

STANISŁAWA BYRA, BEATA MAZUR-SZABAŁA

*Wybrane korelaty radzenia sobie w sytuacjach trudnych
przez studentów z niepełnosprawnością narządu ruchu*

Selected correlates of coping with difficult situations by students with motor disability

Radzenie sobie w sytuacjach trudnych (stresowych) znajduje się w centrum zainteresowania współczesnej psychologii zdrowia (Taylor 1992). Wielu autorów w umiejętności tej z jednej strony poszukuje źródła trudności życiowych i nieprzystosowania, a z drugiej możliwości rozwoju osobistego i wzmożenia odporności człowieka (Markowska, Poprawa 2001).

Radzenie sobie sprowadzane jest do trzech zakresów znaczeniowych. Może być analizowane jak o proces, strategia i styl. Radzenie sobie rozumiane jak o proces „odnosi się do całości aktywności podejmowanej przez człowieka w danej sytuacji stresowej” (Heszen-Niejodek 1996, s. 10). Procesualne ujęcie radzenia sobie uwzględnia zmiany myślenia, dynamikę stanów emocjonalnych i działania jednostki w sytuacji trudnej (Markowska, Poprawa 2001). Pojęciem strategii określa się poznawcze i behawioralne reakcje podmiotu, ujawniające się w sytuacji stresowej. Ich celem jest zminimalizowanie źródła stresu (Vercruysee, Chandler 1992, za: Pisula 1996). Z kolei styl radzenia sobie to powtarzająca się i względnie trwała preferencja sposobów rozwiązywania problemów przez człowieka (Kosińska-Dec, Jelonkiewicz 1993).

Literatura przedmiotu podaje różne podziały stylów radzenia sobie. Do najczęściej cytowanych należy klasyfikacja S. B. Miller oraz J. Parkera i N. Endlera. S. B. Miller (1990, za: Heszen-Niejodek 1996) wyróżniła dwa style. Pierwszy z nich polega na poszukiwaniu i wykorzystywaniu tych informacji, które dotyczą sytuacji stresowej. Drugi odnosi się do unikania informacji o wydarzeniu stresowym. Zdaniem J. Parkera i N. Endlera (1992), działania jednostki w konfrontacji z sytuacją trudną można przyporządkować do trzech

stylów: skoncentrowany na zadaniu, skoncentrowany na emocjach i skoncentrowany na unikaniu.

W radzeniu sobie ze stresującymi wydarzeniami życiowymi ważną rolę spełniają zasoby osobiste. R. H. Moos i J. A. Scheafer (1993, za: Poprawa 2001, s. 106) definiują je jak o „złożony układ osobowościowych, dyspozycyjnych i poznawczych czynników, które stanowią część psychologicznego kontekstu radzenia sobie”.

Najczęściej wymienianym zasobem osobistym jest wsparcie społeczne. I. Sarason (za: Jaworowska-Obłój, Skuza 1986) utożsamia wsparcie społeczne z pomocą otrzymywaną przez jednostkę w sytuacjach trudnych. Szerszą definicję podaje Z. Kawczyńska-Butrym (1998, s. 87), która wsparcie społeczne określa jak o „szczególny sposób i rodzaj pomocy udzielanej poszczególnym osobom i grupom głównie w celu mobilizowania ich sił, potencjału i zasobów, które zachowali, aby mogli sami sobie radzić ze swoimi problemami”.

Wsparcie społeczne pełni różnorodne funkcje. Mówi się o wsparciu informacyjnym, emocjonalnym, materialnym, instrumentalnym, wartościującym, motywacyjnym, duchowym, wsparciu w rozwoju (Kawczyńska-Butrym 1998, Kawula 1996, Kowalik 1996, Sęk 1997). Istnieje wiele czynników, które są istotne w odbiorze wsparcia społecznego, przy czym mogą one ten proces stymulować bądź go zakłócać. Wśród nich H. Sęk (1991, 1997) wymienia czynniki personalne (np. płeć, cechy osobowości) i sytuacyjne, a więc wiążące się z kontekstem sytuacyjnym interakcji. Z kolei S. Kawula (1996) do czynników pozytywnie determinujących wsparcie społeczne zalicza m. in.: świadomość pełnionej przez siebie roli społecznej, bezwarunkową akceptację konkretnej osoby i warunkową jej zachowania, wiedzę o danej osobie, umiejętność rozpoznawania potrzeb drugiego człowieka, posiadanie cech umożliwiających nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktu z drugą osobą.

Wyniki wielu badań (m.in. Sęk 1993, Kawczyńska-Butrym 1998) pokazują, że ludzie wspierani przez najbliższe otoczenie, posiadający wielu przyjaciół skuteczniej radzą sobie w sytuacjach trudnych i mniej dotkliwie przeżywają negatywne konsekwencje sytuacji stresowych (Jaworowska-Obłój, Skuza 1986).

Skuteczne radzenie sobie wiąże się zarówno ze sposobem odbioru wsparcia, jak i jego udzielania (Silver, Wortman 1984). W tej zależności podkreśla się znaczenie wsparcia w utrzymaniu dobrego samopoczucia oraz zdrowia psychicznego i fizycznego. Niezależnie od poziomu stresu otrzymywane wsparcie traktuje się jak o czynnik wzmacniający zdrowie lub zmniejszający negatywne skutki przeżywanych trudności (Pommersbach 1988).

Wsparcie udzielane osobom niepełnosprawnym, ale adekwatne do potrzeb, korzystnie oddziałuje nie tylko na radzenie sobie z ograniczeniami, ale także wiąże się z podejmowaniem skutecznych prób zmierzających do wykorzystywania posiadanych zdolności i predyspozycji. Ponadto pozostaje w zależności z kształtowaniem motywacji wewnętrznej i mobilizacji do działania, a więc

ważnych wyznaczników konstruktywnych mechanizmów przystosowania się (Kawczyńska-Butrym 1998).

W literaturze zwraca się także uwagę na negatywną rolę wsparcia w procesie radzenia sobie. Jednostka stale otrzymująca pomoc w rozwiązywaniu problemów, skłonna jest utracić zdolność do samodzielnego radzenia sobie w życiu. Wysokie wsparcie społeczne może zakłócać samopoczucie jednostki. Pod jego wpływem człowiek może doświadczać nadmiernej kontroli społecznej, zatracić zdolność do samodzielnego działania i uzależnić się od wspierającego otoczenia (Jaworowska-Oblój, Skuza 1986, Kawula 1997, Ratajczak, za: Żółkowska 2004).

Trzeba również podkreślić, że w relacji współzależności z poziomem i charakterem aktywności w sytuacjach trudnych i wytrwałością w zmaganiu się z nimi pozostaje samoocena (Mądrzycki 1996). Według L. Niebrzydowskiego (1995) samoocena to nie tylko świadomość poznania samego siebie, ale także świadome ustosunkowanie się i wartościowanie zarówno swoich cech fizycznych i psychicznych, jak i możliwości. Bez niej nie byłoby możliwe określenie własnej istoty i wyodrębnienie siebie ze środowiska. W zależności od zróżnicowanych kryteriów wyodrębnia się: samoocenę globalną i cząstkową, adekwatną i nieadekwatną (zawyżoną i zaniżoną), stabilną i niestabilną, pozytywną i negatywną (Kulas 1986).

Dokonywanie oceny siebie wymaga odpowiedniego poziomu rozwoju procesów poznawczych, umożliwiającego ustalenie stopnia zbieżności informacji uzyskanych z własnych doświadczeń z opiniami pochodzącymi od innych. Jest to o tyle istotne, że w kształtowaniu samooceny biorą udział tzw. kryteria wewnętrzne (własny system przekonań i wzorów postępowania, informacje pochodzące z wnętrza organizmu) i zewnętrzne (poglądy, opinie otrzymywane w ramach przekazu społecznego od rodziny, szkoły, mass mediów, osób znaczących, a także spostrzegane osiągnięcia innych ludzi) (Kozielecki 1981).

Zachowanie jednostki nie pozostaje obojętne wobec jej samooceny. Jednostkę dobrze przygotowaną do otoczenia powinna cechować samoocena nie tylko pozytywna, ale także stabilna i adekwatna, umożliwiająca jej realistyczne ocenianie swoich możliwości, krytykowanie ograniczeń i podejmowanie odpowiednich dla siebie zadań. Wpływa to na dobre samopoczucie jednostki, jej bezpieczeństwo i właściwe funkcjonowanie w grupie (Maciejewska 1974).

Badania wykazują (Maruszyński 1977, Taylor 1984, Bishop 2000), że osoby cechujące się pozytywną i adekwatną samooceną znacznie skuteczniej radzą sobie ze stresem. P. Oleś (1997) uważa, że niska ocena siebie, zwłaszcza w odniesieniu do możliwości radzenia sobie z trudnościami, łączy się z rzadkim stosowaniem świadomych strategii, których celem jest konstruktywne rozwiązanie problemu i większe prawdopodobieństwo zadziałania mechanizmów obronnych.

Z zaprezentowanego przeglądu literatury wynika, że pomiędzy zmiennymi, takimi jak wsparcie społeczne, radzenie sobie i samoocena, istnieją wielorakie związki, które mają charakter dwukierunkowy. Niedostatek badań w tym zakresie, a także duże znaczenie społeczne poruszonego problemu skłania do zwrócenia na niego uwagi.

ZAŁOŻENIA BADAŃ WŁASNYCH

Celem podjętych badań jest analiza samooceny i wsparcia społecznego studentów z niepełnosprawnością ruchową w odniesieniu do preferowanych przez nich stylów radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Realizację przyjętego celu badań dokonano za pomocą następujących pytań:

1. Jakie style radzenia sobie określone skalą N. Endlera i J. Parkera są preferowane przez studentów z niepełnosprawnością ruchową w porównaniu z pełnosprawnymi rówieśnikami?

2. Jaki jest poziom oceny siebie mierzonej Skalą Samooceny (TSCS) W. H. Fittsa u osób niepełnosprawnych ruchowo i na ile jest on zbieżny z prezentowanym przez osoby pełnosprawne?

3. Jaki jest poziom wsparcia społecznego studentów z uszkodzonym narządkiem ruchu w porównaniu z osobami pełnosprawnymi?

4. Czy istnieje, a jeżeli tak, to jak i ma charakter współzależność pomiędzy preferowanymi stylami radzenia sobie a samooceną i wsparciem społecznym będącym udziałem studentów niepełnosprawnych ruchowo?

Materiał badawczy zebrano za pomocą następujących narzędzi: Kwestionariusz Stylów Radzenia Sobie ze Stresem N. Endlera i J. Parkera (CISS) w adaptacji P. Szczepaniaka, Skala Samooceny W. H. Fittsa (TSCS) oraz Kwestionariusz Wsparcia Społecznego S. Norbeck (NSSQ).

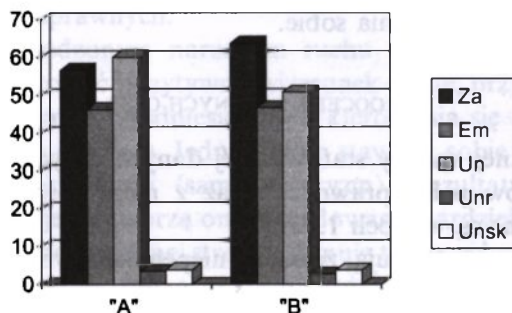
Kwestionariusz CISS pozwala na określenie preferencji badanej osoby w zakresie trzech stylów radzenia sobie ze stresem: styl zadaniowy (Za), emocjonalny (Em), unikowy (Un). Ponadto umożliwia wskazanie predyspozycji szczegółowych w ramach stylu unikowego, w zakresie którego wyróżniono zachowania polegające na ucieczce od problemu poprzez angażowanie się w czynności zastępcze (Unr – unikanie przez rozpraszanie oraz Unsk – unikanie przez szukanie kontaktu). Zastosowana skala pozwala ustalić stałe preferencje stylów radzenia sobie (Wrześniewski 2000). Za pomocą skali TSCS można określić subiektywną ocenę osoby badanej na trzech poziomach jej funkcjonowania: tożsamości, akceptacji i zachowania, w pięciu wymiarach „ja”: fizycznym, moralno-etycznym, osobistym, rodzinnym i społecznym. W celu pełnej interpretacji samooceny uwzględnia się również podskale: samokrytycyzmu, ogólnego wyniku pozytywnego, punktacji zmienności, punktacji rozmieszczenia, punktacji konfliktu oraz prawdy i fałszu. Natomiast Kwestionariusz

NSSQ umożliwia dokonanie oceny poziomu otrzymywanego wsparcia społecznego w trzech wymiarach: emocje, afirmacje, pomoc. Pozwala także na zidentyfikowanie sieci społecznej, czyli osób udzielających wsparcia.

W przeprowadzonych badaniach uczestniczyło 60 osób, w tym 30 studentów niepełnosprawnych ruchowo (grupa podstawowa A) oraz 30 studentów pełnosprawnych (grupa porównawcza – B) dobranych intencjonalnie według następujących kryteriów: wiek, płeć, miejsce zamieszkania. Przedział wiekowy osób badanych obejmuje 20–28 lat. Wszyscy są studentami studiów dziennych. Najwięcej badanych zarówno w grupie podstawowej, jak i porównawczej mieszka w miastach (21 osób). Wszyscy badani pochodzą z rodzin pełnych. Wśród studentów z uszkodzonym narządem ruchu stopień niepełnosprawności był zróżnicowany. Dominują osoby korzystające z wózków inwalidzkich (15 badanych), kilka porusza się samodzielnie (9), a najmniej korzysta z kul (6).

ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ STYLE RADZENIA SOBIE BADANYCH

Rezultaty analizy międzygrupowej w zakresie preferowanych stylów radzenia sobie przez studentów z uszkodzonym narządem ruchu i pełnosprawnych prezentuje wykres 1.



Wykres 1. Style radzenia sobie ze stresem – porównanie grupy podstawowej (A) i porównawczej (B)
Ways of coping with stress – comparison between the basic (A) and comparative (B) group

Za – styl zadaniowy; Em – styl emocjonalny; Un – styl unikowy; Unr – unikanie przez rozpraszenie; Unsk – unikanie przez szukanie kontaktu.

Badane osoby różnią się pod względem preferowanych stylów radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Istotna statystycznie różnica pomiędzy grupami wystąpiła w zakresie zadaniowego stylu radzenia sobie. Styl ten jest najczęściej stosowany przez studentów pełnosprawnych w przeciwieństwie do osób z uszkodzeniem narządu ruchu, których najbardziej preferowanym stylem jest unikanie

problemu. Studenci z niepełnosprawnością ruchową znacznie rzadziej w obliczu sytuacji trudnych koncentrują się na problemie i poszukiwaniu jego rozwiązań w porównaniu z pełnosprawnymi rówieśnikami ($p < 0,001$; M: A = 56,67; M: B = 63,73). Zdecydowanie częściej przejawiają także skłonność do unikowego stylu radzenia sobie wyrażającego się w stosowaniu mechanizmów obronnych (tj. samoobwinianie, zaprzeczanie, samopocieszanie) oraz unikania konfrontacji z problemem ($p < 0,001$; M: A = 60,13; M: B = 50,87). Unikanie to przyjmuje postać angażowania się w czynności zastępcze, co istotnie różni badanych studentów ($p < 0,001$; M: A = 3,36; M: B = 2,69). Studenci z uszkodzonym narządem ruchu częściej próbują radzić sobie w sytuacjach trudnych poprzez zachowania mające na celu odsunięcie problemu (jedzenie, spanie, zakupy, oglądanie telewizji). Nie różnią się od swoich pełnosprawnych rówieśników w zakresie unikania problemu przyjmującego formę (poszukiwania) angażowania się w kontakty z innymi ($p < 0,726$; M: A = 3,84; M: B = 3,78). Nie wystąpiło także zróżnicowanie międzygrupowe w odniesieniu do emocjonalnego stylu radzenia sobie w sytuacji kryzysowej, co oznacza, że studenci z obu grup w porównywalnym zakresie doświadczają negatywnych stanów emocjonalnych, niepokoju, przygnębienia, poczucia bezradności w obliczu doświadczanych sytuacji stresowych ($p < 0,863$; M: A = 46,30; M: B = 46,77).

Na podstawie uzyskanych rezultatów można stwierdzić, że preferencja stylów radzenia sobie wyodrębnionych w skali CISS jest podobna u badanych studentów, przy czym osoby z uszkodzeniem narządu ruchu bardziej są skłonni do unikania sytuacji problemowych, natomiast studenci pełnosprawni częściej stosują zadaniowy styl radzenia sobie.

SAMOCENA BADANYCH OSÓB

Wyniki dokonanej analizy statystycznej danych dotyczących oceny siebie badanych studentów pełnosprawnych oraz z niepełnosprawnością narządu ruchu przedstawione są w tabeli 1.

Uzyskane rezultaty wskazują, że osoby niepełnosprawne ruchowo znacząco różnią się od pełnosprawnych pod względem poziomu samooceny. Istotne statystycznie różnice wystąpiły w większości skal stosowanego kwestionariusza. Studenci z uszkodzonym narządem ruchu wykazują wyższy poziom samoza-dowolenia i akceptacji siebie (akceptacja) w porównaniu z osobami pełnosprawnymi, co koresponduje także z większą identyfikacją własnego „ja” (tożsamość).

W zakresie oceny cech fizycznych osoby z grupy podstawowej osiągnęły także istotnie wyższe wyniki, co oznacza, że bardziej w porównaniu ze studentami pełnosprawnymi cenią swoje ciało, zdrowie, wygląd fizyczny („ja” fizyczne). Cechuje ich znacząco wyższy poziom poczucia własnej wartości („ja” osobiste). Poczucie własnej wartości zbieżne ze świadomością swoich możliwości i ograniczeń odzwierciedla się w satysfakcjonujących relacjach społecznych. W zakresie

Tab. 1. Samoocena badanych studentów – porównanie grupy podstawowej (A) i porównawczej (B)
 Self-evaluation of the examined students – comparison between the basic (A) and comparative (B) group

Nazwa skali	A		B		Wartość testu istotności		
	M	sd	M	sd	t	df	p
Samokrytycyzm	37,77	4,83	36,03	6,68	1,15	58	0,254
Wskaźnik prawda/fałsz	1,72	0,54	1,26	0,48	3,43	58	0,001*
Punktacja konfliktów netto	43,27	38,07	70,97	36,55	-2,88	58	0,006*
Punktacja konfliktów razem	63,17	30,59	78,50	29,91	-1,96	58	0,054~
Ogólna punktacja pozytywna	292,50	17,57	270,40	19,38	4,63	58	0,000*
Tożsamość	91,73	6,88	83,50	6,17	4,88	58	0,000*
Akceptacja	100,50	10,49	90,77	8,78	3,90	58	0,000*
Zachowanie	100,57	10,51	96,23	8,55	1,75	58	0,085~
Ja fizyczne	60,23	6,19	53,50	5,28	4,53	58	0,000*
Ja moralno-etyczne	59,80	5,38	53,40	4,52	4,50	58	0,000*
Ja osobiste	55,23	4,15	51,30	5,25	3,22	58	0,002*
Ja rodzinne	57,20	5,62	56,20	5,14	0,72	58	0,475
Ja społeczne	60,03	5,31	56,10	5,67	2,77	58	0,007*
Ogólna zmienność	25,07	8,42	34,60	8,49	-4,37	58	0,000*
Zmienność w kolumnach	41,77	12,25	14,43	3,80	11,67	34	0,000*
Zmienność w rzędach	17,63	5,25	20,20	5,62	-1,83	58	0,073~
Dystrybucja	110,33	31,53	113,47	30,95	-0,39	58	0,699

~ zbliżone do istotności.

„ja” społecznego zaznaczyła się także istotna statystycznie różnica na korzyść studentów niepełnosprawnych.

Studenci z uszkodzonym narządem ruchu w istotnie większym stopniu starają się zaprezentować pozytywny wizerunek siebie, przypisują sobie więcej cech dodatnich, również w odniesieniu do kierowania się wartościami moralnymi („ja” moralno-etyczne). Jednocześnie stawiają sobie wyższe wymagania i są bardziej samokrytyczni (samokrytycyzm). Rezultat Skali – wskaźnik prawda/fałsz sugeruje, że tworzą oni zdecydowanie bardziej harmonijną definicję własnego „ja”, a więc z jednej strony afirmują to, co wchodzi w skład ich „ja”, a z drugiej odrzucają to, czego ona nie obejmuje. Nie zaprzeczają przy tym posiadaniu swoich negatywnych cech i nie wyrażają tendencji do słabszego afirmowania właściwości pozytywnych (punktacja konfliktów netto).

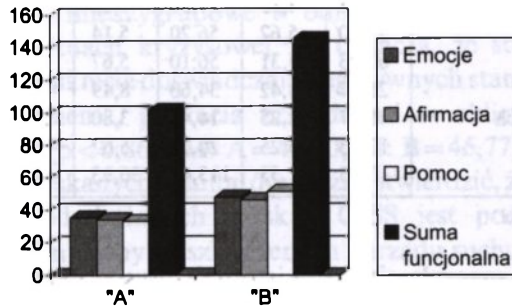
Studentów z grupy podstawowej cechuje wyższy poziom szacunku do samego siebie, w większym stopniu uznają się za osoby wartościowe, lubią się takimi, jakimi są (ogólna punktacja pozytywna). Charakteryzuje je integracja w strukturze samooceny, przejawiają istotnie mniejsze skłonności do izolowania jednych sfer „ja” w stosunku do drugich (ogólna zmienność). Zaznaczająca się tendencja zbliżona do istotnej w zakresie skal: punktacja konfliktów razem czy zachowanie pozwala stwierdzić, że osoby z uszkodzeniem narządu ruchu w większym stopniu przypisują sobie pozytywne cechy swojego zachowania.

Natomiast ich pełnosprawnych rówieśników cechuje większa skłonność do konfliktów w percepcji własnej osoby.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi grupami w zakresie poczucia siebie jako członka rodziny. Niemniej na podstawie analizy otrzymanych wartości średnich można wskazać, że osoby niepełnosprawne ruchowo wyżej oceniają siebie w kategorii cech składających się na „ja” rodzinne.

WSPARCIE SPOŁECZNE BĘDĄCE UDZIAŁEM BADANYCH OSÓB

Różnice międzygrupowe w zakresie otrzymywanego wsparcia społecznego wskazują wyniki analizy statystycznej zaprezentowane na wykresie 2.



Wykres 2. Wsparcie społeczne badanych osób – porównanie grupy podstawowej (A) i porównawczej (B)

Social support for the examined students – comparison between the basic (A) and comparative (B) group

Badane osoby różnią się istotnie statystycznie pod względem percypowanego poziomu wsparcia społecznego zarówno w obrębie poziomu globalnego, jak i poszczególnych wymiarów. Studenci niepełnosprawni ruchowo uzyskali istotnie niższe wyniki w każdej ze skal zastosowanego kwestionariusza. Cechuje ich zdecydowanie niższe poczucie zaufania do najbliższych osób, nie czują się przez nich w pełni akceptowane ($p < 0,000$; M: A = 33,93; M: B = 46,23), w mniejszym stopniu uzyskują pomoc w porównaniu z ich pełnosprawnymi rówieśnikami ($p < 0,000$; M: A = 33,00; M: B = 51,40). Otrzymują także (w ich subiektywnym odczuciu) znacznie mniej wsparcia emocjonalnego ($p < 0,01$; M: A = 35,10; M: B = 48,73). Analiza wartości uzyskanych średnich pozwala również zauważyć, że osoby niepełnosprawne najbardziej cenią wsparcie emocjonalne, podczas gdy pełnosprawne wyżej oceniają pomoc o charakterze materialnym i instrumentalnym.

SAMOOCENA I WSPARCIE SPOŁECZNE A STYLE RADZENIA SOBIE BADANYCH STUDENTÓW Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ NARZĄDU RUCHU

Określenia związków zależnościowych pomiędzy przyjętymi zmiennymi dokonano za pomocą analizy korelacyjnej *r*-Pearsona. Uzyskane rezultaty przedstawia tabela 2.

Tab. 2. Współzależności pomiędzy stylami radzenia sobie a samooceną i wsparciem społecznym (*r*-Pearsona)

Correlation between ways of coping in difficult situations and self-evaluation and social support (Pearson's *r*)

	Sam	Toż	Akc	Zach	JaFiz	JaMor	JaOs	JaRodz	JaSpot	Em	Af	Pom	Sf
Za	0,10	0,12	0,02	-0,01	-0,13	0,00	0,41*	0,00	0,15	0,14	-0,07	0,00	-0,04
Em	0,06	0,14	0,02	-0,20	0,07	0,07	0,27	-0,12	0,10	-0,26	-0,04	0,00	-0,02
Un	-0,02	0,06	0,29	0,20	0,07	0,07	0,28	0,21	-0,40*	-0,06	-0,06	-0,42*	-0,08
Unr	0,12	0,08	0,11	0,18	0,09	0,09	0,19	0,00	0,29	-0,01	0,18	0,15	0,18
Unsk	-0,13	-0,08	0,14	0,05	0,05	0,05	0,17	-0,04	0,12	0,34*	0,02	-0,02	0,02

* $p < 0,05$.

Na podstawie wyników analizy statystycznej można wskazać na następujące korelacje pomiędzy zmiennymi w grupie podstawowej. Zaznacza się istotna współzależność o charakterze dodatnim pomiędzy preferowaniem stylu zadaniowego a poziomem „ja” osobistego, co wskazuje, że aktywnemu rozwiązywaniu problemu towarzyszy wysokie poczucie własnego „ja”. Natomiast stosowanie unikowego stylu radzenia sobie pozostaje w ścisłej korelacji z poziomem „ja” społecznego oraz otrzymywanym wsparciem w postaci pomocy praktycznej. Osoby z wyższym poczuciem pewności, otwartości w relacjach społecznych w mniejszym stopniu unikają konfrontacji z problemem. Rzadziej także stosują tego typu styl radzenia sobie w sytuacjach trudnych, gdy wysoko oceniają otrzymywane od innych wsparcie praktyczne (np. w postaci gratyfikacji finansowej). Na podstawie analizy korelacyjnej można również stwierdzić, że unikanie poprzez szukanie kontaktu jest rzadziej preferowane przez osoby, które niżej oceniają otrzymywane wsparcie emocjonalne.

PODSUMOWANIE

Na podstawie wyników otrzymanych w niniejszych analizach oraz odwołując się do postawionych na wstępie problemów badawczych, można sformułować następujące wnioski:

1. Preferencje badanych odnośnie do stylów radzenia sobie w sytuacjach trudnych są zbliżone. Jednak studenci niepełnosprawni częściej stosują styl unikowy, z kolei ich pełnosprawni koledzy wykazują większą skłonność do

aktywności zadaniowej (różnice istotne statystycznie). Ponadto studenci z niepełnosprawnością ruchową w zdecydowanie większym stopniu unikają konfrontacji z problemem poprzez angażowanie się w czynności zastępcze w porównaniu ze studentami pełnosprawnymi. W zakresie emocjonalnego stylu radzenia sobie nie zaznaczyły się istotne różnice międzygrupowe. Preferencje młodzieży niepełnosprawnej ruchowo do stosowania unikowego stylu radzenia sobie stwierdzono także w innych badaniach (np. Parchomiuk, Byra 2004). Uzyskane w nich rezultaty próbowano wyjaśniać hipotetyczną zależnością pomiędzy nasiloną tendencją do unikania konfrontacji z problemem a niskim poziomem samooceny. Niniejsze analizy nie dostarczają jednakże dowodów na słuszność wysuniętych przypuszczeń.

2. Istotnie statystycznie zróżnicowanie wystąpiło również w zakresie wielu wymiarów samooceny. Studenci z grupy podstawowej cechują się silniejszą identyfikacją z własnym „ja”, mają wyższy poziom akceptacji siebie, poczucia własnej wartości i satysfakcji w kontaktach interpersonalnych. Charakteryzują się większym samokrytycyzmem, bardziej cenią wygląd zewnętrzny oraz wyżej oceniają siebie w kwestii uwzględnianych wartości.

3. Wsparcie społeczne różni badane grupy studentów, przy czym osoby niepełnosprawne uzyskały istotnie niższe wyniki we wszystkich analizowanych skalach. Studenci z niepełnosprawnością otrzymują znacząco mniej wsparcia emocjonalnego i pomocy praktycznej, mają mniejsze poczucie akceptacji i zaufania ze strony bliskich. Uzyskane rezultaty są poznawczo interesujące, zwłaszcza w odniesieniu do wysokiego poziomu samooceny studentów niepełnosprawnych przy tak nisko ocenianym wsparciu społecznym. Poznanie mechanizmu kształtującego charakter relacji pomiędzy tymi zmiennymi przy uwzględnieniu większej liczebności badanych grup może stanowić przedmiot zainteresowań kolejnych analiz.

4. Istotne współzależności zaznaczyły się pomiędzy następującymi zmiennymi: zadaniowym stylem radzenia sobie a poziomem „ja” osobistego (korelacja dodatnia); unikowym stylem a poziomem „ja” społecznego i wsparciem praktycznym (korelacja ujemna); podstylem (unikanie poprzez szukanie kontaktu) a wsparciem emocjonalnym (korelacja dodatnia).

Zaprezentowane rezultaty badań wskazują na pośredniczącą rolę zarówno poszczególnych wymiarów samooceny, jak i percypowanego wsparcia społecznego w określaniu preferencji stylów radzenia sobie w sytuacjach trudnych przez osoby niepełnosprawne ruchowo. Można przy tym zaakcentować szczególną rolę wsparcia społecznego, którego nieobecność lub nieadekwatność do okoliczności czy potrzeb może sprzyjać skłonności do niepodejmowania działań na rzecz rozwiązania problemu. Aktywne angażowanie się w radzenie sobie z codziennymi trudnościami i ograniczeniami pozostaje z kolei w związku z korzystną oceną własnej wartości. Należy przy tym zauważyć, że studenci niepełnosprawni ruchowo wysoko siebie oceniają, wykazując przy tym preferen-

cję do najczęstszego stosowania unikowego, a nie zadaniowego stylu radzenia. Prawdopodobnie niewystarczające wsparcie od innych nie oddziałuje na obniżenie poczucia własnej wartości u tych osób, niemniej może w nich kształtować większą skłonność do odsuwania się od problemu. Uzyskane wyniki należy traktować jako wstępną eksplorację problemu, a poznanie mechanizmu kształtowania się preferencji stylów radzenia sobie u studentów niepełnosprawnych (zwłaszcza z uwzględnieniem specyfiki doświadczanych sytuacji trudnych) może stanowić przedmiot zainteresowania szerszych dociekań badawczych.

BIBLIOGRAFIA

- Bishop G. D. (2000). *Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało*. Wrocław: Wyd. „Astrum”.
- Heszen-Niejodek I. (1996). Podstawowe zagadnienia psychologicznej teorii stresu i radzenia sobie. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 8–9.
- Jaworowska-Obiół Z., Skuza B. (1986). Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcja w badaniach naukowych. *Przegląd Psychologiczny*, 3.
- Kawczyńska-Butrym Z. (1998). *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*. Katowice: Wyd. „Śląsk”.
- Kawula S. (1997). Spirala życzliwości: od wsparcia do samodzielności. *Auxilium Sociale / Wsparcie Społeczne*, 1.
- Kawula S. (1996). Wsparcie społeczne – kluczowy wymiar pedagogiki społecznej. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 1.
- Kosińska-Dec K., Jelonkiewicz I. (1993). Sposoby radzenia sobie z zaburzeniami emocjonalnymi dziecka – style specyficzne dla ojca i matki. *Nowiny Psychologiczne*, 2.
- Kowalik S. (1996). *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Wyd. Naukowe „Śląsk”.
- Kozielecki J. (1981). *Psychologiczna teoria samowiedzy*. Warszawa: PWN.
- Kulas H. (1986). *Samocena młodzieży*. Warszawa: WSP.
- Maciejewska T. (1974). Samoocena dziecka a oddziaływanie wychowawcze. *Życie Szkoły*, 12.
- Markowska H., Poprawa R. (2001). Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 71–102). Wrocław: Wyd. UW.
- Maruszyński S. (1977). Samoocena a efektywność funkcjonowania. *Studia Psychologiczne*, 1.
- Mądrzycki T. (1996). *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany. Nowe podejście*. Gdańsk: GWP.
- Niebrzydowski L. (1995). *Psychologia wychowawcza i społeczna*. Zielona Góra: Wyd. WSP.
- Oleś P. (1996). Kryzys psychiczny i radzenie sobie ze stresem a niepełnosprawność. W: A. Juros, W. Otrębski (red.), *Integracja osób niepełnosprawnych w społeczności lokalnej* (s. 29–44). Lublin: Wyd. FŚCEDS.
- Parchomiuk M., Byra S. (2004). Style radzenia sobie osób z niepełnosprawnością narządu ruchu. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 4.
- Parker J., Endler N. (1992). Coping with coping assessment: a critical review. *European Journal of Personality*, 6.
- Pisula E. (1996). Radzenie sobie ze stresem przez młodzież upośledzoną umysłowo i w normie intelektualnej. *Psychologia Wychowawcza*, 1.
- Pommersbach J. (1988). Wsparcie społeczne a choroba. *Przegląd Psychologiczny*, 2.
- Poprawa R. (2001). *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 103–141). Wrocław: Wyd. UW.

- Sęk H. (1991). Life stress in various domains and perceived effectiveness of social support. *Polish Psychological Bulletin* (22).
- Sęk H. (1997). Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu. S: D. Kuberska-Jasiecka (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s. 142-167). Kraków: UJ.
- Sęk H. (1993). *Społeczna psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Silver RB, Wortman C. (1984). Ra'żenie skbie z krytycznyii wydarzeniami s życiu. *Nowiny Psychologiczne*, 4.
- Taylor. E. (1984). Przystosowanie się do zagrażających wydarzeń. *Nowiny Psychologiczne*, 6-7 Taylor S. E. (1992). Psychologia zdrowia: nauka i praktyka. *Nowiny Psychologiczne*, 1.
- Wrześniewski K. (2000). *Style a strategie radzenia sobie ze stresem*. W: I. Heszten-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 44-64). Katowice: UŚ.
- Żółkowska T. (2004). *Poczucie wsparcia społecznego a poziom kompetencji społecznych u osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*. W: G. Kwaśniewska, A. Wojnarska (red.), *Aktualne problemy wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych* (s. 161-172). Lublin: UMCS.

SUMMARY

The article shows results of studies concerning the analysis of self-evaluation and social support for students with motor disability with regard to preferred ways of coping with difficult situations. The research material comprised 60 subjects, including 30 disabled and 30 with healthy motor organs.

On the basis of the obtained outcome it was found that preferences regarding ways of coping with difficult situations are similar in both groups. However, the disabled students evade difficult situations more often than healthy students, who are more active (statistically significant differences). This differentiation was evident also with regard to many dimensions of self-evaluation. Students from the basic group are characterized by, among others, stronger identification with their own "ego", higher level of their own acceptance, higher self-criticism. They also care for their outer appearance more than disabled students. With regard to social support, the outcome was significantly lower. The disabled receive less emotional support and less practical help than healthy students.