



**UMCS**

UNIWERSYTET MARIII CURIE-  
SKŁODOWSKIEJ W LUBLINIE  
Wydział Pedagogiki i Psychologii

Kierunek: Pedagogika

**Aleksandra Majewska**

nr albumu: 983976

## **Reakcje przystosowawcze a zasoby osobiste osób z niepełnosprawnością ruchową**

Praca doktorska  
napisana w Katedrze Pedagogiki i Edukacji Zdrowotnej  
pod kierunkiem prof. dr. hab. Janusza Kirenko

**Lublin rok 2022**



*Serdeczne podziękowania  
dla Pana prof. dr. hab. Janusza Kirenko  
za nieocenioną pomoc – życzliwość, wyrozumiałość,  
cenne rady i wiele wskazówek merytorycznych  
udzielonych podczas realizacji niniejszej rozprawy doktorskiej.*



## Spis treści

Wstęp .....	9
Rozdział I Niepełnosprawność ruchowa – ujęcie terminologiczne i koncepcyjne.....	13
1.1. Wprowadzenie w problematykę niepełnosprawności.....	13
1.2. Niepełnosprawność ruchowa – definicje, zakres, klasyfikacje.....	20
1.3. Psychospołeczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością ruchową.....	23
Rozdział II Przystosowanie do życia osób z niepełnosprawnością ruchową we wczesnej dorosłości .....	27
2.1. Okres wczesnej dorosłości w analizach niepełnosprawności ruchowej .....	27
2.2. Reakcje przystosowawcze osób z niepełnosprawnością ruchową jako przedmiot badań .....	32
Rozdział III Zasoby osobiste – analiza teoretyczna.....	50
3.1. Temporalna satysfakcja z życia osób z niepełnosprawnością ruchową .....	51
3.2. Cechy osobowości .....	66
3.3. Radzenie sobie ze stresem – style i strategie .....	78
3.4. Wsparcie społeczne.....	91
Rozdział IV Metodologiczne podstawy badań własnych .....	104
4.1. Uzasadnienie podjętej problematyki badawczej.....	104
4.2. Problematyka badawcza, cel badań i hipotezy badawcze.....	105
4.3. Zmienne i wskaźniki .....	108
4.4. Metoda i narzędzia badań .....	108
4.5. Organizacja i przebieg badań.....	111
4.6. Charakterystyka badanej grupy .....	112
4.7. Psychospołeczne funkcjonowanie badanych osób .....	116
4.8. Metody statystyczne analizy danych .....	126

Rozdział V Reakcje przystosowawcze i zasoby osobiste – analiza badań własnych....	128
5.1. Natężenie reakcji przystosowawczych wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą.....	128
5.2. Natężenie cech osobowości wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą.....	129
5.3. Natężenie stylów i strategii radzenia sobie wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą.....	131
5.4. Natężenie wsparcia społecznego wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą.....	136
Rozdział VI Reakcje przystosowawcze i zasoby osobiste a typy temporalnej satysfakcji z życia badanych osób.....	139
6.1. Natężenie temporalnej satysfakcji z życia wśród osób badanych.....	140
6.2. Typy temporalnej satysfakcji z życia wśród badanych osób.....	141
6.3. Reakcje przystosowawcze a typy temporalnej satysfakcji z życia wśród badanych osób	143
6.4. Cechy osobowości a typy temporalnej satysfakcji z życia wśród badanych osób .	147
6.5. Style radzenia sobie w sytuacjach trudnych a typy temporalnej satysfakcji z życia wśród badanych osób.....	151
6.6. Strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych a typy temporalnej satysfakcji z życia wśród badanych osób .....	156
6.7. Wsparcie społeczne a typy temporalnej satysfakcji z życia wśród badanych osób	160
Rozdział VII Reakcje przystosowawcze a zasoby osobiste badanych osób .....	165
7.1. Reakcje przystosowawcze a zasoby osobiste wszystkich badanych osób .....	165
7.1.1. Reakcja szoku .....	165
7.1.2. Reakcja niepokoju.....	166
7.1.3. Reakcja zaprzeczenia .....	167
7.1.4. Reakcja depresji .....	168
7.1.5. Reakcja uwewnętrznionego gniewu .....	170
7.1.6. Reakcja uzewnętrznionej wrogości.....	171

7.1.7. Reakcja akceptacji.....	172
7.1.8. Reakcja przystosowania .....	173
7.2.1. Reakcja szoku.....	175
7.2.2. Reakcja niepokoju .....	177
7.2.3. Reakcja zaprzeczenia .....	179
7.2.4. Reakcja depresji .....	181
7.2.5. Reakcja uwewnętrznionego gniewu.....	183
7.2.6. Reakcja uzewnętrznionej wrogości .....	185
7.2.7. Reakcja akceptacji.....	186
7.2.8. Reakcja przystosowania .....	188
7.3. Reakcje przystosowawcze a zasoby osobiste badanych osób o różnych orientacjach temporalnych .....	192
7.3.1. Reakcja szoku.....	192
7.3.2. Reakcja niepokoju .....	195
7.3.3. Reakcja zaprzeczenia .....	198
7.3.4. Reakcja depresji .....	201
7.3.5. Reakcja uwewnętrznionego gniewu.....	204
7.3.6. Reakcja uzewnętrznionej wrogości .....	206
7.3.7. Reakcja akceptacji.....	209
7.3.8. Reakcja przystosowania .....	212
Rozdział VIII Podsumowanie z dyskusją wyników badań.....	217
8.1. Reakcje przystosowawcze badanych osób z niepełnosprawnością ruchową .....	217
8.2. Zasoby osobiste badanych osób z niepełnosprawnością ruchową.....	219
8.3. Analiza zależności pomiędzy zasobami osobistymi a reakcjami przystosowawczymi badanych osób z różnym rodzajem niepełnosprawności .....	221
8.4. Analiza zależności pomiędzy zasobami osobistymi a reakcjami przystosowawczymi badanych osób o zróżnicowanych typach orientacji temporalnej.....	223

8.5. Temporalna satysfakcja z życia a reakcje przystosowawcze i zasoby osobiste badanych osób z niepełnosprawnością ruchową .....	225
8.6. Ograniczenia badań empirycznych.....	228
8.7. Implikacje poznawcze przeprowadzonych badań i postulaty dla praktyki rehabilitacyjnej .....	229
Zakończenie.....	232
Bibliografia.....	235
Spis tabel i wykresów .....	268
Aneks .....	272



## Wstęp

Przystosowanie do życia z niepełnosprawnością jest zagadnieniem wielowątkowym i wieloaspektowym. Obejmuje szereg czynników warunkujących przebieg procesu adaptacji. Dotyczą one zarówno jednostki, jak i wielu obszarów środowiska zewnętrznego. Pożądanym efektem przystosowania się do niepełnosprawności jest odpowiednia jakość życia i godne funkcjonowanie jednostki w życiu społecznym. Do wyżej wspomnianych czynników kształtujących proces adaptacji według H. Livneha i R.F. Antonaka (1997) należą zdarzenia wywołujące niepełnosprawność rozumiane jako przyczyny niepełnosprawności, zmienne kontekstualne obejmujące status biologiczny, psychospołeczny oraz warunki środowiskowe, w jakich jednostka żyje, a także właściwości osobowościowe. W niniejszej pracy skoncentrowano się na przystosowaniu się do życia w sytuacji niepełnosprawności ruchowej wrodzonej i nabytej.

Skupienie się na zagadnieniu przystosowania się do życia z niepełnosprawnością istotne jest z punktu widzenia jednostki (podwyższenie jakości własnego życia), a także społeczeństwa (np. tworzenie odpowiednich programów dotyczących aktywizacji społecznej/zawodowej osób z niepełnosprawnością, uwzględnianie możliwości społecznych i zawodowych jednostki przy tworzeniu miejsc pracy, sposób postępowania rehabilitacyjnego dla poprawy jakości życia).

W celu określenia zmiennych mających znaczenie w procesie adaptacji do niepełnosprawności skoncentrowano się na wybranych zasobach osobistych. Stanowią je: cechy osobowościowe, sposoby radzenia sobie ze stresem w ujęciu dyspozycyjnym (style) i sytuacyjnym (strategie), wsparcie społeczne. Z uwagi na to, że wykorzystany w badaniach model psychospołeczny adaptacji do niepełnosprawności i choroby chronicznej H. Livneha i R.F. Antonaka ma charakter linearny (przystosowanie jest efektem następujących po sobie etapów rozłożonych w czasie), jako zmienną pośredniczącą uwzględniono temporalną satysfakcję z życia.

Główny problem badawczy niniejszej pracy został sformułowany w następującym pytaniu: Czy istnieje, a jeśli tak, to jaki jest związek pomiędzy zasobami osobistymi a reakcjami przystosowawczymi u osób z niepełnosprawnością ruchową? Aby odpowiedzieć na to pytanie i poszerzyć wiedzę na temat reakcji przystosowawczych i wyżej wspomnianych zasobów osobistych, zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. W procesie badania wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych (KRP) H. Livneha i R.F. Antonaka w polskiej adaptacji S. Byry i J. Kirenki, Skalę Temporalnej Satysfakcji z Życia W. Pavota, E. Dienera, i E. Suha w polskiej adaptacji S. Byry, Inwentarz Osobowości NEO-FFI P. Costy i R. McCrae w polskiej adaptacji B. Zawadzkiego, J. Strelaua, P. Szczepaniaka i M. Śliwińskiej, Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia sobie ze Stresem Charlesa S. Carvera, Michaela F. Scheiera i Jagdish K. Weintrauba w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik oraz Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego R. Schwarzera i U. Schutz w polskiej adaptacji A. Łuszczynskiej i M. Kowalskiej. Spełniają one kryterium trafności, rzetelności i obiektywności. Badani zostali sklasyfikowani w dwóch grupach – osoby z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową (79 osób) i osoby z nabytą niepełnosprawnością ruchową (80 osób). Podział ten pozwolił na dokładniejsze poznanie poszczególnych reakcji przystosowawczych, a także poziomu zasobów osobistych i temporalnej satysfakcji.

W toku badań przeanalizowano poziom natężenia reakcji przystosowawczych u osób z niepełnosprawnością nabytą i wrodzoną, a także cech osobowości, stylów i strategii radzenia sobie z sytuacjami trudnymi oraz wsparcia społecznego. Aby określić wkład zmiennych niezależnych w wyjaśnianie poszczególnych reakcji przystosowawczych, zastosowano krokową postępującą analizę regresji. Aby natomiast sprawdzić znaczenie zmiennej pośredniczącej (temporalna satysfakcja z życia) w ustalaniu charakteru zależności między poszczególnymi zasobami a reakcjami przystosowawczymi, zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA.

Układ treści w niniejszej pracy wynika z jej tematyki, a także z podjętej próby znalezienia odpowiedzi na główny problem badawczy pracy. Rozprawa składa się z ośmiu rozdziałów.

Rozdział pierwszy dotyczy psychospołecznego funkcjonowania osób z niepełnosprawnością ruchową. W rozdziale znajdują się zarys problematyki niepełnosprawności w szerokim znaczeniu, a także definicje, zakres i klasyfikacje niepełnosprawności ruchowej. W rozdziale zamieszczono również ogólną charakterystykę psychospołecznego funkcjonowania tych osób, aby ukazać szerzej poruszane zagadnienie.

Rozdział drugi porusza tematykę dotyczącą przystosowania się do niepełnosprawności w okresie wczesnej dorosłości. Znajduje się w nim opis psychospołecznego modelu adaptacji do niepełnosprawności i choroby przewlekłej H. Livneha i R.F. Antonaka, według którego przystosowanie się jest końcowym etapem

procesu adaptacji. Adaptacja jest procesem wielowymiarowym zależnym od czynników środowiskowych i wewnętrznych jednostki.

W rozdziale trzecim została omówiona rola wybranych zasobów osobistych, które biorą udział w procesie adaptacji do niepełnosprawności. Z uwagi na cel badawczy pracy szczegółowej analizie zostały poddane następujące zasoby osobiste, mogące sprzyjać temu procesowi sposoby radzenia sobie ze stresem, cechy osobowości, wsparcie społeczne, a także temporalna satysfakcja z życia. W rozdziale zaprezentowano również wyniki badań dotyczące wyżej wymienionych zasobów wśród dorosłych osób z niepełnosprawnością ruchową.

Rozdział czwarty stanowi metodologiczną część pracy badawczej. Zostały w nim omówione założenia badawcze, został sprecyzowany dokładny cel, problemy i hipotezy wraz z uzasadnieniem. W rozdziale tym została opisana również charakterystyka badanej próby obejmująca socjodemograficzną charakterystykę badanych osób oraz zagadnienia dotyczące ich psychospołecznego funkcjonowania, omówienie narzędzi badawczych oraz organizacji i przebiegu procesu badawczego.

W kolejnym rozdziale rozpoczyna się część empiryczna pracy. Rozdział ten stanowi diagnozę reakcji przystosowawczych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą. Ponadto w tym rozdziale została zaprezentowana diagnoza zasobów osobistych, które warunkują reakcje przystosowawcze, tj. sposoby radzenia sobie ze stresem w ujęciu sytuacyjnym i dyspozycyjnym, cechy osobowości i wsparcie społeczne.

Rozdział szósty porusza tematykę roli temporalnej satysfakcji z życia. Ukazuje obszerną sieć powiązań reakcji przystosowawczych i zasobów osobistych w obrębie badanych grup osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą oraz oddzielnie w każdej z nich w trzech grupach osób o orientacji temporalnej satysfakcji z życia: prospektywno-retrospektywnej, prospektywno-prezentystycznej, prezentystyczno-retrospektywnej.

W rozdziale siódmym ukazano zależności między poszczególnymi reakcjami przystosowawczymi a zasobami osobistymi. W tej części pracy ustalono również wkład poszczególnych zmiennych w kształtowanie się reakcji przystosowawczych. Dokonano tego w dwojaki sposób – w odniesieniu do czasu nabycia niepełnosprawności oraz oddzielnie w obrębie całej grupy badawczej w aspekcie zmiennej moderującej trzech typów temporalnej satysfakcji z życia.

Uzyskane odpowiedzi na postawiony problem badawczy niniejszej pracy mogą przyczynić się do poszerzenia wiedzy na temat przystosowania się do życia dorosłych osób

z niepełnosprawnością ruchową, a także wpływu zasobów osobistych na ogólne ich funkcjonowanie. W wymiarze praktycznym rozprawa może stanowić wskazówkę w pracy terapeutycznej i rehabilitacyjnej z dorosłymi osobami niepełnosprawnymi ruchowo.

# **Rozdział I Niepełnosprawność ruchowa – ujęcie terminologiczne i koncepcyjne**

## **1.1. Wprowadzenie w problematykę niepełnosprawności**

Niepełnosprawność jest poważnym problemem społecznym, ekonomicznym i zdrowotnym. Takie założenie wynika z przyjęcia humanistycznego paradygmatu niepełnosprawności, według którego jest to zagadnienie wieloaspektowe i niepowtarzalne. Dotyczy zarówno indywidualności (ogólny stopień dysfunkcji jednostki, jej stan psychiczny i emocjonalny oraz towarzyszące temu problemy), jak i kwestii społecznych związanych z możliwościami funkcjonowania osoby w społeczeństwie (Krause, 2010, s. 183). Jak wskazują A. Ostrowska i J. Sikorska (1996, s. 17) niepełnosprawność często przyczynia się do wykluczenia społecznego. Stanowi ona przedmiot zainteresowania wielu dziedzin nauki (Borowiecki, 2015; Misiewicz, 2004). Szybkie tempo zachodzących w dzisiejszej rzeczywistości procesów pozwala na stwierdzenie, że nie ma sfery ludzkiego życia, z której można byłoby wykluczyć zjawisko niepełnosprawności. Ze względu na to rodzi ona konsekwencje zarówno dla jednostki, jak i społeczeństwa (Kirenko, Korczyński, 2008).

Ze względu na różne sposoby definiowania niepełnosprawności niemożliwe jest określenie aktualnej liczby osób z niepełnosprawnościami w Polsce (Antczak i in., 2018). Jednak według Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań przeprowadzonego w 2011 roku szacuje się, że liczba osób z niepełnosprawnością w Polsce wynosiła 4697,5 tysięcy, co stanowi 12,2% ogólnej liczby ludności w kraju. Liczba kobiet wynosiła 2530,4 tysięcy, zaś mężczyzn 2167,1 tysięcy. Na podstawie tych danych można zatem stwierdzić, że niepełnosprawność jest istotną częścią społeczeństwa (Podgórska-Jachnik, 2014, s. 13).

Niepełnosprawność jest pojęciem rozpatrywanym wielopłaszczyznowo i wielopoziomowo (Kirenko, 2006, s. 17; Kirenko, Sarzyńska, 2010; Barabas, 2015). Może przejawiać się w różnych zakresach, więc definiowana jest odmiennie (Sieradzki, 1996). Jedna z definicji podaje, że jest to stan ograniczający w pewien sposób prawidłowe funkcjonowanie człowieka.

Ze względu na czynności, jakich może dotyczyć niepełnosprawność, T. Majewski (1995, s. 17) wyróżnia trzy jej rodzaje:

- niepełnosprawność sensoryczna (dotyczy zmysłów – głównie wzroku, słuchu i dotyku, najczęściej jest to nieprawidłowa reakcja na dany bodziec),
- niepełnosprawność fizyczna (dotyczy uszkodzenia narządu ruchu lub narządów wewnętrznych związanych z fizjologią organizmu),
- niepełnosprawność psychiczna (dotyczy procesów percepcyjnych warunkujących funkcjonowanie człowieka – zalicza się do nich niepełnosprawność intelektualną oraz choroby psychiczne).

Z kolei S. Kowalik (2005) proponuje rozpatrywanie niepełnosprawności z punktu widzenia sposobu funkcjonowania człowieka. Wyróżnia trzy rodzaje dysfunkcji: dysfunkcje biologiczne będące skutkiem nieprawidłowego funkcjonowania całego organizmu bądź jego poszczególnych narządów; dysfunkcje społeczne, które przejawiają się w braku zdolności do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, np. wywiązywania się z obowiązków życiowych; dysfunkcje psychologiczne rozumiane jako niezdolność do podmiotowego działania i organizowania przestrzeni osobistej.

Biorąc pod uwagę prawne aspekty niepełnosprawności, J. Kirenko (2007) podaje, że rozróżnia się jej trzy stopnie. Taka klasyfikacja jest także wykorzystywana przy zatrudnianiu osób z niepełnosprawnościami:

- niepełnosprawność w stopniu lekkim (osoba niewymagająca pomocy osób trzecich, zdolna do wykonywania czynności zawodowych);
- niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym (osoba wymagająca częściowej pomocy i mogąca wykonywać czynności zawodowe w przystosowanym miejscu pracy);
- niepełnosprawność w stopniu znacznym (osoba o wyraźnie naruszonej sprawności organizmu, mogąca pracować w zakładzie aktywizacji zawodowej lub zakładzie pracy chronionej, potrzebująca pomocy w samodzielnej egzystencji lub długotrwałej opieki).

Istotny jest fakt, że rozumienie pojęcia niepełnosprawności ewoluowało na przestrzeni lat. Jest to skutkiem zarówno przemian społeczno-kulturowych, geograficznych, historycznych, poziomu wiedzy społeczeństwa, dominujących w nim wartości, a także rozwoju rehabilitacji (Giełda, 2015, s. 17; Kirenko, 2007, s. 9). Przez długi czas niepełnosprawność była widziana głównie w negatywny sposób. Uznawana była za coś odbiegającego od normy (Niedbalski, 2019, s. 14). Zwracano uwagę na deficyty w funkcjonowaniu osób z niepełnosprawnościami (Majewicz, 2019, s. 29).

Rolą społeczeństwa wobec osób z niepełnosprawnościami było zaopatrzenie ich w środki niezbędne do przeżycia. (Gąciarz, 2014, s. 17).

Pejoratywne pojmowanie niepełnosprawności można uznać za skutek bardzo długo obecnego modelu medycznego (inaczej zwanego indywidualnym), który niepełnosprawność definiuje jako problem wyłącznie osoby dotkniętej chorobą bądź urazem. Według modelu medycznego wobec osoby z niepełnosprawnością należy podjąć działania mające na celu zapewnienie opieki i leczenia przez specjalistów. Osoba niepełnosprawna jest biernym odbiorcą działań różnego rodzaju lekarzy, terapeutów, doradców czy też rehabilitantów. Działania te mają sprawić, że jednostka przystosuje się do życia społecznego, zostanie wyleczona i będzie w stanie funkcjonować samodzielnie lub z niewielką pomocą. Niezbędne zatem są różnego rodzaju działania rehabilitacyjne, likwidacja różnego rodzaju barier, co prowadzi do medykalizacji środowiska osób z niepełnosprawnościami. Oddziaływania systemu opieki zdrowotnej w modelu medycznym skoncentrowane są głównie na fizycznych aspektach niepełnosprawności. Z osobistymi doświadczeniami i różnymi aspektami funkcjonowania społecznego jednostka jest zmuszona poradzić sobie sama (Giełda, 2015, s. 22; Chrzanowska, 2015, s. 26; Bieganowska, 2007, s. 157; Kirenko, 2007, s. 46; Twardowski, 2018, s. 100). Nadawanie niepełnosprawności pejoratywnego charakteru powoduje, że obraz sytuacji życiowej osób z niepełnosprawnościami jest zubożony (Majewicz, 2012, s. 7). Postrzegane są one bowiem przez pryzmat swoich niedoskonałości i problemów, a nie możliwości.

Jak wskazuje A. Twardowski (2018, s. 101) sprowadzenie niepełnosprawności do problemu medycznego, który może być rozwiązany tylko przez specjalistów powoduje, że nie jest ona przedmiotem debaty społecznej i w rezultacie zwalnia osoby pełnosprawne z obowiązku zapewnienia osobom niepełnosprawnym praw obywatelskich oraz dostępu do dóbr społecznych i instytucji. Wielokierunkowe przygotowanie lekarzy i osób pracujących z ludźmi z niepełnosprawnościami powoduje, że ci pierwsi występują w pozycji ekspertów i oczekują od osób z niepełnosprawnościami dostosowania i wykonywania własnych poleceń. Zaznacza się jednak przy tym trudności związane z przyjęciem perspektywy osób z niepełnosprawnością, a także ze zrozumieniem ich emocji przez przedstawicieli zawodów medycznych. Pomimo tych ułomności modelu A. Twardowski (2018, s. 100) pokazuje także jego mocne strony. Fakt, że według modelu niepełnosprawność jest oparta na konkretnych wyznacznikach i rozpatrywana obiektywnie, powoduje, iż bez trudu można porównać sytuacje osób o wielu rodzajach niepełnosprawności. Poza tym model ten daje nadzieje na lepsze przyszłe życie dzięki połączeniu medycyny i farmakologii.

M. Wiliński (2010, s. 36) dodaje, że dokładne określenie przyczyn niepełnosprawności pozwala na zastosowanie działań profilaktycznych w odpowiednim czasie.

Początków innego postrzegania niepełnosprawności można dopatrywać się w czasach po zakończeniu drugiej wojny światowej, kiedy to na skutek zwiększenia liczby osób z niepełnosprawnościami oczekujących na powrót do życia społecznego, powszechnie uznawanego za normalne, zaczęto reformować system rehabilitacji. W dużej mierze nacisk osób z niepełnosprawnością, ich chęć włączenia się do życia spowodowała, że zaczęto rozpowszechniać ideę integracji społecznej (Kowalik, 2007, s. 27–28). Stworzono środowiskowy model rehabilitacji wykorzystujący środowisko do usprawniania osób z niepełnosprawnościami. Proces ten wymagał szerszego spojrzenia na człowieka dotkniętego chorobą, więc koniecznością było uwzględnienie, oprócz nauk medycznych, także nauk psychologicznych, pedagogicznych czy też socjologicznych (Majewicz, 2019, s. 29). Włączenie do procesu rehabilitacji nauk społecznych pozwoliło na usprawnienie i uaktywnienie działań w kierunku czynnego uczestnictwa osób z niepełnosprawnościami w społeczeństwie (Kirenko, 2007, s. 14).

W procesie tym istotne znaczenie miało opracowanie przez Światową Organizację Zdrowia w 1980 roku Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń. W dokumencie wyróżniono trzy powiązane ze sobą obszary dotyczące niepełnosprawności – uszkodzenie narządów organizmu („wszelka strata lub wada psychicznej, fizjologicznej lub anatomicznej struktury albo czynności”), niepełnosprawność biologiczną lub funkcjonalną organizmu („wszelkie ograniczenia lub brak – wynikający z uszkodzenia – możliwości wykonywania czynności na poziomie uważanym za normalny dla człowieka”) oraz upośledzenie lub niepełnosprawność społeczną („niekorzystna, [gorsza] sytuacja danej osoby będąca wynikiem uszkodzenia lub niepełnosprawności polegająca na ograniczeniu lub uniemożliwieniu jej wypełniania ról, które uważane są za normalne biorąc pod uwagę jej wiek, płeć, czynniki kulturowe i społeczne”) (Kirenko, 2007, s. 14; Majewski, 1995).

Model społeczny niepełnosprawności w pewien sposób wyklucza perspektywę indywidualną postrzegania niepełnosprawności. Definiuje niepełnosprawność jako brak lub wyraźne ograniczenie aktywności człowieka spowodowane konkretną organizacją społeczną. Jako główną przyczynę niepełnosprawności uznaje opresję ze strony „normalnego” społeczeństwa. Zaznaczyć należy, że każda niesprawność wymaga indywidualnego podejścia ze względu na swój jednostkowy wymiar, zakres i poziom ograniczeń sprawności. Wzrastająca z biegiem czasu świadomość dotycząca



niepełnosprawności i jej konsekwencji pozwoliła zauważyć, że poza ograniczeniami fizycznymi przyczynia się ona także do zmiany statusu ekonomicznego, a także do zmian związanych z oczekiwaniami społecznymi oraz pozycją jednostki w środowisku. Model ten zakłada, że jeśli społeczeństwo stworzy możliwości podejmowania różnych działań przez osoby dotknięte niepełną sprawnością organizmu, wtedy pomimo uszkodzenia ciała będą one miały różne możliwości podejmowania działań. Dostosowanie środowiska do osób dotkniętych niepełnosprawnością to działanie na wielu płaszczyznach. Poza likwidacją barier architektonicznych związanych z poruszaniem się, dostępem do budynków należy dążyć do zniesienia barier społecznych, które są przyczyną stygmatyzacji i marginalizacji osób z niepełnosprawnościami. Działania podejmowane w myśl modelu społecznego mają stworzyć możliwości jak najbardziej samodzielnej egzystencji, a także spowodować, by osoba z niepełnosprawnością mogła świadomie sprawować kontrolę nad własnym życiem. (Kirenko, 2007; Ostrowska, Sikorska, 1996; Twardowski, 2018; Wiliński, 2010). Założenia modelu społecznego niepełnosprawności po raz pierwszy zostały ogłoszone w Wielkiej Brytanii w 1976 roku przez organizację zrzeszającą osoby z niepełnosprawnościami Union of Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) (Gąciarz, 2014, s. 19).

Zdaniem A. Twardowskiego (2018, s. 112) poważnym błędem jest traktowanie niepełnosprawności jako zjawiska wyłącznie społecznego, ponieważ prowadzi to do pominięcia faktu, że uszkodzenia fizyczne wpływają na jakość życia i znacznie ją obniżają. Rozpatrywanie niepełnosprawności tylko z perspektywy barier społecznych prowadzi do pominięcia faktu, że każdy rodzaj niepełnosprawności powoduje inne ograniczenia. Zagadnienie barier dotyczących osób z niepełnosprawnością ruchową zostanie omówione w części pracy dotyczącej psychospołecznych konsekwencji posiadania takiej niepełnosprawności. Optymalne jest zintegrowanie rozumienia niepełnosprawności w modelu medycznym i społecznym.

Zgodny z tak przyjętymi założeniami połączenia modelu indywidualnego i społecznego jest model funkcjonalny niepełnosprawności. Eksponuje on bowiem zalety modelu medycznego, jednocześnie niwelując jego słabe strony. Początkowo model ten sformułowany był na potrzeby rehabilitacji (Wiliński, 2010). Autorem funkcjonalnej koncepcji niepełnosprawności był S. Nagi, który opublikował ją w 1969 roku (Kirenko, 2007, s. 14). W tym ujęciu niepełnosprawność jest definiowana jako utrudnienie powstające w wyniku ograniczeń psychicznych bądź fizycznych mających miejsce w rzeczywistości społecznej. Według S. Nagiego niepełnosprawność jest następstwem

działania czynników biologicznych, a także społecznych. Niepełnosprawność w tym ujęciu jest procesem. Przypisuje się jej cechy wewnętrzne rozumiane jako odpowiedzialność jednostki za swój stan oraz zewnętrzne, które związane są ze wspomaganiem aktywności społecznej jednostki (Wiliński, 2010; Byra, Boczkowska, Duda, 2016).

Aktualnie najbardziej adekwatnym sposobem definiowania niepełnosprawności jest definicja zawierająca się w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification Functioning, Disability and Health, *ICF*), którą opublikowała Światowa Organizacja Zdrowia w 2001 roku (Byra, 2012, s. 23). Podstawą opracowania dokumentu jest właśnie wspomniany wyżej model funkcjonalny niepełnosprawności (Przyłuska-Fiszler, 2013, s. 58). Składa się on z dwóch części. Niepełnosprawność rozpatrywana jest w czterech aspektach: funkcji ciała, jego struktury, a także ogólnej aktywności i partycypacji. Patologiczne zmiany na poziomie ciała to uszkodzenia. W dwóch pozostałych obszarach pierwszej części klasyfikacji różnicuje się umiejętność do podejmowania aktywności / wykonania zadania przez jednostkę oraz stopień zaangażowania w sytuację życiową. Druga część obejmuje ogólny kontekst funkcjonowania, w którym zawierają się czynniki środowiskowe i osobowe. Czynniki środowiskowe rozpatrywane są na dwóch poziomach – indywidualnym, dotyczącym najbliższego otoczenia oraz społecznym, dotyczącym struktur społecznych, które mają wpływ na życie jednostki. Czynniki osobowe dotyczą indywidualnego tła życia jednostki (Wiliński, 2010, s. 47, WHO, 2001).

Klasyfikacja ICF wydana w 2001 roku jest holistyczną typologią odnoszącą się do zdrowia, obejmującą również całościowy kontekst sytuacji indywidualnej każdego człowieka. Opisuje cechy charakterystyczne stanu zdrowia, a także podkreśla wpływy środowiskowe. Jednym z zadań klasyfikacji jest także ujednoczenie języka służącego do opisu zdrowia wśród różnych grup społecznych. Klasyfikacja ta ma charakter uniwersalny. Dotyczy nie tylko niepełnosprawności (Wilamowska-Pietruszyńska, Bilski, 2014; WHO, 2001).

Wraz ze zmianami zachodzącymi w procesie pojmowania niepełnosprawności nastąpił również przełom w jej nazewnictwie. Z pewnością istotny wpływ na ewolucję terminologii ma ciągły rozwój rehabilitacji, który sprawił, że obecnie pojęcia, takie jak defekt, kalectwo, ułomność, przestały obowiązywać ze względu na swój negatywny charakter. Obecnie postuluje się używanie terminu osoba niepełnosprawna bądź osoba z niepełnosprawnością (Kirenko, Korczyński, 2008; Kirenko, 2007; Majewski, 1995). Podkreśla się, że najtrafniejszym określeniem jest osoba z niepełnosprawnością, ponieważ

ukazuje, że niesprawność nie wyznacza tego, kim jest człowiek, a jedynie traktuje niesprawność jako dodatkową cechę (Galasiński, 2013, s. 5). Jak wskazuje J. Sztobryn-Giercuskiewicz (2017, s. 32), język ma istotny wpływ również na kształtowanie się postaw wobec osób z niepełnosprawnościami. Jak podkreśla A. Bieganowska (2010), to właśnie język jest narzędziem kategoryzacji świata, ustalania norm i wzorców kulturowych. Konkretne słowo wartościuje opisywane nim zjawisko i niejednokrotnie skłania do podjęcia działań wobec osoby nim nazwanej. J. Kirenko (2007) wskazuje na fakt, że społeczeństwo tworzy nowe terminy dotyczące funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami. Jednak określenia te są nieprecyzyjne, ponieważ nie nazywają odpowiednio jednocześnie możliwości, jak i ograniczeń osób z niepełnosprawnościami.

Pomimo tak usystematyzowanego pojmowania niepełnosprawności, ukazania różnych sposobów jej interpretowania, a także dużej ewolucji w jej nazewnictwie w dalszym ciągu brak jednolitego, uniwersalnego wskazania, czym jest niepełnosprawność. Ponadto większość krajów należących do Unii Europejskiej posługuje się co najmniej kilkoma definicjami niepełnosprawności. Inna definicja wykorzystywana jest do celów rehabilitacji społecznej bądź zawodowej, inna do celów medycznych, a jeszcze odmienna do celów edukacyjnych czy też orzecznich (Wapiennik, Piotrowicz, 2002).

Wielość definicji niepełnosprawności i tak duże zainteresowanie badaczy tą tematyką, a także aktywne działanie samych osób niepełnosprawnych, niepostrzegających swojej sytuacji jako tragedii spowodowały, że w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii w drugiej połowie XX wieku zaczęły rozwijać się interdyscyplinarne studia nad niepełnosprawnością (*disability studies*), będące owocem modelu społecznego. Według *disability studies* niepełnosprawność jest częścią tożsamości człowieka, tak jak rasa, płeć bądź orientacja seksualna (Pamuła, Szarota, Usienkiewicz, 2018, s. 7). Jak wskazuje D. Goodley (2016, s. 1) niepełnosprawność dotyka wszystkich ludzi na świecie, dlatego tak ważne jest poznanie niepełnosprawności w sposób, jaki proponują *disability studies* – skupiając się głównie na jej trzech obszarach: społecznym, kulturowym oraz politycznym. M. Wlazło (2017, s. 119) dodaje, że u podstaw studiów nad niepełnosprawnością leży sprzeciw wobec nieuznawania praw osób z niepełnosprawnościami. Jak wskazuje M. Zrodowska (2016, s. 391–392), studia nad niepełnosprawnością są połączeniem dwóch istotnych spraw – refleksji naukowej oraz społecznego aktywizmu osób dotkniętych niepełnosprawnością. Ich celem jest refleksja nad rzeczywistością oraz wpływ na nią tak, aby wskazywać sposoby sprawiedliwego i nieopresyjnego traktowania osób z różnego

rodzaju niepełnosprawnościami. Inaczej mówiąc, jest to dążenie do normalizacji środowiska życia dla osób z niepełnosprawnościami. Przejawem dążenia do aktywizacji i normalizacji środowiska osób z niepełnosprawnościami jest hasło „nic o Nas bez Nas” (Pamuła, Szarota Usienkiewicz, 2018).

## **1.2. Niepełnosprawność ruchowa – definicje, zakres, klasyfikacje**

Za osobę z dysfunkcją narządu ruchu uważa się osobę, która posiada ograniczenia sprawności kończyn górnych, dolnych lub kręgosłupa (Majewicz, 2012, s. 60–61). Dysfunkcje narządu ruchu stanowią bardzo zróżnicowaną grupę zaburzeń pod względem stopnia i rodzaju uszkodzenia oraz zmniejszenia funkcjonalności ruchów manipulacyjnych, wykonywanych przy pomocy kończyn górnych, oraz lokomocyjnych, realizowanych przy pomocy kończyn dolnych. Osoby z niepełnosprawnością ruchową mogą być samodzielne i posiadać niewielkie uszkodzenia aparatu ruchu, być całkowicie zdane na pomoc innych przy całkowitej niesprawności ruchowej bądź posiadać mniejszy lub większy stopień utraty sprawności ruchowej (Majewski, 1995; Kirenko, 2002, 2007). Zarówno ruchy manipulacyjne, jak i lokomocyjne dają człowiekowi możliwość utrzymywania prawidłowej postawy ciała, dowolnych jej zmian, a także przemieszczania się w przestrzeni (Majewicz, 2012).

Układ narządu ruchu składa się z kości, stawów i więzadeł (bierny układ ruchu), a także z mięśni, połączeń nerwowo-mięśniowych, nerwów obwodowych oraz ośrodków ruchowych centralnego układu nerwowego (czynny układ ruchu). Poprawne działanie tych dwóch układów warunkuje sprawność ruchową – dokładność, szybkość, zręczność oraz siłę i wzajemną koordynację ruchów manipulacyjnych i lokomocyjnych. Uszkodzenie jednego z nich powoduje zaburzenie działania pozostałych (Majewicz, 2012; Szczupał, 2009).

Jak podaje J. Kirenko (2007, s. 26), niepełnosprawność ruchowa może być określana także jako motoryczna, fizyczna bądź lokomotoryczna. Współcześnie można klasyfikować ją na wiele sposobów. Jak wskazuje P. Majewicz (2012, s. 63), inny będzie sposób jej klasyfikacji na gruncie nauk medycznych, odmienny w naukach humanistycznych bądź prawnych. Nauki medyczne systematyzują niepełnosprawność ruchową ze względu na lokalizację i etiologię schorzenia. Pod względem etiologii najbardziej ogólnie nieprawidłowości związane z narządem ruchu dzieli się na wrodzone i nabyte (Szychowiak, 2008, s. 382).

Jak wskazuje Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń (1980; za: Majewski, 1995), uszkodzenia związane z narządami ruchu systematyzuje się ze względu na: zakres i głębokość, czas trwania – okresowe lub trwałe, wrodzone lub nabyte; ze względu na dynamikę procesu – ustabilizowane, progresywne, bądź regresywne. Ponadto dysfunkcje mogą być dziedziczne i wrodzone, jako skutek urazu bądź naturalnych zmian (proces starzenia się organizmu). Jak wskazuje S. Kowalik (2018, s. 293), za najtrudniejszą w następstwach dla ogólnego funkcjonowania człowieka uważa się niepełnosprawność powstałą wskutek usunięcia kończyny bądź uszkodzenia rdzenia kręgowego.

Jak podaje I. Kaiser-Grodecka (1987), uszkodzenia narządu ruchu są najczęstszą przyczyną niepełnosprawności. Najczęstszymi przyczynami niepełnosprawności ruchowej są choroby (45,7%), urazy (45,1%), wady wrodzone (6,4%), inne przyczyny (2,8%).

Niepełnosprawność ruchowa jest przedmiotem zainteresowania wielu nauk, co powoduje brak jednorodności w jej klasyfikacji. Odmienne są systematyzacje na gruncie nauk medycznych, humanistycznych czy też prawnych. (Majewicz, 2012; Szychowiak, 2008).

Ze względu na kryterium przebiegu chorób i ich etiologii W. Dega (1984; za: Szychowiak, 2008, s. 383) niepełnosprawność ruchową klasyfikuje w następujący sposób:

- choroby, zniekształcenia narządu ruchu spowodowane procesami zapalnymi,
- zmiany kości i tkanek miękkich narządu ruchu jako skutek nowotworów bądź schorzeń nowotworopochodnych,
- porażenia i niedowłady kręgosłupa, rdzenia kręgowego oraz uszkodzenia mózgu,
- choroby reumatoidalne i inne.

I. Kaiser-Grodecka (1987, s. 144) niepełnosprawność ruchową dzieli na cztery grupy ze względu na źródło jej pochodzenia. Wyróżnia:

- dysfunkcje pochodzenia mózgowego – niedowłady kończyn po wylewach (spastyczne, wiotkie), porażenie mózgowe;
- dysfunkcje pochodzenia rdzeniowego – następstwo rozszczepu kręgosłupa, dystrofii mięśniowej bądź uszkodzenia rdzenia i kręgosłupa,
- dysfunkcje układu kostno-stawowego – zwichnięcie stawu biodrowego, choroby reumatyczne, stopa końsko-szpotawa,
- braki kończyn wrodzone lub po amputacji.

Jeszcze inne kryterium podziału niepełnosprawności podaje T. Majewski (1995). Biorąc pod uwagę okres życia, w którym niepełnosprawność się pojawiła, wyróżnia się osoby z niepełnosprawnością istniejącą od urodzenia i bardzo wczesnego dzieciństwa oraz osoby z niepełnosprawnością, która pojawiła się w biegu życia. Są to osoby, które nabyły niepełnosprawność na przykład wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego, pojawienia się choroby bądź na skutek zmian spowodowanych procesem biologicznym starzenia się organizmu.

Niepełnosprawność ruchową można także klasyfikować ze względu na stopień wymaganej niezbędnej pomocy przy wykonywaniu różnych czynności. Jak wskazują R.G. Williams i in. (1976, s. 73), według tego kryterium można wyróżnić: osoby niepotrafiące jeść bez pomocy, korzystać z toalety, ubrać się, nieradzące sobie z prostymi czynnościami domowymi, takimi jak: gotowanie, sprzątanie, zakupy, bądź niepotrafiące samodzielnie opuścić własnego mieszkania i poruszać się w przestrzeni publicznej.

W podobny sposób niepełnosprawność ruchowa została usystematyzowana przez J. Kirenko (1991, s. 217). Pośród osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego autor wyróżnia osoby, które:

- wykonują wszystkie czynności samodzielnie,
- wykonują czynności i poruszają się z nieznaczną pomocą osób trzecich bądź sprzętu ortopedycznego,
- wymagają znacznej pomocy w wielu czynnościach.

Jak wskazuje P. Majewicz (2002, s. 81), w szerszym kontekście dysfunkcji narządu ruchu wyodrębnić można osoby, które:

- są całkowicie samodzielne i nie potrzebują pomocy,
- korzystają ze sprzętu ortopedycznego,
- poruszają się na wózku inwalidzkim.

Światowa Organizacja Zdrowia natomiast dzieli niepełnosprawność ruchową na trzy grupy:

- uszkodzenia lub braki anatomiczne w strukturze narządu ruchu,
- zaburzenia czynności związanych z motoryką,
- zniekształcenia narządu ruchu (Majewicz, 2012, s. 68).

### **1.3. Psychospołeczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością ruchową**

Najogólniej funkcjonowanie człowieka to działania, które podejmuje w celu zaspokojenia potrzeb oraz realizowania zadań narzuconych przez siebie lub innych. Funkcjonowanie może prowadzić do rozwoju (Kowalik, 2007). Jak twierdzą A. Brzezińska, Z. Woźniak i K. Maj (2007), funkcjonowanie społeczne to także zdolność osoby do utrzymywania kontaktów społecznych w różnych kontekstach społecznych. Funkcjonowaniem człowieka określają dwa rodzaje aktywności – zewnętrzną (zachowanie) oraz wewnętrzną (świadomość). Zależne są one od indywidualnych cech człowieka (Kowalik, 2007).

Psychospołeczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością ruchową należy rozpatrywać z perspektywy co najmniej kilku czynników. Z pewnością należy do nich zaliczyć indywidualną sytuację życiową osoby z niepełnosprawnością oraz to, w jakim stopniu otoczenie zaspokaja jej potrzeby i możliwości, a także rodzaj niepełnosprawności ruchowej, zdolność do wyrównywania strat i planów życiowych jednostki (Kirenko, 2002, s. 39). Zaspokojenie potrzeb warunkuje ogólną jakość życia (Biel-Ziółek, 2017, s. 13). Jak zaznacza Z. Sękowska (2001, s. 270), uszkodzenie ciała utrudnia psychospołeczne funkcjonowanie oraz może być przeszkodą w zaspokajaniu indywidualnych potrzeb. Nagromadzenie się niezaspokojonych potrzeb może prowadzić do zaburzeń w zachowaniu, stosowania mechanizmów obronnych oraz konfliktów z otoczeniem. S. Kowalik (2007, s. 46) zwraca także uwagę na trudności w realizowaniu zadań społecznych, które są w stanie wykonać osoby pełnosprawne w zbliżonym wieku, tej samej płci i przebywające w podobnych warunkach kulturowych.

Brak możliwości realizowania zadań rozwojowych w sposób zbliżony do pełnosprawnych członków społeczeństwa może negatywnie wpływać na obraz samego siebie i powodować zmiany w psychice związane z poczuciem własnej wartości i postrzeganiem siebie w różnych rolach społecznych (Kawczyńska-Butrym, 1998, s. 53). Jak wskazuje P. Kowalski (2018, s. 298), obraz siebie stanowi zespół cech, które osoba nauczyła się dzięki doświadczeniom uznawać za własne. Jest także elementem struktury osobowości, dzięki któremu jednostka zachowuje się w określony sposób. D. Wiszejko-Wierzbicka (2008) definiuje obraz siebie jako atrybut powstały w procesie zmian zachodzących zarówno w doświadczeniach zewnętrznych osoby, jak i jej wewnętrznej ewolucji. Obraz samego siebie ma także ścisły związek z postawą wobec własnej

niepełnosprawności, na którą składają się odczucia, przekonania oraz zachowania w różnych sytuacjach. Badania przeprowadzone przez D. Wiszejko-Wierzbicką (2008) wskazują, że postawa wobec własnych ograniczeń sprawności może być akceptująca, ambiwalentna bądź nieakceptująca. Postawa pozytywna wobec własnej sytuacji niepełnosprawności sprzyja rozwojowi jednostki, wyrównywaniu szans na samodzielne życie w miarę indywidualnych możliwości (Kawczyńska-Butryn, 1998).

Badania przeprowadzone przez D. Nemcek (2017, s. 44) pośród osób z niepełnosprawnością ruchową wskazują, że aktywność społeczna ma pozytywny wpływ na obraz samego siebie. Badania przeprowadzone przez A. Crawford i in. (2008) wskazują również, że aktywność społeczna ma pozytywny wpływ nie tylko na samoocenę, ale także na stan zdrowia. Ponadto osoby z niepełnosprawnością ruchową o dużej aktywności społecznej lepiej integrują się z pełnosprawnymi członkami społeczeństwa. Relacje z innymi mają znaczenie również w procesie budowania i umacniania własnej autonomii i niezależności (Byra, Duda, 2019). Wspomniana wcześniej aktywność społeczna pozytywnie wpływa także na ogólną satysfakcję z życia (Vimero, Krause, 1998). Jednak jak zaznacza A. Zyta (2019, s. 155), trudności z poruszaniem się mogą powodować zmniejszenie liczby kontaktów towarzyskich. J. Kirenko (1995) dodaje, że ich ograniczenie może być także spowodowane długotrwałym okresem rehabilitacji, często z dala od miejsca zamieszkania. Z przeprowadzonych przez niego (Kirenko, 1995, s. 129) badań wśród osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową wynika, że po nabyciu niepełnosprawności liczba znajomych wyraźnie się zmniejszyła. Jak podaje J. Kossewska (2003, s. 41), jakość kontaktów społecznych jest warunkowana przez akceptację sytuacji niepełnosprawności przez jednostkę. Zaakceptowanie własnej sytuacji tworzy atmosferę życzliwości, sympatii i otwartości wobec otoczenia.

Z. Kawczyńska-Butrym (1997, s. 53) wskazuje, że niepełnosprawność powoduje także konsekwencje indywidualne w wymiarze społecznym. Należy do nich między innymi odmienna sytuacja ekonomiczna osób z niepełnosprawnością. W badaniach przeprowadzonych przez M. Chruściak i in. (2008, s. 127) osoby z niepełnosprawnościami wskazują na złą sytuację finansową spowodowaną brakiem zatrudnienia, niskimi świadczeniami, a także wysokimi kosztami utrzymania związanymi z zapotrzebowaniem na leki bądź sprzęt rehabilitacyjny.

Z tego powodu istotną sprawą jest to, żeby osoba dotknięta niepełnosprawnością była aktywna zawodowo. W procesie przygotowania zawodowego należy wziąć pod uwagę potrzeby i możliwości osoby z niepełnosprawnością. Mowa tu zarówno



o czynnikach fizycznych, psychicznych, jak i społecznych jednostki (Niedbalski, 2019, s. 138). Jak pisano już we wcześniejszej części pracy dotyczącej niepełnosprawności ruchowej, jest ona bardzo zróżnicowana. Dlatego też w przypadku aktywizacji tej grupy osób niezbędne są różnego rodzaju udogodnienia związane ze stanowiskiem pracy (Kobus-Ostrowska, 2018).

Aktywność zawodową osób dotkniętych niepełnosprawnością należy rozpatrywać z dwóch perspektyw. Praca z pewnością daje możliwości uniezależnienia się – ekonomicznego i społecznego – od otoczenia, poprzez możliwość zarabiania pieniędzy. Przede wszystkim jednak, co warto podkreślić, korzystnie oddziałuje na ogólną aktywność osób z niepełnosprawnością (Kowalik, 2007, s. 247–248). Zwraca się uwagę na możliwość kontaktu z innymi ludźmi, zaspokojenie potrzeby afiliacji i samorealizacji, a także możliwość rozwoju zgodnie z własnymi aspiracjami. Ponadto aktywność zawodowa korzystnie wpływa na postrzeganie samego siebie, kształtowanie własnej tożsamości, a także tworzenie pozytywnego wizerunku własnej osoby (Wiszejko-Wierzbicka, 2008). Poza tym praca pozwala przekształcać rzeczywistość zgodnie z własną wizją (Maj, 2007, s. 15). Jest także wyznacznikiem miejsca w hierarchii społecznej. K. Czarnecki (za: D. Kobus-Ostrowska, 2018, s. 25) wskazuje, że rozwój zawodowy są to przemiany ilościowe i jakościowe, które warunkują aktywny, świadomy i społecznie oczekiwany udział w przekształcaniu i doskonaleniu siebie i środowiska, w którym się przebywa.

Brak stałego zatrudnienia w przypadku osób z niepełnosprawnością prowadzi do mniejszej liczby kontaktów społecznych oraz marginalizacji (Niedbalski, 2019, 140). Często jednak osoby z niepełnosprawnością nie podejmują pracy. Wiąże się to między innymi z brakiem gotowości do łączenia jej z innymi aktywnościami związanymi z poprawnym funkcjonowaniem (rehabilitacja), a także z postrzeganiem niepełnosprawności w kategoriach przeszkody, co skutkuje wycofywaniem się z podejmowanych działań i brakiem wiary we własne możliwości (Chruściak i in., 2008).

Jak twierdzi L. Marszałek (2007, s. 341), na psychospołeczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością ruchową ma wpływ także ich postrzeganie przez pozostałą część społeczeństwa. Zauważalne ograniczenia funkcjonalne powodują kształtowanie się określonych postaw i tworzenie stereotypów. Stereotypy zaś prowadzą do niepowodzeń w kontaktach międzyludzkich, co utrudnia włączanie się osób z niepełnosprawnością ruchową do życia w społeczeństwie (Biel-Ziółek, 2017). S.M. Smedema i in. (2012) wskazują, że negatywne postawy wobec osób z niepełnosprawnościami odgrywają dużą rolę w procesie adaptacji, akceptacji, integracji oraz mają wpływ na postrzeganie własnych

możliwości życiowych. Negatywne postrzeganie osób z niepełnosprawnością może także prowadzić do uprzedzeń i dyskryminacji tej grupy na wielu poziomach życia. Słaba znajomość tej grupy społecznej przez pełnosprawnych członków społeczeństwa wywołuje często reakcje emocjonalne (strach, obawa, litość), a także może być przyczyną obojętności i dystansowania się (Wiszejko-Wierzbicka, 2007). Wykluczanie osób z niepełnosprawnością może dotyczyć sfery kulturowej, społecznej, a również ekonomicznej (Giermanowska, 2012, s. 158). Do pożądaných społecznie postaw wobec niepełnosprawności zalicza się życzliwość, adekwatną pomoc, a też szeroko pojętą świadomość zasad obowiązujących w kontaktach z osobami z niepełnosprawnością (Wiszejko-Wierzbicka, 2007).

## **Rozdział II Przystosowanie do życia osób z niepełnosprawnością ruchową we wczesnej dorosłości**

### **2.1. Okres wczesnej dorosłości w analizach niepełnosprawności ruchowej**

Okres dorosłości człowieka to najdłużej trwający czas w jego życiu. Okres ten obejmuje od 60 do 80 lat życia. Ze względu na uwarunkowania biologiczne, społeczne, demograficzne i kulturowe nie da się ściśle ustalić dokładnych ram czasowych trwania okresu dorosłości. Można go rozpatrywać w dwóch znaczeniach, obiektywnym – odnoszącym się do norm społecznych i faz życia ludzkiego określanych chronologicznie, a także subiektywnym – jako indywidualne przeżycia jednostki, która pod wpływem własnych doświadczeń i wewnętrznego przekonania ocenia siebie jako osobę dorosłą i gotową do realizowania zadań poszczególnych okresów dorosłości. Indywidualne poczucie dorosłości jest niezależne od jej obiektywnych kryteriów i odwrotnie – obiektywne czynniki wskazujące na bycie dorosłym nie zawsze występują razem z gotowością psychiczną do dorosłości. Osoba może nie podejmować zadań społecznych związanych z dorosłością i jednocześnie mieć wewnętrzne przekonanie o swojej dorosłości lub wypełniać zadania związane z podjęciem pracy, samodzielnym mieszkaniem, zakładaniem rodziny, ale nie czuć się w pełni odpowiedzialna (Oleszkowicz, Misztela, 2015).

Według J.S. Turner i D.B. Helms (1999, s. 398) dorosłość określa się jako czas, kiedy człowiek „może realizować wybrany przez siebie styl życia i określić swoje miejsce w otaczającym świecie”. Człowiek dorosły zdolny jest do uświadamiania sobie własnych potrzeb, samodzielnego zaspokajania ich, a także brania odpowiedzialności za swoje czyny i sytuację życiową. Badania przeprowadzone przez K.D. Rzedzicką (2003, s. 97) wskazują, że według osób dorosłych istotą tego okresu życia jest dojrzałość, świadome zmienianie się, samorozwój oraz celowość. Osoby badane rozumiejące dorosłość jako świadome zmienianie się podkreślają procesualny charakter okresu dorosłości. Okres ten według nich jest niepełny i niedomknięty. Pełna dorosłość jest ideałem, do którego dążą i nigdy go nie zrealizują. Wiąże się także z osiągnięciem odpowiedniego wieku oraz wypełnianiem ról społecznych związanych z tym okresem (np. małżonek, rodzic, pracownik, obywatel). Jakościowe zmiany dotyczące struktury życia w okresie dorosłości umożliwiają

wyróżnienie jego trzech etapów: wczesnej, średniej oraz późnej dorosłości (Majewicz, 2012; Brzezińska, 2007; Oleś, 2011; Czerniawska, 1992; Gurba, 2006; Smykowski, 2004).

W pedagogice okres dorosłości, jak podaje E. Dubas (2005, s. 41–58), rozpatruje się według pięciu paradygmatów:

- paradygmat auksjologiczny – dorosłość rozumiana jako czas rozwoju życia człowieka, kiedy zachodzą różnego rodzaju przemiany biologiczne, psychiczne, duchowe i kulturowe, rozwój jest procesem dynamicznym o indywidualnym charakterze (Dubas, 2005, s. 43);
- paradygmat aksjologiczny – dorosłość rozumiana jako dojrzałość; wyróżnia się cztery rodzaje dojrzałości – pełną dojrzałość (subiektywne poczucie spełnienia zrealizowane w wielu aspektach życia), częściową dojrzałość (osiągniętą tylko w niektórych aspektach, stwarza możliwość dalszego rozwoju), brak dojrzałości (bycie niedojrzałym, poczucie niskiej jakości swej dorosłości, brak poczucia potrzeby samorozwoju), ambiwalentną dojrzałość (trudności z określeniem własnej dojrzałości i zmienność samooceny) (Dubas, 2005, s. 45);
- paradygmat socjologiczny – dorosłość rozumiana jako rola społeczna i wynik socjalizacji; z tej perspektywy to obiektywny stan społecznego funkcjonowania, określony przez normy, które wyznaczają zachowania, wybory i oczekiwania innych wobec jednostki; w paradygmacie tym dorosłość jest odmienna ze względu na społeczeństwo, w którym przebywa jednostka (Dubas, 2005, s. 46–47);
- paradygmat biograficzny – rozumiana jako indywidualne doświadczenia fenomenu życia, określa ją niepowtarzalność, ważność wydarzeń osobistych, przeżyte kryzysy rozwojowe w aspekcie ważnych wydarzeń życiowych i sposoby radzenia sobie z nimi; człowiek dorosły jest istotą uczącą się cały czas (Dubas, 2005, 49);
- paradygmat edukacyjny – rozumiana jako edukacyjny okres życia człowieka; poprzez uczenie się tworzy się tożsamość; proces uczenia się można rozpatrywać jako samokształcenie i samowychowanie, które zaspokajają potrzebę wolności, samodzielności i autonomii (Dubas, 2005, s. 52).

Zauważyć należy, że ze względu na wiele nakładających się i przenikających czynników wcześniej wspomnianych, a także plastyczność i wielokierunkowość dążeń ludzi dorosłych, nie da się ustalić ścisłych ram okresu dorosłości (Majewicz, 2012). Jak wskazują C.K. Sigelman i E.A. Rider (2009, s. 4), poszczególne etapy dorosłości obejmują następujące przedziały wiekowe:

- wczesna dorosłość – 20.–40. rok życia,
- średnia dorosłość – 40.–65. rok życia,
- późna dorosłość – powyżej 65. roku życia.

Najczęściej jednak, jak wskazują B. Harwas-Napierała i J. Trempała (2006, s. 15), przyjmuje się następujący podział okresu dorosłości:

- wczesna dorosłość – 20./23. rok życia – 35./40. rok życia
- średnia dorosłość – 35./40. rok życia – 55./60. rok życia.
- późna dorosłość – wiek starzenia się od 55./60. roku życia.

Przedmiotem rozważań w niniejszej części pracy będzie okres wczesnej dorosłości w życiu osób z niepełnosprawnością ruchową.

Wczesna dorosłość w życiu człowieka to czas, kiedy po okresie adolescencji zaczyna wchodzić w dorosłe życie. Wiąże się to z doświadczaniem różnych trudności, niespotykanych na wcześniejszych etapach życia. To moment, kiedy jednostka ma w pewnym stopniu ukształtowaną tożsamość indywidualną, a jednocześnie ustala własne życiowe priorytety, podejmuje nowe role społeczne, z którymi wiążą się nowe obowiązki. Ze względu na rozległość kontekstu przestrzenno-czasowego proces tworzenia się tożsamości jednostki może być utrudniony (Malina, 2014; Bauman, 1995).

Ponadto jednostka zauważa, że środowisko społeczne oczekuje od niej zmian w zachowaniu, staje naprzeciw nowych wymagań społecznych, a także dokonuje wyborów, rozwiązuje problemy związane z życiem osób dorosłych i ponosi za nie odpowiedzialność. Podjęte w tym okresie decyzje mają duży wpływ na dalsze życie jednostki i osób jej najbliższych. Wczesna dorosłość to czas, kiedy młodzi ludzie starają się uzyskać całkowitą niezależność od rodziny i najbliższych. Atutem tego okresu jest posiadanie wielu możliwości działania i podejmowania decyzji, które będą miały wpływ na dalszy bieg życia. Sposoby uzyskiwania autonomii i wykorzystywania możliwości przez osoby w okresie wczesnej dorosłości są jednak bardzo zróżnicowane, zależne np. od takich czynników jak sytuacja materialna, zawodowa, a także wsparcie najbliższych czy cechy osobowościowe. Ze względu na wyżej wspomniane sytuacje okres wczesnej dorosłości można uznać za jeden z najtrudniejszych okresów w całym życiu człowieka (Malina, 2014; Oleś, 2011; Satoła, Werdeńska, 2018).

Jak wskazuje R.J. Havighurst (1953; za: Gurba, 2006), człowiek wkraczający w okres wczesnej dorosłości najczęściej podejmuje pewne działania związane z wyborem partnera życiowego, założeniem rodziny, podjęciem pracy oraz znalezieniem własnej

grupy społecznej i realizowaniem zadań obywatelskich. Wypełnianie zadań rozwojowych poszczególnych okresów jest kwestią indywidualną i zależy między innymi od gotowości fizycznej jednostki, a także jej aspiracji oraz wartości (Majewicz, 2016, s. 97). Realizacja każdego z powyższych zadań przez jednostkę prowadzi do poczucia zadowolenia i spełnienia (Oleszkowicz, Misztela, 2017, s. 76). Powyższa teoria podkreśla rolę aktywności własnej jednostki w życiu dorosłym i opisuje dorosłość z perspektywy biegu życia (Matuszewska, 2003, s. 27).

Wypełnienie poszczególnych zadań rozwojowych okresu wczesnej dorosłości warunkuje sposób przeżywania przez ludzi tego czasu – osoby stanu wolnego zauważają więcej możliwości działania niż osoby w związkach małżeńskich; osoby pracujące dorywczo odczuwają mniejsze poczucie stabilności niż osoby pracujące na etacie; mniejsze poczucie stabilności w porównaniu do osób mieszkających samodzielnie lub z partnerem odczuwają również osoby mieszkające z rodziną – są one na etapie „pomiędzy” (Oleszkowicz, Misztela, 2017, s. 77). Jak zauważa P. Majewicz (2012), ludzie w okresie wczesnej dorosłości odczuwają duży poziom niepokoju związanego z funkcjonowaniem zawodowym i osiągnięciem niezależności finansowej (Majewicz, 2012, s. 110). Jak zaznacza J. Suchodolska (2019, s. 62), dla osób z niepełnosprawnością realizowanie zadań rozwojowych jest bardzo istotne. Niestety ich realizacja jest bardzo utrudniona, zwłaszcza w sferze zawodowej. Młodzi dorośli zaznaczają, że jest niewiele godnych miejsc pracy. Podkreślają, że nie mogą jej podjąć ze względu na niedostosowane jej warunków do rodzaju niepełnosprawności.

Według teorii J.J. Arnetta, która może stanowić uzupełnienie koncepcji R.J. Havighursta, uwzględniającej zarówno przemiany społeczno-demograficzne, proces globalizacji, jak i wzrastające obecnie wymagania rynku pracy, dla okresu wczesnej dorosłości charakterystycznych jest kilka cech:

- poszukiwanie tożsamości na gruncie zawodowym, a także światopoglądu i relacji prywatnych – to czas odkrywania radości, ale także przeżywania smutków i trosk; znaczącą część rozczarowań młodzi dorośli przeżywają bez wsparcia najbliższych (Arnett, 2000, s. 473);
- brak stabilności – częste zmienianie miejsca zamieszkania, a także brak decyzji związanych z długoterminowymi decyzjami rodzinnymi i zawodowymi (Arnett, 2000, s. 470);
- podejmowanie niezależnych decyzji – pełniejsze poznanie siebie, przygotowanie do pogłębiania relacji osobistych i zawodowych (Arnett, 2000, s. 471);

- „bycie pomiędzy” – to czas, w którym osoba nie jest już w okresie dorastania, ale nie ma również poczucia bycia dorosłą; okres ten często wiąże się z mniejszą stabilizacją związaną z brakiem stałego partnera, miejsca pracy i zamieszkania (Arnett, 2000, s. 476);
- posiadanie wielu możliwości – to czas odnajdywania wielu możliwości życiowych, w którym wiara w spełnianie marzeń i osiągnięcie celów jest najsilniejsza (Arnett, 2000, s. 474).

Możliwość dokonania wyboru dotyczącego kolejności realizacji zadań rozwojowych i brak nacisku społecznego na ich realizację sprawia, że ich wypełnianie jest często odkładane w czasie (Brzezińska i in., 2011, s. 68). Odroczenie wykonywania poszczególnych zadań odzwierciedlone zostało w wyodrębnieniu nowej fazy rozwojowej nazywanej wyłaniającą się dorosłością. Okres ten przypada na wiek 18–25 lat i łączy ze sobą zachowania typowe dla okresu adolescencji (intensywne odkrywanie swojej tożsamości, częsta zmiana planów) i dorosłości (podejmowanie ról charakterystycznych dla okresu dorosłości) (Rękosiewicz, 2016, s. 314–315). Pomimo płynności realizacji poszczególnych zadań rozwojowych osoby z niepełnosprawnością dostrzegają w swoim życiu brak punktualności w ich realizacji. Przyczyn takiego stanu rzeczy można dopatrywać się w tym, że ludzie posługują się informacjami o normatywnym przebiegu swojego życia, które są utrwalane w ich świadomości przez dorosłych opiekunów (Brzezińska i in., 2011, s. 89).

Dla osób z niepełnosprawnością osiągnięcie poszczególnych wartości oraz realizowanie zadań rozwojowych okresu dorosłości może być utrudnione ze względu na stan fizyczny lub psychiczny, który trwale bądź chwilowo uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a także wiąże się ze zmianami realizacji oczekiwanych społecznie wartości (Bidziński, 2010, s. 120). Często z tego powodu realizowanie zadań okresu wczesnej dorosłości jest przesunięte w czasie. Takie opóźnienie w realizowaniu zadań rozwojowych spowodowane ograniczeniami sprawności wzmacnia w osobach z niepełnosprawnościami poczucie inności i odmienności (Brzezińska i in., 2011, s. 95). Ponadto osoby te w okresie wczesnej dorosłości są często bardziej zależne od najbliższego otoczenia niż ich sprawni rówieśnicy. Często ich styl życia jest odmienny i stanowi uśrednioną wersję własnych oczekiwań związanych z wizją przyszłości (Suchodolska, 2019, s. 67). R.B. Darling i D.A. Heckert (2010) twierdzą, że poczucie społecznego wykluczenia u osób z niepełnosprawnością ruchową może wzrastać również z wiekiem.

Realizacja własnych planów życiowych osób z niepełnosprawnościami, poza diagnozą ograniczeń, powinna uwzględniać indywidualne zdolności, wiedzę, postawy i cechy osobowości człowieka (Czechowska-Bieluga, 2010; Witkowski, 1993; Szczupał, 2009). K. Slany (2014) wskazuje, że bycie w związku małżeńskim może być istotnym wsparciem i źródłem rozwiązywania różnego rodzaju problemów. Jak wskazują A.I. Brzezińska oraz K. Piotrowski (2011, s. 4), okres wczesnej dorosłości może być rozumiany jako podstawa do pełnej indywidualizacji życia jednostki na późniejszych etapach życia.

P. Majewicz (2012, s. 109) wskazuje, że w okresie wczesnej dorosłości osoby z niepełnosprawnością ruchową charakteryzują się obniżonym poczuciem bezpieczeństwa, samooceny, odczuwaniem lęku, niechęcią do grupowania się oraz zwiększoną uległością w stosunku do otoczenia. Ponadto stosują mechanizmy obronne w codziennym funkcjonowaniu, takie jak wycofywanie się, zaprzeczanie, odwrócenie wydarzeń, konwersję, a także racjonalizację.

Osoby z niepełnosprawnością ruchową spowodowaną uszkodzeniem rdzenia kręgowego w okresie wczesnej dorosłości wskazują na niepokój związany z wejściem w związek małżeński i założeniem własnej rodziny. Wskazują również na niewłaściwe względem nich zachowania otoczenia społecznego przejawiające się w okazywaniu litości, niestosownym zwracaniu uwagi bądź narzucaniu zbędnej pomocy (Witkowski, 1993; Majewicz, 2012). Badania przeprowadzone przez B. Olszak-Krzyżanowską (2006, s. 194) także ujawniają, że osoby z nabytą niepełnosprawnością ruchową odczuwają litość, współczucie bądź obojętność okazywane przez otoczenie społeczne. Przyczynami negatywnych postaw jest najczęściej brak znajomości i zrozumienia specyfiki funkcjonowania osób niepełnosprawnych oraz brak wspólnego języka.

## **2.2. Reakcje przystosowawcze osób z niepełnosprawnością ruchową jako przedmiot badań**

Trwałe uszkodzenie organizmu u osób z niepełnosprawnością ruchową znacznie utrudnia im realizację zadań społecznych, co wpływa na ich ogólne funkcjonowanie. Codzienne sytuacje życiowe mogą stać się dla nich problemem. Pojawienie się niepełnosprawności jest zarówno dla osoby nią dotkniętej, jak i dla jej najbliższego otoczenia zawsze momentem trudnym, któremu towarzyszą negatywne emocje i całkowita zmiana stylu życia. Doświadczanie niepełnosprawności bardzo często wiąże się z różnego



rodzaju barierami, które ograniczają, przeszkadzają bądź uniemożliwiają dostęp do różnego rodzaju dóbr. Najczęściej wyróżnia się bariery architektoniczne i społeczne (Kowalik, 2007). Środowisko życiowe osób z niepełnosprawnością tworzy wiele sytuacji społecznych. W odróżnieniu od osób pełnosprawnych mogą one brać udział tylko w części z nich ze względu na ograniczenia funkcji organizmu (Kowalik, 2007). Bariery dotyczące osób z niepełnosprawnością można potraktować nie tylko jako przeszkody, ale też pewnego rodzaju wyzwania do przezwyciężenia. Dlatego też bardzo ważnym aspektem jest przystosowanie się do życia z trwałymi ograniczeniami.

Należy podkreślić, że zmiany fizyczne często są przyczyną negatywnych zmian w psychice. Zależą one od wielu czynników, takich jak: wiek, cechy osobowości, przyczyny powstania niepełnosprawności, nastawienie do zaistniałej sytuacji, postawy najbliższego otoczenia wobec osoby z niepełnosprawnością, a także w szerszym kontekście – od rozwoju społecznego, ekonomicznego i kulturowego społeczeństwa (Kirenko, 2007, s. 29).

Przystosowanie do życia z niepełnosprawnością z pewnością nie jest sprawą oczywistą. Jak podaje E. Sujak (2006), do każdej sytuacji człowiek może się przystosować biernie (wymagania sytuacji traktować jako coś narzuconego; w tym przypadku przystosowanie jest tylko pozorne, trwające jedynie w sytuacjach, kiedy postawione są zewnętrzne wymagania) bądź aktywnie (można próbować konfrontacji z wymaganiami rzeczywistości, jest to przystosowanie rzeczywistości do swoich potrzeb). Istotą przystosowania według autorki jest to, żeby „zachować siebie, a podporządkować się na tyle, na ile niezbędne i na ile zbieżne jest z wybraną drogą do celu; chodzi o niewypuszczenie z rąk w zmienionej życiowo sytuacji wartości, które jeszcze pozostają, chodzi o działanie elastyczne, w każdych warunkach inaczej, tak jak to w każdym »teraz« jest potrzebne, możliwe i celowe”. Od tego, jaką postawę (bierną/czynną) przyjmie osoba z niepełnosprawnością wobec swojej sytuacji zależy proces adaptacji (Łassa, 2007 s. 112).

Według Z. Sękowskiej (1991, s. 10) przystosowanie można rozpatrywać w trzech kategoriach:

- a. Adaptacji organizmu – przystosowanie w tym przypadku jest rozpatrywane jako dopasowanie bądź przeciwstawienie się procesów wewnątrzustrojowych do warunków zmienionego środowiska. Zmiany dotyczą organizmu (struktury albo funkcji). Związane są z nią adaptacja genetyczna (dotycząca genotypu jednostki), fizjologiczna (zmiany wywołane przez środowisko w obrębie przemian endogennych), biochemiczna (dotyczy dopasowania się procesów biochemicznych

do obciążeń organizmu), metaboliczna (dotycząca zmian funkcji organizmu odpowiednio do zapotrzebowania jednostki), epigenetyczna (zmiany fenotypowe utrwalające się w genotypie). Wymienione wyżej rodzaje adaptacji ściśle wiążą się z naukami biomedycznymi. Adaptacja genetyczna odnosi się jeszcze do zmian behawioralnych, związanych z funkcjami inteligencji i zmianami zauważalnymi w zachowaniu. To właśnie adaptacja behawioralna jest przedmiotem zainteresowania nauk psychopedagogicznych (Majewicz, 2012).

- b. Zaspokajania potrzeb – jednostka tworzy nowe formy zachowania i organizuje sobie odpowiednie dla niego środowisko życiowe. W tym rozumieniu przystosowanie może być postrzegane jako wyrobienie sobie postaw w stosunku do określonej sytuacji. Odpowiednia postawa ma za zadanie spełniać potrzeby jednostki w danej sytuacji. Tworzenie własnego środowiska jest w dużej mierze możliwe dzięki autokreacji, wiążącej się z wyznaczaniem sobie celów i efektywnym dążeniem do nich. W rezultacie jest możliwe zaspokojenie potrzeb nie tylko swoich, ale też innych ludzi. Adaptacja oznaczająca zaspokajanie potrzeb wiąże się i znajduje odzwierciedlenie w aktywności pośród członków grupy społecznej. (Sękowska, 1991; Majewicz, 2012).
- c. Podejmowanej aktywności w grupie społecznej – jednostka określa swoje normy i wartości jako zbieżne z systemem celów w jej społeczności. Osoba jest dobrze przystosowana społecznie, kiedy jej indywidualny system norm jest zgodny z interesami większej grupy społecznej. W interakcjach społecznych istotne jest postrzeganie osób i ich ocena, ponieważ wpływa ona na wzajemne interakcje i aktywne funkcjonowanie w społeczności. Ponadto obejmuje zdolność do panowania nad sobą i umiejętność zmiany celów i zachowań, co wiąże się z obrazem własnej osoby (Sękowska, 1991; Majewicz, 2012).

Zagadnienie przystosowania do życia z niepełnosprawnością pojawia się w analizach wielu badaczy nauk społecznych, m.in. pedagogów specjalnych, psychologów, socjologów, którzy z różnych punktów widzenia starają się opisać zjawisko przystosowania do sytuacji niepełnej sprawności organizmu. Każda z definicji dąży do wszechstronnego opisu i uchwycenia uwarunkowań i mechanizmów rządzących zjawiskiem, pomimo tego, że każda zwraca uwagę na nieco inne aspekty przystosowania (Majewicz, 2012). Jak twierdzi Z. Juczyński (1997, s. 3), niepełnosprawność może stwarzać trudności z przystosowaniem się do niej. Wspomniane przystosowanie w aspekcie psychicznym to zachodzące zmiany w procesach poznawczych

i zachowaniach, stanowiące całościową część jakości życia jednostki. Inaczej mówiąc, to przewartościowanie celów, dążeń i własnych aspiracji tak, by na nowo odnaleźć sens życia. Możliwe jest to dzięki indywidualnym cechom jednostki (przekonania, światopogląd, system wartości, styl życia, osobiste doświadczenia, obraz samego siebie), a także obiektywnym warunkom życia (np. sytuacja rodzinna, sąsiedzka, sposób postrzegania niepełnosprawności przez otoczenie, obecność trudności i barier w lokalnym środowisku). Nadrzędnym celem przystosowania jest powrót do normalnej aktywności życiowej w zakresie własnych możliwości (Łassa, 2007, s. 112).

Na gruncie nauk społecznych zagadnienie przystosowania analizowane jest zwłaszcza w celu udoskonalenia praktyki rehabilitacyjnej. W zależności od preferowanego modelu niepełnosprawności pojęcie przystosowania można rozumieć na różne sposoby. Według modelu indywidualnego przystosowanie jest definiowane jako moment, w którym osoba z niepełnosprawnością sama uzna, że jest odpowiednio przygotowana do życia społecznego zgodnie z przyjętymi normami i standardami społeczeństwa. Efekty przystosowania zależne są od działań podjętych przez m.in. lekarzy, rehabilitantów, doradców zawodowych, psychologów. W modelu społecznym rezultaty przystosowania zależą od warunków, jakie stwarza społeczeństwo i jego organizacja. To ono odpowiedzialne jest za przystosowanie osób z niepełnosprawnością i umożliwienie im uczestnictwa w życiu społecznym (Byra, 2012).

Przez bardzo długi czas zgodnie z założeniami modelu medycznego utrwalane było negatywne spojrzenie na osobę z niepełnosprawnością. Dopiero w ostatnich latach badacze zaczęli skupiać się na pozytywnych konsekwencjach posiadania niepełnosprawności. Jest to skutek nie tyle zmian w pedagogice specjalnej czy psychologii, ile sytuacja związana ze zmianami społeczno-kulturalnymi i promowaniem podejścia humanistycznego do człowieka (Byra, 2015). Przyjęcie orientacji humanistycznej powoduje, że zjawisko niepełnosprawności staje się zauważalne w społeczeństwie. Na osobę z niepełnosprawnością nie patrzy się przez pryzmat uszkodzenia ciała. Ludzie tworzą nowe zasady i standardy dotyczące przebywania z osobami dotkniętymi niepełnosprawnością. Fakt ten sprawia, że osoba zyskuje większą autonomię i możliwości podejmowania decyzji dotyczących niej siebie, co w konsekwencji ma znaczny wpływ na proces adaptacji jednostki (Krause, 2010, s. 179). Wiele badań wskazuje na to, że doświadczenie trudnego zdarzenia w życiu powoduje, iż osoba ponownie dokonuje własnej reprezentacji poznawczej świata i na nowo musi się w nim odnaleźć (Byra, 2015, s. 55).

Zgodnie z założeniami Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia osoba z niepełnosprawnością określana jest nie tylko przez pryzmat funkcji i struktur ciała, ale także poprzez aktywność własną i czynniki środowiskowe. Współcześnie zgodnie z założeniami modelu społecznego, postulującego jak najaktywniejszy udział osoby w życiu społecznym, przypuszcza się, że przystosowanie jest procesem warunkowanym między innymi przez czynniki osobowościowe, społeczne, a także bezpośrednio związane z daną jednostką (Byra, 2006a, 2008a, 2012). Według H. Larkowej (1987) na proces przystosowania wpływają różne formy działania i zachowania jednostki w danych sytuacjach. Ważnym czynnikiem jest także akceptacja, realistyczna ocena własnych możliwości i ograniczeń (Kirenko, 2006).

Jak podaje M. Bishop (2005), adaptacja jest procesem indywidualnym i wielowymiarowym. Ta koncepcja zakłada, że jakość życia jest podstawową miarą adaptacji, dzięki jej ocenie można stwierdzić i ustalić indywidualne sposoby reagowania związane z nabyciem niepełnosprawności lub ograniczeniami związanymi z chorobą. Według M. Bishop proces całkowitej adaptacji oznacza zachowanie wysokiej jakości życia pomimo niepełnej sprawności lub aktywną postawę wobec rzeczywistości przy niższej jakości życia. Za jednostki nieprzystosowane uważa się osoby wskazujące na niską jakość życia przy jednoczesnym braku chęci do zmiany własnej sytuacji. Przy tym M. Bishop (za: Byra, 2012, s. 70) zaznacza, że niepełnosprawność dezorganizuje funkcjonowanie ogólne człowieka, ponieważ zagraża mu w dwóch aspektach: 1) ogranicza poczucie samokontroli poprzez „osłabienie zdolności do uzyskania pozytywnych lub uniknięcia negatywnych rezultatów aktywności wobec nabytych ograniczeń”; 2) ogranicza pozytywnie wzmacniające skutki uczestniczenia w pozytywnych wartościach.

Pomimo przeprowadzonych wielu badań empirycznych zagadnienie przystosowania nie jest jeszcze wystarczająco poznane i wyjaśnione. W ujęciu psychologicznym istnieje bardzo wiele podejść badawczych do tego zagadnienia. W literaturze przedmiotu obecne są trzy modele przystosowania się do życia z niepełnosprawnością:

1. *Linearny (lub temporalny) – adaptacja/przystosowanie jako progresja następujących po sobie etapów.* W tym modelu wyróżniono trzy cechy. Stwierdzono, że u osób z nabytą długotrwałą niesprawnością pojawiają się pewne fazy następujące po sobie wraz z upływem czasu. Przejście do kolejnego etapu uwarunkowane jest zakończeniem poprzedniego. Cały proces przystosowania jest przewidywalny. Osoba osiąga całkowity poziom przystosowania, kiedy naturalnie przejdzie przez wszystkie etapy procesu adaptacji (Byra, 2006a, 2012).

2. *Cykliczny (powracający/wahadłowy) – odrzucający ideę o sekwencyjności stadiów i przyjmujący założenie o powtarzającej się (wahadłowej) naturze reakcji składających się na proces adaptacji.* Jednym z głównych założeń modeli cyklicznych jest myśl, że ukształtowanie terażniejszego ja odbywa się, kiedy jednostka przechodzi od selfu przed nabyciem uszkodzenia do selfu po nabyciu niepełnosprawności. Podobnie jak w modelach linearnych podkreśla się znaczenie czasu w procesach adaptacji, z tym że nie ma etapu końcowego i tożsamość po nabyciu uszkodzenia ciała jest zmienna, wiąże się z naprzemiennym poczuciem straty i konstruktywnego radzenia sobie z sytuacją niepełnosprawności. W tym przypadku o przystosowaniu świadczy ukształtowanie względnie stałej tożsamości (Byra, 2006a, 2012).
3. *Interakcyjny wywodzący się z modeli ekologicznych i oparty na hierarchiczności [...] zachodzących reakcji oraz uwzględniający liczne interakcyjne zmienne psychospołeczne modyfikujące strukturę i dynamikę procesu adaptacji.* Podkreśla się w nich rolę wielu czynników oddziałujących na jednostkę w procesie adaptacji, zarówno indywidualnych, jak i społecznych. Model ten uwzględnia całościowe podejście do osoby dotkniętej niepełnosprawnością. Podkreśla on także aktywność osoby z niepełnosprawnością, która jest współodpowiedzialna za efekty procesu adaptacji. Osoba z niepełnosprawnością w procesie adaptacji kształtuje własny wizerunek świata i swojej osoby. (Byra, 2006a, 2012).

Według J. Kirenko (1991, s. 15) proces przystosowania się do niepełnosprawności należy rozumieć wielokierunkowo i wieloaspektowo, ponieważ jest procesem bardzo złożonym. Proces przystosowania należy rozpatrywać w znaczeniu biologicznym, psychicznym, a także społecznym, ponieważ czynniki te są jego podstawowymi elementami. W takim rozumieniu przystosowanie jest dynamicznym układem relacji pomiędzy człowiekiem a środowiskiem, na który wpływ mają wzajemnie powiązane ze sobą czynniki biologiczne i społeczne. Przystosowanie jest procesem, ponieważ jest czynnością trwającą, a człowiek, zwłaszcza z niepełnosprawnością, całe życie wypracowuje sobie sposób reagowania na różne sytuacje życiowe. Można powiedzieć, że oznaką przystosowania się jest dojrzałość i utrwalenie pewnych cech i sfer osobowości tak, aby mógł samodzielnie i w miarę możliwości niezależnie funkcjonować w środowisku społecznym. Cały proces przystosowania rozpoczyna się w środowisku rodzinnym. Bodźce w nim występujące (liczebność, struktura, system wartości, zwyczaje, życie kulturalne, stosunek do świata) stają się podstawą doświadczeń dziecka i wzorem dla jego

przyszłych zachowań. Jak wskazuje E. Drozd (1999), przystosowanie to także wytyczanie celów i ich osiągnięcie. Przyjęcie celów i dążeń wiąże się z wiedzą o samym sobie i swoich możliwościach. Osoby z niepełnosprawnością pojęcie o sobie kształtują na podstawie wiedzy wyciągniętej z doświadczeń w najbliższym otoczeniu i środowisku, w którym żyją.

Osoba z niepełnosprawnością ruchową często ma znaczące problemy z niezależnym poruszaniem się, a uszkodzenie ciała powoduje dodatkowo zmiany w jej wyglądzie. Te czynniki mogą być przyczyną niekorzystnych konsekwencji psychicznych, takich jak: problemy z kontrolą własnych emocji, niska samoocena czy frustracje. Osoba z niepełnosprawnością staje się niepewna siebie, co sprawia, że niejednokrotnie może mieć problemy z odnalezieniem swojego miejsca w środowisku społecznym. Zbyt duża koncentracja na własnych słabościach jest przyczyną podkreślania swojej inności oraz poczucia bycia gorszym od osób pełnosprawnych (Kirenko, 2011, s. 154). W konfrontacji z wymaganiami środowiska osoba z niepełnosprawnością ruchową może się stać w pewnym stopniu dysfunkcyjna. Oznacza to, że jej aktywność zewnętrzna nie pozwoli jej na przezwyciężenie trudności związanych z czynnościami dnia codziennego oraz że będzie ona musiała włożyć stosunkowo większy wysiłek niż osoba pełnosprawna, żeby osiągnąć pożądane efekty w sytuacjach dnia codziennego. Dlatego też osoba dotknięta niepełnosprawnością fizyczną musi przystosować się w odpowiedni sposób do tego stanu (Kowalik, 2007).

Okres dorastania to czas najważniejszy dla kształtowania reakcji przystosowawczych (Sękowska, 1991). To moment, w którym osoba dąży do samodzielności, znalezienia własnej grupy rówieśniczej, budowania własnej hierarchii wartości, a także okres kształtowania się światopoglądu. Dorastający człowiek, przeżywa często kłopoty i lęki związane z poczuciem beznadziejności, beznadziei i pustki. Problemy te mogą mieć wpływ na relacje z rodziną. Bardzo ważne w czasie dorastania jest poczucie bycia zrozumianym przez najbliższe otoczenie. Dlatego też zadaniem rodziców, szczególnie w tym okresie, jest kreowanie odpowiedniego stosunku do samego siebie. Składają się na niego: samodzielność, odporność emocjonalna, optymizm, samoakceptacja. Czynnikiem utrudniającym kontakty z rodzicami w okresie dorastania może być wysiłek osoby z niepełnosprawnością ruchową związany z procesem adaptacji. Może on powodować, że dziecko będzie się zachowywało w sposób nieakceptowalny przez rodziców. Rodzice powinni zadbać też, aby młody człowiek kształtował umiejętność współdziałania i komunikatywności, a także działania na rzecz innych, co ułatwia mu funkcjonowanie społeczne i budowanie własnego potencjału rozwojowego. Pozytywne wzorce są

niezbędne do osiągnięcia i realizacji postawionych sobie celów. Brak tych wzorców powoduje niezadowolenie i nieodpowiednie przystosowanie się do własnej sytuacji (Szczała, 2018; Muszyńska, 2008; Twardowski, 2008; Szychowiak, 2008).

Jakość relacji z rodziną osoby z niepełnosprawnością warunkuje jej reakcje na uszkodzenie ciała. Wielu badaczy uważa, że ludzie mający wsparcie w najbliższym otoczeniu szybciej przystosowują się społecznie i psychicznie. Wiele zależy od postaw rodziny wobec niepełnosprawności fizycznej. Rodziny bardzo często przyjmują różne postawy. Te, które przyjmują postawę opiekuńczą i troskliwą, a przy tym jednocześnie wymagają przestrzegania ustalonych praw i realizowania obowiązków, pomimo ograniczeń ciała osoby z niepełnosprawnością korzystnie wpływają na jej dalszy rozwój, bowiem uczą samodzielności. Jak wynika z badań (Obuchowska, 1991, s. 21), duża część rodziców takich osób przyjmuje wobec swoich dzieci postawę nadopiecznia, co powoduje, że stają się jeszcze bardziej dysfunkcjonalne, niż wynika to z ich faktycznego stanu zdrowia.

Według S. Tucker (za: Kirenko, 1995) bardzo istotnym aspektem funkcjonowania osób z dysfunkcją narządu ruchu jest ich niezależność. Duża część osób z tego rodzaju niepełnosprawnością jest zależna od innych w prostych czynnościach, dlatego powinna się w miarę własnych możliwości stawać niezależna umysłowo i intelektualnie. Zadaniem rodziny jest pomoc w znalezieniu takiej roli w życiu, aby osoba pomimo niepełnosprawności czuła się dobrze i niezależnie. Można powiedzieć, że znalezienie właściwej dla siebie roli w życiu, niezależnie od tego, czy będzie to rola związana z wykonywaną pracą, funkcją w rodzinie, czy też działalnością z twórczą lub społeczną, jest istotnym elementem odnalezienia własnego sensu życia. Ten rozumiany jest jako koncepcja powstała w wyniku wielu przemyśleń dotyczących definiowania życia, ludzi i świata oraz określenia, co jest dla konkretnej jednostki istotne (Obuchowski, 2000, s. 249). Jak wskazuje W. Janocha (2008, s. 65), nie jest rzeczą łatwą wyznaczenie celu i odnalezienie sensu własnego życia w sytuacji niepełnosprawności. Osoby z niepełnosprawnością często zastanawiają się nad sensem na poziomie indywidualnym, a także społecznym. Odpowiednie zrozumienie świata oraz dostosowanie się do przewidywanych okoliczności jest sposobem na opanowanie przyszłości (Majewicz, 2012).

Jak już wcześniej wspomniano, szczególnie ważne w przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową jest usamodzielnienie się i uniezależnienie od innych. Nie chodzi tu o samodzielność fizyczną, ponieważ w wielu przypadkach u osób

z niepełnosprawnością ruchową jest to niemożliwe, lecz o samodzielność umysłową. Akceptacja i właściwe przystosowanie się do sytuacji niepełnosprawności ułatwia w dużym stopniu spełnianie się oraz tworzenie odpowiednich warunków do godnego życia. Człowiek, spełniając się w prostych czynnościach życiowych, zapobiega dezintegracji oraz rozwija swoją osobowość, która pozwala mu na posiadanie wysokich funkcji psychicznych (Obuchowski, 2000).

A. Schneiders (za: Kirenko, 1991) wymienia pewne kryteria przystosowania, które regulują rozwój jednostki. Zalicza do nich czynniki warunkujące przystosowanie osobiste (m.in. samokontrola i samorealizacja, jasno ukierunkowane cele i dążenie do nich, poczucie odpowiedzialności, dojrzałość reakcji psychicznych) oraz czynniki warunkujące przystosowanie społeczne (między innymi łatwość przystosowania czy umiejętność współżycia i zainteresowanie innymi ludźmi).

Jak już wcześniej wspomniano, w celu osiągnięcia prawidłowego poziomu przystosowania do sytuacji niepełnosprawności jednostka powinna kształtować w sobie odpowiedni obraz własnej osoby, tzn. swoich możliwości i ograniczeń.

Według H. Larkowej (1987, s. 83) u podstaw prawidłowego funkcjonowania osób z niepełnosprawnością leżą:

- *przewycięzanie stresu powstałego w związku z zaistnieniem niepełnosprawności,*
- *przystosowanie do faktu istnienia niepełnosprawności, której nie można usunąć i do życia z niepełnosprawnością,*
- *odzyskanie przez jednostkę niepełnosprawną równowagi wewnętrznej i zewnętrznej, tj. między nią a środowiskiem, zaburzonej przez niepełnosprawność i jej skutki,*
- *kształtowanie i rozwój osobowości zdolnej utrzymać równowagę psychiczną, np. między zależnością od innych i niezależnością, oraz zaspokoić własne potrzeby wewnętrzne i zewnętrzne człowieka.*

Przystosowanie się do życia z niepełnosprawnością ruchową jest trudnym i długim procesem. Mimo to człowiek z niepełnosprawnością może prawidłowo funkcjonować, a także rozwijać się i podejmować efektywne działania w swoim życiu. Właściwy poziom przystosowania się i zaakceptowanie tego rodzaju niepełnosprawności z pewnością warunkują jakość i poziom psychospołecznego funkcjonowania jednostek. Umożliwiają również twórcze działanie, osiągnięcie zamierzonych celów, a także rozwój osobowości (Byra, 2012, 2008a; Larkowa 1978). Według Z. Jothona (za: Sękowska, 1991, s. 10)



w procesie przystosowania: *jednostka [...] twórczo organizuje swoje otoczenie, tworząc nowe wartości, które warunkują zarówno rozwój jej osobowości, jak i rozwój społeczeństwa*. W celu zrozumienia procesów adaptacji i przystosowania należy wziąć pod uwagę zjawiska i procesy związane ze stanem, w jakim obecnie jest osoba z niepełnosprawnością (Kirenko, 2011, s. 156). Przystosowanie do niepełnosprawności można rozpatrywać w dwóch kategoriach: 1) obiektywnej – na którą składają się między innymi standard życia, warunki materialno-bytowe, a także rodzaj i moment nabycia niepełnosprawności ruchowej oraz 2) subiektywnej – na którą składają się między innymi cechy osobowościowe, umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami (Parchomiuk, Byra, 2006, s. 25).

Istotnym czynnikiem w procesie przystosowania się jest prawidłowy obraz samego siebie. W jego strukturze pojawiają się dwa elementy: ja realne (to, w jakiej jest aktualnie sytuacji) i ja idealne (wyobrażenie na własny temat). Im mniejsza rozbieżność pomiędzy ja osiągniętym a ja pożądanym, tym większy poziom samoakceptacji. Ta oznacza gotowość do zmian. Jeśli osoba z niepełnosprawnością akceptuje swoją sytuację i jest świadoma swojej sprawczości i możliwości dokonywania wyborów to stwarza sobie możliwość dalszego rozwoju. Drugim ważnym czynnikiem obok samoakceptacji jest poczucie bezpieczeństwa w najbliższym otoczeniu. (Majewicz, 2002; Szychowiak, 2008).

Jak podaje R. Cattell (za: Gałdowa, 1995) najważniejszym aspektem przystosowania się jest utrzymywanie wewnętrznej równowagi psychologicznej w określonych warunkach środowiska, zwłaszcza społecznego. Autor wprowadza także pojęcie adaptacji, rozumianej jako podstawowe zachowania jednostki, dające jej możliwość zaspokajania potrzeb biologicznych i emocjonalnych, które są ukazywane przez jednostkę pod wpływem czynników zewnętrznych. Utrzymywaniu wewnętrznej równowagi psychologicznej sprzyja także rozwój nowych zasobów jednostki bądź wykorzystanie w inny sposób już istniejących. Według T. Tomaszewskiego (za: Heszen, Sęk, 2012) sytuację niepełnosprawności bądź choroby sam człowiek może przekształcić w zadanie do wykonania. W takim wypadku niepełnosprawność staje się niejako zadaniem do wykonania. Rozpatruje się ją w aspekcie wartości i możliwości, które mogą być pozytywne bądź nie. Korzystny układ wartości i możliwości ma bardzo duże znaczenie w osiąganiu założonych przez jednostkę celów. Wartości negatywne utrudniają osiągnięcie celów i zrealizowanie planów.

Termin „przystosowanie” często stosuje się na przemian z określeniem „adaptacja”. Jednak nie zawsze oznaczają one to samo. Według J. Smart (2001, za: Majewicz, 2012)

określenia adaptacja/akceptacja/przystosowanie mają negatywny charakter w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością, ponieważ nie obejmują swoim zakresem znaczeniowym społecznych i zawodowych czynników mających znaczenie w procesie adaptacji oraz faktu, że tak naprawdę ustosunkowanie do niepełnosprawności w znacznym stopniu zależy od samej jednostki. Dlatego też proponuje on wprowadzenie terminu „reakcje przystosowawcze”. Niemniej niezależnie od przyjęcia zakresu znaczeniowego zarówno określenie adaptacja, jak i przystosowanie posiadają szerokie znaczenie, ponieważ obejmują także zachowania i ogólne funkcjonowanie. Przystosowanie może być rozumiane jako pewnego rodzaju konsekwencje działań i zachowań, które zbliżają osobę z niepełnosprawnością do pewnego punktu zwanego przystosowaniem bądź całkiem odmiennego, znajdującego się na drugim krańcu kontinuum – nieprzystosowania (Majewicz, 2012, s. 11).

Współcześnie jednym z najlepiej wyjaśniających zjawisko przystosowania do niepełnosprawności jest interakcyjny model psychospołecznej adaptacji do niepełnosprawności i choroby chronicznej H. Livneha i R.F. Antonaka. Twórcy tego modelu wymieniają wiele zmiennych kontekstualnych, mających znaczący wpływ na przystosowanie (m.in. status biologiczny i biograficzny, tzn. typ i źródło powstania niepełnosprawności, wiek, płeć; status psychospołeczny, tzn. osobista i społeczna tożsamość; warunki środowiskowe, tzn. fizyczne, ekonomiczne i społeczne dotyczące głównie postaw wobec osób z niepełnosprawnością) (Livneh, 2001, s. 155). Efektem pełnej adaptacji jest zadowolenie z życia (Byra, 2012). Model ten będzie także użyty na potrzeby tej pracy. W swojej koncepcji badacze, jak R. Cattell (za: Gałdowa, 1995), rozróżnili pojęcie przystosowania i adaptacji, co pozwoliło na dokładne wyjaśnienie procesu adaptacji i przystosowania się do niepełnosprawności.

<b>ADAPTACJA</b>	<b>PRYZSTOSOWANIE</b>
<p>Wielowymiarowy proces, dzięki któremu osoba z niepełnosprawnością lub chorobą przewlekłą dąży do zgodności w relacji ze środowiskiem poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– „aktywne uczestnictwo w działalności społecznej, zawodowej i pozazawodowej”;</li> <li>– „swobodne poruszanie się</li> </ul>	<p>Rozumiane jest jako końcowy element procesu adaptacji. H. Livneh i R. Antonak określają przystosowanie za pomocą pewnych wskaźników:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– „osiągnięcie i utrzymanie psychospołecznej równowagi oraz stanu reintegracji”;</li> <li>– „konstruktywne dążenia w realizacji</li> </ul>

<p>w różnorodnych warunkach środowiskowych”;</p> <p>– „świadomość posiadania mocnych stron i zasobów obok istniejących zasobów funkcjonalnych”.</p>	<p>celów życiowych”;</p> <p>– „ukształtowana pozytywna samoocena”;</p> <p>– „pozytywne ustosunkowanie względem siebie, innych oraz posiadanej niepełnosprawności”.</p>
---	--

Opracowano na podstawie Byra, 2008a, s. 3–21.

Zaproponowany przez badaczy model psychospołecznej adaptacji daje możliwość wglądu w mechanizmy, które są odpowiedzialne za przystosowanie. Proces adaptacji obejmuje dwa obszary, które mają na siebie wzajemny wpływ: obszar psychologiczny (ujawniane emocje, reakcje) oraz obszar społeczny (związany z doświadczeniami w środowisku zewnętrznym, rodzinnym czy zawodowym). Procesy adaptacji obejmują trzy etapy subiektywnych psychologicznych reakcji jednostek:

- a) wczesne: szok, niepokój, zaprzeczenie – koncentracja na stanie terażniejszym,
- b) pośrednie: depresja, uzewnętrzniony gniew, uzewnętrzniona wrogość – koncentracja na stanie przeszłym,
- c) późne: uznanie/pogodzenie się, przystosowanie – koncentracja na przyszłości (Byra, 2012; Kirenko 2011).

Zauważyć należy, że opracowaną przez badaczy hierarchię reakcji rozpoczynają emocje negatywne, ukazujące zależność od innych osób, poczucie bezsilności i bezradności wobec zaistniałej sytuacji. Osoba, którą spotkały te emocje, czuje się początkowo beznadziejnie ze swoją sytuacją. Dopiero stopniowo, w miarę upływu czasu, pojawiają się reakcje pozytywne, wyrażane w aktywności pomimo ograniczeń, w przystosowaniu do środowiska, spełnianiu swoich własnych oczekiwań i integracji niesprawności z nowym ja (Byra, 2008). Tak więc powyższy model podkreśla temporalny charakter procesu przystosowania. Jednostka z niepełnosprawnością stopniowo osiąga optymalny poziom przystosowania się do niepełnosprawności. Na kolejnych etapach przystosowania wykazuje zachowania blokujące jej rozwój, poprzez reakcje negatywne w postaci bezradności, zaprzeczenia sytuacji, poczucia beznadziejności, a na końcowym etapie prezentuje właściwe formy przystosowania wyrażające się w aktywności pomimo ograniczeń, budowaniu właściwej relacji ze społecznym otoczeniem (Byra, 2012, s. 65).

Według H. Livneha i R.F. Antonaka (2005) szok jest pierwszą reakcją, pojawiającą się w odpowiedzi na traumatyczne wydarzenie. Charakteryzuje się dezorganizacją czynności poznawczych, psychicznym wycieńczeniem oraz wyraźnie zauważalnym spadkiem motywacji do działania. Po okresie szoku pojawia się niepokój dotyczący stanu,

w jakim jednostka się obecnie znajduje. W tym okresie pojawiają się bardzo różnorodne myśli na temat swojej osoby, ponieważ jednostka zaczyna uświadamiać sobie swoją sytuację. Kolejny etap to czas, kiedy osoba dotknięta niepełnosprawnością zaczyna zaprzeczać sytuacji, w jakiej się znalazła. Pomimo tego, że pojawiają się reakcje związane z myśleniem życzeniowym, nierealne oczekiwania związane z powrotem do dawnego stanu zdrowia i niekiedy negowanie lekarzy, zaprzeczenie może minimalizować uczucie niepokoju i depresji. W okresie przeżywania depresji mówi się o uczuciu pustki, izolacji, braku nadziei i cierpieniu. W kolejnym stadium reakcji przystosowawczych, należących do reakcji pośrednich u osób dotkniętych niepełnosprawnością, pojawia się agresja, gniew względem otoczenia. Pośród reakcji późnych autorzy wyróżniają uznanie niepełnej sprawności / przystosowanie, które wyraża się w: pogodzeniu się ze swoim stanem, znalezieniu nowych życiowych wartości i poszukiwaniu na nowo celowości własnych działań oraz w aktywności w życiu społecznym i zawodowym. Kerr (za: Kowalik, 2007, s. 62) dodaje, że pomimo pełnego przystosowania się osoby do niepełnej sprawności może ona odczuwać smutek z powodu niemożności realizacji wszystkich celów i planów życiowych.

Proces psychospołecznej adaptacji jest dynamiczny, hierarchiczny, prowadzi jednostkę do konstruktywnego odnalezienia się w środowisku społecznym. Indywidualne reakcje związane z przystosowaniem się determinowane są przez czynniki biopsychospołeczne, socjokulturowe oraz środowiskowe. Według H. Livneha i R.F. Antonaka (2001) do czynników mających wpływ na psychospołeczną adaptację zalicza się następujące:

- a) czynniki związane z niepełnosprawnością (m.in. typ, rodzaj niepełnosprawności, możliwości leczenia),
- b) czynniki socjodemograficzne (m.in. pochodzenie, status materialny, wykonywana praca, wiek, płeć, religia),
- c) czynniki osobowościowe (m.in. obraz siebie, poczucie własnej skuteczności i wartości, umiejętności kontroli i pokonywania sytuacji trudnych bądź stresowych),
- d) czynniki związane ze środowiskiem zewnętrznym, na które osoba nie ma bezpośredniego wpływu (m.in. dostępność różnego rodzaju wsparcia, możliwość przynależności do różnych grup społecznych).

Wspomniany model psychospołecznej adaptacji testowany był na podstawie badań osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, u których czas trwania niepełnosprawności był

bardzo zróżnicowany. Rezultatem przeprowadzonych badań było wyodrębnienie dwóch głównych czynników procesu adaptacji: uczuć pozytywnych i negatywnych. Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że osoby z nabytą niepełnosprawnością mają tendencję do utrzymywania myśli, iż niepełnosprawność jest stanem tymczasowym, negowania dowodów medycznych i trwania przy pseudooptimistycznym perspektywom związanych z przyszłym życiem. (Majewicz, 2012, s. 82).

Model psychospołecznej adaptacji H. Livneha i R.F. Antonaka (1997) może być podstawą do dalszych refleksji teoretycznych dotyczących procesu przystosowania się do niepełnosprawności oraz planowania i projektowania badań służących wielowymiarowej terapii i rehabilitacji. Duża liczba zmiennych branych pod uwagę przy analizie procesu adaptacji umożliwia szersze postrzeganie stanu, w jakim aktualnie znajdują się osoby z niepełnosprawnością (Kirenko, Wiatrowska, 2015, s. 93). Jednak jak zaznacza H. Livneh (2021, s. 3), nie definiuje się ostatecznie psychospołecznej adaptacji do niepełnosprawności, ponieważ przyjmuje się, że prowadzone badania w tej tematyce będą nadal kształtować strukturę procesu adaptacji.

W procesie przystosowania się do niepełnosprawności można wyróżnić pewne typy charakterystycznych zachowań: zorientowane na działanie, wyrażające się w tym, że osoba dotknięta niepełnosprawnością, pomimo ograniczeń, aktywnie szuka wsparcia i zmiany swojej sytuacji, na ile to możliwe. Postrzega ona siebie jako osobę sprawną. Jest pozytywnie ustosunkowana do otaczającej ją rzeczywistości. Całkiem odmienna od wspomnianych tu zachowań jest grupa postępowania wycofującego i unikającego, należącego do reakcji negatywnych. Rozumie się je jako skupienie się na problemach, trudności z kontrolowaniem emocji. Takie zachowania wiążą się z obniżeniem poczucia jakości życia i słabszą kondycją psychiczną (Livneh, Lott, Antonak, 2004).

Efekty przystosowania do sytuacji niepełnosprawności według psychospołecznego modelu adaptacji rozpatruje się na trzech płaszczyznach: intra-, inter- i ekstrapersonalnej. Konstruktywne przystosowanie wyraża się w zadowoleniu z życia, poczuciu własnej wartości, aktywnym życiu społecznym w najbliższym środowisku (rodzina, rówieśnicy), a także w dalszych społecznościach (Livneh, Antonak, 2001). Właściwy poziom przystosowania do sytuacji niepełnosprawności wiąże się z wysoką subiektywną oceną jakości życia. Pozytywną ocenę jakości życia jednostki traktuje się jako ostateczny efekt przystosowania. Uwzględnienie elementu, jakim jest jakość życia, wskazuje na to, że coraz częściej ukazują się pozytywne aspekty życia pomimo trudności i ograniczeń (Bishop, 2005a).

Koniecznością jest zaznaczenie, że inna jest specyfika przystosowania się osób z niepełnosprawnością wrodzoną oraz z niepełnosprawnością nabytą. Osoba z widoczną dysfunkcją narządu ruchu ma inną ocenę samego siebie niż w przypadku niepełnosprawności niezauważalnej. Człowiek w momencie nagłej utraty sprawności musi pogodzić się ze zmianą swojego stylu życia. Taka sytuacja zakłóca obraz samego siebie (Kirenko, 1994, s. 287). Osoba z niepełnosprawnością nabytą jest zależna od innych osób od momentu pojawienia się niepełnosprawności. Traci swoje poczucie odrębności i samodzielność. Zmieniają się całkowicie oczekiwania w stosunku do otoczenia, postawy ludzi wobec człowieka z nabytą niepełnosprawnością, które mogą mieć negatywny wpływ na jego adaptację do niepełnosprawności.

Inna sytuacja ma miejsce, kiedy człowiek rodzi się z niepełnosprawnością ruchową. Osoba z wrodzoną niepełnosprawnością nie posiada wzorców prawidłowych ruchów w ośrodkach mózgowych, nie ma skali porównawczej, więc niepełnosprawność wydaje jej się rzeczą naturalną (Kirenko, 2007, s. 29). Wtedy warunkuje od początku jej proces adaptacji. W takim przypadku kształtowanie się postaw otoczenia jest procesem stałym, który ma miejsce na wszystkich etapach życia tej osoby. Osoba z brakiem kończyn lub ich zniekształceniem ma ograniczone możliwości poznawcze. Brak zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa takiej osoby może wywołać silne lęki i frustracje, które są utrwalane poprzez niemożność poruszania się (Szczupał, 2009, s. 222).

Jak podaje S. Kowalik (2003), analizując przystosowanie osób z niepełnosprawnością istniejącą od urodzenia i niepełnosprawnością nabytą, należy zaznaczyć jeszcze kilka różnic pomiędzy tymi dwiema grupami osób:

- nabycie niepełnosprawności w dzieciństwie może ograniczać potencjał rozwojowy tworzony w okresie dorastania, a następnie wykorzystywany w życiu dorosłym; niepełnosprawność nabyta w okresie dorosłości nie wpływa na potencjał rozwojowy, chociaż niekiedy może ograniczyć możliwości wykorzystania sił jednostki,
- nabycie niepełnosprawności w dzieciństwie stwarza możliwości odpowiedniego określenia i wyboru ról społecznych, które bez większych trudności będzie można realizować w dorosłości,
- niepełnosprawność zaistniała na wczesnym etapie rozwoju ma mniejszy wpływ na ukształtowanie się światopoglądu w porównaniu do niepełnosprawności nabytej w późniejszym okresie życia pod warunkiem, że zostanie zapewniona niezbędna pomoc wspomagająca rozwój.

Zarówno w sytuacji osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną, jak i nabytą można mówić o zachowaniach ułatwiających proces adaptacji. Koncentrują się one na osiągnięciu drobnych celów. Poprzez realizację małych zadań dostosowanych do ich możliwości ludzie rozwijają się, a przy tym czerpią satysfakcję z osiągnięcia zamierzonych celów. Osoby z niepełnosprawnością ruchową niejednokrotnie kompensują sobie umiejętności, których nie mają, tym, co już potrafią zrobić. W procesie przystosowania jedną z barier może być to, że osoby z uszkodzeniem narządu ruchu za wszelką cenę chcą wyglądać i zachowywać się jak osoby pełnosprawne. Stanowią one dla nich punkt odniesienia (Kowalewski, 1999).

Informacje dotyczące skutków psychospołecznych uszkodzenia ciała świadomość człowieka przyjmuje w sposób stopniowy, mogą powodować długotrwały smutek i żal. W przypadku osób ze sprawnością fizyczną naruszoną od urodzenia obraz siebie rozwija się z uwzględnieniem uszkodzenia i osoba naturalnie się do niego dostosowuje (przystosowanie pierwotne). Dla dziecka, które urodziło się z dysfunkcją ruchu lub nabyło ją w bardzo wczesnym dzieciństwie, niepełnosprawność początkowo nie istnieje świadomości. Nie zna ono bowiem innej sytuacji, kiedy np. bez niczyjej pomocy będzie mogło wykonać czynności samoobsługowe, samodzielnie wyjść z domu czy też wykonać jakiś ruch. Czynności, które wykonuje w codziennym życiu, dysponując własnymi umiejętnościami i możliwościami, uważa za naturalne. Świadomość niepełnosprawności pojawia się wskutek kontaktów z otoczeniem i porównań z pełnosprawnymi rówieśnikami. Kiedy niepełnosprawność istnieje od urodzenia, osoba nie ma punktu odniesienia do poprzedniego stanu zdrowia. W jej umyśle nie ma reprezentacji poprawnych ruchów, a więc sytuację niepełnosprawności przyjmuje jako coś naturalnego, co dotyczy jej ciała w całościowym procesie rozwoju (Majewicz, 2012, 2010; Kowalik, 2007; Kirenko, 2002).

Duże znaczenie w sytuacji nabycia uszkodzenia ma pamięć okresu pełnej sprawności. Człowiek uczy się interpretować sygnały dotyczące własnej osoby, jakie płyną z jego najbliższego otoczenia. Te właśnie podstawy obrazu self kształtowane od momentu posiadania uszkodzenia ciała są bardzo ważne w osiągnięciu optymalnego poziomu przystosowania się do niepełnosprawności. Jeśli osoby z niepełnosprawnością ruchową nie są akceptowane przez najbliższe otoczenie, mogą tworzyć negatywny obraz siebie, co niejednokrotnie powoduje trudności związane z przystosowaniem. W sytuacji niepełnosprawności istniejącej od urodzenia bądź wczesnego dzieciństwa początkowo niepełnosprawność nie dotyczy samego dziecka, a opiekunów bądź rodziców. Cały proces przebiega w odmienny sposób w zależności od stopnia i rodzaju dysfunkcji fizycznej

dziecka. Inaczej będzie przebiegać w przypadku mózgowego porażenia dziecięcego czy przepukliny oponowo-rdzeniowej, a inaczej w sytuacji problemów w kręgosłupem (Kowalik, 2007; Majewicz, 2012).

Dotychczasowe badania dotyczące przystosowania osób z wrodzoną lub nabytą i trwającą od co najmniej dwóch lat niepełnosprawnością ruchową przeprowadzone przez P. Majewicza (2012) wskazują, że na konstruktywne przystosowanie się do sytuacji życiowej mają wpływ wysokość dochodów, związki z innymi ludźmi, kontakty towarzyskie, praca zawodowa, umiejętność zorganizowania sobie wolnego czasu. Wyniki badań wskazują również na to, że osoba z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną lub bardzo wczesnie nabytą, aby się przystosować, powinna odznaczać się odpowiednią postawą wyrażającą się w dostrzeganiu pozytywnych aspektów własnej sytuacji i poszukiwaniu możliwości działania przy fizycznych ograniczeniach. Ta postawa wiąże się ze strukturą osobowości, której zadaniem jest utrzymanie prawidłowego poziomu funkcjonowania przy wykonywaniu nowych zadań. Ponadto pozwala na aktywne i twórcze rozwiązywanie zadań, co ściśle łączy się z odczuwaniem satysfakcji z życia. W tej grupie osób z niepełnosprawnością proces przystosowania warunkowany jest ogólną liczbą dostrzeganych problemów związanych z niepełnosprawnością.

W przypadku osób z niepełnosprawnością nabytą w późniejszym okresie życia zauważa się zaistnienie sfery utraconego rozwoju. Definiowana jest ona jako „wielkość niewykorzystanych szans w zakresie przekształcenia posiadanego potencjału rozwojowego w dokonania życiowe (wytwory własnej pracy)”. W sytuacji nabycia niepełnosprawności siły jednostki przeznaczone na dalsze jej życie i harmonijny rozwój muszą zostać zużyte, aby na nowo mogła stworzyć koncepcję samej siebie i nie doprowadzić do regresu rozwojowego. W zależności od stopnia uszkodzenia ciała potrzebna jest odpowiednia ilość zasobów. Chodzi tu między innymi o zasoby społeczne, zdrowotne czy psychologiczne. W przypadku, gdy miała ich mało przed nabyciem niepełnosprawności, jej rozwój prawdopodobnie będzie utrudniony (Kowalik, 2007, 2003). Należy też zaznaczyć, że fakt nabycia niepełnosprawności nie zatrzymuje jej rozwoju, tylko zmienia jego kierunek, co powoduje konieczność ponownej adaptacji w życiu społecznym. Nastąpienie zmiany rozwojowej osoby niepełnosprawnej warunkowane jest dwoma czynnikami: zachowanie musi być trwałe i występować dłuższy czas oraz musi przejawiać się w nowych, wcześniej nieznanach sytuacjach dla osoby z niepełnosprawnością (Bręczewski, 2007).

Jak wskazują wyniki badań prowadzonych przez S. Byrę (2012) wśród 358 osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową w wieku od 18 do 69 lat, największa część



badanych akceptuje emocjonalnie ograniczenia wynikające z funkcjonalnych ograniczeń i behawioralnej adaptacji do własnej sytuacji życiowej. Nie oznacza to jednak, że można w tym przypadku mówić o całkowitej akceptacji sytuacji, ponieważ pojawiają się też takie reakcje jak uzewnętrzniony gniew czy wrogość. Przy tym należy zauważyć, że osoby z nabytą niepełnosprawnością ruchową są skłonne zaakceptować ograniczenia związane z pełnieniem ról społecznych, pokonywaniem barier, ale nie wpisują niepełnosprawności jako stałego elementu ich życia.

W odróżnieniu od osób z niepełnosprawnością wrodzoną osoby z niepełnosprawnością nabytą mają szansę na lepsze przystosowanie się do niepełnosprawności ze względu na możliwość wykorzystania własnych zasobów przed okresem niepełnej sprawności (Brzezińska i in., 2008).

Przyjmuje się również założenie, że nie istnieje możliwość całkowitego przystosowania się do sytuacji niepełnosprawności, niezależnie od jej przyczyny. Jednak zakłada się, że osoba może się przystosować do tego stopnia, aby optymalnie funkcjonować w życiu społecznym. B. Szczupał (2018, s. 446) zaznacza, że dobre funkcjonowanie w życiu społecznym, gdzie dużą część społeczeństwa stanowią osoby pełnosprawne, oznacza ciągłe zmaganie się z barierami. Przeszkody te dotyczą zarówno środowiska zewnętrznego, jak też samej osoby z niepełnosprawnością. Do pokonywania różnego rodzaju barier wykorzystuje swoje zasoby tak, aby funkcjonować w sposób ją satysfakcjonujący.

Szersze omówienie wybranych zasobów osobistych oraz znaczenia czasu w życiu osób z niepełnosprawnością w procesie przystosowania do niepełnosprawności fizycznej znajduje się w drugiej części pracy.

## Rozdział III Zasoby osobiste – analiza teoretyczna

Zagadnienie zasobów osobistych jest przedmiotem zainteresowania wielu dziedzin nauki. Według dosyć ogólnej definicji: „zasobem osobistym może stać się cokolwiek (materia, energia, informacja), o ile zostanie wykorzystana przez jednostkę do zaspokojenia jej doraźnych potrzeb lub realizacji jej (długoterminowych) celów” (Mudyń, 2003). Bardziej szczegółową definicję zasobów osobistych proponuje B. Borys (2010). Według niej zasoby są właściwościami człowieka związanymi z czynnikami biologicznymi, psychiką, sferą duchową i sferą społeczną, dzięki którym może on chronić bądź umacniać własne zdrowie.

W psychologii pojęcie to najczęściej używane jest w odniesieniu do sytuacji trudnych bądź stresujących wydarzeń życiowych. Dzięki nim człowiek ma większe szanse, aby uniknąć zagrożeń związanych ze zdrowiem oraz aby konstruktywniej postrzegać i radzić sobie z niekorzystnymi wydarzeniami życiowymi (Sęk, 2001a, s. 15). Jak twierdzi H. Sęk (2003), umiejętność wykorzystywania różnorodnych zasobów (wewnętrznych i zewnętrznych) wiąże się z prawidłowym funkcjonowaniem człowieka w wielu sferach życia – sprzyjają one zdrowiu i jakości życia jednostki (Kirenko, Byra, 2008).

Według S. Byry i M. Parchomiuk (2009) podział uwzględniający zasoby wewnętrzne i zewnętrzne jest podstawowym i najprostszym rozróżnieniem. Do zasobów wewnętrznych zalicza się zasoby duchowe (poczucie satysfakcji z życia), psychiczne (cechy osobowościowe, cechy struktury ja, temperament, umiejętności interpersonalne) oraz biologiczne (genetyczne, fizjologiczne). Do zasobów zewnętrznych włączane są czynniki związane ze środowiskiem fizycznym, biologicznym i społeczno-kulturowym.

Zgodnie z zasadami teorii zachowania zasobów S. Hobfolla (za: Sęk, 2013, s. 74) w sytuacji kryzysowej zasoby łączą się i działają w zespołach. Tworzą się one w ciągu całego życia, a sposób ich funkcjonowania zależy m.in. od czynników kulturowych. W konsekwencji ich wykorzystywania wraz z upływem czasu mogą się one umacniać bądź tworzyć na bazie tych już posiadanych przez jednostkę. Do budowania zasobów niezbędna jest sprężystość psychiczna i pozytywne nastawienie do sytuacji niepełnosprawności. Duże znaczenie w odbudowywaniu się dobrego nastawienia ma czas. Z tego też powodu w rozdziale została poruszona kwestia temporalności i nadawania indywidualnych znaczeń upływowi czasu. Ponadto została poruszona kwestia innych zasobów osobistych środowiskowych (wsparcia społecznego), a także indywidualnych (cech osobowości oraz stylów i strategii radzenia sobie ze stresem). Wzajemne współdziałanie czynników

indywidualnych i społecznych pomaga utrzymać zdrowie i dobre samopoczucie w sytuacji doświadczania niepełnosprawności (Kirenko, Byra, 2008).

Należy także zaznaczyć, że wykorzystywanie zasobów osobistych jest kwestią indywidualną. Z pewnością duża ilość posiadanych zasobów pozwala na efektywne przystosowanie się do niepełnosprawności. Intensywne budowanie własnych zasobów zapewnia wysoką jakość ogólnego funkcjonowania (Szabała, 2017, s. 224). Należy podkreślić, że sytuacja niepełnosprawności nie wyklucza zasobów jednostki. Niekiedy może być szansą na tworzenie się nowych zasobów (Dunn, Dougherty, 2005).

Analiza teoretyczna będąca przedmiotem rozważań w niniejszym rozdziale dotyczy zagadnień związanych z wybranymi zasobami osób z niepełnosprawnością ruchową, które uważam za szczególnie ważne w procesie przystosowywania się do sytuacji niepełnosprawności, czyli: temporalnej satysfakcji z życia, cech osobowości, radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz wsparcia społecznego.

### **3.1. Temporalna satysfakcja z życia osób z niepełnosprawnością ruchową**

Pojawienie się niepełnosprawności w życiu człowieka, niezależnie od wieku czy płci, stwarza ryzyko wystąpienia negatywnych zachowań i może być rozpatrywane w kategorii zdarzenia traumatycznego. W zależności od cech indywidualnych jednostki mogą przejawiać bardzo zróżnicowane zachowania. Według W. Dykcika (2003, s. 141) niepełnosprawność nie pozwala zaspokoić podstawowych potrzeb ludzkich i jest głównym ograniczeniem celowego działania człowieka. Należy także dodać, że osoby z niepełnosprawnością ruchową spotykają się z różnego rodzaju trudnościami w życiu codziennym. Wymienia się tu między innymi bariery w dostępie do edukacji, rehabilitacji, zatrudnienia, architektury, a także te najważniejsze z punktu widzenia osoby z niepełnosprawnością – bariery mentalne (Cytlak, 2011, s. 79).

B. Wright (2004), charakteryzując stan zaraz po nabyciu niepełnosprawności, wskazuje na różnorodność doświadczanych stanów i emocji w stosunku do fizycznego uszkodzenia ciała: „zaprzeczenie, gniew, obawa, lęk, panika, dewaluacja siebie, poczucie winy, zawężanie osobistego świata, dystansowanie się wobec innych spraw, bezradność, rozpacz, nadzieja, pocieszanie się, poczucie osamotnienia, niepokój, utrata zdolności do logicznego myślenia, ulga, ustabilizowanie emocji i wreszcie docenienie siebie... Tego wszystkiego doświadcza osoba niepełnosprawna nawet w ciągu kilku dni po uszkodzeniu ciała”. Niektóre osoby, pomimo pojawiającego się kryzysu i wspomnianych wyżej

trudności czy też negatywnych emocji, podejmują działania, aby poradzić sobie z sytuacją niepełnej sprawności. Szczególnie ciekawym zagadnieniem na gruncie nauk psychologicznych jest zjawisko potraumatycznego wzrostu, które wskazuje na to, że pomimo posiadanej niepełnosprawności człowiek może być szczęśliwy i dobrze żyć. W momencie, kiedy osoba doznaje bólu i cierpienia, może wykształcić w sobie pozytywne zmiany (Ogińska-Bulik, 2013).

Potraumatyczny wzrost jest skutkiem radzenia sobie z faktem posiadania niepełnej sprawności. Człowiek musi urealnić priorytety i ustalić sobie nowe cele. Gdy przewartościuje swoje życie, może czerpać satysfakcję i dobrze oceniać własną sytuację życiową. Pozytywne zmiany po wydarzeniu traumatycznym niosą korzyści dla zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Dostrzeżenie mocnych stron w niepełnosprawności, a także efektywne radzenie sobie z nią może dodatkowo wpływać na poczucie własnej skuteczności, samoocenę i zadowolenie z życia pomimo posiadanych ograniczeń. To właśnie ze względu na wyżej wspomniane ograniczenia człowiek z niepełnosprawnością musi często w sposób odmienny budować w sobie poczucie zadowolenia (Sękowski, 2006; Ogińska-Bulik, 2013). Nabycie niepełnosprawności rozumiane jako zdarzenie trudne i negatywne może być bodźcem, który wpłynie na zmianę sposobu i jakości funkcjonowania na różnych płaszczyznach życiowych (Byra, 2017, s. 73).

Różnorodność spojrzeń na kwestię problematyki dotyczącej zadowolenia z życia nie pozwala jednoznacznie zdefiniować pojęcia satysfakcji życiowej. Trudno jest również określić, czy jest ona elementem jakości życia, czy pojęciem, które można stosować zamiennie z pojęciem jakości życia. Odczuwanie jakości życia związane jest z wieloma czynnikami społecznymi, a także jest przedmiotem zainteresowania wielu dziedzin nauki. Ze względu na różnorodność sposobów rozumienia tych dwóch pojęć D. Felce (za: Sękowski, 2006, s. 32) proponuje następujące ujęcie jakości życia:

- jakość życia definiowana w terminach warunków życia,
- jakość życia ujmowana w terminach osobistej satysfakcji z życia,
- jakość życia definiowana jako kombinacja warunków życia i satysfakcji z uwzględnieniem ważności poszczególnych elementów składowych.

Według J. Czapińskiego (1992) jakość i zadowolenie z życia zależą w głównej mierze od czynników indywidualnych jednostki, jej cech osobowości. Na podstawie przeprowadzonych przez A. Porczyńską-Ciszewską (2013) badań w grupie osób studiujących stwierdzono, że osoby ekstrawertyczne, otwarte na nowe doświadczenia

i wykazujące się sumiennością w działaniu dużo częściej doświadczają zadowolenia z życia niż te, które nie posiadają tych cech.

Już sam fakt bycia osobą z niepełnosprawnością może wskazywać na niższy poziom poczucia zadowolenia z życia osoby nią dotkniętej. Jak zaznacza S. Byra (2012b, s. 17), osoba z niepełnosprawnością ruchową może wysoko oceniać własną satysfakcję z życia, kiedy zaakceptuje sytuację, w jakiej się znajduje. Akceptacja sytuacji niepełnosprawności jest możliwa, kiedy nastąpi przewartościowanie wartości i uznanie, że już częściowe odzyskanie wartości straconych jest korzystne. Jak zaznacza S. Kowalik (2007), akceptacja nie jest równoznaczna z pogodzeniem się ze swoim stanem. Jest ona przyjęciem nowych wyzwań życiowych i rozpatrywaniem siebie w oparciu o inne wartości życiowe. Jak wskazuje B. Wright (za: Kowalik, 2007, s. 84), osoba z niepełnosprawnością ruchową na nowo uczy się akceptować siebie wraz z upływem czasu, ponieważ sprawia on, że psychika ludzka automatycznie zmienia trudne myśli. Czas zmienia więc sytuację psychologiczną jednostki. Zadowolenie z życia w przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową odnosi się do możliwości spełniania oczekiwań względem własnego życia pomimo ograniczeń i trudności związanych z fizycznym uszkodzeniem ciała (Kirenko, 2006a; Zielińska, 2013).

Ujmowanie zadowolenia z życia, jeśli wziąć pod uwagę subiektywne odczucia jednostki i warunki, w jakich na co dzień funkcjonuje, pozwala wyodrębnić cztery typy satysfakcji z życia: uzasadnione zadowolenie (obiektywnie korzystne warunki życiowe – pozytywna ocena własnej sytuacji życiowej – wysoka jakość życia), dylemat niezadowolenia (obiektywnie korzystne warunki życiowe – negatywna ocena własnej sytuacji życiowej – niska jakość życia), paradoks zadowolenia (obiektywnie niekorzystne warunki życiowe – pozytywna ocena własnej sytuacji życiowej – wysoka jakość życia) i uzasadnione niezadowolenie (obiektywnie niekorzystne warunki życiowe – niska ocena własnej sytuacji życiowej – niska jakość życia) (Bobkowicz-Lewartowska, 2013, s. 28).

Satysfakcja z życia jest jednym z wymiarów dobrostanu subiektywnego (*subjective well-being*), do którego zaliczają się także emocje i nastroje (pozytywne i negatywne) jednostki oraz obiektywne czynniki warunkujące dobrostan subiektywny (rodzina, praca, zdrowie) (Denier i in., 1999). Definiowany jest on jako poznawcza i emocjonalna ocena życia. Dobrostan obejmuje emocje wywoływane przez konkretne zdarzenia i poznawcze sądy dotyczące zadowolenia i spełnienia. Jest pojęciem szerokim, obejmującym zadowolenie z życia oraz małą ilość negatywnych emocji i nastrojów (Denier i in., 2002, s. 63). Wyraża się on w sześciu kategoriach: samooakceptacja, rozwój osobisty, posiadanie

celu w życiu, umiejętność kontroli nad otoczeniem, autonomia jednostki oraz pozytywne relacje z innymi (Niškiewicz, 2016).

Satysfakcja z życia jest jednym z ważniejszych wskaźników pomyślnego przystosowania się do niepełnosprawności, a także pożądanym efektem procesu rehabilitacji. Jest ona ściśle powiązana z oceną jakości życia. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje jakość życia jako całościowy sposób oceniana przez jednostkę jej zdrowia fizycznego, stanu emocjonalnego, samodzielności i stopnia niezależności, a także relacji ze środowiskiem oraz osobistych wierzeń i przekonań. Zadowolenie z życia można nazwać stanem psychologicznym, w którym odczuwa się subiektywny dobrostan, a jego elementami są poznawcza ocena sytuacji życiowej, pozytywne emocje oraz względnie niewielka ilość emocji negatywnych. Jak twierdzi T. Kanasz (2015, s. 24), subiektywny dobrostan jest zarówno całościowym zadowoleniem z życia, jak też może dotyczyć pewnej dziedziny życia. Całościowe zadowolenie z życia nazywane jest satysfakcją życiową. Ta może być także ujmowana jako stan emocjonalny powstały w wyniku osiągnięcia wyznaczonego celu. Jest ona głównym wskaźnikiem dobrostanu psychicznego i elementem indywidualnych wymiarów jakości życia. W przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową, nabytą bądź też wrodzoną satysfakcję z życia można definiować jako ogólną ocenę życia lub jego konkretnych obszarów (zdrowotnego, seksualnego, zawodowego czy psychospołecznego). Można twierdzić, że indywidualne poczucie satysfakcji z życia jest zależne od celowości działań ludzkich oraz od obiektywnych warunków życia osoby. Sposób, w jaki jednostka interpretuje rzeczywistość, w której się obecnie znajduje, zależy od jej osobistych oczekiwań oraz od ogólnego nastawienia do życia. Zadowolenie z życia jest istotnym elementem szczęścia, koreluje ono dodatnio z poczuciem szczęścia i małą ilością negatywnych emocji. (Czapiński, 1991; Denier i in., 1999; Reber, 2010; Byra, 2012b, 2013; Kirenko, 2006a; Veenhoven, 2007; Trzebińska, 2012).

Jak wskazuje A. Szymanowska (za: Konieczna, 2010, s. 18), do czynników warunkujących poczucie satysfakcji z życia można dodać jeszcze:

- zdolność do konstruktywnego działania;
- optymizm prowadzący do pozytywnych zmian we własnej sytuacji życiowej;
- poczucie kontroli wewnętrznej i wpływu na własną sytuację;
- poczucie tożsamości;
- zaangażowanie w działalność społeczną;
- obecność innych ludzi wokół jednostki.

Sposób postrzegania rzeczywistości przez człowieka kształtuje się w okresie wczesnego dzieciństwa. W przypadku przyjęcia negatywnej postawy wobec życia w jednostce często kształtuje się wyuczona bezradność, definiowana jako deficyty motywacyjne i zakłócenia w rozwiązywaniu problemów, powstałe wskutek pojawienia się sytuacji, na którą nie można mieć wpływu. Inaczej mówiąc, jest to pogodzenie się z zaistniałą sytuacją przekonanie, że nie można mieć na nią jakiegokolwiek wpływu (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010; Barabas, 2015).

Istotnym czynnikiem w odbudowywaniu się zadowolenia z życia w sytuacji niepełnosprawności bądź choroby jest czas, odbudowujący wolę życia. Proces ten nie zależy od obiektywnych warunków jednostki. Zarówno osoby z niezadawalającą sytuacją życiową, jak i te, które posiadają względnie dobre warunki obiektywne do funkcjonowania, w miarę upływu czasu odbudowują indywidualną wolę życia. Jak dotąd mechanizm ten nie został dokładnie opisany. Zgodnie z teorią dynamicznej równowagi B. Headeya i A. Wearinga każda osoba posiada stałe cechy indywidualne, uwarunkowane genetycznie bądź środowiskowo. Tworzą one stały poziom zadowolenia z życia. Niezależnie od doświadczeń jednostki, złych bądź dobrych, które mogą wynosić ją ponad lub spychać poniżej bazowego poziomu zadowolenia, upływ czasu sprawi, że osoba powróci do bazowego poziomu dobrostanu (Czapiński, 1992, 2002; Majewicz, 2012).

Satysfakcja z życia związana może być z przeszłością, terażniejszością i przyszłością jednostki. W tym kontekście satysfakcja z życia związana jest z pozytywnymi emocjami dotyczącymi poszczególnych odcinków czasu życia. Pozytywne emocje związane z przeszłością to satysfakcja, zadowolenie, spełnienie, duma i pogoda ducha. Z terażniejszością wiążą się chwilowe przyjemności oraz dłuższe gratyfikacje. W odróżnieniu od chwilowych przyjemności gratyfikacja jest stanem dłuższym, związanym z wytężonym myśleniem i interpretowaniem otaczającej rzeczywistości. Optymistyczne nastawienie i nadzieja są emocjami związanymi z przyszłością. Jak wskazuje Ch. Peterson (2000), optymizm można podzielić na dwa rodzaje. Wyróżnia: mały optymizm, dotyczący pozytywnych zdarzeń i konkretnych oczekiwań związanych z daną sytuacją, który przejawia się w konkretnych zachowaniach i stylu życia, oraz duży optymizm, który jest oczekiwaniem uogólnionym i dotyczy spodziewania się pozytywnych zdarzeń w życiu. Dostyc podobne ujęcie optymizmu proponuje R. Stach (2006). Uważa, że na ogólny poziom optymizmu składa się optymizm esencjonalny (pozytywna ocena świata) i optymizm sprawczy (przewidywanie konkretnych, pozytywnych zdarzeń). To właśnie optymizm i nadzieja zmniejszają ryzyko depresji w momencie nagłej utraty

zdrowia, podnoszą efektywność wykonywanych działań, a także przyczyniają się do lepszego zdrowia fizycznego. Osoby optymistycznie nastawione do swojej sytuacji życiowej wyróżniają się wyższym poziomem jakości życia, a także lepszym samopoczuciem, gdy znajdują się w trudnej sytuacji. (Seligman, 1990; Sobol-Kwapińska, 2007). Przyjęcie przez człowieka określonej perspektywy czasowej w dużym stopniu wpływa na sposób jego życia i działania. Osoby zorientowane na przeszłość podejmują decyzje na podstawie minionych doświadczeń, osoby skoncentrowane na teraźniejszości – spontanicznie podejmują kroki na podstawie bieżących doświadczeń, zaś osoby o orientacji przyszłościowej – podejmując decyzje, myślą o konsekwencjach swojego działania (Zimbardo, Sword, Sword, 2013).

Można powiedzieć, że doświadczanie czasu jest bardzo istotne w kwestii oceny jakości życia. A. Popławska (2013, s. 307) definiuje szczęście jako kategorię rozwojową odnoszącą się do przeszłości, teraźniejszości i przyszłości człowieka. Z tego też powodu ludzie bardzo często nadają znaczenie obecnym wydarzeniom życiowym poprzez porównywanie ich do przeszłości lub do własnych marzeń i planów (Brzezińska i in., 2010, s. 12).

Czas jest pojęciem, które bardzo trudno zdefiniować. Jest bardzo mocno związany z biegiem życia i głęboko tkwi w świadomości ludzkiej, bowiem człowiek dokonuje interpretacji życiowych zdarzeń w odniesieniu czasowym (Tucholska, 2007). Według H. Fołtyn (2012, s. 14) jest to sposób na ujmowanie istnienia, zawierający w sobie aspekty powstawania, trwania i przemijania.

Jak wskazuje B. Adam (2010, s. 7), człowiek może czas przeżywać, doświadczać, tworzyć, regulować, kontrolować. Czas jest jednostką kontekstową i historyczną, może być *uosobiony i uprzedmiotowiony, wyabstrahowany i skonstruowany, reprezentowany i skomodyfikowany*. Określenia te wskazują, że jest elementem życia społecznego i istnienia kulturowego.

W ujęciu filozoficznym czas rozważa się w trzech aspektach: aspekcie ontologicznym (koncentrującym się wokół zagadnień istnienia czasu, jego elementów, a także sensowności podziału czasu na przeszłość, teraźniejszość i przyszłość), aspekcie epistemologicznym (obejmującym zagadnienia dotyczących sposobu poznania oraz definiowania czasu), a także aspekcie psychologicznym związanym z przeżywaniem czasu (Janowski, 2016). Wspomniane wyżej aspekty czasu wyróżnił Arystoteles (Tucholska, 2007).



Aż do początków XX w. ludzie przypisywali każdemu zdarzeniu konkretny jego czas i wierzyli, że czas, jaki mija pomiędzy dwoma zdarzeniami, dla każdego człowieka jest taki sam (czas absolutny). Dopiero teoria względności (odkrycie, że prędkość światła jest niezależna od ruchu) pozwoliła inaczej spojrzeć na czas. Wtedy zauważono, że jest on zależny od układu odniesienia, w jakim się go mierzy, więc nabrał on wymiaru indywidualnego (Hawking, 2016). Czas jest również jednym z najważniejszych kryteriów pozwalających porządkować człowiekowi zapamiętywane informacje. Zdaniem P. Zdybek (2012, s. 113) czas może występować w wymiarze obiektywnym (pomiar czasu za pomocą zewnętrznych miar) oraz w wymiarze subiektywnym, który wyraża się w sposobie reprezentowania czasu w umyśle ludzkim. Z tego też powodu jest ciągly i nierównomierny.

Sposób ujmowania czasu w perspektywie nauk ścisłych jest odmienny od sposobu rozumienia go w perspektywie nauk humanistycznych. Można więc wyróżniać rodzaje czasu, opierając się na różnorodnych typach nauk. Jak wskazuje E. Tarkowska (1987, s. 117) wyodrębnia się dwa zupełnie przeciwstawne rodzaje czasu, tzn. czas fizyczny, przyrodniczy i biologiczny, dotyczące rzeczywistości przyrodniczej, czas nauk społecznych oraz czas nauk o kulturze. Czas nauk humanistycznych jest niejako dostosowany do upływającej rzeczywistości (Kirenko, Duda, 2018).

Jak wskazuje B. Koc-Kozłowiec (2016, s. 127) czas upływa od przeszłości do przyszłości. Wyróżnia się kilka strzałek czasu<sup>1</sup>. Jedną z nich, istotną dla refleksji zamieszczonych w tej części pracy, strzałka psychologiczna, związana jest z subiektywnym poczuciem upływu czasu i z faktem, że człowiek pamięta wydarzenia z przeszłości. Należy zaznaczyć też, że człowiek jest istotą temporalną, ponieważ jednocześnie znajduje się zarówno w czasie fizycznym, jak i psychologicznym (Kirenko, Duda, 2018). Psychologiczna strzałka czasu zmierza w tym samym kierunku, co dwie pozostałe: termodynamiczna i kosmologiczna. Jak podaje W. Łukaszewski (1983, s. 7), czas psychologiczny można rozpatrywać w czterech aspektach: poznawczym, afektywnym, dynamicznym i behawioralnym.

Bardzo trudno jednak zdefiniować zjawisko czasu w psychologii. P. Zdybek (2012, s. 114) czas psychologiczny definiuje jako świadome i nieświadome doświadczanie przez

---

<sup>1</sup> Określenie strzałki czasu pochodzi z nauk ścisłych. S.W. Hawking (2016) wyróżnił trzy strzałki czasu: kosmologiczną, termodynamiczną i psychologiczną. Strzałka termodynamiczna związana jest z połączeniem upływu czasu i wzrostem entropii. Strzałka kosmologiczna łączy upływ czasu z faktem rozszerzania się wszechświata.

człowieka czasu i związane z tym konsekwencje poznawczo-behawioralno-emocjonalne.

Według R.A. Block (2014) czas ten można rozumieć na trzy sposoby:

- 1) czas jako następstwo (następstwo zdarzeń, których układ wyznacza kolejność czasowa),
- 2) czas jako trwanie (trwanie danego zdarzenia oraz interwały występujące pomiędzy zdarzeniami, które człowiek może zachowywać w pamięci),
- 3) czas jako perspektywa temporalna (kontinuum wyznaczone przez przeszłość, przyszłość i teraźniejszość).

Jak zauważa J. Hoornaert (za: Tucholska, 2007), pojęcie czasu psychologicznego obejmuje cztery elementy:

- 1) rachubę czasu, rozumianą jako zdolność ludzi do ogólnej orientacji w upływie czasu, możliwej poprzez korzystanie z urządzeń do mierzenia czasu,
- 2) orientację w czasie, oznaczającą zdolność do orientowania się w czasie poprzez obserwację wydarzeń w otoczeniu, zegar biologiczny bądź zegar fizjologiczny,
- 3) szacowanie upływającego czasu, rozumiane jako umiejętność oceny bez użycia żadnych instrumentów jednostek czasowych, takich jak minuta, godzina,
- 4) perspektywę czasową, rozumianą jako świadomość własnego umiejscowienia w kontinuum czasowym, obejmującym przeszłość, teraźniejszość i przyszłość.

Warto zaznaczyć, że postrzeganie czasu w psychologii nie upływa linearnie (przeszłość-przyszłość), ponieważ ludzka świadomość często neguje występowanie czasu i nie porządkuje następujących po sobie zdarzeń. Czas ludzki jest zróżnicowany, niehomogeniczny, ponieważ dzieli się na nierówne części (Pawełczyńska, 1986; Trempała, 2010). Człowiek tworzy własne reprezentacje umysłowe czasu, łącząc osobiste wyobrażenia o jego upływie. Orientacja czasowa to odnajdywanie i nadawanie ważności konkretnym wydarzeniom życiowym. Człowiek nabywa umiejętności organizowania czasu w procesie socjalizacji. W zależności od wieku czas jest inaczej organizowany przez osobę<sup>2</sup>. Orientacja czasowa ma wpływ na sądy, decyzje podejmowane przez osobę, a także na przyjmowane cele, życiowe wartości i przedsięwzięcie konkretnych działań (Bańka, 2010, s. 103). Jak dodają A.I Brzezińska, R. Kaczan i L. Rycielska (2010), orientacja

---

<sup>2</sup> Jak wskazują badania przeprowadzone przez L. Zając-Lamparską (2010), w okresie wczesnej dorosłości osoby przywiązują największą wagę do wydarzeń z przeszłości. Pomimo tego są osobami zorientowanymi na przyszłość, lecz nie planują tego, co będzie. Z badań wynika, że osoby w okresie późnej dorosłości najlepiej oceniają przyszłość, co może być spowodowane lękiem przed starzeniem się i przewidywaniem zdarzeń pozytywnych w przyszłym życiu.

temporalna warunkuje poziom jakości życia i satysfakcji jednostki. Na system umysłowych reprezentacji czasu wpływają mechanizmy temporalności z trzech poziomów:

- Poziomu neurobiologicznego, obejmującego mechanizmy związane z procesami fizjologicznymi, aktywnością mózgu oraz z procesami umysłowymi niezależnymi od człowieka. Na tym poziomie można usytuować mechanizm milisekundowego zegara mózgowego, który związany jest z postrzeganiem kolejności zdarzeń i bodźców docierających do mózgu, a także bierze udział w powstawaniu mowy.
- Poziomu psychofizycznego, obejmującego bieżący odbiór i przetwarzanie informacji. Podmiot postrzega i rozróżnia podstawowe cechy czasu: wyodrębnia odległości między zdarzeniami, potrafi określić ich trwanie i sukcesywność, wiążącą się z działaniem sekundowego zegara mózgowego, inaczej nazywanego mechanizmem temporalnej integracji poznawczej. Warunkuje on także procesy egzystencjalne, do których zalicza się ocenę przeszłości oraz przewidywanie zdarzeń przyszłych.
- Poziomu egzystencjalnego, obejmującego subiektywne, świadome i zorganizowane mechanizmy kategoryzacji zdarzeń oraz programowania działania w czasie. Na tym poziomie również tworzą się reprezentacje dotyczące przeszłości, teraźniejszości i przyszłości składające się na całościową perspektywę temporalną, czyli subiektywną czasoprzestrzeń, mającą wpływ na zachowania i celowe działania jednostki. Osobista perspektywa temporalna kształtuje się w wyniku rozwoju inteligencji operacyjnej, pamięci autobiograficznej i epizodycznej, w której zapisywane są przeżycia jednostki (Dominiak, Nosal, 2010; Bajcar, 2004, s. 49).

Sposób postrzegania i osadzenie człowieka w czasie zależy od współpracy obu półkul mózgowych. Lewa półkula odpowiedzialna jest za postrzeganie przyszłości, zaś prawa – przeszłości. Poprzez aktywne współdziałanie dwóch części mózgu i zatrzymanie się mentalne w przeszłości bądź przyszłości tworzy się *aktywna teraźniejszość* i kształtuje osobiste poczucie czasu. Czas związany z przeszłością jest bardziej zamknięty, pasywny, uwzględnia kontekst działania: człowiek, wracając myślami do zdarzeń przeszłych, doznaje go w sposób jakościowy. Czas lewopółkulowy – związany z przyszłością – wyraża się w myśleniu abstrakcyjnym i zorganizowanym w sekwencje, zaś czas związany z prawą półkulą ukierunkowany jest na aspekty globalne i ułożenie konfiguracyjne. Współpraca obu półkul sprawia, że czas „aktywny” ilościowy i pasywny „jakościowy” synchronizuje się i tworzy indywidualny sposób poczucia czasu (Nosal 2004, s. 180, Kirenko, Duda, 2018).

P. Zdybek (2012 s. 116) definiuje orientację temporalną jako osobiste zaangażowanie i koncentrację uwagi na konkretnym wymiarze czasu wraz z rozpiętością i zorganizowaniem człowieka. Wyraźnie zaznacza się, że poza oddziaływaniem poszczególnych wymiarów czasu istnieją dwa aspekty postaw ludzkich: przypisywanie ważności poszczególnym wymiarom czasu – od pełnej perspektywy czasowej do przewagi jednego z wymiarów oraz koncentracja na danym obszarze czasu (Sobol-Kwapińska, 2007). W. Łukaszewski (1983, s. 35) wyróżnia orientacje: retrospektywną, prezentystyczną i futurystyczną.

Według T. Gadacza (2009) czas teraźniejszy, w którym żyje człowiek tu i teraz, wydaje się zbyt krótki, przyszłość jest zaś niepewna. Pewne jest to, co minęło, lecz wszystko, co z tym związane, jest nieodwracalne. Osoby skoncentrowane na przeszłości bądź przyszłości zatracają teraźniejszość. Najbardziej realnie żyją osoby koncentrujące się na wydarzeniach obecnych, ponieważ właśnie tu biegnie linia życia.

Na perspektywę czasową składają się trzy komponenty: poznawczy, emocjonalny i społeczny. W dużym stopniu jej kształtowanie się wpływa ma proces socjalizacji. Już wtedy kształtują się czynniki takie jak wartości kulturowe jednostki i orientacja religijna, a człowiek w procesie edukacji poszerza swoją wiedzę na temat otaczającego go świata. Wpływ na ukształtowanie się czasowej perspektywy ma także przebieg całego życia (np. rodzaj wykonywanego zawodu, sukcesy osobiste, wydarzenia traumatyczne). Ma znaczenie dla wszystkich aspektów życia, pomaga wypracować spójne ramy życia jednostki oraz niejako kształtuje jakość życia (Boniwell, Zimbardo, 2007). Ten holistyczny charakter perspektywy czasowej oznacza, że perspektywa temporalna jest zawsze otwarta, więc porządkowanie informacji według kryterium czasu zawsze będzie dynamiczne. Przeżycia człowieka cały czas są uzupełniane o nowe doświadczenia (Zajac-Lamparska, 2010). Jak wskazuje L. Zajac-Lamparska (2013), osoba funkcjonująca w pełni w wymiarze psychicznym i społecznym najmocniej koncentruje się na teraźniejszości. Należy jednak zaznaczyć, że perspektywa temporalna obejmuje wiele zdarzeń, zarówno tych korzystnych, dających osobie siłę do działania, jak i tych, które powodują obiektywne trudności w dążeniu do celu (Suchodolska, 2019, s. 61).

Na podstawie badań dotyczących orientacji temporalnej, prowadzonych przez J. Hoornaerta (za: Łukaszewski, 1983, s. 31), stwierdzono, że kwestia postrzegania czasu jest bardzo zróżnicowana i obejmuje kilka aspektów wzajemnie ze sobą powiązanych:

- „postawę w stosunku do przeszłości, teraźniejszości i przyszłości lub do jednego z tych obszarów czasu. Można to nazwać ustosunkowaniem do czasu.

- zróżnicowanie ukierunkowania podmiotu na sprawy dotyczące przeszłości, teraźniejszości i przyszłości (zainteresowanie, skupienie uwagi na określonym obszarze czasu).
- nasycenie treścią każdego z obszarów czasowych (bogactwo treściowe reprezentacji przeszłości, teraźniejszości i przyszłości).
- rozmiar, czyli głębokość perspektywy lub retrospektywy w czasie oraz podział czasu między przeszłość i przyszłość.
- spójność, koherencja, czyli poziom organizacji (powiązań) między tym, co już się wydarzyło, i tym, co się wydarzy w przeszłości”.

Człowiek, znajdując się na czasowej linii życia, w każdym momencie może poddać refleksji zdarzenia, które już w jego życiu miały miejsce, mają miejsce w aktualnej rzeczywistości bądź których może doświadczyć w przyszłości. Na każdym etapie życia dokonuje opisu i oceny doświadczanego czasu. Wspomniane refleksje temporalne, a także różnorodność doświadczeń życiowych osoby tworzą zbiór kategorii opisu czasu (Bajcar, 2004; Popiołek, 2010). Perspektywa postrzegania czasu to również proces, w którym *bieg życia zostaje podzielony na kategorie czasowe, pomagające nadać życiu porządek, spójność i znaczenie*. Stanowi ona podstawowy wymiar czasu psychologicznego. Kształtuje się, gdy człowiek przyporządkowuje własne doświadczenia do kategorii temporalnych (przeszłość, teraźniejszość, przyszłość). Często dokonuje przyporządkowania zdarzeń do konkretnych ram czasu w sposób nieświadomy (Sobol-Kwapińska, 2007; Zimbardo, Boyd, 2009, s. 50).

Jak twierdzą P. Zimbardo i J.N. Boyd (2009), wzajemną relację człowieka i czasu określają dwa paradoksy. Pierwszy z nich wskazuje na to, że sposób postrzegania czasu w znaczny sposób oddziałuje na życie człowieka, ale on rzadko zdaje sobie z tego sprawę. Drugi paradoks polega na tym, że skrajne wartościowanie poszczególnych odcinków czasu wskazuje na skłonności, które prowadzą do niezdrowych nawyków życiowych.

Zdaniem M. Sobol-Kwapińskiej (2007) sposób, w jaki człowiek wartościuje czas, wyrażają metafory. Dzięki nim człowiek może zrozumieć czas, a także wyrażać własne emocjonalne ustosunkowanie do czasu. Uświadomienie sobie sposobów wyobrażenia czasu jest informacją na temat świata egzystencjonalnego konkretnej osoby. Metafory temporalne powinno się rozumieć jako wyrażanie sytuacji życiowej, odczuć czy też systemu wartości.

K. Popiołek (2010) wyróżnia w doświadczeniu czasu życia między innymi następujące elementy: akceptację upływu czasu (godzenie się z wkraczaniem w kolejne etapy życia), presję czasu (poczucie, że czas mija zbyt szybko), ocenę zasobów czasowych (przekonanie, że można w życiu pomimo upływu czasu zdążyć z realizacją wielu planów), ocenę konstruktywności upływu czasu (dostrzeganie możliwości stałego rozwoju) oraz czas wykorzystany/utracony (ocena upływu czasu z perspektywy realizacji celów, przyjemności; konkretne okresy mogą być oceniane pozytywnie lub negatywnie).

P. Zimbardo i J. Boyd (2009) wyróżniają następujące rodzaje perspektyw czasowych: przeszłościowo-negatywną, przeszłościowo-pozytywną, terażniejszą fatalistyczną, terażniejszą hedonistyczną, przyszłą i przyszłą transcendentalną. Sposób, w jaki postrzega się wydarzenia z przeszłości, warunkuje postrzeganie chwili obecnej, w jakiej znajduje się człowiek. Postrzeganie przeszłości w sposób pozytywny wiąże się z odwoływaniem do własnych korzeni – rodziny, zwyczajów społecznych i religijnych, na podstawie których osoba buduje własną tożsamość i poczucie wartości. Odwoływanie się do własnych korzeni sprawia, że człowiekowi łatwiej znaleźć własne miejsce w świecie. Drugi sposób myślenia o przeszłości – negatywny – powoduje, że człowiek może się stać konserwatywny i niechętny do jakichkolwiek zmian związanych z własnym życiem (Tucholska, 2007). Osoby, które posiadają dobre odczucia związane z przeszłością, są bardziej opanowane i spokojne w stosunku do tych posiadających złe wspomnienia z przeszłości. Odnoszą również większe sukcesy niezależnie od tego, jak postrzegają otaczającą ich aktualnie rzeczywistość (Zimbardo, Sword, Sword, 2013). Jak wskazuje K. Tucholska (2007, s. 32), silny związek z przeszłością może być łączony z doznaniem sytuacji traumatycznych we własnym życiu. Ludzie silnie powiązani z przeszłością opisują siebie poprzez pryzmat tego, kim byli, lub tego, co kiedyś osiągnęli. Ikreślani są jako „psychologicznie starzy”.

Terażniejszość można postrzegać na trzy sposoby: hedonistycznie – poszukiwanie przyjemności, bezpośredniej gratyfikacji oraz autostymulacji, co wiąże się także z otwartością na nowe doznania, swobodą w wyrażaniu emocji; fatalistycznie – uzależnienie biegu swojego życia od przeznaczenia i sił wyższych, co wiąże się z brakiem satysfakcji z obecnej sytuacji i niechęcią do zmian ze względu na obecność przeznaczenia; holistycznie – bycie w terażniejszości bez myślenia o przyszłości lub przeszłości. W terażniejszym wymiarze czasu nie jest obecna ani przeszłość, ani przyszłość (Zimbardo, Boyd, 2009; Tucholska, 2007). Przyjęcie orientacji terażniejszo-fatalistycznej przez osoby z niepełnosprawnością ruchową znajduje uzasadnienie. Uzależnienie biegu życia od sił

wyższych może prowadzić do zaniechania działań na rzecz własnej osoby i braku kontroli nad swoim życiem (Zimbardo, Sword, Sword, 2013).

Perspektywa przyszłościowa jest natomiast konstruowanym psychologicznie stanem umysłu. Osoby skoncentrowane na przyszłości postrzegają wydarzenia przeszłe w swoim życiu jako te, z których można wyciągnąć odpowiednie wnioski, lub jako sukcesy, które można rozwijać i powtarzać. Orientacja na przyszłość wiąże się przede wszystkim z ciągłym poszukiwaniem i podejmowaniem nowych zadań oraz planowaniem tego, jak osiągnąć i zrealizować postawione sobie wyzwanie (Zimbardo, Boyd, 2009; Tucholska, 2007). Osoby te wierzą, że podjęte przez nie działania przyniosą założone wcześniej efekty (Zimbardo, Sword, Sword, 2013). Opisują się przez pryzmat tego, kim będą lub co osiągną. Określane są jako osoby „psychologicznie młode” (Tucholska, 2007). Jak dodaje N.B. Pichayathin (2016), przyjęcie orientacji przyszłościowej sprzyja planowaniu i szeroko pojętemu rozwojowi. Z pewnością zorientowanie się osoby z niepełnosprawnością ruchową na przyszłość pozwala jej odczuwać większą satysfakcję życiową. Pomimo pozytywnych skutków związanych z koncentracją na przyszłości M. Sobol-Kwapińska (2007, s. 122), wskazuje, że zbyt silna orientacja przyszłościowa może spowodować, iż jednostka zacznie uciekać od sytuacji, w jakiej się obecnie znajduje. To może się także wiązać z ograniczeniem kontaktów z najbliższymi i brakiem umiejętności czerpania satysfakcji z codziennego życia.

Z. Uchnast i K. Tucholska (2013) twierdzą, że prawidłowe funkcjonowanie człowieka wiąże się z umiejętnością swobodnego poruszania się w przestrzeni czasowej. Takie umiejętności zakorzenione są w każdym człowieku i mogą być rozwijane przez wpływy środowiska i aktywność własną jednostki.

Według P. Zimbardo i J.N. Boyd (1999) najkorzystniejsze dla człowieka z punktu widzenia zdrowia psychologicznego i fizycznego jest wypracowanie sobie „optymalnie zróżnicowanej perspektywy temporalnej.” Rozumiana jest ona jako zdolność do elastyczności i płynności przechodzenia pomiędzy perspektywami czasowymi (przeszłością, teraźniejszością i przyszłością). Przyjmowanie określonej perspektywy czasowej zależne jest od potrzeb jednostki, wymagań sytuacji oraz zasobów osobistych. Najkorzystniejszym rozwiązaniem, które sprzyja wysokiej satysfakcji życiowej, jest łączenie perspektywy przyszłościowej (sprzyja podejmowaniu wyzwań i wykorzystywaniu możliwości) z przeszłościową postrzeganą pozytywnie (sprzyja ukształtowaniu tożsamości i własnej wartości) oraz postawy hedonistycznej wobec teraźniejszości (sprzyja umiejętności radości z codzienności). To zharmonizowane połączenie pozwala na pełne

wykorzystanie ludzkich możliwości, a także na ciągły rozwój i odpowiednie ustosunkowanie się do zmian.

Należy przy tym zaznaczyć, że czas odgrywa szczególną rolę w życiu osób z niepełnosprawnością, szczególnie tych, które nabyły ją w ciągu swojego życia. Związane jest to ze zmianą celów i priorytetów, a także z przeżywanymi wówczas wydarzeniami trudnymi, które wpływają na kształt dotychczasowego życia jednostki. W takim przypadku naturalną rzeczą jest porównywanie swojego obecnego stanu do sytuacji sprzed utraty sprawności (Brzezińska, Kaczan, Rycielska, 2010). S. Kowalik (1994) dodaje, że osoby z niepełnosprawnością mogą mieć trudności z organizacją własnego życia w perspektywie czasowej. Związane jest to z faktem, że trudno im prawidłowo oddzielić poszczególne segmenty czasowe (przeszłość, teraźniejszość i przyszłość) i przyporządkować je do własnego życia. Osoby z niepełnosprawnością mogą mieć kłopoty ze znalezieniem pracy czy też podjęciem aktywności społecznej.

Ze względu na brak jednorodnego sposobu postrzegania czasu przez współczesnych badaczy zwraca się uwagę na trudności związane z prowadzeniem badań go dotyczących (Kirenko, Duda, 2018). Według W. Łukaszewskiego (1983) duża ilość badań na temat czasu może znacznie utrudniać stworzenie jednorodnego obrazu ludzkiej perspektywy temporalnej. S. Kowalik (1994) wyróżnia trzy rodzaje trudności w prowadzeniu badań nad czasem i satysfakcją z życia człowieka: wieloznaczność i dużą złożoność zagadnień związanych zarówno z czasem, jak i jakością życia człowieka, metafizyczny charakter czasu i jakości życia ludzkiego oraz rzadkość prowadzenia badań nad tymi zagadnieniami ze względu na trudności związane z ustaleniem jednolitych zasad procesu badawczego.

Pomimo trudności, jakie sprawia jednoznaczne określenie, czym jest czas w badaniach empirycznych, podjęto próbę charakteryzowania tej zmiennej, między innymi wśród osób z różnego rodzaju niepełnosprawnościami. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez J. Kossewską (2016), osoby z zespołem Aspergera ze względu na pewne trudności z percepcją postrzegają aspekty czasu – ciągłość, porządek i subiektywność – w ściśle określony, indywidualny sposób. Jak dodaje A. Sędzimir (2016), indywidualny sposób postrzegania często zależy od ich życiowych historii. U osób ze schizofrenią zaznacza się skoncentrowanie na przeszłości, a także zauważa się negatywny i dezorganizujący wpływ czasu na ich życie. Badani zaznaczają także trudności z kontrolowaniem upływu czasu i brak zainteresowania nadchodzącą przyszłością.

Badania przeprowadzone przez E. Kręcisz-Plis (2013) wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wskazują, że odczuwają one często monotonię upływu



czasu, brak możliwości jego pełnego wykorzystania oraz trudności związane z przejęciem nad nim kontroli. Czas nie jest dla nich źródłem przyjemności i rzadko dostarcza im pozytywnych emocji. Silne poczucie upływającego czasu powoduje u osób z niepełnosprawnością ruchową zwiększoną lękliwość, doznanie negatywnych emocji oraz rozczarowania.

Jak wskazują badania przeprowadzone przez S. Byrę (2011), w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego odczuwanie satysfakcji z życia przeszłego, teraźniejszego i przyszłego jest zróżnicowane w zależności od długości czasu posiadania niepełnosprawności. Osoby, które nabyły niepełnosprawność w ciągu ostatnich kilku lat, wykazują najwyższe zadowolenie z życia w przeszłości, najniższe zaś w stosunku do życia przyszłego. Zupełnie odwrotna sytuacja ma miejsce u osób, które dotknięte zostały niepełnosprawnością w ciągu kilkunastu ostatnich lat. W tej grupie badani spodziewają się wysokiej satysfakcji z życia przyszłego i z tego, co się wydarzy. Z przeprowadzonych badań wynika również, że istnieją związki pomiędzy temporalną satysfakcją z życia a wsparciem społecznym. Osoby z niepełnosprawnością ruchową nabytą niedawno, otrzymujące mało wsparcia w chwili obecnej wysoko oceniają satysfakcję w życiu przeszłym oraz spodziewają się niskiej satysfakcji z życia przyszłego. Osoby z długotrwałą niepełnosprawnością ruchową, otrzymujące odpowiednią ilość wsparcia odczuwają wysoką satysfakcję z obecnego życia.

Z badań dotyczących temporalnej satysfakcji z życia osób z niepełnosprawnością ruchową wynika również, że człowiek z długotrwałą niepełnosprawnością, doświadczający istotnych zmian w swoim życiu wyżej ocenia swoje obecne życie niż życie przeszłe, kiedy znacznie lepiej funkcjonował w aspekcie fizycznym. Fakt ten wyjaśniać może zjawisko paradoksu niepełnosprawności, które w swych założeniach przyjmuje między innymi możliwość przypisywania niepełnosprawności pozytywnych aspektów i odczuwania wysokiej satysfakcji z życia pomimo znacznych ograniczeń. Paradoks ten polega również na tym, że osoby z trwałą niepełnosprawnością ruchową odczuwają taką samą bądź nawet wyższą satysfakcję z życia niż osoby pełnosprawne (Byra, 2010).

Natomiast z badań C. Pollard i P. Kennedy (2007) wynika, że upływ czasu jest czynnikiem sprzyjającym akceptacji niepełnosprawności. Przeprowadzono badania o charakterze longitudinalnym, przebadano osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego dwukrotnie – rok po nabyciu niepełnosprawności i po ośmiu bądź dziesięciu latach od tego zdarzenia. Badania pokazały, że ponad połowa osób zaakceptowała własną sytuację życiową.

Prowadzone badania, dotyczące temporalnej satysfakcji z życia, służą opisowi i wyjaśnianiu ogólnej sytuacji życiowej osób z niepełnosprawnością ruchową. Ponadto mają one na celu tworzenie działań zmierzających do polepszenia obiektywnych warunków funkcjonowania oraz zmiany osobistego postrzegania doświadczanej egzystencji. Z pewnością doświadczanie czasu przez osoby z niepełnosprawnością ruchową, wrodzoną bądź nabytą, jest jednym z uwarunkowań dobrego psychospołecznego funkcjonowania. Jak dodaje D. Łassa (2007), osoby z niepełnosprawnością ruchową mające plany na przyszłość i dążące do ich realizacji szybciej się przystosują do własnej sytuacji życiowej. Plany rozumiane są jako forma kształtowania przyszłości – to one wpływają na postrzeganie teraźniejszości i motywują człowieka do dalszego działania (Mądrzycki, 2002, s. 96). Chcąc prawidłowo funkcjonować, osoba musi zmienić sposób myślenia – nie koncentrować się na sytuacji obecnej, tylko myśleć w perspektywie przyszłości.

Jak wskazują J. Kirenko i M. Duda (2018), postrzeganie czasu jest związane z osobowością człowieka. Czas w tym przypadku może być zewnętrznym przejawem funkcjonowania osobowości lub może w niej funkcjonować (czas psychologiczny). Wielkość oraz zróżnicowanie poszczególnych obszarów czasu w świadomości człowieka oraz ich właściwe umiejscowienie w osobowości pozwala przewidzieć sposób zachowania się człowieka. Orientacja na określony wymiar czasu powoduje różne zachowania i zmiany w osobowości człowieka (Obuchowski, 1987 s. 48).

### **3.2. Cechy osobowości**

Zastanawiając się nad tym, w jaki sposób cechy osobowościowe człowieka mogą być jego zasobem osobistym, należy zacząć od wyjaśnienia, czym jest osobowość. Jak podaje jedna z ogólnych definicji, osobowość jest powiązaniem bądź zintegrowaniem niektórych warunkowanych przez oddziaływania składowych człowieka, społecznych i własnych, a także ujawnianych w zachowaniu (postawy, nawyki, traktowanie siebie i innych). Do składowych osobowości zalicza się: geny, popędy, emocje, podświadomość, umysł i elementy kultury przyswojone i tkwiące w człowieku (Ostasz, 2000, s. 18). Jedną z podstawowych funkcji osobowości jest adaptacja, która wyraża się w celowym działaniu, radzeniu sobie z różnego rodzaju problemami, a także dostosowywaniu się do wymagań i podejmowaniu wyzwań, jakie człowiek napotyka w życiu (Drat-Ruszczak, Oleś, 2008).

Jak wskazuje D. Kurpiel (2011, s. 27), osobowość ma bardzo duże znaczenie w procesie radzenia sobie z chorobą.

S. Szuman (2014, s.153) rozumie ją jako czynnik indywidualny, ułatwiający człowiekowi rozumienie otaczającej go rzeczywistości. Autor w pojęciu osobowości wyróżnia trzy komponenty: zachowanie (rozumiane jako sposób bycia, wyrażający się w czynach w konkretnych sytuacjach życiowych), postępowanie (realizacja planów) i formowanie się, czyli cały proces kształtowania się osobowości, uwarunkowany wpływem środowiska oraz indywidualnych sytuacji życiowych. Osobowość jest wynikiem wpływów środowiska i grup społecznych na jednostkę, a uwarunkowana jest genami oraz pracą nad samym sobą (Ostasz, 2000). Jak dodają C.S. Hall i in. (2004), osobowość człowieka jest rozumiana w dwojaki sposób, jako umiejętność nawiązywania kontaktów społecznych lub jako *wrażenie, jakie wywiera na innych ludziach*. Oceniana może być więc pod względem umiejętności wzbudzania pozytywnych reakcji u innych ludzi bądź pod względem ogólnego wrażenia, jakie wywiera się na innych ludziach.

Jak dodaje J. Reykowski (1992, s. 126), osobowość świadczy o podmiotowości człowieka, ponieważ on sam tworzy sobie rzeczywistość. Można ją rozumieć dwojako, szeroko i wąsko. W znaczeniu szerokim to całokształt mechanizmów psychologicznych, wyznaczających organizację całego zachowania i możliwość kierowania samym sobą. W znaczeniu wąskim to natomiast mechanizmy wyznaczające konkretne zachowania ludzkie: preferowanie określonych sytuacji, wyznaczanie takich, a nie innych celów, a także tworzenie i podtrzymywanie relacji międzyludzkich (Reykowski, 1992). Odgrywa ona dużą rolę w relacji zdrowie–choroba (Dolińska-Zygmunt, 2001). Wyraża się w stylu życia, sposobach przystosowania się, chęci rozwoju jednostki, a także postawach wobec innych oraz różnorodnych cechach (Ostasz, 2000).

Osobowość od dawna była przedmiotem badań naukowych. Na gruncie psychologii powstało wiele teorii i ujęć jej dotyczących. Do największych twórców teorii osobowości można zaliczyć między innymi: Z. Freuda, C. Rogersa, G.A. Kelly'ego, A. Bandurę, H. Murraya, A. Adlera, E. Fromma, W. Mischela oraz G.W. Allporta, H.J. Eysencka i R.B. Cattella – autorów ujęć opartych na analizach czynnikowych, które przyczyniły się do powstania koncepcji Wielkiej Piątki cech osobowości autorstwa R. McCrae i P. Costy (Pervin, John, 2002; Oleś, 2003; Hall i in., 2008).

Koncepcja G.W. Allporta (za: Kirenko, Boczkowska, 2017, s. 162) koncentruje się na cechach osobowości. Przyjmuje się, że cecha osobowości jest neuropsychicznym systemem odbierającym bodźce ze środowiska sterującym zachowaniami jednostki.

Cechy występują w grupach. Występowanie danej cechy rozpoznać można po sposobie zachowania jednostki. Koncepcja ta postuluje, że osobowość jest realną organizacją psychofizyczną. Jest to struktura składająca się z trzech elementów: cech, postaw i cech o właściwościach postaw (Strelau, 2000, s. 526). Teoria osobowości G.W. Allporta stała się podstawą do tworzenia czynnikowych modeli osobowości.

Początków modelu Wielkiej Piątki można doszukiwać się w teorii R. Cattella, który stworzył 16-czynnikowy model osobowości. Na pierwszym etapie badań P. Costa i R. McCrae, redukując zbyt dużą liczbę czynników wzajemnie ze sobą korelujących, wyróżnili trzy czynniki osobowości: neurotyczność, ekstrawersję i otwartość na doświadczenie. W toku dalszych badań trójczynnikowy model NEO został poszerzony o dwa kolejne wymiary: ugodowość i sumienność. Tak sformułowaną koncepcję nazwano Wielką Piątką (Zawadzki i in., 1998; Strelau, 2000; Kirenko, Duda, 2017).

U podstaw Pięciczynnikowego Modelu Osobowości leżą następujące filozoficzne tezy dotyczące natury ludzkiej postawione przez R. McCrae i P. Costę (1999; za: Oleś, Drat-Ruszczak, 2008, s. 752–753):

- 1) poznawalność – założenie, że natura ludzka może być przedmiotem badania naukowego,
- 2) racjonalność – założenie, że ludzie sami siebie potrafią zrozumieć i lepiej poznać,
- 3) zróżnicowanie – różnice indywidualne pomiędzy ludźmi są bardziej interesujące niż cała osobowość człowieka,
- 4) proaktywność – osoba może być dla siebie źródłem motywacji i sprawować kontrolę nad własnym życiem.

Pięciczynnikowy Model Osobowości, zwany inaczej Wielką Piątką, współcześnie jest jedną z koncepcji najlepiej wyjaśniających podstawowe wymiary osobowości. Ogromna ilość badań potwierdzająca jego słuszność spowodowała, że zaczęto porównywać go do modelu uniwersalnej fizyki osobowości (Strus, Ciecuch, Rowiński, 2011, s. 66; Ciecuch, 2010; McCrae, Costa, 1997). Wykrycie uniwersalnej struktury osobowości jest jednym z największych osiągnięć psychologii XX wieku, a teoria ta jest uważana za koncepcję integrującą i porządkującą wcześniejszą wiedzę na ten temat (Oleś, 2003). Jak dodają R.R. McCrae i P.T. Costa (2005), uniwersalność modelu Wielkiej Piątki odkryto, kiedy przetłumaczono inwentarz osobowości na kilka języków z odmiennych rodzin językowych. Badania przeprowadzone w wielu krajach potwierdziły uniwersalność modelu w 49 kulturach świata (Klinkosz, Sękowski, 2008, s. 145). Badania międzykulturowe wskazują, że pojmowanie osobowości jako całości o względnie stałych

cechach jest modelem charakterystycznym dla krajów zachodnich. Słuszność zastosowania modelu udało się wykazać między innymi w Niemczech, Włoszech, Holandii, Polsce, Czechach i Chorwacji (Szarota, 2008, s. 130–131).

Początków tworzenia modelu Wielkiej Piątki można doszukiwać się już w początkach XX wieku, kiedy postawiono hipotezę leksykalną i przyjęto, że podstawowe cechy osobowości, oddające różnice indywidualne, najistotniejsze dla międzyludzkich kontaktów, można wyrazić we wszystkich językach świata za pomocą pojedynczych terminów. Opisują one cechy oraz informują o różnicach między ludźmi, są w stanie przewidzieć ich działania i zachowania w konkretnych życiowych sytuacjach. Termin Wielka Piątka oznacza, że model wyodrębnia pięć czynników, a w obrębie każdego znajdują się cechy bardziej szczegółowe (Pervin, John, 2002).

Według autorów Pięcioczynnikowego Modelu Osobowości P. Costy i R. McCrae (za: Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010, s. 113) cecha osobowości to jakaś dyspozycja, która znajduje swój wyraz w ogólnych działaniach oraz opisuje style emocjonalne, międzyludzkie, motywacyjne i postawy.

Na podstawie przeprowadzonej analizy leksykalnej P. Costa i R. McCrae (1997) wyodrębnili pięć podstawowych wymiarów osobowości: neurotyczność, ekstrawersję, otwartość na doświadczenie, ugodowość i sumienność, dzięki którym można sklasyfikować wszystkich ludzi według stopnia wykazywania się daną cechą (McCrae, Costa, 2005; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010; Gasiul, 2006).

Wymiar neurotyzmu wskazuje na podatność osoby na doświadczanie złych emocji. Osoby o wysokim poziomie neurotyzmu mają tendencję do zamartwiania się i emocjonowania niepotrzebnymi rzeczami, są często nerwowe i mają trudności w kontrolowaniu własnych pragnień i popędów, a także kłopoty z kontrolowaniem stresu. Cecha neurotyzmu związana jest z przystosowaniem się do środowiska (im wyższy poziom neurotyzmu, tym większe trudności w przystosowaniu się do aktualnej sytuacji życiowej), a także z odczuwaniem lęku, agresji, depresji i z niskim poczuciem własnej wartości. Osoby o niskim poziomie neurotyzmu to ludzie o łagodnym usposobieniu, spokojni, którzy nie dają się ponieść własnym emocjom, także w sytuacjach stresowych. Według autorów Wielkiej Piątki wymiar neurotyzmu jest wymiarem normalnej osobowości. To założenie odróżnia teorię Wielkiej Piątki od teorii H. Eysencka, który neurotyczność przypisywał osobowości chorej (Pervin, 2002; Pervin, John, 2002; Siuta, 2006; Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2012). Wymiar neurotyzmu wiąże się ze zdolnością do

kontroli zachowania i przewidywania konsekwencji swoich posunięć. Jak wskazuje J. Rostowski (2009), wymiar neurotyzmu pełni kilka istotnych funkcji:

- funkcja sygnalizująca – informuje jednostkę o zagrożeniach i rozbieżnościach,
- funkcja integrująca – ma wpływ na tworzenie się nowych układów funkcjonalnych, obejmujących różne jednostki wiedzy,
- funkcja preselekcyjna – ogólny stan emocjonalny jednostki wpływa na zachowanie znacznie wcześniej, zanim człowiek uświadomi sobie charakter sytuacji,
- funkcja tonizująca – oznacza, że emocje wpływają na sprawność myślenia i działania dzięki modelowaniu pobudzenia,
- funkcja energetyzująca – emocje są źródłem pobudzenia mobilizującego organizm do działania.

Drugim wymiarem osobowości według autorów modelu Wielkiej Piątki jest ekstrawersja. Osoby o wysokim poziomie ekstrawersji są otwarte na kontakty z innymi i zaangażowane w relacje międzyludzkie. Ekstrawertycy dobrze odnajdują się w dużych grupach społecznych, lubią działać społecznie i są skłonni do zabawy. To osoby optymistycznie nastawione do świata, serdeczne, a także towarzyskie. U osób z niskim poziomem ekstrawersji, introwertyków z reguły spotyka się rezerwę w kontaktach międzyludzkich, nieśmiałość. Najczęściej są to osoby ciche i zorientowane na zadanie, jakie mają do wykonania (Pervin, 2002; Pervin, John, 2002; Siuta, 2006; Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2012).

Trzecim wymiarem modelu Wielkiej Piątki jest otwartość na doświadczenia. Oznacza ona skłonność do poszukiwania doświadczeń i wrażeń życiowych, a także odbieranie ich jako czegoś pozytywnego. Osoby otwarte mają skłonności do kreowania nowej rzeczywistości, tworzenia i wymyślania nowych rzeczy dzięki swojej wyobraźni i pomysłowości. Często są to osoby odważne, które podejmują niekonwencjonalne działania i lubią poznawać to, co nowe i nieodkryte. Osoby o niskim poziomie otwartości na doświadczenie zazwyczaj są ludźmi ostrożnymi, o wąskich zainteresowaniach, twardo stąpającymi po ziemi i realistycznie patrzącymi na świat (Pervin, 2002; Siuta, 2006).

Kolejnym wymiarem tego modelu jest ugodowość. Cecha ta wiąże się z relacjami interpersonalnymi i wyraża się w altruistycznym podejściu do świata i innych ludzi. Osoby ugodowe są z reguły pomocne i szczerze. Nie mają w nawyku manipulowania innymi ludźmi w celu osiągnięcia własnych korzyści. Są skłonne do wspierania organizacji i akcji charytatywnych, a także odznaczają się dużą wrażliwością na ludzkie problemy

społeczno-bytowe. Osoby o niskim poziomie ugodowości są często narcystyczne i nieufne wobec innych. Są przekonane, że inni mają wobec nich złe zamiary. Wysokie natężenie tej cechy wiązać się może z rozwojem osobowości zależnej (Siuta, 2006; Gasiul, 2006; Pervin, John, 2002).

Ostatnim wymiarem osobowości w modelu Wielkiej Piątki jest sumienność. Osoby o jej wysokim poziomie posiadają jasno sprecyzowane cele i nieustannie dążą do ich realizacji. Cechuje je pracowitość, obowiązkowość i wysokie ambicje. Mają również duże chęci i motywację do wykonania zadania od początku do końca. Osoby sumienne przy wykonywaniu swoich obowiązków są bardzo rozważne, co nie oznacza, że nie potrafią podjąć decyzji, kiedy jest to niezbędne. Jednostki, które posiadają niski poziom sumienności, są mniej pracowite i obowiązkowe. Często mają hedonistyczne nastawienie do życia. Przy wykonywaniu zadań i dążeniu do realizacji założonych celów nie są tak dokładne i skrupulatne. Jednak mniejsza dokładność i skrupulatność nie oznacza, że nie są w stanie dobrze wykonać zleconego im zadania (Pervin, 2002; Gasiul, 2006; Siuta, 2006; Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2012).

Każdy z opisanych wyżej wymiarów osobowości składa się z dwóch przeciwstawnych biegunów i sześciu cech, a każdą cechę opisują kolejne przymiotniki. Zgodnie z tą zasadą wymiar (Sorokowska i in., 2014):

- Neurotyczności – ocenia położenie jednostki na płaszczyźnie: dobre przystosowanie – niestabilność emocjonalna. Dzięki tej skali udaje się wykryć osoby o zaburzeniach psychicznych, niezrozumiałych poglądach, niecodziennych dążeniach, a także te, które błędnie reagują na własne sytuacje życiowe. Często osoby neurotyczne są nerwowe, niezadowolone, spięte, a także lękliwe i niepewne siebie. Osoby z wysokim poziomem stabilności emocjonalnej cechują się natomiast spokojem, wewnętrzną siłą psychiczną i wysoką pewnością siebie (Pervin, 2002; Pervin, John, 2002).
- Otwartości na doświadczenie – ocenia, w jakim stopniu osoba wykazuje aktywność w poszukiwaniu nowych doświadczeń, a także, jak bardzo jest tolerancyjna na nowość. Osoby o wysokim stopniu otwartości charakteryzują się szerokimi zainteresowaniami, odwagą, są jednostkami twórczymi i bystrzymi. Natomiast ludzie o niskim poziomie otwartości często są konwencjonalni, przyziemni w działaniach, odznaczają się brakiem zainteresowań artystycznych i analitycznego myślenia (Pervin, 2002; Pervin, John, 2002).

- Ekstrawersji – dotyczy jakości i częstości relacji interpersonalnych. Ekstrawertycy są towarzyscy, rozmowni, optymistyczni, potrafią być aktywni, stymulowani oraz cieszyć się z życia. Introwertycy są natomiast chłodni w obyciu, wycofani, cisi i zorientowani na działanie, nie na ludzi. Często wycofują się z relacji interpersonalnych (Pervin, 2002; Pervin, John, 2002).
- Sumiennosci – ocenia umiejętność zorganizowania się jednostki, jej uporu i motywacji, aby osiągnąć cel. Osoby sumienne są pracowite, solidne, wytrwałe i ambitne. Ich mocną stroną jest zazwyczaj punktualność. Osoby niesumienne nie mają celu, są beztroskie, niedbałe i leniwe. Ponadto mają słabą wolę dotyczącą osiągania założonych celów (Pervin, 2002; Pervin, John, 2002).
- Ugodowości – ocenia, jakie jest nastawienie jednostki do innych ludzi: od wrogości do współczucia w emocjach, myślach i zachowaniach. Osoby ugodowe zazwyczaj są łatwowierne, bezpośrednie, ufne, z chęcią pomagają innym, a także są przyjazne. Osoby o niskim poziomie ugodowości są zazwyczaj cyniczne, bezlitosne, podejrzliwe w stosunku do innych, często okazują złość i mają tendencje do intryganctwa (Pervin, 2002; Pervin, John, 2002).

Użyte w definicji słowo „dyspozycja” wskazuje na to, że cecha osobowości jest tylko jednym z wielu czynników skłaniających ludzi do określonego działania lub postrzegania i przeżywania określonej sytuacji w taki, a nie inny sposób (McCrae, Costa, 2005). Jak dodaje J. Siuta (2006), wszystkie pięć składników osobowości wymienionych w omawianym modelu występuje w różnym stopniu u różnych osób. Stopień nasilenia konkretnej cechy zwiększa prawdopodobieństwo, że znajdzie ona przejawy w szerokim zachowaniu, działaniu, myśleniu bądź emocjach konkretnego człowieka.

Twórcy teorii Wielkiej Piątki uważają, że *cechy osobowości, temperament są wewnętrznymi dyspozycjami rozwijającymi się według wewnętrznych ścieżek rozwoju, w znaczącym stopniu niezależnych od wpływów środowiska* (Pervin, 2002, s. 277). Jak twierdzą, osobowość człowieka wewnątrznie dojrzewa, co znaczy, że wraz z upływem czasu dzięki niej kształtuje się obraz własnej osoby, cele osobiste, a także przekonanie o własnej skuteczności. Cechy każdego człowieka są warunkowane i reprezentowane przez geny i struktury mózgowie. Doświadczenia życiowe tylko w niewielkim stopniu wpływają na zmianę tych cech, największy bowiem wpływ ma ludzka biologia, także związana z chorobami, oddziaływaniem hormonów czy mutacjami (Zubrzycka-Maciąg, Kirenko, 2015). Istotny też jest fakt, że we wszystkich kulturach istnieją pewne podobne skłonności



do przejawiania tych samych wymiarów osobowości, co oznacza, że jest to struktura uniwersalna (Pervin, John, 2002).

Cechy osobowości, jak już wcześniej wspomniano, są determinowane biologicznie. Z faktem tym łączy się jeszcze jedna ich cecha – stałość. Jak twierdzą twórcy teorii Wielkiej Piątki, największy rozwój cech osobowości ma miejsce w dzieciństwie i dorosłości, a po 30. roku życia cechy pozostają na względnie stałym poziomie (Pervin, John, 2002). Możliwe są jednak nieznaczne zmiany w obrębie poszczególnych cech. Jak podają badania, od 30. do 90. roku życia istotnie obniża się poziom neurotyczności, ekstrawersji i otwartości, a następuje zwiększenie ugodowości i sumienności. Ponadto zauważa się pewne tendencje do zmian cech nieposiadających wyraźnych podstaw biologicznych, które mogą zostać wypracowane na skutek treningu środowiskowego, jak na przykład uspołecznienie czy odpowiedzialność. P.T.Costa i R.R. McCrae w swej teorii nie biorą jednak pod uwagę twierdzenia, że interakcje środowiskowe zmieniają całą strukturę osobowości, nie tylko niektóre jej wymiary (Oleś, 2011). Cechy osobowości człowieka są uporządkowane według pewnej hierarchii – od wąskich i specyficznych po szerokie i ogólne dyspozycje. Najwyższy poziom w hierarchii tworzy pięć głównych wymiarów osobowości (Oleś, Drat-Ruszczak, 2008, s. 751).

P.T. Costa i R.R. McCrae uważali, osobowość składa się z elementów centralnych i peryferyjnych. Do centralnych zalicza się podstawowe tendencje, które rozumiane są jako pewne zdolności, skłonności i talenty, charakterystyczne przystosowania definiowane jako nawyki nabyte w toku interakcji ze środowiskiem oraz wykształcony obraz własnej osoby. Należy zaznaczyć, że charakterystyczne przystosowania i sposoby dostosowania się do otoczenia są w dużym stopniu modyfikowane w zależności od tego, w jakiej sytuacji jednostka się znajduje. Jak podają R.R. McCrae i P. Costa (2005, s. 226), jednostka może wykształcić sobie pewne wzorce dotyczące myślenia, uczuć i zachowania, zgodne z cechami osobowości i wcześniejszymi przystosowaniami. Według tych autorów przystosowanie nie jest stałe, ponieważ może się zmieniać w czasie, oraz uwarunkowane jest przez dojrzewanie biologiczne, zmiany otoczenia lub celowe działania jednostki.

Na obraz samego siebie według twórców Pięcioczynnikowego Modelu Osobowości składają się Schematy Ja i mity osobiste. Jednostki podtrzymują na swój temat przekonania w postaci wzorców poznawczo-emocjonalnych we własnej świadomości. Ponadto w ramach obrazu samego siebie informacje są reprezentowane w umyśle wybiórczo, zgodnie z cechami osobowości, co daje jednostce poczucie spójności (Oleś, Drat-Ruszczak, 2008).

Elementami peryferyjnymi są podstawy biologiczne (warunkujące podstawowe tendencje) i wpływy zewnętrzne obejmujące normy kulturowe, zdarzenia oraz sytuacje życiowe, w które uwikłana jest jednostka. Do elementów peryferyjnych należy także biografia obiektywna, czyli wszelkie czyny, myśli i uczucia jednostki w różnych momentach jej życia, a także cele, które pozwalają jej organizować dalsze działania życiowe (Siuta, 2006; Oleś, Drat-Ruszczak, 2008; Gasiul, 2012). Elementy peryferyjne są czymś w rodzaju „wejść”, nie są one częściami osobowości, ale są z nią ściśle związane. Wszystkie te komponenty dynamicznie na siebie oddziałują, tworząc pełną strukturę osobowości (Zubrzycka-Maciąg, Kirenko, 2015).

Model Wielkiej Piątki znalazł swoje odzwierciedlenie w teorii potrzeb Murraya. Cechy osobowości warunkują konkretne potrzeby. Badania wskazują, że osoby o wysokim stopniu neurotyzmu przejmują się opiniami innych na swój temat (potrzeba uznania społecznego), są defensywne i powściągliwe (potrzeba obrony) oraz pragną opieki (potrzeba pomocy). Osoby ekstrawertyczne wykazują potrzebę przynależności, pokazania się i zabawy. Osoby otwarte na doświadczenie wykazują potrzebę zmiany, pragną stymulacji intelektualnej (rozumienie) i doświadczeń estetycznych (wrażliwość emocjonalna), lubią też ryzyko (niski poziom unikania krzywdy), a podejmowane przez nie działania są niecodzienne (potrzeba autonomii). Osoby o wysokim poziomie ugodowości mają potrzebę opiekowania się kimś, są skromne i w spornych sytuacjach życiowych usuwają się w cień. Osoby sumienne mają wysoką potrzebę porządku i posiadania osiągnięć. Ponadto są wytrwałe i ostrożne – zazwyczaj działają w sposób wcześniej przemyślany (potrzeba struktury poznawczej) (McCrae, Costa, 2005).

W koncepcji Wielkiej Piątki można wskazać pewne układy cech osobowości, które utrudniają bądź ułatwiają adaptację do sytuacji niepełnosprawności. Wymiar neurotyczności, w którym wskazuje się zachowania depresyjne, znacznie utrudnia taką adaptację, ponieważ związany jest z uczuciem smutku i bezwartościowości, a także poczuciem winy za swój stan zdrowia. W przypadku, gdy osoba z niepełnosprawnością jest bardzo krytyczna w stosunku do siebie i ma skłonności do zachowań depresyjnych, może odczuwać, że jest gorsza od innych. Wiąże się to z wrażliwością na uwagi innych ludzi dotyczące jej wyglądu zewnętrznego, spowodowane niepełnosprawnością ruchową. Osoby wrażliwe na takie sytuacje mogą mieć często momenty załamania się i zamknięcia, co prowadzić może do powstania depresji. Te negatywne emocje wiążą się z trudnościami w adaptacji do sytuacji niepełnosprawności (Zawadzki i in., 1998).

Do czynników osobowościowych ułatwiających adaptację do sytuacji niepełnosprawności można z pewnością zaliczyć wymiar ugodowości, który wiąże się z mniejszą ekspresją własnych emocji na zewnątrz. Osoby o wysokim poziomie ugodowości są cierpliwe, spokojne i ukrywają złe emocje, co może ułatwiać im proces adaptacji do niepełnosprawności. Przystosowanie do niepełnosprawności ułatwiają także takie cechy osobowości, takie jak łagodność, tendencja do poddawania się biegowi życia, a także dynamika zachowań i energia, którą jednostka przejawia w działaniu (Kurpiel, 2011).

U osób z niepełnosprawnością ruchową tak samo jak u osób pełnosprawnych osobowość kształtowana jest w ciągu całego życia. Dysfunkcja narządu ruchu ogranicza możliwość poznawania środowiska między innymi pod względem fizycznym i społecznym. Osoby z niepełnosprawnością ruchową chcą być akceptowane w pełni przez środowisko społeczne, pomimo swoich ograniczeń. Badania prowadzone przez A. Ostrowską (1997) wskazują, że osoby z niepełnosprawnością postrzegane są często jako słabe, wycofane, pełne obaw, mające dużo niepowodzeń życiowych. Stereotypy na temat osób z niepełnosprawnością dotyczą w dużej mierze osób z dysfunkcją narządu ruchu, ponieważ często są to ludzie z widocznymi zewnętrznymi dysfunkcjami, mające problemy z przemieszczaniem się, a także ograniczenia związane z uczestnictwem w życiu społecznym ze względu na różnego rodzaju bariery. Czynniki te mają ogromny wpływ na postrzeganie samego siebie, co może prowadzić do braku wiary we własne siły i możliwości (Ostrowska, 1997; Wolińska, 2015; Kurpiel, 2011).

Przy rozpatrywaniu sytuacji osób z niepełnosprawnością koniecznością jest także zwrócenie uwagi na ich obraz samych siebie, który – jak wskazuje W. Łukaszewski (za: Kurpiel, 2011, s. 33) – wynika z:

- odniesienia do własnych doświadczeń, osiągnięć, porażek – na podstawie tego jednostka wnioskuje o umiejętnościach,
- z opinii innych ludzi, w szczególności osób bliskich, odgrywających ważną rolę w życiu jednostki.

Należy również zaznaczyć, że obraz siebie jest strukturą niejednorodną i obejmuje różnorodne elementy. Strukturę ja można między innymi rozpatrywać ze względu na oś czasową: „ja przeszłe, ja teraźniejsze, ja przyszłe, wymiar ewaluacyjny: ja realne, ja idealne, formę przechowywania: elementy zwerbalizowane, elementy niezwerbalizowane, adresata: ja osobiste (dla siebie), ja publiczne (dla innych) i wymiar przestrzenny – elementy centralne ja, elementy peryferyczne ja” (Majewicz, 2002). W odniesieniu do

osób z niepełnosprawnością ruchową skupię się na omówieniu obrazu siebie ze względu na oś czasową i wymiar ewaluacyjny.

Każda niepełnosprawność jest psychicznym obciążeniem i powoduje zmiany w osobowości i obrazie samego siebie. Jak wskazuje A. Maciarz (1998, s. 15), do głównych przyczyn psychicznych obciążeń zalicza się lęk, ból fizyczny, a także ograniczenie aktywności. Oczywiście, skutki psychicznego obciążenia są bardzo indywidualne i zależą od osobowości, a także od czynników środowiskowych. Sposób ustosunkowania się do dysfunkcji narządu ruchu w dużej mierze powodowany jest sytuacją życiową, atmosferą w najbliższym otoczeniu, a także relacjami interpersonalnymi i możliwościami zaspokojenia potrzeb przez osobę dotkniętą niepełnosprawnością (Olszak-Krzyżanowska, 2006; Byra, 2017).

Osoby z niepełnosprawnością ruchową narażone są na rozbieżności pomiędzy „ja” realnym a „ja” idealnym. Ja realne to informacje, jakie osoba ma na swój temat w danej chwili. Wynika ono z jej doświadczeń przeszłych i teraźniejszych, a także pozwala określić możliwości i cele na przyszłość. Ja idealne zawiera w sobie komponent pragnieniowy, czyli informacje o tym, jaka chciałaby być osoba, oraz komponent postulowany, czyli jaka powinna być osoba (Majewicz, 2002). Różnice pomiędzy ja realnym a ja idealnym mogą być czynnikiem, który spowoduje powstanie osobowości homilopatycznej, charakterystycznej dla osób z niepełnosprawnością. Homilopatia objawia się między innymi: niepewnością, brakiem wiary we własne możliwości, niską samooceną, małą akceptacją siebie, słabością ego, a także niestabilnością nastroju (Jakubik, 2003). Jak dodaje D. Kurpiel (2011), kształtowanie się tego rodzaju osobowości zależy między innymi od ukształtowanej wcześniej osobowości, czasu powstania niepełnosprawności, reakcji psychologicznej, a także od środowiska, w którym funkcjonuje osoba z niepełnosprawnością. Niekiedy doświadczenia związane z niepełnosprawnością mogą korzystnie wpływać na rozwój. Osoba z niepełnosprawnością powinna wypracować sobie stałe wartości, które spowodują ogólnie dobre samopoczucie i nadadzą sens dalszemu życiu jednostki (Wright, 2004).

Rozważając wpływ cech osobowości na adaptację do niepełnosprawności, należy zaznaczyć, że osoby z niepełnosprawnością ruchową nabytą w ciągu życia są w innej sytuacji niż osoby z niepełnosprawnością istniejącą od urodzenia. Osoby z niepełnosprawnością wrodzoną kształtują poczucie własnej wartości, wiedzę o sobie, własne kompetencje i poczucie samoakceptacji od samego początku swojego życia (Szczupał, 2007). W przypadku tego rodzaju niepełnosprawności sytuacja niemożności

pokonania pewnych rzeczy jest pewnego rodzaju normą, na którą jednostka nie ma wpływu. Koncepcja swojej osoby kształtuje się od momentu urodzenia, ponieważ doświadczenia i umiejętności zdobywane w okresie dzieciństwa pozwalają wykształcić sposoby radzenia i cechy, które pomagają w przystosowaniu się. Bardzo istotne jest, że osoba z niepełnosprawnością wrodzoną nie zna możliwości funkcjonowania jako osoba pełnosprawna (Majewicz, 2012).

W momencie utraty sprawności człowiek przeżywa zmianę wizji i koncepcji własnej osoby. Towarzyszą mu negatywne emocje, przeżywa szok i niedowierzanie w to, co się stało. Nagła utrata sprawności dotyka najgłębszych sfer człowieka i utrudnia odnalezienie się w nowej sytuacji, samoidentyfikację, a także powoduje zmiany w postrzeganiu samego siebie. Zostaje zaburzona jego niezależność i samodzielność osobotwórcza. Nabycie niepełnosprawności w pewnym stopniu zmienia proces kształtowania się indywidualności według własnych planów i celów. Zmienia się postrzeganie obrazu samego siebie. Duże znaczenie w zmianie spojrzenia na własną osobę ma osobowość przedurazowa (Kirenko, 1995). Z dotychczasowych badań osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą wynika, że istnieją różnice pomiędzy poszczególnymi ujęciami obrazu siebie:

- ja retrospektywne a ja realne – osoby przed nabyciem niepełnosprawności były bardziej aktywne życiowo, zainteresowane ludźmi. Po nabyciu niepełnosprawności oceniają siebie jako mniej stanowcze, słabsze psychicznie, smutne i unikające kontaktów z innymi.
- ja retrospektywne a ja idealne – osoby z nabytą niepełnosprawnością pragną być bardziej energiczne i pewne siebie, atrakcyjne, a także kierować się w życiu wyższymi wartościami niż dotychczas. Pomimo nabycia niepełnosprawności i trudności z nią związanych chciałyby być pracowite, aktywne, a przy tym optymistycznie nastawione do życia.
- ja realne a ja idealne – osoby chcą być bardziej szanowane i akceptowane, a także chcą dążyć do uspołecznienia i swobody psychicznej i społecznej (Kirenko, 1995).

Z badań przeprowadzonych przez D. Kurpiel (2011) wynika, że wymiary osobowości nie mają dużego wpływu na przystosowanie do niepełnosprawności. Średnie nasilenie neurotyzmu i sumienności oraz wysokie nasilenie w wymiarach otwartości na doświadczenie, ekstrawersji i ugodowości może wskazywać na rozbieżności pomiędzy ja realnym a ja idealnym oraz na pozorne przystosowanie się do niepełnosprawności ruchowej. Badania przeprowadzone przez P. Majewicza (1997) wśród osób z dysfunkcją

narządu ruchu wskazują, że osoby te nisko oceniają sferę ja fizycznego oraz ja osobistego. Ponadto czują się gorsze od innych i mają tendencję do bycia uległymi.

### **3.3. Radzenie sobie ze stresem – style i strategie**

Zainteresowanie zagadnieniami związanymi ze stresem widoczne jest na gruncie wielu nauk, nie tylko społecznych, ale i medycznych. Spoglądając na zarys historycznych badań nad stresem, trzeba wspomnieć o perspektywie biologicznej i psychospołecznej. W ujęciu biologicznym oznacza on reakcję o charakterze ogólnoustrojowym, za którą odpowiedzialne są mechanizmy neuronalne i immunologiczne (Terelak, 1997, 2017). Początki tradycji psychospołecznej sięgają okresu II wojny światowej, kiedy obserwacja niepowodzeń w przystosowaniu się żołnierzy armii amerykańskiej spowodowała, że zaczęto się interesować problematyką stresu (Makowska, Poprawa, 2001).

Jak wiadomo, stres jest nieodłącznym elementem życia ludzkiego. Sam moment narodzin jest sytuacją stresującą, ponieważ stanowi przejście do świata pełnego nieznanymi bodźców. Pierwsze stresory związane są z funkcjonowaniem organizmu – zalicza się do nich hałas, temperaturę, wysiłek fizyczny. Wraz z dorastaniem jednostki i jej włączaniem się w różne grupy społeczne pojawia się stres psychologiczny odpowiedzialny za różnego rodzaju emocje związane z konkretnymi sytuacjami, wydarzeniami bądź osobami w jej życiu (Rumińska-Busz, 2014).

Jak wskazuje R. Zawadzki (2004), stres może być wywoływany przez różnego rodzaju sytuacje prowadzące między innymi do:

- dyskomfortu fizycznego i psychicznego;
- trudności i kłopotów w zachowaniu człowieka;
- zmniejszenia używalności organizmu lub jego części, co może być powodem gorszej wydajności pracy i wykonywanych zadań;
- zmian aktywności ludzkiej;
- rozstrojenia procesów umysłowych i emocjonalnych;
- zniszczenia relacji interpersonalnych;
- utraty więzi zawodowych, kulturowych i społecznych.

Problem stresu od kilkadziesiąt lat stanowi jedno z ważniejszych zagadnień psychologii zdrowia. Jest to kwestia, która w ogromnym stopniu świadczy o więzi łączącej ciało i umysł człowieka. Współczesne badania dotyczące stresu coraz lepiej udowadniają

jego związek z chorobami (Bishop, 2000). Pomimo dużej ilości badań go dotyczących termin „stres” nie został jednoznacznie zdefiniowany (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010).

Jak wskazuje I. Heszen (2013), stres definiuje się na różne sposoby. Może on być rozumiany jako bodziec wywołujący napięcie emocjonalne i przeszkadzający w normalnym funkcjonowaniu lub jako reakcja na działające bodźce. W podejściu reakcyjnym definiuje się go jako niespecyficzną reakcję organizmu na działanie szkodliwych bodźców nazywanych stresorami (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010, s. 46).

Stresorem może stać się każdy czynnik działający na organizm długotrwale. Można je podzielić na fizyczne i psychiczne. Do czynników fizycznych zaliczyć można te, które są związane ze środowiskiem naturalnym (Bargiel, 1997). Ze względu na tematykę pracy skupię się nad czynnikami związanymi z psychiką człowieka

Współcześnie stres psychologiczny definiowany jest jako relacja między środowiskiem zewnętrznym a jednostką. Inaczej mówiąc, jest to stan nierównowagi pomiędzy wymaganiami jednostki a środowiskiem zewnętrznym. Stres może wystąpić w sytuacji, gdy wymagania są zbyt duże lub zbyt małe w stosunku do możliwości człowieka (Heszen, 2013). W. Łosiak (2007, 2008) dodaje, że stres jest wewnętrznym stanem jednostki. Jest on procesem przebiegającym na dwóch różnych poziomach: fizjologicznym i psychologicznym. Związany jest z poczuciem zagrożenia, niepowodzenia, doświadczaniem negatywnych uczuć czy niekorzystną oceną sytuacji. Bardzo często uczuciom tym towarzyszą objawy fizjologiczne nazywane stresem fizjologicznym. Poziomy te w pewnym wzajemnie stopniu się uzupełniają i oddziałują na siebie (Łosiak, 2008). Jak wskazuje K. Zabłocki (1999), stres można rozpatrywać zarówno w wymiarze obiektywnym (swoiste cechy danej sytuacji, warunki zewnętrzne), jak i subiektywnym (nierównowaga pomiędzy wymaganiami i cechami osoby, np. choroba, uszkodzenia).

T. Tomaszewski (1975) wyraźnie podkreśla znaczenie indywidualnych cech jednostki w ocenie danej sytuacji i dodaje, że zdarzenie, które jest dla jednej osoby stresujące, przez inną może być postrzegane jako sytuacja normalna. Badacz ten (Tomaszewski 1975) wyróżnia cztery rodzaje sytuacji trudnych:

- sytuacje deprywacji – brak warunków do normalnego życia i funkcjonowania,
- sytuacje przeciążenia – kiedy osoba ma do wykonania zadanie, będące na granicy jej możliwości,
- sytuacja utrudnienia – kiedy nie ma możliwości poradzenia sobie w sytuacji ze względu na brak elementów niezbędnych do wykonania zadania,

- sytuacje zagrożenia – kiedy istnieje prawdopodobieństwo naruszenia wartości ważnej dla danej osoby.

Radzenie sobie ze stresem w kontekście niepełnosprawności ruchowej należy rozpatrywać na płaszczyźnie interakcji osoba–środowisko. Osoba z niepełnosprawnością ruchową doświadcza w swoim życiu niejednokrotnie sytuacji trudnych związanych z ograniczeniami. Najczęściej spowodowane są sprzecznością pomiędzy wymaganiami otoczenia a możliwościami i zasobami jednostki. Takie momenty mobilizują osobę do podjęcia działania w celu zaradzenia trudnościom i przywrócenia równowagi życiowej. Już sam fakt posiadania lub nabycia niepełnosprawności w okresie życia wskutek postępujących chorób czy też nieprzewidzianych okoliczności rozumiany jest jako stresor/sytuacja trudna. Niejednokrotnie powoduje zależność od innych, konieczność przewartościowania i zmiany celów życiowych czy też zmusza do pokonywania różnego rodzaju barier (Byra, 2012a; Heszen, Sęk, 2007).

Według J. Reykowskiego (1973) można wyróżnić cztery rodzaje stresu związanego ze stanem zdrowia:

- stres chwilowy – doraźny, przemijający, trwa przez krótki, określony czas,
- stres przewlekły – trwa przez dłuższy okres, ale może ustąpić bądź zmniejszyć swoje natężenie wraz z upływem czasu,
- stres trwały – stałe uszkodzenie bądź utrata czegoś ważnego, może się wiązać też z uszkodzeniem ciała (niepełnosprawność),
- stres postępujący – trwa cały czas, wraz z jego upływem często narasta (postępująca nieuleczalna choroba).

W zależności od tego, czy sytuacja obecna, w której znajduje się osoba, jest przewidywalna, czy nie, może powodować inne czynniki stresowe związane na przykład z utratą pracy, trudnościami ekonomicznymi, problemami związanymi z samoobsługą czy też obniżeniem pozycji społecznej. Z tego właśnie powodu S.J. Lepore i G.W. Evans (za: Kowalik, 2007) wskazują na kontekstualny charakter stresu.

Osoby z niepełnosprawnością są w ciągu życia niejako zmuszane do radzenia sobie w sytuacjach stresowych związanych z obniżeniem stanu zdrowia, a także z jego konsekwencjami. W związku z uznaniem faktu, że niepełnosprawność i towarzyszące jej okoliczności mogą w wielu przypadkach powodować stres, wprowadzono termin „stres związany z niepełnosprawnością”, który wyzwała się pod wpływem uszkodzenia ciała, jego skutków, a również ograniczeń z nią związanych (Byra, 2018).



Sytuacja niepełnosprawności ruchowej, trwałej bądź nabytej, wymusza wypracowanie sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, które może powodować (Byra, 2012, 2019)

Jedną z teorii najczęściej rozwijanych i poddawanych weryfikacji na gruncie psychologii jest poznawczo-transakcyjna koncepcja stresu i radzenia sobie R.S. Lazarusa i S. Folkman (1984; za: Batrosz, 2002, s. 41; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010). Zgodnie z tym podejściem stres definiowany jest jako relacja między osobą a jej otoczeniem, która obciąża i przekracza zasoby jednostki, a także zagraża jej dobrostanowi. Ujęcie poznawczo-transakcyjne porusza także zagadnienie radzenia sobie ze stresem. W ujęciu tym definiowane jest jako dynamiczny proces, którego celem jest poradzenie sobie osoby z wymaganiami, które ją obciążają. Zakłada się, że efektem poznawczych i behawioralnych wysiłków związanych z procesem radzenia sobie będzie opanowanie sytuacji, którą postrzega się jako obciążającą i przekraczającą możliwości i zasoby osobiste (Heszen, Sęk, 2007; Heszen, 2005).

W koncepcji R. Lazarusa i S. Folkman (za: Terelak, 1997) wyróżnione zostały dwie funkcje radzenia sobie:

- instrumentalna – związana ze sposobami radzenia sobie zorientowanymi na problem, których zadaniem jest zmniejszenie lub całkowite usunięcie czynnika stresującego, co powoduje długotrwałe usunięcie napięć emocjonalnych;
- regulacyjna – związana ze sposobami radzenia sobie zorientowanymi na emocje, ułatwia opanowanie emocji uaktywniających się pod wpływem konkretnego czynnika stresującego; skupianie się na emocjach nie prowadzi do rozwiązania problemu, jest to chwilowe zminimalizowanie działania stresora.

W zależności od przyjęcia sposobu radzenia sobie ze stresem (koncentracja na problemie / koncentracja na emocjach) pojawiają się odmienne zachowania. Koncentracja na problemie wiąże się z konkretnym działaniem, planowaniem, poszukiwaniem rozwiązań sytuacji lub z obroną swojego stanowiska tak, żeby osiągnąć zamierzony cel. Natomiast koncentracja na emocjach może wiązać się z zaprzeczeniem, powstrzymaniem się od działania, obwinianiem się za zaistniałą sytuację, samokontrolą, poszukiwaniem wsparcia lub też z pozytywną reinterpretacją sytuacji stresowej (Carver i in., 1989; Oleś, 1993).

Obie te funkcje wzajemnie się uzupełniają, ponieważ emocje, które wyzwalane są w jednostce pod wpływem czynników stresujących, motywują ją do określonego działania i niwelowania bądź zmniejszania wpływu czynnika stresującego. Istotny jest również fakt,

że niezależnie od rodzaju, źródła i czasu trwania stresu każdy człowiek będzie inaczej na niego reagował i w odmienny sposób postępował w konkretnej sytuacji (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010).

Według twórców poznawczo-transakcyjnej teorii stresu R. Lazarusa i S. Folkman najważniejszym kryterium decydującym o uznaniu sytuacji za stresującą, a także o konkretnym sposobie działania w sytuacji stresu jest ocena poznawcza zjawiska, przy czym wyróżnia się ocenę pierwotną i wtórną. Badacze (Lazarus, Folkman, 1984, za: Łosiak, 2008, s. 66) definiują ocenę poznawczą jako *proces kategoryzacji zdarzeń i jego różnych aspektów, ze względu na jego znaczenie dla dobrostanu*. R. Lazarus i S. Folkman (1984) rozróżnili ocenę pierwotną, wtórną i ponowną sytuacji stresowej.

Ocena pierwotna sytuacji pozwala na uznanie jej za obojętną, korzystną bądź nie, a także na postrzeganie jej jako krzywdy, zagrożenia bądź wyzwania. Sposób postrzegania sytuacji stresowej wiąże się z występowaniem emocji. Ocena pierwotna może powodować postrzeganie sytuacji niepełnosprawności w trzech kategoriach:

- a. Niepełnosprawność jako krzywda – takie postrzeganie własnej sytuacji wiąże się z rozumieniem jej jako utraty zdrowia i kondycji, a także z wartościowaniem utraconych możliwości i subiektywnym odczuwaniem trudności związanych z niepełnosprawnością. Ponadto może wywoływać emocje żalu, smutku, rozgoryczenia czy też złości. W tym wypadku aktywność zaradcza osoby z niepełnosprawnością polega na wykorzystaniu mechanizmów obronnych lub poszukiwaniu wsparcia społecznego (Byra, 2012a).
- b. Niepełnosprawność jako zagrożenie – taka ocena sytuacji niepełnosprawności oznacza podkreślanie jej negatywnych skutków, a także wiąże się z tym, że sytuacja, w jakiej aktualnie osoba się znajduje uniemożliwia bądź utrudnia w dużym stopniu osiągnięcie ważnych dla niej celów, nie tylko aktualnie, ale i w przyszłości. Taki sposób oceny własnej sytuacji może powodować strach, lęk bądź zamartwianie się. Proces radzenia sobie uruchamia się zaraz przed doświadczaniem trudnych sytuacji (Byra, 2012a).
- c. Niepełnosprawność jako wyzwanie – takie postrzeganie niepełnosprawności wiąże się z zauważaniem korzyści, jak i strat. Wiąże się z aktywnością własną jednostki przy jednoczesnym zauważaniu ograniczeń i ciągłym ich pokonywaniu oraz z dążeniem do wyznaczonych sobie celów (Byra, 2012a). Jak wskazuje I. Heszen-Niejodek (2000) dzięki postrzeganiu niepełnosprawności w kategoriach wyzwania jednostka skłania się do działań ukierunkowanych na własny rozwój.

Osoba koncentruje swoje działania na rozwijaniu własnych możliwości w celu skutecznego radzenia sobie ze stresem (Byra, 2012a).

Ocena wtórna zaś pozwala na subiektywne określenie możliwości wykorzystania własnych zasobów w konkretnej sytuacji oraz możliwości emocjonalnego radzenia sobie, a także może zmienić sposób postrzegania sytuacji i oszacować skutki stresującego czy też trudnego wydarzenia (Heszen, 2007; Heszen, Sęk, 2008; Łosiak, 2008; Byra, Parchomiuk, 2009; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010). Według R. Lazarusa i S. Folkman (1984; za: Heszen, 2013, s. 30) sposób postrzegania przez jednostkę wydarzenia stresującego wywołuje u niej konkretne emocje. Obie te oceny przebiegają równolegle, budując stopień odczuwania stresu, a także jego siłę i jakość reakcji stresowej.

W odniesieniu do niepełnosprawności ocena wiąże się nie tylko z faktem posiadania dysfunkcji przez osobę, ale także ze świadomością jednostki o jej aktualnej kondycji psychofizycznej, a także o przyszłych konsekwencjach dla fizycznego i psychospołecznego funkcjonowania. Oprócz postrzegania sytuacji niepełnosprawności jako straty, zagrożenia lub wyzwania do jej oceny jako sytuacji stresowej należy wziąć pod uwagę stopień oceny niepełnosprawności jako sytuacji stresującej, poziom i zakres doświadczeń związanych ze stresującymi okolicznościami i mających wpływ na ogólny poziom dobrostanu oraz sposób umiejscowienia trudności przez osobę – jednostka czy środowisko (Byra, 2018).

Współcześnie poszerzono sposób rozumienia zagadnień związanych z radzeniem sobie ze stresem. Zaznacza się znaczenie pozytywnych emocji w procesie radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Poradzenie sobie z sytuacją trudną wywołuje emocje pozytywne. Jak wskazuje S. Folkman (2006; za: Gruszczyńska, 2007), pozytywne emocje pomagają utrzymać odpowiednie działania zaradcze, dostarczają wytchnienia w procesie radzenia sobie, a także ułatwiają odbudowywanie zasobów wykorzystywanych w procesie radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. W poszerzonym sposobie rozumienia radzenia sobie wyodrębniono także aktywność zmierzającą do nadania znaczenia trudnej sytuacji. Zauważa się, że nie zmienia ono bezpośrednio sytuacji stresowej, lecz zmierza do ponownej jej oceny i odnalezienia jej pozytywnego sensu (Park, Folkman, 1997; Byra, 2019). S. Folkman i J. Moskowitz (2007, s. 198) dodają, że nadawanie znaczenia może być związane z konkretną doświadczaną sytuacją trudną (sytuacyjne nadawanie znaczenia) lub dotyczyć poszukiwania korzyści we wcześniej doświadczonych trudnych sytuacjach życiowych (globalne nadawanie znaczenia).

Jak wskazuje E. Gruszczyńska (2007), emocje pozytywne mogą wpływać na sytuację stresu na trzy sposoby: *pozytywne przewartościowanie, radzenie sobie skoncentrowane na kontrolowalnych aspektach problemu oraz kreowanie pozytywnych wydarzeń*. Najważniejszym aspektem w pozytywnym spojrzeniu na sytuację trudną jest poszukiwanie w niej sensu i nadawanie nowego znaczenia sytuacji, która początkowo miała negatywne znaczenie dla osoby. Według S. Folkman (2006) złe skutki radzenia sobie ze stresem po pewnym czasie zmuszają osobę do poszukiwania znaczenia. Jak dodaje S. Byra (2018), nadawanie znaczenia może być elementem ogólnej oceny niepełnosprawności, który istotnie wpływa na zintegrowanie osoby z niepełnosprawnością ze światem ją otaczającym, a także pomaga znaleźć własne miejsce w życiu. Radzenie sobie poza aspektem poznawczym i emocjonalno-motywacyjnym obejmuje duchowość człowieka (Heszen-Niejodek, Gruszczyńska, 2004).

Według M. Perrez i M. Reicherts (1992, za: Łosiak, 2008) istnieją powiązania pomiędzy oceną poznawczą a stosowanymi formami radzenia sobie w sytuacji stresowej. Osoba może aktywnie działać, być pasywną wobec danej sytuacji, unikać jej, poszukiwać informacji, tłumić informację bądź przeanalizować całą sytuację ponownie. Działanie osoby zależy od sposobu postrzegania danej sytuacji, co znaczy, że możliwości jej zmiany oraz oczekiwania zmiany są niezależne od podjętych działań.

Ocena niepełnosprawności związana jest bezpośrednio nie tylko z procesem radzenia sobie, ale także z przystosowaniem do sytuacji niepełnej sprawności. Stosowanie poszczególnych strategii radzenia sobie jest istotną częścią procesu przystosowania się (Livneh, Antonak, 1997). Ujmowanie własnej niepełnosprawności w jednej z trzech kategorii (strata, zagrożenie bądź wyzwanie) warunkuje wybór określonego sposobu radzenia sobie. Zarówno osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, jak i z brakiem kończyny dolnej oceniające swój stan obecny w kategorii straty stosują strategie utrudniające sposób przystosowania. Stosowanie konstruktywnych strategii zaradczych zmierzających do rozwiązania pojawiających się trudności wiąże się z postrzeganiem niepełnosprawności w kategoriach wyzwania, a także ułatwia znacznie proces przystosowania się (Byra, 2018). Jak wskazują E. Martz i H. Livneh (2007), radzenie sobie polegające na rozwiązywaniu problemu, poszukiwaniu wsparcia, a także dążeniu do celu służy przystosowaniu się do niepełnosprawności.

Ze względu na tematykę podejmowanych zagadnień i uznanie faktu, że w kontekście niepełnosprawności stres rozpatruje się na płaszczyźnie człowiek-środowisko, przyjmuje się interakcyjny model radzenia sobie ze stresem, który stanowi pewną modyfikację

koncepcji poznawczo-transakcyjnej. Zgodnie z tym założeniem stresu nie można rozpatrywać jako bodźca ani jako reakcji. W tym ujęciu rozumie się stres jako relację pomiędzy jednostką a środowiskiem (Grzegorzewska, 2007). Jak wskazuje K. Wrześniewski (2004), zmiany i uzupełnienia koncepcji transakcyjnej dotyczą trzech aspektów:

- uznania mechanizmów obronnych osobowości za jeden ze sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach,
- wyróżnienia dyspozycyjnej i sytuacyjnej oceny stresu,
- rozróżnienia procesów, stylów i strategii radzenia sobie ze stresem.

Jak już wyżej wspomniano, radzenie sobie ze stresem można rozpatrywać w trzech aspektach (Wrześniewski, 2004; Łosiak, 2008). Można rozumieć je jako proces, styl i strategię. Styl definiowany jest jako względnie trwała cecha osobowości, dyspozycja wyznaczająca indywidualny sposób zachowania się, preferowanie konkretnych działań wobec stresu. Jest on uwarunkowaniem indywidualnym procesu radzenia sobie i wynika z postawy, jaką przyjmuje jednostka wobec stresora. Styl jest obiektywnym wymiarem, z którego wynikają odmienne zachowania ludzi w podobnych sytuacjach życiowych – to inaczej zbiór strategii radzenia sobie. Style radzenia sobie ze stresem mogą mieć charakter nieuświadomiony, automatyczny lub świadomy, wynikający z autorefleksji (Heszen-Niejodek, 2004; Heszen, 2007; Łosiak, 2008; Byra, Parchomiuk, 2009, Byra, 2019).

Według N.S. Endlera i J.D.A. Parkera (1990) można wyróżnić trzy style radzenia sobie: radzenie skoncentrowane na zadaniu, emocjach i unikaniu. Osoby skoncentrowane na zadaniu najczęściej podejmują działania poznawcze w celu rozwiązania problemu poprzez zmianę aktualnej sytuacji. Styl skoncentrowany na emocjach wyraża się w koncentracji na sobie i ukazywaniu w sytuacji stresu własnych przeżyć emocjonalnych, takich jak napięcie, poczucie winy, złość. Osoby radzące sobie poprzez unikanie charakteryzują się skłonnością do niemyślenia o sytuacji stresowej oraz ucieczką w czynności zastępcze.

Pod pojęciem strategii rozumie się zachowanie i działanie w konkretnej sytuacji, dostosowane niejako do określonych ograniczeń, potrzeb i wymogów, jakie stawia dana sytuacja (Łosiak, 2008; Wrześniewski, 2004). Strategie radzenia sobie wynikają bezpośrednio z przyjętego stylu i składników osobowości. Duża ilość wymienionych wyżej elementów prowadzi do intra- oraz interindywidualnych różnic w radzeniu sobie z sytuacjami stresowymi (Byra, Parchomiuk, 2009).

Interakcyjny model radzenia sobie obejmuje dwa rodzaje radzenia sobie w sytuacji stresowej: ocenę dyspozycyjną i sytuacyjną. Pierwszy z nich odnosi się do pewnej stałej tendencji oceny różnych sytuacji w podobny sposób i wynika z cech osobowościowych. Warunkuje indywidualne różnice spostrzegania i interpretowania zdarzeń. Nadaje jej się szczególne znaczenie, ponieważ odnosi się do zachowania w konkretnej sytuacji. Ocena sytuacyjna związana jest ze zmiennością zdarzenia i zależy od bieżących cech zdarzenia stresowego. Rozróżnienie oceny dyspozycyjnej i sytuacyjnej w sytuacji stresowej jest spójne z wcześniej zaznaczonym podziałem na style i strategie radzenia sobie (Heszen-Niejodek, 1997; Włodarczyk, 2003; Wrześniewski, 2004).

Istotnym czynnikiem osobowościowym niezbędnym do efektywnego radzenia sobie z sytuacją niepełnosprawności jest nadzieja, rozumiana jako ogólny zespół przekonań jednostki na temat uporządkowania, sensowności świata oraz jego przychylności wobec innych ludzi. Inaczej mówiąc, jest to własna teoria świata, która pomaga w interpretacji tego, co wydarzy się w przyszłości oraz szukaniu własnego miejsca i roli. Nadzieja pozwala na korzystne ustosunkowanie się osoby z niepełnosprawnością ruchową do sytuacji zmiany. Wiąże się także z przekonaniem o sensowności, dobrych intencjach i zamierzeniach otoczenia społecznego wobec jednostki oraz z przekonaniem, że większość planów i zamierzeń zostanie osiągnięta i zrealizowana (Trzebiński, Zięba, 2003).

Stres w ujęciu interakcyjnym pojawia się dopiero w momencie oceny danej sytuacji jako zagrażającej. Według modelu interakcyjnego ocena poznawcza zdarzenia w dużym stopniu zależy od zasobów, doświadczeń i możliwości danej jednostki (Grzegorzewska, 2007). Do czynników wpływających na podjęcie adekwatnych działań wobec stresu oprócz oceny sytuacji i cech osobowości należą wiek, płeć, a także obecny stan zdrowia (Wrześniewski, 1996).

Radzenie sobie ze stresem może być także rozpatrywane jako proces, ponieważ jest to działanie jednostki na wielu płaszczyznach, w różnych kontekstach, rozłożone w czasie, a także o różnej dynamice i interakcyjności wielu zjawisk, procesów oraz pewnych mechanizmów poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych, związanych z pozycją jednostki w danym środowisku (Byra, 2012a). Jak wskazuje I. Heszen-Niejodek (2015), jest to ciąg następujących kolejno strategii. Jednostka celowo dąży do maksymalnego zmniejszenia różnic pomiędzy wymogami otoczenia i własnymi możliwościami. Aby zmniejszyć wyżej wspomniane różnice między wymaganiami środowiska społecznego a możliwościami, osoba przyjmuje konkretne strategie, które warunkowane są poprzez

jednostkowe sytuacje, a także zmiany jej indywidualnego stanu psychofizycznego (Wrześniewski, 2004, Jakubowska-Winiecka, 2004).

Koniecznością jest zaznaczenie, że sposoby radzenia sobie w sytuacji trudnej osób z niepełnosprawnością podlegają wielu zmianom w zależności od okoliczności, z jakimi się spotykają. Osoby z niepełnosprawnością często mogą mieć trudności z funkcjonowaniem na płaszczyźnie biologicznej, psychologicznej bądź społecznej, dlatego też stale muszą poszukiwać strategii pomocnych w przewycięzaniu trudności oraz sposobów radzenia sobie przy napotykanym, nowych, dotąd nieznanym trudnościach (Byra, 2012a).

W kontekście radzenia sobie z sytuacjami trudnymi można wyróżnić dwa rodzaje aktywności zaradczej:

- Wykorzystanie strategii zadaniowych, emocjonalnych bądź unikowych, które wywołuje u osoby częściowe poczucie kontroli sytuacji, w jakiej się znajduje (Chronister, Chan, 2007).
- Wykorzystanie różnych strategii w różnym czasie i sytuacjach to dopasowanie się strategii do stylu radzenia sobie (elastyczność). Elastyczność ma duże znaczenie w efektywnym radzeniu sobie z problemami. Efektywność taka wiąże się z tym, że pewne strategie radzenia sobie ze stresem są lepsze od innych. Można mówić o efektywności w trzech wymiarach: psychologicznym, społecznym i medycznym. Ten ostatni wiąże się z aspektami medycznymi niepełnosprawności. W przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową efektywne radzenie sobie z uszkodzeniem narządu ruchu może oznaczać funkcjonowanie w rolach społecznych na miarę możliwości jednostki oraz dobre samopoczucie psychiczne (Heszen-Niejodek, 1996, 2000; Chronister, Chan, 2007).

Jak wskazuje J.F. Kosciulek (2007), osoba z niepełnosprawnością, aby dobrze funkcjonować w życiu społecznym i radzić sobie ze swoimi ograniczeniami, powinna zmienić swój sposób myślenia dotyczący niepełnosprawności i uszkodzenia ciała. Powinna dążyć do posiadania kontroli nad własną sytuacją oraz do refleksji nad sobą. Ponadto powinna dążyć do akceptacji swoich ograniczeń oraz akceptować swoją rolę w środowisku społecznym. Bardzo istotne w tym procesie może być związane z własną niepełnosprawnością działanie społeczne w placówkach pracujących na rzecz osób z różnego rodzaju niepełnosprawnościami.

Aktywność zaradcza stosowana w sytuacji niepełnej sprawności ruchowej jest przedmiotem wielu badań. Sposoby radzenia sobie z sytuacjami trudnymi są często

ukazywane ze względu na ich hierarchię. Podkreśla się ich ważność z punktu widzenia obiektywnego oraz subiektywnego w kontekście ogólnego dobrostanu jednostki oraz przebiegu rehabilitacji (Chronister, Chan, 2007), a także przydatności w życiu codziennym. Jak wskazuje I. Heszen-Niejodek (2000), do najczęstszych sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi należą: poszukiwanie lub unikanie informacji, działanie na rzecz własnego zdrowia czy też stosowanie mechanizmów obronnych (Heszen-Niejodek, 2000).

Radzenie sobie ze stresem, jak już wyżej wspomniano, jest działaniem rozłożonym w czasie, dlatego należy zwrócić uwagę na wymiar temporalny. Jak wskazuje S. Byra (2012a) trudno jest wskazać prostą zależność pomiędzy czasem trwania niepełnosprawności lub momentem jej nabycia a stosowaniem konkretnych strategii zaradczych. Należy także uwzględniać ogólne prawidłowości funkcjonowania psychospołecznego jednostki. Inaczej będzie przebiegał proces radzenia sobie osób z niepełnosprawnością nabytą niż z trwałą. Jak dodaje R. Zawadzki (2004) bardzo duże znaczenie w radzeniu sobie ze stresem mają także powtarzalność, nieuchronność oraz częstotliwość i nieprzewidywalność jej występowania. Kiedy osoba z niepełnosprawnością potrafi przewidzieć sytuację trudną, która może się przytrafić w niedalekiej przyszłości, wówczas mobilizuje się do poradzenia sobie z nią.

Uwzględnienie czasowego aspektu radzenia sobie w trudnych sytuacjach prowadzi do wyróżnienia czterech typów radzenia sobie, które uruchamiane są w perspektywie czasowej:

- radzenie proaktywne – pojawiające się na długo przed pojawieniem się stresora, np. zetknięcie się z codziennymi obowiązkami przed ponownym wejściem na rynek pracy już w sytuacji niepełnosprawności ruchowej i po ograniczeniu mobilności; w radzeniu proaktywnym wskazuje się na następujące strategie zaradcze: refleksję, planowanie, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego/instrumentalnego, prewencyjne i unikowe (Livneh, Martz, 2007; Terelak, 2017)
- radzenie antycypacyjne – pojawia się tuż zaraz przed spodziewaną trudną, stresującą sytuacją, np. w przypadku osób z ograniczoną możliwością poruszania się w czasie oczekiwania na konsultację lekarską; w czasie oczekiwania na sytuację stresującą człowiek ma szansę zaplanować najefektywniejsze według niego sposoby zaradzenia problemowi, z którym ma do czynienia (Livneh, Martz, 2007; Terelak, 2017).



- radzenie odnoszące się do aktualnie przeżywanych sytuacji trudnych, np. długotrwałego bólu spowodowanego niepełnosprawnością;
- radzenie reakcyjne – ma miejsce w krótkim okresie po zdarzeniu stresowym, np. po zdarzeniu, które doprowadziło do utraty kończyny (Livneh, Martz, 2007);
- radzenie rezydualne – pojawia się w doświadczaniu sytuacji trudnych, długi czas po nabyciu niepełnosprawności (Livneh, Martz, 2007).

Według S. Byry (2012a) temporalne typy radzenia z sytuacją trudną są uwarunkowane indywidualnymi wyborami dotyczącymi zmagania się z obecnymi problemami. Niekiedy sytuacje trudne nakładają się na siebie, co powoduje konieczność przyjęcia różnych typów radzenia sobie w sytuacjach trudnych jednocześnie. Ponadto czas może powodować zmianę natężenia stresorów związanych z niepełnosprawnością. W zależności od sytuacji sposób, w jaki radzi sobie z nią osoba, może przynosić odmienne skutki (Oaksford, Frude, Cuddihy, 2005).

Radzenie sobie ze stresem ma duże znaczenie w procesie adaptacji osoby do niepełnosprawności. Jest składnikiem całego procesu adaptacji. Im lepiej osoba z niepełnosprawnością radzi sobie z sytuacją, w jakiej się znajduje, tym lepiej przystosuje się do funkcjonowania psychospołecznego. Za pomocne w procesie adaptacji uważa się działanie skoncentrowane na zadaniu, a także akceptację obecnej sytuacji. Wiąże się to z poszukiwaniem i stosowaniem konkretnych środków w celu zmiany sytuacji sprawiającej dyskomfort. Koncentracja na zadaniu stwarza możliwości objęcia kontrolą sytuacji stresowych, co powoduje ogólne lepsze samopoczucie i zmniejszenie uczucia dyskomfortu (Kennedy i in., 2010). Jak wskazuje S. Byra (2012a), radzenie sobie skoncentrowane na zadaniu przynosi wymierne korzyści w procesie adaptacji na wszystkich płaszczyznach funkcjonowania osób z niepełnosprawnością ruchową (Martz, Livneh, 2007). Podstawą aktywności zadaniowej jednostki jest ocena niepełnosprawności w kategoriach wyzwania (Byra, 2012a, 2019). Badania przeprowadzone przez B. Bibb i współpracowników (2013) wśród osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wykazały, że strategie zaradcze polegające na stawianiu sobie celów możliwych do realizacji, a także obserwacja, w jaki sposób radzą sobie inne osoby, są znaczące w przystosowaniu się do sytuacji niepełnosprawności.

Za niekorzystne formy radzenia sobie w długotrwałym procesie adaptacji uważa się między innymi zaprzeczanie, wycofywanie się z działania, unikanie problemów i nadmierną koncentrację na emocjach (Bruckelew i in., 1990). Badania jakościowe przeprowadzone przez A. Saradjian i współpracowników (2008) w grupie mężczyzn po amputacji kończyny górnej wykazały, że brak zaangażowania może być czynnikiem

sprzyjającym adaptacji na początkowych etapach procesu przystosowania się do niepełnosprawności. Wraz z upływem czasu badani zaznaczają potrzebę podjęcia aktywności społecznej i zawodowej, która warunkuje akceptację zaistniałej sytuacji. Badania przeprowadzone przez D.M. Desmond (2007) również wykazują, że unikanie konfrontacji z problemem na początkowych etapach przystosowania się do sytuacji niepełnosprawności jest korzystne.

Z przeprowadzonych dotychczas badań wynika również, że osoby z niepełnosprawnością częściej szukają wsparcia u innych osób w sytuacji stresu bądź unikają konfrontacji z problemem. Osoby z niepełnosprawnością bardzo często porównują własną sytuację do sytuacji innych osób z podobnymi problemami (w kontekście oceny trudności), a także koncentrują się na pozytywnych aspektach sytuacji stresujących. Celowe pomijanie pewnych aspektów problemu sprzyja procesowi dostosowania się do nienapotkanych wcześniej trudności (Gallagher, MacLachan, 1999).

Koncepcja ta jest powszechnie przyjmowana w analizach związanych ze stresem i radzeniem sobie z nim w sytuacji niepełnosprawności. Dość często osoby z niepełnosprawnością znajdują się w sytuacji niezrozumienia ich problemów przez najbliższe otoczenie. Wskazują również na nieadekwatne, przykre dla nich zachowania otoczenia (Byra, 2012; Kirenko, Sarzyńska, 2010). Sposób zachowania się człowieka niepełnosprawnego w sytuacji stresowej ma wpływ na procesy jego rehabilitacji oraz osiągnięcia życiowe. Radzenie sobie w sytuacjach stresujących wymaga, aby uaktywnił pewne zachowania, które pozwolą na utrzymanie satysfakcjonujących kontaktów z innymi ludźmi. Konstruktywne radzenie sobie ze stresem i pokonywanie problemów zwiększa wiarę we własne możliwości, poczucie własnej wartości, a także poczucie sprawczości (Mariańczyk, Otrębski, 2008).

S. Byra (2019, s. 110) wskazuje, że prowadzone badania dotyczące radzenia sobie ze stresem stanowią obecnie jedno z najbardziej dynamicznych płaszczyzn badawczych. Pojawiające się perspektywy badawcze bardzo dokładnie wyjaśniają zjawisko, a także pozwalają na rozbudowane możliwości interpretacyjne w odniesieniu do stresorów długotrwałych. Przeprowadzone badania wyraźnie wskazują, że radzenie sobie ze stresem jest ściśle związane z adaptacją. Na ich podstawie można przewidywać, że reakcje unikowe bądź oparte na emocjach w trudnych sytuacjach mogą być mniej skuteczne niż działania skoncentrowane na rozwiązaniu problemu.

### 3.4. Wsparcie społeczne

Wsparcie społeczne stanowi obszar zainteresowań wielu dyscyplin naukowych, takich jak: psychologia, pedagogika i socjologia. Przypisuje mu się bardzo ważną rolę w ogólnie rozumianym utrzymaniu zdrowia osoby, wspomaganie procesów przystosowania się do sytuacji niepełnosprawności, a także w procesie poprawy sytuacji życiowej osób z niepełnosprawnościami (Poprawa, 2001, s. 113). Zainteresowanie tą problematyką pojawiło się w latach 70. XX w. Przeprowadzone badania ukazały, że osoby mające wokół siebie przyjaciół, rodzinę, bliskich bądź należące do różnego rodzaju stowarzyszeń i organizacji mogą cieszyć się lepszym samopoczuciem, stanem zdrowia i lepiej radzić sobie z sytuacjami stresowymi (Kawula, 1996). Wiedzę o wsparciu społecznym początkowo czerpano z obserwacji klinicznej i działania grup samopomocowych (Sęk, Cieślak, 2012).

Pomimo tak dużego zainteresowania zagadnieniem wsparcia społecznego nie udało się stworzyć uniwersalnej definicji pojęcia ze względu na jego wieloznaczność (Kirenko, 2002, s. 75), a także na fakt, że często ludzie używają go w sposób metaforyczny bądź po prostu intuicyjny.

Najczęściej i najpowszechniej pojęcie wsparcia rozumiane jest jako pomoc ludziom będącym w potrzebie. Pomoc w języku polskim oznacza wysiłek podjęty na rzecz drugiego człowieka w celu ulżenia mu bądź ratowania w niebezpieczeństwie (Kacperczyk, 2006).

Niekiedy działaniem człowieka w pewnym stopniu kieruje motyw zależności, który oznacza potrzebę bycia przedmiotem czyjejś opieki i troski poprzez dążenie jednostki do bycia w kręgu innych ludzi, kiedy znajduje się ona w sytuacji trudnej (Chudzicka, 1998, s. 61). Bycie osobą z niepełnosprawnością szczególnie podwyższa poziom zapotrzebowania na wsparcie, ponieważ taki człowiek często potrzebuje natychmiastowych rozwiązań, które przewyższają jego aktualne możliwości działania. Zapotrzebowanie na wsparcie wynika z rodzaju niepełnosprawności. Efektywne wsparcie z pewnością pomaga w przystosowaniu się do sytuacji niepełnosprawności. Świadomość posiadania wsparcia ze strony otoczenia i innych ludzi ułatwia radzenie sobie z sytuacją niepełnosprawności (Kurowska, Andrzejewska, 2016, s. 55).

Według A. Bandury (za: Łuszczynska, Mazurkiewicz, Kowalska, Schwarzer, 2006, s. 18), wsparcie społeczne jest wraz z czynnikami poznawczymi zasobem warunkującym zachowania jednostki dotyczące realizacji celów odnoszących się do różnych sfer życia

(zdrowie, praca, edukacja, a także poprawia jej skuteczność, plan działania i formułowanie intencji. Ponadto efektywne wykorzystanie wsparcia społecznego ma korzystny wpływ na ogólny dobrostan jednostki i jej adaptację do własnej sytuacji życiowej (Schwarzer, Knoll, 2007). Według N. Knoll i R. Schwarzer (2012, s. 30) wsparcie społeczne *odnosi się do funkcji i jakości relacji społecznych, takich jak spostrzegana dostępność pomocy lub rzeczywiście otrzymywane wsparcie.*

S. Cobb (za: Zimbardo, 1999, s. 502) definiuje wsparcie jako „środki, jakich dostarczają nam inni, komunikując nam, że jesteśmy kochani, otoczeni opieką, szanowani i powiązani z innymi ludźmi siecią porozumienia i wzajemnych zobowiązań”.

Zdaniem Z. Kawczyńskiej-Butrym (1994) wsparcie społeczne jest działaniem bądź pewnego rodzaju pomocą człowiekowi czy też grupie ludzi, które ma ułatwić radzenie sobie z własnymi problemami, trudnościami bądź konfliktami. Wsparcie społeczne wyzwała wiarę we własne siły, a także mobilizuje jednostkę do aktywności, samodzielności i samorozwoju. Jak wskazuje R. Poprawa (2001), tego rodzaju wsparcie pozwala uwierzyć osobie, że jest szanowana wśród ludzi, a także jest częścią sieci społecznej. Wsparcie społeczne można rozumieć zarówno jako zasób społeczny, jak i osobisty (Heszen, Sęk, 2007, s. 166).

Wsparcie społeczne bardzo często występuje w powiązaniu z radzeniem sobie w sytuacjach trudnych i kryzysowych. Jednym z pierwszych badaczy zajmujących się szeroko zagadnieniem wsparcia społecznego był G. Caplan (Sęk, 2001). Definiuje on wsparcie jako zaspokojenie potrzeb człowieka, takich jak: poczucie bezpieczeństwa, przynależności oraz aprobaty przez najbliższe otoczenie. Może być ono realizowane poprzez okazywanie akceptacji osobie z niepełnosprawnością lub poprzez pomoc instytucjonalną. W swoich pracach ukazuje powiązanie pomiędzy wsparciem a radzeniem sobie w sytuacjach trudnych i kryzysowych. Związek ten jest podkreślany również w publikacjach wielu innych badaczy (np. Sęk, 2001; Kirenko, 1999, 2002; Kirenko, Byra, 2008; Sęk, Cieślak, 2012; Kuryłowicz, 2006; Kawula, 2002, 1996; Włodarczyk, 1999; Zimbardo, 1999; Komproe i in., 1997).

Należy zwrócić uwagę, że wsparcie społeczne według H. Sęk (2003, s. 21) można ujmować jako źródła wsparcia lub wsparcie strukturalne/funkcjonalne. Rozróżnia też wsparcie otrzymywane, spostrzegane i treściowe. Przy takiej klasyfikacji należy brać pod uwagę faktyczną odczuwaną przez jednostkę potrzebę wsparcia, a także mobilizowanie wsparcia.

W ujęciu funkcjonalnym wsparcie jest rozumiane jako wymiana społeczna różnego rodzaju dóbr, instrumentów niezbędnych do podjęcia określonych działań, a także wzajemna wymiana informacji, emocji, w efekcie której ma nastąpić obniżenie się stresu i załagodzenie kryzysu. Tak rozumiane wsparcie może zachodzić pomiędzy dwoma osobami (np. relacje rodzinne, towarzyskie), między jednostką a grupą (np. człowiek – stowarzyszenie pomocowe), pomiędzy grupami lub pomiędzy jednostką a instytucjami (np. człowiek – instytucja opieki medycznej, człowiek – instytucja edukacyjna, człowiek – instytucja pomocy socjalnej). Interakcja może być jednostronna lub dwustronna, w zależności od zaistniałej sytuacji. To wymiana dynamiczna, więc kierunek pomocy dawca-biorca może się zmieniać w różnym czasie. Bardzo istotnym aspektem jest adekwatność rodzaju i wielkości wsparcia do faktycznych potrzeb osoby (Sęk, 2001; Sęk, 2003; Sęk, Cieślak, 2012; Kirenko, 2002; Janocha, 2009; Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2011).

Wsparcie w ujęciu strukturalnym natomiast definiuje się jako sieci społeczne, w których obecne są więzi, kontakty społeczne, a także przynależność do grupy pomagającej osobom w sytuacji kryzysu (Kirenko, Byra, 2008). Owe sieci społeczne można nazwać też źródłami wsparcia. Wyróżnia się źródła naturalne (np. rodzina, przyjaciele, osoby z sąsiedztwa), w których wsparcie ma charakter spontaniczny, jest łatwo dostępne, często na zasadzie zaufania interpersonalnego; źródła instytucjonalne (domy opieki społecznej, szpitale, przychodnie) oraz źródła pozainstytucjonalne (wolontariat, fundacje, grupy wsparcia). Te naturalne sieci wsparcia są najefektywniejszymi jego formami, ponieważ nie są związane z ponoszeniem kosztów i są bardziej dostępne. Ze względu na swój altruistyczny charakter odgrywają one dużą rolę w sytuacji niepełnosprawności – stanowią pewnego rodzaju środek zaradczy na odczuwaną bezradność, bezsilność wobec niepełnosprawności (Sęk, Czabała, 2000; Kirenko, Byra, 2008; Sęk, 2001; Kirenko, 2002; Janocha, 2009).

W ujęciu strukturalnym źródła wsparcia analizuje się ze względu na ich wielkość, dostępność, odległość terytorialną, obiektywność, a także – co wydaje się szczególnie ważne w przypadku niepełnosprawności – liczbę i jakość kontaktów utrzymywanych z innymi ludźmi. Sieci społeczne, w szczególności te niesformalizowane, powinny wykazywać się odpowiednim poziomem prospołeczności, czyli inaczej mówiąc – gotowością do podejmowania działań bezinteresownych w razie zaistnienia takiej potrzeby. Osoba z niepełnosprawnością powinna być przekonana, że jeśli znajdzie się w sytuacji trudnej, może zwrócić się po pomoc do innych. Takie przekonanie ma istotny

wpływ na indywidualne poczucie dobrostanu, a także sprzyja efektywnemu radzeniu sobie w sytuacjach trudnych (Komproe i in., 1997). Wsparcie otrzymywane wyraża się natomiast w obiektywnej ocenie faktycznego otrzymanego rodzaju i ilości wsparcia.

Według M. Mazurkiewicz (1997) można wyróżnić różne rodzaje sieci ze względu na siłę zaangażowania emocjonalnego jednostki w relacje z innymi. Przy takim kryterium wyróżnia się pierwotną i wtórną sieć społeczną. Pierwotna sieć tworzona jest przez osoby, z którymi jednostka utrzymuje bliskie i silne kontakty emocjonalne. Do sieci tej należą członkowie rodziny, przyjaciele oraz osoby, które dają poczucie spełnienia potrzeby przynależności, pewności siebie czy też akceptacji. Sieć pierwotna ze względu na zaangażowanie emocjonalne i bliskość, jaka tworzy się pomiędzy osobą wspieraną a wspierającą, ma znaczący wpływ na jednostkę. Do sieci wtórnej natomiast należą osoby, z którymi kontakty nie są już tak silnie nacechowane emocjonalnie, ale też są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania jednostki. Zalicza się do nich między innymi członków lokalnej społeczności czy też system opieki zdrowotnej.

Jak wskazują badania przeprowadzone w 2017 r. przez Centrum Badania Opinii Społecznej<sup>3</sup>, osoby z niepełnosprawnościami najczęściej korzystają ze wsparcia rodziny i najbliższego otoczenia, rzadziej zaś zwracają się po pomoc do instytucji czy stowarzyszeń.

Jak dodają J. Kirenko i S. Byra (2008), wsparcie może być rozumiane jako zasób zewnętrzny osoby, która wykorzystuje je w sytuacjach trudnych. Pochodzi ono z relacji w obrębie indywidualnych sieci społecznych jednostki. Sposób, w jaki jednostka korzysta ze wsparcia, oraz poziom zapotrzebowania na nie są zróżnicowane i w dużym stopniu zależą od indywidualnych cech jednostki, takich jak: środowisko, w którym funkcjonuje, poczucie tożsamości i niezależności, świadomość roli społecznej, jaką pełni w danej grupie, poczucie kontroli, a także kompetencje społeczne związane z szeroko pojętą otwartością na relacje z innymi, empatią i asertywnością. Czynniki te mogą utrudniać bądź ułatwiać proces wspierania jednostki (Włodarczyk, 1999; Szabała-Mazur, Byra, 2006; Cieślak, Eliasz, 2012).

Jednak jak dodają J. Szymańska i E. Sienkiewicz (2011), w rozumieniu wsparcia jako zasobu indywidualnego szczególną rolę zabezpieczającą odgrywają relacje interpersonalne, które człowiek tworzy w zakresie własnych, najbliższych sieci społecznych. N. Knoll i R. Schwarzer (2012) zauważają, że więcej wsparcia otrzymują

---

<sup>3</sup> [https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K\\_169\\_17.PDF](https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K_169_17.PDF); dostęp: 17.07.2019 r.

osoby, które mają dobre relacje interpersonalne z innymi ludźmi. Sposób, w jaki jednostka działa w sieci społecznej (liczba i jakość relacji interpersonalnych), nazywany może być *wsparciem integrującym*. Integracja ze środowiskiem sprzyja zaspokojeniu potrzeby akceptacji, przynależności, odpowiedzialności oraz wzajemności. Ten rodzaj wsparcia jest także nazywany potocznie koleżeństwem, które wiąże się z czerpaniem korzyści ze wspólnie spędzanego czasu (Cohen, Wills, 1985). Jak dodaje H. Sęk (2003, s. 25), ludzie będący na co dzień pośród ludzi bardzo opiekuńczych uważają, że pomoc im jest rzeczą oczywistą, natomiast osoby, które przebywały w społecznościach, gdzie uczono je samodzielności, najczęściej korzystają ze wsparcia, kiedy naprawdę tego potrzebują.

Według R. Kahn i T. Antonucci (za: Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2011, s. 71) wyróżnia się trzy grupy zachowań wspierających, które polegają na:

- wyrażaniu opieki i emocjonalnej bliskości;
- dostarczaniu informacji o poprawności podejmowanych działań;
- dostępności pomocy związanej z poświęceniem czasu, wysiłku i pieniędzy przez innych ludzi.

W zależności od danej sytuacji problemowej, w jakiej znajdują się osoby z niepełnosprawnością, mogą one potrzebować różnego rodzaju wsparcia (Kirenko, 2002). Do najczęściej wymienianych form wsparcia należą:

- Informacyjne (poznawcze) – zalicza się tu różnego rodzaju porady prawne, medyczne, psychologiczne, a także poszerzanie wiedzy samej osoby z niepełnosprawnością i jej najbliższego otoczenia na temat poszukiwania form wsparcia, np. medycznego czy rehabilitacyjnego; obejmuje także wymianę doświadczeń między osobami posiadającymi podobne trudności. Wymiana informacji daje osobie poczucie bezpieczeństwa i pozwala podejmować odpowiednie decyzje w konkretnych sytuacjach (Kirenko, 2002; Janocha, 2009; Sęk, Cieślak, 2012).
- Emocjonalne – okazywanie zrozumienia, empatii, akceptacji, emocji podtrzymujących bądź uspokajających – najczęściej w postaci komunikatów werbalnych, takich jak: „dasz sobie radę”, „nie poddawaj się”, „nie jesteś sam”. Wsparcie o charakterze emocjonalnym powinno być okazywane zawsze osobie z niepełnosprawnością, ponieważ pojawienie się niepełnosprawności związane jest z silnymi emocjami. Wsparcie emocjonalne ma podnieść samoocenę i dawać

poczucie akceptacji w grupie społecznej (Kirenko, 2002; Rutkowska, 2012; Lausch-Chudy, 2010).

- Materialne (rzeczowe) – obejmuje wszelkie rodzaje pomocy egzystencjalnej. Zalicza się do niego: wszelkie zapomogi, dopłaty, a także świadczenia rzeczowe. Wsparcie materialne wynika z formalnego systemu opieki socjalnej, a także z działalności różnych instytucji charytatywnych oraz dobrowolnych darczyńców. Głównym jego zadaniem jest uzupełnienie częstych braków finansowych i stwarzanie warunków do aktywności własnej i rozwoju osoby z niepełnosprawnością (Kirenko, 2002; Rutkowska, 2012, s. 45);
- Instrumentalne – polega na możliwości skorzystania z pomocy innej osoby podczas prac i czynności codziennych. Może być udzielane w formie bezpłatnej lub odpłatnej usługi, wspomagającej funkcjonowanie jednostki;
- Wartościujące – okazywanie pozytywnych uczuć w stosunku do osoby dotkniętej niepełnosprawnością, tj. akceptacji, uznania; to podkreślenie jej roli w życiu innych ludzi.

S. Kawula (2002, s. 98–105) wskazuje jeszcze na wsparcie duchowe. Podkreśla jego znaczenie w identyfikowaniu roli, jaką trudności odgrywają w życiu człowieka (niepełnosprawność) oraz w nadawaniu życiu sensu. Jest to istotny element „spirali życzliwości”, czyli obszaru, gdzie wymieniane są korzyści międzyludzkie. Jej głównym zadaniem jest wymiana takich korzyści, które ułatwią bycie samodzielnym i sprawczym, co szczególnie ważne jest w sytuacji niepełnosprawności. W spirali życzliwości bardzo istotna jest rola środowiska, ponieważ to ono uaktywnia siły i potencjał osoby z niepełnosprawnością.

Należy dodać, że nie istnieje możliwość oddzielenia form wsparcia, ponieważ występują one równolegle do siebie. Osoby z niepełnosprawnością korzystają z różnego rodzaju instytucjonalnych form wsparcia, a jednocześnie są wspierane przez najbliższe sobie sieci społeczne. Biorąc pod uwagę wielość i różnorodność sposobów pojmowania zagadnienia wsparcia, wyróżnia się następujące jego funkcje: dostarczanie pozytywnych emocji, pozyskiwanie porad, informacji, opieki, budowanie poczucia własnej wartości i samooceny, zaufanie do siebie i innych, poczucie przynależności i tworzenia więzi społecznych (Kirenko, Byra, 2008; Janocha, 2009).

Jak wynika z badań przeprowadzonych przez S. Byrę (2011), zapotrzebowanie na wsparcie może być zależne od czasu posiadania niepełnosprawności. Przeprowadzone analizy wskazują, że osoby dotknięte niepełnosprawnością przez krótki okres wykazują



największe zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne, zaś osoby z długotrwałą niepełnosprawnością wskazują na potrzebę wsparcia praktycznego.

Jak zauważa J. Kirenko (1999, s. 93, 1999b, s. 76, 2002, s. 91–92), wsparcie jest najskuteczniejsze, gdy odpowiada faktycznym potrzebom osób zainteresowanych. Dlatego też, aby dobrze je wspierać, niezbędne jest poznanie potrzeb, problemów, indywidualnych doświadczeń, warunków, w jakich funkcjonują, oraz potencjału biopsychicznego. Ponadto osoby udzielające wsparcia powinny znać swoją rolę społeczną wobec osoby potrzebującej wsparcia, bezwarunkowo akceptować sytuację, w jakiej się znajduje, a także odznaczać się odpowiednimi cechami pomocnymi w kontaktach interpersonalnych.

Osoby posiadające odpowiedni poziom wsparcia są bardziej pewne siebie i częściej stosują odpowiednie mechanizmy obronne, a co za tym idzie – łatwiej im się przystosować do sytuacji niepełnej sprawności. Należy zaznaczyć, że zarówno wsparcie spostrzegane (przekonanie, że osoba może otrzymać oczekiwane wsparcie), jak i otrzymywane (ilość i rodzaj pomocy faktycznie otrzymanej) wpływa na poziom oceny sytuacji jednostki oraz wiąże się ze sposobem radzenia sobie w sytuacji trudnej. Kiedy osoba z niepełnosprawnością wie, że może być wspierana. Istnieje prawdopodobieństwo, że zacznie postrzegać swoją sytuację w kategoriach wyzwania i będzie wykazywała większy poziom zaradności w stosunku do sytuacji problemowej (Sęk, 2012, s. 53; Kaczan i in., 2008, s. 14).

Jak twierdzi wielu badaczy (np. Kirenko, 1995, 2002, 2005; Nawrot, 1990; Taranowicz, 2002; Janocha, 2009; Pecyna, 2000; Willson i in., 2006) podstawowym ogniwem, będącym w najbliższych relacjach z osobą z niepełnosprawnością, jest rodzina. Stanowi ona pierwotny i podstawowy system wsparcia i opieki (Kirenko, 2002, s. 109). B. Łobodzińska (za: Kołaczek, 2010, s. 133–134) wskazuje, że rodzina wobec osoby z niepełnosprawnością pełni funkcje podstawowe, w tym funkcję prokreacyjną, kontrolną, ekonomiczną, wychowawczo-kulturalną, a także opiekuńczo-zabezpieczającą, która może być zastąpiona przez wsparcie instytucjonalne. W obliczu pojawienia się niepełnosprawności jednego z członków rodziny, niezależnie od jej przyczyn, rodzinę można rozpatrywać na dwa sposoby: jako dawcę i biorcę wsparcia społecznego (Szluż, 2007).

Należy zaznaczyć, że pojawienie się niepełnosprawności zmienia w dużym stopniu sytuację rodziny. Od otoczenia wymaga się mobilizacji sił psychicznych i duchowych, a także przeorganizowania dotychczasowego życia. Bardzo często, oprócz zaburzonego stanu somatycznego osoby z niepełnosprawnością, pojawiają się inne trudności związane

z kosztami opieki, dostosowaniem środowiska do indywidualnych potrzeb, ale i ze zrozumieniem istoty choroby, co może być powodem konfliktów oraz przyczynić się do zmiany systemu wartości wszystkich członków rodziny (Pecyna, 2000, s. 24).

Rodzina ma za zadanie utrzymać równowagę, zachować najważniejsze dla niej wartości, a jednocześnie dokonać pewnych zmian tak, aby członek rodziny dotknięty niepełnosprawnością mógł godnie funkcjonować w społeczeństwie oraz skutecznie pokonywać różnego rodzaju bariery. To grupa pierwotna, w której dziecko jest od momentu narodzin. Przewaga roli rodziny nad innymi formami wsparcia wynika z faktu bliskich relacji, współdziałania i stopniowego rozwiązywania problemów w momencie ich powstawania. Ponadto rodzina, jak i najbliższe otoczenie ma również za zadanie uczyć osobę samostanowienia i autonomii (Pecyna, 2000; Kirenko, 2002).

Moment pojawienia się niepełnosprawności jednego z członków zmienia sytuację całej rodziny – pojawienie się nowych obowiązków, branie odpowiedzialności za los osoby z niepełnosprawnością czy też zmiany w czynnościach życia codziennego mogą wywoływać negatywne emocje spowodowane przeciążeniem obowiązkami, tj. wycofywanie się z dotychczasowych zajęć, niezadowolenie lub pogorszenie stanu zdrowia najbliższych członków rodziny. Pomimo tego specyfika więzi rodzinnych i bliskich relacji między członkami sprzyja wzajemnemu niesieniu pomocy i opiece nad potrzebującym członkiem rodziny z niepełnosprawnością, co pomaga mu efektywnie radzić sobie z własną sytuacją (Marszałek, 2009, s. 207).

Według H. Borzyszkowskiej (1984; za: Kirenko, 2002) rodzinę można rozpatrywać ze względu na stosunek wobec osoby z niepełnosprawnością. Według tej klasyfikacji wyróżnić można otoczenie:

- niezauważające i negujące fakt istnienia niepełnosprawności;
- zaprzeczające obniżonej sprawności przez stawianie wymagań niewspółmiernych do aktualnych możliwości osoby;
- nadopieczuńcze, otaczające zbyt dużą opieką;
- racjonalnie podchodzące do kwestii niepełnosprawności i dające odpowiednią pomoc w sytuacjach, kiedy osoba naprawdę tego potrzebuje.

Radzenie sobie z niepełnosprawnością członka rodziny determinowane jest przez zasoby, jakimi dysponuje otoczenie. Do zasobów tych zaliczyć można między innymi środki materialne (dochody, warunki i poziom dostosowania miejsca, w którym na co dzień przebywa osoba z niepełnosprawnością), potencjał kulturowy (wiedzę, zachowanie

względem osoby z niepełnosprawnością, wewnętrzny system norm i wartości) oraz zasoby czasowe (czas, jaki bliscy mogą poświęcić osobie z niepełnosprawnością) i ludzkie (liczba członków rodziny, ich sprawność i stan zdrowia). Zasoby te są nazywane potencjałem wspomagającym osobę z niepełnosprawnością. Wpływają one również na postawy członków rodziny wobec osoby dotkniętej niepełnosprawnością – a co za tym idzie, także na jej proces przystosowania się do własnej sytuacji (Kalinowski, 2005; Kirenko, 2002; Szluz, 2007; Taranowicz, 2002).

Ponadto, oprócz zasobów wyżej wspomnianych, analizując środowisko rodzinne, należy wziąć pod uwagę silne więzi emocjonalne pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny, wzajemne zaspokojenie potrzeb oraz zadowolenie z relacji interpersonalnych, które wpływają korzystnie na funkcjonowanie emocjonalne i społeczne osoby dotkniętej niepełnosprawnością. W zasadzie rodzina jest najważniejszym środowiskiem, warunkującym proces przystosowania się. Osoby z niepełnosprawnością fizyczną lepiej przystosowują się do swojego stanu, jeśli mają oparcie w rodzinie i najbliższym otoczeniu. Jego podstawowym zadaniem jest zapewnienie bezpieczeństwa – tak, żeby osoba dotknięta niepełnosprawnością mogła poznać swoje możliwości i wiedzieć, co może zrobić samodzielnie, a w przypadku braku możliwości miała osoby, które jej pomogą. Efektywna pomoc oraz wsparcie rodziny i najbliższego otoczenia polega na stopniowaniu trudności w miarę możliwości radzenia sobie z nimi przez osobę niepełnosprawną. Poprzez takie działanie kształtuje się osoba odporna na sytuacje trudne. Rodzina ma zapewniać pomoc, ale i stwarzać możliwości brania odpowiedzialności za własne decyzje i samodzielności (Nawrot, 1990; Janion, 2006; Kirenko, 1995). Odpowiednia pomoc rodziny i najbliższych, polegająca na stopniowym uruchamianiu zasobów, jest możliwa tylko wtedy, kiedy zna ona realne szanse i możliwości funkcjonowania niepełnosprawnego (Gałkowski, 2019, s. 53).

W przypadku rodziny podkreśla się rolę wsparcia emocjonalnego – jak twierdzą Cimmaroli i in. (2005; za: Ossowski, Muszalska, 2007), jest ono istotną kwestią, ponieważ dawanie wsparcia polegającego tylko na korzystaniu z pomocy innej osoby mogłoby spowodować uzależnienie się od innych, zamiast efektywnego radzenia sobie z sytuacją trudną. Jak wskazuje H. Sęk (2012), niewłaściwe proporcje pomiędzy wsparciem otrzymywanym a faktycznym zapotrzebowaniem na nie mogą skutkować zaniżoną samooceną, niskim poczuciem samoskuteczności, a także prowadzić do wyuczonej bezradności.

Nadmierne wyręczanie i postawa nadopiekuńcza najbliższego środowiska osób z niepełnosprawnością może stwarzać sytuację braku umiejętności rozwiązania danej sytuacji problemowej, a także poczucia bezcelowości i bezsensowności własnych działań (Chrzęszcz, 2016). Jak dodaje T. Gałkowski (2019, s. 52), niewłaściwe jest także niedocenienie bądź przecenienie możliwości dziecka.

Do właściwych postaw rodzicielskich M. Ziemska (1973) zalicza: dawanie swobody, uznanie praw osoby z niepełnosprawnością, akceptację oraz współdziałanie z osobą z niepełnosprawnością. Jak twierdzi I. Grzegorzewska (2006, s. 107), właściwa postawa rodziców i najbliższych wobec niepełnosprawności polega na aktywnym poszukiwaniu sposobów na funkcjonowanie w życiu społecznym zgodnie z własnymi możliwościami. Taka postawa korzystnie wpływa na ogólną satysfakcję z życia wszystkich członków rodziny oraz wzmacnia osobę z niepełnosprawnością w dążeniach do własnych celów.

Poza sferą rodzinną dla osób z niepełnosprawnością bardzo ważna jest sfera życia towarzyskiego, ponieważ odgrywa ona bardzo istotną rolę w procesie włączania osoby z niepełnosprawnością w życie społeczne i jej aktywnego funkcjonowania pośród osób pełnosprawnych, a więc i przystosowania się do niepełnosprawności (Kirenko, 1991). Jednak badania S. Willson i in. (2006) wskazują, że osoby z niepełnosprawnością fizyczną ze względu na ograniczenia ruchowe i mniejszą niezależność w działaniu mogą mieć ograniczoną możliwość nawiązywania kontaktów towarzyskich. Należy zauważyć, że kontakty towarzyskie są dla osób z ograniczoną sprawnością fizyczną bardzo istotne, ponieważ sprzyjają otwartości na innych ludzi, a także aktywnemu uczestnictwu w życiu społecznym i tworzeniu się własnej tożsamości społecznej (Byra, 2010a, s. 34). Zaznacza się przy tym, że największy wpływ na pozytywne działanie wsparcia społecznego na osobę z niepełnosprawnością ma jakość oraz odpowiedni poziom wymiany dóbr międzyludzkich we wzajemnych kontaktach (Kirenko, 2002; Byra, 2019; Chronister, Johnson, 2006).

Z badań przeprowadzonych przez J. Kirenko (2002) wynika, że osoby z niepełnosprawnością ruchową, które nie otrzymują odpowiedniego wsparcia społecznego, są zamknięte w sobie. Postrzeganie siebie jako osoby mało wartościowej i niezaradnej powoduje odizolowanie się od społeczeństwa. Osoby z niepełnosprawnością ruchową odczuwają niekiedy, że pomoc jest im dawana z litości, co sprawia, że starają się być samodzielne i nie okazują potrzeby pomocy.

Do źródeł wsparcia zalicza się także instytucje, tj. stowarzyszenia, instytucje zabezpieczenia społecznego w zakresie orzecznictwa, instytucje opieki i pomocy społecznej, instytucje aktywizacji zawodowej, instytucje rynku pracy, instytucje działające

na rzecz likwidacji barier, instytucje oświatowe, a także służbę zdrowia – działające na rzecz osób potrzebujących pomocy. Nadrzędnym celem funkcjonowania takich instytucji jest działanie na rzecz wzmocnienia potencjału osób niepełnosprawnych. Zarzuca się tym ośrodkom, że ze względu na swój sformalizowany charakter mogą stygmatyzować osoby z nich korzystające. Na stygmatyzację osób z niepełnosprawnością wpływają także określenia nacechowane emocjonalnie, tj. *osoby wykluczone społecznie, posiadające deficyty rozwojowe* bądź *wyzolowane* (Kirenko, 2002; Sęk, 2001, 2003; Rozmus, 2014).

J. Kirenko i S. Byra (2008) wskazują, że korzystanie z tego rodzaju form wsparcia zależne jest od wielu czynników, m.in.:

- sytuacji, w jakiej znajduje się osoba;
- jej indywidualnych preferencji;
- siły więzi z członkami grup w jej otoczeniu;
- specyfiki przeżywanych trudności;
- zmienności warunków powodowanej wpływem czasu.

Przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznej w 2017 r. analizy wskazują, że obecne wsparcie dorosłych osób niepełnosprawnych i ich rodzin jest niewystarczające w stosunku do zapotrzebowania.

Jak ujawniają badania przeprowadzone przez B. Gąciarz i in. (2014), same osoby z niepełnosprawnością zauważają pewne dysfunkcje instytucjonalnego systemu wsparcia. Są to między innymi:

- brak powiązania pomiędzy instytucjami, co wiąże się z niekomplementarnością działań, które są niedostosowane do faktycznych potrzeb związanych z odpowiednimi formami wsparcia, wysokością świadczeń finansowych i okresem, w którym osoba z niepełnosprawnością może korzystać ze wsparcia;
- zbyt krótki okres wsparcia osób niepełnosprawnych w stosunku do ich potrzeb, co nie przynosi wymiernych korzyści dotyczących ich funkcjonowania;
- biurokratyzacja i sformalizowany system wsparcia zapewniający poczucie bezpieczeństwa instytucjom, a nie odbiorcom wsparcia;
- brak jasnych informacji związanych ze sposobami pozyskiwania różnego rodzaju wsparcia.

Wymienione wyżej ograniczenia zewnętrzne związane ze wsparciem instytucjonalnym sprawiają, że rodzina staje się mikroświatem dla osoby z niepełnosprawnością. Akceptacja i wyrównywanie szans przez osoby najbliższe sprzyja

akceptacji własnej sytuacji życiowej, jednocześnie realizując jeden z głównych celów rehabilitacji społecznej (Marszałek, 2009, s. 207).

Warto zauważyć także, że wsparcie pomaga w realizacji celów życiowych, które mogą być odmienne w związku z faktem ograniczonej sprawności fizycznej. Osiągnięte w ten sposób optymalne rozwiązania wspomagające osobę w codziennym funkcjonowaniu wskazują nowe drogi samorozwoju, a także motywują do zaspakajania własnych potrzeb (Lorencowicz i in., 2013).

Oprócz wyżej wymienionych rodzajów wsparcia warto wspomnieć o wsparciu w rozwoju zaprezentowanym przez Z. Kawczyńską-Butrym (1996). Ten rodzaj wsparcia polega na ogólnym wyrównywaniu szans w zakresie różnych aspektów życia człowieka (nauki, wypoczynku, aktywności ruchowej). Wsparcie w rozwoju stanowi podstawę grup samopomocy.

Jak wskazuje wielu autorów (np. Cohen, Wills, 1985; Zimet i in., 1988; Cobb, 1976; Kuryłowicz, 2006; Kirenko, 2002; Kirenko, Byra, 2008), wsparcie społeczne ma działanie buforujące, czyli obniżające napięcie i stres związany z kryzysem, a także związane jest z umiejętnością dostrzegania i korzystania z pomocy. Według tej koncepcji ma charakter pozytywny, bowiem ochrania i wspomaga odpowiednie radzenie sobie z trudnościami życiowymi osób z niepełnosprawnościami lub chorobami. Ponadto obniża stres, uruchamia i wzmacnia siły wewnętrzne jednostki oraz ma istotne znaczenie w przyjmowaniu okoliczności, których osoba nie jest w stanie zmienić (Chronister, Johnson, Braven, 2006). Buforujące działanie wsparcia społecznego powoduje, że osoba ma większe poczucie samoskuteczności, angażuje się w rozwiązanie problemów, a co za tym idzie – stosuje odpowiednie działania zaradcze w sytuacjach kryzysowych. Wsparcie w sytuacji niepełnosprawności pełni funkcje ochraniająco-wspomagającą w procesie radzenia sobie z napotkanymi trudnościami związanymi z leczeniem czy rehabilitacją.

Jak wynika z powyższych analiz, człowiek dysponuje dużą liczbą źródeł wsparcia, zarówno formalnego, jak i nieformalnego. Różnorodność i wielość form wsparcia zwiększa szanse na to, że dostarczane wsparcie będzie kompleksowe i adekwatne do aktualnych potrzeb jednostki (Lausch-Chudy, 2010).

Można powiedzieć, że istotą wsparcia jest umożliwianie osobie z niepełnosprawnością samodzielnej egzystencji, a także danie jej okazji do rozwoju i sprawienie, by sama chciała się rozwijać. Konstruktywne wsparcie powinno więc polegać na usprawnianiu w taki sposób, by osoba z niepełnosprawnością stawała się samodzielną na miarę swoich możliwości (Zielińska-Król, 2014, s. 81). Jak dodaje S. Kawula (1996),

skuteczność wsparcia polega przede wszystkim na okazywaniu takiej pomocy bądź udostępnianiu takich środków, aby jednostka sama mogła sobie w przyszłości poradzić w różnych sytuacjach życiowych. Podkreśla się również w odniesieniu do sytuacji trudnych, że wsparcie spostrzegane jest bardziej istotne niż otrzymywane, ponieważ umożliwia indywidualne dopasowanie wsparcia na podstawie oceny własnych zasobów oraz dóbr, którymi dysponuje wspierający, jak i zawartych we wzajemnej relacji (Byra, 2019).

## **Rozdział IV Metodologiczne podstawy badań własnych**

### **4.1. Uzasadnienie podjętej problematyki badawczej**

Wiedza na temat niepełnosprawności i psychospołecznego funkcjonowania osób z niepełnosprawnością ruchową jako grupy społecznej o specyficznych sposobach zachowania i konkretnych potrzebach jest ważnym elementem do podejmowania działań mających na celu usprawnianie tej grupy osób i ich aktywizację społeczną. Zauważalna coraz większa aktywność osób z niepełnosprawnością w społeczeństwie, a także widoczne przemiany w rozumieniu niepełnosprawności i określaniu pozycji społecznej osób z niepełnosprawnościami spowodowały, że zaczęto poszukiwać większej liczby kryteriów, które należy rozważyć przy rozumieniu pojęcia przystosowania się do życia z niepełnosprawnością. Z tego też powodu podjęte analizy empiryczne dotyczą zagadnień związanych z przystosowaniem się do niepełnosprawności ruchowej osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą w kontekście ich zasobów osobistych wykorzystywanych w procesie adaptacji: temporalnej satysfakcji z życia, stylów i strategii radzenia sobie ze stresem, cech osobowości i wsparcia społecznego.

Przeprowadzone analizy teoretyczne wyraźnie wskazują, że tematyka reakcji przystosowawczych i wykorzystywanych w tym procesie zasobów osobistych stanowi ważny obszar badawczy i wpisuje się w aktualne trendy badawcze w zakresie psychologii rehabilitacji oraz pedagogiki specjalnej. Literatura przedmiotu wskazuje także na powiązania pomiędzy sposobami reagowania na sytuację niepełnosprawności a zasobami osobistymi.

Zagadnienie przystosowania się analizowane jest w oparciu o interakcyjny model psychospołecznej adaptacji do niepełnosprawności i choroby chronicznej H. Livneha i R.F. Antonaka (1997). Według przyjętych kryteriów przystosowanie jest ostatnim etapem procesu adaptacji. Adaptacja jest ciągiem następujących po sobie zdarzeń, które prowadzą jednostkę do optymalnego poziomu funkcjonowania w otoczeniu społecznym. Proces ten obejmuje zachowania blokujące rozwój osoby dotkniętej niepełnosprawnością (wczesne sposoby reagowania na własną sytuację życiową), reakcje pośrednie wyrażające się w poczuciu bezradności, bezsilności, zaprzeczaniu swojej sytuacji oraz zachowania konstruktywne obejmujące aktywną postawę wobec własnego uszkodzenia i budowanie właściwej relacji z otoczeniem. Model interakcyjny przystosowania się



do niepełnosprawności podkreśla rolę różnorodnych czynników kształtujących proces przystosowania się (Byra, 2012, s. 65). Do zmiennych kontekstualnych zalicza się czynniki związane ze statusem życiowym (stan zdrowia, typ i rodzaj niepełnosprawności, płeć, wiek), statusem społecznym (tożsamość, etapy rozwoju jednostki, status rodzinny), a także warunki środowiskowe i właściwości osobowościowe jednostki. Z tego też powodu w toku badań analizowano zależności pomiędzy wybranymi zasobami osobistymi a reakcjami przystosowawczymi. Uwzględniono następujące zasoby osobiste: cechy osobowości, style i strategie radzenia sobie ze stresem, wsparcie społeczne, a także temporalną satysfakcję z życia.

W oparciu o przegląd literatury przedmiotu, a także poprzez uwzględnienie roli wyżej wymienionych zasobów osobistych w sposobach reagowania na sytuację niepełnosprawności w ogólnym psychospołecznym funkcjonowaniu osób z uszkodzeniem narządu ruchu sformułowano główny problem badań, by na tej podstawie postawić pytania badawcze i stosowne hipotezy.

## **4.2. Problematyka badawcza, cel badań i hipotezy badawcze**

Główny problem badawczy zawiera się w pytaniu: **Czy istnieje, a jeśli tak, to jaki jest związek pomiędzy zasobami osobistymi a reakcjami przystosowawczymi u osób z niepełnosprawnością ruchową?**

Rozwiązanie tego problemu wymaga odpowiedzi na trzy pytania ogólne (problemy ogólne):

1. Jakie jest nasilenie reakcji przystosowawczych osób z niepełnosprawnością ruchową?
2. Jaki jest poziom zasobów osobistych osób z niepełnosprawnością ruchową?
3. Jakie są zależności pomiędzy zasobami osobistymi a reakcjami przystosowawczymi u badanych osób z niepełnosprawnością ruchową?

W celu uszczegółowienia tych problemów postawiono dodatkowo następujące pytania (problemy szczegółowe):

W odniesieniu do pytania pierwszego:

- 1.1. Jakie jest nasilenie reakcji wczesnych osób z niepełnosprawnością ruchową w kontekście temporalnej satysfakcji życiowej?
- 1.2. Jakie jest nasilenie reakcji pośrednich osób z niepełnosprawnością ruchową w kontekście temporalnej satysfakcji życiowej?

1.3. Jakie jest nasilenie reakcji późnych u osób z niepełnosprawnością ruchową w kontekście temporalnej satysfakcji życiowej?

W odniesieniu do pytania drugiego:

2.1. Jaki jest poziom wsparcia społecznego osób z niepełnosprawnością ruchową mierzony Berlińską Skalą Wsparcia Społecznego w kontekście temporalnej satysfakcji życiowej?

2.2. Jakie jest nasilenie stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych osób z niepełnosprawnością ruchową mierzone Wielowymiarowym Inwentarzem do Pomiaru Radzenia sobie ze Stresem Charlesa S. Carvera, Michaela F. Scheiera i Jagdish K. Weintrauba w kontekście temporalnej satysfakcji życiowej?

2.3. Jakie jest nasilenie strategii radzenia sobie w sytuacjach stresowych osób z niepełnosprawnością ruchową mierzone Wielowymiarowym Inwentarzem do Pomiaru Radzenia sobie ze Stresem Charlesa S. Carvera, Michaela F. Scheiera i Jagdish K. Weintrauba w kontekście temporalnej satysfakcji życiowej?

2.4. Jakie jest nasilenie cech osobowości badanych osób z niepełnosprawnością ruchową mierzone Inwentarzem Osobowości P.T. Costy i R. R. McCrae w kontekście temporalnej satysfakcji życiowej?

W odniesieniu do pytania trzeciego:

3.1. Jaka istnieje zależność pomiędzy poziomem wsparcia społecznego a reakcjami przystosowawczymi osób z niepełnosprawnością ruchową w aspekcie poszczególnych wymiarów temporalnej satysfakcji życiowej?

3.2. Jaka istnieje zależność pomiędzy nasileniem stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych a reakcjami przystosowawczymi osób z niepełnosprawnością ruchową w aspekcie poszczególnych wymiarów temporalnej satysfakcji życiowej?

3.3. Jaka istnieje zależność pomiędzy nasileniem strategii radzenia sobie w sytuacjach stresowych a reakcjami przystosowawczymi osób z niepełnosprawnością ruchową w aspekcie poszczególnych wymiarów temporalnej satysfakcji życiowej?

3.4. Jaka istnieje zależność pomiędzy nasileniem cech osobowości a reakcjami przystosowawczymi osób z niepełnosprawnością ruchową w aspekcie poszczególnych wymiarów temporalnej satysfakcji życiowej?

Celem tak zaplanowanych badań jest ocena związku między reakcjami przystosowawczymi a zasobami osobistymi osób z niepełnosprawnością ruchową w kontekście poszczególnych wymiarów temporalnej satysfakcji życiowej.

Zgodnie z założeniami metodologicznymi postawiono hipotezy w odniesieniu do pytań o charakterze zależnościowym. Przyjmuje się, że hipoteza jest przypuszczalną odpowiedzią na pytanie badawcze (Maszke, 2008, s. 105). W toku badań zostaną one zweryfikowane:

Ad. 3. Przyjęto, że wśród osób z niepełnosprawnością ruchową istnieją istotnie statystycznie zależności pomiędzy zasobami osobistymi (cechami osobowości, radzeniem sobie – w wymiarze dyspozycyjnym i sytuacyjnym, wsparciem społecznym) a reakcjami przystosowawczymi.

3.1. Przypuszcza się, że istnieją zależności istotne statystycznie pomiędzy wsparciem społecznym a reakcjami przystosowawczymi wśród osób z niepełnosprawnością ruchową.

Najważniejszą i największą grupą wsparcia dla osoby z niepełnosprawnością jest rodzina (Kirenko, 2004). To ona odgrywa znaczącą rolę w procesie psychospołecznej adaptacji. Według badań przeprowadzonych przez A. Kovindha (2005), K. Chwalisz, A. Vaux (2000), S. Wilson i in. (2006) wsparcie społeczne jest pozytywnie skorelowane z reakcjami przystosowawczymi osób z niepełnosprawnością ruchową.

3.2. Przypuszcza się, że istnieją zależności pomiędzy radzeniem sobie (dyspozycyjnym oraz sytuacyjnym) z sytuacjami trudnymi a reakcjami przystosowawczymi wśród osób z niepełnosprawnością ruchową.

Przeprowadzone dotychczas analizy empiryczne wykazały, że osoby z niepełnosprawnością ruchową, które koncentrują się na emocjach lub unikają rozwiązania problemu, osiągają niski poziom przystosowania. Wyższy poziom przystosowania osiągają osoby, które do sytuacji trudnej podchodzą w sposób zadaniowy (Moore i in., 1994; Kennedy i in., 2000; Byra, 2012a).

3.3. Przypuszcza się, że cechy osobowości istotnie korelują z reakcjami przystosowawczymi wśród osób z niepełnosprawnością ruchową.

Osobowość może być czynnikiem ochraniającym w radzeniu sobie z niepełnosprawnością (Brzezińska, 2005). Do czynników osobowościowych generujących zachowania adaptacyjne należy wiara we własną skuteczność, umiejscowienie kontroli i optymizm (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010; Carver, Scheier, 1992). Można więc przypuszczać, że osoby o wysokim poziomie ekstrawersji i otwartości na doświadczenie będą szybciej i łatwiej adaptować się do sytuacji niepełnosprawności.

### **4.3. Zmienne i wskaźniki**

Zmienną zależną (wyjaśnianą) w prowadzonych badaniach są reakcje przystosowawcze. Zgodnie z przyjętą teorią modelu interakcyjnego psychospołecznej adaptacji do niepełnosprawności i choroby chronicznej H. Livneha i R.F. Antonaka (1997) wskaźnikami przystosowania się są zróżnicowane reakcje ujawniane z perspektywy temporalnej, rozumiane jako reakcje wczesne (szok, niepokój, zaprzeczenie), reakcje pośrednie (depresja, uwewnętrzniony gniew, uwewnętrzniona wrogość) oraz reakcje późne (akceptacja, przystosowanie).

Zmienne niezależne (wyjaśniające) przyjęte w przeprowadzonych badaniach to wybrane zasoby osobiste: radzenie sobie, cechy osobowości oraz wsparcie społeczne. Jak wskazują I. Heszen oraz H. Sęk (2007, s. 150), radzenie sobie są to wysiłki jednostki, zarówno poznawcze, jak i behawioralne, w wyniku których jednostka może przezwyciężyć sytuacje w swojej ocenie postrzegane jako trudne, czyli takie, które przekraczają jej możliwości. Radzenie sobie pozwala na odbudowanie równowagi pomiędzy wysokimi wymaganiami życia a zbyt niskimi możliwościami jednostki (Majewicz, 2006, s. 482). Radzenie może być rozumiane dyspozycyjnie (styl) lub sytuacyjnie (strategia) (Heszen, 2015, s. 117). W niniejszej pracy zostanie przeanalizowane radzenie sobie dyspozycyjne, a także sytuacyjne wśród osób z niepełnosprawnością ruchową. Osobowość według przyjętej w procesie badawczym teorii Wielkiej Piątki jest konstruktem składającym się z pięciu czynników: neurotyczności, ekstrawersji, otwartości, ugodowości i sumienności (McCrae, Costa, 1997). Wsparcie społeczne rozumiane w kategorii zasobu osobistego to źródło zewnętrzne, z którego jednostka może skorzystać w trudnych dla siebie sytuacjach (Kirenko, Byra, 2008, s. 117).

Zmienną pośredniczącą zastosowaną w przeprowadzonych badaniach jest satysfakcja z życia w ujęciu temporalnym. Pojęcie to zawiera w sobie satysfakcję z życia przeszłego, obecnego, a także przewidywania jednostki względem satysfakcji życiowej w przyszłości (Michalos, 2014, s. 6601–6611).

### **4.4. Metoda i narzędzia badań**

W celu udzielenia odpowiedzi na pytania badawcze i weryfikacji postawionych hipotez została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego oraz technika

ankietowania. Dostarcza ona danych ilościowych do opisu tendencji występujących w ogólnej populacji na podstawie wyłonionej próby badawczej (Creswell, 2013, s. 161).

W skład sondażu diagnostycznego wchodziły następujące narzędzia, odpowiednio dobrane do problematyki badań i specyfiki osób badanych oraz ich problemów: Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych (KRP) H. Livneha i R.F. Antonaka w polskiej adaptacji S. Byry i J. Kirenki, Skala Temporalnej Satysfakcji z Życia W. Pavota, E. Dienera, i E. Suha w polskiej adaptacji S. Byry, Inwentarz Osobowości NEO-FFI P. Costy i R. McCrae w polskiej adaptacji B. Zawadzkiego, J. Strelaua, P. Szczepaniaka i M. Śliwińskiej, Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia sobie ze Stresem Charlesa S. Carvera, Michaela F. Scheiera i Jagdish K. Weintrauba w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik oraz Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego R. Schwarzera i U. Schutz w polskiej adaptacji A. Łuszczynskiej i M. Kowalskiej.

Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych (KRP) składa się z 60 twierdzeń. Umożliwia zweryfikowanie reakcji, jakie przejawia osoba z trwałymi ograniczeniami, wynikającymi z ograniczenia sprawności lub długotrwałej choroby. Oryginalna wersja kwestionariusza została przedstawiona przez H. Livneha i R.F. Antonaka w 1990 r. jako wielowymiarowy konstrukt do ujęcia zjawiska przystosowania się do życia z niepełnosprawnością. W toku analiz wyodrębniono 8 reakcji przystosowawczych ujawnianych w wyniku trwałych ograniczeń w kondycji zdrowotnej i sprawnościowej: szok, niepokój, zaprzeczenie (reakcje wczesne), depresja, uwewnętrzniony gniew, uzewnętrzniona wrogość (reakcje pośrednie), akceptacja, przystosowanie (reakcje późne). Polska wersja kwestionariusza posiada odpowiednie właściwości psychometryczne. W zakresie rzetelności współczynnik *alfa* Cronbacha dla poszczególnych podskal osiąga następujące wartości: szok – 0,80; niepokój – 0,81; zaprzeczenie – 0,83; depresja – 0,78; uwewnętrzniony gniew – 0,83; uzewnętrzniona wrogość – 0,80, akceptacja – 0,80; przystosowanie – 0,88. Wskaźnik stabilności *r* Pearsona dla poszczególnych podskal zawiera się w przedziale 0,57–0,94 (Byra, Kirenko, 2016, s. 249). Osoba badana określa częstość występowania poszczególnych reakcji na uszkodzenie ciała na czterostopniowej skali, gdzie 1 oznacza, że dana reakcja nie występuje nigdy, natomiast 4 – że dana reakcja występuje często (10 razy lub więcej w skali miesiąca).

Inwentarz Osobowości NEO-FFI autorstwa P. Costy i R. McCrae jest narzędziem, które pozwala na pomiar podstawowych cech osobowości zgodnie z teorią Pięcioczynnikowego Modelu Osobowości. Inwentarz składa się z 60 twierdzeń dotyczących poszczególnych jej wymiarów (neurotyczność, ekstrawersja, otwartość

na doświadczenie, ugodowość i sumienność). Osoba badana ma za zadanie odnieść się do każdego z twierdzeń i ocenić jego prawdziwość na pięciostopniowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”, natomiast 5 – „zdecydowanie się zgadzam”. Współczynnik rzetelności *alfa* Cronbacha osiąga zadowalające wartości dla każdej z podskal (neurotyczność – 0,80; ekstrawersja – 0,77; otwartość na doświadczenie – 0,68; ugodowość – 0,68; sumienność – 0,82) (Zawadzki i in., 1998).

W przypadku zmiennej moderującej zastosowano Skalę Temporalnej Satysfakcji z Życia W. Pavota, E. Dienera i E. Suha, która składa się z 15 twierdzeń i pozwala uzyskać informacje dotyczące natężenia satysfakcji z życia dotyczące przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. Narzędzie podzielone jest na trzy części. W każdej znajduje się pięć twierdzeń dotyczących konkretnego przedziału czasu (przeszłość, teraźniejszość, przyszłość). Osoba badana ocenia na siedmiostopniowej skali każdy z itemów pod względem tego, w jakim stopniu zgadza się z danym twierdzeniem. Skala pozwala także uzyskać informacje dotyczące przystosowania do życia w określonych warunkach oraz tego, w jakim stopniu jednostka zaakceptowała własną sytuację (Byra, 2011; Kirenko, Duda, 2018).

Kwestionariusz COPE (*The Coping Orientation to Problem Experienced*) stworzony przez C.S. Carvera, M.F. Scheiera, J.K. Weintrauba pozwala ustalić preferencje w zakresie ośmiu stylów i ośmiu strategii radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Składa się z 60 twierdzeń. Kwestionariusz wyszczególnia osiem skal: koncentracja na problemie, zaprzeczanie, koncentracja na emocjach, poszukiwanie emocjonalnego wsparcia, akceptacja, zwracanie się ku religii, poczucie humoru, używanie alkoholu lub innych środków odurzających. Kwestionariusz w polskiej wersji zawiera zadowalające wartości psychometryczne: wskaźnik rzetelności poszczególnych podskal mieści się w zakresie 0,62–0,93 (*alfa* Cronbacha), wskaźnik stabilności wewnętrznej waha się od 0,60 do 0,80 (*r* Pearsona) (Wrześniewski, 1996, s. 35–45).

Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego stworzone przez R. Schwarzer i U. Schultz w polskiej adaptacji A. Łuszczynskiej, M. Kowalskiej, M. Mazurkiewicz i R. Schwarzer (2006) są narzędziem mierzącym poziom wsparcia społecznego. Składają się z sześciu niezależnych skal. Każda z nich bada inny wymiar wsparcia społecznego (sposstrzegane dostępne wsparcie – 8 itemów; zapotrzebowanie na wsparcie – 4 itemy; poszukiwanie wsparcia – 5 itemów; aktualnie udzielane wsparcie – 14 itemów; aktualnie otrzymywane wsparcie – 15 itemów; wsparcie buforująco-ochronne – 6 itemów). Współczynnik rzetelności *alfa* Cronbacha wynosi 0,80 i jest na poziomie zadowalającym (Łuszczynska

i in., 2006). Do celów badawczych zostało wykorzystane pięć spośród sześciu skal: spostrzegane dostępne wsparcie, zapotrzebowanie na wsparcie, poszukiwanie wsparcia, aktualnie otrzymywane wsparcie i wsparcie buforująco-ochronne. Spostrzegane dostępne wsparcie dotyczy stopnia dostępności wsparcia ze strony innych ludzi. Wsparcie otrzymywane zmniejsza spostrzegane zagrożenie w sytuacjach stresowych. Spostrzeganie wsparcia ze strony otoczenia korzystnie oddziałuje na ogólny dobrostan i samopoczucie jednostki. Zapotrzebowanie na wsparcie obejmuje potrzebę wykorzystania wsparcia w sytuacjach trudnych. Poszukiwanie wsparcia zawiera się w tym, jak często i w jakim zakresie jednostka poszukuje wsparcia ze strony otoczenia. Wsparcie buforująco-ochronne rozumiane jest jako ochrona najbliższych przed niekorzystnymi informacjami (Kurpiel, 2011, s. 77).

#### **4.5. Organizacja i przebieg badań**

Badania przeprowadzono w okresie trzech miesięcy (grudzień 2019 – luty 2020) wśród dorosłych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą w wieku od 18. do 40. roku życia. Próba badawcza została skompletowana za pomocą doboru celowego. Zostały do niej włączone osoby spełniające wspomniane kryteria. Badania zostały przeprowadzone na terenie całej Polski. Pozyskiwanie osób badanych odbywało się poprzez kontakt z fundacjami, stowarzyszeniami, a także ośrodkami rehabilitacyjnymi działającymi na rzecz dorosłych osób z niepełnosprawnościami. Ponadto osoby badane zostały pozyskane poprzez kontakt z organizacjami studenckimi zrzeszającymi studentów z niepełnosprawnościami, a także przez kontakty prywatne badacza. Pomimo szerokich kontaktów prywatnych wśród osób z niepełnosprawnością ruchową osoby badające wiele osób po szczegółowym zapoznaniu się z kwestionariuszem nie wyraziło chęci wypełnienia ze względu na jego obszerną zawartość. Badania zostały przeprowadzone zgodnie z zasadą dobrowolności opierającej się na pozytywnej motywacji badanych.

Osoby badane spełniające kryteria badawcze (niepełnosprawność wrodzona lub nabyta; wiek do 40. r.ż.) zostały poinformowane o wartości naukowej przeprowadzanych badań i poproszone o wypełnienie kwestionariuszy. Osoby z niepełnosprawnością miały możliwość samodzielnego wypełnienia ankiety w placówce organizacji, do której przynależą (w przypadku osób pozyskanych przez fundacje i organizacje), lub w miejscu zamieszkania. Ankieta przyjęła formę elektroniczną, co stało się dużym udogodnieniem

i zwiększyło dostępność kwestionariusza dla osób ze znacznymi problemami w poruszaniu się. Osoby badane wysyłały wypełnione kwestionariusze bezpośrednio do badacza.

Należy również podkreślić, że część badanych osób z własnej woli zaangażowała się w proces przeprowadzenia badań. Po wypełnieniu własnych ankiet zaoferowały pomoc w dotarciu do ludzi spełniających kryteria badawcze. Zostały one odpowiednio przeszkolone i informowały innych o możliwości wypełnienia kwestionariusza. Podkreślały również znaczenie przeprowadzanych badań.

#### 4.6. Charakterystyka badanej grupy

Zgodnie z przyjętymi założeniami badań do grupy badawczej zostały włączone osoby doświadczające niepełnosprawności wrodzonej i nabytej. Łącznie przebadano 159 osób (w tym 79 osób z niepełnosprawnością istniejącą od urodzenia i 80 osób z niepełnosprawnością nabytą w ciągu życia). Socjodemograficzną charakterystykę badanych, zawierającą informacje dotyczące, wieku, płci, wykształcenia, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania czy też liczby osób we wspólnym gospodarstwie domowym, prezentują tabele od 1 do 7. Następnie przeanalizowano czynniki związane z psychospołecznym funkcjonowaniem badanych osób, tj. cechy cenione wśród bliskich, emocje związane z własną niepełnosprawnością, częstotliwość kontaktów z osobami z niepełnosprawnościami, stosunek do innych osób z niepełnosprawnością, emocje w kontaktach z osobami niepełnosprawnymi, postrzeganie niepełnosprawności w różnych obszarach życia i znajomość funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami (tabele od 8 do 18).

Tabela 1. Płeć badanych osób

Kategorie	Niepełnosprawność wrodzona		Niepełnosprawność nabyta		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Kobieta	40	50,63	32	40	72	45,28
Mężczyzna	39	49,37	48	60	87	54,72
Razem	79	100,00	80	100	159	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Przebadano łącznie 159 osób z niepełnosprawnością ruchową: tworzących grupę podstawową (osoby z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną) – 79 osób oraz osoby z niepełnosprawnością ruchową nabytą – 80 osób. W grupie osób z niepełnosprawnością



ruchową wrodzoną jest 40 kobiet i 39 mężczyzn z uszkodzeniami narządów ruchu istniejącymi od urodzenia. Grupę osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą tworzą 32 kobiety i 48 mężczyzn. Dokładniejsze dane przedstawione są w tabelach 2–7.

Tabela 2. Wiek badanych osób

Kategorie	Niepełnosprawność wrodzona		Niepełnosprawność nabyta	
	N	%	N	%
18–25	12	15,19	15	18,75
26–30	31	39,24	20	25,00
31–35	23	29,11	31	38,75
36–40	13	16,46	14	17,50
Razem	79	100,00	80	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Wiek osób badanych zawiera się w przedziale od 18 do 40 lat. Jest to okres życia nazywany wczesną dorosłością. W grupie osób z niepełnosprawnością wrodzoną przeważają osoby w wieku od 26 do 30 lat (31 osób, co stanowi 39,24%). W grupie osób z niepełnosprawnością nabytą zaś najwięcej jest osób w wieku od 31 do 35 lat (31 osób, co stanowi 38,75%). Na drugim miejscu w grupie osób z niepełnosprawnością wrodzoną są osoby w wieku od 31 do 35 lat (23 osoby – 29,11%), zaś w grupie osób z niepełnosprawnością nabytą nieco mniej osób jest w przedziale wiekowym od 26 do 30 lat (20 osób – 25%). Najmniejszą grupą z niepełnosprawnością istniejącą od momentu urodzenia są osoby dorosłe w wieku do 25. roku życia (15,19%). Najmniej osób badanych z grupy porównawczej znajduje się w przedziale wiekowym od 36. do 40. roku życia.

Tabela 3. Stan cywilny badanych osób

Kategorie	Niepełnosprawność wrodzona		Niepełnosprawność nabyta	
	N	%	N	%
Mężatka, żonaty	6	7,59	19	23,75
Panna, kawaler	73	92,41	58	72,50
Wdowa, wdowiec	0	0,00	1	1,25
Rozwodnik	0	0,00	2	2,50
Razem	79	100,00	80	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Najliczniejszą grupą osób, które wzięły udział w przeprowadzonych badaniach, są osoby stanu wolnego. Pośród osób z niepełnosprawnością wrodzoną jest ich aż 73, co stanowi ponad 90% tej zbiorowości. Nieco mniej (58 – 72,5%) osób stanu wolnego znajduje się w grupie osób z niepełnosprawnością nabytą. Na drugim miejscu zarówno

w grupie osób z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą są osoby będące w związku małżeńskim (odpowiednio 7,59% i 23,75%). Najmniejszą grupę w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą stanowiły osoby samotne. W grupie osób z niepełnosprawnością wrodzoną nie było osób samotnych (wdowa/wdowiec).

Tabela 4. Liczba osób w gospodarstwie domowym badanych osób

Kategorie	Niepełnosprawność wrodzona		Niepełnosprawność nabyta	
	N	%	N	%
0	0	0,00	4	5,00
1	23	29,11	14	12,50
2	19	24,05	16	20,00
3	23	29,11	19	23,75
4	9	11,39	16	20,00
5	4	5,06	6	7,50
6	1	1,27	3	6,75
7	0	0,00	1	1,25
12	0	0,00	1	1,25

Źródło: opracowanie własne.

Dane dotyczące liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym pokazują, że zarówno w grupie osób z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą dominują osoby, u których w gospodarstwach domowych znajduje się od 1 do 4 osób. W przypadku osób z niepełnosprawnością posiadaną od urodzenia stanowiły one ponad 90% grupy. Pośród osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą stanowią one ponad 70%. Z danych wynika, że jednoosobowe gospodarstwo prowadzi 29,11% osób z niepełnosprawnością wrodzoną i 12,5% osób z niepełnosprawnością nabytą. Osoby prowadzące gospodarstwo z partnerem lub współmałżonkiem prawie dwa razy częściej znajdują się w grupie osób z niepełnosprawnością wrodzoną (24,05%) niż nabytą (12,5). Gospodarstwa liczące powyżej pięciu osób występują częściej wśród osób z nabytą niepełnosprawnością i stanowią ponad 9%, podczas gdy wśród osób niepełnosprawnych od urodzenia stanowią niecałe 2%. Duża część osób badanych mieszka w gospodarstwach wieloosobowych, co z pewnością stwarza możliwości wsparcia osób z niepełnosprawnościami w razie zaistniałej potrzeby.

Tabela 5. Liczba dzieci w gospodarstwie domowym badanych osób

Kategorie	Niepełnosprawność wrodzona		Niepełnosprawność nabyta	
	N	%	N	%
0	68	86,08	55	68,75
1	9	11,39	14	17,50
2	1	1,27	8	10,00

3	1	1,27	2	2,50
4	0	0,00	1	1,25

Źródło: opracowanie własne.

W powyższej tabeli zostały przedstawione dane dotyczące liczby dzieci w gospodarstwach domowych badanych osób. Zarówno w grupie osób z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą przeważają osoby nieposiadające dzieci (odpowiednio 86,08% i 68,75%). To znacznie ponad połowa wszystkich badanych. Niewielka grupa osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną posiada jedno dziecko (11,39%). Również w grupie osób z niepełnosprawnością nabytą wskaźnik procentowy nie przekracza 20%, ale jest nieco większy niż w grupie osób z niepełnosprawnością wrodzoną (17,5%) Podobna tendencja występuje w grupie osób, które posiadają dwoje bądź więcej dzieci. W grupie podstawowej są tylko 2 takie osoby (2,54%), natomiast w grupie porównawczej aż 11 osób, co stanowi ponad 10% tej grupy.

Tabela 6. Wykształcenie badanych osób

Kategorie	Niepełnosprawność wrodzona		Niepełnosprawność nabyta	
	N	%	N	%
Niepełne podstawowe	0	0,00	0	0,00
Zasadnicze zawodowe	2	2,53	11	13,75
Średnie zawodowe	7	8,86	18	22,50
Średnie ogólnokształcące	7	8,86	12	15,00
Policealne/ pomaturalne	7	8,86	4	5,00
Wyższe	56	70,89	35	43,75
Razem	79	100,00	80	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z danych zamieszczonych w tabeli 6, największą część osób badanych stanowią osoby z wykształceniem wyższym (niepełnosprawność wrodzona – 56 osób, co stanowi 70,89%; niepełnosprawność nabyta – 35 osób, co stanowi 43,75%). Pomiędzy grupami występuje różnica, jeśli chodzi o niższe szczeble wykształcenia. Najbardziej zauważalna jest różnica w grupie osób z wykształceniem średnim zawodowym. Zaledwie 7 osób z niepełnosprawnością wrodzoną ukończyło ten szczebel edukacji (8,86%), zaś wśród osób z niepełnosprawnością nabytą wskaźnik ten przekracza 20% (18 osób – 22,5%). Podobne różnice można zauważyć w przypadku wykształcenia zasadniczego zawodowego, osoby z grupy z niepełnosprawnością wrodzoną stanowią 2,53% (2 osoby), zaś z niepełnosprawnością nabytą ponad 10% badanych. Również wykształcenie średnie ogólnokształcące posiadają częściej osoby z niepełnosprawnością nabytą niż wrodzoną

(odpowiednio 15% i 8,86%). Jedynie w przypadku wykształcenia policealnego osoby z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną stanowią większą część badanych w porównaniu do osób z niepełnosprawnością nabytą (odpowiednio 8,86% i 5%).

Tabela 7. Miejsce zamieszkania badanych osób

Kategorie	Niepełnosprawność wrodzona		Niepełnosprawność nabyta	
	N	%	N	%
Wieś	5	6,33	7	8,75
Wieś podmiejska	12	15,20	18	22,50
Miejscowość do 10 tys. mieszkańców	0	0,00	5	6,25
Miasto od 11 do 50 tys. mieszkańców	11	13,92	14	17,50
Miasto od 51 do 100 tys. mieszkańców	16	20,25	11	13,75
Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	35	44,30	25	31,25
Razem	79	100,00	80	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Duża część osób badanych mieszka w dużych miastach powyżej 100 tysięcy mieszkańców. W przypadku osób z niepełnosprawnością posiadaną od urodzenia jest to prawie połowa (44,30% – 35 osób), zaś wśród osób z niepełnosprawnością nabytą nieco ponad 30% (31,25% – 50 osób). Na drugim miejscu znajdują się osoby z niepełnosprawnością wrodzoną mieszkające w miastach do 100 tysięcy mieszkańców (16 osób – 20,25%) oraz osoby z niepełnosprawnością nabytą z wsi podmiejskich (22,5% – 18 osób). Z miast średniej wielkości (od 11 do 50 tys. mieszkańców) pochodzi 11 osób z niepełnosprawnością wrodzoną (13,92%) oraz 14 osób z niepełnosprawnością nabytą (17,5%). Na wsiach podmiejskich mieszka 15,2% osób z niepełnosprawnością wrodzoną (12 osób). Tylko niewielka część osób badanych z niepełnosprawnością wrodzoną (5 osób – 6,33%) i nabytą (7 osób – 8,75%) mieszka na wsiach.

#### 4.7. Psychospołeczne funkcjonowanie badanych osób

Tabela 8 ilustruje najbardziej pożądane cechy, którymi powinny się odznaczać osoby należące do kręgu przyjaciół badanych osób. Z danych wynika, że jedną z najbardziej oczekiwanych cech jest umiejętność radzenia sobie w życiu, co ma miejsce w przypadku 48 osób (56,96%) z niepełnosprawnością od urodzenia i 48 osób (60%)

z niepełnosprawnością nabytą, z czego tylko tę umiejętność wskazuje 12 osób (15,19%) z niepełnosprawnością wrodzoną oraz 15 osób (18,75 %) z niepełnosprawnością nabytą. Kolejną cechą preferowaną przez badanych i poszukiwaną wśród znajomych i przyjaciół jest umiejętność współzycia z innymi ludźmi. Na tę cechę wskazuje 87 osób (54,72%) z niepełnosprawnością. Cecha ta podkreślana jest nieznacznie częściej wśród osób z niepełnosprawnością wrodzoną (45 osób – 56,96%) niż osób z niepełnosprawnością nabytą (42 osoby – 52,5%). Pozostałe cechy są rzadziej oczekiwane wśród przyjaciół i bliskich znajomych. Spośród badanych 67 osób ceni sobie inteligencję (42,14%), 38 uważa za ważną cechę wiedzę w określonej dziedzinie. Nieco ponad 20% zaznacza, że istotną dla nich cechą jest sprawność fizyczna przyjaciół. Do najmniej ważnych cech osoby badane zaliczają dobrą pozycję materialną (6 osób – 3,77%) i powodzenie u płci przeciwnej (6 osób – 3,77%).

Tabela 8. Najbardziej cenione cechy przyjaciół i znajomych wśród osób badanych

Kategorie	Niepełnosprawność wrodzona		Niepełnosprawność nabyta	
	N	%	N	%
a	0	0,00	1	1,25
a, b	1	1,27	0	0,00
a, b, c, d, g, h	1	1,27	0	0,00
a, b, c, g, h	1	1,27	0	0,00
a, b, g, h	1	1,27	0	0,00
a, b, h	1	1,27	0	0,00
a, c, d, g, h	1	1,27	0	0,00
a, c, g, h	1	1,27	0	0,00
b	8	10,13	6	7,50
b, c, d, g, h	1	1,27	2	2,50
b, c, d, g, i	0	0,00	1	1,25
b, c, d, h	1	1,27	2	2,50
b, c, f, g, h	1	1,27	0	0,00
b, c, f, g	0	0,00	1	1,25
b, c, g, h	6	7,59	5	6,25
b, c, g, h, i	3	3,80	2	2,50
b, c, h	1	1,27	2	2,50
b, d	0	0,00	1	1,25
b, d, g, h	1	1,27	0	0,00
b, d, h	0	0,00	3	3,75
b, e, g, h	0	0,00	2	2,50
b, f, g	0	0,00	1	1,25
b, g	5	6,33	3	3,75
b, f, g, h	1	1,27	0	0,00
b, g, h	6	7,59	8	10,00
b, g, h, i	1	1,27	0	0,00
b, g, i	1	1,27	1	1,25
b, h	1	1,27	1	1,25
b, h, i	1	1,27	1	1,25
b, i	2	2,53	0	0,00
c	0	0,00	3	3,75
c, e, f	0	0,00	1	1,25

c, g	0	0,00	3	3,75
c, g, h	2	2,53	1	1,25
c, g, h, i	1	1,27	0	0,00
c, h	1	1,27	1	1,25
d	0	0,00	2	2,50
d, e	0	0,00	1	1,25
d, e, h	0	0,00	1	1,25
d, g, h	0	0,00	1	1,25
e	0	0,00	1	1,25
e, g	0	0,00	1	1,25
f, g	0	0,00	1	1,25
g	12	15,19	15	18,75
g, h	2	2,53	1	1,25
h	6	7,59	3	3,75
h, i	2	2,53	0	0,00
I	6	7,59	1	1,25

a – wygląd zewnętrzny; b – umiejętność współżycia z innymi ludźmi; c – wiedza w danej dziedzinie; d – sprawność fizyczna; e – dobra pozycja materialna; f – powodzenie u płci przeciwnej; g – umiejętność radzenia sobie w życiu; h – inteligencja; i – inne  
 Źródło: opracowanie własne.

Tabela 9. Czas trwania niepełnosprawności – więcej niż 6 miesięcy wśród osób badanych

Kategorie	Niepełnosprawność wrodzona		Niepełnosprawność nabyta	
	N	%	N	%
Tak	79	100	55	68,75
Nie	0	0	25	31,25
Parokrotnie	0	0	0	0,00
Inne	0	0	0	0,00

Źródło: opracowanie własne.

Z danych dotyczących czasu trwania niepełnosprawności wynika, że okres ten w przypadku ponad połowy (68,75%) osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową jest dłuższy niż pół roku, natomiast 31,25% wskazuje, iż z niepełnosprawnością funkcjonuje mniej niż 6 miesięcy.

Tabela 10. Emocje osób badanych pojawiające się na myśl o niepełnosprawności

Kategorie	Niepełnosprawność wrodzona		Niepełnosprawność nabyta	
	N	%	N	%
a	5	6,33	9	11,25
a, c	1	1,27	6	7,50
a, c, d	1	1,27	2	2,50
a, c, d, f	1	1,27	0	0,00
a, d	0	0,00	1	1,25
a, f	1	1,27	0	0,00
b	28	35,44	10	12,50
b, d	0	0,00	1	1,25
b, f	0	0,00	3	3,75
c	6	7,59	12	15,00
c, d	0	0,00	6	7,50

d	16	20,25	18	22,50
e	12	15,19	10	11,25
f	8	10,13	2	2,50

a – strach, lęk, b – jest mi to obojętne, c – uczucie bezradności, d – świadomość kruchości życia ludzkiego, e – nigdy nie myślałem o takich sprawach, f – inne

Źródło: opracowanie własne.

Myśl o trwałej niepełnosprawności wywołuje w badanych odmienne emocje wśród osób z niepełnosprawnością nabytą i wrodzoną. Różnica w odczuwanych emocjach najprawdopodobniej spowodowana jest tym, że osoby z niepełnosprawnością od urodzenia nie mają skali porównawczej funkcjonowania bez niepełnosprawności. W grupie osób z niepełnosprawnością wrodzoną najczęściej wskazywaną odpowiedzią jest obojętność (28 osób – 35,44%). Tylko 14 osób (17,5%) z niepełnosprawnością nabytą wskazuje obojętność. W tej grupie badani najczęściej czują bezradność (18 osób – 22,5%) i uświadamiają sobie kruchość swojego życia (18 osób – 22,5%). Ponad 20% osób z niepełnosprawnością nabytą odczuwa strach bądź lęk. W grupie osób z niepełnosprawnością wrodzoną na emocje związane z poczuciem strachu i lęku wskazuje 9 osób, co stanowi 11,39% tej grupy. Najrzadziej osoby z niepełnosprawnością wrodzoną wskazują na poczucie bezradności wobec swojej sytuacji (6 osób – 7,59%). Część osób badanych (15,19% osób z niepełnosprawnością wrodzoną i 11,25% z nabytą niepełnosprawnością) wskazuje, że nigdy nie myślały o swojej sytuacji niepełnosprawności.

Tabela 11. Osoby niepełnosprawne w rodzinach osób badanych

Kategorie	Niepełnosprawność wrodzona		Niepełnosprawność nabyta	
	N	%	N	%
Tak	46	58,23	53	66,25
Nie	33	41,77	27	33,75
Razem	79	100,00	80	100,00

Źródło: opracowanie własne.

W przypadku danych dotyczących obecności innych osób z niepełnosprawnościami w rodzinach ponad połowa badanych, zarówno z grupy osób z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą, wskazuje, że w ich rodzinach są takie osoby (odpowiednio 58,23% i 66,25%). Brak innych osób z niepełnosprawnością w rodzinie wskazuje 41,77% osób z niepełnosprawnością od urodzenia oraz 33,75% osób z niepełnosprawnością nabytą w ciągu życia.

Tabela 12. Kontakty z osobami niepełnosprawnymi

Kategorie	Niepełnosprawność wrodzona		Niepełnosprawność nabyta	
	N	%	N	%
Tak i są to częste kontakty	63	79,75	56	70,00
Tak, ale bardzo rzadko	12	15,19	15	18,75
Nie	2	2,53	9	11,25
Inne	2	2,53	0	0,00

Źródło: opracowanie własne.

Większość osób z niepełnosprawnością ruchową wskazuje na częste kontakty z innymi osobami niepełnosprawnymi. W przypadku osób z niepełnosprawnością wrodzoną na częste kontakty wskazuje 79,75%, zaś wśród osób z niepełnosprawnością nabytą jest to 70%, a więc nieco mniej. Odmienny rozkład procentowy danych występuje w przypadku wskazywania kontaktów rzadkich bądź ich braku. Na małą ilość kontaktów wskazuje 18,75% osób z niepełnosprawnością nabytą i 15,19% osób niepełnosprawnych od urodzenia. Na brak kontaktu wskazuje zaś tylko 2,53% osób z niepełnosprawnością wrodzoną i 11,25% osób z niepełnosprawnością nabytą.

Tabela 13. Stosunek do osób niepełnosprawnych osób badanych

Kategorie	Niepełnosprawność wrodzona		Niepełnosprawność nabyta	
	N	%	N	%
Pozytywny/ serdeczny	69	87,34	63	78,75
Przeciętny/raczej obojętny	7	8,86	12	15,00
Negatywny/ niechętny	1	1,27	0	0,00
Nie miałem styczności z takimi osobami	1	1,27	4	5,00
Inne	1	1,27	1	1,25

Źródło: opracowanie własne.

Z danych zaprezentowanych w tabeli 13 wynika, że największa część osób badanych (z wrodzoną i nabytą niepełnosprawnością) wskazuje na pozytywny stosunek do innych niepełnosprawności, odpowiednio 87,34% i 78,75%. Rzadko osoby badane deklarują obojętność na inne niepełnosprawności. Częściej odpowiedź ta pojawia się w przypadku osób z niepełnosprawnością nabytą (15%) niż istniejącą od urodzenia (8,86%). Tylko jedna osoba z niepełnosprawnością wrodzoną wskazuje na negatywny stosunek do innych niepełnosprawności. W przypadku osób z nabytą niepełnosprawnością żadna nie wyraża



niechęci do innych niepełnosprawności, natomiast 4 osoby (5%) zaznaczają, że nie miały styczności z innymi niepełnosprawnościami w trakcie trwania niepełnosprawności.

Tabela 14. Odczuwane emocje podczas kontaktów z osobami niepełnosprawnymi

Kategorie		Niepełnosprawność wrodzona		Niepełnosprawność nabyta	
		N	%	N	%
Lęk	tak	5	6,33	9	11,25
	raczej tak	13	16,46	3	3,75
	nie	35	44,30	31	38,75
	raczej nie	22	27,85	29	36,25
	trudno powiedzieć	4	5,06	7	8,75
Bezradność	tak	17	21,52	15	18,75
	raczej tak	13	16,46	17	21,25
	nie	31	39,24	26	32,50
	raczej nie	11	13,92	11	13,75
	trudno powiedzieć	7	8,86	11	13,75
Zażenowanie	tak	9	11,39	7	8,75
	raczej tak	7	8,86	5	6,25
	nie	45	56,96	39	48,75
	raczej nie	12	15,20	21	26,25
	trudno powiedzieć	6	7,59	8	10,00
Skrepowanie	tak	10	12,66	4	5,00
	raczej tak	8	10,13	9	11,25
	nie	39	49,37	32	40,00
	raczej nie	17	21,52	26	32,50
	trudno powiedzieć	5	6,33	9	11,25
Radość	tak	58	73,42	24	30,00
	raczej tak	11	13,92	22	27,50
	nie	2	2,53	9	11,25
	raczej nie	0	0,00	9	11,25
	trudno powiedzieć	8	10,13	16	20,00
Smutek	tak	23	29,11	12	15,00
	raczej tak	10	12,66	18	22,50
	nie	24	30,38	20	25,00
	raczej nie	13	16,46	22	27,50
	trudno powiedzieć	9	11,39	8	10,00
Spokój	tak	44	55,70	25	31,25
	raczej tak	19	24,05	25	31,25
	nie	1	1,27	7	8,75
	raczej nie	3	3,80	6	7,50
	trudno powiedzieć	12	15,20	17	21,25
Swoboda	tak	48	60,76	28	35,00
	raczej tak	18	22,78	26	32,50
	nie	4	5,06	10	12,50
	raczej nie	1	1,27	4	5,00
	trudno powiedzieć	8	10,13	12	15,00

Źródło: opracowanie własne.

W zakres omawianej sytuacji osób z niepełnosprawnością ruchową został włączony także aspekt emocji odczuwanych w kontaktach z innymi niepełnosprawnymi. Wyróżniono: lęk, bezradność, zażenowanie, skrepowanie, smutek – emocje negatywne

oraz radość, spokój, swobodę – emocje pozytywne. Okazało się, że znacznie częściej zarówno osoby z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą w kontaktach z innymi niepełnosprawnymi odczuwają emocje pozytywne. Najczęstszą emocją jest radość – wskazuje ją 69 osób (87,34%) z niepełnosprawnością wrodzoną i 46 osób (57,5%) z niepełnosprawnością nabytą. Równie często badani z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą odczuwają swobodę w kontaktach z niepełnosprawnymi – odpowiednio 66 (83,54%) i 54 (67,5%) osoby. W przypadku emocji negatywnych osoby z niepełnosprawnością najczęściej wskazują na smutek (63 osoby – 39,62%) i bezradność (62 osoby – 38,99%). Do najrzadziej wskazywanych emocji negatywnych należą lęk (30 osób – 18,87%) i zażenowanie (28 osób – 17,61%).

Tabela 15. Postrzeganie niepełnosprawności jako przeszkody przez osoby badane

Kategorie		Niepełnosprawność wrodzona		Niepełnosprawność nabyta	
		N	%	N	%
Nauka	tak	5	6,33	8	10,00
	raczej tak	9	11,39	9	11,25
	nie	34	43,03	32	40,00
	raczej nie	19	24,05	27	33,75
	trudno powiedzieć	12	15,20	4	5,00
Praca	tak	10	12,66	23	28,75
	raczej tak	17	21,52	19	23,75
	nie	19	24,05	19	23,75
	raczej nie	20	25,32	15	18,75
	trudno powiedzieć	13	16,46	4	5,00
Stosunki małżeńskie	tak	9	11,39	12	15,00
	raczej tak	11	13,92	24	30,00
	nie	31	39,24	23	28,75
	raczej nie	9	11,39	11	13,75
	trudno powiedzieć	19	24,05	10	12,50
Stosunki rodzicielskie	tak	12	15,20	10	12,50
	raczej tak	13	16,46	21	26,25
	nie	23	29,11	21	26,25
	raczej nie	12	15,20	18	22,50
	trudno powiedzieć	19	24,05	10	12,50
Kontakty z innymi ludźmi	tak	7	8,86	5	6,25
	raczej tak	11	13,92	15	18,75
	nie	32	40,51	33	41,25
	raczej nie	19	24,05	23	28,75
	trudno powiedzieć	10	12,66	4	5,00
Życie osobiste	tak	13	16,46	12	15,00
	raczej tak	10	12,66	27	33,75
	nie	19	24,05	10	12,50

	raczej nie	18	22,78	17	21,25
	trudno powiedzieć	11	13,92	3	3,75
Korzystanie z rozrywek	tak	9	11,39	19	23,75
	raczej tak	23	29,11	23	28,75
	nie	19	24,05	10	12,50
	raczej nie	16	20,25	24	30,00
	trudno powiedzieć	12	15,29	4	5,00
Plany życiowe	tak	14	17,72	17	21,25
	raczej tak	13	16,46	23	28,75
	nie	23	29,11	15	18,75
	raczej nie	13	16,46	19	23,75
	trudno powiedzieć	16	20,25	6	7,50

Źródło: opracowanie własne.

Ograniczenia ruchowe osób z niepełnosprawnością motoryczną mogą sprawiać, że niektóre aspekty życia związane z codziennością mogą być postrzegane jako przeszkoda. Do tych aspektów włączono: naukę, pracę, stosunki małżeńskie, stosunki rodzicielskie, kontakty z innymi ludźmi, życie osobiste, a także korzystanie z rozrywek i plany życiowe. Ogólnie można zauważyć, że w wymienionych aspektach życia niepełnosprawność i ograniczenia z niej wynikające stanowią przeszkodę. Osoby badane najczęściej postrzegają niepełnosprawność jako przeszkodę w korzystaniu z rozrywek. Wskazują na to aż 74 osoby, co stanowi prawie połowę wszystkich badanych (46,54%). Równie często ograniczenia związane z niepełnosprawnością wskazywane są jako bariera w poszukiwaniu pracy (69 osób – 43,40%). Sytuacja ta może być spowodowana tym, że niejednokrotnie pracodawcy postrzegają osoby z niepełnosprawnością jako mniej wydajnych i efektywnych pracowników ze względu na ich ograniczenia. Według 67 osób (42,14%) niepełnosprawność może nie pozwalać planować przyszłości. Mimo że osoby badane uważają, iż niepełnosprawność może być przeszkodą w pracy i korzystaniu z rozrywek, stosunkowo niewielka część wskazuje, że jest przeszkodą w kontaktach z innymi ludźmi (38 osób – 23,90%). Najrzadziej osoby badane wskazują, że niepełnosprawność jest przeszkodą w nauce (31 – osób – 19,50%).

Tabela 16. Postrzeganie osób niepełnosprawnych jako pełnowartościowych członków społeczeństwa przez osoby badane

Kategorie	Niepełnosprawność wrodzona		Niepełnosprawność nabyta	
	N	%	N	%
Tak	67	84,81	53	66,25
Raczej tak	8	10,13	20	25,00
Nie	1	1,27	5	6,25
Raczej nie	1	1,27	0	0,00
Trudno powiedzieć	2	2,54	2	2,50

Zdecydowana większość osób badanych z wrodzoną (75 osób – 94,94%) i nabytą (73 osoby – 91,25%) niepełnosprawnością postrzega osoby z niepełnosprawnościami na równi z pełnosprawnymi członkami społeczeństwa. Inaczej uważa tylko niewielka część osób badanych. Nieznacznie częściej wśród osób z grupy porównawczej występuje przekonanie o niższości osób niepełnosprawnych w stosunku do pełnosprawnych członków społeczeństwa (5 osób – 6,25%). Zarówno w grupie osób z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą 2 osoby (odpowiednio 2,54% i 2%) nie są w stanie odpowiedzieć jednoznacznie na to pytanie.

Tabela 17. Poczucie swobody w kontaktach z osobami niepełnosprawnymi osób badanych

Kategorie	Niepełnosprawność wrodzona		Niepełnosprawność nabyta	
	N	%	N	%
Tak	51	64,56	38	47,5
Raczej tak	24	30,38	28	35,0
Nie	1	1,27	0	0,0
Raczej nie	0	0,00	6	7,5
Trudno powiedzieć	3	3,80	8	10,0

Źródło: opracowanie własne.

Dane przedstawione w tabeli 17 wskazują na to, że osoby badane w kontaktach z niepełnosprawnymi czują się swobodnie. Pomiedzy grupami występuje różnica. Częściej czują się pewnie w kontaktach z niepełnosprawnościami osoby z wrodzoną niepełnosprawnością (por. tabela 17). Natomiast brak poczucia swobody bądź odpowiedź niejednoznaczna częściej wskazują osoby z niepełnosprawnością ruchową nabytą (odpowiednio 7,5% i 10%).

Tabela 18. Znajomość specyfiki funkcjonowania osób niepełnosprawnych wśród osób badanych

Kategorie	Niepełnosprawność wrodzona		Niepełnosprawność nabyta	
	N	%	N	%
Tak	56	70,89	46	57,50
Raczej tak	21	26,58	23	28,75
Nie	1	1,27	2	2,50
Raczej nie	0	0,00	6	7,50
Trudno powiedzieć	1	1,27	9	11,25

Analiza danych wskazuje, że ponad 90% badanych z niepełnosprawnością istniejącą od urodzenia zna specyfikę funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami. Również duży odsetek osób z niepełnosprawnością nabytą (86,25% – 69 osób) posiada wiedzę na ten temat. Na niezajomość funkcjonowania specyfiki osób z niepełnosprawnościami

wskazują znacznie częściej osoby z niepełnosprawnością nabytą, bo aż 10% badanych. Fakt ten może wynikać z tego, że czas posiadania niepełnosprawności w ich subiektywnej ocenie nie jest wystarczająco długi, aby znać dobrze specyfikę niepełnosprawności. W grupie osób z niepełnosprawnością wrodzoną taką odpowiedź wskazuje tylko jedna osoba.

Zaprezentowane dane społeczno-demograficzne badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą ukazują, że w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną liczba kobiet jest o 1 większa niż mężczyzn, zaś w grupie osób z niepełnosprawnością nabytą przewagę mają mężczyźni. Uogólniając, należy twierdzić, że osoby badane są ludźmi młodymi o wykształceniu wyższym, zamieszkującymi duże miasta powyżej 100 tysięcy mieszkańców. Znaczący odsetek badanych to osoby stanu wolnego. Wśród osób z niepełnosprawnością nabytą ponad połowa stała się niepełnosprawna ponad pół roku przed wypełnieniem kwestionariusza. Analiza psychospołecznego funkcjonowania badanych jednoznacznie wskazuje, że są to osoby, które w stosunku do innych mają życzliwe i pozytywne nastawienie, czują się swobodnie w kontaktach z innymi niepełnosprawnymi i odczuwają przy nich radość i spokój. W stosunku do siebie nie są jednak tak dobrze nastawieni, ponieważ w swojej niesprawności upatrują przeszkodę w codziennym życiu.

#### **4.8. Metody statystyczne analizy danych**

Przeprowadzone analizy statystyczne zostały ściśle podporządkowane celowi badań określonego w sprecyzowanych obszarach problemowych oraz postawionych w ich obrębie problemach badawczych. W toku pracy zastosowano następujące analizy statystyczne:

- Porównania międzygrupowe w zakresie reakcji przystosowawczych, temporalnej satysfakcji z życia oraz zasobów osobistych (cech osobowości, stylów i strategii radzenia sobie z sytuacjami problemowymi oraz wsparcia społecznego) osób z niepełnosprawnością ruchową istniejącą od urodzenia oraz z niepełnosprawnością nabytą. W tym przypadku zastosowano test t Studenta dla danych niezależnych.
- Porównania wewnątrzgrupowe w obrębie stylów i strategii radzenia sobie z sytuacjami trudnymi wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą. W tym celu zastosowano test t Studenta dla prób zależnych.

- Typologię temporalnej satysfakcji z życia wśród osób badanych, w tym celu zastosowano analizę skupień metodą k – średnich, porównania skupień w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową dokonano za pomocą testu  $\chi^2$ .
- Jednoczynnikowa analizę wariancji AVOVA w celu ustalenia zróżnicowania reakcji przystosowawczych i zasobów osobistych pod kątem orientacji temporalnej satysfakcji z życia.
- Wieloraką krokową analizę regresji w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą w celu ustalenia predyktorów poszczególnych reakcji przystosowawczych.

## Rozdział V Reakcje przystosowawcze i zasoby osobiste – analiza badań własnych

### 5.1. Natężenie reakcji przystosowawczych wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą

Niepełnosprawność ruchowa niezależnie od źródła jej występowania (wrodzona, bądź nabyta) powoduje, że osoba nią dotknięta zachowuje się w określony sposób. Przyjęta zgodnie z terminologią definicja przystosowania podkreśla, że jest ono pomyślnym wskaźnikiem procesu adaptacji. Określony sposób zachowania i reakcje wiążą się często z trudnościami i ograniczeniami, jakie człowiek napotyka w swoim codziennym życiu i środowisku społecznym, w którym przebywa. Porównanie średnich wyników dotyczących poszczególnych wymiarów przystosowania się do sytuacji niepełnosprawności, zgodnie z modelem psychospołecznej adaptacji do niepełnosprawności H. Livneha i R.F. Antonaka, w grupie osób z niepełnosprawnością istniejącą od urodzenia bądź nabytą w ciągu życia ilustruje tabela 19. W toku analiz posłużono się testem t – Studenta dla par niezależnych.

Tabela 19. Porównanie średnich wyników reakcji przystosowawczych osób badanych

Grupa	Niepełnosprawność wrodzona (N=79)		Niepełnosprawność nabyta (N=80)		Istotność różnic		
	M	SD	M	SD	t	df	p
Szok	11,38	4,43	12,29	4,33	-1,306	157	0,193
Niepokój	10,71	4,18	11,56	3,65	-1,378	157	0,170
Zaprzeczanie	10,91	2,65	12,57	3,61	-3,306	157	0,001*
Depresja	13,20	5,13	14,81	4,76	-2,051	157	0,042*
Uwewnętrzniony gniew	12,91	4,61	16,04	5,05	-4,078	157	0,000*
Uzewewnętrzniona wrogość	13,81	4,19	13,48	3,72	0,534	157	0,594
Akceptacja	19,20	4,53	20,16	3,34	-1,522	157	0,130
Przystosowanie	24,65	6,14	23,95	4,99	0,785	157	0,434

\*-p<0,05, ~ – zbliżone do istotności statystycznej

Źródło: opracowanie własne.

W analizie danych dotyczących wymiarów przystosowania się do sytuacji niepełnosprawności ruchowej wrodzonej i nabytej wśród osób badanych ujawniły się istotne różnice w trzech spośród ośmiu reakcji przystosowawczych. W wyniku eksploracji



zostały zauważone istotne różnice w obszarach zaprzeczenia (reakcje wczesne), depresji i uzewnętrznionego gniewu (reakcje pośrednie). W przypadku reakcji zaprzeczenia osoby z niepełnosprawnością nabytą osiągają wyższe wyniki ( $M=12,57$ ) niż osoby z niepełnosprawnością wrodzoną ( $M=10,91$ ). Można przypuszczać, że osoby po nabyciu niepełnosprawności ruchowej w początkowym okresie częściej negują istnienie niepełnosprawności. Reakcja zaprzeczania może być także ochroną przed uświadomieniem sobie faktu uszkodzenia ciała i niemożności powrotu do stanu sprzed nabycia niepełnosprawności. Podobnie w przypadku reakcji depresji osoby z niepełnosprawnością ruchową nabytą osiągają wyższe wyniki ( $M=14,81$ ) w porównaniu do osób z niepełnosprawnością wrodzoną ( $M=13,20$ ). Należy zatem przypuszczać, że osoby, u których niepełnosprawność pojawiła się w toku życia, częściej odczuwają smutek, zwątpienie, a także obniżają własną wartość z powodu niepełnosprawności. Osoby z niepełnosprawnością nabytą wyższe wyniki osiągają również w obszarze uwewnętrznionego gniewu ( $M=16,04$ ). Przypuszcza się zatem, że nabycie niepełnosprawności spowodowało gniew, złość, gorycz, a także żal, poczucie winy i samoobwinianie się za zaistniałą sytuację. Tylko w dwóch obszarach spośród ośmiu osoby z niepełnosprawnością wrodzoną osiągają wyższe natężenie reakcji. Są to reakcje: uzewnętrznionej wrogości (reakcja pośrednia) oraz przystosowania (reakcja późna). Może to oznaczać, że osoby z wrodzoną niepełnosprawnością częściej cechuje wrogość względem otoczenia czy też innych osób. Wyrażają one częściej niecierpliwość, agresję czy też bunt. Są bardziej skłonne do inicjowania konfliktów. Pomimo braku istotności statystycznej należy zwrócić uwagę na najwyższe nasilenie reakcji późnych w obu grupach (akceptacja, przystosowanie). Osoby z niepełnosprawnością wrodzoną pomimo niższego natężenia reakcji akceptacji ( $M=19,20$ ) w porównaniu do osób z niepełnosprawnością nabytą ( $M=20,65$ ) lepiej przystosowują się do sytuacji niepełnosprawności.

## **5.2. Natężenie cech osobowości wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą**

Aby zdiagnozować poszczególne wymiary osobowości osób z niepełnosprawnością ruchową, przeprowadzono analizy porównawcze. Tabela 20 przedstawia pięć wymiarów osobowości w ujęciu P. Costy i R. McCrae, zgodnie z którym osobowość jest uniwersalnym połączeniem pięciu wymiarów: neurotyzmu, ekstrawertyzmu, otwartości na doświadczenie, ugodowości i sumienności. Średnie arytmetyczne i odchylenia

standardowe wyników w poszczególnych wymiarach osobowości dla grup osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą oraz wartości testu t dla par niezależnych przedstawiono poniżej.

Tabela 20. Porównanie średnich wyników wymiarów osobowości osób badanych

Grupa	Niepełnosprawność wrodzona (N=79)		Niepełnosprawność nabyta (N=80)		Istotność różnic		
	M	SD	M	SD	t	df	p
Neurotyczność	32,68	5,17	31,11	5,95	1,776	157	0,078~
Ekstrawersja	42,97	5,21	40,76	4,67	2,818	157	0,005*
Otwartość na doświadczenie	35,58	4,83	35,86	5,00	-0,359	157	0,720
Ugodowość	39,23	4,91	38,86	5,41	0,446	157	0,656
Sumienność	41,16	4,26	40,90	3,51	0,428	157	0,669

\*-p<0,05, ~ – zbliżone do istotności statystycznej

Źródło: opracowanie własne.

W toku przeprowadzonych analiz ujawniono istotnie statystycznie różnice w wymiarze ekstrawersji pomiędzy osobami z wrodzoną i nabytą niepełnosprawnością ruchową. Natężenie ekstrawersji wyższe jest u osób z niepełnosprawnością wrodzoną (M=42,97). Oznacza to, że osoby te częściej nawiązują interakcje społeczne. Są to osoby cechujące się większą energią oraz łatwiej odczuwające pozytywne emocje. Ponadto potrzebują działania i poszukują cały czas nowych doświadczeń. Mniejsze natężenie ekstrawersji wśród osób z niepełnosprawnością nabytą (M=40,76) świadczyć może o tym, że unikają one częstych relacji społecznych oraz ograniczają stymulację. W wymiarze neurotyczności ujawniły się różnice zbliżone do istotności statystycznej. Podobnie jak w przypadku poprzedniego wymiaru osobowości osoby niepełnosprawne od urodzenia osiągają wyższą średnią (M=32,68) w porównaniu do osób po nabyciu niepełnosprawności (M=31,11). Należy więc przypuszczać, że są bardziej podatne na odczuwanie lęku, agresji oraz depresji. Częściej również odczuwają negatywne emocje związane z gniewem bądź złością. Osoby z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną osiągają również wyższe wyniki w skali ugodowości i sumienności. Można zatem przypuszczać, że w porównaniu z osobami z niepełnosprawnością nabytą są bardziej pozytywnie nastawione w relacjach interpersonalnych i częściej podejmują działania na płaszczyźnie kontaktów międzyludzkich. W dążeniu do celu są wytrwali i zaangażowani. Być może wysoki poziom sumienności oznaczający wytrwałość w dążeniu do celu spowodowany jest chęcią osiągnięcia jak największej sprawności i niezależności od innych. Tylko w jednym spośród pięciu wymiarów osoby z niepełnosprawnością nabytą osiągają nieco wyższe wyniki.

To wymiar otwartości na doświadczenie ( $M=35,86$ ). Świadczyć to może o tym, że nabycie niepełnosprawności spowodowało, iż są ciekawsze świata oraz pozytywnie odbierają bodźce z zewnątrz. Ponadto częściej niż osoby z wrodzoną niepełnosprawnością nadają ograniczeniom pozytywne znaczenie. Chętniej przyjmują nowe doświadczenia, idee i koncepcje.

### 5.3. Natężenie stylów i strategii radzenia sobie wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą

W celu poznania sposobów radzenia sobie ze stresem badanych osób zastosowano Kwestionariusz COPE autorstwa C.F. Carvera, M.F. Scheiera oraz J.K. Weintrauba (1989) w adaptacji S. Piątek i K. Wrześniewskiego. Przeprowadzono analizy porównawcze w zakresie zarówno dyspozycyjnego, jak i sytuacyjnego radzenia sobie ze stresem. Dane z analiz zawierają tabele 22 (radzenie dyspozycyjne – style) oraz 23 (radzenie sytuacyjne – strategię). W toku analiz posłużono się testem t – Studenta dla par niezależnych.

Tabela 21. Porównanie średnich wyników stylów radzenia sobie ze stresem osób badanych

Grupa	Niepełnosprawność wrodzona (N=79)		Niepełnosprawność nabyta (N=80)		Istotność różnic		
	M	SD	M	SD	t	df	P
Koncentracja na problemie	38,65	6,04	38,86	5,65	-0,234	157	0,815
Zaprzeczenie	6,51	2,05	7,48	2,49	-2,679	157	0,008*
Koncentracja na emocjach i wyładowaniu	10,16	2,48	9,17	2,58	2,464	157	0,015*
Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia	10,89	3,09	10,09	2,89	1,682	157	0,095~
Akceptacja	14,70	2,59	14,80	2,52	-0,256	157	0,798
Zwrot ku religii	7,90	3,69	8,52	4,06	-1,017	157	0,311
Poczucie humoru	8,84	3,36	8,39	3,37	0,839	157	0,403
Używanie alkoholu lub środków odurzających	5,80	2,47	6,17	2,64	-0,930	157	0,354

\*- $p<0,05$ , ~ – zbliżone do istotności statystycznej

Źródło: opracowanie własne.

Średnie wyniki stylów radzenia sobie ze stresem wśród osób badanych ujawniły istotne statystycznie różnice w dwóch kategoriach (zaprzeczenie i koncentracja na emocjach i wyładowaniu) oraz wartość zbliżoną do istotności statystycznej w obszarze

poszukiwania emocjonalnego wsparcia. Oznacza to, że wśród badanych osoby z niepełnosprawnością nabytą częściej ujawniają tendencję do zaprzeczania sytuacji (M=7,48). Osoby z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną wykazują częściej tendencję do koncentracji na emocjach oraz prawdopodobnie częściej poszukują emocjonalnego wsparcia (M=10,89). Wyniki wskazują również na wyrażanie wysokich dyspozycji do radzenia sobie w postaci akceptacji, zwracania się ku religii oraz wykorzystywania humoru w sytuacjach stresowych. Dyspozycję w postaci poczucia humoru w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi wyrażają częściej osoby z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną (M=8,84). Badane osoby z niepełnosprawnością nabytą w tym wymiarze osiągają nieco niższe wyniki (8,35). Najwyższe natężenie pośród badanych wykazuje dyspozycja w postaci koncentracji na problemie. W przypadku tego stylu nieznacznie wyższe wyniki osiągają osoby z nabytą niepełnosprawnością (M=38,86) w porównaniu do osób z niepełnosprawnością wrodzoną (38,65). Najniższe natomiast wyniki widoczne są w zakresie używania alkoholu lub środków odurzających. Dyspozycję te częściej wyrażają osoby z niepełnosprawnością ruchową nabytą (M=6,17) niż z wrodzoną (M= 5,80).

Tabela 22. Porównanie średnich wyników strategii radzenia sobie ze stresem osób badanych

Grupa	Niepełnosprawność wrodzona (N=79)		Niepełnosprawność nabyta (N=80)		Istotność różnic		
	M	SD	M	SD	t	df	P
Koncentracja na problemie	39,68	6,20	38,63	6,30	1,068	157	0,287
Zaprzeczenie	6,73	2,70	7,58	2,70	-1,963	157	0,051~
Koncentracja na emocjach i wyładowaniu	10,71	2,78	9,25	2,61	3,411	157	0,001*
Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia	11,04	3,54	10,00	3,28	1,917	157	0,057~
Akceptacja	14,70	2,65	14,35	2,42	0,861	157	0,391
Zwrot ku religii	7,62	3,67	8,74	4,25	-1,772	157	0,078~
Poczucie humoru	7,57	3,75	7,80	3,14	-0,421	157	0,675
Używanie alkoholu lub środków odurzających	5,78	2,56	6,14	2,79	-0,831	157	0,407

\*-p<0,05, ~ – zbliżone do istotności statystycznej

Źródło: opracowanie własne.

Średnie wyniki strategii radzenia sobie ze stresem wśród badanych ujawniły istotne statystycznie różnice w kategorii koncentracji na emocjach i wyładowaniu oraz wartości zbliżone do istotności statystycznej w obszarach zaprzeczenia, poszukiwania emocjonalnego wsparcia oraz zwrotu ku religii. Można więc przypuszczać,

że w konkretnych sytuacjach powodujących stres osoby z niepełnosprawnością wrodzoną częściej koncentrują się na emocjach i wyładowaniu ( $M=10,71$ ) w porównaniu do osób z niepełnosprawnością nabytą ( $M=9,25$ ). Wartości zbliżone do istotności statystycznej w zakresie zaprzeczenia i poszukiwania wsparcia w religii wskazują na to, że prawdopodobnie osoby z niepełnosprawnością nabytą stosują częściej tę strategię. Strategia w postaci poszukiwania emocjonalnego wsparcia ma większe natężenie w grupie osób z niepełnosprawnością wrodzoną ( $M= 11,04$ ) niż z nabytą ( $M=10,00$ ). Podobnie jak w przypadku stylów strategię osiągają najwyższe natężenie w zakresie koncentracji na problemie. Najniższe natomiast w zakresie używania alkoholu i innych środków odurzających.

W celu dokładniejszego poznania sposobów radzenia sobie osób badanych ze stresem przeprowadzono test t dla prób zależnych. Wyniki dla całej grupy prezentuje tabela 23. Wyniki dla poszczególnych grup osób badanych zawiera tabela 24 (niepełnosprawność wrodzona) i tabela 25 (niepełnosprawność nabyta).

Tabela 23. Style i strategie radzenia sobie ze stresem wśród osób badanych

Zmienna	M	SD	Test istotności różnic		
			T	df	P
KP – styl	38,75472	5,828473	-1,02527	158	0,306804
KP – strat	39,15094	6,254304			
Z – styl	6,993711	2,323509	-1,11975	158	0,264518
Z – strat	7,157233	2,724791			
KEW – styl	9,666667	2,572165	-2,12998	158	0,034722*
KEW – strat	9,974843	2,785472			
PEW – styl	10,48428	3,010226	-0,195673	158	0,845118
PEW – strat	10,51572	3,441841			
A – styl	14,74843	2,548190	1,185825	158	0,237472
A – strat	14,52201	2,532914			
ZR – styl	8,213836	3,881740	0,199395	158	0,842210
ZR – strat	8,182390	4,001353			
PH – styl	8,610063	3,363828	5,673534	158	0,000000*
PH – strat	7,685535	3,444200			

UASO - styl	5,987421	2,558153	0,188408	158	0,850798
UASO - strat	5,962264	2,671668			

\*- $p < 0,05$ , ~ – zbliżone do istotności statystycznej

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzone analizy radzenia sobie ze stresem wśród osób z niepełnosprawnością ruchową ujawniają, że osoby te radzą sobie najczęściej, koncentrując się na problemie, akceptując go lub poszukując emocjonalnego wsparcia. W obszarach tych stwierdzono najwyższe natężenie średnich. Jednakże istotnie różnią się oni w zakresie koncentracji na emocjach oraz poczucia humoru. Osoby badane częściej koncentrują się na przeżywaniu emocji w konkretnej sytuacji. Natomiast w zakresie poczucia humoru częściej wyrażają ogólną dyspozycję do radzenia sobie. Wśród osób badanych zaznacza się także bardzo zbliżone natężenie stosowania radzenia sobie dyspozycyjnego w postaci zwracania się ku religii. Najniższe wyniki osoby badane otrzymały w zakresie radzenia sobie w postaci spożywania alkoholu. W obrębie tym nieznacznie częściej preferują ten styl radzenia sobie.

Tabela 24. Style i strategie radzenia sobie ze stresem wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną

Zmienna	M	SD	Test istotności różnic		
			T	df	P
KP – styl	38,64557	6,036296	-1,564920	78	0,121650
KP – strat	39,68354	6,200795			
Z – styl	6,506329	2,049849	-1,022630	78	0,309645
Z – strat	6,734177	2,701893			
KEW – styl	10,16456	2,482918	-2,265810	78	0,026236*
KEW – strat	10,70886	2,778821			
PEW – styl	10,88608	3,092536	-0,539667	78	0,590964
PEW – strat	11,03797	3,542573			
A – styl	14,69620	2,588705	0,000000	78	1,000000
A – strat	14,69620	2,647468			
ZR – styl	7,898734	3,688495	1,030650	78	0,305890
ZR – strat	7,620253	3,673550			
PH – styl	8,835443	3,364332	4,959472	78	0,000004*

PH – strat	7,569620	3,747421			
UASO – styl	5,797468	2,472307	0,057274	78	0,954473
UASO – strat	5,784810	2,555391			

\*-p<0,05, ~ – zbliżone do istotności statystycznej

Źródło: opracowanie własne.

Z przeprowadzonych analiz wynika, że osoby z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową istotnie różnicuje radzenie sobie w postaci koncentracji na emocjach oraz poczucia humoru. W obrębie koncentracji na emocjach zaznacza się radzenie sobie sytuacyjne, natomiast w obrębie poczucia humoru wyrażają one ogólną dyspozycję do radzenia sobie w ten sposób. Dużym natężeniem, nieistotnym statystycznie, odznacza się także radzenie sobie w postaci koncentracji na problemie, akceptacji oraz poszukiwania emocjonalnego wsparcia. Najniższe natężenie osiąga radzenie sobie w postaci używania alkoholu bądź innych środków odurzających.

Tabela 25. Style i strategie radzenia sobie ze stresem wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą

Zmienna	M	SD	Test istotności różnic		
			T	df	P
KP – styl	38,86250	5,651803	0,604211	79	0,547435
KP – strat	38,62500	6,301246			
Z – styl	7,475000	2,485273	-0,525111	79	0,600977
Z – strat	7,575000	2,699156			
KEW – styl	9,175000	2,579250	-0,469101	79	0,640290
KEW – strat	9,250000	2,612046			
PEW – styl	10,08750	2,891252	0,552721	79	0,582015
PEW – strat	10,00000	3,280167			
A – styl	14,80000	2,522807	1,821335	79	0,072342~
A – strat	14,35000	2,418808			
ZR – styl	8,525000	4,062720	-1,31361	79	0,192780
ZR – strat	8,737500	4,250819			
PH – styl	8,387500	3,369610	2,969460	79	0,003949*
PH – strat	7,800000	3,135747			

UASO – styl	6,175000	2,642280			
UASO – strat	6,137500	2,786694	0,245979	79	0,806337

\*- $p < 0,05$ , ~ – zbliżone do istotności statystycznej

Źródło: opracowanie własne.

Wśród osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą pojawiają się różnice istotne statystycznie w obrębie radzenia sobie w postaci poczucia humoru. Zbliżone do istotności statystycznej jest radzenie sobie w postaci akceptacji doświadczanych trudności. Osoby z niepełnosprawnością ruchową nabytą częściej wykazują dyspozycję w postaci poczucia humoru, niż zachowują się tak w konkretnych sytuacjach. Podobnie jak wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną najwyższe natężenie ma radzenie sobie w postaci koncentracji na problemie. Wysokie natężenie osiąga także radzenie sobie dyspozycyjne w postaci poszukiwania emocjonalnego wsparcia. W obrębie koncentracji na emocjach oraz zwracania się ku religii zaznacza się radzenie sytuacyjne.

#### **5.4. Natężenie wsparcia społecznego wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą**

W celu oceny wsparcia społecznego przez osoby badane zastosowano Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego w adaptacji polskiej A. Łuszczyńskiej i M. Kowalskiej (2006). Średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe wyników poszczególnych skal uzyskane przez badaną grupę oraz wartości testu t dla par niezależnych, co przedstawia tabela 26.



Tabela 26. Porównanie średnich wyników dotyczących wsparcia społecznego osób badanych

Grupa	Niepełnosprawność wrodzona (N=79)		Niepełnosprawność nabyta (N=80)		Istotność różnic		
	M	SD	M	SD	t	df	P
Spostrzegane dostępne wsparcie	27,32	5,18	26,85	4,18	0,625	157	0,533
Zapotrzebowanie na wsparcie	11,10	2,20	10,90	2,27	0,567	157	0,572
Poszukiwanie wsparcia	15,16	3,99	14,28	3,19	1,553	157	0,122
Aktualnie otrzymywane wsparcie	45,03	6,84	45,49	6,63	-0,433	157	0,666
Wsparcie buforująco-ochronne	13,86	4,76	15,81	4,32	-2,709	157	0,008*

\*- $p < 0,05$ , ~ – zbliżone do istotności statystycznej

Źródło: opracowanie własne

Przeprowadzone analizy wsparcia społecznego wśród osób z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą ujawniły istotne statystycznie różnice w kategorii wsparcia buforująco-ochronnego. Wyższe natężenie tego rodzaju wsparcia u osób z niepełnosprawnością nabytą ( $M=15,81$ ) w porównaniu z osobami z wrodzoną niepełnosprawnością ( $M=13,86$ ) świadczy o tym, że osoby te częściej unikają informowania najbliższych osób o złych wydarzeniach i nie chcą ich niepokoić. Ponadto częściej okazują dobre samopoczucie, by nie wywoływać w innych niepokoju i ich chronić. Osoby z niepełnosprawnością ruchową nabytą wykazują również nieco wyższe natężenie wsparcia aktualnie otrzymywanego ( $M=45,49$ ) w porównaniu do osób z niepełnosprawnością istniejącą od urodzenia ( $M=45,03$ ). Na pozostałych skalach dotyczących spostrzeganego aktualnie wsparcia, zapotrzebowania na wsparcie oraz poszukiwania wsparcia wyższe wyniki otrzymują osoby z niepełnosprawnością wrodzoną (odpowiednio  $M=27,32$ ,  $M=11,10$ ,  $M=15,16$ ). Oznacza to, że osoby te częściej poszukują wsparcia u najbliższych, potrafią prosić o pomoc. W trudnych sytuacjach bardziej potrzebują pomocy z zewnątrz.

Przeprowadzona w tym rozdziale analiza i interpretacja wyników badań poszczególnymi kwestionariuszami badawczymi prowadzi do wniosków dotyczących różnic istotnie statystycznych w zakresie reakcji przystosowawczych, cech osobowości, sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi oraz wsparcia społecznego u osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą. W zakresie reakcji przystosowawczych pojawiają się różnice istotne statystycznie w obrębie reakcji pośrednich nieadaptacyjnych. Wyniki wskazują, że częściej tendencję do ich przejawiania

mają osoby z niepełnosprawnością nabytą. W zakresie cech osobowości istotnie różnicuje osoby z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą wymiar ekstrawersji. Wynik jednoznacznie wskazuje, że osoby z niepełnosprawnością wrodzoną wykazują wyższy jej poziom, co oznacza, iż są one bardziej skłonne do aktywności, bardziej towarzyskie i zorientowane na innych. Również w obrębie stylów i strategii radzenia sobie osoby z niepełnosprawnością wrodzoną osiągają wyższe wyniki w zakresie koncentracji na emocjach. Osoby, które nabyły niepełnosprawność w ciągu życia, wyrażają częściej dyspozycję do negowania sytuacji trudnych. W zakresie wsparcia natomiast osoby z niepełnosprawnością ruchową częściej chronią swoich najbliższych przed niekorzystnymi informacjami o własnym zdrowiu.

## **Rozdział VI Reakcje przystosowawcze i zasoby osobiste a typy temporalnej satysfakcji z życia badanych osób**

Zgodnie z interakcyjnym modelem psychospołecznej adaptacji do niepełnosprawności i choroby chronicznej H. Livneha i R.F. Antonaka proces przystosowania ma charakter linearny, co oznacza, że kolejne jego etapy następują wraz z upływem czasu (Livneh, Antonak, 1997). Zagadnienie przeanalizowane zostanie w odniesieniu do tego, w jaki sposób badane osoby wartościują poszczególne odcinki upływającego czasu (przeszłość, przyszłość, teraźniejszość) (Tarkowska, 1987, s. 141). Odmienne sposoby postrzegania czasu mogą być wskaźnikiem stopnia przystosowania się do sytuacji niepełnosprawności, a także szeroko rozumianej aktywności osób z niepełnosprawnością w życiu społecznym. Przedmiotem tego rozdziału będą również zagadnienia związane z wybranymi zasobami osobistymi badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą: cech osobowości, radzenia sobie w sytuacjach trudnych (w ujęciu dyspozycyjnym i sytuacyjnym) oraz wsparcia społecznego w odniesieniu do orientacji temporalnej.

M. Sobol-Kwapińska (2007) rozróżnia trzy typy ukierunkowania się na poszczególne wymiary czasu (retrospektywny, prezentystyczny, prospektywny). Typ retrospektywny orientacji czasowej dotyczy osób, dla których najistotniejszym wymiarem czasu jest przeszłość. Często osoby o tym typie orientacji mają trudności z czerpaniem satysfakcji z obecnego czasu i planowaniem przyszłości, ponieważ powracają myślami do tego, co minęło. Zdarza się także, że osoby te próbują przywrócić czas, który minął, w sposób irracjonalny (Sobol-Kwapińska, 2007). Typ prezentystyczny orientacji temporalnej charakteryzuje osoby zorientowane na to, co „tu i teraz”. Osoby te mogą charakteryzować się skłonnością do korzystania z życia, poszukiwania przyjemności i maksymalizowania własnych korzyści (typ hedonistyczny), a także bezradnością w działaniu i lękiem przed przyszłością (typ fatalistyczny). Osoby o fatalistycznym ustosunkowaniu do czasu uważają, że na wiele rzeczy mają faktyczny wpływ i żyją w myśl zasady: *co będzie, to będzie, taki jest świat*. (Sobol-Kwapińska, 2007, s. 57). Typ prospektywny orientacji temporalnej wiąże się z koncentracją jednostki na przyszłości. Ukierunkowanie na ten wymiar czasu może być zarówno aktywne, jak i bierne. Aktywna przyszłościowa orientacja temporalna wiąże się z planowaniem, ustalaniem celów i dążeniem do nich.

Bierna zaś może oznaczać myślenie życzeniowe i ucieczkę od tego, co było i jest. Często jest to czekanie na coś, co nigdy nie nadejdzie (Sobol-Kwapińska, 2007, s. 41).

## 6.1. Natężenie temporalnej satysfakcji z życia wśród osób badanych

W celu dokładnego poznania temporalnej satysfakcji z życia badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną oraz z niepełnosprawnością ruchową nabytą zastosowano Skalę Temporalnej Satysfakcji z Życia W. Pavota, E. Dienera, i E. Suha. W toku analiz posłużono się testem t – Studenta. Porównanie średnich wyników dotyczących poszczególnych wymiarów temporalnej satysfakcji z życia zawiera tabela 27.

Tabela 27. Porównanie średnich wyników temporalnej satysfakcji z życia osób badanych

Grupa	Niepełnosprawność wrodzona (N=79)		Niepełnosprawność nabyta (N=80)		Istotność różnic		
	M	SD	M	SD	t	df	p
Cz1	18,87	6,35	18,38	7,11	0,466	157	0,642
Cz2	20,92	7,06	18,16	7,05	2,469	157	0,015*
Cz3	21,23	5,43	21,19	4,93	0,049	157	0,961

Cz1 – satysfakcja z życia przeszłego; Cz2 – satysfakcja z życia teraźniejszego; Cz3 – satysfakcja z życia przyszłego

\*-p<0,05

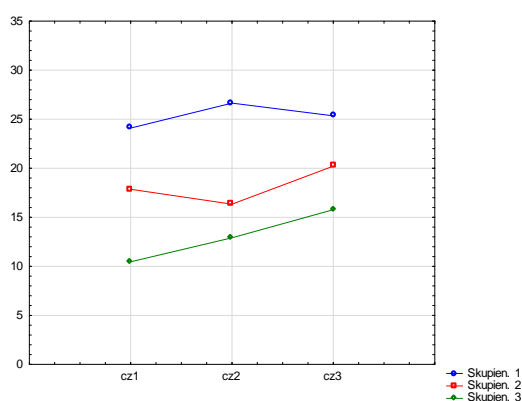
Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzone analizy ukazały istotne statystycznie różnice tylko w obrębie jednego z trzech wymiaru czasu – teraźniejszości. Porównanie wartości średnich wskazuje, że osoby z niepełnosprawnością wrodzoną (M=20,92) wskazują na satysfakcję z życia teraźniejszego częściej niż osoby z niepełnosprawnością nabytą (M=18,16). Pomimo braku istotnych różnic w pozostałych dwóch wymiarach czasu można zauważyć tendencję rosnącą w przypadku osób z niepełnosprawnością istniejącą od urodzenia. Może to wskazywać na perspektywę szans rozwojowych w przyszłości. Wśród osób z niepełnosprawnością nabytą teraźniejszość (M=18,16) jest oceniana nieco niżej niż przeszłość (M=18,38), co może wskazywać na idealizowanie funkcjonowania przed nabyciem niepełnosprawności. Podobnie jak wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną osoby z niepełnosprawnością nabytą najwyżej oceniają przyszłość (M=21,19), co wskazuje na oczekiwanie lepszego życia i większych szans rozwoju niż obecnie. Nieznacznie niższa jednak wartość średniej satysfakcji z życia przeszłego wśród osób z niepełnosprawnością nabytą może świadczyć o tym, że osoby, które stały się niepełnosprawne w toku życia, mogą odczuwać więcej obaw związanych z przyszłością.

Badania przeprowadzone przez A.M. Kavanagh i współpracowników (2015) wskazują, że osoby, które stały się niepełnosprawne w okresie dorosłości, są bardziej narażone na bezrobocie lub zatrudnienie poniżej swoich rzeczywistych umiejętności i kwalifikacji niż osoby z niepełnosprawnością istniejącą od urodzenia.

## 6.2. Typy temporalnej satysfakcji z życia wśród badanych osób

Ustalenie typów temporalnej satysfakcji z życia wśród osób badanych z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą możliwe było za pomocą hierarchicznego zorganizowania struktur, co osiągnięto po zastosowaniu analizy skupień metodą k – średnich. Na jej podstawie wyodrębniono trzy skupienia (wykres 1).



Sk1 – 61 osób  
Sk2 – 63 osoby  
Sk3 – 35 osób

Wykres 1. Typy temporalnej satysfakcji badanych osób z wrodzoną i nabytą niepełnosprawnością ruchową

Układ trzech komponentów temporalnej satysfakcji z życia jest silnie zróżnicowany. Najwięcej badanych osób wchodzi w skład skupienia nr 2 i jest to przeważający typ nasilenia temporalnej satysfakcji wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą. Charakteryzuje się on szczególnym wartościowaniem przyszłości i przeszłości. Jest to balansowanie między tym, co zdarzyło się kiedyś, a tym, co się wydarzy (typ prospektywno-retrospektywny). Nieco mniej liczne jest skupienie nr 1, w którego skład wchodzi 61 osób. Charakteryzuje się ono podkreśleniem roli przeszłości, jak i czasu teraźniejszego. Wiąże się również z obawami dotyczącymi przyszłości. Skupienie nr 3 sklasyfikowane jest jako pozytywna orientacja prospektywno-

prezentystyczna. Oznacza to satysfakcję z terażniejszości i negatywne nastawienie do przeszłości. Jest to skupienie najmniej liczne.

Analizując poziom temporalnej satysfakcji z życia, można uznać, że najwyższe wyniki uzyskały osoby o prezentystyczno-retrospektywnej orientacji czasowej. Odczuwają one najwyższy poziom satysfakcji z życia terażniejszego, najniższy zaś z przeszłości. Przeciętny poziom odczuwanej temporalnej satysfakcji z życia odczuwają osoby o orientacji prospektywno-retrospektywnej. Najwyżej oceniają one czas przyszły w swoim życiu, wiążący się z nadziejami na to, co się w ich życiu wydarzy. Najniższy poziom satysfakcji z życia osiągają osoby o orientacji prospektywno-prezentystycznej. Charakteryzują się one płynnym przechodzeniem pomiędzy wymiarami czasu. Osoby o tej orientacji odczuwają najniższą satysfakcję z przeszłości, nieco wyższą z terażniejszości, a najwyższą z przyszłości.

Szczegółowe rozkłady uzyskanych typów temporalnej satysfakcji z życia w badanych grupach osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą znajdują się w tabeli 28, wraz z wartością testu  $\chi^2$  i dobrane do niego współczynnika kontyngencji C.

Tabela 28. Typy/orientacje temporalnej satysfakcji z życia w grupie osób badanych

Typy	Wrodzona		Nabyta	
	N	%	N	%
PRE-RET	6	5,6	5	1,25
PRO-RET	7	4,2	6	5,00
PRO-PRE	6	0,2	9	3,75
Razem	9	0,0	0	0,00

$\chi^2=3,520314$ ,  $df=2$ ,  $p < 0,0000$ ,  $C=0,147$

Przeprowadzone porównania poziomów satysfakcji z życia w poszczególnych odcinkach czasu wskazują istotnie statystycznie różnice pomiędzy osobami z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą w obszarze satysfakcji z terażniejszego życia. Badane osoby z niepełnosprawnością wrodzoną wykazują wyższy jej poziom. W grupie osób badanych z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną najwięcej osób ujawniło orientację prezentystyczno-retrospektywną, z kolei w grupie osób z nabytą niepełnosprawnością jest najwięcej osób o prospektywno-retrospektywnej orientacji czasowej. Zarówno w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną, jak i nabytą najmniej osób reprezentuje typ prospektywno-prezentystyczny. Zaznaczyć należy, że większy odsetek osób z niepełnosprawnością nabytą niż z wrodzoną wykazuje orientację temporalną prospektywno-prezentystyczną. Być może pamięć okresu pełnej

sprawności i świadomość, że własna sytuacja może być inna niż obecnie, skłania osoby z niepełnosprawnością nabytą do planowania działań i wyznaczania celów na przyszłość.

### 6.3. Reakcje przystosowawcze a typy temporalnej satysfakcji z życia wśród badanych osób

W celu zdiagnozowania różnic międzygrupowych w zakresie reakcji przystosowawczych w przypadku osób o zróżnicowanej przyczynie niepełnosprawności ruchowej z prezentystyczno-retrospektywną, prospektywno-retrospektywną i prospektywno-prezentystyczną orientacją temporalnej satysfakcji z życia zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA. Zmienne zależne stanowiły wymiary Kwestionariusza Reakcji Przystosowawczych (KRP) H. Livneha i R.F. Antonaka, natomiast zmienną niezależną była porównywana grupa. Tabele 29–31 prezentują szczegółowe wyniki analizy.

Tabela 29. Reakcje przystosowawcze a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób badanych

REAKCJA	F	p	Porównania wewnątrzgrupowe				
				skup	{1}	{2}	{3}
Szok	15,90	0,000*		skup	{1} 13,971	{2} 12,794	{3} 9,6230
			1	PRE-RET		0,167477	0,000001*
			2	PRO-RET	0,167477		0,000022*
			3	PRO-PRE	0,000001*	0,000022*	
Niepokój	5,62	0,004*		skup	{1} 12,429	{2} 11,603	{3} 9,9180
			1	PRE-RET		0,305268	0,002222*
			2	PRO-RET	0,305268		0,014801*
			3	PRO-PRE	0,002222*	0,014801*	
Wyparcie	0,51	0,600		skup	{1} 11,343	{2} 12,032	{3} 11,689
			1	PRE-RET		0,320759	0,619957
			2	PRO-RET	0,320759		0,561114
			3	PRO-PRE	0,619957	0,561114	
Depresja	30,87	0,000*		skup	{1} 17,429	{2} 15,206	{3} 10,820
			1	PRE-RET		0,014398*	0,000000*
			2	PRO-RET	0,014398*		0,000000*
			3	PRO-PRE	0,000000*	0,000000*	
Wewnętrzny gniew	20,76	0,000*		skup	{1} 17,486	{2} 15,508	{3} 11,705
			1	PRE-RET		0,040069*	0,000000*
			2	PRO-RET	0,040069*		0,000006*
			3	PRO-PRE	0,000000*	0,000006*	
Wrogość	13,67	0,000*		skup	{1}	{2}	{3}

					15,971	13,968	11,967
			1	PRE-RET		0,010492*	0,000001*
			2	PRO-RET	0,010492*		0,002801*
			3	PRO-PRE	0,000001*	0,002801*	
Akceptacja	2,11	0,124		skup	{1} 20,286	{2} 20,143	{3} 18,869
			1	PRE-RET		0,864557	0,094038
			2	PRO-RET	0,864557		0,075670
			3	PRO-PRE	0,094038	0,075670	
Przystosowanie	7,20	0,001*		skup	{1} 22,229	{2} 23,556	{3} 26,246
			1	PRE-RET		0,243366	0,000557*
			2	PRO-RET	0,243366		0,005991*
			3	PRO-PRE	0,000557*	0,005991*	

\*-  $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Dokonano analiz w celu sprawdzenia, czy reakcje przystosowawcze są zróżnicowane pod względem orientacji temporalnej satysfakcji z życia. W tym celu posłużono się jednoczynnikową analizą wariancji ANOVA. Przeprowadzona analiza wykazała, że wśród badanych osób z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą sześć z ośmiu kategorii istotnie różnicuje osoby o trzech orientacjach temporalnych: prezentystyczno-retrospektywnej, prospektywno-retrospektywnej oraz prospektywno-prezentystycznej. Dotyczy to następujących reakcji przystosowawczych: szoku, niepokoju (reakcje wczesne), depresji, wewnętrznego gniewu, wrogości (reakcje pośrednie) oraz przystosowania (reakcje późne). W obrębie reakcji wczesnych i pośrednich istotnie wyższy poziom ich natężenia osiągają osoby o orientacji prezentystyczno-retrospektywnej. Może to oznaczać, że osoby z niepełnosprawnością ruchową wykazujące obawy wobec przyszłości, a ceniące czas terażniejszy i przeszłość, częściej przeżywają szok oraz niepokój dotyczący swojego stanu zdrowia. Ponadto cechują się obwinianiem siebie za posiadanie niepełnosprawności oraz są wrogo nastawione do otoczenia. Często również wykazują zachowania depresyjne. Natomiast osoby o orientacji prospektywno-prezentystycznej, dla których najważniejsza jest przyszłość i chcą odciąć się od tego, co było, dobrze i szybko przystosowują się do sytuacji niepełnosprawności.



Tabela 30. Reakcje przystosowawcze a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną

REAKCJA	F	p	Porównania wewnątrzgrupowe			
				{1}	{2}	{3}
Szok	8,23	0,001*		skup 14,188	12,222	9,500
			1	PRE-RET	0,129917	0,000258*
			2	PRO-RET	0,129917	0,010385*
			3	PRO-PRE	0,000258*	0,010385*
Niepokój	2,92	0,060		skup 12,625	10,9 26	9,694
			1	PRE-RET	0,190484	0,019212*
			2	PRO-RET	0,190484	0,239135
			3	PRO-PRE	0,019212*	0,239135
Wyparcie	0,76	0,473		skup 11,063	10,407	11,222
			1	PRE-RET	0,437434	0,842126
			2	PRO-RET	0,437434	0,232602
			3	PRO-PRE	0,842126	0,232602
Depresja	12,86	0,000*		skup 17,250	14,185	10,667
			1	PRE-RET	0,033806*	0,000006*
			2	PRO-RET	0,033806*	0,002923*
			3	PRO-PRE	0,000006*	0,002923*
Wewnętrzny gniew	12,12	0,000*		skup 16,938	13,148	10,944
			1	PRE-RET	0,004142*	0,000005*
			2	PRO-RET	0,004142*	0,036344*
			3	PRO-PRE	0,000005*	0,036344*
Wrogość	5,34	0,007*		skup 16,375	14,037	12,500
			1	PRE-RET	0,066021	0,001742*
			2	PRO-RET	0,066021	0,132773
			3	PRO-PRE	0,001742*	0,132773
Akceptacja	1,01	0,370		skup 20,000	19,778	18,417
			1	PRE-RET	0,876842	0,248330
			2	PRO-RET	0,876842	0,241573
			3	PRO-PRE	0,248330	0,241573
Przystosowanie	0,61	0,545		skup 23,563	24,222	25,444
			1	PRE-RET	0,735624	0,313275
			2	PRO-RET	0,735624	0,438954
			3	PRO-PRE	0,313275	0,438954

\*-  $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Szczegółowa analiza danych dotyczących różnic wewnątrzgrupowych wśród badanych z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną o różnych typach orientacji temporalnych wykazała, że dotyczą one czterech spośród ośmiu reakcji przystosowawczych. Różnice wewnątrzgrupowe istotne statystycznie w tej grupie

badanych osób zaznaczają się w obrębie reakcji wczesnych – szok oraz pośrednich – depresja, wewnętrzny gniew i uzewnętrzniona wrogość.

Zarówno w obrębie reakcji wczesnych, jak i pośrednich najwyższą średnią arytmetyczną uzyskują osoby badane o prezentystyczno-retrospektywnej orientacji czasowej. Można zatem twierdzić, że osoby najbardziej ceniące przeszłość najczęściej doznają szoku związanego z rzeczywistością. Osoby badane z niepełnosprawnością istniejącą od urodzenia, obawiające się przyszłości mają skłonności do zachowań depresyjnych, odczuwają silny poziom gniewu na siebie, a także wobec otoczenia.

Tabela 31. Reakcje przystosowawcze a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą

REAKCJA	F	P	Porównania wewnątrzgrupowe				
				{1}	{2}	{3}	
Szok	7,02	0,002*		skup 13,789	{1} 13,222	{2} 9,800	
			1	PRE-RET		0,621709	0,001732*
			2	PRO-RET	0,621709		0,001683*
			3	PRO-PRE	0,001732*	0,001683*	
Niepokój	2,54	0,086~		skup 12,263	{1} 12,111	{2} 10,240	
			1	PRE-RET		0,880302	0,064854
			2	PRO-RET	0,880302		0,046317*
			3	PRO-PRE	0,064854	0,046317*	
Wyparcie	1,41	0,251		skup 11,579	{1} 13,250	{2} 12,630	
			1	PRE-RET		0,105245	0,477482
			2	PRO-RET	0,105245		0,344614
			3	PRO-PRE	0,477482	0,344614	
Depresja	17,03	0,000*		skup 17,579	{1} 15,972	{2} 11,040	
			1	PRE-RET		0,162418	0,000001*
			2	PRO-RET	0,162418		0,000011*
			3	PRO-PRE	0,000001*	0,000011*	
Wewnętrzny gniew	9,16	0,000*		skup 17,947	{1} 17,278	{2} 12,800	
			1	PRE-RET		0,608843	0,000430*
			2	PRO-RET	0,608843		0,000349*
			3	PRO-PRE	0,000430*	0,000349*	
Wrogość	9,96	0,000*		skup 15,632	{1} 13,917	{2} 11,200	
			1	PRE-RET		0,075772	0,000044*
			2	PRO-RET	0,075772		0,002656*
			3	PRO-PRE	0,000044*	0,002656*	
Akceptacja	0,67	0,513		skup 20,526	{1} 20,417	{2} 19,520	
			1	PRE-RET		0,908596	0,327740
			2	PRO-RET	0,908596		0,308111
			3	PRO-PRE	0,327740	0,308111	
Przystosowanie	12,46	0,000*		skup 21,105	{1} 23,056	{2} 27,400	

			1	PRE-RET		0,121255	0,000011*
			2	PRO-RET	0,121255		0,000286*
			3	PRO-PRE	0,000011*	0,000286*	

\*-  $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 31 przedstawia różnice wewnątrzgrupowe dotyczące reakcji przystosowawczych osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową o różnych typach orientacji temporalnej satysfakcji z życia.

Z przeprowadzonych tu analiz wynika, że sześć spośród ośmiu reakcji przystosowawczych jest istotnie zróżnicowanych pod kątem orientacji temporalnej satysfakcji z życia. Dotyczy to reakcji wczesnych – szok, niepokój; pośrednich – depresja, wewnętrzny gniew, uzewnętrzniona wrogość oraz późnych – przystosowanie. W przypadku reakcji wczesnych i pośrednich najwyższą średnią uzyskują osoby o przeszłościowej orientacji temporalnej. Można zatem twierdzić, że osoby badane z niepełnosprawnością nabytą rozpamiętujące to, co było kiedyś, najczęściej doznają szoku, odczuwają niepokój, mają skłonność do zachowań depresyjnych, a także odczuwają w dużej mierze gniew w stosunku do samych siebie, obwiniając się za sytuację niepełnosprawności. Są również wrogo nastawione do najbliższego otoczenia, inicjują konflikty, co nie sprzyja konstruktywnemu przystosowaniu się do niepełnosprawności. Z przeprowadzonych analiz wynika, że osoby o orientacji przyszłościowej mają najmniejsze skłonności do zachowań nieprzystosowawczych. Właściwe sposoby przystosowania się wyrażające się w emocjonalnej i behawioralnej akceptacji sytuacji osiągają osoby o przyszłościowej orientacji temporalnej. Najmniejsze szanse na osiągnięcie emocjonalnej i behawioralnej akceptacji mają osoby myślące przyszłościowo. Akceptacja w postaci uznania faktu niepełnosprawności nie różnicuje jednak grup o zróżnicowanym podejściu temporalnym.

#### **6.4. Cechy osobowości a typy temporalnej satysfakcji z życia wśród badanych osób**

W celu zdiagnozowania różnic międzygrupowych w zakresie cech osobowości w przypadku osób o zróżnicowanej przyczynie niepełnosprawności ruchowej z prezentystyczno-retrospektywną, prospektywno-retrospektywną i prospektywno-prezentystyczną orientacją temporalnej satysfakcji z życia zastosowano jednoczynnikową

analizę wariancji ANOVA. Zmienne zależne stanowiły wymiary Inwentarza Osobowości NEO-FFI P. Costy i R. McCrae, natomiast zmienną niezależną była porównywana grupa. Tabele 32–34 prezentują szczegółowe wyniki analizy.

Tabela 32. Cechy osobowości a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób badanych

NEO-FFI	F	p	Porównania wewnątrzgrupowe				
Neurotyczność	8,91	0,000*		skup	{1} 34,257	{2} 32,651	{3} 29,754
			1	PRE-RET		0,156712	0,000111*
			2	PRO-RET	0,156712		0,003031*
			3	PRO-PRE	0,000111*	0,003031*	
Ekstrawersja	8,66	0,000*		skup	{1} 40,057	{2} 40,952	{3} 43,836
			1	PRE-RET		0,380507	0,000309*
			2	PRO-RET	0,380507		0,001103*
			3	PRO-PRE	0,000309*	0,001103*	
Otwartość	0,44	0,645		skup	{1} 35,857	{2} 35,286	{3} 36,098
			1	PRE-RET		0,582395	0,817415
			2	PRO-RET	0,582395		0,359139
			3	PRO-PRE	0,817415	0,359139	
Ugodowość	9,19	0,000*		skup	{1} 42,171	{2} 38,333	{3} 37,984
			1	PRE-RET		0,000287*	0,000089*
			2	PRO-RET	0,000287*		0,692068
			3	PRO-PRE	0,000089*	0,692068	
Sumienność	0,29	0,752		skup	{1} 40,857	{2} 40,841	{3} 41,328
			1	PRE-RET		0,984639	0,570473
			2	PRO-RET	0,984639		0,488835
			3	PRO-PRE	0,570473	0,488835	

\*-  $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Z przeprowadzonych analiz wynika, że cechy osobowości badanych osób z niepełnosprawnością ruchową są zróżnicowane pod kątem orientacji temporalnej satysfakcji z życia. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA wykazała, że trzy spośród pięciu wymiarów osobowości istotnie różnicują osoby o trzech orientacjach temporalnej satysfakcji z życia. Są to: neurotyczność, ekstrawersja i ugodowość. Osoby z niepełnosprawnością ruchową o orientacji prezentystyczno-retrospektywnej cechują się wysokim poziomem neurotyczności oraz ugodowości. Oznacza to, że skłonne są do odczuwania negatywnych emocji, mają trudności z przystosowaniem się do nowych sytuacji, a także z radzeniem sobie ze stresem. Osoby skierowane ku przeszłości są prostolinijne, skromne, niekiedy skłonne do poświęceń. Ufają innym. Osoby badane

z niepełnosprawnością ruchową wysoko oceniające przeszłość i terażniejszość mogą ujawniać skłonności do bycia zależnymi. Wymiar ekstrawersji również istotnie różnicuje badane osoby o różnych orientacjach czasowych. Z przeprowadzonych analiz wynika, że najwyższy poziom ekstrawersji cechuje osoby o orientacji prospektywno-prezentystycznej. Oznacza to, że badane osoby z niepełnosprawnością ruchową zorientowane na przyszłość cechuje duża potrzeba towarzystwa, aktywności, optymizm, a także są one zorientowane na ludzi. Cechy te ułatwiają planowanie i stawianie sobie celów. Osoby o orientacji prezentystyczno-retrospektywnej osiągają na skali ekstrawersji najniższe wyniki, co oznacza, że są powściągliwe, skoncentrowane na sobie i wycofane, a także mogą mieć trudności z utrzymywaniem bliskich relacji z ludźmi.

Tabela 33. Cechy osobowości a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną

EO-FFI	F	p	Porównania wewnątrzgrupowe				
Neurotyczność	4,01	0,022*		skup	{1} 35,500	{2} 32,889	{3} 31,278
			1	PRE-RET		0,100925	0,006131*
			2	PRO-RET	0,100925		0,208060
			3	PRO-PRE	0,006131*	0,208060	
Ekstrawersja	2,35	0,102		skup	{1} 42,063	{2} 41,704	{3} 44,333
			1	PRE-RET		0,825002	0,144464
			2	PRO-RET	0,825002		0,047418*
			3	PRO-PRE	0,144464	0,047418*	
Otwartość	1,76	0,178		skup	{1} 37,313	{2} 34,481	{3} 35,639
			1	PRE-RET		0,064472	0,247814
			2	PRO-RET	0,064472		0,344851
			3	PRO-PRE	0,247814	0,344851	
Ugodowość	5,75	0,005*		skup	{1} 42,688	{2} 37,963	{3} 38,639
			1	PRE-RET		0,001825*	0,004778*
			2	PRO-RET	0,001825*		0,568460
			3	PRO-PRE	0,004778*	0,568460	
Sumienność	1,48	0,234		skup	{1} 42,688	{2} 40,407	{3} 41,056
			1	PRE-RET		0,091620	0,203030
			2	PRO-RET	0,091620		0,549055
			3	PRO-PRE	0,203030	0,549055	

\*-  $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy danych ukazujących różnice wewnątrzgrupowe wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną o różnych typach orientacji temporalnej można twierdzić, że badane osoby charakteryzujące się różnym typem temporalności różnicują się istotnie w dwóch wymiarach osobowości: neurotyczności i ugodowości. W obu tych wymiarach osobowości najwyższą średnią uzyskują osoby o prezentystyczno-retrospektywnej orientacji czasowej.

Należy zatem przyjąć, że osoby badane z niepełnosprawnością istniejącą od urodzenia, dla których najważniejszym odcinkiem czasu jest przeszłość i nadają temu największe znaczenie w swoim życiu, są osobami wrażliwymi, emocjonalnymi i mają skłonności do przejawiania napięć. Obawy te mogą być związane z przyszłością. Jednocześnie są osobami ufającymi innym, prostolinijnymi, a także mają skłonność do poświęcania się.

Tabela 34 Cechy osobowości a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą

NEO-FFI	F	p	Porównania wewnątrzgrupowe				
				{1}	{2}	{3}	
Neurotyczność	7,96	0,001*		skup	33,211	32,472	27,560
			1	PRE-RET		0,637493	0,001165*
			2	PRO-RET	0,637493		0,000978*
			3	PRO-PRE	0,001165*	0,000978*	
Ekstrawersja	6,61	0,002*		skup	38,368	40,389	43,120
			1	PRE-RET		0,107453	0,000621*
			2	PRO-RET	0,107453		0,018907*
			3	PRO-PRE	0,000621*	0,018907*	
Otwartość	0,98	0,380		skup	34,632	35,898	36,760
			1	PRE-RET		0,377898	0,165884
			2	PRO-RET	0,377898		0,505315
			3	PRO-PRE	0,165884	0,505315	
Ugodowość	4,50	0,014*		skup	41,737	38,611	37,040
			1	PRE-RET		0,036763*	0,003906*
			2	PRO-RET	0,036763*		0,248186
			3	PRO-PRE	0,003906*	0,248186	
Sumienność	2,86	0,064		skup	39,316	41,167	41,720
			1	PRE-RET		0,060540	0,023846*
			2	PRO-RET	0,060540		0,536922
			3	PRO-PRE	0,023846*	0,536922	

\*-  $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Z poczynionych analiz danych uzyskanych za pomocą Inwentarza Osobowości NEO-FFI wynika, że istnieją istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi osobami z niepełnosprawnością nabytą o różnych typach orientacji temporalnej satysfakcji z życia. Osoby badane z niepełnosprawnością ruchową nabytą są istotnie zróżnicowane w wymiarze neurotyczności, ekstrawersji oraz ugodowości. W obszarze neurotyczności i ugodowości najwyższą średnią osiągają osoby o prezentystyczno-retrospektywnej orientacji temporalnej satysfakcji z życia. Można zatem przypuszczać, że osoby badane z niepełnosprawnością ruchową nabytą zorientowane i ceniące sobie najbardziej przeszłość odznaczają się dużą podatnością na stres, są lękliwe, mają skłonności do zachowań agresywnych, odczuwają często negatywne emocje (złość, gniew, poczucie winy). Jednocześnie są ufne, łatwowieczne, łatwo wybaczą oraz chętnie współpracują z innymi. W obu tych wymiarach osobowości na przeciwległym biegunie znajdują się osoby o prospektywno-prezentystycznej orientacji temporalnej satysfakcji życiowej. W wymiarze ekstrawersji natomiast najwyższą średnią osiągają osoby o przyszłościowej orientacji temporalnej. Można zatem twierdzić, że badane osoby z niepełnosprawnością nabytą, dla których najważniejsza jest przyszłość, są radosne, optymistycznie nastawione do otoczenia, z łatwością nawiązują relacje z innymi i są aktywne. Najmniejszym nasileniem ekstrawersji charakteryzują się osoby rozpamiętujące przeszłość. Oznacza to, że są wycofane i unikają dużej liczby relacji społecznych.

## **6.5. Style radzenia sobie w sytuacjach trudnych a typy temporalnej satysfakcji z życia wśród badanych osób**

W celu zdiagnozowania różnic międzygrupowych w zakresie stylów radzenia sobie w sytuacjach trudnych w przypadku porównania grup badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą o zróżnicowanych typach orientacji temporalnej satysfakcji z życia zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA, gdzie zmienne zależne stanowiły wyniki w poszczególnych skalach COPE, a zmienną niezależną była porównywana grupa. Szczegółowe wyniki zaprezentowano w tabelach 35–37.

Tabela 35. Style radzenia sobie ze stresem a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób badanych

COPE (style)	F	p	Porównania wewnątrzgrupowe			
				{1}	{2}	{3}
Koncentracja na problemie	0,64	0,529		skup 38,600	{2} 38,222	{3} 39,393
			1	PRE-RET	0,759447	0,522778
			2	PRO-RET	0,759447	0,266085
			3	PRO-PRE	0,522778	0,266085
Zaprzeczenie	2,86	0,061		skup 7,3714	{2} 7,3175	{3} 6,4426
			1	PRE-RET	0,911393	0,058339
			2	PRO-RET	0,911393	0,035541
			3	PRO-PRE	0,058339	0,035541
Koncentracja na emocjach	3,65	0,028*		skup 10,457	{2} 9,8254	{3} 9,0492
			1	PRE-RET	0,238058	0,009545*
			2	PRO-RET	0,238058	0,089639
			3	PRO-PRE	0,009545*	0,089639
Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia	5,09	0,007*		skup 9,1714	{2} 10,571	{3} 11,148
			1	PRE-RET	0,025053*	0,001807*
			2	PRO-RET	0,025053*	0,276230
			3	PRO-PRE	0,001807*	0,276230
Akceptacja	1,50	0,226		skup 14,286	{2} 14,603	{3} 15,164
			1	PRE-RET	0,554164	0,105026
			2	PRO-RET	0,554164	0,220936
			3	PRO-PRE	0,105026	0,220936
Zwracanie się ku religii	1,93	0,148		skup 7,4286	{2} 7,9524	{3} 8,9344
			1	PRE-RET	0,520616	0,067637
			2	PRO-RET	0,520616	0,158564
			3	PRO-PRE	0,067637	0,158564
Poczucie humoru	1,65	0,196		skup 8,9429	{2} 8,0159	{3} 9,0328
			1	PRE-RET	0,191271	0,899425
			2	PRO-RET	0,191271	0,093051
			3	PRO-PRE	0,899425	0,093051
Używanie alkoholu lub innych środków odurzających	2,50	0,085		skup 6,7429	{2} 6,0000	{3} 5,5410
			1	PRE-RET	0,166367	0,026731*
			2	PRO-RET	0,166367	0,314841
			3	PRO-PRE	0,026731*	0,314841

\*-  $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzone analizy wykazały, że wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową dwie spośród ośmiu kategorii stylów radzenia sobie istotnie różnicują badanych o trzech orientacjach temporalnej satysfakcji z życia. Są to koncentracja na emocjach oraz poszukiwanie emocjonalnego wsparcia. Koncentracja na emocjach istotnie różnicuje osoby badane o orientacji prezentystyczno-retrospektywnej. Ten styl radzenia sobie ze stresem



jest cechą osób, które wracają myślami do przeszłości. Styl ten wiąże się ze skupianiem się na własnych emocjach, próbie ich wyładowania, a także z zaprzeczaniem sytuacji niepełnosprawności, co nie przynosi wymiernych skutków związanych z radzeniem sobie w trudnych sytuacjach, których w codziennym życiu z niepełnosprawnością jest dużo. Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia jako styl radzenia sobie również różnicuje osoby z niepełnosprawnością ruchową o różnych orientacjach temporalnych. Najbardziej charakterystyczny jest dla badanych osób o orientacji prospektywno-retrospektywnej. Oznacza to, że osoby zorientowane negatywnie na to, co tu i teraz, szukają wsparcia u najbliższych, opowiadając o swoich problemach i próbując wspólnie znaleźć rozwiązanie. W obrębie stylu zaprzeczenia i używania alkoholu lub innych środków odurzających pojawiają się pewne tendencje dotyczące analizy zjawiska. Oznacza to, że prawdopodobnie osoby badane pozytywnie ukierunkowane na przeszłość posiadają predyspozycje osobowościowe do zaprzeczania i używania alkoholu w radzeniu sobie ze stresem.

Tabela 36. Style radzenia sobie ze stresem a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną

COPE (style)	F	P	Porównania wewnątrzgrupowe				
Koncentracja na problemie	0,61	0,546		skup	{1} 40,000	{2} 37,889	{3} 38,611
			1	PRE-RET		0,273522	0,448454
			2	PRO-RET	0,273522		0,641407
			3	PRO-PRE	0,448454	0,641407	
Zaprzeczenie	1,40	0,254		skup	{1} 7,063	{2} 6,704	{3} 6,111
			1	PRE-RET		0,578746	0,124684
			2	PRO-RET	0,578746		0,257330
			3	PRO-PRE	0,124684	0,257330	
Koncentracja na emocjach	2,62	0,079		skup	{1} 11,313	{2} 10,185	{3} 9,639
			1	PRE-RET		0,146033	0,024823*
			2	PRO-RET	0,146033		0,380546
			3	PRO-PRE	0,024823*	0,380546	
Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia	3,62	0,031*		skup	{1} 9,250	{2} 10,815	{3} 11,667
			1	PRE-RET		0,101675	0,008857*
			2	PRO-RET	0,101675		0,267204
			3	PRO-PRE	0,008857*	0,267204	
Akceptacja	2,26	0,111		skup	{1} 13,562	{2} 15,259	{3} 14,778
			1	PRE-RET		0,038073*	0,116549
			2	PRO-RET	0,038073*		0,460199
			3	PRO-PRE	0,116549	0,460199	

Zwracanie się ku religii	3,36	0,040*		skup	{1} 6,375	{2} 7,370	{3} 8,972
			1	PRE-RET		0,381186	0,018216*
			2	PRO-RET	0,381186		0,083005
			3	PRO-PRE	0,018216*	0,083005	
Poczucie humoru	1,60	0,209		skup	{1} 10,063	{2} 8,185	{3} 8,778
			1	PRE-RET		0,078715	0,204218
			2	PRO-RET	0,078715		0,487838
			3	PRO-PRE	0,204218	0,487838	
Używanie alkoholu lub innych środków odurzających	0,08	0,920		skup	{1} 6,000	{2} 5,815	{3} 5,694
			1	PRE-RET		0,815142	0,685536
			2	PRO-RET	0,815142		0,850612
			3	PRO-PRE	0,685536	0,850612	

\*-  $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzone badania wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną z różnymi typami orientacji temporalnej satysfakcji z życia ukazały zróżnicowanie w zakresie dwóch stylów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi – poszukiwania emocjonalnego wsparcia oraz zwracania się ku religii. Okazuje się, że zarówno w przypadku jednej, jak i drugiej dyspozycji najwyższą średnią osiągają osoby o orientacji przyszłościowej.

Można zatem przypuszczać, że osoby z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową myślące futurystycznie i snujące plany na przyszłość wyrażają ogólną dyspozycję do poszukiwania emocjonalnego wsparcia wśród najbliższych, a także zwracają się ku religii, zatem upatrują w wierze sposób na rozwiązanie problemów, a także źródło wsparcia emocjonalnego.

Tabela 37 Style radzenia sobie ze stresem a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą

COPE (style)	F	p	Porównania wewnątrzgrupowe				
Koncentracja na problemie	1,82	0,170		skup	{1} 37,421	{2} 38,472	{3} 40,520
			1	PRE-RET		0,509547	0,072636
			2	PRO-RET	0,509547		0,163742
			3	PRO-PRE	0,072636	0,163742	
Zaprzeczenie	0,93	0,400		skup	{1} 7,632	{2} 7,778	{3} 6,920
			1	PRE-RET		0,836355	0,350226
			2	PRO-RET	0,836355		0,189254
			3	PRO-PRE	0,350226	0,189254	
Koncentracja na	2,74	0,071~		skup	{1}	{2}	{3}

emocjach					9,737	9,556	8,200
			1	PRE-RET		0,800725	0,048969*
			2	PRO-RET	0,800725		0,042499*
			3	PRO-PRE	0,048969*	0,042499*	
Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia	1,45	0,240		skup	{1} 9,105	{2} 10,389	{3} 10,400
			1	PRE-RET		0,119437	0,143008
			2	PRO-RET	0,119437		0,988193
			3	PRO-PRE	0,143008	0,988193	
Akceptacja	3,18	0,047*		skup	{1} 14,895	{2} 14,111	{3} 15,720
			1	PRE-RET		0,263965	0,272976
			2	PRO-RET	0,263965		0,013934*
			3	PRO-PRE	0,272976	0,013934*	
Zwracanie się ku religii	0,14	0,872		skup	{1} 8,316	{2} 8,389	{3} 8,880
			1	PRE-RET		0,950124	0,653052
			2	PRO-RET	0,950124		0,647366
			3	PRO-PRE	0,653052	0,647366	
Poczucie humoru	1,68	0,194		skup	{1} 8,000	{2} 7,889	{3} 9,400
			1	PRE-RET		0,906946	0,172578
			2	PRO-RET	0,906946		0,086342
			3	PRO-PRE	0,172578	0,086342	
Używanie alkoholu lub innych środków odurzających	3,45	0,037*		skup	{1} 7,368	{2} 6,139	{3} 5,320
			1	PRE-RET		0,094850	0,010445*
			2	PRO-RET	0,094850		0,223629
			3	PRO-PRE	0,010445*	0,223629	

\*-  $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Z poczynionych analiz danych uzyskanych za pomocą kwestionariusza COPE wynika, że istnieją istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi osobami z niepełnosprawnością ruchową nabytą z odmiennymi typami orientacji temporalnej satysfakcji z życia. Zanotowano istotne statystycznie różnice w dwóch kategoriach stylów radzenia sobie: akceptacja i używanie alkoholu lub innych środków odurzających. Styl wyrażający się w korzystaniu z używek preferowany jest przez badane osoby z nabytą niepełnosprawnością o retrospektywnej orientacji czasowej, więc można przypuszczać, że tendencja do sięgania po używki jest domeną osób, które żyją przeszłością i nadają temu największe znaczenie. Styl wyrażający się w akceptacji trudnej sytuacji preferowany jest przez osoby zorientowane przyszłościowo. Można więc przypuszczać, że osoby, dla których najważniejsze jest osiągnięcie celów w przyszłości, najszybciej są w stanie zaakceptować sytuacje trudne. Największy problem z zaakceptowaniem sytuacji trudnych mają osoby o orientacji mieszanej – prospektywno-retrospektywnej.

## 6.6. Strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych a typy temporalnej satysfakcji z życia wśród badanych osób

W celu zdiagnozowania różnic międzygrupowych w zakresie strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych w przypadku porównania grup badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą o zróżnicowanych typach orientacji temporalnej satysfakcji z życia zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA, gdzie zmienne zależne stanowiły wyniki na poszczególnych skalach COPE, a zmienną niezależną była porównywana grupa. Szczegółowe wyniki zaprezentowano w tabelach 38–40.

Tabela 38. Strategie radzenia sobie ze stresem a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób badanych

COPE (strategie)	F	p	Porównania wewnątrzgrupowe				
				{1}	{2}	{3}	
Koncentracja na problemie	3,87	0,023*		skup	37,429	38,524	40,787
			1	PRE-RET		0,399077	0,010870*
			2	PRO-RET	0,399077		0,041978*
			3	PRO-PRE	0,010870*	0,041978*	
Zaprzeczenie	1,74	0,179		skup	7,7143	7,3016	6,6885
			1	PRE-RET		0,471504	0,076433
			2	PRO-RET	0,471504		0,210130
			3	PRO-PRE	0,076433	0,210130	
Koncentracja na emocjach	1,22	0,298		skup	10,543	10,000	9,6230
			1	PRE-RET		0,356018	0,120881
			2	PRO-RET	0,356018		0,451614
			3	PRO-PRE	0,120881	0,451614	
Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia	6,68	0,002*		skup	8,7714	10,714	11,311
			1	PRE-RET		0,006248*	0,000422*
			2	PRO-RET	0,006248*		0,318841
			3	PRO-PRE	0,000422*	0,318841	
Akceptacja	2,89	0,059		skup	14,314	14,063	15,115
			1	PRE-RET		0,635279	0,133565
			2	PRO-RET	0,635279		0,020657*
			3	PRO-PRE	0,133565	0,020657*	
Zwracanie się ku religii	3,41	0,036*		skup	7,4286	7,6032	9,2131
			1	PRE-RET		0,833855	0,034323*
			2	PRO-RET	0,833855		0,024346*
			3	PRO-PRE	0,034323*	0,024346*	
Poczucie humoru	1,85	0,161		skup	8,4286	7,0952	7,8689
			1	PRE-RET		0,066774	0,442185
			2	PRO-RET	0,066774		0,210593
			3	PRO-PRE	0,442185	0,210593	

Używanie alkoholu lub innych środków odurzających	5,93	0,003*		skup	{1} 7,1714	{2} 5,9524	{3} 5,2787
			1	PRE-RET		0,027116*	0,000737*
			2	PRO-RET	0,027116*		0,149922
			3	PRO-PRE	0,000737*	0,149922	

\*-  $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzona jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA wykazała istotne statystycznie różnice w zakresie czterech spośród ośmiu strategii radzenia sobie ze stresem. Są to: koncentracja na problemie, poszukiwanie emocjonalnego wsparcia, zwracanie się ku religii oraz używanie alkoholu lub innych środków odurzających. Z przeprowadzonych analiz wynika, że badane osoby z niepełnosprawnością ruchową o orientacji temporalnej prospektywno-prezentywistycznej istotnie częściej niż osoby z dwóch pozostałych grup stosują strategię polegającą na poszukiwaniu konkretnych rozwiązań, nie koncentrując się na rzeczach nieistotnych i rozpraszających działanie. Osoby o orientacji przyszłościowej również w sytuacjach trudnych szukają rady i pomocy u najbliższych, a także istotnie częściej podkreślają rolę wiary i religii w sytuacyjnym radzeniu sobie z trudnościami. Strategia polegająca na wykorzystywaniu alkoholu bądź zażywaniu środków odurzających najsilniej różnicuje osoby o prezentywistyczno-retrospektywnej orientacji czasowej. Oznacza to, że osoby żyjące wydarzeniami przeszłymi wykazują skłonności do korzystania z alkoholu i innych używek w obliczu sytuacji problemowej. W zakresie akceptacji natomiast ujawniają się tendencje dotyczące analizy zjawiska na korzyść osób badanych o orientacji przyszłościowej. Oznacza to, że najprawdopodobniej osoby z niepełnosprawnością ruchową dążące do zmian i ulepszania swojego funkcjonowania akceptują sytuacje trudne w swoim życiu.

Tabela 39. Strategie radzenia sobie ze stresem a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną

COPE (strategie)	F	p	Porównania wewnątrzgrupowe				
Koncentracja na problemie	2,44	0,094~		skup	{1} 38,125	{2} 38,407	{3} 41,333
			1	PRE-RET		0,883526	0,083549
			2	PRO-RET	0,883526		0,062938
			3	PRO-PRE	0,083549	0,062938	
Zaprzeczenie	0,75	0,478		skup	{1} 7,436	{2} 6,407	{3} 6,667
			1	PRE-RET		0,232145	0,346936
			2	PRO-RET	0,232145		0,708207
			3	PRO-PRE	0,346936	0,708207	
Koncentracja	1,11	0,336		skup	{1}	{2}	{3}

na emocjach					11,625	10,407	10,528
			1	PRE-RET		0,168360	0,192142
			2	PRO-RET	0,168360		0,865163
			3	PRO-PRE	0,192142	0,865163	
Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia	6,55	0,002*		skup	{1} 8,563	{2} 11,000	{3} 12,167
			1	PRE-RET		0,022410*	0,000530*
			2	PRO-RET	0,022410*		0,170844
			3	PRO-PRE	0,000530*	0,170844	
Akceptacja	0,17	0,842		skup	{1} 14,563	{2} 14,519	{3} 14,889
			1	PRE-RET		0,958590	0,685929
			2	PRO-RET	0,958590		0,588279
			3	PRO-PRE	0,685929	0,588279	
Zwracanie się ku religii	7,52	0,001*		skup	{1} 6,688	{2} 6,037	{3} 9,222
			1	PRE-RET		0,546078	0,015308*
			2	PRO-RET	0,546078		0,000434*
			3	PRO-PRE	0,015308*	0,000434*	
Poczucie humoru	3,56	0,033*		skup	{1} 9,500	{2} 6,444	{3} 7,556
			1	PRE-RET		0,009325*	0,078631
			2	PRO-RET	0,009325*		0,233005
			3	PRO-PRE	0,078631	0,233005	
Używanie alkoholu lub innych środków odurzających	1,66	0,198		skup	{1} 6,813	{2} 5,482	{3} 5,556
			1	PRE-RET		0,100073	0,102908
			2	PRO-RET	0,100073		0,908895
			3	PRO-PRE	0,102908	0,908895	

\*-  $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

W przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną zanotowano istotne statystycznie różnice w trzech wymiarach strategii radzenia sobie ze stresem: poszukiwanie emocjonalnego wsparcia, zwracanie się ku religii oraz poczucie humoru. W przypadku dwóch pierwszych strategii, podobnie jak w przypadku stylów radzenia sobie, najwyższą średnią uzyskują osoby o przyszłościowej orientacji czasowej. Oznacza to, że badani myślący futurystycznie i snujący plany na przyszłość poza ogólną dyspozycją do poszukiwania emocjonalnego wsparcia i zwracania się ku religii także działają w ten sposób w konkretnych sytuacjach trudnych. Strategia poszukiwania emocjonalnego wsparcia wśród najbliższych w najmniejszym stopniu charakteryzuje osoby zwrócone ku przeszłości. Ku religii najrzadziej zwracają się osoby o orientacji prospektywno-retrospektywnej, które terażniejszość traktują jako najtrudniejszy czas ze wszystkich trzech wymiarów.

W przypadku radzenia sobie poprzez poczucie humoru w sytuacjach trudnych strategię tę najczęściej wykorzystują osoby z niepełnosprawnością wrodzoną

o prospektywno-retrospektywnej orientacji czasowej. Oznacza to, że osoby skierowane ku przeszłości radzą sobie z problemami poprzez wyśmiewanie sytuacji i kpienie z niej.

Tabela 40. Strategie radzenia sobie ze stresem a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą

COPE (style)	F	p	Porównania wewnątrzgrupowe				
Koncentracja na problemie	1,37	0,261		skup	{1} 36,842	{2} 38,611	{3} 40,000
			1	PRE-RET		0,323027	0,102143
			2	PRO-RET	0,323027		0,397642
			3	PRO-PRE	0,102143	0,397642	
Zaprzeczenie	1,86	0,162		skup	{1} 7,947	{2} 7,972	{3} 6,720
			1	PRE-RET		0,973898	0,135053
			2	PRO-RET	0,973898		0,075553
			3	PRO-PRE	0,135053	0,075553	
Koncentracja na emocjach	2,39	0,098~		skup	{1} 9,632	{2} 9,694	{3} 8,320
			1	PRE-RET		0,931409	0,097288
			2	PRO-RET	0,931409		0,043131*
			3	PRO-PRE	0,097288	0,043131*	
Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia	1,42	0,248		skup	{1} 8,947	{2} 10,500	{3} 10,080
			1	PRE-RET		0,097388	0,257604
			2	PRO-RET	0,097388		0,622414
			3	PRO-PRE	0,257604	0,622414	
Akceptacja	4,16	0,019*		skup	{1} 14,105	{2} 13,722	{3} 15,440
			1	PRE-RET		0,563382	0,063326
			2	PRO-RET	0,563382		0,005855*
			3	PRO-PRE	0,063326	0,005855*	
Zwracanie się ku religii	0,39	0,678		skup	{1} 8,053	{2} 8,778	{3} 9,200
			1	PRE-RET		0,552308	0,381610
			2	PRO-RET	0,552308		0,706049
			3	PRO-PRE	0,381610	0,706049	
Poczucie humoru	0,50	0,611		skup	{1} 7,526	{2} 7,583	{3} 8,320
			1	PRE-RET		0,949364	0,411188
			2	PRO-RET	0,949364		0,372730
			3	PRO-PRE	0,411188	0,372730	
Używanie alkoholu lub innych środków odurzających	5,32	0,007*		skup	{1} 7,474	{2} 6,306	{3} 4,880
			1	PRE-RET		0,123577	0,001873*
			2	PRO-RET	0,123577		0,041845*
			3	PRO-PRE	0,001873*	0,041845*	

\*-  $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzone badania ukazały zróżnicowanie w zakresie dwóch strategii radzenia sobie osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą z różnymi typami orientacji temporalnej satysfakcji z życia. Okazuje się, że w przypadku akceptacji zmienna ta różnicuje osoby

z niepełnosprawnością o orientacjach prospektywno-retrospektywnej i prospektywno-prezentystycznej. Częściej te strategię wykorzystują osoby, które w pozytywny sposób zapatrują się na przyszłość. Badane osoby z niepełnosprawnością ruchową nabytą wybierają przystosowanie się do sytuacji trudnej i przyjmują ją jako coś, co się po prostu stało. W przypadku strategii polegającej na korzystaniu z różnego rodzaju używek w sytuacji trudnej okazuje się, że najczęściej w ten sposób radzą sobie osoby z pozytywnym ustosunkowaniem się do przeszłości.

## 6.7. Wsparcie społeczne a typy temporalnej satysfakcji z życia wśród badanych osób

W celu zdiagnozowania różnic międzygrupowych w zakresie wsparcia społecznego w przypadku porównania grup badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą o zróżnicowanych typach orientacji temporalnej satysfakcji z życia zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA, gdzie zmienne zależne stanowiły wyniki w poszczególnych skalach Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego, a zmienną niezależną była porównywana grupa. Szczegółowe wyniki zaprezentowano w tabelach 41–43.

Tabela 41. Wsparcie społeczne a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób badanych

BSSS	F	p	Porównania wewnątrzgrupowe				
				{1}	{2}	{3}	
Spostrzegane dostępne wsparcie	9,54	0,000*		skup	24,286	27,397	28,361
			1	PRE-RET		0,001166*	0,000029*
			2	PRO-RET	0,001166*		0,230862
			3	PRO-PRE	0,000029*	0,230862	
Zapotrzebowanie na wsparcie	0,75	0,474		skup	10,629	11,206	11,000
			1	PRE-RET		0,222321	0,434755
			2	PRO-RET	0,222321		0,608274
			3	PRO-PRE	0,434755	0,608274	
Poszukiwanie wsparcia	2,60	0,077		skup	13,686	15,397	14,607
			1	PRE-RET		0,025173*	0,228322
			2	PRO-RET	0,025173*		0,222316
			3	PRO-PRE	0,228322	0,222316	
Aktualne otrzymywane wsparcie	11,75	0,000*		skup	40,943	45,603	47,377
			1	PRE-RET		0,000590*	0,000003*
			2	PRO-RET	0,000590*		0,119133
			3	PRO-PRE	0,000003*	0,119133	
Wsparcie	1,08	0,342		skup			



buforująco- ochronne			1	PRE-RET	{1} 15,857	{2} 14,587	{3} 14,525
			2	PRO-RET		0,195235	0,176695
			3	PRO-PRE	0,195235		0,939996
			3	PRO-PRE	0,176695	0,939996	

\*-  $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Otrzymane wartości przeprowadzonej jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA dla trzech jednocześnie porównywanych grup satysfakcji temporalnej są istotne statystycznie, co pozwala stwierdzić związek pomiędzy temporalną satysfakcją a poszczególnymi kategoriami wsparcia społecznego. Wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą dwa z pięciu wymiarów wsparcia istotnie różnicują osoby o trzech typach orientacji temporalnej satysfakcji z życia. Dotyczy to: spostrzeganego dostępnego wsparcia oraz aktualnie otrzymywanego wsparcia. Zarówno spostrzegane dostępne wsparcie, jak i wsparcie otrzymywane są oceniane najwyżej przez osoby badane o orientacji prospektywno-retrospektywnej. Można zatem twierdzić, że osoby z niepełnosprawnością ruchową, które myślami wracają do przeszłości, jednocześnie działając na rzecz przyszłości, odczuwają wysoką satysfakcję z pomocy najbliższych, a także wysoko ją oceniają. Kategoria poszukiwanie wsparcia ukazuje pewne tendencje w analizach zjawiska na korzyść osób badanych o prospektywno-retrospektywnej orientacji czasowej. Oznaczać to może, że osoby balansujące między przeszłością a przyszłością, negatywnie ustosunkowujące się do terażniejszości prawdopodobnie częściej poszukują wsparcia niż osoby badane o dwóch pozostałych orientacjach.

Tabela 42. Wsparcie społeczne a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną

BSSS	F	P	Porównania wewnątrzgrupowe				
Spostrzegane dostępne wsparcie	5,49	0,006*		skup	{1} 23,688	{2} 28,296	{3} 28,194
			1	PRE-RET		0,003910*	0,003092*
			2	PRO-RET	0,003910*		0,935248
			3	PRO-PRE	0,003092*	0,935248	
Zapotrzebowanie na wsparcie	1,22	0,302		skup	{1} 10,375	{2} 11,444	{3} 11,167
			1	PRE-RET		0,127306	0,234509
			2	PRO-RET	0,127306		0,621161
			3	PRO-PRE	0,234509	0,621161	
Poszukiwanie	3,85	0,025*		skup	{1}	{2}	{3}

Wsparcia					12,875	16,185	15,417
			1	PRE-RET		0,007973*	0,031059*
			2	PRO-RET	0,007973*		0,435447
			3	PRO-PRE	0,031059*	0,435447	
Aktualne otrzymywane wsparcie	5,37	0,007*		skup	{1} 40,375	{2} 45,593	{3} 46,667
			1	PRE-RET		0,012754*	0,001830*
			2	PRO-RET	0,012754*		0,517167
			3	PRO-PRE	0,001830*	0,517167	
Wsparcie buforująco-ochronne	2,21	0,116		skup	{1} 15,562	{2} 12,519	{3} 14,111
			1	PRE-RET		0,043009	0,306084
			2	PRO-RET	0,043009		0,186058
			3	PRO-PRE	0,306084	0,186058	

\*-  $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzone analizy dotyczące różnic wewnątrzgrupowych w zakresie wsparcia społecznego wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną o odmiennych typach orientacji temporalnej wykazały istotne statystycznie różnice w zakresie trzech z pięciu wymiarów wsparcia: spostrzegane dostępne wsparcie, poszukiwanie wsparcia i aktualnie otrzymywane wsparcie. W kategorii spostrzegane dostępne wsparcie oraz poszukiwanie wsparcia najwyższą średnią uzyskują osoby o orientacji temporalnej prospektywno-retrospektywnej. Można zatem twierdzić, że osoby z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną podkreślające znaczenie przyszłości i przeszłości kosztem teraźniejszości dostrzegają wokół siebie najwięcej wsparcia i najbardziej go poszukują.

W kategorii aktualnie otrzymywane wsparcie najwyższe wyniki osiągają osoby o orientacji prospektywno-prezentystycznej. Można więc przypuszczać, że osoby myślące przyszłościowo najwyżej oceniają wsparcie otrzymywane od najbliższych osób. We wszystkich trzech istotnie statystycznych wymiarach najniższą wartość średniej uzyskują osoby o retrospektywnej orientacji czasowej. Można zatem przypuszczać, że osoby ukierunkowane myślami ku przeszłości najniżej oceniają dostępne wsparcie, najrzadziej go poszukują i najniżej oceniają wsparcie od najbliższych.

Tabela 43. Wsparcie społeczne a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą

BSSS	F	P	Porównania wewnątrzgrupowe				
Spostrzegane dostępne wsparcie	4,97	0,009*		skup	{1} 24,789	{2} 26,722	{3} 28,600
			1	PRE-RET		0,091170	0,002380*

			2	PRO-RET	0,091170		0,074156
			3	PRO-PRE	0,002380*	0,074156	
Zapotrzebowanie na wsparcie	0,11	0,898		skup	{1} 10,842	{2} 11,028	{3} 10,760
			1	PRE-RET		0,776309	0,906790
			2	PRO-RET	0,776309		0,655482
			3	PRO-PRE	0,906790	0,655482	
Poszukiwanie wsparcia	1,37	0,260		skup	{1} 14,368	{2} 14,806	{3} 13,440
			1	PRE-RET		0,629121	0,340294
			2	PRO-RET	0,629121		0,103035
			3	PRO-PRE	0,340294	0,103035	
Aktualne otrzymywane wsparcie	6,88	0,002*		skup	{1} 41,421	{2} 45,611	{3} 48,400
			1	PRE-RET		0,019371*	0,000394*
			2	PRO-RET	0,019371*		0,087363
			3	PRO-PRE	0,000394*	0,087363	
Wsparcie buforująco-ochronne	0,46	0,632		skup	{1} 16,105	{2} 16,139	{3} 15,120
			1	PRE-RET		0,978306	0,458674
			2	PRO-RET	0,978306		0,370714
			3	PRO-PRE	0,458674	0,370714	

\*-  $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzone wśród osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą analizy wewnątrzgrupowe dotyczące typów orientacji temporalnej wykazały istotne statystycznie różnice w dwóch skalach Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego: spostrzegane dostępne wsparcie oraz aktualnie otrzymywane wsparcie. W obu tych wymiarach najwyższą średnią uzyskują osoby o prospektywno-prezentystycznej orientacji czasowej. Można zatem przypuszczać, że osoby nastawione ku przyszłości, na osiągnięcie własnych celów zauważają najwięcej wsparcia dostępnego i możliwości korzystania z niego, a wsparcie, które otrzymują od najbliższych, oceniają bardzo wysoko.

Dokonując syntetycznego podsumowania i próbując zinterpretować wyniki otrzymane w ramach przeprowadzonych analiz obejmujących porównania średnich, analizę skupień oraz jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA, stwierdza się, że we wszystkich trzech obszarach satysfakcji z życia osoby z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną osiągają wyższy poziom satysfakcji od osób z niepełnosprawnością nabytą. Przeprowadzona analiza skupień pokazuje, że najwyższy poziom temporalnej satysfakcji z życia uzyskują osoby o prezentystyczno-retrospektywnej orientacji temporalnej. Osoby o tej orientacji temporalnej skłonne są do przejawiania nieadaptacyjnych reakcji przystosowawczych i wyróżniają się wysokim poziomem neurotyzmu i ugodowości. Cechy te sprzyjają koncentracji na emocjach w obszarze dyspozycyjnego radzenia sobie

ze stresem oraz niekonstruktywnemu radzeniu sobie w obszarze sytuacyjnym. Osoby o pozytywnym ukierunkowaniu na przeszłość najniżej oceniają wsparcie dostępne i otrzymywane.

## Rozdział VII Reakcje przystosowawcze a zasoby osobiste badanych osób

### 7.1. Reakcje przystosowawcze a zasoby osobiste wszystkich badanych osób

Za pomocą analizy regresji wielorakiej krokowej ustalono związki między zmienną zależną przystosowania się do niepełnosprawności, jej ośmioma komponentami a czterema zmiennymi niezależnymi zasobów osobistych w obszarach: wybranych cech osobowości, stylów radzenia sobie w sytuacjach trudnych, strategii radzenia sobie oraz wsparcia społecznego. Otrzymane dane pozwalają na określenie układów zmiennych niezależnych w relacji z jedną zmienną zależną, które są w poszczególnych wymiarach korelowanych zmiennych wśród dorosłych osób z niepełnosprawnością ruchową. W modelach regresyjnych uwzględniono wyłącznie wskaźniki na poziomie istotności statystycznej bądź do niego zbliżonym.

#### 7.1.1. Reakcja szoku

Reakcja szoku jest najwcześniejszym i pierwszym sposobem reakcji na dotkliwe uszkodzenie fizyczne bądź uraz psychologiczny wywołany na przykład bardzo silnymi emocjami. Szok może wiązać się ze zmniejszeniem ruchliwości, dezorganizacją myślenia czy też depersonalizacją.

Tabela 44. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej szok w grupie osób badanych

R= 0,71678258 R <sup>2</sup> = 0,51377727 cR <sup>2</sup> = 0,47381376 F(12,146)=12,856					
Wskaźniki z. niezależnych		β	B	t°	p
NEO-FFI	NEU	0,207381	0,162183	2,84615	0,005062*
	OTW	0,154259	0,138225	2,52211	0,012738*
	EKS	-0,208176	-0,180792	-3,02173	0,002969*
	SUM	0,122307	0,138207	1,78994	0,075536~
COPE (style)	Z	0,284659	0,538073	4,30633	0,000030*
	KEW	0,070411	0,120228	1,73170	0,085439~
	UASO	-0,162381	-0,278785	-1,55755	0,121506
COPE (strategie)	KP	-0,118310	-0,083081	-1,75881	0,080705~
	UASO	0,217184	0,357031	2,09241	0,038132*
	PEW	0,118379	0,151058	1,59515	0,112841
BSSS	SDW	-0,201241	-0,188222	-2,89940	0,004317*
	PW	0,148509	0,179842	1,95292	0,052742~

\*- p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w tabeli pozwala twierdzić, że w grupie badanych osób z niepełnosprawnością ruchową zmienne niezależne wyjaśniają nieco ponad połowę zmiennej zależnej komponentu szok (51,4%). W modelu zmiennych niezależnych, współzależnych na poziomie ufności i zbliżonych do niego z analizowaną dyspozycją znalazły się cztery kategorie cech osobowości, cztery kategorie w obrębie radzenia sobie z sytuacjami trudnymi (dwa style i dwie strategie) oraz dwie kategorie wsparcia społecznego. Można zatem przyjąć, że na odczuwanie szoku bardziej podatne są osoby ze skłonnościami do zamartwiania się, odczuwania lęku, pesymistyczne nastawione do otoczenia, nieposiadające dużej sieci wsparcia społecznego. Odczuwaniu szoku sprzyja także otwartość na doświadczenia. Być może związane to jest z szybką umiejętnością pozytywnego przewartościowania trudnego doświadczenia życiowego, jakim jest posiadanie niepełnosprawności. Prawdopodobnie na odczuwanie szoku podatne są także osoby wytrwałe w dążeniu do celów, silnie zmotywowane do działania oraz skłonne do perfekcjonizmu. Badane osoby łączą przeżywanie szoku ze skłonnością do zaprzeczania i koncentracji na emocjach, a także ze spożywaniem używek w konkretnych sytuacjach. Wysoki poziom szoku prawdopodobnie warunkowany jest również zwiększonym poszukiwaniem wsparcia. W obrębie szoku wartości odwrotnie proporcjonalne przyjmują następujące zmienne niezależne: ekstrawersja, strategia koncentracji na problemie oraz spostrzegane dostępne wsparcie. Oznacza to, że badane osoby z niepełnosprawnością ruchową przeżywające szok związany z niepełnosprawnością nie podejmują działań mających na celu rozwiązanie problemu, a także nie dostrzegają dostępnego wsparcia.

### 7.1.2. Reakcja niepokoju

Niepokój jest stanem emocjonalnym wiążącym się z odczuwaniem obaw i lęku. Jest to odpowiedź na sytuację patologiczną. Wiąże się z paniczną reakcją po uświadomieniu sobie stopnia uszkodzeń i komplikacji wynikających z niepełnosprawności.

Tabela 45 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej niepokoju w grupie osób badanych

R= 0,56122046 R <sup>2</sup> = 0,31496841 cR <sup>2</sup> = 0,27359066 F(9,149)=7,6120					
Wskaźniki z. niezależnych	$\beta$	B	t°	P	
NEO-FFI	NEU	0,235953	0,164530	3,01595	0,003013*
	OTW	0,158733	0,126820	2,13609	0,034306*
	EKS	-0,129020	-0,099905	-1,76619	0,079413

COPE (style)	Z	0,275259	0,463918	3,79291	0,000216*
	KP	0,165875	0,111447	1,66625	0,097764
COPE (strategie)	KP	-0,189845	-0,118868	-1,96546	0,051221
	KEW	0,112902	0,158726	1,47725	0,141720
BSSS	PW	0,179954	0,194305	1,97020	0,050669
	ZW	-0,105522	-0,185035	-1,22285	0,223317

\*-  $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

W odniesieniu do zmiennej zależnej, jaką jest komponent niepokój, utworzono modele współzależnościowe na poziomie ufności lub zbliżonym do niego. W grupie badanych osób z niepełnosprawnością ruchową zmienne niezależne wyjaśniają 31,5% zmienności zmiennej zależnej komponentu niepokój. W modelu zmiennych niezależnych, współzależnych na poziomie ufności i zbliżonym do niego z analizowaną dyspozycją znalazły się trzy cechy osobowości, dwa style radzenia sobie, jedna strategia radzenia sobie oraz jedna kategoria wsparcia społecznego. Osoby badane wiążą niepokój głównie z doświadczaniem, otwartością na doświadczenie, nieprzyjmowaniem do wiadomości myśli o niepełnosprawności, koncentracją na problemie, a także z poszukiwaniem wsparcia. Ponadto w sytuacji niepokoju badane osoby z niepełnosprawnością ruchową poszukują wsparcia. W opozycji do tego komponentu znajduje się skłonność do poszukiwania ekscytacji oraz stymulacji i zadaniowa koncentracja na problemie. Zaznaczyć należy, że osoby z niepełnosprawnością ruchową wiążą niepokój z pozytywnym przewartościowaniem wydarzeń życiowych i poszukiwaniem wsparcia. Pomimo dodatniego charakteru dyspozycji osobowościowej polegającej na zaangażowaniu się w sytuację trudną i próbach jej rozwiązania ujemna korelacja w kategorii strategii wskazuje, że próby rozwiązania problemu nie przekładają się na rozwiązanie konkretnej sytuacji. Osoby badane nie łączą tej dyspozycji z koncentracją na emocjach oraz zapotrzebowaniem na wsparcie.

### 7.1.3. Reakcja zaprzeczenia

Reakcja zaprzeczenia (wyparcie) wiąże się z nieprzyjmowaniem informacji o stracie jakiegoś stanu, jest to negowanie mające na celu subiektywne zmniejszenie stopnia uszkodzeń, wiąże się z życzeniowym oczekiwaniem natychmiastowego wyzdrowienia przy jednoczesnej izolacji i koncentracji uwagi na wybranych aspektach rzeczywistości.

Tabela 46. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej wyparcie w grupie osób badanych

R= 0,54340896 R <sup>2</sup> = 0,29529329 cR <sup>2</sup> = 0,24256014 F(11,147)=5,5998					
Wskaźniki z. niezależnych		$\beta$	B	t°	P
NEO-FFI	OTW	0,110922	0,074011	1,45789	0,147003
	EKS	0,142105	0,091897	1,83270	0,068870
COPE (style)	Z	0,331111	0,466053	4,36253	0,000024*
	ZR	0,215478	0,181545	2,99120	0,003260*
	KEW	-0,130518	-0,165951	-1,68742	0,093643
	A	-0,146796	-0,188403	-1,98799	0,048670*
	KP	0,214425	0,120317	2,06901	0,040296*
COPE (strategie)	KP	-0,217241	-0,113598	-2,22001	0,027949*
BSSS	AOW	0,204167	0,099409	2,05497	0,041652*
	PW	-0,073331	-0,066126	-0,95378	0,341762
	SDW	-0,110851	-0,077204	-1,12333	0,263130

\*- p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

W badanej grupie osób z niepełnosprawnością ruchową największy udział w zmienności zmiennej zależnej, jaką jest komponent wyparcie, ma jedna kategoria cech osobowości, pięć stylów radzenia sobie w sytuacjach trudnych, jedna strategia radzenia sobie oraz jedna kategoria wsparcia społecznego. Miara dobroci dopasowania modelu wynosi 29,5%. Oznacza to, że badane osoby reakcję wyparcia wiążą z poziomem aktywności i energii, zaprzeczaniem temu, co się wydarzyło, częstszym zwracaniem się ku religii, być może w celu zrozumienia tego, co zaszło, oraz z ogólną dyspozycją do koncentracji na problemie. Ujemny charakter korelacji w relacji ze zmienną zależną wykazuje ogólna dyspozycja do koncentracji na emocjach i do akceptacji sytuacji. Podobnie jak w przypadku reakcji niepokoju sytuacji wyparcia nie sprzyja rozwiązywanie konkretnych problemów i koncentracja na nich. Wzrostowi wyparcia towarzyszy również wzrost aktualnego otrzymywanego wsparcia. Otrzymywane wsparcie ma na celu pomoc w akceptacji sytuacji niepełnosprawności oraz ułatwienie w procesie radzenia sobie. Dyspozycja wyparcia nie koreluje z otwartością, poszukiwaniem wsparcia oraz spostrzeganym dostępnym wsparciem.

#### 7.1.4. Reakcja depresji

Reakcja depresji wiąże się z rozpamiętywaniem, rozmyślaniem nad stratą, poczuciem bezradności, rozpacz, izolacji. Łączy się także z obniżaniem własnej wartości, samooskarżaniem się i autoagresją.



Tabela 47. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej depresja w grupie osób badanych

R= 0,73427509 R <sup>2</sup> = 0,53915990 cR <sup>2</sup> = 0,48359762 F(17,141)=9,7037					
Wskaźniki z. niezależnych		β	B	t°	P
NEO-FFI	NEU	0,235976	0,210093	3,35539	0,001019*
	EKS	-0,253818	-0,250944	-3,57908	0,000473*
	UGO	0,141978	0,137708	1,94118	0,054230
	SUM	0,069110	0,088905	0,99563	0,321135
COPE (style)	Z	0,249051	0,535936	3,57012	0,000488*
	PH	-0,318136	-0,472877	-2,99223	0,003270*
	KP	0,176763	0,151637	2,07484	0,039819*
	ZR	0,192862	0,248421	1,43375	0,153857
COPE (strategie)	UASO	0,095001	0,177794	1,49070	0,138274
	PH	0,244323	0,354686	2,30287	0,022750*
	PEW	-0,084852	-0,123265	-1,05046	0,295305
	KP	-0,175447	-0,140260	-2,05417	0,041806*
	KEW	0,081161	0,145686	1,09597	0,274961
	ZR	-0,233740	-0,292076	-1,78083	0,077093
BSSS	PW	0,217552	0,299923	2,71449	0,007467*
	SDW	-0,162496	-0,173024	-2,36541	0,019372*
	WBO	0,066268	0,071521	1,00016	0,318947

\*- p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

Wynik regresji wielokrotnej analizowanej zmiennej zależnej depresja wykazuje udział zmiennych niezależnych w zmienności wyników grupy badanych osób z niepełnosprawnością ruchową na poziomie 53,9%. Osoby badane łączą komponent zmiennej zależnej depresja z jedenastoma cząstkowymi wskaźnikami: po trzy cechy osobowości, trzy style radzenia sobie, trzy strategie radzenia sobie oraz dwa wymiary wsparcia. Badane osoby analizowaną dyspozycję utożsamiają zatem z neurotyzmem, ekstrawersją, ugodowością, stylem zaprzeczania, poczucia humoru i koncentracji na problemie, strategii związanej z poczuciem humoru, koncentracją na problemie oraz zwracaniem się do Boga, poszukiwaniem wsparcia oraz spostrzeganym dostępnym wsparciem. Cztery z nich są odwrotnie proporcjonalne, a więc zmienność reakcji depresji łączy się z rzadkim poszukiwaniem wrażeń, małą aktywnością, niską dyspozycją do radzenia sobie z problemem w postaci poczucia humoru z jednocześnie rzadko wykorzystywaną strategią polegającą na koncentracji na problemie i próbie rozwiązania go. Ponadto reakcja ta wiąże się z rzadkim spostrzeganiem dostępnego wsparcia od otoczenia.

### 7.1.5. Reakcja uwewnętrznego gniewu

Jest to reakcja związana z okazywaniem gniewu wobec siebie i samoobwinianiem się za to, co się zdarzyło. Wysoki poziom gniewu wobec siebie może niekiedy skutkować aktami samookaleczeń i autoagresji.

Tabela 48. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej wewnętrzny gniew w grupie osób badanych

R= 0,64839290 R <sup>2</sup> = 0,42041335 cR <sup>2</sup> = 0,38540476 F(9,149)=12,009					
Wskaźniki z. niezależnych		$\beta$	B	t°	P
NEO -FFI	NEU	0,297608	0,268488	4,34799	0,000025*
	EKS	-0,184597	-0,184934	-2,63325	0,009349*
	UGO	0,151221	0,148624	2,13732	0,034204*
COPE (style)	Z	0,286831	0,625441	4,10222	0,000067*
	KP	0,164832	0,143282	2,41748	0,016836*
	PH	-0,101638	-0,153083	2,13732	0,034204*
COPE (strategie)	A	-0,084474	-0,168970	-1,26144	0,209121
BSSS	SWD	-0,101065	-0,109044	-1,43655	0,152942
	WBO	0,135451	0,148131	2,01437	0,045770*

\*- p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzona analiza regresyjna dotycząca komponentu wewnętrzny gniew wykazała, że 42% zmiennych niezależnych wyjaśnia zmienność wyników zmiennej zależnej wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową. Model tej zmiennej tworzy siedem cząstkowych składników: trzy cechy osobowości, trzy style radzenia sobie i jeden obszar wsparcia społecznego. Badane osoby utożsamiają zatem tę dyspozycję z neurotyzmem, ekstrawersją, ugodowością, stylem zaprzeczenia, koncentracji na problemie, poczuciem humoru oraz wsparciem buforująco-ochronnym. Można twierdzić zatem, że wewnętrzny gniew uzależniony jest od podwyższonej tendencji przeżywania negatywnych emocji, takich jak smutek czy niepokój. Ponadto wewnętrzny gniew wiąże się z wyższym nasileniem ugodowości. Wewnętrzny gniew łączy się też z wysoką dyspozycją do zaprzeczania sytuacjom trudnym oraz wyższą dyspozycją do koncentracji na problemie. Ujemna korelacja w zakresie ekstrawersji oraz poczucia humoru wskazuje, że nasilenie reakcji wewnętrznego gniewu związane jest z obniżonym poziomem otwartości, mniejszą potrzebą doświadczania stymulujących przeżyć i angażowania się w różne aktywności, a także z obniżoną dyspozycją do radzenia sobie w postaci stosowania humoru i dostrzegania komizmu sytuacyjnego. W zakresie wsparcia występuje

korelacja dodatnia w aspekcie wsparcia buforująco-ochronnego, co oznacza, że nasilenie reakcji wewnętrznego gniewu związane jest z częstszym ochranianiem najbliższych przed informacjami na temat przeżywanych trudności.

### 7.1.6. Reakcja uzewnętrznionej wrogości

Reakcja uzewnętrznionej wrogości należy do reakcji pośrednich i pojawia się w momencie, kiedy osoba buntuje się przeciwko fizycznym ograniczeniom i przeszkodom napotkanym w procesie terapii bądź leczenia i obwinia za swój stan ludzi z otoczenia.

Tabela 49. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej uzewnętrzniona wrogość w grupie osób badanych

R= 0,76730371 R <sup>2</sup> = 0,58875498 cR <sup>2</sup> = 0,55188473 F(13,145)=15,968					
Wskaźniki z. niezależnych		β	B	t°	P
NEO-FFI	UGO	0,337259	0,2585	-3,90482	0,000144*
	NEU	0,245976	0,1731	5,12260	0,000001*
	OTW	0,183400	0,1478	3,18882	0,001751*
COPE (style)	PEW	-0,169646	-0,2227	-2,42750	0,016429*
	PH	0,070216	0,0825	1,18450	0,238152
	UASO	0,111550	0,1723	1,94317	0,053933~
	A	0,111215	0,1724	1,91534	0,057418~
COPE (strategie)	KEW	0,235439	0,3340	3,67166	0,000338*
	Z	0,143352	0,2079	2,22884	0,027363*
	KP	-0,110589	-0,0699	-1,84159	0,067579~
BSSS	PW	0,250294	0,2727	3,16960	0,001862*
	ZW	-0,127667	-0,2259	-1,86810	0,063767~
	WBO	-0,071561	-0,0610	-1,12313	0,263240

\*- p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

Analiza uzyskanych wyników w zakresie rozpatrywanych tu zmiennych niezależnych upoważnia do twierdzenia, iż w grupie badanych osób z niepełnosprawnością ruchową największy udział, bo na poziomie istotnym statystycznie i zbliżonym do niego, w zmienności wyników zmiennej zależnej komponentu wrogość mają po trzy style i strategie radzenia sobie, trzy cechy osobowości oraz dwa obszary wsparcia społecznego. Badane osoby utożsamiają zatem dyspozycję wrogości z poszukiwaniem emocjonalnego wsparcia, używaniem alkoholu i innych środków odurzających, akceptacją, koncentracją na emocjach, zaprzeczeniem, koncentracją na problemie, a także z poszukiwaniem wsparcia i zapotrzebowaniem na nie. Pośród zmiennych wyjaśniających zmienność zmiennej zależnej znajdują się trzy zależności o charakterze odwrotnie proporcjonalnym

i osiem zależności wprost proporcjonalnych. Można zatem przypuszczać, że nasilenie reakcji wrogości wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową łączy się z nasilonym odczuwaniem niepokoju, gniewu, podatnością na stres przy jednoczesnej otwartości na własne emocje i świadomości swoich uczuć, a również z pozytywnym nastawieniem do ludzi. Reakcja wrogości wiąże się także z ogólną tendencją do stosowania różnego rodzaju używek i z akceptacją doświadczanych sytuacji trudnych. Istotne znaczenie ma też korzystanie z emocjonalnego wsparcia przy jednoczesnym zaprzeczaniu w konkretnych sytuacjach. Pomimo korzystania z emocjonalnego wsparcia w konkretnych sytuacjach reakcja wrogości wiąże się z obniżoną dyspozycją do poszukiwania emocjonalnego wsparcia i obniżoną koncentracją na problemie w konkretnej sytuacji. Utworzony model regresyjny także ukazuje, że nasilenie reakcji wrogości wobec otoczenia wiąże się ze zmniejszonym zapotrzebowaniem na wsparcie. Utworzony model przy pomocy zmiennych niezależnych wyjaśnia 58,9% zmienności zmiennej zależnej.

### 7.1.7. Reakcja akceptacji

Akceptacja oznacza pogodzenie się z zaistniałą sytuacją. Jest to uznanie choroby. Osoba, która zaakceptowała swój stan, ponownie ocenia i hierarchizuje wartości życiowe, poszukuje nowych celów i zadań do realizacji oraz kształtuje nowe wyobrażenie siebie i życia.

Tabela 50. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej akceptacja w grupie osób badanych

R= 0,55750175 R <sup>2</sup> = 0,31080821 cR <sup>2</sup> = 0,26424119 F(10,148)=6,6744					
Wskaźniki z. niezależnych		$\beta$	B	t°	P
NEO-FFI	UGO	0,337259	0,2585	5,12260	0,000001*
	NEU	0,245976	0,1731	3,81540	0,000201*
	OTW	0,183400	0,1478	3,18882	0,001751*
COPE (style)	PEW	-0,169646	-0,2227	-2,42750	0,016429*
	PH	0,070216	0,0825	1,18450	0,238152
	UASO	0,111550	0,1723	1,94317	0,053933~
COPE (strategie)	KEW	0,235439	0,3340	3,67166	0,000338*
	Z	0,143352	0,2079	2,22884	0,027363*
BSSS	PW	0,250294	0,2727	3,16960	0,001862*
	ZW	-0,127667	-0,2259	-1,86810	0,063767~

\*- p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

Analiza uzyskanych wyników w odniesieniu do rozpatrywanej tu zmiennej zależnej akceptacja u osób z niepełnosprawnością ruchową wskazuje, że zmienne niezależne mające największy udział na poziomie ufności bądź zbliżonym do niego w wyjaśnianiu zmienności modelu funkcji regresji stanowi w sumie dziewięć wskaźników: trzy cechy osobowości, dwa style i dwie strategie radzenia sobie oraz dwa rodzaje wsparcia społecznego. Badane osoby utożsamiają zatem dyspozycję akceptacji z cechami takimi jak ugodowość, neurotyzm, otwartość na doświadczenie, dyspozycją do poszukiwania emocjonalnego wsparcia, strategią zaprzeczenia, koncentracji na emocjach oraz z poszukiwaniem i zapotrzebowaniem na wsparcie. Miara dopasowania modelu wynosi 31,1%. Zależności pomiędzy reakcją akceptacji a dyspozycyjnym poszukiwaniem emocjonalnego wsparcia oraz zapotrzebowaniem na wsparcie mają charakter ujemny. Oznacza to, że nasileniu reakcji akceptacji towarzyszy niższa preferencja do poszukiwania emocjonalnego wsparcia oraz niższe zapotrzebowanie na wsparcie. Pozostałe korelacje mają charakter dodatni. Można zatem przypuszczać, że nasilenie reakcji akceptacji wiąże się z nasiloną tendencją do używania alkoholu i innych środków odurzających, koncentracją na emocjach przy jednoczesnym zaprzeczaniu w konkretnych sytuacjach zadaniowych. Nasilenie reakcji akceptacji u badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wiąże się także z częstszym poszukiwaniem wsparcia. Reakcję akceptacji kształtują też cechy osobowości związane z ugodowością, otwartością na doświadczenie, a również neurotyzmem. Oznacza to, że nasilenie akceptacji wiąże się z altruistycznym nastawieniem do innych ludzi, chęcią niesienia pomocy, pozytywnym wartościowaniem swojego życia, poszukiwaniem nowych doświadczeń przy jednoczesnym postrzeganiu otaczającego środowiska jako stresującego.

### **7.1.8. Reakcja przystosowania**

Przystosowanie jest końcowym etapem procesu adaptacji, to świadoma weryfikacja swojego zachowania w odpowiedzi na zmieniające się bodźce środowiska, emocjonalna i behawioralna akceptacja niepełnosprawności, gotowość do życia z tymi ograniczeniami.

Tabela 51. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej przystosowanie w grupie osób badanych

R= 0,64290617 R <sup>2</sup> = 0,41332834 cR <sup>2</sup> = 0,36073019 F(13,145)=7,8582					
Wskaźniki z. niezależnych		$\beta$	B	t <sup>o</sup>	P
NEO-FFI	EKS	0,325694	0,35949	4,64534	0,000008*
	NEU	-0,127936	-0,12716	-1,64650	0,101827
COPE (style)	ZR	-0,275623	-0,39635	-2,01524	0,045728*
	KEW	-0,322098	-0,69901	-2,74825	0,006753*
	PEW	0,232831	0,43175	1,94508	0,053700
COPE (strategie)	A	0,078992	0,17408	1,18925	0,236284
	UASO	-0,118455	-0,24749	-1,74442	0,083205~
	KEW	0,353521	0,70845	3,13432	0,002085*
	PEW	-0,300403	-0,48720	-2,46245	0,014971*
	ZR	0,181048	0,25257	1,33747	0,183162
BSSS	ZW	-0,200638	-0,50150	-2,61047	0,009992*
	AOW	0,198419	0,16489	2,65109	0,008915*
	WBO	-0,146381	-0,17637	-2,13598	0,034360*

\*- p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

Z przeprowadzonych analiz wynika, że w przypadku komponentu przystosowanie miara dopasowania modelu wynosi 41,3%. Największy udział w wyjaśnianiu zmienności zmiennej zależnej na poziomie istotnym statystycznie lub zbliżonym do niego ma dziesięć czynników. Są to po trzy style i trzy strategie radzenia sobie ze stresem, trzy rodzaje wsparcia społecznego oraz jedna cecha osobowości. Badane osoby z niepełnosprawnością utożsamiają zatem mierzoną dyspozycję z ekstrawersją, stylem związanym z koncentracją na emocjach, poszukiwaniem emocjonalnego wsparcia oraz zwracaniem się do Boga, strategią koncentracji na emocjach, poszukiwania emocjonalnego wsparcia oraz spożywania alkoholu. Badane osoby również łączą przystosowanie z zapotrzebowaniem na wsparcie, aktualnie otrzymywanym wsparciem oraz wsparciem buforująco-ochronnym. Natężenie reakcji przystosowania się do niepełnosprawności wiąże się ze zwiększoną liczbą interakcji społecznych, większą aktywnością społeczną, zdolnością do odczuwania pozytywnych emocji, a także z większą ilością otrzymywanego wsparcia. Pozostałe korelacje mają charakter zależności ujemnej. Oznacza to, że badane osoby z niepełnosprawnością ruchową kojarzą komponent przystosowania z obniżoną dyspozycją do koncentracji na emocjach oraz rzadziej preferują radzenie sobie z trudnościami poprzez zwracanie się do Boga. Nasilenie tej reakcji w dużym stopniu wyznaczone jest także przez obniżony poziom używania alkoholu i poszukiwania emocjonalnego wsparcia w otoczeniu w odniesieniu do konkretnej sytuacji. Reakcji przystosowania towarzyszy też częstsze stosowanie strategii koncentracji na własnych emocjach. Ponadto nasilenie przystosowania wiąże się z większą ilością otrzymywanego wsparcia przy jednoczesnym mniejszym

zapotrzebowaniu na nie i rzadszym informowaniu najbliższego otoczenia o złych zdarzeniach i przeżywanych trudnościach.

## 7.2. Reakcje przystosowawcze a zasoby osobiste badanych osób z wrodzoną i nabytą niepełnosprawnością ruchową

### 7.2.1. Reakcja szoku

Przeprowadzone analizy ujawniają, że w przypadku zmiennej zależnej szok nieco słabszy udział w jej zmienności występuje w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą. Struktury modeli zależnościowych są obszerne zarówno w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną, jak i nabytą. Utworzone modele współzależnościowe w każdej z badanych grup osób z niepełnosprawnością ruchową prezentują się odmiennie, co przedstawiają dane zawarte w tabeli.

Tabela 52. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej szok w grupie osób badanych z różnym czasem pojawienia się niepełnosprawności

<b>Osoby z niepełnosprawnością wrodzoną</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,79273411 R <sup>2</sup> = 0,62842736 cR <sup>2</sup> = 0,56086870 F(12,66)=9,3020 p<80			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t<sup>o</sup></b>	<b>P</b>
NEO-FFI	NEU	0,286164	0,245062	2,84044	0,005985*
	EKS	-0,121055	-0,102861	-1,40413	0,164970
COPE (style)	Z	0,390759	0,844446	3,35006	0,001339
	UASO	-0,264162	-0,473317	-1,96510	0,053614~
	KP	0,161733	0,118689	1,61229	0,111671
COPE (strategie)	UASO	0,371953	0,644786	2,74910	0,007701*
	Z	-0,283167	-0,464258	-2,35866	0,021311*
	KP	-0,230596	-0,164736	-2,21896	0,029933*
	PEW	0,111158	0,138997	1,12949	0,262779
BSSS	SDW	-0,347525	-0,297041	-3,41462	0,001097*
	PW	0,417513	0,463703	3,76607	0,000356*
	ZW	-0,159444	-0,320340	-1,64335	0,105067
<b>Osoby z niepełnosprawnością nabytą</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,74964579 R <sup>2</sup> = 0,56196882 cR <sup>2</sup> = 0,50565052 F(9,70)=9,9784 p< 79			
		<b>B</b>	<b>B</b>	<b>t<sup>o</sup></b>	<b>P</b>
NEO-FFI	NEU	0,210993	0,15368	2,33851	0,022222*
	UGO	0,154216	0,12353	1,65105	0,103207
	OTW	0,129802	0,11257	1,53556	0,129155
	EKS	-0,107221	-0,09942	-1,18463	0,240172

COPE (style)	KEW	0,218463	0,36715	2,23093	0,028892*
	PH	-0,454829	-0,58510	-2,78102	0,006957*
COPE (strategie)	Z	0,401323	0,64450	4,32075	0,000050*
	PH	0,269992	0,37322	1,67752	0,097901~
BSSS	SDW	-0,090301	-0,09365	-1,03144	0,305887

\*-  $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Do zmiennych niezależnych wyjaśniających model zmienności zmiennej zależnej na poziomie istotności statystycznej i zbliżonym do niego wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną należą: jedna cecha osobowości, dwa style radzenia sobie ze stresem, trzy strategie radzenia sobie ze stresem oraz dwa aspekty wsparcia społecznego. Można zatem przypuszczać, że osoby z niepełnosprawnością istniejącą od urodzenia utożsamiają reakcję szoku z podwyższonym odczuwaniem lęku, wyższą podatnością na stres, częstszym zamartwianiem się, popadaniem w stany depresyjne i niskim poczuciem własnej wartości. W sytuacjach stresujących nasilenie reakcji szoku wiąże się z częstszym spożywaniem alkoholu. Osoby z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną w momencie przeżywania szoku także poszukują wsparcia, nie dostrzegając wsparcia, z którego mogą skorzystać. Nasileniu reakcji szoku sprzyja również dyspozycja do zaprzeczania temu, co się stało. Reakcja szoku wiąże się także z obniżoną dyspozycją do spożywania alkoholu, a też rzadszą skłonnością do radzenia sobie zadaniowego poprzez negowanie zaistniałej sytuacji i obniżoną tendencją do koncentracji na problemie w konkretnych sytuacjach. Miara dopasowania modelu wynosi 62,8%. W modelu także występują zmienne, które nie są na poziomie istotności statystycznej. Najprawdopodobniej zmienność reakcji szoku wyjaśnia – poza wcześniej omówionymi czynnikami – obniżony poziom ekstrawersji, tendencja do koncentracji na problemie, poszukiwanie emocjonalnego wsparcia w konkretnych sytuacjach oraz obniżone zapotrzebowanie na wsparcie.

W grupie osób z niepełnosprawnością nabytą występuje odmienny model predyktorów wyjaśniających zmienność zmiennej zależnej reakcji szoku. Zmienne niezależne wyjaśniają zmienność zmiennej zależnej w 56,2%. W skład modelu regresji wchodzi następujące zmienne niezależne wyjaśniające zmienność reakcji szoku na poziomie istotnym statystycznie lub zbliżonym do niego: neurotyzm, koncentracja na emocjach i poczucie humoru w znaczeniu dyspozycyjnym i sytuacyjnym, a także strategia zaprzeczenia. Można zatem przypuszczać, że podobnie jak u osób z dysfunkcją ruchu istniejącą od urodzenia w grupie osób z niepełnosprawnością nabytą nasilenie reakcji



szoku wiąże się z wyższym poziomem neurotyzmu. W grupie osób z niepełnosprawnością nabytą zmienną wyjaśniającą jest także koncentracja na emocjach i poczucie humoru. Przeprowadzone analizy ujawniają, że nasilenie reakcji szoku wiąże się z podwyższoną dyspozycją do koncentracji na emocjach oraz częstszym zaprzeczaniem temu, co się stało w konkretnych sytuacjach. W przypadku reagowania humorem na sytuacje trudne zaznacza się obniżoną ogólną dyspozycję, ale w konkretnych sytuacjach ujawnia się częściej ten sposób reakcji na sytuacje trudną. Natężenie reakcji szoku wyjaśniają również zmienne niezależne niebędące na poziomie istotności statystycznej, ale wchodzące w skład modelu. Przypuszcza się zatem, że reakcję szoku osoby z niepełnosprawnością ruchową łączy z podwyższonym poziomem ugodowości, otwartości oraz mniejszym poziomem ekstrawersji i rzadszym spostrzeganym dostępnym wsparciem.

### **7.2.2. Reakcja niepokoju**

Model regresyjny reakcji niepokoju w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową istniejącą od urodzenia tworzą dwie cechy osobowości, dwa style radzenia sobie, dwa aspekty wsparcia społecznego oraz jedna strategia radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, będące na poziomie istotności statystycznej lub zbliżone do niej. Utworzony układ zmiennych wyjaśnia 42,5% zmienności zmiennej zależnej wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną. Reakcja niepokoju zatem utożsamiana jest z częstszym odczuwaniem lęku i niepokoju, większą podatnością na stres, tendencją do zaprzeczania przeżywanym problemom i częstszym poszukiwaniem emocjonalnego wsparcia w konkretnych sytuacjach. Przeprowadzone analizy pokazują również, że osoby z wrodzoną niepełnosprawnością poszukują częściej wsparcia w ogólnym znaczeniu i proszą o pomoc, pomimo zmniejszonego zapotrzebowania na wsparcie. Natężenie reakcji niepokoju jest również wyjaśniane poprzez mniejszy poziom aktywności i energii, rzadsze kontakty społeczne, chęć przebywania w samotności. Natężenie reakcji niepokoju wyjaśnia także obniżona tendencja do stosowania alkoholu i innych środków odurzających w celu poradzenia sobie z trudnościami. Reakcja niepokoju jest też wyjaśniana przez podwyższoną otwartość na doświadczenia, wyższą ugodowość, zwiększoną dyspozycję do radzenia sobie z problemami poprzez ich akceptację i koncentrację na nich oraz obniżoną tendencję do zaprzeczania i koncentracji na problemie w konkretnych sytuacjach.

Tabela 53. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej niepokój w grupie osób z różnym czasem pojawienia się niepełnosprawności

<b>Osoby z niepełnosprawnością wrodzoną</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,65194187 R <sup>2</sup> = 0,42502820 cR <sup>2</sup> = 0,31003384 F(13,65)=3,6961 p<80			
		<b>B</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	NEU	0,232890	0,188018	1,92299	0,058865~
	OTW	0,102618	0,088736	0,89376	0,374746
	EKS	-0,192300	-0,154040	-1,87008	0,065977~
	UGO	0,161189	0,137115	1,35216	0,181010
COPE (style)	Z	0,395705	0,806157	2,87256	0,005493*
	UASO	-0,188823	-0,318951	-1,74777	0,085226~
	A	-0,129638	-0,209133	-1,25348	0,214522
	KP	0,200951	0,139024	1,49697	0,139242
COPE (strategie)	PEW	0,214921	0,253355	1,74438	0,085819~
	Z	-0,218849	-0,338257	-1,62851	0,108255
	KP	-0,133608	-0,089982	-1,00718	0,317581
BSSS	ZW	-0,301757	-0,571541	-2,36952	0,020790*
	PW	0,264548	0,276988	1,89014	0,063199~
<b>Osoby z niepełnosprawnością nabytą</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,63478749 R <sup>2</sup> = 0,40295516 cR <sup>2</sup> = 0,32619225 F(9,70)=5,2493 p<79			
		<b>B</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	NEU	0,273361	0,166153	2,41230	0,018476*
	OTW	0,229657	0,166210	2,28202	0,025532*
	UGO	-0,172070	-0,115018	-1,62233	0,109229
COPE (strategie)	Z	0,303756	0,407078	2,77249	0,007123*
	KP	-0,221788	-0,127319	-1,97211	0,052549~
	UASO	0,214677	0,278662	2,01778	0,047449*
	A	0,163594	0,244650	1,53305	0,129771
BSSS	SDW	-0,199503	-0,172652	-1,74255	0,085804~
	PW	0,149368	0,169160	1,29690	0,198925

\*- p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

W grupie osób z niepełnosprawnością nabytą miara dopasowania modelu wynosi 40,3%. Na poziomie istotności statystycznej lub zbliżonym do niego znajdują się dwie cechy osobowości, trzy strategie oraz jeden rodzaj wsparcia społecznego. W skład modelu nie wchodzi dyspozycje do radzenia sobie z doznawanymi trudnościami. Można zatem przypuszczać, że nasilenie reakcji niepokoju wiąże się z częstszym poczuciem lęku, głębszym odczuwaniem stresu, negowaniem doświadczanych trudności przy jednocześnie większej tendencji do pozytywnego wartościowania doświadczeń życiowych i ciekawości zdarzeń. U osób z niepełnosprawnością nabytą również reakcja niepokoju wyjaśniana jest przez częstsze spożywanie alkoholu i innych środków odurzających w konkretnych

sytuacjach. Ponadto wiąże się ona z rzadszą koncentracją na problemie oraz mniejszą ilością spostrzeganego dostępnego wsparcia. Poza opisanymi zmiennymi w skład modelu wchodzi zmienne, które świadczą o tym, że reakcja niepokoju wiąże się z niskim poziomem ugodowości, częstszą akceptacją sytuacji problemowych oraz zwiększonym poszukiwaniem wsparcia.

### **7.2.3. Reakcja zaprzeczenia**

Reakcja wyparcia, charakteryzująca badanych z niepełnosprawnością ruchową istniejącą od urodzenia, podlega oddziaływaniu zmiennych przedstawionych w tabeli 54. Zmienne niezależne tworzące model regresyjny tej reakcji wyjaśniają aż 58,7% jej zmienności. W znacznym stopniu reakcja wyparcia wyjaśniana jest poprzez dyspozycje do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Zatem można wskazać, że nasilenie reakcji wyparcia wiąże się ze zwiększoną dyspozycją do negowania zaistniałych trudności, przy jednoczesnej zwiększonej koncentracji na nich. Ponadto w sytuacji wyparcia osoby z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną częściej wykazują tendencję do zwracania się ku religii oraz radzenia sobie z trudnościami w postaci humorystycznego ujmowania sytuacji trudnych. Natężenie reakcji wyparcia u osób z niepełnosprawnością wrodzoną wiąże się także z obniżoną tendencją do akceptacji zaistniałych trudności oraz niższą dyspozycją do koncentracji na emocjach. W wymiarze sytuacyjnym wyjaśnienie zmienności zmiennej wyparcia związane jest z rzadszym radzeniem sobie z trudnościami poprzez używanie alkoholu i innych środków odurzających. Poza sytuacyjnym i dyspozycyjnym charakterem radzenia sobie z trudnościami reakcja wyparcia wyjaśniana jest poprzez nasilenie odczuwania lęku i strachu, postrzeganie sytuacji w kategorii zagrożenia oraz mniejszy poziom zapotrzebowania na wsparcie. Prawdopodobnie w wyjaśnianiu reakcji wyparcia wśród badanych osób z niepełnosprawnością wrodzoną ma znaczenie także podwyższony poziom ekstrawersji, ugodowości, sumienności, dyspozycyjne radzenie sobie w postaci używania alkoholu, większe spostrzeganie dostępnego wsparcia oraz obniżony poziom sytuacyjnego radzenia sobie w postaci koncentracji na problemie oraz poczucia humoru.

Tabela 54. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej wyparcie w grupie osób z różnym czasem pojawienia się niepełnosprawności

<b>Osoby z niepełnosprawnością wrodzoną</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,76622850 R <sup>2</sup> = 0,58710611 cR <sup>2</sup> = 0,48055285 F(16,62)=5,5100 p<80			
		<b>B</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	NEU	0,397321	0,20366	3,46661	0,000963*
	EKS	0,063503	0,03230	0,60444	0,547759
	UGO	0,131180	0,07085	1,15862	0,251055
	SUM	0,157847	0,09834	1,49801	0,139205
COPE (style)	Z	0,283324	0,36648	2,83433	0,006191*
	KP	0,339015	0,14892	2,95427	0,004425*
	A	-0,338568	-0,34678	-3,57905	0,000677*
	KEW	-0,336747	-0,35961	-2,98092	0,004102*
	ZR	0,222653	0,16006	2,37873	0,020466*
	UASO	0,199029	0,21346	1,47896	0,144214
	PH	0,312426	0,24623	1,90880	0,060919~
COPE (strategie)	UASO	-0,321824	-0,33393	-2,24512	0,028336*
	KP	-0,110796	-0,04738	-1,02545	0,309137
	PH	-0,222664	-0,15755	-1,50780	0,136684
BSSS	ZW	-0,242127	-0,29118	-2,49219	0,015383*
	SDW	0,176244	0,09017	1,61768	0,110808
<b>Osoby z niepełnosprawnością nabytą</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,53762899 R <sup>2</sup> = 0,28904493 cR <sup>2</sup> = 0,23061026 F(6,73)=4,9465 p79			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	EKS	0,174942	0,13523	1,67852	0,097521~
COPE(style)	ZR	0,345472	0,30728	3,31422	0,001433*
COPE (strategie)	Z	0,148743	0,19913	1,36274	0,177152
	KEW	0,181306	0,25082	1,55487	0,124301
BSSS	AOW	0,275300	0,15002	2,50514	0,014471*
	PW	-0,250718	-0,28365	-2,22331	0,029291*

\*- p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

W grupie badanych osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą utworzony model zmienności reakcji wyparcia wyjaśnia 28,9% jej zmienności. W modelu zmiennych niezależnych, będących na poziomie istotności statystycznej bądź zbliżonych do niego, znalazły się jedna cecha osobowości, jeden styl radzenia sobie oraz dwa rodzaje wsparcia społecznego. Zatem badane osoby z niepełnosprawnością nabytą utożsamiają nasilenie reakcji wyparcia ze zwiększoną liczbą podejmowanych interakcji społecznych, odczuwaniem pozytywnych emocji, zwiększoną dyspozycją do zwracania się w sytuacjach trudnych do Boga oraz większą ilością otrzymywanego wsparcia, przy jednoczesnej mniejszej częstotliwości poszukiwania go. Zmienne niezależne niebędące na poziomie

istotności, a wchodzące w skład modelu regresyjnego zmiennej wyparcia, to sytuacyjne radzenie sobie w postaci koncentracji na emocjach oraz negowanie zaistniałych trudności. Można zatem stwierdzić prawdopodobieństwo udziału tych zmiennych w wyjaśnianiu reakcji wyparcia.

#### 7.2.4. Reakcja depresji

Kombinacja zmiennych, które tworzą model regresyjny reakcji depresji u osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową, wyjaśnia nieco ponad połowę jej zmienności (54,3%). Na poziomie istotności statystycznej lub zbliżonym do niej znalazły się cztery wskaźniki: trzy cechy osobowości i jeden rodzaj wsparcia społecznego. Przeważa tu wprost proporcjonalny charakter zależności. Można zatem przypuszczać, że badane osoby z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną kojarzą reakcję depresji z podwyższonym uczuciem lęku i strachu, a także ze zwiększonym poszukiwaniem wsparcia. Natężenie reakcji depresji wśród tych osób związane jest też ze zmniejszonym poziomem ekstrawersji. W skład modelu weszły również zmienne nieistotne statystycznie, co pozwala na stwierdzenie prawdopodobieństwa związku w wyjaśnianiu depresji. Można zatem przypuszczać, że oprócz opisanych wyżej związków zależnościowych reakcja depresji wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wyjaśniana jest przez dyspozycję do negowania zaistniałych trudności, tendencję do koncentracji na problemie oraz częstszą koncentracją na emocjach w konkretnych sytuacjach trudnych. Prawdopodobnie natężenie reakcji depresji wiąże się również z rzadszym zwracaniem się ku religii, obniżoną koncentracją na emocjach oraz rzadszym poszukiwaniem emocjonalnego wsparcia w wymiarze sytuacyjnym. Wśród badanych osób z wrodzoną niepełnosprawnością natężenie reakcji depresji związane jest też z mniejszym spostrzeganym dostępnym wsparciem oraz mniejszą ilością aktualnie otrzymywanego wsparcia.

Tabela 55. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej depresja w grupie osób z różnym czasem pojawienia się niepełnosprawności

<b>Osoby z niepełnosprawnością wrodzoną</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R=0,73709135 R <sup>2</sup> = 0,54330365 cR <sup>2</sup> = 0,46832365			
		F(11,67)=7,2460 p<80			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	NEU	0,306150	0,303769	3,07277	0,003065*
	OTW	0,190108	0,202040	2,01233	0,048207*
	EKS	-0,213918	-0,210603	-2,23916	0,028470*

COPE (style)	Z	0,142957	0,357946	1,51346	0,134866
	KP	0,150388	0,127872	1,52719	0,131421
COPE (strategie)	ZR	-0,116226	-0,162387	-1,33692	0,185770
	PEW	-0,164785	-0,238744	-1,51218	0,135191
	KEW	0,114688	0,211832	1,10876	0,271496
BSSS	SDW	-0,094167	-0,093257	-0,61553	0,540292
	PW	0,287286	0,369687	2,57859	0,012123*
	AOW	-0,173161	-0,129995	-1,17367	0,244681
<b>Osoby z niepełnosprawnością nabytą</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,77495320 R <sup>2</sup> = 0,60055246 cR <sup>2</sup> = 0,54919492 F(9,70)=11,694 p79			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	NEU	0,346591	0,277387	4,25947	0,000063*
	UGO	0,200756	0,176696	2,30244	0,024288*
	OTW	-0,132607	-0,126369	-1,61837	0,110080
COPE (style)	PH	-0,592592	-0,837634	-3,89373	0,000223*
COPE (strategie)	Z	0,379737	0,670090	4,19736	0,000078*
	PH	0,318378	0,483593	2,06633	0,042499*
	KP	-0,105419	-0,079684	-1,19870	0,234689
	UASO	0,086147	0,147240	1,00648	0,317650
BSSS	SDW	-0,163247	-0,186023	-1,98653	0,050890~

\*- p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

Wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą do zmiennych pozostających na poziomie istotności statystycznej lub zbliżonym do niego znalazło się sześć czynników, z czego dwa o charakterze odwrotnie proporcjonalnym. Są to: dwie cechy osobowości, dwie strategie radzenia sobie, jeden styl radzenia sobie oraz jeden wymiar wsparcia społecznego. Zatem badane osoby z niepełnosprawnością nabytą utożsamiają reakcję depresji z podwyższonym poziomem odczuwania lęku i strachu, wyższą podatnością na stres. Natężeniu reakcji depresji sprzyja również podwyższony poziom wrażliwości na innych, skłonność do udzielania pomocy, a także tendencja do ustępowania i poświęcania się. Natężenie depresji związane jest też z obniżoną dyspozycją do reagowania na sytuacje trudne poprzez poczucie humoru oraz częstszym negowaniem i humorystycznym reagowaniem na problemy w wymiarze sytuacyjnym. Osoby badane z niepełnosprawnością nabytą kojarzą również reakcję depresji z obniżonym poziomem spostrzeganego dostępnego wsparcia. Na poziomie nieistotnym statystycznie w modelu regresji dotyczącym reakcji depresji znalazł się obniżony poziom otwartości na doświadczenia i koncentracji na problemach oraz częstsze używanie alkoholu lub innych środków odurzających w wymiarze sytuacyjnym. Zmienne niezależne wyjaśniają 60%

zmienności zmiennej zależnej w badanej grupie osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową.

### 7.2.5. Reakcja uwewnętrznego gniewu

Zmienność reakcji wewnętrznego gniewu w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową istniejąca od urodzenia kształtowana jest głównie przez zmienne niezależne będące na poziomie istotności lub zbliżonym do niego. Należą do nich dwie cechy osobowości, dwa style radzenia sobie z trudnościami, jedna strategia oraz jeden aspekt wsparcia społecznego. Zatem osoby badane z niepełnosprawnością od urodzenia kojarzą reakcję wewnętrznego gniewu z podwyższonym poziomem lękowości i odczuwania strachu, postrzeganiem sytuacji życiowych jako zagrożenia, większą podatnością na stres, przy jednoczesnej umiejętności pozytywnego przewartościowania własnych doświadczeń i zwiększonej otwartości na doświadczenia pomimo odczuwania wewnętrznego gniewu. Natężenie tej reakcji związane jest również ze zwiększoną dyspozycją do zaprzeczania zaistniałym trudnościom. W wymiarze sytuacyjnym korelacja pomiędzy opisywaną reakcją a zaprzeczaniem ma charakter odwrotnie proporcjonalny. Natężenie reakcji wiąże się też z obniżoną tendencją do spożywania alkoholu oraz mniejszą ilością aktualnie otrzymywanego wsparcia. Utworzony model zmiennych wyjaśnia 55,1% zmienności zmiennej zależnej. Prawdopodobne jest także, że nasilenie reakcji wewnętrznego gniewu jest związane ze zwiększoną dyspozycją do koncentracji na problemie, wyższą częstotliwością spożywania alkoholu i innych środków odurzających, niższą częstotliwością koncentracji na emocjach w wymiarze sytuacyjnym. Ponadto natężenie wewnętrznego gniewu być może wiąże się z częstszym poszukiwaniem wsparcia oraz częstszym chronieniem najbliższych przed niekorzystnymi informacjami.

Tabela 56. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej wewnętrznego gniewu w grupie osób z różnym czasem pojawienia się niepełnosprawności

<b>Osoby z niepełnosprawnością wrodzoną</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R=0,74217074    R <sup>2</sup> = 0,55081741    cR <sup>2</sup> = 0,47707101 F(11,67)=7,4691 p<80			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	NEU	0,275704	0,24546	2,64133	0,010268*
	OTW	0,237983	0,22695	2,50740	0,014593*

COPE (style)	Z	0,490380	1,10175	3,68813	0,000455*
	KP	0,114350	0,08724	1,15893	0,250599
	UASO	-0,254719	-0,47449	-1,77020	0,081243~
COPE (strategie)	Z	-0,326007	-0,55569	-2,33286	0,022667*
	UASO	0,191358	0,34487	1,33967	0,184880
	KEW	-0,121993	-0,20218	-1,28442	0,203420
BSSS	AOW	-0,345453	-0,23270	-3,52594	0,000767*
	PW	0,156199	0,18036	1,63421	0,106906
	WBO	0,142291	0,13766	1,38587	0,170383
<b>Osoby z niepełnosprawnością nabytą</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,71976006 R^2= 0,51805454 cR2= 0,46375083 F(8,71)=9,5399 p79			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	NEU	0,296471	0,251460	3,30098	0,001510*
	EKS	-0,164295	-0,177399	-1,77257	0,080590~
	UGO	0,150065	0,139977	1,52968	0,130539
COPE (style)	PH	-0,223851	-0,335333	-2,48026	0,015502*
COPE (strategie)	Z	0,318251	0,595165	3,30387	0,001496*
	KEW	0,181952	0,351620	1,84920	0,068591~
BSSS	SDW	-0,213990	-0,258424	-2,10734	0,038621*
	AOW	0,131795	0,100322	1,32610	0,189057

\*- p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

Wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą utworzony model regresji wyjaśnia również ponad połowę zmienności zmiennej zależnej (51,8%). Na poziomie istotności lub zbliżonym do niego znalazło się sześć czynników: dwie cechy osobowości, jeden styl radzenia sobie, dwie strategie i jeden aspekt wsparcia społecznego. Badane osoby utożsamiają reakcję uwewnętrznionego gniewu z podwyższonym poziomem neurotyzmu, częstszym negowaniem i bagatelizowaniem trudnych zdarzeń oraz koncentracją na emocjach w wymiarze sytuacyjnym. Natężenie reakcji wewnętrznego gniewu wiąże się również z brakiem skłonności do poszukiwania stymulacji, obniżonym nastrojem i rezerwą w kontaktach międzyludzkich, obniżoną tendencją do traktowania sytuacji trudnych w sposób humorystyczny oraz mniejszą ilością spostrzeganego dostępnego wsparcia. Prawdopodobnie reakcja wewnętrznego gniewu związana jest też z wyższym poziomem wrażliwości na sprawy innych, altruistycznym nastawieniem wobec otoczenia, a także większą ilością otrzymywanego wsparcia.



## 7.2.6. Reakcja uzewnętrznionej wrogości

Kombinacja zmiennych, które tworzą model regresyjny reakcji uzewnętrznionej wrogości, w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną wyjaśnia 54,5% jej zmienności. Największy wkład w wariancję tego sposobu reagowania wnosi otwartość na doświadczenie. Nasilenie reakcji uzewnętrznionej wrogości w przypadku tej grupy osób badanych uzależnione jest od dyspozycji do negowania i bagatelizowania sytuacji trudnych, które mają miejsce. Pomimo skłonności do zaprzeczania i negowania trudnych wydarzeń badane osoby wykazują tendencję do akceptacji napotykanym przez nich trudnościami. Ponadto natężenie reakcji zewnętrznego gniewu łączy się też z wyższym poziomem ufności wobec innych, tendencją do ustępowania i poświęcania się oraz nadawaniem pozytywnych znaczeń zdarzeniom pomimo częstszego przeżywania negatywnych emocji. Na nasilenie reakcji uzewnętrznionej wrogości najprawdopodobniej również wpływa podwyższona koncentracja na emocjach.

Tabela 57. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej uzewnętrzniona wrogość w grupie osób z różnym czasem pojawienia się niepełnosprawności

<b>Osoby z niepełnosprawnością wrodzoną</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,73813412 R <sup>2</sup> = 0,54484198 cR <sup>2</sup> = 0,50691215 F(6,72)=14,364 p<80			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	NEU	0,261690	0,2119	2,82364	0,006137*
	UGO	0,280623	0,2394	2,92554	0,004597*
	OTW	0,286805	0,2487	3,37842	0,001180*
COPE (style)	A	0,182687	0,2956	2,19931	0,031068*
	Z	0,184590	0,3771	2,11915	0,037527*
COPE (strategie)	KEW	0,137364	0,2070	1,52314	0,132104
<b>Osoby z niepełnosprawnością nabytą</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,81962633 R <sup>2</sup> = 0,67178732 cR <sup>2</sup> = 0,62422027 F(10,69)=14,123 p79			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	UGO	0,431643	0,29682	5,13410	0,000002*
	NEU	0,301919	0,18878	3,54229	0,000716*
	OTW	0,156905	0,11682	2,01642	0,047651*
COPE (style)	KP	-0,137748	-0,09069	-1,55020	0,125668
	PEW	-0,229367	-0,29521	-2,49103	0,015147*
COPE (strategie)	UASO	0,159598	0,21312	2,05562	0,043605*
	KEW	0,191321	0,27256	1,99562	0,049925*
	PH	0,115701	0,13730	1,59506	0,115269
BSSS	WBO	-0,110746	-0,09547	-1,40512	0,164471
	PW	0,098040	0,11422	1,08403	0,282123

\*- p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

Zmienność reakcji uzewnętrznionej wrogości w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą wyjaśniana jest w 67,2% poprzez utworzoną kombinację zmiennych niezależnych. Na poziomie istotności statystycznej lub zbliżonym do niego znalazło się sześć czynników: trzy cechy osobowości, jeden styl i dwie strategie radzenia sobie z problemami. Większość zależności ma charakter wprost proporcjonalny. Oznacza to, że uzewnętrzniona wrogość tak jak w przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową wiąże się z wyższą ugodowością i otwartością, przy jednoczesnym zwiększonym poziomie neurotyzmu. Ponadto uzewnętrzniona wrogość łączy się z częstszym stosowaniem używek w postaci alkoholu lub innych środków odurzających, większą koncentracją na emocjach w wymiarze sytuacyjnym i obniżoną dyspozycją do poszukiwania emocjonalnego wsparcia w sytuacjach trudnych. Wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą w skład modelu regresyjnego weszły jeszcze cztery czynniki nieistotne statystycznie: dyspozycja do koncentracji na problemie, strategia humorystycznego traktowania sytuacji, wsparcie buforująco-ochronne i poszukiwanie wsparcia. Można zatem mówić o prawdopodobieństwie, że natężenie gniewu wobec najbliższego otoczenia wiąże się z obniżoną dyspozycją do koncentracji na problemie, częstszym reagowaniem w postaci poczucia humoru w wymiarze sytuacyjnym, rzadszym ochranianiem najbliższych przed niekorzystnymi informacjami i częstszym poszukiwaniem wsparcia. Jednak potwierdzenie tych założeń ze względu na brak istotności statystycznej wymaga dalszych eksploracji badawczych.

### **7.2.7. Reakcja akceptacji**

Rezultaty przeprowadzonej analizy regresji sugerują, że pożądana reakcja przystosowawcza wyrażająca się w akceptacji sytuacji w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną może być wyjaśniana za pomocą uwzględnionych zmiennych niezależnych. Zmienne zawarte w modelu regresyjnym reakcji akceptacji wyjaśniają 46,8% jej zmienności. Na poziomie istotności lub zbliżonym do niego znalazło się siedem czynników: ugodowość, ekstrawersja, neurotyzm, strategia używania alkoholu i innych środków odurzających, strategia koncentracji na własnych emocjach, poszukiwanie wsparcia oraz spostrzegane dostępne wsparcie. Natężenie reakcji akceptacji związane jest zatem z większym poziomem zaufania wobec otoczenia, skłonnością do współpracy, większą liczbą interakcji społecznych, częstszym

poszukiwaniem stymulacji, ale też z wyższym poziomem neurotyzmu. Ponadto akceptacja wiąże się z wyższą koncentracją na emocjach oraz skłonnością do poszukiwania wsparcia. Akceptacja związana jest również z rzadszym spożywaniem używek w postaci alkoholu i innych środków odurzających oraz mniejszą ilością spostrzeganego dostępnego wsparcia. Prawdopodobnie natężenie reakcji w postaci akceptacji wyjaśniają także: podwyższony poziom ugodowości, częstsza dyspozycja do koncentracji na problemie, większa ilość otrzymywanego wsparcia, rzadsze spożywanie alkoholu i innych używek oraz mniejsza ilość spostrzeganego dostępnego wsparcia.

Tabela 58. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej akceptacja w grupie osób z różnym czasem pojawienia się niepełnosprawności

<b>Osoby z niepełnosprawnością wrodzoną</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,68439505 R <sup>2</sup> = 0,46839659 cR <sup>2</sup> =0,37174142 F(12,66)=4,8461 p<80			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	SUM	0,058659	0,0624	0,52111	0,604037
	UGO	0,248492	0,2293	2,06313	0,043038*
	EKS	0,206365	0,1793	1,85450	0,068136~
	NEU	0,202868	0,1777	1,67032	0,099593~
COPE (style)	KP	0,126871	0,0952	1,18875	0,238798
	KEW	-0,181211	-0,3306	-1,26687	0,209653
	ZR	-0,113405	-0,1393	-1,10041	0,275151
COPE (strategie)	UASO	-0,210481	-0,3731	-1,99155	0,050562~
	KEW	0,277381	0,4522	2,06679	0,042681*
BSSS	PW	0,296871	0,3372	2,86811	0,005539*
	SDW	-0,326633	-0,2855	-1,90244	0,061478~
	AOW	0,205462	0,1361	1,28685	0,202643
<b>Osoby z niepełnosprawnością nabytą</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,46835356 R <sup>2</sup> = 0,21935506 cR <sup>2</sup> = 0,15519246 F(6,73)=3,4187 p<79			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	EKS	0,141292	0,101039	1,32738	0,188519
COPE (style)	A	0,318976	0,422682	2,41033	0,018458*
	Z	0,272219	0,366170	2,41483	0,018249*
COPE (strategie)	KP	0,222065	0,117813	1,78150	0,078991~
	A	-0,240910	-0,332961	-1,70991	0,091531~
BSSS	PW	0,241406	0,252666	2,23438	0,028520*

\*- p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

W grupie osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą także utworzono równanie regresyjne dla reakcji akceptacji, która zależna jest od zasobów osobistych. Wszystkie zmienne ujęte w modelu regresji wyjaśniają zaledwie 21,9% wariacji opisywanej reakcji.

Nasilenie takiego sposobu reagowania na nabycie ograniczeń wynikających z uszkodzenia ciała zależne jest więc w pewnym stopniu od podwyższonej dyspozycji do akceptacji problemów, przy jednoczesnym negowaniu ich występowania, a także od zwiększonej koncentracji na problemie w wymiarze sytuacyjnym. Pomimo podwyższonej dyspozycji do akceptacji trudności, w wymiarze sytuacyjnym widoczny jest obniżony poziom radzenia sobie z trudnościami w postaci akceptacji. Akceptacja wiąże się również z podwyższonym poszukiwaniem wsparcia. Prawdopodobnie wśród osób z niepełnosprawnością nabytą reakcja akceptacji związana jest z nasiloną ekstrawersją podobnie jak u osób z niepełnosprawnością od urodzenia.

### **7.2.8. Reakcja przystosowania**

Reakcja przystosowawcza w postaci przystosowania się u badanych z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną wyjaśniana jest przez dwanaście predyktorów. Miara dobroci dopasowania modelu wynosi 46,4%. Zmienność zmiennej reakcji przystosowania wyjaśniana jest przez jedną cechę osobowości, trzy sposoby radzenia sobie w wymiarze dyspozycyjnym i dwa w wymiarze sytuacyjnym oraz trzy aspekty wsparcia społecznego będące na poziomie istotności statystycznej lub do niego zbliżone. W tym przypadku występuje więcej zależności odwrotnie proporcjonalnych. Natężenie reakcji przystosowania wiąże się zatem z obniżoną dyspozycją do koncentracji na własnych emocjach w sytuacjach problemowych, rzadszym szukaniem wsparcia w religii, mniejszym poziomem poszukiwania emocjonalnego wsparcia w otoczeniu, rzadszym informowaniem najbliższych o złych sytuacjach i mniejszym poziomem spostrzeganego dostępnego wsparcia. Przystosowanie się do własnej niepełnosprawności powoduje częstsze poszukiwanie emocjonalnego wsparcia w otoczeniu w wymiarze dyspozycyjnym, koncentrację na emocjach w konkretnych sytuacjach trudnych oraz zwiększa ilość wsparcia otrzymywanego od otoczenia. Prawdopodobnie również reakcję behawioralnego przystosowania kształtuje obniżony poziom neurotyzmu, częstsze zwracanie się ku religii w wymiarze sytuacyjnym oraz częstsze poszukiwanie wsparcia.

Tabela 59. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej przystosowanie w grupie osób z różnym czasem pojawienia się niepełnosprawności

<b>Osoby z niepełnosprawnością wrodzoną</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,68124252 R <sup>2</sup> = 0,46409137 cR <sup>2</sup> = 0,36665344 F(12,66)=4,7629 p<80			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	EKS	0,377497	0,44456	3,61424	0,000583*
	NEU	-0,123025	-0,14602	-1,10847	0,271683
COPE (style)	KEW	-0,421913	-1,04326	-2,72424	0,008240*
	PEW	0,286899	0,56957	1,83896	0,070419~
	ZR	-0,332590	-0,55359	-2,08305	0,041125*
COPE (strategie)	KEW	0,561739	1,24110	3,79570	0,000322*
	PEW	-0,439382	-0,76148	-2,67607	0,009386*
	ZR	0,167065	0,27921	1,09668	0,276765
BSSS	PW	0,033376	0,05137	0,25083	0,802721
	AOW	0,365530	0,32824	2,31749	0,023588*
	WBO	-0,301719	-0,38914	-2,78835	0,006915*
	SDW	-0,349008	-0,41344	-2,11849	0,037902*
<b>Osoby z niepełnosprawnością nabytą</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,75333273 R <sup>2</sup> = 0,56751021 cR <sup>2</sup> = 0,49004935 F(12,67)=7,3264 p79			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	EKS	0,374601	0,39952	3,90366	0,000223*
	NEU	-0,237748	-0,19918	-2,53909	0,013442*
	SUM	-0,297012	-0,42235	-3,20040	0,002099*
COPE (style)	KEW	-0,371512	-0,71815	-2,27529	0,026093*
	PEW	0,153547	0,26478	1,47515	0,144856
	ZR	-0,123036	-0,15099	-1,33058	0,187837
COPE (strategie)	UASO	-0,212510	-0,38021	-2,32135	0,023318*
	PH	0,101420	0,16126	1,14076	0,258030
	KEW	0,202814	0,38713	1,19381	0,236762
BSSS	ZW	-0,373306	-0,81980	-3,51368	0,000797*
	AOW	0,174483	0,13119	1,70791	0,092283~
	SDW	0,175590	0,20945	1,62704	0,108423

\*- p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

Reakcja behawioralnego przystosowania wśród osób z niepełnosprawnością ruchową jest wyjaśniana przez dwanaście czynników. Na poziomie istotności bądź zbliżonym do niego znajduje się siedem z nich: trzy cechy osobowości, po jednym sposobie radzenia sobie w wymiarze dyspozycyjnym i sytuacyjnym oraz dwa aspekty wsparcia społecznego. Większość zależności ma charakter odwrotnie proporcjonalny. Natężenie reakcji behawioralnego przystosowania wiąże się z obniżonym poziomem odczuwania lęku i strachu, rzadszym postrzeganiem zdarzeń w kategorii zagrożenia, mniejszą wytrzymałością i determinacją w dążeniu do celu. Badane osoby z niepełnosprawnością ruchową nabytą

analizowaną reakcję łączą z niższą koncentracją na emocjach w wymiarze dyspozycyjnym, rzadszym radzeniem sobie w postaci spożywania używek w wymiarze sytuacyjnym oraz mniejszym zapotrzebowaniem na wsparcie. Przystosowaniu do nabycia niepełnosprawności sprzyja także większa liczba i lepsza jakość kontaktów interpersonalnych, aktywność, zdolność do cieszenia się, a także większa ilość wsparcia otrzymywanego z zewnątrz. Istnieje też prawdopodobieństwo, że natężenie reakcji przystosowania zależne jest od podwyższonej dyspozycji do radzenia sobie w postaci poszukiwania emocjonalnego wsparcia oraz obniżonej tendencji zwracania się ku religii w sytuacjach trudnych. W wymiarze sytuacyjnym prawdopodobnie wiąże się z częstszym reagowaniem w humorystyczny sposób na sytuacje trudne oraz wyższą koncentracją na emocjach. Istnieje także prawdopodobieństwo, że natężenie reakcji przystosowania łączy się z podwyższonym poziomem spostrzeganego dostępnego wsparcia.

Podsumowując przeprowadzoną analizę regresji wśród osób z różnym rodzajem niepełnosprawności ruchowej, stwierdza się, że ustalone w trakcie badań modele ukazujące strukturę pomiędzy reakcjami przystosowawczymi a radzeniem sobie w ujęciu dyspozycyjnym i sytuacyjnym, cechami osobowości, wsparciem społecznym w znacznym stopniu zostały utworzone przez zmienne wchodzące w istotne związki zależnościowe. Celem przeprowadzonych analiz jest pozostawienie w modelu funkcji minimalnego zestawu zmiennych niezależnych przy jednoczesnej maksymalizacji współczynnika determinacji i minimalizacji średniego kwadratu odchylenia od modelu regresji, a więc określenie, które wymiary zmiennych oddziałują na badane zjawisko stymulująco, a które je hamują.

W przypadku niepełnosprawności ruchowej istniejącej od urodzenia zmienne niezależne wyjaśniają od 42,5% (w przypadku reakcji niepokoju) do 62,8% (w przypadku reakcji szoku) zmienności reakcji przystosowawczych. Przeprowadzone analizy pokazują, że u tej grupy badanych duże znaczenie w kształtowaniu się reakcji przystosowawczych ma neurotyzm. Wysoki poziom neurotyzmu ujawnia się na wszystkich etapach procesu przystosowania. W przypadku reakcji pośrednich i późnych pojawia się otwartość na doświadczenie, ugodowość i ekstrawersja. Pośród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną w kształtowaniu reakcji wczesnych zaznacza się wysoka tendencja do zaprzeczania zaistniałym trudnościom, a także skłonności do używania alkoholu oraz obniżone działanie polegające na koncentracji na problemie w celu jego rozwiązania. W kształtowaniu się pożądanых reakcji przystosowawczych zaznacza się podwyższona

tendencja do koncentracji na emocjach w ujęciu sytuacyjnym oraz obniżona tendencja do poszukiwania wsparcia w religii. Oznacza to, że osoby z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną koncentrują się na własnych emocjach w aspekcie zadaniowym w późniejszym stadium przystosowania. Pożądane reakcje przystosowawcze u osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną determinowane są także przez obniżoną tendencję do stosowania praktyk religijnych. Wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną we wczesnym stadium przystosowania ukazuje się zmniejszone zapotrzebowanie na wsparcie. Dopiero kształtowanie reakcji późniejszych sprzyja poszukiwaniu wsparcia. Osoby z niepełnosprawnością ruchową przejawiające zachowania depresyjne i wrogie względem własnej osoby bądź otoczenia deklarują mniejszą ilość otrzymywanego wsparcia.

W przypadku niepełnosprawności nabytej zmienne niezależne wyjaśniają od 21,9% (w przypadku akceptacji) do 67,2% (w przypadku wrogości) zmienności reakcji przystosowawczych. Podobnie jak wśród osób z niepełnosprawnością wrodzoną duże znaczenie w kształtowaniu się reakcji przystosowawczych ma neurotyzm. Co ciekawe, reakcje pośrednie, niebędące reakcjami pożądanymi wiążą się z otwartością na doświadczenie i podwyższonym poziomem ugodowości. Reakcje późne łączą się natomiast z podwyższonym poziomem ekstrawersji. U osób z niepełnosprawnością nabytą w kształtowaniu reakcji nieprzystosowawczych znaczenie ma radzenie sobie w postaci zaprzeczenia i koncentracji na emocjach, której rzadkie wykorzystanie oddziałuje na przykład na reakcje pożądane. W przypadku reakcji depresji i wewnętrznego gniewu ujawnia się obniżona dyspozycja do radzenia sobie z trudnościami w postaci humorystycznego traktowania sytuacji. Jednakże w przypadku depresji strategia zaradcza w postaci poczucia humoru ma istotne znaczenie. W odróżnieniu od osób z niepełnosprawnością wrodzoną w tej grupie badanych reakcja behawioralnego przystosowania wiąże się z niskim radzeniem sobie dyspozycyjnym w postaci koncentracji na emocjach. Osoby z niepełnosprawnością nabytą podczas kształtowania się reakcji wczesnych i pośrednich deklarują małą ilość spostrzeganego wsparcia. W sytuacji niepokoju i niewiedzy szukają wsparcia wśród najbliższych. Reakcje późne wiążą się z ciągłym zapotrzebowaniem na wsparcie i poszukiwaniem go.

### **7.3. Reakcje przystosowawcze a zasoby osobiste badanych osób o różnych orientacjach temporalnych**

Za pomocą analizy regresji wielorakiej ustalono związki pomiędzy zmienną zależną, jaką są reakcje przystosowawcze, ich ośmioma komponentami składowymi a czterema zmiennymi niezależnymi warunkującymi zmienność zmiennej zależnej, jakimi są wybrane cechy osobowości, style i strategie radzenia sobie z trudnościami oraz wsparcie społeczne. Przeprowadzone analizy zostały opracowane w odniesieniu do trzech typów temporalnej satysfakcji z życia. Dane o zmiennych i stopniu, w jakim są one istotne w modelu regresyjnym, pozwalają określić układy zmiennych niezależnych w relacji z jedną zmienną, które są odmienne w poszczególnych wymiarach zmiennej reakcji przystosowawczych.

#### **7.3.1. Reakcja szoku**

Wynik regresji wielokrotnej analizowanej zmiennej zależnej szok wykazuje najwyższy udział zmiennych niezależnych w zmienności wyników grupy osób z niepełnosprawnością ruchową wśród osób o prospektywno-prezentystycznej orientacji czasowej. W tej grupie osób zmienność zmiennej zależnej szok wyjaśniana jest aż w 91,3% przez zmienne niezależne. Na poziomie istotności statystycznej lub zbliżonym do niego znalazły się trzy cechy osobowości, cztery strategie radzenia sobie oraz jeden aspekt wsparcia społecznego. W modelu nie pojawia się zmienna stylów radzenia sobie z trudnościami. Spośród wyżej wymienionych zmiennych wchodzących w skład modelu tylko jedna zależność ma charakter odwrotnie proporcjonalny. Przyjąć więc można, że osoby badani ceniący czas teraźniejszy i przyszły analizowaną dyspozycję łączą z działaniem zorientowanym na cel, wytrwałością w dążeniu do obranych założeń, wysokim poziomem motywacji i silnej woli, specyficznym myśleniem mającym na celu przewartościowanie trudnych doświadczeń życiowych związanych z niepełnosprawnością. Jednocześnie wykazują się zwiększoną podatnością na stres i tendencją do zamartwiania się swoją sytuacją. W wymiarze sytuacyjnym osoby ukierunkowane i szczególnie wartościujące przyszłość wykazują częstsze radzenie sobie z trudnościami poprzez negowanie i bagatelizowanie trudnych doświadczeń, zwracanie się ku religii oraz stosowanie humorystycznych metod radzenia sobie z problemami. Osoby te wykazują się



również mniejszą tendencją do akceptacji trudnych sytuacji w swoim życiu. Przeprowadzone analizy ujawniają też, że osoby myślące przyszłościowo częściej poszukują wsparcia w otoczeniu. Prawdopodobnie reakcja szoku w grupie osób o orientacji przyszłościowej wyjaśniana jest przez obniżony poziom ekstrawersji oraz mniejsze zapotrzebowanie na wsparcie.

Tabela 60. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej szok w grupie osób o różnych orientacjach temporalnych

<b>Orientacja prezentystyczno-retrospektywna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,76126013 R <sup>2</sup> = 0,57951698 cR <sup>2</sup> = 0,48512284 F(11,49)=6,1393 p			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	NEU	0,461806	0,26767	3,97147	0,000234*
	EKS	-0,161431	-0,13257	-1,53124	0,132142
COPE (style)	Z	0,214089	0,33006	1,92548	0,059984~
	ZR	0,232755	0,20292	2,00824	0,050147~
	PEW	-0,360406	-0,46291	-2,37627	0,021441*
	KP	0,252901	0,15455	2,13529	0,037762*
COPE (strategie)	A	0,198421	0,27733	1,93811	0,058382~
	KP	-0,238363	-0,13398	-1,90553	0,062588~
	KEW	0,175278	0,22070	1,55386	0,126654
BSSS	ZW	0,576555	0,87400	3,84415	0,000349*
	PW	-0,373150	-0,34166	-2,26929	0,027689*
<b>Orientacja prospektywno-retrospektywna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,72753784 R <sup>2</sup> = 0,52931131 cR <sup>2</sup> = 0,45957965 F(8,54)=7,5907 p			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	NEU	0,287971	0,236316	2,50925	0,015131*
	OTW	0,132090	0,122750	1,35863	0,179912
COPE (style)	KEW	0,186291	0,287401	1,01258	0,315778
	PEW	0,114547	0,145421	1,00342	0,320134
COPE (strategie)	KEW	0,240642	0,364432	1,35881	0,179856
BSSS	SDW	-0,317350	-0,323826	-2,55327	0,013529*
	AOW	0,194220	0,114892	1,69679	0,095493~
	ZW	-0,172286	-0,369602	-1,45254	0,152139
<b>Orientacja prospektywno-prezentystyczna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,95556376 R <sup>2</sup> = 0,91310210 cR <sup>2</sup> = 0,87154223 F(11,23)=21,971 p			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	OTW	0,183150	0,14364	2,55842	0,017567*
	NEU	0,190638	0,19229	2,64070	0,014612*
	SUM	0,131146	0,15659	1,74700	0,093979~
	EKS	-0,113835	-0,11391	-1,27833	0,213882
COPE (strategie)	Z	0,255857	0,39633	3,19627	0,004014*
	ZR	0,231712	0,26219	3,42518	0,002313*
	PH	0,217097	0,24912	2,61963	0,015321*

	A	-0,174444	-0,32261	-2,29282	0,031335*
BSSS	PW	0,588003	0,68401	7,31898	0,000000*
	AOW	-0,116846	-0,08199	-1,46021	0,157757
	ZW	-0,084781	-0,15595	-1,19208	0,245384

\*-  $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

W grupie badanych osób o orientacji czasowej prezentystyczno-retrospektywnej zmienność zmiennej zależnej jest wyjaśniana przez zmienne niezależne na poziomie 58%. Wśród zmiennych niezależnych będących na poziomie istotności statystycznej lub zbliżonym do niego znalazły się jedna cecha osobowości, cztery style radzenia sobie, dwie strategie radzenia sobie oraz dwa aspekty wsparcia społecznego. Spośród wymienionych czynników charakter trzech jest odwrotnie proporcjonalny. Można przyjąć zatem, że dyspozycję szoku badani, którzy nadają największe znaczenie przeszłości, kojarzą ze zwiększonym poziomem neurotyzmu. W sytuacjach trudnych ujawniają zwiększoną dyspozycję do zaprzeczania i negowania trudności, częściej zwracają się ku religii, mają tendencję do koncentracji na problemie oraz rzadziej poszukują emocjonalnego wsparcia wśród najbliższego otoczenia. W wymiarze sytuacyjnym wykazują podwyższoną akceptację trudności oraz rzadziej koncentrują się na problemie. Badane osoby wykazują także większe zapotrzebowanie na wsparcie, ale rzadziej go poszukują. Najprawdopodobniej dyspozycja szoku u badanych osób z niepełnosprawnością ruchową o orientacji prezentystyczno-retrospektywnej wiąże się także z mniejszym poziomem aktywności, mniejszą liczbą kontaktów interpersonalnych oraz zwiększonym poziomem koncentracji na emocjach w wymiarze zadaniowym.

Nieco niższy udział wyjaśniania zmienności dyspozycji szoku przez zmienne niezależne występuje u badanych osób z niepełnosprawnością ruchową o orientacji prospektywno-retrospektywnej (52,9%). Badani utożsamiają głównie dyspozycję szoku z jedną cechą osobowości i dwoma aspektami wsparcia społecznego (są to zmienne niezależne będące na poziomie istotności statystycznej bądź do niej zbliżonym). Największy wkład w wyjaśnianie zmiennej spośród wyżej wymienionych ma obniżony poziom spostrzeganego dostępnego wsparcia od otoczenia. Pomimo mniejszej ilości spostrzeganego dostępnego wsparcia osoby z niepełnosprawnością ruchową o tej orientacji czasowej deklarują, że otrzymują więcej wsparcia od otoczenia. Podobnie jak w dwóch poprzednich orientacjach czasowych pojawia się tu podwyższona tendencja do odczuwania stresu i lęku oraz oceniania zdarzeń w kategorii zagrożenia. Zmienne wchodzące w utworzony model regresyjny, a niebędące istotne statystycznie to: otwartość,

koncentracja na emocjach w wymiarze dyspozycyjnym i sytuacyjnym, dyspozycja do poszukiwania emocjonalnego wsparcia oraz zapotrzebowanie na wsparcie. Przypuszczać należy zatem, że dyspozycja szoku w tym przypadku wiąże się z większą otwartością na doświadczenia, dyspozycją do koncentracji na emocjach i tendencją do radzenia sobie poprzez poszukiwanie wsparcia w sytuacjach problemowych, zwiększoną koncentracją na emocjach w konkretnych sytuacjach. Osoby badane o orientacji prospektywno-retrospektywnej prawdopodobnie w sytuacji szoku deklarują mniejsze zapotrzebowanie na wsparcie.

### 7.3.2. Reakcja niepokoju

Wynik regresji wielokrotnej analizowanej zmiennej zależnej niepokój wykazuje istotny udział zmiennych niezależnych w zmienności wyników grupy badanych osób o różnych orientacjach temporalnych.

Tabela 61. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej niepokój w grupie osób o różnych orientacjach temporalnych

<b>Orientacja prezentystyczno-retrospektywna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,71881685 R <sup>2</sup> = 0,51669767 cR <sup>2</sup> = 0,43140902 F(9,51)=6,0582 p			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	NEU	0,646593	0,31230	5,62637	0,000001*
	OTW	0,226335	0,14234	1,96569	0,054790~
	UGO	-0,286958	-0,16699	-2,49019	0,016067*
COPE (style)	A	0,131907	0,14359	1,29660	0,200604
	KP	0,178109	0,09070	1,31886	0,193107
COPE (strategie)	KP	-0,324687	-0,15208	-2,57500	0,012968*
	Z	0,179340	0,18459	1,65707	0,103645
BSSS	ZW	0,384348	0,48552	2,84844	0,006319*
	PW	-0,284439	-0,21702	-1,82294	0,074177~
<b>Orientacja prospektywno-retrospektywna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,63830954 R <sup>2</sup> = 0,40743907 cR <sup>2</sup> = 0,26522444 F(12,50)=2,8650 p			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	NEU	0,094635	0,07644	0,72317	0,472946
	EKS	-0,317110	-0,23347	-2,36139	0,022144*
	UGO	0,255836	0,19846	1,76921	0,082957~
COPE (style)	Z	0,430870	0,75637	2,65808	0,010525*
	KP	0,474837	0,34001	2,42409	0,019005*
	A	-0,131022	-0,20585	-1,01724	0,313937
COPE (strategie)	Z	0,139649	0,24205	0,81337	0,419864
	KP	-0,420199	-0,29254	-2,23533	0,029892*

	PH	-0,239550	-0,32551	-1,67302	0,100570
BSSS	SDW	-0,349966	-0,35151	-2,31001	0,025054*
	WBO	-0,364663	-0,32468	-2,48374	0,016397*
	AOW	0,353275	0,20571	2,05036	0,045590*
<b>Orientacja prospektywno-prezentystyczna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,83186310 R <sup>2</sup> = 0,69199622 cR <sup>2</sup> = 0,58111486 F(9,25)=6,2409 p			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
COPE (style)	Z	0,270459	0,53762	1,51962	0,141153
	ZR	1,046038	1,22830	2,23856	0,034328*
	KEW	0,434029	0,85761	2,94502	0,006888*
COPE (strategie)	PEW	-0,331101	-0,49224	-2,19762	0,037458*
	UASO	0,201674	0,31509	1,42014	0,167920
	KP	0,216150	0,15457	1,44311	0,161403
	ZR	-0,545022	-0,61285	-1,17949	0,249307
BSSS	PW	0,712452	0,82359	4,41973	0,000168*
	ZW	-0,591336	-1,08094	-3,95097	0,000562*

\*- p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

W grupie osób z niepełnosprawnością ruchową o orientacji prezentystyczno-retrospektywnej zmienność zmienna zależna reakcji niepokoju wyjaśniana jest w 51,7% przez zmienne niezależne. Na poziomie istotności statystycznej lub zbliżonym do niego znalazło się sześć czynników: trzy cechy osobowości, jedna strategia radzenia sobie z trudnościami i dwa aspekty wsparcia społecznego. Można zatem twierdzić, że osoby zorientowane na przeszłe wydarzenia łączą reakcję niepokoju z częstszym postrzeganiem wydarzeń i sytuacji w kategorii zagrożenia, wyższym poziomem odczuwania stresu i lęku. Jednocześnie dodatni charakter korelacji ze zmienną niezależną otwartości na doświadczenie świadczy o umiejętności nadawania pozytywnych znaczeń doświadczeniom życiowym i ujawnia, że ci badani uważają, iż nadają one sens ich życiu. Osoby zorientowane na przeszłość w kontaktach społecznych cechują się obniżonym zaufaniem do ludzi i wrażliwością na sprawy innych, a także przejawiają skłonności do bycia egocentrycznymi. Osoby te rzadziej stosują strategię koncentracji na problemie. Korelacje w zakresie wsparcia świadczą, że orientacja na przeszłość osób z niepełnosprawnością ruchową wiąże się z częstszymi deklaracjami zapotrzebowania na wsparcie, ale z rzadkim jego poszukiwaniem. Największy wkład w wyjaśnianie reakcji niepokoju u badanych o prezentystyczno-retrospektywnej orientacji temporalnej ma podwyższony poziom neurotyzmu. Być może na nasilenie reakcji szoku – poza wyżej opisanymi czynnikami – wpływ mają podwyższone dyspozycje do radzenia sobie w postaci koncentracji na

problemie i akceptacji, a także strategia polegająca na zaprzeczeniu. Jednak potwierdzenie tych tez wymaga dalszych analiz empirycznych.

Wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową o orientacji prospektywno-retrospektywnej uzyskana miara dobroci dopasowania modelu jest na poziomie przeciętnym i wynosi 40,7%. Zmienne niezależne wchodzące w skład modelu regresji dla tej grupy osób badanych i będące na poziomie istotnym statystycznie bądź do niego zbliżonym zawierają się w ośmiu czynnikach. Są to dwie cechy osobowości i dwa style radzenia sobie z trudnościami, jedna strategia i trzy aspekty wsparcia społecznego. Zatem można twierdzić, że badane osoby, dla których najtrudniejszy jest czas terażniejszy, charakteryzują się mniejszą liczbą kontaktów społecznych, mniejszą aktywnością i energią. Pomimo małej liczby relacji interpersonalnych są one pozytywnie nastawione do innych. W zakresie dyspozycji do radzenia sobie z trudnościami ujawniają wyższą koncentrację na problemie oraz tendencję do negowania i bagatelizowania sytuacji. W zakresie strategii ujawnia się rzadsza koncentracja na problemie. Badane osoby o orientacji prospektywno-retrospektywnej nie dostrzegają dostępnego wsparcia, choć więcej go otrzymują. Ponadto natężenie reakcji niepokoju wiąże się z mniejszym chronieniem najbliższego otoczenia przed trudnymi informacjami. Prawdopodobnie natężenie niepokoju związane jest z większym odczuwaniem lęku i stosowaniem strategii radzenia sobie polegającej na zaprzeczeniu i negowaniu trudności. Ponadto wiąże się z obniżeniem dyspozycji radzenia sobie w postaci akceptacji i z rzadszym stosowaniem strategii radzenia sobie w postaci poczucia humoru. Przyjęcie tych założeń wymaga dalszych eksploracji badawczych ze względu na brak istotności statystycznej.

W modelu utworzonym dla grupy osób z niepełnosprawnością ruchową o orientacji prospektywno-retrospektywnej poziom wyjaśniania zmienności zmiennej zależnej niepokój jest najwyższy i wynosi 69,2%. Na poziomie ufności statystycznej lub zbliżonym do niego znajduje się pięć czynników, w tym dwa style radzenia sobie z trudnościami, jedna strategia i dwa rodzaje wsparcia społecznego. Zatem osoby koncentrujące się na tym, co będzie, i nadające największe znaczenie przyszłości utożsamiają niepokój z dyspozycją do radzenia sobie w postaci zwracania się ku religii oraz tendencją do koncentracji na emocjach. W wymiarze sytuacyjnym zaznacza się rzadsza skłonność do poszukiwania emocjonalnego wsparcia w otoczeniu. Natężenie reakcji niepokoju łączy się również z częstszym poszukiwaniem wsparcia oraz mniejszym zapotrzebowaniem na nie. W modelu regresji w tym przypadku nie zostały uwzględnione cechy osobowości jako

dyspozycji do radzenia sobie z trudnościami w postaci zaprzeczenia, stosowania strategii używania alkoholu i koncentracji na problemie oraz rzadszego zwracania się ku religii.

### 7.3.3. Reakcja zaprzeczenia

Utworzone modele współzależnościowe zmiennej zależnej wyparcia w każdej z badanych grup osób z niepełnosprawnością ruchową prezentują się zgoła odmiennie, co prezentują dane zawarte w powyższej tabeli.

Tabela 62. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej wyparcie w grupie osób o różnych orientacjach temporalnych

<b>Orientacja prezentystyczno-retrospektywna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,82079995 R <sup>2</sup> = 0,67371255 cR <sup>2</sup> = 0,55506257 F(16,44)=5,6782 p			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	UGO	-0,001950	-0,001182	-0,01696	0,986546
	NEU	0,241081	0,121260	1,98147	0,053809~
COPE (style)	Z	0,353488	0,472928	1,98762	0,053100
	UASO	0,391442	0,592637	2,90449	0,005734*
	ZR	0,378415	0,286292	3,16703	0,002797*
	A	-0,351330	-0,398287	-2,90587	0,005713*
	PEW	-0,462280	-0,515264	-3,00682	0,004351*
	KP	0,218829	0,116050	1,75124	0,086873~
	PH	0,347751	0,315926	2,28708	0,027058*
COPE (strategie)	Z	-0,112958	-0,121075	-0,68112	0,499362
	KP	-0,218200	-0,106433	-1,71230	0,093883~
	UASO	-0,203164	-0,285957	-1,40746	0,166317
	PH	-0,449051	-0,404171	-2,68245	0,010255*
	A	0,153523	0,186207	1,15121	0,255862
BSSS	ZW	0,633168	0,832935	4,21856	0,000121*
	PW	-0,386976	-0,307479	-2,23530	0,030521*
<b>Orientacja prospektywno-retrospektywna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,60275120 R <sup>2</sup> = 0,36330900 cR <sup>2</sup> = 0,22598349 F(11,51)=2,6456			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	NEU	-0,289516	-0,21330	-2,25990	0,028128*
	EKS	0,166873	0,11206	1,32090	0,192431
COPE (style)	KP	0,021920	0,01432	0,15748	0,875492
	PH	-0,320276	-0,38121	-1,60498	0,114673
	A	-0,195215	-0,27975	-1,47481	0,146410
	KEW	-0,289911	-0,40155	-1,22720	0,225382
COPE (strategie)	ZR	0,295644	0,29198	2,50438	0,015506*
	PH	0,476756	0,59088	2,48051	0,016460*
	KEW	0,379364	0,51580	1,62431	0,110475
BSSS	AOW	0,350955	0,18639	2,26695	0,027663*
	SDW	-0,288643	-0,26443	-1,93128	0,059015~
<b>Orientacja prospektywno-prezentystyczna</b>					

Wskaźniki z. niezależnej		R= 0,86975803 R <sup>2</sup> = 0,75647903 cR <sup>2</sup> = 0,68154950 F(8,26)=10,096 p			
		$\beta$	<b>B</b>	t <sup>o</sup>	<b>P</b>
NEO-FFI	OTW	0,332506	0,16901	3,04499	0,005275*
	UGO	-0,161889	-0,11553	-1,29013	0,208363
COPE (style)	Z	0,334169	0,43323	2,98044	0,006171*
	ZR	0,136668	0,10466	1,13998	0,264688
BSSS	AOW	0,276033	0,12553	1,87630	0,071883~
	PW	0,418964	0,31587	3,84568	0,000698*
	ZW	-0,287361	-0,34259	-2,60842	0,014878*
	SDW	0,221472	0,12741	1,48877	0,148578

\*- p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

W modelu utworzonym dla grupy osób o orientacji prezentystyczno-retrospektywnej, wyjaśniającym zmienność zmiennej zależnej wyparcia, stwierdzono na poziomie istotności statystycznej lub zbliżonym do niego jedną kategorię cech osobowości, sześć stylów radzenia sobie z trudnościami, dwie strategie radzenia sobie oraz dwa aspekty wsparcia społecznego. Należy zatem sądzić, że natężenie tego komponentu tłumaczone jest skłonnościami do przeżywania negatywnych emocji, oceną przeżywanych trudności jako stresujących i postrzeganiem ich jako zagrażających. Natężenie reakcji wyparcia wiąże się także z dyspozycją do koncentracji na problemie, tendencją do zwracania się ku religii, a również z dyspozycją do używania alkoholu i radzenia sobie z trudnościami w sposób humorystyczny, żartowania i śmiania się, drwienia z sytuacji. Reakcja wyparcia łączy się też z obniżoną dyspozycją do poszukiwania emocjonalnego w najbliższym otoczeniu oraz z obniżoną tendencją do akceptowania trudności. W wymiarze strategii radzenia sobie z trudnościami nasilenie reakcji wyparcia związane jest z obniżoną koncentracją na problemie oraz rzadszym stosowaniem poczucia humoru w sytuacjach trudnych. Reakcja wyparcia wśród osób z niepełnosprawnością ruchową o orientacji przeszłościowej wiąże się także ze zwiększonym zapotrzebowaniem na wsparcie przy jednoczesnym rzadszym jego poszukiwaniu. Prawdopodobnie badane osoby łączą dyspozycję wyparcia z obniżonym poziomem ugodowości, rzadszym stosowaniem strategii negocjowania i bagatelizowania zdarzeń oraz z rzadszym używaniem alkoholu w konkretnych sytuacjach, przy jednoczesnej akceptacji sytuacji. Zmienność zmiennej zależnej jest wyjaśniana w 67,4%.

Wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową, które podkreślają znaczenie zarówno przyszłości, jak i przeszłości w swoim życiu, zaznaczają się różnice istotne

statystycznie bądź zbliżone do istotności statystycznej w zakresie pięciu czynników. Należą do nich: jedna cecha osobowości, dwie strategie radzenia sobie i dwa aspekty wsparcia społecznego. Zatem natężenie reakcji wyparcia w przypadku badanych osób zorientowanych na horyzont czasowy w sposób prospektywno-retrospektywny wiąże się z rzadszym postrzeganiem trudnych sytuacji w kategorii zagrożenia, mniejszą lęklnością i odczuwaniem stresu, częstszym stosowaniem strategii radzenia sobie w postaci zwracania się ku religii i poczucia humoru. Ponadto reakcja wyparcia wiąże się z mniejszą ilością spostrzeganego dostępnego wsparcia i większą ilością wsparcia otrzymywanego. Prawdopodobnie też reakcja wyparcia w tej grupie badanych osób łączy się z podwyższonym poziomem ekstrawersji, częstszą dyspozycją do koncentracji na problemie w sytuacjach trudnych, a także z większą koncentracją na emocjach w wymiarze zadaniowym. W wymiarze dyspozycyjnym radzenia sobie z sytuacjami trudnymi widoczne jest prawdopodobieństwo mniejszego poczucia humoru, obniżonej dyspozycji do koncentracji na emocjach oraz akceptacji trudnych sytuacji. Miara dobroci dopasowania modelu wynosi 36,3% i jest najniższym wskaźnikiem wyjaśniania zmienności zmiennej zależnej wyparcia w aspekcie orientacji temporalnych.

Wśród osób badanych o orientacji prospektywno-prezentystycznej stopień wyjaśniania zmienności zmiennej zależnej jest na bardzo wysoki i wynosi 75,6%. Na poziomie istotności statystycznej lub zbliżonym do niej znalazło się pięć czynników – jedna cecha osobowości i jeden styl radzenia sobie oraz trzy rodzaje wsparcia społecznego. Zmienność reakcji wyparcia nie jest wyjaśniana przez strategie radzenia sobie. Przyjmuje się, że natężenie reakcji wyparcia u osób zorientowanych przyszłościowo wiąże się z większą skłonnością do przewartościowywania wartości życiowych, które uważają za trudne do realizacji. Osoby te mają tendencję do zaprzeczania i negowania wydarzeń trudnych. W aspekcie wsparcia uwidocznione zostało to, że natężenie reakcji wyparcia wiąże się z częstszym poszukiwaniem wsparcia i większą ilością otrzymywanego wsparcia, przy jednoczesnym obniżonym zapotrzebowaniu na nie. W modelu zostały uwzględnione zmienne niebędące na poziomie istotności, które świadczą, że reakcja wyparcia w tej grupie badanych osób związana jest także z mniejszym poziomem ugodowości i dyspozycją do zwracania się ku religii w sytuacjach trudnych oraz z większą ilością spostrzeganego wsparcia.



### 7.3.4. Reakcja depresji

Analiza współczynników determinacji komponentu depresja upoważnia do twierdzenia, że w grupie badanych osób z niepełnosprawnością ruchową o prezentystyczno-retrospektywnej orientacji temporalnej zmienna ta wyjaśniana jest za pomocą zmiennych niezależnych w 50,3%. Na poziomie istotności statystycznej bądź zbliżonym do niego znalazło się siedem czynników, w tym dwie cechy osobowości, trzy sposoby radzenia sobie z problemami w wymiarze dyspozycyjnym, dwa w wymiarze sytuacyjnym oraz jeden rodzaj wsparcia społecznego. Większość zależności ma charakter dodatni. Można zatem sądzić, że nasilenie reakcji depresji wiąże się z nasileniem cech otwartości na doświadczenia, umiejętnością przewartościowania trudnych sytuacji życiowych i nadawania im pozytywnych znaczeń, większą emocjonalnością, przy jednoczesnej zwiększonej podatności na stres oraz częstszym odczuwaniu lęku i strachu. Osoby zorientowane czasowo w sposób przeszłościowy deklarują również większe zapotrzebowanie na wsparcie. W wymiarze dyspozycyjnym badana grupa osób o orientacji przeszłościowej ma tendencje do zaprzeczania, negowania trudnych sytuacji oraz wykazuje się częstszym zwracaniem się do Boga. W wymiarze zadaniowym charakteryzuje je rzadsze angażowanie się w religię. Osoby te wykazują obniżoną tendencję do poszukiwania emocjonalnego wsparcia u innych. Istnieje także prawdopodobieństwo, że nasilenie reakcji depresji wśród badanych osób o prezentystyczno-retrospektywnej orientacji czasowej warunkowane jest przez zwiększoną dyspozycję do koncentracji na własnych emocjach, obniżoną tendencję do traktowania sytuacji trudnych w sposób humorystyczny, w wymiarze zadaniowym zaś przez częstsze używanie alkoholu i innych środków odurzających oraz rzadsze stosowanie strategii poszukiwania wsparcia emocjonalnego. Analizy wskazują także, że osoby te prawdopodobnie dostrzegają więcej dostępnego wsparcia.

Tabela 63. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej depresja w grupie osób o różnych orientacjach temporalnych

<b>Orientacja prezentystyczno-retrospektywna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,70938810 R <sup>2</sup> = 0,50323147 cR <sup>2</sup> = 0,37903934 F(12,48)=4,0520 p			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	OTW	0,202462	0,140482	1,88277	0,065799~
	NEU	0,290441	0,15477	2,17500	0,034588*
COPE	KEW	0,138496	0,17691	0,99381	0,325300

(style)	Z	0,273774	0,38806	2,28461	0,026798*
	PEW	-0,339991	-0,40149	-1,90609	0,062636~
	ZR	0,586379	0,47001	3,02479	0,003989*
	PH	-0,176070	-0,16947	-1,43992	0,156380
COPE (strategie)	ZR	-0,423466	-0,33968	-2,23700	0,029967*
	UASO	0,160651	0,23957	1,43779	0,156981
	PEW	-0,164308	-0,16328	-1,06673	0,291431
BSSS	ZW	0,423998	0,59094	2,77571	0,007829*
	SDW	0,142104	0,10637	1,12776	0,265027
<b>Orientacja prospektywno-retrospektywna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,83873082 R <sup>2</sup> = 0,70346939 cR <sup>2</sup> = 0,57244424 F(19,43)=5,3690 p			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	NEU	0,162338	0,15642	1,40389	0,167533
	EKS	-0,419852	-0,36871	-3,62572	0,000758*
	UGO	0,290815	0,26910	2,43547	0,019093*
	OTW	-0,158417	-0,17285	-1,49936	0,141086
	SUM	0,173942	0,18743	1,42343	0,161829
COPE (style)	Z	0,491138	1,02842	4,35239	0,000082*
	KP	0,225464	0,19258	1,22329	0,227881
	ZR	-0,158874	-0,21188	-1,60442	0,115942
	PH	-0,650253	-1,01220	-3,64138	0,000724*
	KEW	0,079632	0,14425	0,71426	0,478925
	A	0,137804	0,25826	1,01524	0,315670
COPE (strategie)	KP	-0,104968	-0,08717	-0,62584	0,534728
	PH	0,466996	0,75693	2,70495	0,009751*
	UASO	0,149078	0,26102	1,58404	0,120512
	A	-0,219771	-0,42555	-1,57894	0,121678
BSSS	SDW	-0,490847	-0,58808	-3,52853	0,001009*
	WBO	-0,360755	-0,38314	-2,81835	0,007267*
	AOW	0,290075	0,20148	2,10960	0,040752*
	PW	0,161466	0,26234	1,21190	0,232168
<b>Orientacja prospektywno-prezentywistyczna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,89745399 R <sup>2</sup> = 0,80542367 cR <sup>2</sup> = 0,73537618 F(9,25)=11,498 p			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	NEU	0,303307	0,31670	3,03669	0,005528*
COPE (style)	ZR	0,396286	0,48473	3,87966	0,000674*
COPE (strategie)	Z	0,164585	0,26391	1,57930	0,126837
	A	0,232504	0,44511	2,37205	0,025700*
	PEW	-0,203268	-0,31479	-1,70585	0,100432
BSSS	PW	0,531707	0,64027	4,41865	0,000168*
	AOW	-0,523477	-0,38022	-3,63764	0,001248*
	ZW	0,112032	0,21333	1,15736	0,258062
	SDW	0,150149	0,13797	1,11143	0,276959

\*- p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

Wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową o orientacji prospektywno-retrospektywnej utworzony model wyjaśnia aż 70,3% zmienności zmiennej zależnej reakcji depresji. Jest to dość wysoki poziom dobroci dopasowania modelu. Na poziomie istotności statystycznej lub zbliżonym do niego znalazło się w tym przypadku osiem czynników. Na podstawie przeprowadzonych analiz można twierdzić, że dla osób, które w swoim życiu nadają duże znaczenie zarówno przeszłości, jak i przyszłości, natężenie reakcji depresji jest związane z mniejszą liczbą interakcji społecznych, obniżoną aktywnością i zdolnością do odczuwania emocji pozytywnych. Badane osoby o tej orientacji są pomimo zmniejszonej aktywności społecznej życzliwie nastawione do otoczenia i ufają innym ludziom. W wymiarze dyspozycyjnym mają tendencję do negowania trudnych sytuacji oraz wykazują się niższym poczuciem humoru. W konkretnych sytuacjach częściej radzą sobie z trudnościami i rozładowują napięcie humorem. W aspekcie wsparcia w tej grupie zaznacza się mniejsza ilość spostrzeganego dostępnego wsparcia, rzadsze ukrywanie przed najbliższymi niekorzystnych informacji oraz większa ilość otrzymywanego wsparcia. Prawdopodobnie zmienność reakcji wyjaśniana jest przez wyższy poziom neurotyzmu, mniejszą otwartość na doświadczenia, podwyższony poziom sumienności, a także w wymiarze dyspozycyjnym podwyższoną koncentrację na problemie, częstszą koncentrację na emocjach, zwiększoną tendencję do akceptacji trudności oraz obniżoną dyspozycję do zwracania się ku religii. W wymiarze sytuacyjnym reakcja depresji u osób zorientowanych na przyszłość i przeszłość wiąże się z obniżoną akceptacją aktualnych trudności i mniejszą koncentracją na problemie, przy zwiększonej tendencji do spożywania alkoholu. Prawdopodobnie badane osoby z niepełnosprawnością ruchową o tej orientacji czasowej częściej poszukują wsparcia, jednak brak istotności statystycznych w zakresie tego czynnika powoduje konieczność dalszych eksploracji badawczych.

Kombinacja zmiennych niezależnych utworzona dla osób badanych o orientacji temporalnej prospektywno-retrospektywnej wyjaśnia zmienność zmiennej zależnej na dość wysokim poziomie, bo aż w 80,5%. Na poziomie istotności statystycznej bądź zbliżonym do niego znalazło się pięć czynników, po jednej cesze osobowości, stylu i strategii radzenia sobie oraz dwa aspekty wsparcia społecznego. Zatem reakcja depresji wśród grupy osób badanych o przyszłościowej orientacji czasowej jest utożsamiana z doświadczaniem negatywnych emocji, lęków, zmaganiem się ze stresem i odczuwaniem strachu. Osoby zorientowane na przyszłość w sytuacjach trudnych częściej zwracają się ku religii w celu poradzenia sobie z trudnościami, w wymiarze sytuacyjnym akceptują

problem. Ta grupa osób deklaruje także, że w sytuacji depresji poszukuje wsparcia i o nie prosi, lecz ujemny charakter relacji kolejnego czynnika wskazuje, że w stanie depresji osoby badane zorientowane na przyszłość otrzymują mniej wsparcia. Prawdopodobnie nasilenie reakcji depresji warunkowane jest także w wymiarze sytuacyjnym częstszym zaprzeczaniem i negowaniem oraz rzadszym poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego. Ponadto natężenie reakcji depresji wśród badanych osób o orientacji przyszłościowej wiąże się prawdopodobnie z większym zapotrzebowaniem na wsparcie oraz większą ilością spostrzegania wsparcia.

### 7.3.5. Reakcja uwewnętrznego gniewu

Model regresji utworzony dla reakcji uwewnętrznego gniewu prezentuje się odmiennie dla osób z niepełnosprawnością ruchową w zależności od przyjętej przez nie orientacji temporalnej, co prezentuje powyższa tabela.

Tabela 64. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej wewnętrzny gniew w grupie osób o różnych orientacjach temporalnych

<b>Orientacja prezentystyczno-retrospektywna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,69179665 R <sup>2</sup> = 0,47858261 cR <sup>2</sup> = 0,37429913 F(10,50)=4,5892 p			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	SUM	0,098368	0,10600	0,79728	0,429061
	NEU	0,462646	0,27312	3,69740	0,000541*
	EKS	-0,195722	-0,16372	-1,70917	0,093620~
COPE (style)	Z	0,196200	0,30809	1,56473	0,123953
	PEW	-0,515846	-0,67483	-3,07318	0,003425*
	KP	0,278818	0,17355	2,22869	0,030360*
	ZR	0,205589	0,18255	1,63523	0,108282
COPE (strategie)	PH	-0,135590	-0,14324	-1,16877	0,248040
BSSS	ZW	0,696894	1,07600	4,18158	0,000116*
	PW	-0,313592	-0,29245	-1,74719	0,086744~
<b>Orientacja prospektywno-retrospektywna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,75257288 R <sup>2</sup> = 0,56636594 cR <sup>2</sup> = 0,48297477 F(10,52)=6,7917 p			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	UGO	0,202568	0,19155	1,88639	0,064832~
COPE (style)	A	-0,123164	-0,23588	-0,85259	0,397799
	PH	-0,289947	-0,46123	-2,57508	0,012906*
	Z	0,309787	0,66289	2,80028	0,007151*
	UASO	-0,217654	-0,41299	-1,30966	0,196067
COPE	KEW	0,250498	0,45518	2,36747	0,021666*

(strategie)	A	-0,182512	-0,36114	-1,46250	0,149623
	UASO	0,260786	0,46661	1,72326	0,090784~
BSSS	SDW	-0,580426	-0,71064	-4,86772	0,000011*
	AOW	0,437319	0,31040	3,43914	0,001158*
<b>Orientacja prospektywno-prezentystyczna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,83867240 R <sup>2</sup> = 0,70337140 cR <sup>2</sup> = 0,61210106 F(8,26)=7,7065 p			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	UGO	0,203686	0,2533	1,50637	0,144028
	NEU	0,271440	0,3093	1,94522	0,062637~
COPE (style)	PH	0,236440	0,3368	1,62160	0,116956
	A	0,170857	0,4008	1,42169	0,167002
COPE (strategie)	ZR	0,445480	0,5694	3,44816	0,001935*
BSSS	WBO	0,330002	0,3716	1,89300	0,069540~
	PW	0,402531	0,5289	2,73286	0,011140*
	AOW	-0,234209	-0,1856	-1,63114	0,114917

\*- p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowanie najwięcej zmiennych niezależnych, wyjaśniających w 70,3% zmienność zmiennej zależnej komponentu uwewnętrzniony gniew wchodzi w skład modelu korelacyjnego wśród osób z niepełnosprawnością ruchową o prospektywno-prezentystycznej orientacji czasowej. Znalazła się tutaj jedna cecha osobowościowa, jedna strategia radzenia sobie i dwa aspekty wsparcia społecznego. Te cztery czynniki, będące na poziomie istotności lub zbliżonym do ufności statystycznej, są ze znakiem dodatnim. Przyjąć więc można, że osoby badane analizowaną tu dyspozycję łączą ze zwiększoną skłonnością do odczuwania negatywnych emocji i częstszym odczuwaniem lęku oraz z postrzeganiem zdarzeń życiowych w kategorii zagrożenia. Osoby o orientacji przyszłościowej częściej powierzają swoje troski i problemy sile wyższej. Analizowana dyspozycja łączy się również z częstszym poszukiwaniem wsparcia oraz wyższym natężeniem wsparcia buforująco-ochronnego. W skład modelu weszły także inne czynniki niebędące istotne statystycznie. Można więc przypuszczać, że osoby o orientacji przyszłościowej kojarzą dyspozycję uwewnętrznionego gniewu z podwyższonym poziomem ugodości, dyspozycją do radzenia sobie w sposób humorystyczny, tendencją do akceptowania sytuacji oraz mniejszą ilością otrzymywanego wsparcia.

Wśród osób o prospektywno-retrospektywnej orientacji temporalnej miara dobroci dopasowania modelu jest nieco niższa i wynosi 56,6%. Model tej zmiennej tworzy siedem cząstkowych składników: jedna cecha osobowości, dwa style i dwie strategie radzenia sobie w trudnych sytuacjach oraz dwa rodzaje wsparcia społecznego. Tylko dwie

zależności spośród wyżej wymienionych mają znak ujemny. Badane osoby łączą dyspozycję wrogości wobec siebie z podwyższonym poziomem ugodowości i dyspozycją do zaprzeczania sytuacjom trudnym. W wymiarze zadaniowym deklarują, że częściej spożywają alkohol i są skoncentrowane na własnych emocjach w celu poradzenia sobie z trudnościami. Pomimo gniewu wobec otoczenia spostrzegają dostępne wsparcie, ale deklarują, że otrzymują mniej wsparcia od otoczenia. Natężenie reakcji gniewu prawdopodobnie wiąże się z obniżoną akceptacją sytuacji trudnej w wymiarze dyspozycyjnym i sytuacyjnym oraz rzadszą dyspozycją do spożywania alkoholu w sytuacjach trudnych.

Natomiast wśród badanych osób o orientacji prezentystyczno-retrospektywnej stopień wyjaśnienia zmienności zmiennej zależnej komponentu wewnętrzny gniew utrzymuje się na średnim poziomie i wynosi 47,9%. Na poziomie ufności bądź zbliżonym do niego znajduje się sześć czynników. Są to dwie cechy osobowości, dwa style radzenia sobie i dwa aspekty wsparcia. Trzy spośród nich posiadają znak ujemny, a trzy – dodatni. Zatem osoby badane o orientacji przeszłościowej łączą dyspozycję gniewu względem własnej osoby z wyższym poziomem stresu, skłonnością do przeżywania negatywnych emocji, tendencją do koncentracji na problemie oraz wyższym zapotrzebowaniem na wsparcie. Ponadto dyspozycja wewnętrznego gniewu wśród osób z niepełnosprawnością ruchową zorientowanych na przeszłość i podkreślających jej rolę w życiu wiąże się z obniżonym poziomem aktywności, mniejszą liczbą kontaktów międzyludzkich oraz z obniżoną dyspozycją do poszukiwania emocjonalnego wsparcia wśród otoczenia. Prawdopodobnie wewnętrzny gniew w tej grupie badanych osób łączy się także z podwyższonym poziomem sumienności, tendencją do radzenia sobie poprzez negocowanie i bagatelizowanie sytuacji trudnych bądź zwracanie się ku religii, a w wymiarze zadaniowym – z rzadszym radzeniem sobie poprzez humorystyczne traktowanie sytuacji trudnej.

### **7.3.6. Reakcja uzewnętrznionej wrogości**

W przypadku reakcji uzewnętrznionej wrogości model regresyjny utworzono także ze względu na przynależność osób badanych do poszczególnych orientacji temporalnych. W przypadku tej reakcji model regresyjny najlepiej wyjaśnia zmienność zmiennej zależnej spośród badanych o orientacji prospektywno\*prezentystycznej. Współczynnik wyjaśniania tej zmiennej wynosi 78%. Na poziomie ufności lub zbliżonym do niego zmienność reakcji

uzewnętrznionej wrogości wyjaśnia siedem czynników, z czego tylko dwa są ze znakiem ujemnym. Oznacza to, że reakcja uzewnętrznionej wrogości wśród osób z pozytywnym nastawieniem do przyszłości utożsamiana jest z pozytywnym nastawieniem do ludzi, wrażliwością i troską o ich sytuację. Natężenie wrogości wobec otoczenia wyjaśniane jest także przez podwyższony poziom poszukiwania wsparcia, częstsze chronienie najbliższych przed niepomyślnymi informacjami dotyczącymi siebie, dyspozycję do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi poprzez zwracanie się ku religii i tendencję do humorystycznego ujmowania sytuacji trudnych. W wymiarze sytuacyjnym zaznacza się wyraźny spadek radzenia sobie z trudnościami poprzez poczucie humoru oraz mniejsze zapotrzebowanie na wsparcie. Prawdopodobnie natężenie reakcji uzewnętrznionej wrogości wobec otoczenia wyjaśnia także zwiększona dyspozycja do spożywania alkoholu oraz częstsze zaprzeczenie i akceptacja trudności w wymiarze sytuacyjnym.

Tabela 65. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej uzewnętrzniona wrogość w grupie osób o różnych orientacjach temporalnych

<b>Orientacja prezentystyczno-retrospektywna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,87961352 R <sup>2</sup> = 0,77371994 cR <sup>2</sup> = 0,72292238 F(11,49)=15,231 p			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	UGO	0,270426	0,1796	3,24880	0,002096*
	NEU	0,268194	0,1478	3,23162	0,002203*
	OTW	0,273166	0,1961	3,57373	0,000802*
	EKS	0,128689	0,1005	1,70917	0,093746~
COPE (style)	PEW	-0,359755	-0,4395	-3,46978	0,001096*
COPE (strategie)	KEW	0,452682	0,5421	5,49775	0,000001*
	A	0,157904	0,2099	2,09615	0,041256*
	KP	-0,146369	-0,0782	-1,82717	0,073768~
	UASO	0,111370	0,1718	1,49954	0,140150
BSSS	ZW	0,208649	0,3008	2,29974	0,025764*
	WBO	-0,141197	-0,1004	-1,91059	0,061917~
<b>Orientacja prospektywno-retrospektywna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,77528659 R <sup>2</sup> = 0,60106930 Popraw. R <sup>2</sup> = 0,54196845 F(8,54)=10,170 p			
		<b>B</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	UGO	0,360030	0,2682	3,27138	0,001868*
	NEU	0,334770	0,2596	3,09383	0,003127*
	EKS	0,255244	0,1804	2,67773	0,009799*
COPE (style)	PEW	-0,223190	-0,2678	-2,09789	0,040609*
COPE (strategie)	KEW	0,351081	0,5025	3,31898	0,001623*
	PH	0,264817	0,3455	2,78607	0,007345*
BSSS	ZW	-0,335198	-0,6796	-2,51205	0,015025*
	PW	0,162186	0,2121	1,11165	0,271213
<b>Orientacja prospektywno-prezentystyczna</b>					

Wskaźniki z. niezależnej		R= 0,88325321 R <sup>2</sup> = 0,78013623 cR <sup>2</sup> = 0,68852633 F(10,24)=8,5159 p			
		$\beta$	<b>B</b>	t <sup>o</sup>	<b>P</b>
NEO-FFI	UGO	0,384716	0,3513	3,13337	0,004511*
COPE (style)	UASO	0,119076	0,1469	1,11244	0,276968
	PH	0,830162	0,8682	2,94015	0,007151*
	ZR	0,392461	0,3846	3,08449	0,005073*
COPE (strategie)	Z	0,139287	0,1789	0,96127	0,346002
	A	0,154527	0,2370	1,41289	0,170527
	PH	-0,446476	-0,4249	-1,73306	0,095917~
BSSS	PW	0,471683	0,4551	3,46885	0,001990*
	ZW	-0,230532	-0,3517	-2,03022	0,053558~
	WBO	0,260407	0,2153	1,72489	0,097405~

\*- p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

Dość wysoki poziom wyjaśniania zmiennej zależnej przy pomocy zmiennych niezależnych w przypadku reakcji uzewnętrznionej wrogości ujawnia się wśród osób badanych z niepełnosprawnością ruchową o prezentystyczno-retrospektywnym horyzoncie czasowym. Stopień wyjaśniania w tym przypadku wynosi 77,4%. Utworzony model regresyjny wskazuje, że zmienność zmiennej zależnej wyjaśniana jest przez dziesięć czynników, w tym cztery cechy osobowości, jeden styl radzenia sobie z trudnościami, trzy strategie radzenia sobie oraz dwa wymiary wsparcia. Tylko trzy z dziesięciu czynników będących na poziomie ufności statystycznej bądź zbliżonym do niego są ze znakiem ujemnym. Można więc twierdzić, że badane osoby z niepełnosprawnością ruchową utożsamiają reakcję wrogości wobec otoczenia ze zwiększoną tendencją do przeżywania negatywnych doświadczeń, częstszym odczuwaniem stresu i lęku, uwydatnioną wrażliwością na sprawy otoczenia, chęcią udzielania pomocy, zwiększoną aktywnością, zdolnością do odczuwania pozytywnych emocji i umiejętnością przewartościowywana zdarzeń życiowych. W wymiarze sytuacyjnym uzewnętrzniona wrogość wśród osób z niepełnosprawnością ruchową zorientowanych przeszłościowo wiąże się z podwyższoną koncentracją na emocjach i częstszą akceptacją sytuacji trudnej, przy jednocześnie obniżonej koncentracji na problemie. W wymiarze dyspozycyjnym zaznacza się obniżona tendencja do poszukiwania emocjonalnego wsparcia. Osoby badane o orientacji przeszłościowej odczuwają zwiększone zapotrzebowanie na wsparcie i w mniejszym stopniu chronią najbliższych przed niekorzystnymi informacjami. Prawdopodobnym jest także, że natężenie reakcji wrogości wiąże się z częstszym spożywaniem alkoholu w trudnych sytuacjach.



Wśród osób badanych o orientacji prospektywno-retrospektywnej zmienność zmiennej zależnej wyjaśniana jest przez zmienne niezależne w 60,1%. Zatem nasilenie reakcji zewnętrznej wrogości w tej grupie osób łączy się z podwyższonym poziomem neurotyzmu, przy jednoczesnym natężeniu cech ugodowości oraz ekstrawersji. W wymiarze sytuacyjnym odznacza się podwyższona koncentracja na emocjach oraz radzenie sobie z trudnościami w sposób humorystyczny. Natężenie uzewnętrznionej wrogości wiąże się z obniżoną dyspozycją do poszukiwania emocjonalnego wsparcia, a także ze zmniejszonym zapotrzebowaniem na nie. Prawdopodobnie natężenie reakcji uzewnętrznionej wrogości wyjaśniane jest również przez zwiększone poszukiwanie wsparcia.

### **7.3.7. Reakcja akceptacji**

Utworzony model regresyjny dla zmiennej zależnej pożądanej reakcji akceptacji wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową prezentuje się odmiennie w zależności od przyjętej orientacji temporalnej. Przeprowadzone analizy zostały ukazane w tabeli 66. W grupie osób niepełnosprawnych ruchowo o orientacji prezentystyczno-retrospektywnej wynik regresji wielokrotnej analizowanej zmiennej zależnej reakcji akceptacji wykazuje udział zmiennych niezależnych w zmienności wyników grupy badanych osób na poziomie 52%. Badane osoby utożsamiają tu analizowaną dyspozycję z siedmioma czynnikami cząstkowymi: dwoma cechami osobowości, dwoma stylami, dwiema strategiami radzenia sobie i jednym aspektem wsparcia społecznego. Spośród wymienionych zależności dwie mają charakter ujemny. Zatem u badanych osób o prezentystyczno-retrospektywnym horyzoncie czasowym reakcja akceptacji wiąże się z podwyższonym poziomem aktywności, energii, zdolnością do odczuwania pozytywnych emocji, przy jednoczesnej skłonności do oceny przeżywanych doświadczeń jako stresujących i rozpatrywania ich w kategorii zagrożenia. Osoby badane nadające przeszłości szczególne znaczenie kojarzą także dyspozycję akceptacji z robieniem wszystkiego, co mogłoby rozwiązać trudną sytuację, nie odkładają działań na potem. W rozwiązywaniu sytuacji trudnych nie wyrażają również dyspozycji do koncentracji na emocjach. W wymiarze sytuacyjnym odznacza się obniżona tendencja do poszukiwania emocjonalnego wsparcia oraz podwyższona tendencja do koncentracji na własnych emocjach. Natężenie reakcji akceptacji również wyjaśnia zwiększone zapotrzebowanie na

wsparcie pośród tej grupy osób badanych. Istnieje prawdopodobieństwo, że analizowana dyspozycja utożsamiana jest z wyższym stopniem ugodowości, podwyższoną dyspozycją do radzenia sobie poprzez zawierzenie problemów sile wyższej, tendencją do akceptacji problemów, obniżonym radzeniem sobie w sposób humorystyczny zarówno w wymiarze dyspozycyjnym, jak i sytuacyjnym, częstszym stosowaniem strategii zaprzeczenia i negocjowania, większą ilością spostrzeganego wsparcia i niższym poziomem wsparcia buforująco-ochronnego.

Tabela 66. Wyniki analizy regresji zmiennej wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej akceptacja w grupie osób o różnych orientacjach temporalnych

<b>Orientacja prezentystyczno-retrospektywna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,72119587 R <sup>2</sup> = 0,52012349 cR <sup>2</sup> = 0,36016465 F(15,45)=3,2516			
		<b>B</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	UGO	0,217222	0,1993	1,57760	0,121662
	EKS	0,381660	0,4118	3,01763	0,004183*
	NEU	0,306550	0,2334	2,20527	0,032586*
COPE (style)	KP	0,229135	0,1840	1,74093	0,088530~
	ZR	0,153177	0,1754	1,24106	0,221016
	KEW	-0,517424	-0,9445	-2,97185	0,004739*
	PH	-0,271897	-0,3740	-1,50309	0,139803
	A	0,161722	0,2776	1,42389	0,161375
COPE (strategie)	PH	-0,074655	-0,1017	-0,42023	0,676319
	PEW	-0,625577	-0,8884	-3,62243	0,000738*
	KEW	0,398342	0,6590	2,15746	0,036347*
	Z	0,188103	0,3052	1,29793	0,200926
BSSS	ZW	0,359278	0,7155	2,53729	0,014707*
	WBO	-0,200345	-0,1968	-1,60938	0,114528
	SDW	0,155027	0,1658	1,18930	0,240558
<b>Orientacja prospektywno-retrospektywna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,84634607 R <sup>2</sup> = 0,71630167 cR <sup>2</sup> = 0,65511183 F(11,51)=11,706			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	EKS	0,43328	0,27350	5,10785	0,000005*
	OTW	-0,32700	-0,25645	-3,98046	0,000218*
COPE (style)	PEW	0,42572	0,45611	2,67140	0,010113*
	ZR	-1,08357	-1,03867	-6,01730	0,000000*
COPE (strategie)	ZR	1,11058	1,03101	6,14697	0,000000*
	KP	0,10745	0,06414	1,29225	0,202095
	PEW	-0,24671	-0,24082	-1,37560	0,174958
BSSS	AOW	0,39498	0,19719	3,57843	0,000769*
	SDW	-0,36873	-0,31753	-3,10740	0,003083*
	PW	0,32705	0,38193	2,66659	0,010241*
	WBO	-0,24171	-0,18452	-2,36909	0,021656*
<b>Orientacja prospektywno-prezentystyczna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,90468354 R <sup>2</sup> = 0,81845230 cR <sup>2</sup> = 0,70606563			

		F(13,21)=7,2825 p			
		B	B	t°	P
NEO-FFI	EKS	-0,32891	-0,24857	-2,36946	0,027474*
	SUM	0,14527	0,13100	1,19516	0,245347
COPE (style)	UASO	-0,31402	-0,35268	-2,43521	0,023884*
	PEW	-0,23737	-0,29825	-0,69097	0,497153
	KP	1,22670	0,68667	3,17339	0,004577*
	ZR	1,15392	1,02981	2,58095	0,017427*
	KEW	0,14464	0,21721	1,14643	0,264512
COPE (strategie)	PH	0,32987	0,28589	2,34302	0,029053*
	KP	-0,94508	-0,51364	-2,62324	0,015885*
	A	-0,20034	-0,27982	-1,34842	0,191887
	ZR	-1,23733	-1,05743	-2,81603	0,010351*
	PEW	0,52273	0,59064	1,46697	0,157201
BSSS	PW	0,66754	0,58649	4,77092	0,000103*

\*-  $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Wśród badanych osób o orientacji prospektywno-retrospektywnej zmienność zmiennej zależnej wyjaśniana jest przez zmienne niezależne na poziomie 71,6%. Jest to dość wysoki poziom wyjaśniania. Na poziomie ufności statystycznej lub zbliżonym do niego znalazło się dziewięć czynników. Należą do nich dwie cechy osobowości i dwa style radzenia sobie w sytuacjach trudnych, jedna strategia radzenia sobie oraz cztery aspekty wsparcia społecznego. Stwierdza się zatem, że osoby balansujące pomiędzy tym, co było, a tym, co nadejdzie, utożsamiają analizowaną dyspozycję akceptacji ze zwiększoną aktywnością, kontaktami interpersonalnymi, zdolnością do przeżywania pozytywnych emocji, mniejszym zapotrzebowaniem na aktywność i poszukiwaniem wrażeń. W wymiarze dyspozycyjnym radzenia sobie ze stresem uwidacznia się zwiększone poszukiwanie wsparcia wśród otoczenia. Osoby z tej grupy badanych nie łączą reakcji akceptacji z zawieraniem swoich problemów sile wyższej w wymiarze dyspozycyjnym, jednak w konkretnych sytuacjach zwracają się do niej ze swoimi problemami i trudnościami. Natężenie reakcji akceptacji związane jest również z większą ilością otrzymywanego wsparcia, częstszym poszukiwaniem wsparcia, niezauważaniem dostępnego wsparcia oraz niższym poziomem wsparcia buforująco-ochronnego. Prawdopodobnie natężenie reakcji akceptacji wyjaśnia także większe dążenie do efektywnego rozwiązywania problemów oraz rzadsze stosowanie strategii polegającej na poszukiwaniu wsparcia wśród najbliższych.

W modelu utworzonym dla grupy osób z niepełnosprawnością ruchową o orientacji prospektywno-prezentystycznej, wyjaśniającym 81,8% zmienności zmiennej zależnej

akceptacja, znalazły się na poziomie istotności statystycznej lub zbliżonym do niego: jeden cząstkowy czynnik osobowości, po trzy cząstkowe czynniki stylów i strategii radzenia sobie z problemami oraz jeden aspekt wsparcia społecznego. Spośród tych zależności cztery mają charakter odwrotnie proporcjonalny. Można zatem twierdzić, że reakcja akceptacji u osób o prospektywno-prezentystycznym stosunku do czasu łączy się z mniejszą liczbą kontaktów, obniżoną aktywnością i spadkiem energii. Ponadto osoby te łączą reakcję akceptacji z obniżoną dyspozycją do stosowania alkoholu i innych używek oraz z rzadszą koncentracją na problemie w celu jego rozwiązania, a także z mniejszym zaangażowaniem w sprawy religijne w wymiarze sytuacyjnym. Natężenie reakcji przystosowawczej akceptacji osoby z niepełnosprawnością łączy się z koncentracją na problemie oraz z powierzaniem swoich problemów sile wyższej w wymiarze dyspozycyjnym. W wymiarze sytuacyjnym ujawnia się radzenie sobie z problemami poprzez drwienie i śmianie się z sytuacji trudnej. Osoby należące do tej grupy deklarują również, że akceptacja niepełnosprawności sprzyja poszukiwaniu wsparcia. Czynnik poszukiwania wsparcia ma największy wkład w wyjaśnianie zmienności zmiennej zależnej. Prawdopodobne jest także, że nasilenie tej reakcji jest u nich związane z wyższym poziomem sumienności, ujawnianiem dyspozycji do koncentracji na emocjach, obniżoną dyspozycją do poszukiwania emocjonalnego wsparcia wśród otoczenia. W wymiarze sytuacyjnym odznacza się prawdopodobieństwo stosowania strategii polegającej na poszukiwaniu wsparcia oraz obniżona tendencja do pogodzenia się z trudnościami.

### 7.3.8. Reakcja przystosowania

Reakcja behawioralnego przystosowania, która charakteryzuje badanych z niepełnosprawnością ruchową, podlega działaniu odmiennych czynników w zależności od tego, jaką orientację temporalną przyjmują badane osoby.

Tabela 67. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej przystosowanie w grupie osób o różnych orientacjach temporalnych

<b>Orientacja prezentystyczno-retrospektywna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,69266238 R <sup>2</sup> = 0,47978117 cR <sup>2</sup> = 0,34972647 F(12,48)=3,6891			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	UGO	0,381420	0,42464	2,92470	0,005250*

	EKS	0,247040	0,32344	1,95790	0,056069~
	SUM	-0,130636	-0,22034	-1,09783	0,277754
COPE (style)	KEW	-0,455825	-1,00962	-2,82341	0,006897*
	PEW	0,311469	0,63777	1,79274	0,079317~
COPE (strategie)	KEW	0,516903	1,03758	2,85340	0,006366*
	UASO	-0,160039	-0,41382	-1,44583	0,154722
	PEW	-0,463834	-0,79926	-2,44140	0,018367*
	Z	-0,216734	-0,42677	-1,59796	0,116615
BSSS	PW	-0,268532	-0,39197	-1,70220	0,095187~
	SDW	0,249389	0,32369	1,99231	0,052041~
	WBO	-0,238372	-0,28406	-1,95214	0,056769~
<b>Orientacja prospektywno-retrospektywna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,68017463 R <sup>2</sup> = 0,46263753 cR <sup>2</sup> = 0,33367054 F(12,50)=3,5873 p			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	NEU	-0,162461	-0,17147	-1,20082	0,235477
	EKS	0,396775	0,38170	3,31623	0,001705*
	UGO	-0,441128	-0,44714	-3,17027	0,002601*
COPE (style)	A	0,119473	0,24527	0,98558	0,329083
	ZR	-0,499779	-0,73013	-2,03235	0,047447*
	PH	0,282085	0,48101	1,34981	0,183155
	PEW	0,149697	0,24443	1,15630	0,253053
COPE (strategie)	KP	0,215198	0,19577	1,76459	0,083740~
	PH	-0,038652	-0,06863	-0,18758	0,851965
	ZR	0,340427	0,48165	1,38759	0,171414
BSSS	SDW	-0,149137	-0,19573	-1,24788	0,217888
	WBO	0,167583	0,19497	1,35396	0,181837
<b>Orientacja prospektywno-prezentystyczna</b>					
<b>Wskaźniki z. niezależnej</b>		R= 0,84381778 R <sup>2</sup> = 0,71202845 cR <sup>2</sup> = 0,66237818 F(5,29)=14,341 p			
		<b>β</b>	<b>B</b>	<b>t°</b>	<b>P</b>
NEO-FFI	EKS	0,452314	0,501873	4,09207	0,000311*
COPE (style)	A	0,195503	0,450195	1,63154	0,113591
COPE (strategie)	A	0,181268	0,371723	1,65360	0,108996
BSSS	WBO	-0,353958	-0,391239	-3,33783	0,002328*
	ZW	-0,388643	-0,792717	-3,68332	0,000938*

\*- p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

Zestaw zmiennych tworzących model regresyjny dla osób o prezentystyczno-retrospektywnej orientacji czasowej wyjaśnia 48% jej zmienności. Zatem można wskazać, że nasilenie reakcji behawioralnego przystosowania zależy w znacznym stopniu od pozytywnego nastawienia do otoczenia, wrażliwości na ich problemy, podwyższonej gotowości do pomocy, poszukiwania nowych wrażeń, dużej liczby kontaktów międzyludzkich, ogólnie pojętej aktywności i energii. U osób badanych podkreślających rolę przeszłości w swoim życiu nasilenie przystosowania w znacznym stopniu zależy od

zwiększonej skłonności do zmagania się z problemami z perspektywy zadaniowej opartej na koncentracji na własnych emocjach oraz od obniżonego poziomu poszukiwania wsparcia emocjonalnego wśród najbliższych. W wymiarze dyspozycyjnym ujawnia się podwyższony poziom poszukiwania wsparcia oraz obniżona koncentracja na emocjach. Ponadto osoby badane o orientacji prezentystyczno-retrospektywnej kojarzą reakcję behawioralnego przystosowania z zauważaniem dostępnego wsparcia wokół i obniżonym wsparciem buforująco-ochronnym. Prawdopodobnie przystosowanie wśród tej grupy osób wiąże się także z rzadszym radzeniem sobie poprzez zaprzeczenie i stosowanie używek w wymiarze sytuacyjnym.

Wśród osób z niepełnosprawnością ruchową o prospektywno-retrospektywnej orientacji temporalnej zmienność reakcji przystosowania jest wyjaśniana przez zmienne niezależne w 46,6%. Na poziomie ufności statystycznej bądź zbliżonym do niego znajdują się cztery czynniki, w tym dwie cechy osobowości, po jednym stylu i strategii radzenia sobie z trudnościami. Zatem przyjmuje się, że u osób, które podkreślają rolę przyszłości i przeszłości, natężenie reakcji przystosowania wiąże się z częstszymi kontaktami międzyludzkimi, aktywnym trybem życia, energią życiową, ale także z egocentryzmem. W wymiarze sytuacyjnym osoby te koncentrują się na sytuacji problemowej tak, by w miarę możliwości szybko sobie z nią poradzić. W wymiarze dyspozycyjnym reakcja przystosowania wiąże się z rzadszym powierzaniem trudności sile wyższej. Prawdopodobnie też natężenie reakcji w tej grupie osób łączy się z niższym poziomem neurotyzmu, rzadszym stosowaniem strategii poczucia humoru w sytuacjach trudnych oraz z mniejszą ilością dostrzeganego dostępnego wsparcia. Ponadto reakcja wyjaśniana jest najprawdopodobniej przez radzenie sobie poprzez akceptację, poszukiwanie emocjonalnego wsparcia oraz humorystyczne traktowanie sytuacji, a także częstsze chronienie najbliższych przed niekorzystnymi informacjami.

Natomiast w przypadku osób o orientacji prospektywno-prezentystycznej zmienność zmiennej zależnej przez zmienne niezależne wyjaśniana jest na poziomie 71,2%. Zatem przystosowanie u osób o orientacji przyszłościowej wyjaśniane jest przez niższy poziom wsparcia buforująco-ochronnego, mniejsze zapotrzebowanie na wsparcie oraz zwiększony poziom aktywności, energii i większą liczbę kontaktów międzyludzkich. Istnieje prawdopodobieństwo, że przystosowanie łączy się z częstszym radzeniem sobie poprzez akceptację w wymiarze sytuacyjnym i dyspozycyjnym.

Dokonując syntetycznego podsumowania i próbując zinterpretować wyniki uzyskane w przeprowadzonej analizie regresji w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową o różnych typach orientacji temporalnej, stwierdza się, że każda z reakcji przystosowawczych wyznaczana jest przez zespół predyktorów, których siła ma zróżnicowany charakter. Zmienne niezależne wyjaśniają zmienność reakcji przystosowawczych w różnym stopniu w zależności od przyjętej przez osoby badane orientacji temporalnej.

W przypadku osób o orientacji prezentystyczno-retrospektywnej rozpiętość funkcji predykcyjnej przyjętych zmiennych niezależnych wynosi od 47,9% (wewnętrzny gniew) do 77,4% (wrogość). Kształtowanie się reakcji wczesnych i pośrednich wyznaczone jest przez wysoki poziom neurotyzmu, większą potrzebę wsparcia oraz rzadsze poszukiwanie wsparcia. Aktywność zaradcza zorientowana jest na minimalne działania zmierzające do rozwiązania sytuacji trudnej. Osoby te nie poszukują wsparcia emocjonalnego wśród najbliższych. Interesujące jest, że natężenie reakcji wyparcia związane jest ze zwiększoną tendencją do traktowania sytuacji trudnych w sposób humorystyczny. Kształtowanie się reakcji późnych związane jest z natężeniem ekstrawersji, co może się łączyć ze zmniejszoną tendencją do koncentracji na emocjach oraz z rzadszym poszukiwaniem wsparcia w sytuacjach zadaniowych.

Zmienność reakcji przystosowawczych u osób o prospektywno-retrospektywnej orientacji czasowej jest wyjaśniana przez zmienne niezależne od 36,3% (w przypadku wyparcia) do 71,6% (w przypadku akceptacji). Kształtowanie się reakcji wczesnych i pośrednich w tej grupie osób wyznaczone jest przez podwyższony poziom neurotyzmu i większą ugodowość. Interesująca kombinacja zmiennych niezależnych została utworzona w przypadku reakcji wrogości względem otoczenia. Reakcja ta jest wyjaśniana poprzez zwiększony poziom ekstrawersji oznaczający większą liczbę kontaktów międzyludzkich przy jednocześnie obniżonej tendencji do poszukiwania wsparcia w otoczeniu oraz aktywności zadaniowej ukierunkowanej na koncentrację na emocjach i radzenie sobie poprzez poczucie humoru. Kształtowanie się reakcji późnych (akceptacji i przystosowania) wiąże się z podwyższoną ekstrawersją i rzadszym poszukiwaniem wsparcia w sile wyższej. Osoby badane o orientacji prospektywno-retrospektywnej dostrzegają także mniejszą ilość dostępnego wsparcia.

W przypadku osób o orientacji prospektywno-prezentystycznej rozpiętość funkcji predykcyjnej przyjętych zmiennych niezależnych wynosi od 69,2% (niepokój) do 91,3% (szok). Reakcje wczesne i pośrednie kształtowane są przez większy poziom otwartości,

podwyższony neurotyzm i zwiększoną ugodowość. Aktywność zaradcza w kształtowaniu się reakcji niepożądanych skoncentrowana jest na dyspozycyjnym radzeniu sobie poprzez zawieranie sytuacji trudnych sile wyższej. Reakcje wczesne kształtowane są także przez częstsze poszukiwanie wsparcia wśród najbliższych, przy jednoczesnym mniejszym zapotrzebowaniu na nie. Reakcje pożądane kształtowane są przez dyspozycję zaradczą zorientowaną na częstsze zwracanie się ku religii i koncentrację na problemie w celu jego rozwiązania, a także przez zmniejszoną tendencję do spożywania alkoholu i innych używek. W zakresie strategii zaznacza się zmniejszona koncentracja na problemie oraz częstsze radzenie sobie z problemami poprzez poczucie humoru.

W tym rozdziale została przeprowadzona analiza i interpretacja wyników regresji wielorakiej krokowej ukazujących związki pomiędzy ośmioma komponentami zmiennej zależnej – reakcji przystosowawczych a czterema zmiennymi niezależnymi zasobów osobistych w obszarach: cech osobowości, stylów i strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz wsparcia społecznego w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą oraz oddzielnie w aspekcie zmiennej moderującej trzech typów temporalnej satysfakcji z życia.

Zarówno osoby z wrodzoną, jak i nabytą niepełnosprawnością ruchową przejawiające nieadaptacyjne reakcje nie poszukują ani nie spostrzegają dostępnego wsparcia. Dopiero z upływem czasu i zmianą nastawienia do swojego stanu zaczynają poszukiwać wsparcia wokół siebie. Zarówno w jednej, jak i drugiej badanej grupie duże znaczenie dla kształtowania się modelu reakcji przystosowawczych ma cecha neurotyzmu.

W aspekcie zmiennej moderującej, jaką jest typ orientacji temporalnej, w największym stopniu i zakresie cząstkowe wskaźniki otrzymanych modeli dotyczą radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Najwyższe wartości miar dobroci występują w grupie badanych osób o orientacji prospektywno-prezentystycznej. W tym przypadku rozpiętość funkcji predykcyjnej wynosi od 69,2% do 91,3%. Osoby o tej orientacji w obrębie reakcji przystosowawczych wykazują podwyższoną dyspozycję do zwracania się ku religii w sytuacjach trudnych. W obrębie reakcji wczesnych osoby zorientowane na przyszłość w konkretnych sytuacjach trudnych wykazują wyższy poziom negocjowania problemu.



## **Rozdział VIII Podsumowanie z dyskusją wyników badań**

W niniejszej pracy zagadnienie przystosowania się do sytuacji niepełnosprawności, zarówno nabytej, jak i tej istniejącej od momentu urodzenia zostało rozpatrzone wieloaspektowo. Należy zauważyć, że w dotychczasowej literaturze przedmiotu badacze w niewielkim stopniu koncentrowali się na przystosowaniu do życia osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową. Istnieje natomiast wiele badań dotyczących osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą w ciągu życia. Podstawą teoretyczną poczynionych rozważań stał się interakcyjny model psychospołecznej adaptacji do niepełnosprawności i choroby chronicznej H. Livneha i R.F. Antonaka (1997), który uwzględnia zmienne potencjalnie kształtujące proces adaptacji do niepełnosprawności.

Według teorii przystosowania się do niepełnosprawności i choroby przewlekłej proces adaptacji kształtowany jest przez różnorodne czynniki usytuowane zarówno w jednostce, jak i w środowisku. Zalicza się do nich czynniki związane z samą niepełnosprawnością, czynniki socjodemograficzne a także warunki środowiskowe. Dlatego też w toku analiz empirycznych wzięto pod uwagę zależności pomiędzy radzeniem sobie a zasobami osobistymi, takimi jak: style i strategie radzenia sobie ze stresem, cechy osobowości, wsparcie społeczne. Przeprowadzone analizy pozwoliły na wykazanie zależności pomiędzy procesem przystosowania a powyższymi zasobami osobistymi. Przyjęto również zmienną pośredniczącą w postaci temporalnej satysfakcji z życia.

### **8.1. Reakcje przystosowawcze badanych osób z niepełnosprawnością ruchową**

Psychospołeczna adaptacja do niepełnosprawności definiowana jest jako dynamiczny proces, w którym jednostka osiąga optymalny stan funkcjonowania w środowisku społecznym wyrażający się w aktywności społecznej, pogodzeniu z fizycznymi ograniczeniami, a także w świadomości zarówno własnych mocnych stron, jak i ograniczeń (Livneh, Antonak, 1997, s. 9). Osoby badane mogły określić poziom przystosowania się w zakresie ośmiu reakcji przystosowawczych: szok, niepokój, wyparcie (reakcje wczesne), depresja, wewnętrzny gniew, wrogość (reakcje pośrednie) oraz akceptacja i przystosowanie (reakcje późne).

Istotną kwestią przy podsumowaniu dotyczącym przystosowania się do sytuacji niepełnosprawności jest okres życia badanych – wczesna dorosłość. To czas, w którym, jak twierdzi R.J. Havighurst (za: Suchodolska, 2017, s. 138), niespełnienie zadań rozwojowych przypisanych temu okresowi może zniechęcać do podejmowania kolejnych zadań życiowych. Należy podkreślić, że osoby z niepełnosprawnością ruchową wchodzące w dorosłość są często opóźnione w realizowaniu zadań edukacyjnych i zawodowych, co z pewnością nie stwarza odpowiednich sytuacji adaptacyjnych (Holmbeck, Davine, 2010).

Odpowiadając na pytanie badawcze oraz podsumowując analizy dotyczące natężenia reakcji przystosowawczych ujawnianych przez osoby badane, należy wskazać, że zarówno osoby z niepełnosprawnością nabytą, jak i osoby z niepełnosprawnością istniejącą od urodzenia w okresie wczesnej dorosłości w największym stopniu prezentują reakcje akceptacji sytuacji niepełnosprawności oraz przystosowanie się do niej. Takie natężenie korzystnych reakcji przystosowawczych rokuje na dobre psychospołeczne funkcjonowanie i rozwój młodych dorosłych z niepełnosprawnością ruchową przy optymalnym wykorzystaniu własnych zasobów do tworzenia odpowiednich dla siebie warunków życiowych. Można zatem twierdzić, że osoby z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą dobrze zdają sobie sprawę ze swoich ograniczeń i akceptują ten stan (Kowalik, 2007, s. 61). Jednak jak wskazują H. Livneh i R.F. Antonak (1997), wysokie natężenie korzystnych reakcji nie zawsze oznacza właściwe wybory ukierunkowane na realizowanie istotnych celów życiowych.

Przeprowadzone porównania międzygrupowe ukazują także istotny stopień nasilenia reakcji niepożądanych w postaci zaprzeczenia sytuacji niepełnosprawności, depresji oraz gniewu skierowanego na własną osobę. W przypadku reakcji wczesnych i pośrednich poziom ich natężenia jest umiarkowany. Ogólne zróżnicowanie natężenia reakcji przystosowawczych wśród osób badanych z uszkodzeniem narządu ruchu w dwóch grupach wskazuje na fakt, że proces przystosowania się do niepełnosprawności jest bardzo zmienny. Zauważyć należy, że poziom nasilenia reakcji przystosowawczych wzrasta od reakcji wczesnych, poprzez reakcje pośrednie aż do reakcji późnych. Takie zróżnicowanie w natężeniu poszczególnych reakcji przystosowawczych wyraźnie wskazuje, że adaptacja jest procesem dynamicznym i zmiennym, o niejednorodnej naturze. Bardzo zbliżone wyniki w zakresie reakcji przystosowawczych osób z niepełnosprawnością ruchową otrzymała S. Byra (2012). W zasadzie żadne z poczynionych analiz badawczych nie wskazują na to, że proces adaptacji do sytuacji niepełnosprawności jest uporządkowany.

Według H. Livneha i R.F. Antonaka (1997) proces adaptacji przebiega hierarchicznie. Oznacza to, że poszczególne reakcje mogą się nakładać w czasie, podczas gdy inne mogą się nie ujawnić (Livneh, Antonak, 1997, s. 22; Livneh, 2001).

Przeprowadzone porównania międzygrupowe wskazują, że osoby z niepełnosprawnością nabytą wykazują w większym zakresie przyjęcie do wiadomości i uznanie własnych ograniczeń. Może się to wiązać z tym, iż nabycie niepełnosprawności w ciągu życia nie wywiera tak negatywnego wpływu na jednostkę jak niepełnosprawność wrodzona, między innymi dlatego, że nie otrzymuje ona tyle negatywnych informacji zwrotnych na swój temat. Negatywny odbiór osoby z niepełnosprawnością może przejawiać się w odrzuceniu bądź izolowaniu przez otoczenie społeczne (Kowalik, 2007).

Również osoby z niepełnosprawnością nabytą wykazują istotnie wyższy poziom reakcji zaprzeczenia, depresji i gniewu skierowanego na własną osobę. Większe nasilenie reakcji niekorzystnych u osób z niepełnosprawnością nabytą w porównaniu do osób z niepełnosprawnością wrodzoną wiąże się z tym, że dla osób z niepełnosprawnością istniejącą od urodzenia niepełnosprawność jest naturalnym elementem obrazu siebie, gdyż nie znają one innego sposobu funkcjonowania (Majewicz, 2012, s. 73).

## **8.2. Zasoby osobiste badanych osób z niepełnosprawnością ruchową**

Kolejnym krokiem poczynionych analiz była odpowiedź na pytanie badawcze dotyczące wybranych zasobów osobistych (stylów i strategii radzenia sobie, cech osobowości i wsparcia społecznego). Podjęto próbę odpowiedzi na pytanie o poziom stylów i strategii radzenia sobie z sytuacjami trudnymi oraz o poziom wsparcia społecznego, cech osobowości i temporalnej satysfakcji z życia osób z niepełnosprawnością ruchową.

W toku badań sprawdzano poziom stylów i strategii radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. W niniejszej pracy styl rozumiany jest jako ogólna dyspozycja osobowościowa jednostki, która wyznacza indywidualne działania wobec sytuacji trudnych (Heszen, 2007). Strategia zaś rozumiana jest jako sposób działania jednostki w konkretnej sytuacji dopasowany do jej wymogów (Łosiak, 2008). Uzyskane rezultaty przeprowadzonych analiz wskazują, że osoby badane cechują się nasiloną preferencją do zaprzeczania zaistniałym sytuacjom trudnym, a także tendencją do koncentracji na emocjach, przy jednoczesnym poszukiwaniu wsparcia. Sugeruje to, że w okresie wczesnej dorosłości

osoby z niepełnosprawnością ruchową w konfrontacji z sytuacją problemową skupiają się na własnych emocjach, odrzucając fakt zaistnienia problemu. Zaprzeczenie może pełnić funkcję mechanizmu obronnego, mającego na celu ochronę własnej osoby i selekcję informacji. Powyższe preferencje radzenia sobie z problemami wstępnie wyznaczają aktywność zaradczą osób badanych. W zakresie strategii radzenia sobie z niepełnosprawnością ruchową ujawniają tendencję do koncentracji na emocjach. Pokazuje to, że osoby z niepełnosprawnością ruchową stosują przede wszystkim podejście emocjonalno-unikowe w radzeniu sobie z pojawiającymi się trudnościami. Stosowanie sposobów emocjonalno-unikowych w procesie konfrontacji z sytuacjami trudnymi jednoznacznie pokazuje, że osoby badane posiadają zbyt niski poziom zasobów własnych, aby sobie poradzić z problemami. Podejście unikowe i koncentracja na własnych emocjach przyczyniają się do obniżenia ogólnej jakości życia.

Kolejnym zasobem analizowanym w przeprowadzonym projekcie badawczym była osobowość osób z niepełnosprawnością. Według przyjętej koncepcji badawczej osobowość jest składową pięciu czynników: neurotyzmu, ekstrawersji, otwartości na doświadczenie, sumienności i ugodowości. Przeprowadzone analizy ukazały, że badane osoby z niepełnosprawnością ruchową w wysokim stopniu cechuje ekstrawersja. Wymiar ten odnoszący się do jakości i ilości kontaktów międzyludzkich oraz poziomu aktywności i umiejętności odczuwania emocji pozytywnych w większym stopniu charakteryzuje osoby z niepełnosprawnością ruchową istniejącą od urodzenia.

W toku badań przeprowadzono również analizę wsparcia społecznego. Przeprowadzone analizy wykazały, że badane osoby z niepełnosprawnością ruchową są istotnie zróżnicowane pod względem wsparcia buforująco-ochronnego. Osoby z niepełnosprawnością nabytą wykazują większą tendencję do ochrony najbliższych przed złymi informacjami. W momencie nagłego nabycia niepełnosprawności rodzina jest jedynym najbliższym źródłem wsparcia. To ona pełni najważniejszą rolę w systemie sieci wsparcia (Brzezińska i in., 2008; Kirenko, 2002). Tak więc, nie informując najbliższych o negatywnych skutkach związanych z niepełnosprawnością, badani starają się zmniejszyć obciążenia psychiczne rodziny. W pewnym stopniu taki wynik jest uzasadniony, ponieważ w przypadku osób z niepełnosprawnością nabytą w dorosłym życiu często specjalistyczne leczenie odbywa się z dala od domu, a więc osoba taka jest na co dzień poza systemem rodzinnym. Należy zaznaczyć, że wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością w dużym stopniu ma wpływ na jakość życia tych osób. Badania przeprowadzone przez A. Brzezińską i in. (2008) wskazują, że im większe wsparcie ze strony najbliższych,

tym większe zadowolenie i satysfakcja z życia. Wysoki poziom wsparcia społecznego sprzyja także rozwojowi, a także mobilizuje jednostkę do działania.

### **8.3. Analiza zależności pomiędzy zasobami osobistymi a reakcjami przystosowawczymi badanych osób z różnym rodzajem niepełnosprawności**

Następnym etapem badań po przeprowadzeniu analiz dotyczących reakcji przystosowawczych i zasobów osobistych (wsparcie społeczne, style i strategie radzenia sobie ze stresem, cechy osobowości) badanych osób z uszkodzeniem narządu ruchu była analiza relacji pomiędzy przedmiotem badań (reakcjami przystosowawczymi) a uwzględnionymi w toku badań zmiennymi niezależnymi. W ten sposób weryfikowano hipotezy dotyczące pozytywnej zależności pomiędzy reakcjami przystosowawczymi a zasobami osobistymi badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą.

Weryfikując przyjęty model analiz zakładający udział zasobów osobistych w ustalaniu nasilenia reakcji przystosowawczych, uzyskano rezultaty potwierdzające początkowe przypuszczenia. W toku badań dowiedziono bowiem, że przyjęte zmienne niezależne mają znaczenie w określaniu natężenia wszystkich reakcji przystosowawczych. Należy jednak zauważyć różnorodność konfiguracji zmiennych w wyjaśnianiu poszczególnych reakcji przystosowawczych.

Wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną nieco większa liczba zmiennych niezależnych tworzących modele regresyjne nie tworzy zależności istotnych statystycznie z poszczególnymi reakcjami przystosowawczymi, co oznacza jedynie prawdopodobne ich funkcje wyjaśniające, jednak wymaga to dodatkowego potwierdzenia empirycznego. Natomiast u osób z niepełnosprawnością nabytą, pomimo mniejszej ogólnej liczby predyktorów wyjaśniających poszczególne reakcje przystosowawcze, uchwycone zależności są najczęściej wysoko istotne i dostarczają wyraźnych dowodów na udział zasobów osobistych w ustalaniu sposobów reagowania na niepełnosprawność. W obrębie reakcji szoku, niepokoju, wyparcia, wewnętrznego gniewu i akceptacji większy procent wyjaśnianej wariancji sposobów przystosowania się występuje u osób z wrodzoną niepełnosprawnością. W obrębie zaś depresji, uzewnętrznionej wrogości i przystosowania większy procent wyjaśnianej wariancji występuje wśród osób z niepełnosprawnością nabytą.

Koncentrując się na charakterze ujawnionych związków pomiędzy zmiennymi w grupie osób z niepełnosprawnością istniejącą od urodzenia, należy podkreślić szczególną rolę cech osobowości oraz sposobów radzenia sobie ze stresem w określaniu wszystkich reakcji przystosowawczych. Cechy osobowości związane z podwyższonym poziomem neurotyzmu i obniżonym poziomem ekstrawersji pełnią funkcję wyjaśniającą w reakcjach nieprzystosowawczych. W obrębie reakcji późnych, typowo adaptacyjnych zauważa się odwrotną zależność – obniżony poziom neurotyzmu i podwyższony poziom ekstrawersji. W obrębie akceptacji zauważa się także nasilenie cech związanych z chęcią współpracy i podwyższonym poziomem zaufania wobec otoczenia. W wyjaśnianiu natury reakcji nieprzystosowawczych w tej grupie badanych biorą udział sposoby radzenia sobie głównie w wymiarze dyspozycyjnym. Wiązą się one z podwyższoną tendencją do zaprzeczenia. W przypadku reakcji adaptacyjnych w wymiarze dyspozycyjnym zauważalna jest obniżona tendencja do zawierzania swoich problemów sile wyższej. W obrębie strategii wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną stwierdzono obniżoną tendencję do koncentracji na problemie w przypadku reakcji nieadaptacyjnych oraz podwyższoną tendencję do koncentracji na własnych emocjach w przypadku pozytywnych reakcji przystosowawczych.

W grupie osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą, podobnie jak w grupie osób z niepełnosprawnością wrodzoną, odznacza się ważna rola cech osobowości oraz sposobów radzenia sobie ze stresem w kształtowaniu poszczególnych reakcji przystosowawczych. Reakcje nieadaptacyjne w tej grupie wyjaśniane są przez podwyższony poziom neurotyzmu i ugodowości. Oznacza to, że osoby podatne na stres, często odczuwające lęki i przejawiające zachowania depresyjne, a także skłonne do poświęceń przejawiają reakcje typowo nieadaptacyjne wyrażające się między innymi w gniewie w stosunku do samego siebie, jak i do otoczenia, odczuwaniu niepokoju czy negowaniu posiadanych ograniczeń. Pozytywne reakcje przystosowawcze wyrażające się w poznawczej akceptacji i behawioralnym przystosowaniu wiążą się z podwyższonym poziomem ekstrawersji oraz obniżonym natężeniem sumienia i neurotyzmu. W tej grupie badanych zauważa się również w obrębie reakcji nieadaptacyjnych nasilenie dyspozycji do zaprzeczenia i rzadsze rozładowywanie trudnych sytuacji poczuciem humoru. W obrębie reakcji późnych odnotowuje się podwyższoną dyspozycję akceptacji problemów oraz obniżoną tendencję do koncentracji na własnych emocjach, będące konsekwencją przede wszystkim obniżonego poziomu neurotyzmu, a także pogodzenia się z faktem nabycia niepełnosprawności. W obrębie strategii reakcje wczesne wiążą się

z nasileniem radzenia sobie w sposób unikowy (zaprzeczenie) i emocjonalny (koncentracja na emocjach). Reakcje późne wyrażają się w radzeniu sobie sytuacyjnym w wymiarze zadaniowym (podwyższenie parametrów związanych z koncentracją na zadaniu) oraz w wymiarze unikowym (rzadsze sięganie po używki).

#### **8.4. Analiza zależności pomiędzy zasobami osobistymi a reakcjami przystosowawczymi badanych osób o zróżnicowanych typach orientacji temporalnej**

W toku badań przeanalizowano także relacje pomiędzy przedmiotem badań (reakcjami przystosowawczymi) a uwzględnionymi zmiennymi niezależnymi wśród badanych osób o zróżnicowanej orientacji temporalnej. W ten sposób weryfikowano hipotezy dotyczące pozytywnej zależności pomiędzy reakcjami przystosowawczymi a zasobami osobistymi badanych o zróżnicowanej orientacji temporalnej.

Weryfikując ustalone założenia dotyczące udziału zasobów osobistych i temporalnej orientacji w ustalaniu nasilenia reakcji przystosowawczych, uzyskano rezultaty potwierdzające wysunięte przypuszczenia. Zasoby osobiste potraktowano jako predyktory uczestniczące w wyjaśnianiu natężenia poszczególnych sposobów reagowania przystosowawczego osób badanych o zróżnicowanych orientacjach temporalnych.

W toku przeprowadzanych analiz dowiedziono istotnego znaczenia przyjętych zmiennych niezależnych w wyznaczeniu natężenia uwzględnionych reakcji przystosowawczych wśród osób o odmiennych orientacjach temporalnych. Przejawia się ono w różnych konfiguracjach zasobów osobistych i zróżnicowanym zakresie wyjaśniania wariacji tej zmiennej zależnej.

Jak wynika z przeprowadzonych analiz, największa liczba zmiennych niezależnych tworzących modele regresyjne pozostaje w istotnie statystycznych związkach zależnościowych z poszczególnymi reakcjami przystosowawczymi w przypadku prospektywno-retrospektywnej orientacji czasowej, najmniejsza zaś dotyczy orientacji prospektywno-prezentystycznej. Zmienne niezależne pozostające w nieistotnych statystycznie związkach dostarczają jedynie przypuszczeń na temat ich predykcyjnych funkcji i wymagają dodatkowego sprawdzenia empirycznego. Stwierdza się, że we wszystkich trzech typach orientacji temporalnej występuje wysoki procent wyjaśnianej wariacji reakcji przystosowawczych. W przypadku badanych osób o orientacji prezentystyczno-retrospektywnej i prospektywno-prezentystycznej przy udziale

uwzględnionych zmiennych niezależnych w większym stopniu wyjaśniana jest wariancja niepożądanych reakcji przystosowawczych. W przypadku orientacji prospektywno-retrospektywnej wyjaśniana jest w większym stopniu wariancja reakcji przystosowawczych pożądaných. W celu ustalenia predyktorów każdej z reakcji przystosowawczych w grupach badanych o odmiennych orientacjach temporalnych zastosowano analizę regresji.

Przybliżając charakter związków ujawnionych między przyjętymi zmiennymi w grupie osób niepełnosprawnych ruchowo o zróżnicowanych typach orientacji temporalnej, zauważyć można, że ujawnia się znaczenie cech osobowości, sposobów radzenia sobie ze stresem, a także wsparcia społecznego w określaniu natury poszczególnych reakcji przystosowawczych.

Reakcje przystosowawcze osób o orientacji prezentystyczno-retrospektywnej w największym stopniu wyjaśniane są za pomocą cech osobowości i preferowanych stylów radzenia sobie. W tej grupie osób obniżony poziom ugodowości i podwyższony poziom neurotyzmu wyznaczają głównie reakcje negatywne. Radzenie sobie w sposób emocjonalno-unikowy opierający się na zaprzestaniu poszukiwania emocjonalnego wsparcia wśród najbliższych i obniżonej skłonności do zadaniowego radzenia sobie (koncentracja na problemie) towarzyszy reakcjom typowo nieprzystosowawczym. Właściwe reakcje przystosowawcze wyznaczone są przez podwyższony poziom ekstrawersji i rzadsze koncentrowanie się na własnych emocjach. Osoby pozytywnie ukierunkowane na przeszłość wykazują podwyższone zapotrzebowanie na wsparcie, ale nie poszukują go, co może być skutkiem podwyższonego poziomu neurotyzmu. Świadomość własnych ograniczeń i zwrot ku przeszłości powoduje, że ludzie nie poszukują wsparcia z zewnątrz pomimo zapotrzebowania na nie. Reakcje typowo adaptacyjne w tej grupie badanych sprzyjają zauważaniu większej ilości spostrzeganego wsparcia oraz mniejszej ochronie najbliższych przed niekorzystnymi informacjami dotyczącymi zdrowia.

U osób o prospektywno-retrospektywnej orientacji czasowej, podobnie jak w grupie osób ukierunkowanych retrospektywnie, zaznacza się największa rola cech osobowości, sposobów radzenia sobie z trudnościami, a także wsparcie społeczne. Nasilony poziom neurotyzmu i podwyższony poziom ugodowości sprzyjają przejawianiu reakcji typowo nieadaptacyjnych. Interesujący jest fakt, że ekstrawersja, która z założenia sprzyja reakcjom adaptacyjnym, w przypadku tej grupy badanych prowadzi do wrogości wobec otoczenia. Podwyższony jej poziom pojawia się również w sferze reakcji późnych – przy jednoczesnej mniejszej tendencji do budowania relacji opartych na zaufaniu



i przyjaźni. Radzenie sobie w sytuacjach trudnych obejmuje podwyższoną koncentrację na problemie. Reakcje pośrednie wiążą się ze zwiększonym natężeniem zaprzeczenia i obniżonym poczuciu humoru. Kiedy osoba o tej orientacji właściwie reaguje na sytuację niepełnosprawności, wykazuje niższy poziom zaangażowania religijnego. Reakcje nieprzystosowawcze wyjaśniane są przez obniżony poziom zauważanego i otrzymywanego wsparcia z otoczenia, zaś odpowiednie przystosowanie behawioralne i poznawcze wiąże się z częstszym poszukiwaniem pomocy.

Powiązania między zmiennymi w grupie osób o prospektywno-prezentystycznej orientacji czasowej ukazują także istotną predykcijną funkcję radzenia sobie, cech osobowości oraz wsparcia społecznego. Największe znaczenie tych zmiennych widoczne jest w reakcji szoku, która oznacza nagłą reakcję na uszkodzenie organizmu i wynika z doznania trudnego doświadczenia utraty sprawności. Pomimo tego, że wyraża się w ogólnym złym stanie psychicznym osoby i dezorganizacji dotychczasowego życia, osoby ukierunkowane na cel w przyszłości przy podwyższonym poziomie neurotyzmu są otwarte na doświadczanie niepełnosprawności. Być może wierzą, że uda im się pokonać ograniczenia i funkcjonować w miarę własnych możliwości. W kształtowaniu się reakcji szoku również ma znaczenie zadaniowe radzenie sobie z problemami wyrażające się w podwyższonym poziomie zaprzeczania trudnym sytuacjom, a także w częstszym zawieraniu problemów religii i radzeniu sobie w sposób humorystyczny. W reakcji szoku uwidacznia się też częstsze poszukiwanie wsparcia wśród najbliższych.

Reasumując uzyskane rezultaty, stwierdza się, że model reagowania przystosowawczego wśród osób badanych o zróżnicowanej orientacji temporalnej jest bardzo obszerny i znajdują się w nim reakcje zarówno odpowiednie, jak i nieodpowiednie, co sprawia, że stosunek do ograniczeń jest zmienny i różnorodny.

## **8.5. Temporalna satysfakcja z życia a reakcje przystosowawcze i zasoby osobiste badanych osób z niepełnosprawnością ruchową**

Poszukując odpowiedzi na pytanie o zależności między poszczególnymi reakcjami przystosowawczymi a temporalną satysfakcją z życia oraz o zależności pomiędzy temporalną satysfakcją z życia a wybranymi zasobami osobistymi (style i strategie radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, cechy osobowości oraz wsparcie społeczne), dokonano analizy tej zmiennej z pozostałymi. Ustalenie zmiennej pośredniczącej w postaci temporalnej satysfakcji z życia znajduje swoje uzasadnienie w modelu teoretycznym

powyższej pracy, bowiem proces przystosowania ma charakter temporalny (Byra, 2012; Livneh, Antonak, 1997). Dokonane próby ukazania zależności pomiędzy temporalną satysfakcją z życia a reakcjami przystosowawczymi i wybranymi zasobami osobistymi jednoznacznie wskazują, że między tymi zmiennymi istnieją powiązania w grupie badanych osób z uszkodzeniem narządu ruchu.

Badane osoby z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą osiągnęły zbliżone wartości w zakresie trzech wymiarów czasu składających się na temporalną satysfakcję z życia. Należy zauważyć, że pomiędzy badanymi z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą występują istotne statystycznie różnice w obrębie satysfakcji z życia teraźniejszego – na korzyść osób z niepełnosprawnością istniejącą od urodzenia. Oznacza to, że osoby z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną odczuwają większą satysfakcję z tego, co tu i teraz.

Podjęto próbę ustalenia typowości temporalnej satysfakcji z życia wśród badanych z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą. Poszczególne typy orientacji temporalnej są w mniejszym lub większym stopniu charakterystyczne dla osób z wrodzoną i nabytą niepełnosprawnością ruchową. Mimo to nie można wskazać na powszechnie przyjmowany typ orientacji temporalnej. Można wnioskować o pewnej tendencji do przyjmowania określonego typu. W przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną najczęściej osób cechuje orientacja prezentystyczno-retrospektywna. Oznacza to, że osoby te mają tendencję do życia wydarzeniami przeszłymi i przywiązują uwagę do tego, co minęło. Osoby z niepełnosprawnością nabytą natomiast cechuje w największym stopniu orientacja prospektywno-retrospektywna. Można zatem przypuszczać, że osoby z niepełnosprawnością nabytą szczególnie wartościują w swoim życiu przeszłość i przyszłość. Osadzenie w przeszłości może być związane ze wspomnieniami okresu pełnej sprawności i widzenia go jako lepszego czasu, a czas przyszły – z nadzieją, że sprawność ulegnie poprawie.

Dowiedziano także różnicującego wpływu typów temporalnej satysfakcji z życia na charakter powiązań między zasobami osobistymi a reakcjami przystosowawczymi. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdza się, że zarówno u osób z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą typ orientacji temporalnej satysfakcji z życia współzależny od reakcji przystosowawczych. W obu grupach osoby badane o pozytywnej orientacji przeszłościowej nastawione na rozpamiętywanie tego, co było, są podatne na reakcje nieadaptacyjne wyrażające się w odczuwaniu depresji, a także w gniewie wobec siebie i najbliższego otoczenia. W przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą

reakcja przystosowania się istotnie współzależny od orientacji pozytywnie ukierunkowanej na przyszłość. Można więc wnioskować, że pozytywne ukierunkowanie na przyszłość, wyznaczanie sobie celów i dążeń sprzyja procesowi adaptacji oraz przystosowania się do niepełnosprawności.

W przypadku analizowanych związków pomiędzy cechami osobowości i typami orientacji temporalnej w obu grupach najwyższe nasilenie cech osobowości w zakresie neurotyczności i ugodowości miały osoby o prezentystyczno-retrospektywnym osadzeniu temporalnym. W przypadku osób z niepełnosprawnością nabytą zaznacza się również wysokie natężenie cech ekstrawersji wśród osób o przyszłościowej orientacji temporalnej. Na powiązania pomiędzy kompetencjami temporalnymi a cechami osobowości wskazują badania przeprowadzone przez C. Nosal i B. Bajcar (2004) oraz K. Tucholską (2007).

Zaznacza się również, że zarówno u osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną, jak i nabytą typ orientacji temporalnej współzależny od sposobów radzenia sobie ze stresem. Osoby z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną zorientowane przyszłościowo w aspekcie stylów, jak i strategii poszukują emocjonalnego wsparcia oraz odnajdują siłę w religii. Te strategie mogą oznaczać, że osoby te są biernie skoncentrowane na przyszłości. Może być dla nich ucieczką przed teraźniejszością (Sobol-Kwapińska, 2007). Interesującym wydaje się fakt, że osoby z niepełnosprawnością istniejącą od urodzenia ustosunkowane pozytywnie do przeszłości wykorzystują strategię radzenia sobie poprzez humorystyczne podejście do problemu.

Występujące zróżnicowanie średnich arytmetycznych wsparcia społecznego w obrębie typów temporalnej satysfakcji u badanych osób upoważnia do wnioskowania o występowaniu związków. Wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową najwyżej aktualnie otrzymywane wsparcie oceniają osoby o pozytywnej bądź negatywnej orientacji przeszłościowej. Wśród osób z niepełnosprawnością nabytą o pozytywnej orientacji przyszłościowej odznacza się również najwyższy poziom spostrzeganego dostępnego wsparcia. Oznacza to, że osoby te, widząc wsparcie od innych, najprawdopodobniej wykorzystają je w przyszłości tak, by poziom ich funkcjonowania był jak najbardziej zbliżony do tego sprzed nabycia niepełnosprawności.

## 8.6. Ograniczenia badań empirycznych

Przeprowadzone badania dostarczają rzetelnej wiedzy na temat procesu przystosowania się do niepełnosprawności ruchowej wrodzonej i nabytej u osób w okresie wczesnej dorosłości, a także ukazują znaczenie wybranych zasobów osobistych w procesie przystosowania się do sytuacji niepełnej sprawności. Przeprowadzone zostały one w paradygmacie ilościowym. Zgodnie z jego założeniami zostały wykorzystane statystyki umożliwiające dość jednoznaczną interpretację procesu przystosowania się do niepełnosprawności ruchowej i zasobów indywidualnych osób dotkniętych niepełnosprawnością ruchową. Uzyskane rezultaty badań pokazały złożoną naturę procesu przystosowania do sytuacji niepełnosprawności nabytej w ciągu życia, a także istniejącej od urodzenia. Mimo dokonanego podziału na osoby z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą przeprowadzone badania nie są wolne od ograniczeń, które wynikają zarówno z charakteru, jak i złożoności analizowanego zjawiska (przystosowanie jest procesem dynamicznym), a także z przyjętej strategii badawczej. Za najważniejsze należy uznać następujące ograniczenia:

1. Ogólny podział osób badanych ze względu na rodzaj niepełnosprawności (wrodzona, nabyta) dostarcza tylko pewnego wyjaśnienia natury przystosowania się. Z pewnością wyszczególnienie poszczególnych dysfunkcji związanych z każdym rodzajem niepełnosprawności ukazałoby więcej różnic w zakresie przystosowania się do własnej sytuacji, a także znaczenia zasobów osobistych dla poszczególnych rodzajów niepełnosprawności wrodzonej i nabytej. Należałoby też uwzględnić w grupie osób badanych wpływ poszczególnych zmiennych socjodemograficznych (wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania) na przebieg procesu przystosowania w obrębie poszczególnych rodzajów niepełnosprawności. W projekcie badawczym nie uwzględniono również sposobu poruszania się osób badanych. Można jednak przypuszczać, że warunkuje w znacznym stopniu ogólny proces adaptacji do sytuacji niepełnosprawności zarówno nabytej, jak i wrodzonej.
2. Poprzeczny charakter przeprowadzonych badań uniemożliwia dostrzeżenie zmian w procesie przystosowania do sytuacji niepełnosprawności, szczególnie w przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą. Wśród osób z niepełnosprawnością ruchową nie uwzględniono także zmiennej w postaci czasu

trwania niepełnosprawności. Szczególnie istotne znaczenie ma to w przypadku osób z nabytymi ograniczeniami.

3. Wyniki zaprezentowanych badań pozwalają zrozumieć powiązania pomiędzy reakcjami przystosowawczymi a wybranymi zasobami osobistymi tylko w pewnym stopniu – wyjaśniają fragmenty funkcjonowania osób z niepełnosprawnością ruchową. Kontynuując pracę badawczą, można byłoby uwzględnić zależności pomiędzy reakcjami przystosowawczymi a samooceną lub oceną niepełnosprawności. Interesujące byłoby także sprawdzenie zależności pomiędzy przystosowaniem do niepełnosprawności a realizacją postawionych sobie celów życiowych, a także szeroko pojętym rozwojem osobistym osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą.
4. Strategia analiz ilościowych przyjęta w niniejszej dysertacji zorientowana jest na zidentyfikowanie, opis i wyjaśnienie badanego zjawiska. Badania jakościowe z pewnością uzupełniłyby uzyskaną dotąd wiedzę o niepowtarzalne informacje dotyczące przystosowania się osób z niepełnosprawnością ruchową. Ponadto mogłyby przyczynić się do rozumienia wielu szczegółów dotyczących funkcjonowania osób z niepełnosprawnością ruchową, a także do poszerzenia ogólnego kontekstu rozumienia niepełnosprawności ruchowej.

## **8.7. Implikacje poznawcze przeprowadzonych badań i postulaty dla praktyki rehabilitacyjnej**

Przedstawiona w niniejszej pracy problematyka dotycząca funkcjonowania osób z niepełnosprawnością ruchową nawiązuje do przedmiotu zainteresowania jednego ze szczegółowych działów pedagogiki specjalnej – pedagogiki leczniczej. Początkowo głównym przedmiotem tej subdyscypliny była sytuacja dzieci z niepełnosprawnością ruchową. Wraz z jej rozwojem zaczęto koncentrować się także na sytuacji osób dorosłych (Maciarz, 2001). Podkreślić należy wyraźnie zauważalne zmiany w rozumieniu istoty niepełnosprawności, stanu niepełnosprawności i fakt, że obecnie istnieją dużo większe możliwości edukacji, aktywizacji w sferze społecznej i zawodowej, a co za tym idzie – samorealizacji (Zaorska, 2015, s. 172).

Przeprowadzone badania dotyczą grupy dorosłych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą w okresie do 40. roku życia (wczesna dorosłość). Poczynione analizy pozwoliły na uchwycenie różnic i podobieństw w zakresie procesu adaptacji do

sytuacji niepełnosprawności wśród osób z wrodzonym i nabytym uszkodzeniem narządu ruchu, a także w zakresie wybranych zasobów osobistych, tj. cech osobowości, sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, temporalnej satysfakcji z życia. Wskazano również na wzajemne powiązania i strukturę zależności pomiędzy zasobami osobistymi a reakcjami przystosowawczymi.

Należy zaznaczyć, że podczas prowadzenia badań skupiono się na podejściu indywidualistycznym do poruszanego zagadnienia, co oznacza, iż podjęto próbę poznania subiektywnej perspektywy jednostki dotyczącej jej sytuacji życiowej (Urban, 2008, s. 15). Badania ukazują sposoby reagowania przystosowawczego osób dorosłych z niepełnosprawnością ruchową w kontekście radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych przy wykorzystaniu własnych zasobów wewnętrznych. Różnorodne sposoby radzenia sobie z trudnościami dnia codziennego oraz zróżnicowane reakcje adaptacyjne badanych osób świadczą o tym, że podejmują one wiele prób, by dać sobie radę z ograniczeniami stawianymi przez niepełnosprawność. Wiedza na temat zasobów osobistych i sposobów przystosowania się pozwala przewidzieć możliwości samodzielnego funkcjonowania, a także ocenić, w jakim stopniu jednostka jest w stanie być odpowiedzialna za samodoskonalenie się.

Na podstawie przeprowadzonych badań można przedstawić wnioski natury praktycznej dotyczące pracy z osobami niepełnosprawnymi. Podstawowym założeniem, które zostało przeze mnie przyjęte przy wskazaniu ich przydatności, jest przekonanie, że celem rehabilitacji, obok wyeliminowania niewłaściwych reakcji związanych z posiadaną niepełnosprawnością, jest uświadamianie osobie, iż ma się możliwości rozwijania się na wielu płaszczyznach życiowych. Jak wskazuje S. Byra (2019), należy się koncentrować na działaniach zmierzających do odnalezienia sensu własnej niepełnosprawności oraz poszukiwać działań i celów możliwych i godnych do realizacji. Istotną kwestią jest tworzenie nowych i urozmaicenie dotychczasowych programów terapeutycznych, rehabilitacyjnych i psychologicznych. Pomocna w tym procesie będzie znajomość sposobów reagowania na trudności związane z niepełnosprawnością. O słuszności takich działań może świadczyć różnorodność sposobów radzenia sobie badanych osób z sytuacjami trudnymi – pomimo ujawniających się sposobów unikowych w postaci zaprzeczania i koncentracji na emocjach widoczne są pozytywne konsekwencje sposobów radzenia sobie, takich jak poszukiwanie wsparcia czy rozwój sfery duchowej.

Kolejną istotną kwestią jest aktywizacja zawodowa dająca osobom z niepełnosprawnością ruchową podwyższenie ich kompetencji merytorycznych

i społecznych, wzrost poczucia własnej wartości, a także poczucia autonomii, sprawczości i niezależności, co istotnie wpływa na podwyższenie jakości życia. Praca zawodowa sprawia, że człowiek stale stymuluje swój rozwój poprzez bycie wśród innych oraz ciągłe uczenie się radzenia sobie z sytuacjami trudnymi.

Przeprowadzone badania ukazują złożone zależności pomiędzy zasobami osobistymi a przystosowaniem się do życia osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą. Przedstawione w pracy wnioski dotyczące sposobów radzenia sobie z niepełnosprawnością wskazują, że istotne dla procesu rehabilitacji jest opracowanie szerokiego programu działań psychologicznych, który będzie stymulował wszechstronny rozwój osób z niepełnosprawnością ruchową.

## Zakończenie

Przeprowadzona analiza procesu adaptacji do niepełnosprawności wskazuje na fakt, że jest to zjawisko złożone i wieloaspektowe. Zagadnienie przystosowania pojawia się nie tylko w analizach pedagogów i psychologów, ale także socjologów i filozofów. Ze względu na różnorodność stosowanych podejść trudno jednoznacznie zdefiniować i wyjaśnić, na czym polega przystosowanie się do życia z niepełnosprawnością (Byra, 2012, s. 19–20). Jednakże według przyjętych kryteriów teoretycznych w niniejszych badaniach przystosowanie się do niepełnosprawności definiowane jest jako końcowy element adaptacji, na który składa się w głównej mierze akceptacja niepełnosprawności, konstruktywne dążenia w realizacji celów życiowych, pozytywna samoocena i ustosunkowanie się do innych oraz odczuwanie satysfakcjonującej jakości życia. Przystosowanie rozwija się i kształtuje całe życie (Byra, 2008a, 2012). Należy podkreślić, że proces adaptacji prowadzi osobę do osiągnięcia optymalnego poziomu zgodności z otoczeniem i obejmuje dwa obszary – psychologiczny (reakcje, emocje) i społeczny (doświadczenia w otoczeniu społecznym). Proces adaptacji obejmuje reakcje negatywne – we wczesnym stadium adaptacji oraz pozytywne – na późniejszych etapach, koncentrujących się na aktywnej postawie wobec ograniczeń (Livneh, Antonak, 1997).

Dotychczas nie doczekano się jednak wielu rozbudowanych badań empirycznych poświęconych tej tematyce, dlatego niektóre aspekty uwzględnione w tej pracy zostały ograniczone jedynie do prezentacji wyników – ze względu na deficyt opracowań trudno było je konfrontować z innymi dociekaniem badawczymi.

Celem badawczym niniejszej dysertacji było określenie charakteru zależności pomiędzy zasobami osobistymi a reakcjami przystosowawczymi dorosłych osób z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą. Badane zmienne zostały wyłonione na podstawie literatury przedmiotu, która wskazywała na ich znaczącą rolę w zakresie wyjaśniania reakcji przystosowawczych do niepełnosprawności ruchowej wrodzonej i nabytej (m.in. Kowalik, 2003, 2007; Byra, 2012; Kurpiel, 2011). Uzyskane rezultaty badawcze potwierdziły trafność doboru zasobów osobistych u osób z niepełnosprawnością ruchową, ukazując ich powiązanie ze zmienną zależną. Przeprowadzona analiza regresji ujawniła predykcyjną funkcję uwzględnionych zmiennych niezależnych w wyjaśnianiu natężenia poszczególnych reakcji przystosowawczych w procesie adaptacji do niepełnosprawności. Należy także zaznaczyć, że została przeprowadzona ona w dwójce



sposób – ze względu na czas posiadania niepełnosprawności oraz w aspekcie zmiennej moderującej trzech typów temporalnej satysfakcji z życia.

Zaprezentowane dane pozwalają twierdzić, że w grupie osób z niepełnosprawnością wrodzoną nieznaczną przewagę liczebną mają kobiety, zaś w grupie osób z niepełnosprawnością nabytą przeważają mężczyźni. Wiek i poziom wykształcenia badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wskazuje, że są to ludzie młodzi z wykształceniem wyższym, zamieszkujący duże miasta powyżej 100 tysięcy mieszkańców.

Na podstawie analiz orientacji temporalnej można twierdzić, że osoby z niepełnosprawnością istniejącą od urodzenia wiążą najwięcej pozytywnych emocji z tym, co już minęło. Wśród osób z niepełnosprawnością nabytą dominującym typem orientacji temporalnej jest orientacja prospektywno-retrospektywna, która charakteryzuje się balansowaniem pomiędzy przyszłością i przeszłością kosztem teraźniejszości.

Moment nabycia niepełnosprawności istotnie różnicuje reakcje przystosowawcze osób badanych. Jednakże należy zwrócić uwagę na tendencję wzrostową natężenia reakcji przystosowawczych – najwyższe natężenie osiągają konstruktywne reakcje przystosowawcze w postaci akceptacji i przystosowania. Wyniki nie wskazują jednoznacznie, która grupa osób z niepełnosprawnością ruchową lepiej przystosowuje się do sytuacji posiadania dysfunkcji. W grupie osób z niepełnosprawnością nabytą wyższy jest poziom akceptacji poznawczej, natomiast w grupie osób z niepełnosprawnością wrodzoną – akceptacji emocjonalnej i behawioralnej. W przypadku osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową przystosowanie istotnie współzależny od orientacji temporalnej badanych, ze szczególnym pozytywnym ukierunkowaniem prospektywnej orientacji czasowej, co wskazuje, że ukierunkowanie na przyszłość sprzyja przystosowaniu się do sytuacji niepełnosprawności w znaczeniu emocjonalnym i behawioralnym.

Osoby z niepełnosprawnością wrodzoną częściej wykazują skłonność do ekstrawersji. W porównaniu do osób z niepełnosprawnością nabytą są bardziej otwarte, optymistyczne, aktywne, wchodzą częściej w interakcje społeczne. W grupie osób z niepełnosprawnością nabytą największe nasilenie cech w zakresie ekstrawersji osiągają osoby prezentujące pozytywne ukierunkowanie na przyszłość. W zakresie ugodowości i neurotyczności podobne wyniki miały osoby prezentujące przeszłe osadzenie temporalne.

Również sposoby radzenia sobie ze stresem w ujęciu dyspozycyjnym, jak i sytuacyjnym współzależą od orientacji temporalnej satysfakcji z życia.

W obu grupach osoby pozytywnie nastawione na przyszłość charakteryzują się dyspozycją do poszukiwania emocjonalnego wsparcia i zwracania się ku religii. W każdej z tych zbiorowości osoby ukierunkowane na przeszłość wyrażają dyspozycję do używania środków odurzających. Podobnie jak w przypadku stylów radzenia sobie osoby pozytywnie nastawione na przyszłość najczęściej wykorzystują strategię poszukiwania emocjonalnego wsparcia i zwrotu ku religii w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi. Podobieństwo zaznacza się również w radzeniu sobie poprzez akceptację sytuacji trudnej – zarówno w odniesieniu do stylu, jak i strategii sposób ten w obu grupach wykorzystywany jest przez osoby o przyszłościowym nastawieniu.

Także w zakresie badanych wymiarów wsparcia społecznego – zarówno wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną, jak i nabytą – nasilenie badanego wymiaru wsparcia istotnie różnicowało osoby o różnej orientacji temporalnej. W obu grupach najwyżej spostrzegane dostępne wsparcie i aktualnie otrzymywane wsparcie oceniają osoby o orientacji przyszłościowej. Wśród osób z niepełnosprawnością nabytą najczęściej wsparcia poszukują osoby ukierunkowane pozytywnie na przeszłość. U osób z niepełnosprawnością wrodzoną poszukiwanie wsparcia charakterystyczne jest dla ludzi o prospektywno-prezentystycznej orientacji temporalnej satysfakcji z życia.

Przeprowadzona analiza regresji ukazała wartość predykcyjną sposobów radzenia sobie ze stresem, cech osobowości, jak i wsparcia społecznego. Zaprezentowane modele regresji poszczególnych komponentów zmiennej zależnej ukazały różnorodność układu zmiennych niezależnych, zarówno analizowanych w odniesieniu do czasu nabycia niepełnosprawności, jak i w odniesieniu do poszczególnych orientacji temporalnej satysfakcji z życia. W przypadku niepełnosprawności ruchowej wrodzonej zmienność reakcji przystosowawczych wyjaśniana jest w zakresie od 42,5% do 62,8%, a w przypadku niepełnosprawności ruchowej nabytej – w zakresie od 21,9% do 67,2%. W przypadku typów orientacji temporalnej najwyższy stopień wyjaśnienia osiąga kombinacja zmiennych wśród osób o prospektywno-prezentystycznej orientacji temporalnej – od 69,2% do 91,3%. Otrzymane modele regresyjne stanowią swoiste rozwiązania konkretnych problemów szczegółowych.

Podsumowując, należy stwierdzić, że przeprowadzone badania ukazują wielorakość i złożoność procesu adaptacji do niepełnosprawności u osób z nabytym i wrodzonym uszkodzeniem narządu ruchu. W kolejnych badaniach należałoby przeanalizować proces adaptacji do niepełnosprawności w kontekście innych zmiennych związanych z psychospołecznym funkcjonowaniem osób z niepełnosprawnością ruchową.

## Bibliografia

Adam B. (2010). *Czas*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!

Antczak R, Grabowska I., Polańska Z. (2018). Podstawy i źródła danych statystyki osób niepełnosprawnych. „Wiadomości Statystyczne”, t. 2, nr 681, s. 21–43.

Arnett J.J. (2000). Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. „American Psychologist”, vol. 55, no. 5, s. 469–480.

Attawong T., Kovindha A. (2005). The influencing factors of acceptance of disability in spinal cord in spinal cord injuries patients. „Nepal Journal of Neuroscience”, vol. 2, s. 67–70.

Bajcar B. (2004). Pojęcia psychologii temporalności. W: *Czas psychologiczny: wymiary, struktura, konsekwencje*. Cz. Nosal, B. Bajcar (red.). Warszawa: Instytut Psychologii PAN, s. 45–54.

Bańka A. (2010). Typy tożsamości wczesnej dorosłości z perspektywy orientacji czasowej preferowanych stylów życia. W: *Czas w życiu człowieka*. K. Popiołek, A. Chudzicka-Czupała (red.). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 101–118.

Barabas M. (2015). *Wyuczona bezradność a zasoby osobiste osób niepełnosprawnych ruchowo*. Lublin: UMCS.

Bargiel Z. (1997). *Stres. Problem otwarty*. Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Bidziński K. (2010). Zmiany w hierarchii wartości osób z dysfunkcją narządu ruchu w okresie od dorastania do wczesnej dorosłości. W: *Aktualne problemy edukacji i rehabilitacji osób niepełnosprawnych w biegu życia*. Z. Palak, A. Bujnowska, A. Pawlak (red.). Lublin: UMCS, s. 119–132.

Bieganowska A. (2010), „Takoż w każdym języku leży osobliwy ogląd świata” – braki, ograniczenia czy potencjalne możliwości – jak przyszli pedagodzy definiują niepełnosprawność? W: Zdrowa szkoła – Zdrowy uczeń: między teorią a praktyką: wybrane zagadnienia. J. Kirenko (red.). Lublin: Wydawnictwo NeuroCentrum, s. 159–178.

Bieganowska A. (2007). Społeczny czy indywidualny? Model niepełnosprawności w najskuteczniejszych kampaniach 1%. „Edukacja-Technika-Informatyka”, nr 2, s. 155–163.

Biel-Ziółek K. (2017). Wpływ barier mentalnych, społecznych i zawodowych na jakość życia osób chorych lub niepełnosprawnych. „Rozprawy i Artykuły Naukowe”, nr 63, s. 13–32.

Bishop G.D. (2000). Psychologia zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.

Bishop M. (2005a). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and acquired disability: A conceptual and theoretical synthesis. „Journal of Rehabilitation”, vol. 71, no. 1, s. 5–13.

Bishop M. (2005b). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and acquired disability: Preliminary analysis of a conceptual and theoretical synthesis. „Rehabilitation Counseling Bulletin”, vol. 48, no. 3, s. 219–232.

Block R.A. (1990). Models of psychological time. W: Cognitive models of psychological time. R.A. Block (ed.). New York–London, Psychology Press, s. 1–36.

Bobkovicz-Lewartowska L. (2013). Cele życiowe i poczucie sensu życia jako wskaźniki jakości życia osób z niepełnosprawnością ruchową. „Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej”, nr 9, s. 27–35

Bonniwell I., Zimbardo P.G. (2007). Zrównoważona perspektywa czasowa jako warunek optymalnego funkcjonowania. W: Psychologia pozytywna w praktyce. P.A. Linley, S. Joseph (red.). Warszawa: PWN.

Borowiecki P. (2015). Samoocena osób z niepełnosprawnością w świetle wybranej literatury i badań własnych. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 3. s. 121–138.

Borys B. (2010). Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. „Forum Medycyny Rodzinnej”, t. 4, nr 1, s. 44–52.

Bręczewski G. (2007). O uwarunkowaniach rozwoju osoby niepełnosprawnej, „Psychologia Rozwojowa”, t. 4, nr 12, s. 9–16.

Bruckelew S.P., Baumstark K.E., Frank R.G., Hewett J.E. (1990). Adjustment following spinal cord injury. „Rehabilitation Psychology”, vol. 35, no. 2, s. 101–109.

Brzezińska A. (2007). Społeczna psychologia rozwoju. Gdańsk: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Brzezińska A. I., Kaczan R., Piotrowski K., Rękosiewicz M. (2011). Odroczone dorosłość: fakt czy artefakt? „Nauka” t. 4, s. 67–107.

Brzezińska A.I., Kaczan R., Rycielska L. (2010). Czas. Plany. Cele. Perspektywa czasowa osób z ograniczeniami sprawności. Warszawa: Scholar.

Brzezińska A.I., Piotrowski K. (2010). Formowanie się tożsamości a poczucie dorosłości i gotowość do tworzenia bliskich związków. „Czasopismo Psychologiczne”, t. 16, nr 2, s. 265–274.

Brzezińska A.I., Woźniak Z., Maj K. (2007). Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy. Warszawa: Academica.

Byra S. (2019). Niepełnosprawność ruchowa w paradygmacie pozytywnie ukierunkowanym. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Byra S. (2018). Ocena niepełnosprawności – konceptualizacje i próby pomiaru. „Przegląd Badań Edukacyjnych”, nr 1, s. 173–194.

Byra S. (2017). Potraumatyczny wzrost i deprecjacja w kontekście nabycia trwałej niepełnosprawności ruchowej, „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania”, nr 2, s. 69–91.

Byra S. (2016). Czy paradoks niepełnosprawności rzeczywiście istnieje? Wybrane konteksty i wątki dyskusyjne. „Kwartalnik Pedagogiczny”, nr 1, s. 120–138

Byra S. (2015). Pozytywne kategorie w analizie przystosowania się do życia z nabytą niepełnosprawnością ruchową. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 2, s. 50–70.

Byra S. (2014). Paradoks niepełnosprawności – w kręgu tezy i antytezy. „Niepełnosprawność”, nr 15, s. 11–28.

Byra S. (2013). Zasoby osobiste a temporalna satysfakcja z życia u mężczyzn z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. „Postępy Rehabilitacji”, s. 13–22.

Byra S. (2012). Doświadczenie trwałej niepełnosprawności ruchowej a przeżywanie szczęścia – zarys problematyki. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 3, s. 37–54.

Byra S. (2012a). Przystosowanie do życia z niepełnosprawnością ruchową i chorobą przewlekłą. Struktura i uwarunkowania. Lublin: UMCS.

Byra S. (2012b). Poziom satysfakcji z życia u osób z urazem rdzenia kręgowego, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 1, s. 13–30.

Byra S. (2011). Satysfakcja z życia osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w pierwszym okresie nabycia niepełnosprawności – funkcje wsparcia otrzymanego i oczekiwanego. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, nr 2, s. 64–70

Byra S. (2010). Rola poczucia koherencji w kształtowaniu temporalnej satysfakcji z życia osób z niepełnosprawnością nabytą, „Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo”, t. 2, nr 12, s. 73–88.

Byra S. (2010a). Percepcja wsparcia i osoby wspierającej studentów niepełnosprawnych. W: S. Byra, M. Parchomiuk (red.). Student niepełnosprawny. Wybrane konteksty. Lublin: UMCS, s. 31–49.

Byra S. (2008). H. Livenha i R. Antonaka koncepcja adaptacji do życia z niepełnosprawnością. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 2, s. 3–21.

Byra S. (2007). Potraumatyczny wzrost i deprecjacja w kontekście nabycia trwałej niepełnosprawności ruchowej. „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania”, nr 2, s. 69–91.

Byra S. (2006). Samoocena, kompetencje społeczne a satysfakcja z życia studentów niepełnosprawnych ruchowo. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 2, s. 60–80.

Byra S. (2006a). Ewolucja poglądów dotyczących przystosowania do życia osób z nabytą niepełnosprawnością. „Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo”, t. 2, nr 2, s. 49–64.

Byra S., Boczkowska M., Duda M. (2016). Współczesne konteksty znaczeniowe terminu „niepełnosprawność” – implikacje Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), „Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo”, t. 4, nr 34, s. 15–32.

Byra S., Duda M. (2019). Postrzeganie własnej autonomii a satysfakcja z życia u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową – analiza roli moderatorów. „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”, t. 3, nr 45, s. 17–36.

Byra S., Kirenko J. (2016). Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych (KRP) – polska adaptacja Reactions to Impairment and Disability Inventory RIDI H. Livenha i R.F. Antonaka. „Studia Edukacyjne”, t. 40, s. 229–260.

Byra S., Parchomiuk M. (2009). Osobowościowe i społeczne uwarunkowania radzenia sobie ze stresem przez studentów pierwszego roku. Lublin: UMCS.

Carver, C.S., Scheier M.F. (1992). Effects of optimism on psychological and psychical well-being: Theoretical overview and empirical update. „Cognitive Therapy and Research”, vol. 16, no. 2, s. 201–228.

Carver C.S., Scheier M., Weintraub J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. „Journal of Personality and Social Psychology”, vol. 56, no. 2, s. 267–283.

Chronister J., Chan F. (2007). Hierarchal coping: A conceptual framework for understanding coping within the context of chronic illness and disability. W: Coping with chronic illness and disability: Theoretical, empirical and clinical aspect. E. Martz, H. Livneh (eds.). New York: Springer Science and Business Media, s. 49–71.

Chronister J., Johnson E., Berven N. (2006). Measuring social support in rehabilitation. „Disability and Rehabilitation”, vol. 28, no. 2, s. 73–84.

Chruściak M., Michalczyk J., Sijko K., Wiszejko-Wierzbicka D., Życzyńska-Ciołek D. (2007). Bariery aktywności zawodowej oraz czynniki sprzyjające podejmowaniu i utrzymywaniu pracy. W: Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy. Portret środowiska. W Łukowski (red.). Warszawa: Academica, s. 79–89.

Chrzanowska I. (2015). Pedagogika specjalna. Kraków: Impuls.

Chrzyszcz K. (2016). Asystent edukacyjny – pomoc czy droga w kierunku bezradności studentów z niepełnosprawnością? „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania”, nr 3, s. 23–35.

Chudzicka A. (1998). Potrzeba afiliacji i otrzymywane wsparcie społeczne u osób bezrobotnych. „Chowanna”, nr 1, s. 60–68.

Chwalisz K., Vaux A (2000). Social support and adjustment to disability. W: Handbook of Rehabilitation Psychology. R.G. Frank, T.R. Elliot (eds.). Washington: American Psychological Association. s. 537–552.



- Cieciuch J. (2010). Pięciodziesięciodzianowa struktura osobowości we wczesnej adolescencji. „Studia Psychologica UKSW”, nr 10, s. 251–271.
- Cieślak R., Elias A. (2012). Wsparcie społeczne a osobowość. W: Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. R. Cieślak, H. Sęk (red.). Warszawa: PWN.
- Cobb S. (1976). Social support as a moderator of life stress. „Psychosomatic Medicine”, vol. 38, s. 300–314.
- Cohen S., Wills T.A. (1985). Stress, social support and buffering hypothesis. „Psychological Bulletin”, vol. 91, no. 2, s. 310–357.
- Crawford A., Hollingsworth H., Morgan K., Gray B.D. (2008). People with mobility impairments: Physical activity and quality of participation. „Disability and Health Journal”, vol. 1, s. 7–13.
- Creswell J.W. (2013). Projektowanie badań naukowych. Metody ilościowe, jakościowe i mieszane. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Cytlak I. (2011). Niepełnosprawność. W: Człowiek wobec krytycznych sytuacji życiowych. Z teorii i praktyki pracy socjalnej. E. Włodarczyk, I. Cytlak (red.). Poznań: UAM, s. 73–93.
- Czapiński J. (2002). Szczęśliwy człowiek w szczęśliwym społeczeństwie? Zrównoważony rozwój, jakość życia i złudzenie postępu. „Psychologia Jakości Życia”, t. 1, nr 1, s. 9–34.
- Czapiński J. (1992). Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej. Poznań: Akademos.
- Czechowska-Bieluga M. (2010). Kompetencje społeczne studentów niepełnosprawnych jako determinanta ich kariery zawodowej. W: Student niepełnosprawny. Wybrane konteksty. S. Byra, M. Parchomiuk (red.). Lublin: UMCS, s. 71–81.

Czerniawska O. (1992). Swoistość wychowania dorosłych. W: Wprowadzenie do pedagogiki dorosłych. T. Wujek (red.). Warszawa: PWN.

Darling R.B., Heckert D.A. (2010). Orientation toward disability: Differences over the lifecourse. „International Journal of Disability”, vol. 57, no. 2, s. 131–143.

Diener E., Lucas R.E., Oishi S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. W: Handbook of positive psychology. C.R. Snyder, S.J. Lopez (eds.). Oxford: Oxford University Press, s. 63–73.

Diener E., Suh E.M., Lucas R.E., Smith H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. „Psychological Bulletin”, vol. 125, s. 276–302.

Dominiak A., Nosal Cz. (2010), Rola mechanizmu temporalnej integracji w konstruowaniu czasu przyszłego. W: Życie na czas. Perspektywy badawcze postrzegania czasu. G. Sędek, S. Bedyńska (red.). Kraków: PWN.

Drozd E. (1999). Samoocena i aspiracje młodzieży niepełnosprawnej. „Edukacja i Dialog”, nr 2, s. 27–32.

Dubas E. (2005). Andragogiczne poszukiwania rozumienia dorosłości. W: Człowiek dorosły istota (nie)znana. E. Dubas (red.). Łódź–Płock: Wydawnictwo Naukowe Novum, s. 41–58.

Dunn D.S., Dougherty S.B. (2005). Prospects for a positive psychology of rehabilitation. „Rehabilitation Psychology”, vol. 50, no. 3, s. 305–311.

Dykcik W. (2003). Człowiek dorosły niepełnosprawny w poszukiwaniu poczucia sensu życia. W: Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej, K.D. Rzedzicka, A. Kobyłańska (red.). Kraków: Impuls, s. 139–157.

Folkman S., Moskowitz J. (2007). Positive affect and meaning-focused coping during significant psychological stress. W: The scope of social Psychology. Theory of

applications, M. Hewstone, H. Schut, J. de Wit, K. van den Bos, M. Stroebe (eds.), Hove and New York: Psychology press, s. 193–208.

Fołtyn H. (2012). Czas w życiu i pracy. Warszawa: Key Text.

Gadacz T. (2009). O umiejętności życia. Kraków: Wydawnictwo Znak.

Galasiński D. (2013). Osoby niepełnosprawne czy z niepełnosprawnością? „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania”, t. 4, nr 9, s. 3–6.

Gallagher P., MacLachlan M. (1999). Psychological adjustment and coping in adults with prosthetic limbs. „Behavioral Medicine”, vol. 25, no. 3, s. 117–124.

Gałkowski T. (2019). Mimo wszystko. Jak w chorobie się nie załamać, a nawet uznać swoje życie za udane. „Ja, My, Oni. Polityka. Poradnik Psychologiczny”, t. 36, s. 50–53.

Gasiul H. (2006). Psychologia osobowości. Nurty, teorie, koncepcje. Warszawa: Difin.

Gąciarz B. (2014). Model społeczny niepełnosprawności jako podstawa zmian w polityce społecznej. W: Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej. B. Gąciarz, S. Rudnicki (red.). Kraków: Wydawnictwo AGH, s. 17–45.

Gąciarz B., Kubicki P., Rudnicki S. (2014). System instytucjonalnego wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce – diagnoza dysfunkcji. W: Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej. B. Gąciarz, S. Rudnicki (red.). Kraków: Wydawnictwo AGH, s. 105–147.

Giełda M. (2015). Pojęcie niepełnosprawności. W: Prawnoadministracyjne aspekty sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce. M. Giełda, R. Raszewska-Skałecka (red.). Wrocław: Uniwersytet Wrocławski, E – wydawnictwo, Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, , s. 17–32.

Giermanowska E. (2012). Praca zawodowa. W: Niepełnosprawność – w zwierciadle dorosłości. R. Kijak (red). Kraków: Impuls.

Gitling M. (2010). Socjologiczne koncepcje zdrowia, choroby i niepełnosprawności. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 3, s. 7–29.

Goodley D. (2016). Disability studies: An interdisciplinary introduction. Sage: Los Angeles.

Gruszczyńska E. (2007). Susane Folkman rozszerzenie klasycznego modelu stresu i radzenia sobie: o roli i znaczeniu emocji pozytywnych. „Studia Psychologica”, nr 7, s. 285–297.

Grzegorzewska I. (2006). Osoba niepełnosprawna w środowisku rodzinnym – znaczenie potrzeby akceptacji. W: Potrzeby osób niepełnosprawnych w warunkach globalnych przemian społeczno-gospodarczych t. 1. H. Ochonczenko, A. Nowicka (red). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 99–109.

Grzegorzewska M. (2007). Różnorodność w interpretacji problematyki stresu. „Studia Humanistyczne”, nr 5, s. 123–129

Gurba E. (2006). Wczesna dorosłość. W: Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka. B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red). Warszawa: PWN, s. 202–233.

Hall C.S., Lindzey G., Campbell J.B, (2008). Teorie osobowości. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Hawking S. (2016). Ilustrowana krótka historia czasu. Poznań: Zysk i S-ka.

Harwas Napierała B., Trempała J. (2006). Wstęp. W: Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka. B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red). Warszawa: PWN, s. 15–17.

Heszen I. (2013). Psychologia stresu. Warszawa: PWN.

Heszen I. (2005). Kliniczna psychologia zdrowia. W: Psychologia kliniczna, t. 2. H. Sęk (red.). Warszawa: PWN, s. 222–243.

Heszen-Niejodek I. (2004). Styl radzenia sobie ze stresem jako indywidualna zmienna wpływająca na funkcjonowanie w sytuacji stresowej. W: Osobowość a ekstremalny stres. J. Strelau (red.). Gdańsk: GWP, s. 238–263.

Heszen-Niejodek I. (2004). Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. „Przegląd Psychologiczny”, t. 47, nr 1, s. 15–31.

Heszen-Niejodek I. (2000). Radzenie sobie z chorobą – przegląd zagadnień. W: Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać? I. Heszen-Niejodek (red.). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 13–33.

Heszen-Niejodek I. (1997). Styl radzenia sobie ze stresem: fakty i kontrowersje. „Czasopismo Psychologiczne”, t. 3, nr 1, s. 7–22.

Heszen-Niejodek I. (1996). Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje. W: Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 12–43.

Heszen I., Sęk H. (2008). Zdrowie i stres. W: Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 2. J. Strelau, D. Doliński (red.). Gdańsk: GWP, s. 681–734.

Heszen I., Sęk H. (2007). Psychologia zdrowia. Warszawa: PWN.

Hobfoll S.E. (2006). Stres, kultura i społeczność. Gdańsk: GWP.

Holmbeck G.N., Davine K.A. (2010). Psychological and functioning family in Spina Bifida. „Developmental Disabilities Research Reviews”, vol. 1, s. 40–46.

House J.S. (1981). Work stress and social support. Reading: Addison-Wesley.

Jakubik A. (2003), Zaburzenia osobowości, Warszawa: PZWL.

Jakubowska-Winecka A. (2004). Style a strategie radzenia sobie ze stresem po zawale serca. W: Choroba niedokrwienna serca. K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.). Gdańsk: GWP, s. 69–91.

Janocha W. (2009). Rodzina z osobą niepełnosprawną w społecznym systemie wsparcia. Kielce: Jedność.

Janocha W. (2008). Poczucie sensu życia osób z niepełnosprawnością. Kielce: Jedność.

Janowski J.M. (2016). Zagadnienie istnienia i natury czasu w wybranych modelach kosmologicznych. Warszawa: Stowarzyszenie Filomatów.

Kaczan R., Smoczyńska K., Bąbiak, I. (2008). Jaka pomoc i dla kogo? Wsparcie indywidualne i instytucjonalne a aktywizacja zawodowa osób z ograniczoną sprawnością. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SWPS.

Kaiser-Grodecka I. (1987). Dysfunkcje narządów ruchu. W: Psychologia defektologiczna. A. Wyszynska (red). Warszawa: PWN.

Kalinowski M. (2005). Przedmowa. W: Wzrastanie człowieka w godności, miłości i miłosierdziu. M. Kalinowski (red.). Lublin: KUL.

Kanasz T. (2015). Uwarunkowania szczęścia. Warszawa: APS.

Kawczyńska-Butrym Z. (1996). Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej. Warszawa: Interart.

Kawczyńska-Butrym Z. (1994). Wsparcie społeczne w zdrowiu i chorobie. Warszawa: Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Szkolnictwa Medycznego.

Kawula S. (2002). Pomocniczość i wsparcie. Olsztyn: Oficyna Wydawnicza Kastalia.

Kawula S. (1996). Wsparcie społeczne – kluczowy wymiar pedagogiki społecznej. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 1, s. 12–16.

Kennedy P., Lude P., Elfstrom M.L., Smithson E. (2010). Cognitive appraisals, coping and quality of live outcomes: A multi-centre of spinal cord injury rehabilitation. „Spinal Cord”, vol. 48, no. 8, s. 762–769.

Kennedy P., Marsh N., Lowe R., Grey N., Short E., Rogers B. (2000). A longitudinal analysis of psychological impact and coping strategies following spinal cord injury. „British Journal of Health Psychology”, vol. 5, no. 2, s. 157–172.

Kirenko J. (2011). Reakcje przystosowawcze osób z mózgowym porażeniem dziecięcym. „Zeszyty Naukowe WSSP, Lublin”, t. 11, s. 153–166.

Kirenko J. (2007). Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Kirenko J. (2006). Oblicza niepełnosprawności. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Kirenko J. (2006a). Jakość życia w niepełnosprawności. W: Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie. Z. Palak (red.). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 15–28.

Kirenko J. (2002). Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością. Ryki: Wyższa Szkoła Umiejętności i Zarządzania.

Kirenko J. (1999). Osoby z dysfunkcją narządu ruchu z powodu uszkodzeń rdzenia kręgowego. W: Osoby niepełnosprawne w środowisku lokalnym. Wyrównywanie szans. B. Szczepankowska, J. Mikulski (red.). Warszawa: Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, s. 86–93.

Kirenko J. (1999b). Wsparcie społeczne osób niepełnosprawnych. W: Interdyscyplinarność w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej. M. Chodkowska (red.). Lublin: UMCS, s. 79–91.

Kirenko J. (1995). Niektóre uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, Lublin: UMCS.

Kirenko J. (1991). Psychospołeczne przystosowanie osób z paraplegią. Lublin: UMCS.

Kirenko J., Boczkowska M. (2017). Bezrobocie. Zachowania zdrowotne. Uwarunkowania. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Kirenko J., Byra S. (2008). Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Kirenko J., Duda M. (2018). Bezrobocie. Jakość życia. Uwarunkowania. Lublin: UMCS.

Kirenko J., Korczyński M. (2008). Wobec niepełnosprawności. Lublin: Ośrodek Usług Edukacyjnych.

Kirenko J., Sarzyńska E. (2010). Bezrobocie. Niepełnosprawność. Potrzeby. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Kirenko J., Wiatrowska A. (2015). Otyłość. Przystosowanie i uwarunkowania. Lublin: UMCS.

Kirenko J., Zubrzycka-Maciąg T. (2011). Współczesny nauczyciel. Studium wypalenia zawodowego. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Klinkosz W., Sękowski A.E. (2008), Pięcioczynnikowy model osobowości a narzędzia pomiaru Wielkiej Piątki, „Roczniki Psychologiczne”, s. 142-152.

Knoll N., Schwarzer R. (2012). Prawdziwych przyjaciół... Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W: Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. H. Sęk, R. Cieślak (red.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 11–28.

Kobus-Ostrowska D. (2018). Aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością. Aspekty ekonomiczne i społeczne. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.



Koc-Kozłowiec B. (2016). Szczęście i perspektywa postrzegania czasu. „Logos i Ethos”, nr 1, s. 123–141.

Kołaczek B. (2010). Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.

Komproe I.H., Rijken M., Ross J.G., Winnubst J.A.M., Hart H. (1997). Available support and received support: Different effects under stressful circumstances. „Journal of Social and Personal Relationships”, vol. 14, no. 1, s. 59–77.

Kosciulek J.F. (2007). The social context of coping. W: Coping with chronic illness and disability: Theoretical, empirical and clinical aspect. E. Martz, H. Livneh (eds.). New York: Springer Science and Business Media, s. 73–89.

Kossewska J. (2016). Progress towards temporal processes understanding in autism spectrum disorder. W: Applied psychology of time. U. Tokarska (ed.). Warszawa: PWN.

Kossewska J. (2013), Społeczeństwo wobec osób niepełnosprawnych – postawy i ich determinanty. „Annales Academiae Pedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica”, nr 14, s. 39–59.

Kowalewski L. (1999). Psychologiczna i społeczna sytuacja dzieci niepełnosprawnych. W: Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. I. Obuchowska (red.). Warszawa: WSIP, s. 55–100.

Kowalik S. (2018). Stosowana psychologia rehabilitacji. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Kowalik S. (2007). Psychologia rehabilitacji. Warszawa: W AiP.

Kowalik S. (2003). Dorosłość osób niepełnosprawnych w świetle koncepcji strefy utraconego rozwoju. W: Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej. K.D. Rzedzicka, A. Kobyłańska (red.), Kraków: Impuls, s. 61–79.

Kowalik S. (1994). Temporalne uwarunkowania jakości życia. W: Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia. R. Derbis, A. Bańka (red.). Poznań–Częstochowa: Uniwersytet Adama Mickiewicza Poznań, Wyższa Szkoła Pedagogiczna, s. 40–52.

Kowalski P. (2018). Obraz samego siebie a zachowania zdrowotne młodzieży studiującej. „Rocznik Lubuski”, t. 44, s. 297–311.

Krause A. (2010). Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej. Kraków: Impuls.

Kręcisz-Plis E. (2013). Postrzeganie czasu przez osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu. „Szkoła Specjalna”, nr 4, s. 263–270

Kurowska K., Andrzejewska P. (2016). Rola wsparcia a przystosowanie się do życia z zespołami bólowymi kręgosłupa. „Farmacja Współczesna”, nr 9, s. 55–60.

Kurpiel D. (2011). Psychospołeczne uwarunkowania funkcjonowania osób dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym o różnym zakresie niepełnosprawności. Kraków: Impuls.

Kuryłowicz J. (2006). Radzenie sobie z własną chorobą. Badania psychologiczne pacjentów z zespołem bólowym korzeniowym. Lublin: Oficyna Wydawnicza Verba.

Lausz-Chudy M. (2010). O oczekiwaniach młodzieży względem wsparcia społecznego – jakiego wsparcia udzielać? W: Pomoc – wsparcie społeczne – poradnictwo. Od teorii do praktyki. M. Piorunek (red.). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 158–175.

Livneh H. (2021). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: An updated and conceptual framework. „Rehabilitation Counseling Bulletin”, vol. 65, s. 1–14.

Livneh H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. „Rehabilitation Counseling Bulletin”, vol. 52, no. 4, s. 225–236

Livneh H., Antonak R.F. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors, „Journal of Counseling & Development”, vol. 83, no. 1, s. 12–20.

Livneh H., Lott S.M, Antonak R.F. (2004). Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A cluster analytic approach. „Psychology Health and Medicine”, no. 4, s. 411–430.

Livneh H., Martz E. (2007). An introduction to coping theory and research. W: Coping with chronic illness and disability: Theoretical, empirical and clinical aspect. E. Martz, H. Livneh (eds.). New York: Springer Science and Business Media, s. 3–27.

Lorencowicz R., Jasik J., Komar E., Przychodzka E. (2013). Wpływ wsparcia społecznego dla jakości codziennego funkcjonowania osoby chorej na stwardnienie rozsiane. „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”, t. 2, nr 5, s. 205–215.

Łassa D. (2007). Adaptacja do życia osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr. 4, s. 105–114.

Łosiak W. (2008). Psychologia stresu. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Łosiak W. (2007). Natura stresu. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Łukaszewski W. (1983). Orientacja temporalna jako jeden z aspektów osobowości. W: Osobowość – orientacja temporalna – ustosunkowanie do zmian. W. Łukaszewski (red.). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, s. 5–39.

Łuszczyńska A., Kowalska M., Mazurkiewicz M., Schwarzer R. (2006). Berlińska Skala Wsparcia Społecznego (BSSS). Wyniki wstępnych badań nad adaptacją skal i ich własnościami psychometrycznymi. „Czasopismo Psychologiczne”, t.44, s. 17–27.

Maj K. (2007). O potrzebie badań nad aktywnością zawodową osób z ograniczoną sprawnością. W: Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy, A. Brzezińska, Z. Woźniak, K. Maj (red). Warszawa: SWPS Wydawnictwo Akademickie.

Majewicz P. (2019). Rehabilitacja osób z niepełnosprawnością z perspektywy psychologii pozytywnej. „Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo”, t. 2, nr 44, s. 29–49.

Majewicz P. (2016). Psychospołeczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością ruchową w kolejnych okresach dorosłości – stałość i zmienność. W: Doświadczenie niepełnosprawności i choroby przewlekłej w perspektywie jednostki i rodziny. W. Wójcik, J. Golonka-Legut, A. Wąsiński (red.). Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. Janusza Korczaka w Warszawie, s. 90–108.

Majewicz P. (2012). Psychospołeczna adaptacja osób z niepełnosprawnością ruchową w okresie dorosłości. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.

Majewicz P. (2010). Psychopedagogiczne problemy osób z niepełnosprawnością ruchową w biegu życia. W: Krakowska pedagogika specjalna. J. Wyczesany (red.). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, s. 210–248.

Majewicz P. (2006). Niepełnosprawność z perspektywy psychologii pozytywnej. W: Świat pełen znaczeń – kultura i niepełnosprawność. J. Baran, S. Olszewski (red.). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 473–489.

Majewicz P. (2003). Zadowolenie z życia oraz jego uwarunkowania u osób z niepełnosprawnością ruchową. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 3, s. 83–94.

Majewicz P. (2002). Obraz samego siebie a zachowanie młodzieży niepełnosprawnej ruchowo. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.

Majewicz P. (1997). Wpływ dysfunkcji narządu ruchu na formowanie się wybranych komponentów struktury osobowości u młodzieży niepełnosprawnej ruchowo. W: Auksjologia a promocja zdrowia. A. Jopkiewicz (red.). Kielce: PAN, Kieleckie Towarzystwo Naukowe, s. 293–301.

Majewski T. (1995). Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych. Warszawa: Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Makowska H., Poprawa R. (2001). Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. W: Podstawy psychologii zdrowia. G. Dolińska-Zygmunt (red.). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, s. 71–103.

Malina A. (2014). Wczesna dorosłość w cyklu życia człowieka. Współczesne problemy z realizacją zadań rozwojowych młodych dorosłych. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

Marszałek L. (2009). Systemy wsparcia społecznego w procesie rehabilitacji osób niepełnosprawnych. „Seminare”, t. 26, s. 201–213.

Marszałek L. (2007). Społeczny kontekst niepełnosprawności. „Seminare”, t. 24, s. 339–353.

Martz E., Livneh H. (2007). Coping with spinal cord injuries: Wholeness is a state of mind. W: Coping with chronic illness and disability: Theoretical, empirical and clinical aspect. E. Martz, H. Livneh (eds.). New York: Springer Science and Business Media, s. 3–27.

Maszkę A.W. (2008). Metody i techniki badań pedagogicznych. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.

Matuszewska M. (2003). Funkcjonowanie w rolach rodzicielskich jako źródło rozwoju młodych dorosłych. W: Rodzina a rozwój człowieka dorosłego. B. Harwas-Napierała (red.). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 25–47.

Mądrzycki T. (2002). Osobowość jako system tworzący i realizujący plany. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

McCrae R., Costa P. (2005). Osobowość człowieka dorosłego. Kraków: Wydawnictwo WAM.

McCrae R., Costa P. (1997). Personality trait structure as a human universal. „American Psychologist”, vol. 52, no. 5, s. 509–516.

Michalos A.C. (2014). *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. Dordrecht: Springer

Misiewicz H. (2004). Niepełnosprawność jako problem społeczny. „Chowanna”, nr 1, s. 9–35.

Mudyń K. (2003). Czy można mieć zasoby, nie mając do nich dostępu? Problem dostępności zasobów. W: *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 63–78.

Muszyńska E. (2008). Ogólne problemy wychowania w rodzinie dzieci niepełnosprawnych. W: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. I. Obuchowska (red.). Warszawa: WSiP, s. 101–166.

Nawrot J. (1990). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.

Nemcek D. (2017). Self-esteem in people with physical disabilities: Differences between active and inactive individuals. „Acta Facultatis Educationis Physicae Universitatis Comenianae”, vol. 57, no. 1, s. 34–47.

Niedbalski J. (2019). Niepełnosprawność i osoby z niepełnosprawnością. Od pasywności i wykluczenia do aktywności życiowej i integracji społecznej. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Niškiewicz Z. (2016). Dobrostan psychiczny i jego rola w życiu człowieka. „Studia Krytyczne”, nr 3, s. 139–151.

Nosal Cz.S. (2004). Neuropsychologia kodowania temporalnego i poczucia czasu. „Przegląd Psychologiczny”, t. 47, nr 2, s. 175–190.

Nosek M, Furher M, Potter C. (1995). Life satisfaction of people with physical disabilities: Relationship to personal assistance, disability status and handicap. „Rehabilitation Psychology”, vol. 40, no. 3, s. 191–202.

Oaksford K., Frude N., Cuddihy R. (2005). Positive coping and stress related psychological growth following lower limb amputation. „Rehabilitation Psychology”, vol. 50, no. 3, s. 266–277.

Obuchowska I. (1996). O autonomii w wychowaniu niepełnosprawnych dzieci i młodzieży. W: Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych. W. Dykcik (red.). Poznań: Eruditus, UAM, s. 15–25.

Obuchowski K. (2000). Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich. Poznań: Zysk i S-ka.

Obuchowski K. (1987). Psychologiczne aspekty orientacji temporalnej. W: Stosunek do czasu w różnych strukturach kulturowych. Z. Cackowki, J. Wojczanowski (red.). Warszawa: Wydawnictwo ANS, s. 43–51.

Ogińska-Bulik N. (2013). Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych. Czyli kiedy łzy zamieniają się w perły. Warszawa: Difin.

Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2010). Osobowość. Stres a zdrowie. Warszawa: Difin.

Oleszkowicz A., Misztela A. (2017). Wybrane aspekty realizacji zadań rozwojowych a procesy tożsamościowe u kobiet we wczesnej dorosłości. „Psychologia Rozwojowa”, t. 22, nr 4, s. 75–88.

Oleszkowicz A., Misztela A. (2015). Kryteria dorosłości z perspektywy starszych adolescentów i młodych dorosłych. „Psychologia Rozwojowa”, t. 20, nr 1, s. 41–55.

Oleś P. (2003). Wprowadzenie do psychologii osobowości. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Oleś P. (1993). Zagadnienie stresu, kryzysu i radzenia sobie. „Roczniki Filozoficzne”, t. 41, nr 4, s. 5–21.

Oleś P.K. (2011). Psychologia człowieka dorosłego. Ciągłość-zmiana-integracja. Warszawa: PWN.

Oleś P.K., Drat-Ruszczak K. (2008). Osobowość. W: Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 1. J. Strelau, D. Doliński (red.). Gdańsk: GWP, s. 651–764.

Olszak-Krzyżanowska B. (2006). Problemy zmiany ról społecznych osób z nabytą niepełnosprawnością narządu ruchu. W: Potrzeby osób niepełnosprawnych w warunkach globalnych przemian społeczno-gospodarczych, t. 1. H. Ochonczenko, A. Nowicka (red.). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 185–198.

Ossowski R., Muszalska M. (2007). Uwarunkowania aktywności zawodowej osób niewidomych i niedowidzących. Psychologiczna analiza problemu Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy. W: Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy, A. Brzezińska, Z. Woźniak, K. Maj (red.). Warszawa: SWPS Wydawnictwo Akademickie, s.149-176.

Ostaszów L. (2000). Osobowość z punktu widzenia antropologii filozoficznej i psychologii. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

Ostrowska A. (1997). Postawy społeczeństwa polskiego w stosunku do osób niepełnosprawnych. W: Upośledzenie w społecznym zwierciadle. A. Gustavsson, A. Zakrzewska-Menterys (red.). Warszawa: Żak, s. 75–96.

Pamuła N., Szarota M., Usienkiewicz M. (2018). Nic o Nas bez Nas, „Studia de Cultura”, t. 10, nr 1, s. 4–12.

Papuć E. (2011). Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania, „Current Problem of Psychiatry”, nr 2, s. 141–145.



- Parchomiuk M., Byra S. (2006). Rodzaj niepełnosprawności a poczucie jakości życia. W: Jakość życia a niepełnosprawność. Konteksty psychopedagogiczne. Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska (red.). Lublin: UMCS, s. 25–35.
- Park C.L., Folkman S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. „General Review of Psychology”, vol. 1, s. 115–144.
- Pawelczyńska A. (1986). Czas człowieka. Wrocław: Wydawnictwo Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Pecyna M.B. (2000). Dziecko i jego choroba. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Pervin L.A. (2002). Psychologia osobowości. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pervin L.A., John O.P. (2002). Osobowość: teoria i badania. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Peterson C. (2000). The future of optimism. „American Psychologist”, vol. 55, s. 44–55.
- Pichayathin N.B. (2016). A critical review of the role of time perspectives in life-goal decisions cross the life span. W: Applied psychology of time. U. Tokarska (ed.). Kraków: Wydawnictwo PWN, s. 21–44.
- Podgórska-Jachnik D. (2014). Praca socjalna z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami. Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Pollard C., Kennedy P. (2007). A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: A 10-years review. „British Journal of Health Psychology”, vol. 12, s. 347–362.
- Popiołek K. (2010). Percepcja czasu – czas codzienny i czas życia. W: Czas w życiu człowieka. K. Popiołek, A. Chudzicka-Czupala (red.). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 86–101.

Popławska A. (2013). Podmiotowe funkcjonowanie człowieka a jakość jego życia – perspektywa teoretyczna i empiryczna. W: W poszukiwaniu jakości życia. Ujęcie interdyscyplinarne. M. Jasiński (red.). Białystok: Niepaństwowa Wyższa Szkoła Pedagogiczna, s. 301–330.

Porczyńska-Ciszewska A. (2013). Cechy osobowości a doświadczanie szczęścia i poczucie sensu życia. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Przyłucka-Fiszer A. (2013). Niepełnosprawność jako przedmiot refleksji bioetycznej. Kraków: Fall.

Reykowski J. (1992). Procesy emocjonalne. Motywacja. Osobowość. Warszawa: PWN.

Reykowski J. (1973). Osobowość a trwałe stres. W: Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów. H. Larkowa (red.). Warszawa: PWN, s. 34–43.

Rękosiewicz M. (2016). Typ partycypacji społecznej na przełomie dorastania i dorosłości. W: Ścieżki wkraczania w dorosłość. A.I. Brzezińska, W. Syska (red.). Poznań: Wydawnictwo UAM, s. 313–326.

Rozmus P. (2014). Co hamuje, a co przyspiesza aktywizującą i integrującą politykę społeczną. Źródła sukcesów i niepowodzeń instytucji wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce. W: Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej. B. Gąciarz, S. Rudnicki (red.). Kraków: Wydawnictwo AGH, s. 127–157.

Rumińska-Busz R. (2014). Wpływ stresu na powstanie i przebieg chorób nowotworowych. W: Stres nasz codzienny. J. Joško-Ochojska (red.). Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny, s. 93–107.

Rutkowska E. (2012). Wsparcie jako element rehabilitacji kompleksowej osób z niepełnosprawnością. „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania”, nr 3, s. 39–52.

Rzedzicka K.D. (2003). Społeczne koncepcje dorosłości a niepełnosprawność. W: *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej*. K.D. Rzedzicka, A. Kobyłańska (red.). Kraków: Impuls, s. 95–122.

Saradjian A., Thompson A.R., Datta D. (2008). The experience of men using an upper limb prosthesis following amputation: Positive coping and minimizing feeling different. „*Disability and Rehabilitation*”, vol. 30, no. 11, s. 871–883.

Satoła M., Wendreńska I. (2018). Samowiedza osób z niepełnosprawnością w okresie wczesnej dorosłości. „*Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania*”, nr 2, s. 66–81.

Schwarzer R., Knoll N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. „*International Journal of Psychology*”, vol. 42, no. 4, s. 243–252.

Sędzimir A. (2016). Time perspective in supporting in development of people with Asperger Syndrome. W: *Applied psychology of time*. U. Tokarska (ed.). Kraków: Wydawnictwo PWN, s. 251-270.

Sęk H. (2013). Zastosowanie teorii zachowania zasobów S. Hobfolla do interpretacji mechanizmów działania zasobów w świetle wybranych badań z zakresu psychologii zdrowia. W: *Teoria zachowania zasobów Stevana E. Hobfolla*. E. Bielawska-Batorowicz, B. Dudek (red.). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 65–79.

Sęk H. (2012). Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. H. Sęk, R. Cieślak (red.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 11–28.

Sęk H. (2003). Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia. W: *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 63–78.

Sęk H. (2001). O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego. W: Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia. H. Sęk, L. Cierpiałkowska (red.). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, s. 13–33.

Sęk H. (2001a). Stres krytycznych wydarzeń życiowych. W: Zdrowie – Stres – Zasoby. H. Sęk, T. Pasikowski (red.). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, s. 13–23.

Sęk H., Cieślak R. (2012). Wsparcie społeczne – sposoby definiowania rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. H. Sęk, R. Cieślak (red.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 11–28.

Sęk H., Czabała J.Cz. (2000). Pomoc psychologiczna. W: Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 3. J. Strelau (red.). Gdańsk: GWP, s. 605–622.

Sękowska Z. (2001). Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej. Warszawa: Akademia Pedagogiki Specjalnej.

Sękowska Z. (1991). Przystosowanie społeczne młodzieży niewidomej. Warszawa: WSiP.

Sękowski A. (2006), Postawy społeczne a poczucie jakości życia osób niepełnosprawnych. W: Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie. Z. Palak (red.). Lublin: UMCS, s. 29–39.

Sigelman C.K., Rider E.A. (2009). Life-span human development. Belmont: Wadsworth Cengage Learning.

Sieradzki M. (1996). Niepełnosprawność w społeczeństwie i kulturze. Wybrane zagadnienia z socjologii niepełnosprawności i rehabilitacji. W: Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych. W. Dykcik (red.). Poznań: Eruditus, UAM.

Sitarczyk M. (2013). Rozważania nad uwarunkowaniami jakości życia osób z dysfunkcją wzroku. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 3, s. 95–110.

Siuta J. (2006). Inwentarz osobowości NEO-PI-R Costy P.T Jr i McCrae R.R. Adaptacja polska. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Skura M., Gołuch D. (2011). Obraz siebie osób z niepełnosprawnością ruchową. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 4, s. 47–60.

Slany K. (2014). Osoby niepełnosprawne w świetle Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2011 r. – wybrane aspekty. „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania”, nr 2, s. 44–62.

Smedema S.M., Deborah E., Grist-Gordon V. (2012). The impact of humorous media on attitudes toward persons with disabilities. „Disability and Rehabilitation”, vol. 34, no. 17, s. 1341–1347.

Smykowski B. (2004). Wczesna dorosłość – szanse rozwoju. „Remedium”, t. 2, nr 132, s. 4–5.

Sobol-Kwapińska M. (2007). Życ chwilą. Postawy wobec czasu a poczucie szczęścia. Lublin: KUL.

Stach R. (2006). Optymizm. Badania nad optymizmem jako mechanizmem adaptacyjnym. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Strelau J. (2000). Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 2. Gdańsk: GWP.

Strus W., Ciecuch J., Rowiński T. (2011). Kołowy model cech osobowości w ujęciu Lewisa Goldberga. „Studia Psychologica”, nr 11, s. 65–93.

Suchodolska J. (2019). Młodzi dorośli z niepełnosprawnością wobec zadań rozwojowych i życiowych wyborów – w poszukiwaniu jakości życia codziennego. „Kultura – Społeczeństwo – Edukacja”, t. 1, nr 15, s. 51–69.

Suchodolska J. (2017). Poczucie jakości życia młodych na przykładzie studenckiej społeczności akademickiej. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Sujak E. (2006). Rozważania o ludzkim rozwoju. Lublin: Gaudium.

Szabała B. (2017). Zasoby osobiste a niepełnosprawność sensoryczna. „Studia Edukacyjne”, nr 43, s. 223–245.

Szabała-Mazur B., Byra S. (2006). Wybrane korelaty radzenia sobie w sytuacjach trudnych przez studentów z niepełnosprawnością narządu ruchu. „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. vol. 19, s. 161–172.

Szarota P. (2008). Wielka Piątka – stare problemy, nowe wątpliwości, „Roczniki Psychologiczne”, t. 11, s. 127–138.

Szczupał B. (2018). Godność i podmiotowość osoby z niepełnosprawnością jako fundament i cel jej aktywności i komunikacji. W: Tradycja i współczesność pedagogiki specjalnej w tworzeniu społeczeństwa dla wszystkich. J. Głodkowska, K. Sipowicz, I. Patejuk-Mazurek (red). Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, s. 442-461.

Szczupał B. (2009). Godność osoby z niepełnosprawnością. Studium teoretyczno-empiryczne poczucia godności młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akapit.

Szluz B. (2007). Wsparcie społeczne rodziny osoby niepełnosprawnej. „Roczniki Teologiczne”, t. 54, nr 10, s. 201–214.

Sztobryn-Giercuskiewicz J. (2017). Krytyczna teoria niepełnosprawności jako rama teoretyczna w badaniach nad niepełnosprawnością. W: Oblicza niepełnosprawności w teorii i praktyce. J. Niedbalski, M. Raclaw, D. Żuchowska-Skiba. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 23–40.

Szychowiak B. (2008). Wychowanie dzieci niesprawnych ruchowo. W: Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. I. Obuchowska (red.). Warszawa: WSiP, s. 379–415.

Szymańska J., Sienkiewicz E. (2011). Wsparcie społeczne. „Currently Problem Psychiatrii”, vol. 12, no. 4, s. 550–553.

Światowa Organizacja Zdrowia (2009). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Warszawa: Centrum Informacyjne Ochrony Zdrowia.

Taranowicz I. (2002). Rodzina a problemy zdrowia i choroby. W: Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny. J. Barański, W. Piątkowski (red.). Wrocław: ATUT, s. 105–116.

Terelak J.F. (2017). Stres życia. Perspektywa psychologiczna. Warszawa: UKSW.

Terelak J.F. (2008). Człowiek i stres. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.

Terelak J.F. (1997). Studia z psychologii stresu. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej.

Tomaszewski T. (1975). Człowiek i otoczenie. W: Psychologia. T. Tomaszewski (red.). Warszawa: PWN, s. 13–36.

Trempała J. (2000). Modele rozwoju psychicznego. Czas i zmiana. Bydgoszcz: Wydawnictwo uczelniane Akademii Bydgoskiej.

Trzebińska E. (2008). Psychologia pozytywna. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Trzebiński J., Zięba M. (2003). Nadzieja, strata i rozwój. „Psychologia jakości życia”, t. 2, nr 1, s. 5–33

Tucholska K. (2007), Kompetencje temporalne jako wyznacznik dobrego funkcjonowania. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

Turner J.S., Helms D.B. (1999). Rozwój człowieka. Warszawa: WSiP.

Twardowski A. (2018). Społeczny model niepełnosprawności – analiza krytyczna. „Studia Edukacyjne”, nr 48, s. 97–114.

Twardowski A. (2008). Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych. W: Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. I. Obuchowska (red.). Warszawa: WSiP, s. 18–55.

Uchnast Z., Tucholska K. (2003). Kompetencje temporalne – metoda pomiaru. „Roczniki Psychologiczne”, t. 6, s. 131–150.

Veenhoven R. (2007). Szczęście jako cel polityki społecznej: zasada największego szczęścia. W: Psychologia pozytywna w praktyce. P.A. Linley, S. Joseph (red.). Warszawa: PWN, s. 413–441.

Vimero V., Krause C. (1998). Quality of life in individuals with physical disabilities. „Psychotherapy and Psychometrics”, vol. 67, s. 317–322.

Wapiennik E., Piotrowicz R. (2002). Niepełnosprawny – pełnoprawny obywatel Europy. Warszawa: Urząd Komitetu Integracji Europejskiej.

Wilamowska-Pietruszyńska A., Bilski D. (2014). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. „Orzecznictwo Lekarskie”, t. 9, nr 1, s. 19–27.

Wiliński M. (2010). Modele niepełnosprawności: indywidualny – funkcjonalny – społeczny. W: Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności. A.I. Brzezińska, R. Kaczan, K. Smoczyńska (red.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 15–59.

Williams R.G., Johnston M., Willis L. i in. (1976). Disability: A model and a measurement technique. „British Journal of Preventive and Social Medicine”, vol. 30, s. 71–78.

Willson S., Engel J.M., Ciol M.A. (2006). Perceived social support. Psychological adjustment and functional ability in youths with physical disabilities. „Rehabilitation Psychology”, vol. 51, no. 4, s. 322–330.



Wiszejko-Wierzbicka D. (2008). *Od samoakceptacji do aktywności? Postawy wobec niepełnosprawności a aktywność zawodowa*. Warszawa: Wydawnictwo Academica.

Wiszejko-Wierzbicka D. (2007). *Sposoby traktowania osób niepełnosprawnych przez inne osoby*. W: *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy. Portret środowiska*. W. Łukowski (red.). Warszawa: Academica, s. 208–215.

Witkowski T. (1993). *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych (13 rodzajów niepełnosprawności)*. Warszawa: MBDO.

Wlazło M. (2017). *Disability Studies wobec postaw dyskryminujących*. „*Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*”, nr 16, s. 117–127.

Włodarczyk D. (2003). *Ocena stresu jako element zasobów osobistych w radzeniu sobie ze stresem po zawale serca*. W: *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 119–134.

Włodarczyk D. (1999). *Wsparcie społeczne a radzenie sobie ze stresem u chorych po zawale serca*. „*Przegląd Psychologiczny*”, t. 42, nr 4, s. 95–113.

Wolińska J. (2015). *Percepcja społeczna, stereotyp niepełnosprawności – perspektywa aktora i obserwatora*. „*Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*. vol. 28, nr 1, s. 45–66.

Wojnarowska B. (2017). *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*. Warszawa: PWN.

Wright B. (2004). *Physical disability: A psychological approach*. Washington: APA.

Wrześniewski K. (2004). *Interakcyjny model radzenia sobie ze stresem po zawale serca*. W: *Choroba niedokrwienność serca*. K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 69–91.

Wrześniewski K. (1996). Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 44-65.

Zabłocki K. (1999). Rewalidacyjna koncepcja źródeł stresu. W: Źródła stresu. J. Terelak (red.). Warszawa: Wydawnictwo Akademii Naukowej, s. 81–90.

Zajac-Lamparska L. (2013). Czas terażniejszy w funkcjonowaniu człowieka. Perspektywa psychologiczna. „Szkice Humanistyczne”, t. 13, nr 1, s. 215–255.

Zajac-Lamparska L. (2010). Specyfika perspektywy temporalnej w okresie wczesnej i późnej dorosłości. W: Z zagadnień psychologii rozwoju człowieka. Z. Kiczuk, (red.). Lublin: TN KUL, s. 155–173.

Zawadzki R. (2004). Stres – sztuka życia. Warszawa: WSIP.

Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M. (1998). Inwentarz Osobowości Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae. Adaptacja polska. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Zdrozdowska M. (2016). Między aktywizmem a akademią. Studia nad niepełnosprawnością, „Otwarcia”, nr 5, s. 384–403.

Zdybek P. (2012). Rola orientacji temporalnej na terażniejszość w wyjaśnianiu preferowanej strategii seksualnej. „Folia Psychologica”, t. 16, s. 113–131.

Zielińska J. (2013). Wykorzystywanie efektów uczenia mimowolnego w podnoszeniu jakości życia osób z niepełnosprawnością. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 3, s. 5–14.

Ziemska M. (1973). Postawy rodzicielskie. Warszawa: Wiedza Powszechna.

Zimbardo P. (1999). Psychologia i życie. Warszawa: PWN.

Zimbardo P., Boyd J. (2009). *Paradoks czasu*. Warszawa: PWN.

Zimbardo P., Boyd J.N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable, individual-differences metric. „*Journal of Personality and Social Psychology*”, vol. 77, no. 6, s. 1271–1288.

Zimet G.D., Dohlem N.W., Farley K.G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. „*Journal of Personality Assessment*”, vol. 52, no. 1, s. 30–41.

Zubrzycka-Maciąg T., Kirenko J. (2015). *Asertywność nauczycieli. Badania empiryczne*. Lublin: UMCS.

## Spis tabel i wykresów

Tabela 1 Płeć badanych osób .....	112
Tabela 2 Wiek badanych osób.....	113
Tabela 3 Stan cywilny badanych osób .....	113
Tabela 4 Liczba osób w gospodarstwie domowym badanych osób.....	114
Tabela 5 Liczba dzieci w gospodarstwie domowym badanych osób .....	114
Tabela 6 Wykształcenie badanych osób.....	115
Tabela 7 Miejsce zamieszkania badanych osób .....	116
Tabela 8 Najbardziej cenione cechy przyjaciół i znajomych wśród osób badanych.....	117
Tabela 9 Czas trwania niepełnosprawności więcej niż 6 miesięcy wśród osób badanych.....	118
Tabela 10 Emocje osób badanych pojawiające się na myśl o niepełnosprawności .....	118
Tabela 11 Osoby niepełnosprawne w rodzinach osób badanych .....	119
Tabela 12 Kontakty z osobami niepełnosprawnymi .....	120
Tabela 13 Stosunek do osób niepełnosprawnych osób badanych .....	120
Tabela 14 Odczuwane emocje podczas kontaktów z osobami niepełnosprawnymi .....	122
Tabela 15 Postrzeganie niepełnosprawności jako przeszkody przez osoby badane.....	123
Tabela 16 Postrzeganie osób niepełnosprawnych jako pełnowartościowych członków społeczeństwa przez osoby badane .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>
Tabela 17 Poczucie swobody w kontaktach z osobami niepełnosprawnymi osób badanych .....	125
Tabela 18 Znajomość specyfiki funkcjonowania osób niepełnosprawnych wśród osób badanych.....	125
Tabela 19 Porównanie średnich wyników reakcji przystosowawczych osób badanych.....	128
Tabela 20 Porównanie średnich wyników wymiarów osobowości osób badanych.....	130
Tabela 21 Porównanie średnich wyników stylów radzenia sobie ze stresem osób badanych.....	131
Tabela 22 Porównanie średnich wyników strategii radzenia sobie ze stresem osób badanych .....	132
Tabela 23 Style i strategie radzenia sobie ze stresem wśród osób badanych .....	133
Tabela 24 Style i strategie radzenia sobie ze stresem wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną .....	134
Tabela 25 Style i strategie radzenia sobie ze stresem wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą .....	135
Tabela 26 Porównanie średnich wyników dotyczących wsparcia społecznego osób badanych ....	137
Tabela 27 Porównanie średnich wyników temporalnej satysfakcji z życia osób badanych.....	140
Tabela 28 Typy/ orientacje temporalnej satysfakcji z życia w grupie osób badanych.....	142
Tabela 29 Reakcje przystosowawcze a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób badanych.....	143

Tabela 30 Reakcje przystosowawcze a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną.....	145
Tabela 31 Reakcje przystosowawcze a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą.....	146
Tabela 32 Cechy osobowości a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób badanych.	148
Tabela 33 Cechy osobowości a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną.....	149
Tabela 34 Cechy osobowości a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą.....	150
Tabela 35 Style radzenia sobie ze stresem a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób badanych.....	152
Tabela 36 Style radzenia sobie ze stresem a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną.....	153
Tabela 37 Style radzenia sobie ze stresem a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą .....	154
Tabela 38 Strategie radzenia sobie ze stresem a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób badanych .....	156
Tabela 39 Strategie radzenia sobie ze stresem a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną.....	157
Tabela 40 Strategie radzenia sobie ze stresem a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą.....	159
Tabela 41 Wsparcie społeczne a typ/ orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób badanych .....	160
Tabela 42 Wsparcie społeczne a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną.....	161
Tabela 43 Wsparcie społeczne a typ/orientacja temporalnej satysfakcji z życia wśród osób z niepełnosprawnością ruchową nabytą.....	162
Tabela 44 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej szok w grupie osób badanych.....	165
Tabela 45 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej niepokój w grupie osób badanych .....	166
Tabela 46 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej wyparcie w grupie osób badanych.....	168
Tabela 47 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej depresja w grupie osób badanych.....	169
Tabela 48 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej wewnętrzny gniew w grupie osób badanych.....	170

Tabela 49 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej uzewnętrzniona wrogość w grupie osób badanych.....	171
Tabela 50 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej akceptacja w grupie osób badanych .....	172
Tabela 51 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej przystosowanie w grupie osób badanych .....	174
Tabela 52 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej szok w grupie osób badanych z różnym czasem pojawienia się niepełnosprawności .....	175
Tabela 53 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej niepokój w grupie osób z różnym czasem pojawienia się niepełnosprawności .....	178
Tabela 54 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej wyparcie w grupie osób z różnym czasem pojawienia się niepełnosprawności .....	180
Tabela 55 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej depresja w grupie osób z różnym czasem pojawienia się niepełnosprawności .....	181
Tabela 56 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej wewnętrzny gniew w grupie osób z różnym czasem pojawienia się niepełnosprawności .....	183
Tabela 57 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej uzewnętrzniona wrogość w grupie osób z różnym czasem pojawienia się niepełnosprawności.....	185
Tabela 58 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej akceptacja w grupie osób z różnym czasem pojawienia się niepełnosprawności .....	187
Tabela 59 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej przystosowanie w grupie osób z różnym czasem pojawienia się niepełnosprawności .....	189
Tabela 60 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej szok w grupie osób o różnych orientacjach temporalnych .....	193
Tabela 61 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej niepokój w grupie osób o różnych orientacjach temporalnych .....	195
Tabela 62 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej wyparcie w grupie osób o różnych orientacjach temporalnych.....	198

Tabela 63 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej depresja w grupie osób o różnych orientacjach temporalnych .....	201
Tabela 64 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej wewnętrzny gniew w grupie osób o różnych orientacjach temporalnych.....	204
Tabela 65 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej uzewnętrzniła wrogość w grupie osób o różnych orientacjach temporalnych.....	207
Tabela 66 Wyniki analizy regresji zmiennej wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej akceptacja w grupie osób o różnych orientacjach temporalnych.....	210
Tabela 67 Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennych niezależnych zasobów osobistych zmiennej zależnej przystosowanie w grupie osób o różnych orientacjach temporalnych .....	212
Wykres 1 Typy temporalnej satysfakcji badanych osób z wrodzoną i nabytą niepełnosprawnością ruchową.....	141

## Aneks

Regresja krokowa – cała grupa

N=159	Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: szok (RAZEM) R= ,71678258 R <sup>2</sup> = ,51377727 Popraw. R2= ,47381376 F(12,146)=12,856 p.000					
	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(146)	p
W. wolny			1,503195	4,052354	0,37094	0,711217
NEU	0,207381	0,072863	0,162183	0,056983	2,84615	0,005062
z styl	0,284659	0,066102	0,538073	0,124949	4,30633	0,000030
SDW	-0,201241	0,069408	-0,188222	0,064918	-2,89940	0,004317
OTW	0,154259	0,061163	0,138225	0,054805	2,52211	0,012738
PW	0,148509	0,076045	0,179842	0,092089	1,95292	0,052742
EKS	-0,208176	0,068893	-0,180792	0,059831	-3,02173	0,002969
kew styl	0,121931	0,070411	0,208198	0,120228	1,73170	0,085439
SUM	0,122307	0,068330	0,138207	0,077213	1,78994	0,075536
KP STRAT	-0,118310	0,067267	-0,083081	0,047237	-1,75881	0,080705
UASO STRAT	0,217184	0,103796	0,357031	0,170632	2,09241	0,038132
PEW STRAT	0,118379	0,074212	0,151058	0,094699	1,59515	0,112841
uaso styl	-0,162381	0,104254	-0,278785	0,178990	-1,55755	0,121506

N=159	Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: niepokój (RAZEM) R= ,56122046 R <sup>2</sup> = ,31496841 Popraw. R2= ,27359066 F(9,149)=7,6120 p.000					
	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(149)	P
W. wolny			0,225503	3,617701	0,06233	0,950381
NEU	0,235953	0,078235	0,164530	0,054553	3,01595	0,003013
z styl	0,275259	0,072572	0,463918	0,122312	3,79291	0,000216
OTW	0,158733	0,074310	0,126820	0,059370	2,13609	0,034306
EKS	-0,129020	0,073050	-0,099905	0,056566	-1,76619	0,079413
PW	0,179954	0,091338	0,194305	0,098622	1,97020	0,050669
KP STRAT	-0,189845	0,096591	-0,118868	0,060479	-1,96546	0,051221
kp styl	0,165875	0,099550	0,111447	0,066885	1,66625	0,097764
KEW STRAT	0,112902	0,076427	0,158726	0,107447	1,47725	0,141720
ZW	-0,105522	0,086292	-0,185035	0,151315	-1,22285	0,223317



Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: wyparcie (RAZEM) R= ,54340896 R <sup>2</sup> = ,29529329 Popraw. R2= ,24256014 F(11,147)=5,5998 p.000						
N=159	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(147)	p
W. wolny			3,239313	3,205867	1,01043	0,313948
z styl	0,331111	0,075899	0,466053	0,106831	4,36253	0,000024
zr styl	0,215478	0,072037	0,181545	0,060693	2,99120	0,003260
OTW	0,110922	0,076083	0,074011	0,050766	1,45789	0,147003
AOW	0,204167	0,099353	0,099409	0,048375	2,05497	0,041652
kew styl	-0,130518	0,077348	-0,165951	0,098346	-1,68742	0,093643
a styl	-0,146796	0,073841	-0,188403	0,094771	-1,98799	0,048670
EKS	0,142105	0,077538	0,091897	0,050143	1,83270	0,068870
PW	-0,073331	0,076885	-0,066126	0,069331	-0,95378	0,341762
SDW	-0,110851	0,098681	-0,077204	0,068728	-1,12333	0,263130
KP STRAT	-0,217241	0,097856	-0,113598	0,051170	-2,22001	0,027949
kp styl	0,214425	0,103636	0,120317	0,058152	2,06901	0,040296

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: depresja (RAZEM) R= ,73427509 R <sup>2</sup> = ,53915990 Popraw. R2= ,48359762 F(17,141)=9,7037 p.000						
N=159	b*	Bł. std. z b*	B	Bł. std. z b	t(141)	p
W. wolny			4,347098	4,562027	0,95289	0,342278
NEU	0,235976	0,070327	0,210093	0,062614	3,35539	0,001019
z styl	0,249051	0,069760	0,535936	0,150117	3,57012	0,000488
EKS	-0,253818	0,070917	-0,250944	0,070114	-3,57908	0,000473
UGO	0,141978	0,073140	0,137708	0,070940	1,94118	0,054230
PW	0,217552	0,080145	0,299923	0,110490	2,71449	0,007467
SDW	-0,162496	0,068697	-0,173024	0,073148	-2,36541	0,019372
UASO STRAT	0,095001	0,063729	0,177794	0,119268	1,49070	0,138274
ph styl	-0,318136	0,106321	-0,472877	0,158035	-2,99223	0,003270
PH STRAT	0,244323	0,106095	0,354686	0,154019	2,30287	0,022750
PEW STRAT	-0,084852	0,080776	-0,123265	0,117344	-1,05046	0,295305
SUM	0,069110	0,069413	0,088905	0,089295	0,99563	0,321135
KP STRAT	-0,175447	0,085410	-0,140260	0,068281	-2,05417	0,041806
kp styl	0,176763	0,085193	0,151637	0,073084	2,07484	0,039819
KEW STRAT	0,081161	0,074054	0,145686	0,132929	1,09597	0,274961
ZR STRAT	-0,233740	0,131253	-0,292076	0,164011	-1,78083	0,077093
zr styl	0,192862	0,134515	0,248421	0,173266	1,43375	0,153857
WBO	0,066268	0,066257	0,071521	0,071509	1,00016	0,318947

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: w.gniew (RAZEM) R= ,64839290 R^2= ,42041335 Popraw. R2= ,38540476 F(9,149)=12,009 p.000						
N=159	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(149)	p
W. wolny			2,459385	4,502400	0,54624	0,585719
NEU	0,297608	0,068447	0,268488	0,061750	4,34799	0,000025
z styl	0,286831	0,069921	0,625441	0,152464	4,10222	0,000067
SDW	-0,101065	0,070353	-0,109044	0,075907	-1,43655	0,152942
WBO	0,135451	0,067242	0,148131	0,073537	2,01437	0,045770
EKS	-0,184597	0,070102	-0,184934	0,070230	-2,63325	0,009349
kp styl	0,164832	0,068183	0,143282	0,059269	2,41748	0,016836
UGO	0,151221	0,070753	0,148624	0,069537	2,13732	0,034204
ph styl	-0,101638	0,066557	-0,153083	0,100246	-1,52707	0,128863
A STRA T	-0,084474	0,066967	-0,168970	0,133950	-1,26144	0,209121

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: wrogość (RAZEM) R= ,76730371 R^2= ,58875498 Popraw. R2= ,55188473 F(13,145)=15,968 p.000						
N=159	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(145)	p
W. wolny			-11,9085	3,049697	-3,90482	0,000144
UGO	0,337259	0,065837	0,2585	0,050462	5,12260	0,000001
NEU	0,245976	0,064469	0,1731	0,045357	3,81540	0,000201
KEW STRAT	0,235439	0,064123	0,3340	0,090957	3,67166	0,000338
Z STRAT	0,143352	0,064317	0,2079	0,093263	2,22884	0,027363
OTW	0,183400	0,057514	0,1478	0,046362	3,18882	0,001751
pew styl	-0,169646	0,069885	-0,2227	0,091728	-2,42750	0,016429
PW	0,250294	0,078967	0,2727	0,086029	3,16960	0,001862
ph styl	0,070216	0,059279	0,0825	0,069628	1,18450	0,238152
ZW	-0,127667	0,068341	-0,2259	0,120910	-1,86810	0,063767
uas styl	0,111550	0,057406	0,1723	0,088665	1,94317	0,053933
a styl	0,111215	0,058065	0,1724	0,090033	1,91534	0,057418
KP STRAT	-0,110589	0,060051	-0,0699	0,037937	-1,84159	0,067579
WBO	-0,071561	0,063716	-0,0610	0,054341	-1,12313	0,263240

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: akceptacja (RAZEM) R= ,55750175 R^2= ,31080821 Popraw. R2= ,26424119 F(10,148)=6,6744 p.000						
N=159	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(145)	p
W. wolny			-11,9085	3,049697	-3,90482	0,000144
UGO	0,337259	0,065837	0,2585	0,050462	5,12260	0,000001
NEU	0,245976	0,064469	0,1731	0,045357	3,81540	0,000201

KEW STRAT	0,235439	0,064123	0,3340	0,090957	3,67166	0,000338
Z STRAT	0,143352	0,064317	0,2079	0,093263	2,22884	0,027363
OTW	0,183400	0,057514	0,1478	0,046362	3,18882	0,001751
pew styl	-0,169646	0,069885	-0,2227	0,091728	-2,42750	0,016429
PW	0,250294	0,078967	0,2727	0,086029	3,16960	0,001862
ph styl	0,070216	0,059279	0,0825	0,069628	1,18450	0,238152
ZW	-0,127667	0,068341	-0,2259	0,120910	-1,86810	0,063767
uaso styl	0,111550	0,057406	0,1723	0,088665	1,94317	0,053933

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: przystosowanie (RAZEM) R= ,64290617 R <sup>2</sup> = ,41332834 Popraw. R2= ,36073019 F(13,145)=7,8582 p						
N=159	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(145)	p
W. wolny			14,39756	4,645852	3,09901	0,002333
EKS	0,325694	0,070112	0,35949	0,077387	4,64534	0,000008
NEU	-0,127936	0,077702	-0,12716	0,077232	-1,64650	0,101827
ZW	-0,200638	0,076859	-0,50150	0,192111	-2,61047	0,009992
AOW	0,198419	0,074844	0,16489	0,062199	2,65109	0,008915
WBO	-0,146381	0,068531	-0,17637	0,082573	-2,13598	0,034360
zr styl	-0,275623	0,136770	-0,39635	0,196677	-2,01524	0,045728
A STRAT	0,078992	0,066422	0,17408	0,146380	1,18925	0,236284
UASO STRAT	-0,118455	0,067905	-0,24749	0,141877	-1,74442	0,083205
KEW STRAT	0,353521	0,112790	0,70845	0,226029	3,13432	0,002085
kew styl	-0,322098	0,117201	-0,69901	0,254345	-2,74825	0,006753
PEW STRAT	-0,300403	0,121994	-0,48720	0,197851	-2,46245	0,014971
pew styl	0,232831	0,119703	0,43175	0,221970	1,94508	0,053700
ZR STRAT	0,181048	0,135365	0,25257	0,188839	1,33747	0,183162

Regresja krokowa – niepełnosprawność wrodzona

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: szok (RAZEM) R= ,79273411 R <sup>2</sup> = ,62842736 Popraw. R2= ,56086870 F(12,66)=9,3020 p<80						
N=79	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(66)	p
W. wolny			9,491576	5,114023	1,85599	0,067920
NEU	0,286164	0,100746	0,245062	0,086276	2,84044	0,005985
SDW	-0,347525	0,101776	-0,297041	0,086991	-3,41462	0,001097
PW	0,417513	0,110862	0,463703	0,123127	3,76607	0,000356
z styl	0,390759	0,116642	0,844446	0,252069	3,35006	0,001339
ZW	-0,159444	0,097024	-0,320340	0,194931	-1,64335	0,105067
UASO STRAT	0,371953	0,135300	0,644786	0,234545	2,74910	0,007701

uaso styl	-0,264162	0,134427	-0,473317	0,240862	-1,96510	0,053614
Z STRAT	-0,283167	0,120054	-0,464258	0,196831	-2,35866	0,021311
KP STRAT	-0,230596	0,103921	-0,164736	0,074240	-2,21896	0,029933
kp styl	0,161733	0,100313	0,118689	0,073615	1,61229	0,111671
EKS	-0,121055	0,086214	-0,102861	0,073256	-1,40413	0,164970
PEW STRAT	0,111158	0,098414	0,138997	0,123062	1,12949	0,262779

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: niepokój (RAZEM) R= ,65194187 R <sup>2</sup> = ,42502820 Popraw. R2= ,31003384 F(13,65)=3,6961 p<80						
N=79	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(65)	p
W. wolny			2,148775	6,280694	0,34212	0,733361
NEU	0,232890	0,121109	0,188018	0,097774	1,92299	0,058865
OTW	0,102618	0,114816	0,088736	0,099283	0,89376	0,374746
z styl	0,395705	0,137753	0,806157	0,280641	2,87256	0,005493
uaso styl	-0,188823	0,108037	-0,318951	0,182490	-1,74777	0,085226
PEW STRAT	0,214921	0,123207	0,253355	0,145241	1,74438	0,085819
EKS	-0,192300	0,102830	-0,154040	0,082371	-1,87008	0,065977
ZW	-0,301757	0,127349	-0,571541	0,241205	-2,36952	0,020790
PW	0,264548	0,139962	0,276988	0,146544	1,89014	0,063199
Z STRAT	-0,218849	0,134386	-0,338257	0,207710	-1,62851	0,108255
UGO	0,161189	0,119208	0,137115	0,101405	1,35216	0,181010
a styl	-0,129638	0,103423	-0,209133	0,166842	-1,25348	0,214522
kp styl	0,200951	0,134239	0,139024	0,092871	1,49697	0,139242
KP STRAT	-0,133608	0,132655	-0,089982	0,089340	-1,00718	0,317581

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: wyparcie (RAZEM) R= ,76622850 R <sup>2</sup> = ,58710611 Popraw. R2= ,48055285 F(16,62)=5,5100 p<80						
N=79	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(62)	p
W. wolny			-2,25172	4,000315	-0,56289	0,575543
z styl	0,283324	0,099962	0,36648	0,129302	2,83433	0,006191
kp styl	0,339015	0,114754	0,14892	0,050407	2,95427	0,004425
a styl	-0,338568	0,094597	-0,34678	0,096892	-3,57905	0,000677
ZW	-0,242127	0,097155	-0,29118	0,116836	-2,49219	0,015383
NEU	0,397321	0,114614	0,20366	0,058750	3,46661	0,000963
kew styl	-0,336747	0,112968	-0,35961	0,120638	-2,98092	0,004102
zr styl	0,222653	0,093602	0,16006	0,067287	2,37873	0,020466
EKS	0,063503	0,105061	0,03230	0,053434	0,60444	0,547759
SDW	0,176244	0,108949	0,09017	0,055739	1,61768	0,110808
UASO STRAT	-0,321824	0,143344	-0,33393	0,148735	-2,24512	0,028336

UGO	0,131180	0,113221	0,07085	0,061151	1,15862	0,251055
uaso styl	0,199029	0,134574	0,21346	0,144328	1,47896	0,144214
KP STRAT	-0,110796	0,108047	-0,04738	0,046202	-1,02545	0,309137
SUM	0,157847	0,105371	0,09834	0,065647	1,49801	0,139205
ph styl	0,312426	0,163677	0,24623	0,128998	1,90880	0,060919
PH STRAT	-0,222664	0,147675	-0,15755	0,104488	-1,50780	0,136684

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: depresja (RAZEM) R= ,73709135 R^2= ,54330365 Popraw. R2= ,46832365 F(11,67)=7,2460 p<80						
N=79	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(67)	p
W. wolny			2,263782	5,638455	0,40149	0,689337
NEU	0,306150	0,099633	0,303769	0,098859	3,07277	0,003065
SDW	-0,094167	0,152986	-0,093257	0,151507	-0,61553	0,540292
OTW	0,190108	0,094471	0,202040	0,100401	2,01233	0,048207
PW	0,287286	0,111412	0,369687	0,143368	2,57859	0,012123
EKS	-0,213918	0,095535	-0,210603	0,094055	-2,23916	0,028470
z styl	0,142957	0,094457	0,357946	0,236509	1,51346	0,134866
ZR STRAT	-0,116226	0,086936	-0,162387	0,121463	-1,33692	0,185770
kp styl	0,150388	0,098474	0,127872	0,083730	1,52719	0,131421
AOW	-0,173161	0,147538	-0,129995	0,110759	-1,17367	0,244681
PEW STRAT	-0,164785	0,108972	-0,238744	0,157881	-1,51218	0,135191
KEW STRAT	0,114688	0,103438	0,211832	0,191053	1,10876	0,271496

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: w.gniew (RAZEM) R= ,74217074 R^2= ,55081741 Popraw. R2= ,47707101 F(11,67)=7,4691 p<80						
N=79	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(67)	p
W. wolny			-1,22902	5,426809	-0,22647	0,821525
NEU	0,275704	0,104381	0,24546	0,092932	2,64133	0,010268
OTW	0,237983	0,094912	0,22695	0,090510	2,50740	0,014593
AOW	-0,345453	0,097975	-0,23270	0,065997	-3,52594	0,000767
z styl	0,490380	0,132962	1,10175	0,298727	3,68813	0,000455
PW	0,156199	0,095581	0,18036	0,110364	1,63421	0,106906
kp styl	0,114350	0,098669	0,08724	0,075280	1,15893	0,250599
Z STRAT	-0,326007	0,139746	-0,55569	0,238199	-2,33286	0,022667
WBO	0,142291	0,102673	0,13766	0,099334	1,38587	0,170383
uaso styl	-0,254719	0,143893	-0,47449	0,268045	-1,77020	0,081243
UASO STRAT	0,191358	0,142840	0,34487	0,257432	1,33967	0,184880
KEW STRAT	-0,121993	0,094980	-0,20218	0,157413	-1,28442	0,203420

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: wrogość (RAZEM) R= ,73813412 R <sup>2</sup> = ,54484198 Popraw. R2= ,50691215 F(6,72)=14,364 p<80						
N=79	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(72)	p
W. wolny			-20,3704	4,264913	-4,77628	0,000009
NEU	0,261690	0,092679	0,2119	0,075037	2,82364	0,006137
UGO	0,280623	0,095922	0,2394	0,081831	2,92554	0,004597
OTW	0,286805	0,084893	0,2487	0,073620	3,37842	0,001180
a styl	0,182687	0,083066	0,2956	0,134387	2,19931	0,031068
z styl	0,184590	0,087105	0,3771	0,177969	2,11915	0,037527
KEW STRAT	0,137364	0,090185	0,2070	0,135923	1,52314	0,132104

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: akceptacja (RAZEM) R= ,68439505 R <sup>2</sup> = ,46839659 Popraw. R2= ,37174142 F(12,66)=4,8461 p<80						
N=79	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(66)	p
W. wolny			-11,2226	6,071760	-1,84833	0,069035
SUM	0,058659	0,112567	0,0624	0,119819	0,52111	0,604037
UGO	0,248492	0,120444	0,2293	0,111143	2,06313	0,043038
PW	0,296871	0,103508	0,3372	0,117564	2,86811	0,005539
UASO STRAT	-0,210481	0,105687	-0,3731	0,187361	-1,99155	0,050562
EKS	0,206365	0,111278	0,1793	0,096696	1,85450	0,068136
NEU	0,202868	0,121455	0,1777	0,106367	1,67032	0,099593
kp styl	0,126871	0,106726	0,0952	0,080097	1,18875	0,238798
SDW	-0,326633	0,171691	-0,2855	0,150076	-1,90244	0,061478
KEW STRAT	0,277381	0,134209	0,4522	0,218794	2,06679	0,042681
kew styl	-0,181211	0,143038	-0,3306	0,260978	-1,26687	0,209653
AOW	0,205462	0,159663	0,1361	0,105794	1,28685	0,202643
zr styl	-0,113405	0,103057	-0,1393	0,126574	-1,10041	0,275151

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: przystosowanie (RAZEM) R= ,68124252 R <sup>2</sup> = ,46409137 Popraw. R2= ,36665344 F(12,66)=4,7629 p<80						
N=79	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(66)	p
W. wolny			13,20557	6,934282	1,90439	0,061219
EKS	0,377497	0,104447	0,44456	0,123002	3,61424	0,000583
PW	0,033376	0,133059	0,05137	0,204815	0,25083	0,802721
AOW	0,365530	0,157727	0,32824	0,141638	2,31749	0,023588
KEW STRAT	0,561739	0,147993	1,24110	0,326974	3,79570	0,000322
kew styl	-0,421913	0,154874	-1,04326	0,382955	-2,72424	0,008240
PEW	-0,439382	0,164190	-0,76148	0,284550	-2,67607	0,009386

STRAT						
WBO	-0,301719	0,108207	-0,38914	0,139560	-2,78835	0,006915
SDW	-0,349008	0,164744	-0,41344	0,195158	-2,11849	0,037902
pew styl	0,286899	0,156011	0,56957	0,309723	1,83896	0,070419
zr styl	-0,332590	0,159665	-0,55359	0,265761	-2,08305	0,041125
NEU	-0,123025	0,110986	-0,14602	0,131728	-1,10847	0,271683
ZR STRAT	0,167065	0,152337	0,27921	0,254595	1,09668	0,276765

Regresja krokowa – niepełnosprawność nabyta

	Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: szok (RAZEM) R= ,74964579 R <sup>2</sup> = ,56196882 Popraw. R2= ,50565052 F(9,70)=9,9784 p79					
N=80	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(70)	p
W. wolny			-1,01906	4,895928	-0,20814	0,835720
kew styl	0,218463	0,097925	0,36715	0,164573	2,23093	0,028892
Z STRAT	0,401323	0,092883	0,64450	0,149165	4,32075	0,000050
ph styl	-0,454829	0,163548	-0,58510	0,210390	-2,78102	0,006957
NEU	0,210993	0,090226	0,15368	0,065717	2,33851	0,022222
UGO	0,154216	0,093404	0,12353	0,074818	1,65105	0,103207
PH STRAT	0,269992	0,160947	0,37322	0,222485	1,67752	0,097901
SDW	-0,090301	0,087549	-0,09365	0,090793	-1,03144	0,305887
OTW	0,129802	0,084531	0,11257	0,073312	1,53556	0,129155
EKS	-0,107221	0,090510	-0,09942	0,083925	-1,18463	0,240172

	Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: niepokój (RAZEM) R= ,63478749 R <sup>2</sup> = ,40295516 Popraw. R2= ,32619225 F(9,70)=5,2493 p79					
N=80	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(70)	p
W. wolny			3,736274	4,768101	0,78360	0,435919
NEU	0,273361	0,113320	0,166153	0,068877	2,41230	0,018476
Z STRAT	0,303756	0,109561	0,407078	0,146828	2,77249	0,007123
KP STRAT	-0,221788	0,112463	-0,127319	0,064560	-1,97211	0,052549
OTW	0,229657	0,100638	0,166210	0,072835	2,28202	0,025532
UASO STRAT	0,214677	0,106392	0,278662	0,138103	2,01778	0,047449
UGO	-0,172070	0,106064	-0,115018	0,070897	-1,62233	0,109229
A STRAT	0,163594	0,106711	0,244650	0,159584	1,53305	0,129771
SDW	-0,199503	0,114489	-0,172652	0,099080	-1,74255	0,085804
PW	0,149368	0,115173	0,169160	0,130434	1,29690	0,198925

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: wyparcie (RAZEM) R= ,53762899 R^2= ,28904493 Popraw. R2= ,23061026 F(6,73)=4,9465 p79						
N=80	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(73)	p
W. wolny			-2,15994	3,977169	-0,54308	0,588726
zr styl	0,345472	0,104239	0,30728	0,092714	3,31422	0,001433
AOW	0,275300	0,109894	0,15002	0,059883	2,50514	0,014471
Z STRAT	0,148743	0,109150	0,19913	0,146126	1,36274	0,177152
EKS	0,174942	0,104224	0,13523	0,080562	1,67852	0,097521
PW	-0,250718	0,112768	-0,28365	0,127579	-2,22331	0,029291
KEW STRAT	0,181306	0,116605	0,25082	0,161312	1,55487	0,124301

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: depresja (RAZEM) R= ,77495320 R^2= ,60055246 Popraw. R2= ,54919492 F(9,70)=11,694 p79						
N=80	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(70)	p
W. wolny			9,193875	5,131983	1,79149	0,077538
NEU	0,346591	0,081370	0,277387	0,065122	4,25947	0,000063
Z STRAT	0,379737	0,090470	0,670090	0,159646	4,19736	0,000078
ph styl	-0,592592	0,152191	-0,837634	0,215124	-3,89373	0,000223
SDW	-0,163247	0,082177	-0,186023	0,093642	-1,98653	0,050890
PH STRAT	0,318378	0,154079	0,483593	0,234034	2,06633	0,042499
UGO	0,200756	0,087193	0,176696	0,076743	2,30244	0,024288
OTW	-0,132607	0,081939	-0,126369	0,078084	-1,61837	0,110080
KP STRAT	-0,105419	0,087944	-0,079684	0,066475	-1,19870	0,234689
UASO STRAT	0,086147	0,085592	0,147240	0,146292	1,00648	0,317650

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: w.gniew (RAZEM) R= ,71976006 R^2= ,51805454 Popraw. R2= ,46375083 F(8,71)=9,5399 p79						
N=80	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(71)	p
W. wolny			7,432339	5,905081	1,25863	0,212285
NEU	0,296471	0,089813	0,251460	0,076178	3,30098	0,001510
Z STRAT	0,318251	0,096327	0,595165	0,180142	3,30387	0,001496
ph styl	-0,223851	0,090253	-0,335333	0,135201	-2,48026	0,015502
SDW	-0,213990	0,101545	-0,258424	0,122630	-2,10734	0,038621
KEW STRAT	0,181952	0,098395	0,351620	0,190147	1,84920	0,068591
EKS	-0,164295	0,092687	-0,177399	0,100080	-1,77257	0,080590
UGO	0,150065	0,098102	0,139977	0,091507	1,52968	0,130539
AOW	0,131795	0,099386	0,100322	0,075652	1,32610	0,189057



Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: wrogość (RAZEM) R= ,81962633 R <sup>2</sup> = ,67178732 Popraw. R2= ,62422027 F(10,69)=14,123 p79						
N=80	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(69)	p
W. wolny			-6,64170	3,471540	-1,91318	0,059875
UGO	0,431643	0,084074	0,29682	0,057813	5,13410	0,000002
NEU	0,301919	0,085233	0,18878	0,053295	3,54229	0,000716
UASO STRAT	0,159598	0,077640	0,21312	0,103676	2,05562	0,043605
kp styl	-0,137748	0,088858	-0,09069	0,058505	-1,55020	0,125668
KEW STRAT	0,191321	0,095871	0,27256	0,136581	1,99562	0,049925
pew styl	-0,229367	0,092077	-0,29521	0,118509	-2,49103	0,015147
OTW	0,156905	0,077814	0,11682	0,057935	2,01642	0,047651
PH STRAT	0,115701	0,072537	0,13730	0,086080	1,59506	0,115269
WBO	-0,110746	0,078816	-0,09547	0,067941	-1,40512	0,164471
PW	0,098040	0,090440	0,11422	0,105367	1,08403	0,282123

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: akceptacja (RAZEM) R= ,46835356 R <sup>2</sup> = ,21935506 Popraw. R2= ,15519246 F(6,73)=3,4187 p79						
N=80	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(73)	p
W. wolny			3,671728	4,375781	0,83910	0,404151
PW	0,241406	0,108042	0,252666	0,113081	2,23438	0,028520
a styl	0,318976	0,132337	0,422682	0,175363	2,41033	0,018458
z styl	0,272219	0,112728	0,366170	0,151634	2,41483	0,018249
EKS	0,141292	0,106444	0,101039	0,076119	1,32738	0,188519
KP STRAT	0,222065	0,124651	0,117813	0,066132	1,78150	0,078991
A STRAT	-0,240910	0,140891	-0,332961	0,194724	-1,70991	0,091531

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: przystosowanie (RAZEM) R= ,75333273 R <sup>2</sup> = ,56751021 Popraw. R2= ,49004935 F(12,67)=7,3264 p79						
N=80	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(67)	p
W. wolny			31,18041	6,512698	4,78763	0,000010
kew styl	-0,371512	0,163281	-0,71815	0,315630	-2,27529	0,026093
EKS	0,374601	0,095961	0,39952	0,102344	3,90366	0,000223
NEU	-0,237748	0,093635	-0,19918	0,078445	-2,53909	0,013442
UASO STRAT	-0,212510	0,091546	-0,38021	0,163789	-2,32135	0,023318
SUM	-0,297012	0,092805	-0,42235	0,131967	-3,20040	0,002099
ZW	-0,373306	0,106244	-0,81980	0,233317	-3,51368	0,000797
AOW	0,174483	0,102161	0,13119	0,076811	1,70791	0,092283
PH STRAT	0,101420	0,088905	0,16126	0,141359	1,14076	0,258030

pew styl	0,153547	0,104089	0,26478	0,179496	1,47515	0,144856
SDW	0,175590	0,107920	0,20945	0,128730	1,62704	0,108423
zr styl	-0,123036	0,092467	-0,15099	0,113477	-1,33058	0,187837
KEW STRAT	0,202814	0,169888	0,38713	0,324278	1,19381	0,236762

Regresja krokowa – orientacja prezentystyczno-retrospektywna

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: szok (RAZEM) R= ,76126013 R <sup>2</sup> = ,57951698 Popraw. R2= ,48512284 F(11,49)=6,1393 p						
N=61	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(49)	p
W. wolny			-2,87137	4,538122	-0,63272	0,529857
z styl	0,214089	0,111188	0,33006	0,171418	1,92548	0,059984
NEU	0,461806	0,116281	0,26767	0,067397	3,97147	0,000234
A STRAT	0,198421	0,102379	0,27733	0,143091	1,93811	0,058382
KP STRAT	-0,238363	0,125091	-0,13398	0,070312	-1,90553	0,062588
ZW	0,576555	0,149982	0,87400	0,227359	3,84415	0,000349
PW	-0,373150	0,164435	-0,34166	0,150558	-2,26929	0,027689
zr styl	0,232755	0,115900	0,20292	0,101043	2,00824	0,050147
pew styl	-0,360406	0,151669	-0,46291	0,194806	-2,37627	0,021441
kp styl	0,252901	0,118439	0,15455	0,072379	2,13529	0,037762
KEW STRAT	0,175278	0,112802	0,22070	0,142030	1,55386	0,126654
EKS	-0,161431	0,105425	-0,13257	0,086580	-1,53124	0,132142

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: niepokój (RAZEM) R= ,71881685 R <sup>2</sup> = ,51669767 Popraw. R2= ,43140902 F(9,51)=6,0582 p						
N=61	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(51)	p
W. wolny			-1,12248	3,748722	-0,29943	0,765829
NEU	0,646593	0,114922	0,31230	0,055506	5,62637	0,000001
KP STRAT	-0,324687	0,126092	-0,15208	0,059060	-2,57500	0,012968
OTW	0,226335	0,115143	0,14234	0,072413	1,96569	0,054790
ZW	0,384348	0,134933	0,48552	0,170450	2,84844	0,006319
a styl	0,131907	0,101733	0,14359	0,110746	1,29660	0,200604
UGO	-0,286958	0,115236	-0,16699	0,067059	-2,49019	0,016067
PW	-0,284439	0,156033	-0,21702	0,119052	-1,82294	0,074177
Z STRAT	0,179340	0,108227	0,18459	0,111393	1,65707	0,103645
kp styl	0,178109	0,135047	0,09070	0,068773	1,31886	0,193107

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: wyparcie (RAZEM) R= ,82079995 R^2= ,67371255 Popraw. R2= ,55506257 F(16,44)=5,6782 p						
N=61	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(44)	p
W. wolny			5,950296	3,743468	1,58951	0,119105
z styl	0,353488	0,177845	0,472928	0,237937	1,98762	0,053100
uaso styl	0,391442	0,134771	0,592637	0,204041	2,90449	0,005734
zr styl	0,378415	0,119486	0,286292	0,090398	3,16703	0,002797
Z STRAT	-0,112958	0,165841	-0,121075	0,177757	-0,68112	0,499362
a styl	-0,351330	0,120904	-0,398287	0,137063	-2,90587	0,005713
KP STRAT	-0,218200	0,127431	-0,106433	0,062158	-1,71230	0,093883
UGO	-0,001950	0,114982	-0,001182	0,069682	-0,01696	0,986546
ZW	0,633168	0,150091	0,832935	0,197445	4,21856	0,000121
PW	-0,386976	0,173120	-0,307479	0,137556	-2,23530	0,030521
pew styl	-0,462280	0,153743	-0,515264	0,171365	-3,00682	0,004351
NEU	0,241081	0,121668	0,121260	0,061197	1,98147	0,053809
kp styl	0,218829	0,124957	0,116050	0,066268	1,75124	0,086873
UASO STRAT	-0,203164	0,144348	-0,285957	0,203173	-1,40746	0,166317
PH STRAT	-0,449051	0,167404	-0,404171	0,150673	-2,68245	0,010255
ph styl	0,347751	0,152050	0,315926	0,138135	2,28708	0,027058
A STRAT	0,153523	0,133357	0,186207	0,161748	1,15121	0,255862

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: depresja (RAZEM) R= ,70938810 R^2= ,50323147 Popraw. R2= ,37903934 F(12,48)=4,0520 p						
N=61	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(48)	p
W. wolny			-6,95558	4,348036	-1,59971	0,116226
kew styl	0,138496	0,139359	0,17691	0,178014	0,99381	0,325300
z styl	0,273774	0,119834	0,38806	0,169858	2,28461	0,026798
ZW	0,423998	0,152753	0,59094	0,212896	2,77571	0,007829
OTW	0,202462	0,107534	0,14048	0,074615	1,88277	0,065799
pew styl	-0,339991	0,178371	-0,40149	0,210637	-1,90609	0,062636
zr styl	0,586379	0,193858	0,47001	0,155385	3,02479	0,003989
NEU	0,290441	0,133536	0,15477	0,071160	2,17500	0,034588
ZR STRAT	-0,423466	0,189301	-0,33968	0,151848	-2,23700	0,029967
UASO STRAT	0,160651	0,111735	0,23957	0,166621	1,43779	0,156981
ph styl	-0,176070	0,122277	-0,16947	0,117692	-1,43992	0,156380
SDW	0,142104	0,126005	0,10637	0,094319	1,12776	0,265027
PEW STRAT	-0,164308	0,154030	-0,16328	0,153070	-1,06673	0,291431

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: w.gniew (RAZEM) R= ,69179665 R <sup>2</sup> = ,47858261 Popraw. R2= ,37429913 F(10,50)=4,5892 p						
N=61	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(50)	p
W. wolny			-2,99273	5,775759	-0,51815	0,606637
z styl	0,196200	0,125389	0,30809	0,196894	1,56473	0,123953
ZW	0,696894	0,166658	1,07600	0,257318	4,18158	0,000116
SUM	0,098368	0,123380	0,10600	0,132956	0,79728	0,429061
NEU	0,462646	0,125128	0,27312	0,073868	3,69740	0,000541
pew styl	-0,515846	0,167854	-0,67483	0,219588	-3,07318	0,003425
PH STRAT	-0,135590	0,116011	-0,14324	0,122553	-1,16877	0,248040
kp styl	0,278818	0,125104	0,17355	0,077869	2,22869	0,030360
EKS	-0,195722	0,114513	-0,16372	0,095786	-1,70917	0,093620
PW	-0,313592	0,179483	-0,29245	0,167381	-1,74719	0,086744
zr styl	0,205589	0,125725	0,18255	0,111639	1,63523	0,108282

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: wrogość (RAZEM) R= ,87961352 R <sup>2</sup> = ,77371994 Popraw. R2= ,72292238 F(11,49)=15,231 p						
N=61	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(49)	p
W. wolny			-13,7944	3,257705	-4,23440	0,000100
UGO	0,270426	0,083239	0,1796	0,055285	3,24880	0,002096
KEW STRAT	0,452682	0,082340	0,5421	0,098602	5,49775	0,000001
NEU	0,268194	0,082991	0,1478	0,045748	3,23162	0,002203
OTW	0,273166	0,076437	0,1961	0,054864	3,57373	0,000802
pew styl	-0,359755	0,103682	-0,4395	0,126655	-3,46978	0,001096
ZW	0,208649	0,090727	0,3008	0,130804	2,29974	0,025764
EKS	0,128689	0,075293	0,1005	0,058809	1,70917	0,093746
A STRAT	0,157904	0,075330	0,2099	0,100135	2,09615	0,041256
KP STRAT	-0,146369	0,080107	-0,0782	0,042824	-1,82717	0,073768
WBO	-0,141197	0,073902	-0,1004	0,052538	-1,91059	0,061917
UASO STRAT	0,111370	0,074270	0,1718	0,114567	1,49954	0,140150

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: akceptacja (RAZEM) R= ,72119587 R <sup>2</sup> = ,52012349 Popraw. R2= ,36016465 F(15,45)=3,2516 p						
N=61	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(45)	p
W. wolny			-22,0470	8,037585	-2,74299	0,008709
UGO	0,217222	0,137691	0,1993	0,126330	1,57760	0,121662
EKS	0,381660	0,126477	0,4118	0,136465	3,01763	0,004183
PH STRAT	-0,074655	0,177654	-0,1017	0,242079	-0,42023	0,676319

kp styl	0,229135	0,131616	0,1840	0,105673	1,74093	0,088530
PEW STRAT	-0,625577	0,172695	-0,8884	0,245241	-3,62243	0,000738
ZW	0,359278	0,141599	0,7155	0,282011	2,53729	0,014707
zr styl	0,153177	0,123425	0,1754	0,141369	1,24106	0,221016
kew styl	-0,517424	0,174108	-0,9445	0,317809	-2,97185	0,004739
KEW STRAT	0,398342	0,184635	0,6590	0,305431	2,15746	0,036347
NEU	0,306550	0,139008	0,2334	0,105853	2,20527	0,032586
ph styl	-0,271897	0,180892	-0,3740	0,248799	-1,50309	0,139803
a styl	0,161722	0,113577	0,2776	0,194933	1,42389	0,161375
WBO	-0,200345	0,124486	-0,1968	0,122253	-1,60938	0,114528
Z STRAT	0,188103	0,144925	0,3052	0,235176	1,29793	0,200926
SDW	0,155027	0,130351	0,1658	0,139428	1,18930	0,240558

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: przystosowanie (RAZEM) R= ,69266238 R <sup>2</sup> = ,47978117 Popraw. R2= ,34972647 F(12,48)=3,6891 p						
N=61	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(48)	p
W. wolny			11,83776	10,89599	1,08643	0,282713
Z STRAT	-0,216734	0,135632	-0,42677	0,26707	-1,59796	0,116615
UGO	0,381420	0,130413	0,42464	0,14519	2,92470	0,005250
PW	-0,268532	0,157756	-0,39197	0,23027	-1,70220	0,095187
SDW	0,249389	0,125176	0,32369	0,16247	1,99231	0,052041
KEW STRAT	0,516903	0,181153	1,03758	0,36363	2,85340	0,006366
kew styl	-0,455825	0,161445	-1,00962	0,35759	-2,82341	0,006897
UASO STRAT	-0,160039	0,110690	-0,41382	0,28621	-1,44583	0,154722
PEW STRAT	-0,463834	0,189986	-0,79926	0,32738	-2,44140	0,018367
WBO	-0,238372	0,122108	-0,28406	0,14551	-1,95214	0,056769
EKS	0,247040	0,126176	0,32344	0,16520	1,95790	0,056069
pew styl	0,311469	0,173739	0,63777	0,35575	1,79274	0,079317
SUM	-0,130636	0,118994	-0,22034	0,20071	-1,09783	0,277754

Regresja krokowa – orientacja prospektywno-retrospektywna

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: szok (RAZEM) R= ,72753784 R <sup>2</sup> = ,52931131 Popraw. R2= ,45957965 F(8,54)=7,5907 p						
N=63	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(54)	p
W. wolny			0,515242	4,787372	0,10763	0,914692
kew styl	0,186291	0,183977	0,287401	0,283831	1,01258	0,315778
NEU	0,287971	0,114764	0,236316	0,094178	2,50925	0,015131
SDW	-0,317350	0,124292	-0,323826	0,126828	-2,55327	0,013529
AOW	0,194220	0,114463	0,114892	0,067711	1,69679	0,095493
KEW	0,240642	0,177098	0,364432	0,268200	1,35881	0,179856

STRAT						
OTW	0,132090	0,097223	0,122750	0,090348	1,35863	0,179912
ZW	-0,172286	0,118611	-0,369602	0,254453	-1,45254	0,152139
pew styl	0,114547	0,114156	0,145421	0,144925	1,00342	0,320134

N=63	Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: niepokój (RAZEM) R= ,63830954 R <sup>2</sup> = ,40743907 Popraw. R2= ,26522444 F(12,50)=2,8650 p					
	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(50)	p
W. wolny			12,33366	6,975488	1,76814	0,083138
Z STRAT	0,139649	0,171692	0,24205	0,297587	0,81337	0,419864
NEU	0,094635	0,130862	0,07644	0,105706	0,72317	0,472946
SDW	-0,349966	0,151500	-0,35151	0,152169	-2,31001	0,025054
z styl	0,430870	0,162098	0,75637	0,284555	2,65808	0,010525
kp styl	0,474837	0,195883	0,34001	0,140263	2,42409	0,019005
EKS	-0,317110	0,134290	-0,23347	0,098868	-2,36139	0,022144
KP STRAT	-0,420199	0,187981	-0,29254	0,130872	-2,23533	0,029892
WBO	-0,364663	0,146820	-0,32468	0,130724	-2,48374	0,016397
PH STRAT	-0,239550	0,143184	-0,32551	0,194563	-1,67302	0,100570
AOW	0,353275	0,172299	0,20571	0,100328	2,05036	0,045590
UGO	0,255836	0,144604	0,19846	0,112175	1,76921	0,082957
a styl	-0,131022	0,128801	-0,20585	0,202367	-1,01724	0,313937

N=63	Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: wyparcie (RAZEM) R= ,60275120 R <sup>2</sup> = ,36330900 Popraw. R2= ,22598349 F(11,51)=2,6456 p					
	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(51)	p
W. wolny			12,12061	6,043810	2,00546	0,050234
NEU	-0,289516	0,128110	-0,21330	0,094386	-2,25990	0,028128
ZR STRAT	0,295644	0,118051	0,29198	0,116588	2,50438	0,015506
PH STRAT	0,476756	0,192201	0,59088	0,238210	2,48051	0,016460
kp styl	0,021920	0,139194	0,01432	0,090909	0,15748	0,875492
ph styl	-0,320276	0,199551	-0,38121	0,237520	-1,60498	0,114673
AOW	0,350955	0,154814	0,18639	0,082222	2,26695	0,027663
SDW	-0,288643	0,149457	-0,26443	0,136921	-1,93128	0,059015
EKS	0,166873	0,126333	0,11206	0,084833	1,32090	0,192431
a styl	-0,195215	0,132366	-0,27975	0,189685	-1,47481	0,146410
KEW STRAT	0,379364	0,233554	0,51580	0,317550	1,62431	0,110475
kew styl	-0,289911	0,236237	-0,40155	0,327207	-1,22720	0,225382

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: depresja (RAZEM) R= ,83873082 R <sup>2</sup> = ,70346939 Popraw. R2= ,57244424 F(19,43)=5,3690 p						
N=63	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(43)	p
W. wolny			13,94332	7,511422	1,85628	0,070274
NEU	0,162338	0,115634	0,15642	0,111417	1,40389	0,167533
SDW	-0,490847	0,139108	-0,58808	0,166665	-3,52853	0,001009
z styl	0,491138	0,112843	1,02842	0,236288	4,35239	0,000082
kp styl	0,225464	0,184309	0,19258	0,157425	1,22329	0,227881
EKS	-0,419852	0,115798	-0,36871	0,101693	-3,62572	0,000758
zr styl	-0,158874	0,099023	-0,21188	0,132060	-1,60442	0,115942
KP STRAT	-0,104968	0,167724	-0,08717	0,139285	-0,62584	0,534728
UGO	0,290815	0,119408	0,26910	0,110491	2,43547	0,019093
ph styl	-0,650253	0,178573	-1,01220	0,277972	-3,64138	0,000724
PH STRAT	0,466996	0,172645	0,75693	0,279832	2,70495	0,009751
kew styl	0,079632	0,111489	0,14425	0,201950	0,71426	0,478925
WBO	-0,360755	0,128002	-0,38314	0,135945	-2,81835	0,007267
AOW	0,290075	0,137502	0,20148	0,095505	2,10960	0,040752
UASO STRAT	0,149078	0,094112	0,26102	0,164780	1,58404	0,120512
OTW	-0,158417	0,105656	-0,17285	0,115283	-1,49936	0,141086
SUM	0,173942	0,122199	0,18743	0,131678	1,42343	0,161829
A STRAT	-0,219771	0,139189	-0,42555	0,269514	-1,57894	0,121678
PW	0,161466	0,133234	0,26234	0,216468	1,21190	0,232168
a styl	0,137804	0,135736	0,25826	0,254384	1,01524	0,315670

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: w.gniew (RAZEM) R= ,75257288 R <sup>2</sup> = ,56636594 Popraw. R2= ,48297477 F(10,52)=6,7917 p						
N=63	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(52)	p
W. wolny			15,99804	5,819510	2,74904	0,008200
UGO	0,202568	0,107384	0,19155	0,101542	1,88639	0,064832
SDW	-0,580426	0,119240	-0,71064	0,145991	-4,86772	0,000011
AOW	0,437319	0,127159	0,31040	0,090256	3,43914	0,001158
a styl	-0,123164	0,144460	-0,23588	0,276666	-0,85259	0,397799
KEW STRAT	0,250498	0,105808	0,45518	0,192263	2,36747	0,021666
ph styl	-0,289947	0,112598	-0,46123	0,179113	-2,57508	0,012906
z styl	0,309787	0,110627	0,66289	0,236723	2,80028	0,007151
A STRAT	-0,182512	0,124794	-0,36114	0,246936	-1,46250	0,149623
UASO STRAT	0,260786	0,151333	0,46661	0,270774	1,72326	0,090784
uaso styl	-0,217654	0,166191	-0,41299	0,315342	-1,30966	0,196067

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: wrogość (RAZEM) R= ,77528659 R <sup>2</sup> = ,60106930 Popraw. R <sup>2</sup> = ,54196845 F(8,54)=10,170 p						
N=63	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(54)	p
W. wolny			-12,4732	3,848624	-3,24094	0,002043
UGO	0,360030	0,110054	0,2682	0,081972	3,27138	0,001868
KEW STRAT	0,351081	0,105780	0,5025	0,151403	3,31898	0,001623
PH STRAT	0,264817	0,095050	0,3455	0,124012	2,78607	0,007345
NEU	0,334770	0,108206	0,2596	0,083923	3,09383	0,003127
pew styl	-0,223190	0,106388	-0,2678	0,127650	-2,09789	0,040609
EKS	0,255244	0,095321	0,1804	0,067382	2,67773	0,009799
ZW	-0,335198	0,133436	-0,6796	0,270548	-2,51205	0,015025
PW	0,162186	0,145897	0,2121	0,190807	1,11165	0,271213

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: akceptacja (RAZEM) R= ,84634607 R <sup>2</sup> = ,71630167 Popraw. R <sup>2</sup> = ,65511183 F(11,51)=11,706 p						
N=63	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(51)	p
W. wolny			10,21856	3,720310	2,74670	0,008298
EKS	0,43328	0,084827	0,27350	0,053544	5,10785	0,000005
pew styl	0,42572	0,159361	0,45611	0,170739	2,67140	0,010113
OTW	-0,32700	0,082152	-0,25645	0,064428	-3,98046	0,000218
AOW	0,39498	0,110378	0,19719	0,055105	3,57843	0,000769
SDW	-0,36873	0,118661	-0,31753	0,102186	-3,10740	0,003083
ZR STRAT	1,11058	0,180671	1,03101	0,167726	6,14697	0,000000
zr styl	-1,08357	0,180075	-1,03867	0,172614	-6,01730	0,000000
KP STRAT	0,10745	0,083148	0,06414	0,049631	1,29225	0,202095
PW	0,32705	0,122647	0,38193	0,143227	2,66659	0,010241
WBO	-0,24171	0,102028	-0,18452	0,077885	-2,36909	0,021656
PEW STRAT	-0,24671	0,179348	-0,24082	0,175068	-1,37560	0,174958

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: przystosowanie (RAZEM) R= ,68017463 R <sup>2</sup> = ,46263753 Popraw. R <sup>2</sup> = ,33367054 F(12,50)=3,5873 p						
N=63	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(50)	p
W. wolny			18,24966	8,616364	2,11802	0,039167
NEU	-0,162461	0,135291	-0,17147	0,142797	-1,20082	0,235477
a styl	0,119473	0,121220	0,24527	0,248862	0,98558	0,329083
EKS	0,396775	0,119646	0,38170	0,115100	3,31623	0,001705
zr styl	-0,499779	0,245912	-0,73013	0,359253	-2,03235	0,047447
UGO	-0,441128	0,139145	-0,44714	0,141042	-3,17027	0,002601



KP STRAT	0,215198	0,121953	0,19577	0,110941	1,76459	0,083740
PH STRAT	-0,038652	0,206057	-0,06863	0,365863	-0,18758	0,851965
ZR STRAT	0,340427	0,245336	0,48165	0,347114	1,38759	0,171414
SDW	-0,149137	0,119512	-0,19573	0,156853	-1,24788	0,217888
ph styl	0,282085	0,208980	0,48101	0,356351	1,34981	0,183155
WBO	0,167583	0,123772	0,19497	0,143998	1,35396	0,181837
pew styl	0,149697	0,129462	0,24443	0,211393	1,15630	0,253053

Regresja krokowa – orientacja prospektywno-retrospektywna

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: szok (RAZEM) R= ,95556376 R <sup>2</sup> = ,91310210 Popraw. R2= ,87154223 F(11,23)=21,971 p						
N=35	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(23)	p
W. wolny			-6,43503	4,789821	-1,34348	0,192223
PW	0,588003	0,080339	0,68401	0,093458	7,31898	0,000000
Z STRAT	0,255857	0,080049	0,39633	0,123998	3,19627	0,004014
OTW	0,183150	0,071587	0,14364	0,056143	2,55842	0,017567
ZR STRAT	0,231712	0,067650	0,26219	0,076548	3,42518	0,002313
AOW	-0,116846	0,080020	-0,08199	0,056147	-1,46021	0,157757
NEU	0,190638	0,072192	0,19229	0,072819	2,64070	0,014612
PH STRAT	0,217097	0,082873	0,24912	0,095099	2,61963	0,015321
A STRAT	-0,174444	0,076083	-0,32261	0,140706	-2,29282	0,031335
ZW	-0,084781	0,071120	-0,15595	0,130825	-1,19208	0,245384
SUM	0,131146	0,075069	0,15659	0,089632	1,74700	0,093979
EKS	-0,113835	0,089050	-0,11391	0,089108	-1,27833	0,213882

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: niepokój (RAZEM) R= ,83186310 R <sup>2</sup> = ,69199622 Popraw. R2= ,58111486 F(9,25)=6,2409 p						
N=35	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(25)	p
W. wolny			-8,58443	5,652503	-1,51869	0,141386
z styl	0,270459	0,177978	0,53762	0,353787	1,51962	0,141153
PW	0,712452	0,161198	0,82359	0,186345	4,41973	0,000168
ZW	-0,591336	0,149668	-1,08094	0,273589	-3,95097	0,000562
zr styl	1,046038	0,467283	1,22830	0,548700	2,23856	0,034328
kew styl	0,434029	0,147377	0,85761	0,291206	2,94502	0,006888
PEW STRAT	-0,331101	0,150663	-0,49224	0,223987	-2,19762	0,037458
UASO STRAT	0,201674	0,142010	0,31509	0,221876	1,42014	0,167920

KP STRAT	0,216150	0,149781	0,15457	0,107108	1,44311	0,161403
ZR STRAT	-0,545022	0,462084	-0,61285	0,519590	-1,17949	0,249307

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: wyparcie (RAZEM) R= ,86975803 R <sup>2</sup> = ,75647903 Popraw. R2= ,68154950 F(8,26)=10,096 p						
N=35	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(26)	p
W. wolny			-2,73156	4,122332	-0,66262	0,513403
OTW	0,332506	0,109198	0,16901	0,055504	3,04499	0,005275
AOW	0,276033	0,147116	0,12553	0,066902	1,87630	0,071883
PW	0,418964	0,108944	0,31587	0,082137	3,84568	0,000698
z styl	0,334169	0,112121	0,43323	0,145358	2,98044	0,006171
ZW	-0,287361	0,110167	-0,34259	0,131339	-2,60842	0,014878
zr styl	0,136668	0,119886	0,10466	0,091813	1,13998	0,264688
SDW	0,221472	0,148761	0,12741	0,085583	1,48877	0,148578
UGO	-0,161889	0,125483	-0,11553	0,089553	-1,29013	0,208363

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: depresja (RAZEM) R= ,89745399 R <sup>2</sup> = ,80542367 Popraw. R2= ,73537618 F(9,25)=11,498 p						
N=35	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(25)	p
W. wolny			-1,48089	5,526415	-0,26797	0,790925
PW	0,531707	0,120332	0,64027	0,144902	4,41865	0,000168
Z STRAT	0,164585	0,104213	0,26391	0,167106	1,57930	0,126837
NEU	0,303307	0,099881	0,31670	0,104291	3,03669	0,005528
AOW	-0,523477	0,143905	-0,38022	0,104523	-3,63764	0,001248
zr styl	0,396286	0,102145	0,48473	0,124941	3,87966	0,000674
A STRAT	0,232504	0,098018	0,44511	0,187646	2,37205	0,025700
PEW STRAT	-0,203268	0,119159	-0,31479	0,184534	-1,70585	0,100432
ZW	0,112032	0,096799	0,21333	0,184320	1,15736	0,258062
SDW	0,150149	0,135095	0,13797	0,124135	1,11143	0,276959

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: w.gniew (RAZEM) R= ,83867240 R <sup>2</sup> = ,70337140 Popraw. R2= ,61210106 F(8,26)=7,7065 p						
N=35	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(26)	p
W. wolny			-22,2897	10,99394	-2,02746	0,052981
WBO	0,330002	0,174328	0,3716	0,19628	1,89300	0,069540
ZR STRAT	0,445480	0,129193	0,5694	0,16512	3,44816	0,001935
UGO	0,203686	0,135217	0,2533	0,16818	1,50637	0,144028

PW	0,402531	0,147293	0,5289	0,19354	2,73286	0,011140
ph styl	0,236440	0,145807	0,3368	0,20767	1,62160	0,116956
NEU	0,271440	0,139542	0,3093	0,15899	1,94522	0,062637
AOW	-0,234209	0,143586	-0,1856	0,11380	-1,63114	0,114917
a styl	0,170857	0,120179	0,4008	0,28190	1,42169	0,167002

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: wrogość (RAZEM) R= ,88325321 R^2= ,78013623 Popraw. R2= ,68852633 F(10,24)=8,5159 p						
N=35	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(24)	p
W. wolny			-17,5524	5,628482	-3,11850	0,004675
Z STRAT	0,139287	0,144899	0,1789	0,186156	0,96127	0,346002
UGO	0,384716	0,122780	0,3513	0,112131	3,13337	0,004511
A STRAT	0,154527	0,109370	0,2370	0,167755	1,41289	0,170527
PW	0,471683	0,135977	0,4551	0,131190	3,46885	0,001990
ph styl	0,830162	0,282354	0,8682	0,295285	2,94015	0,007151
ZW	-0,230532	0,113550	-0,3517	0,173235	-2,03022	0,053558
zr styl	0,392461	0,127237	0,3846	0,124695	3,08449	0,005073
PH STRAT	-0,446476	0,257623	-0,4249	0,245186	-1,73306	0,095917
WBO	0,260407	0,150970	0,2153	0,124814	1,72489	0,097405
uaso styl	0,119076	0,107040	0,1469	0,132015	1,11244	0,276968

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: akceptacja (RAZEM) R= ,90468354 R^2= ,81845230 Popraw. R2= ,70606563 F(13,21)=7,2825 p						
N=35	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(21)	p
W. wolny			9,04588	6,700410	1,35005	0,191373
PW	0,66754	0,139919	0,58649	0,122930	4,77092	0,000103
uaso styl	-0,31402	0,128949	-0,35268	0,144824	-2,43521	0,023884
PH STRAT	0,32987	0,140788	0,28589	0,122018	2,34302	0,029053
pew styl	-0,23737	0,343534	-0,29825	0,431637	-0,69097	0,497153
kp styl	1,22670	0,386560	0,68667	0,216383	3,17339	0,004577
KP STRAT	-0,94508	0,360272	-0,51364	0,195804	-2,62324	0,015885
A STRAT	-0,20034	0,148571	-0,27982	0,207519	-1,34842	0,191887
EKS	-0,32891	0,138811	-0,24857	0,104907	-2,36946	0,027474
ZR STRAT	-1,23733	0,439389	-1,05743	0,375504	-2,81603	0,010351
zr styl	1,15392	0,447093	1,02981	0,399006	2,58095	0,017427
kew styl	0,14464	0,126165	0,21721	0,189467	1,14643	0,264512
PEW	0,52273	0,356335	0,59064	0,402624	1,46697	0,157201

STRAT						
SUM	0,14527	0,121546	0,13100	0,109608	1,19516	0,245347

	Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: przystosowanie (RAZEM) R= ,84381778 R <sup>2</sup> = ,71202845 Popraw. R2= ,66237818 F(5,29)=14,341 p					
N=35	b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(29)	p
W. wolny			5,002036	9,084217	0,55063	0,586105
WBO	-0,353958	0,106045	-0,391239	0,117214	-3,33783	0,002328
ZW	-0,388643	0,105514	-0,792717	0,215218	-3,68332	0,000938
EKS	0,452314	0,110534	0,501873	0,122645	4,09207	0,000311
A STRA T	0,181268	0,109620	0,371723	0,224797	1,65360	0,108996
a styl	0,195503	0,119828	0,450195	0,275933	1,63154	0,113591