjaciółmi, kolegami, koleżankami, znajomymi czy też sympatykami, ale również i sfery życia rodzinnego; w tym dla obu tych sfer dotyczyć będzie takich m.in. zagadnień, jak np. formy lub też sposoby spędzania wolnego czasu.

Zakres omawianego zagadnienia dotyczy tylko kilku wybranych elementów, które wydają się jednak najistotniejsze w kontekście analizowanego problemu przystosowania społecznego paraplegików i niektórych jego uwarunkowań. Są to: liczebne zmiany w gronie przyjaciół, kolegów i znajomych osoby badanej na skutek czy też w wyniku doznanego przez nią kalectwa, charakter i rodzaj tych zmian, formy i sposoby spędzania czasu wolnego, korzystanie z używek oraz – w przypadku osób stanu wolnego – utrzymywanie

kontaktów uczuciowych z osobami płci przeciwnej i związane z tym plany życiowe.

## Związki i kontakty towarzyskie

Długi okres hospitalizacji i usprawniania osób z paraplegią (prowadzony często poza miejscem ich zamieszkania) sprawia, iż dochodzi do rozluźnienia, a nawet przerwania wielu kontaktów towarzyskich, jakie były utrzymywane przez te osoby przed wypadkiem. W badanej grupie paraplegików (por. tab. 43.) 90 osób, co stanowi 62,0% całości, utrzymuje, że liczba znajomych osób sprzed doznania urazu rdzenia zmniejszyła się po tym wydarzeniu; 37 osób (25,5%) uważa, że pozostała nie zmieniona; natomiast 29 osób (20,0%) jest zdania, że nawet zwiększyła się. Są to dane sumaryczne, 6 osób (4,1%) bowiem stwierdziło, iż liczba ich przyjaciół, kolegów, koleżanek czy też znajomych i zmniejszyła się, i zwiększyła; 3 osoby (2,0%) – pozostała nie zmieniona oraz zwiększyła się, a 2 osoby (1,3%) wypowiedziały się za wszystkimi trzema możliwościami.

Tabela 43. Zmiany w liczbie kolegów, koleżanek, znajomych i przyjaciół badanej osoby po doznaniu przez nią urazu

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 20        | 51,2         | 13,7        | 62         | 58,4         | 42,7        | 82         | 56,5         |
| 1/2                  | 3         | 7,6          | 2,0         | 3          | 2,8          | 2,0         | 6          | 4,1          |
| 1/2/3                | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 2                    | 7         | 17,9         | 4,8         | 11         | 10,3         | 7,5         | 18         | 12,4         |
| 2/3                  | 2         | 5,1          | 1,3         | 1          | 0,9          | 0,6         | 3          | 2,0          |
| 3                    | 5         | 12,8         | 3,4         | 27         | 25,4         | 18,6        | 32         | 22,0         |
| Inne                 | 2         | 5,1          | 1,3         | —          | —            | —           | 2          | 1,3          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – zmniejszyła się; 2 – zwiększyła się; 3 – pozostała bez zmian

Należy sądzić, iż badani ci zbyt dosłownie ustosunkowali się do treści pytania, w którym chodziło przede wszystkim o podanie ogólnej liczby znajomych osób w kontekście ewentualnego wystąpienia zmian wskutek kalectwa badanego. Oczywisty jest bowiem fakt, że z upływem czasu „starzy” znajomi odchodzą, a na ich miejsce przychodzą „nowi” i w związku z tym ogólna ich liczba nie zmienia się. Biorąc więc pod uwagę tylko odpowiedzi jednej kategorii, stwierdza się, że w przypadku 56,5% badanych osób (82) li-

czba znajomych sprzed wypadku zmniejszyła się, dla 22,0% (32 osób) pozostała nie zmieniona oraz dla 12,4% osób (18) zwiększyła się.

### Zmiany w zachowaniu znajomych, przyjaciół, kolegów

Z treścią wyżej omówionego zagadnienia łączy się problematyka następnego, dotycząca zaobserwowanych przez badane osoby z paraplegią ewentualnych zmian w zachowaniu się znajomych w stosunku do nich. Z analizy danych wynika (por. tab. 44.), że niemal taka sama liczba badanych osób (54 – 37,2%) potwierdziła, co i zaprzeczyła (50 – 34,4%), że wystąpiły zmiany w zachowaniu znajomych po doznaniu przez nie urazu. Z tego 33 osoby, co stanowi 22,7% całej 145-osobowej grupy, nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie, a dalszych 6 osób (4,1%) podało inne odpowiedzi.

Tabela 44. Zmiany w zachowaniu kolegów, koleżanek, znajomych i przyjaciół w stosunku do badanej osoby po doznaniu przez nią urazu

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| Tak                  | 15        | 38,4         | 10,3        | 39         | 36,7         | 26,88       | 54         | 37,2         |
| Nie                  | 14        | 35,8         | 9,6         | 36         | 33,9         | 24,8        | 50         | 34,4         |
| Tak/Nie              | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| Inne                 | 1         | 2,5          | 0,6         | 5          | 4,7          | 3,4         | 6          | 4,1          |
| Brak danych          | 8         | 20,5         | 5,5         | 25         | 23,5         | 17,2        | 33         | 22,7         |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

Uzyskanie takich procentowych wskaźników oceny tego zagadnienia skłania do refleksji, zwłaszcza gdy weźmiemy pod uwagę ponad połowę badanych, którzy wcześniej stwierdzili zmniejszenie się kręgu znajomych po zaistnieniu niepełnosprawności. Stąd rodzi się pytanie: Jak to możliwe, aby jedna i ta sama osoba zauważała zmniejszającą się wokół siebie liczbę znajomych, a jednocześnie nie stwierdzała zmian w ich zachowaniu? Wydaje się, że odpowiedzi należy szukać w podanym wyżej wskaźniku osób, które nie udzieliły żadnej odpowiedzi. Dla większości bowiem badanych – szczególnie tych doświadczających zmian tak w liczebności, jak i w zachowaniu wśród swoich przyjaciół, kolegów i znajomych – udzielanie odpowiedzi na to pytanie było zadaniem niezmiernie trudnym. Problematyka tego zagadnienia wkracza bowiem niekiedy w obszar osobistych, a nawet intymnych przeżyć, czym chyba należy tłumaczyć niechęć tych osób do introspekcji, zwłaszcza gdy wiąże się ona często z bolesnymi doświadczeniami. Tylko 73 osoby, co stanowi 50,3%, wyjaśniło na czym polegały owe zmiany (por. tab. 45.). Skategoryzowane zostały one w 26 grupach, z których najliczniej reprezentowanymi przez badanych były: unikanie kontaktów – 12 osób, zachowywanie się

w sposób ostrożny – 9 osób, przejawianie współczucia i litości – 8 osób oraz brak zrozumienia problemów i przejawianie interesowności – po 7 osób. Spośród 26 wymienianych rodzajów zachowań tylko trzy miały charakter pozytywny; 6 osób stwierdziło, że znajomi nie zauważają kalectwa i traktują je w sposób normalny, 3 osoby, że przejawiają życzliwość i serdeczność oraz 2 osoby, iż znajomi służą im pomocą.

Tabela 45. Charakterystyka zmian w zachowaniu kolegów, koleżanek, znajomych i przyjaciół badanych osób

| Kategorie zmian   | Kobiety |           |            | Mężczyźni |            |            | Razem |            |
|---|---------|-----------|------------|-----------|------------|------------|-------|------------|
|   | N       | (39)<br>% | (145)<br>% | N         | (106)<br>% | (145)<br>% | N     | (145)<br>% |
| Unikanie kontaktów  | 6       | 15,3      | 4,1        | 6         | 5,6        | 4,1        | 12    | 8,2        |
| Zła opinia o rodzicach w środowisku   | 1       | 2,5       | 0,6        | —         | —          | —          | 1     | 0,6        |
| Okazywanie braku zainteresowania  | 2       | 5,1       | 1,3        | 2         | 1,8        | 1,3        | 4     | 2,7        |
| Zachowywanie się w sposób bardzo ostrożny   | 2       | 5,1       | 1,3        | 7         | 6,6        | 4,8        | 9     | 6,2        |
| Przejawianie interesowności   | 3       | 7,6       | 2,0        | 4         | 3,7        | 2,7        | 7     | 4,8        |
| Fizyczna inność   | 1       | 2,5       | 0,6        | 3         | 2,8        | 2,0        | 4     | 2,7        |
| Brak zrozumienia problemów  | —       | —         | —          | 7         | 6,6        | 4,8        | 7     | 4,8        |
| Zainteresowanie wynikami ćwiczeń rehabilitacyjnych                                      | —       | —         | —          | 4         | 3,7        | 2,7        | 4     | 2,7        |
| Ciekawość i wścibstwo   | —       | —         | —          | 2         | 1,8        | 1,3        | 2     | 1,3        |
| Przejawianie współczucia, litości   | —       | —         | —          | 8         | 7,5        | 5,5        | 8     | 5,5        |
| Niezauważanie kalectwa, normalne traktowanie  | 2       | 5,1       | 1,3        | 5         | 4,7        | 3,4        | 7     | 4,8        |
| Brak czasu na kontakty towarzyskie  | 1       | 2,5       | 0,6        | 4         | 3,7        | 2,7        | 5     | 3,4        |
| Obojętność  | —       | —         | —          | 5         | 4,7        | 3,4        | 5     | 3,4        |
| Służenie pomocą   | 1       | 2,5       | 0,6        | 1         | 0,9        | 0,6        | 2     | 1,3        |
| Przejawianie życzliwości, serdeczności  | 2       | 5,1       | 1,3        | 1         | 0,9        | 0,6        | 3     | 2,0        |
| Brak wspólnych tematów rozmowy, spotkań   | —       | —         | —          | 2         | 1,8        | 1,3        | 2     | 1,3        |
| Zmiana miejsca zamieszkania   | 1       | 2,5       | 0,6        | 1         | 0,9        | 0,6        | 2     | 1,3        |
| Okazywanie aprobaty dla śmierci jako najlepszego sposobu wyjścia z zaistniałej sytuacji | —       | —         | —          | 2         | 1,8        | 1,3        | 2     | 1,3        |
| Przejawianie pragnienia zachowania w pamięci obrazu sprzed wypadku                      | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,9        |
| Okazywanie wstydu, wstydzanie się   | —       | —         | —          | 2         | 1,8        | 1,3        | 2     | 1,3        |
| Starania o takie zachowania, którymi nie można w jakikolwiek sposób nikogo urazić       | —       | —         | —          | 2         | 1,8        | 1,3        | 2     | 1,3        |
| Ustępowanie   | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,9        |
| Próby zapomnienia   | —       | —         | —          | 2         | 1,8        | 1,3        | 2     | 1,3        |
| Okazywanie niekiedy, w jaki sposób należy zachowywać się w danej sytuacji               | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,9        |
| Patrzanie z politowaniem  | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,9        |
| Inne  | 1       | 2,5       | 0,6        | 1         | 0,9        | 0,6        | 2     | 1,3        |
| Brak danych   | 19      | 48,7      | 13,1       | 53        | 50,0       | 36,5       | 72    | 49,6       |

## Formy i sposoby spędzania czasu wolnego

Następnym zagadnieniem związanym z sytuacją towarzyską badanych osób z paraplegią są formy i sposoby spędzania przez nie wolnego czasu.

Zagospodarowanie wolnego czasu człowieka niepełnosprawnego odgrywa istotną rolę w procesie rehabilitacji. Odpowiedni dobór atrakcyjnych form spędzania czasu oraz ich właściwa organizacja stanowią bowiem ważny element wspierający całokształt procesu usprawniania i przystosowania. Przyczynia się nie tylko do funkcjonalnego i psychicznego usprawniania osoby z fizyczną dysfunkcją, ale również do kształtowania w niej pożądaných postaw społecznych. Spośród sześciu podstawowych, najbardziej popularnych form spędzania czasu wolnego, jakie zostały przedstawione do wyboru 145 osobom z paraplegią (por. tab. 46.), największą aprobatę zyskały: oglądanie TV – 131 osób (90,3%), słuchanie radia – 127 osób (87,5%), czytanie prasy – 105 (72,4%) i książek – 100 osób (68,9%), majsterkowanie – 74 (51,0%) oraz wychowywanie dzieci – 24 osoby (16,5%). Oprócz tych form badani wyodrębnili jeszcze dodatkowo 11 innych, z których najliczniej reprezentowane były: hobby – przez 16 osób (11,0%) oraz spotkania towarzyskie i zajęcia domowe – po 7 osób (4,8%). Nieliczne tylko osoby opowiadały się wyłącznie za jedną z form, na przykład 2 osoby oglądały tylko TV, zdecydowana większość twierdziła, że korzysta z kilku bądź kilkunastu możliwości spędzania wolnego czasu. Dwadzieścia pięć osób (17,2%) ogląda TV, słucha radia oraz czyta prasę i książki, natomiast 22 osoby (15,1%) dodatkowo jeszcze majsterkuje. W sumie stwierdzono 53 różne kategorie tych form.

Między formami spędzania czasu wolnego a ich sposobami zachodzi ścisła współzależność, jedne warunkują drugie i *vice versa*. W niniejszych analizach posłużono się trzema kategoriami sposobów, jakie wydają się najbardziej charakterystyczne (praktykowane) dla osób z paraplegią. Są to: 1) samotne spędzanie czasu wolnego; 2) z przyjaciółmi i znajomymi oraz 3) w gronie rodzinnym. W ramach tych sposobów mogą zachodzić różne układy, albowiem jedna i ta sama osoba może spędzać wolny czas np. i samotnie, i z przyjaciółmi, i z rodziną, czy też tylko samotnie, albo tylko z przyjaciółmi i w gronie rodzinnym. W badanej grupie paraplegików stwierdzono wszystkie możliwe (7) kategorie sposobów spędzania czasu wolnego (por. tab. 47.), z których najliczniej, bo przez 42 osoby (28,9%), reprezentowane jest spędzanie czasu wolnego wyłącznie w gronie rodzinnym. Następną co do liczebności kategorię stanowi spędzanie przez badanych czasu wolnego z przyjaciółmi i w rodzinie – 34 osoby (23,4%). Dwadzieścia trzy osoby (15,8%) spędza wolny czas samotnie, z przyjaciółmi i w rodzinie, 15 osób (10,3%) – samotnie i w rodzinie; oraz 13 osób (8,9%) – samotnie. W pozostałych kategoriach, w tym „inne” i „brak danych”, frekwencje badanych są już niewielkie. Zatem najczęściej, bo w 114 przypadkach (78,6%), badani paraplegicy spędzają wolny czas w gronie rodzinnym. Siedemdziesiąt jeden osób (48,9%) – w tym 7 osób wyłącznie – spędza go z przyjaciółmi i znajomymi, a 55 osób (37,9%) często samotnie.

Tabela 46. Formy spędzania czasu wolnego przez badane osoby

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 1/2                  | —         | —            | —           | 6          | 5,6          | 4,1         | 6          | 4,1          |
| 1/2/3                | 1         | 2,5          | 0,6         | 8          | 7,5          | 5,5         | 9          | 6,2          |
| 1/2/3/4              | 5         | 12,8         | 3,4         | 20         | 18,8         | 13,7        | 25         | 17,2         |
| 1/2/3/4/5            | 9         | 23,0         | 6,2         | 13         | 12,2         | 8,9         | 22         | 15,1         |
| 1/2/3/4/5/6          | 5         | 12,8         | 3,4         | 5          | 4,7          | 3,4         | 10         | 6,8          |
| 1/2/4                | 2         | 5,1          | 1,3         | —          | —            | —           | 2          | 1,3          |
| 1/2/5                | 1         | 2,5          | 0,6         | 3          | 2,8          | 2,0         | 4          | 2,7          |
| 1/2/4/5              | 3         | 7,6          | 2,0         | 2          | 1,8          | 1,3         | 5          | 3,4          |
| 1/2/6                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4/6            | —         | —            | —           | 3          | 2,8          | 2,0         | 3          | 2,0          |
| 1/2/3/5              | —         | —            | —           | 5          | 4,7          | 3,4         | 5          | 3,4          |
| 1/2/3/6              | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4/5/6/7/8/9/11 | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4/5/9          | 2         | 5,1          | 1,3         | 5          | 4,7          | 3,4         | 7          | 4,8          |
| 1/2/3/4/5/6/11       | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4/5/11         | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4/5/6/7/12/14  | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4/12           | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4/15           | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4/5/7/8/10     | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4/5/12         | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4/5/6/9        | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4/5/7/8/9      | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4/7            | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4/7/8          | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4/5/8/10       | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4/6/16         | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/5/9/14         | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4/6/13         | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/9                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/11               | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/5/9/11           | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/16             | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/7/13             | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/4/11             | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/3                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/3/5                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/4/5/11/14          | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 1/5/9                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/5                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/5/6/9              | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 2/3/4                | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 2/3/4/9              | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 2/4                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 2/5                  | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 3/4                  | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 4/7                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 4/13                 | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 4                    | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 5                    | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 6                    | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| Inne                 | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| Brak danych          | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – tv, 2 – radio; 3 – prasa, 4 – książki; 5 – majsterkowanie, robotki; 6 – wychowywanie dzieci; 7 – spotkania towarzyskie;  
8 – wycieczki samochodowe; 9 – hobby; 10 – kino, teatr; 11 – zajęcia domowe; 12 – nauka języków obcych; 13 – praca zawodowa; 14 – korespondencja; 15 – medytacja; 16 – ćwiczenia fizyczne.

Tabela 47. Sposoby spędzania czasu wolnego przez badane osoby

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 6          | 5,6          | 4,1         | 7          | 4,8          |
| 1/2                  | 2         | 5,1          | 1,3         | 5          | 4,7          | 3,4         | 7          | 4,8          |
| 1/3                  | 7         | 17,9         | 4,8         | 27         | 25,4         | 18,6        | 34         | 23,4         |
| 2                    | 6         | 15,3         | 4,1         | 7          | 6,6          | 4,8         | 13         | 8,9          |
| 2/3                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 14         | 13,2         | 9,6         | 15         | 10,3         |
| 3                    | 11        | 28,2         | 7,5         | 31         | 29,2         | 21,3        | 42         | 28,9         |
| 1/2/3                | 10        | 25,6         | 6,8         | 13         | 12,2         | 8,9         | 23         | 15,8         |
| Inne                 | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| Brak danych          | 1         | 2,5          | 0,6         | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 2,0          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – z przyjaciółmi, znajomymi; 2 – samotnie; 3 – w gronie znajomych

W zakres omawianej sytuacji towarzyskiej badanych osób z paraplegią włączony został również aspekt uczestnictwa tychże osób w życiu kulturalnym i społecznym środowiska, w którym przebywają. Charakterystykę tego uczestnictwa sprowadzono tutaj przede wszystkim do liczby pobytów badanych osób w ciągu ostatnich trzech miesięcy w następujących placówkach: kino, kawiarnia, teatr, filharmonia oraz do udziału w przyjęciach, zebraniach organizacji społecznych i stowarzyszeń religijnych. Okazało się, że w ciągu ostatnich trzech miesięcy – do momentu wzięcia udziału w badaniach i wypełniania ankiety (por. tab. 48.) – badani najczęściej uczestniczyli w przyjęciach i spotkaniach towarzyskich z udziałem przyjaciół i znajomych. Brało w nich udział 65 osób, co stanowi (44,8%) całej grupy, z czego 32 osoby (22,0%) uczestniczyły w imprezach więcej niż 3 razy. Do kina jeździły w tym czasie 52 osoby (35,8%), w tym 24 osoby (16,5%) od dwóch do trzech razy, a do kawiarni 38 osób (26,8%), z których 23 były tam więcej niż trzy razy. Były to przede wszystkim te osoby, które przebywały w analizowanym okresie w ośrodkach rehabilitacyjnych (Konstancin i Repty). Na koncercie w filharmonii było 14 osób (9,6%) – jeden raz, a 5 osób od dwóch do trzech razy, natomiast w teatrze tylko 5 osób (3,4%), wszystkie jeden jedyny raz i to wyłącznie wtedy, kiedy były na turnusie rehabilitacyjnym w CKI w Konstancinie. Częściej badane osoby brały udział w zebraniach religijnych, w których uczestniczyło 19 osób (13,1%), z tego 10 ponad trzy razy, oraz w zebraniach organizacji społecznych – 12 osób, w tym 7 osób uczestniczyło w nich od dwóch do trzech razy. Dwadzieścia dwie badane osoby (15,1%) nie udzieliły żadnej odpowiedzi, natomiast 63 (43,4%) podały, iż w ciągu ostatnich trzech miesięcy nigdzie poza domem nie były. Nie stwierdzono większych różnic w tym zakresie między badanymi kobietami i mężczyznami, nie było też chociażby jednej osoby biorącej udział w co najmniej pięciu imprezach. Tylko dwóch mężczyzn i jedna kobieta uczestniczyło w spotkaniach towarzyskich i zebraniach religijnych oraz było w kawiarni i kinie.



Tabela 48. Uczestnictwo badanych osób w życiu kulturalnym i społecznym (częstotliwość korzystania)

| Kategorie odpowiedzi |             | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      |             | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| Kino                 | wcale       | 15        | 38,4         | 10,3        | 56         | 52,8         | 38,6        | 71         | 48,9         |
|                      | 1x          | 5         | 12,8         | 3,4         | 10         | 9,4          | 6,8         | 15         | 10,3         |
|                      | 2-3x        | 8         | 20,5         | 5,5         | 16         | 15,0         | 11,0        | 24         | 16,5         |
|                      | pow. 3x     | 3         | 7,6          | 2,0         | 10         | 9,4          | 6,8         | 13         | 8,9          |
|                      | brak danych | 8         | 20,5         | 5,5         | 14         | 13,2         | 9,6         | 22         | 15,1         |
| <b>Razem</b>         |             | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |
| Kawiarnia            | wcale       | 21        | 53,8         | 14,4        | 64         | 60,3         | 44,1        | 85         | 58,66        |
|                      | 1x          | 2         | 5,1          | 1,3         | 4          | 3,7          | 2,7         | 6          | 4,1          |
|                      | 2-3x        | 3         | 7,6          | 2,0         | 6          | 5,6          | 4,11        | 9          | 6,2          |
|                      | pow. 3x     | 5         | 12,8         | 3,4         | 18         | 16,9         | 12,4        | 23         | 15,8         |
|                      | brak danych | 8         | 20,5         | 5,5         | 14         | 13,2         | 9,6         | 22         | 15,1         |
| <b>Razem</b>         |             | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |
| Teatr                | wcale       | 29        | 74,3         | 20,0        | 89         | 83,9         | 61,3        | 118        | 81,3         |
|                      | 1x          | 2         | 5,1          | 1,3         | 3          | 2,8          | 2,0         | 5          | 3,4          |
|                      | 2-3x        | —         | —            | —           | —          | —            | —           | —          | —            |
|                      | pow. 3x     | —         | —            | —           | —          | —            | —           | —          | —            |
|                      | brak danych | 8         | 20,5         | 5,5         | 14         | 13,2         | 9,6         | 22         | 15,1         |
| <b>Razem</b>         |             | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |
| Koncert              | wcale       | 26        | 66,6         | 17,9        | 83         | 78,3         | 57,2        | 109        | 75,1         |
|                      | 1x          | 2         | 5,1          | 1,3         | 6          | 5,6          | 4,1         | 8          | 5,5          |
|                      | 2-3x        | 3         | 7,6          | 2,0         | 2          | 1,8          | 1,3         | 5          | 3,4          |
|                      | pow. 3x     | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
|                      | brak danych | 8         | 20,5         | 5,5         | 14         | 13,2         | 9,6         | 22         | 15,1         |
| <b>Razem</b>         |             | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |
| Przyjęcia            | wcale       | 14        | 35,8         | 9,6         | 44         | 41,5         | 30,3        | 58         | 40,0         |
|                      | 1x          | 2         | 5,1          | 1,3         | 14         | 13,2         | 9,6         | 16         | 11,0         |
|                      | 2-3x        | 5         | 12,8         | 3,4         | 12         | 11,5         | 8,2         | 17         | 11,7         |
|                      | pow. 3x     | 10        | 25,6         | 6,8         | 22         | 20,7         | 15,1        | 32         | 22,8         |
|                      | brak danych | 8         | 20,5         | 5,5         | 14         | 13,2         | 9,6         | 22         | 15,1         |
| <b>Razem</b>         |             | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |
| Spotkania            | wcale       | 25        | 64,1         | 17,2        | 86         | 81,3         | 59,3        | 111        | 76,5         |
|                      | 1x          | 3         | 7,6          | 2,0         | 1          | 0,9          | 0,6         | 4          | 2,7          |
|                      | 2-3x        | 3         | 7,6          | 2,0         | 4          | 3,7          | 2,7         | 7          | 4,8          |
|                      | pow. 3x     | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
|                      | brak danych | 8         | 20,5         | 5,5         | 14         | 13,2         | 9,6         | 22         | 15,1         |
| <b>Razem</b>         |             | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |
| Zebrania religijne   | wcale       | 22        | 56,4         | 15,1        | 82         | 77,3         | 56,5        | 104        | 71,7         |
|                      | 1x          | 2         | 5,1          | 1,3         | 3          | 2,8          | 2,0         | 5          | 3,4          |
|                      | 2-3x        | 2         | 5,1          | 1,3         | 2          | 1,8          | 1,3         | 4          | 2,7          |
|                      | pow. 3x     | 5         | 12,8         | 3,4         | 5          | 4,7          | 3,4         | 10         | 6,8          |
|                      | brak danych | 8         | 20,5         | 5,5         | 14         | 13,2         | 9,6         | 22         | 15,1         |
| <b>Razem</b>         |             | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

Inne: wypoczynek nad wodą; spacery; pobyt w szpitalu (ciągły); zabawy (wieczorki)

Tabela 49. Natęgi badanych osób

| Kategorie od powieździ |   | Kobiety |           |            | Mężczyźni |            |            | Razem |            |
|------------------------|---|---------|-----------|------------|-----------|------------|------------|-------|------------|
|                        |   | N       | (39)<br>% | (145)<br>% | N         | (106)<br>% | (145)<br>% | N     | (145)<br>% |
| Papierosy              | sporadycznie  | 19      | 48,9      | 13,1       | 22        | 20,7       | 15,1       | 41    | 28,2       |
|                        | wcale   | 1       | 2,5       | 0,6        | 3         | 2,8        | 2,0        | 4     | 2,7        |
|                        | 1-3 szt.  | 2       | 5,1       | 1,3        | 1         | 0,9        | 0,6        | 3     | 2,0        |
|                        | 4-10 szt.   | 6       | 15,3      | 4,1        | 19        | 17,9       | 13,1       | 25    | 17,2       |
|                        | 10-20 szt.  | 8       | 20,5      | 5,5        | 42        | 39,6       | 28,9       | 50    | 34,4       |
|                        | pow. 20 szt.  | 1       | 2,5       | 0,6        | 12        | 8,2        | 8,2        | 13    | 8,9        |
|                        | inne  | —       | —         | —          | —         | —          | —          | —     | —          |
|                        | brak danych   | 2       | 5,1       | 1,3        | 7         | 6,6        | 4,8        | 9     | 6,2        |
| <b>Razem</b>           |   | 39      | 100,0     | 26,8       | 106       | 100,0      | 73,1       | 145   | 100,0      |
| Alkohol                | wcale   | 23      | 58,9      | 15,8       | 17        | 16,0       | 11,7       | 40    | 27,5       |
|                        | okazjonalnie, w mniejszych ilościach – lepsze gatunki | 12      | 30,7      | 8,2        | 36        | 33,9       | 24,8       | 48    | 33,1       |
|                        | sporadycznie, w większych ilościach                   | —       | —         | —          | 19        | 17,9       | 13,1       | 19    | 13,1       |
|                        | 1x w miesiącu   | 2       | 5,1       | 1,3        | 10        | 9,4        | 6,8        | 12    | 8,2        |
|                        | 2-3x w miesiącu                                       | —       | —         | —          | 8         | 7,5        | 5,5        | 8     | 5,5        |
|                        | 1x w tygodniu   | —       | —         | —          | 3         | 2,8        | 2,0        | 3     | 2,0        |
|                        | bardzo często, pod wszelką postacią                   | —       | —         | —          | 6         | 5,6        | 4,1        | 6     | 4,1        |
|                        | inne  | —       | —         | —          | —         | —          | —          | —     | —          |
| brak danych            | 2   | 5,1     | 1,3       | 7          | 6,6       | 4,8        | 9          | 6,2   |            |
| <b>Razem</b>           |   | 39      | 100,0     | 26,8       | 106       | 100,0      | 73,1       | 145   | 100,0      |
| Nadużywanie leków      | wcale   | 27      | 69,2      | 18,6       | 93        | 87,7       | 64,1       | 120   | 82,7       |
|                        | sporadycznie, przeciwbólowe, nasenne                  | 7       | 17,9      | 4,8        | 2         | 1,8        | 1,3        | 9     | 6,2        |
|                        | często, nasenne i przeciwbólowe, uspokajające         | 1       | 2,5       | 0,6        | 3         | 2,8        | 2,0        | 4     | 2,7        |
|                        | wylącznie wskazane przez lekarza                      | 1       | 2,5       | 0,6        | 1         | 0,9        | 0,6        | 2     | 1,3        |
|                        | ziołowe   | 1       | 2,5       | 0,6        | 1         | 0,9        | 0,6        | 2     | 1,3        |
|                        | inne  | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
|                        | brak danych   | 2       | 5,1       | 1,3        | 7         | 6,6        | 4,8        | 9     | 6,2        |
| <b>Razem</b>           |   | 39      | 100,0     | 26,8       | 106       | 100,0      | 73,1       | 145   | 100,0      |
| Narkotyki              | wcale   | 36      | 92,3      | 24,8       | 96        | 90,5       | 66,2       | 132   | 91,0       |
|                        | sporadycznie  | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
|                        | wylącznie wskazane przez lekarza                      | 1       | 2,5       | 0,6        | 1         | 0,9        | 0,6        | 2     | 1,3        |
|                        | inne  | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
| brak danych            | 2   | 5,1     | 1,3       | 7          | 6,6       | 4,8        | 9          | 6,2   |            |
| <b>Razem</b>           |   | 39      | 100,0     | 26,8       | 106       | 100,0      | 73,1       | 145   | 100,0      |
| Kawa                   | wcale   | 23      | 58,9      | 15,8       | 71        | 66,9       | 48,9       | 94    | 64,8       |
|                        | sporadycznie  | 5       | 12,8      | 3,4        | 13        | 12,2       | 8,9        | 18    | 12,4       |
|                        | 1x dziennie   | 4       | 10,2      | 2,7        | 11        | 10,3       | 7,5        | 15    | 10,3       |
|                        | więcej niż 1x dziennie                                | 5       | 12,8      | 3,4        | 4         | 3,7        | 2,7        | 9     | 6,2        |
|                        | inne  | —       | —         | —          | —         | —          | —          | —     | —          |
| brak danych            | 2   | 5,1     | 1,3       | 7          | 6,6       | 4,8        | 9          | 6,2   |            |
| <b>Razem</b>           |   | 39      | 100,0     | 26,8       | 106       | 100,0      | 73,1       | 145   | 100,0      |
| Inne                   | herbata   | 1       | 2,5       | 0,6        | 4         | 3,7        | 2,7        | 5     | 3,4        |
|                        | czopki przeciwbólowe                                  | 1       | 2,5       | 0,6        | —         | —          | —          | 1     | 0,6        |
|                        | słodcyze  | 1       | 2,5       | 0,6        | —         | —          | —          | 1     | 0,6        |

Tak nikły udział badanych osób z paraplegią w życiu towarzyskim i społecznym wynika przede wszystkim z ograniczeń lokomocyjnych i czynnościowych, których doświadczają oni będąc na wózkach (jeżdżąc na nich), co w konfrontacji z barierami architektonicznymi spotykanymi na każdym kroku stawia ich z góry na straconych pozycjach, zniechęcając tym samym – niekiedy – do jakiegokolwiek aktywności towarzyskiej i społecznej. Ten brak możliwości spełniania siebie oraz kulturalnego spędzania czasu wolnego znajduje często ujście w społecznie nieakceptowanych formach aktywności, jak np. picie alkoholu, narkotyzowanie się czy też palenie tytoniu. W badanej grupie 145 paraplegików (por. tab. 49.) alkoholu pod żadną postacią nie używa 40 osób (27,5%), w tym 23 kobiety (58,9% z grupy kobiet) i 17 mężczyzn (16,0% z grupy mężczyzn), 48 osób (33,1%) natomiast pije go tylko okazjonalnie, w niewielkich ilościach, ale już 19 osób (13,1% – sami mężczyźni) w dużych ilościach, chociaż jeszcze sporadycznie, zaś 12 osób (8,2%, w tym 2 kobiety) już raz na miesiąc, 8 (5,5% – mężczyźni) od dwóch do trzech razy w miesiącu, 3 osoby (2,0% – mężczyźni) raz na tydzień oraz 6 osób (4,1%) – sami mężczyźni – pije prawie codziennie i pod każdą postacią. Zgoła inaczej przedstawia się sytuacja z narkotykami i narkotyzowaniem się badanych osób. Tylko 1 osoba (mężczyzna) stwierdziła, iż robi to sporadycznie, 2 osoby podały, że miało to miejsce w przeszłości pod nadzorem lekarza, natomiast jedna osoba orzekła, iż wachała klej „Budapren”, co zapewne było stosunkowo dawno temu. Bardzo duży odsetek badanych paraplegików, bo 62,0% (90 osób) pali tytoń, przy czym częściej to robią mężczyźni (72,6% z grupy mężczyzn) niż kobiety (46,1% z grupy kobiet). Dwadzieścia pięć osób (17,2%) pali od 4 do 10 sztuk papierosów dziennie, 50 osób (34,4%) do 20 sztuk, zaś 13 osób (8,9%) ponad 20 sztuk dziennie. Do grupy nałogów oraz stosowania używek włączono także nadużywanie przez badanych lekarstw oraz picie przez nich kawy w nadmiernych ilościach. Nie stwierdzono jednak, oprócz 9 osób pijących więcej niż jedną filiżankę kawy dziennie (co akurat może mieć miejsce przy występowaniu u tychże osób niedociśnienia), symptomów nałogu.

### Kontakty uczuciowe

Bardzo ważną rzeczą w społecznym funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych jest także możliwość utrzymywania przez nie kontaktów uczuciowych z bliską sobie osobą. Zakres tego zagadnienia ogranicza się tutaj do następujących wymiarów: stwierdzenie przez badanego faktu utrzymywania kontaktów z osobą płci przeciwnej, tzn. czy posiada sympatię, czy wybrana osoba odwzajemnia uczucia oraz czy z takiej znajomości wynikają konkretne zamiary na przyszłość (zawarcie związku małżeńskiego). Z danych wynika (por. tab. 50.), że wśród 85 badanych osób stanu wolnego 43 (50,5%) nie po-

siada sympatii, co automatycznie determinuje treść pozostałych odpowiedzi. Natomiast 34 osoby (40,0% z 85) mają sympatię, z liczby tej 11 osób zamierza wiązać z nią swoje losy, w tym 3 osoby nie w pełni są przekonane co do uczuć wybranej osoby. Czternaście osób nie jest zdecydowanych na zawarcie ewentualnych związków, zaś 9 osób stwierdziło tylko posiadanie bliskiej sobie osoby.

Tabela 50. Kontakty uczuciowe z osobami płci przeciwnej badanych osób\*

| Kategorie odpowiedzi |                      |          | Kobiety   |             |             | Mężczyźni |             |             | Razem     |             |  |
|----------------------|----------------------|----------|-----------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-----------|-------------|--|
| Sympatia             | Odwzajemnienie uczuć | Zamiary  | N         | (39)<br>%   | (145)<br>%  | N         | (106)<br>%  | (145)<br>%  | N         | (145)<br>%  |  |
| tak                  | tak                  | tak      | 3         | 7,6         | 2,0         | 5         | 4,7         | 3,4         | 8         | 5,5         |  |
| tak                  | tak                  | nie wiem | 9         | 23,0        | 6,2         | 5         | 4,7         | 3,4         | 14        | 9,6         |  |
| tak                  | nie wiem             | tak      | 1         | 2,5         | 0,6         | 2         | 1,8         | 1,3         | 3         | 2,0         |  |
| tak                  | nie wiem             | nie wiem | 1         | 2,5         | 0,6         | 3         | 2,8         | 2,0         | 4         | 2,7         |  |
| tak                  | nie                  | nie      | 2         | 5,1         | 1,3         | 3         | 2,8         | 2,0         | 5         | 3,4         |  |
| nie                  | nie                  | nie      | 10        | 25,6        | 6,8         | 33        | 31,3        | 22,7        | 43        | 29,6        |  |
| Inne                 |                      |          | 3         | 7,6         | 2,0         | 5         | 4,7         | 3,4         | 8         | 5,5         |  |
| Brak danych          |                      |          | 2         | 5,1         | 1,3         | 5         | 4,7         | 3,4         | 7         | 4,8         |  |
| <b>Razem</b>         |                      |          | <b>31</b> | <b>79,4</b> | <b>21,3</b> | <b>61</b> | <b>57,5</b> | <b>42,0</b> | <b>92</b> | <b>63,4</b> |  |

\* Tylko osoby w stanie wolnym

Na podstawie omówionej sytuacji towarzyskiej badanej grupy osób z paraplegią stwierdzić można występowanie szeregu interesujących zjawisk. Otóż niemal dwie trzecie badanych osób utrzymuje, iż liczba ich kolegów, znajomych i przyjaciół sprzed wypadku uległa zmniejszeniu tuż po jego wystąpieniu i nabyciu paraplegii, ale tylko jedna trzecia – tyle samo zresztą co będących przeciwnego zdania – badanych twierdzi, że zaobserwowała zmiany w zachowaniu swoich znajomych. Zmiany te najczęściej polegają na: unikaniu kontaktów, zachowywaniu się w sposób ostrożny oraz przejawianiu współczucia i litości. Do najczęstszych form spędzania czasu wolnego w badanej grupie należy oglądanie TV, słuchanie radia oraz czytanie prasy i książek, co realizowane jest najczęściej – bo w przypadku trzech czwartych badanych – w gronie rodzinnym. Z rozrywek kulturalnych korzysta niewielu badanych. Najwięcej osób, chociaż tylko niecałe 50% bierze udział w spotkaniach towarzyskich, co trzecia natomiast osoba jeździ do kina, co piąta, szóstą do kawiarni, a tylko co trzydziesta do teatru. Prawie dwie trzecie badanych osób z paraplegią pije alkohol, z czego ok. 15% nadużywa go, a ponad dwie trzecie pali tytoń, w tym co druga osoba pali powyżej 10 papierosów dziennie. Co czwarta osoba z paraplegią posiada sympatię, ale tylko nieliczni wiążą z tym faktem plany małżeńskie.

#### 4. Sytuacja zawodowa

Znaczenie pracy zawodowej, wykonywanej przez osoby niepełnosprawne, można oceniać z różnych punktów widzenia. Najczęściej jednak sprowadza się je do trzech podstawowych: leczniczego, psychologicznego i zawodowego. Jest bowiem faktem oczywistym, że celowo i stopniowo dobrana, systematycznie prowadzona praca może stanowić jedną z metod leczenia. Stanowi ona jak gdyby czynnik terapeutyczny, mobilizujący ogólnoustrojowe cechy inwalidy, przyspieszający tym samym procesy regeneracyjne organizmu. Umożliwia również prowadzenie ćwiczeń w postaci systematycznie stosowanych bodźców ruchowych, poprawiając tym samym ogólną sprawność pracującego inwalidy. Podczas pracy zawodowej osoba niepełnosprawna uruchamia także swoje umiejętności, zdolności, sprawności i nawyki, zwiększając w ten sposób odporność na sytuacje trudne – wynikię z procesu pracy, oraz łagodzi lęk przed nowymi zadaniami, na nowych stanowiskach. Inwalida–pracownik uświadamia sobie w pracy własną wartość, co pozwala akceptować mu swoje kalectwo, a pośrednio także wpływać na kształtowanie nowej osobowości pracowniczej, niezbędnej do ponownego włączenia się w życie zawodowe i społeczne. Są to bardzo ważne aspekty psychiczne wykonywania pracy zawodowej, do których należałoby dodać ponadto takie wartości, jak: ład, dyscyplina, porządek i poczucie odpowiedzialności. Czynniki te w jednakowy sposób wpływają na psychologiczną oraz medyczną stronę poruszanego tematu. W znaczeniu zawodowym natomiast mówi się o wartości i znaczeniu pracy jako czynnika podtrzymującym wprawę i to nie tylko na danym stanowisku pracy, ale także czynnika przenoszącym tę sprawność na inne sytuacje życiowe (Kirenko, 1985b). Stąd sfera życia zawodowego, jego rola i znaczenie w procesie rehabilitacji społecznej – podobnie jak wcześniej omawiane sfery: rodzinna, socjalna i towarzyska – należy do nieodłącznych elementów społecznej aktywności osoby niepełnosprawnej, w tym przypadku osoby z paraplegią.

Zakres omawianej tu sytuacji zawodowej badanych osób z paraplegią obejmuje cztery główne zagadnienia, a mianowicie: 1) charakterystykę zawodów wyuczonych przez badane osoby sprzed wypadku i ich ewentualne zmiany, wynikię z faktu nabycia przez nie inwalidztwa, 2) powrót do pracy i atmosfera temu towarzysząca, 3) charakter aktualnie wykonywanej pracy, 4) rodzaj pobieranych świadczeń socjalno-ubezpieczeniowych.

#### Zawód wyuczony

Dzięki zastosowaniu w badaniach kryterium wieku na poziomie minimum 18 lat w chwili nabycia paraplegii, zdecydowana większość badanych miała już wyuczony zawód (por. tab. 51.).

Tabela 51. Zawód badanych osób.

| Zawód                                      | Kobiety |           |            | Mężczyźni |            |            | Razem |            |
|--|---------|-----------|------------|-----------|------------|------------|-------|------------|
|  | N       | (39)<br>% | (145)<br>% | N         | (106)<br>% | (145)<br>% | N     | (145)<br>% |
| Górnik                                     | —       | —         | —          | 3         | 2,8        | 2,0        | 3     | 2,0        |
| - technik górnik                           | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
| - górnik dolowy                            | —       | —         | —          | 2         | 1,8        | 1,3        | 2     | 1,3        |
| Mechanik                                   | 3       | 7,6       | 2,0        | 36        | 33,9       | 24,8       | 39    | 26,8       |
| - technik mechanik obróbki skrawaniem      | —       | —         | —          | 8         | 7,5        | 5,5        | 8     | 5,5        |
| - szlifierz, tokarz, frezer                | 1       | 2,5       | 0,6        | 7         | 6,6        | 4,8        | 8     | 5,5        |
| - technik mechanik obróbki plastycznej     | 1       | 2,5       | 0,6        | 1         | 0,9        | 0,6        | 2     | 1,3        |
| - walcownik, kowal, wytapiacz stali        | —       | —         | —          | 3         | 2,8        | 2,0        | 3     | 2,0        |
| - technik samochodowy                      | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
| - mechanik samochodowy                     | —       | —         | —          | 5         | 4,7        | 3,4        | 5     | 3,4        |
| - ślusarz                                  | —       | —         | —          | 8         | 7,5        | 5,5        | 8     | 5,5        |
| - spawacz                                  | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
| - mechanik maszyn i urządzeń przemysłowych | 1       | 2,5       | 0,6        | 2         | 1,8        | 1,3        | 3     | 2,0        |
| Monter                                     | 2       | 5,1       | 1,3        | 9         | 8,4        | 6,2        | 11    | 7,5        |
| - monter kadłubów okrętowych               | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
| - monter urządzeń elektronicznych          | —       | —         | —          | 4         | 3,7        | 2,7        | 4     | 2,7        |
| - monter urządzeń telekomunikacyjnych      | 1       | 2,5       | 0,6        | —         | —          | —          | 1     | 0,6        |
| - monter aparatury rtv                     | 1       | 2,5       | 0,6        | 3         | 2,8        | 2,0        | 4     | 2,7        |
| - monter instalacji sanitarnej             | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
| Operator                                   | 1       | 2,5       | 0,6        | 6         | 5,6        | 4,1        | 7     | 4,8        |
| - operator dźwigu                          | —       | —         | —          | 5         | 4,7        | 3,4        | 5     | 3,4        |
| - operator urządzeń biężnych               | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
| - operator procesów chemicznych            | 1       | 2,5       | 0,6        | —         | —          | —          | 1     | 0,6        |
| Rolnik                                     | 2       | 5,1       | 1,3        | 4         | 3,7        | 2,7        | 6     | 4,1        |
| - technik rolnik                           | 1       | 2,5       | 0,6        | 1         | 0,9        | 0,6        | 2     | 1,3        |
| - rolnik                                   | 1       | 2,5       | 0,6        | 2         | 1,8        | 1,3        | 3     | 2,0        |
| - technik hodowca                          | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
| Elektryk                                   | —       | —         | —          | 3         | 2,8        | 2,0        | 3     | 2,0        |
| - technik elektryk                         | —       | —         | —          | 2         | 1,8        | 1,3        | 2     | 1,3        |
| - elektryk sprzętu lotniczego              | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
| Ekonomista                                 | 4       | 10,2      | 2,7        | 2         | 1,8        | 1,3        | 6     | 4,1        |
| - księgowy                                 | 4       | 10,2      | 2,7        | —         | —          | —          | 4     | 2,7        |
| - ekonomista handlu zagranicznego          | —       | —         | —          | 2         | 1,8        | 1,3        | 2     | 1,3        |
| Urzędnik                                   | 4       | 10,2      | 2,7        | —         | —          | —          | 4     | 2,7        |
| - teletypistka                             | 1       | 2,5       | 0,6        | —         | —          | —          | 1     | 0,6        |
| - sekretarka                               | 1       | 2,5       | 0,6        | —         | —          | —          | 1     | 0,6        |
| - maszynistka                              | 1       | 2,5       | 0,6        | —         | —          | —          | 1     | 0,6        |
| - rejestrator w służbie zdrowia            | 1       | 2,5       | 0,6        | —         | —          | —          | 1     | 0,6        |
| Budowniczy                                 | 2       | 5,1       | 1,3        | 6         | 5,6        | 4,1        | 8     | 5,5        |
| - technik budowlany                        | 2       | 5,1       | 1,3        | 1         | 0,9        | 0,6        | 3     | 2,0        |
| - murarz, tynkarz                          | —       | —         | —          | 5         | 4,7        | 3,4        | 5     | 3,4        |
| Sprzedawca                                 | 1       | 2,5       | 0,6        | —         | —          | —          | 1     | 0,6        |
| Lekarz                                     | 1       | 2,5       | 0,6        | —         | —          | —          | 1     | 0,6        |
| Pielęgniarka                               | 1       | 2,5       | 0,6        | —         | —          | —          | 1     | 0,6        |
| Bibliotekarz                               | 1       | 2,5       | 0,6        | —         | —          | —          | 1     | 0,6        |
| Krawiec                                    | 5       | 12,8      | 3,4        | —         | —          | —          | 5     | 3,4        |
| - dziewiarz                                | 2       | 5,1       | 1,3        | —         | —          | —          | 2     | 1,3        |
| - krawiec                                  | 3       | 7,6       | 2,0        | —         | —          | —          | 3     | 2,0        |
| Kelener                                    | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
| Ogrodnik                                   | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
| Piekarz                                    | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
| Stolarz                                    | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
| Szklarz                                    | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
| Geolog                                     | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
| Automatyk                                  | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
| Chemik                                     | 2       | 5,1       | 1,3        | —         | —          | —          | 2     | 1,3        |
| - technik chemiczny                        | 2       | 5,1       | 1,3        | —         | —          | —          | 2     | 1,3        |
| Masarz                                     | —       | —         | —          | 1         | 0,9        | 0,6        | 1     | 0,6        |
| Kierowca samochodowy                       | —       | —         | —          | 6         | 5,6        | 4,1        | 6     | 4,1        |
| Energetyk                                  | —       | —         | —          | 2         | 1,8        | 1,3        | 2     | 1,3        |
| Bez zawodu                                 | 10      | 25,6      | 6,8        | 21        | 19,8       | 14,4       | 31    | 21,3       |
| Razem                                      | 31      | 79,4      | 21,3       | 61        | 57,5       | 42,0       | 92    | 63,4       |

Spośród 145 badanych osób z paraplegią 114 osób (78,6%) zdobyło zawód do chwili nabycia urazu, natomiast 31 osób (21,3%) – nie lub jeszcze nie ze względu na kontynuowanie nauki. Odsetek badanych kobiet bez zawodu, wynoszący 25,6% (z grupy kobiet), był większy niż odsetek badanych mężczyzn – 19,8% (z grupy mężczyzn). Na ogólną sumę 50 zawodów, wyszczególnionych przez 114 paraplegików, a skategoryzowanych następnie w 25 grupach, najczęściej reprezentowanym – bo przez 39 osób (26,8%) – był zawód mechanika (a właściwie grupa tego zawodu, gdyż w skład jej wchodzi 9 specjalizacji mechanicznych). Kolejne grupy zawodów pod względem liczebności badanych osób, to: monter – 11 osób (7,8%), budowniczy – 8 osób (5,5%), operator – 7 (4,8%) oraz rolnik, ekonomista i kierowca samochodowy – po 6 osób (4,1%). Pozostałych 18 grup zawodów reprezentowało już tylko 31 osób. Wśród nich były i takie, jak: lekarz, geolog, automatyk, masarz, ogrodnik oraz szklarz – pojedyncze osoby.

Jednym z następstw urazu rdzenia kręgowego była w wielu przypadkach konieczność zmiany zawodu (por. tab. 52.). Zmuszone do tego zostały 32 osoby z paraplegią z grupy 114 osób (co stanowi 28,0%), które wyuczyły się zawodu przed wypadkiem, a które po wypadku stwierdziły, że nie są w stanie – ze względu na ograniczenia funkcjonalne – wykonywać go.

Tabela 52. Zmiany zawodu przez badane osoby

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| Tak                  | 7         | 17,9         | 4,8         | 25         | 23,5         | 17,2        | 32         | 22,0         |
| Nie                  | 23        | 58,9         | 15,8        | 58         | 54,7         | 40,0        | 81         | 55,8         |
| Inne                 | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| Brak danych          | 8         | 20,5         | 5,5         | 23         | 21,6         | 15,8        | 31         | 21,3         |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

W konsekwencji badani nauczyli się – w sumie – 14 nowych zawodów: krawiectwa i montażu RTV – po 5 osób, pracy nakładczej (wycinanie uszerek) – 4 osoby oraz dziewiarstwa – 3 osoby. Oprócz tego dwie osoby zostały np. fotografami, tyle samo tłumaczami języków obcych, a jedna osoba poetą (kobieta). Mężczyźni częściej zmieniali zawód (45,1%) niż kobiety (22,5%); w zdecydowanej większości były to osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym (48,0% z grupy mężczyzn, którzy zmienili zawód). Na 7 kobiet, które zmieniły zawód, 5 osób miało wykształcenie średnie ogólnokształcące. Spośród zaś 32 osób badanych, które przekwalifikowały się, 29 osób nie przekroczyło 30. roku życia. Były to więc w większości osoby młode. Starsi bowiem nie zmieniali zawodów, nie kontynuowali również nauki (por. tab. 53.). Stanowi to bowiem domenę osób młodych, do 25. roku życia. Osób tych było 12 (8,2%), w tym 4 kobiety (wszystkie z wykształceniem średnim)

i 8 mężczyzn (na wszystkich czterech poziomach wykształcenia). Z danych wynika, że oprócz 40 osób (27,5%), które nie udzieliły odpowiedzi z zakresu tego pytania, pozostałe 89 osób (61,3%) stwierdziło, iż nie kontynuuje nauki, a dalsze 4 osoby utrzymywały, że kontynuuje ją, lecz w innej formie, tzn. do kategorii tej zaliczono wszystkie odpowiedzi typu: „cały czas się uczę” lub „całe moje obecne życie to nauka”.

Tabela 53. Kontynuacja nauki przez badane osoby

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| Tak                  | 4         | 10,2         | 2,7         | 8          | 7,5          | 5,5         | 12         | 8,2          |
| Nie                  | 25        | 64,1         | 17,2        | 64         | 60,3         | 41,1        | 89         | 61,3         |
| Inne                 | 3         | 7,6          | 2,0         | 1          | 0,9          | 0,6         | 4          | 2,7          |
| Brak danych          | 7         | 17,9         | 4,8         | 33         | 31,3         | 22,7        | 40         | 27,5         |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

## Powrót do poprzedniej pracy

Na 118 osób (81,3%) z grupy 145 badanych paraplegików, które pracowały zawodowo przed wypadkiem, po jego doznaniu, a następnie w okresie hospitalizacji i rehabilitacji, ponownie do pracy wróciło 8 osób, co stanowi tylko 6,7% wszystkich osób wcześniej zatrudnionych (por. tab. 54).

Tabela 54. Powrót do poprzedniej pracy badanych osób

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| Tak                  | 4         | 10,2         | 2,7         | 4          | 3,7          | 2,7         | 8          | 5,5          |
| Nie                  | 23        | 58,9         | 15,8        | 72         | 67,9         | 49,6        | 95         | 65,5         |
| Inne                 | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| Brak danych          | 12        | 30,7         | 8,2         | 28         | 26,4         | 19,3        | 40         | 27,5         |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

Dziewięćdziesiąt pięć osób (80,5% z grupy 118 osób) nie powróciło do poprzedniej pracy ani do żadnej innej, a pozostałe 15 osób albo nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie, albo też stwierdziło (2 osoby) lakonicznie, iż „wracają”. Cztery osoby – z ośmiu tych, które powróciły do poprzedniej pracy – wykonuje swoje obowiązki zawodowe w domu (praca nakładcza) i trudno było im ocenić atmosferę towarzyszącą przy ponownym ich przyjmowaniu. Następne jednak dwie osoby z tej grupy orzekły, iż przyjęte były dobrze. Z pozostałych zaś dwóch osób jedna stwierdziła, że przyjęto ją znakomicie, aczkolwiek bez specjalnych przywilejów (z dopiskiem, że to nie spółdzielnia



inwalidów), druga natomiast osoba odniosła się do tego z mieszanymi uczuciami, gdyż zarówno forma, jak i sposób ponownego jej przyjmowania oraz zastane tam stosunki pracownicze wielce ją zasmuciły.

## Wykonywana praca

Oprócz 8 osób, które zostały ponownie zatrudnione w macierzystych zakładach, pracę zawodową podjęło jeszcze dalszych 26 osób, co w sumie daje 34 osoby pracujące (najczęściej w spółdzielniach inwalidów), czyli 23,4% badanej grupy paraplegików (24,5% mężczyzn i 20,5% kobiet).

Tabela 55. Zatrudnienie, oczekiwanie na zatrudnienie oraz zamiary podjęcia pracy badanych osób

| Kategorie odpowiedzi        | Kobiety |           |            | Mężczyźni |            |            | Razem |            |       |
|-----------------------------|---------|-----------|------------|-----------|------------|------------|-------|------------|-------|
|                             | N       | (39)<br>% | (145)<br>% | N         | (106)<br>% | (145)<br>% | N     | (145)<br>% |       |
| Praca                       | tak     | 8         | 20,5       | 5,5       | 26         | 24,5       | 17,9  | 34         | 23,4  |
|                             | nie     | 27        | 69,2       | 18,6      | 77         | 72,6       | 53,1  | 104        | 71,2  |
|                             | brak    | 4         | 10,2       | 2,7       | 3          | 2,8        | 2,0   | 7          | 4,8   |
| <b>Razem</b>                |         | 39        | 100,0      | 26,8      | 106        | 100,0      | 73,1  | 145        | 100,0 |
| Oczekiwanie na zatrudnienie | tak     | 10        | 25,6       | 6,8       | 30         | 28,6       | 20,6  | 40         | 27,5  |
|                             | nie     | 25        | 64,1       | 17,2      | 73         | 68,8       | 50,5  | 98         | 76,5  |
|                             | brak    | 4         | 10,2       | 2,7       | 3          | 2,8        | 2,0   | 7          | 4,8   |
| <b>Razem</b>                |         | 39        | 100,0      | 26,8      | 106        | 100,0      | 73,1  | 145        | 100,0 |
| Zamiar podjęcia pracy       | tak     | 4         | 10,2       | 2,7       | 19         | 17,9       | 13,1  | 23         | 15,8  |
|                             | nie     | 31        | 79,4       | 21,3      | 84         | 79,2       | 57,9  | 115        | 79,3  |
|                             | brak    | 4         | 10,2       | 2,7       | 3          | 2,8        | 2,0   | 7          | 4,8   |
| <b>Razem</b>                |         | 39        | 100,0      | 26,8      | 106        | 100,0      | 73,1  | 145        | 100,0 |

Zdecydowana większość, bo 27 osób, pracuje w systemie nakładczym w niepełnym wymiarze godzin. Jak trudno bowiem znaleźć pracę dla nich, niech świadczy fakt (por. tab. 55.), że 40 osób z badanej populacji (27,5%), w tym 30 mężczyzn (28,3% z grupy mężczyzn) i 10 kobiet (25,6% z grupy kobiet) oczekuje na zatrudnienie. Niektórzy nawet i kilka lat. Natomiast kolejne 23 osoby (15,8%), z których 19 osób to mężczyźni (17,9%), a 4 kobiety (10,2%), mają zamiar podjąć pracę. Na ile spełnione zostaną te zamiary i pragnienia, trudno przewidzieć.

## Świadczenia socjalno-rentowe

Sto czternaście badanych osób z paraplegią, o czym mówią dane (por. tab. 56.), czyli 78,6% pobiera świadczenia rentowe z ZUS, 9 osób (6,2%) z PZU, jedna osoba z jednego i drugiego zakładu oraz 5 osób (3,4%) z innych źródeł (renty specjalne, prywatne, rodzinne). Szesnaście zaś osób

(11,0%), w tym 7 kobiet (17,9%) i 9 mężczyzn (8,4%), nie pobiera żadnych świadczeń rentowych. Analiza natomiast powyższych danych z punktu widzenia źródła utrzymania badanych osób z paraplegią wskazuje (por. tab. 57.), że dla zdecydowanej większości osób, bo dla 99 (68,2%), renta jest jedynym źródłem dochodów. Dla następnych 30 osób (20,6%) takim źródłem jest praca (najczęściej na pół etatu) i dodatkowo renta. Jedynie dla 4 osób (2,7%) źródłem utrzymania jest tylko i wyłącznie praca zawodowa. Dwanaście osób (8,2%) pozostaje na wyłącznym utrzymaniu rodziny, z czego 4 osoby w przedziale wieku 20–25 lat, 6 osób – 25,5–30 lat oraz 2 osoby w przedziale 30,5–40 lat.

Tabela 56. Świadczenia rentowe badanych osób

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| Nie pobiera          | 7         | 17,9         | 4,8         | 9          | 8,4          | 6,2         | 16         | 11,0         |
| Pobiera z ZUS        | 32        | 82,0         | 22,0        | 82         | 77,3         | 56,5        | 114        | 78,6         |
| Pobiera z PZU        | —         | —            | —           | 9          | 8,4          | 6,2         | 9          | 6,2          |
| Pobiera z ZUS i PZU  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| Inne                 | —         | —            | —           | 5          | 4,7          | 3,4         | 5          | 3,4          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

Tabela 57. Źródło utrzymania badanych osób

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| Bez środków          | 5         | 12,8         | 3,4         | 7          | 6,6          | 4,8         | 12         | 8,2          |
| Renta                | 26        | 66,6         | 17,9        | 73         | 68,8         | 58,3        | 99         | 68,2         |
| Praca                | 2         | 5,1          | 1,3         | 2          | 1,8          | 1,3         | 4          | 2,7          |
| Praca i renta        | 6         | 15,3         | 4,1         | 24         | 22,6         | 16,5        | 30         | 20,6         |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

Z zaprezentowanych w tym rozdziale danych dotyczących sytuacji zawodowej badanej grupy osób z paraplegią wynika, że niemal cztery piąte osób wyuczyło się przed wypadkiem pięćdziesięciu (w sumie) różnych zawodów – od ślusarza, kierowcy i krawcowej po lekarza, geologa i automatyka. 28% osób z tej grupy zmieniło jednak zawód po doznaniu urazu, a następnie pomyślnym przebiegu leczenia i usprawniania. Tylko co 15 osoba wróciła do swojej poprzedniej pracy z grupy osób zatrudnionych przed wypadkiem, chociaż pracuje prawie co czwarta osoba (w większości jednak w systemie nakładczym i w niepełnym wymiarze godzin). Na zatrudnienie natomiast oczekuje ponad 27% badanych, a dalszych 15% ma zamiar podjąć pracę. Dla dwóch trzecich badanych osób jedynym źródłem utrzymania jest ren-

ta, a dla jednej czwartej praca i renta. Co 12 osoba z paraplegią jest na utrzymaniu rodziny.

## 5. Sytuacja społeczna

Sfera życia społecznego osób z paraplegią to najogólniej ujmując zespół tych wszystkich czynników, wchodzących w skład m.in. omawianych już wcześniej sytuacji (rodzinnej, socjalnej, towarzyskiej i zawodowej), które wspólnie z wieloma innymi, nie przedstawionymi tutaj, warunkują sposób funkcjonowania tychże osób w różnych sytuacjach życiowych. Zakres tego określenia nie wyczerpuje, oczywiście, wszystkich społecznych aspektów życia osób z urazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Niestęchanie trudnym zadaniem jest bowiem ustalenie i wyszczególnienie wszystkich wymiarów społecznej aktywności „człowieka rdzeniowego”. Konieczna zatem jest tutaj selekcja, która prowadzi w konsekwencji do skoncentrowania się tylko na pewnych aspektach, najczęściej oznajmianych i najbardziej – w powszechnej opinii paraplegików – ważkich w całości analizowanej problematyki osób z paraplegią. Takim wyselekcjonowanym aspektem analizowanej sytuacji jest zagadnienie społecznych reakcji na kalectwo, niesprawność i chorobę w kontekście wcześniej analizowanych wymiarów, stąd i jej określenie: „w szerokim rozumieniu”. Omawiany zakres tego zagadnienia rozpatrywany jest bowiem w subiektywny sposób przez osobę z poprzecznym paralizem i dotyczy najczęstszych – jej zdaniem – przejawów społecznego reagowania na widok osoby na wózku oraz określenia przez nią tych miejsc, gdzie najgorzej się czuje z powodu swego inwalidztwa.

Społeczne następstwa paraplegii były przedmiotem teoretycznych analiz we wcześniejszych rozdziałach niniejszej pracy. Ukazano w nich m.in. najczęściej sygnalizowane rodzaje ludzkich zachowań, tzw. społeczne reakcje lub mechanizmy obronne, na widok osoby niepełnosprawnej (jeżdżącej na wózku inwalidzkim), a wśród nich tak oczywiste, jak: litość – wynikająca ze zwykłej ludzkiej ciekawości czy obojętność – wynikająca z braku zrozumienia potrzeb i problemów osób niepełnosprawnych lub z niskiej kultury bycia, a także takich (co prawda rzadziej występujących) zachowań, jak niechęć czy wrogość, których mechanizmy występowania są niekiedy złożone. Ustalono zatem listę sześciu podstawowych reakcji społecznych na kalectwo – negatywnych i pozytywnych. Zostały one poddane ocenie 145 osób z paraplegią. Tak dokonana ocena jest jednak bardzo subiektywna, gdyż na przykład to, co dla jednej osoby będzie współczuciem, dla innej może być tylko litością. Należy tę względność oceny wziąć pod uwagę, przystępując do analizy niniejszego zagadnienia.

## Spoleczne reakcje na kalectwo

Spośród badanych paraplegików 77 osób (53,1%) stwierdziło, że najczęściej ludzie reagują na widok ich kalectwa w sposób życzliwy i ze zrozumieniem (por. tab. 58), 39 osób (26,8%) utrzymuje, że tylko w ten wyłącznie sposób ludzie reagują na ich widok. Pięćdziesiąt dwie osoby (35,8%) natomiast uważa, że ludzie przejawiają w stosunku do nich współczucie (16 osób tylko tak odbiera reakcję innych), zaś 26 osób (17,9%) uważa, że inni reagują obojętnością, w tym 11 osób (7,5%) widzi wyłącznie obojętność. Dwadzieścia trzy osoby (15,8%) twierdzi, że inni nie zwracają uwagi na ich kalectwo, w tym 5 osób (3,4%) odbiera to wyłącznie w ten sposób.

Tabela 58. Reakcje ludzi na inwalidztwo (w oczach badanych osób)

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 8         | 20,5         | 5,5         | 31         | 29,3         | 21,3        | 39         | 26,8         |
| 1/2                  | 2         | 5,1          | 1,3         | 9          | 8,4          | 6,2         | 11         | 7,5          |
| 1/2/3                | 2         | 5,1          | 1,3         | 3          | 2,8          | 1,3         | 5          | 3,4          |
| 1/2/3/4              | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4/5            | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/3/4/5/6          | 1         | 2,5          | 0,6         | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 2,0          |
| 1/2/3/6              | 1         | 2,5          | 0,6         | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 2,0          |
| 1/2/5                | 2         | 5,1          | 1,3         | 1          | 0,9          | 0,6         | 3          | 2,0          |
| 1/2/6                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/2/4/5              | 2         | 5,1          | 1,3         | —          | —            | —           | 2          | 1,3          |
| 1/3                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/3/4                | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 1/4                  | 2         | 5,1          | 1,3         | 4          | 3,7          | 2,7         | 6          | 4,1          |
| 2                    | 7         | 17,9         | 4,8         | 9          | 8,4          | 6,2         | 16         | 11,0         |
| 2/3                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 3          | 2,8          | 2,0         | 4          | 2,7          |
| 2/4                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 2/5                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| 3                    | 5         | 12,8         | 3,4         | 8          | 7,5          | 5,5         | 13         | 8,9          |
| 3/6                  | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 4                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 4          | 3,7          | 2,7         | 5          | 3,4          |
| 4/5                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| 5                    | 2         | 5,1          | 1,3         | 9          | 8,4          | 6,2         | 11         | 7,5          |
| 5/6                  | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 6                    | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| Inne                 | —         | —            | —           | 12         | 11,3         | 8,2         | 12         | 8,2          |
| Brak danych          | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – życzliwie i ze zrozumieniem; 2 – przejawiając współczucie; 3 – przejawiając litość; 4 – nie zwracając uwagi; 5 – obojętnie; 6 – niechętnie, wrogo;  
Inne: nie zwracam na to uwagi; nie wiem, nie pytałem; ciekawość (gapiństwo); zależy od ludzi – bardzo różnie

O ile dwa pierwsze rodzaje reakcji zaliczają się do sfery mechanizmów pozytywnych, a dwa następne to tzw. reakcje pośrednie, jakkolwiek o zabarwieniu negatywnym, o tyle dwa ostatnie: przejawianie litości oraz niechęć i wrogość są typowymi reakcjami negatywnymi. Trzydzieści sześć badanych osób (24,8%) stwierdziło, że ludzie przejawiają w stosunku do nich litość, z czego 13 osób (8,9%) dostrzega u ludzi tylko taki sposób zachowania, natomiast występowanie niechęci i wrogości potwierdziło 13 osób (8,9%), z których 2 osoby (1,3%) utrzymują, że ludzie wyłącznie tak reagują na ich widok. Z analizy danych wynika również, że 86 osób (59,3%) opowiedziało się za jednym tylko sposobem zachowania ludzkiego, jaki postrzegają u ludzi na swój widok. Pięćdziesiąt pięć osób (57,9%) stwierdziło tylko reakcje pozytywne, 16 osób (11,3%) pośrednie (obojętność) oraz 15 osób (10,3%) wyłącznie reakcje negatywne. Z pozostałych natomiast 59 badanych (40,6%) jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi, 12 osób (8,2%) podało inne obserwowane reakcje, zaś 46 osób (31,7%) orzekło występowanie więcej niż jednej reakcji, co dało w sumie – oprócz sześciu reakcji podstawowych – 18 kategorii społecznych reakcji. Najwięcej, bo 11 osób (7,8%), określiło przejawiane przez ludzi zachowanie się w stosunku do osób niepełnosprawnych jako życzliwe i pełne zrozumienia oraz współczucia, powiększając tym samym liczbę osób stwierdzających występowanie wyłącznie pozytywnych reakcji do 66, co stanowi 45,5% całej badanej grupy. A zatem, niemal połowa badanych paraplegików utrzymuje, iż ludzie najczęściej reagują na ich widok w sposób pozytywny, tzn. życzliwy i ze zrozumieniem, a niekiedy także ze współczuciem. Jednak w pozostałych już kategoriach badani opowiadali się za wieloma sposobami ludzkich reakcji – od życzliwości i litości po niechęć i wrogość, czy też współczucie i litość lub niezwracanie uwagi i obojętność. Dostrzegano nawet wszystkie wyszczególnione w ankiecie sposoby, co miało miejsce w przypadku 3 osób (2,0%). Odpowiedzi inne to: „ciekawość”, „zależy od ludzi” i „nie zwracam na to uwagi” – po trzy osoby, „bardzo różnie” – dwie osoby, oraz „nie wiem, nie pytałem” – jedna osoba. Nie stwierdzono większych różnic w tym zakresie pomiędzy badanymi kobietami i mężczyznami.

Fakt dostrzegania przez badane osoby z paraplegią ludzkich reakcji na swój widok i wyszczególnienie ich tutaj jest wielce znaczący, jakkolwiek sprowadza się tylko do rejestracji najczęstszych sposobów zachowania. Nie wiadomo zatem, które z oznajmianych reakcji są na przykład najbardziej przykre dla badanych paraplegików, a które najmilej przez nich widziane. Nie zawsze przecież współczucie czy też życzliwość musi być pozytywnie odbierane przez osobę, która doświadcza tego sposobu zachowania, co stwierdzono w przypadku jednej osoby spośród 18 badanych osób (12,4%). Siedemnaście osób było zdania, że najbardziej przykrym sposobem zachowania ludzi w stosunku do paraplegików jest współczucie, zaś dla jednej osoby najbardziej przykre było przejawianie życzliwości i odnoszenie się ze zrozu-

mieniem. Świadczy to o tym, że niekiedy nawet pozytywne reakcje mogą być negatywnie odbierane. Do najbardziej przykrych sposobów zachowania badani zaliczyli jednak nie te wyżej przedstawione, ale (por. tab. 59.): przejawianie litości – w 63 przypadkach, z których 48 osób (33,1%) podało tylko ten jeden sposób, oraz niechęć i wrogość – w 26 przypadkach, z czego wyłącznie taki sposób wymieniło 18 osób (12,4%); 12 osób (8,2%) – spośród których 7 osób (4,8%) wyłącznie – utrzymywało, że najbardziej przykrą dla nich reakcją ludzką jest obojętność, 3 osoby (2,0%) – niezwracanie uwagi. Dwie osoby za najbardziej przykre uznały (dodatkowo) ciekawość i wścibstwo, a bezmyślność, nachalność i nadmierną troskliwość – po jednej osobie. Wszystkie możliwe odpowiedzi zostały skategoryzowane w 19 grupach, w tym „inne” – 6 osób i „żaden” – 3 osoby. Dwadzieścia dziewięć osób (20,0%) nie udzieliło odpowiedzi.

Tabela 59. Najbardziej przykre – według badanych osób – sposoby zachowania ludzi w stosunku do osób niepełnosprawnych

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 2                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 5          | 4,7          | 3,4         | 6          | 4,1          |
| 2/3                  | 2         | 5,1          | 1,3         | 7          | 6,6          | 4,8         | 9          | 6,2          |
| 2/5                  | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 2/6                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3                    | 13        | 33,3         | 8,9         | 35         | 33,0         | 24,1        | 48         | 33,1         |
| 3/5                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3/6                  | 2         | 5,1          | 1,3         | 2          | 1,8          | 1,3         | 4          | 2,7          |
| 3/7                  | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 4                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 2,0          |
| 5                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 6          | 5,6          | 4,1         | 7          | 4,8          |
| 5/6                  | —         | —            | —           | 3          | 2,8          | 2,0         | 3          | 2,0          |
| 6                    | 4         | 10,2         | 2,7         | 14         | 13,2         | 9,6         | 18         | 12,4         |
| 7                    | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 8                    | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 9                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| 10                   | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| Żaden                | 1         | 2,5          | 0,6         | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 2,0          |
| Inne                 | 1         | 2,5          | 0,6         | 5          | 4,7          | 3,4         | 6          | 4,1          |
| Brak danych          | 8         | 20,5         | 5,5         | 21         | 19,8         | 14,4        | 29         | 20,0         |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – życzliwość i ze zrozumieniem; 2 – przegrywając współczucie; 3 – przegrywając litość; 4 – nie zwracając uwagi; 5 – obojętnie; 6 – niechętnie, wrogo; 7 – ciekawość, wścibstwo; 8 – bezmyślność; 9 – nachalność; 10 – nadmierna troskliwość

Do najmiej widzianych sposobów zachowania ludzi w stosunku do osób niepełnosprawnych badani zaliczyli (por. tab. 60.): przejawianie życzliwości i zrozumienia, co ma miejsce w 48 (33,1%) przypadkach, przy czym 42 osoby

(28,9%) łącznie taki sposób uważa za najwłaściwszy, niezwracanie uwagi – w 39 przypadkach (26,8%), w tym – wyłącznie – 34 osoby (23,4%) oraz obojętność – w 11 przypadkach (7,5%), z czego tylko na ten sposób wskazuje 10 osób (6,8%).

Tabela 60. Najmilej widziane przez badane osoby sposoby zachowania ludzi w stosunku do osób niepełnosprawnych

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 11        | 28,2         | 7,5         | 31         | 29,4         | 21,3        | 42         | 28,9         |
| 1/4                  | 2         | 5,1          | 1,3         | 3          | 2,8          | 2,0         | 5          | 3,4          |
| 1/5                  | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 2                    | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3                    | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 4                    | 11        | 28,2         | 7,5         | 23         | 21,6         | 15,8        | 34         | 23,4         |
| 5                    | 3         | 7,6          | 2,0         | 7          | 6,6          | 4,8         | 10         | 6,8          |
| 6                    | 1         | 2,5          | 0,66        | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 2,0          |
| Żaden                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| Inne                 | 2         | 5,1          | 1,3         | 12         | 11,3         | 8,2         | 14         | 9,6          |
| Brak danych          | 7         | 17,9         | 4,8         | 26         | 24,5         | 17,9        | 33         | 22,7         |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – życzliwie i ze zrozumieniem; 2 – przejawiając współczucie; 3 – przejawiając litość; 4 – nie zwracając uwagi; 5 – obojętnie; 6 – niechętnie, wrogo

Zastanawia tutaj fakt, że tylko jedna osoba traktuje współczucie jako najwłaściwszy sposób zachowania ludzi w stosunku do niej, co w konfrontacji z 17 osobami, które uważają ten sposób zachowania za najbardziej przykry, pozwala sądzić, iż niektórzy badani utożsamiają współczucie z reakcją negatywną. Stąd twierdzenie zawarte na początku analizy tego rozdziału, że badane osoby z paraplegią najczęściej dostrzegają w ludzkich zachowaniach pozytywne reakcje, należy zweryfikować i poprzestać tylko przy reakcji życzliwości i zrozumienia jako postaw pozytywnych, które są najczęściej dostrzeganym przez badaną grupę paraplegików sposobem reagowania na kalectwo. Zamiast współczucia badani wolą zatem, aby nie zwracano na nich uwagi i traktowano niekiedy w sposób obojętny. Trzy osoby stwierdziły, że najbardziej odpowiada im niechęć i wrogość ludzi, natomiast jedna osoba opowiedziała się za litością. Dla 14 zaś (9,6%) najmilej widzianymi reakcjami są: okazywanie szacunku, pocieszenie, „życzliwy uśmiech”, grzeczność oraz „żaden”; 33 osoby nie udzieliły odpowiedzi na ten temat, a jedna osoba podała, iż żaden z przedstawionych sposobów nie jest przez nią akceptowany.

### Osoba z paraplegią w miejscach publicznych

Przebywanie osób niepełnosprawnych w określonych miejscach społecznego bytowania niesie za sobą szereg różnych doświadczeń, co w konse-

kwencji sprawia, że osoby te starają się nie przebywać tam, gdzie nie czują się najlepiej. Często bowiem „wydarzeniem” zwracającym uwagę otoczenia staje się pojawienie w miejscu publicznym osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim, co wprawia ją w zakłopotanie.

Tabela 61. Miejsca, w których badane osoby najgorzej się czują z powodu swego inwalidztwa

| Kategorie odpowiedzi         | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|------------------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                              | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1/3                          | 1         | 2,5          | 0,6         | 3          | 2,8          | 2,0         | 4          | 2,7          |
| 2                            | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 2/3/4/5/6/7/8/9/10/<br>11/12 | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 2/3/4/5/6/7/8/9              | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 2/3/8/10/4                   | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 2/9/11/12                    | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3                            | 12        | 30,7         | 8,2         | 25         | 23,5         | 17,2        | 37         | 25,5         |
| 3/4                          | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 3/4/5/6/7/8/9/10             | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3/4/5/6/8/10                 | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3/4/8/9/10/11                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3/4/10                       | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 3/5                          | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 3/5/6/7/8/9/10/11            | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3/5/6/8                      | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3/7/8/12                     | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3/8                          | 1         | 2,5          | 0,6         | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 2,0          |
| 3/8/9/10/11/12               | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| 3/8/10                       | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3/8/11                       | —         | —            | —           | 2          | 1,8          | 1,3         | 2          | 1,3          |
| 3/10                         | 2         | 5,1          | 1,3         | 3          | 2,8          | 2,0         | 5          | 3,4          |
| 3/10/11/12                   | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3/10/11                      | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 3/11                         | —         | —            | —           | 3          | 2,8          | 2,0         | 3          | 2,0          |
| 3/11/12                      | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 3/12                         | 3         | 7,6          | 2,0         | 4          | 3,7          | 2,7         | 7          | 4,8          |
| 4                            | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| 4/5/10/11/12                 | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 4/8/10                       | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 4/11                         | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| 5/8/11                       | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 6/8                          | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| 7                            | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 8                            | 3         | 7,6          | 2,0         | 6          | 5,6          | 4,1         | 9          | 6,2          |
| 8/11                         | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 9/10/12                      | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 11                           | —         | —            | —           | 3          | 2,8          | 2,0         | 3          | 2,0          |
| 12                           | 2         | 5,1          | 1,3         | 11         | 10,3         | 7,5         | 13         | 8,9          |
| Inne                         | 2         | 5,1          | 1,3         | 20         | 18,8         | 13,7        | 22         | 15,1         |
| Brak danych                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 7          | 6,6          | 4,8         | 8          | 5,5          |
| <b>Razem</b>                 | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – dom; 2 – szkoła; 3 – ulica; 4 – pojazdy; 5 – teatr; 6 – sala koncertowa; 7 – stadion sportowy; 8 – kąpielisko;  
9 – kino; 10 – kawiarnia; 11 – kościół; 12 – spotkanie towarzyskie



Do takich miejsc należy ulica, gdzie każdorazowy przejazd inwalidy na wózku powoduje wzrost zaciekawienia przechodniów. Potwierdzeniem tego są m. in. dane dotyczące określenia przez badanych tych miejsc publicznych, gdzie czują się najgorzej z powodu swego inwalidztwa. Spośród 12 miejsc publicznych spotkań, jakie zostały przedstawione badanym do wyboru (por. tab. 61.), a mianowicie: ulica, dom, szkoła, środki komunikacji, teatr, sala koncertowa, stadion sportowy, kąpielisko, kino, kawiarnia, kościół oraz miejsca (bliżej nieokreślonego) różnych spotkań towarzyskich, najwięcej osób badanych, bo 78 (53,7%), w tym 52 mężczyzn (49,6%) i 26 kobiet (66,6%) wybrało ulicę. Następnymi miejscami co do liczebności wyboru były: kąpieliska i miejsca spotkań towarzyskich – po 28 osób (19,3%), kościoły – 21 osób (14,4%) i kawiarnie – 19 osób (13,1%). Pozostałe miejsca były rzadziej wymieniane przez badanych. Dwanaście osób na przykład nie lubiło przebywać w środkach komunikacji, a 4 osoby w domu. Wszystkie odpowiedzi z zakresu tego pytania zostały posegregowane w 40 kategoriach odpowiedzi, w tym odpowiedzi „inne” (np. urzędy, szpitale, sklepy) – 22 osoby (15,1%) oraz brak danych – 8 osób (5,5%). A zatem, 115 badanych osób z paraplegią opowiedziało się za 38 wariantami miejsc, co do których mają najczęściej zastrzeżeń z powodu spotykających ich tam przykrości. Najczęściej, bo w 24 kategoriach, badani umieszczali ulicę jako to miejsce, gdzie najgorzej się czują; w 18 kategoriach było to kąpielisko, w 15 kawiarnia, a w 14 kategoriach kościół. Żadna osoba nie wybrała wszystkich miejsc przedstawionych jej do oceny, a tylko jedna orzekła, że oprócz domu wszędzie czuje się źle. Interesujące w tym materiale jest również to, że tylko 6 osób stwierdziło, iż najgorzej czuje się na stadionie sportowym, a przecież tam właśnie są największe skupiska ludzkie.

### Sposoby reagowania w sytuacjach trudnych

Wszelkie przykrości, doświadczane przez osoby niepełnosprawne ze strony środowiska społecznego, sprawiają, że osoby te odreagowują je w bardzo różny sposób. Często bywa, iż przyjmują te sytuacje z obojętnością lub też nic nie mówią, chociaż bardzo to przeżywają, albo starają się być opryskliwi i niegrzeczni, bądź też próbują łagodzić wynikłą okoliczność. W badanej grupie paraplegików (por. tab. 62.) najwięcej osób, bo 64 (44,1%), twierdzi, iż najczęściej odnosi się z obojętnością do zauważanego przez siebie negatywnego stosunku ludzi do ich kalectwa. Pięćdziesiąt dziewięć natomiast osób (40,6%) nic nie mówi, ale bardzo to przeżywa, 21 osób (14,4%) stara się łagodzić wynikłe sytuacje, 20 (13,7%) jest opryskliwych i niegrzecznych, a 3 osoby utrzymują, iż nie zauważyły, aby ich kalectwo zwracało czyjąś uwagę.

Tabela 62. Sposoby reagowania badanych osób na zauważany przez nie stosunek ludzi do ich niepełnosprawności

| Kategorie odpowiedzi | Kobiety   |              |             | Mężczyźni  |              |             | Razem      |              |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
|                      | N         | (39)<br>%    | (145)<br>%  | N          | (106)<br>%   | (145)<br>%  | N          | (145)<br>%   |
| 1                    | 10        | 25,6         | 6,8         | 34         | 32,3         | 23,4        | 44         | 30,3         |
| 1/2                  | —         | —            | —           | 3          | 2,8          | 2,0         | 3          | 2,0          |
| 1/2/4                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,66         |
| 1/2/5                | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 1/3                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 5          | 4,7          | 3,4         | 6          | 4,1          |
| 1/3/4                | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| 1/4                  | 2         | 5,1          | 1,3         | 4          | 3,7          | 2,7         | 6          | 4,1          |
| 1/5                  | —         | —            | —           | 1          | 0,9          | 0,6         | 1          | 0,6          |
| 2                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 12         | 11,3         | 8,2         | 13         | 8,9          |
| 2/4                  | 1         | 2,5          | 0,6         | 1          | 0,9          | 0,6         | 2          | 1,3          |
| 3                    | 5         | 12,8         | 3,4         | 5          | 4,7          | 3,4         | 10         | 6,8          |
| 3/4                  | —         | —            | —           | 3          | 2,8          | 2,0         | 3          | 2,0          |
| 4                    | 15        | 38,4         | 10,3        | 30         | 28,3         | 20,6        | 45         | 31,0         |
| 5                    | 1         | 2,5          | 0,6         | 2          | 1,8          | 1,3         | 3          | 2,0          |
| Inne                 | 1         | 2,5          | 0,6         | 3          | 2,8          | 2,0         | 4          | 2,7          |
| Brak danych          | 1         | 2,5          | 0,6         | —          | —            | —           | 1          | 0,6          |
| <b>Razem</b>         | <b>39</b> | <b>100,0</b> | <b>26,8</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>73,1</b> | <b>145</b> | <b>100,0</b> |

1 – przyjmuję to z obojętnością; 2 – gdy ich zachowanie (sposób bycia) sprawia mi przykrość, jestem opryskliw(a) i niegrzeczni(a); 3 – staran się łagodzić sytuację; 4 – nic nie mówię, ale bardzo to przeżywam; 5 – nie zauważył(a)em, by moje kalectwo zwracalo czyjąś uwagę

Te dane liczbowe ujęte są sumarycznie. Wszystkich bowiem stwierdzonych kategorii odpowiedzi jest 16, w tym „brak danych” i „inne”, z których najliczniej reprezentowane są dwie kategorie jednoelementowe (z pięciu tego typu): „nic nie mówię, ale bardzo to przeżywam” – 45 osób (37,0%) i „przyjmuję to z obojętnością” – 44 osoby (30,3%). Spośród 9 kategorii dwu- lub trzelementowych najwięcej osób, bo po 6 (4,1%), utrzymuje, iż najczęstszą ich reakcją na zauważany przez nie stosunek ludzi do niesprawności jest obojętność i łagodzenie wynikłych sytuacji oraz obojętność i przeżywanie w sobie. Mężczyźni częściej (34 osoby – 32,0%) niż kobiety (10 osób – 25,6%) odnoszą się z obojętnością do wszystkich przejawów ludzkich zachowań, kobiety natomiast (15 osób – 38,4%) bardziej niż mężczyźni (30 osób – 28,3%) przeżywają te sytuacje i tłumią je w sobie.

Podsumowując omawianą w tym rozdziale sytuację społeczną 145 badanych osób z paraplegią w zakresie odbioru przez nie społecznych przejawów zachowań na widok ich kalectwa oraz sposobów ich odreagowywania, stwierdzić należy, że ponad połowa badanych uważa, iż ludzie najczęściej reagują na ich widok życzliwie i ze zrozumieniem. Ten sposób zachowania jest najmilej widziany przez jedną trzecią badanych osób. Najbardziej przykrym zaś sposobem zachowania ludzkiego, bo dla 43% badanych, jest przejawianie

litości. Zdecydowana większość osób badanych utożsamia współczucie z reakcją negatywną i w taki też sposób się do niej odnosi, uważając ją za najbardziej przykry sposób zachowania. Ponad połowa badanych paraplegików uważa, że najgorzej się czuje z powodu swego kalectwa na ulicy, zaś niemal co piąta osoba na kąpielisku i na spotkaniach towarzyskich (w bliżej nieokreślonych miejscach). Prawie 45% i nieco ponad 40% badanych osób z paraplegią utrzymuje, że najczęstszymi reakcjami na zauważany przez nie stosunek ludzi do ich inwalidztwa są odpowiednio: obojętność oraz niewyrażanie swoich opinii na ten temat i mocne wewnętrzne przeżywanie tych sytuacji.



## Rozdział VI

### UWARUNKOWANIA PSYCHOSPOŁECZNEGO PRZYSTOSOWANIA BADANYCH OSÓB Z USZKODZENIEM RDZENIA KRĘGOWEGO

Spośród wielu różnych czynników demograficzno-społecznych, uwzględnianych w procesie przystosowania się osób niepełnosprawnych, autorstwa takich m.in. badaczy, jak: A. Hulek (1969), R. Trieschmann (1980), E. Gorczycka (1981), Z. Kaźmierak (1984) oraz H. Heflich–Piątkowska i J. Walicka (1975), M. Majewska–Szczygielska (1994), do najczęściej podawanych należą: płeć, wiek, stan cywilny, pochodzenie społeczne, miejsce zamieszkania, wykształcenie, czas trwania inwalidztwa, źródło utrzymania oraz stopień funkcjonowania lokomocyjno-czynnościowego. Nie wszystkie oczywiście wymieniane tu czynniki występują u każdego z przytaczanych autorów pod takimi właśnie nazwami czy też określeniami. Żaden z nich nie podaje na przykład w swoim wykazie określenia, jakim jest „stopień funkcjonowania lokomocyjno-czynnościowego”. Używają oni raczej określeń typu: stopień i zakres inwalidztwa lub stopień sprawności fizycznej. Wyjaśnić zatem należy, że wprowadzona tutaj nazwa stopnia funkcyjności lokomocyjno-czynnościowej wynika przede wszystkim z zastosowanej procedury badawczej, opartej na materiale empirycznym, zebrany przy pomocy Kwestionariusza Sprawności Lokomocyjno-Czynnościowej. Zawiera on charakterystyczne elementy fizycznego funkcjonowania osób z paraplegią. Pozostałe czynniki są już bardziej jednoznaczne i jednakowe dla wszystkich, jakkolwiek zaznaczyć tutaj warto, iż występujące rozbieżności pomiędzy poszczególnymi badaczami w podejściu do tej problematyki – odnośnie rodzaju oraz liczby wybranych przez nich czynników – są zazwyczaj bardzo duże, czyli kontrowersyjne. Uwarunkowane jest to zapewne teoretycznymi orientacjami autorów, doświadczeniami z ich własnej praktyki oraz szeregiem innych jeszcze przyczyn, których analiza wykracza poza ramy podjętego problemu badań.

W rozdziale III niniejszej pracy omówiona została rola i znaczenie niektórych czynników demograficzno-społecznych w procesie przystosowania osób po urazach rdzenia kręgowego. W konkluzji stwierdzono, iż w dostępnej literaturze z tego zakresu nie zauważono zbyt wielu danych odnoszących się do analizowanej problematyki, wskazującej m.in. na rodzaj i zakres potencjalnych związków przyczynowych między zmiennymi demograficzno-społecznymi a zmiennymi psychospołecznego przystosowania, postulując zarazem przeprowadzenie odpowiednich badań w tym kierunku.

Ustosunkowując się zatem do powyższego postulatu, sformułowano następujący problem badawczy: Jakie są główne uwarunkowania psychospołecznego przystosowania osób z paraplegią mierzonego Testem Przymiotników (ACL) H. Gougha i A. Heilbruna oraz Inwentarzem Psychologicznym (CPI) H. Gougha?

Za podstawowe aspekty psychospołecznego przystosowania przyjęto tutaj poziom samoakceptacji badanych osób z paraplegią oraz poziom funkcjonowania społecznego tych osób w warunkach i sytuacjach społecznych. Natomiast czynnikami, które ewentualnie mogłyby wpłynąć i decydować o stopniu, zakresie i jakości tego przystosowania, są wyszczególnione – na początku tego rozdziału – takie zmienne, jak: płeć, wiek, stan cywilny, pochodzenie społeczne, miejsce zamieszkania, wykształcenie, czas trwania inwalidztwa, źródło utrzymania oraz stopień sprawności lokomocyjno-czynnościowej, określone mianem niezależnych. Chcąc przeto rozstrzygnąć zarysowany problem, postawiono dwa pytania szczegółowe:

– Jaki jest poziom samoakceptacji u osób z paraplegią w zależności od następujących zmiennych niezależnych: płeć, wiek, pochodzenie społeczne, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, czas trwania inwalidztwa, źródło utrzymania, stopień funkcjonowania lokomocyjno-czynnościowego?

– Jaki jest poziom przystosowania społecznego u osób z paraplegią w zależności od następujących zmiennych niezależnych: płeć, wiek, pochodzenie społeczne, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, czas trwania inwalidztwa, źródło utrzymania, stopień funkcjonowania lokomocyjno-czynnościowego?

Odpowiedź zarówno na pierwsze, jak i na drugie pytanie oparta została na przeprowadzonej analizie porównawczej poszczególnych aspektów przystosowania. W pierwszym przypadku dotyczy: wskaźników ogólnego poziomu samoakceptacji „D”, średnich wskaźników samoakceptacji „d” dla poszczególnych 24 skal ACL oraz profili realnego i idealnego obrazu własnej osoby; w drugim zaś: profili ogólnego poziomu przystosowania społecznego w kontekście poszczególnych skal CPI oraz czterech kategorii tegoż przystosowania, w ramach wybranych zmiennych demograficzno-społecznych: dwudzielnych (płeć), trójdziałnych (pochodzenie społeczne, stan cywil-

ny i stopień funkcjonowania lokomocyjno-czynnościowego) i czterodzielnych (wiek, miejsce zamieszkania, czas trwania inwalidztwa oraz źródło utrzymania). W przypadku porównań z udziałem podziałów trój- i czterodzielnych stosowano metodę analizy wariancyjnej, natomiast dwudzielnych test  $t^{\circ}$  lub  $C^{\circ}$ , w zależności od otrzymanego wskaźnika jednorodności wariancji ( $F^{\circ}$ ).

A oto uzyskane poziomy psychicznego i społecznego przystosowania badanych osób z paraplegią w ramach poszczególnych zmiennych niezależnych:

## 1. Płeć

Zmienna płci nie była zbyt często eksponowana w badaniach empirycznych, dotyczących określonych aspektów psychicznego i społecznego funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, o czym szerzej traktuje rozdział III niniejszej pracy. Obecna analiza nad poziomem samoakceptacji oraz przystosowania społecznego badanych kobiet i mężczyzn z paraplegią jest pierwszą tego typu próbą dokonaną w warunkach polskich. Przeprowadzone tutaj wnioskowanie nad rolą i znaczeniem tego czynnika w procesie przystosowania oparte zostało na porównaniu danych liczbowych uzyskanych z Testu Przymiotników (ACL) i Inwentarza Psychologicznego (CPI), przy pomocy testów statystycznych  $t^{\circ}$  lub  $C^{\circ}$ , pomiędzy 39-osobową grupą kobiet a 106-osobową grupą mężczyzn z paraplegią. Liczba badanych kobiet jest stosunkowo mała, stanowi tylko 26,8% badanej populacji, ale i tak wyższa od ogólnie przyjmowanego na świecie wskaźnika, kształtującego się na poziomie 18–20% kobiet doznających uszkodzeń rdzenia kręgowego.

## Przystosowanie osobiste

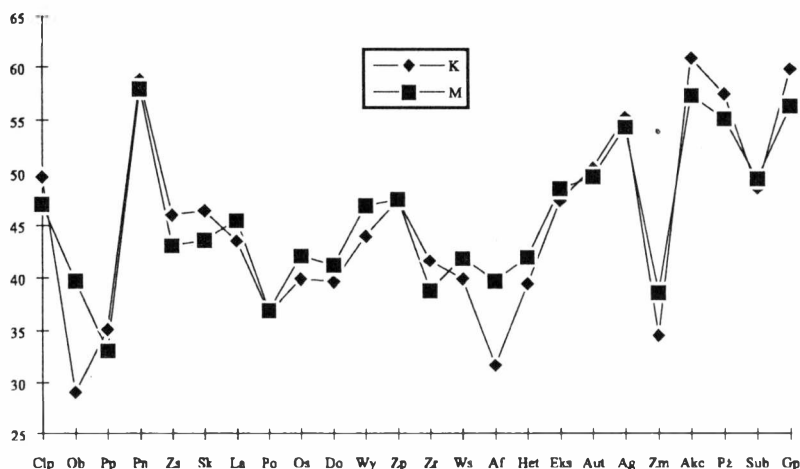
Średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe ogólnego wskaźnika samoakceptacji („D”) dla badanych grup kobiet i mężczyzn oraz wartość testu różnicy  $C^{\circ}$  między porównywanymi grupami przedstawia tab. 63., natomiast wartości testów  $t^{\circ}$  lub  $C^{\circ}$  dla średnich wskaźników samoakceptacji („d”) porównywanych grup paraplegików płci żeńskiej i męskiej, obliczonych dla każdej skali testu ACL metodą różnicy między średnimi realnego a idealnego obrazu własnej osoby (profile obu obrazów w grupach płci przedstawiają wykresy 1. i 2.) – z podaną również wartością testu różnic ( $t^{\circ}$  – dla par zależnych) między nimi ze względu na znaczną objętość, zamieszczone są w pracy pt. *Poziom psychospołeczny przystosowania osób z paraplegią w świetle celów rewalidacji* (archiwum UMCS).

Tabela 63. Porównanie ogólnego wskaźnika samoakceptacji („D”) grup płci badanych z paraplegią

| Kobiety<br>N = 39 |       | Mężczyźni<br>N = 106 |       | Razem |       |
|-------------------|-------|----------------------|-------|-------|-------|
| M                 | SD    | M                    | SD    | t°    | p     |
| 59,82             | 26,59 | 56,48                | 34,59 | 0,616 | >0,50 |

Na podstawie dokonanej oceny poziomu samoakceptacji u osób z paraplegią w zależności od zmiennej niezależnej płci, stwierdzić należy, że badana grupa 39 kobiet z paraplegią nie różni się od grupy 106 mężczyzn pod względem przejawianego poziomu samoakceptacji. Oto bowiem uzyskana

Wykres 1. ACL – porównanie średnich profilów „realnego obrazu własnej osoby” grupy kobiet i mężczyzn z paraplegią

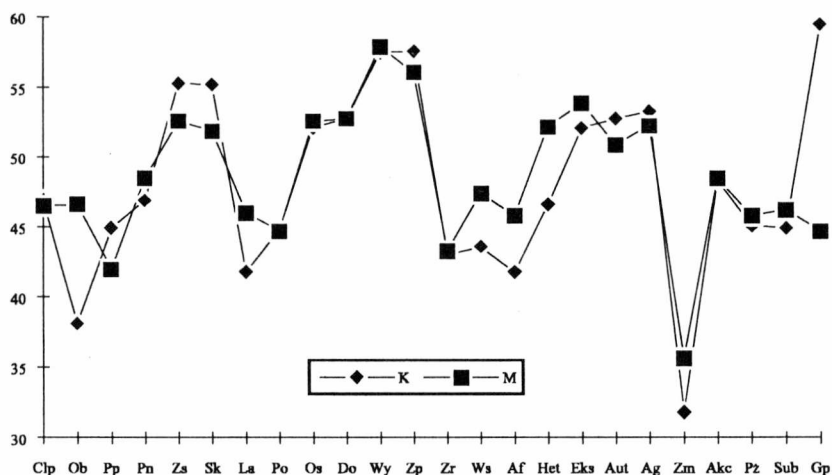


wartość testu  $C^{\circ}$  (0,616) dla porównania ogólnego wskaźnika „D” dla grupy kobiet ( $M=59,8$ ;  $SD=26,5$ ) z ogólnym wskaźnikiem „D” dla grupy mężczyzn ( $M=56,4$ ;  $SD=34,5$ ) okazała się wybitnie losowa (nieistotna statystycznie), na poziomie  $p>0,50$ . Natomiast spośród 24 średnich wskaźników samoakceptacji „d”, obliczonych dla każdej ze skal testu ACL, różnica statystycznie istotna między rozbieżnościami realnego a idealnego obrazu własnej osoby (w porównywanych grupach) wystąpiła tylko w dwóch skalach. W pierwszej – Potrzeba akceptacji przez innych (Akc) – w grupie kobiet średni wskaźnik rozbieżności pomiędzy wysokim średnim wynikiem realnego obrazu siebie a obniżonym idealnego obrazu własnej osoby jest istotnie wyższy – na poziomie  $p<0,05$  – od porównywanego średniego wskaźnika rozbieżności, uzyskanego w grupie mężczyzn; oraz w drugiej skali – Gotowość do poddania



się poradnictwu (Gp) – w relacji odwrotnej, tzn. przy wysoce istotnie ( $p < 0,001$ ) wyższym wskaźniku rozbieżności między podwyższonym średnim wynikiem realnego obrazu własnej osoby a obniżonym średnim wynikiem obrazu idealnego dla grupy mężczyzn, w porównaniu do grupy kobiet z paraplegią. W tej ostatniej skali rozbieżność między średnimi wynikami realnego a idealnego obrazu siebie – oba na poziomie wyników podwyższonych – w grupie kobiet była bardzo nieznaczna, tak zresztą jak i otrzymana wartość testu  $t^o$ , na poziomie  $p > 0,80$ , czyli wybitnie losowa.

Wykres 2. ACL – porównanie średnich profiliw „idealnego obrazu własnej osoby” grupy kobiet i mężczyzn z paraplegią



Brak statystycznie istotnych różnic w grupie kobiet z paraplegią, między analizowanymi skalami obu profiliw obrazu siebie, występuje jeszcze w dalszych trzech skalach (In, La i Ag), co przy pozostałych dwóch skalach (Af i Ag) o różnicach zbliżonych do istotności ( $p \sim 0,06$ ), dwóch skalach z różnicami istotnymi na poziomie  $p < 0,05$ , dwóch skalach z  $p < 0,01$  i 14 skalach z  $p < 0,001$  (w porównaniu do analogicznych danych z grupy badanych mężczyzn z paraplegią, gdzie w 18 skalach występujące różnice między realnym a idealnym obrazem własnej osoby były istotne statystycznie na poziomie  $p < 0,001$ , w dwóch na poziomie  $p < 0,01$  i w jednym na poziomie  $p < 0,05$ , a tylko w trzech skalach – Clp, La i Af – okazały się nieistotne statystycznie), wskazuje na ich mniejszy stopień zróżnicowania. Niemal identyczność występowania tych samych skal w porównywanych grupach różnicujących, czy też nie różnicujących profile realnego i idealnego obrazu siebie, oraz duża zgodność w kierunkach różnic, świadczą jednak o tym, że zarówno badane

kobiety z paraplegią, jak i badani mężczyźni o tym samym schorzeniu, w jednakowym stopniu sygnalizują potrzebę zmian postrzeganych u siebie cech.

W związku z tym rodzi się pytanie, czy obraz własnej osoby badanych kobiet i mężczyzn z paraplegią, analizowany tutaj w aspekcie realnego i idealnego ujęcia, jest zbliżony dla obu badanych grup, tzn. czy obie badane grupy prezentują zbliżone profile osobowościowe realnego i idealnego obrazu siebie. Z uzyskanych danych liczbowych wynika, że zarówno badane profile realnego, jak i idealnego obrazu własnej osoby 39-osobowej grupy kobiet i 106-osobowej grupy mężczyzn nie różnią się w jakiś szczególny sposób między sobą. Cechą charakterystyczną tych profili jest niemal jednolite ukierunkowanie, tzn. przejawiająca się w obu przypadkach tendencja do osiągnięcia przez badane grupy określonego wymiaru osobowościowego, reprezentowanego przez poszczególne skale, oczywiście przy zróżnicowaniu stopnia natężenia danego wymiaru. Do nielicznych należą przypadki skrajnej rozbieżności między poszczególnymi wynikami w skali Ob idealnego profilu obrazu siebie, gdzie kobiety uzyskały średni wynik przeliczony, mieszczący się w przedziale wyników niskich, natomiast mężczyźni w przedziale wyników przeciętnych. Zdecydowana większość wyników należy bowiem do przedziałów wskazujących na ich albo obniżanie się (oba wyniki niskie lub jeden niski, drugi natomiast znacznie obniżony), albo przeciętność (od znacznie obniżonych poprzez średnie do podwyższonych i znacznie podwyższonych) lub też na ich wysokie usytuowanie (jeden wynik wysoki, drugi zaś znacznie podwyższony). Zauważa się również, że większość wyników idealnego profilu obrazu siebie oscyluje w przedziale wyników przeciętnych. Krzywa tego obrazu przebiega zatem łagodnie. Wyniki niskie uzyskały kobiety w dwóch skalach (Ob i Zm), mężczyźni zaś w jednej (Zm), natomiast wskaźniki znacznie obniżone otrzymały – analogicznie do wcześniejszych – kobiety w dwóch skalach (La i Af) i mężczyźni w jednej (Pp). Wyników wysokich nie stwierdzono w analizowanym profilu, natomiast wyniki podwyższone zauważono w jednej skali (Gp) – także w grupie kobiet. Zarówno najniższy wynik – 31,8 T w skali Zm, jak i najwyższy – 59,5 T w skali Gp – o rozpiętości między nimi 27,7 T, otrzymały oczywiście kobiety. Inaczej prezentuje się krzywa profilu realnego obrazu własnej osoby. Jest bardziej ostra i oscyluje wokół wyników niskich, znacznie obniżonych oraz powyżej przeciętnych, jakkolwiek i tutaj większość skrajnych wyników w poszczególnych skalach była udziałem grupy kobiet z paraplegią. Wyniki niskie bowiem w tym profilu kobiety uzyskały w ośmiu skalach (Ob, Pp, Po, Os, Do, Ws, Af, Het i Zm), przy sześciu skalach w grupie mężczyzn (Ob, Pp, Po, Zr, Af i Zm), wyniki znacznie obniżone zaś były udziałem kobiet w skali Zr oraz mężczyzn w skalach: Os, Do, Ws i Het, natomiast podwyższone wskaźniki otrzymały badane kobiety w dwóch skalach (Pn i Gp), przy jednej skali (Pn) dla mężczyzn, oraz jeden wynik wysoki w skali Akc uzyskany przez grupę ko-

biet z paraplegią. Tutaj również najniższy wynik – 29,1 T w skali Ob, jak i najwyższy – 60,9 T w skali Akc – o rozpiętości 31,8 T, otrzymały badane kobiety z paraplegią.

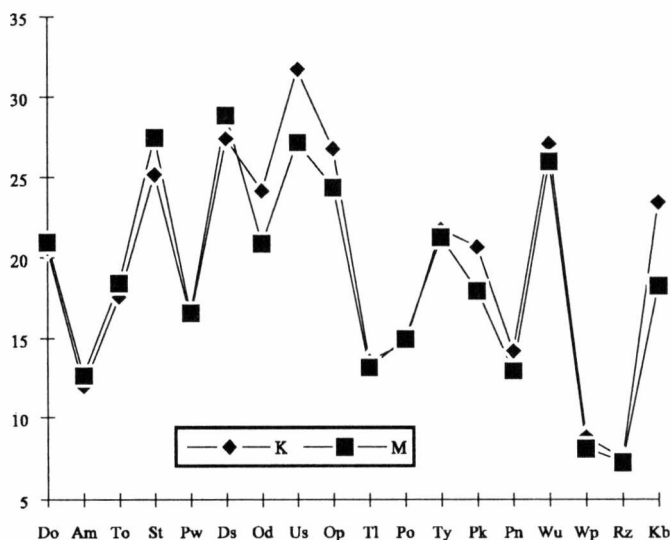
Wobec takiego usytuowania się średnich wartości poszczególnych skal realnego i idealnego obrazu własnej osoby, ich zróżnicowania w analizowanych grupach 39 kobiet i 106 mężczyzn z paraplegią, stwierdzić należy, że badane kobiety są bardziej emocjonalne, niespokojne, wewnątrznie napięte, lękliwe, łatwiej podniecają się, bardziej pesymistycznie są nastawione do życia, częściej widzą siebie jako jednostki słabe, skłonne do rozwodzenia się nad swoimi problemami i umieszczania się w centrum uwagi. Zbyt mało przywiązują również wagi do uczuć i pragnień innych, częściej szukają oparcia i oczekują go. Kobiety przejawiają też większą tendencję do ciągłego zajmowania się swoimi problemami i są nastawione bardziej pesymistycznie co do konstruktywnego ich rozwiązania. Odbierane mogą być także jako jednostki aktywne i rywalizujące, co może być powodem m. in. większych skłonności do popełniania przez nie błędów. Sądzić należy, iż jest to związane z mniejszymi trudnościami kobiet w stosunku do mężczyzn w mobilizowaniu się i podejmowaniu działań. Jednocześnie kobiety rzadziej niż mężczyźni są postrzegane jako osoby przykre, autokratyczne, niezadowolone, niewdzięczne, „niedopasowane” do innych ludzi i ulegające nudzie lub zniecierpliwieniu w sytuacjach, gdy szybkie działanie jest niemożliwe. W takim samym stopniu co mężczyźni wydają się one innym buntownicze, impulsywne i popędliwe oraz skłonne do zahamowań, chytrności i niezadowolenia ze swego obecnego stanu. Jedni i drudzy czują się pozbawieni wielu rzeczy, a w związku z tym niedowartościowani, dlatego łatwo się zniechęcają. Natomiast w przypadku idealnego obrazu własnej osoby cała badana grupa stara się być osobami bardziej opanowanymi, spokojnymi, zachowującymi rezerwę w stosunku do innych. Ludzie ci pragną być zręczni, oryginalni w myśleniu i zachowaniu, wytrwali, niezależni, silni, autonomiczni, inteligentni, czujni, energiczni, spontaniczni, skoncentrowani raczej na celu niż na rywalizacji, bezpośredni, niezawodni i odpowiedzialni, chcą sprawiać dobre wrażenie. Jednocześnie są (pragną być) idealistyczni, skłonni do rozrzutności, wykazują brak umiejętności w korzystaniu z talentów. Niekiedy bywają egocentryczni, szukają stabilizacji i ciągłości. Kobiety wykazują więcej cech wskazujących na ich niespokojność i lękliwość, krytyczny stosunek do siebie i innych, niezdolność do cieszenia się życiem. Są bardziej skłonne do narzekania na swoją sytuację i warunki życia oraz zaniepokojone o siebie. Wykazują ambiwalencję co do swej pozycji, przy jednocześnie większym w stosunku do mężczyzn zainteresowaniu własną osobą. Przywiązują też większą wagę do własnego znaczenia w dążeniu do osiągania celów w życiu społecznym. Kobiety przejawiają większą potrzebę porządku i regularności oraz tendencję do roztrząsania wspomnień typu „jak to było” i tłumienia swojej

żywności. Mężczyźni częściej wykazują znaczne zainteresowanie towarzystwem osób płci przeciwnej i znajdowaniem emocjonalnego zadowolenia z obcowania z nimi.

### Przystosowanie społeczne

Na ile powyższe charakterystyki realnego i idealnego obrazu własnej osoby w kontekście uzyskanych poziomów samoakceptacji – ogólnego i w ramach poszczególnych skal – okażą się psychologicznie zgodne z analogicznymi z zakresu osobowościowych wymiarów społecznego funkcjonowania i przystosowania (mierzonych przy pomocy Inwentarza Psychologicznego), stwierdzić będzie można po przeprowadzeniu stosownej analizy otrzymanych danych w tym względzie. Średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe dla obu grup oraz wartości testów różnic,  $t^{\circ}$  lub  $C^{\circ}$ , między nimi przedstawione są w tabeli (zawartej w pracy *Poziom psychospołeczny przystosowania osób z paraplegią w świetle celów rewalidacji* – archiwum UMCS), natomiast profile osobowości wykreślone na podstawie uzyskanych wyników – przeliczone na skalę stenową – ukazuje wykres 3.

Wykres 3. CPI – porównanie profilów osobowości grupy kobiet i mężczyzn z paraplegią



Porównując przebieg profilów osobowości omawianej tutaj grupy, należy stwierdzić, że zarówno ogólny poziom przystosowania społecznego, jak też sposoby adaptacji i funkcjonowania różnią się między sobą. Różnice na

poziomie ufności  $p < 0,001$  i  $p < 0,01$ , czyli wysoce istotne statystycznie, obserwuje się w czterech skalach: Odpowiedzialność (Od), Uspołecznienie (Us), Powodzenie przez konformizm (Pk) i Kobiecość (Kb), wszystkie na korzyść badanych kobiet, zaś różnicę tylko istotną statystycznie ( $p < 0,05$ ) w jednej skali: Ogłada towarzyska (St), z tym że na korzyść badanych mężczyzn. W pozostałych 13 skalach, o różnicach nieistotnych statystycznie, kierunki uzyskanych wartości testów świadczą: w 7 przypadkach (Op, Tl, Ty, Wu, Pn, Wp i Rz) na korzyść kobiet, co w sumie daje im 11 skal o wyższych średnich, natomiast w 6 przypadkach (Do, Am, To, Pw, Os i Po), czyli w sumie 7 skal – na korzyść mężczyzn.

Wszystkie przeliczone wyniki 18 skal CPI, jakie osiągnęła grupa badanych kobiet, mieszczą się w przedziale 4,8–6,8 stena, ze średnią na poziomie 5,7 stena. Przedział dla grupy 106 mężczyzn jest o wiele szerszy, bo waha się między 4,6 a 7,1 stena, ze średnią na poziomie 5,3 stena. O ile jednak w grupie kobiet tylko w dwóch skalach uzyskane wyniki są na poziomie niższym niż 5 stenów, przy 10 skalach powyżej 5,5 stena, to w grupie mężczyzn takich skal stwierdzono sześć, przy 8 skalach o średnich powyżej 5,5 stena. A zatem, krzywa profilu badanych kobiet z paraplegią przebiega powyżej krzywej dla badanych mężczyzn, co wskazuje na ich nieco lepsze ogólne przystosowanie społeczne.

Analizując natomiast uzyskane dane z Inwentarza Psychologicznego z zakresu czterech kategorii mierzących dynamikę przystosowania:

– Kategoria I – (Do – dominacja, Am – ambicja, To – towarzyskość, Ot – ogłada towarzyska, Pw – poczucie własnej wartości, Ds – dobre samopoczucie);

– Kategoria II – (Od – odpowiedzialność, Us – uspołecznienie, Op – opamiętanie, Tl – tolerancja, Po – pragnienie podobania się, Ty – typowość);

– Kategoria III – (Pk – powodzenie przez konformizm, Pn – powodzenie przez niezależność, Wu – wydajność umysłu);

– Kategoria IV – (Wp – wnikliwość psychologiczna, Rz – rzutkość, Kb – kobiecość),

u badanych kobiet zauważa się wyższe niż u mężczyzn średnie wyniki w trzech dziedzinach funkcjonowania społecznego. Są to kategorie: II (miary uspołecznienia, dojrzałości emocjonalnej i odpowiedzialności) ze średnią 5,9 stena, III (miary powodzenia życiowego i wydajności intelektualnej) – 5,5 stena i IV (miary typu preferencji poznawczej) o przeciętnej 6,3 stena, co przy analogicznych średnich w grupie mężczyzn: II – 5,2 stena, III – 4,8 stena i IV – 5,5 stena wskazuje na ich lepsze przystosowanie. Jedynie w kategorii I (miary zrównoważenia, wpływu na innych i pewności siebie) badani mężczyźni uzyskali przeciętny wynik (ze wszystkich skal z tej dziedziny) wyższy, bo na poziomie 5,7 stena, od porównywanego dla kobiet – 5,2 stena.

Ten układ uzyskanych wyników w poszczególnych dziedzinach w grupie mężczyzn, szczególnie w odniesieniu do relacji: podwyższonego wyniku w kategorii I, a obniżonego w kategorii III, świadczy o tym, że badani mężczyźni posiadają szereg możliwości (technik) dobrego społecznego działania, przy małej jednak wydajności umysłowej oraz słabej motywacji do jakichkolwiek osiągnięć, zwłaszcza intelektualnych. Otrzymany przez grupę mężczyzn najwyższy wynik w I dziedzinie, gdzie z wyjątkiem niskiego wskaźnika „dominacji” (4,9 stena) pozostałych pięć wskaźników (o średniej 5,8 stena) odpowiada w przybliżeniu średniemu wynikowi standardowemu (6,1 stena), obliczonemu przez J. Kirenkę (1991b) na podstawie badań 73-osobowej grupy porównawczej, co pozwala stwierdzić (w grupie kobiet – 5,7 stena), że mamy tu do czynienia z formami przystosowania polegającymi na pewnej umiejętności oceny własnych walorów i wykorzystaniu ich w określonych sytuacjach. Przystosowanie to polega także na zainteresowaniu życiem społecznym w stopniu wystarczającym do podejmowania aktywności interpersonalnej, przy dużej jednak nieudolności w kontaktach, ostrożności, wewnętrznego napięcia i drażliwości oraz zachowań wskazujących na rozwodzenie się nad swymi problemami i litowanie się nad sobą. Niski wskaźnik skali „dominacji” świadczy tutaj o trudnościach badanych osób (dotyczy to również grupy kobiet uzyskujących w tej skali najniższy średni wynik – 4,8 stena – ze wszystkich skal) w realizacji potrzeby inicjowania działań prospołecznych. Wynik ten znajduje potwierdzenie w skali Uspołecznienie (Us), również niski sten (4,3 – najniższy wynik ze wszystkich skal), co pozwala sądzić, że badani mężczyźni z paraplegią przejawiają niski poziom dyspozycji „ku ludziom”, małą zdolność empatii i niewielkie właściwości określane mianem „inteligencji społecznej”. Skala Us wchodzi w zakres II kategorii przystosowania, w której to dziedzinie tylko wskaźniki: „pragnienie podobania się” (Po), „tolerancji” (Tl) i „opanowania” (Op) są zbliżone do poziomu średniego wyniku standardowego (wyznaczonego przez wyniki uzyskane w grupie kobiet – 5,7 stena). Może to świadczyć o przejawianiu przez mężczyzn pewnych tendencji do zachowań agresywnych wobec innych ludzi, wskazujących na ich chłód czy egocentryczność, a także o bezkonfliktowości i taktowności oraz – na co wskazują niskie wskaźniki „odpowiedzialności” (Od) i „typowości” (Ty) – skłonności do zachowań nieodpowiedzialnych, beztroskich i czasem lekkomyślnych.

Uwzględniając zaś relacje zachodzące między skalami: Do a Od, Do a Po, Pk a Pn oraz Pn a Wu (gdzie w grupie kobiet każdy z tych czterech układów jest reprezentowany przez niskie wyniki w skali Do, wysokie w skalach Od, Po i Pk oraz średni wynik w skali Pn i obniżony w skali Wu, natomiast w grupie mężczyzn: niskie wyniki w skalach Do, Od, Pk, Pn i Wu, a tylko wysokie w skali Po) należy sądzić – zgodnie z sugerowaną przez H. Gougha procedurą interpretacyjną – że zarówno mężczyźni, jak i kobiety przejawiają

konformistyczny typ przystosowania, charakteryzujący się poszukiwaniem takich związków interpersonalnych, które nie wymagają inicjatywy ani odpowiedzialności, a zapewniają poczucie powodzenia. Osoby takie starają przedstawić się zawsze w lepszym świetle. Kobiety cechuje większy stopień łagodności, bezkonfliktowości, skromności, uprzejmości wobec innych, stałości w poglądach i opiniach, oryginalności i wyobraźni, wykazują też w miarę dobrą integrację osobowości. Mężczyźni natomiast przejawiają więcej cech wskazujących na zachowania nieodpowiedzialne, niestałe i niespokojne. Są to ludzie o zmiennych nastrojach i decyzjach, mało twórczy i oryginalni, o niskiej integracji osobowości. Jednym słowem, mężczyźni są gorzej przystosowani.

W wyniku przeprowadzonych powyżej analiz i interpretacji otrzymanych wskaźników stwierdzić należy, że badana grupa 39 kobiet z paraplegią nie różni się od badanej grupy 106 mężczyzn pod względem poziomu samoakceptacji zarówno w zakresie ogólnego wskaźnika „D”, jak i w ramach poszczególnych wskaźników „d” 24 skal ACL. Różnice liczbowe występujące między badanymi grupami osób w profilach realnego i idealnego obrazu siebie, sugerujące w jednakowym jednak stopniu potrzebę zmiany siebie, mają charakter przede wszystkim jakościowy, wykazując odmienności przejawianych cech osobowości. Znajduje to odzwierciedlenie w danych uzyskanych z zakresu przystosowania społecznego badanych kobiet i mężczyzn z paraplegią. Wykreślone dla tych grup osób profile osobowości, czyli tzw. zespoły względnie trwałych tendencji do zachowania się i reagowania w sytuacjach społecznych (Polakowski, 1979), wykazują zróżnicowanie zarówno w ogólnym poziomie przystosowania społecznego, jak i w technikach społecznego działania, za pomocą których badani ów poziom osiągają. Grupa badanych kobiet w porównaniu do mężczyzn wykazuje wyższy ogólny poziom przystosowania społecznego, jakkolwiek jedni i drudzy skłaniają się ku konformistycznemu typowi społecznej adaptacji.

## 2. Wiek badanych

W podsumowaniu dyskusji nad rolą i znaczeniem wieku badanych osób z paraplegią w procesie przystosowania się (zob. rozdz. III) stwierdzono, że zmienna wieku jest istotnym czynnikiem warunkującym przystosowanie, jego poziom i jakość. Kontrowersje występują jedynie w ocenie kierunków obserwowanych zjawisk. Prowadzone zatem badania mają ustalić, czy wiek badanych decyduje o poziomie psychospołecznego przystosowania, rozpatrywanego w dwóch aspektach: samoakceptacji i funkcjonowania społecznego, oraz – już bardziej szczegółowo – jakiego rodzaju są te ewentualne zależności. Wiek badanych ujęty został w czterech grupach:

- 20,0–25,0 lat – W-1 (36 osób);
- 25,5–30,0 lat – W-2 (53 osoby);
- 30,5–35,0 lat – W-3 (34 osoby);
- 35,5–40,0 lat – W-4 (22 osoby).

Interpretacja otrzymanych wyników dokonana została na podstawie przeprowadzonej analizy wariancyjnej.

### Przystosowanie osobiste

Średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe ogólnego wskaźnika samoakceptacji („D”) dla czterech grup wiekowych badanych osób z paraplegią oraz wartość statystyki  $F^\circ$  czterech, jednocześnie porównywanych śred-

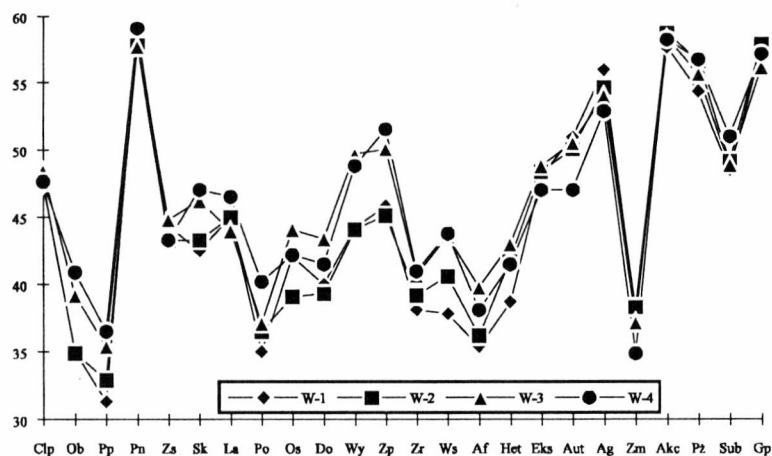
Tabela 64. Porównanie ogólnych wskaźników samoakceptacji („D”) badanych osób w wyszczególnionych grupach zmiennych niezależnych

| Zmienna niezależna      | Grupa | N      | „D”   |       | Zróżnicowanie wyników |                 |                  |                       |      |
|-------------------------|-------|--------|-------|-------|-----------------------|-----------------|------------------|-----------------------|------|
|                         |       |        | M     | SD    | $F^\circ$             | Porównanie grup | Różnica średnich | Przedział ufności LSd | p    |
| Wiek                    | W-1   | 36     | 58,38 | 37,48 | 0,348 n.i.            |                 |                  |                       |      |
|                         | W-2   | 53     | 60,05 | 34,03 |                       |                 |                  |                       |      |
|                         | W-3   | 34     | 55,52 | 23,13 |                       |                 |                  |                       |      |
|                         | W-4   | 22     | 52,13 | 35,53 |                       |                 |                  |                       |      |
| Pochodzenie społeczne   | P-1   | 82     | 59,98 | 33,54 | 0,599 n.i.            |                 |                  |                       |      |
|                         | P-2   | 40     | 53,67 | 35,27 |                       |                 |                  |                       |      |
|                         | P-3   | 23     | 54,52 | 24,99 |                       |                 |                  |                       |      |
| Stan cywilny            | C-1   | 85     | 60,81 | 32,10 | 1,129 n.i.            |                 |                  |                       |      |
|                         | C-2   | 53     | 52,58 | 34,13 |                       |                 |                  |                       |      |
|                         | C-3   | 7      | 52,00 | 29,22 |                       |                 |                  |                       |      |
| Miejsce zamieszkania    | M-1   | 49     | 61,18 | 32,27 | 0,900 n.i.            |                 |                  |                       |      |
|                         | M-2   | 41     | 52,90 | 28,99 |                       |                 |                  |                       |      |
|                         | M-3   | 7      | 70,42 | 33,04 |                       |                 |                  |                       |      |
|                         | M-4   | 48     | 55,41 | 36,21 |                       |                 |                  |                       |      |
| Wyszkolenie             | K-1   | 25     | 44,44 | 28,43 | 2,739 <sup>1</sup>    | 4-1             | 4,011            | 27,166                | n.i. |
|                         | K-2   | 51     | 58,76 | 34,60 |                       | 4-2             | 18,336           | 26,983                | n.i. |
|                         | K-3   | 62     | 63,37 | 32,12 |                       | 4-3             | 22,942           | 27,600                | n.i. |
|                         | K-4   | 7      | 40,42 | 25,74 |                       | 1-2             | 14,325           | 15,510                | n.i. |
|                         |       |        |       |       |                       | 1-3             | 18,931           | 15,860                | 0,05 |
| 2-3                     | 4,606 | 12,010 | n.i.  |       |                       |                 |                  |                       |      |
| Czas trwania paraplegii | T-1   | 59     | 58,96 | 33,38 | 0,156 n.i.            |                 |                  |                       |      |
|                         | T-2   | 34     | 58,08 | 32,94 |                       |                 |                  |                       |      |
|                         | T-3   | 37     | 54,32 | 32,92 |                       |                 |                  |                       |      |
|                         | T-4   | 15     | 57,06 | 32,40 |                       |                 |                  |                       |      |
| Źródło utrzymania       | Z-1   | 12     | 60,33 | 18,45 | 2,266 n               | 4-3             | 11,450           | 33,977                | n.i. |
|                         | Z-2   | 99     | 61,22 | 35,24 |                       | 4-1             | 16,533           | 22,975                | n.i. |
|                         |       |        |       |       |                       | 4-2             | 17,422           | 14,495                | 0,05 |
|                         | Z-3   | 4      | 55,25 | 31,92 |                       | 3-1             | 5,083            | 36,854                | n.i. |
|                         |       |        |       |       |                       | 3-2             | 5,972            | 34,305                | n.i. |
| Z-4                     | 30    | 43,80  | 25,66 | 1-2   | 0,899                 | 19,512          | n.i.             |                       |      |
| Stopień sprawności      | S-1   | 83     | 56,01 | 32,07 | 0,190 n.i.            |                 |                  |                       |      |
|                         | S-2   | 26     | 60,26 | 34,74 |                       |                 |                  |                       |      |
|                         | S-3   | 36     | 58,44 | 33,71 |                       |                 |                  |                       |      |

<sup>1</sup>  $F_{0,05}(3;141) = 2,67$ ;  $F_{0,05}(2;142) = 3,06$ ; n – niemal istotne

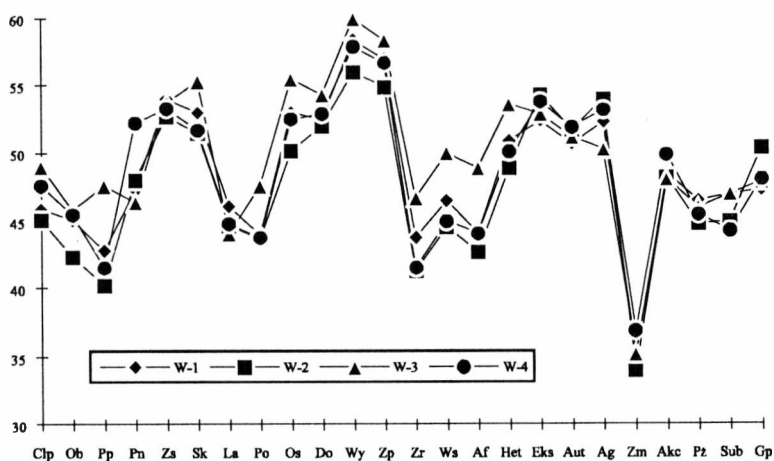


Wykres 4. ACL – średnie profile „realnego obrazu własnej osoby” grup wiekowych badanych osób z paraplegią



nich, przedstawia tab. 64., natomiast w tabeli – *Poziom psychospołecznego przystosowania osób z paraplegią w świetle celów rewalidacji*, archiwum UMCS – prezentowane są wartości statystyk  $F^0$  wraz z przeprowadzonymi w wybranych przykładach porównaniami – w zależności od uzyskanego poziomu istotności – międzygrupowymi, dla średnich wskaźników samoakceptacji („d”) analizowanych grup wiekowych badanych paraplegików.

Wykres 5. ACL – średnie profile „idealnego obrazu własnej osoby” grup wiekowych badanych osób z paraplegią



Obliczono je dla każdej z 24 skal testu ACL metodą różnicy różnic między średnimi realnego a idealnego obrazu własnej osoby, z podaną również wartością testu różnic ( $t^\circ$  – dla par zależnych) między nimi. Krzywe profilów osobowości realnego i idealnego obrazu siebie porównywanych grup przedstawiają wykresy 4. i 5.

Z przeprowadzonej oceny ogólnego poziomu samoakceptacji badanych osób z paraplegią, w zależności od arbitralnie ustalonej zmiennej wieku tychże osób, wynika, że nie różnią się one między sobą pod względem poziomu samoakceptacji. Uzyskana bowiem wartość testu  $F^\circ$  (0,348) dla czterech jednocześnie porównywanych średnich ogólnego wskaźnika samoakceptacji „D” okazała się mniejsza od wartości krytycznej dla tego testu na najniższym jego poziomie ( $F_{0,05} - 2,67$ ), czyli jest nieistotna statystycznie. Średnie arytmetyczne otrzymanych wskaźników „D” z porównywanych grup mieszczą się w przedziale jednego stena (6 sten), między najniższym wynikiem z grupy W-4 na poziomie 52,1 a najwyższym z grupy W-2 na poziomie 60,0. Wskazuje to na przeciętne akceptowanie – ogólnie biorąc – własnej osoby i sytuacji życiowej, jakkolwiek zaobserwować można również, że osoby młodsze (W-1 i W-2) w stosunku do starszych (W-3 i W-4) przejawiają większe skłonności ku obniżonej samoakceptacji (wyniki z tych grup znajdują się w górnym obszarze 6 stena). Z analizy natomiast średnich wskaźników samoakceptacji „d”, obliczonych dla każdej z 24 skal Testu Przymiotników, oddzielnie dla każdej z wyodrębnionych grup badanych osób, wynika, że uzyskane wartości statystyki  $F^\circ$  – dla czterech jednocześnie porównywanych wymiarów różnic między średnimi realnego a idealnego obrazu własnej osoby (czyli pomiędzy wskaźnikami „d”) w pięciu skalach – skłaniają się do przeprowadzenia porównań międzygrupowych (uzyskane wartości testu  $F^\circ$  były zbliżone do poziomu istotności statystycznej). Są to skale: Przystosowanie osobowościowe (Po), Potrzeba współczuwania (Ws), Potrzeba autonomii (Aut), Potrzeba zmienności (Zm) i Submisja (Sub). Jak zaobserwowano, w każdej z tych skal w różnicowaniu – na poziomie  $p < 0,05$  – porównywanych wskaźników „d” brał udział wskaźnik poziomu samoakceptacji, obliczony dla grupy W-4, który różnicował analogiczne wskaźniki w takich grupach i skalach: W-1 – w skalach Ws, Aut i Sub, W-2 – w skali Zm oraz W-3 – w skalach Po i Zm. A zatem stwierdza się, że osoby wchodzące w skład grupy W-4 różnią się w poziomach samoakceptacji wyżej przedstawianych skal od pozostałych grup badanych osób. Potwierdza to niejako fakt, że właśnie w grupie W-4 obserwuje się najmniejszy poziom rozbieżności pomiędzy realnym a idealnym obrazem własnej osoby. Nie stwierdzono bowiem ani jednej wartości testu  $t^\circ$  na poziomie ufności  $p < 0,001$  między porównywanymi profilami 24 skal ACL. W 6 skalach (Clp, La, Zr, Ws, Ag i Zm) różnice okazały się nieistotne statystycznie, w 9 istotne na poziomach  $p < 0,05$  i  $p < 0,02$  oraz w pozostałych 9 skalach wysoce istotne statystycznie, wszystkie na poziomie

$p < 0,01$ , co w odniesieniu do porównywanych profili grup W-1 i W-2 potwierdza wcześniejszą opinię o nieco mniejszym stopniu rozbieżności podawanych profili obrazu siebie wśród osób z grupy W-4, czyli w wieku powyżej 35. roku życia (do 40. r. ż.), a tym samym o ich nieco wyższym poziomie samoakceptacji. Jest to jednak tylko przypuszczenie, nie poparte większą liczbą danych statystycznych, albowiem dane te sugerują przede wszystkim, że badane grupy osób z paraplegią, wyodrębnione na podstawie przedziałów wiekowych, w takim samym stopniu oznajmiają potrzebę zmian postrzeganych u siebie cech i właściwości. Potwierdzają to w dużym zakresie wcześniejsze analizy nad ogólnym wskaźnikiem samoakceptacji „D” w zależności od zmiennej wieku, co świadczy o braku związków zależnościowych między omawianymi zmiennymi.

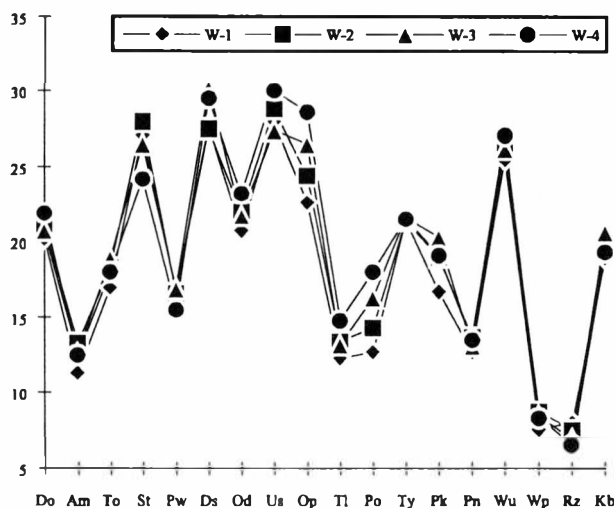
O ile jednak analiza ilościowa prezentowanego materiału empirycznego nie wykazała determinującego wpływu wieku badanych osób z paraplegią na ich poziom przystosowania psychicznego, to w wyniku przeprowadzonej analizy jakościowej wykreślonych profili realnego i idealnego obrazu własnej osoby zauważa się pewne nieznaczne prawidłowości oraz tendencje świadczące o tym, że kształt osobowościowy modelu funkcjonowania psychicznego osób z paraplegią jest zależny od ich wieku. Zaznaczyć tutaj jednakże należy, że cechą charakterystyczną obu badanych profili jest duża zgodność ich ukierunkowania. Krzywe profili realnego i idealnego obrazu siebie badanych grup wiekowych w większości przypadków biegną równolegle, ukazując tym samym tendencję ku osiągnięciu danej cechy, przy różnym oczywiście stopniu natężenia tej cechy. Jest to szczególnie charakterystyczne dla zauważalnej tendencji podziału badanych grup na dwie części: osób młodszych – wchodzących w skład grupy W-1 i W-2 – oraz starszych – z grup W-3 i W-4. Inną prawidłowość to znaczne obniżenie na skali tenowej (przy całkowitym jednak *status quo* wyżej spostrzeżonych tendencji – równoległości) profilu realnego obrazu siebie w stosunku do profilu idealnego obrazu siebie. Wyniki niskie bowiem w tym profilu, poniżej 40 T, zaobserwowano aż w 10 skalach (Ob, Pp, Po, Os, Do, Zr, Ws, Af, Het i Zm), przy jednym tylko w profilu idealnego obrazu siebie w skali Zm. Zauważa się tutaj także, że spośród tych 10 skal realnego obrazu o wynikach niskich, w 7 przypadkach najniższe średnie (poniżej 40 T) były udziałem osób z grupy W-1, natomiast w dwóch przypadkach osób z grupy W-2. Obie te grupy zmieniały się na pozycjach przedostatnich (przy średnich również poniżej 40 T). Prawidłowości te zostały również przeniesione na grunt profilu idealnego obrazu siebie, gdzie także najniższe wyniki, ale już na poziomie wyników znacznie obniżonych i przeciętnych, uzyskały osoby z grupy W-1 i W-2, np. grupa W-2 miała najniższe średnie w 16 skalach. A zatem, próbując scharakteryzować badane osoby z paraplegią w przedziale wiekowym od 20 do 30 lat (W-1 i W-2) i powyżej 30. roku życia – do 40. (W-3 i W-4), stwierdzić należy, że

młodsze osoby są – w ujęciu realnego obrazu własnej osoby – nieco bardziej niespokojne, skryte i lękliwe oraz niespokojne i częściej tracą wiarę w siebie. Częściej też narzekają na swoją sytuację życiową, uważają się nad sobą, że różnią się od innych ludzi. To sprawia, że nierzadko stronią i unikają sytuacji wymagających wyboru, a gdy już do nich dojdzie, wówczas stają się bardzo niecierpliwi i łatwiej ulegają emocjom, widząc, że szybkie działanie jest w danej chwili niemożliwe. Nie lubią również zwracać na siebie publicznej uwagi, koncentrując się raczej wokół własnych problemów i nie przejawiając przy tym większych zainteresowań sytuacją innych. Niejednokrotnie rozmyślają także o tym „jak to było”, zwłaszcza osoby najmłodsze z grupy W-1. Badana grupa osób młodszych stara się bardziej kontrolować (w ujęciu idealnego obrazu własnej osoby) i panować nad sobą. Ludzie ci zachowują rezerwę w stosunku do innych, są mniej ufni i optymistyczni, mają skłonności do rozdzenia się nad swoimi problemami. Przejawiają też większą rozrzutność i mniejszą wytrwałość oraz skłonność do obniżonej spontaniczności. Są mniej konwencjonalni, ich zachowanie świadczy o chęci bycia większymi indywidualistami, osobnikami o silnej woli, ale również o mniejszych zainteresowaniach otaczającym życiem.

### Przystosowanie społeczne

Przechodząc do analizy uzyskanych przy pomocy Inwentarza Psychologicznego (CPI) danych, w zakresie jego 18 skal – średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe oraz wartości statystyki  $F^\circ$  dla czterech jednocześnie porównywanych średnich wraz z przeprowadzonymi w wybranych przykładach porównaniami międzygrupowymi przedstawiono w tabeli (*Poziom psychospołeczne przystosowania osób z paraplegią w świetle celów rewalidacji* – archiwum UMCS), zaś profile osobowości wyszczególnionych grup, wykreślone na podstawie skali stenowej, są ukazane na wyk. 6. – zauważyć należy, że otrzymane wartości testu  $F^\circ$  tylko w trzech skalach: Opanowanie (Op), Pragnienie podobania się (Po) i Powodzenie przez konformizm (Pk) okazały się istotne statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  i  $p < 0,01$ , oraz w dwóch skalach (St i Ds) zbliżone do istotności. W konsekwencji umożliwiło to dokonanie w tych skalach stosownych porównań międzygrupowych, w efekcie czego stwierdzono, iż osoby z grupy W-4 istotnie różnią się od osób z grupy W-1 w skalach: Op ( $p < 0,05$ ), Pk ( $p < 0,05$ ) i Po ( $p < 0,01$ ) oraz osób z grupy W-2 w skalach: St ( $p < 0,05$ ) i Op ( $p < 0,05$ ), natomiast osoby z grupy W-1 od osób z grupy W-2 w skali Pk ( $p < 0,05$ ) i osób z grupy W-3 w skali Po ( $p < 0,01$ ). Różnice zbliżone do istotności statystycznej zauważono w relacjach między grupą W-3 a grupą W-2 w skalach Ds i Po oraz grupą W-1 w skalach Op i Pk, a także między grupą W-4 a grupą W-1 w skali St.

Wykres 6. CPI – profile osobowości badanych grup wiekowych osób z paraplegią



Prawie wszystkie różnice były na korzyść osób z grup o nominalnie wyższych przedziałach wiekowych. Potwierdza to przeprowadzona jakościowa analiza porównawcza średnich wyników wszystkich skal CPI między wyodrębnionymi grupami, gdzie średnie wyniki uzyskane przez osoby z grupy W-1 okazały się niższe od grupy W-2 w 16 skalach i od grupy W-3 i W-4 w 15 skalach, natomiast średnie z grupy W-2 wyższe od grupy W-3 w 10 skalach i od grupy W-4 w 8 skalach. Wyniki z grupy W-3 były przeciętnie wyższe od wyników z grupy W-4 w 10 skalach CPI. W uzupełnieniu tych danych dodać należy, że najwyższy przeciętny wynik ze wszystkich skal – na poziomie 5,6 stena – uzyskały osoby z grupy W-4, najniższy zaś – bo 5,0 stena – osoby z grupy W-1. Zarówno te wskaźniki, jak również fakt, że w grupie W-1 w 9 skalach stwierdzono średnie wyniki przeliczone poniżej 5 stena, między 3,8 a 4,8 stena, czyli niskie, a tylko w 2 skalach wyniki wysokie, powyżej 6 stena, przy trzech tylko skalach poniżej 5 stena (4,7–4,8 stena) i czterech skalach powyżej 6 stena w grupie W-4, świadczy o tym, iż krzywa profilu osobowości badanych osób z grupy W-4 przebiega powyżej krzywej dla badanych osób z grupy W-1, co wskazuje na ich nieco lepsze ogólne przystosowanie społeczne. Również osoby z grupy W-3 uzyskały przeciętny wynik, przeliczony ze wszystkich skal na poziomie 5,5 stena, wyższy od porównywanego z grupy W-2, równego 5,4 stena. Z analizowanego materiału wynika zatem, że im wyższy wiek badanych osób z paraplegią, tym lepszy ich ogólny poziom funkcjonowania społecznego. Jest to jednak ledwo zauważalna tendencja, wynikająca z przeprowadzonej jakościowej analizy porównawczej, ponieważ uzyskane wartości z testów statystycznych nie wykazały

istotniejszych różnic w poziomach przystosowania społecznego między wyodrębnionymi grupami wiekowymi badanych osób z paraplegią, a tym bardziej nie pozwoliły na wyciągnięcie wniosku o występowaniu związku zależnościowego pomiędzy zmiennymi przystosowania społecznego a wiekiem w badanej grupie osób z paraplegią.

Analiza danych, uzyskanych z CPI w zakresie czterech kategorii mierzących dynamikę przystosowania, wskazuje, że najwyższe zróżnicowanie między porównywanymi grupami występuje w dwóch dziedzinach społecznego funkcjonowania. A mianowicie: w kategorii II (miary uspołecznienia, dojrzałości emocjonalnej i odpowiedzialności), gdzie najniższy przeciętny wynik ze skali tworzącej tę kategorię – 4,9 stena – mieszczący się w przedziale wyników niskich, był udziałem osób z grupy W-1, najwyższy zaś – powyżej 6 stena – w grupie W-4, oraz w kategorii III (miary powodzenia życiowego i wydajności intelektualnej), gdzie również najniższy wynik, bo na poziomie 4,4 stena, stwierdzono w grupie W-1, ale przy pozostałych przeciętnych już jednak wynikach z badanych grup na mniej więcej takim samym – obniżonym – poziomie (od 5,0 do 5,1 stena). Przeciętne wyniki przeliczone w pozostałych kategoriach były bardzo zbliżone we wszystkich analizowanych grupach i stosunkowo wysokie, bo wahały się od 5,3 do 5,7 stena. Taki układ uzyskanych przeciętnych, zwłaszcza w odniesieniu do relacji między obniżonymi wynikami w kategorii III a podwyższonymi w kategorii I, co jest charakterystyczne dla wszystkich badanych grup wiekowych osób z paraplegią (w największym jednak stopniu dla osób najmłodszych z uwagi na ich najwyższą rozbieżność pomiędzy uzyskanymi wynikami w porównywanych kategoriach) oznacza, że osoby te posiadają potencjalne możliwości dobrego społecznego działania, przy słabej jednak motywacji do działań o charakterze intelektualnym.

Rozpatrując zaś (zgodnie z procedurą interpretacyjną Inwentarza) konfiguracje zachodzące pomiędzy skalami Do a Od, Do a Po, Pk a Pn oraz Pn a Wu – w każdej z badanych grup dostrzeżono: w układzie Do–Od w grupach W-1, W-2 i W-3 w obu skalach niskie wyniki, zaś w grupie W-4 niski wynik w Od, a wysoki w Do; w układzie Do–Po w grupach W-1, W-2 i W-3 niskie wyniki w skali Do, a wysokie w skali Po oraz w grupie W-4 oba wyniki wysokie; w układzie Pk–Pn w grupie W-1 oba wyniki niskie, w grupie W-2 – niskie Pk, a średnie Pn, w grupie W-3 – wysokie Pk, a niskie Pn i w grupie W-4 – oba wyniki średnie; oraz w układzie Pn–Wu w grupach W-1 i W-3 – oba wyniki niskie, w grupie W-2 – Pn średnie a Wu niskie, i w grupie W-4 – Pn średnie, a Wu wysokie. Na podstawie analiz tych wskaźników należy stwierdzić, że o ile osoby z grup W-1, W-2 i W-3 przejawiają wiele cech wskazujących na konformistyczny typ przystosowania i często usiłują przedstawiać się w lepszym świetle, przy czym osoby z grupy W-3 są w większym stopniu podporządkowane wymaganiom otoczenia niż osoby z grupy W-2

(w najmniejszym stopniu), a wszystkie razem są charakteryzowane jako nieodpowiedzialne, nieprzewidujące, niespokojne, o zmiennych nastrojach oraz wykazujące niską integrację osobowości, to osoby z grupy W-4 – czyli najstarsze – wykazują cechy tzw. życzliwego lub światłego przywódcy i określane są jako pewne siebie, niezależne, dojrzałe emocjonalnie, aktywne, podejmujące ryzyko, realistyczne, cierpliwe i odporne na niepowodzenia, czyli dobrze przystosowane, jakkolwiek wykazujące niekiedy również oznaki despotyzmu i drażliwości.

Podsumowując wyniki badań, stwierdzić należy, że porównywane grupy wiekowe badanych osób z paraplegią – w aspekcie wymienianych poziomów samoakceptacji i społecznego funkcjonowania – nie wykazały statystycznie istotnych różnicowań. A zatem, nie zauważa się występowania statystycznych związków zależnościowych pomiędzy wykazanymi poziomami psychospołecznego przystosowania 145-osobowej grupy paraplegików a zmienną niezależną wieku. Z przeprowadzonej jednak jakościowej analizy porównawczej wynika, że badane osoby z paraplegią z przedziału wieku między 35. a 40. rokiem życia, w porównaniu do pozostałych osób, w szczególności z przedziału 20–25 lat oraz w nieco mniejszym już stopniu 25,5–30 lat, wykazują zarówno wyższy poziom samoakceptacji, jak i wyższy stopień przystosowania społecznego. Podobnie rzecz się ma z pozostałymi grupami wiekowymi osób, gdyż wraz z wiekiem (przejście od przedziału W-2 do przedziału W-3) wzrastają przeciętnie średnie wartości poszczególnych wymiarów psychospołecznego przystosowania. Można zatem mówić o tendencji do występowania zależności między analizowanymi zmiennymi przystosowania psychicznego i społecznego a wiekiem badanych osób z paraplegią.

### 3. Pochodzenie społeczne

Z zaprezentowanego w rozdziale III przeglądu badań wynika, że pochodzenie społeczne nie było nigdy analizowane jako samodzielna zmienna demograficzno-społeczna. Najczęściej rozpatrywano ją w koegzystencji z innymi czynnikami socjoekonomicznymi. W niniejszej pracy posłużono się tradycyjnym schematem podziału pochodzenia społecznego, ujętego w trzech podstawowych kategoriach:

- robotnicze – P-1 (82 osoby);
- chłopskie – P-2 (40 osób);
- inteligenckie – P-3 (23 osoby).

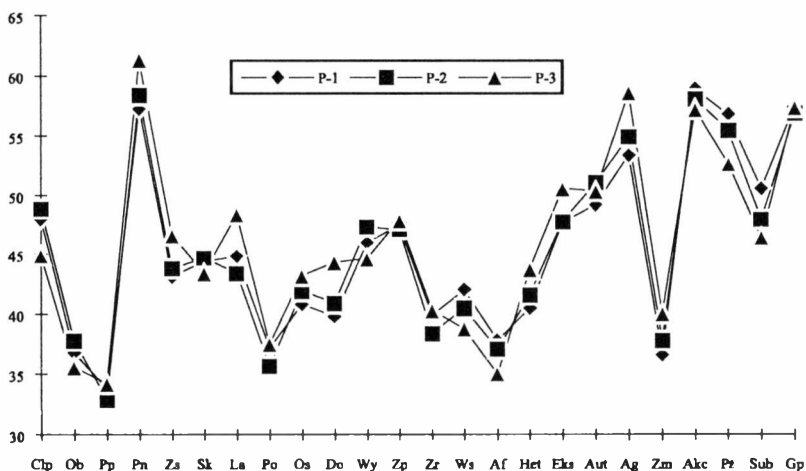
Do oceny wpływu tegoż pochodzenia na poziom samoakceptacji i przystosowanie społecznego – dane uzyskane przy pomocy Testu Przymiotników (ACL) i Inwentarza Psychologicznego (CPI) – czyli na poziom psycho-

społecznego przystosowania badanej grupy osób z paraplegią, zastosowana została analiza wariancyjna.

### Przystosowanie osobiste

W tabeli 64. przedstawione są średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe ogólnego wskaźnika samoakceptacji „D” dla trzech grup pochodzenia społecznego badanych osób z paraplegią oraz wartość statystyki  $F^{\circ}$  jednocześnie porównywanych trzech średnich. Natomiast wartości statystyk  $F^{\circ}$  wraz z dokonanymi w wybranych przykładach porównaniami międzygrupowymi dla średnich wskaźników samoakceptacji „d” wyodrębnionych trzech grup osób, obliczonych dla każdej z 24 skal ACL metodą różnicy różnic między średnimi realnego a idealnego obrazu własnej osoby (krzywe profilów realnego obrazu siebie badanych grup znajdują się na wyk. 7., natomiast krzywe profilów idealnego obrazu własnej osoby na wyk. 8.) z podaną także wartością testu różnic między nimi (to – dla par zależnych) przedstawione są w tabeli zawartej w pracy pt. *Poziom psychospołeczne przystosowania osób z paraplegią w świetle celów rewalidacji* (archiwum UMCS).

Wykres 7. ACL – średnie profile „realnego obrazu własnej osoby” badanych grup pochodzenia społecznego osób z paraplegią

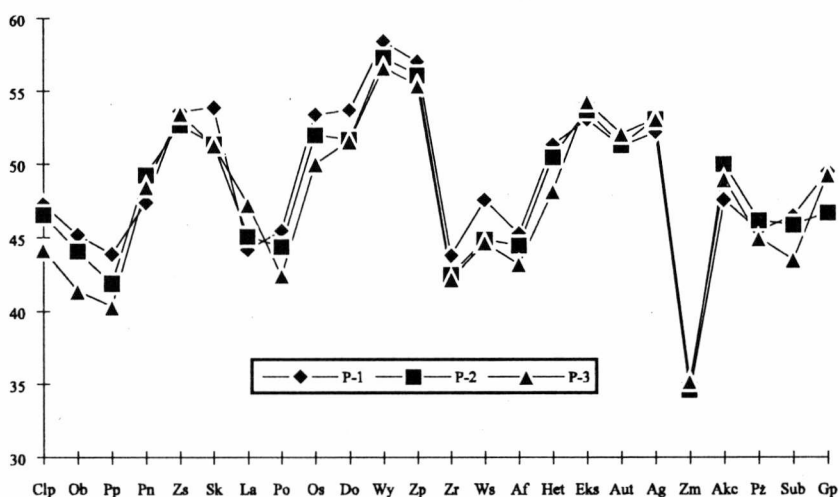


Uzyskane wskaźniki ogólnego poziomu samoakceptacji w badanych grupach pochodzenia społecznego 145 osób z paraplegią, w przedziale od najniższego wyniku 53,6 w grupie P-2 do najwyższego 59,9 w grupie P-1, a więc wszystkie na poziomie 6 stena, świadczą o ich przeciętności, czyli ani wię-



kszej, ani mniejszej samoakceptacji doświadczanego stanu. Tak małe rozbieżności pomiędzy średnimi arytmetycznymi wskaźnika „D” porównywanych grup znajdują odbicie w otrzymanej wartości testu  $F^{\circ}$  (0,599), co wskazuje na brak zróżnicowania poziomów samoakceptacji u badanych osób z paraplegią ze względu na wyodrębnioną trójdziałną zmienną niezależną pochodzenia społecznego, a tym samym na niewystępowanie związków zależnościowych.

Wykres 8. ACL – średnie profile „idealnego obrazu własnej osoby” badanych grup pochodzenia społecznego osób z paraplegią



Natomiast w wyniku przeprowadzonej analizy średnich wskaźników samoakceptacji „d” dla wyodrębnionych grup pochodzenia społecznego, obliczonych dla każdej ze skal Testu Przymiotników metodą różnicy różnic między średnimi realnego a idealnego obrazu siebie, stwierdzić należy, że spośród 24 uzyskanych wartości statystyki  $F^{\circ}$ , zastosowanej do jednoczesnych porównań trzech średnich, tylko w trzech skalach otrzymane współczynniki testu (na poziomie zbliżonym do istotności statystycznej: od  $F^{\circ}$  – 2,213 do  $F^{\circ}$  – 2,768, przy  $F_{0,05} - 3,06$ ) pozwoliły na dokonanie stosownych porównań międzygrupowych. Są to skale: Potrzeba osiągnięć (Os), Potrzeba dominacji (Do) i Stosunek do płci przeciwnej (Het). W każdej z tych skal zauważono występowanie różnic – istotnych statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  – pomiędzy średnimi wskaźnikami „d”, jakie otrzymano w grupach P-1 i P-3. Tak więc, osoby pochodzenia robotniczego wykazały w analizowanych skalach większy stopień rozbieżności między realnym a idealnym obrazem własnej osoby, czyli oznajmiały – istotnie – niższy stopień samoakceptacji niż osoby pochodzenia inteligenckiego. W grupie P-1 obserwuje się największe zróżnicowanie

wanie pomiędzy badanymi profilami obrazu siebie. Tylko w trzech skalach (Clp, La i Ag) wartość różnic – liczonych testem  $t^\circ$  – okazała się bowiem wybitnie losowa, czyli nieistotna, przy 21 skalach istotnych statystycznie, w tym w dwóch na poziomie  $p < 0,05$ , jednej –  $p < 0,01$  oraz 18 –  $p < 0,001$ , co w odniesieniu do grupy P-2: 4 skale (La, Aut, Ag i Sub) o różnicach nieistotnych, jednej skali (Zm) zbliżonej do istotności, trzech na poziomie istotności  $p < 0,05$  –  $0,02$  i 16 wysoce istotnych ( $p < 0,01$  i  $p < 0,001$  – 14 skal) oraz grupy P-3: 5 skal (Clp, La, Zr, Aut i Sub) z różnicami nieistotnymi, jednej skali niemal istotnej (Eks), 8 – na poziomie  $p < 0,05$  i  $p < 0,02$ , i 10 – wysoce istotnych na poziomach  $p < 0,01$  (5 skal) i  $p < 0,001$  (też 5 skal) pozwala na bardzo ostrożną sugestię o przejawianej w badanej grupie osób pochodzenia robotniczego pewnej tendencji do zmniejszonej akceptacji swego stanu. Jest to jednak tylko sugestia, oparta na ilościowym porównaniu otrzymanych wskaźników poziomów ufności i jako taka nie pretenduje do miana wniosku. Do takiego miana zaś ma prawo zauważalna w analizowanym materiale duża zbieżność w przejawianych kierunkach różnic, gdzie tylko w grupie P-3 i tylko w dwóch skalach (Wy i Zp) znaki testu  $t^\circ$  były dodatnie, w przeciwieństwie do ujemnych znaków w porównywanych grupach P-1 i P-2. Zbieżność ta skłania do przyjęcia twierdzenia o sygnalizowanej (w jednakowym stopniu we wszystkich analizowanych grupach pochodzenia społecznego) przez badane osoby potrzebie zmian w dostrzeganych u siebie cechach i właściwościach, a w związku z tym o braku związków zależnościowych pomiędzy poziomem samoakceptacji a zmienną niezależną pochodzenia społecznego badanych osób z paraplegią.

O sygnalizowaniu potrzeby zmian cech postrzeganych w obrazie własnej osoby świadczą najbardziej różnice w krzywych profilów między realnym a idealnym obrazem własnej osoby. Stwierdza się bowiem, że większość wyników z poszczególnych skal realnego profilu obrazu siebie koncentruje się w przedziałach wyników niskich i znacznie obniżonych, przy występującej jednocześnie znacznej liczbie wyników podwyższonych, co sprawia, że krzywa profilu prezentuje bardzo ostry przebieg. Tak na przykład w pięciu skalach tego profilu, a mianowicie: Ob, Pp, Po, Af i Zm wszystkie grupy badanych osób uzyskały wyniki poniżej 40 T, natomiast w trzech dalszych skalach: Pn, Akc i Gp również wszystkie badane grupy powyżej 57 T, przy najniższym wyniku w grupie P-2 w skali Pp, na poziomie 32,9 T, oraz najwyższym – uzyskanym w skali Pn przez grupę P-3 – równym 61,3 T. Rozbieżność zatem pomiędzy tymi średnimi wynosi 28,4 T. Analogiczna rozbieżność w profilu idealnego obrazu siebie jest już nieco mniejsza, bo wynosi 24 T, przy najniższym wyniku w skali Zm na poziomie 34,4 T, otrzymanym w grupie P-1, i najwyższym również w grupie P-1 w skali Wy, na poziomie 58,4 T. Przebieg tego profilu jest bardziej łagodny, gdyż tylko w skali Zm trzy grupy badanych osób uzyskały średnie sytuujące je w przedziale wyni-

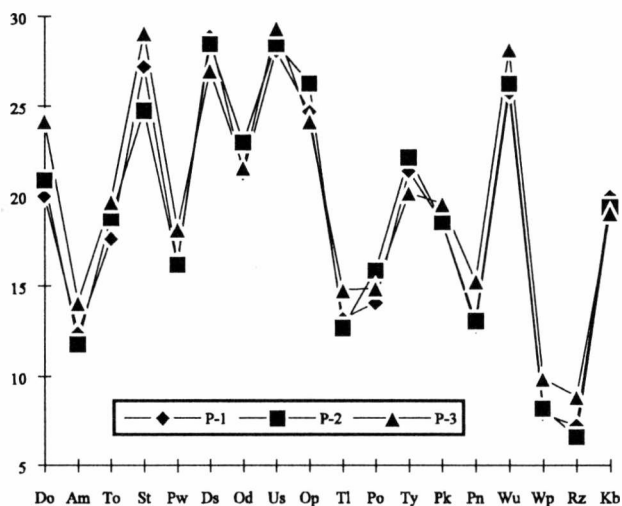
ków niskich, w pozostałych natomiast przypadkach znajdują się one już w szerokim przedziale od 40 do 60 T, ze zdecydowanie największą liczbą wyników przeciętnych. Bardzo ważną cechą analizowanych tutaj profili jest także duża jednolitość ukierunkowań – cecha bardzo charakterystyczna dla wszystkich niemal zmiennych analizowanego materiału – krzywych poszczególnych grup pochodzenia społecznego, przy czym większy stopień ich zbliżenia obserwuje się w profilu realnego obrazu siebie. Mówiąc więc o różnicach jakościowych między porównywanymi profilami osobowościowymi realnego widzenia własnej osoby badanych grup osób z paraplegią, stwierdzić należy, że osoby wchodzące w skład grupy P-3, a więc pochodzenia inteligenckiego, co najmniej w ośmiu skalach ACL odbiegają w swoim profilu od pozostałych grup, co pozwala uznać je – w stosunku do osób pochodzenia robotniczego i chłopskiego – za nieco bardziej opanowane, spokojniejsze, solidniejsze, sumienniejsze, dokładniejsze, bardziej ambitne, poważne, zachowujące rezerwę w stosunku do innych i niekiedy nieufne. Osoby te są również bardziej zainteresowane sobą, a nawet egocentryczne, co w przypadku jednostek niepewnych siebie powoduje zachowania agresywne, raniące innych. W mniejszym natomiast stopniu są bezpretensjonalne, konwencjonalne i sceptyczne. W idealnym zaś profilu obrazu własnej osoby taką grupą pochodzenia społecznego, która różni się od pozostałych, jest klasa osób pochodzenia robotniczego. Na podstawie profilu idealnego obrazu siebie osoby wchodzące w jej skład scharakteryzować można – w odniesieniu do dwóch pozostałych klas o bardzo zbliżonym przebiegu profilów – jako chcące być bardziej poważne, odpowiedzialne, opanowane, wytrwałe, z silną wolą, trzeźwo myślące, o motywach skoncentrowanych raczej na celu niż na rywalizacji oraz zainteresowane swoimi obowiązkami, przy większym także nasileniu skłonności do odnoszenia się z dystansem i dużą dozą idealizmu. W mniejszym natomiast stopniu są niespokojne, lękliwe, krytyczne wobec siebie i innych, rzadziej narzekają, w mniejszym też stopniu są skłonne do rozrzutności, agresywności i egocentryzmu.

### Przystosowanie społeczne

Porównując przebieg profilów osobowości, wykreślonych dla trzech grup pochodzenia społecznego na podstawie danych zaczerpniętych z Inwentarza Psychologicznego – średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe oraz wartość testu  $F^\circ$  dla trzech jednocześnie porównywanych średnich wraz z dokonanymi w wybranych przykładach (przy wartości  $F^\circ$  na poziomie istotności statystycznej) porównaniami międzygrupowymi przedstawione są w tabeli (*Poziom psychospołeczny przystosowania osób z paraplegią w świetle celów rewalidacji* - archiwum UMCS), natomiast profile osobowości badanych

grup ukazane są na wykr. 9. – stwierdzić należy, że zarówno ogólny poziom przystosowania, jak też sposoby adaptacji i funkcjonowania różnią się dość znacznie, zwłaszcza w odniesieniu do profilu osób pochodzenia inteligenckiego (P-3).

Wykres 9. CPI – profile osobowości badanych grup pochodzenia społecznego osób z paraplegią



Spośród 18 współczynników testu  $F^{\circ}$ , jakie uzyskano w wyniku jednoczesnych porównań trzech średnich w 18 skalach CPI, w pięciu skalach: St, Pw, Pn, Wp i Rz otrzymane wartości  $F^{\circ}$  okazały się bowiem wyższe od wartości krytycznych ( $F_{0,05} - 3,06$  i  $F_{0,01} - 4,76$ ), zaś w trzech skalach: Am (2,355), Od (1,931) i Ty (2,678) zbliżone do tych wartości. Różnice istotne statystycznie w analizowanych profilach pomiędzy osobami z grupy P-3 a osobami z grupy P-1 obserwuje się więc w skalach: Pw, Pn, Wp i Rz (wszystkie na poziomie  $p < 0,05$ ) oraz w porównaniu z osobami z grupy P-2 w skalach: St ( $p < 0,01$ ) i Pw, Am, Ty, Pn, Wp oraz Rz (wszystkie o  $p < 0,05$ ). Profile z grup P-1 i P-2 różnią się na poziomie istotności statystycznej jedynie w skali St ( $p < 0,01$ ). Natomiast w skalach Am i Ty uzyskane wartości różnicy między grupami P-3 a P-1 oraz w skali Od między P-1 a P-2 są zbliżone do poziomu istotności. Niemal we wszystkich porównaniach o różnicach znaczących statystycznie osoby z grupy P-3 uzyskały najwyższe średnie wartości punktowe dla danej skali. Jakościowa analiza porównawcza średnich wyników wszystkich skal CPI oraz przeciętnych wyników przeliczonych, obliczonych ze wszystkich skal, między poszczególnymi grupami pochodzenia, potwierdza powyższe dane statystyczne. Zarówno bowiem w pierwszym przypadku, gdzie średnie wyniki uzyskane przez osoby z grupy P-3 okazały się wy-

ższe od porównywanych z grupy P-1 w 15 skalach, oraz z grupy P-2 w 12 skalach, przy średnich z grupy P-1 wyższych w 7 skalach od średnich z grupy P-2, jak i w drugim, w którym przeciętne wyniki przeliczone ze wszystkich skal w grupach P-1 i P-2 – niemal identyczne – na poziomie 5,3 stena, były niższe od analogicznego z grupy P-3, równego 5,8 stena. W dziewięciu skalach średnie wyniki przeliczone z grupy P-3 znajdowały się na poziomie wyników wysokich, powyżej 6 stena, przy trzech tylko skalach w grupie P-1 i jednej skali w grupie P-2 o tym poziomie. A zatem krzywa profilu osobowości dla grupy P-3 przebiega zdecydowanie powyżej pozostałych krzywych z grup P-1 i P-2, co wskazuje, iż osoby pochodzenia inteligenckiego wykazują lepsze ogólne przystosowanie społeczne.

W zakresie czterech kategorii społecznego działania osoby z paraplegią z grupy P-3 uzyskały również wyniki wskazujące na ich dobre przystosowanie społeczne. W kategorii I (miary zrównowazenia, wpływu na innych i pewności siebie) i IV (miary typu preferencji poznawczych) przeciętne wyniki przeliczone w tej grupie mieszczą się w przedziale wyników wysokich, na poziomie 6,2 stena, i tylko w kategorii III (miary uspołecznienia, dojrzałości emocjonalnej i odpowiedzialności) przeciętny wynik ze skal tworzących tę dziedzinę jest nieco niższy, bo 5,3 stena, jakkolwiek na poziomie wyników średnich. Osoby z grup P-1 i P-2 (pochodzenia robotniczego i chłopskiego) posiadają także dobre techniki społecznego działania, przy zmniejszonym jednak poziomie motywacji do działań o charakterze intelektualnym, co *sensu stricto* obniża ich stopień przystosowania społecznego, o czym świadczą uzyskane przez nie przeciętne wyniki przeliczone w kategorii III, poniżej 5 stena (4,7–4,8) oraz podwyższone przeciętne w kategorii I, powyżej 5 stena (5,35–5,45). Uwzględniając zaś relacje zachodzące między skalami Do a Od, Pk a Pn, Do a Po oraz Pn a Wu, gdzie w grupach P-1 i P-2 każdy z czterech układów zależnościowych reprezentowany jest przez niskie wyniki (niekiedy średnie oprócz wysokich wyników w skali Po) wyszczególnionych skal, natomiast w grupie P-3 przez niemal wszystkie wysokie wyniki (niski wynik tylko w skali Od), a będąc w zgodzie z procedurą interpretacyjną sugerowaną przez H. Gougha, należy sądzić, iż grupa 22 osób z paraplegią pochodzenia inteligenckiego charakteryzuje się realistycznym podejściem do życia, rozsądkiem, niezależnością, stałością w poglądach i opiniach, odpornością na niepowodzenia oraz dojrzałością emocjonalną i oryginalnością. Są to osoby, których postawa wobec otoczenia określana bywa jako typ światły lub życzliwy przywódca. Wskazuje na to również ich silna motywacja, aktywność, pracowitość, sprawne funkcjonowanie intelektualne oraz dobra integracja osobowości, przy zauważalnych niekiedy cechach dominacji i despotyzmu. Charakterystyka osobowościowa 82-osobowej grupy paraplegików pochodzenia robotniczego i 40-osobowej grupy pochodzenia chłopskiego jest już całkiem inna. Jak bowiem ustalono, osoby z tych grup wykazują konformi-

styczny typ postawy wobec otoczenia. Przejawia się on w takich oto swoich cechach zachowania, jak: nieodpowiedzialność, niestałość, niedbałość, niespokojność, zmienność nastrojów, defensywność oraz pobudliwość emocjonalna. Osoby o tych cechach nie przejawiają większej inicjatywy w działaniu. Społecznie są mało zmotywowane. Postawa ta nie przynosi im zbyt wielu korzyści, stanowiąc jedynie ucieczkę przed ewentualnymi niebezpieczeństwami, jakie mogą wypływać z kontaktów społecznych.

Podsumowując powyższe rozważania należy stwierdzić, że o ile w pierwszym aspekcie przystosowania, jakim jest stopień samoakceptacji badanych osób, nie dostrzega się istotniejszych związków zależnościowych między tą zmienną a zmienną pochodzenia, to w drugim aspekcie – czyli w społecznym funkcjonowaniu – związki takie występują. Osoby pochodzenia inteligentnego uzyskują bowiem wyższe wskaźniki społecznej adaptacji zarówno w ogólnym poziomie przystosowania, jak i poszczególnych dziedzinach społecznej aktywności oraz w sposobach adaptacji i funkcjonowania. Widoczne jest to szczególnie w wymienianych przez badane osoby cechach osobowości.

#### 4. Stan cywilny

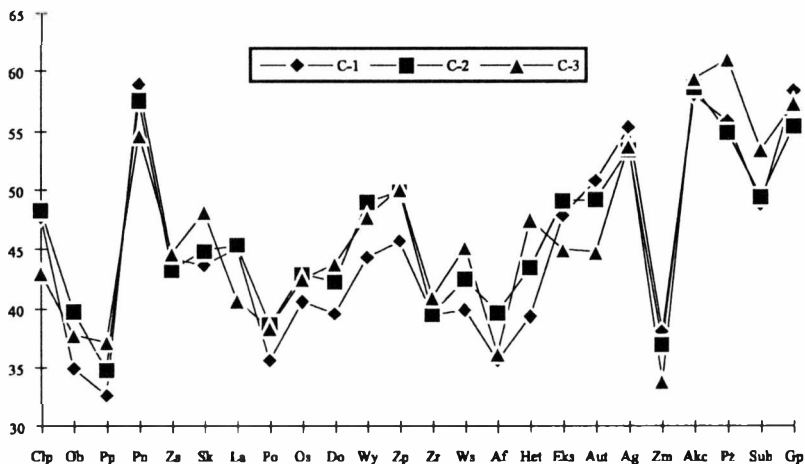
Stan cywilny, jako zmienna niezależna psychospołecznego przystosowania osób z pourazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego, nie doczekał się jeszcze stosownych analiz. W dostępnej literaturze nie znaleziono zbyt wielu danych odnoszących się do omawianego problemu. Obecne analizy poziomów samoakceptacji i przystosowania społecznego badanych osób z paraplegią pozwalają na określenie potencjalnych związków zależnościowych tej ewentualnej determinanty. Do analiz tych posłużyły zatem dane uzyskane przy pomocy Testu Przymiotników (ACL) i Inwentarza Psychologicznego (CPI) z zastosowaniem metody wariacyjnej, uwzględniającej trójdzielność zmiennej:

- wolni – C-1 (85 osób);
- żonaci – C-2 (53 osoby);
- rozwiedzeni – C-3 (7 osób).

#### Przystosowanie osobiste

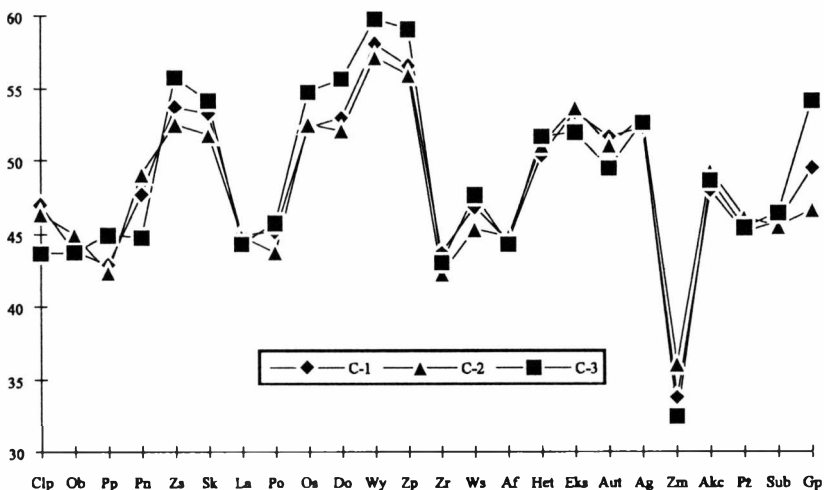
Wartość statystyki  $F^{\circ}$  porównywanych jednocześnie średnich ogólnego wskaźnika samoakceptacji „D” trzech grup stanu cywilnego badanych osób z paraplegią wraz ze średnimi arytmetycznymi i odchyleniami standar-

Wykres 10. ACL – średnie profile „realnego obrazu własnej osoby” badanych grup stanu cywilnego osób z paraplegią



dowymi tychże wskaźników z analizowanych grup prezentuje tab. 64. Wartości zaś 24 statystyk  $F^0$  wraz z przeprowadzonymi w wybranych przykładach porównaniami międzygrupowymi dla średnich wskaźników samoakceptacji „d” wyszczególnionych grup osób (w zależności od klasy stanu cywilnego), obliczonych dla każdej skali ACL metodą różnicy różnic między

Wykres 11. ACL – średnie profile „idealnego obrazu własnej osoby” badanych grup stanu cywilnego osób z paraplegią



średnimi realnego a idealnego obrazu własnej osoby; z podaną jednocześnie wartością testu różnic ( $t^\circ$  – dla par zależnych) między nimi, przedstawione są w tabeli zamieszczonej w pracy pt. *Poziom psychospołeczny przystosowania osób z paraplegią w świetle celów rewalidacji* (archiwum UMCS). Krzywe profilów osobowości realnego i idealnego obrazu siebie badanych grup prezentują wykresy 10. i 11.

Jak wynika z przeprowadzonej analizy ogólnych wskaźników samoakceptacji „D” dla badanych grup osób z paraplegią, skategoryzowanych w klasach stanu cywilnego w zakresie stopnia ich zróżnicowania, porównywane grupy osób nie różnią się między sobą pod względem oznajmianego poziomu samoakceptacji. Uzyskana wartość testu  $F^\circ$  (1,129) jest nieistotna statystycznie i nie daje podstaw do ewentualnego porównania międzygrupowego. Zauważa się jednak w przedstawionym materiale, że osoby wchodzące w skład grupy C-1 uzyskały średnią wskaźnika „D”, na poziomie 60,8, mieszczącą ją na pograniczu 6. i 7. stena, czyli wyników wskazujących na tendencję ku obniżonej samoakceptacji, zaś pozostałe osoby z grup C-2 i C-3 o średniej wskaźników „D”, odpowiednio: 52,5 i 52,0, czyli na dolnym poziomie 6. stena, a więc wyników bardzo przeciętnych. Natomiast spośród 24 uzyskanych współczynników testu  $F^\circ$  (z jednoczesnych porównań trzech średnich wskaźników „d”, obliczonych dla każdej ze skal ACL metodą różnicy między średnimi realnego a idealnego obrazu siebie) tylko w trzech skalach, a mianowicie: Przystosowanie osobowościowe (Po), Potrzeba wytrwałości (Wy) i Zamiłowanie do porządku (Zp), otrzymane wartości – na poziomie  $p < 0,05$  – pozwoliły na przeprowadzenie statystycznych porównań międzygrupowych. W rezultacie tego stwierdzono, że grupa osób stanu wolnego (C-1) różni się od grupy osób zamężnych i żonatyh (C-2), na poziomie istotności statystycznej  $p < 0,001$ , w zakresie poziomu samoakceptacji. Osoby z grupy C-1 przejawiały w każdym z analizowanych przypadków wyższy stopień rozbieżności pomiędzy średnimi arytmetycznymi realnego i idealnego obrazu własnej osoby, a zatem niższy poziom samoakceptacji. W żadnej z pozostałych skal nie stwierdzono – na podstawie dokonanych ogólnych porównań wskaźników „d” – aby otrzymane wartości „d” (z pominięciem uzyskanych wartości  $F^\circ$ ) mogły ewentualnie różnicować się. Z tych pobieżnych analiz wyłączone zostały wyniki uzyskane przez osoby wchodzące w skład grupy C-3, z powodu bardzo niewielkiej liczebności tej grupy ( $N=7$ ). Co prawda w wielu przypadkach średnie wskaźniki „d” dla tej grupy skłaniałyby do przypuszczeń o ich potencjalnym zróżnicowaniu z pozostałymi, nawet przy braku istotności różnic testu  $F^\circ$ , zwłaszcza że i stopień zróżnicowania profilów realnego i idealnego obrazu siebie był tutaj niewielki (tylko pięć skal o różnicach istotnych statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  i  $p < 0,01$ , dwóch zbliżonych do istotności i 17 skal nieistotnych statystycznie), ale nieznaczna



liczebność tej grupy nie daje gwarancji rzetelności uzyskanych wyników (duże prawdopodobieństwo przypadkowości danych).

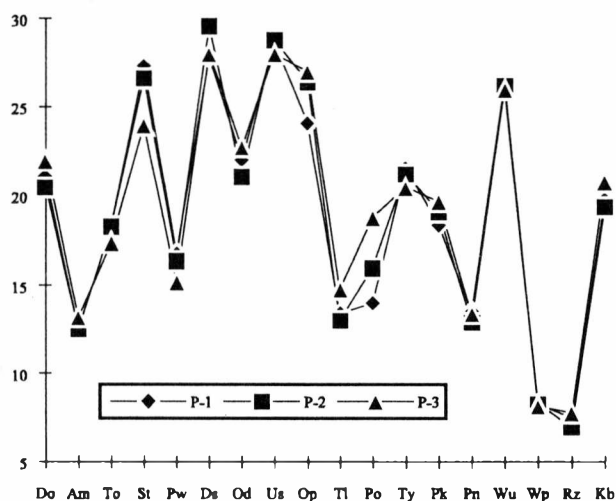
W dalszych analizach nad wpływem zmiennej stanu cywilnego na poziom samoakceptacji badanych osób z paraplegią brano pod uwagę tylko wyniki uzyskane przez osoby z grupy C-1 i C-2. Porównując zatem otrzymane wartości testu  $t^{\circ}$  (dla par zależnych), zastosowanego do różnicowania 24 skal ACL między średnimi realnego a idealnego obrazu siebie, oraz kierunki ich różnic (znaki testu) w omawianych grupach (gdzie u osób z grupy C-2 w ięciu skalach: Clp, La, Ws, Ag i Zm nie wystąpiły różnice na poziomie istotności statystycznej, w jednej – Zr były niemal istotne, w jednej na poziomie istotności  $p < 0,02$  oraz w pozostałych 14 skalach na poziomach  $p < 0,01$  i  $p < 0,001$ ; przy 3 skalach: Clp, La i Aut o różnicach nieistotnych i 21 skalach o różnicach wysoce istotnych statystycznie, w tym 3 skale z  $p < 0,01$  i 18 skal z  $p < 0,001$  u osób z grupy C-1), stwierdzić należy, że jakkolwiek osoby zamężne i żonate prezentują nieco mniejszy stopień rozbieżności pomiędzy porównywanymi obrazami, to zarówno ci pierwsi, jak i drudzy w jednakowym zakresie sygnalizują potrzebę zmian w postrzeganych u siebie właściwościach. Potwierdza to m. in. idealna zgodność w występujących kierunkach różnic (znaków) między badanymi wskaźnikami „d” a odpowiednimi wartościami statystyki  $F^{\circ}$ . Twierdzenie o przejawianiu potrzeby zmian przez badane osoby z paraplegią jest bardzo symptomatyczne dla prowadzonych w tej pracy analiz. Powtarza się ono po raz kolejny, tak zresztą jak i spostrzegane prawidłowości wskazujące na dużą zgodność ukierunkowań krzywych profili porównywanych grup, odrębnie dla obrazu realnego i idealnego. Uwidacznia się tu tendencja do osiągnięcia przez badane grupy osób zbieżnych nastawień do określonych wymiarów osobowości, objętych oczywiście zakresem wprowadzonych wymiarów Testu Przymiotników. W analizowanej zmiennej stanu cywilnego, po wyeliminowaniu grupy osób rozwiedzionych (C-3), taka prawidłowość jest szczególnie widoczna w profilu idealnego obrazu własnej osoby; w obu grupach jest on bardzo podobny. Podobieństwo to istnieje zarówno w łagodnym przebiegu profilu (tylko w skali Zm badane grupy osób uzyskały średnie na poziomie wyników niskich, poniżej 40 T, we wszystkich pozostałych bowiem skalach uzyskane średnie mieszczą się w przedziale wyników przeciętnych – od 42,3 T w grupie C-2 do 58,1 T w grupie C-1), jak i przy dużym stopniu natężenia danej cechy w badanych grupach stanu cywilnego. Nieco inaczej natomiast prezentują się krzywe profilu realnego obrazu własnej osoby. Co prawda przebieg ich jest równie ostry jak realnych profili płci, wieku i pochodzenia społecznego oraz w zdecydowanej większości skal skłaniający się w kierunku wyników niskich i znacznie obniżonych, gdzie najniższy wynik – na poziomie 32,6 T w skali Pp – i najwyższy – na poziomie 58,9 T w skali Pn – jest udziałem osób stanu wolnego (C-1), przy 9 skalach (Ob, Pp, La, Os, Zr, Ws, Af, Het i Zm)

w tej grupie o wynikach niskich, poniżej 40 T, i 6 skalach (Ob, Pp, Po, Zr, Af i Zm) na pograniczu 40 T, ale i wykazujący duże ich zróżnicowanie. W dużym stopniu pozwala to uchwycić jakościowe różnice w prezentowanych profilach osobowości. I tak, osoby z grupy C-1 (w odniesieniu do grupy C-2) w realnym obrazie własnej osoby wykazują większe skłonności do niespokojności, uporu, kapryśności, niepewności, defensywności, zahamowania, do sceptycyzmu, niecierpliwości i impulsywności, zwłaszcza w sytuacjach wymagających długotrwałego wysiłku czy skupienia. Częściej też wykazują skłonności do mówienia o swoich problemach i umieszczania ich w centrum swej uwagi. Łatwiej ulegają też emocjom, przeto nie lubią zwracać na siebie uwagi innych. Osoby te są skłonne do rozmyślań o przeszłości. Przejawiają niepokój o siebie i są bardzo ambiwalentne w ocenie swojej pozycji. W profilach idealnego obrazu własnej osoby trudniej jest dokonać stosownego porównania między badanymi grupami. Występujące tylko w trzech skalach (Zs, Sk i Gp) nieco większe rozbieżności skłaniają do opinii, że osoby stanu wolnego pragną być bardziej stanowcze, wytrwałe, poważne, trzeźwo myślące i komunikatywne niż osoby zamężne. Zaobserwowano przy tym u nich większe przywiązywanie wagi do własnego znaczenia i do osiągania celów oraz częstsze zachowania świadczące o mniejszym poczuciu zaufania do siebie.

### Przystosowanie społeczne

Z przeprowadzonej analizy danych uzyskanych przy pomocy Inwentarza Psychologicznego (CPI) w zakresie jego 18 skal wynika, że porównywane profile osobowości badanych grup stanu cywilnego nie wykazują zróżnicowania w poziomach społecznego funkcjonowania. Szczegółowe dane z tego zakresu, zwłaszcza w odniesieniu do średnich arytmetycznych i odchyłek standardowych oraz wartości testu  $F^{\circ}$  dla trzech jednocześnie porównywanych średnich, wraz z ewentualnymi porównaniami międzygrupowymi zaprezentowane są w tabeli (*Poziom psychospołeczny przystosowania osób z paraplegią w świetle celów rewalidacji* – archiwum UMCS), natomiast krzywe profiliów osobowości analizowanych grup przedstawiono na wyk. 12. Tylko w jednej skali Pragnienie podobania się (Po) otrzymana wartość statystyki  $F^{\circ}$  (4,186) była wyższa od wartości krytycznej ( $F_{0,05} = 3,06$ ) dla tego testu, co w efekcie pozwoliło dokonać porównań międzygrupowych. W ich wyniku stwierdzono, iż uzyskane przez osoby z grupy C-1 wartości średnich w skali Po różnią się na poziomie statystycznej istotności  $p < 0,05$  od średnich otrzymanych przez osoby z grup C-2 i C-3. Również przeprowadzona jakościowa analiza porównawcza średnich wyników ze wszystkich skal CPI oraz przeciętnych wyników przeliczonych, obliczonych dla każdego porównywanego

Wykres 12. CPI – profile osobowości badanych grup stanu cywilnego osób z paraplegią



profilu oddzielnie, nie wykazała istotniejszych różnic. Oto bowiem osoby z grupy C-1 uzyskały średnie z poszczególnych skal testu wyższe od analogicznych średnich z grupy C-2 w 11 skalach, zaś z grupy C-3 w 8 skalach, natomiast osoby z grupy C-2 od osób z grupy C-3 niższe w 10 skalach, czyli bez znaczniejszej przewagi którejś ze stron. Także przeciętne wyniki przeliczone ze wszystkich skal CPI w porównywanych grupach C-1 i C-2 – gdyż grupę C-3 wyłączono jako małą liczebnie, z powodu ryzyka uzyskania przypadkowej zbieżności danych – są niemal równe sobie i wynoszą tak w pierwszym, jak i drugim przypadku 5,3 stena. Nieznaczne zróżnicowanie zauważa się w liczbie skal o najniższym poziomie, gdzie w grupie C-1 w pięciu skalach uzyskane średnie wartości przeliczone znajdowały się poniżej 5 stena, z najniższym wynikiem przeliczonym w skali Us na poziomie 4,5 stena (najwyższy wynik w profilu tej grupy znajdował się w skali Po i wynosił 6,7 stena) oraz w grupie C-2 w 7 skalach, z najniższym wynikiem równym 4,4 stena również w skali Us (najwyższy wynik przeliczony w tej grupie był także w skali Po i wynosił 7,3 stena). A zatem, żadna z grup nie wykazuje ani lepszego, ani gorszego ogólnego stopnia funkcjonowania społecznego. Jest on na poziomie – odnosząc uzyskane wartości do wcześniejszych rezultatów, w tym do średniego wyniku standardowego (zob. Kirenko, 1991b) – dolnego przedziału średniego (przeciętnego) przystosowania społecznego.

Podobnie rzecz się ma z wynikami w czterech kategoriach mierzących dynamikę przystosowania. Uzyskane tam przeciętne wyniki przeliczone dla tych dziedzin w grupach C-1 i C-2 są niemal identyczne i wskazują na w miarę poprawne, a niekiedy i dobre przystosowanie badanych osób w na-

stępujących obszarach społecznego działania: I – miary zrównoważenia, wpływu na innych i pewności siebie, II – miary uspołecznienia, dojrzałości emocjonalnej i odpowiedzialności i IV – miary typu preferencji poznawczych. Jedynie w kategorii III – miary powodzenia życiowego i wydajności intelektualnej – przeciętne wyniki przeliczone w analizowanych grupach są na niskim poziomie i świadczą o złym przystosowaniu badanych osób w tej dziedzinie. Rysujący się również tutaj układ typu: podwyższone wyniki w kategorii I i niskie w kategorii III, każe sądzić, że zarówno osoby stanu wolnego, jak i osoby zamężne oraz żonate wykazują wiele potencjalnych możliwości dobrego funkcjonowania społecznego, co jednak nie jest w pełni osiągalne z powodu ograniczeń intelektualnych tychże osób i ich niskiej motywacji do osiągnięć.

Natomiast spośród czterech układów relacyjnych, jakie zachodzą między wyodrębnionymi przez H. Gougha skalami: Do a Od, Do a Po, Pk a Pn oraz Pn a Wu, tylko w układzie skal Do–Op badane grupy stanu cywilnego różnią się w swych konfiguracjach. Osoby z grupy C-1 uzyskały w skali Do wynik przeciętny, zaś w skali Po wysoki, natomiast osoby z grupy C-2 wynik niski w skali Do i wysoki w skali Po. W pozostałych układach skal relacje między poziomami wskaźników w poszczególnych grupach były niemal identyczne, tzn. w grupie C-1 występowały przede wszystkim wyniki przeciętne, zaś w grupie C-2 niskie. Niewielki zatem stopień rozbieżności między prezentowanymi wynikami nie pozwala w sposób jednoznaczny scharakteryzować badanych grup. Można jedynie sugerować – na podstawie uzyskanych konfiguracji wyników w skalach Do–Po – że zarówno osoby stanu wolnego, jak i osoby zamężne i żonate wykazują wiele cech konformistycznego przystosowania, przy znacznym jednak nasileniu cech określanych mianem życzliwego lub światłego przywódcy, przede wszystkim w odniesieniu do osób stanu wolnego.

Podsumowując niniejsze rozważania stwierdzić należy, że ani ogólny poziom samoakceptacji „D”, ani średnie jego wskaźniki „d”, obliczone dla każdej skali testu ACL, odpowiedzialne w tych analizach za przystosowanie psychiczne, ani również ogólny stopień przystosowania społecznego czy też poszczególne dziedziny społecznego działania nie wchodzą w związki zależnościowe ze zmienną stanu cywilnego. Osoby z paraplegią w stanie wolnym nie różnią się pod względem stopnia psychospołecznego przystosowania od osób będących w związkach małżeńskich.

## 5. Miejsce zamieszkania

Zmienna ta jest jedną z częściej wymienianych w teoretycznych dociekaniach nad jej znaczeniem w przystosowaniu. Podobnie jednak do innych zmiennych analizowanych w tej pracy nie doczekała się, jak dotychczas, gruntowniejszych analiz empirycznych, wskazujących na jej potencjalne związki z przystosowaniem u osób z uszkodzonym rdzeniem kręgowym. W niniejszych badaniach skategoryzowana została ona w czterech grupach kryterialnych:

- miasto wojewódzkie – M-1 (49 osób);
- miasto – M-2 (41 osób);
- osada – M-3 (7 osób);
- wieś – M-4 (48 osób).

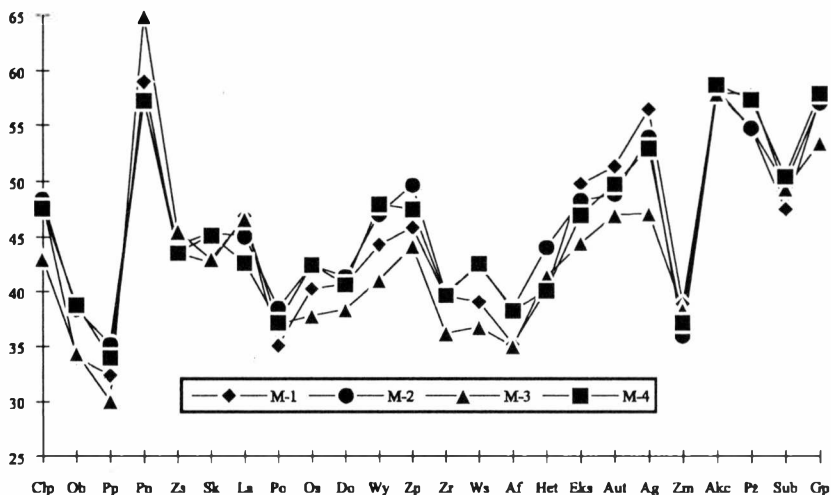
Przy pomocy analizy wariancyjnej dociekano tutaj o wpływie tej zmiennej na poziom psychospołecznego przystosowania badanej grupy osób z paraplegią, w szczegółowym ujęciu tego przystosowania – jako poziomu samoakceptacji i jako poziomu społecznego funkcjonowania.

### Przystosowanie osobiste

Średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe ogólnego wskaźnika samoakceptacji („D”) dla czterech grup pod względem miejsca zamieszkania badanych osób z paraplegią oraz wartość statystyki  $F^\circ$  porównywanych jednocześnie czterech średnich ukazuje tab. 64. Natomiast w tabeli z pracy pt. *Poziom psychospołeczny przystosowania osób z paraplegią w świetle celów rewalidacji* (archiwum UMCS) prezentowane są wartości statystyk  $F^\circ$ , wraz z dokonanymi w wybranych przykładach porównaniami międzygrupowymi, dla średnich wskaźników samoakceptacji („d”) badanych grup, obliczonych dla każdej z 24 skal Testu Przymiotników metodą różnicy różnic między średnimi realnego a idealnego obrazu własnej osoby (profile poszczególnych obrazów wyodrębnionych grup przedstawione są na wykresach 13. i 14.) z podaną również wartością testu różnic między nimi ( $t^\circ$  – dla par zależnych).

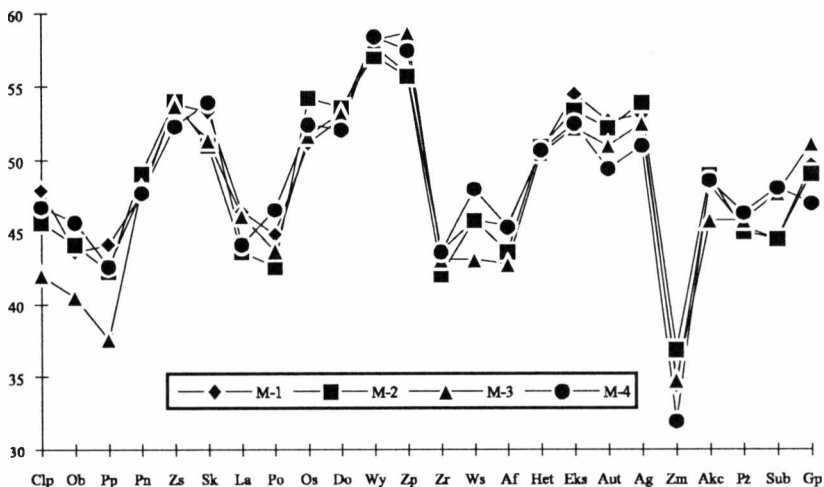
Uzyskana wartość statystyki (testu)  $F^\circ$  czterech, jednocześnie porównywanych, średnich arytmetycznych ogólnego wskaźnika samoakceptacji „D” badanych osób z paraplegią (0,900) jest niższa od wartości krytycznej dla tego testu ( $F_{0,05} - 2,67$ ), a zatem nieistotna statystycznie, co wskazuje, że wyodrębnione grupy osób nie różnią się pod względem przejawianego poziomu samoakceptacji, czyli że zmienna ta nie ma wpływu na ustalony u badanych poziom samoakceptacji. Obserwuje się co prawda znaczną rozpiętość między średnimi badanych grup – od najwyższej, bo 70,4 w grupie M-3, do najniższej na poziomie 52,9 w grupie M-2 – ale otrzymany wskaźnik „D” w grupie

Wykres 13. ACL – średnie profile „realnego obrazu własnej osoby” badanych grup  
miejsca zamieszkania osób z paraplegią



M-3 należy traktować z dużą ostrożnością ze względu na znikomą liczebność tej grupy (N=7). Następny najwyższy wynik w tym materiale badawczym – 61,1 z grupy M-1 jest już o wiele niższy (choć na pograniczu 6 i 7 stena, z tendencjami do obniżonej samoakceptacji), co każe sądzić – mimo wszystko – o przeciętności oznajmianych poziomów. Porównując natomiast średnie

Wykres 14. ACL – średnie profile „idealnego obrazu własnej osoby” badanych grup  
miejsca zamieszkania osób z paraplegią



wskaźniki samoakceptacji „d”, otrzymane w wyodrębnionych grupach, a obliczone dla każdej ze skal Testu Przymiotników metodą różnicy różnic między średnimi realnego a idealnego obrazu siebie, stwierdzić należy, że tylko w trzech skalach ACL: Samokontrola (Sk), Przystosowanie osobowościowe (Po) i Potrzeba zmienności (Zm) wystąpiły różnice w poziomach samoakceptacji (wskaźnik „d”) między niektórymi analizowanymi grupami miejsca zamieszkania. W skalach tych uzyskana wartość testu  $F^{\circ}$  była istotnie wyższa ( $Po - 2,838$ ) od poziomu krytycznego ( $F_{0,05} - 2,67$ ) lub zbliżona do tego poziomu ( $Sk - 1,922$  i  $Zm - 2,621$ ), co pozwoliło tym samym na wprowadzenie procedury porównań międzygrupowych. W wyniku tego zauważono, że różnice istotne statystycznie (wszystkie na poziomie  $p < 0,05$ ) wystąpiły: w skalach Sk, Po i Zm między średnimi wskaźnikami „d” grup M-1 i M-2, czyli mieszkającymi w miastach wojewódzkich i miastach, oraz w skalach Po i Zm między grupami M-2 i M-4, a więc między mieszkańcami miast i mieszkańcami wsi. W każdej z tych skal stopień rozbieżności między średnią realnego a idealnego obrazu własnej osoby był najwyższy w grupach M-1 i M-4, a najniższy – np. w skali Zm bliski zera – w grupie M-2, co świadczy o obniżonym poziomie samoakceptacji analizowanego zakresu cech osobowości wśród badanych osób z paraplegią, mieszkających w miastach wojewódzkich i wsiach oraz nieco podwyższonym wśród osób z miast i małych miasteczek. W pozostałych jednak skalach przeprowadzona – pobieżnie – analiza porównawcza nie wykazała występowania znacznie większych rozbieżności między nominałami poszczególnych wskaźników „d”, potwierdzając tym samym wcześniejsze ustalenia z zakresu ogólnego poziomu samoakceptacji („D”), czyli braku związków zależnościowych pomiędzy tą zmienną a zmienną miejsca zamieszkania badanych osób z paraplegią. W analizach tych pominięto – wzorem zmiennej stanu cywilnego – wyniki uzyskane przez osoby wchodzące w skład grupy M-3, ze względu na małą liczebność tej grupy ( $N=7$ ).

Otrzymane w badanych grupach M-1, M-2 i M-4 poziomy ufności wartości testu  $t^{\circ}$ , dla różnic między profilami realnego a idealnego obrazu siebie, oraz ich kierunki (znaki różnic), wskazują, że zdecydowana większość wyników pokrywa się, co kształtuje się w sposób następujący: M-1: trzy skale nieistotne, dwie istotne na poziomie  $p < 0,05$  i  $p < 0,02$  oraz 19 skal wysoce istotnych –  $p < 0,01$  i  $p < 0,001$ ; M-2: cztery skale nieistotne, jedna niemal istotna, dwie istotne na poziomach  $p < 0,05$  i  $p < 0,02$  i 17 skal wysoce istotnych –  $p < 0,01$  i  $p < 0,001$ ; M-4: cztery skale nieistotne, jedna zbliżona do istotności, jedna istotna na poziomie  $p < 0,05$  oraz 18 skal wysoce istotnych –  $p < 0,01$  i  $p < 0,001$ , a występujące kierunki różnic są także niemal identyczne. Przeprowadzając dalsze porównania stwierdzono, że poziom sygnalizowanych przez badane osoby z paraplegią potrzeb zmian w postrzeganym u siebie obrazie własnej osoby jest jednakowy we wszystkich grupach zmiennej miejsca

zamieszkania bez względu na to, czy mieszkają one w mieście wojewódzkim, miasteczku, czy też na wsi. A zatem, jak wynika z danych liczbowych, profile badanych grup osób – w ujęciu realnego i idealnego obrazu siebie – nie powinny się zbyt różnić między sobą. Dokonana ocena przebiegu krzywych profili potwierdza to spostrzeżenie. Zarówno w profilu realnego, jak i idealnego obrazu (abstrahując od krzywej z grupy M-3, której tutaj się nie uwzględnia) zauważono bowiem wysoką zgodność ukierunkowań, występującą pod postacią identycznych tendencji do osiągnięcia przez badane grupy określonych wymiarów cech osobowości, przy czym większe „ściśnienie” obserwuje się w profilu idealnego obrazu siebie. Niemal wszystkie wyniki w tym profilu, oprócz średnich w skali Zm – znajdujących się poniżej 40 T, czyli w przedziale wyników niskich – mieszczą się w przedziale wyników przeciętnych: od najniższego – bo 42,1 T z grupy M-2 w skali Zr, do najwyższego w skali Wy na poziomie 58,4 T, uzyskanego przez osoby z grupy M-4. Rozpiętość zatem między tymi wynikami wynosi 15,7 T, co wskazuje na bardzo łagodny przebieg analizowanego profilu, zważywszy również na fakt, że większość z porównywanych grup oscyluje wokół wyników na poziomie 50 T. Nieco inaczej przedstawia się sytuacja w krzywych profilu realnego obrazu własnej osoby. Tutaj w 6 skalach (Ob, Pp, Po, Zr, Af i Zm) średnie ze wszystkich grup znajdują się w przedziale wyników niskich, poniżej 40 T, przy czym w 18 skalach – poniżej 50 T oraz w pięciu skalach (Pn, Ag, Akc, Pz i Gp) są zbliżone do 60 T, czyli do wyników wysokich. Rozpiętość więc między najniższym wynikiem – na poziomie 32,4 T w skali Pp, a najwyższym – na poziomie 59 T w skali Pn, uzyskanymi w obu przypadkach przez osoby z grupy M-1 wynosi 26,6 T i jest o wiele wyższa od porównywanej z profilu idealnego obrazu siebie. Profil ten jest więc bardziej ostry, chociaż w swej części środkowej, odnoszącej się do przejawianych potrzeb, przebiega łagodnie, przy jednoczesnym – co należy podkreślić – usytuowaniu większości średnich na granicy wyników niskich i znacznie obniżonych. W pięciu skalach (Ob, Wy, Ws, Af i Het) wykazuje odstępstwo jednej z krzywych, w dół lub w górę, od pozostałych. W czterech pierwszych skalach dotyczy to średnich z grupy M-1, a w piątej skali średniej z grupy M-2. Podejmując się zatem próby scharakteryzowania badanych osób w zakresie przejawianych cech osobowości, z uwzględnieniem miejsca zamieszkania, oraz na podstawie zaobserwowanych zjawisk, stwierdzić należy, że w ujęciu realnego obrazu siebie osoby wywodzące się z miast wojewódzkich w porównaniu do osób mieszkających w miastach i na wsi wykazują większą niespokojność, niecierpliwość i nieufność. Osoby te są bardziej sceptyczne i pesymistyczne. Przejawiają też większe tendencje do roztrząsania swoich problemów i umieszczania ich w centrum swej uwagi, częściej też krytykują siebie i innych. Natomiast osoby z grupy W-4, mieszkające na wsi, w mniejszym stopniu rozmyślają o przyszłości i w mniejszym też stopniu tłumią swoją żywotność; są bar-

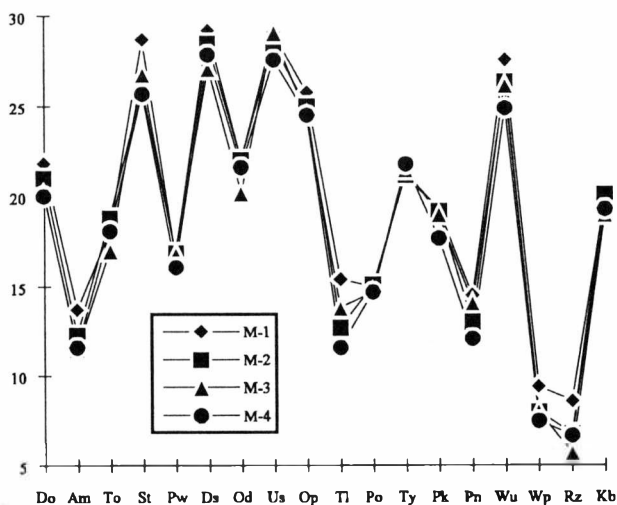


dzień otwarte i bardziej interesują się otoczeniem. Przechodząc zaś do charakterystyki idealnego obrazu własnej osoby, zauważa się, że tylko w zakresie dwóch skal badane grupy osób wykazują odmienną ujawnianych właściwości, tj. w skali Ws i Sub. Osoby mieszkające na wsi są mniej sceptyczne i mniej zainteresowane sobą, pragną być bardziej sumienne i wytrwałe.

### Przystosowanie społeczne

Następnie dokonano analizy danych uzyskanych w zakresie 18 skal Inwentarza Psychologicznego. Średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe oraz wartości statystyki  $F^0$  dla czterech jednocześnie porównywanych średnich wraz z przeprowadzonymi w wybranych przykładach (w zależności od osiągniętego poziomu ufności testu) porównaniami międzygrupowymi zawiera tabela znajdująca się w pracy pt. *Poziom psychospołeczny przystosowania osób z paraplegią w świetle celów rewalidacji* (archiwum UMCS), zaś krzywe

Wykres 15. CPI – profile osobowości badanych grup miejsca zamieszkania osób z paraplegią



profilów osobowości badanych grup prezentowane są na wyk. 15. Zauważyć tu należy, że otrzymane wartości testu  $F^0$  okazały się istotnie statystycznie wyższe od wartości krytycznych, czyli w pięciu skalach: Tl ( $p < 0,01$ ), St, Pn, Wp i Rz (wszystkie na poziomie  $p < 0,05$ ), w dwóch dalszych zaś: Am (2,470) i Wu (1,751) niemal istotne. Umożliwiło to dokonanie stosownych porównań międzygrupowych, w wyniku których stwierdzono, że osoby z gru-

py M-1 istotnie różnią się od: osób z grupy M-4 w skalach – Am, St, Pn, Wu, Wp i Rz (wszystkie z  $p < 0,05$ ) i Tl ( $p < 0,01$ ) oraz od osób z grupy M-3 w skali Rz ( $p < 0,05$ ). Różnice zbliżone do istotnych stwierdzono między osobami z grupy M-1 a osobami z grupy M-2 w skalach Am i Pn. Wszystkie odnotowane różnice były korzystne dla osób z grupy M-1, czyli mieszkających w miastach wojewódzkich. Potwierdza to przeprowadzona jakościowa analiza porównawcza średnich wyników wszystkich skal CPI oraz przeciętnych wyników przeliczonych, obliczonych ze wszystkich skal tego Inwentarza, między wyszczególnionymi grupami osób, gdzie średnie uzyskane przez osoby z grupy M-1 okazały się wyższe od średnich z grupy M-2 w 13 skalach, z grupy M-3 w 16 skalach i z grupy M-4 w 17 skalach, natomiast średnie z grupy M-2 wyższe od średnich z grupy M-3 w 13 skalach i z grupy M-4 w 17 skalach. Wyniki z grupy M-3 były wyższe od wyników z grupy M-4 w 10 skalach.

Również osoby z grupy M-1 uzyskały najwyższy przeciętny wynik przeliczony ze wszystkich skal, na poziomie 5,7 stena, przy pozostałych wynikach w grupie M-2 – 5,4 stena, i w grupie M-3 – 5,2 stena oraz najniższym w grupie M-4, bo wynoszącym 5 stenów. W grupie tej – w 9 skalach, czyli w połowie wszystkich skal CPI – stwierdzono średnie wyniki przeliczone poniżej 5 stena, przy trzech analogicznych w grupie M-1. Wskazuje to w sposób dobitny, iż krzywa profilu osobowości badanych osób z grupy M-1 przebiega powyżej krzywej dla osób z grupy M-4, a tym samym świadczy o znacznie lepszym ogólnym przystosowaniu tychże osób. Także osoby z grupy M-2 lepiej funkcjonują społecznie od osób z grupy M-4, jakkolwiek nieco gorzej w porównaniu z osobami z grupy M-1. Dane zebrane od osób z grupy M-3 zostały tutaj pominięte ze względu na zbyt małą liczebność tej grupy ( $N=7$ ), a więc przypadkowość otrzymanych wyników.

Rozpatrując wyniki uzyskane z Inwentarza (CPI) w zakresie czterech kategorii mierzących dynamikę przystosowania, zauważa się, że także i tutaj osoby z grupy M-1 otrzymały najwyższe przeciętne wyniki przeliczone – dla skal tworzących wybraną dziedzinę – we wszystkich obszarach społecznego działania. Świadczy to o ich dobrym przystosowaniu. Nieco niższe przeciętne wyniki uzyskały osoby z grupy M-2, a już zdecydowanie najniższe z grupy M-4. W obu przeciętne wskaźniki w kategorii III (miary powodzenia życiowego i wydajności intelektualnej) znajdowały się poniżej 5 stena, czyli w przedziale wyników niskich. O ile jednak w przypadku grupy M-2 można twierdzić – zważywszy na jej wysoki przeciętny wynik w kategorii I (miary zrównoważenia, wpływu na innych i pewności siebie) – o przejawianiu (przez te osoby) dobrych technik społecznego działania, przy obniżonej jednak motywacji do działań o charakterze intelektualnym, to w odniesieniu do grupy M-4 niski poziom motywacji osiągnięć i możliwości intelektualnych nie sprzyja w miarę dobremu funkcjonowaniu społecznemu.

Potwierdzeniem powyższych spostrzeżeń są ustalone, na podstawie uzyskanych konfiguracji czterech układów skal: Do–Od, Do–Po, Pk–Pn, i Pn–Wu, charakterystyki osobowościowe badanych grup osób. Osoby z grupy M-1, w której wśród czterech układów konfiguracyjnych (skal) tylko w skalach Od i Pk stwierdzono niskie wyniki, w pozostałych zaś wysokie, opisać można jako odporne na niepowodzenia, rozsądne, realistyczne, niezależne, odważne, chłonne i pomysłowe, twórcze oraz posiadające silną motywację, chociaż czasami także despotyczne, chcące dominować. Są to osoby sprawnie funkcjonujące intelektualnie, o dobrej integracji osobowości. Ich typ przystosowania określane bywa pojęciem światłego lub życzliwego przywódcy. Jego przeciwieństwem jest typ konformisty lub człowieka, który usiłuje przedstawić się zawsze jako osoba miła. Ten typ osobowości przypisuje się osobom z dwóch pozostałych grup, M-2 i M-4, w których tylko w skali Po otrzymane wyniki były wysokie, przy wszystkich pozostałych skalach z wynikami niskimi. Stąd osoby z tych grup charakteryzują się w dużym stopniu nieodpowiedzialnością, niespokojnością, nieśmiałością, zahamowaniami, drażliwością, małym poczuciem własnej wartości oraz zmiennością nastrojów. Słabo funkcjonują intelektualnie i przejawiają niską integrację osobowości. Są w dużym stopniu podporządkowane otoczeniu, niezdolne do podejmowania inicjatywy i mało odpowiedzialne.

W wyniku przeprowadzonych analiz i interpretacji otrzymanych wyników stwierdzić należy, że badane grupy osób z paraplegią nie różnią się między sobą pod względem oznajmianego poziomu samoakceptacji, czyli nie stwierdzono występowania związków zależnościowych pomiędzy poziomem samoakceptacji a zmienną niezależną miejsca zamieszkania. Związki takie natomiast występują w relacji między poziomem przystosowania społecznego badanych osób a ich miejscem zamieszkania. Osoby mieszkające bowiem w miastach wojewódzkich wykazują istotnie wyższy poziom funkcjonowania społecznego niż osoby mieszkające w małych miastach i na wsi, przy równie wyższym – ale już nieistotnym statystycznie – poziomie tego funkcjonowania osób z miast w porównaniu z osobami ze wsi.

## 6. Wykształcenie

Udział zmiennej wykształcenia, a w węższym ujęciu poziomu umysłowego, w procesie przystosowania osób z paraplegią jest znaczący, o czym przekonują rezultaty szeregu badań przeprowadzonych na tej populacji osób. O ile jednak poglądy badaczy w powyższej kwestii są zgodne, to różnice występują w kierunkach określonych zależności (zob. rozdz. III). Są one dwubiegunowe. Z jednej strony uważa się, że osoby najlepiej przystosowane

charakteryzują się wyższym poziomem umysłowym i oczywiście wyższym wykształceniem, z drugiej zaś, że osoby najlepiej przystosowane to jednostki o średnim i niższym niż średnie poziomie umysłowym. Obecne analizy – z zastosowaniem metody wariacyjnej – nad poziomem samoakceptacji i poziomem przystosowania społecznego prowadzone są w aspekcie zmiennej niezależnej wykształcenia, która dzieli się na cztery kategorie obejmujące wykształcenie:

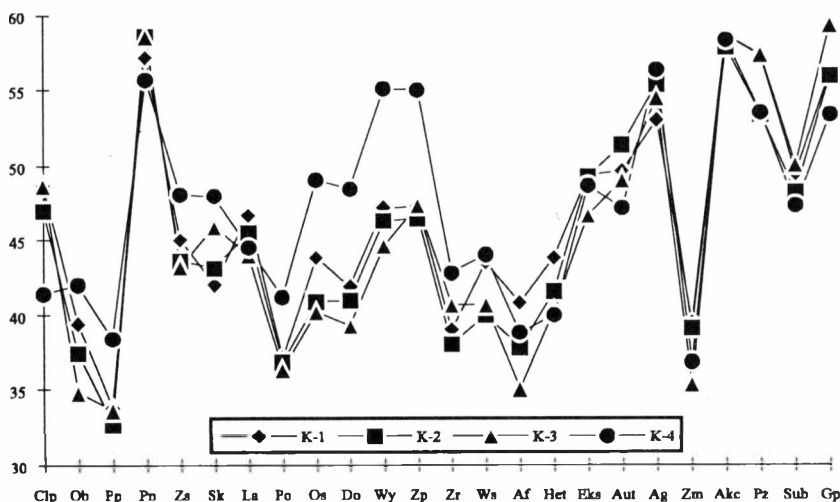
- podstawowe – K-1 (25 osób);
- zawodowe – K-2 (51 osób);
- średnie – K-3 (62 osoby);
- wyższe – K-4 (7 osób).

Analizy te pozwolą określić potencjalną rolę i znaczenie tego czynnika, jakim jest wykształcenie w procesie psychospołecznego przystosowania badanej grupy paraplegików.

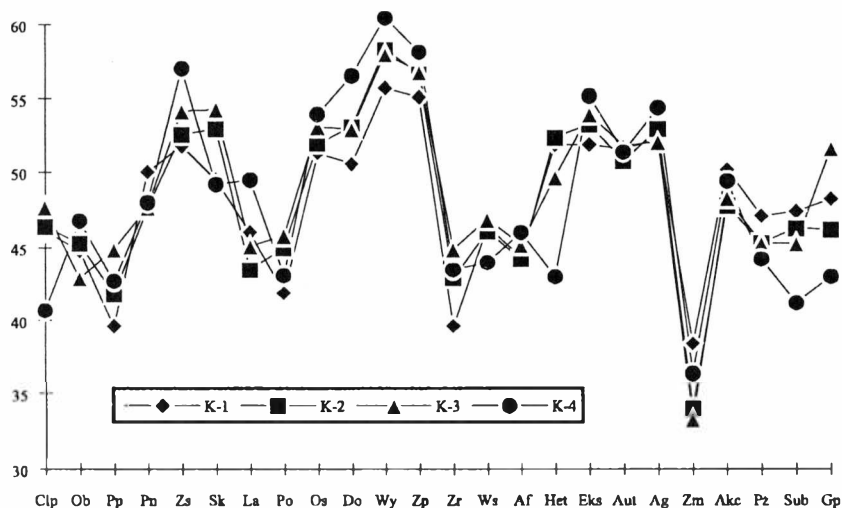
### Przystosowanie osobiste

W tab. 64. zaprezentowane są średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe ogólnego wskaźnika samoakceptacji („D”) dla czterech grup wykształcenia badanych osób z paraplegią oraz wartość statystyki  $F^0$  jednocześnie porównywanych średnich z tych grup wraz z przeprowadzonymi porównania-

Wykres 16. ACL – średnie profile „realnego obrazu własnej osoby” badanych grup wykształcenia osób z paraplegią



Wykres 17. ACL – średnie profile „idealnego obrazu własnej osoby” badanych grup wykształcenia osób z paraplegią



mi międzygrupowymi. Tabela z pracy pt. *Poziom psychospołeczny przystosowania osób z paraplegią w świetle celów rewalidacji* (archiwum UMCS) przedstawia zaś wartości statystyk  $F^0$  z przeprowadzonymi również – w wybranych przykładach – porównaniami międzygrupowymi dla średnich wskaźników samoakceptacji („d”). Obliczono je w analizowanych czterech grupach osób dla każdej z 24 skal ACL metodą różnicy różnic między średnimi realnego a idealnego obrazu własnej osoby (krzywe profilów realnego obrazu siebie porównywanych grup znajdują się na wyk. 16., natomiast krzywe profilów idealnego obrazu siebie na wyk. 17.), z podaną również wartością testu różnic między nimi ( $t^0$  – dla par zależnych).

Z przeprowadzonej analizy stopnia zróżnicowania ogólnych poziomów samoakceptacji wyszczególnionych grup osób z paraplegią, ze względu na zmienną wykształcenia, stwierdzić należy, że dwie spośród czterech analizowanych grup różnią się między sobą w zakresie przejawianego poziomu samoakceptacji. Uzyskana bowiem wartość testu  $F^0$  (2,739) okazała się istotna statystycznie na poziomie  $p < 0,05$ , co w konsekwencji pozwoliło dokonać porównań międzygrupowych. Wynika z nich, że grupa K-3, o najwyższym wskaźniku samoakceptacji „D”, bo 63,3 (7 stenów) – wskazującym na tendencję ku obniżonej samoakceptacji – różni się w sposób istotny statystycznie ( $p < 0,05$ ) od grupy K-1, o wskaźniku „D” na poziomie 44,4 (5 stenów). Osoby z wykształceniem podstawowym nie uzyskały jednak najniższego wyniku, ponieważ był on udziałem badanych z grupy K-4 i wynosił 40,4, a więc na poziomie dolnego wymiaru 5. stena, co wskazuje na tendencję do podwy-

ższej samoakceptacji. Niska liczebność badanych osób z tej grupy ( $N=7$ ) nie pozwoliła jednak na ustalenie ewentualnych prawidłowości i dlatego wskaźniki tej grupy nie mogą być brane pod uwagę. Na podstawie wyników pozostałych grup można przyjąć, że otrzymane dane wskazują na występowanie współzależności pomiędzy poziomem samoakceptacji badanych osób a zdobytym wykształceniem. Współzależność ta wygląda następująco: w miarę wzrostu wykształcenia badanych osób z paraplegią obniża się ich poziom samoakceptacji, co potwierdza m. in. średnia arytmetyczna wskaźnika „D” z grupy K-2 (58,7 – górna połowa 6. stena). Nie potwierdziły jednak tych zależności, w sposób bezpośredni, uzyskane wyniki w teście  $F^\circ$ , dla jednocześnie porównywanych – w wyodrębnionych grupach – średnich wskaźników samoakceptacji „d”, obliczonych dla każdej z 24 skal ACL, metodą różnicy różnic między średnimi realnego a idealnego obrazu własnej osoby. Tylko w odniesieniu do dwóch skal: Potrzeba afiliacji (Af) i Ekshibicjonizm psychiczny (Eks) otrzymane wartości (zbliżone co prawda tylko do istotności statystycznej) funkcji  $F^\circ$  pozwoliły na przeprowadzenie porównań międzygrupowych. Tylko w tych skalach osoby z grupy K-1 istotnie różniły się – na poziomie ufności  $p<0,05$  – od osób wchodzących w skład grupy K-3, wykazując wyższy stopień samoakceptacji danej cechy.

Z przeprowadzonej natomiast analizy porównawczej nominalów wskaźnika „d” w każdej ze skal Testu Przymiotników, w trzech grupach zmiennej wykształcenia: K-1, K-2 i K-3 wynika, że osoby z grupy K-1 uzyskały średnie wartości współczynnika „d” niższe od porównywanych u osób z grupy K-3 w 22 skalach ACL i u osób z grupy K-2 w 20 skalach. Natomiast w relacji między grupami K-2 i K-3 stosunek ten się wyrażał jak 15 do 9, czyli w 15 skalach osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym uzyskały wartości współczynnika „d” niższe, zaś w 9 wyższe od osób z wykształceniem średnim, przy czym różnice były tutaj bardzo minimalne. Grupy K-4 z powodu znikomej liczebności ( $N=7$ ) nie brano tutaj pod uwagę, gdyż istniało duże prawdopodobieństwo przypadkowego ułożenia się wyników, chociaż właśnie w tej grupie obserwuje się najmniejsze rozbieżności w analizowanych profilach. Na przykład tylko w jednej skali Pn stwierdzono różnicę na poziomie istotności statystycznej  $p<0,02$  między średnimi realnego a idealnego obrazu siebie, przy pozostałych skalach o różnicach losowych i wybitnie losowych oraz zbliżonych tylko do statystycznej istotności. A zatem można stwierdzić, iż o ile porównywane poziomy samoakceptacji w grupach zmiennej wykształcenia, liczone oddzielnie dla każdej ze skal Testu Przymiotników, nie wykazały istotnego zróżnicowania, to jednak przeprowadzona powyżej jakościowa analiza porównawcza potwierdziła w znacznym stopniu wcześniejsze ustalenia, że poziom wykształcenia wpływa na stopień samoakceptacji w sposób ujemny. Uzupełnieniem powyższych ustaleń będzie fakt, wskazujący i potwierdzający słuszność przyjętego (w staty-

stycznym ujęciu) kierunku interpretacji, że właśnie w grupie K-1 obserwuje się najmniejszą liczbę różnicowań na poziomie statystycznej istotności pomiędzy oznajmianymi profilami realnego a idealnego obrazu siebie. Oto bowiem w grupie tej, w 8 skalach (La, Zr, Ws, Eks, Aut, Ag, Zm i Sub), przy 5 (Clp, La, Aut, Ag i Sub) w grupie K-2 i 3 skalach (Clp, La i Zm) w grupie K-3, stwierdzono różnice nieistotne statystycznie, w dwóch zaś skalach, przy jednej w grupie K-2 i trzech w grupie K-3, na poziomie istotnym od  $p < 0,05$  do  $p < 0,02$ , oraz w 14 skalach o różnicach wysoce istotnych, na poziomie  $p < 0,01$  (6 skal) i  $p < 0,001$ , przy analogicznie: 18 skalach w grupie K-2 (jedna skala na poziomie  $p < 0,01$ ) i tyleż samo w grupie K-3. Jeżeli dodamy jeszcze, że uzyskane w tym materiale kierunki różnic były niemal identyczne, a rozbieżności w znakach występowały najczęściej w przypadkach, w których wartości  $t^\circ$  były nieistotne statystycznie, to udokumentowanie powyższych analiz staje się oczywiste. Świadczyć to będzie także o zbliżonym stopniu sygnalizowania w badanych grupach – w odpowiednich proporcjach zwłaszcza w odniesieniu do grup K-1 i K-3 – potrzeby zmian postrzeganych właściwości obrazu własnej osoby.

W jakim zatem stopniu dostrzeżone tutaj prawidłowości znajdują odzwierciedlenie w wykreślonych krzywych profilów realnego i idealnego obrazu własnej osoby i czy w związku z tym można mówić także o jakimś modelu funkcjonowania psychicznego badanych osób z paraplegią w aspekcie ukazanej zmiennej wykształcenia? Odpowiedź na to (podwójne) pytanie jest rzeczą nader trudną, zwłaszcza gdy się prześledzi przebieg zaprezentowanych profili. W obu bowiem przypadkach krzywe badanych profili grup wykształcenia wykazują duże rozbieżności w swym przebiegu. Co prawda tutaj także – analogicznie do wcześniej analizowanych profili zmiennych płci, wieku, pochodzenia społecznego, stanu cywilnego i miejsca zamieszkania – krzywe profilu idealnego obrazu siebie wykazują dosyć łagodny przebieg i usytuowane są w zdecydowanej większości w przedziale wyników przeciętnych. Bardziej stromo przebiegają natomiast krzywe profilu realnego obrazu siebie, usytuowane raczej na pograniczu wyników niskich i obniżonych, oprócz oczywiście tradycyjnie wysokich w tym materiale średnich ze skal Pn, Ag, Akc, Pż i Gp, których podwyższone wyniki są w dużym stopniu zgodne z modelem osobowościowym analizowanej populacji. Wyniki te świadczą o znacznym stopniu zintegrowania osobowości badanych, ale duża amplituda w większości skal porównywanych średnich grup wykształcenia sprawia, że podanie charakterystyk osobowościowych badanych grup osób musi być dokonane wieloetapowo. I tak, z realnego ujęcia obrazu siebie wynika, że u badanych osób z wykształceniem podstawowym (w porównaniu do osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym i średnim) w mniejszym stopniu występują takie cechy, jak: niespokojność, lękliwość, nieufność, sceptycyzm, niezdecydowanie i zainteresowanie własną osobą. Natomiast

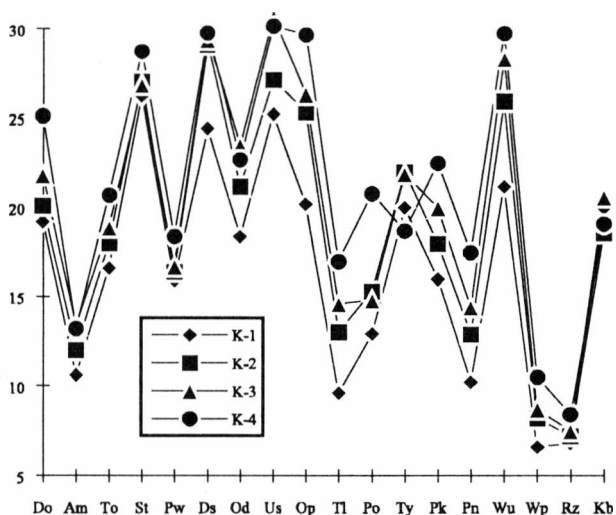
osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym są w nieco większym stopniu samodzielne i niezależne, chociaż czasami bardziej stanowcze i uparte, mają też nieco mniejsze problemy z akceptacją swojej sytuacji życiowej. Osoby z wykształceniem średnim wykazują w stosunku do osób z wykształceniem podstawowym i zasadniczym nieco większą niecierpliwość i impulsywność. Częściej też nie znoszą długotrwałego wysiłku czy też skupienia, niepokoją się o siebie i swoją sytuację, przejawiają tendencje do zajmowania się swoimi problemami.

Analogicznie przedstawia się sytuacja w ujęciu idealnego obrazu siebie. Badane osoby z wykształceniem podstawowym (w porównaniu do osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym i średnim) są w nieco mniejszym stopniu niepewne, ostrożne i lękliwe w nieokreślonych sytuacjach, ale również i mniej indywidualistyczne oraz idealistyczne. W mniejszym też stopniu doświadczają niepokoju i zwątpień w siebie, chociaż bywają także częściej określane jako „nie dopasowane do innych”, mniej bezpośrednie i mniej efektywne. W większym stopniu są wykonawcami niż myślicielami. Natomiast osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym częściej określane są jako zrutynizowane i konwencjonalne, zaś osoby z wykształceniem średnim (w stosunku do osób z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym) charakteryzowane są jako nieco mniej skłonne do poszukiwania towarzystwa, nie znajdują więc emocjonalnego zadowolenia w obcowaniu z innymi. W większym za to stopniu rozmyślają o przeszłości, niepokoją się o siebie, w sposób ambiwalentny traktują sytuację, w jakiej się znalazły.

### Przystosowanie społeczne

Porównując przebieg profilów osobowości, wykreślonych na podstawie danych uzyskanych w Inwentarzu Psychologicznym dla czterech grup wykształcenia badanych osób z paraplegią, stwierdzić należy, że zarówno ogólny poziom przystosowania, jak też sposoby adaptacji i funkcjonowania różnią się znacznie w analizowanych grupach. Średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe oraz wartości statystyki  $F^\circ$  wraz z przeprowadzonymi w wybranych przykładach stosownymi porównaniami międzygrupowymi przedstawione są w tabeli (zamieszczonej w przytaczanej wcześniej pracy: *Poziom psychospołeczny przystosowania...*), natomiast krzywe profilów osobowości badanych grup prezentowane są na wyk. 18. Spośród 18 współczynników testu  $F^\circ$ , jakie uzyskano w wyniku jednoczesnych porównań czterech średnich z 18 skal CPI, w 13 skalach: Do ( $p < 0,05$ ), Am, Ds, Od, Us, Op, Tl, Po, Ty, Pk, Pn, Wu i Wp (wszystkie na poziomie  $p < 0,01$ ) otrzymane wartości  $F^\circ$  okazały się istotne statystycznie, zaś w dwóch dalszych skalach: To (2,413) i Kb (2,522) zbliżone do istotnych ( $F_{0,05} - 2,67$ ), dzięki czemu w skalach tych



Wykres 18. CPI – profile osobowości badanych grup  
wykształcenia osób z paraplegią

dokonano porównań międzygrupowych. W ich efekcie różnice między średnimi stwierdzono: między osobami z grupy K-1 a osobami z grupy K-2 w skalach: Do, Od, Op, Tl, Ty, Pn, Wu i Wp (wszystkie skale –  $p < 0,01$ ); osobami z grupy K-1 a osobami z grupy K-3 w: Do i To (na poziomie  $p < 0,05$ ) oraz Am, Ds, Od, Us, Op, Tl, Ty, Pk, Wu i Wp (na poziomie  $p < 0,01$ ); osobami z grupy K-1 a osobami z grupy K-4: Do ( $p < 0,05$ ), Am, To, Od, Op, Tl, Po, Pk, Pn, Wu i Wp (wszystkie –  $p < 0,01$ ); osobami z grupy K-2 a osobami z grupy K-3 w: Kb ( $p < 0,05$ ), Od, Us, Pk, Pn i Wu (wszystkie –  $p < 0,01$ ); osobami z grupy K-2 a osobami z grupy K-4 w: Do ( $p < 0,05$ ), Po, Ty, Pk i Pn (wszystkie –  $p < 0,01$ ); oraz osobami z grupy K-3 a osobami z grupy K-4 w skalach: Po, Ty i Pn (wszystkie na poziomie  $p < 0,01$ ). Niemal we wszystkich porównaniach uzyskane różnice były korzystne dla osób o wyższym poziomie wykształcenia. Przeprowadzona jakościowa analiza porównawcza między wyodrębnionymi grupami tak średnich wyników ze wszystkich skal Inwentarza (CPI), jak i przeciętnych wyników przeliczonych, obliczonych ze wszystkich skal, potwierdza powyższe dane statystyczne. Zarówno bowiem w pierwszym przypadku, gdzie średnie wyniki uzyskane przez osoby z grupy K-1 były niższe od średnich z grupy K-2 i K-3 we wszystkich 18 skalach, zaś od średnich z grupy K-4 w 16 skalach, natomiast średnie z grupy K-2 niższe od średnich z grupy K-3 w 15 skalach i grupy K-4 w 17 skalach oraz średnie z grupy K-3 niższe od porównywanych średnich z grupy K-4 w 14 skalach, jak i w drugim – gdzie najniższy przeciętny wynik przeliczony ze wszystkich skal, na poziomie 4,4 stena (czyli bardzo niski), był udziałem osób z grupy K-1, a kolejne następne w poszczególnych grupach: K-2 – 5,3 stena, K-3 – 5,8 stena

i K-4 – 6,3 stena były coraz wyższe. Do danych z grupy K-4 należy podchodzić bardzo ostrożnie ze względu na niewielką liczebność tej grupy (N=7). Jednocześnie stwierdza się, że krzywa profilu wykreślona dla grupy K-3 przebiega zdecydowanie powyżej krzywych dla grup K-1 i K-2, tak jak i krzywa z grupy K-2 przebiega powyżej krzywej z grupy K-1, co wskazuje, iż zmienna wykształcenia badanych osób z paraplegią jest znaczącą determinantą ich przystosowania społecznego. A zatem wniosek: im wyższy poziom wykształcenia badanych paraplegików, tym wyższy ich stopień społecznego funkcjonowania.

Stwierdzenie to sprawdza się w przeprowadzonej analizie danych, które uzyskano w zakresie czterech kategorii mierzących dynamikę przystosowania. Osoby z grupy K-3 osiągnęły tu średnie wyniki przeliczone w tych dziedzinach – od najniższego na poziomie 5,5 stena w kategorii III do najwyższego na poziomie 5,9 stena w kategorii IV – co wskazuje na ich dobre lub bardzo dobre przystosowanie. W przeciwieństwie do nich osoby z grupy K-1 uzyskały średnie wyniki przeliczone na poziomie wyników bardzo niskich (3,3 stena w kategorii III) i niskich (4,2 stena w kategorii II i 4,7 stena w kategorii I) lub co najwyżej przeciętnych (5,2 stena w kategorii IV). Świadczy to o złym społecznym funkcjonowaniu w każdej z tych dziedzin. Osoby z grupy K-2 natomiast wykazują dobre techniki społecznego działania, jakkolwiek niski poziom ich motywacji i możliwości intelektualnych nie pozwalają na pełną realizację tych działań, o czym świadczy wysoki wynik w kategorii I (miary zrównoważenia – 5,5) oraz niski wynik w kategorii III (miary powodzenia życiowego i wydajności intelektualnej – 4,7 stena).

Następnie rozpatrzono relacje zachodzące między wynikami w skalach: Do a Od, Do a Po, Pk a Pn oraz Pn a Wu. Każdy z czterech układów skal reprezentowany tu jest: w grupie K-1 przez wyniki niskie, w grupie K-3 przez wyniki wysokie, zaś w grupie K-2 w układzie Do–Od oba wyniki niskie, w układach Pk–Pn i Pn–Wu wszystkie wyniki wysokie oraz w układzie Do–Po niski wynik w skali Do i wysoki w skali Po. Biorąc pod uwagę procedurę interpretacyjną Inwentarza, należy sądzić, że każda z analizowanych grup osób z paraplegią prezentuje odmienny typ przystosowania. Osobom z grupy K-3, czyli z wykształceniem średnim, przypisany został typ życzliwego lub światłego przywódcy, odznaczającego się następującymi cechami zachowania: aktywność, ambicja, pewność siebie, odpowiedzialność, pracowitość, cierpliwość, pomysłowość, umiejętność przewidywania, obowiązkowość, podejmowanie ryzyka, stawianie sobie wysokich wymagań, dojrzałość emocjonalna oraz stałość w poglądach i opiniach. Są to zatem osoby oryginalne i twórcze, charakteryzujące się silną motywacją, dużą integracją osobowości oraz postawami prospołecznymi. Natomiast osoby z grupy K-2 (wykształcenie zawodowe) prezentują konformistyczny typ postawy wobec otoczenia, który to typ – w połączeniu z pozostałymi cechami poszczególnych układów

skal – charakteryzowany jest jako: przyjazny, gorliwy, realistyczny, aktywny, rozumujący, ale i niestały, nie przewidujący, o zmiennych nastrojach i decyzjach oraz przyjmujący postawę obronną. Osoby z tej grupy obawiają się konfliktów w stosunkach społecznych, szukają tym samym takich związków, które nie wymagają od nich ani inicjatywy, ani też odpowiedzialności, a zapewniają powodzenie. Jeszcze innym typem przystosowania odznaczają się osoby z grupy K-1. Określany on jest tutaj jako egocentryczny lub też samotniczy, a objawia się niezadowolaniem, pobudliwością emocjonalną, zahamowaniem, nastrojowością, niespokojnością, drażliwością, apatycznością, brakiem motywacji oraz niską integracją osobowości. Osoby o tym typie przystosowania stoją na uboczu, unikają ludzi, łatwo je też urazić. W stosunkach zaś z innymi osobami nie przejawiają ani inicjatywy, ani też właściwej techniki postępowania.

Podsumowując uzyskane wyniki, stwierdzić można, że w prezentowanym materiale występują związki zależnościowe między zmienną niezależną wykształcenia badanych osób z paraplegią a uzyskanym przez nie poziomem psychospołecznego przystosowania. Związki te są jednak bardzo niejednolite i cechują się znaczną zmiennością. W pierwszym bowiem aspekcie przystosowania, jakim był poziom samoakceptacji i ocena jego stopnia zależności od poziomu wykształcenia danej osoby, stwierdzono występowanie ujemnych relacji zależnościowych, tzn. w miarę wzrostu wykształcenia badanych osób z paraplegią nasilały się u nich tendencje w kierunku obniżania się poziomu samoakceptacji. Jest to sytuacja odwrotna niż w drugim aspekcie przystosowania, dotyczącym oceny poziomu społecznego funkcjonowania w zależności od prezentowanego poziomu wykształcenia, gdzie występujące relacje zależnościowe były wybitnie dodatnie. Wzrostowi poziomu wykształcenia towarzyszył coraz wyższy poziom przystosowania społecznego.

## 7. Czas trwania inwalidztwa

Niewielka liczba danych na temat znaczenia tej zmiennej w procesie przystosowania nie pozwala bliżej określić jej roli. Coraz większe grono badaczy (zob. rozdz. III) skłonne jest jednak przyjmować, że zmienna ta wydaje się nie mieć większego znaczenia i wpływu na sposób i jakość przystosowania się oraz (co istotne dla niniejszych rozważań) że społeczne oddziaływanie uszkodzenia rdzenia kręgowego w czasie jest znacznie mniejsze niż można to przyjąć hipotetycznie. Sprawdzone zatem powyższe twierdzenie, badając za pomocą analizy wariancyjnej stopień zróżnicowania poziomów samoakceptacji i przystosowania społecznego w zależności od czasu trwania poprzedniego paraliżu u 145-osobowej grupy paraplegików. Dla zmiennej nie-

zależnej czasu trwania paraplegii (inwalidztwa) ustalono przy tym cztery grupy, stosując następujące kryteria czasowe:

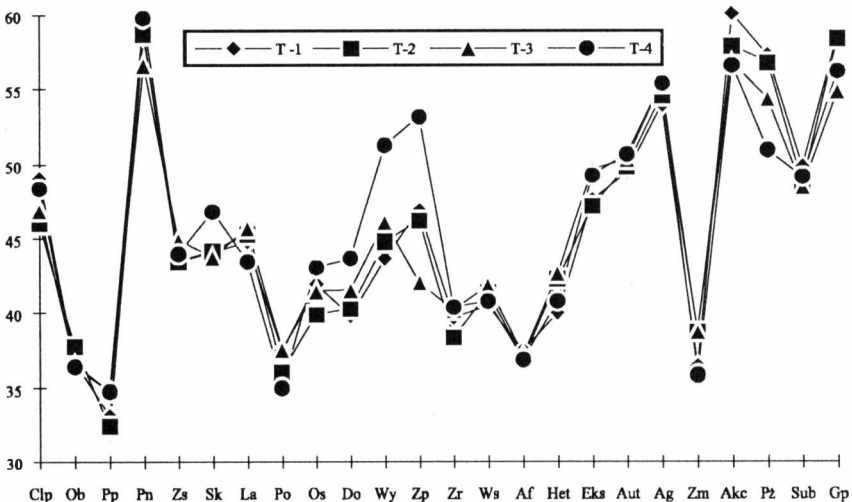
- od 1,0 do 3,0 roku – T-1 (59 osób);
- od 3,5 do 5,0 roku – T-2 (34 osoby);
- od 5,5 do 10,0 lat – T-3 (37 osób);
- od 10,5 do 22,0 lat – T-4 (15 osób).

### Przystosowanie osobiste

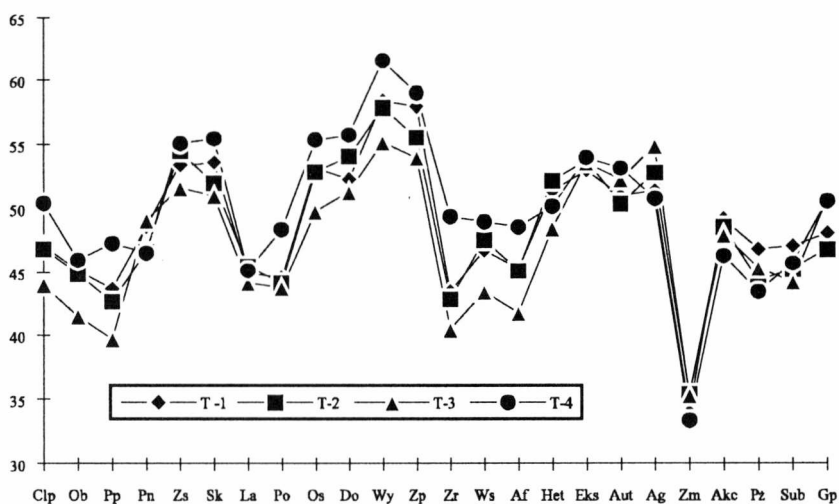
Wartość statystyki  $F^\circ$  porównywanych jednocześnie średnich ogólnego wskaźnika samoakceptacji („D”), otrzymanych z czterech grup czasu trwania inwalidztwa, oraz średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe tychże wskaźników z wyodrębnionych grup prezentuje tab. 64. Natomiast przytaczana wielokrotnie tabela (*Poziom psychospołecznego przystosowania...*) przedstawia wartości 24 statystyk  $F^\circ$  wraz z dokonanymi w wybranych przykładach porównaniami międzygrupowymi, dla średnich wskaźników samoakceptacji („d”) wyszczególnionych grup osób, obliczonych dla każdej skali Testu Przymiotników metodą różnicy różnic między średnimi realnego a idealnego obrazu własnej osoby z podaną także wartością testu różnic między nimi ( $t^\circ$  – dla par zależnych). Profile osobowości realnego i idealnego obrazu siebie badanych grup prezentują wykresy 19. i 20.

Uzyskane wskaźniki „D” poziomu samoakceptacji w badanych grupach osób z paraplegią (wyodrębnionych ze względu na czas trwania choroby)

Wykres 19. ACL – średnie profile „realnego obrazu własnej osoby” badanych grup czasu trwania inwalidztwa osób z paraplegią



Wykres 20. ACL – średnie profile „idealnego obrazu własnej osoby” badanych grup czasu trwania inwalidztwa osób z paraplegią



znajdujące się w wąskim przedziale tenowym – od najwyższego w grupie T-1 – 58,9 do najniższego w grupie T-3 – 54,3 oraz stenowym, bo w górnej połowie 6. stena, wskazują na ich przeciętność, z nieznaczną tendencją ku obniżonej akceptacji własnej osoby oraz swej sytuacji życiowej przez paraplegików. Najwyższe średnie uzyskały osoby o relatywnie najkrótszym czasie trwania inwalidztwa. Nie znalazło to jednak odbicia w otrzymanej wartości testu  $F^0$  (0,156) dla jednoczesnych porównań między średnimi, nieistotnej statystycznie, co pozwala wnioskować o braku zróżnicowania poziomów samoakceptacji u badanych osób z paraplegią ze względu na wyszczególnioną zmienną czasu trwania kalectwa, a tym samym o braku związków zależnościowych między obydwoma współczynnikami.

Porównując natomiast średnie wskaźniki samoakceptacji „d”, otrzymane w wyodrębnionych grupach, a obliczone dla każdej ze skal ACL metodą różnicy różnic między średnimi realnego a idealnego obrazu siebie, stwierdzić należy: w pięciu skalach Testu Przymiotników – Całkowita liczba zaznaczonych przymiotników (Clp), Liczba zaznaczonych przymiotników pozytywnych (Pp), Przystosowanie osobowościowe (Po), Zdolność rozumienia siebie i innych (Zr) oraz Gotowość do poddania się poradnictwu (Gp) – wystąpiły różnice w poziomach samoakceptacji danego wymiaru osobowości między poszczególnymi grupami pod względem czasu trwania paraplegii. W skalach tych uzyskana wartość testu  $F^0$  była albo istotnie wyższa (Clp – 2,715 i Gp – 2,75) od krytycznego poziomu ufności ( $F_{0,05} = 2,67$ ), albo zbliżona do niego (Po – 2,000; Po – 1,829 i Zr – 2,000), dzięki czemu dokonano stosownych porównań międzygrupowych. Efektem ich było stwierdzenie występo-

wania różnic (istotnych na poziomie  $p < 0,05$ ) między średnimi wskaźnikami „d” w grupach: T-3 i T-1 – skale Po i Gp; T-3 i T-2 – skale Clp i Gp; oraz T-3 i T-4 – skale Po i Zr. Widoczne jest, że w każdej z wymienionych skal jedną ze stron różnicujących była grupa T-3, a więc grupa osób, u których czas trwania paraplegii wahał się między 5,5 a 10 lat. W skalach Clp i Gp stopień rozbieżności między średnimi profilami obrazu siebie w tej grupie był niższy od porównywanych stopni innych grup, a zatem wykazywał wyższy poziom adaptacji danego wymiaru (ustalonego dla tej skali testu). W pozostałych natomiast skalach: Pp, Po i Zr relacje były już odwrotne, wskazywały na występującą u badanych osób z grupy T-3 tendencję do mniejszej samoakceptacji. Z przeprowadzonej zaś jakościowej analizy porównawczej wynika, że osoby z grupy T-3 uzyskały średnie wartości współczynnika „d” niższe od porównywanych w grupach: T-1 w 18 skalach, T-2 również w 18 skalach i T-4 w 19 skalach. Natomiast wskaźniki osób z grupy T-2 były niższe od osób z grupy T-1 w 13 skalach i T-4 w 16 skalach. Dla osób z grupy T-1 wyniki te były niższe od osób z grupy T-4 w 14 skalach.

Uzupełniając powyższe analizy, należy dodać, że właśnie w grupie T-3 – i co interesujące w grupie T-4 – obserwuje się najmniejszą liczbę zróżnicowań, istotnych statystycznie, pomiędzy profilami realnego a idealnego obrazu siebie, obliczonymi przy pomocy testu  $t^\circ$ . Oto bowiem w grupie tej w pięciu skalach (La, Zr, Aut, Ag i Zm), przy trzech skalach (La, Zr i Zm) w grupie T-1, czterech (Clp, La, Zr i Ag) w grupie T-2 oraz sześciu skalach (Clp, La, Zr, Ag, Zm i Sub) w grupie T-4 stwierdzono różnice nieistotne statystycznie. W trzech kolejnych zaś skalach grupy T-3, przy dwóch w grupie T-1, jednej w T-2 i żadnej w T-4 wystąpiły różnice niemal istotne, a dalej, w trzech następujących skalach o różnicach istotnych na poziomie  $p < 0,05$  i  $p < 0,02$ , przy odpowiednio równie istotnych na tym poziomie: dwóch skalach w T-1, dwóch w T-2 i ośmiu w T-4 oraz w pozostałych już 13 skalach o różnicach wysoce istotnych statystycznie –  $p < 0,01$  i  $p < 0,001$ , przy 17 skalach w grupach T-1 i T-2, a także 10 skalach na tym poziomie istotności w grupie T-4. Nadmienić ponadto trzeba, że w prezentowanym materiale otrzymane kierunki różnic były niemal identyczne, z wyjątkiem skali Clp, o zmiennych znakach średnich wskaźników „d” i wartości  $t^\circ$ . Na podstawie dokonanych porównań zarówno ogólnego wskaźnika „D”, jak i średnich wskaźników „d” (mimo pięciu skal różnicujących wybrane grupy), w aspekcie zmiennej czasu trwania inwalidztwa, stwierdzić więc można, że u badanych osób nie występuje istotniejszy stopień zależności między tą zmienną a ustalonymi poziomami samoakceptacji. Natomiast biorąc pod uwagę przedstawione wcześniej informacje oraz dane z analizy jakościowej, można stwierdzić, że osoby wchodzące w skład grupy T-3 (i w mniejszym już nieco zakresie z grupy T-4) wykazują – w porównaniu do osób z pozostałych grup czasowych trwania paraplegii – nieco odmienny obraz przystosowania psychicznego. Wprawdzie

stopień sygnalizowanej u nich potrzeby zmian postrzeganych cech i właściwości obrazu własnej osoby jest bardzo zbliżony, wykreślone profile realnego i idealnego obrazu własnej osoby w zasadzie potwierdzają słuszność przyjętego twierdzenia, częściowo go jednak weryfikując w kierunku przyznania większego stopnia odmienności funkcjonowania osobowościowego grupie T-4, a nie – jak to zostało wyżej ukazane – osobom z grupy T-3. Widać to szczególnie w przebiegu krzywych profilu realnego obrazu siebie, gdzie co najmniej w pięciu przypadkach (skale: Sk, Do, Wy, Zp i Pz) krzywa dla tej grupy znacznie odbiega od pozostałych, przy dwóch (skale Do i Gp) w krzywej dla grupy T-3, wykazujących dużą zgodność ukierunkowań w nastawieniu do spełnienia określonej cechy usytuowanej na kontinuum wyników wysokich i niskich w danej skali. Potwierdza to także przebieg krzywych profilu idealnego obrazu siebie, jakkolwiek w tym wypadku (w 15 co najmniej skalach) obserwuje się zjawisko określone (tutaj) mianem trójtorowości przebiegu krzywych. Polega ono na tym, że krzywe z grupy T-3 i T-4 przebiegają równolegle w stosunku do siebie, w znacznej jednak odległości, co wskazuje na duże zróżnicowanie jakościowe w przejawianych właściwościach funkcjonalnych badanych osób. Natomiast pomiędzy tymi krzywymi, mniej więcej pośrodku, przebiegają krzywe z grup T-1 i T-2, które w dużym stopniu pokrywają się, wykazując tym samym charakter pośrednich cech – w stosunku do skrajnych krzywych T-3 i T-4 – funkcjonowania osobowościowego. Tak więc można przyjąć, że osoby z paraplegią trwającą powyżej 10 lat, w odniesieniu do pozostałych, których czas trwania inwalidztwa jest krótszy, przejawiają w realnym obrazie własnej osoby wiele cech wskazujących na nieco większą pewność siebie, submisyjność, upór i autokratyczność. W mniejszym stopniu widzą siebie jako jednostki słabe lub przykre. Nieco bardziej zaś od porównywanych osób są one opanowane, odpowiedzialne, szczerze i niezawodne, chociaż osiągnięcie tych dwóch ostatnich cech przychodzi im kosztem indywidualności i spontaniczności. Natomiast osoby o czasie trwania paraplegii między 5,5 a 10 lat, w stosunku do osób z pozostałych kategorii czasu, wykazują nieco więcej energii, wytrwałości i silnej woli. Są też nieco mniej pesymistyczne.

Profil idealnego obrazu własnej osoby zawiera charakterystyki osobowościowe modeli funkcjonowania psychicznego badanych osób, dokonane oddzielnie dla grupy osób chorych na paraplegię powyżej 10 lat i osobno dla grupy osób z paraplegią trwającą od 5,5 roku do 10 lat. Osoby z pozostałych grup, o krótszym czasie trwania inwalidztwa, przejawiają cechy pośrednie. A zatem, osoby z grupy T-4 są nieco bardziej emocjonalne, skłonne do rywalizacji, stanowcze, wytrwałe, niezawodne, sumienne, trzeźwo myślące, poważne, pełne entuzjazmu. Nie boją się ryzyka, wychodzą naprzeciw innym i starają się robić wszystko dobrze. Łatwiej się przystosowują, będąc przy tym mniej niespokojne, lękliwe i kapryśne. W przypadku zaś osób z grupy T-3

częściej stwierdza się skłonności do niezadowolenia, niezdecydowania, sceptycyzmu, rozrzutności, nieufności, uporów, krytykowania siebie i narzekania na swoją sytuację życiową. Mają one mniej pewności i zaufania do siebie oraz skłonność do zbytnej samokontroli. Jednocześnie są to jednostki nieco bardziej opanowane i spokojne, idealistyczne, zachowujące rezerwę w stosunku do innych.

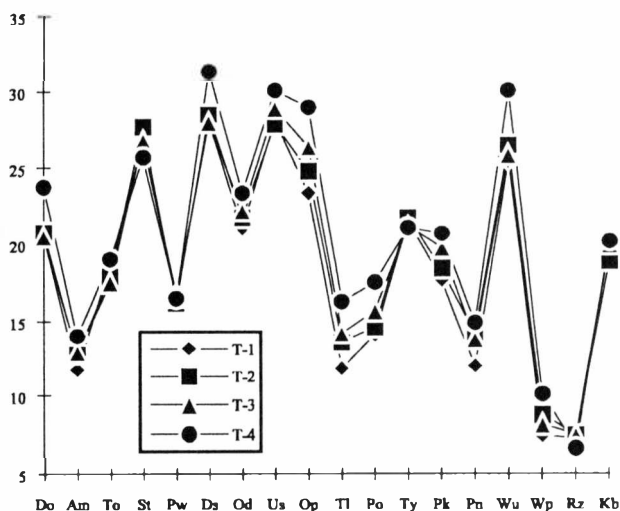
## Przystosowanie społeczne

Na ile powyższe charakterystyki realnego i idealnego obrazu własnej osoby analizowanych grup badanych osób, w kontekście uzyskanych poziomów samoakceptacji, okażą się psychologicznie zgodne z analogicznymi z zakresu osobowościowych wymiarów społecznego funkcjonowania, mierzonych Inwentarzem Psychologicznym, stwierdzić będzie można po przeprowadzeniu stosownej analizy danych otrzymanych w tym zakresie.

Średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe oraz wartości testu  $F^0$  dla czterech porównywanych jednocześnie średnich wraz z przeprowadzonymi porównaniami międzygrupowymi przedstawione są tabelarycznie (np. *Poziom psychospołeczne przystosowania...*), natomiast profile osobowości badanych grup ukazane są na wykr. 21.

Uzyskane w czterech skalach CPI (spośród 18) wartości statystyki  $F^0$  na poziomie istotności statystycznej  $p < 0,05$  oraz w dwóch dalszych skalach zbli-

Wykres 21. CPI – profile osobowości badanych grup czasu trwania inwalidztwa osób z paraplegią





żone do istotności pozwoliły na dokonanie następujących porównań międzygrupowych. Osoby z grupy T-4 istotnie różnią się na poziomie ufności  $p < 0,05$  od osób z grupy T-1 w skalach: Do, Op, Tl, Po, Pn i Wu, zaś od osób z grup T-2 i T-3 w skali Wu. Natomiast osoby z grupy T-3 różnią się od osób z grupy T-1 w skalach: Tl i Pn oraz od osób z grupy T-2 w skali Pn. Różnice niemal istotne zaobserwowano między grupami: T-4 a T-3 w skalach Do i Wp, T-4 a T-1 w skali Pk, T-4 a T-2 w skali Do, oraz T-1 a T-2 w skali Wp, a także T-1 a T-3 w skali Pk. Wszystkie różnice wypadły na korzyść osób z grup o dłuższym czasie trwania paraplegii. Spostrzeżenie to potwierdzają zarówno dane z jakościowej analizy porównawczej wyodrębnionych grup, między średnimi poszczególnych skal CPI, jak i dane z takiej samej analizy, ale już między przeciętnymi wynikami przeliczonymi, obliczonymi ze wszystkich skal Inwentarza. Najwyższy więc przeciętny wynik przeliczony, na poziomie 6,0 stena, stwierdzono w grupie T-4, najniższy zaś na poziomie 5,1 stena w grupie T-1, przy dwóch pozostałych wynikach z grup T-2 i T-3 na idealnie równym poziomie – 5,4 stena. Osoby z grupy T-4 uzyskały średnie wyniki w poszczególnych skalach, wyższe od porównywanych średnich w tych samych skalach z grup T-1 i T-3 w 14 wymiarach CPI. Od średnich z grupy T-2 są one wyższe w 15 wymiarach. Osoby z grupy T-3 osiągnęły natomiast w stosunku do osób z grupy T-2 wyższe średnie w 10 skalach, a względem osób z grupy T-1 w 13 skalach. Osoby z grupy T-2 uzyskały w poszczególnych skalach wyższe wyniki od osób z grupy T-1 w 14 wymiarach Inwentarza. Można zatem przyjąć, że osoby o dłuższym okresie trwania inwalidztwa, szczególnie z przedziału od 10,5 do 22 lat, wykazują istotnie lepszy ogólny poziom przystosowania społecznego niż osoby o krótkim czasie trwania inwalidztwa, zwłaszcza w odniesieniu do badanych z przedziału od roku do trzech lat.

Prawidłowości te potwierdzają się również w przeprowadzonej analizie porównawczej danych z zakresu czterech dziedzin społecznej działalności badanych grup osób o różnym czasie trwania paraplegii. Osoby z grupy T-4 wykazują bowiem w każdej z czterech kategorii dynamizmu przystosowawczego bardzo dobre społeczne funkcjonowanie. Wszystkie cztery średnie wyniki przeliczone znajdują się w tej grupie na granicy wyników wysokich, w przedziale od 5,8 do 6,1 stena, co w porównaniu z odpowiednimi wynikami grup T-2 i T-3, wskazującymi na ich przeciętne funkcjonowanie społeczne (od 5,0 do 5,9 stena), oraz w zestawieniu z wynikami grupy T-1 (od 4,5 do 5,4 stena), świadczącymi o ich mniejszym przystosowaniu społecznym, jeszcze mocniej ugruntowuje zauważoną prawidłowość. Zaznaczyć też należy, że osoby z grupy T-1 mimo wszystko posiadają (o czym świadczy interpretacja zastanego w tej grupie układu: niski wynik w kategorii III a podwyższony w I) dużo potencjalnych możliwości poprawnego funkcjonowania społeczne-

go. Nie mogły się one jednak ujawnić z powodu niskiego stopnia motywacji i osiągnięć intelektualnych.

Relacje zachodzące między skalami Do a Od, Do a Po, Pk a Pn oraz Pn a Wu są następujące: w grupie T-4 każdy z czterech układów reprezentowany jest przez wyniki wysokie, w grupie T-1 tylko w skali Po obserwuje się występowanie wyniku wysokiego, we wszystkich pozostałych zaś skalach są one już niskie, natomiast w grupach T-2 i T-3, w układzie Do–Od oba wyniki są niskie, w układzie Do–Po w pierwszej skali wynik jest niski, w drugiej wysoki, w relacji Pn–Wu odwrotnie do poprzedniego układu i tylko w układzie Pk–Pn w grupie T-3 oba wyniki są wysokie. W grupie T-2 w pierwszej skali wynik jest niski, w drugiej wysoki. Na podstawie tych relacji zauważyć należy, że osoby o najdłuższym czasie trwania paraplegii, powyżej 10 lat, w dużym stopniu odznaczają się rozsądkiem, niezależnością, ambicją, aktywnością, pracowitością, pomysłowością, stałością w poglądach i opiniach oraz dojrzałością emocjonalną. Są to osoby oryginalne i twórczo myślące, bardzo dobrze przystosowane, o dużej integracji osobowości. Ich typ przystosowania bywa określany jako przywódca światły lub życzliwy. Pozostałe badane osoby nie przejawiają już takich cech. Obserwuje się, że w miarę skracania się czasu trwania paraplegii pojawia się coraz więcej cech wskazujących na zachowania określone mianem nieodpowiedzialnych i niestałych. Osoby te są nieprzewidujące oraz pozbawione głębszych zainteresowań; zauważa się u nich zmienność nastrojów, drażliwość oraz małą integrację osobowości. Przeważa u nich konformistyczny typ postawy wobec otoczenia. Można zatem powiedzieć, że czas trwania paraplegii jest czynnikiem, który wpływa na sposób i jakość przystosowania społecznego osób doświadczających tego schorzenia. Im czas ten jest dłuższy, tym lepsze obserwuje się funkcjonowanie społeczne badanych osób.

Podsumowując powyższe analizy, dotyczące roli i znaczenia zmiennej czasu trwania inwalidztwa badanych osób z paraplegią na ich poziom przystosowania psychospołecznego, stwierdzić należy, że w przystosowaniu społecznym takie związki zależnościowe między powyższymi zmiennymi dostrzeżono. Nie zauważono ich natomiast w przystosowaniu psychicznym, albowiem ani ogólny wskaźnik samoakceptacji „D”, ani też średnie wskaźniki „d” nie różnicowały się w podziałach uwzględniających kryterium czasu trwania paraplegii.

## 8. Źródła utrzymania

Zmienna źródła utrzymania, analogicznie jak zmienna pochodzenia społecznego, nie była dotychczas analizowana jako odrębny czynnik demografi-

czno-społeczny, mający ewentualny wpływ na przebieg procesu przystosowania i jego efekty u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. W wielu jednak badaniach, co zostało przedstawione w rozdz. III niniejszej pracy, zauważono, że warunki materialne odgrywają znaczną rolę w procesie przystosowania paraplegików. Badania, które zostały tutaj przeprowadzone, dotyczyły nie tyle potencjalnych związków zależnościowych pomiędzy psychospołecznym przystosowaniem osób z paraplegią a ich warunkami materialnymi, co raczej wpływu źródła utrzymania na określony poziom przystosowania tychże osób. Stopień zróżnicowania powyższych poziomów analizowany był z zastosowaniem metody wariancji. Do zmiennej niezależnej źródła utrzymania zastosowano następujące kryteria podziału:

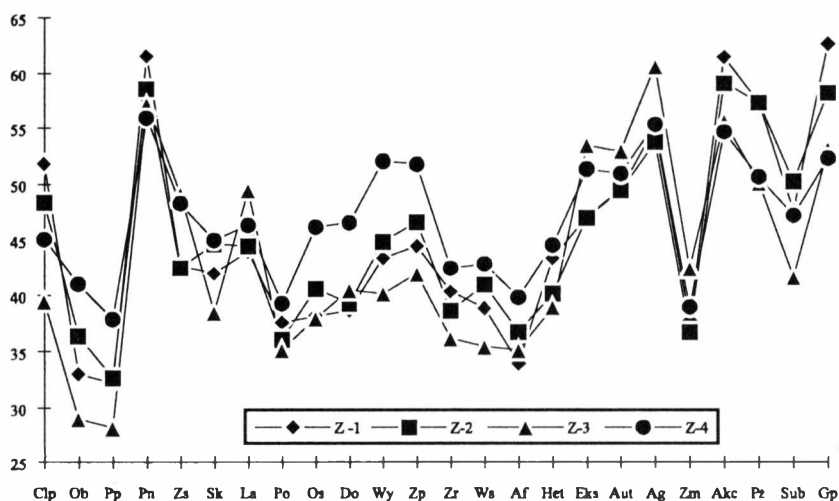
- bez środków – Z-1 (12 osób);
- renta – Z-2 (99 osób);
- praca – Z-3 (4 osoby);
- praca plus renta – Z-4 (30 osób).

### Przystosowanie osobiste

Średnia arytmetyczna i odchylenia standardowe ogólnego wskaźnika samoakceptacji („D”) dla czterech grup odnośnie źródła utrzymania badanych osób z paraplegią oraz wartość statystyki  $F^\circ$  porównywanych jednocześnie czterech średnich, wraz z przeprowadzonymi porównaniami międzygrupowymi, ukazane są w tab. 64. Natomiast w tabeli zamieszczonej w pracy pt. *Poziom psychospołeczny przystosowania osób z paraplegią w świetle celów rewalidacji* (archiwum UMCS) prezentowane są wartości statystyk  $F^\circ$ , również z przeprowadzonymi w wybranych przykładach porównaniami międzygrupowymi, dla średnich wskaźników samoakceptacji („d”) badanych grup, obliczonych dla każdej z 24 skal ACL metodą różnicy różnic między średnimi realnego a idealnego obrazu własnej osoby (profile poszczególnych obrazów siebie wyodrębnionych grup przedstawione są na wykresach 22. i 23.), z podaną również wartością testu  $t^\circ$  (dla par zależnych) różnic między nimi.

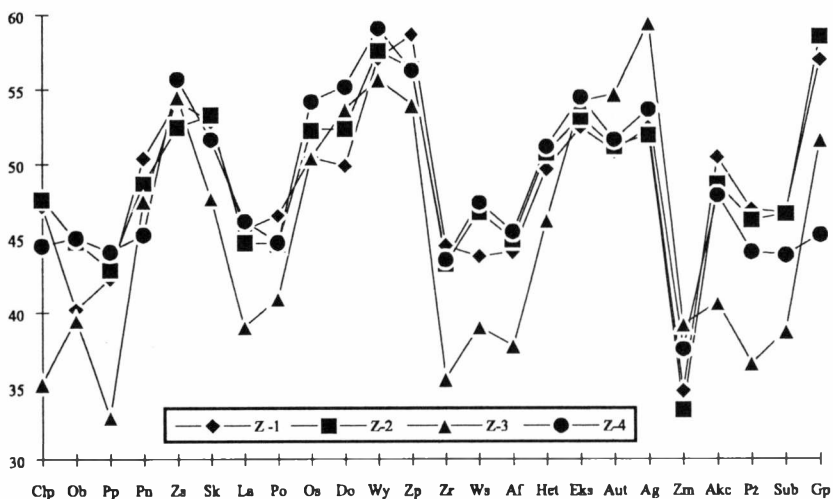
Na podstawie dokonanej oceny ogólnego poziomu samoakceptacji u osób z paraplegią, z uwzględnieniem czterodzielnej zmiennej niezależnej źródła utrzymania tychże osób, stwierdzić należy, że zmienna ta warunkuje poziom samoakceptacji w badanych grupach. Uzyskana wartość testu  $F^\circ$  dla porównywanych średnich (2,266) okazała się niemal istotna statystycznie ( $F_{0,05} - 2,67$ ), wobec czego dokonano porównań międzygrupowych. Wynika z nich, że osoby wchodzące w skład grupy Z-2 otrzymały najwyższy wskaźnik ogólnego poziomu samoakceptacji, bo 61,2 (na pograniczu 6. i 7. stena), świadczący o przejawianiu przez nie tendencji ku obniżonej akceptacji swego stanu i różnicujący – istotnie ( $p < 0,05$ ) – najniższy wskaźnik tegoż

Wykres 22. ACL – średnie profile „realnego obrazu własnej osoby” badanych grup źródła utrzymania osób z paraplegią



poziomu z grupy Z-4 na poziomie 43,8, a więc z dolnego obszaru 5. stena, czyli z obszaru wyników wskazujących na nieznaczną tendencję ku większej samoakceptacji. Również wysoki wskaźnik „D” (na poziomie 60,3) uzyskali osoby z grupy Z-1, jakkolwiek nie różnicujący z żadnym innym pozostałym, co pozwala sądzić – przy założeniu nieuwzględniania wskaźnika „D” (na po-

Wykres 23. ACL – średnie profile „idealnego obrazu własnej osoby” badanych grup źródła utrzymania osób z paraplegią



ziomie 55,2) otrzymanego przez osoby z grupy Z-3 z powodu jej znikomej liczebności ( $N=4$ ) – że aktywność społeczno-zawodowa badanych osób z paraplegią, określana tutaj m. in. pod postacią wykonywanej pracy, przyczynia się do wzrostu poziomu przystosowania psychicznego tych osób. Powyższe zależności nie zostały jednak bezpośrednio potwierdzone – analogicznie jak we wcześniej analizowanej sytuacji z udziałem zmiennej wykształcenia – przez uzyskane wartości testu  $F^\circ$ , dla czterech porównywanych jednocześnie średnich wskaźników „d”, obliczonych oddzielnie dla każdej z 24 skal Testu Przymiotników metodą różnicy różnic między średnimi realnego a idealnego obrazu własnej osoby. Jedynie bowiem w skali Zamiłowanie do porządku (Zp) otrzymany współczynnik  $F^\circ$  (2,661, czyli zbliżony do  $F_{0,05} - 2,67$ ) pozwolił przeprowadzić stosowne porównanie międzygrupowe, w wyniku którego stwierdzono, że w skali tej osoby z grupy Z-4 różniły się istotnie statystycznie na poziomie  $p<0,05$  w uzyskanym stopniu samoakceptacji od osób z grup Z-1 i Z-2. W pozostałych już 23 skalach ACL, wyszczególnione grupy badanych osób nie różniły się między sobą. Przeprowadzona jednak we wszystkich skalach jakościowa analiza porównawcza nominalnych wartości wskaźnika „d” uwzględniła tylko trzy grupy zmiennej źródła utrzymania: Z-1, Z-2 i Z-4. Grupa Z-3 z powodu swej znikomej liczebności nie była brana pod uwagę, jakkolwiek właśnie w niej obserwuje się najmniejszą rozbieżność w analizowanych profilach obrazu, gdzie na przykład tylko w jednej skali Wy stwierdzono różnicę na poziomie istotności  $p<0,01$  między średnimi realnego a idealnego obrazu siebie, przy pozostałych skalach nieistotnych i zbliżonych do istotności. W efekcie tej analizy osoby z grupy Z-4 uzyskały średnie wartości wskaźników „d” niższe od porównywanych z osobami z grupy Z-2 w 21 skalach ACL i osobami z grupy Z-1 w 20 skalach. Natomiast w relacji między grupami Z-1 a Z-2 stosunek ten wyraża się jak 12 do 12, czyli żadna ze stron nie wykazuje w poszczególnych skalach przewagi pod względem stopni rozbieżności profilów. A zatem stwierdzić można, że o ile porównywane poziomy samoakceptacji z grup źródła utrzymania, oddzielnie liczone dla każdej ze skal Testu Przymiotników, nie wykazały istotnego zróżnicowania poszczególnych grup, to jednak przeprowadzona powyżej analiza porównawcza w znacznym stopniu potwierdziła wcześniejsze ustalenia odnoszące się do zauważonego związku zależnościowego między źródłem utrzymania badanych osób z paraplegią a ich ogólnym poziomem samoakceptacji („D”). O słuszności powyższych ustaleń świadczy również fakt, że właśnie w grupie Z-4 obserwuje się najmniejszą liczbę zróżnicowań – na poziomie istotności statystycznej – pomiędzy przejawianymi profilami realnego a idealnego obrazu siebie. W grupie tej bowiem w pięciu skalach (Clp, La, Zr, Aut i Zm), przy dwóch skalach (Clp i La) w grupie Z-2, stwierdzono różnice losowe lub wybitnie losowe, w jednej natomiast skali występująca różnica była niemal istotna, przy dwóch skalach z grupy Z-2 oraz trzech skalach o różnicach na

poziomie istotności  $p < 0,05$  i  $p < 0,02$  i 15 skalach na poziomie wysoce istotnym  $p < 0,01$  i  $p < 0,001$ , przy 20 skalach z grupy Z-2 o różnicach wysoce istotnych ( $p < 0,01 - 0,001$ ). Zauważyć tutaj należy również, że pomimo występowania jakościowych różnic w opisywanych wymiarach samoakceptacji (między danymi grupami) zmiennej źródła utrzymania, badane osoby w zbliżonym stopniu sygnalizują potrzebę zmian postrzeganych u siebie właściwości (w odpowiednich oczywiście proporcjach).

Czy wobec tego dostrzeżone tutaj prawidłowości lub też tendencje w kierunku takich a nie innych relacji zależnościowych znajdują odzwierciedlenie w wykreślonych profilach realnego i idealnego obrazu własnej osoby i czy w związku z tym można również mówić tutaj o jakimś specyficznym modelu funkcjonowania osobowościowego badanych osób w ujęciu zmiennej źródła utrzymania? Odpowiedź na to pytanie (raz już postawione w niniejszej pracy) nastęrcza szereg trudności z powodu zbliżonych w obu przypadkach kierunków analiz. Już bowiem z pobieżnej analizy przebiegu krzywych badanych profili widać cechujący je duży stopień rozbieżności, bodajże najwyższy ze wszystkich dotychczas analizowanych. Z tym, że w większym zakresie odnosi się to do profilu realnego obrazu siebie, gdzie na przykład krzywa tego profilu z grupy Z-1 w znaczny sposób odbiega od pozostałych krzywych w następujących skalach: Clp, Ob, Pn, Sk, Ws, Af, Akc i Gp. Natomiast krzywa z grupy Z-2, relatywnie do dwóch pozostałych w takich skalach, jak: Os, Do i Het, oraz krzywa z grupy Z-4 różni się w swym przebiegu, analogicznie do powyższych przykładów w skalach: Clp, Ob, Pp, Zs, La, Po, Wy, Zp, Zr, Af, Eks, Akc i Gp. W profilu idealnego obrazu siebie tylko krzywe z grup Z-1 i Z-4 różnią się w swym przebiegu od pozostałych krzywych, a także między sobą. W przypadku grupy Z-1 ma to miejsce w skalach: Ob, Pn, Po, Os, Do, Ws, Akc i Gp, zaś w grupie Z-4 dotyczy skal: Clp, Pn, Os, Do, Pż, Sub i Gp. Zrezygnowano tutaj oczywiście z analizy przebiegu krzywej profilu grupy Z-3, wykazującej znaczne odstępstwa od i tak już zróżnicowanych pozostałych krzywych. W związku z powyższym, przeprowadzona charakterystyka cech i właściwości przemawiających za określonym modelem funkcjonowania osobowościowego badanych grup, w ujęciu realnego i idealnego obrazu siebie, dokonana została w kilku układach relacyjnych. W realnym obrazie siebie – w pierwszym układzie – charakteryzowane są osoby będące na utrzymaniu rodziny. W porównaniu do osób pobierających rentę, a jednocześnie pracujących zawodowo oraz wyłącznie pobierających rentę przejawiają one cechy wskazujące na nieco większą emocjonalność, buntowniczość, niespokojność, nieufność i lękliwość. Wykazują również większe skłonności do robienia błędów, bardziej też krytykują siebie i innych oraz narzekają i użalają się nad swoją sytuacją życiową. Są to osoby pesymistyczne i niezdolne do cieszenia się życiem. Czują się pozbawione wielu rzeczy, są zaniepokojone o siebie i przejawiają ambiwalencję co do swej osoby.

W drugim natomiast układzie charakteryzowane są osoby pobierające rentę. Określane są one jako sceptyczne, niepewne siebie, skryte i niezadowolone ze swego obecnego stanu. Nie lubią zwracać na siebie uwagi, dlatego unikają sytuacji wymagających wyboru i podejmowania decyzji. W większym stopniu wykazują skłonność do szybkiego zniechęcania się i zahamowań, ale również do przebiegłości i wyrachowania w stosunkach interpersonalnych. W układzie zaś trzecim, osoby pobierające rentę i jednocześnie pracujące zawodowo (w odniesieniu do osób tylko pobierających rentę oraz będących na utrzymaniu rodziny) są charakteryzowane jako bardziej opanowane, spokojne, wytrwałe, ambitne, odpowiedzialne, mające więcej zaufania do siebie, lubiące aktywność i cieszące się życiem. Są równocześnie bardzo konwencjonalne, zachowują rezerwę wobec innych i trzymają się na uboczu. W mniejszym stopniu widać u nich objawy niespokojności, uporczywości, wątpliwości, zamartwiania się, niezadowolenia, narzekania i kapryśności oraz ulegania emocjom. W znacznym stopniu są to osoby szczerze i niezawodne, chociaż odbywa się to kosztem ich indywidualności i spontaniczności.

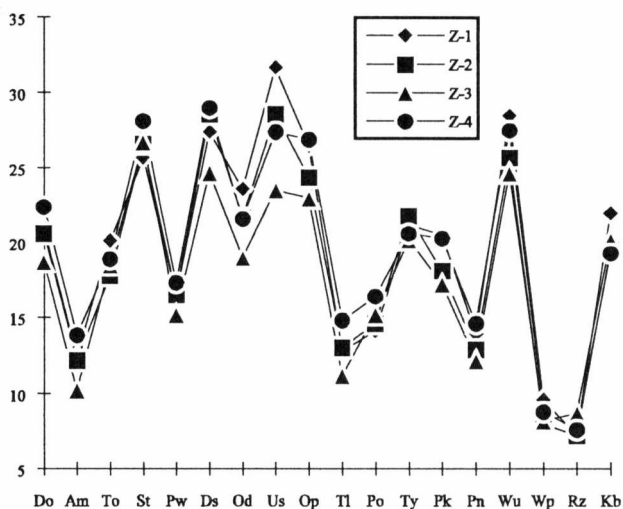
Natomiast idealny obraz własnej osoby jawi się w analizowanym materiale tylko w dwóch układach. Pierwszy charakteryzuje osoby będące na utrzymaniu rodziny. W porównaniu do pozostałych osób są one uważane za bardziej niespokojne, lękliwe i sceptyczne, ale też bardziej buntownicze, chociaż skłonne także do opowiadania o swoich problemach. Ich zachowanie świadczy o mniejszej ufności, pewności siebie i mniejszym optymizmie. Są zaniepokojone o siebie i potrzebują pomocy (porady). A więc charakterystyka tego obrazu zbliżona jest bardzo do charakterystyki obrazu realnego. Podobnie rzecz się ma w drugim układzie, gdzie osoby pobierające rentę i jednocześnie pracujące zawodowo (w stosunku do osób z dwóch pozostałych grup źródła utrzymania) są określane jako bardziej opanowane, spokojniejsze i taktowniejsze. Wykazują też dużo więcej niż pozostali badani wytrwałości i silnej woli. Są to ludzie optymistyczni, produktywni, stanowczy, energiczni, spontaniczni oraz niezależni, a także bardziej pewni siebie. Szukają towarzystwa innych i wychodzą im naprzeciw. Motywy ich działania skoncentrowane są częściej na celu niż na rywalizacji.

### Przystosowanie społeczne

Średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe oraz wartości testu  $F^0$  dla czterech porównywanych jednocześnie średnich wraz z przeprowadzonymi w wybranych przykładach (gdy  $F^0 > F_{0,05}$ ) porównaniami międzygrupowymi zaprezentowane są w przytaczanej już tabeli (*Poziom psychospołeczne przystosowania...*), zaś krzywe profilów osobowości analizowanych grup ukazane są na wyk. 24. Opierając się na tych wskaźnikach stwierdzić należy, że grupy badanych osób nie wykazują różnicowania w ogólnym po-

ziomie przystosowania społecznego. Tylko w dwóch skalach – Us i Pk – otrzymane wartości statystyki  $F^{\circ}$  (2,093 i 2,090) były zbliżone do wartości krytycznych tego testu ( $F_{0,05} = 2,67$ ), co pozwoliło dokonać stosownych po-

Wykres 24. CPI – profile osobowości badanych grup źródła utrzymania osób z paraplegią



równań międzygrupowych. W ich wyniku stwierdzono, iż osoby z grupy Z-1 uzyskały średnią w skali Us istotnie wyższą ( $p < 0,05$ ) od porównywanej średniej uzyskanej przez osoby z grupy Z-3, natomiast osoby z grupy Z-4 średnią w skali Pk wyższą – na poziomie  $p < 0,05$  – od średniej z tej skali, otrzymanej przez osoby z grupy Z-2. Różnica między średnimi w skali Us dla osób z grup Z-1 i Z-4 była zbliżona do istotnej. Również jakościowa analiza porównawcza średnich wyników ze wszystkich 18 skal CPI oraz przeciętnych wyników przeliczonych, obliczonych dla każdego porównywanego profilu oddzielnie, nie wykazała istotniejszych różnic. Tak więc osoby z grupy Z-1 uzyskały średnie z poszczególnych skal testu wyższe od analogicznych średnich z grupy Z-2 w 13 skalach, z grupy Z-3 w 15 skalach i z grupy Z-4 w 8 skalach, natomiast osoby z grupy Z-2 od osób z grupy Z-3 w 12 skalach i od osób z grupy Z-4 w 4 skalach. Osoby z grupy Z-3 osiągnęły średnie wyższe tylko w 2 skalach od średnich uzyskanych przez osoby z grupy Z-4. Także przeciętne wyniki przeliczone, obliczone ze wszystkich skal CPI dla porównywanych grup, były bardzo zbliżone. W grupach Z-1 i Z-4 były identyczne, na poziomie 5,6 stena, natomiast w grupie Z-2 nieco niższe – 5,3 stena. Tylko w grupie Z-3 bardzo różniły się od powyższych, bo najniższy wynosił 4,8 stena. Nadmienić tutaj należy, że grupa Z-3 była bardzo nieliczna ( $N=4$ ), tak zresztą jak i grupa Z-1 ( $N=12$ ), stąd do uzyskanych tu wyników należy pod-



chodzić ostrożnie i nie wyciągać zbyt daleko idących wniosków, a w przypadku grupy Z-3 należy w ogóle zrezygnować z analizy i interpretacji.

Podsumowując ten fragment analiz stwierdzić należy, że krzywe profili badanych grup osób z paraplegią przebiegają mniej więcej na jednakowym poziomie, nieco z obniżonym przebiegiem profilu w grupie Z-2, co wskazuje na zbliżony, przeciętny lub nawet dobry stopień ogólnego funkcjonowania społecznego porównywanych grup osób, z nieznaczną tendencją ku gorszemu przystosowaniu społecznemu osób, których jedynym źródłem utrzymania jest renta inwalidzka.

Podobnie rzecz się ma z danymi z zakresu czterech kategorii mierzących dynamikę przystosowania, gdzie uzyskane przeciętne wyniki przeliczone dla tych dziedzin przez osoby z grupy Z-1 i Z-4 są niemal identyczne i wskazują na dobre, a niekiedy i bardzo dobre przystosowanie. Wszystkie bowiem przeciętne wyniki mieszczą się w przedziale od najniższego (5,4 stena) w grupie Z-4 w kategorii III (miary powodzenia życiowego i wydajności intelektualnej) do najwyższego wyniku, bo na poziomie 6,3 stena, uzyskanego w grupie Z-1 w kategorii IV (miary preferencji poznawczych). Tylko w grupie Z-2 uzyskana przeciętna z kategorii III (4,6 stena), świadczy o tym, że osoby wchodzące w jej skład wykazują niski stopień motywacji osiągnięć i możliwości intelektualnych, przy znacznych jednak możliwościach społecznego działania, na co wskazuje m. in. osiągnięty przez te osoby wynik w kategorii I (miary zrównoważenia, wpływu na innych i pewności siebie), na poziomie 5,4 stena.

Następna analiza dotyczy relacji, jakie zachodzą w wyodrębnionych grupach pomiędzy skalami: Do a Od, Do a Po, Pk a Pn oraz Pn a Wu, gdzie w grupie Z-2, z wyjątkiem wysokiego wyniku w skali Po, pozostałe skale reprezentowane są już tylko przez wyniki niskie, zaś w grupach Z-1 i Z-4, w układach relacyjnych Pk–Pn i Pn–Wu przez wyniki wysokie, natomiast w układzie Do–Po oba wyniki wysokie w grupie Z-4 oraz niski wynik w skali Do i wysoki w skali Po w grupie Z-1, zaś w układzie Do–Od niski wynik w skali Od i wysoki w skali Do w grupie Z-4 oraz niski wynik w skali Do i wysoki w skali Od w grupie Z-1. Zauważyć przy tym należy, że o ile na podstawie danych statystycznych nie stwierdzono, by między badanymi grupami źródeł utrzymania występowało różnicowanie pod względem ogólnego poziomu przystosowania społecznego, a tym samym nie dostrzeżono związków zależnościowych między poziomem funkcjonowania społecznego osób z paraplegią a zmienną źródła utrzymania, to różnice między badanymi grupami osób w aspekcie osobowościowych wymiarów przystosowania społecznego są bardzo widoczne. Odnosi się to szczególnie do wymienianego przez badanych typu postawy wobec otoczenia, czyli przejawianego typu przystosowania. I tak, osobom z grupy Z-4 przypisany został (na podstawie stwierdzonej konfiguracji wyników wyżej przedstawionych skal)

typ życzliwego przywódcy. Charakterystycznymi ich cechami są: rozsądek, dojrzałość emocjonalna, odporność na niepowodzenia oraz niekiedy dominancja i – rzadko już – despotyzm. Są to osoby sprawnie funkcjonujące intelektualnie, z dobrą integracją osobowości, czyli innymi słowy dobrze przystosowane. Równie dobrze przystosowane są osoby z grupy Z-1, posiadające niemal zbliżone do wymienionych cechy, przy czym ich dobra integracja osobowości, sprawne funkcjonowanie intelektualne, opanowanie i łagodność usposobienia, bezkonfliktowość, skromność oraz niezależność, aktywność i dojrzałość emocjonalna idą w kierunku konformistycznego nastawienia do otoczenia. Takie samo nastawienie, konformistyczny typ przystosowania prezentują osoby z grupy Z-2, odznaczające się jednak zupełnie odmiennymi cechami zachowania. Wykazują one bowiem wiele cech negatywnych, jak: nieodpowiedzialność, niestałość, niespokojność, niedbałość i drażliwość. Są to osoby o niskich osiągnięciach, słabo zmotywowane, z niską integracją osobowości.

Podsumowując zatem niniejsze analizy nad wpływem źródła utrzymania badanych osób z paraplegią na poziom ich psychospołecznego przystosowania, stwierdzić należy, że w pierwszym aspekcie przystosowania – jakim jest przystosowanie psychiczne badanych osób – wykazano różnicowanie (na poziomie statystycznej istotności) w ogólnym poziomie samoakceptacji między osobami pobierającymi rentę i jednocześnie pracującymi zawodowo a osobami wyłącznie pobierającymi rentę. Wyższy stopień samoakceptacji był udziałem pracujących zawodowo. Stąd można przyjąć, że możliwość aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym, wykonywania pracy przez osoby z paraplegią wpływa na wzrost poziomu samoakceptacji, a tym samym na ich lepsze funkcjonowanie psychiczne. Teza ta jednak nie zupełnie znajduje potwierdzenie w świetle wszystkich wyżej przedstawionych danych, bowiem podwyższone wyniki w samoakceptacji uzyskały także osoby nigdzie nie pracujące ani nie pobierające renty, będące jedynie na utrzymaniu rodziny. Potwierdziło się to również w analizie wyników z drugiego aspektu przystosowania, jakim było porównanie ogólnych profilów osobowości. Dotyczy to także porównania dokonanego w ramach czterech kategorii dynamizmu przystosowawczego badanych grup, gdzie co prawda nie stwierdzono statystycznych różnicowań między poszczególnymi danymi (a tym samym nie zaobserwowano występowania związków zależnościowych między analizowanymi zmiennymi), jednak poziom przystosowania społecznego osób pracujących i jednocześnie pobierających rentę oraz osób będących na utrzymaniu rodziny był niemal identyczny, a nieco wyższy od tych, których jedynym źródłem utrzymania jest renta inwalidzka, przy występujących, oczywiście, różnicach w jakościowym funkcjonowaniu społecznym porównywanych grup. Grupa osób będących na utrzymaniu rodziny

(bez środków) nie była zbyt liczna, dlatego też sądzić należy, że uzyskane przez nią wyniki – jakkolwiek bardzo interesujące – muszą być traktowane bardzo ostrożnie.

## 9. Stopień sprawności lokomocyjno-czynnościowej

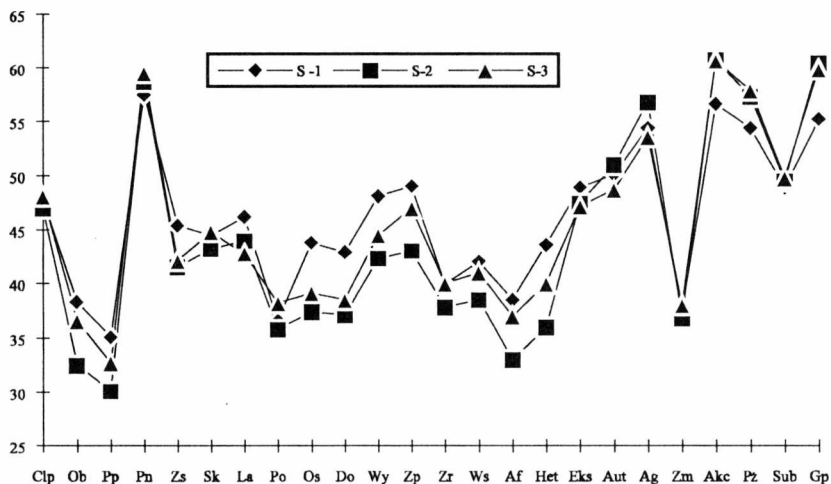
Zakwalifikowanie tego czynnika do kategorii zmiennych niezależnych, warunkujących poziom przystosowania psychospołecznego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, spowodowane było jego rolą i znaczeniem. W większości danych z literatury przedmiotu wynika, że wpływ na przystosowanie dostrzega się przede wszystkim w takich zmiennych, jak stopień i zakres inwalidztwa czy też wysokość uszkodzenia i porażenia. W rozdz. III niniejszej pracy stwierdzono, że ponowne nabycie tych umiejętności i funkcji, które osoba z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wykonywała przed urazem w sposób automatyczny, bez chwili zastanowienia się, przyczynia się zarówno do poprawy stanu psychicznego, jak i zwiększenia jej aktywności społecznej. Hipoteza ta wymaga sprawdzenia, co jest m. in. przedmiotem niniejszych analiz. Przy pomocy analizy wariancji zróżnicowano poziomy psychospołecznego przystosowania. Poziomy samoakceptacji (ACL) i społecznego funkcjonowania (CPI) analizowano pod kątem zależności od trójdziałelnej zmiennej niezależnej stopnia sprawności lokomocyjno-czynnościowej:

- S-1 – wykonują wszystkie czynności bez jakiegokolwiek pomocy (83 osoby);
- S-2 – wykonują czynności z niewielką pomocą, pod nadzorem i z zastosowaniem specjalnego sprzętu ortopedycznego (26 osób);
- S-3 – wymagają pomocy w wielu czynnościach (36 osób).

### Przystosowanie osobiste

Tab. 64. zawiera średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe ogólnego wskaźnika samoakceptacji („D”) dla trzech grup stopnia sprawności lokomocyjno-czynnościowej badanych osób z paraplegią oraz wartość statystyki  $F^\circ$  porównywanych średnich tych grup. Natomiast w tabeli zamieszczonej w pracy pt. *Poziom psychospołecznego przystosowania osób z paraplegią w świetle celów rewalidacji* (archiwum UMCS) przedstawione są wartości statystyk  $F^\circ$ , z dokonanymi w wybranych przykładach porównaniami międzygrupowymi, dla każdej z 24 skal Testu Przymiotników, metodą różnicy różnic między średnimi realnego a idealnego obrazu własnej osoby (krzywe profilów realnego i idealnego obrazu siebie porównywanych grup ukazane są na wykre-

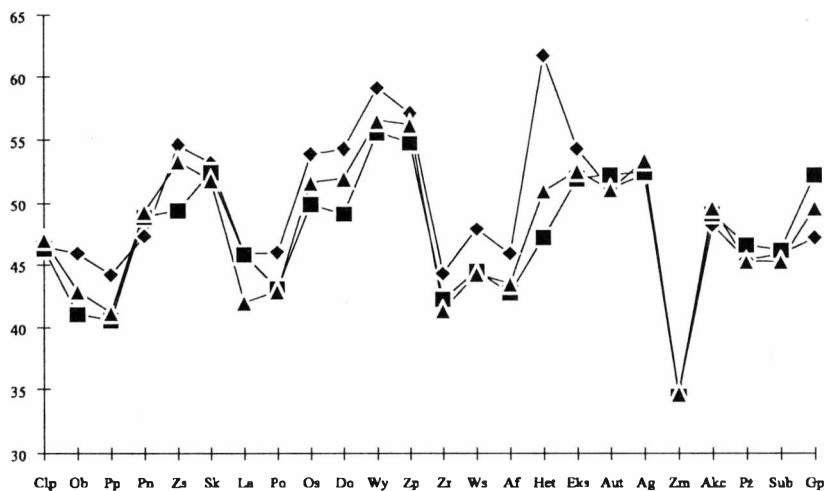
Wykres 25. ACL – średnie profile „realnego obrazu własnej osoby” badanych grup stopnia sprawności lokomocyjno-czynnościowej osób z paraplegią



sach 25. i 26.) z podaną również wartością testu różnic między nimi ( $t^{\circ}$  – dla par zależnych).

Jak wynika z analizy ogólnych wskaźników „D” poziomu samoakceptacji badanych osób z paraplegią w zakresie stopnia ich zróżnicowania, w za-

Wykres 26. ACL – średnie profile „idealnego obrazu własnej osoby” badanych grup stopnia sprawności lokomocyjno-czynnościowej osób z paraplegią



leżności od trójdzielnej zmiennej stopnia sprawności lokomocyjno-czynnościowej, grupy badanych osób nie różnią się między sobą. Otrzymana wartość statystyki  $F^{\circ}$  (0,190) jest o wiele niższa od wartości krytycznej dla tych współczynników ( $F_{0,05} - 3,06$ ) i w związku z tym nie pozwala na przeprowadzenie porównań międzygrupowych. Najwyższy wynik uzyskany przez osoby z grup S-2, o wartości 60,2 oraz najniższy z grupy S-1, równy 56,0, znajdują się w wąskim przedziale górnej połowy 6. stena. Może to sugerować jednakową tendencję ku obniżonej samoakceptacji, przy czym osoby z grupy S-2, a więc radzące sobie w życiu z niewielką pomocą osób drugich, uzyskały średnią arytmetyczną wskaźnika „D” nieco wyższą od średniej tegoż wskaźnika otrzymanego przez osoby z grupy S-3, czyli wymagające dużej, a niekiedy stałej pomocy. Potwierdzeniem powyższych analiz są dane uzyskane w zakresie otrzymanych wartości testu  $F^{\circ}$  dla trzech porównywanych jednocześnie średnich wskaźników „d”, obliczonych oddzielnie dla każdej z 24 skal ACL metodą różnicy różnic między średnimi realnego a idealnego obrazu własnej osoby, gdzie tylko w jednej skali – „przystosowania osobowościowego” (Po) – współczynnik  $F^{\circ}$  (2,805) okazał się zbliżony do istotnego statystycznie ( $F_{0,05} - 3,06$ ), czyli pozwolił na przeprowadzenie operacji porównań międzygrupowych. W skali tej wskaźnik „d” z grupy S-1 okazał się istotnie wyższy – na poziomie  $p < 0,05$  – od porównywanego z grupy S-3, co wskazywałoby na to, że osoby najlepiej usprawnione (sprawne) wykazują niższy poziom samoakceptacji (danego wymiaru) od osób najgorzej usprawnionych i wymagających dużej pomocy w czynnościach samoobsługowych.

Osiągnięty wynik nie znajduje jednak potwierdzenia w danych, z przeprowadzonej jakościowej analizy porównawczej nominalnych wartości średnich wskaźników samoakceptacji „d”, uzyskanych przez badane osoby w poszczególnych grupach stopnia lokomocyjno-czynnościowej sprawności. Badani z grupy S-1 uzyskali tu wskaźniki „d” relatywnie niższe od badanych osób z grupy S-2 w 18 skalach, zaś w 14 skalach od osób z grupy S-3. Natomiast w relacji między osobami z grup S-2 i S-3 stosunek między porównywanymi wartościami „d” jest idealnie równy (12 do 12). Uzupełnieniem tych danych i niejako ich potwierdzeniem jest rozkład uzyskanych poziomów ufności wartości testu  $t^{\circ}$  pomiędzy oznajmianymi profilami realnego a idealnego obrazu własnej osoby w porównywanych grupach. Oto bowiem w grupie S-1, w trzech skalach (Clp, La i Aut), przy pięciu (Clp, La, Zr, Aut i Zm) i pięciu (Clp, La, Zr, Ws i Ag) skalach w grupach S-2 i S-3, stwierdzono różnice na poziomie nieistotnym statystycznie. Natomiast wartości różnicy zbliżonych do istotności nie stwierdzono w tej grupie, przy dwóch skalach w grupach S-2 i S-3. W jednej zaś skali występująca różnica była istotna na poziomie  $p < 0,05$ , przy jednej też skali na tym poziomie w grupie S-2, oraz w 20 skalach na poziomie wysokiej istotności ( $p < 0,01$  i  $p < 0,001$ ), przy 16 ska-

lach w grupie S-2 i 17 skalach w grupie S-3 o tym poziomie. Jeżeli dodamy do tych analiz jeszcze jedno – dość istotne – spostrzeżenie o niemal idealnej zgodności w kierunkach otrzymanych różnic, to stwierdzić można, że badane osoby z wyodrębnionych grup w jednakowym stopniu sygnalizują potrzebę zmian w postrzeganych u siebie cechach i właściwościach obrazu własnej osoby. Zauważa się również pewne tendencje w kierunku zróżnicowania grupy osób najbardziej samodzielnych od pozostałych grup, w których osoby wymagają nieznacznej lub dużej pomocy osób drugih.

O sygnalizowanej potrzebie postrzeganych zmian w swoim obrazie w dużym stopniu świadczą różnice w krzywych profilów badanych grup między realnym a idealnym obrazem siebie. Większość wyników z poszczególnych skal realnego profilu obrazu własnej osoby koncentruje się bowiem w przedziałach wyników niskich i znacznie obniżonych, przy jednocześnie znacznej liczbie wyników podwyższonych, co sprawia, że ogólna krzywa profilu prezentuje bardzo ostry profil. Tak na przykład w pięciu skalach tego profilu (Ob, Pp, Po, Af i Zm) wszystkie grupy badanych osób uzyskały średnie poniżej 40 T, natomiast w trzech kolejnych skalach (Pn, Akc i Gp) bardzo wysokie, nawet powyżej 60 T, przy najniższym wyniku z grupy S-2 w skali Pp równym 30,1 T oraz najwyższym, uzyskanym w skali Akc przez osoby z grupy S-1 na poziomie 60,8 T (przy 60,7 T w S-3). Rozbieżność zatem pomiędzy tymi średnimi wynosi 30,7 T. Analogiczna rozbieżność w profilu idealnego obrazu siebie jest już nieco mniejsza, bo wynosi 24,6 T, przy najniższym wyniku w skali Zm, na poziomie 34,5 T, otrzymanym w grupie S-2 i najwyższym w skali Wy – na poziomie 59,1 T – w grupie S-1. Przebieg tego profilu jest bardziej łagodny, gdyż tylko w skali Zm wszystkie trzy grupy badanych osób uzyskały średnie mieszczące się w przedziale wyników niskich, w pozostałych zaś przypadkach znajdują się one w szerokim przedziale wyników średnich – od 40 do 60 T. Inną bardzo ważną cechą analizowanych krzywych profili jest ich duże zróżnicowanie. Na przykład w profilu realnego obrazu siebie krzywa z grupy S-1 znacznie odbiega od pozostałych krzywych tego profilu w skalach: Ob, Pp, Zs, La, Os, Do, Wy, Zp, Het, Akc, Pz i Gp, natomiast krzywa z grupy S-2 relatywnie do dwóch pozostałych krzywych, w skalach: Ob, Pp, Zp, Zr, Ws, Af, Het, Ag.

W profilu idealnego obrazu siebie analogiczne układy przedstawiają się następująco: krzywa z S-1 w skalach Ob, Pp, Pn, Po, Os, Do, Wy, Ws, Af, Eks i Gp, krzywa z S-2 w Zs, Os, Do, Het i Gp oraz krzywa z S-3 tylko w skali La (każda oddzielnie w stosunku do dwóch pozostałych). W związku z tym osoby z grupy S-2, w porównaniu do osób z grup S-1 i S-3, w ujęciu realnego obrazu siebie charakteryzowane są jako niespokojne i lękliwe, nieufne, krytykujące siebie i innych, narzekające na swoją sytuację, ulegające emocjom i wątpleniom. Są to osoby bardzo zainteresowane sobą, szybko ulegające znudzeniu i zniecierpliwieniu. Przejawiają znaczne tendencje ku łatwemu

zniechęcaniu się i zahamowaniom. Są niespokojne w każdej sytuacji, która intensyfikuje lub przedłuża kontakt z innymi osobami, charakteryzuje je duży pesymizm życiowy.

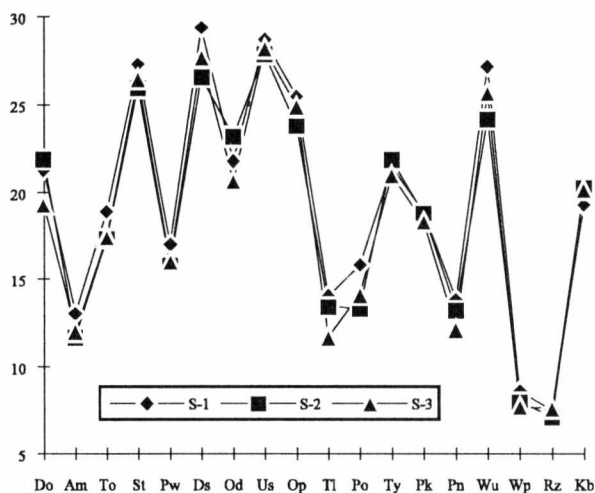
Natomiast osoby z grupy S-1 – w stosunku do wyżej scharakteryzowanej grupy osób oraz w stosunku do osób z grupy S-3 – są w dużo mniejszym stopniu niespokojne i lękliwe, sceptyczne i niezdecydowane oraz rzadziej doświadczają niepokoju. W mniejszym także stopniu są zależne od innych, rzadziej też widzą siebie jako osoby słabe i bez zalet, pozbawione wielu rzeczy i niezdolne do cieszenia się życiem oraz tłumiące swoją żywotność. Częściej też są określane jako dokładne, wytrwałe, nieemocjonalne, bezpośrednie, szczerze oraz niezawodne, a także idealistyczne. W ujęciu zaś idealnego obrazu siebie osoby z grupy S-1, w odniesieniu do osób z grup S-2 i S-3, określane są częściej jako bardziej spokojne, opanowane, odpowiedzialne, zdyscyplinowane, grzeczne i taktowne, może nawet zbyt ufne i optymistyczne. Ich motywacje są bardziej skoncentrowane na celu niż na rywalizacji. Wykazują dużo wytrwałości i silnej woli, ale są również skłonne do egocentryzmu, oportunistyki i kombinacji. Szukają towarzystwa innych, lubią aktywność. W o wiele mniejszym stopniu bywają niespokojne, lękliwe i defensywne, nie ulegają emocjom i zahamowaniom, nie krytykują siebie oraz innych. Natomiast osoby z grupy S-2, w porównaniu do pozostałych osób z grup S-1 i S-3, są mniej efektywne, mają większe trudności w mobilizowaniu i podejmowaniu działania. Są one nieco bardziej sceptyczne, niezdecydowane oraz niepewne siebie. Wykazują także tendencje do łatwego zniechęcania się, zahamowań oraz częstego zajmowania się swoimi problemami.

Osoby z grupy S-3, w stosunku do osób z grup S-1 i S-2, są nieco bardziej flegmatyczne, działają w sposób zrutyinizowany i konwencjonalny. Częściej też wypowiadają one opinie o dobrych i złych czynach, wykazują również nieco większą potrzebę porządku i regularności.

### Przystosowanie społeczne

Kolejna analiza dotyczy danych uzyskanych przy pomocy Inwentarza Psychologicznego (CPI) w zakresie jego 18 skal. Średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe oraz wartości statystyki  $F^\circ$  dla trzech porównywanych jednocześnie średnich wraz z przeprowadzonymi w wybranych przykładach (w zależności od osiągniętego poziomu istotności testu  $F^\circ$ ) porównaniami międzygrupowymi przedstawia tabela, zamieszczona w pracy pt. *Poziom psychospołeczny przystosowania osób z paraplegią w świetle celów rewalidacji* (archiwum UMCS), zaś profile osobowości wyszczególnionych grup, wykreślone w oparciu o skalę stenową, są zaprezentowane na wyk. 27. Zaznaczyć tu należy, że otrzymane wartości testu  $F^\circ$  tylko w jednej skali Wu (3,060) okaza-

Wykres 27. CPI – profile osobowości badanych grup stopnia sprawności lokomocyjno-czynnościowej osób z paraplegią



ły się wyższe od wartości krytycznej ( $F_{0,05} - 3,06$ ), czyli istotnie statystycznie ( $p < 0,05$ ), przy 7 dalszych skalach o wartościach zbliżonych do istotności: Do (2,486), To (2,276), Ds (2,432), Od (2,252), Tl (2,503), Pn (2,650) i Pn (2,431). Umożliwiło to dokonanie w tych skalach stosownych porównań międzygrupowych, w rezultacie których stwierdzono, że osoby z grupy S-1 istotnie ( $p < 0,05$ ) różnią się od osób z grupy S-2 w skali Wu oraz od osób z grupy S-3 w skalach Tl i Pn, natomiast osoby z grupy S-2 istotnie różnią się ( $p < 0,05$ ) od osób z grupy S-3 w skali Od.

Różnic zbliżonych do istotności statystycznej było pięć. Zauważono je między osobami z grupy S-1 a osobami z grupy S-2 w skalach Ds i Po oraz między S-1 a S-3 w skalach Do i To, a także między osobami z grupy S-2 a osobami z grupy S-3 w skali Do. Wszystkie stwierdzone różnice, również i te o zbliżonym poziomie istotności, były korzystne dla osób o wyższym stopniu sprawności lokomocyjno-czynnościowej. Potwierdza to przeprowadzona jakościowa analiza porównawcza 18 średnich wyników, obliczonych dla wszystkich 18 skal CPI, między badanymi grupami, gdzie średnie uzyskane przez osoby z grupy S-1 okazały się wyższe od średnich z grupy S-2 w 14 skalach, a od średnich z grupy S-3 w 16 skalach. Wyniki z grupy S-2 były wyższe od porównywanych z grupy S-3 w 8 skalach. Jako uzupełnienie tych danych dodać należy, że najwyższy przeciętny wynik przeliczony, obliczony ze wszystkich 18 skal CPI, na poziomie 5,5 stena, uzyskały również osoby z grupy S-1, najniższy zaś – bo na poziomie 5,1 stena – był udziałem osób z grupy S-3, przy wyniku z grupy S-2 na poziomie 5,2 stena. W grupie S-1 stwierdzono w pięciu skalach średnie wyniki przeliczone poniżej 5. stena,



między 4,5 stena w skali Us a 4,9 stena w skali Od, czyli niskie, przy jednocześnie pięciu skalach o wynikach powyżej 6 stena, od 6,0 stena w skali Tl do 7,2 stena w skali Po, czyli wysokich.

W pozostałych grupach stopnia sprawności lokomocyjno-czynnościowej proporcje te wyglądały następująco: w grupie S-2 w 7 skalach zauważono występowanie wyników niskich (od 4,1 do 4,9 stena w Ty), zaś w dwóch – wysokie (6,0 stena w Rz i 6,1 stena w Po) oraz w grupie S-3 w 8 skalach wyniki niskie (od 4,4 stena w Do i Us do 4,8 stena w Tl), natomiast w dwóch – wysokie (6,4 stena w Rz i 6,6 stena w Po). A zatem, krzywa profilu osobowości badanych osób z grupy S-1 przebiega zdecydowanie powyżej krzywych dla badanych osób z grup S-2 i S-3, co wskazuje na ich lepsze ogólne przystosowanie społeczne. Krzywe dla grup S-2 i S-3 przebiegają niemal identycznie, świadcząc tym samym o ich jednakowym poziomie ogólnego funkcjonowania społecznego.

Rozpatrując natomiast dane uzyskane w zakresie czterech kategorii społecznego działania badanych osób z paraplegią, w relacji do zmiennej stopnia sprawności lokomocyjno-czynnościowej, zauważa się, że również i tutaj osoby z grupy S-1 wykazują dobre przystosowanie w każdym z wyodrębnionych obszarów funkcjonowania społecznego. W grupie tej przeciętne wyniki przeliczone z kategorii I (miary zrównoważenia, wpływu na innych i pewności siebie), II (miary uspołecznienia, dojrzałości emocjonalnej i odpowiedzialności) i IV (miary typu preferencji poznawczych) mieszczą się w przedziale wyników przeciętnych i podwyższonych, od 5,5 stena w kategoriach II i IV do 5,8 stena w kategorii I, a tylko w kategorii III (miary powodzenia życiowego i wydajności intelektualnej) przeciętny wynik przeliczony ze skal tworzących tę dziedzinę jest niższy, gdyż równa się 5,1 stena. Również osoby z grup S-2 i S-3 – co wynika z analizy przeciętnych wyników obliczonych w tych grupach dla poszczególnych kategorii – posiadają wiele potencjalnych możliwości dobrego funkcjonowania społecznego (dobre techniki społecznego działania), są one jednak blokowane przez zmniejszony u tych osób poziom motywacji do działań o charakterze intelektualnym. Wskazują na to uzyskane w tych grupach niskie wyniki przeliczone w kategorii III, oba na poziomie 4,6 stena, oraz nieco podwyższone przeciętne w kategorii I, oba (również) na poziomie 5,2 stena.

Następna analiza odnosi się do relacji zachodzących między skalami: Do a Od, Do a Po, Pk a Pn oraz Pn a Wu. Otóż w grupie S-1, w układzie Do–Od, stwierdzono tu wysoki wynik w skali Do oraz niski w skali Od, przy obu wysokich wynikach w grupie S-2 i obu niskich wynikach w grupie S-3. Natomiast w układzie Do–Po oba wysokie wyniki miały grupy S-1 i S-2, zaś niski wynik w skali Do i wysoki w Po posiadała grupa S-3. W układzie Pk–Pn niskie Pk i średnie Pn stwierdzono w grupie S-1, przy obu niskich wynikach w grupach S-2 i S-3, oraz w układzie Pn–Wu oba średnie wyniki w grupie S-1

i po dwa niskie wyniki w grupach S-2 i S-3. Na podstawie tak uzyskanych wskaźników sądzić należy, że badane grupy osób z paraplegią znacznie się różnią w zakresie przejawianych typów przystosowania, a także pod względem charakteryzujących je cech i sposobów zachowania. Osoby z grupy S-1, czyli o najwyższym stopniu sprawności lokomocyjno-czynnościowej, to typ życzliwego lub światłego przywódcy. Osoby te odznaczają się pewnością siebie, niezależnością, odwagą, spontanicznością, chłonnością i pomysłowością oraz znaczną sprawnością intelektualną. Ich wysoki stopień integracji osobowości sprawia, że oprócz wymienionych cech stwierdza się u nich także występowanie zachowań typu despotycznego, dominatywnego, a niekiedy i cynicznego. Osoby z grupy S-2 także przejawiają typ przystosowania określany mianem życzliwego przywódcy. Częściej jednak przeważają u nich takie cechy zachowań, jak: pretensjonalność, drażliwość, niespokojność, niż odpowiedzialność, pomysłowość, rozważa i ambicja. W dużym stopniu są to osoby pozbawione głębszych zainteresowań, słabo zmotywowane i o niskich osiągnięciach. Ostatnie z wymienionych cech są szczególnie charakterystyczne dla osób z grupy S-3, wymagających dużej pomocy w wykonywaniu czynności lokomocyjno-obługowych. Ich typ postawy wobec otoczenia określony został tutaj jako konformistyczny. Osoby z tej grupy wykazują wiele cech świadczących o ich niestałości, nieodpowiedzialności, apatyczności, zmienności nastrojów oraz defensywności. Często przyjmują one postawę obronną.

Podsumowując dokonane tu analizy z zakresu wpływu zmiennej stopnia sprawności lokomocyjno-czynnościowej na poziom psychospołecznego przystosowania osób z paraplegią, stwierdzić należy, że w pierwszym aspekcie przystosowania, jakim jest stopień samoakceptacji badanych osób, nie dostrzega się szczególnych związków zależnościowych między tą zmienną a zmienną stopnia sprawności. W wyniku bowiem przeprowadzonych porównań wskaźników „D” i „d” oraz profiliw realnego i idealnego obrazu własnej osoby między badanymi grupami paraplegików zauważono występowanie pewnych tylko tendencji w kierunku na przykład nieco mniejszej samoakceptacji osób najbardziej sprawnych lokomocyjno-czynnościowo. Natomiast w drugim aspekcie przystosowania – czyli pod względem społecznego funkcjonowania badanych – związki takie występują, gdyż osoby najlepiej usprawnione wykazują zarówno w ogólnym poziomie przystosowania, jak i w poszczególnych dziedzinach społecznej aktywności, wyższe wskaźniki niż osoby z pozostałych grup stopnia sprawności lokomocyjno-czynnościowej.

Reasumując: tylko zmienne wykształcenia i źródła utrzymania badanych paraplegików – różnicując poziomy samoakceptacji i tworząc tym samym określone współzależności między nimi – są czynnikami warunkującymi przystosowanie psychiczne osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. W przystoso-

waniu społecznym natomiast takich czynników społeczno-demograficznych, wpływających na poziom społecznego funkcjonowania badanych osób z paraplegią, jest o wiele więcej. Są to zmienne: płci, pochodzenia społecznego, miejsca zamieszkania, wykształcenia, czasu trwania inwalidztwa i stopnia sprawności lokomocyjno-czynnościowej. Nie dostrzeżono w badanej grupie osób z paraplegią jakichkolwiek związków zależnościowych – oprócz pewnych tendencji – pomiędzy zmiennymi wieku i stanu cywilnego a wybranymi aspektami psychospołecznego funkcjonowania.



## UWAGI KOŃCOWE

Zasadniczym celem pracy było dokonanie oceny niektórych aspektów psychospołecznego funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Analiza tego zjawiska, skupiona na psychospołecznym wymiarze procesu przystosowania, zawężona została do jego dwóch podstawowych składowych: samoakceptacji – w obrębie przystosowania psychicznego oraz społecznego funkcjonowania – w obrębie przystosowania społecznego. W związku z tym, pierwszy aspekt psychospołecznego funkcjonowania – samoakceptację – rozumie się jako stopień zbieżności między samooceną realną, utożsamianą z oceną realnego obrazu własnej osoby, czyli *ju* realne, a samooceną idealną, utożsamianą z oceną idealnego obrazu własnej osoby, czyli *ja* idealne. Drugi natomiast aspekt tegoż funkcjonowania – przystosowanie społeczne (funkcjonowanie w warunkach społecznych) – ustalony za H. Goughem – to taki rodzaj kontaktów interpersonalnych oraz zachowania, który gwarantuje zaspokojenie potrzeb na wymaganym poziomie i daje przy tym satysfakcję emocjonalną, wynikającą z bezkonfliktowych, przyjaznych kontaktów z otoczeniem społecznym, czyli są to cechy osobowości, które H. Gough utożsamia z mechanizmami przystosowawczymi. Zakres tego problemu obejmował jednak przede wszystkim ocenę uwarunkowań psychospołecznego funkcjonowania osób z paraplegią. Przyjęty tutaj model badawczy dotyczył wyłącznie grupy osób z paraplegią i oparty był na porównaniach, w ramach wyszczególnionych podgrup, takich zmiennych niezależnych, jak: płeć, wiek, pochodzenie społeczne, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, czas trwania inwalidztwa (paraplegii), źródła utrzymania i stopień sprawności lokomocyjno-czynnościowej.

Wydaje się, że postawiony cel badań został osiągnięty, przy czym – co należy zaakcentować – w prezentowanym tu opracowaniu poprzestano jedynie na przedstawieniu ogólnych tendencji wpływu czynników społeczno-demograficznych na psychiczne i społeczne przystosowanie osób z paraplegią, nie odnosząc się na przykład wcale (lub co najwyżej w niewielkim stopniu) do oceny przyczyn niewystępowania oczekiwanych związków czy też do oceny praktycznych konsekwencji stwierdzonych zależności. Chcąc jednak to

przedstawić, należałoby wcześniej zaprezentować wiele danych, odnoszących się do wszelakich przejawów społecznego funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, i to nie tylko w formie charakterystyki badanej grupy, bo to zostało w jakimś stopniu (niezbędnego minimum) ukazane, ale także ewentualnych czynników pretendujących do miana dodatkowych zmiennych niezależnych. Przedstawione tu zostały pełne charakterystyki osobowości porównywanych grup osób z paraplegią w aspekcie poszczególnych czynników społeczno-demograficznych. Bywa bowiem niekiedy tak, że osoba określana jako źle przystosowana, o niskich wartościach uzyskanych wyników testowych, wykazuje wiele cech osobowościowych, które pozwalają jej na satysfakcjonujące – oczywiście dla niej – funkcjonowanie, bywa też odwrotnie. Nie zawsze jednak umożliwiło to podjęcie działań ustalających, które ze zmiennych mają stymulujący, a które hamujący wpływ na proces przystosowania badanych osób z paraplegią. Nie wszystkie również z zasygnalizowanych tu zagadnień znalazły odzwierciedlenie w przeprowadzonych badaniach, nie dokonano bowiem tak wnikliwej analizy. Często ograniczano się tylko do prezentacji wyników, przedstawiając niektóre z nich jako propozycje do dalszych analiz, inne zaś uwypuklając, szczególnie gdy opierały się na doświadczeniu. Proces przystosowania osoby z paraplegią i jego uwarunkowań jest bowiem zbyt złożony, aby na podstawie tylko tego opracowania wyciągać jednoznaczne, pewne wnioski.

W pracy podjęto również próbę zaprezentowania charakterystyk lokomocyjnego i czynnościowego funkcjonowania badanych osób, poszerzając je oczywiście o dane z zakresu urazów rdzenia kręgowego, przyczyn ich powstawania, przebiegu leczenia i usprawniania, sytuacji medyczno-zdrowotnej itp. Dokonano również rejestracji (oceny) zastanej w grupie badanych osób z paraplegią sytuacji socjalnej, rodzinnej, zawodowej, towarzyskiej i społecznej. Analizy te służyły wyłącznie jako materiał uzupełniający, pomocniczy, chociaż w wielu przypadkach stawał się on, lub powinien się stać, przyczynkiem do szerszych rozważań na temat wielu kwestii związanych z problematyką kompleksowej rehabilitacji tej grupy osób. Problemu tego nie podjęto tutaj, a zapewne warto byłoby, o czym może świadczyć poniższy, jednostkowy przykład.

Z zaprezentowanych w pracy charakterystyk sfery lokomocyjnej i czynnościowej funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wynika m.in., że tylko około dwie trzecie badanych osób, pomimo różnego rodzaju ograniczeń wynikających z istoty uszkodzenia rdzenia, opanowało w znacznym stopniu zakres czynności lokomocyjnych i samoobsługowych, pozwalających im na samodzielne egzystowanie w miejscach swego zamieszkania. Pozostałe natomiast osoby z paraplegią wymagały jednak większej lub mniejszej pomocy osób pełnosprawnych, począwszy od asekurowania w niektórych czynnościach, a skończywszy na całkowitej niekiedy opiece i pielęgnacji.

Powstaje pytanie, dlaczego osoby z paraplegią, posiadające duże możliwości funkcjonalne, nie mówiąc już o kompensacyjnych, nie są w stanie wykonywać – wznacznym stopniu – podstawowych czynności lokomocyjnych i samoobsługowych? Abstrahując od wielu przyczyn, w tym ograniczonej dostępności rehabilitacji w systemie lecznictwa zamkniętego oraz zwyczajnego nieprzygotowania organizacyjnego (brak podstawowej bazy) do działań rehabilitacyjnych w lecznictwie pozaszpitalnym, nie mówiąc już o braku szerszych powiązań między jedną a drugą formą lecznictwa, należy sądzić, iż wynika to przede wszystkim z niedoskonałości, a niekiedy braku jakichkolwiek poczynań w tym kierunku personelu leczniczego i rehabilitacyjnego. Chorego po prostu nie uczy się tych czynności. Jeszcze w lecznictwie zamkniętym, zwłaszcza w specjalistycznych ośrodkach rehabilitacyjnych, nauka czynności codziennych jest prowadzona – oczywiście w miarę posiadanych możliwości – w ramach tzw. terapii zajęciowej. W systemie pozaszpitalnym, otwartym sytuacja wyjątkowo źle się przedstawia; ośrodków terapii zajęciowej niemalże się nie spotyka. Wszystko zatem leży w gestii środowiska rodzinnego. Tylko czy każdą rodzinę osoby niepełnosprawnej stać, nie chodzi tu wyłącznie o sferę materialną, na tego typu działalność? Powinno się tu również zastanowić nad tym, na ile instruktorzy terapii zajęciowej są merytorycznie przygotowani do wykonywania tego zakresu pracy. Cel leczniczy albo – jak niektórzy nazywają – funkcjonalny jest jednym z ostatnich w kolejności celów stawianych przed tą terapią. Podobnie zadanie usamodzielnienia chorego w czynnościach samoobsługowych usytuowane jest na samym końcu.

Nie ulega wątpliwości, że zarówno lecznicze aspekty oddziaływań terapii zajęciowej, jak i jej psychospołeczne wymiary są niesłychanie ważne. Czy jednak nauczanie czynności lokomocyjnych (w tym np. umiejętności jazdy na wózku inwalidzkim) i samoobsługowych musi właśnie należeć do tego rodzaju terapii, a nie dla przykładu kinezyterapii, zwłaszcza że nie dysponujemy odpowiednią kadrą specjalistów? Znakomita przecież większość terapeutów zajęciowych rekrutuje się przede wszystkim z różnego rodzaju szkół plastycznych, rzemieślniczych itp. Kinezyterapeuci, prowadzący niekiedy zajęcia z terapii zajęciowej, także często nie rozumieją istoty nauczania samoobsługi i lokomocji, aczkolwiek – co należy zaznaczyć – mają większe możliwości do nauczania tych czynności niż ergoterapeuci. Pacjenta z porażeniami i niedowładami interesuje przede wszystkim odzyskanie i opanowanie umiejętności pozwalających mu na jak najlepsze funkcjonowanie w warunkach naturalnych, a nie usprawnienia czy też usprawnianie narządu lub funkcji jako takie, czyli jako realizację celu leczniczego. Jest to dla niego rzecz najzupełniej drugorzędna. Dlatego też tak wielkim zainteresowaniem i popularnością wśród wielu inwalidów narządu ruchu cieszą się wszelkiego rodzaju działania zmierzające do ich usamodzielnienia. Tak jest m.in. z inicjatywą

Stołecznego Centrum Rehabilitacji STOCER w Konstancinie prowadzenia treningu czynności życia codziennego w warunkach naturalnych czy też z działalnością grup Stowarzyszenia Aktywnej Rehabilitacji na wspólnych (początkowo) polsko-szwedzkich obozach rehabilitacyjnych, a ostatnio już tylko polskich obozach (z polską kadrą instruktorów na wózkach).

Co należy uczynić, aby pozostali niepełnosprawni, którym nie udało się uczestniczyć na przykład w zajęciach Stowarzyszenia Aktywnej Rehabilitacji, mieli możliwość nabycia tak ważnych umiejętności lokomocyjno-samoobsługowych?

Sądzić należy (Kirenko, 1991c), że droga ku temu powinna prowadzić przede wszystkim poprzez przygotowanie fachowej kadry rehabilitantów, począwszy od techników fizjoterapii – absolwentów Medycznego Studium Zawodowego, a skończywszy na magistrach rehabilitacji ruchowej – absolwentach Akademii Wychowania Fizycznego. Wynika to z tego, że w nauczaniu czynności życia codziennego i lokomocji cele leczniczo-funkcjonalne tej rehabilitacji są o wiele bliższe celom kinezyterapii niż celom terapii zajęciowej. Realizacja tego przedsięwzięcia możliwa będzie jednak dopiero wtedy, gdy programy nauczania tej specjalności w wymienionych placówkach zostaną w ewidentny sposób zmodyfikowane, tzn. będą uwzględniać dokonujący się postęp naukowo-techniczny, zwłaszcza w zakresie sprzętu i urządzeń rehabilitacyjno-ortopedycznych.

To tylko jeden z przykładów, a przecież lista problemów związanych z całościowym funkcjonowaniem osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest bardzo obszerna i nie sposób jej tutaj w całości przytoczyć. Jednak każdy z nich wymaga oddzielnego, szczegółowego rozstrzygnięcia, i dlatego też – co stanowi wniosek końcowy – istnieje potrzeba dalszego zgłębiania tych zagadnień z punktu widzenia różnych dziedzin nauki, ich rzetelnego opisywania i wyciągania wniosków oraz tworzenia programów umożliwiających ich rozwiązywanie.



## LITERATURA

- Adler A.: *Psychologia indywidualna*. Kraków 1947.
- Banaszak M., Bombicki K., Sałuda A., Stryła W.: *Sytuacja socjalna i zawodowa chorych z porażeniami kończyn po złamaniach kręgosłupa*. W: A. Hulek (red.) *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*. Warszawa 1986.
- Bedbrook G.: *Opieka nad chorym z paraplegią*. Warszawa 1991.
- Berkman A., Weissman R., Frielich M.: *Sexual adjustment of spinal cord injured veterans living in the community*. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1978, nr 59.
- Bracken M., Shepard M.: *Coping and adaptation following acute spinal cord injury: A theoretical analysis*. „Paraplegia” 1980, nr 18.
- Brühl W., Brzozowski R.: *Vademecum lekarza ogólnego*. Warszawa 1990.
- Carlson C.: *Cognitive structure conceptual style and life satisfaction following spinal cord injury*. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1979, nr 60.
- Caron H.: *The Crisis Factor in Illness and Disability. Symposium on Behavioral Research Rehabilitation*. Cleveland 1966.
- Chromiec E.: *Kinezyterapia w następstwie urazowych uszkodzeń rdzenia kręgowego*. W: M. Weiss, A. Zembaty (red.): *Fizjoterapia dla medycznych studiów zawodowych – wydział fizjoterapii*. Warszawa 1983.
- Cohn N.: *Understanding the process of adjustment to disability*. „Journal of Rehabilitation” 1961, nr 27.
- Cole T., Chilgren R., Rosenberg P.: *A new programme of sex education and counselling for spinal cord injured, adults and health care professionals*. „International Journal of Paraplegia” 1973, nr 11.
- Daab J.: *Złamanie kręgosłupa (pierwsza pomoc, wybrane zagadnienia lecznicze)*. W: *Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem Oddział Wojewódzki w Częstochowie w działaniu na rzecz Międzynarodowego Roku Inwalidów i Osób Niepełnosprawnych 1981*. Częstochowa 1981.
- Dega W. (red.): *Ortopedia i rehabilitacja*. Warszawa 1983.
- Dega W., Milanowska K. (red.): *Rehabilitacja medyczna*. Warszawa 1983.

Dinardo Q.: *Psychological Adjustment to Spinal Cord Injury*. University of Houston 1971.

Dinsdale S., Lesser A., Jould F.: *Critical psychosocial variables affecting outcome in a regional spinal cord centre*. „Proceedings of the Eighteenth Veterans Administration Spinal Cord Injury Conference” 1971, nr 18.

Ditunno J., Chairman M. (red.): *Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury*. Supported by the American Paralysis Association 1992.

Edwards C.: *Interactive styles and social adaptation*. „Genetic Psychology Monographs”, Harvard University 1973, nr 87.

Ekspertyza – *Sytuacja ludzi niepełnosprawnych i stan rehabilitacji w PRL*. PAN, Komitet Rehabilitacji i Readaptacji Człowieka. Warszawa 1978.

Ferguson-Gregory M.: *Sexual Adjustment*. Illinois 1976.

Fiałkowski S.: *Urazy kręgosłupa, żeber i mostka*. W: M. Garlicki (red.): *Chirurgia urazowa*. Warszawa 1971.

Fink S.: *Crisis and motivation: A theoretical model*. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1967, nr 48.

Fordyce W.: *Personality characteristics of man spinal cord injury as related to manner of onset of disability*. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1964, nr 45.

Gadula E., Franek A.: *Czynniki utrudniające rehabilitację w paraplegii*. W: A. Hulek (red.): *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*. Warszawa 1986.

Gałkowski T., Kirenko J.: *Psychospołeczne przystosowanie osób z paraplegią*. „Postępy Rehabilitacji” 1988, nr 3.

Gałkowski T., Kiwerski J. (red.): *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji*. Warszawa 1986.

Głuch H.: *Możliwości uzyskania poprawy stanu neurologicznego po urazach rdzenia kręgowego*. W: *Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem Oddział Wojewódzki w Częstochowie w działaniu na rzecz Międzynarodowego Roku Inwalidów i Osób Niepełnosprawnych 1981*. Częstochowa 1981.

Golightly C., Reinehr R.: *Fantasy production of quadriplegic males: A preliminary investigation*. „American Corrective Therapy Journal” 1972, nr 26.

Gorczycka E.: *Dystans czy tolerancja. Studium nad postawami wobec ludzi niepełnosprawnych*. Częstochowa 1988.

Gorczycka E.: *Przystosowanie młodzieży ze schorzeniami narządu ruchu do życia społecznego*. Warszawa 1981.

Gough H., Heilbrun A.: *The Adjective Check List Manual*. Palo Alto 1971.

Gough H.: *Manual for the California Psychological Inventory*. Palo Alto 1957.

Gunther M.: *Psychiatric consultation in a rehabilitation hospital: A regression hypothesis*. „Comp. Psychiatry” 1971, nr 12.

Gunther M.: *The threatened staff: A psychoanalytic contribution to medical psychology*. „Comp. Psychiatry” 1977, nr 18.

Haftek J.: *Chirurgiczne aspekty rehabilitacji w urazach kręgosłupa i rdzenia kręgowego*. „Postępy Rehabilitacji” 1994, suplement.

Haftek J., Rudnicki S., Kiwerski J.: *Ostre urazy odcinka szyjnego rdzenia kręgowego*. W: M. Weiss (red.): *Kompensacja czynności rdzenia kręgowego*. Warszawa 1968.

Haftek J.: *Urazy kręgosłupa i rdzenia kręgowego*. Warszawa 1986.

Harris P., Patel S., Greer W., Naughton J.: *Psychological and social reactions to acute spinal paralysis*. „Paraplegia” 1973, nr 11.

Heflich-Piątkowska H., Walicka J.: *Problemy psychologiczne i psychopatologiczne w ciężkich uszkodzeniach narządu ruchu*. Warszawa 1975.

Hohmann G.: *Considerations in management of psychosexual readjustment in the cord injured male*. „Rehabilitation Psychology” 1972, nr 19.

Hohmann G.: *Psychological aspects of treatment and rehabilitation of the spinal cord injured person*. „Clinical Orthopedics” 1975, nr 112.

Hohmann G.: *Some effects of spinal cord lesions on experienced emotional feelings*. „Psychophysiology” 1966, nr 3.

Hulek A.: *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*. Warszawa 1969.

Jakimowicz W.: *Neurologia kliniczna*. Warszawa 1981.

Janos T., Hakmiller K.: *Some effects of lesion level and emotional cues on affective expression in spinal cord patients*. „Psychological Reports” 1975, nr 37.

Jaranowska K.: *Warunki mieszkaniowe inwalidy w rodzinie*. W: A. Hulek (red.): *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*. Warszawa 1986.

Kalb M.: *An Examination of the Relationship Between Hospital Ward Behaviors and Post-Discharge Behaviors in the Spinal Cord Injury Patients*. University of Houston 1971.

Katz V., Gordon R., Iversen D., Myers S.: *Past history and degree of depression in paraplegic individuals*. „Paraplegia” 1978, nr 16.

Kaźmierak Z.: *Spółeczno-ekonomiczne czynniki warunkujące rehabilitację osób niepełnosprawnych (na przykładzie woj. lubelskiego)*. Lublin 1984.

Kemp B., Vash C.: *Productivity after injury in a sample of spinal cord injured: A pilot study*. „Journal of Chronic Disease” 1971, nr 24.

Kerr W., Thompson M.: *Acceptance of disability of sudden onset in paraplegia*. „Paraplegia” 1972, nr 10.

Kępiński A.: *Z patologii życia seksualnego*. Warszawa 1973.

Kirenko J.: *Czynniki warunkujące psychospołeczne przystosowanie osób z paraplegią*. „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin” 1991a, vol. IV, 18.

Kirenko J.: *Kwestionariusz sprawności lokomocyjno-czynnościowej – nowe narzędzie diagnozy*. „Postępy Rehabilitacji” 1994, suplement.

Kirenko J.: *Niektóre czynniki warunkujące psychospołeczne przystosowanie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. „Postępy Rehabilitacji” 1990a, nr 2.

Kirenko J.: *Proces aktualizacji siebie u młodzieży z paraplegią*. „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne” 1985a, nr 5-6.

Kirenko J.: *Psychologiczne problemy paraplegii*. „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne” 1984, nr 4.

Kirenko J.: *Psychospołeczne problemy funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego – (komunikat)*. W: J. Sowa (red.): *Niektóre psychospołeczne problemy w rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Rzeszów 1990b.

Kirenko J.: *Psychospołeczne przystosowanie osób z paraplegią*. Lublin 1991b.

Kirenko J.: *Psychospołeczne uwarunkowania przystosowania do życia osób z paraplegią*. W: A. Hulek (red.): *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*. Warszawa 1986.

Kirenko J.: *Rehabilitacja lecznicza młodzieży niepełnosprawnej ruchowo w warunkach pozaszpitalnych*. „Postępy Rehabilitacji” 1991c, nr 1.

Kirenko J.: *Sytuacja rodzinna osób z paraplegią*. W: J. Kozak (red.): *Odległe wyniki i późne powikłania oraz losy osób po ciężkich uszkodzeniach kręgosłupa*. Lublin 1989.

Kirenko J.: *Wartość pracy zawodowej w oczach ciężko poszkodowanego inwalidy*. W: Z. Kaźmierak (red.): *Spółeczno-zawodowa rehabilitacja osób niepełnosprawnych*. Lublin 1985b.

Kiwerski J.: *Ewolucja postępowania i wyników leczenia urazów kręgosłupa szyjnego*. „Chirurgia Narządów Ruchu Ortopedia Polska” 1988, nr 53.

Kiwerski J.: *Rehabilitacja osób po urazach kręgosłupa z uszkodzeniem układu nerwowego*. „Postępy Rehabilitacji” 1994, suplement.

Kiwerski J.: *Trudności życiowe osób niepełnosprawnych po urazie rdzenia kręgowego*. „Biuletyn Informacyjny Towarzystwa Walki z Kalectwem” 1986, nr 2.

Kiwerski J.: *Urazy kręgosłupa odcinka szyjnego i ich następstwa*. Warszawa 1993.

Kiwerski J., Chrostowska T., Szelaż E.: *Spółeczne i zawodowe problemy paraplegii i tetraplegii*. „Polski Tygodnik Lekarski” 1981, nr 36.

Kiwerski J., Giers A.: *Rola rodziny w życiu człowieka niepełnosprawnego*. W: *Stosunek społeczeństwa do ludzi niepełnosprawnych*. Częstochowa 1985.

Kottas A.: *Podręcznik do Kwestionariusza Osobowości H.G. Gougha*. Warszawa 1975 (maszynopis).

Kottas A., Markowska B.: *Inwentarz Psychologiczny (podręcznik tymczasowy) – skrót opracowania monograficznego*. „Pracownia Psychometryczna” PAN, Warszawa 1968 (maszynopis).

Kuch J. (red.): *Rehabilitacja*. Warszawa 1989.

Kutner N., Kutner M.: *Race and sex variables affecting reactions to disability*. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1979, nr 60.

Kwolek A., Gliwińska G.: *Próby aktywnego poradnictwa i treningu rodzin chorych rehabilitowanych po udarze mózgu*. W: A. Hulek (red.): *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*. Warszawa 1986.

Larkowa H.: *Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne*. Warszawa 1987.

Larkowa H.: *Niektóre psychologiczne aspekty problemów seksualnych w związku z inwalidztwem*. „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne” 1980, nr 3.

Lawson N.: *Significant events in the rehabilitation process: The spinal cord patients' point of view*. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1978, nr 59.

Lazarus R.: *Personality and Adjustment*. New Jersey 1963.

Lefcourt H.: *Locus of Control: Current Trends in Theory and Research*. New York 1976.

Lew-Starowicz Z., Janaszek P.: *Problemy seksualne ludzi niepełnosprawnych*. W: M. Kozakiewicz (red.): *Wybrane zagadnienia poradnictwa małżeńskiego i rodzinnego*. Warszawa 1985.

Lew-Starowicz Z.: *Problemy seksualne inwalidów*. „Problemy Rodziny” 1974, nr 5.

Lipp L., Kolstoe R., James W.: *Denial of disability and internal control of reinforcement: a study using a perceptual defense paradigm*. „Journal Consulting and Clinical Psychology” 1968, nr 32.

Ludwig E., Adams S.: *Patient cooperation in a rehabilitation center: Assumption of the client role*. „Journal of Health and Social Behavior” 1968, nr 9.

Łuszczynski Cz.: *O łagodzeniu skutków kalectwa*. Warszawa 1980.

Majewska B.: *Statystyka i rzeczywistość*. „Cienie i Światło” 1990, nr 1.

Makowski J.: *Zasady rehabilitacji paraplegików*. Warszawa 1971.

Matson R., Brooks N.: *Adjustment to multiple sclerosis: An exploratory study*. „Social Science and Medicine” 1977, t. II.

McDaniel J., Sexton A.: *Psychoendocrine studies of patients with spinal cord lesions*. „Journal of Abnormal and Social Psychology” 1970, nr 76.

McEver D.: *Pastoral care of the spinal cord injury patient*. „Pastoral Psychology” 1972, nr 23.

Meyerson H.: *Sense of Competence in the Spinal Cord Injured*. University of Houston 1968.

Milanowska K.(red.): *Podstawy rehabilitacji ruchowej w dysfunkcjach narządu ruchu*. Warszawa 1981.

Milanowska K.: *Usprawnianie w przypadkach paraplegii*. W: W. Dega (red.): *Ortopedia i rehabilitacja*. Warszawa 1983.

Money J.: *Phantom orgasm in paraplegics*. „Medical Aspects of Human Sexuality” 1970.

Mueller A.: *Psychologic factors in rehabilitation of paraplegic patients*. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1962, nr 43.

Mueller A., Thompson C.: *Psychological aspects of the problems in spinal cord injuries*. „Occupational Therapy and Rehabilitation” 1950, nr 29.

Nagler B.: *Psychiatric aspects of cord injury*. „American Journal of Psychiatry” 1950, nr 107.

Neff W., Weiss S.: *Psychological Aspects of Disability*. W: B. Wolman (red.): *Handbook of Clinical Psychology*. New York 1965.

Ostrowska A.: *Bariery społeczne w stosunku do osób niepełnosprawnych*. W: M. Sokołowska, A. Rychard (red.): *Studia z socjologii niepełnej sprawności*. Wrocław 1983.

Polakowski K.: *Struktura osobowości jako predyktor przystosowania i osiągnięć w studiach*. Warszawa 1979.

Popielski K.: *Dynamika procesu przystosowania osobowości w świetle badań psychometrycznych wybranych grup*. Nie publikowana praca doktorska, KUL, Lublin 1975.

Popielski K.: *Problematyka przystosowania*. W: *Wykłady z psychologii w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim w roku akademickim 1984/1985*. Lublin 1986.

Prusiński A.: *Podstawy neurologii klinicznej*. Warszawa 1971.

Przeździak B., Maceluch J.: *Postępowanie rehabilitacyjne w późnym okresie paraplegii*. W: A. Hulek (red.): *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*. Warszawa 1986.

Roberts A.: *Spinal cord injury – some psychological considerations*. „Minnesota Medicine” 1972, nr 55.

Schneiders A.: *Personal Development and Adjustment in Adolescence*. Milwaukee 1960.

Seymour C.: *Personality and paralysis: I. Comparative adjustment of paraplegics and quadriplegics*. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1955, nr 36.

Shontz F.: *Reactions to crisis*. „Volta Review” 1965, nr 67.

Siek S.: *Wybrane metody badania osobowości*. Warszawa 1983.

Siller J.: *Psychological situation of the disabled with spinal cord injuries*. „Rehabilitation Literature” 1969, nr 30.

Silver R., Wortman C.: *Radzenie sobie z krytycznymi wydarzeniami w życiu*. „Nowiny Psychologiczne” 1984, nr 4/5.

Sokołowska M., Ostrowska A.: *Socjologia kalectwa i rehabilitacji. Wybrane problemy*. Wrocław 1976.

Sokołowska M., Rychard A. (red.): *Studia z socjologii niepełnej sprawności*. Wrocław 1983.

Stewart T., Rossier A.: *Psychological considerations in the adjustment to spinal cord injury*. „Rehabilitation Literature” 1978, nr 39.

- Szczygielska-Majewska M.: *Adaptacja społeczna osób z para- i tetraplegią*. „Postępy Rehabilitacji” 1994, suplement.
- Szeląg E., Kiwerski J.: *Warunki socjalne pacjentów po uszkodzeniu rdzenia kręgowego*. W: A. Hulek (red.): *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*. Warszawa 1986.
- Szulc A.: *Porażenia i niedowłady w przebiegu chorób kręgosłupa i rdzenia kręgowego*. W: W. Dega (red.): *Ortopedia i rehabilitacja*. Warszawa 1983.
- Taylor S.: *Przystosowanie do zagrażających wydarzeń*. „Nowiny Psychologiczne” 1984, nr 6-7.
- Trieschmann R.: *Sex Drives, Sex Act, and Sexuality*. American Congress of Rehabilitation Medicine 1973.
- Trieschmann R.: *Spinal Cord Injuries – Psychological, Social and Vocational Adjustment*. New York 1980.
- Trieschmann R.: *The Psychological, Social and Vocational Adjustment in Spinal Cord Injury: A Strategy for Future Research (Final Report 13-P-59011-9-01)*. 1978.
- Trieschmann R.: *The role of the psychologist in the treatment of spinal cord injury*. „Paraplegia” 1979, nr 16.
- Tucker S.: *The psychology of spinal cord injury: Patient-staff interaction*. „Rehabilitation Literature” 1980, nr 41.
- Vincent C. (red.): *Human sexuality in medical education and practice*. Springfield 1968.
- Vincent P.: *Treatment of patients with spinal cord injuries*. „Canadian Nurse” 1975, nr 71.
- Webb S., Lorentzi M., Berzins E.: *Marital, educational, employment, income and general financial status prior to and one to six years post-spinal cord injury*. „Paraplegia” 1982, nr 20.
- Weber D., Wessman H.: *A review of sexual function following spinal cord trauma*. „Physical Therapy” 1971, nr LI.
- Weinberg J.: *Human sexuality and spinal cord injury*. „Nursing Clinics of North America” 1982, nr 17.
- Weiss M.: *Leczenie i rehabilitacja osób z uszkodzeniami rdzenia kręgowego*. W: W. Dega, K. Milanowska (red.): *Rehabilitacja medyczna*. Warszawa 1983.
- Weiss M.: *Wskazania do rehabilitacji leczniczej schorzeń narządu ruchu w społeczności inwalidów (Problemy leczniczej rehabilitacji w życiu zawodowo-społecznym paraplegika)*. W: K. Wątorski (red.): *Problemy medyczne rehabilitacji zawodowej inwalidów*. Warszawa 1974b.
- Weiss M.: *Zasady postępowania w urazowych uszkodzeniach rdzenia kręgowego*. Warszawa 1974a.
- Weiss M., Zembaty A. (red.): *Fizjoterapia dla medycznych studiów zawodowych – wydział fizjoterapii*. Warszawa 1983.
- Weller D., Miller P.: *Emotional reactions of patient, family and staff in the acute-care period of spinal cord injury*. „Social Work in Health Care” 1977, nr 2.

Wilcox N., Stauffer E.: *Follow-up of 423 consecutive patients admitted to the spinal cord center, Rancho Los Amigos Hospital, 1 January to 31 December 1967.* „International Journal of Paraplegia” 1972, nr 10.

Wittkower E., Gingras G., Merglev L., Wigdov B., Lepine A.: *A combined psychosocial study of spinal cord lesions.* „Canadian Medical Association Journal” 1954, nr 71.

Wright B.: *Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa.* Warszawa 1965.

Wrochno-Stanke K.: *Niepełnosprawni o swojej sytuacji życiowej.* W: M. Sokołowska, A. Rychard (red.): *Studia z socjologii niepełnej sprawności.* Wrocław 1983.

Wolińska J., Drwal R.: *Test przymiotnikowy ACL H.G. Gougha i A.B. Heilbruna w badaniach samooceny i percepcji społecznej.* W: R. Drwal (red.): *Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej – wybrane zagadnienia.* Lublin 1989.

Ziglińska A.: *Problemy psychiczne adaptacji do paraplegii.* „Postępy Rehabilitacji” 1990, nr 4.







Biblioteka Główna UMCS

845525



1011224590

UMCS



WYDAWNICTWO