

Wydział Pedagogiki i Psychologii  
Zakład Psychopedagogiki Specjalnej

Janusz KIRENKO

### Czynniki warunkujące psychospołeczne przystosowanie osób z paraplegią

The Factors Affecting Psycho-Social Adaptation of Paraplegic Patients

#### PRZEGLĄD LITERATURY

Ujmowanie zjawiska przystosowania osób niepełnosprawnych jako procesu dynamicznej akceptacji (H. Heflich-Piątkowska, J. Walicka 1975) współzależnego ze społecznym aspektem funkcjonowania, wspartym odpowiednim przystosowaniem środowiska społecznego i otoczenia fizycznego (A. Hulek 1969) uwarunkowane jest wieloma czynnikami. Mieszczą się one jednak — co zauważa np. A. Hulek (Hulek 1969) w odniesieniu do problematyki związanej z występowaniem reakcji na inwalidztwo — w ramach różnic indywidualnych, jakie są udziałem każdej poszkodowanej jednostki. Dla celów niniejszego opracowania termin przystosowanie będzie rozumiany jako stan dynamicznej równowagi, osiąganey w wyniku procesu adaptacji, psychologizacji i socjologizacji. Nie sposób przy tym nie zauważyć, iż pomimo uwzględnienia w nim społecznej strony procesu główny akcent położony jest jednak na psychiczne walory zjawiska. Dlatego podjęcie tu dyskusji nad społeczno-demograficznymi i innymi czynnikami warunkującymi przystosowanie pozwoli m. in. na szersze spojrzenie na ten problem od strony społecznych determinantów, a także na przeanalizowanie wielu powszechnie niczym nie uzasadnionych opinii, które wiążą np. określone społeczno-demograficzne czynniki ze stopniem czy też zakresem i jakością psychospołecznego przystosowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Spośród wielu różnych czynników uwzględnionych w procesie przystosowania się osób niepełnosprawnych do najczęściej wymienianych należą: wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, czas trwania inwalidztwa

oraz stopień funkcjonowania lokomocyjno-czynnościowego (E. Gorczycka 1981, H. Heflich-Piątkowska i J. Walicka 1975, A. Hulek 1969 oraz R. Trieschmann 1980). Nie wszystkie oczywiście wymienione tu czynniki występują u każdego z przytaczanych autorów pod takimi nazwami czy też określeniami. Żaden z nich nie podaje np. w swoim wykazie sformułowania „stopień funkcjonowania lokomocyjno-czynnościowego”. Używają oni raczej określeń typu: stopień i zakres inwalidztwa lub stopień sprawności fizycznej. Pozostałe czynniki są już bardziej jednoznaczne i jednakowe dla wszystkich, chociaż trzeba tutaj zaznaczyć, iż występujące rozbieżności pomiędzy poszczególnymi badaczami w podejściu do tej problematyki zarówno co do rodzaju, jak i liczby wybranych przez nich czynników są zazwyczaj bardzo duże, stanowiąc tym samym o ich kontrowersyjności. Uwarunkowane jest to zapewne teoretycznymi orientacjami autorów, doświadczeniami z ich własnej praktyki oraz szeregiem jeszcze innych przyczyn, których analiza wykracza poza ramy podjętego problemu. Wydaje się jednak, że ograniczenie ich (czynników) do kilku podstawowych, tzw. obiektywnych, w zupełności wystarczyłoby a jednocześnie uprościłoby procedurę poszukiwania i dochodzenia do związków między nimi a procesem przystosowania. Uczyniła tak m. in. R. Trieschmann (1980) w swojej pracy w rozdziale dotyczącym społecznych czynników przystosowania w uszkodzeniach rdzenia kręgowego. Czynnikiemami tymi 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. Występująca w tym procesie ogromna ilość zmiennych pośredniczących stwarza tak różnorodne ich konfiguracje i układy wpływów, iż bardzo często oczywiste na ogół fakty i zjawiska stają się niezrozumiałe i absurdalne zarówno dla postronnych obserwatorów, jak i badaczy tej dziedziny. Można jednak pokusić się o stwierdzenie, że kilka czynników jest zgodnie wymienianych przez wszystkich niemal autorów. I one to będą omawiane w tej części opracowania.

Do takich czynników należy przede wszystkim wiek życia i wiek nabycia inwalidztwa. W. Kerr i M. Thompson (1972) oceniając osoby z uszkodzeniem rdzenia pod względem ich umysłowego przystosowania do inwalidztwa zauważyli, że wiek jest bardzo ważnym czynnikiem przystosowania — młodzi paraplegicy lepiej sobie radzą niż starsi. Potwierdzeniem tych 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 w liczebności celów niż starsi. Pozostałe badania nie potwierdziły już tego kierunku zależności. S. Dinsdale i in. (1971) uważają, że najwięcej problemów przystosowawczych doświadczają młodzi mężczyźni z paraplegią. Natomiast E. Ludwig i S. Adams (1968) stwierdzają, iż zarówno bardzo młode, jak i starsze osoby z poprzecznym porażeniem

w 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 (1969) — ma bogatą argumentację.

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 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. Dlatego też trudno określić, czy kobiety różnią się od mężczyzn w przebiegu procesu i efektach przystosowania, czy też nie.

Analogicznie — z powodu niewielu danych — przedstawia się sytuacja, gdy chodzi o rolę jaką w procesie przystosowania odgrywa czynnik czasu trwania inwalidztwa. 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. G. Carter (1980) oraz W. Kerr i M. Thompson (1972) sądzą co prawda, że potrzebne są co najmniej dwa lata zanim osoba z paraplegią zdobędzie trochę poczucia stabilizacji w życiu. Trudno tu wyrokować jak jest w rzeczywistości, ponieważ bardzo ważną rolę odgrywa tutaj zapewne czynnik indywidualizacji — w literaturze przedmiotu często nie uściśla się tego czynnika lub w zupełności pomija.

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

Takich i podobnych badań przeprowadzono bardzo wiele. Prowadzili je m. in. Q. Dinardo (1971), C. Golightly i R. Reinehr (1972), G. Hohmann (1966), T. Janos i K. Hakmiller (1975), B. Kemp i C. Vash (1971), H. Meyerson (1968) oraz E. Ludwig i S. Adams (1968). Żadne z nich jednak nie dało jednoznacznej odpowiedzi. Co więcej, stanowiska między badaczami były niekiedy diametral-

nie różne: od stwierdzenia Q. Dinardo (1971) bliskiego ujęciu R. Barkera i in. (A. Hulek 1969) oraz B. Wright (1965), 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 uboższego przystosowania.

Kolejnym czynnikiem chętnie poruszonym w teoretycznych dociekaniach nad jego znaczeniem w przystosowaniu jest miejsce zamieszkania. Podobnie jednak jak w przypadku płci i czasu trwania niesprawności, tak i ten czynnik nie doczekał się jeszcze gruntowniejszych analiz empirycznych poza czysto statystycznymi wskaźnikami. Istniejąca zatem — jak uważa Trieschmann (1980) — niewielka liczba danych dotycząca tego czynnika nie pozwala na wyciągnięcie zbyt daleko idących wniosków.

Dużo badań, szczególnie w krajach zachodnich, przeprowadzono nad wpływem czynnika ekonomicznego, określanego przez Trieschmann (1980) mianem „socioekonomicznego statusu” (SES) w procesie przystosowania do uszkodzenia rdzenia kręgowego. 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, szczęścia i przypadku, zmierzając w ten sposób do zewnętrznego poczucia kontroli, a więc gorszego przystosowania. Natomiast M. Kalb (1971) oznajmił, że pochodzenie społeczne (klasa społeczna) oraz status materialny determinują jakość późniejszego życia chorych z paraplegią (po wyjściu ze szpitala). Zbliżone stanowisko zajmują także Ludwig i Adams (1968). Zauważyli oni, iż osoby o najniższym poziomie socioekonomicznym potrzebują najwięcej 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 Kerra i Thompsona (1972). Stwierdzili oni, 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 (Heflich-Piątkowska, Walicka 1975; Hulek 1969).

Stwierdzenie Kerra i Thompsona (1972) znalazło potwierdzenie w badaniach A. Robertsa (1972), gdzie autor zauważył, że paraplegicy o wyższych zdolnościach intelektualnych przejawiali więcej chęci i zaangażowania w działaniu 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 wypracowują i przyswajają nowe nawyki i umiejętności niezbędne w czynnościach dnia codziennego, samoobsłudze i pracy zawodowej. Umiejętności tych, jak zastrzega się autor, nie można utożsamiać z przystosowaniem społecznym, już jednak samo uniezależnienie się w podstawowych czynnościach od osób drugich daje paraplegikowi większe poczucie wartości, co niesłychanie pozytywnie wpływa na proces jego psychospołecznego przystosowania.

Podsumowując należy powiedzieć, że przeprowadzona tu dyskusja nad znaczeniem czynników społeczno-demograficznych w procesie przystosowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego nie wyczerpuje wszystkich aspektów tego problemu. Można mieć również wiele wątpliwości, czy zaprezentowane tu dane, oparte w zdecydowanej większości na literaturze zachodniej, 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 ustalaniu kierunków przyszłych badań.

#### METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Ustosunkowując się zatem do przedstawionego wcześniej postulatu sformułowano następujący problem badawczy: Jakie są główne uwarunkowania psychospołecznego przystosowania osób z paraplegią mierzonego Testem Przymiotników (ACL) H. Gougha i A. Heilbruna (1971) oraz Inwentarzem Psychologicznym (CPI) H. Gougha (1957).

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 następujące zmienne: płeć,

---

\* Samoakceptacja — to stopień zbieżności między oceną realnego obrazu własnej osoby (samoocena realna), utożsamianą z „ja” realnym a oceną idealnego obrazu własnej osoby (samoocena idealna), utożsamianą z „ja” idealnym (samoakceptacja osób doświadczonych paraplegią to taki stan, w którym idealny obraz samego siebie (tzn. subiektywna jego ocena), zawierający w sobie zmieniony obraz ciała, jest zbliżony do realnego obrazu własnej osoby, także według subiektywnej jego oceny, obejmujący również zmieniony obraz ciała). Natomiast społeczne przystosowanie — to — za Goughem (za: K. Polakowski, *Struktura osobowości jako predyktor przystosowania i osiągnięć w studiach*, Warszawa 1979) — taki rodzaj kontaktów interpersonalnych, zachowania, który zagwarantuje zaspokojenie potrzeb na wymaganym poziomie i da przy tym satysfakcję emocjonalną, wynikającą z bezkonfliktowych, przyjaznych kontaktów z otoczeniem społecznym, czyli te cechy osobowości, które są utożsamiane przez Gougha z mechanizmami przystosowawczymi.

wiek, stan cywilny, pochodzenie społeczne, miejsce zamieszkania, wykształcenie, czas trwania paraplegii, źródło utrzymania oraz stopień sprawności lokomocyjno-czynnościowej, określane mianem niezależnych.

Odpowiedź na postawione pytanie (problem badawczy) oparta została na przeprowadzonej analizie porównawczej poszczególnych aspektów przystosowania — w pierwszym przypadku: wskaźników ogólnego poziomu samoakceptacji „D”\*\*, średnich wskaźników samoakceptacji „d”\*\*\* dla poszczególnych 24 skal ACL, oraz profilów realnego i idealnego obrazu własnej osoby; w drugim zaś: profilów ogólnego poziomu przystosowania społecznego w kontekście poszczególnych skal CPI oraz czterech kategorii tegoż przystosowania w ramach wybranych zmiennych społeczno-demograficznych: dwudzielnych (płeć), trójdzielnych (pochodzenie społeczne, stan cywilny i stopień funkcjonowania lokomocyjno-czynnościowego) i czterodzielnych (wiek, miejsce zamieszkania, czas trwania paraplegii oraz źródło utrzymania). W przypadku porównań z udziałem podziałów trój- i czterodzielnych stosowano metodę analizy wariancyjnej ( $F^0$ ), natomiast dwudzielnych test  $t^0$  lub  $C^0$ , w zależności od otrzymanego wskaźnika jednorodności wariancji ( $F$ ).

Badaniami objęto grupę 145 osób z paraplegią dobraną w sposób celowy. Warunkiem uznania osoby z poprzecznym 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 145 osób z paraplegią (poziom uszkodzenia wahał się między  $Th_1$  a  $L_5-S_2$ , przy największej liczbie uszkodzeń w odcinku  $Th_6-Th_{12}$  — 81 osób) doznało uszkodzenia rdzenia kręgowego na skutek wypadków z udziałem środków lokomocyjnych — 76 osób, upadków z wysokości — 42 osoby, wypadków związanych z wykonywaną pracą — 13 osób, wypadków związanych ze sportem, zabawą i rekreacją — 8 osób oraz innych — 6 osób. Granica wieku badanych 39 kobiet i 106 mężczyzn wahała się między 20 a 40 rokiem życia (średnia 29,6). 97 osób uległo trwałemu paraliżowi poprzecznemu w przedziale wieku między 25,5 a 39 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, zamężnych i żonatych 53, a rozwiedzionych 7. Wśród badanych 82 osoby były pochodzenia robotniczego; 49 osób pochodzenia chłopskiego i 23 osoby pochodzenia inteligenckiego.

\*\* Obliczane według wzoru L. Cronbacha i G. Glesera.

\*\*\* Obliczane metodą różnicy różnic między średnimi realnego i idealnego obrazu własnej osoby.

48 osób mieszkało na wsi, 7 w osadach, 41 w miastach oraz 49 osób w miastach wojewódzkich. Wykształcenie badanych przedstawiało się następująco: 25 osób miało podstawowe, 51 zasadnicze zawodowe, 62 osoby średnie oraz 7 osób wyższe. Podstawowym źródłem utrzymania dla 145 osób z paraplegią było: renta — 99 osób, praca zawodowa — 4 osoby, praca (w niepełnym wymiarze) plus renta — 30 osób, na utrzymaniu rodziny — 12 osób. Wśród badanych 134 osoby zakwalifikowane były do I grupy inwalidów, 7 osób do II, natomiast wobec 4 osób nie przeprowadzono badań KIZ-owskich i nie wydano im orzeczenia.

## WYNIKI BADAŃ

W wyniku przeprowadzonych analiz i interpretacji uzyskanych poziomów psychicznego i społecznego przystosowania badanych osób z paraplegią, w ujęciu poszczególnych zmiennych niezależnych, ustalono, że:

1. Zmienna płci nie wpływa na poziom psychicznego przystosowania badanych osób z paraplegią. Grupa badanych kobiet z paraplegią nie różni się bowiem od grupy badanych mężczyzn o tym samym schorzeniu pod względem przejawianego poziomu samoakceptacji, zarówno w zakresie jego ogólnego wskaźnika „D” ( $C^o = 0,616$  — n. i.), jak i w ramach wskaźników poszczególnych skal testu przymiotnikowego „d” (tylko dwie skale ACL różnicujące na poziomie istotności statystycznej: Akc —  $p < 0,05$  i Gp —  $p < 0,001$ ). Występujące różnice ilościowe w badanych grupach między profilami realnego i idealnego obrazu siebie (18 skal z różnicami na poziomach  $p < 0,05-0,001$  w grupie kobiet i 21 skal —  $p < 0,01-0,001$  w grupie mężczyzn) sugerujące w jednakowym stopniu potrzebę zmian postrzeganych właściwości, wykazują przede wszystkim odmienności w nasileniu 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 pod postacią poszczególnych jej wymiarów, czyli tzw. zespoły względnie trwałych tendencji do zachowania się i reagowania w sytuacjach społecznych (K. Polakowski 1978) wykazują zróżnicowanie zarówno w ogólnym poziomie przystosowania społecznego, gdzie krzywa profilu badanych kobiet przebiega — w znacznym stopniu — powyżej krzywej dla badanych mężczyzn (11 skal CPI w których średnie dla kobiet były wyższe od średnich dla mężczyzn, w tym 4 skale — Od, Us, Pk i Kb — na poziomach  $p < 0,01-0,001$ ; przy 7 skalach w odwrotnej relacji, w tym jedna skala St na poziomie istotności  $p < 0,05$ ), jak i w zakresie czterech kategorii mierzących dynamikę przystosowania, gdzie zauważa się u badanych kobiet, relatywnie do badanych mężczyzn, wyższe średnie wyniki przeliczone (na skalę stenową) w trzech dziedzinach funkcjonowania społecznego (II — miary uspołecznienia, dojrzałości emocjonalnej i odpowiedzialności; III — miary powodzenia życiowego

i wydajności intelektualnej; IV — miary preferencji poznawczej). Grupa badanych kobiet posiada zatem wyższy ogólny poziom przystosowania społecznego, jakkolwiek — co wynika z przeprowadzonej analizy układów konfiguracyjnych poszczególnych skal CPI — na równi z grupą badanych mężczyzn skłania się ona ku konformistycznemu typowi społecznej adaptacji.

2. Nie stwierdzono występowania istotnych zależności pomiędzy poziomem psychicznego i społecznego przystosowania badanych osób z paraplegią a zmienną niezależną wieku. Zarówno uzyskana wartość testu  $F^{\circ}$  ( $=0,348$ ) dla czterech (cztery grupy wiekowe) jednocześnie porównywanych średnich ogólnego wskaźnika samoakceptacji „D” mniejsza od wartości krytycznej dla tego testu na najniższym jego poziomie ( $F_{0,05} - 2,67$ ), jak i zbliżone relacje wartości testów  $F^{\circ}$  otrzymanych z porównań międzygrupowych wskaźników „d” (5 skal ACL — Po, Ws, Aut, Zm i Sub — o wartościach zbliżonych do poziomu istotności statystycznej), a tylko trzy skale CPI — Op, Po i Pk — o wartościach testu  $F^{\circ}$  na poziomie  $p < 0,05$ , umożliwiające tym samym dokonanie w tych skalach stosownych porównań międzygrupowych, nie pozwalają na wyciągnięcie innego wniosku niż ten, który wcześniej przedstawiłem. Z przeprowadzonej jednak proporcjonalnej analizy porównawczej (porównania średnich) 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 ze wzrostem wieku (przejście od przedziału 25,5-30 lat do przedziału 30,5-35 lat) wzrastają przeciętnie średnie wartości poszczególnych wymiarów psychospołecznego przystosowania. Można zatem tutaj mówić o tendencji do występowania zależności między analizowanymi zmiennymi przystosowania psychicznego i społecznego a wiekiem badanych osób z paraplegią. Jest to jednak tylko tendencja.

3. Nie zauważono istotniejszych związków zależnościowych między poziomem samoakceptacji a zmienną pochodzenia społecznego badanych osób z paraplegią, gdzie w wyniku przeprowadzonych porównań wskaźników „D” ( $F^{\circ} = 0,599$  przy  $F_{0,05} - 3,06$ ) i „d” (8 skal ACL — Os, Do, La, Aut, Ag, Het, Zm i Sub — na poziomach  $p < 0,05-0,01$ ) oraz profilów realnego i idealnego obrazu własnej osoby między trzema badanymi grupami osób zauważono występowanie tylko pewnych tendencji w kierunku np. zmniejszonej samoakceptacji osób o pochodzeniu robotniczym i ich ilościowo innego — od pozostałych porównywanych grup — nasilenia cech przejawianego idealnego obrazu własnej osoby, a także ilościowo innego w odniesieniu do osób z pochodzeniem robotniczym i chłopskim nasilenia cech osób o pochodzeniu inteligenckim w realnym obrazie siebie. Zauważono natomiast występowanie takich związków zależnościowych w drugim aspekcie przystosowania, jakim jest społeczne funkcjonowanie osób z paraplegią, gdzie badani z pochodzeniem inteligenckim zarówno w ogólnym

poziomie przystosowania [5 skal CPI — St (na poziomie  $p < 0,01$  —  $F_{0,01} = 4,76$ ), Pw, Pn, Wp i Rz — na poziomie  $p < 0,05$  oraz 3 skale CPI o zbliżonych wartościach — Am(=2,355), Od(2,931) i Ty(=2,678) — przy  $F_{0,05} = 3,06$ ], jak i poszczególnych jego dziedzinach społecznej aktywności (najwyższe średnie z porównywanych grup w trzech kategoriach: I — miary zrównoważenia, wpływu na innych i pewności siebie; II i IV) wykazują wyższe wskaźniki społecznej adaptacji. Widoczne jest to szczególnie w oznajmianym typie przystosowania, określanym tutaj mianem światłego lub życzliwego przywódcy, przy konformistycznym typie przystosowania w pozostałych grupach pochodzenia społecznego.

4. Osoby z paraplegią w stanie wolnym nie różnią się pod względem poziomu psychospołecznego przystosowania od osób z paraplegią będących w związkach małżeńskich i innych formach stanu cywilnego. Ogólny poziom samoakceptacji „D” ( $F^0 = 1,129$  przy  $F_{0,05} = 3,06$ ), średnie jego wskaźniki „d” (3 skale ACL — Po, Wy i Zp — na poziomie  $p < 0,05$ ) odpowiedzialne za przystosowanie psychiczne, ogólny stopień przystosowania społecznego (tylko w jednej skali CPI — Po — otrzymana wartość testu  $F^0 = 4,186$  była wyższa od wartości krytycznej, także przeprowadzona proporcjonalna analiza porównawcza nie wykazała istotniejszych różnic), czy też poszczególne kategorie społecznego działania (przeciętne wyniki przeliczone — skala stenowa — są niemal identyczne we wszystkich porównywanych grupach) nie wchodzą w związki zależnościowe ze zmienną niezależną stanu cywilnego badanych osób z paraplegią.

5. Nie stwierdzono występowania związków zależnościowych pomiędzy poziomem samoakceptacji a zmienną niezależną miejsca zamieszkania. Uzyskana wartość statystyki  $F^0 (= 0,900$  przy  $F_{0,05} = 2,67$ ) czterech (cztery grupy miejsca zamieszkania) jednocześnie porównywanych średnich arytmetycznych ogólnego wskaźnika „D” badanych osób z paraplegią jest nieistotna statystycznie. Tylko w trzech skalach ACL: Sk, Po i Zm wystąpiły różnice —  $p < 0,05$  — w poziomach samoakceptacji (wskaźnik „d”). Związki takie występują natomiast w relacji między poziomem społecznego funkcjonowania badanych osób z paraplegią a ich miejscem zamieszkania. Otrzymane wartości testu  $F^0$  okazały się istotnie statystycznie wyższe od wartości krytycznych w siedmiu skalach CPI: T1 ( $p < 0,01$ ), Am, St, Pn, Wp, Wu i Rz (wszystkie na poziomie  $p < 0,05$ ). Umożliwiło to dokonanie stosownych porównań międzygrupowych, w wyniku których — a także z dokonanej oceny poszczególnych dziedzin przystosowania — stwierdzono, że osoby mieszkające w miastach wojewódzkich wykazują wyższy poziom przystosowania społecznego od osób mieszkających w miastach (małych) i na wsi (w tym i w osadzie), przy równie wyższym — ale już nieistotnym statystycznie — poziomie tego przystosowania osób z małych miast w porównaniu z osobami ze wsi.

6. Zmienna wykształcenia badanych osób z paraplegią wpływa istotnie na poziom psychospołecznego przystosowania tychże osób. Uzyskane wskaźniki

zależności są jednak bardzo niejednolite i cechują się znaczną zmiennością. Stwierdzono występowanie ujemnych relacji zależnościowych między poziomem samoakceptacji a poziomem wykształcenia badanych osób, tzn. w miarę wzrostu wykształcenia badanych osób z paraplegią nasilały się u nich tendencje w kierunku obniżania ich poziomu samoakceptacji. Uzyskana wartość testu  $F^{\circ}(=2,739)$  okazała się istotna statystycznie ( $p < 0,05$ ), co w konsekwencji dokonanych porównań międzygrupowych pozwoliło na ustalenie, iż osoby z paraplegią mające średnie wykształcenie przejawiające tendencje ku obniżonej samoakceptacji (wskaźnik „D” na poziomie 7 stena), różnią się ( $p < 0,05$ ) od grupy osób z paraplegią z wykształceniem podstawowym („D” dla tej grupy na poziomie 5 stena). Potwierdziły to wyniki z porównań średnich wskaźników samoakceptacji „d”. Odwrotnie w drugim aspekcie przystosowania — oceny poziomu społecznego funkcjonowania w zależności od prezentowanego poziomu wykształcenia, gdzie występujące relacje zależnościowe były wybitnie dodatnie. Spośród 18 współczynników testu  $F^{\circ}$ , jakie uzyskano w wyniku porównań czterech średnich (cztery grupy wykształcenia) z 18 skal CPI, w 15 skalach — Do, To i Kb na poziomie  $p < 0,05$ ; Am, Ds, Od, Us, Op, Tl, Po, Ty, Pk, Pn, Wu i Wp na poziomie  $p < 0,01$  — otrzymane wartości okazały się istotne statystycznie. Niemal we wszystkich porównaniach uzyskane różnice były na korzyść osób o wyższym poziomie wykształcenia. Wzrostowi poziomu wykształcenia badanych paraplegików towarzyszył zatem coraz wyższy poziom przystosowania społecznego.

7. Zmienna czasu trwania paraplegii nie wpływa na przystosowanie psychiczne. Na podstawie dokonanych porównań zarówno ogólnego wskaźnika „D” ( $F^{\circ}=0,156$  przy  $F_{0,05}=2,67$ ), jak i średnich wskaźników „d” (mimo pięciu skal ACL — Clp, Pp, Po, Zr i Gp — różnicujących wybrane grupy —  $p < 0,05$ ) w aspekcie zmiennej czasu trwania paraplegii stwierdzić można, że u badanych osób nie występuje istotniejszy stopień zależności między tą zmienną a ustalonymi poziomami samoakceptacji, przy czym osoby z dłuższym okresem paraplegii wykazywały, w porównaniu do osób z pozostałych grup czasowych paraplegii, nieco odmienny obraz przystosowania psychicznego (jakkolwiek stopień sygnalizowanej u nich — czyli we wszystkich czterech porównywanych grupach — potrzeby zmian postrzeganych cech i właściwości obrazu własnej osoby był bardzo zbliżony do siebie). Czas trwania paraplegii jest natomiast 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. Osoby z przedziału od 10,5 do 22 lat wykazują istotnie lepszy ogólny poziom przystosowania społecznego niż osoby o krótszym czasie trwania inwalidztwa, zwłaszcza w odniesieniu do badanych z przedziału od jednego roku do trzech lat (różnice na poziomie  $p < 0,05$  w sześciu skalach CPI — Do, Op, Tl, Po, Pn i Wu). Potwierdzają to także dane z analiz

czterech kategorii przystosowania społecznego oraz uzyskanych układów konfiguracyjnych poszczególnych skal CPI.

8. Stwierdzono występowanie związków zależnościowych między źródłem utrzymania badanych osób z paraplegią a ich ogólnym poziomem samoakceptacji. Wykazano bowiem istotność różnic w ogólnych poziomach samoakceptacji „D” [uzyskana wartość testu  $F^\circ$  dla czterech jednocześnie porównywanych średnich ( $=2,266$ ) okazała się niemal istotna statystycznie ( $F_{0,05} - 2,67$ ), wobec tego dokonano porównań międzygrupowych] między osobami pobierającymi rentę i jednocześnie pracującymi zawodowo a osobami wyłącznie pobierającymi rentę. Wyższy stopień samoakceptacji był udziałem osób pracujących zawodowo. Stąd przyjęto, że wykonywanie pracy przez osoby z paraplegią wpływa na ich wzrost poziomu samoakceptacji, a tym samym na ich lepsze funkcjonowanie psychiczne, jakkolwiek teza ta nie znajduje — mimo wszystko (co wynika z analizy wskaźników „d” i proporcjonalnej analizy porównawczej) — jednoznacznego potwierdzenia w świetle uzyskanych danych. Podwyższone wyniki w samoakceptacji uzyskały bowiem także osoby nigdzie nie pracujące i te, które nie pobierają renty, pozostają więc na utrzymaniu rodziny. Potwierdziło się to również w drugim aspekcie przystosowania, gdzie co prawda nie stwierdzono występowania związków zależnościowych między analizowanymi zmiennymi (tylko w dwóch skalach CPI otrzymane wartości statystyki  $F^\circ$  — Us-2,093 i Pk-2,090 — były zbliżone do wartości krytycznych tego testu — 2,67), to jednak osiągnięty poziom funkcjonowania społecznego — co wynika z przeprowadzonej proporcjonalnej analizy porównawczej — przez osoby pracujące zawodowo i jednocześnie pobierające rentę oraz przez osoby pobierające rentę był niemal identyczny (przy oczywiście występujących różnicach w jakościowym funkcjonowaniu społecznym porównywanych grup) i był nieco wyższy od poziomu uzyskanego przez osoby z paraplegią, których jedynym źródłem utrzymania jest renta inwalidzka. Grupa osób będących na utrzymaniu rodziny (bez środków) nie była zbyt liczna ( $N=12$ ), dlatego też sądzić należy, że uzyskane przez nią wyniki, jakkolwiek bardzo interesujące, muszą być traktowane bardzo ostrożnie.

9. Nie stwierdzono występowania znaczniejszych związków zależnościowych pomiędzy poziomem samoakceptacji badanych osób z paraplegią a ich stopniem sprawności lokomocyjno-czynnościowej. W wyniku bowiem przeprowadzonych porównań wskaźników „D” ( $F^\circ=0,190$  przy  $F_{0,05} - 3,06$ ) i „d” [tylko w jednej skali ACL — Po — uzyskany współczynnik  $F^\circ (=2,805)$ ] okazał się zbliżony do istotnego statystycznie, przy pozostałych 23 współczynnikach wybitnie losowych] oraz profilów realnego i idealnego obrazu własnej osoby między trzema badanymi grupami osób z paraplegią zauważono występowanie pewnych tylko tendencji w kierunku np. nieco mniejszej samoakceptacji osób najlepiej usprawnionych lokomocyjno-czynnościowo. Stwierdzono natomiast występowanie takich związków w drugim aspekcie przystosowania, czyli w społecznym

funkcjonowaniu badanych, gdzie osoby najlepiej usprawnione zarówno w ogólnym poziomie przystosowania (8 skal CPI — Do, To, Ds, Od, Tl, Pn, Pu i Wu — o wartościach testu  $F^{\circ}$  wyższych lub zbliżonych do wartości krytycznej, co umożliwiło dokonanie stosownych porównań międzygrupowych, w rezultacie których stwierdzone różnice, również i te o zbliżonym poziomie istotności, były korzystne dla osób o wyższym stopniu sprawności lokomocyjno-czynnościowej), jak i poszczególnych jego dziedzinach społecznej aktywności (wszystkie przeciętne wyniki przeliczone, obliczone ze skal tworzących daną dziedzinę i przeniesione na skalę stenową, uzyskane w grupie osób najlepiej usprawnionych były wyższe od porównywanych z grup osób w mniejszym stopniu usprawnionych), wykazały wyższe wskaźniki od osób z pozostałych grup stopnia sprawności lokomocyjno-czynnościowej.

#### PODSUMOWANIE

Syntetyzując powyższe ustalenia stwierdzić należy, że 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 paraplegią. W przystosowaniu 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 paraplegii 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 przystosowania.

W warunkach naturalnych, gdy o zachowaniu się człowieka decyduje współdziałanie wielu często wzajemnie powiązanych czynników oczywiste staje się sprawdzenie takiej zależności, których istnienie wydaje się rzeczą normalną czy to na podstawie potocznej obserwacji, zdroworoządkowego rozumowania, czy nawet w świetle sprawdzonych teorii naukowych (I. Heszen-Klemens, 1979). Wydaje się, że postawiony cel badań został osiągnięty, przy czym — co należy zaznaczyć — w prezentowanym tu opracowaniu poprzestano wyłącznie na przedstawieniu ogólnych tendencji wpływu czynników społeczno-demograficznych na psychiczne i społeczne przystosowanie osób z paraplegią, nie odnosząc się np. do oceny przyczyn niewystępowania oczekiwanych związków, czy też oceny praktycznych konsekwencji stwierdzonych zależności. Chcąc jednak to przedstawić należałoby wcześniej zaprezentować całą gamę danych, odnoszących się do wszelakich przejawów społecznego funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, i to nie tylko w aspekcie charakterystyki badanej

grupy, ale także jako ewentualne czynniki pretendujące do miana zmiennych niezależnych. Nie zaprezentowano tu również pełnych charakterystyk 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, i odwrotnie. Łatwiej byłoby wówczas np. ustalić, które ze zmiennych mają stymulujący, a które hamujący wpływ na proces przystosowania badanych osób z paraplegią. Wąskie ramy niniejszego opracowania, a i nie wszystkie z zasygnalizowanych tu zagadnień znalazły odzwierciedlenie w przeprowadzonych badaniach, nie pozwoliły jednak na tak wnikliwą analizę. Ograniczono się tutaj tylko do prezentacji wyników, przedstawiając niektóre z nich jako propozycje do dalszych analiz, inne zaś uwypuklając, szczególnie gdy mają znaczne oparcie w empirii. Proces przystosowania osoby z paraplegią i jego uwarunkowań jest bowiem zbyt złożony, aby na podstawie tego opracowania wyciągać nadto pewnie brzmiące wnioski.

#### BIBLIOGRAFIA

- Cronbach L., Gleser G., *Assessing similarity between profiles*, Psychological Bulletin 1953, 50.
- Dinardo Q.: *Psychological Adjustment to Spinal Cord Injury*. 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, 18.
- Golightly C., Reinehr R., *Fantasy production of quadriplegic males: A preliminary investigation*, „American Corrective Therapy Journal”, 1972, 26.
- 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.
- Heflich-Piątkowska H., Walicka J., *Problemy psychologiczne i psychopatologiczne w ciężkich uszkodzeniach narządu ruchu*, Warszawa 1975.
- Heszen-Klemens I., *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*, Wrocław 1979.
- Hohmann G., *Some effects of spinal cord lesions on experienced emotional feelings*, „Psychophysiology”, 1966, 3.
- Hulek A., *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*, Warszawa 1969.
- Janos T., McMiller K., *Some effects of lesion level and emotional cues on affective expression in spinal cord injury patients*, Psychological Reports, 1975, 37.
- Kalb M., *An examination of the relationship between hospital ward behaviors and post-discharge behaviors in the spinal cord injury patients*, Houston 1971.
- Kemp B., Vash C., *Productivity after injury in a sample of spinal cord injured: A pilot study*, „Journal of Chronic Disease”, 1971, 24.
- Kerr W., Thompson M., *Acceptance of disability of sudden onset in paraplegia*, „Paraplegia” 1972, 10, 94-102.

- Kirenko J., *Psychospoleczne uwarunkowania przystosowania do życia osób z paraplegią* [w:] A. Hulek (red.), *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*, Warszawa 1986.
- Kutner N., Kutner M., *Race and sex variables affecting reactions to disability*, „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1979, 60, 62-66.
- Lefcourt H., *Locus of Control: Current Trends in Theory and Research*, New York 1976.
- Ludwig E., Adams S., *Patient cooperation in a rehabilitation center: Assumption of the client role*, „Journal of Health and Social Behavior” 1968, 9.
- Meyerson H., *Sense of competence in the spinal cord injured*, Houston 1968.
- Polakowski K., *Struktura osobowości jako predyktor przystosowania i osiągnięć w studiach*, Warszawa 1979.
- Roberts A., *Spinal cord injury — some psychological considerations*, „Minnesota Medicine” 1971, 55.
- Seymour C., *Personality and paralysis: I. Comparative adjustment of paraplegics and quadriplegics*, „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1955, 36, 691-694.
- Trieschmann R., *Spinal Cord Injuries — Psychological, Social and Vocational Adjustment*, New York 1980.
- 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, 10.
- Wright B., *Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa*, Warszawa 1965.

#### SUMMARY

The paper consists of two parts. The first one provides a theoretical analysis of the selected socio-demographic factors influencing adaptation of people with permanent impairment of the spinal cord. The second one presents the results of psychological research in a group of 145 paraplegic patients as regards their level of psychical and social adaptation. The studies made use of such methods as Adjective Test (ACL) by H. Gough and A. Heilbrun, and Psychological Inventory (CPI) by H. Gough, in the aspect of the following independent variables: sex, age, social background, marital status, residence, education, the duration of paraplegy, the source of maintainance and degree of locomotive and functional efficiency. The results obtained in this way emphasize the importance of the above factors (variables) for the process of psycho-social adaptation of paraplegic patients.