

Silvana Karačić*

Socijalna podrška kod adolescenata s tjelesnim oštećenjem

SAŽETAK

Socijalna podrška kao sredstvo interakcije s drugim ljudima podrazumijeva percepciju primljene pomoći, koja je važna zbog osjećaja osobe da u kriznim ili stresnim situacijama može računati sa savjetima, informacijama, instrumentalnom pomoći ili razumijevanjem drugih ljudi. Takav osjećaj, da možemo očekivati pomoć od drugih, može utjecati na stvaranje pozitivne slike o sebi. Cilj rada je utvrditi postoji li statistički značajna razlika u stupnju socijalne podrške među adolescentima s tjelesnim oštećenjem, koji su u internatskom smještaju, obuhvaćeni profesionalnom rehabilitacijom, i adolescenata bez tjelesnog oštećenja, koji su u srednjoškolskom obrazovnom sustavu i internatskom smještaju. Ispitivanjem je obuhvaćeno 150 adolescenata s tjelesnim oštećenjem i 150 adolescenata bez tjelesnog oštećenja s internatskim smještajem u Zagrebu. Korištena je modifikacija upitnika za socijalnu podršku Lučanin-Despot. Rezultati pokazuju da adolescenti s tjelesnim oštećenjem svoje tjelesno oštećenje nastoje kompenzirati socijalnom podrškom, oni je primaju i žele više nego zdravi adolescenti, pa će zbog toga njihovi stavovi i iskustva prema kategoriji tjelesnog oštećenja biti onakvi kakve okolina dopusti i usmjeri.

Ključne riječi: socijalna podrška, tjelesno oštećenje, stavovi, iskustva

Uvod

Socijalnu podršku definiramo kao sredstvo koje se osigurava preko interakcije s drugim ljudima. Socijalna podrška je amortizer stresa (Cohen, Wills, 1985.). Stres proizlazi kad netko procjenjuje situacije kao prijeteću ili zahtjevnu i nema na nju odgovarajući odgovor (Lazarus, 1966.).

* Adresa za korespondenciju: Silvana Karačić, Lječilište Sveti križ Trogir, Ulica domovinske zahvalnosti 1, HR - 21 200 Trogir, e-mail: hotel-sveti-kriz@st.t-com.hr

Dva dominantna modela socijalne podrške su model direktnog učinka i neutralizirajući model. Budući da ima dva modela, teško je odrediti definiciju socijalne podrške. Općenito je shvaćanje da ova dva modela predstavljaju dva različita aspekta socijalne podrške (Cohen & Wills, 1985.; Ganster, Victor, 1988.; Hobfoll, 1988.). Model direktnog učinka odnosi se na veliku mrežu socijalnih odnosa, ima pozitivne učinke na dobrobit, nije povezan sa stresom i koncentrira se na osnovnim socijalnim vezama i sustavima. Neutralizirajući model koncentrira se na aspektima socijalne podrške, ponaša se kao neutralizator, kako bismo bili zaštićeni od negativnih efekata stresa. Smještaj u socijalnu mrežu osoba s tjelesnim oštećenjem ima pozitivan učinak na opće stanje zdravlja, ali neće nužno pomoći kada se osoba suoči sa stresom. Socijalna integracija ima utjecaj na dobrobit, ona nužno ne uključuje unaprijedene načine nošenja sa stresnim događajem. Postoji malo dokaza za tvrdnju da je socijalna podrška povezana s dobrobiti (Gore, 1985.). Percipirana adekvatnost dostupne podrške važnija je nego dostupnost sama po sebi (Barrera, 1981.). Socijalna mreža može biti izvor stresa i konflikata, može zbog toga dovesti do povećanja simptomatologije, a ne smanjenja (Fiori, Becker, Coppel, 1983.; Rook, 1984.). Moguće je da se najefikasnija socijalna podrška dobiva u kontekstu svakodnevnog druženja.

Socijalna podrška nasuprot socijalnim zahtjevima

(Folkman, Lasarus, 1984.), govore o tome kako socijalni sustav mjera pretpostavlja da je biti u nekoj vezi isto kao i dobivanje podrške same. Naravno, ljudi sa širokom mrežom socijalnih odnosa imaju mnoge izvore pomoći kad je trebaju. Jedna od osnovnih normi našeg društva je sam princip reciprociteta. Što znači da, kad primimo nešto od druge osobe, očekuje se da ćemo i uzvratiti uslugu. Za one ljude koji imaju samo nekoliko izvora socijalne pomoći, primanje socijalne podrške može biti luksuz koji si ne mogu priuštiti. Dvije psihološke karakteristike koje su povezane sa socijalnom podrškom su samosvjesnost i intimnost. Hobfoll i Lerman došli su do veze između samosvjesnosti i socijalne podrške (Hobfoll, Lerman, 1988.). Samosvjesnost je osjećaj da smo odgovorni za ono što nam se događa i da ono što radimo može dovesti do željenog rezultata. Također su otkrili da osoba s više samosvijesti manje psihološki pati i više ima socijalne podrške negoli osoba s malom razinom samosvijesti. Socijalna podrška nije uvijek za ljude samo pozitivno iskustvo. U našem društvu samostalnost se često naglašava. Prihvatanje pomoći od drugih ljudi može kod nekih ljudi stvoriti osjećaj ovisnosti ili inferiornosti. To su oni slučajevi kada socijalna podrška može biti štetna, jer ne dopušta primateljima socijalne podrške da razvijaju svoja sredstva. Dalje, kao što je prije spomenuto, primanje socijalne podrške može rezultirati osjećajima obaveze koji se ne mogu ispuniti. U ovim slučajevima

ma, ljudi će često prije osjećati odbojnost prema onima koji im pomažu, negoli zahvalnost.

Veza između socijalne podrške i zdravlja

Brojne studije indiciraju da su ljudi koji imaju članove obitelji koji im pružaju psihološke i materijalne resurse boljeg zdravlja nego oni koji imaju manje socijalnih kontakata. Iako veći dio istraživanja podupire vezu između socijalne podrške i zdravlja, preostaje jedan dio koji razotkriva mehanizme te veze. Naravno, neka su objašnjenja očita, pogotovo ona koja uključuju direktnu pomoć. Ljudi koji se oporavljaju od neke bolesti puno će brže ozdraviti ako imaju obitelj koja im pomaže. Mi primamo informacije i savjete od drugih ljudi, koji nam pomažu mnogo efikasnije riješiti probleme (Ganster, Victor, 1988.).

Socijalna podrška djeluje na svim nivoima modela stresa. Mogućnost podrške afektira se na naše prihvaćanje faktora stresa i naše mogućnosti da se nosimo s tim. Ganster i Victor navode da socijalna podrška može čak utjecati na poboljšanje zdravlja tako što će smanjiti negativne posljedice stresa. Oni također dolaze do zaključka da bliske veze mogu rezultirati pozitivnim učincima i vjeruju u raspoloživost buduće podrške (Ganster, Victor, 1988.).

Interes za ulogu socijalne podrške u održavanju zdravlja i etiologije bolesti je povećan (Caplan, 1974.; Cassel, 1976.; Gottlieb, 1981.; Surason & Surason, 1985.).

Velik broj studija podržava vezu između socijalne podrške i fizičkog zdravlja (Matthews, 1980).

Budući da su podaci ograničeni, teško je generalizirati o odnosu socijalne podrške i bolesti. Dokazi sugeriraju povezanost socijalne podrške i fizičkog zdravlja te njen utjecaj na:

- izloženosti uzrocima bolesti;
- osjetljivost i otpornosti prema infekcijama od strane uzročnika bolesti;
- mjere traženja medicinske pomoći u onom času kada se bolest dobije;
- mijenja jačinu ili tijek bolesti (prema Jemmott & Locke, 1984.).

Drugi ljudi igraju važnu ulogu u tome kako se osoba osjeća u psihološkom i tjelesnom smislu.

Unatoč brojnim istraživanjima socijalne podrške, još uvijek postoje neke konceptualne nepoznanice. Za "rane" istraživače značenje socijalne podrške bilo je tako očigledno, da nisu ni pokušali definirati taj pojam. Danas postoji niz vrijednih teorij-

skih i empirijskih perspektiva o socijalnoj podršci, koje su važne za razumijevanje povezanosti između međuljudskih odnosa, dobrobiti i zdravlja ljudi. To su:

- viđenje socijalne podrške kao stupnja socijalne integracije osobe;
- viđenje socijalne podrške kao subjektivnog doživljaja kvalitete odnosa pojedinca;
- viđenje socijalne podrške kao percipirane pomoći drugih ljudi;
- viđenje socijalne podrške kao stvarno primljene pomoći.

Navedena različita viđenja zapravo nisu suprotna, već su komplementarna, i ukazuju na različite razine analize socijalne podrške. Četiri perspektive predstavljaju različito pretpostavljene mehanizme putem kojih socijalna integracija podržava zdrav način života, stabilno funkcioniranje osobe u razdobljima socijalnih promjena. Socijalna integracija je nužan, iako ne i dovoljan uvjet za pozitivne učinke međuljudskih odnosa.

Važan mehanizam socijalne podrške je i subjektivni doživljaj kvalitete socijalnih odnosa osobe. Dovoljno je da osoba ima jedan ili dva bliska odnosa iz kojih će primiti informacije da je voljena, cijenjena i da je dio mreže komunikacije i uzajamnih obaveza.

Socijalna podrška podrazumijeva percepciju primljene pomoći, koja je važna zbog osjećaja osobe da u kriznim ili stresnim situacijama može računati sa savjetima, informacijama, instrumentalnom pomoći ili razumijevanjem drugih ljudi. Takav osjećaj da možemo očekivati pomoć od drugih, može ublažiti ili spriječiti doživljaj nekog događaja kao stresnog. Socijalna podrška može se promatrati i kao stvarno pružanje pomoći drugih ljudi, ili kao primljena podrška. Mnogo je naziva za različite oblike primjene podrške.

Problemi adolescenata s kroničnim tjelesnim oštećenjima

Problemi adolescenata s kroničnim tjelesnim oštećenjima bitno se razlikuju od problema odraslih osoba. Tjelesno oštećenje u toj dobi osobito se teško podnosi, jer adolescent ponovno mora računati s ozbiljnim ograničenjem slobode, mogućnosti kretanja. Svako tjelesno oštećenje od osobe zahtijeva niz kompromisa, što u adolescenciji jako otežava i komplicira normalan razvoj, pa kod adolescenata dolazi do pojave socijalne nezrelosti i socijalne izolacije. Često se ističe da osobe sa somatopsihičkim oštećenjem formiraju stavove prema sebi i svom oštećenju pod utjecajem socijalne većine. Ocjene socijalne podrške ovise o individualnoj procjeni na temelju kompletne psihološke strukture pojedinca u interakciji s fizičkom i socijalnom okolinom u kojoj živi osoba s tjelesnim oštećenjem. Sposobnost individue da se efikasno nosi s bolešću ovisi o kompleksnoj interakciji između prirode same bolesti i kvalitete socijalne podrške, koju dobiva od obitelji, prijatelja i medicinskog osoblja.

Poznata je činjenica da većina ljudi ima snažnu tendenciju da sebe i druge ljude klasificira na osnovi neke naročito izrađene i vidljive karakteristike. Karakteristika sama po sebi može biti relativno beznačajna u odnosu na aktualne kvalitete određene osobe; ona ipak redovito služi brzom klasificiranju te osobe u određene skupine. To znači da smo svi skloni donositi sudove o ljudima na osnovi vrlo pojednostavljenog dojma, koji je određen jednom izrazitom karakteristikom, kao npr. fizičkom ljepotom ili tjelesnim oštećenjem.

Osobe s tjelesnim oštećenjem, u svojim nastojanjima da žive kao i drugi ljudi, suočavaju se s nizom psihosocijalnih barijera. Tako, npr. teže nalaze namještenje, suočeni su s poteškoćama pronalaženja bračnog partnera, nailaze na poteškoće u međuljudskim odnosima itd. Gotovo svaka osoba s tjelesnim oštećenjem prisiljena je suočiti se s činjenicom da joj se pripisuju određena svojstva ili reakcije, samo zato što su sve osobe s tjelesnim oštećenjem takve.

Veza između stigme i socijalne podrške

Okolina ih uopće ne percipira kao individuu, već samo kao pripadnika manje vrijednih osoba. Na žalost, treba naglasiti da su gotovo sve specijalne dileme osoba s tjelesnim oštećenjem zapravo reakcije na podcjenjivanje, bilo sa strane drugih, bilo sa strane same osobe.

Na osnovi nekih istraživanja čini se da podcjenjivanje adolescenata s tjelesnim oštećenjem nije samo posljedica socijalnih stereotipa i predrasuda, već da postoje i neke urođene tendencije koje pogoduju nastanku takvih predrasuda.

Winkler je pretpostavio da uobičajene kretnje i položaj tijela, koji je karakterističan za osobe s tjelesnim oštećenjem, odbijaju normalne osobe i onemogućuju im da se prema njima empatički odnose (Winkler, 1931.). Ljudi se u pravilu ne procjenjuju prema njihovoj biološkoj vrijednosti, takav bi mehanizam trebao biti nadvladan humanističkim vrijednostima.

Stigma je jedan od najtežih aspekata javne borbe i iskustva u obitelji koja ima adolescenta s tjelesnim oštećenjem. Takve obitelji često nailaze na reakcije javnosti koje su stereotipne i negativne. Često članove iskustveno stigmatizirane obitelji, zato što je zahvaćena stigmatizirana osoba, ne gledaju normalno već različito, to je tzv. ljubazna stigma (Goffman, 1963.). To je u stvari prihvaćanje neizbježnog ondje gdje u mnogim situacijama odnos nije društven sa stigmatiziranim članom obitelji. Član obitelji ima također opcije kroz koje će biti socijaliziran grupnim tretmanima specijalnih škola, grupama za samopomoć, čineći ljubaznu stigmom više vidljivom.

Tijelo kao simbol vrijednosti

Sociopsihološki aspekti forme *image* tijela kompleksni su, gdje je osoba usmjerena na razumijevanje sebe i zamjećivanje kako je drugi razumijevaju. *Image tijela, self koncept*, identitet i ego dovode se u vezu s gubitkom ili promjenom u samo jednom faktoru koji može biti poguban za čitav self (Drenche, (1994.)). Izgleda da je tijelo, u svojoj suvremenoj konturi, jedan od vrlo istaknutih simbola cijelog opsega vrijednosti, koji se bore za prvo mjesto, a stavovi o potrošačkoj kulturi tijela postaju sve značajniji, budući da su ona u osnovi u isto vrijeme simulator neke vrste fokusa potrošnje. Određene tjelesne konstrukcije cjenjenije su od drugih, kao npr. mišićavost, mršavost nasuprot opuštenosti i sl. Osobe s tjelesnim oštećenjem često nisu u mogućnosti prihvatiti vrijednosti i ideale koje takvo tijelo nosi, a u isto vrijeme nisu isključene iz utjecaja kulturalnih normi i vrijednosti koje su nametnute kroz tjelesne prakse, iako je jasno da one utječu na ljude na različit način kroz dob, socijalnu klasu i spol. Emocije i sloboda, odnosno vezanost i genetsko nasljeđe, kreiraju kompleksnu matricu čimbenika čija pozicija postavlja individue ili skupine ljudi na različit položaj u odnosu na značenje koje tijelo ima u kulturi.

Mnogi aspekti tjelesne kulture, osobito oni koji se odnose na tijelo i predstavljaju se kroz TV i medije, stalno su prisutan izvor i centriraju točku referenca za sebe i orijentaciju za druge. Legitimna je činjenica da mršavost i dobra fizička kondicija podrazumijevaju i zdravlje pojedinca, tako da se osoba s tjelesnim oštećenjem već samim time našla iza okvira "biti zdrav". Prije je tijelo bilo značajno odsutno u sociološkoj teoriji. Turner i drugi vraćaju tijelo natrag u sociologiji (Turner, 1984.; Franks, 1990.; Turner, 1992.). Tijelo u kulturi ima važniju ulogu u formaciji i dokazivanju samoidentiteta, razumijevanju tko smo, te poziciji socijalnog života. Socijalna konstrukcija tijela važan je dio procesa igre u konstrukciji samoidentiteta. Uspješan imidž predstavlja uspješno tijelo, koje je bilo trenirano, disciplinirano i priređeno uzdići naše personalne vrijednosti (Turner, 1984.). Opsjednutost popularnim kulturom značajna je u formiranju samoidentiteta kod većine adolescenata (Stratan, 1992.). Dramatične promjene tijekom puberteta destabiliziraju čak i one adolescente koji su dobro učvršćeni u fizičkoj normalnosti. Adolescencija je prije svega period u životnom ciklusu u kojem je uglavnom prisutna svijest o tijelu kao o dimenziji samoidentiteta.

House je predložio poznatu kategoriju socijalne podrške podijelivši je na:

- emocionalnu
- poštovanje
- informacijsku (House, 1981.).

Socijalna podrška, koja je značajna za razvoj samopoštovanja i ima zaštitnu ulogu, posebno je važna za adolescente s tjelesnim oštećenjem koji žive u učeničkim domovima, kod kojih je uglavnom prisutna svijest o tijelu kao dimenziji samoidentiteta. Izdvajanje adolescenata s tjelesnim oštećenjem iz obitelji radi profesionalne rehabilitacije dovodi do prilagodbe na novu sredinu i razdvojenost od roditelja, koja ih uglavnom previše zaštićuje, pa je percepcija socijalne podrške važna, jer pridonosi pozitivnom razvoju pojma o sebi. Svrha ovog rada bila je prikazati percepciju socijalne podrške, i to količinu i učestalost 4 vrste socijalne podrške (informacijsku, emocionalnu, instrumentalna i druženje), kod osoba s tjelesnim oštećenjem koje su obuhvaćene profesionalnom rehabilitacijom i adolescenata bez tjelesnog oštećenja koji su smješteni u učeničkom domu.

Informacijska podrška je podrška u definiranju, razumijevanju i suočavanju s problemima. Još se naziva savjetom, podrškom u procjeni ili kognitivnim vođenjem. Emocionalnom podrškom prenosi se povjerenje i ljubav, zovemo je ekspresivnom podrškom, ventilacijom ili bliskom podrškom. Instrumentalna podrška je osiguravanje financijske pomoći, materijalnih izvora i potrebnih usluga. Instrumentalna pomoć može umanjiti stres direktnim rješavanjem instrumentalnih problema ili osiguravanjem vremena za aktivnosti kao zabava ili opuštanje. Ova vrsta podrške još se zove i materijalna podrška, konkretna pomoć ili opipljiva podrška. Druženje je provođenje slobodnog vremena s drugima. Ovakva vrsta podrške može smanjiti stres, jer zadovoljava potrebu za pripadanjem ili kontaktima s drugima, pomaže pojedincu da odvrti pozornost od briga i problema te potiče pozitivna raspoloženja. Ova se vrsta podrške još zove i pripadanjem.

Cilj i problem rada

Prema mišljenju mnogih istraživača koji se bave problemima invalidnih osoba, glavni je problem što je njihov status u društvu određen njihovim invaliditetom. Socijalna podrška može biti mogući modificirajući faktor u prevenciji negativnih posljedica tjelesne invalidnosti. Stupanj socijalne podrške također je važan čimbenik u prilagodbi socijalno izoliranih adolescenata s tjelesnim oštećenjem. Na osnovi uvida u literaturu, kao pokazatelji procjene pomoći i podrške socijalne mreže odabrane su informacijska, emocionalna i instrumentalna podrška i druženje.

Cilj rada je utvrditi postoji li statistički značajna razlika u stupanju percepcije socijalne podrške između adolescenata s tjelesnim oštećenjem, koji su obuhvaćeni programom rehabilitacije, i adolescenata bez tjelesnog oštećenja, koji su smješteni u učeničkom domu.

Ispitanici i metode rada

Ispitanici

Uzorak u ovom istraživanju izabran je metodom namjernog odabira; čini ga 150 adolescenata s tjelesnim oštećenjem koji su obuhvaćeni profesionalnom rehabilitacijom u Centru za odgoj, obrazovanje i osposobljavanje djece i omladine Dubrava, sa stalnim prebivalištem na cijelom području Hrvatske, te 150 adolescenata bez tjelesnog oštećenja koji su smješteni u učeničkom domu "Tin Ujević" - Dubrava - Zagreb, a obuhvaćeni su različitim srednjoškolskim programima.

Metode rada

Ispitanici (učenici) pismeno su odgovarali na ponuđena pitanja u anonimnom anketnom upitniku.

Socijalna podrška ispitana je pomoću osam ljestvica s po pet čestica, kojima se mjeri količina i učestalost četiri vrste socijalne podrške (informacijska, instrumentalna, emocionalna i druženje), količina primljene i željene podrške, te izvor podrške (roditelji, prijatelji, rođaci, braća, sestre, ostali učenici, osoblje i nastavnici). Učestalost je izražena u tri stupnja: 1 - označava nikad, 2 - povremeno, 3 - uvijek.

Obrada podataka

Pri obradi podataka korištene su tablice frekvencije, aritmetička sredina, standardna devijacija, hi-kvadrat test, višesmjerna analiza varijance i Levensov test jednakosti varijance.

Rezultati

Opći podaci o ispitanicima

Ispitivanjem je obuhvaćeno 150 adolescenata s tjelesnim oštećenjem, u dobi od 15 do 21 godine, koji su bili obuhvaćeni programima profesionalnog rehabilitacijskog centra za odgoj i obrazovanje i osposobljavanje Dubrava - Zagreb, te 150 zdravih adolescenata, obuhvaćenih programom srednjoškolskog obrazovanja srednjih škola u Zagrebu, koji imaju internatski smještaj u Domu "Tin Ujević" – Zagreb, s mjestom prebivališta po cijeloj Hrvatskoj. Ispitivanje je provedeno u Zagrebu . Od ukupno 300 ispitanika bilo je 73 učenika s tjelesnim oštećenjem ili 24,3 %, 67 učenika bez tjelesnog oštećenja ili 22,3 % te 77 učenika s tjelesnim oštećenjem ili 25,6 % i 83 učenice bez tjelesnog oštećenja - zdrave učenice ili 27,6 % (tablica 1).

Tablica 1.

skupine	učenici		učenice		ukupno	
	N	%	N	%	N	%
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	73	24,3 %	77	25,6 %	150	50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	67	22,3 %	83	27,6 %	150	50,0 %
ukupno	140	46,6 %	160	53,3 %	300	100,0 %

Subjektivna ocjena socijalne podrške

Tablica 2. Frekvencija primljene i željene informacijske podrške koju učenicima pružaju roditelji

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	7	68	75	150 50,0 %	6	35	109	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	8	76	66	150 50,0 %	9	53	88	150 50,0 %
ukupno	15 5,0 %	144 48,0 %	141 47,0 %	300 100,0 %	15 5,0 %	88 29,3 %	197 65,7 %	300 100,0 %

Testiranje na razini značajnosti 5 % i uz 2 stupnja slobode vrijednost za hi-kvadrat test $\chi^2 = 1,085$, uz pogrešku $P = 0,581$ pokazuje da razlika u informacijski primljenoj socijalnoj podršci roditelja adolescenata s tjelesnim oštećenjem i adolescenata bez tjelesnog oštećenja nije statistički značajna. To znači da je podjednak broj osoba i iz jedne i iz druge skupine, koje su birale kategoriju odgovora 1 - 3, nikad do uvijek.

Kod željene informacijske socijalne podrške koju pružaju roditelji razlika je statistički značajna; uz razinu rizika manju od 5 %, hi-kvadrat test iznosi $\chi^2 = 6,520$, uz pogrešku $P = 0,038$. Razlika je nastala prvenstveno zbog toga što adolescenti bez tjelesnog oštećenja češće biraju kategoriju 2 ("povremeno bismo htjeli dobiti informaciju od roditelja"), a adolescenti s tjelesnim oštećenjem biraju kategoriju 3 ("uvijek bismo htjeli dobiti informaciju od roditelja").

Tablica 3. Prikaz frekvencije primljene i željene informacijske podrške koju učenicima pružaju prijatelji

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	13	69	68	150 50,0 %	2	48	100	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	6	53	91	150 50,0 %	6	39	105	150 50,0 %
ukupno	19 6,3 %	122 40,7 %	159 53,0 %	300 100,0 %	8 2,7 %	87 29,0 %	205 68,3 %	300 100,0 %

Granična vrijednost χ^2 na razini značajnosti od 5 % i uz dva stupnja slobode iznosi $\chi^2 = 8,004$ i uz pogrešku $P = 0,018$.

Budući da je hi-kvadrat test veći od graničnog kod primljene informacijske podrške koju pružaju prijatelji, prihvatit ćemo alternativnu hipotezu prema kojoj postoji statistički značajna razlika između adolescenata s tjelesnim oštećenjem i adolescenata bez tjelesnog oštećenja. Razlika se sastoji u tome da adolescenti s tjelesnim oštećenjem više biraju odgovor 1 i 2 (nekad i povremeno) od adolescenata bez tjelesnog oštećenja, koji biraju odgovor 3 (uvijek).

Kod informacijski željene socijalne podrške prijatelja, razlika nije statistički značajna ($\chi^2 = 3,052$; $df = 2$; $P = 0,217$). To znači da je podjednak broj osoba iz osnovne skupine uzoraka koje su birale iste kategorije odgovora.

Iz tablice 5 vidljivo je da je primljena informacijska podrška prijatelja manja od željene i da se u primljenoj socijalnoj podršci skupine razlikuju u korist skupine uzoraka, dok frekvenciju doznavanja raznih obavijesti koju će im dati prijatelji žele podjednako.

Tablica 4. Prikaz frekvencije primljene i željene informacijske podrške koju učenicima pružaju rođaci, braća i sestre

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		Nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	15	84	51	150 50,0 %	8	52	90	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	17	96	37	150 50,0 %	16	61	73	150 50,0 %
ukupno	32 10,7 %	180 60,0 %	88 29,3 %	300 100,0 %	24 8,0 %	113 37,7 %	163 54,3 %	300 100,0 %

Rezultati pokazuju da kod primljene informacijske podrške koju su učenicima pružili rođaci, braća i sestre, nije uočena značajna statistička razlika ($\chi^2 = 3,152$; $df = 2$; $P = 0,206$). To znači da je broj osoba iz jedne i druge skupine, koje su birale iste kategorije, podjednak, tj. da informacijsku socijalnu podršku rođaka, braće i sestara podjednako primaju i adolescenti s tjelesnim oštećenjem i zdravi adolescenti. Željena informacijska podrška rođaka i braće i sestara neznatno je veća od primljene, ali razlika nije statistički značajna ($\chi^2 = 5,156$; $df = 2$; $P = 0,075$) $P < 0,05$. Dvije skupine ispitanika željele bi primati podjednaku frekvenciju informacija od rođaka, braće i sestara.

Tablica 5. Prikaz frekvencije primljene i željene informacijske podrške koju učenicima pružaju ostali učenici

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		Nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	25	109	16	150 50,0 %	22	101	27	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	27	104	19	150 50,0 %	26	85	39	150 50,0 %
ukupno	52 17,3 %	213 71 %	35 11,7 %	300 100,0 %	48 16,0 %	186 62,0 %	66 22,0 %	300 100,0 %

Uz dva stupnja slobode, te razinu značajnosti 5 %, nalazimo da je hi-test $\chi^2 = 0,451$, uz pogrešku $P = 0,799$, što ukazuje da nema statistički značajne razlike u frekvenciji primanja informacija od ostalih učenika između dviju skupina ispitanika. Također nije zabilježena statistički značajna razlika ni kod željene informacijske socijalne podrške ostalih učenika, iako je i ona neznatno veća od primljene ($\chi^2 = 3,891$; $df = 2$; $P = 0,142$).

Tablica 6. Prikaz frekvencije primljene i željene informacijske podrške koju učenicima pružaju nastavnici i osoblje

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	14	113	23	150 50,0 %	14	104	32	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	38	96	16	150 50,0 %	23	89	38	150 50,0 %
ukupno	52 17,3 %	209 69,7 %	39 13,0 %	300 100,0 %	37 12,3 %	193 69,3 %	70 23,3 %	300 100,0 %

Uz razinu rizika manju od 1 % i uz dva stupnja slobode vrijednost, hi-kvadrat testa ukazuje ($x^2 = 13,716$; $P = 0,01$) da postoji statistički značajna razlika između adolescenata s tjelesnim oštećenjem i adolescenata bez tjelesnog oštećenja. Adolescenti bez tjelesnog oštećenja primaju informacije od nastavnika i osoblja. Adolescenti bez tjelesnog oštećenja biraju odgovor 1 – nikad, češće nego adolescenti s tjelesnim oštećenjem, koji češće biraju odgovor 2 i 3 (povremeno i uvijek).

Željena informacijska podrška nastavnika i osoblja među tim dvjema skupinama ispitanika nije statistički značajna ($x^2 = 3,6928$; $df = 2$; $P = 0,144$).

Tablica 7. Prikaz frekvencije primljene i željene financijske socijalne podrške koju učenicima pružaju roditelji

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	9	11	130	150 50,0 %	5	13	132	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	2	7	141	150 50,0 %	5	6	139	150 50,0 %
ukupno	11 3,7 %	18 6,0 %	271 90,3 %	300 100,0 %	10 3,3 %	19 6,3 %	271 90,3 %	300 100,0 %

Frekvencija primljene i željene financijske socijalne podrške koju učenicima pružaju roditelji, između osnovne skupine i skupine uzoraka nije statistički značajna. To znači da je podjednak broj osoba iz jedne i iz druge skupine koji su birali iste kategorije odgovora. Kod primljene podrške hi-kvadrat test iznosi $x^2 = 5,789$; $df = 2$; $P = 0,055$, dok kod željene financijske socijalne podrške uz dva stupnja slobode hi-kvadrat test iznosi $x^2 = 2,759$, uz pogrešku $P = 0,251$; $P < 0,05$.

Tablica 8. Prikaz financijske primjene i željene socijalne podrške koju učenicima pružaju prijatelji

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	93	47	10	150 50,0 %	63	50	37	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	115	28	7	150 50,0 %	67	44	39	150 50,0 %
ukupno	208 69,3 %	75 25,0 %	17 5,7 %	300 100,0 %	130 43,3 %	94 31,3 %	76 25,3 %	300 100,0 %

Frekvencija primljene socijalne podrške koju učenicima pružaju prijatelji između osnovne skupine i skupine uzoraka statistički se značajno razlikuje uz razinu rizika od 5 % i dva stupnja slobode, hi-kvadrat test iznosi $\chi^2 = 7,669$ uz pogrešku $P = 0,021$. Razlika se sastoji u tome da ima više adolescenata bez tjelesnog oštećenja koji od prijatelja nikad ne primaju financijsku pomoć, a više adolescenata s tjelesnim oštećenjem koji povremeno primaju od prijatelja financijsku potporu. Dok razlika kod željene financijske socijalne podrške prijatelja nije statistički značajna, ona je veća od primljene.

Tablica 9. Prikaz frekvencije primljene i željene financijske podrške koju učenicima pružaju rođaci, braća i sestre

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	64	42	44	150 50,0 %	42	43	65	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	75	52	23	150 50,0 %	51	39	60	150 50,0 %
ukupno	139 46,3 %	94 31,3 %	67 22,3 %	300 100,0 %	93 31,0 %	82 27,3 %	125 41,7 %	300 100,0 %

Testiranje na razini značajnosti 5 % i uz dva stupnja slobode vrijednosti za hi-kvadrat test iznosi $\chi^2 = 8,516$, uz pogrešku $P = 0,014$ ukazuje na statistički značajnu razliku kod primljene financijske podrške rođaka, braće i sestara. Razlika je uvjetovana većim brojem adolescenata bez tjelesnog oštećenja koji biraju kategoriju 1 i 2 (nikad i povremeno), te većim brojem adolescenata s tjelesnim oštećenjem koji biraju kategoriju 3 (uvijek). Varijabilitet kod željene financijske podrške rođaka, braće i sestara nije statistički značajan. To znači da podjednak broj osoba iz osnovne skupine i skupine uzoraka bira iste kategorije odgovora $\chi^2 = 0,558$; $df = 2$; $P = 0,756$.

Tablica 10. Prikaz frekvencije primljene i željene financijske podrške koju učenicima pružaju ostali učenici

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	131	17	2	150 50,0 %	122	23	4	149 49,8 %
adol. bez tj. oštećenja	137	9	4	150 50,0 %	117	26	7	150 50,0 %
ukupno	268 89,3 %	26 8,7 %	6 2,0 %	300 100,0 %	239 79,9 %	49 16,4 %	11 3,7 %	299 100,0 %

Razlika frekvencija primljene i željene financijske podrške ostalih učenika nije statistički značajna između adolescenata s tjelesnim oštećenjem i adolescenata bez tjelesnog oštećenja.

Kod primljene financijske podrške hi-kvadrat test iznosi $\chi^2 = 3,26$, uz dva stupnja slobode i pogrešku $P = 0,159$, dok kod željene financijske podrške uz dva stupnja slobode i pogrešku od $P = 0,576$, hi-kvadrat test iznosi $\chi^2 = 1,103$.

Tablica 11. Prikaz frekvencije primljene i željene financijske podrške koju učenicima pružaju osoblje i nastavnici

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	121	21	8	150 50,0 %	108	31	10	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	140	9	1	150 50,0 %	126	14	10	150 50,0 %
ukupno	261 87,0 %	30 10,0 %	9 3,0 %	300 100,0 %	234 78,3 %	45 15,1 %	20 6,7 %	300 100,0 %

Razlika kod primljene financijske podrške koju učenicima pružaju osoblje i nastavnici statistički je značajna uz razinu rizika manju od 1 %, te su dva stupnja slobode, hi-kvadrat test iznosi $\chi^2 = 11,627$, uz pogrešku $P = 0,002$. Razlika je uvjetovana time što je više zdravih koji biraju kategoriju nikad (46,6 %), dok kategoriju povremeno i uvijek više biraju adolescenti s tjelesnim oštećenjem (10 %).

Željena financijska podrška osoblja i nastavnika također se statistički značajno razlikuje uz razinu rizika od 5 % i dva stupnja slobode hi-kvadrat test iznosi $\chi^2 = 7,803$, uz pogrešku $P = 0,20$. Do razlike je došlo prvenstveno zbog toga što je više adolescenata bez tjelesnog oštećenja koji biraju kategoriju nikad, a više adolescenata s tjelesnim oštećenjem koji biraju kategoriju povremeno.

Tablica 12. Prikaz frekvencije primljene i željene emocionalne socijalne podrške koju učenicima pružaju roditelji

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	9	48	93	150 50,0 %	6	30	114	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	21	58	71	150 50,0 %	13	47	90	150 50,0 %
ukupno	30 10,0 %	106 35,3 %	164 54,7 %	300 100,0 %	19 6,3 %	77 25,7 %	204 68,0 %	300 100,0 %

Kod primljene i željene emocionalne socijalne podrške roditelja razlika je statistički značajna. Do razlike dolazi jer adolescenti bez tjelesnog oštećenja biraju više kategoriju nikad i povremeno, a adolescenti s tjelesnim oštećenjem kategoriju uvijek. Kod primljene emocionalne podrške roditelja testiranje je izvršeno uz razinu rizika od 5 % i dva stupnja slobode, hi-kvadrat test iznosi $x^2 = 8,694$, uz pogrešku $P = 0,012$. Kod željene emocionalne podrške hi-kvadrat test proveden je također uz razinu rizika manju od 5 %, a iznosio je $x^2 = 9,155$, uz pogrešku $P = 0,010$.

Tablica 13. Prikaz frekvencije primljene i željene emocionalne socijalne podrške koju učenicima pružaju prijatelji

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	8	57	85	150 50,0 %	7	46	97	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	19	41	90	150 50,0 %	17	37	96	150 50,0 %
ukupno	27 9,0 %	98 32,7 %	175 58,3 %	300 100,0 %	24 8,0 %	83 27,7 %	193 64,3 %	300 100,0 %

Kod primljene emocionalne podrške prijatelja razlika između adolescenata bez tjelesnog oštećenja i adolescenata s tjelesnim oštećenjem statistički je značajna uz razinu rizika od 5 % i dva stupnja slobode, hi-kvadrat test iznosi $x^2 = 7,236$, uz pogrešku $P = 0,026$. Do razlike dolazi jer zdravi biraju češće kategoriju nikad, a adolescenti s tjelesnim oštećenjem kategoriju povremeno. Razlike su relativno male u kategoriji nikad. Razlika kod željene emocionalne podrške prijatelja između dvije skupine uzoraka nije statistički značajna ($x^2 = 5,147$; $df = 2$; $P = 0,076$).

Tablica 14. Prikaz frekvencije primljene i željene emocionalne podrške koju učenicima pružaju rođaci, braća i sestre

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	22	75	53	150 50,0 %	25	50	75	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	52	65	33	150 50,0 %	46	56	48	150 50,0 %
ukupno	74 24,7 %	140 46,7 %	86 28,7 %	300 100,0 %	71 23,7 %	106 35,3 %	123 41,0 %	300 100,0 %

Uz razinu rizika od 1 % i dva stupnja slobode, razlika između primljene i željene emocionalne podrške rođaka, braće i sestara statistički je značajna. Kod primjene emocionalne podrške hi-kvadrat test iznosi $x^2 = 17,527$, uz pogrešku $P = 0,001$, dok je kod željene emocionalne podrške $x^2 = 12,477$, uz pogrešku $P = 0,001$.

Tablica 15. Prikaz frekvencije primljene i željene emocionalne socijalne podrške koju učenicima pružaju ostali učenici

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	81	61	8	150 50,0 %	94	51	5	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	105	42	3	150 50,0 %	99	44	7	150 50,0 %
ukupno	186 62,0 %	103 34,3 %	11 3,7 %	300 100,0 %	193 64,3 %	95 31,7 %	12 4,0 %	300 100,0 %

Primljena emocionalna podrška ostalih učenika kod dvije skupine uzoraka statistički je značajna uz razinu rizika od 5 % ($x^2 = 8,874$; $df = 2$; $P = 0,011$). Razlika je primarna zato što je više adolescenata bez tjelesnog oštećenja koji biraju kategoriju 1, a više adolescenata s tjelesnim oštećenjem koji biraju kategoriju 2 i 3.

Željena emocionalna podrška ostalih učenika nije statistički značajna ($x^2 = 0,978$; $df = 2$; $P = 0,613$). To znači da je podjednak broj osoba iz jedne i druge skupine birao kategorije jednakih odgovora.

Tablica 16. Prikaz frekvencije primljene i željene emocionalne socijalne podrške koju učenicima pružaju nastavnici i osoblje

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	57	80	13	150 50,0 %	57	77	16	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	117	30	2	149 49,8 %	105	37	8	150 50,0 %
ukupno	174 58,2 %	110 36,80 %	15 5,0 %	299 100,0 %	162 54,0 %	114 38,0 %	24 8,0 %	300 100,0 %

Primljena i željena emocionalna podrška nastavnika i osoblja između dviju skupina ispitanika statistički se značajno razlikuje, uz razinu rizika koji je puno manji od 1 %. Razlika je nastala jer su adolescenti bez tjelesnog oštećenja češće birali kategoriju 1, dok su adolescenti s tjelesnim oštećenjem češće birali kategoriju 2 i 3. Kod primjene emocionalne podrške hi-kvadrat iznosi $x^2 = 51,480$, a kod željene emocionalne podrške $x^2 = 30,923$.

Tablica 17. Prikaz frekvencije uobičajenog i željenog druženja s roditeljima

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	10	97	43	150 50,0 %	8	40	102	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	15	107	28	150 50,0 %	9	172	69	150 50,0 %
ukupno	25 8,3 %	204 68,0 %	71 23,7 %	300 100,0 %	17 5,7 %	112 37,3 %	171 57,0 %	300 100,0 %

Kod uobičajenog druženja s roditeljima ne postoji statistički značajna razlika ($x^2 = 4,659$; $df = 2$; $P = 0,097$).

Želju za druženjem s roditeljima pokazuju i adolescenti bez tjelesnog oštećenja i adolescenti s tjelesnim oštećenjem. Razlika između jednih i drugih je statistički značajna uz rizik manji od 1 % ($x^2 = 15,570$; $df = 2$; $P = 0,042$). Razlika je nastala jer adolescenti bez tjelesnog oštećenja češće biraju kategoriju 2, tj. povremeno druženje

s roditeljima, dok adolescenti s tjelesnim oštećenjem češće biraju kategoriju 3, tj. željeli bi da im roditelji uvijek prave društvo.

Tablica 18. Prikaz frekvencije uobičajenog i željenog druženja s prijateljima

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	1	31	118	150 50,0 %	3	19	128	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	3	20	127	150 50,0 %	3	14	133	150 50,0 %
ukupno	4 1,3 %	51 17 %	245 81,7 %	300 100,0 %	6 12,0 %	33 11,0 %	261 87,0 %	300 100,0 %

Frekvencija druženja s prijateljima između osnovne skupine i skupine uzoraka nije statistički značajna ($\chi^2 = 3,703$; $df = 2$; $P = 0,156$). Želja za druženjem s prijateljima kod adolescenata bez tjelesnog oštećenja i adolescenata s tjelesnim oštećenjem također nije podjednaka, tj. razlika nije statistički značajna ($\chi^2 = 0,853$; $df = 2$; $P = 0,652$).

Tablica 19. Prikaz frekvencija uobičajenog i željenog druženja s rođacima, braćom i sestrama

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	10	101	39	150 50,0 %	11	36	103	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	18	88	44	150 50,0 %	14	47	89	150 50,0 %
ukupno	28 9,3 %	189 63,0 %	83 27,7 %	300 100,0 %	25 8,3 %	83 27,7 %	192 64,0 %	300 100,0 %

Frekvencija uobičajenog i željenog druženja s rođacima, braćom i sestrama među dvjema skupinama ispitanika nije statistički značajna. Uz 95 %-tni interval pouzdanosti i dva stupnja slobode, hi-kvadrat test kod primljenog druženja iznosio je $\chi^2 = 3,481$, uz pogrešku $P = 0,175$, dok je kod željenog druženja iznosio $\chi^2 = 2,838$, uz pogrešku $P = 0,241$.

Tablica 20. Prikaz frekvencije primljenog i željenog druženja s drugim učenicima

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	23	109	17	149 49,8 %	19	108	23	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	25	102	23	150 50,0 %	22	90	38	150 50,0 %
ukupno	48 16,1 %	211 70,6 %	40 13,4 %	299 100,0 %	41 13,7 %	198 66,0 %	61 20,3 %	300 100,0 %

Uz razinu rizika u 5 % i dva stupnja slobode, razlika u podacima o uobičajenom druženju s drugim učenicima nije statistički značajna. Hi-kvadrat test iznosi $\chi^2 = 1,212$, uz pogrešku $P = 0,545$. Adolescenti bez tjelesnog oštećenja i adolescenti s tjelesnim oštećenjem pokazuju podjednaku želju za druženjem s ostalim učenicima. Razlika također nije statistički značajna ($\chi^2 = 5,544$; $P = 0,62$).

Tablica 21. Prikaz frekvencije uobičajenog i željenog druženja s osobljem i nastavnicima

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	31	107	17	150 50,0 %	25	104	21	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	79	65	6	150 50,0 %	67	68	15	150 50,0 %
ukupno	110 36,7 %	172 57,3 %	18 6,0 %	300 100,0 %	92 30,7 %	172 57,3 %	36 12,0 %	300 100,0 %

Uz interval pouzdanosti od 99 % i 2 stupnja slobode, druženje s osobljem i nastavnicima statistički se značajno razlikuje ($\chi^2 = 33,201$), razlika je prisutna stoga što adolescenti bez tjelesnog oštećenja više biraju kategoriju 1, a invalidi kategoriju 2 i 3.

Frekvencija željenog druženja s nastavnicima i osobljem također se, među dvjema skupinama, statistički značajno razlikuje (hi-kvadrat 27,708).

Rasprava

Percipirana potreba i percipirana dostupnost socijalne podrške je kritički intervenirajući čimbenik u odnosu socijalne podrške i zdravlja. Percepcija potrebe i dostupnosti socijalne podrške ima veći utjecaj na zdravlje, nego stvarna potreba i dostupnost (Gibson, 1994.). Neka istraživanja pokazuju da je slaba socijalna podrška posljedica lošeg zdravlja, pa je prema tome i mortalitet posljedica lošeg zdravlja, a ne slabe socijalne podrške (Parker i sur., 1992.). Slaba socijalna podrška i mreža socijalnih kontakata mogu dovesti osobu u socijalnu izolaciju. To može rezultirati tjelesnim simptomima kojima osoba na neprilagođen način traži pomoć, pokušava privući pozornost drugih na sebe ili pokušava kontrolirati druge (Cohen, (1990.).

Rezultati pokazuju da se adolescenti s tjelesnim i adolescenti bez tjelesnog oštećenja ne razlikuju u frekvenciji primljenih informacija od roditelja, rođaka, braće, sestara i ostalih učenika. Razlika u primanju informacija postoji prema onima koje daju prijatelji, te nastavnici i osoblje, s tim da adolescenti bez tjelesnog oštećenja primaju informacije od prijatelja, a adolescenti s tjelesnim oštećenjem od nastavnika i osoblja.

U frekvenciji željene informacijske podrške ne postoji razlika između podrške koju u tom smislu pružaju prijatelji, rođaci, braća i sestre, ostali učenici te nastavnici i osoblje.

Razlika postoji jedino u željenoj informacijskoj podršci roditelja, s tim da bi adolescenti bez tjelesnog oštećenja željeli povremeno dobivati informacije od roditelja, a adolescenti s tjelesnim oštećenjem željeli bi to uvijek.

Obitelj se obično smatra skupinom privrženih pojedinaca koji podrškom štite svoje članove od stresnih događaja ili ublažavaju stres kod onih članova koji su ga doživjeli. Međutim, pokazuje se da sama obitelj može biti, i često jest, najvažniji izvor stresa za velik broj ljudi (Fosson, 1988.).

Naši ispitanici traže slobodnu, a ne prisilnu informacijsku podršku, hoće promjene koje će sami iznutra razvijati, a ne one koje će im biti izvana nametnute.

Smanjena želja adolescenata bez tjelesnog oštećenja za primanjem informacija od roditelja posljedica je njihove obrane i borbe protiv roditeljskih nametnutih ograničenja. Oni traže vlastitu, a ne nametnutu budućnost, svoju a ne njihovu sreću, svoj a ne njihov život.

Treba imati na umu da su naši ispitanici adolescenti, dakle u životnom razdoblju najintenzivnijeg traganja za vlastitim integritetom (Erikson, 1959.) i u fazi odvajanja od roditelja (Stierlin, 1975.). Individualizacija zahtijeva, ali i omogućuje razinu

povezanosti, uz samodiferencijacije i samorazgraničavanje, zato adolescenti bez tjelesnog oštećenja žele što manje primati informacije, da bi osigurali brži razvoj vlastitog identiteta i odvajanje od roditelja. Kod adolescenata s tjelesnim oštećenjem zbog promjene tjelesnog razvoja dolazi do ugrožavanja osobnog integriteta, poticanja defenzivnog ponašanja i zatvaranja u sebe, pa je i primanje informacija više usmjereno na osobe koje im pružaju konkretnu zaštitu i pomoć, tj. na roditelje, osoblje, nastavnike, a manje na prijatelje. Brajša je došao do zaključka da se suradnja i sporazumijevanje mogu razvijati jedino unutar slobodne i neugrožavajuće obiteljske komunikacije, koja održava obiteljsko zajedništvo i individualni integritet članova obitelji (Brajša, 1986.).

Adolescenti s tjelesnim oštećenjem i adolescenti bez tjelesnog oštećenja ne razlikuju se u frekvenciji primljene financijske podrške roditelja ostalih učenika. Razlika postoji u frekvenciji primljene financijske podrške prijatelja, rođaka, braće, sestara te osoblja i nastavnika. Razlika se sastoji u tome da adolescenti bez tjelesnog oštećenja ne primaju financijsku pomoć od njih, dok je adolescenti s tjelesnim oštećenjem primaju povremeno ili uvijek. U frekvenciji željene financijske podrške roditelja, prijatelja, rođaka, braće i sestara i ostalih učenika razlika ne postoji, postoji samo razlika u pomoći osoblja i nastavnika, s tim da adolescenti bez tjelesnog oštećenja ne žele financijsku podršku, dok je invalidi povremeno žele.

Kod adolescenata s tjelesnim oštećenjem česte su depresija, potištenost, tjeskoba, fobičnost, nepovjerenje, stid, samosažaljenje, zabrinutost, neadekvatne kompenzacijske ambicije, osjećaj manje vrijednosti, frustracije, agresije i sklonosti konfliktima. Ti činioci bitno utječu na smanjenje motivacije za ljudsko dostojanstvo, pa je u tom smislu potrebno veliko stručno, pa i ljudsko umijeće, te angažman uže i šire okoline, u pridobivanju takve osobe za suradnju i stjecanje njegovog povjerenja. Zbog toga njihov odnos s roditeljima, rodbinom, prijateljima i bližom okolinom zna često biti prožet notom sažaljenja i pretjerane pažnje. Adolescenti s tjelesnim oštećenjem doživljaj tog odnosa stavljaju u kontekst intimnosti koja ih dovodi do afektivne povezanosti, što je uočljivo u rezultatima financijske potpore, koje se općenito percipira kao osjetljivo područje.

Rezultati indirektno otkrivaju da su, osim podrške na razini financija, prisutne i druge vrste podrške - ljudskosti, slušanja, suosjećanja, pažnje i razumijevanja. Kod adolescenata bez tjelesnog oštećenja primanje financijske potpore, osim roditeljske, predstavlja nelagodu, iako bi je željeli proširiti na osobe s kojima su krvno ili emocionalno povezane.

Adolescenti s tjelesnim oštećenjem ne razlikuju se od adolescenata bez tjelesnog oštećenja u frekvenciji primljene emocionalne podrške rođaka, braće, sestara. Razli-

ke postoje u pomoći roditelja, prijatelja, ostalih učenika, nastavnika i osoblja, prvenstveno u tome što adolescenti bez tjelesnog oštećenja ne primaju od njih emocionalnu podršku, dok je adolescenti s tjelesnim oštećenjem primaju povremeno ili uvijek. U frekvenciji željene emocionalne socijalne podrške razlika u pomoći rođaka, braće, sestara, ostalih učenika i prijatelja ne postoji, uočljiva je samo razlika u pomoći roditelja, osoblja i nastavnika. Do razlike dolazi jer adolescenti bez tjelesnog oštećenja manje žele od njih emocionalnu podršku, dok je adolescenti s tjelesnim oštećenjem žele češće. Spoznaja o tjelesnom oštećenju izaziva strahove, tjeskobu, nemogućnost prihvaćanja sebe. Ta slika zbilje izazvana je međuovisnošću bioloških, socijalnih i duhovnih faktora i dovodi do egzistencijalne napetosti. Tako tjelesno oštećenje stavlja ispred ostalih napora nove napore da prilagodi sebe i svoju okolinu na invalidnost (Fishman, 1987.). Ima nekih razmišljanja da odbacivanje osobe s invalidnosti znači istovremeno i odbacivanje vlastitog straha da bismo i sami jednog dana mogli postati invalidi. Reprezentacija "selfa" stoji pod snažnim utjecajem slike tijela, koja je usko povezana s uspostavljanjem ravnoteže i ima velik utjecaj na relacije koje pojedinca čine bio-psiho-socijalnim i duhovnim bićem. Šira i uža okolina svojom emocionalnom podrškom mogu dovesti do transformacije stavova vezanih uz egzistencijalne vrijednosti.

Budući da je adolescencija sukob između punine iskonskoga nepatvorenog života i njegova svođenja u stegu krutih zakonitosti koje sputavaju duh, onda je emocionalna podrška koju adolescenti s tjelesnim oštećenjem primaju i žele primiti od uže i od šire okoline potreba kojom se pokušava smanjiti egzistencijalna anksioznost, dok je adolescenti bez tjelesnog oštećenja manje primaju i manje žele, jer su vjerojatno manje u kontaktu sa složenim pitanjima koja nameće osjećajni život. Što se tiče uobičajenog i željenog druženja s roditeljima, prijateljima, rođacima, braćom i sestrama i ostalim učenicima, rezultati ne pokazuju razliku između adolescenata s tjelesnim oštećenjem i adolescenata bez njega. Frekvencija druženja pokazuje razliku u druženju s osobljem i nastavnicima, s tim da se adolescenti bez tjelesnog oštećenja ne druže i ne žele družiti s njima, dok se adolescenti s tjelesnim oštećenjem druže i žele se družiti.

Dobiveni rezultat ukazuje na činjenicu da su adolescenti s tjelesnim oštećenjem uključeni u bio-psiho-socijalnu, duhovnu i profesionalnu rehabilitaciju, te da su više upućeni na traženje svih vrsta pomoći nastavnika i osoblja, što stvara topliji odnos, pa je i razumljivije češće međusobno druženje i želja za njim. Adolescenti bez tjelesnog oštećenja taj odnos stavljaju u okvire dužnosti i obaveza, što ih postavlja u kontekst racionalno organiziranog života, pa se manje druže i imaju manju želju za tim.

Zaključak

Rezultati pokazuju da adolescenti s tjelesnim oštećenjem svoje oštećenje nastoje kompenzirati socijalnom podrškom, oni je primaju i žele više nego zdravi adolescenti, pa će njihovi stavovi i iskustva prema kategoriji tjelesnog oštećenja biti onakvi kako ih okolina dopusti i usmjeri.

Očito je da im funkcija socijalne podrške pomaže da ostvare zavidnu razinu pozitivne sposobnosti u nošenju s kategorijom tjelesnog oštećenja kroz svakodnevne situacije. Percipirana adekvatnost dostupne socijalne podrške od adolescenata s tjelesnim oštećenjem nesvjesno razvija kod njih "samosvjesnost", tj. svijest da ono što rade može dovesti do željenog rezultata. Prema tome, ovi rezultati pokazuju da adekvatna socijalna podrška može utjecati na dobro osjećanje.

Rezultati dobiveni samoprocjenom stupnja socijalne podrške, prema kojem adolescenti s tjelesnim oštećenjem više primaju socijalnu podršku i više je žele nego adolescenti bez tjelesnog oštećenja, također otkrivaju novu nepoznatu činjenicu.

LITERATURA

1. Barrera, M., Jr. (1981): *Social support in the adjustment of pregnant adolescents: assessment issues*. In B. H. Gottlieb (ed.). *Social networks and social support* (pp. 69-96). Beverly Hills, CA: Sage.
2. Brajša, P. (1986): *Teoretski koncept istraživanja kvalitete obiteljskog života u vezi utjecaja na pojavu poremećaja ponašanja djece i omladine*. Zavod grada Zagreba za socijalni rad, Zagreb.
3. *Journal of Research*, 6, 1, 21-32.
4. Caplan, G. (1974): *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.
5. Cassel, J. C. (1976): *The contribution of the social environment to host resistance*. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
6. Cohen, G. D. (1990): *Psychopathology and mental health in the mature and elderly adult*. U: J. E. Birren i K. W. Schaie (ur.) *Handbook of the psychology of ageing* (359-371). San Diego: Academic press.
7. Cohen, S. i Wills, T. A. (1985): *Stress, social support and the buffering hypothesis*. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
8. Despot Lučanin, J. (1991) *Ličnost starije osobe i prilagodba na rat*. U: M. Krizmanić, G. Fučkar, M. Havelka, A. Barath i V. Kolesarić (ur.) *Psihologija i psiholozi u obrani domovine* (69-72). Zagreb: Viša medicinska škola.
9. Drench, M. E. (1994): *Changes in body image secondary to disease and injury* *Rehabilitation Nursing*. 19 (1):31-6.
10. Erikson, E. H. (1959): *Identität und Lebenszyklus*, Suhrkamp. Frankfurt am Main.
11. Fiori, J., Becker, J. & Coppei, D. B. (1983): *Social network interactions: A buffer or a stress?* *American Journal of Community Psychology*, 11, 423-439.

12. Fishman, B., Loscalzo, M. (1987): *Cognitive-behavioral intervention in cancer pain management: Principles in application*. In: Payne R., Foley K. M. (eds.) Medical clinics of North America. Philadelphia: W. B. Sanders.
13. Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., Novacek, J. (1987) *Age differences in stress and coping processes*. Psychology and Aging, 2, 171-184.
14. Fosson, A. (1988) Family stress. U: S. Fisher i J. Reason (ur.): *Handbook of life stress, cognition and health* (161-174). Chichester: John Wiley and Sons.
15. Franks, A. (1990): *Bringing bodies back in: A decade review*. Theory, Culture and Society 7, 131-62.
16. Ganster, D. C., Victor, B., (1988): *The impact of social support on mental and physical health*. British Journal of Medical Psychology, 61; 17-36.
17. Gibson, R. C. (1994.): *The age-by-race gap in health and mortality in the older population: a social science research agenda*. The Gerontologist, 34, 4, 454-462.
18. Goffman, E. (1963) *Stigma: Notes of Management of Spoiled Identity*, Englewood Cliffs,N.J.:Prentice Hall, 1963
19. Gore, S. (1981): *Social support and styles of coping with stress*. In. S. Cohen & S.L. Syme (Eds.), Social support and health (pp. 263-280). New York: Academic Press. New York: Prodist.
20. Gottlieb, B. H. (ed.) (1981): *Social networks and social support*. Beverly Hills, CA: Sage.
21. Hobfoll, S. E., Leiberman, J. R. (1987): *Personality and social resources immediate and continued stress resistance among women*. Journal of Personality and Social Psychology 52; 18-26.
22. Hobfoll, S. E., Leman, M., (1988): *Personal relationship, personal attributes and stress resistance: Mothers reactions to their child's Unease*. American Journal of
23. House, J. S. (1981): *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
24. Jemmott, J. B., III & Locke, S. E. (1984): *Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases: How much do we know?* Psychological Bulletin, 95, 78-108.
25. Lazarus, R. S. (1966): *Psychological stress and the coping process*. New York: Mc Graw - Hill.
26. Matthews, K. A., Avis, N. E., (1982): *Psychologists in schools of public health current status, future prospects and implication for other health settings*. American Psychologist, 37; 949-542.
27. Parker, M. G., Thorslund, M., Nordstrom, M. (1992): *Predictors of mortality for the oldest old. A 4-year follow-up of community-based elderly in Sweden*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 14, 227-237.
28. Rook, K. S. (1984): *The negative side of social interaction. Impact on psychological well-being*. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 1097-1108.
29. Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (eds.) (1985): *Social support: Theory, research and applications*. The Hague. The Netherlands Martinus Nijhof.
30. Stierlin H. (1975.): *Eltern und Kinder im Prozess der Ablosung*. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
31. Straton I. (1992.): *The Young Ones. Working Class culture, consumption and the category of youth*. Perth: Black s wan.
32. Turner R. J., Noh, S. (1988): *Physical disability and depression: a longitudinal analysis*. J. Hlth soc. Behav. 29, 23.
33. Turner, B. S. (1992): *Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology*. London: Routledge.

Silvana Karačić

Social support to adolescents with physical injury

ABSTRACT

Social support as a means of interaction with other people involves the perception of the received help. This is important because of person's feeling that in a crisis or stressful situation one can count on the advice, information, instrumental help or understanding of other people. This feeling that we can expect help from others can affect the formation of positive self-image.

The purpose of the research was to establish existing difference in the social support between the adolescents with physical disabilities who are in boarding accommodation covered by vocational rehabilitation and the adolescents without physical disabilities placed in a boarding school in Zagreb.

The study included 150 adolescents with physical disabilities and 150 healthy adolescents in boarding schools in Zagreb modified Lučanin - Despot social support questionnaire were used in measurement.

The results also show that adolescents with physical handicap try to compensate their physical damage by means of social support; they accept it and look for it more than the healthy adolescents. Therefore, their attitudes and experience related to their physical disabilities will be such as the society permits and directs.

Key words: social support, physical injury, attitudes, experience