

Nasilenie psychospołecznych problemów u osób z trwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego

Bogusław Leszek Block¹

Instytut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski

INTENSIFICATION OF PSYCHOSOCIAL PROBLEMS OF PEOPLE WITH PERMANENT SPINAL CORD INJURES

Abstract. The paper presents research dealing with the intensification of problems encountered by people with spinal cord injuries. Intensity and substance of individually encountered problems cover the spheres of: personality, family, social contacts and occupational in way the problems are experienced and felt by the disabled people themselves. These problems are related to the psychosocial situation of people with spinal cord injuries. The research covered a group of 150 people, paraplegics and tetraplegics, of an average age of 26. T. Witkowski URK Scale was used for defining the intensity of subjectively experienced problems. The examinations were conducted individually at home, in rehabilitation facilities and hospitals all over Poland.

The analysis of results was aimed at determining the level of intensity of problems faced by paraplegics and tetraplegics. The intensity of problems of people with permanent spinal cord injuries can be described as characteristic for that population. Over 40 percent of the examined show high and very high intensity of problem situation. These people need competent, professional attention of specialists who treat and rehabilitate cases of paraplegics and tetraplegics. The most acutely felt problems are related to the occupational sphere (vocational or school activity) and psychosocial personality and family problems. Problems related to the sphere of social contacts turned out to be the least acute. Only that sphere of problems is more intense in cases of tetraplegics. The research results did not confirm the assumption that a higher degree of disability should cause the greater intensity of psychosocial problems.

The author hopes that the results of research will allow amore accurate description of the extent of psychic and social rehabilitation and contribute to the optimisation of effectiveness of the rehabilitation process.

Każdy człowiek w ciągu swego życia pokonuje wiele trudności, które niekiedy urastają do rangi problemów. Słowo *problem* w mowie potocznej jest często używane, a nawet nadużywane w celu podkreślenia znaczenia przedstawianej sprawy. Problem bowiem dotyczy zawsze poważnego zagadnienia, trudności czy zadania wymagającego rozstrzygnięcia; jest to zarazem sprawa trudna do rozwiązania (Doroszewski 1980 s. 569; Skorupka, Auderska, Lempicka 1969 s. 630; Szkiładź, Chociłowska, Cichowska 1980 s. 601).

W podmiotowym przeżyciu jednostki problemy to różne trudności, kłopoty, rozterki, którym towarzyszy napięcie psychiczne. Pojawiają się one, gdy człowiek dąży do zaspokojenia aktywnej potrzeby i napotyka poważne przeszkody oraz utrudnienia na drodze jej realizacji. Wtedy potrzeba nasila się i nabiera dla jednostki szczególnego znaczenia. W ciągu życia człowieka problemy podlegają nieustannym fluktuacjom. Zmieniają się bowiem ich uwarunkowania, zakres, treść; jedne nasilają się, inne zanikają, a na ich miejsce powstają nowe. Mają charakter dynamiczny i indywidualny. Problem nie istnieje sam dla siebie, ale zawsze dla podmiotu, który dąży do jakiegoś celu. Obiektywnie ta sama sytuacja może być dla jednego człowieka problemem, a dla innego tylko zadaniem. Zadanie staje się problemem z chwilą, gdy człowiekowi zabraknie szeroko rozumianych środków pozwalających osiągnąć cel. Zdaniem Nęcki (1994, s. 28) problem – a zarazem sytuacja problemowa – powstaje wtedy, gdy człowiek zmierza do jakiegoś celu, lepiej lub gorzej sformułowanego, ale nie wie, w jaki sposób przekształcić stan wyjściowy w pożądaną stan końcowy. Inaczej mówiąc, w sytuacji problemowej człowiek musi wytworzyć środki – intelektualne, a często też materialne – pozwalające na przejście od istniejącego stanu rzeczy do zamierzonego celu. Konieczność wytworzenia, czyli wymyślenia lub zaprojektowania skutecznych sposobów osiągnięcia celu, stanowi wyróżnik sytuacji problemowej w porównaniu z sytuacjami innego typu. Problemy, dylematy, rozterki życiowe są nierozzerwalnie związane z ludzką egzystencją, a od sposobu ich rozwiązania zależy tzw. jakość życia. Okazuje się, że pojęcie sytuacji problemowej jest relatywne w stosunku do podmiotu, co nie znaczy, że jest całkowicie subiektywne. Czynniki osobowościowe mają oczywiście znaczenie dla przebiegu procesu rozwiązywania problemów, często wręcz decydują o powodzeniu tego procesu. Jednak o istnieniu problemu nie przesądza subiektywne przekonanie podmiotu, ale obiektywny fakt występowania celu, którego nie można osiągnąć bez uprzedniego wymyślenia sposobu, jak to uczynić (Nęcka 1994, s. 29-30). W kompleksowym ujęciu procesu rehabilitacji (Kasperczyk 1994) należy zwrócić uwagę nie tylko na problemy obiektywne, zewnętrzne (tj. np. problemy personelu z podopiecznymi), ale także podmiotowe, wewnętrzne, przeżywane przez osoby niepełnosprawne. Poznanie nasilenia oraz treści przeżywanych przez nie problemów

¹ Adres do korespondencji: Katedra i Zakład Psychologii Rehabilitacji KUL, Aleje Raławickie 14, 20-950 Lublin.

BOGUSŁAW LESZEK BLOCK

sprzyja zwiększeniu efektywności rehabilitacji psychicznej. Przyczynia się do podniesienia jakości świadczonej opieki czy pomocy osobom niepełnosprawnym.

Jednym z ważnych elementów procesu rehabilitacji jest podmiotowe traktowanie osób niepełnosprawnych. W takiej rehabilitacji człowiek niepełnosprawny stara się być bardziej aktywny, nie czuje się *przedmiotem* w rękach różnego rodzaju specjalistów, ale może czuć się współodpowiedzialny za postępy w leczeniu i rehabilitacji. Należy podkreślić, że mniejsza sprawność fizyczna nie pomniejsza wartości ani godności osoby ludzkiej. Osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego nie należy zatem traktować jako przedmiot oddziaływań, czynności czy zabiegów rehabilitacyjnych, ale jako **podmiot** tego procesu. Takie podejście stawia przed personelem rehabilitacyjnym nowe zadania. Nadmierne koncentrowanie się na samym defekcie prowadzi do dehumanizacji procesu leczenia i rehabilitacji, a nawet samej osoby niepełnosprawnej. Źle jest też, gdy personel uważa, że lepiej od podopiecznego wie, czego on potrzebuje, co przeżywa, w czym i w jaki sposób należy mu pomóc, gdy głównym zadaniem podopiecznego jest słuchać zaleceń i je wykonywać.

METODA BADANIA NASILENIA PSYCHOSPOŁECZNYCH PROBLEMÓW

Skonstruowaniem metody do pomiaru nasilenia psychospołecznych problemów zajmowali się Wright i Remmers (1960b) na uniwersytecie Lafayette w stanie Indiana. Oni też skonstruowali inwentarz problemów przeżywanych przez osoby niepełnosprawne (1960a) pod nazwą *The Handicap Problems Inventory* (HPI). Wysłali do osób niepełnosprawnych kwestionariusz, który zawierał pytania otwarte dotyczące ich życia i problemów, z którymi się borykają. Wypełnione kwestionariusze otrzymywali drogą pocztową. W ten sposób zebrali około trzy tysiące różnego rodzaju problemów, trudności, bolączek związanych z ich niepełnosprawnością, na podstawie których opracowali wspomnianą metodę. Na gruncie polskim zagadnienie problemów przeżywanych przez osoby niepełnosprawne podjął Witkowski (1987; 1988; 1991a; 1991b; 1992; 1993a; 1993b). Prowadził on szerokie badania inwentarzem HPI w wielu rodzajach niepełnosprawności oraz opracował zestaw testów psychologicznych do badania nasilenia problemów życiowych dla poszczególnych rodzajów niepełnosprawności. Na podstawie wyników tych badań powstała między innymi skala Uszkodzenia Rdzenia Kręgowego (URK), która przeznaczona jest do badania nasilenia problemów przeżywanych przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (Witkowski 1993a). W metodzie tej zostały wyróżnione 4 sfery problemów: Os – osobowościowa, Ro – rodzinna, Sk – społecznych kontaktów, Za – zajęciowych/zawodowych. Osoba wypełniająca skalę URK ujawnia te psychospołeczne problemy i trudności, które sama dostrzeże. Uzyskany wynik w każdej sferze i wynik ogólny mówią o nasileniu przeżywanych przez nią trudności, zgodnie z jej przekonaniem i odczuwaniem. Im większa jest liczba trudności i ich nasilenie, które dana osoba łączy ze swoją niepełnosprawnością, tym bardziej czuje się ona niepełnosprawna. Może się jednak zdarzyć, że badany będzie wyolbrzymiał lub pomniejszał własne trudności. W takich indywidualnych przypadkach należy wyjaśnić, dlaczego to czyni. Skala URK jest metodą wielofunkcyjną. Daje możliwość nie tylko diagnozy nasilenia problemów życiowych osoby niepełnosprawnej, ale ma również wartość metody rehabilitacyjno-terapeutycznej. W trakcie badania metoda ta pozwala uświadomić sobie i zwerbalizować przeżywane trudności i obawy, wskazać najważniejsze z nich oraz podjąć próbę ich rozwiązania albo przynajmniej ustosunkowania się do nich. Skala URK może być stosowana wielokrotnie. Każde kolejne badanie daje możliwość zweryfikowania efektywności wypracowanych wcześniej rozwiązań oraz podjętych działań zmierzających do zminimalizowania przeżywanych problemów. Ze względu na wysoką zgodność między sferami (wspólne kryterium, ta sama ilość itemów) interpretacja wyników pozwala na dokonywanie porównań w sferach.

WYNIKI BADAŃ NASILENIA PSYCHOSPOŁECZNYCH PROBLEMÓW U OSÓB Z TRWAŁYM USZKODZENIEM RDZENIA KRĘGOWEGO

Poniżej są przedstawione wyniki badań empirycznych uzyskane za pomocą zastosowanych narzędzi psychometrycznych, o których była mowa w poprzednim rozdziale. Najpierw zaprezentowano wyniki nasilenia psychospołecznych problemów w całej grupie (Ca), a następnie w podgrupach osób z paraplegią (Pa) i tetraplegią (Te). Do opisu badanej zmiennej posłużono się metodami statystyki opisowej, wykorzystując średnią arytmetyczną (M), odchylenie standardowe (s) oraz rozkład liczebności wyników. Badaniami objęto 150 osób z trwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego (118 osób z paraplegią i 32 z tetraplegią). W badaniach nie uwzględniono osób w fazie ostrej porażenia rdzeniowego. Średni wiek badanych wynosił 26 lat. Badania prowadzone były na terenie całego kraju.

Wyniki badań całej grupy

Nasilenie przeżywanych problemów przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego badane za pomocą skali URK daje możliwość uzyskania wyników w granicach od 0 do 75 pkt. w każdej z czterech sfer. Wynik całego testu, który jest sumą wyników w sferach, może wynosić od 0 do 300 pkt.; gdy zostanie podzielony przez 4 może być porównywany z wynikami, jakie uzyskano w poszczególnych sferach URK. Dlatego wynik ogólny zostanie w ten sposób przekształcony i zaprezentowany w niniejszym artykule. Zatem *średnia teoretyczna* (Mt) zarówno dla wyników w poszczególnych sferach, jak i dla wyniku ogólnego (G1) wynosi 37,5.

Wyniki ogólnego nasilenia psychospołecznych problemów w całej grupie badanych osób mieszczą się w granicach 4,75-68 (19-272 pkt. surowych). Wykorzystana została prawie cała rozpiętość skali, co dobrze świadczy o zastosowanej metodzie jako narzędziu dającym duże możliwości różnicowania nasilenia badanej zmiennej. Średnia arytmetyczna (M) ogólnego *nasilenia psychospołecznych problemów* (G1) wynosi 45,22 przy odchyleniu standardowym (s) 13,35. Tak więc wyniki w pierwszym odchyleniu standardowym, tj. w granicach 31-58, należy interpretować jako przeciętne dla badanej populacji. Wyniki niskie mieszczą się w granicach 30-18, a wysokie – 59-71; natomiast wyniki bardzo wysokie – powyżej 72 pkt, zaś bardzo niskie – poniżej 17 pkt. Ogólny poziom nasilenia psychospołecznych problemów u młodzieży z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest wyższy od średniej teoretycznej (Mt) o 7,7 pkt. i mieści się w pierwszym odchyleniu standardowym. Nasilenie psychospołecznych problemów osób z trwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego w fazie przewlekłej można określić jako przeciętne. Rozkład liczebności uzyskanych wyników badań metodą URK zawiera tabela 1.

Tabela 1.
Rozkład liczebności wyników globalnych

Lp.	Przedział klasowy	Ca	
		f	P
1	0-10	2	1,3
2	11-20	9	6,0
3	21-30	13	8,7
4	31-40	21	14,0
5	41-50	46	30,7
6	51-60	47	31,3
7	61-70	12	8,0

f – liczebność, P – procent.

Rozkład liczebności wyników ogólnego nasilenia psychospołecznych problemów dla całej grupy mierzy w kierunku wyników wysokich. Okazuje się, że większość uzyskanych wyników jest wyższa od średniej teoretycznej – 70%, co sprawia, że ich rozkład jest lewoskośny. Blisko połowa osób z trwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego, tj. 44,7%, ujawnia przeciętne nasilenie psychospołecznych problemów. Osoby te należy uznać za takie, które borykają się ze zwykłymi codziennymi problemami. Są to jednocześnie osoby, które w swoich dążeniach nieźle radzą sobie z napotykanymi problemami. Co trzeci badany znajduje się na pograniczu przeciętnego i wysokiego nasilenia przeżywanych problemów życiowych (31,3%). Zaledwie 16% badanych ma niskie lub bardzo niskie nasilenie psychospołecznych problemów, co może świadczyć o wystarczającym zaspokojeniu potrzeb u tych osób lub też o satysfakcjonującym je stopniu przystosowania.

Nasilenie psychospołecznych problemów w sferach

Przez porównanie wyników w sferach URK można określić, w jakiej dziedzinie życia przeżywane subiektywnie problemy i trudności są najbardziej nasilone. Problemom związanym z sobą samym odpowiada **sfera osobowościowa (Os)** skali URK:

Zastanawiam się, dlaczego spotkał mnie taki los. Martwię się o swój byt na starość. Uważam za ważne wykonywanie takich zajęć, które są trudne przy niepełnej sprawności. Marzę o rzeczach przekraczających moje możliwości. Wydaje mi się, że nie jestem taki sam, jak inni ludzie. Staram się zapomnieć o tym, że jestem niepełnosprawny. Potrzeba mi większej odwagi. Czuję się lepiej wiedząc, że niektóre rodzaje niepełnosprawności są gorsze. Powinienem dostrzegać więcej życiowych wartości. Martwię się o to, jak przezwyciężyć moją niepełnosprawność. Zazdroszczę tym ludziom, którzy są pełnosprawni. Nie mogę pogodzić się z tym, że moja niepełnosprawność jest trwała. Nie mam pewności siebie. Ciekaw jestem, czy niepełnosprawność jest karą za grzechy. Nie czuję się dumny z siebie.

Problemy osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego dotyczące rodziny, w której aktualnie żyją lub mają nadzieję w przyszłości założyć, mieszczą się w **sferze rodzinnej (Ro)**:

BOGUSŁAW LESZEK BLOCK

Nie mam pewności co do mojego przyszłego życia rodzinnego. Nie jestem fizycznie zdolny do wykonywania niektórych zajęć domowych. Biorę udział nie we wszystkim, co robi rodzina. Mam mniejsze szanse na osiągnięcie szczęścia małżeńskiego. Boję się, że moje całe życie będzie uzależnione od bliskich mi osób. Boję się litości ze strony żony (męża), narzeczonej(-ego). Martwię się, że moja rodzina bardzo przeżywa to, że jestem niepełnosprawny. Przykro mi, że nie jestem w stanie zrobić dość dużo dla rodziny. Ze względu na potrzebę większej niezależności chciałbym żyć poza rodziną. Boję się utraty osoby kochanej. Jestem traktowany inaczej niż pozostali członkowie rodziny. Mam kłopoty w sprawach seksualnych. Czuję się lepiej w rodzinie niż wśród obcych. Wydaje mi się, że rodzina jest zawiedziona z powodu mojej niepełnosprawności. Mam trudności w sprawach miłosnych.

Problemy dotyczące kontaktów interpersonalnych, które związane są z życiem społecznym, znalazły swoje odbicie w **sferze społecznych kontaktów (Sk)**:

Jestem skrępowany, będąc przedmiotem uwagi. Chcę żyć tam, gdzie są ludzie, którzy będą mi pomagać. Mam zbyt małe szanse uprawiania jakiegoś sportu. Czuję większą potrzebę pomagania innym. Brakuje mi możliwości do uprawiania sportu. Czuję się zrozpaczony, gdy nie jestem traktowany jak normalny. Denerwują mnie ludzie, którzy zbyt dużo starają się mi pomagać. Wydaje mi się, że jestem traktowany jak obywatel drugiej kategorii. Nie czuję się z innymi na równi w układach. Potrzebuję przyjaciół, którzy dodaliby mi otuchy. Czuję się skrępowany w obecności innych. Ludzie uważają, że jestem inny niż oni. Jestem bardziej wrażliwy na sposób traktowania mnie przez innych. Nie czuję się wśród ludzi wystarczająco swobodnie. Jest mi przykro, gdy inni wypytują o moją niepełnosprawność.

Problemy dotyczące edukacji, uprawianego zawodu bądź aktywności zawodowej obejmuje **sfera zajęciowa (Za)**:

Sądzę, że niektóre zawody są ponad moje fizyczne możliwości. Nie lubię być uzależniony od innych w wykonywaniu zajęć. Mam wątpliwości, co do moich dochodów pieniężnych (w przyszłości). Potrzebne mi są zajęcia odpowiadające moim możliwościom. Jako niepełnosprawny muszę więcej pracować (uczyć się), aby osiągnąć sukces. Staram się zadowolić moich przełożonych w pracy (w szkole). Chciałbym kiedyś pracować tam, gdzie brak pełnej sprawności będzie mniej zauważony. Stracę niejedną okazję otrzymania dobrej pracy, ze względu na brak pełnej sprawności. Nie mogę pracować (uczyć się) tak dobrze jak pełnosprawni. Mam tendencję do zwlekania z podejmowaniem zajęć. Potrzebuję dodatkowego wykształcenia do podjęcia w przyszłości pracy. Wolę pracować (uczyć się) z innymi niepełnosprawnymi. Potrzebuję pomocy współpracowników (kolegów). Pracuję więcej, by udowodnić, że brak pełnej sprawności nie jest dla mnie przeszkodą w życiu. Trudno mi będzie zarabiać na własne utrzymanie.

Zestawienie wyników w sferach URK wyrażonych za pomocą średnich arytmetycznych i odchyłeń standardowych zawiera tabela 2. Wynik, jaki uzyskano w całej grupie (Gł), umieszczony został w tabeli w celach porównawczych.

Tabela 2.
Wyniki badań w czterech sferach skali URK

URK	Gł		Os		Ro		Sk		Za	
	M	s	M	S	M	s	M	s	M	s
Ca	45,2	13,3	45,9	15,2	45,1	14,7	43,5	15,0	46,7	13,3

Os – sfera osobowościowa, Ro – sfera rodzinna, Sk – sfera społecznych kontaktów, Za – sfera zajęciowa, Ca – cała grupa badanych osób, Gł – wynik globalny, M – średnia arytmetyczna, s – odchylenie standardowe.

Wyniki nasilenia przeżywanego problemu w każdej sferze URK mieszczą się w granicach wyników przeciętnych: Os = 45,9; Ro = 45,1; Sk = 43,5; Za = 46,7. Miara dyspersji (s) wskazuje na duże zróżnicowanie wśród badanych, które jest największe w sferze osobowościowej (15,2), następnie społecznych kontaktów (15,0), dalej rodzinnej (14,7) oraz zajęciowej (13,3). Warto zauważyć, że badana grupa w sferze zawodowej/zajęciowej, gdzie nasilenie problemów jest najwyższe (46,7), jest najbardziej homogeniczna. Takie wyniki wskazują, że osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich nie są zadowolone z uzyskania jedynie renty inwalidzkiej, a problemy związane z kształceniem i przygotowaniem zawodowym lub aktywnością zawodową są przez nie najbardziej dotkliwie przeżywane. Nasilenie w tej sferze problemów nie zmniejsza się wraz z wiekiem (Witkowski 1993a, s. 111).

Najniższe nasilenie przeżywanego problemu w całej grupie ma miejsce w sferze społecznych kontaktów (43,5) i należy do najbardziej zróżnicowanych indywidualnie (s = 15,0). Dokładniejszych informacji o uzyskanych wynikach badań dostarcza rozkład liczebności wyników zebranych w tabeli 3.

Wyniki we wszystkich sferach skali URK rozkładają się w sposób zbliżony do krzywej normalnej. W sferze kontaktów społecznych, gdzie nasilenie problemów jest najniższe, rozkład jest najbardziej zbliżony do krzywej normalnej. W przedziale tym znalazło się 71,4% badanych o wynikach przeciętnych, z których 24,7% ujawnia podwyższone nasilenie przeżywanego problemu. Stosunkowo najmniejszy procent osób w tej sferze przejawia wysokie nasilenie problemów (10%). Natomiast najbardziej lewoskośny rozkład wyników występuje w sferze zajęciowej, w której blisko połowa badanych (46,6%) ujawnia podwyższone i wysokie (11,3%) nasilenie przeżywanego problemu. Dla blisko połowy osób z trwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego brak zajęcia, satysfakcjonującego zawodu lub perspektywa pracy zawodowej i związana z tym niezależność finansowa są

NASILENIE PSYCHOSPOŁECZNYCH PROBLEMÓW ...

sprawami najdotkliwiej przeżywanymi. Przeprowadzone badania pozwalają stwierdzić, iż rehabilitacja zawodowa u 46,6% badanych należy do najbardziej palących potrzeb wśród osób z para- i tetraplegią. Jedynie 11,3% badanych wyraża zadowolenie ze swojej sytuacji zawodowej, na co wskazuje małe lub bardzo małe nasilenie przeżywanego problemów w sferze zajęciowej.

Tabela 3.
Rozkład liczebności wyników w sferach URK

Przedział klasowy	Os		Ro		Sk		Za	
	f	P	f	P	f	P	f	P
0-10	5	3,3	5	3,3	3	2,0	2	1,3
11-20	8	5,3	6	4,0	11	7,3	7	4,7
21-30	14	9,3	16	10,7	14	9,3	8	5,3
31-40	14	9,3	17	11,3	21	14,0	19	12,7
41-50	41	27,3	41	27,3	49	32,7	44	29,3
51-60	47	31,3	50	33,3	37	24,7	53	35,3
61-70	20	13,3	14	9,3	14	9,3	17	11,3
71-80	1	0,7	1	0,7	1	0,7	0	0,0

Os – sfera osobowościowa, Ro – sfera rodzinna, Sk – sfera społecznych kontaktów, Za – sfera zajęciowa, Ca – cała grupa badanych osób, Gl – wynik globalny, f – liczebność, P – procent.

Swoje lęki i niepokoje związane z sytuacją rodzinną o wysokim lub bardzo wysokim nasileniu ujawnia 10% badanych. Blisko 3/4 badanych (72%) przejawia nasilenie problemów rodzinnych na przeciętnym poziomie w tej populacji, z czego 33,3% – podwyższone nasilenie problemów. Sprawy, które ich martwią czy niepokoją mogą dotyczyć nie tylko rodziny generacyjnej – problemu nadopiekuńczości lub poczucia bycia ciężarem dla najbliższych – lecz także potrzeby intymności czy prywatności. Za tymi wynikami kryją się również problemy, lęki, obawy dotyczące własnego małżeństwa lub dążenia do osobistego szczęścia, zdolności do zawarcia małżeństwa i założenia własnej rodziny. Tylko 18% badanych jest zadowolonych ze swojej sytuacji rodzinnej i nie przeżywa większych problemów w tej dziedzinie.

Większość wyników nasilenia psychospołecznych problemów **w sferze osobowościowej** znalazła się po stronie wyników wyższych od średniej teoretycznej, co sprawia, że rozkład liczebności jest lewoskośny. Ponad dwie trzecie pacjentów (68%) przejawia przeciętne nasilenie trudności w sferze osobowościowej, z czego 31,3% ujawnia podwyższone nasilenie problemów osobowościowych. Tylko 18% badanych uzewnętrznia niskie lub bardzo niskie nasilenie tychże problemów. U ponad 14% badanych stwierdza się wysokie nasilenie problemów osobowościowych.

Podsumowując należy powiedzieć, że wśród osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego najbardziej nasilone problemy dotyczą sfery zajęciowej, potem osobowościowej, następnie rodzinnej i na końcu sfery społecznych kontaktów. Co dziesiąta osoba z para- i tetraplegią ma wysokie nasilenie życiowych problemów w sferze rodzinnej i społecznych kontaktów, a tylko 2 osoby na 10 są względnie zadowolone ze swojej sytuacji rodzinnej, osobistej oraz szerszych kontaktów społecznych. Natomiast 3 osoby na 20 przejawia wysokie nasilenie problemów dotyczących osobistego przystosowania. W sferze zajęciowej nieco ponad 1 osoba na 10 jest zadowolona ze swojej sytuacji zawodowej. Również 1/10 przeżywa wysokie nasilenie problemów dotyczących sfery zajęciowej. Należy zaznaczyć, że 7 osób na 20 ujawnia podwyższone nasilenie problemów w tej sferze.

Wyniki badań w podgrupach osób z paraplegią i tetraplegią

Z punktu widzenia zarówno badacza, jak i psychologów praktyków interesujące może być pytanie, jakie są wyniki badań nasilenia psychospołecznych problemów osób o różnym stopniu uszkodzenia rdzenia kręgowego ze względu na większy zakres dysfunkcji narządu ruchu. Z paraplegią związana jest bowiem niesprawność kończyn dolnych przy pełnosprawnych kończynach górnych. W tetraplegii niepełnosprawność dotyczy nie tylko kończyn dolnych, ale również kończyn górnych.

Poniżej są przedstawione wyniki badań będące próbą odpowiedzi na postawione pytanie. W tabeli 4 zestawione zostały wyniki badań wyrażone za pomocą średnich arytmetycznych oraz odchylen standardowych badanej zmiennej.

Tabela 4.
Wyniki badań w skali URK

URK	Gl	Os	Ro	Sk	Za
-----	----	----	----	----	----

	M	s	M	s	M	s	M	s	M	s
Pa	45,3	13,3	46,4	15,1	45,3	15,1	43,1	15,1	47,0	12,7
Ta	44,8	13,4	44,1	15,7	44,5	13,6	44,8	14,9	45,7	14,0
D	0,5	-0,1	2,3	-0,6	0,8	1,5	-1,7	0,2	1,3	1,3

Os – sfera osobowościowa, Ro – sfera rodzinna, Sk – sfera społecznych kontaktów, Za – sfera zajęciowa, Ca – cała grupa badanych osób, Gl – wynik globalny, M – średnia arytmetyczna, s – odchylenie standardowe, Pa – osoby z paraplegią, Ta – osoby z tetraplegią, D – różnica.

Ogólny poziom nasilenia psychospołecznych problemów u osób z paraplegią wynosi **45,3**, a u osób z tetraplegią – **44,8**. Różnica w wynikach okazuje się nieznaczna i wynosi zaledwie 0,5 pkt. Mimo iż można było oczekiwać wyższego nasilenia problemów u osób, które mają większy stopień ograniczenia ruchowego (tetraplegia), to jednak wyniki tego nie potwierdziły. Należy przy tym zwrócić uwagę na odchylenie standardowe, które jest jedynie o 0,01 pkt. większe u osób z tetraplegią. Wskazuje ono na podobne zróżnicowanie wyników w obydwu podgrupach osób. Można zatem powiedzieć, że ogólny poziom nasilenia psychospołecznych problemów zdaje się nie zależeć od rozległości dysfunkcji narządu ruchu w przypadku trwałego uszkodzenia rdzenia kręgowego.

Porównując **wyniki w sferach URK** można zauważyć, że tetraplegicy mają większe nasilenie problemów tylko w sferze społecznych kontaktów. Może to być związane bezpośrednio z mniejszą mobilnością, a co za tym idzie – większą deprivacją społeczną, która znajduje swój wyraz w większym nasileniu subiektywnie przeżywanego trudności.

Największa różnica pomiędzy osobami z para- i tetraplegią występuje w **sferze osobowościowej**. Pośród osób z paraplegią nasilenie problemów osobowościowych jest nieco wyższe i wynosi 46,4, u osób z tetraplegią – 44,1. Pomiędzy nimi nie ma znaczącej różnicy, a miara zmienności wyników (s) w podgrupach jest niemal taka sama. Najbardziej nasilone problemy, lęki, obawy w obu podgrupach dotyczą **sfer zajęciowej**. Przy czym najbardziej odczuwają je osoby z paraplegią. Ponadto najmniejsze odchylenie standardowe (12,7) sugeruje, że nie jest to sprawa jedynie subiektywnego przeżywania, ale ma podstawy w sytuacji zewnętrznej (obiektywnej). Podobnie u osób z tetraplegią – sfera problemów dotyczących aktywności zawodowej lub szkolnej uzyskała najwyższe nasilenie (45,7), mimo iż w tej grupie zróżnicowanie wyników jest znacznie większe (14,0).

W **sferze społecznych kontaktów** (Sk) osoby z tetraplegią dokuczliwiej przeżywają problemy wynikające z sytuacji deprivacji społecznej niż osoby z paraplegią, ale w sferze rodzinnej przejawiają one większe nasilenie psychospołecznych problemów. Jest to jedyna sfera, w której tetraplegicy przeżywają większe nasilenie psychospołecznych problemów niż osoby z paraplegią.

Najbardziej zbliżone nasilenie psychospołecznych problemów w obydwu podgrupach występuje w **sferze rodzinnej**. Różnica wynosi zaledwie 0,2 pkt. Stopień niepełnosprawności zdaje się nie mieć znaczenia dla nasilenia przeżywanego problemów dotyczących rodziny, z której pochodzą, którą założyli lub chcieliby założyć. Interesujące wydaje się to, że niepełnosprawni z paraplegią mają wyższe nasilenie problemów we wszystkich sferach z wyjątkiem sfery społecznych kontaktów. Zastanawiające jest to, że osoby o większej samodzielności, mniej zależne od pomocy innych ludzi nie przejawiają mniejszego nasilenia psychospołecznych problemów. Kolejność sfer nasilenia psychospołecznych problemów u młodzieży z paraplegią jest następująca: sfera zajęciowa, osobowościowa, rodzinna, społecznych kontaktów; dla osób z tetraplegią – sfera zajęciowa, społecznych kontaktów, rodzinna, osobowościowa. Na uwagę zasługuje to, że osoby z uszkodzeniem mniejszego stopnia przejawiają nieco wyższe nasilenie psychospołecznych problemów.

Przeprowadzone badania pozwoliły ustalić, że wśród osób z paraplegią tylko 2 osoby na 10 przejawiają niskie nasilenie problemów w sferach: osobowościowej, rodzinnej i społecznych kontaktów, ale zaledwie 1 osoba na 10 w sferze zajęciowej. Natomiast wysokie nasilenie nierozwiązanych problemów osobowościowych mają 3 osoby na 20 z paraplegią oraz 1 na 10 w sferze rodzinnej i społecznych kontaktów; w sferze zajęciowej – średnio 2,5 osoby na 20. Należy zaznaczyć, że ponad 3 osoby na 10 mają podwyższone nasilenie problemów we wszystkich wymienianych sferach (najniższe – 2 osoby na 10 – dotyczy sfery Sk). Biorąc pod uwagę wszystkie sfery skali URK, tylko 2 osoby z porażeniem kończyn dolnych na 10 mają niskie nasilenie problemów życiowych, 3 – podwyższone, a 1 – wysokie nasilenie przeżywanego problemów. Wyniki te prowadzą do wniosku, że na każdym 10 osób z paraplegią 4 osoby potrzebują kompetentnej pomocy w rozwiązywaniu problemów, z którymi nie potrafią sobie poradzić. Natomiast co druga osoba wymaga pomocy ze strony specjalistów w rozwiązaniu ich problemów dotyczących rodziny pochodzenia, rodziny, którą mają lub chcieliby w przyszłości założyć.

Tabela 5.
Procentowy rozkład wyników badań osób z paraplegią i tetraplegią

Przedział klasowy	Gl		Os		Ro		Sk		Za	
	Pa	Ta	Pa	Ta	Pa	Ta	Pa	Ta	Pa	Ta

NASILENIE PSYCHOSPOŁECZNYCH PROBLEMÓW ...

0-10	0,8	3,1	2,5	6,3	3,4	3,1	1,7	3,1	0,8	3,1
11-20	5,9	6,3	5,9	3,1	3,4	6,3	7,6	6,3	4,2	6,3
21-30	11	0,0	9,3	9,4	12,7	3,1	10,2	6,3	5,9	3,1
31-40	12,7	18,8	11	3,1	10,2	15,6	16,1	6,3	13,6	9,4
41-50	29,7	34,4	23,7	40,6	22,9	43,8	29,7	43,8	28	34,4
51-60	30,5	34,4	32,2	28,1	37,3	18,8	23,7	28,1	34,7	37,5
61-70	9,3	3,1	15,3	6,3	9,3	9,4	10,2	6,3	12,7	6,3
71-80	0	0	0	3,1	0,8	0	0,8	0	0	0

Gl – wynik globalny, Os – sfera osobowościowa, Ro – sfera rodzinna, Sk – sfera społecznych kontaktów, Za – sfera zajęciowa.

Nieco inaczej wygląda rozkład wyników osób z tetraplegią. Niskie nasilenie psychospołecznych problemów przejawiają 2 osoby na 10 w sferze osobowościowej i społecznych kontaktów, a 1 na 10 w sferze rodzinnej i zajęciowej. Wysokie nasilenie problemów w tej sferze oraz osobowościowej ma 1 osoba na 10, a w sferze zajęciowej i społecznych kontaktów – tylko 1 na 20. Podwyższone nasilenie problemów ujawniają 3 osoby na 10 w sferze osobowościowej i społecznych kontaktów i tylko 2 osoby na 10 w sferze rodzinnej. Natomiast w sferze zajęciowej – dwukrotnie więcej osób, bo aż 4 na 10. Okazuje się, że blisko połowa osób z tetraplegią ma nierozwiązane problemy o wysokim i podwyższonym nasileniu w zakresie rehabilitacji zawodowej. Wydaje się, że część z nich ma odpowiednie wykształcenie lub zawód, który mogliby wykonywać, ale nie mogą znaleźć zatrudnienia.

Wśród osób z tetraplegią we wszystkich omawianych sferach łącznie niskie nasilenie psychospołecznych problemów przejawia tylko 1 osoba na 10, a wysokie trzykrotnie mniej, przy czym 7 osób na każde 20 ma podwyższone nasilenie problemów życiowych. Niemniej blisko 4 osoby na 10 potrzebuje pomocy ze strony specjalistów w rozwiązywaniu ich życiowych problemów.

RÓŻNICE POMIĘDZY BADANYMI PODGRUPAMI W SKALI URK

Analiza wyników nasilenia psychospołecznych problemów mierzonych metodą URK u osób z paraplegią i tetraplegią, uwzględniająca stopień uszkodzenia rdzenia kręgowego, wykazała pewne różnice pomiędzy tymi grupami. Interesujące jest to, czy zakres dysfunkcji narządu ruchu ma istotne znaczenie dla nasilenia przeżywanych problemów. Aby się o tym przekonać, dokonano analizy statystycznej za pomocą testu *t* Fishera do sprawdzania różnic między nieskorelowanymi średnimi (Guilford 1960, s. 250-252). W tabeli 5 zebrano wyniki analiz statystycznych z zastosowaniem testu *t*.

Wartość współczynnika *t* dla różnic między wynikami, jakie uzyskano w badaniach osób z paraplegią i tetraplegią, waha się w granicach od 0,21 do 0,74. Ani jeden wskaźnik *t* nie uzyskał wymaganego poziomu istotności 0,05. Zatem różnice w nasileniu psychospołecznych problemów pomiędzy badanymi grupami osób nie okazały się istotne statystycznie, chociaż z klinicznego punktu widzenia mogą być one interesujące.

Można zatem stwierdzić, że osoby z paraplegią i tetraplegią nie różnią się między sobą pod względem nasilenia psychospołecznych problemów w sposób znaczący. Dlatego też uzyskane w badaniach średnie i odchylenia standardowe dla całej grupy osób można traktować jako normy dla populacji osób z trwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Tabela 6.

Test *t* różnic pomiędzy wynikami w skali URK dla osób z paraplegią i tetraplegią

URK	M		<i>t</i>	p.u.
	Pa	Ta		
Gl	45,34	44,77	0,21	0,831
Os	46,36	44,12	0,74	0,462
Ro	45,27	44,50	0,26	0,794
Sk	43,11	44,78	-0,56	0,579
Za	46,96	45,69	0,49	0,626

Ponadto uzyskane wyniki sugerują, że to, na jakiej wysokości jest uszkodzenie rdzenia kręgowego, a co za tym idzie – większa lub mniejsza niesprawność ruchowa, nie ma tak dużego znaczenia dla nasilenia psychospołecznych problemów przeżywanych przez te grupy osób. O nasileniu problemów zdaje się nie

przesądzać samo miejsce uszkodzenia rdzenia kręgowego. Mimo iż zakres dysfunkcyjności organizmu jest większy w przypadku tetraplegii, to jednak psychospołeczne konsekwencje tego faktu są na tyle wspólne dla obydwu grup, że nie powodują istotnie różnego nasilenia psychospołecznych problemów przeżywanych przez te osoby. Wydaje się, że istotne znaczenie dla obydwu grup ma niepełnosprawność polegająca na niezdolności do samodzielnego poruszania się na własnych nogach. Innymi słowy, niepełna sprawność kończyn górnych występująca w tetraplegii nie jest czynnikiem decydującym o nasileniu psychospołecznych problemów.

INTERPRETACJA WYNIKÓW BADAŃ

Problemy, które wynikają ze stanu somatycznego spowodowanego uszkodzeniem rdzenia kręgowego, oczywiście nie wyczerpują całego spektrum problemów i trudności przeżywanych przez osoby z para- i tetraplegią. W aspekcie medycznym wydają się one bardziej konkretne i namacalne niż w aspekcie psychologicznym i społecznym. Problemy psychospołeczne są bardziej złożone i ukryte, co nie znaczy, że są mniej konkretne. Ponadto problemy te nie są prostą pochodną stanu somatycznego, lecz zależą od całej konstelacji różnych zmiennych. W dużym stopniu determinuje je sposób percepcji obiektywnej rzeczywistości i postrzegania własnej sytuacji.

Z punktu widzenia psychologii poznawczej przyjmuje się, że natura reakcji emocjonalnej zdeterminowana jest procesami poznawczymi, a konkretnie oceną i interpretacją konfiguracji bodźców w aspekcie ich znaczenia dla osoby (Halpern 1973, s. 343). Można zatem powiedzieć, że w sytuacji uszkodzenia rdzenia kręgowego, które prowadzi do paraplegii czy tetraplegii w zachowaniu człowieka, decydującą rolę odgrywa sposób, w jaki postrzega on swoją sytuację i jak ją interpretuje. W dużej mierze to właśnie decyduje o indywidualnie przeżywanych problemach, a ich nasilenie zależy zarówno od czynników zewnętrznych, jak i wewnętrznych.

W psychologii sytuację osoby niepełnosprawnej, zwłaszcza bezpośrednio po doznaniu urazu rdzenia kręgowego, można określić jako *kryzysową, skrajną, krańcową czy problemową*, a po fazie ostrej jako treściowo do niej zbliżoną – *sytuację trudną* czy też *stresową*. Najogólniej mówiąc, są to takie sytuacje, w których osiągnięcie oczekiwanego wyniku działania jest możliwe tylko na podstawie aktywnej reorganizacji dotychczas stosowanego stereotypu zachowania. Zmusza ona człowieka do adekwatnej zmiany dotychczas stosowanej struktury czynności i przebudowy stosowanych do tej pory mechanizmów obronnych. Łączy się to z przejściowym zakłóceniem wewnętrznej równowagi, jaka miała miejsce w sytuacji normalnej, to znaczy w takiej sytuacji (osobistej, społecznej, rodzinnej, zawodowej), do której jednostka była dobrze przystosowana.

Według Cox (1991, s. 224), przystosowanie w przypadku osób z porażeniem rdzeniowym związane jest: a) ze zmianą obrazu własnego „ja”; b) ze stosunkiem do osoby niepełnosprawnej rodziny i przyjaciół; c) ze zmianami w aktywności seksualnej; d) z utratą pracy i możliwości zdobycia zawodu, a także utratą zarobków; e) z utratą satysfakcji, jakiej niegdyś dostarczały zajęcia w czasie wolnym; f) z deprecjacją ludzi niepełnosprawnych w społeczeństwie; g) z ograniczeniem ruchliwości na skutek samego kalectwa, barier architektonicznych oraz trudności w nawiązaniu nowych kontaktów społecznych i utrzymaniu dawnych.

Zachowania obronne zmierzające do przystosowania się do nowej sytuacji jako osoby niepełnosprawnej mogą być dwójakiego rodzaju: neurotyczne lub pozytywne. Gdy dominuje mechanizm zaprzeczania, ucieczki przed rzeczywistością w przeszłość lub w marzenia czy też racjonalizacji oraz projekcji negatywnych uczuć, wówczas następuje stopniowy regres, cofnięcie się do wcześniejszego stadium rozwojowego. W procesie tym następuje utrwalanie się neurotycznych form przystosowania. Natomiast gdy osoba niepełnosprawna zaczyna walczyć z niepełnosprawnością i chce robić wszystko, co może poprawić jej sytuację zdrowotną, wówczas przejawia ona pozytywne zachowania obronne. Zdaniem Olesia (1992, s. 404), takie zachowanie charakteryzuje się:

- (1) aktywną eksploracją sytuacji problemowej;
- (2) swobodną ekspresją negatywnych uczuć;
- (3) poszukiwaniem pomocy u innych ludzi w zmaganiu się z problemami;
- (4) dzieleniem problemów na części, z którymi można się zmagać oddzielnie, i zajmowanie się nimi po kolei;
- (5) świadomością stanu znuzenia i potrzeby odpoczynku – pomimo dezorganizacji – oraz zdolność do utrzymania kontroli i integracji nad wieloma dziedzinami codziennej aktywności (rytm dobowy, posiłki, higiena itd.);
- (6) próbą panowania nad pewnym zakresem spraw i kontroli uczuć, a także pragnienie rezygnacji z tego, co niemożliwe, oraz zaakceptowanie tego, co nieuniknione, jednocześnie giętkość wobec nowych problemów i motywacja dokonywania zmian;
- (7) zachowaniem podstawowego zaufania do siebie i do innych oraz odnalezieniem nadziei, że kryzys ten można przetrwać, pomimo cierpienia i frustracji; przejawia się ono w poszukiwaniu rozwiązań i rekonstrukcji systemu wartości.

W świetle przeprowadzonych badań wydaje się, że osoby z tetraplegią częściej przejawiają te zachowania.

Oprócz teorii poznawczych również teoria uczenia się może być pomocna w próbie wyjaśnienia braku istotnej

NASILENIE PSYCHOSPOŁECZNYCH PROBLEMÓW ...

różnicy w nasileniu psychospołecznych problemów osób z para- i tetraplegią. W obu przypadkach skutki uszkodzenia rdzenia przedłużonego są podobne, lecz ich zakres jest istotnie większy w tetraplegii. Proces rehabilitacji leczniczej i ruchowej w obu przypadkach jest równie długi i wymagający ogromnego wysiłku i samozaparca ze strony osoby chorej. Jednak u osób z tetraplegią leczenie i rehabilitacja sprawia, że po pewnym czasie częściowo powraca kontrola kończyn górnych, uprzednio całkowicie sparaliżowanych. Dzięki temu osoba ta odzyskuje możliwość wykonywania podstawowych czynności samoobsługowych (np. samodzielne odżywianie się, mycie, zmiana pozycji ciała, możliwość samodzielnego czytania lub przeglądania czasopism itp.). Odzyskanie możliwości poruszania się za pomocą wózka inwalidzkiego daje jej możliwość zaspokajania coraz większego zakresu potrzeb. Widoczne efekty leczenia i rehabilitacji są jednocześnie nagrodą za wysiłek, który towarzyszył przywracaniu funkcji kończyn górnych. Ponadto daje większe poczucie sprawstwa, które dokonuje się na drodze szeroko rozumianego uczenia się. Po okresie całkowitej zależności odzyskanie sprawności kończyn górnych (choć niepełne) daje poczucie większej niezależności, większej kontroli zdarzeń – tego, co się dzieje wokół. W konsekwencji daje to poczucie większej samodzielności, niezależności, co z kolei poprawia poczucie większej wartości siebie.

Wreszcie odzyskanie władzy w rękach radykalnie zwiększa jakość życia w sensie obiektywnym oraz poczucie jakości życia. Oczekiwania osób z paralizem czterokończynowym częściowo zostały zrealizowane po odzyskaniu władzy w kończynach górnych. Natomiast postrzeganie związku pomiędzy własnym wysiłkiem a efektami rehabilitacji u osób z tetraplegią przynajmniej częściowo łagodzi frustrację po stracie. Powszechnie wiadomo, że odzyskanie utraconych wcześniej wysoko cenionych wartości sprawia, iż zaczyna się je cenić jeszcze bardziej. Za każdym razem nawet drobne postępy w odzyskiwaniu władzy rąk są źródłem ogromnej radości i satysfakcji. Wydaje się, że osoby z tetraplegią są bardziej realistyczne w wyznaczaniu sobie celów, do których dążą, a zarazem są bardziej wytrwale na drodze do ich realizacji. Również ich oczekiwania zdają się bardziej dostosowane do własnych możliwości. Z dużym prawdopodobieństwem można zaryzykować twierdzenie, że tego nauczyły się drogą warunkowania, podczas treningu, jakim był dla nich proces leczenia i rehabilitacji. Jednak bardziej niż osobom z paraplegią dokuczają im poczucie wyalienowania ze środowiska społecznego. Jest to zrozumiałe, ponieważ poruszając się na wózkach inwalidzkich mają one znacznie mniejszą zdolność pokonywania przeszkód ze względu na mniejszą siłę mięśni ramion i tułowia, a także ograniczoną sprawność ruchów manipulacyjnych dłoni. Utrudniają one nie tylko przemieszczanie się, ale również udział w życiu towarzyskim w otwartej społeczności. Ponadto na przeszkodzie stoją postawy społeczne wobec inwalidów, które ciągle jeszcze mają wiele do życzenia. Przebywanie w szerszych grupach bywa krępujące nie tylko dla osób niepełnosprawnych (Sękowski 1991; 1994).

W przypadku osób z paraplegią porażenie kończyn dolnych nie cofa się po okresie leczenia i rehabilitacji. Żmudny proces rehabilitacji nie daje tak „spektakularnych” efektów, co nie zmniejsza frustracji, a nawet może być jej dodatkową przyczyną. Mimo iż ich jakość życia w aspekcie obiektywnym (somatycznym) jest lepsza, to subiektywne poczucie jakości życia nie idzie z nim w parze.

Próby wyjaśnienia uzyskanych wyników mają w niniejszym artykule raczej charakter hipotetyczny i mogą być inspiracją do prowadzenia dalszych badań, które bardziej jednoznacznie określiłyby, jakie czynniki decydują o nasileniu psychospołecznych problemów osób o różnym stopniu niepełnosprawności.

*

W przeprowadzonych badaniach próbowano ustalić, jakie jest nasilenie psychospołecznych problemów u osób z ograniczoną sprawnością ruchową (z paraplegią i tetraplegią). Średnia ogólnego nasilenia psychospołecznych problemów w całej grupie wynosiła 45,2 (u osób z paraplegią – 45,3, z tetraplegią – 44,8). W pierwszej grupie najbardziej nasilone były problemy w sferze zajęciowej (47), a najmniejsze – w sferze społecznych kontaktów (43,1); w sferze rodzinnej wynik wynosił 45,3, a w osobowościowej – 46,4.

Inaczej przedstawiała się konfiguracja wyników w grupie osób z tetraplegią, chociaż najbardziej nasilone problemy ujawniły się również i tu w sferze zajęciowej (45,7). Najmniejsze nasilenie problemów odnotowano w sferze osobowościowej (44,1). W sferze rodzinnej nasilenie problemów wynosiło 44,5, a w sferze społecznych kontaktów – 44,8.

Największe nasilenie problemów w obydwu badanych grupach dotyczy sfery zajęciowej. Wyniki te pokazują, jak ważną dziedziną życia jest zorganizowanie czasu „wolnego” osobom pozostającym najczęściej na rentach inwalidzkich.

Uzyskane wyniki okazały się zaskakujące, gdyż można było spodziewać się większego nasilenia problemów u osób z tetraplegią, tj. osób o większej dysfunkcjonalności organizmu. Stwierdzone różnice w nasileniu problemów życiowych tych dwu grup nie okazały się jednak istotne, czego dowodzą przeprowadzone analizy statystyczne.

Wydaje się, że nasilenie psychospołecznych problemów odnosi się głównie do procesów przystosowawczych,

BOGUSŁAW LESZEK BLOCK

których celem jest przywrócenie zaburzonej równowagi „ja–środowisko”. Przyczyny zaburzeń prawidłowej regulacji stosunków człowieka ze środowiskiem obejmują przyczyny dotyczące jednostki oraz tkwiące w środowisku (Jarosz 1986, s. 421; Podsiad, Więckowski 1983, s. 298). Przystosowanie społeczne i osobiste określa sposób radzenia sobie w sytuacjach konfliktowych – zarówno znoszenie konfliktów, jak i ich rozwiązywanie. Czynniki osobowościowe mają oczywiście znaczenie dla nasilenia i przebiegu procesu rozwiązywania przeżywanych problemów (Nęcka 1994, s. 29-30).

Do wyjaśnienia nasilenia psychospołecznych problemów osób o różnym stopniu niepełnosprawności przydatne okazały się teorie przystosowania i homeostazy, psychologii poznawczej i behawioralna teoria uczenia się. Oprócz interesujących wyników przeprowadzone badania dostarczyły znormalizowanych narzędzi psychometrycznych, które mogą być przydatne w pracy z osobami niepełnosprawnymi ruchowo. Pracując z osobami niepełnosprawnymi wydaje się nam, że lepiej wiemy, czego oni potrzebują i jakie mają problemy. Badania jednak wyraźnie podważają taki sposób patrzenia. Raczej lepiej jest zwrócić się bezpośrednio do samych niepełnosprawnych, traktować ich bardziej podmiotowo, a jednocześnie z zachowaniem zasady indywidualizacji. Mając do dyspozycji znormalizowane już narzędzie, można lepiej planować proces rehabilitacji i tak zorganizować ich aktywność, by zwiększyć zadowolenie osób, nad którymi sprawujemy opiekę.

BIBLIOGRAFIA

- Cox, L. (1991). Pielęgnacja przedłużona – trwały nadzór pielęgniarzki. [W:] G. B. Bedbrook (red.), *Opieka nad chorym z paraplegią* (s. 208-227). Warszawa: PZWL.
- Doroszewski, W. (1980) (red.). *Słownik poprawnej polszczyzny*. Warszawa: PWN.
- Guilford, J. P. (1960). *Podstawowe metody statystyczne w psychologii i pedagogice*. Warszawa: PWN.
- Halpern, H. A. (1973). Crisis theory: A definitional study. *Community Mental Health Journal*, 9, 342-349.
- Jarosz, M. (1986). Przystosowanie. [W:] L. Korzeniowski, S. Płużyński (red.), *Encyklopedyczny słownik psychiatrii* (s. 421). Warszawa: PZWL.
- Kasperczyk, T. (1994). Kompleksowa rehabilitacja uszkodzeń rdzenia kręgowego. [W:] T. Kasperczyk (red.), *Rehabilitacja medyczna i społeczna* (t. 1). Kraków: PSON.
- Kowalik, S. (1996). *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Interakt.
- Kowalik, S., Kwiek, J., Szychowiak, B. (1989) (red.). *Optymalizacja interakcji w procesie usprawnienia osób z dysfunkcjami fizycznymi i psychicznymi*. Poznań: UAM, Psychologia i Pedagogika 73.
- Nęcka, E. (1994). *Twórcze rozwiązywanie problemów*. Kraków: OW „Impuls”.
- Oleś, P. (1992). Zjawisko kryzysu psychicznego. [W:] A. Januszewski, P. Oleś, T. Witkowski (red.), *Wykłady z psychologii w KUL* (t. 6). s. 337-422. Lublin: RW KUL.
- Sękowski, A. (1991). *Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec ludzi niepełnosprawnych*. Lublin: RW KUL.
- Sękowski, A. (1994). *Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów*. Lublin: UMCS.
- Skorupka, S., Auderska, H., Łempicka, Z. (1969) (red.). *Mały słownik języka polskiego*. Warszawa: PWN.
- Szkiładź, H., Chociłowska, H., Cichowska, Z. (1980). *Słownik wyrazów obcych*. Warszawa: PWN.
- Witkowski, T. (1987 red.). *Trudności w psychospołecznym przystosowaniu u osób niepełnosprawnych badane inwentarzem HPI (mps)*. Lublin: Zakład Psychologii Rehabilitacji KUL.
- Witkowski, T. (1988). *Wybrane zagadnienia z psychologii pastoralnej*. Lublin: RW KUL.
- Witkowski, T. (1991a). *Karta indywidualna dla osób niepełnosprawnych*. Lublin: KUL.
- Witkowski, T. (1991b). *Podręcznik do inwentarza HPI*. Lublin: KUL.
- Witkowski, T. (1992). Psychospołeczne problemy osób niepełnosprawnych i sposób ich badania. [W:] Januszewski A., Oleś P., Witkowski T. (red.), *Wykłady z psychologii w KUL* (t. 6, s. 443-460). Lublin: RW KUL.
- Witkowski, T. (1993a). *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych*. Warszawa: MDBO.
- Witkowski, T. (1993b). *Wprowadzenie do skali: MPD, LNU, ONS, PON i URK*. Lublin: KUL.
- Wright, G. N., Remmers, H. H. (1960a). *Manual for the Handicap Problems Inventory*. Lafayette: Perdue University.
- Wright, G. N., Remmers, H. H. (1960b). *The Handicap Problems Inventory*. Lafayette: Perdue University.