



UMCS

**UNIWERSYTET MARII CURIE-SKŁODOWSKIEJ
W LUBLINIE**

Wydział Pedagogiki i Psychologii

Kierunek: **Pedagogika**

Agnieszka Gabryś

Nr albumu: 983972

**Akceptacja niepełnosprawności a zasoby
radzenia sobie u kobiet z uszkodzeniem
narządu ruchu**

Praca doktorska

napisana w Zakładzie Metodologii Nauk Pedagogicznych

pod kierunkiem dr hab., prof. nadzw. Stanisławy Byry

LUBLIN ROK 2019

*Pragnę serdecznie podziękować mojej promotor
Pani dr hab., prof. nadzw. Stanisławie Byrze za
opiekę naukową, cierpliwość, wyrozumiałość, oraz
za wszelką pomoc okazaną mi w realizacji
niniejszej pracy doktorskiej.*

Spis treści

Wstęp	9
Rozdział I Niepełnosprawność ruchowa- ujęcia terminologiczne i koncepcyjne	15
1.1. Wprowadzenie w problematykę niepełnosprawności.....	15
1.2. Niepełnosprawność ruchowa- definicja, zakres i klasyfikacje	25
1.3. Psychospołeczne konsekwencje nabycia niepełnosprawności ruchowej	28
1.4. Kategoria płci w analizach dotyczących niepełnosprawności ruchowej	47
1.4.1. Problem płci w praktyce badawczej	47
1.4.2. Kobięcość a niepełnosprawność	51
1.4.3. Sytuacja psychospołeczna kobiet z niepełnosprawnością ruchową.....	55
Rozdział II Akceptacja niepełnosprawności	72
2.1. Pojęcie akceptacji.....	72
2.2. Proces akceptacji niepełnosprawności	79
2.3. Uwarunkowania akceptacji niepełnosprawności- stan badań.....	88
Rozdział III Wybrane zasoby radzenia sobie kobiet z niepełnosprawnością ruchu	96
3.1. Podmiotowe zasoby radzenia sobie kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu.....	106
3.1.1. Samoocena	106
3.1.2. Nadzieja	112
3.1.3. Poczucie własnej skuteczności	118
3.2. Społeczne zasoby radzenia sobie kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu.....	124
3.2.1. Wsparcie społeczne.....	124
3.2.2. Siła relacji interpersonalnej.....	132
Rozdział IV Metodologiczne założenia badań własnych	138
4.1. Uzasadnienie podjętej problematyki.....	138
4.2. Cel badań, problemy badawcze i hipotezy	139
4.3. Zmienne i wskaźniki	143
4.4. Metoda badań.....	145
4.5. Organizacja i przebieg badań.....	148

4.6. Charakterystyka badanej grupy	149
4.7. Metody statystyczne analizy danych.....	157
Rozdział V Akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet- analiza wyników badań empirycznych	158
5.1. Natężenie akceptacji niepełnosprawności badanych kobiet.....	159
5.2. Akceptacja niepełnosprawności badanych kobiet a zmienne socjodemograficzne	161
5.3. Akceptacja niepełnosprawności a zmienne związane z niepełnosprawnością.....	167
5.4. Typologia akceptacji niepełnosprawności u badanych kobiet	180
Rozdział VI Radzenie sobie i zasoby radzenia sobie badanych kobiet- analiza wyników badań empirycznych.....	184
6.1. Radzenie sobie badanych kobiet	184
6.2. Wybrane zasoby radzenia sobie badanych kobiet	189
6.2.1. Podmiotowe zasoby radzenia sobie badanych kobiet	189
6.2.2. Społeczne zasoby radzenia sobie badanych kobiet	193
Rozdział VII Zależności między radzeniem sobie i zasobami radzenia sobie a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet.....	198
7.1. Radzenie sobie a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet.....	198
7.2. Zasoby radzenia sobie a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet	204
7.2.1. Samoocena a akceptacja niepełnosprawności badanych kobiet.....	205
7.2.2. Poczucie własnej skuteczności a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet.....	209
7.2.3. Nadzieja podstawowa a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet	212
7.2.4. Wsparcie społeczne a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet	215
7.2.5. Siła relacji interpersonalnej a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet.....	218
7.3. Znaczenie oceny niepełnosprawności w ustalaniu zależności między radzeniem sobie i zasobami radzenia a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet.....	222

7.3.1. Ocena niepełnosprawności a radzenie sobie w sytuacjach trudnych u badanych kobiet.....	222
7.3.2. Ocena niepełnosprawności a zasoby radzenia sobie u badanych kobiet	224
7.3.2.1. Ocena niepełnosprawności a podmiotowe zasoby radzenia sobie u badanych kobiet.....	225
7.3.2.2. Ocena niepełnosprawności a społeczne zasoby radzenia sobie u badanych kobiet.....	228
7.4. Rodzaj oceny niepełnosprawności a struktura zależności między radzeniem sobie i zasobami radzenia a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet	231
7.4.1. Struktura zależności między radzeniem sobie i zasobami radzenia sobie a akceptacją ograniczeń w ruchu u badanych kobiet oceniających doświadczaną niepełnosprawność w kategorii zdeterminowanej resilience.....	232
7.4.2. Struktura zależności między radzeniem sobie i zasobami radzenia sobie a akceptacją ograniczeń w ruchu u badanych kobiet oceniających doświadczaną niepełnosprawność w kategorii katastroficznej negatywności	240
Rozdział VIII Podsumowanie z dyskusją wyników badań.....	248
8.1. Akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet	250
8.2. Radzenie sobie oraz podmiotowe i społeczne zasoby radzenia sobie badanych kobiet.	257
8.3. Zależności między radzeniem sobie oraz zasobami radzenia sobie a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchową	262
8.4. Ocena niepełnosprawności a akceptacja niepełnosprawności, radzenie sobie i zasoby radzenia sobie u badanych kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową	270
8.5. Ocena niepełnosprawności a struktura zależności między radzeniem sobie, zasobami radzenia sobie a akceptacją ograniczeń w ruchu u badanych kobiet.....	275
8.6. Ograniczenia przeprowadzonych badań	277
8.7. Implikacje poznawcze i postulaty dla praktyki rehabilitacyjnej.....	279

Rozdział IX Zakończenie	283
Literatura	287
Spis tabel i wykresów.....	317
Aneks	

Wstęp

Problematyka osób z niepełnosprawnością ruchową jest szeroko opisywana, zarówno w opracowaniach zagranicznych (m.in. M. A. Nosek, R. B. Hughes, 2003; G. Taleporos, M. P. McCabe, 2005; H. Livneh, E. Martz, 2007, 2014; D. S. Dunn, 2015; A. Craig i in., 2018), jak i w polskiej literaturze (m.in. M. Orkan-Łęcka, 1980; H. Larkowa, 1987; Z. Palak, 1988; J. Obuchowska, 1991; J. Kirenko, 2002, 2006, 2007, 2018; R. Ossowski, 2002; M. Rorat, 2006; S. Kowalik, 2007a, 2007b, 2018; B. Szczupał, 2009, 2013; S. Byra, 2012a, 2012b, 2017a, 2018b; P. Majewicz, 2002, 2012). W ostatnich latach jednak zauważalne jest jeszcze większe zainteresowanie tematyką osób z niepełnosprawnością, zwłaszcza nabytą w poszczególnych etapach rozwojowych. Może wynikać to ze wzrostu liczby osób z niepełnosprawnością, który związany jest z procesem starzenia się ludzi, rozwojem cywilizacyjnym oraz coraz to lepszą ich opieką medyczną (P. Kubicki, 2015, s. 10).

Należy zauważyć, że pomimo rosnącego zainteresowania tą tematyką w dalszym ciągu badacze (m.in. A. Wołowicz-Ruszkowska, 2013, s. 7; A. Bednarczyk i in., 2015, s. 6; W. Janocha, K. Zielińska-Król, 2015, s. 8; L. I. Iezzoni i in., 2017, s. 75; M. Wałachowska, 2017, s. 203) zwracają uwagę na brak publikacji i badań poświęconych kobietom z niepełnosprawnością. Zważywszy przy tym na to, iż w coraz większym stopniu obserwowalne jest zjawisko feminizacji niepełnosprawności. Co istotne, kobiety z niepełnosprawnością stanowią większą liczbę osób niepełnosprawnych niż mężczyźni (A. Bednarczyk i in., 2015, s. 6). Ponadto, jak zauważa A. Wołowicz-Ruszkowska (2013, s. 7), dotychczasowe weryfikacje empiryczne pozostają „neutralne płciowo, a właściwie bezpłciowe”. Autorka podkreśla, że pomijanie przez badaczy płci respondentów lub uwzględnianie jej w badaniach jako zmiennej niezależnej, skutkuje niejawną akceptacją założenia, że różnice płciowe są nieistotne w badaniach. Zatem zasadne jest przytoczenie pytania, które postawiła w swym opracowaniu I. Rudek (2012, s. 179), autorka zastanawia się: „Czy niepełnosprawność ma płć?”. To z pozoru retoryczne pytanie, podnoszące kwestie płciowości w niepełnosprawności nie jest postawione bez powodu, gdyż badania nad niepełnosprawnością dopiero od niedawna zaczęły zwracać uwagę na złożoną interakcję płci i niepełnosprawności (M. A. Nosek, R. B. Hughes, 2003, s. 224). Badacze tym samym nie zgadzają się z utartym przeświadczeniem o identyczności przeżyć, problemów i doświadczeń niepełnosprawnych kobiet i mężczyzn.

Badacze nakreślając obraz psychospołecznego funkcjonowania kobiet z niepełnosprawnością ruchu zwracali przede wszystkim uwagę na to, co jest specyficzne dla tej grupy osób. Zatem, A. Nowak (2012, s. 10) uwrażliwia na zagrożenie wykluczeniem społecznym kobiet z niepełnosprawnością podkreślając tym samym kumulację czynników je dyskryminujących jakimi są płeć, fakt niepełnosprawności oraz stereotypy związane z płcią.

Dyskryminacja płciowa ma niespecyficzny charakter, mianowicie kobiety z niepełnosprawnością są narażone na identyczny rodzaj dyskryminacji, co kobiety pełnosprawne. Przyczyn upatruje się w stereotypach związanych z płcią (B. Oleksy-Sanocka, 2010, s. 81), które wpływają m.in. na kształtowanie się poczucia sprawstwa, postaw społecznych, poczucia seksualności oraz aspiracji i motywacji zawodowych (A. Nowak, 2012, s. 10). Kobiety z nabytymi ograniczeniami będące osobami z niepełnosprawnością są dyskryminowane na wielu płaszczyznach życia społecznego ze względu na swoje ograniczenia. Inna autorka badań (L. Marszałek, 2006, s. 10) wskazuje podobnie jak A. Nowak, na podwójną dyskryminację kobiet z ograniczoną sprawnością, kładąc jednak nacisk na pełnione przez kobiety role społeczne związane z płcią. Zdaniem L. Marszałek (2006, s. 10), kobiety z niepełnosprawnością są pozbawione prawa do wypełniania tych ról, posiadając jedynie przyzwolenie na utożsamianie się z osobą z niepełnosprawnością. Zatem rola żony czy matki w kontekście niepełnosprawności ruchowej kobiety, bywa często większym ciężarem niż przywilejem (por. A. Wołowicz-Ruszkowska, 2015, s. 14). Co interesujące, w odniesieniu do macierzyństwa tych kobiet, negatywne postawy wobec nich oraz sprzeczne informacje otrzymywane od specjalistów i lekarzy w tej dziedzinie są na tyle silne, że same kobiety stają przed dylematem podołania tej roli (M. Wałachowska, 2017, s. 206). Ponadto kobiety z niepełnosprawnością ruchową w porównaniu z pełnosprawnymi kobietami są częściej narażone na różnego rodzaju przemoc (por. A. Zawisłak, 2018, s. 46-47). Niezwykle ważne są również kwestie kształtowania się tożsamości kobiet z ograniczoną sprawnością, o których pisze A. Wołowicz-Ruszkowska (2013), czy zagadnienia edukacyjne, zatrudnienia i rynku pracy, służby zdrowotnej, praw obywatelskich, samodzielności i wsparcia społecznego poruszane w eksploracjach A. Bednarczyk i współpracowników (2015). Ta stosunkowo niewielka liczba badań i niezwykle istotna powaga podnoszonych kwestii dotyczących problematyki kobiet z niepełnosprawnością, uzasadnia potrzebę uszczegółowienia analiz w obrębie tej grupy badanych.

Przegląd dotychczasowej literatury pozwala stwierdzić, że o zjawisku akceptacji niepełnosprawności pisze się od dawna (m.in. B. Wright, 1983; H. Larkowa, 1987; K. C. Keany, R. L. Glueckauf, 1993; J. Konarska, 2002; M. Kupisiewicz, 2013; D. S. Dunn, 2015; S. Byra, 2017b), niemniej wiedza na temat akceptacji niepełnosprawności przez osoby z niepełną sprawnością jest niezbyt rozległa. Jako przyczynę tego upatruje się brak dostatecznej liczby prac empirycznych, które pozwoliłyby na szersze zrozumienie omawianego zjawiska. Na fakt ten zwraca uwagę S. Kowalik (2007a, s. 86-87), twierdząc, że do deficytu opracowań o tej tematyce może przyczyniać się zniechęcenie autorów spowodowane niejednoznacznością uzyskiwanych wyników w tym zakresie. Warto zwrócić uwagę, iż dotychczasowy pomiar akceptacji niepełnosprawności był możliwy przy pomocy Skali Akceptacji Niepełnosprawności D. C. Linkowskiego (1971), która pozwalała jedynie na pomiar ogólnej akceptacji ograniczeń funkcjonalnych jednostki. Dopiero niedawno powstało narzędzie oparte na teorii straty B. Wright. W 2011 roku została opublikowana oryginalna wersja Wielowymiarowej Skali Akceptacji Straty (Multidimensional Acceptance of Loss Scale) J. M. Ferrina, F. Changa, J. Chronister, J. Chiu, Ch-Y. Natomiast jej polska adaptacja miała miejsce w 2017 roku pod nazwą Wielowymiarowa Skala Akceptacji Utraty Sprawności (WSAUS) autorstwa S. Byry (por. S. Byra, 2017b, s. 36).

Zgodnie z założeniami B. Wright (1983, s. 136) akceptacja niepełnosprawności nie jest tożsama z poddaniem się nieuchronności świata, rezygnacją i uległością względem niej, a jedynie, albo aż zaakceptowanie „straty”. Dzięki temu jednostka jest w stanie rozpatrywać siebie w poszerzonej perspektywie nowych wartości. Proces akceptacji straty jest zdaniem autorki niezwykle złożony i wielowymiarowy oraz możliwy po zrealizowaniu określonych warunków, czyli dokonaniu zmian w wartościach. Wyodrębnione cztery kategorie zmian to: a) poszerzenie zakresu dostępnych dla jednostki wartości; b) uznanie własnej fizyczności za drugorzędną wartość; c) ograniczenie skutków posiadanych ograniczeń; d) przetworzenie wartości względnych na wartości stałe (B. Wright, 1983, 136-138; D. S. Dunn, 2015, s. 121-122). Pełna akceptacja niepełnosprawności przez osoby z uszkodzeniem narządu ruchu oraz ich dobre przystosowanie do nowej sytuacji pozwalają im stać się odpornymi na niewłaściwe zachowania i postawy ze strony osób pełnosprawnych. Ponadto pomagają im osiągnąć wysoki poziom integracji psychicznej i kontroli emocjonalnej (por. S. Kowalik, 2007a, s. 86).

Starając się określić zmienne mające znaczenie dla zaakceptowania własnego stanu przez kobiety z niepełnosprawnością ruchową skupiono się na kwestii podejmowanego przez nie radzenia sobie oraz posiadanych przez nie zasobów radzenia sobie. W oparciu o salutogenetyczną teorię A. Antonovsky'ego (1997, s. 206), stresor jakim jest pojawienie się niepełnosprawności, wymaga zastosowania szczególnych strategii radzenia sobie z nim. Zgodnie z tą teorią stresory są wszechobecne w życiu człowieka, a zasoby pozostające w dyspozycji osoby, mają pomóc w poradzeniu sobie z nimi (por. I. Heszen, 2015, s. 142-143). Dotychczasowe opracowania obejmujące omawianą problematykę niejednokrotnie okazały się przedstawiać sprzeczne wyniki (zwłaszcza w kontekście powiązań akceptacji niepełnosprawności z czynnikami socjodemograficznymi) (np. F. Woodrich, J. B. Patterson, 1983, s. 28, L. Li, D. Moore, 1998, s. 17, T. Attawong, A. Kovindha, 2005, s. 69-70; D. Wiszejko-Wierzbicka, 2008, s. 30; D. A. G. Grooms, Ch. M. Kampfe, R. Mapuranga, 2011, s. 64; J. Jiao, M. N. Heyne, S. L. Chow, 2012, s. 779; E. Nicholls i in., 2012, s. 1082; E. J. Konieczna, 2015, s. 69) oraz w niewielkim stopniu koncentrować się na wyjaśnieniu akceptacji niepełnosprawności w kontekście zasobów radzenia sobie, zwłaszcza w obrębie grupy kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchu. Należy wskazać, że dostępne nieliczne eksploracje wykazały znaczącą rolę m.in. samooceny (np. L. Li, D. Moore, 1998, s. 17-18; H. M. de Klerk, L. Ampousah, 2003, s. 1132); wsparcia społecznego (np. F. Z. Belgrave, 1991, s. 37; L. Li, D. Moore, 1997, s. 17-18; T. Attawong, A. Kovindha, 2005, s. 67; J. Jiao, M. N. Heyne, S. L. Chow, 2012, s. 779); poczucia własnej skuteczności (np. T. Attawong, A. Kovindha, 2005, s. 69-70; S. Byra A. Żyta, 2017, s. 5) dla kształtowania się akceptacji niepełnosprawności u osób z deficytem narządu ruchu. Można przypuszczać, że zmienne będące zarówno podmiotowymi, jak i społecznymi zasobami radzenia sobie jednostki pozostają w istotnym powiązaniu z pomyślnymi efektami adaptacyjnymi (m.in. H. Livneh, R. F. Antonak, 2005; S. Byra, 2012a; P. Majewicz, 2012). A zatem ustalenie zależności między nimi może pokazać odmienny kierunek postępowania rehabilitacyjnego z kobietami z ograniczoną sprawnością w celu poprawy ich jakości życia, która zależy między innymi od umiejętności radzenia sobie z napotykanymi problemami.

W zaprezentowanym opracowaniu podjęto próbę określenia charakteru zależności między akceptacją niepełnosprawności a zasobami radzenia sobie u kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu. Wybrane zasoby podmiotowe stanowią: samoocena, poczucie własnej skuteczności i nadzieja podstawowa, natomiast społeczne zasoby

radzenia sobie uwzględnione w badaniach to wsparcie społeczne i siła relacji interpersonalnej. Uwzględniono również sytuacyjne radzenie sobie, zważywszy na fakt, iż analizie zostaną poddane zasoby radzenia sobie. Grupę badanych stanowiły kobiety z nabytą niepełnosprawnością ruchową (88 kobiet z urazem rdzenia kręgowego i 27 z amputacją kończyny dolnej). Badania zostały przeprowadzone z wykorzystaniem takich narzędzi jak: Wielowymiarowa Skala Akceptacji Utraty Sprawności (WSAUS) J. M. Ferrina, F. Chana, J. Chronister i C. Y. Chiu w polskiej adaptacji S. Byry; Kwestionariusz Nadziei Podstawowej (BHI-12) J. Trzebińskiego i M. Zięby; Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) R. Schwarzera, M. Jerusalema zaadaptowana do warunków polskich przez Z. Juczyńskiego; Skala Samooceny (TSCS) W. Fittsa w polskiej wersji J. Kirenko; Skala Wsparcia Społecznego (SWS) autorstwa K. Kmiecik-Baran; Kwestionariusz Siły Relacji Interpersonalnej (KSRI) A. Zbieg i A. Słowińskiej; Kwestionariusz COPE (The Coping Orientations to Problems Experienced), C. S. Carvera, M. F. Scheiera i J. K. Weintrauba w polskiej adaptacji S. Piątek i K. Wrześniewskiego; Skala Pierwotnej i Wtórnej Oceny Niepełnosprawności (SPWON) R. E. Dean i P. Kennedy'ego zaadaptowana do polskich warunków przez S. Byrę oraz kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji.

W pierwszym rozdziale niniejszej pracy zostały zaprezentowane ujęcia terminologiczne i koncepcyjne zagadnienia niepełnosprawności ruchowej oraz kwestie kategorii płci w analizach dotyczących niepełnosprawności ruchowej, w tym charakterystyka psychospołecznego funkcjonowania kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu. Rozdział drugi obejmuje analizę akceptacji niepełnosprawności, różne sposoby ujmowania tego zjawiska, proces warunkujący jego pomyślny przebieg oraz uwarunkowań na przykładzie dostępnych w literaturze badań. W rozdziale trzecim omówiona została problematyka radzenia sobie w kontekście nabycia niepełnosprawności ruchowej, a także analiza i charakterystyka wybranych podmiotowych (samoocena, nadzieja podstawowa, poczucie własnej skuteczności) i społecznych (wsparcie społeczne, siła relacji interpersonalnej) zasobów radzenia sobie. Kolejny czwarty rozdział zawiera metodologiczne założenia badań, ich: cel, problemy badawcze, hipotezy, zmienne i wskaźniki oraz metodę badań. Ponadto zawarta została organizacja przeprowadzonych badań oraz charakterystyka badanej grupy z uwzględnieniem zmiennych związanych z niepełnosprawnością. Rozdziały piąty, szósty i siódmy przedstawiają analizę danych pozyskanych od badanych kobiet w zakresie akceptacji niepełnosprawności, sytuacyjnego radzenia sobie oraz podmiotowych i społecznych zasobów radzenia sobie, a także

charakteryzującej ich struktury zależności. Przeanalizowano predykcijną funkcję poszczególnych zmiennych niezależnych w wyznaczaniu zmian w wartościach składających się na akceptację niepełnosprawności oraz skoncentrowano się na znaczeniu przyjmowanej oceny niepełnosprawności (w postaci zdeterminowanej resilience i katastroficznej negatywności) w ustaleniu charakteru zależności między strategiami radzenia sobie i zasobami radzenia sobie a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet. Podsumowanie niniejszej pracy opiera się na ustosunkowaniu się do postawionych hipotez i dyskusji otrzymanych wyników z dotychczasowymi rezultatami badań empirycznych innych autorów. Wskazano ograniczenia przeprowadzonych analiz, implikacje poznawcze oraz postulaty dla praktyki rehabilitacyjnej.

Rozdział I

Niepełnosprawność ruchowa- ujęcia terminologiczne i koncepcyjne

1.1. Wprowadzenie w problematykę niepełnosprawności

W dotychczasowej literaturze przedmiotu odnaleźć można wiele propozycji rozumienia terminu „niepełnosprawność” (m.in. H. Larkowa, 1987; T. Witkowski, 1993; A. Ostrowska, 1994; T. Majewski, 1995; WHO, 2001, 2007; Z. Woźniak, 2008; P. Wolski, 2010; I. Chrzanowska, 2015). Mnogość definicji niepełnosprawności przedstawia złożoność zjawiska oraz wielość spojrzeń na jego źródło i konsekwencje. Zatem ze względu na niejednoznaczność pojmowania niepełnosprawności rzetelna analiza problematyki osób z niepełnosprawnością w kontekście poczynionych tutaj analiz wymaga dookreślenia rozumienia tego terminu.

Kluczową funkcję w ujednocianiu definicji niepełnosprawności odrywa Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Najczęściej w rozumieniu tego terminu przyjmowana była Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń (ICIDH- International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) z 1980 roku, w której niepełnosprawność wyrażona była jako „wszelkie ograniczenia lub brak – wynikający z uszkodzenia – możliwości wykonywania czynności na poziomie uważanym za normalny dla człowieka funkcjonującego w danym społeczeństwie” (T. Majewski, 1995, s. 16). Podstawę teoretyczną stanowiła koncepcja S. Nagiego traktująca niepełnosprawność jako dynamiczny proces (za: J. Kirenko, 2006, s. 17). Zgodnie z tym podejściem WHO wprowadziło trzy wymiary omawianego zjawiska ściśle ze sobą powiązane: uszkodzenie (*impairment*), niepełnosprawność (*disability*) oraz upośledzenie (*handicap*) (A. Przyłuska-Fischer, 2013, s. 54). Założenia te przez wiele lat stanowiły podstawę definicyjną, diagnostyczną i edukacyjną wobec osób z niepełnosprawnością (I. Chrzanowska, 2015, s. 149). W efekcie krytyki tego podejścia do niepełnosprawności w 2001 roku ICIDH została zastąpiona Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF- International Classification of Functioning, Disability and Health), w której definicja niepełnosprawności obejmowała ograniczenie aktywności, upośledzenie i restrykcje uczestnictwa. Termin ten bowiem określał negatywne aspekty interakcji jednostki z czynnikami kontekstowymi (osobowymi i środowiskowymi). Zasadnicza różnica między definicjami polegała na tym, iż pierwsza z nich dotyczyła skutków choroby, natomiast druga opierała się na składnikach zdrowia.

Trzy podstawowe dla pedagogiki specjalnej terminy wyodrębnione wcześniej (uszkodzenie, niepełnosprawność i upośledzenie) zostały zastąpione przez terminy „funkcjonowanie”, „aktywność” i „uczestnictwo” (I. Chrzanowska, 2015, s. 22-24). Zdaniem I. Chrzanowskiej (2015, s. 159) pojęcie niepełnosprawności uległo zmianie w czasie, zmierzając w kierunku mniej deterministycznym. Uszkodzenie nie oznacza już strictly niepełnosprawności, z kolei niepełnosprawność nie powinna być identyfikowana z brakiem działania i aktywności oraz zablokowaniem rozwoju.

Z uwagi na ograniczenia pełnego pojmowania omawianego zjawiska należy ustalić jego znaczenie nie tylko na poziomie definicyjnym, ale również w kontekście przedstawionych w literaturze przedmiotu różnych perspektyw badawczych w postaci modeli niepełnosprawności.

Warto wskazać, że pojęcie niepełnosprawności i osoby niepełnosprawnej wraz z rozwojem działalności ukierunkowanej na jednostki z niepełnosprawnością, wyparły z literatury określenia o charakterze pejoratywnym takie jak „inwalida”, „kaleka”, czy „osoba ułomna” (J. Kirenko 2007, s. 9). Na fakt ten zwraca uwagę m.in. A. Krause (2010b, s. 95)

Co więcej, w literaturze przedmiotu do niedawna występował pewien spór odnośnie stosowania określenia „osoba z niepełnosprawnością”. Zwolennicy używania tego terminu określali je mianem neutralnego i poprawnego politycznie oraz podkreślającego podmiotowość jednostki niepełnosprawnej. Uważali oni, że jest to nie tylko właściwe ze względów strukturalnych i dyskursywnych języka, ale również ściśle związane z brakiem stygmatyzacji (A. Przyłuska-Fiszler, 2013, s. 47-48) oraz zdaniem T. Witkowskiego (1993, s. 104), bardziej delikatniejsze, czy precyzyjne w określaniu tych osób. Mówiąc o jednostce, że jest niepełnosprawna, charakteryzujemy ją na podstawie tej jednej cechy, jaką jest niepełnosprawność, pomijając inne elementy składające się na strukturę jej osoby (D. Galasiński, 2013, s. 4-5). Używając określenia „osoba z niepełnosprawnością”, niepełnosprawność traktujemy jako coś dodatkowego, a nie stygmatyzującego i wyznaczającego charakter jednostki.

Z kolei przeciwnicy sformułowania „osoba z niepełnosprawnością”, wykluczali posługiwanie się tym terminem, podkreślając jego medyczny charakter, porównujący niepełnosprawność z uszkodzeniem. W ich mniemaniu niepełnosprawność nie jest ani właściwością jednostki ani też cechą, którą może ona posiadać, ale jest wynikiem reakcji społeczeństwa na ograniczenia funkcjonalne osoby związane z uprzedzeniami i stereotypami przyjmowanymi przez członków tej zbiorowości. Zatem za właściwe uznają

pojęcie osoby niepełnosprawnej (T. Shakespeare, 2006, s. 199), lub nawet osoby z upośledzeniami, mając na uwadze, że jednostka niepełnosprawna jest osobą z uszkodzoną lub upośledzoną strukturą fizyczną, psychiczną albo sensoryczną, która to nie wcześniej niż w relacji ze środowiskiem staje się osobą niepełnosprawną (J. Morris, 2001, s. 2-6). Wspomniana dynamiczna relacja między stanem zdrowia człowieka a jego cechami psychicznymi i środowiskiem społecznym jest przedstawiona w ICF (2009, s. 3). Zatem traktowanie niepełnosprawności w kategoriach relacyjnych nie pozwala na ujmowanie jej jako atrybutu człowieka.

Chcąc ukazać różne sposoby rozumienia niepełnosprawności zostanie wykorzystana perspektywa modelowa, w której uwzględniane są trzy podstawowe ujęcia badawcze, w odmienny sposób analizujące i porządkujące niepełnosprawność. W pierwszej kolejności należy jednak dookreślić, czym jest model. Jest on narzędziem pełniącym w nauce dwojaką funkcję, bywa umysłową reprezentacją, po pierwsze wybranego fragmentu rzeczywistości (system zjawisk, obiektów) będącego przedmiotem rozważań lub po drugie samych teorii, dostarczając im zasad interpretacyjnych (R. Frigg, S. Hartmann, 2009, s. 1). Reguły te pozwalają na wyciągnięcie z teorii szczegółowych, poprawnych i testowalnych wniosków (M. Wiliński, 2010, s. 15). Z kolei w naukach społecznych jest on narzędziem zmieniającym ludzką kulturę i określającym kierunek rozwoju całych systemów społecznych oraz nauki (M. Wiliński, 2010, s. 16).

Najczęściej wymieniane modele niepełnosprawności istotnie różniące się między sobą to za M. Wilińskim (2010, s. 17): model biomedyczny (medyczny, indywidualny, kliniczny), społeczny (socjopolityczny) oraz funkcjonalny (interakcyjny). Natomiast w ujęciu Z. Woźniaka (2008, s. 55) są to perspektywy: deficytu, ograniczeń funkcjonalnych i socjoekologiczna.

Istotą każdego z wymienionych modeli lub podejść jest przedstawienie pojmowania procesu utraty sprawności, który oznacza „przyczynowo- skutkowy (kazualny) mechanizm: różnicujący osoby sprawne od tych, które są dotknięte niepełnosprawnością oraz opisujący proces stawania się osobą z niepełnosprawnością” (M. Wiliński, 2010, s. 19). Pełne uchwycenie i pokazanie różnic w pojmowaniu niepełnosprawności wymaga ich omówienia w ramach poszczególnych modeli.

W medycznym modelu niepełnosprawności zjawisko to ujmuje się jako problem osobisty, wywołany przez uraz, chorobę lub stan chorobowy, który wymaga opieki medycznej w formie indywidualnego leczenia przez wykwalifikowane osoby (I. Chrzanowska, 2015, s. 25). Pomija się tym samym związane z niepełnosprawnością

aspekty społeczne i kulturowe, koncentrując się wyłącznie na jej medycznym wymiarze. Rozumienie niepełnosprawności w ramach modelu biomedycznego, którego korzenie sięgają renesansu, koncentrowało się więc na defektach, zaburzeniach i „nienormalności” osób z niepełnosprawnością. Uwagę skupiano bardziej na możliwościach naprawy, usprawniania czy też kompensowania danych uszkodzeń i wynikających z nich ograniczeń, aniżeli na samej osobie z niepełnosprawnością. W modelu tym, zakładano, że wszelkie problemy osób z niepełnosprawnością bezpośrednio wynikają bezpośrednio z ich kalectwa lub choroby (M. Malec, 2006, s. 72- 73), które z kolei są konsekwencją czynników genetycznych, patogenów, teratogenów oraz uszkodzeń mechanicznych (M. Wiliński, 2010, s. 18). Problem niepełnosprawności, umiejscowiony był zatem wewnątrz jednostki (J. F. Smart, 2009, s. 4), a ją samą, określano mianem „inwalidy”, „kaleki” oraz „osoby ułomnej”. Z czasem zaczęto odchodzić od medycznej perspektywy niepełnosprawności, w której o niepełnosprawności rozstrzyga słabość ciała na rzecz perspektywy społecznej, podkreślającej ułomność społeczeństwa (WHO, 2011, s. 4).

Krytycy tego podejścia podnosili zwłaszcza trzy kwestie. Po pierwsze, bazowanie w niej zwłaszcza na medycznych i wykorzystywanie biofizjologicznych kategorii w określaniu „normalności” oraz nieuwzględnianie działania społecznych kryteriów „patologii” i „normalności” przy okazji oceny m.in. dolegliwości psychicznych, wagi, kształtu ciała. Po drugie, uprzywilejowanie medycyny i nauk jej pokrewnych w ocenie społecznych i ekonomicznych warunków niekorzystnych dla osób z niepełnosprawnością, co w konsekwencji prowadziło do przewagi personelu medycznego w ich życiu. Po trzecie, postrzeganie środowiska jako naturalnego bez uwzględniania barier społecznych, ekonomicznych i kulturowych, które przyczyniały się do wykluczania społecznego osób z niepełnosprawnością (I. Chrzanowska, 2015, s. 149-150).

Niemniej obok istniejących wad modelu medycznego A. Twardowski (2018, s. 100) zwraca uwagę na jego zalety. Autor podkreślając trzy najważniejsze kwestie akcentuje, iż model medyczny stwarza nadzieję na lepszą przyszłość osób z niepełnosprawnością, z uwagi na połączenie medycyny, farmakologii i technologii medycznej, które dają nowe możliwości ich usprawniania i leczenia. Ponadto zaznacza, że zjawisko niepełnosprawności w omawianym modelu podlega klasyfikacji, standaryzacji i pomiarowi, co pozwala na porównanie sytuacji osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Ostatecznie badacz podkreśla, iż w „medycznym modelu niepełnosprawności przyczyny patologicznego procesu są ściśle określone i udokumentowane” (A. Twardowski, 2018, s. 100).

Jednakże w związku z krytyką tego podejścia zaczęto coraz większą uwagę zwracać na szeroko rozumiane środowisko społeczne jako wymiar ograniczeń dla funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością.

Społeczny model niepełnosprawności, proponujący nowy paradygmat rozumienia niepełnosprawności, powiązany był z pojawieniem się na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych w Wielkiej Brytanii, organizacji emancypacyjnych osób niepełnosprawnych (C. Barnes, G. Mercer, 2008, s. 18). W modelu tym odchodzi się od ujmowania niepełnosprawności w kategoriach etykietujących i stygmatyzujących osoby z niepełnosprawnością, takich jak uszkodzenia i defekty. Niepełnosprawność ukierunkowana jest tu na fizyczne bariery i uprzedzenia społeczne, naciski ze sprawnej strony społeczeństwa oraz na dążenia do teoretycznej normy, jaką jest w ich mniemaniu pełnosprawność, inkluzja społeczna i partycypacja (M. Wiliński, 2010, s. 17-18).

Zatem, niepełnosprawność definiowana jest jako ograniczenie aktywności tych osób, spowodowane organizacją społeczeństwa, które nie dba o potrzeby i problemy osób niepełnosprawnych oraz wyklucza ich z życia społecznego (T. Shakespeare, 2006, s. 202). Punkt odpowiedzialności za problem niepełnosprawności, zostaje w związku z tym przeniesiony z osoby niepełnosprawnej na społeczeństwo (J. F. Smart, 2009, s. 7) i narzucaną przez niego kwestię „społecznego ucisku” (M. Malec, 2006, s. 73). Powszechnie akceptując, że osoba z niepełnosprawnością posiada trudności funkcjonowania w warunkach utworzonych dla pełnosprawnych osób, nie pozostawia się jej samej sobie (A. Krause, 2010b, s. 187). Zatem formą pomocy osobom niepełnosprawnym jest ich wzmocnienie poprzez usuwanie barier, walkę z wykluczeniem społecznym i uprzedzeniami, samo orzecznictwo i uniwersalny design (M. Wiliński, 2010, s. 18). Należy zaznaczyć, że model społeczny w swych założeniach nie pomija problemów zdrowotnych jednostki, a jedynie traktuje je jako mniej istotne przy ustalaniu kluczowych czynników dla zjawiska niepełnosprawności, dyskryminacji oraz wykluczenia społecznego (A. Przyłuska-Fiszler, 2013, s. 56-57). Podsumowując A. Krause (2010b, s. 187) jest zdania, że założenia społecznego paradygmatu niepełnosprawności konstytuują o przyczynach niekorzystnej sytuacji życia osób z niepełnosprawnością oraz co istotne, ujmują tę sytuację jako problem społeczny. Oznacza to, że każdy członek zbiorowości społecznej może zostać/być osobą z niepełnosprawnością i znaleźć się w tej niekorzystnej sytuacji (nie ze swojej winy), z kolei zadaniem społeczeństwa jest jego wspieranie. Zdaniem autora paradygmat ten nie jest oceną relacji osoba z niepełnosprawnością- społeczeństwo, a jedynie podkreśleniem

„pozajednostkowych kontekstów niepełnosprawności”. Zatem nie powinien stanowić podstaw do poszukiwania „winnych” problemów, które napotykają osoby z niepełnosprawnością w ich codziennym funkcjonowaniu, ale obejmować warunki ułatwiające bądź utrudniające to funkcjonowanie (A. Krause, 2010b, s. 188).

Warto wspomnieć o jednym z najważniejszych wariantów modelu społecznego, jakim jest afirmacyjny model niepełnosprawności powstały w 2000 roku (J. Swain, S. French, 2010, s. 569). Model ten jest generowany przez osoby z niepełnosprawnością poprzez odrzucenie podejścia osobistej tragedii (jeden z tzw. naiwnych modeli niepełnosprawności), kwestionując przy tym założenie, że „problem” znajduje się wewnątrz jednostki lub jej niepełnosprawności. Ponadto w modelu afirmacyjnym osoby z niepełnosprawnością deklarują pozytywne nastawienie względem własnej niepełnosprawności i niedoskonałości, odrzucając tym samym dominującą wartość normalności. Zmiany dla jednostek z niepełnosprawnością to nie tylko przekształcenie własnej świadomości w odniesieniu do znaczenia niepełnosprawności, ale również przekonanie o wartości i ważności życia jako osoby z niepełnosprawnością. Model społeczny upoważnił osoby z niepełnosprawnością do przejęcia nadzoru nad usługami udzielanego im wsparcia. Model afirmacyjny z kolei porusza kwestie kontroli jednostek z niepełnosprawnością nad interwencjami lekarskimi wobec ich ciała, a więc poznanie postaw, na podstawie których podejmowane są decyzje o działaniach medycznych. Osoby z niepełnosprawnością w tym modelu przewidują pełne uczestnictwo w życiu społecznym oraz równość swych praw. W związku z tym, poszukują oni społeczeństwa bez struktur, zarówno środowiskowych czy umownych, jak również doceniającego różnice i wartości niezależnie od rasy, płci, wieku, preferencji seksualnych i niepełnosprawności (J. Swain, S. French, 2010, s. 578-579; por. J. M. Levitt, 2017, s. 735-747).

Pojęcie niepełnosprawności rozpatrywane jest również w ramach modelu funkcjonalnego. W tym podejściu ICF określiła obowiązujące obecnie rozumienie niepełnosprawności nie jako efektu stanu zdrowia bądź uszkodzenia, ale jako rezultatu napotykanego przez człowieka barier w środowisku, ujmując niepełnosprawność jako wielowymiarowe zjawisko, które wynika z wzajemnych oddziaływań międzyludzkich z ich fizycznym oraz społecznym otoczeniem (E. Wapiennik, R. Piotrowicz, 2002, s. 22-23). Definicja ta podkreśla zmianę nastawienia ludzi do zjawiska niepełnosprawności z kategoryzującego i stygmatyzującego osoby z niepełnosprawnością na pełne zrozumienia dla uniwersalnych ludzkich doświadczeń (B. Szczupał, 2009, s. 217). Nowe ujęcie stara się uzyskać równowagę pomiędzy modelem społecznym i medycznym rozumienia

niepełnosprawności. Podłoże aktualnej klasyfikacji stanowi model funkcjonalny, który przez ICF oraz w Raporcie na temat niepełnosprawności został określony jako model bio-psycho-społeczny (oficjalne polskie tłumaczenie ICF nosi nazwę: model bio-psycho-socjalny) (A. Przyłuska-Fischer, 2013, s. 59). Model bio-psycho-społeczny zakłada, że jednostka jest osobą biologiczną, która przynależy do pewnej grupy społecznej wykonując określone zadania i czynności życia codziennego. Zatem o istocie niepełnosprawności decyduje odchylenie od przyjętego za normalny poziomu funkcjonowania jednostki w zakresie niektórych lub wszystkich wymienionych wymiarów (R. J. Kijak, 2013, s. 11). Celem ICF było uzyskanie powiązania dającego spójny obraz wymiarów zdrowia na płaszczyźnie jednostkowej, biologicznej i społecznej (I. Chrzanowska, 2015, s. 26).

W ramach funkcjonalnego modelu niepełnosprawności, który swe początki ma w 1965 roku, proces utraty sprawności rozumiany jest jako pogarszający się stan zdrowia, rzutujący na występujące ograniczenia funkcjonalne (np. widzenie, chodzenie). Zjawisko niepełnosprawności uwarunkowane jest społecznie, biologicznie i osobowo, a za teoretyczną normę funkcjonalną przyjmuje się wydajność, aktywność i wypełnianie ról społecznych. Problem niepełnosprawności w tym modelu umiejscowiony jest w interakcjach jednostki z niepełnosprawnością z otoczeniem (J. F. Smart, 2009, s. 6). Formą pomocy osobom niepełnosprawnym jest wspomaganie ich poprzez złożone oddziaływania i procesy adaptacyjne do ich środowiska, techniki i narzędzia akomodacyjne oraz technologie wspomagające (M. Wiliński, 2010, s. 18). Omawiany model ma jednak swoje wady, leżące u podstaw trudności w zrozumieniu, przyswojeniu oraz zatwierdzeniu przez ogół społeczeństwa tej perspektywy, szczególnie przez osoby z niskim wykształceniem (J. F. Smart, 2009, s. 11).

Obowiązująca klasyfikacja niepełnosprawności zawarta w ICF, umożliwia opisanie funkcjonowania jednostki w połączeniu z jej problemami zdrowotnymi. Składa się ona z dwóch części, pierwsza z nich „funkcjonowanie i niepełnosprawność”, pozwala wartościować funkcjonowanie osoby w kategorii ciała ludzkiego, jej aktywności jako jednostki oraz udział w życiu społecznym. Druga o nazwie „czynniki kontekstowe”, obejmuje społeczne i fizyczne środowisko osoby z niepełnosprawnością, postawy w nim przyjmowane, a także czynniki osobowe (ICF, 2009, s. 3-8). Klasyfikacja obejmuje także trzy płaszczyzny funkcjonowania. Pierwsza kategoria odnosi się do uszkodzenia (*impairment*), czyli funkcjonowania organizmu i budowy anatomicznej- wymiar biologiczny. Uszkodzenie pozwala ustalić ograniczenia działania, jak też uczestniczenia.

Druga płaszczyzna wiąże się z aktywnością jednostki, jej uczestnictwem w społeczeństwie i tworzonymi w jej relacjach oraz poziomem jej funkcjonowania. Trzecia płaszczyzna obejmuje relację jednostka z niepełnosprawnością- otoczenie (środowisko), w tym napotykaną przez nią ograniczenia uczestnictwa, ich skalę oraz możliwości usprawnienia (A. Wilmowska-Pietruszyńska, 2013, s. 11-12, por. S. Byra, M. Boczkowska, M. Duda, 2016, s. 18-19).

Zaprezentowana analiza modelu medycznego, społecznego i funkcjonalnego niepełnosprawności ma charakter schematyczny, wprowadzający, mający na celu ogólny zarys tej problematyki. Wnikliwsze i wyczerpujące to zagadnienie przeglądy przedstawiają w swych pracach np. Z. Woźniak (2008) i M. Wiliński (2010).

Inną perspektywą analizowania zjawiska niepełnosprawności, o której warto wspomnieć jest rozwojowa koncepcja niepełnosprawności. Przyjęcie tego stanowiska pozwala na promowanie pozytywnego i niestereotypowego wizerunku osób z niepełnosprawnością. (G. Bręczewski, 2007, s. 10). Zgodnie z tą koncepcją rozwój osób z niepełnosprawnością zasadniczo nie różni się od rozwoju osób sprawnych. Jednakże należy zwrócić uwagę na specyfikę funkcjonowania osób z niepełnosprawnością w celu uruchomienia i jak najlepszego wykorzystania ich potencjału rozwojowego. Osoba z niepełnosprawnością obok otoczenia fizycznego i społecznego jest odpowiedzialna za pomyślność jej rozwoju, biorąc pod uwagę unikatowość biegu życia każdego człowieka, niezależnie od stopnia jego sprawności (G. Bręczewski, 2007, s. 10-14). Należy zatem w procesie rehabilitacji osób z niepełnosprawnością wykorzystać ich możliwości rozwojowe w celu osiągnięcia lepszych wyników na wszystkich płaszczyznach psychospołecznego funkcjonowania.

Należy podkreślić, że każdy z modeli niepełnosprawności obejmuje wiele teorii dotyczących różnych jej aspektów. Tym samym różnią się one istotnie między sobą sposobem postrzegania/interpretowania procesu niepełnosprawności. Mimo tego w dalszym ciągu uniwersalna definicja niepełnosprawności, która byłaby akceptowana i respektowana przez wszystkie kraje Unii Europejskiej nie istnieje. Każdy kraj posiada własne określenie tego terminu, wykorzystywane do różnych celów m.in. na rzecz rehabilitacji zawodowej, opieki medycznej, rehabilitacji społecznej, edukacji itp. (E. Wapiennik, R. Piotrowicz, 2002, s. 19, por. K. Kurowski, 2012, s. 10). W związku z tym ciągle zainteresowanie badaczy tą tematyką oraz aktywność ruchów na rzecz osób niepełnosprawnych przyczyniły się do pojawienia się w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii nowej dziedziny badawczej tj. studia nad niepełnosprawnością

(*disability studies*). Ta interdyscyplinarna perspektywa jako główny obszar zainteresowania stawia sobie kulturowy, społeczny i polityczny wymiar niepełnosprawności, kwestionując tym samym model medyczny (M. Malec, 2006, s. 77-78; D. Goodley, 2011, s. 1). Najogólniej ujmując studia te poświęcone są opisowi i wyjaśnieniu niepełnosprawności w jego historycznej i kulturowej różnorodności oraz zmienności (P. M. Ferguson, E. Nusbaum, 2012, s. 70), co osadza je w badawczym paradygmacie interpretatywnym (M. Wlazło, 2016a, s. 44). Co ważne, zdaniem M. Wlazło (2016b, s. 74) pedagogiczne wykorzystanie ich dorobku może przyczynić się do optymalizacji rehabilitacji i edukacji osób z niepełnosprawnością. Należy podkreślić, że w dalszym ciągu studia nad niepełnosprawnością znajdują się w fazie umacniania swej naukowej pozycji oraz upowszechniania osiągnięć badawczych (M. Wlazło, 2016a, s. 46).

Termin „niepełnosprawność”, może być wyjaśniany nie tylko za pomocą perspektywy modelowej, ale również z wykorzystaniem istniejących klasyfikacji niepełnosprawności. W literaturze przedmiotu z uwagi na różne kryteria podziału odnaleźć można wiele klasyfikacji niepełnosprawności, m.in. ze względu na jej rodzaj czy czas pojawienia się u jednostki, a także stopień niezdolności do pracy osoby nią dotkniętej.

Biorąc pod uwagę kryterium rodzaju niepełnosprawności, wyodrębnia się:

- niepełnosprawność sensoryczną (osoby słabosłyszące i głuche oraz osoby słabowidzące i niewidome);
- niepełnosprawność fizyczną (osoby z uszkodzeniem narządu ruchu, a także przewlekłymi schorzeniami narządów wewnętrznych);
- niepełnosprawność psychiczną (osoby z niepełnosprawnością intelektualną oraz chorobami psychicznymi) (T. Majewski, 1995, s. 17).

Podobnej klasyfikacji niepełnosprawności dokonał Z. Woźniak (2008, s. 55-56), opierając się na podejściu deficytów i uszkodzeń. Autor wyodrębnił jeszcze jedną kategorię osób, mianowicie jednostki z niepełnosprawnością złożoną, a więc takie, które są dotknięte więcej niż jedną kategorią deficytu.

Inną kategorią klasyfikacji niepełnosprawności jest kryterium prawno-ekonomiczne, które daje podstawy do jej sklasyfikowania ze względu na stopień niezdolności do pracy na:

- stopień lekki;
- stopień umiarkowany;

- stopień znaczny (J. Kirenko, 2006, s. 19).

Z kolei jeżeli za kryterium podziału zostanie przyjęty okres życia jednostki, w którym dana niepełnosprawność pojawiła się, wówczas wyróżnia się:

- niepełnosprawność od urodzenia;
- niepełnosprawność nabytą (J. Kirenko, 2002, s. 28).

Systemowe ujęcie niepełnosprawności stanowi doprecyzowanie i poszerzenie tradycyjnego jej definiowania i traktowania, która najczęściej łączona była z brakiem zdolności jednostki do pracy. S. Kowalik (2000, s. 798-800), zauważa potrzebę definiowania niepełnosprawności w kontekście trzech poziomów funkcjonowania człowieka. Aspekt pierwszy nosi nazwę dysfunkcjonalności organizmu i oznacza obiektywny defekt biologiczny, który sprowadza się do niezdolności wykonywania i wypełniania właściwych funkcji, zarówno dla całego organizmu, jak jego poszczególnych narządów, czy układów. Drugi poziom stanowi niepełnosprawność społeczna, przejawia się ona w niezdolności osoby do pełnej partycypacji w życiu społecznym, tj. podejmowania aktywności czy pełnienia ról społecznych oraz realizacji zadań życiowych, które będą zgodne z oczekiwaniami danej społeczności. Aspekt trzeci to niepełnosprawność psychiczna, odnosi się do pełnej lub częściowej utraty zdolności podmiotowego organizowania swoich działań, co zakłóca zaspokajanie potrzeb oraz wywiązywanie się z obowiązków, które narzuca otoczenie społeczne. Istota niepełnosprawności zdaniem S. Kowalika (2000, s. 800), znajduje się w obrazie samego siebie osoby z niepełnosprawnością, który zostaje ulokowany w sytuacji społecznej. Zatem jednostka ma niepełnosprawność, kiedy zakłócenie jej funkcjonowania występuje jednocześnie na trzech wskazanych wyżej poziomach. Opisane podejście do niepełnosprawności, nakłania badaczy do analiz sytuacji niepełnosprawności na trzech poziomach: psychologicznym, społecznym i biologicznym.

Zaprezentowanie znaczenia terminu „niepełnosprawność” można dokonać przy pomocy wielości dostępnych w literaturze klasyfikacji niepełnej sprawności. Każda z nich zwraca uwagę na inny jej atrybut, uzupełniając się wzajemnie i podkreślając wagę poszczególnych aspektów.

W toku prowadzonej analizy warto zwrócić uwagę na wzrost liczby osób z niepełnosprawnością. W Polsce na rok 2012 ich liczba (według kryterium biologicznego), wynosiła 4,7 mln, co stanowiło 12,2 % ludności kraju. W tym 46,1% stanowili mężczyźni a 53,9% kobiety z niepełnosprawnością. Może być to związane z procesem starzenia się

ludzi, rozwojem cywilizacyjnym, coraz to lepszą opieką medyczną (P. Kubicki, 2015, s. 10) lub też postępowaniem rehabilitacyjnym, większymi możliwościami utrzymania przy życiu wcześniaków, nowymi chorobami czy rozwojem motoryzacji (P. Majewicz, 2012, s. 69). Co interesujące, najczęstszą przyczynę niepełnosprawności w Polsce stanowiły uszkodzenia narządu ruchu (59%), (dane GUS 2014), zarówno przypadki niepełnosprawności wrodzonej, jak i nabytej w wyniku choroby czy wypadku (Stan Zdrowia Ludności Polskiej w 2014 roku, 2016, s. 114). Należy wskazać, że są to najbardziej aktualne i szczegółowe dane na temat zbiorowości osób z niepełnosprawnością. Dodatkowych informacji uzupełniających prowadzony wywód dostarczają badania potrzeb osób z niepełnosprawnością przeprowadzone w 2016 r. na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), które wskazują, że 19% osób z niepełnosprawnością znajduje się w wieku przedprodukcyjnym, 64% w wieku produkcyjnym, natomiast 17% w wieku poprodukcyjnym. Zatem ukierunkowanie pracy badaczy na problematykę osób z niepełnosprawnością ruchową jest wysoce uzasadnione w perspektywie wyżej przedstawionych statystyk.

1.2. Niepełnosprawność ruchowa- definicja, zakres i klasyfikacje

Osoba z niepełnosprawnością ruchową to jednostka „o ograniczonej sprawności kończyn górnych, dolnych oraz kręgosłupa” (Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, 2000, s. 45). Wymienione elementy tworzące narząd ruchu, połączone są z układem mięśniowym, nerwowym, stawowym, kostnym i naczyniowym (B. Szychowiak, 2005, s. 383). W jego skład wchodzi układ czynny (nerwowo-mięśniowy) oraz układ bierny (kostno- stawowy). Należy podkreślić, że poszczególne części narządu ruchu są ze sobą dokładnie powiązane, a zatem uszkodzenie bądź zaburzenie którejs z nich, wpływa na działanie pozostałych. Toteż niezależnie od rodzaju schorzenia, mamy do czynienia z dysfunkcją narządu ruchu (P. Majewicz, 2012, s. 61-62). Poprawne funkcjonowanie omawianych układów pozwala jednostce utrzymać prawidłową postawę ciała, przemieszczać się oraz dowolnie zmieniać swoją pozycję (P. Majewicz, 2012, s. 61), przy czym jednostka ruchu te wykonuje dokładnie, zręcznie i szybko (B. Szczupał, 2009, s. 218). Ponadto narząd ruchu pełni ważną rolę w komunikacji pozawerbalnej między ludźmi. Układ i ruchy ciała oraz mimika twarzy, służą przekazywaniu sygnałów w komunikacji z innymi. Co więcej, czynności motoryczne pośredniczą w realizacji i zaspokajaniu potrzeb człowieka. Nieprawidłowości

w pracy narządu ruchu mogą prowadzić do poważnych zakłóceń nie tylko w sferze fizycznej, ale również psychicznej, istotnie wpływając na kształtowanie się osobowości jednostki (B. Szychowiak, 2005, s. 381-382).

Grupa osób z niepełnosprawnością ruchową jest bardzo zróżnicowana pod wieloma względami, tj. przyczyn, stopnia i ograniczeń z niej wynikających (A. Maciarz, 2001, s. 44), ale również umiejscowienia dysfunkcji (J. Kirenko, 2002, s. 37-38) i poziomu funkcjonowania społecznego człowieka (S. Kowalik, 2000, s. 798- 800).

Omawiane uszkodzenia mogą mieć różny charakter. Mając na uwadze dynamikę procesu można wymienić: uszkodzenie progresywne (pogłębiające się), regresywne (ustępujące) lub ustabilizowane (bez pogłębiania się) (T. Majewski, 1995, s. 12). Z kolei ze względu na swój zakres, głębokość oraz czas trwania uszkodzenia mogą być trwałe bądź okresowe, wrodzone lub nabyte. Wrodzone wady narządu ruchu to zewnątrzpochodne uszkadzające rozwijający się płód (poprzez np.: infekcje, niedotlenienie, wpływy toksyczne, braki pokarmowe, promieniowanie jonizujące) lub wewnątrzpochodne (np. zaburzenia w chromosomach) wady, które ujawniają się od urodzenia dziecka albo wczesnego dzieciństwa. Natomiast te nabyte mające miejsce w różnych okresach rozwojowych człowieka to urazy, choroby i naturalne zmiany starcze zachodzące w organizmie (B. Szychowiak, 1991, s. 382).

J. Kirenko (2002, s. 37-38) uzupełnił powyższą klasyfikację przyczyn dysfunkcji narządu ruchu, dodając do już wyodrębnionych czynników nabytych i wrodzonych jeszcze dwie kategorie, mianowicie:

- kalectwa pourazowe, takie jak np. uszkodzenie więzadeł, ścięgien, mięśni i skóry, zniekształcenia po zwichnięciach czy złamaniach oraz amputacje;
- choroby ogólne lub określane jako swoiste dla narządu ruchu takie jak: choroby reumatyczne, nowotwory, kiła, grypa, dystrofie mięśniowe, dziecięce porażenie mózgowie, choroby zakaźne, stwardnienie rozsiane, choroba Heinego- Medina, choroba Parkinsona.

Niektórzy badacze jako przyczyny ograniczeń sprawności wskazują także na czynniki patogenne i choroby (W. Dega, za: A. Maciarz, 2001, s. 44-45), klasyfikując je na:

- zniekształcenia i choroby narządu ruchu w zestawieniu z procesami zapalnymi;
- nowotworopodobne zmiany i nowotwory tkanek miękkich i kości narządu ruchu;
- choroby reumatoidalne;

- niedowłady i porażenia w trakcie choroby kręgosłupa i rdzenia kręgowego, a także uszkodzenia mózgu.

Z kolei, ze względu na umiejscowienie uszkodzenia narządu ruchu, klasyfikacja zaproponowana przez I. Kaiser-Grodecką (1987, s. 144) wyróżnia:

- dysfunkcje pochodzenia mózgowego (np.: zaburzenia koordynacji ruchowej, zespoły ruchów mimowolnych, porażenia wiotkie i spastyczne, a także niedowłady, dziecięce porażenie mózgowe);
- dysfunkcje układu kostno- stawowego (np.: schorzenia reumatyczne, zwichnięcie stawu biodrowego);
- dysfunkcje pochodzenia rdzeniowego (np.: rozszczep kręgosłupa, choroba Heinego-Medina, uraz rdzenia i kręgosłupa, zanik mięśni, dystrofia mięśniowa);
- braki kończyn- wrodzone lub będące następstwem amputacji.

Inną klasyfikacją, w której za kryterium przyjmuje się również lokalizację uszkodzenia to propozycja B. Szychowiak (2005, s. 383). Autorka wymienia rodzaje dysfunkcji układu: kostnego np. nowotwór kości; mięśniowego- np. dystrofia mięśniowa; nerwowego np. uszkodzenie splotów nerwowych; stawowego- np. zmiany zwyrodnieniowe powodujące zniekształcenia stawów; naczyniowego, np. nowotwór tkanki naczyniowej.

Z kolei WHO (za: B. Szczupał, 2009, s. 219-220) proponuje trójstopniową systematyzację dysfunkcji narządu ruchu, są to:

- uszkodzenia oraz braki w anatomicznej strukturze narządu ruchu- rozumiane jako braki oraz uszkodzenia kończyn i mięśni, wywołane amputacjami lub uszkodzeniami mechanicznymi;
- zaburzenia czynności motorycznych przy jednoczesnej nienaruszalności anatomicznej w strukturze narządu ruchu, spowodowane najczęściej uszkodzeniami układu nerwowego;
- deformacje narządu ruchu, która powoduje zaburzenia czynności motorycznych- wady anatomiczne oraz nieprawidłowości całego narządu lub tylko jego części.

Niepełnosprawność ruchowa jest bardzo zróżnicowana ze względu na przyczyny, symptomatykę i dynamikę nieprawidłowości uszkodzonego narządu ruchu. Podział nieprawidłowości z uwagi na ich etiologię na wrodzone i nabyte jest najbardziej ogólnym rozróżnieniem. Z całą pewnością to, czy jednostka posiada niepełnosprawność wrodzoną

czy nabytą znacząco modyfikuje i kształtuje jej rozwój oraz psychospołeczne funkcjonowanie.

1.3. Psychospołeczne konsekwencje nabycia niepełnosprawności ruchowej

Uszkodzenie organizmu można uznać za taką właściwość jednostki, która wywołuje istotne konsekwencje dla jej funkcjonowania oraz utrudnia zaspokajanie potrzeb biopsychicznych, będących podstawą zdrowia. Niezaspokojenie potrzeb psychospołecznych powoduje zaburzenia w zachowaniu się jednostki, powstawanie nerwic lub chorób psychicznych oraz wyzwalanie mechanizmów obronnych (Z. Sękowska, 2001, s. 270).

Niepełnosprawność może pojawić się w różnym okresie życia człowieka, również jej zakres może być inny. A osoby, które jej doznają mogą różnić się między sobą właściwościami psychicznymi i fizycznymi (S. Kowalik, 2007b, s. 43). Rozbieżności mogą pojawić się także w zakresie subiektywnego stanu zdrowia oraz sytuacji życiowej tych osób (Z. Sękowska, 2001, s. 271). Te wszystkie czynniki mają często znaczący wpływ na zachowanie się i funkcjonowanie jednostki w momencie pojawienia się dysfunkcji organizmu (S. Kowalik, 2007b, s. 47).

Niezwykle istotne w perspektywie prowadzonej analizy wydaje się odróżnienie od siebie dwóch kategorii osób. Tych, które nabyły niepełnosprawność w momencie urodzenia, w dzieciństwie lub wczesnej młodości od osób, u których dysfunkcjonalność organizmu wystąpiła w życiu dorosłym (np. K. Mrugalska, 1996, s. 28; J. Kirenko, 2002, s. 28; S. Kowalik, 2003, s. 73; B. Szychowiak, 2005, s. 382; B. Szczupał, 2009, s. 222; P. Wolski, 2010, s. 24). Wielkość potencjału rozwojowego jednostki może być ograniczona w momencie wczesnego nabycia dysfunkcji, z kolei pojawienie się ograniczeń funkcjonalnych w dorosłości nie wpływa na wcześniej zdobyty potencjał rozwojowy. Kolejną różnicą zdaniem S. Kowalika (2003, s. 73) jest kategoria światopoglądu jednostek. W porównaniu z osobami z niepełnosprawnością nabytą we wczesnym okresie rozwojowym, tylko osoby, które później nabyły niepełnosprawność można określać jako jednostki o radykalnie odmiennym światopoglądzie. Nabycie dysfunkcji w wieku dojrzałym często sprowadza się do modyfikacji i zmiany uprzednio wypracowanych modeli zachowań. Z kolei pojawienie się niepełnosprawności we wczesnych fazach rozwojowych, skutkuje wcześniejszymi oddziaływaniami rehabilitacyjnymi, które

pozwolą na bardziej trafne wybory ról społecznych, możliwych do wypełniania w dorosłym życiu (S. Kowalik, 2003, s. 73-74).

Innych rozbieżności pomiędzy osobami z niepełnosprawnością od urodzenia, a tymi którzy nabyli jej w poszczególnych etapach życia, upatruje się w procesie radzenia sobie z ograniczeniami związanymi z utratą sprawności. Biorąc pod uwagę grupę osób nie w pełni sprawnych od urodzenia, ciężko jest w ujęciu obiektywnym i subiektywnym analizować ich funkcjonowanie w kategoriach straty. Osoby te, zmagają się z problemami związanymi z wrodzoną niepełnosprawnością, jednakże różnią się one od problemów osób z niepełnosprawnością nabytą na poszczególnych etapach rozwojowych (P. Wolski, 2002, s. 38). Różnica ta zdaniem P. Wolskiego (2002, s. 39), (w kontekście przyjętej przez autora koncepcji etapowego procesu radzenia sobie) wydaje się być kluczowa dla doświadczania konsekwencji niepełnosprawności. To, w jaki sposób jednostka poradzi sobie z sytuacjami trudnymi, będzie miało wielorakie konsekwencje dla jej psychospołecznego funkcjonowania. Osoby niepełnosprawne ruchowo w celu poradzenia sobie z sytuacjami trudnymi, najczęściej stosują mechanizmy obronne w postaci np. racjonalizacji, zaprzeczenia, projekcji, negacji, kompensacji i identyfikacji (S. Kowalik, 1999, s. 72).

Należy podkreślić, że wrodzona niepełnosprawność już od momentu narodzin wyznacza charakter relacji człowieka z otoczeniem, przez co pośrednio wpływa na jego funkcjonowanie (B. Szychowiak, 2005, s. 385). Zatem osoba, która doświadczyła samodzielności czy swobody przypuszczalnie inaczej odnosi się do starty sprawności niż ta, która jest niepełnosprawna od urodzenia, czy też wczesnego dzieciństwa. Reakcje na niepełnosprawność wrodzoną nie są aż tak gwałtowne, jak w momencie nagłej utraty sprawności, jednakże często pojawiają się reakcje krytyczne o znacznym nasileniu, wymagające przystosowania (H. Larkowa, 1987 s. 65). Z pewnością nagłe pojawienie się niepełnosprawności wpływa dezorganizująco na struktury psychicznej regulacji, zaburzając tym samym trwale lub okresowo, zachowanie się człowieka (B. Szychowiak, 2005, s. 390).

Co istotne, osoby z niepełnosprawnością wrodzoną nie są wyposażone w skalę porównawczą wykonywanych ruchów (jak w przypadku jednostek z niepełnosprawnością nabytą), co powoduje, że są mniej strauumatyzowane psychicznym faktem wystąpienia niepełnosprawności, stanowiącej dla nich naturalny element życia (A. Hulek, za: J. Kirenko, 2007, s. 29). Z kolei w przypadku osoby, która nabyła niepełnosprawność w późniejszym wieku, a więc w miarę samodzielnej i autonomicznej, rozwój ruchowy

zostaje zaburzony. Diametralnie ulegają zmianie jej warunki życia, funkcjonowania oraz możliwości wykonywania zadań i czynności wymagające pośrednio lub bezpośrednio sprawności fizycznej, które do tej pory były możliwe do zrealizowania (B. Szychowiak, 2005, s. 390). Jednostka z niepełnosprawnością nabytą poprzez utratę wyuczonych we wcześniejszych fazach życia umiejętności manipulacyjnych i ruchowych odczuwa zakłócenia m.in. w sferze emocjonalnej (P. Majewicz, 2002, s. 57-58).

Pojawienie się niepełnosprawności u człowieka niesie ze sobą konieczność dokonywania zasadniczych zmian na wielu płaszczyznach jego funkcjonowania. Jest to związane z wystąpieniem szeregu utrudnień, których źródłem są czynniki społeczne, fizyczne i psychiczne zawarte bezpośrednio lub pośrednio w jednostce i środowisku społecznym, w którym funkcjonuje (E. J. Konieczna, 2015, s. 61). Trwałe ograniczenia zmuszają do przekształceń w zakresie postrzegania świata i samego siebie osoby z niepełnosprawnością na poziomie emocjonalnym, funkcjonalnym, poznawczym, zawodowym i społecznym (P. Wolski, 2010, s. 24). Zatem wystąpienie niepełnosprawności prowadzi do pojawienia się szeregu konsekwencji mających wpływ na dalsze życie jednostki.

Konsekwencje niepełnosprawności możemy analizować na różne sposoby m.in. ze względu na to, kogo one dotyczą: osoby z niepełnosprawnością, jej rodziny czy społeczeństwa, a także z uwagi na ich wpływ (pozytywny lub negatywny) na dalsze funkcjonowanie osoby i jej szanse rozwoju. Można je również rozpatrywać w wymiarze psychicznym, fizycznym i społecznym (Z. Kawczyńska-Butrym, 1998, s. 51), a ich zakres będzie uzależniony m.in. od rodzaju i stopnia niepełnosprawności oraz od wieku osoby nią dotkniętej (A. Hulek, za: J. Kirenko, 2002, s. 41). Biorąc pod uwagę, że każdą osobę cechuje inny wymiar, poziom i zakres ograniczeń sprawności, konsekwencje z niej wynikające mogą być także podzielone na wspólne dla wszystkich osób z niepełnosprawnością oraz indywidualne/jednostkowe (Z. Kawczyńska-Butrym, 1998, s. 52). Zatem to, z jakimi problemami zmagają się osoba z niepełnosprawnością, w dużej mierze ma związek z wymienionymi czynnikami odnoszącymi się do charakteru jej niepełnosprawności, które należy brać pod uwagę podczas planowania działań pomocowych i rehabilitacyjnych. W tej pracy zostaną podjęte najważniejsze kwestie dotyczące konsekwencji nabycia trwałych uszkodzeń ruchowych.

Niepełnosprawność ruchowa odgrywa ważną rolę w kształtowaniu się samooceny, obrazu samego siebie jednostki. Ich poziom w dużej mierze determinuje m.in. rodzaj i czas trwania niepełnosprawności oraz stopień jej akceptacji i wynikających z niej

ograniczeń (P. Borowiecki, 2015, s. 114). Formuje się on poprzez spostrzeganie bodźców, które działają z własnego ciała, a także oddziaływania rodziców i porównywanie siebie z innymi (S. Siek, 1986, s. 257). Proces kształtowania się własnego obrazu ma miejsce już po urodzeniu dziecka, a nawet i przed nim. Doświadczenie własnego ciała stanowi wiedzę o sobie, toteż pojawienie się niepełnosprawności w pierwszych latach życia utrudnia i zakłóca rozwój fundamentalnych podstaw obrazu samego siebie (P. Majewicz, 2002, s. 57). W przypadku kształtowania się postawy wobec własnej sytuacji zdrowotnej ma ona charakter ciągły. Niepełnosprawność stanowiąca stały element obrazu samego siebie, przeplata się z dalszymi fazami rozwoju danej jednostki (D. Wiszejko-Wierzbicka, 2008, s. 31).

W przypadku, kiedy niepełnosprawność pojawia się w późniejszych latach życia modyfikuje ona już powstałą koncepcję siebie osoby z dysfunkcją narządu ruchu. Obraz samego siebie tej jednostki nie obejmował wcześniej elementu niepełnosprawności, (który jest czynnikiem zewnętrznym). Dlatego też ukształtowanie postawy wobec własnej sytuacji, narzuca włączenie go w posiadany system „ja” osoby. Następnie jednostka formułuje nowy obraz „ja idealnego” uwzględniającego fakt niepełnosprawności. Należy podkreślić, że osoby z niepełnosprawnością nabytą napotykały trudności dwojakiego rodzaju, pierwsza dotyczy włączenia do własnego obrazu niepełnosprawności i redefinicji swojego „ja”. Druga obejmuje konstrukcję nowego „ja idealnego”, na który składać się będzie fakt niepełnosprawności (P. Majewicz, 2002, s. 93; D. Wiszejko-Wierzbicka, 2008, s. 31). Co istotne, na proces przeformułowania własnego obrazu mają wpływ również inne trudności, które obejmują m.in.: frustracje spowodowane problemami z poruszaniem się, komunikowaniem się i odbieraniem bodźców zewnętrznych; depresja, żal, smutek, poczucie wyizolowania, osamotnienia i braku nadziei oraz perspektyw na dalsze życie (P. Borowiecki, 2015, s. 115).

Badania obrazu siebie osób z niepełnosprawnością M. Skury i D. Gołucha (2013, s. 59), wykazały, że zarówno „ja realne”, jak i „ja idealne” osób badanych nie jest zależne od czasu pojawienia się niepełnosprawności. Co interesujące, osoby, które nabyły trwałe uszkodzenia po 18 roku życia, są bardziej niezależne i wytrwałe w osiąganiu postawionych sobie celów oraz lepiej radzą sobie w kontaktach z innymi ludźmi w porównaniu z osobami niepełnosprawnymi od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa. Z kolei inne badania (B. Omolayo, 2009, s. 455), sygnalizują brak istotnych statystycznie różnic w zakresie samooceny u osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych. Wyniki tych badań są sprzeczne z ustaleniami P. Borowieckiego (2015, s. 124), który wykazał, że

badane osoby niepełnosprawne cechuje wyższy poziom samooceny niż osoby pełnosprawne. Ponadto osoby z niepełnosprawnością uzyskały nieco wyższe wyniki w obrębie akceptacji samego siebie, postrzegania własnej osoby i oceny swojego postępowania niż osoby pełnosprawne. Jak wynika z badań, wysoka samoocena osób z niepełnosprawnością wiązała się zazwyczaj z lepszą integracją społeczną (H. Y. Song, 2005, s. 139) i wyższym poziomem nadziei u tych osób (D. Piazza i in., 1991, s. 224).

Niezwykle istotny dla jakości psychospołecznego funkcjonowania jednostek z niepełnosprawnością jest jeden z elementów obrazu samego siebie, mianowicie postawa wobec własnej niepełnosprawności. Składa się ona z komponentu emocjonalnego (uczucia względem własnej niepełnosprawności), behawioralnego (wpływ niepełnosprawności na działanie i zachowanie osoby) i poznawczego (przekonania na temat własnej sytuacji). Wśród osób z niepełnosprawnością wyróżnia się trzy typy postaw: ambiwalencji, akceptacji i braku akceptacji. To, jaką postawę przyjmie jednostka będzie sygnalizowało jak ocenia ona swoje możliwości, umiejętności, własne życie oraz jakie informacje na swój temat daje otoczeniu społecznemu (D. Wiszejko-Wierzbicka, 2008, s. 12, 18-19).

Zdaniem E. Trzebińskiej (2007, s. 7-8), trauma po nabyciu niepełnosprawności wiąże się nie tylko z utratą sprawności, ale także z próbami pokonywania pojawiających się w jej wyniku barier funkcjonalnych oraz negatywnych emocji. Pierwsze poważne konsekwencje, które występują zaraz po nabyciu uszkodzenia ciała, to te związane z przeżywaniem zmian wywołanych tym uszkodzeniem. Reakcje psychiczne ludzi w takiej sytuacji charakteryzuje duża dynamika. Najbardziej intensywny zakres emocji obserwowany jest bezpośrednio po pojawieniu się niepełnosprawności. Człowiek w krótkim czasie uświadamia sobie, że jego ciało zostało bezpowrotnie zmienione, a on sam utracił kontrolę nad tym, co dotychczas zdobywał. Następuje dezorganizacja życia psychicznego jednostki (S. Kowalik, 2007a, s. 76). Co więcej, przeżywane wówczas przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego negatywne emocje prowadzące do lęku i depresji, mogą być ważnymi czynnikami modyfikującymi ich cele i plany życiowe (E. Martz, H. Livneh, 2003, s. 1024).

Piętno niepełnosprawności pozostaje na zawsze z osobą niepełnosprawną. Niepełnosprawność staje się centralną kategorią określającą jej tożsamość społeczną. Zaznaczające się tu problemy wiążą się z ustaleniem linii między tożsamością osobistą a tożsamością społeczną, zaspokajając potrzebę bycia wyjątkowym i potrzebę przynależności (M. Lejzerowicz, 2017, s. 19). Co ważne, utratę sprawności nie należy

traktować w kategoriach przeszkody dla realizacji zadań rozwojowych jednostki czy osiągnięcia przez nią tożsamości, ale jako czynnik moderujący jej kształtowanie się (Ż. Stelter, 2008, s. 29).

Radzenie sobie z cierpieniem spowodowanym utratą sprawności, cechuje się zaburzeniem procesu kształtowania się i integrowania tożsamości. Wszystkie składniki poczucia tożsamości (poczucie: identyczności, odrębności, integralności, ciągłości) na skutek pojawienia się niepełnosprawności ulegają zaburzeniu (P. Wolski, 2010, s. 25). W sytuacji tej jednostka zmuszona jest do rekonstrukcji, przekształcenia siebie i przeformułowania poczucia tożsamości, a także wyznaczenia sobie nowych, innych celów życiowych.

Według K. K. Yoshidy (1993, s. 217) odbudowa tożsamości po urazie odbywa się na zasadzie ruchu wahadłowego, opartego na przechodzeniu od selfu sprzed uszkodzenia do selfu po nabyciu niepełnosprawności. Celem jest uzyskanie równowagi w postaci aktualnego selfu (*self-disability*), który zwiększony jest o elementy odnoszące się do niepełnosprawności (J. Corbin, A. L. Strauss, 1987, s. 264; K. K. Yoshida, 1993, 217-242). Wahadło przedstawia pięć głównych przejawów tożsamości: dawne ja (*the former self*), supernormalna tożsamość (*supernormal identity*), niepełnosprawna tożsamość jako całość selfu (*the disabled identity as total self*), niepełnosprawna tożsamość jako aspekt selfu (*the disabled identity as an aspect of the total self*), tymczasowy self (*the middle self*). Na wymienione przejawy tożsamości wpływ ma pięć doświadczeń (procesów): strata, utrzymanie, integracja, ciągłość i rozwój selfu (K. K. Yoshida, 1993, s. 223). Warto dodać, że proces ten cechuje odwracalność, co oznacza, że jednostka ma możliwość powracania do wcześniejszych faz oraz zupełnego pomijania niektórych z nich. Co więcej, w momencie ich osiągnięcia, osoba może jeszcze raz doświadczać etapów poprzedzających.

Na początku jednostka z nabytą niepełnosprawnością zaprzecza aktualnej sytuacji w jakiej się znajduje, idealizując przeszłość i własne możliwości sprzed uszkodzenia. Z czasem stara się zinterpretować własny stan poprzez kontakty społeczne, rozwijając nowe dla niej schematy poznawcze, pozwalające na wytworzenie się bardziej realistycznego podejścia do życia. Kolejne nawiązywane relacje powodują rekonstrukcję, restrukturyzację bądź przekształcenie schematów. Ich zmiana dotyczy zwłaszcza trzech elementów, po pierwsze próby odnalezienia znaczenia w zaistniałej sytuacji niepełnosprawności oraz w życiu po uszkodzeniu, po drugie potrzeby posiadania kontroli nad własną niepełnosprawnością, środowiskiem i przyszłością, po trzecie wysiłku

włożonego w odbudowę i ochronę własnej tożsamości po urazie. W każdym z obszarów obserwuje się wahadłowe zmiany, zmierzające ku punktowi środkowemu, oznaczającego równowagę (P. Majewicz, 2012, s. 79).

Wpływ niepełnosprawności nabytej na tożsamość podkreślają również A. Gendreau i R. de la Sablonniere (2014, s. 1608-1611). W swojej pracy autorki bazując na Modelu Rozwoju Poznawczego Integracji Tożsamości Społecznej, zwracają uwagę na potrzebę zachowania ciągłości tożsamości po nabyciu uszkodzenia ciała. Zatem osoba z niepełnosprawnością powinna (w kontekście przyjętego modelu) przejść przez trzy etapy odbudowy tożsamości. Pierwszy z nich to kategoryzacja, w której jednostka dokonuje wstępnej oceny uszkodzenia, wskazując wyraźne różnice przed i po urazie. Drugi etap to podział na poszczególne kategorie, z którymi jednostka się utożsamia, pomocne przy tym okazują się interakcje społeczne z innymi osobami niepełnosprawnymi i rehabilitantami. Końcowym etapem jest integracja elementów sprzed i po urazie, które są tak samo istotne dla odbudowy tożsamości.

Należy podkreślić, że proces przeformułowania własnej tożsamości i określenie nowych celów życiowych przez osoby z niepełnosprawnością jest na tyle złożony, iż wymaga adekwatnego wsparcia, zarówno od osób znaczących (rodzina, przyjaciele), jak i otoczenia społecznego tych osób oraz specjalistów (np. psychiatry, psychologa, osoby duchownej, lekarza, doradcy zawodowego, rehabilitanta) (P. Wolski, 2010, s. 25-26).

Psychospołeczne problemy osób z niepełnosprawnością są ukryte, złożone i zależne od znaczącej liczby różnych zmiennych, ale również są determinowane m.in. poprzez sposób postrzegania własnej sytuacji przez osobę z niepełnosprawnością (B. L. Block, 2001, s. 229). Zdaniem T. Witkowskiego (1993, s. 2), problemy osób z niepełnosprawnością stanowią doświadczane przez nich m.in. ich obawy, trudności, przeżywane psychiczne bóle i niepokoje. To, w jaki sposób osoba zareaguje na daną sytuację, zależy głównie od jej oceny i ułożenia bodźców w perspektywie ich znaczenia dla jednostki. Jeżeli osoba uzna daną sytuację za zagrożenie, będzie skutkowało to pojawieniem się negatywnych uczuć, a nawet kryzysu (W. Otwinocki, 2010, s. 84). Należy zatem podkreślić, że uszkodzenie ciała może powodować poważne konsekwencje na poziomie świadomości człowieka. Osoba z niepełnosprawnością, obawia się m.in. negatywnych reakcji innych osób na zmiany w jej wyglądzie, a to z kolei przyczynia się do doświadczania przez nią negatywnych emocji. Przesadne koncentrowanie się na własnej niepełnosprawności może prowadzić do ograniczenia aktywności jednostki, powodując trudności w jej dalszym rozwoju (S. Kowalik, 2007a, s. 47). Zatem to, w jaki

sposób osoba z niepełnosprawnością postrzega własną sytuację i interpretuje ją, odgrywa decydującą rolę dla jej zachowania się i indywidualnego przeżywania problemów (por. B. L. Block, 1999, s. 29), których podstawą jest związek między psychiką a ciałem człowieka (S. Kowalik, 1999, s. 56-72).

Bezpośrednio po nabyciu niepełnosprawności, gdy dalsze funkcjonowanie jednostki staje się trudne do wyobrażenia, pojawiają się problemy egzystencjalne. Osoba jest na granicy życia i śmierci, dotychczasowa aktywność ulega przerwaniu, a wartości uznawane przez nią za ważne stają się nieosiągalne (S. Kowalik, 2007b, s. 61). Wiąże się to z wystąpieniem sytuacji przeciążenia, w której to człowiek funkcjonuje na granicy wytrzymałości, zarówno psychicznej, jak i fizycznej. Osoba znajduje się wówczas w sytuacji kryzysowej, która polega na zaburzeniu jej homeostazy. Stan emocjonalny jednostki z niepełnosprawnością uaktywnia jej mechanizmy obronne, zmuszając ją do przezwyciężenia nieoczekiwanej sytuacji trudnej. Nie jest ona w stanie osiągnąć równowagi z powodu czasowego zaburzenia mechanizmów homeostatycznych, dlatego też żyje ona w napięciu emocjonalnym, który w przypadku osób z para- i tetraplegią może trwać nawet pół roku (B. L. Block, 1999, s. 30).

Jakość psychospołecznego funkcjonowania jednostek z niepełnosprawnością uzależniona jest także m.in. od ich poziomu poczucia sensu życia. Potrzebą każdego dorosłego człowieka, niezbędną dla zdrowego i dojrzałego funkcjonowania jest utworzenie indywidualnej koncepcji sensu życia (K. Obuchowski, 2000, s. 269). W sytuacji nabycia trwałych ograniczeń destrukcji ulega dotychczasowy system wartości jednostki, co prowadzi do stawiania przez nią pytań dotyczących sensu istnienia człowieka oraz wartości jego zmagania z napotykanymi przeciwnościami losu (M. Rorat, 2006, s. 9). Jak wskazują badania E. J. Koniecznej (2010, s. 81-82), ponad połowa badanych osób z niepełnosprawnością ruchową swój poziom poczucia sensu życia określa jako niski. Zatem są one zagrożone uczuciem braku sensu lub jego całkowitą utratą. Ponadto im osoba z niepełnosprawnością jest starsza, tym ten poziom jest niższy. Poza tym analiza indywidualnych przypadków pozwoliła na ustalenie, że to, w jaki sposób osoba postrzega sens własnego życia zależy od jej sytuacji życiowej. Osoby badane w sytuacjach trudnych zwracają swoje myślenie w kierunku śmierci (jako wyjścia z trudnej sytuacji). Można zatem stwierdzić, że osoby z niepełnosprawnością nie radzą sobie z problemami, co wiąże się z kształtowaniem przez nich apatycznej i biernej postawy wobec życia. Z kolei z badań E. Psarry i G. Kleftarasa (2013, s. 89) wynika, że kiedy osoby z niepełnosprawnością ruchową cechuje m.in. poczucie sensu życia wówczas są w

stanie lepiej poradzić sobie z ograniczeniami i zaakceptować własną sytuację niepełnosprawności. Natomiast gdy jednostki z niepełnosprawnością ruchową doświadczają braku sensu życia i jego celowości oraz uczucia apatii i obojętności względem własnej egzystencji (tzw. egzystencjalna próżnia) wynikających z fizycznych ograniczeń, wtedy to trudniej jest im przystosować się i zaakceptować nową sytuację oraz poradzić sobie z nieuchronnie pojawiającymi problemami.

Niezwykle ważnym elementem składającym się na psychospołeczne funkcjonowanie człowieka jest odczuwany przez niego poziom jakości życia. W przypadku osób z niepełnosprawnością jest on niższy od wyniku populacji ogólnej (np. K. Jaracz, B. Grabowska-Fudala, 2007). Jak wynika z badań K. Pawłowskiej-Cyprysiak, M. Konarskiej i D. Żołnierczyk-Zreda (2013, s. 235), niektóre czynniki społeczno-demograficzne, mają znaczący wpływ na jakość życia osób z niepełnosprawnością ruchową. Są to m.in.: miejsce zamieszkania (osoby zamieszkujące mniejsze miejscowości gorzej oceniały własną jakość życia oraz zdrowie psychiczne i fizyczne); okres trwania niepełnosprawności (im dłużej jednostka posiadała trwałe ograniczenia, tym mniejsze były jej szanse na pozytywną ocenę własnego zdrowia, ale z kolei większe na lepsze funkcjonowanie w społeczeństwie); poziom wykształcenia (im niższy jego poziom posiadała osoba, tym gorszą ocenę swojego zdrowia psychicznego i fizycznego formułowała). Rezultaty badań L. Blanes, M. I. S. Carmagnani i L. M. Ferreira (2009, s. 15), przeprowadzone wśród 60 osób z paraplegią wykazały, że badane osoby cechował niski wskaźnik jakości życia. Z kolei z badań D. L. Patrick, M. Morgan i J. R. Charlton (1982, s. 1347) wynika, że na poprawę i utrzymanie jakości życia osób z niepełnosprawnością ruchową w dużej mierze znaczenie ma ich udział w życiu społecznym, który przyczynia się do polepszenia pogarszającego się funkcjonowania psychospołecznego i emocjonalnego badanych. Badania J. Czepczarza (2012, s. 109-112) wskazują natomiast, że na zadowolenie z jakości życia u osób z uszkodzeniem narządu ruchu znaczący wpływ ma proces rehabilitacji. Przyczynia się on do zmiany poziomu jakości życia z oceny niezadowolenia na zadowolenie u osób badanych. Zarówno niepełnosprawne kobiety, jak i mężczyźni cechują się wysokim poziomem zadowolenia z jakości swojego życia po zakończonej rehabilitacji.

Ważnym elementem życia ludzkiego, który ulega zmianie po nabyciu trwałej niepełnosprawności jest sfera seksualna człowieka. Badania J. Kirenko (1995, s. 226) wykazały, że poziom funkcjonowania seksualnego u osób z niepełnosprawnością jest istotnie niższy w porównaniu z osobami pełnosprawnymi. Badane osoby z uszkodzeniem

rdzenia kręgowego, mają poczucie braków i nie akceptują siebie w pełni w roli seksualnej. Wyniki te zostały poparte również badaniami G. Taleporos i M. P. McCabe (2001, s. 131), którzy wykazali, że osoby z niepełnosprawnością fizyczną często czują się nieatrakcyjne seksualnie. Inne doniesienia z badań tych samych autorów (G. Taleporos, M. P. McCabe, 2003, s. 359) w grupie 1196 osób z niepełnosprawnością, dowiodły, że jednostki z poważnym uszkodzeniem ciała doświadczają znacznie niższego poziomu szacunku i satysfakcji seksualnej oraz istotnie wyższego poziomu depresji seksualnej niż osoby z lżejszymi niepełnosprawnościami (por. I. Marini, M. N. Glover-Graf, M. J. Millington, 2012, s. 203). Co interesujące, badania wskazują, że czas trwania niepełnosprawności nie jest związany z obrazem ciała osób z niepełnosprawnością (G. Taleporos, M. P. McCabe, 2005, s. 637).

Jakość psychospołecznego funkcjonowania osób z niepełnosprawnością uzależniona jest od oceny poszczególnych aspektów ich życia, które ulegają istotnym modyfikacjom w trakcie nabycia trwałych ograniczeń. Powyższa analiza dotycząca psychospołecznego funkcjonowania jednostek z niepełnosprawnością dowodzi tych zmian, przedstawiając również napotykaną przez nie problemy psychologiczne w zakresie każdego z opisanych aspektów egzystencji osoby po nabyciu trwałych ograniczeń.

Pod wpływem zaistniałego trwałego uszkodzenia organizmu zmienia się rola społeczna człowieka, która ulega znaczącemu ograniczeniu. Określone środowisko wyznacza zadania do wykonania, które są uwarunkowane kulturowo przez zwyczaje i normy, obowiązujące w danej zbiorowości. Przypisywane są one osobom w zależności od ich płci, wieku czy też pozycji w grupie. Bardzo często jednostka z niepełnosprawnością ze względu na swoje ograniczenia nie jest w stanie sprostać wymaganiom i oczekiwaniom stawianym przez otoczenie, co w rezultacie prowadzi m.in. do poczucia niższej wartości, utraty znaczenia i pozycji w rodzinie oraz w środowisku społecznym, a co się z tym wiąże z odrzuceniem emocjonalnym przez innych ludzi (Z. Kawczyńska-Butrym, 1998, s. 53). Zatem zadania społeczne, które zazwyczaj są wypełniane przez osoby pełnosprawne o podobnych cechach społeczno- demograficznych, co jednostka nie w pełni sprawna, z powodu jej uszkodzenia organizmu, stają się dla niej niewykonalne. Z tego powodu, osoba z niepełnosprawnością staje się dysfunkcyjna. Oznacza to, po pierwsze, że aktywność zewnętrzna człowieka jest niewystarczająca do indywidualnego pokonywania przeszkód dnia codziennego. Po drugie, wysiłek jaki jednostka musi włożyć w zmaganie się z problemami, powoduje, że nie jest ona w stanie samodzielnie sprostać wszystkim sytuacjom. Należy jednak podkreślić, że radzenie sobie z wymaganiami narzucanymi

przez sytuacje życiowe, w głównej mierze zależy od rodzaju i wielkości uszkodzenia oraz innych cech osoby, które mogą ograniczać lub pogłębiać trudności (S. Kowalik, 2007b, s. 47).

Innymi konsekwencjami niepełnosprawności zaliczanymi do grupy skutków o charakterze społecznym są: zmiana ekonomiczna (jednostka z osoby samodzielnej finansowo staje się ekonomicznie uzależniona), zmiana pozycji (zmiana z osoby decyzyjnej na wymagającą opieki i z osoby pracującej na bezrobotną) oraz zmiana oczekiwań społecznych (jednostka uczy się nowych ról wynikających z faktu niepełnosprawności), (Z. Kawczyńska- Butrym, 1998, s. 54-55). Badania J. P. Niemeier (2008, s. 171) wskazują, że osoby z dysfunkcją narządu ruchu określając straty związane z niepełnosprawnością zwracały uwagę na brak pracy i zależność finansową spowodowaną uszkodzeniem ciała. Dowiedziono, że praca pełni funkcje terapeutyczne w życiu osób z niepełnosprawnością poprzez m.in. zapewnienie warunków bytowych, odzyskanie i wzmocnienie autonomii, utrzymanie statusu społecznego, kształtowanie określonych aspektów osobowości, poszerzenie struktury wartości, zaspokojenie potrzeb, poprawę zdrowia i sprzyjanie normalizacji oraz integracji społecznej (por. E. Jaglarz, 2017, s. 184-186). Należy podkreślić za O. Kowalczyk (2018, s. 72), że praca zawodowa osób z niepełnosprawnością stanowi wypadkową wielu różnych czynników o charakterze materialno-społecznym i psychospołecznym, zarówno ze strony otoczenia, jak i samych osób z niepełnosprawnością (por. M. Łaguna i in., 2015, s. 281).

Co interesujące, fakt posiadania pracy lub jej brak przez osobę z nabytą niepełnosprawnością, wpływa znacząco na przyjmowane przez nią strategie zaradcze, jej ocenę własnych ograniczeń, a także efektywność w radzeniu sobie z napotykanymi problemami (S. Byra, 2014b, s. 75-76, 91). Inne badania, np. M. Dag i Ch. Kullberg (2010, s. 287, 301) również zwracają uwagę na psychospołeczną wartość pracy i wynikający z niej wysoki poziom satysfakcji u osób z niepełnosprawnością ruchową. Badani podkreślali aspekt ekonomiczny związany z pracą oraz akcentowali zakres psychospołecznych korzyści płynących z zatrudnienia. Zatrudnienie odgrywa też znaczącą rolę w kształtowaniu się poczucia własnej wartości u osób z niepełnosprawnością (G. Henderson, W. V. Brayan, 2011, s. 79). Z kolei doniesienia L. Ścisło i współpracowników (2014, s. 600) pokazują, iż znaczna część osób badanych z niepełnosprawnością ruchową deklarowała gotowość i chęć podjęcia pracy. Było to podyktowane dążeniem do poprawy własnej sytuacji finansowej, oceniając ją obecnie jako średnią (36%, N=18) i ciężką (32%, N=16). Należy podkreślić za W. Janochą (2012,

s. 380), że praca zarobkowa dla osób z niepełnosprawnością stanowi nie tylko źródło utrzymania, ale stwarza także warunki ich samorealizacji.

Psychospołeczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością w dużej mierze zależy od barier występujących w otoczeniu społecznym jednostki. Kształt i struktura otoczenia, w jakim jednostka żyje, ma szczególne znaczenie dla jakości jej życia, dostępności do rehabilitacji oraz integracji (M. Garbat, 2013, s. 3). Najczęściej wymienianymi ograniczeniami w otoczeniu osób z niepełnosprawnością są bariery architektoniczne (S. Kowalik, 2007b, s. 57), które ograniczają możliwości realizacji zadań życiowych w szczególności przez jednostki z niepełnosprawnością ruchową (por. L. Ścisło, 2014, s. 600). Zaliczane są do nich zdaniem K. Jaranowskiej (1996, s. 10), wszystkie fragmenty budowlane (ze względu na ich sposób użytkowania czy formę) utrudniające lub uniemożliwiające poruszanie osobom o ograniczonej sprawności ruchowej. Inną z barier stał się niezwykle istotny aspekt współczesnego funkcjonowania, jakim jest Internet, do którego osoby nie w pełni sprawne mają ograniczony dostęp. Zdaniem F. Scholz, B. Yalcin i M. Priestley (2017, s. 1) to Internet oferuje nowe drogi dostępu do integracji społecznej osób z niepełnosprawnością.

Charakter funkcjonowania osób z niepełnosprawnością zależy również od postaw społecznych względem nich, które wpływają także na ich osobistą satysfakcję z życia i produktywność (A. Sękowski, 1996, s. 365). Negatywne postawy wobec osób z niepełnosprawnością oddziałują na ich adaptację, akceptację, integrację i możliwości życiowe, wprowadzając znaczące w nich ograniczenia. Z postawami związane są także inne problemy osób z niepełnosprawnością, mianowicie negatywne przekonania, stereotypy, uprzedzenia i dyskryminacja (S. M. Smedema, D. Ebener, V. Grist-Gordon, 2012, s. 1431). Innym zjawiskiem utrudniającym pełną partycypację społeczną osobom z niepełnosprawnością jest wykluczenie społeczne. Ogranicza ono dostęp tych jednostek do najważniejszych sfer życia ludzkiego, powodując uczucie bezsilności oraz odebranie prawa głosu w dyskusjach publicznych dotyczących ich codziennego funkcjonowania (T. Zacharuk, 2011, s. 431). Wiąże się ono także ze zmniejszeniem dostępu do różnego rodzaju usług, dóbr, praw i instytucji oraz utrudnieniem możliwości zaspokajania rozwoju i potrzeb tych osób (B. Smolińska-Theiss, 2005, s. 50). Jako źródła wykluczenia społecznego podaje się trzy elementy, które wzajemnie się wzmacniają, są to: sytuacja wykluczająca (przeszkody utrudniające dostęp do dóbr, praw i usług), osoba wykluczona (jej cechy indywidualne) i społeczne funkcjonowanie osoby (jej relacje z innymi ludźmi) (P. Kurowski, R. Szarfenberg, 2003, s. 21). Zdaniem S. Opozdy-Suder i F.

Wojciechowskiego (2016, s. 60) w celu przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób z niepełnosprawnością, konieczne jest dokonanie zmiany społecznej za pośrednictwem przekształcenia zachowań ludzkich wobec jednostek z niepełnosprawnością oraz podejmowanie przekształceń normatywnych zmierzających do realizacji praw obywatelskich i równościowych.

Pojawienie się niepełnosprawności wiąże się także ze społecznymi konsekwencjami w życiu towarzyskim tych osób. Osoby z uszkodzeniem narządu ruchu, analizując własną sytuację, nierzadko doświadczają poczucia żalu i winy, co przekłada się na jakość ich kontaktów interpersonalnych (B. L. Block, 1999, s. 40). Jednostki z niepełnosprawnością są zdania, że sytuacja nabycia ograniczeń spowodowała zmniejszenie liczby ich znajomych. Ponadto jedna trzecia osób badanych zaobserwowała zmiany w zachowaniu swoich kolegów po doznaniu uszkodzenia ciała. Najczęściej polegały one na unikaniu kontaktów z osobami niepełnosprawnymi, zachowywanie się w stosunku do nich w sposób ostrożny, okazywanie względem nich litości i współczucia, przejawianie interesowności i braku zrozumienia dla ich problemów (J. Kirenko, 1995, s. 129-131).

Należy wspomnieć także o konsekwencjach dla rodziny wynikających z niepełnosprawności. Pojawienie się ograniczeń funkcjonalnych u jednego z jej członków, wiąże się z koniecznością świadczenia pomocy dla tej osoby, przejmując tym samym odpowiedzialność za jej los. Zakres obowiązków jej członków również ulega zmianie, niekiedy prowadząc do niekorzystnych konsekwencji dla funkcjonowania całej rodziny, są to m.in. wycofywanie się jej z życia społecznego, niekorzystne zmiany zdrowotne, przeciążenie obowiązkami, niezadowolenie i rozwody. Ważnym jest również podkreślenie problemu przeżyć emocjonalnych w formie kryzysu psychicznego członków rodziny, związanych z informacją o pojawieniu się niepełnosprawności lub narodzinach dziecka z niepełnosprawnością (I. Myśliwczyk, 2011, s. 37).

W toku prowadzonej analizy istotnym wydaje się odwołanie do kulturowo-historycznej koncepcji rozwoju psychicznego człowieka autorstwa L. Wygotskiego (2002). Wprowadził on do literatury określenie sfer rozwojowych w tym także sfer najbliższego rozwoju, na których to bazuje S. Kowalik (2003, s. 75-78) analizując funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością nabytą w okresie dorosłości. Autor w odniesieniu do osób dorosłych używa określenia „strefa utraconego rozwoju” i rozumie ją jako wielkość niewykorzystanych możliwości w obrębie przekształcania własnego potencjału rozwojowego w osiągnięcia życiowe (S. Kowalik, 2003, s. 75). Strefa

utraconego rozwoju powstająca w efekcie uszkodzenia organizmu, opiera się na założeniu, że zasoby posiadane przez jednostkę przeznaczone na normalny rozwój, muszą zostać spożytkowane na zabezpieczenie człowieka przed regresem rozwojowym. Zatem, jeżeli powstałe deficyty okażą się duże, wówczas większą część zasobów osoba będzie musiała poświęcić na zabezpieczenie, a tym samym strefa utraconego rozwoju również będzie duża (S. Kowalik, 2007a, s. 52). Życie z niepełnosprawnością i związane z nim gromadzenie się nowych doświadczeń, w konsekwencji znajduje swoje odzwierciedlenie na poziomie świadomości człowieka. Jest ona rozumiana jako uświadomienie sobie własnej sytuacji życiowej wynikającej z dysfunkcjonalności organizmu, mającej charakter światopoglądu. Własny punkt widzenia zajmuje centralne miejsce w sposobie funkcjonowania człowieka, który nabył niepełnosprawność w dorosłości. Zatem wyczekiwany efektem rehabilitacji osób z niepełnosprawnością będzie ukształtowanie przez nich prorozwojowego światopoglądu. Osoby z niepełnosprawnością powinny tym samym mieć szansę do prezentowania posiadanego potencjału rozwojowego w różnego rodzaju aktywności wytwórczej (S. Kowalik, 2003, s. 77-78). Należy podkreślić, że wobec osób z niepełnosprawnością wrodzoną niezasadnym jest wskazywanie na strefę utraconego rozwoju dziecka, która w tym przypadku bardziej dotyczy jego rodziców. To oni nierzadko muszą ograniczyć swój potencjał rozwojowy i wykorzystywać posiadane zasoby na rzecz swojego niepełnosprawnego dziecka (A. Twardowski, 1995, s. 547).

Niezależnie od tego, czy mamy do czynienia z niepełnosprawnością wrodzoną, czy nabytą w poszczególnych etapach życia, jednostka podejmuje próby przystosowania się do zaistniałej sytuacji. Proces psychospołecznego funkcjonowania osób niepełnosprawnych, będzie zatem zróżnicowany ze względu na zjawisko adaptacji/przystosowania się do niej¹, które jest wyznacznikiem jego jakości u osób z trwałą niepełnosprawnością.

Na proces psychospołecznej adaptacji do niepełnosprawności składa się swoisty i zarazem wyjątkowo ważny okres reakcji na posiadane ograniczenia oraz potrzeba przystosowania się do nich. Charakter reakcji jest bezpośredni i obejmuje czas tuż po rozpoznaniu/doznaniu niepełnosprawności bądź jej „odkryciu”, w przypadku dzieci niepełnosprawnych ruchowo od wczesnego dzieciństwa lub urodzenia (P. Majewicz, 2012, s. 72). Konsekwencje związane z sytuacją niepełnosprawności mogą być znacząco zróżnicowane m.in. ze względu na moment jej nabycia. Niewątpliwie proces ten będzie

¹ Badacze różnie określają zjawisko adaptacji/przystosowania do niepełnosprawności. W niniejszej pracy będą używane te dwa terminy zamiennie, mając na uwadze procesualny charakter obu zjawisk.

posiadał elementy wspólne, ale jego przebieg może wyglądać trochę inaczej u osób, u których niepełnosprawność trwa od urodzenia, niż u jednostek z niepełnosprawnością pojawiającą się w toku życia (P. Wolski, 2010, s. 24-41).

Kluczową rolę w przystosowaniu do niepełnosprawności jednostki, odgrywają reakcje otoczenia na nią. W sytuacji, kiedy mają one charakter negatywny, uświadomienie sobie swojej sytuacji może wywołać u jednostki m.in. emocje lęku, wrogości, wstydu, nienawiści do siebie i innych. Wówczas proces adaptacji będzie zbliżony do tego w sytuacji nabycia niepełnosprawności. Z kolei, gdy środowisko, w którym jednostka funkcjonuje w pełni będzie akceptowało jej stan odmienności, wtedy to, cała sytuacja będzie przebiegała stopniowo i bez przewagi negatywnych doświadczeń (P. Majewicz, 2012, s. 74).

Długotrwały proces przystosowania jednostki po nabyciu trwałej dysfunkcji narządu ruchu prowadzi do wielu zmian w dotychczasowej hierarchii wartości czy trybie prowadzonego życia. Pomyślność procesu adaptacji w dużej mierze zależy od osobowości człowieka. Trudności, jakie napotyka w trakcie mogą pojawiać się na różnych płaszczyznach wzajemnie na siebie oddziaływujących m.in. emocjonalnej, intelektualnej, charakteru, woli itd. (B. L. Block, 1999, s. 32).

W przypadku niepełnosprawności zjawisko przystosowania/adaptacji jest wyjaśniane w zróżnicowany sposób. Biorąc pod uwagę niepełnosprawność nabytą (niezależnie od jej rodzaju i stopnia), można posłużyć się w tym celu różnorodnymi modelami. Najczęściej wymieniane modele przystosowania to: modele stadialno-sekwencyjne, wahadłowe, ekologiczne i interakcyjne (S. Byra, J. Kirenko, 2016, s. 230-231).

W zakresie najstarszych modeli, czyli stadialnych (sekwencyjnych, fazowych) zjawisko adaptacji do niepełnosprawności zostało sformułowane w postaci kolejnych etapów zmagania się z niepełnosprawnością, przez które jednostka musi przejść, aby w pełni przystosować się do życia (S. Byra, 2012a, s. 49). W większości modeli uwzględnione stadia są uporządkowane, jasno zdefiniowane, przewidywalne i różnią się między sobą nazewnictwem. Modele stadialno-sekwencyjne pozwalają na wyodrębnienie kilku cech zjawiska przystosowania, u osób, które trwale nabyły niepełnosprawność. Pierwszą z nich jest linearny charakter, czyli sekwencyjność pojawiania się po sobie stadiów, drugą temporalność objawiająca się następowaniem po sobie faz wraz z upływem czasu. Ponadto sekwencyjność omawianego procesu jest powiązana z jego

progresywnością. Pojawienie się kolejnej fazy jest uwarunkowane przejściem z powodzeniem wcześniejszego etapu (S. Byra, J. Kirenko, 2016, s. 231).

Zatem proces psychospołecznego funkcjonowania osób po nabyciu niepełnosprawności w ramach modeli stadialno-sekwencyjnych, charakteryzuje się bezkolizyjnym przechodzeniem przez kolejne fazy aż do momentu pełnego przystosowania do niepełnosprawności. Należy jednak podkreślić, że nie wszystkie etapy muszą wystąpić u każdej osoby z uszkodzeniem ciała, niektóre z nich mogą się powtarzać lub zostać zupełnie pominięte (P. Majewicz, 2012, s. 76-78). Na podstawie założeń omawianych modeli przystosowanie do niepełnosprawności przebiega niemalże automatycznie. Jednostka biernie przechodzi przez wszystkie przewidziane fazy i w rezultacie osiąga przystosowanie. Schemat ten nasuwa pesymistyczny obraz osoby niezaangażowanej, bez zadowolenia z życia, która nie jest w stanie osiągnąć optymalnego funkcjonowania. Jest to niewątpliwie słabością tych modeli, obok braku klinicznego potwierdzenia sekwencyjnego charakteru stadiów, przez które przechodzi jednostka oraz pomijania różnic indywidualnych osób z niepełnosprawnością (S. Byra, 2012a, s. 50-55). Jednak zdaniem P. Majewicza (2012, s. 78) fazy przystosowania do niepełnosprawności nabytej spełniają funkcję obronną, polegającą na ochronie jednostki przed przeciążeniem psychicznym wynikającym z zaistnienia faktu niepełnosprawności.

Dyskusje nad kliniczną i empiryczną zasadnością założeń modeli stadialno-sekwencyjnych zaowocowały powstaniem nowego podejścia zwanego wahadłowym, które dostarcza wyjaśnienia wielu istotnych kwestii pominiętych i niejasnych w poprzednim modelu. Omawiana w nim zmiana tożsamości i obrazu siebie jednostki z niepełnosprawnością, jest warunkiem akceptacji własnej sytuacji zdrowotnej. Dzięki niej, osoba niepełnosprawna ma szansę na optymalizację funkcjonowania po zaistniałej utracie sprawności, ukierunkowanego na wykorzystywanie nowo odkrytych i nieutraconych możliwości. Zatem w modelu wahadłowym akcentuje się indywidualne różnice w obrębie doświadczeń i reakcji przystosowawczych (S. Byra, 2006, s. 54-56).

Zjawisko przystosowania do nabytej niepełnosprawności zostało również przeanalizowane w kontekście współczesnego modelu, tzw. podejścia ekologicznego. Psychospołeczne funkcjonowanie jednostek nie w pełni sprawnych z perspektywy ekologicznej, rozpatrywane jest na tle relacji i wzajemnego oddziaływania człowieka oraz otoczenia. W momencie nabycia trwałych ograniczeń osoba niepełnosprawna zmienia pogląd odnośnie swojego miejsca w środowisku, w którym żyje (M. E. Scofield i in., 1980, s. 183). Ponadto charakter jej relacji z otoczeniem przekształca się. Staje się ona

obustronna, ścisła, dynamiczna oraz objawia się poprzez wzajemny wpływ elementów zewnętrznych i indywidualnych, które obejmują uwarunkowania społeczne, zawodowe, fizyczne itd. Zarówno jednostka, jak i jej otoczenie społeczne mogą generować w sobie zmiany (S. Byra, 2012a, s. 61). R. A. Russell (za: H. Larkowa, 1987, s. 110), określa to podejście integracyjnym. Sposoby i typ przystosowania człowieka do nabytej niepełnosprawności analizowane są w zestawieniu z jej: przeszłymi doświadczeniami, czynnikami związanymi z niepełnosprawnością, strukturą osobowości, aktualną sytuacją oraz społecznymi i fizycznymi aspektami jej środowiska (R. H. Moos, V. D. Tsu, za: H. Larkowa, 1987, s. 110).

Koncepcja R. H. Moos i J. A. Schaefer (za: S. Byra, 2006, s. 57-58), wpisująca się w podejście ekologiczne pozwala na uzasadnienie psychospołecznych reakcji osoby na napotykaną przez nią kryzys, w tym niepełnosprawność. Ocena sytuacji i poradzenie sobie z nią jest uwarunkowane grupą trzech czynników. Pierwsza grupa obejmuje ogólną charakterystykę człowieka, druga dotyczy natury niepełnosprawności, trzecia uwzględnia otoczenie społeczne i fizyczne. Autorzy modelu, uważają, że zaprezentowane podejście jest użyteczne w przypadku krótko i długoterminowego przystosowania, ponieważ obejmuje w sobie grupę wielu czynników związanych nie tylko z niepełnosprawnością, ale również z rozwojem i wzrostem jednostki (P. Majewicz, 2012, s. 80).

Zjawisko przystosowania do niepełnosprawności zostało przeanalizowane także w ramach jednego z modeli interakcyjnych autorstwa m.in. H. Livneha i R. F. Antonaka (1997). Model psychospołecznej adaptacji do niepełnosprawności został sformułowany jako wielowymiarowy, hierarchiczny, dynamiczny, czasowy, sukcesywnie prowadzący jednostkę do uzyskania optymalnego stopnia zgodności z otoczeniem (H. Livneh, R. M. Parker, 2005, s. 17-18). Przebieg omawianego procesu można wytłumaczyć za pomocą charakterystycznego kontinuum od reakcji nieprzystosowawczych po adaptacyjne (H. Livneh, R. F. Antonak, 1997, s. 67, por. S. Byra, J. Kirenko, 2016, s. 235).

Psychospołeczne funkcjonowanie człowieka w ramach zjawiska przystosowania uwarunkowane jest w modelu interakcyjnym przez zespoły czynników, kształtujących jego przebieg. Są to dwa wzajemnie determinujące się obszary: społeczny (przeżycia w środowisku społecznym, praca, rodzina) i psychologiczny (ujawniane emocje, reakcje). Są one umiejscowione w środowisku zewnętrznym, jak i samej jednostce oraz odgrywają znaczącą rolę na każdym etapie adaptacji do niepełnosprawności. Ich interakcyjna natura wyznacza konkretny sposób i charakter reagowania jednostek w procesie ukierunkowanym na przystosowanie, który znajduje odzwierciedlenie w konkretnym

poziomie jakości życia w sferze funkcjonowania inter-, intra- oraz ekstra- personalnego (S. Byra, 2008, s. 7-9).

Nieco inaczej przedstawia się psychospołeczne funkcjonowanie człowieka w ramach modelu psychospołecznej adaptacji i wpływu niepełnosprawności M. Bishopa (2005), będącego inną propozycją perspektywy interakcyjnej. Autor adaptację definiuje jako wielowymiarowy i subiektywny proces. Jego przebieg oceniany jest przy pomocy wskaźników jakości życia, będącej miarą oceny oddziaływania niepełnosprawności na egzystencję jednostki (M. Bishop, 2005, s. 5). Zatem funkcjonowanie człowieka w zakresie omawianego modelu przebiega tak, że osoba nabywając niepełnosprawność, która wprowadza istotne zmiany w jej życiu, reaguje na nią i jednocześnie dokonuje oceny znaczenia zaistniałych zmian na konkretne dziedziny, określające jej poczucie jakości życia (za: S. Byra, 2006, s. 60-61). Wartościowanie płaszczyzn życiowych oraz przypisywanie im znaczenia w formułowaniu oceny jakości życia osoby jest wysoce zróżnicowane. Obszary, które jednostka wartościuje najwyżej wyznaczają jej ogólną jakość życia. Dlatego też, jeżeli pojawiająca się niepełnosprawność spowoduje zasadnicze zniszczenia bądź zakłócenia w najbardziej cenionych przez osobę płaszczyznach życia, wtedy to jej ogólna ocena poczucia jakości życia ulegnie obniżeniu. Z kolei, gdy występujące dysfunkcje nie powodują istotnych zniszczeń lub blokad w najwyżej cenionych przez jednostkę obszarach życia, wtedy to jakość życia może utrzymać się na wysokim poziomie. Zatem za istotne z tego punktu widzenia uznaje się analizę znaczenia, jakie osoba nadaje poszczególnym płaszczyznom jej funkcjonowania oraz odczuwanej z nich ogólnej jakości życia oraz satysfakcji (S. Byra, 2012a, s. 71).

Analizując proces psychospołecznego funkcjonowania jednostek po nabyciu niepełnosprawności w kontekście ich adaptacji do nabytych ograniczeń, można posłużyć się wieloma modelami, wyjaśniającymi w odmienny sposób omawiane zjawisko. Obecny rozwój wiedzy w zakresie problematyki przystosowania do niepełnosprawności za najbardziej obiecujące podejście pod względem praktycznym i teoretycznym, uznaje modele interakcyjne. Argumentując to w ten sposób, że obejmuje on rozbudowany zespół zmiennych z różnych płaszczyzn życia oraz porusza kwestie tendencji wzrostowych i pozytywów w omawianym procesie (S. Byra, 2012a, s. 73-74).

W perspektywie prowadzonej analizy w zakresie przystosowania do niepełnosprawności, niezwykle istotnym wydaje się zwrócenie uwagi na pozytywne konsekwencje nabycia trwałych uszkodzeń. Analizowanie zjawisk pozytywnych u osób z niepełnosprawnością ruchową odbywa się na dwóch podłożach teoretycznych. Pierwsza

płaszczyzna obejmuje poznawczy model stresu i radzenia sobie, z kolei druga kategoria dotyczy różnych modeli, które wyjaśniają pozytywne zmiany zachodzące w człowieku po nabyciu trwałych ograniczeń. Te korzyści to m.in. odczuwanie szczęścia, potraumatyczny wzrost, *resilience* i satysfakcja z życia (S. Byra, 2015b, s. 51-52). Zatem nabyte uszkodzenie nie jest charakteryzowane już tylko i wyłącznie w kategoriach niekorzystnych oddziaływań na funkcjonowanie jednostki, jak to czyniono w tradycyjnych podejściach teoretycznych, ale w odniesieniu do pozytywnych następstw omawianych doświadczeń życiowych.

Psychospołeczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością nie ma jednolitej natury. Jednostki z niepełnosprawnością ze względu na swoje ograniczenia mają utrudniony dostęp do każdej z dziedzin życia (psychicznej, fizycznej, społecznej, zawodowej, rodzinnej). Nabycie trwałych ograniczeń powoduje nie tylko zmiany biologiczne organizmu, ale prowadzi także do pośrednich uszkodzeń zwanych przez S. Kowalika (1999, s. 34) „niepełnosprawnością psychiczną i społeczną”. Zatem powyższa analiza obejmuje wybrane aspekty psychicznego funkcjonowania (samoocena/obraz siebie, tożsamość, seksualność, poczucie sensu życia, jakość życia, seksualność), oraz społecznego funkcjonowania (bariery społeczne, postawy innych ludzi, oczekiwania społeczne, zmiana ekonomiczna) osób z niepełnosprawnością, pozwalające na lepsze zrozumienie i zapoznanie się z sytuacją ich życia. Szczegółowe ich poznanie jest na tyle istotne, że wszystkie obszary funkcjonowania jednostek z niepełnosprawnością są zdeterminowane przez posiadany fakt niepełnosprawności oraz właściwości psychofizyczne osoby. Co więcej, psychospołeczne funkcjonowanie jednostek z niepełnosprawnością jest kształtowane przez różnorodne konsekwencje z niej wynikające, wchodzące ze sobą w interakcje, w tym płęć. Dostyc często zdarza się, że badania nad niepełnosprawnością nie uwzględniają kategorii płci, traktując ją jako nieistotną zmienną (A. Wołowicz-Ruszkowska, 2013, s. 7). Jednakże wielu badaczy (m.in. A. M. Nosek, R. B. Hughes, 2003; A. Nowak, 2012) zwraca uwagę na zasadność jej uwzględniania w eksploracjach dotyczących niepełnosprawności jako ważnego czynnika wyjaśniającego i różnicującego wiele zjawisk, skłaniając tym samym do bliższego zapoznania się z omawianą kwestią.

1.4. Kategoria płci w analizach dotyczących niepełnosprawności ruchowej

1.4.1. Problem płci w praktyce badawczej

Jednym z podstawowych elementów opisu człowieka jest kategoria płci, która składa się z wielowymiarowego kontekstu znaczeniowego obejmującego aspekt społeczny, biologiczny, psychologiczny (A. Derra, 2013, s. 15-16), kulturowy (A. Giddens, 2010, s. 128). Płeć jako zmienna w badaniach naukowych już od ponad wieku jest interesującym zagadnieniem naukowców wielu dyscyplin m.in.: psychologii, socjologii, pedagogiki, historii, biologii, antropologii kulturowej, filozofii i teologii oraz literatury i kultury (E. Pakszys, 2000, s. 48-72). Jednakże w każdej z wymienionych nauk kategoria płci jest inaczej rozpatrywana.

Kategoria *gender* – płeć kulturowa, odgrywa kluczową rolę wśród narzędzi ułatwiających opisywanie i poznanie kulturowo- psychologicznych sylwetek mężczyzn i kobiet. Dlatego też na gruncie prowadzonych analiz, zasadne wydaje się poruszenie kwestii związanych z problematyką kulturowego wymiaru płci. Stworzenie teoretycznych ram *gender studies*, czyli studiów genderowych, przypisuje się feministkom drugiej fali (1963 r.). Zapoczątkowały one także tzw. *women's studies*- studia nad kobiecością (E. Pakszys, M. Baer, 2003, s. 8). Początkowo *gender studies* obejmowały głównie badania społecznej sytuacji kobiet oraz konstrukt kobiecości. W późniejszym czasie zaczęto interesować się także męskością i jej kulturowymi atrybutami (K. Slany, J. Struzik, K. Wojnicka, 2011, s. 8). Z kolei badania prowadzone w zakresie *womens studies* miały na celu m.in.: wprowadzenie równości płci, ukazanie wartości i znaczenia kobiecego doświadczenia, przeciwdziałanie dyskryminacji, wzmocnienie ich autonomii w sferze społecznej, ekonomicznej, rodzinnej i politycznej, oraz propagowanie partnerskiego modelu relacji międzyludzkich (K. Slany, J. Struzik, K. Wojnicka, 2011, s. 8).

Wraz z pojawieniem się nowej problematyki, powstał termin *gender*, którym określano różnice między płciami niewynikające z natury człowieka (np. z odmienności budowy anatomicznej) oraz niemające nic wspólnego z biologią, formułowane jako kulturowe konstrukcje (B. Szacka, 2011, s. 19). W tym rozumieniu *gender* stosowane było dla podkreślenia społecznej natury różnic między mężczyznami i kobietami (A. Gromkowska-Melosik, 2010, s. 199). Po raz pierwszy termin ten pojawił się w pracy R. J. Stollera (1968), natomiast do psychologii wprowadziła go R. Unger (za: A. Titkow, 2007, s. 29).

Należy jednak podkreślić, że rozróżnienie tego, co w płci jest konstrukcją kulturową od tego, co jest biologiczne (*gender* od płci) było najmocniej uzasadnione i widoczne w języku angielskim, ze względu na silne konotacje biologiczne słowa *sex* (płeć), które to w języku polskim nie występują, stwarzając tym samym terminologiczne problemy (A. Giddens, 2010, s. 128; B. Szacka, 2011, s. 19). Zaczęto zatem poszukiwać polskiego odpowiednika *gender*².

Projekt *gender studies* mający na celu rozróżnienie płci biologicznej (*sex*) od kulturowej (*gender*), poprzez realizowane analizy i badania przeddefiniował dobrze poznane już znaczenia kobiecości i męskości uzupełniając dotychczasową wiedzę na temat społeczeństwa o procesy i zjawiska dotąd niezbadane. W związku z tym zwrócono uwagę m.in. na wieloznaczność ról płciowych oraz podkreślono podmiotowość kobiet jako ważną część społeczności (A. Titkow, 2007, s. 29).

A. Titkow (2011, s. 38-39), „płeć kulturową” definiuje jako „kulturową nadbudowę” płci biologicznej. Określa ją jako „zespół atrybutów i zachowań oczekiwanych od kobiety i mężczyzny oraz postrzeganych jako przydatne w ich społecznym funkcjonowaniu”(A. Titkow, D. Duch-Krzystoszek, B. Budrowska, 2004, s. 46). Z kolei E. Pakszys (2000, s. 20-21) określa ją mianem „opakowania” biologicznej płci jednostki. Autorka płeć i rodzaj uznaje za przynależne człowiekowi elementy kultury i natury, będące na ogół zbiorowo i jednostkowo kategoriami współzależnymi i zarazem istotnymi składnikami identyfikacji z grupą ludzi, kobiet i mężczyzn. Każda kultura ludzka wytwarza system ról rodzajowych, w którym podkreślane są różnice płciowe poprzez m.in. rozbieżności w stroju, wzorach zachowań, podziale pracy, będących wspomnianą nadbudową różnic biologicznych (B. Szacka, 2011, s. 26). Przynależność do danej płci ułatwia człowiekowi orientację w świecie oraz utrzymanie harmonii i porządku. Dodatkowo wyznacza ona zakres zasobów zachowań ludzi należących do danej kultury i posługujących się tym samym językiem.

Należy podkreślić, że określenie płci kulturowej ma ogromne znaczenie dla zmienności w przestrzeni oraz czasie pojęcia kobiecości i męskości, pełnionych przez nie ról społecznych i oczekiwań względem nich, a także wzorów męskości i kobiecości (B. Szacka, 2011, s. 20). Ponadto pokazuje jak płeć związana jest z ekonomią, kulturą,

² Badacze używają różnych określeń z języka polskiego jako odpowiednika dla wyrażenia *gender*. Niektórzy posługują się zamiennie wyrazem rodzaj, inni używają oryginalnego terminu *gender* lub określenia „płeć kulturowa”. W niniejszej pracy będą używane terminy, zgodnie z zamysłem autorów cytowanych w tej publikacji.

polityką, a także jak kreowana jest poprzez stosunki władzy i relacje społeczne (K. Slany, J. Struzik, K. Wojnicka, 2011, s. 7).

J. Lober (za: A. Titkow, 2007, s. 30) przytacza komponenty płci kulturowej, pojmowanej jako instytucja. Są to: „określone normami i oczekiwaniami statusy społeczne obu płci, podział pracy, wyznaczone więzami krwi prawa i obowiązki każdej płci, wzory zachowań (w tym wzory potrzeb i zachowań seksualnych), mechanizmy społecznej kontroli, ideologie wspierające odmiennosc statusów kobiet i mężczyzn, kulturowe reprezentacje płci (w tym język symboliczny i artystyczna legitymizacja wspomnianego zróżnicowania statusowego kobiet i mężczyzn)” (J. Lorber, za: A. Titkow, 2007, s. 30).

Zasadnym wydaje się zwrócenie uwagi na społeczny system ról płciowych. Jest on złożonym zjawiskiem wyrażającym różnice społeczno- kulturowe między mężczyznami i kobietami, ponadto przenika on całość życia ludzkiego wpływając na charakterystyczne dla konkretnego społeczeństwa konfiguracje wzorów kulturowych (D. Pankowska, 2005, s. 17). Zdaniem S. Bem (2000, s. 15-16) wyraża się on zwłaszcza w „przymatach rodzaju” definiowanych jako ukryte założenia odnoszące się do płci i rodzaju, przyjęte w normach i praktykach społeczno- kulturowych, a także w świadomości jednostek. Można zatem wymienić takie ich rodzaje jak: polaryzacja rodzaju (dotyczy przydzielenia mężczyznom i kobietom różnych zadań oraz postrzegania ich jako jednostki o odmiennych typach osobowości. Ponadto podkreśla się tu, że różnica między kobietami i mężczyznami rzutuje na tak dużą ilość aspektów życia społecznego, że pojawia się nierozzerwalny związek kulturowy pomiędzy każdym aspektem życia a płcią); androcentryzm (odnosi się do stanowiska, gdzie mężczyzna i męskość są uważane za standard bądź normę, natomiast kobietę i kobiecość jako „odchylenie od tej normy”); esencjonalizm biologiczny (stanowi zespół poglądów, które uzasadniają androcentryzm i polaryzację rodzaju jako konsekwencje zróżnicowania natur mężczyzn i kobiet, a także ich znaczenia w ewolucji gatunku oraz kultury ludzkiej (S. Bem, 2000, s. 15-16; por. D. Pankowska, 2005, s. 18).

W literaturze przedmiotu odnaleźć można wielość perspektyw analitycznych dotyczących nierówności płci, jedną z głównych były ruchy feministyczne. W latach 70-tych miały na celu zminimalizowanie różnic między mężczyznami a kobietami, a dopiero później (lata 80- te), skierowały swoje wysiłki na wzmocnienie i podkreślenie perspektywy kobiety, dowartościowując ją i utrzymując w centrum zainteresowania (A. Titkow, 2007, s. 33; por. A. Giddens, 2010, s. 160).

W toku prowadzonej analizy dotyczącej problematyki płci, należy zastanowić się, czy prowadzenie badań w obrębie tej tematyki wymusza na badaczu kierowanie się innymi dyrektywami metodologicznymi, w tym posługiwanie się odmiennym językiem w stawianiu pytań badawczych. Udzielenie odpowiedzi na to pytanie z wykorzystaniem dostępnej literatury metodologicznej oraz opinii metodologów i badaczy praktyków, zdaniem B. Worek (2011, s. 86) nie jest proste. W opinii autorki odpowiedź ułożyłaby się w swoiste kontinuum. Przeciwnicy uznaliby to pytanie bezzasadnym, w oparciu o stwierdzenie, że płeć stanowi jeden z wymiarów różniących ludzi, toteż nie ma powodu, aby traktować ją odrębnie od innych zmiennych. Zwolennicy natomiast, byłiby zdania, iż badanie różnic płciowych wymaga przyjęcia odmiennego paradygmatu, metod, zredefiniowania przedmiotu poznania, natury poznania, koncepcji rzetelności i trafności, a także roli badacza w prowadzonych przez niego badaniach. Pojawia się zatem wśród badaczy dyskusja o metodologię badań feministycznych.

Wyróżnikiem badań feministycznych jest typ podejmowanej problematyki badawczej skoncentrowanej na kobietach, mający na celu zrozumienie perspektywy kobiet i wspieranie procesu ich emancypacji. Poza potrzebą uzupełnienia istniejących eksploracji o przekazy i refleksje kobiet w ogóle, drugą ważną kwestią, jaką poruszają badacze jest chęć zmiany sytuacji kobiet w nauce i badaniach. Do interesujących wniosków w tej kwestii doszedł J. Turner (2004, s. 667), odnosząc się do zagadnienia roli kobiety w nauce oraz natury naukowego dyskursu. Autor zwrócił uwagę na taką nierówność w stosunku do kobiet w naukach społecznych jak: pomijanie kobiet jako podmiotów badań, stosowanie metod, pojęć, teorii i paradygmatów opartych wyłącznie na doświadczeniach mężczyzn, skupianie się na dziedzinach życia społecznego, które są zdominowane przez mężczyzn oraz przyjmowanie mężczyzn i ich stylów życia za normy, pozwalające wyjaśniać zjawiska społeczne (por. C. Seibold, L. Richards, D. Simon, 1994, s. 394-400).

Zdaniem A. Rawy-Kochanowskiej (2011, s. 7), dotychczasowe eksploracje empiryczne dotyczące płci na gruncie psychologii, pozwalają na wyodrębnienie kilku specyficznych okresów badań dotyczących tego zagadnienia. Pierwszy i najwcześniejszy etap przedstawiał płeć jako zmienną osobową, porównywalną do innych różnic indywidualnych. Kolejny pozwalał na ujmowanie męskości i kobiecości w kategoriach globalnych cech osobowości. Późniejszy okres był fazą zainteresowań psychiczną

androgynią³. Następnie płeć analizowano jako kategorię społeczną. Obecnie zwraca się uwagę na wartość płci dla sformułowania Ja podmiotu oraz tożsamości społecznej i płciowej. Dokonywane eksploracje badawcze skupiają się przede wszystkim na różnicach funkcjonalnych mężczyzn i kobiet pod względem społecznym, emocjonalnym oraz intelektualnym.

Na gruncie nauk pedagogicznych płeć i *gender* już od dawna były uwzględniane jako przedmiot i podmiot badań. Najczęściej dotyczyło to obszernej problematyki edukacji i wychowania chłopców oraz dziewcząt. Literatura pedagogiczna XX wieku ukazywała włączanie zagadnienia płci i *gender* poprzez m.in. przedstawianie wagi stereotypów kulturowych, np. tych dotyczących religii, orientacji seksualnej czy obowiązujących wzorców wychowania (E. Pakszys, 2000, s. 65).

Współcześnie, zdaniem K. Slany, J. Struzik i K. Wojnickiej (2011, s.7), niemożliwy staje się opis rzeczywistości społecznej bez uwzględnienia perspektywy płci i *gender*. Człowiek to właśnie płeć uznaje za dominującą kategorię, na podstawie której tworzy informacje o sobie i otaczającym go świecie (E. Mandal, 2003, s. 42). Dlatego też kategoria płci społeczno- kulturowej jest coraz bardziej popularnym narzędziem analitycznym w naukach społecznych i humanistycznych. Dzięki niej zaczęto odchodzić od opartego na biologicznej różnicy płciowej, strukturalno- funkcjonalnego porządku społecznego. Płeć kulturowa bowiem pozwala na zrozumienie zarówno świata na różnych jego poziomach, jak również jednostki począwszy od relacji między kobietami i mężczyznami na odkrywaniu podmiotowości i refleksyjności własnego „ja” kończąc (K. Slany, J. Struzik, K. Wojnicka, 2011, s. 7).

W kolejnym podrozdziale, w pierwszej kolejności zostanie przywołany i poddany analizie związek między kobiecością i niepełnosprawnością. W drugiej kolejności natomiast zwrócona zostanie uwaga na najważniejsze kwestie dotyczące psychospołecznego funkcjonowania kobiet z niepełnosprawnością ruchową.

1.4.2. Kobiecość a niepełnosprawność

Analizując kategorię kobiecości w związku z niepełnosprawnością, należy podkreślić, że płeć jest szczególnie ważnym czynnikiem oddziałującym na autopercepcję oraz postrzeganie innych ludzi (E. Hoppe, K. Walczak., H. Trzcńska, 2015, s. 179).

³ Androgynia (z języka greckiego *andros*- mężczyzna, *gyne*- kobieta) rozumiana jest najczęściej jako występowanie cech psychicznych obu płci u danej jednostki (M. Doroba- Sawa, 2009, s. 37).

Biorąc pod uwagę kategorię płci, ludzi dzielimy na kobiety i mężczyzn, natomiast kiedy uwzględnione zostaje pojęcie płciowości wówczas wyodrębnić można terminy kobiecość i męskość (A. Nowak, 2010, s. 125). Męskość i kobiecość zdaniem S. Bem (za: E. Mandal, 2003, s. 154) są tzw. *cultural lenses*, czyli „soczewkami kultury”. Soczewki oznaczają osadzone w danej kulturze schematy kobiecości- męskości (pełne stereotypowych przekonań), przez które jednostki ujmują rzeczywistość nadając spójność ich indywidualnym doświadczeniom. Zatem proces budowania tożsamości psychicznej i płciowej kobiet oraz mężczyzn, w dużym stopniu zależy od treści kulturowo i społecznie kształtowanych modeli kobiecości oraz męskości.

Literatura przedmiotu podaje trzy podstawowe modele męskości i kobiecości: model egalitarny, tradycyjny i mieszany. Model egalitarny odnosi się do założenia, że różnice międzypłciowe nie są aż tak istotne, by mogły oddziaływać na społeczne funkcjonowanie osób. Z kolei model tradycyjny bazuje na przekonaniu o istnieniu znaczących różnic między mężczyznami i kobietami. Rozbieżności te zawarte są w stereotypach związanych z daną płcią dotyczących cech osobowości, wyglądu zewnętrznego, ról rodzinnych i zawodowych czy zachowań społecznych. Oba modele kobiecości i męskości kreują dwie odmienne wizje odnośnie tego, co stanowi o byciu kobietą i mężczyzną. Trudności w ustaleniu, w ramach którego z modeli funkcjonują współcześnie jednostki, spowodowały wyodrębnienie modelu mieszanego kobiecości i męskości, będącego kompilacją dwóch pierwszych podejść (K. Walentynowicz-Moryl, 2014, s. 245). Należy podkreślić, że społeczne konstrukcje płci dosyć często nie uwzględniają osób z niepełnosprawnością w zakresie męskości czy też kobiecości- dyskryminując je. Zdarza się, że w stosunku do jednostek z niepełnosprawnością, powszechne stało się posługiwanie się przez pełnosprawne osoby nieodróżnionymi płciowo etykietami np. „niepełnosprawni”, „ci”, „oni” (R. Kijak, 2012, s. 179-197). Co więcej, jak wskazuje N. Mikołajczak-Matysia (2013, s. 50), czynnik niepełnosprawności ma swoistą przewagę i znaczną siłę nad czynnikiem płci, tzn. kobiecie z niepełnosprawnością przypisywane są raczej cechy osoby z niepełnosprawnością, aniżeli kobiety, z uwagi na siłę negatywnego stereotypu niepełnosprawności oddziałującego na proces kategoryzacji (por. S. Byra, 2010, s. 33-48).

Jak podkreśla C. Thomas (2006, s. 178) formy i skutki „disablism-u” (dyskryminacja osób z niepełnosprawnością), są w pewnym sensie podyktowane przez pryzmat płci, lokalizacje i relacje płci związane z przestrzenią i kulturą. Potwierdzają to również badania L. A. Habib (1995, s. 49), z których wynika, że to, jakiej osoba z

niepełnosprawnością jest płci wpływa na sposób traktowania jej w różnych kulturach. Według C. Thomas (2006, s. 178) procesy i sieci społeczne, które konstruują oraz kształtują zarówno płć, jak i niepełnosprawność są blisko ze sobą powiązane. Sprężenie to zdaniem autorki przejawia się wyraźnie w narracjach badanych kobiet z niepełnosprawnością, które swe wypowiedzi tworzą w odniesieniu do norm płciowych kreowanych przez społeczeństwo, w jakim żyją. Dlatego też te narracje mają wyraźne lub ukryte odniesienie do publicznych dyskursów "co to znaczy być kobietą?", oscylując wokół tematów partnerstwa, macierzyństwa, rodziny, obowiązków domowych i opieki. Co interesujące, takie same tendencje zauważono również w odniesieniu do mężczyzn z niepełnosprawnością, budujących swe narracje wokół ideału płciowej męskości (C. Thomas, 2006, s. 178).

Kobiecość definiowana jest obecnie przede wszystkim przez wygląd zewnętrzny oraz atrakcyjność osoby (także seksualną). Zdaniem W. Janocha i K. Zielińskiej-Król (2015, s.7), w przypadku kobiet z niepełnosprawnością atrakcyjność ta jest im odbierana, gdyż w przekonaniu społeczeństwa nie są one w stanie spełnić standardów kobiecego piękna. W związku z tym kobiety z niepełnosprawnością z powodu swojej niepełnosprawności mają trudności w zaakceptowaniu siebie jako kobiety (M. A. Nosek, C. A. Howland, D. H. Rintala i in., 2001, s. 10). Znaczące dla takiego stanu rzeczy są przede wszystkim postawy społeczne, które wpływają na kreowanie u kobiet własnego postrzegania atrakcyjności. A jednym z istotniejszych źródeł wiedzy jednostki o sobie jest odbicie oceny, to znaczy obserwowany przez osobę sposób reagowania na nią innych osób, pozwalający jej wnioskować, co o niej myślą (A. Rawa-Kochanowska, 2011, s. 35). Zgodnie ze społecznym ujmowaniem płciowości, w odniesieniu do kobiet z niepełnosprawnością, model kobiecości jest im narzucany w procesie socjalizacji (I. Banach, 2016, s. 394). W związku z tym kobiety z niepełnosprawnością niekiedy czują się jako nie w pełni sprawne jednostki, nie tylko w zakresie problemów sprawnościowych, ale także w innych sferach życia, wynikających z zadań rozwojowych.

W związku z tym kobiety z niepełnosprawnością są zagrożone wykluczeniem społecznym, spowodowanym kumulacją dyskryminujących je czynników tzn. niepełnosprawności, płci i stereotypów z nią związanych (B. Oleksy-Sanocka, 2010, s. 81). W przypadku stereotypów płciowych należy podkreślić, że to właśnie one mają znaczący wpływ na kształtowanie się tożsamości kobiet (A. Nowak, 2012, s. 10). Kobiety z niepełnosprawnością zasadniczo nie są postrzegane społecznie w kategorii przynależności do określonej płci (L. Marszałek, 2006, s. 10). Ponadto jest im odebrane

społecznie prawo do wykonywania kobiecych ról, pozwalając im jedynie na funkcjonowanie jako osoba z niepełnosprawnością. W konsekwencji prowadzi to do powstania zjawiska automarginalizacji, na którego kształtowanie się duży wpływ mają wpajane osobie z niepełnosprawnością specyficzne normy postępowania i modele osobowe (zgodne ze społecznym obrazem niepełnosprawności). W związku z tym wiele kobiet z niepełnosprawnością staje przed dylematem dotyczącym ich możliwości podjęcia ról rodzinnych (żony, matki), przeżywając wątpliwości odnośnie własnych kompetencji w tym obszarze oraz szansy powodzenia w życiu rodzinnym (L. Marszałek, 2006, s. 10, 41).

Zdaniem D. Kornas-Bieli (2015, s. 19) realizacji siebie przez kobiety z niepełnosprawnością w ramach rodziny i małżeństwa nie sposób zadekretować ustawami bądź zmianą przepisów prawnych. Należy z jednej strony zadbać o takie wychowanie dziewcząt i samowychowanie kobiet z niepełnosprawnością, aby były gotowe i chciały podjąć zadania matki i żony. Po drugie, powinno się zwrócić uwagę na zmianę stereotypów, uprzedzeń i postaw społecznych, w celu likwidacji przeszkód w realizacji ich pragnień w tym zakresie.

Zwrócenie uwagi zwłaszcza na aspekt kobiecości i pełnionych w jej ramach ról w kontekście niepełnosprawności jest o tyle istotne, że to kobiety z niepełnosprawnością znajdują się w znacznie gorszej sytuacji niż niepełnosprawni mężczyźni (A. Biglar Beigi, K. Kow Yip Cheng, 2010, s. 205). Badania w wielu krajach wykazały, że niepełnosprawne kobiety i dziewczęta ze względu na swoją niepełnosprawność mają dodatkowe problemy (w porównaniu z niepełnosprawnymi mężczyznami czy chłopcami) na wielu płaszczyznach życia społecznego m.in.: w zapewnieniu samodzielnego życia, zatrudnieniu, edukacji, opiece zdrowotnej, opiece społecznej, mieszkalnictwie, transporcie, własności gruntów, dostępie do dziedzin kultury itd. (C. Thomas, 2006, s. 178).

Sytuacja życia kobiet z niepełnosprawnością jest z całą pewnością znacznie bardziej utrudniona niż w przypadku mężczyzn. Rozbieżności w tym zakresie wynikają przede wszystkim z płci i stereotypów z nią związanych (L. Marszałek, 2006, s. 10). Pojawiające się problemy kobiet z niepełnosprawnością, obejmują najczęściej dylematy i ograniczenia wynikające z aspektu kobiecości i pełnionych w jej ramach ról. Pomimo tożsamyh potrzeb kobiet pełnosprawnych i z niepełnosprawnością w tym zakresie (C. L. Shandra, D. P. Hogan, S. E. Short, 2014, s. 203), to kobiety z niepełnosprawnością, muszą zmagać się z licznymi przeszkodami na drodze do ich realizacji. Wielość napotykaných przez nie ograniczeń w tym obszarze, prowadzi do zjawiska marginalizacji, wykluczenia

społecznego, a nawet automarginalizacji (L. Marszałek, 2006, s. 41; A. Nowak, 2012, s. 10).

1.4.3. Sytuacja psychospołeczna kobiet z niepełnosprawnością ruchową

Mając na celu dogłębne poznanie i zrozumienie sytuacji życia kobiet z niepełnosprawnością, należy przede wszystkim zapoznać się z napotykanymi przez nie codziennymi problemami i trudnościami. Sytuacja psychospołeczna jednostki z niepełnosprawnością stanowi bowiem kompendium wiedzy o jej funkcjonowaniu. Obejmuje ukryte, mniej konkretne i złożone problemy osoby z niepełnosprawnością, które determinowane są przez sposób postrzegania przez nią obiektywnej rzeczywistości oraz własnej sytuacji (B. L. Block, 1999, s. 29). Należy jednak mieć na uwadze, aby zagadnienie to nie było rozpatrywane tylko i wyłącznie w kategoriach wiktymologii, tzn. trudności, nieszczęścia i różnorodnych problemów analizowanej grupy osób. Zawężenie do negatywnych aspektów psychospołecznego funkcjonowania osób z niepełnosprawnością z całą pewnością nie odda złożoności sytuacji życiowej tych osób. Ponadto spowoduje, że obraz ten będzie niezwykle zaburzony (P. Majewicz, 2012, s. 7). Zwrócenie uwagi na pozytywne doświadczenia identyfikowane wśród jednostek z nabytą niepełnosprawnością ruchową, pozwoli na ukazanie pełniejszego obrazu życia tych osób (S. Byra, 2015b, s. 69-70). Zatem szczegółowe przedstawienie i przeanalizowanie sytuacji psychospołecznej kobiet z niepełnosprawnością ruchową, będzie miało wyższą wartość poznawczą wówczas, kiedy będzie obejmowało zarówno pozytywne, jak i negatywne aspekty ich funkcjonowania.

Niepełnosprawność i jej psychospołeczne oraz biologiczne skutki powodują wystąpienie istotnych utrudnień w realizacji zadań rozwojowych, pojawiających się w ciągu życia osób z niepełnosprawnością. Każdy z rodzajów niepełnosprawności ruchowej obejmuje zespół ogólnych problemów, z jakimi spotykają się osoby z niepełnosprawnością bez względu na rodzaj posiadanej dysfunkcji. Niemniej jednak, każdy z rodzajów niepełnosprawności generuje także swoiste dla siebie problemy, zależne od rodzaju uszkodzonego narządu. Analogicznego zróżnicowania problemów osób z niepełnosprawnością w zakresie realizacji zadań rozwojowych dokonuje płeć. Niektóre zadania stają się trudniejsze w realizacji zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet. Z kolei w obszarze pozostałych mogą pojawić się istotne różnice w utrudnieniach w zależności od posiadanej płci (L. Marszałek, 2006, s. 117-118).

Zagadnienie sytuacji psychospołecznej kobiet z niepełnosprawnością ruchową, zostanie omówione w odniesieniu do najważniejszych kategorii na płaszczyźnie ich funkcjonowania psychologicznego (obraz ciała, poczucie własnej wartości, stres i depresja, seksualność, nawiązywanie i budowanie relacji intymnych) oraz społecznego (rola małżeńska i macierzyńska, zatrudnienie, postawy społeczne, przemoc, wykluczenie).

Atrakcyjność fizyczna i posiadanie idealnego ciała wśród kobiet są wysoko cenione we współczesnym świecie. Zdaniem C. S. Rand i B. Wright (2001, s. 45) większa presja w tym zakresie wywierana jest na kobietach i dziewczętach niż mężczyznach i chłopcach. Normy kobiecego ciała kreowane są w oparciu o stereotypowe oczekiwania społeczne, w oparciu o które stawiane są mu wymagania, aby było podziwiane, akceptowane i pożądane. Wyznaczają one tym samym kryteria wartościowania, analizowania i klasyfikowania ciał. Pomimo, że kobiety narażone są na panujące w społeczeństwie standardy idealnego wyglądu, to w odniesieniu do kobiet z niepełnosprawnością ruchową, można podkreślić napotykaną przez nie wyjątkowe okoliczności na drodze ku sprostaniu tym oczekiwaniom. Bardzo często są one stygmatyzowane z uwagi na naruszenie przez nie norm estetycznych oraz kształtu ciała, obowiązujących w danym środowisku (D. E. Taub, P. L. Fanflik, P. A. Mclorg, 2003, s. 159). Mimo tego, jak wskazują wyniki badań C. A. Tighe (2001, s. 511), w przypadku kobiet z niepełnosprawnością ruchową, bardzo wyraźną cechą pojawiającą się w ich narracjach, była presja związana ze zdefiniowaniem swojego zdrowia i wyglądu w oparciu o normy osób pełnosprawnych. Kobiety te starały się dopasować obraz własnego ciała i własnych doświadczeń do ograniczonych społecznych kanonów w tym zakresie. Zdaniem autorki porównywanie się ze społecznymi normami pełnosprawnych jednostek, pozwoliło badanym kobietom na głębsze zrozumienie własnej niepełnosprawności oraz siebie.

D. E. Taub, P. L. Fanflik i P. A. Mclorg (2003, s. 164-171) przeprowadzili badania mające na celu ukazanie informacji, w jaki sposób kobiety z niepełnosprawnością „internalizują” społeczne normy idealnego ciała oraz jakie są ich reakcje na niezgodność obrazu ich ciała z tymi standardami. Eksploracje dostarczyły informacji, że kobiety z niepełnosprawnością ruchową w odniesieniu do społecznych oczekiwań idealnego ciała, przejawiają negatywne reakcje emocjonalne oraz strategię „*stigma management*” (zarządzania piętnem). Najczęstszymi reakcjami emocjonalnymi na próby dostosowania się do norm idealnego kobiecego ciała jest gniew skierowany na siebie i na normatywne ograniczenia oraz niezadowolenie z własnego wyglądu. Strategia „*stigma management*”

stosowana jest przez kobiety z niepełnosprawnością ruchową w celu normalizacji, ukrycia lub odwrócenia uwagi od piętna ich niepełnosprawności. Badania D. Hassouneh-Phillips i E. McNeff (2005, s. 233) wykazały, że kobiety z niepełnosprawnością ruchową mają gorszy obraz ciała w porównaniu z pełnosprawnymi kobietami. Ponadto autorki dowiodły, że im bardziej widoczna niepełnosprawność cechuje kobietę, tym w większym stopniu postrzega ona siebie jako osobę nieatrakcyjną.

Kobiety z niepełnosprawnością ruchową z powodu lekceważących reakcji społeczeństwa na niepełnosprawność, często uważają, że ich ciało jest „źródłem bólu, poczucia winy i zawstydzenia” (N. Begum, 1992, s. 77). Zdaniem B. Rybarczyka i współpracowników (1995, s. 95) takie postrzeganie siebie prowadzi do poczucia niższości, unikania interakcji społecznych oraz niewłaściwej koncepcji własnego ciała. Co więcej, naciski społeczne na idealny wygląd, spowodowały wzrost częstości występowania zaburzeń odżywiania wśród kobiet z niepełnosprawnością ruchową (S. M. Gross, H. T. Ireys, S. L. Kinsman, 2000, 95-96).

Zasadniczo marginalne z punktu widzenia osób pełnosprawnych może wydawać się ograniczenie, z jakim spotykają się osoby z niepełnosprawnością w życiu codziennym, a dotyczące niedogodności i niemożności dokonywania zakupu pasujących do nich ubrań. To nieistotne z pozoru zagadnienie, okazuje się być zdaniem H. M. de Klerk i L. Ampousah (2003, s. 1132-1133), niezwykle ważnym i często zgłaszanym problemem przez osoby z niepełnosprawnością. Autorzy w swych eksploracjach podkreślają, że środowisko handlowe w wielu przypadkach nie zostało zaplanowane i zorganizowane zgodnie z potrzebami osób z niepełnosprawnością ruchową. Niejednokrotnie kobiety z różnego rodzaju niepełnosprawnościami nie są w stanie znaleźć ubrań, które będą jednocześnie modne, wygodne, gotowe do założenia bezpośrednio po zakupie oraz pasujące do ich ograniczeń ciała. Zdaniem autorek jest to niezwykle ważny aspekt funkcjonowania kobiet z niepełnosprawnością ruchową, ponieważ wygląd zewnętrzny (w tym noszone ubrania), służą m.in. do pokazywania statusu, autoekspresji, pełnią rolę identyfikacji i pokazują różnice kulturowe, ale także przyczyniają się do budowania poczucia atrakcyjności, własnej wartości oraz dobrego samopoczucia.

M. A. Nosek i R. B. Hughes (2003, s. 226-227), w oparciu o różnice płciowe, wskazują w swych badaniach głównie na takie czynniki funkcjonowania kobiet z niepełnosprawnością, jak stres i depresja. Kobiety z niepełnosprawnością zgłaszają wyższy poziom stresu oraz co najmniej dwukrotnie częściej doświadczają depresji w porównaniu z niepełnosprawnymi mężczyznami (por. E. S. Rotarou, D. Sakellariou, 2018, s.

367). Potwierdzają to również wyniki badań J. P. Niemeier (2008, s. 166), które wskazują na różnice międzypłciowe w zakresie reakcji emocjonalnych na niepełnosprawność badanych kobiet i mężczyzn z nabytymi uszkodzeniami. Autorka podkreśla istnienie różnic płciowych nie tylko w odniesieniu do depresji, ale także w obrębie przeżywanego żalu i lęku. Co więcej, płeć jest czynnikiem różnicującym ocenę sensu życia mężczyzn oraz kobiet z niepełnosprawnością. To niepełnosprawne ruchowo kobiety (w porównaniu z mężczyznami), są znacznie bardziej narażone na niezadowolenie z życia i nie dostrzeganie w nim sensu (E. J. Konieczna, 2010, s. 81-82).

Jak wynika z badań C. B. Warner i współpracowników (2017, s. 1), wsparcie społeczne ma istotny wpływ dla poziomu depresji i samotności starszych kobiet z niepełnosprawnością. Zdaniem autorów przyczyn depresji należy upatrywać w fizycznym bólu związanym z niepełnosprawnością oraz w samotności. Inni autorzy (np. D. Hassouneh i in., 2013, s. 1-13) są zdania, że kobiety z niepełnosprawnością ruchową w porównaniu z pełnosprawnymi kobietami, mają mniejsze rezerwuary zdrowia, co przekłada się na skuteczne radzenie sobie przez nie z objawami depresji. W tym miejscu warto przedstawić doniesienia z badań M. A. Nosek, R. B. Hughes i S. Robinson-Whelen (2008, s. 174-178), które analizując złożoną interakcję pomiędzy czynnikami fizycznymi, psychicznymi, społecznymi a depresją kobiet z niepełnosprawnością ruchową są zdania, że wiele z nich może doświadczać jej objawów, niekoniecznie spełniających jej kliniczną formę. Ponadto według autorek publikacji, czynnikami zwiększającymi depresję u kobiet z niepełnosprawnością ruchową są m.in.: ograniczenia funkcjonalne, wtórne komplikacje i ograniczenia zdrowotne, zachowania zdrowotne rozumiane jako styl życia, czynniki społeczno- ekonomiczne, przemoc, seksualność, samoocena, stres, bariery środowiskowe oraz te związane z dostępem do opieki zdrowotnej. M. A. Nosek, R. B. Hughes i S. Robinson-Whelen (2008, s. 180) podkreślają, że aby kobieta z niepełnosprawnością ruchową mogła otrzymać odpowiednią dla niej pomoc w przypadku depresji, psychologowie, klinicyści i usługodawcy w swych działaniach pomocowych, muszą uwzględnić i zrozumieć złożoność zjawiska depresji w kontekście płci i niepełnosprawności.

Pomimo tego, że to kobiety z niepełnosprawnością ruchową istotnie częściej niż niepełnosprawni mężczyźni przeżywają depresję i negatywne emocje związane z nabyciem trwałych ograniczeń, to właśnie w odniesieniu do kobiet badacze (m.in. C. Z. Kalpakjian i in., 2014; Y. Jin, J. Xu, D. Liu, 2014; N. Ogińska-Bulik, M. Kobylarczyk, 2017) ujawnili wyższy wzrost potraumatyczny. Zatem w przypadku kobiet z

niepełnosprawnością ruchową obserwowana jest większa tendencja do postrzegania korzyści, pozytywnych zmian w obliczu nieszczęśliwych zdarzeń życiowych niż u mężczyzn z niepełnosprawnością (S. Byra, 2017a, s. 21).

Kolejnym aspektem analizowanego psychospołecznego funkcjonowania kobiet z niepełnosprawnością jest zagadnienie ich tożsamości seksualnej. Funkcjonowanie seksualne oraz obraz ciała wpływa na samoocenę i stanowi także podstawowy aspekt zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia kobiet z niepełnosprawnością ruchową (D. Hassouneh-Phillips, E. McNeff, 2005, s. 227). Ponadto w badaniach V. Moin, I. Duvdevany i D. Mazor (2009, s. 93), stwierdzono silną korelację pomiędzy satysfakcją seksualną a zadowoleniem z życia u kobiet z niepełnosprawnością ruchową. Potwierdzają to również doniesienia z badań G. Taleporosa i współpracowników (2002, s. 182-183) oraz M. P. McCabe, R. A. Cummins i A. A. Deeks (2000, s. 115).

Zdaniem A. Beckwith i M. Kwai-Sang You (2013, s. 313), znaczenie potrzeb i zainteresowań seksualnych kobiet z niepełnosprawnością zmniejsza się natychmiast po urazie, ponieważ jako priorytetowe traktują one podstawowe potrzeby przetrwania. Zaburzenie życia seksualnego zaobserwować można także w przypadku małżeństw, w których trakcie trwania kobieta nabyła niepełnosprawności. Wówczas osłabienie więzi seksualnej jest na ogół wynikiem niechęci męża do okaleczonej lub chorej partnerki (M. Chodkowska, 2005, s. 9). Jak wynika z badań K. Altuntug i współpracowników (2014, s. 228), dysfunkcja seksualna jest powszechnym problemem kobiet z niepełnosprawnością ruchową. Dlatego też autorzy badań postulują, aby poradnictwo medyczne związane ze zdrowiem seksualnym, zostało uzupełnione o zagadnienie wpływu skutków wynikających z niepełnosprawności ruchowej na aktywność seksualną jednostek.

Pojawiające się zmiany w życiu seksualnym kobiet z niepełnosprawnością ruchową M. Kreuter i współpracownicy (2011, s. 158) podzielili na te o charakterze fizycznym (np. zmienione odczucia, trudności z osiągnięciem orgazmu, problemy z pęcherzem lub jelitem, trudności z poruszaniem się i pozycjonowaniem ciała) oraz psychologicznym (uczucie nieatrakcyjności lub mniejszej atrakcyjności, brak wiary w siebie i trudności w znalezieniu partnera). Ponadto badane kobiety sygnalizowały, że pomimo pojawienia się niepełnosprawności nadal wiele z nich jest aktywnych seksualnie. Podkreślały one również znaczenie otwartych i szczerych rozmów z partnerem życiowym na temat ich potrzeb i pragnień seksualnych, a także ich zrozumienie i wrażliwość na nie.

Potrzebę dyskusji w tej kwestii sygnalizują również G. Taleporos i M. P. McCabe (2003, s. 359; por. G. Taleporos, M. P. McCabe, 2005, s. 637), którzy wykazali, że w

grupie osób z niepełnosprawnością ruchową, to badane kobiety miały o wiele wyższe poczucie własnej seksualności oraz znacznie częstsze doświadczenia seksualne niż badani mężczyźni. Różnice płciowe w zakresie funkcjonowania seksualnego osób z niepełnosprawnością, przedstawia również J. Kirenko (2015, s.15). Autor podkreśla, że samoocena roli seksualnej kobiet jest znacznie niższa od samooceny mężczyzn. Kobiety znacznie częściej w porównaniu z mężczyznami, posiadały poczucie braku sprawności w roli seksualnej. Jednocześnie akceptowały siebie jako kobiety. Z kolei mężczyźni w niższym stopniu odznaczali się poczuciem małowartościowości i niższości oraz niewiarą w jakiegokolwiek możliwości zmiany ich funkcjonowania w tej roli. Częściej natomiast akceptowali siebie w roli seksualnej, traktując pojawiające się trudności seksualne jako epizodyczne i przejściowe.

V. Moin, I. Duvdevany i D. Mazor (2009, s. 92), wykazali, że kobiety z niepełnosprawnością ruchową posiadają te same potrzeby i pragnienia seksualne, co pełnosprawne kobiety. Jednakże, jak pokazują badania w przypadku kobiet z niepełnosprawnością takie zmienne jak obraz ciała, satysfakcja z życia seksualnego oraz ich samoocena seksualna były zdecydowanie niższe w porównaniu z pełnosprawnymi kobietami. Większe różnice w tym zakresie obserwowane były wśród młodych kobiet (21-30 lat). Autorzy podkreślają zatem konieczność indywidualnego podejścia do badanych kobiet z niepełnosprawnością. Zostało to uzasadnione uzyskaniem w badaniach znaczących różnic interpersonalnych między badanymi. Z kolei jak donoszą badania A. Vansteenwegena, I. Jans i A. T. Revell (2003, s. 289) na postawę kobiet z niepełnosprawnością ruchową wobec seksualności znaczący wpływ ma posiadany poziom wykształcenia. Mianowicie im wyższe wykształcenie cechuje kobietę, tym bardziej akceptuje ona pewne zachowania i sytuacje seksualne.

Z kolei A. Beckwith i M. Kwai-Sang Yau (2013, s. 313-323), w swych badaniach dotyczących rekonstrukcji seksualności kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wykazały, że najważniejszą przeszkodą dla pozytywnej tożsamości seksualnej badanych, jest niezadowolenie z wyglądu własnego ciała. Autorzy określili w swych badaniach pozytywne aspekty ułatwiające rekonstrukcję tożsamości seksualnej kobiet z niepełnosprawnością ruchową. Wymieniają oni akceptację „nowego” ciała, reintegrację ról i życia domowego, poprawę pewności siebie i umiejętności komunikacyjnych, wsparcie partnera oraz pozytywne doświadczenia seksualne. Ponadto badacze zwracają uwagę, że przeciwnie czynniki, takie jak niekorzystny wizerunek ciała, niskie poczucie własnej wartości, utrata pełnionych ról oraz niewystarczająca rehabilitacja seksualna osób

z niepełnosprawnością, będą miały długotrwały wpływ na realizację tych pozytywnych aspektów. Na inne bariery dla rekonstrukcji tożsamości seksualnej kobiet z niepełnosprawnością ruchową zwracają uwagę V. Moin, I. Duvdevany i D. Mazor (2009, s. 92), wymieniając społeczną izolację oraz negatywne postawy innych ludzi w kontekście seksualności osób z niepełnosprawnością.

Podjmując próbę opisanego psychospołecznej sytuacji kobiet z niepełnosprawnością ruchową w aspekcie ich społecznego funkcjonowania, należy omówić problem, który jest dosyć często pomijany w literaturze przedmiotu oraz praktyce życia tych kobiet, dotyczący nawiązywanie kontaktów i budowanie intymnych relacji. Jest to o tyle istotne, że niepełnosprawność kobiet znacznie utrudnia im znalezienie partnera (A. Wołowicz-Ruszkowska, 2013, s. 227), a także osłabia związki emocjonalne z obecnym partnerem (A. Długołęcka, 2011, s. 56). W związku z tym, w momencie nawiązywania pierwszych relacji z mężczyznami czy uczestniczenia w randkach, są one zazwyczaj starsze niż pełnosprawne kobiety (C. A. Howland, D. H. Rintala, 2001, s. 47-49). Przyczyn takiego stanu rzeczy, naukowcy dopatrują się m.in. w tkwiących w społeczeństwie stereotypach (M. R. Nario-Redmond, 2010, s. 471), obecnym w społeczeństwie ideale kobiecości i kanonie piękna (C. J. Gill, 1996, s. 183), postawach najbliższych członków rodziny (D. H. Rintala i in., 1997, s. 231), obawach kobiet z niepełnosprawnością przed odtrąceniem oraz w braku doświadczenia i wiedzy kobiet z niepełnosprawnością w zakresie nawiązywania i podtrzymywania relacji z innymi, a także w negatywnych postawach kobiet względem posiadanej niepełnosprawności i samych siebie (C. A. Howland, D. H. Rintala, 2001, s. 41, 48, 53-54). Same kobiety z niepełnosprawnością zwracają uwagę na bariery psychologiczne i społeczne związane z wchodzeniem w związki intymne. Utrudnienia natury społecznej obejmują na ogół społeczne przekonania o aseksualności i nieatrakcyjności kobiet z niepełnosprawnością. Z kolei ograniczenia społeczne dotyczą stereotypów i próby zinternalizowania negatywnego obrazu własnej osoby (E. Ciaputa, A. Król, M. Warat, 2014, s. 299).

L. Marszałek (2006, s. 152-153), w swych jakościowych badaniach zleciła kobietom z niepełnosprawnością sprecyzowanie oczekiwań względem swych przyszłych partnerów życiowych. Jak wynika z badań, zarówno kobiety z niepełnosprawnością, jak i pełnosprawne cenią sobie u partnerów podobne cechy. Jednakże kobiety z niepełnosprawnością oczekują ze strony partnera gotowości do troskliwości i opieki względem nich oraz rodziny, natomiast kobiety pełnosprawne zwracają uwagę przede wszystkim na więzi uczuciowe. Występowanie różnic w zakresie doboru partnera przez

kobiety pełnosprawne i z niepełnosprawnością podkreślają również C. A. Howland i D. H. Rintala (2001, s. 49). Autorzy zasadniczych rozbieżności w tym zakresie upatrują w nierealistycznych i wyidealizowanych oczekiwaniach kobiet z niepełnosprawnością względem przyszłego partnera, opartych na pożądanym obrazach wykreowanych przez media.

W wielu przypadkach kobiety z niepełnosprawnością ze strachu przed samotnością, decydują się na zawieranie relacji z przypadkowymi mężczyznami. Mimo, że jak akcentują one same, szukają przede wszystkim kogoś, kto będzie w stanie zaakceptować ich niepełnosprawność. Należy podkreślić, że takie desperackie zachowanie oraz próby utrzymania związku za wszelką cenę, niejednokrotnie prowadzą do zbytnej uległości kobiet względem swoich partnerów, a w skrajnych przypadkach „przyzwolenia” na stosowanie wobec nich przemocy (C. A. Howland, D. H. Rintala, 2001, s. 59-66). W innych sytuacjach, kobiety decydowały się na życie u boku partnera stosującego wobec nich przemoc, z obawy przed utratą przez nie wspólnie wychowywanych dzieci (M. A. Nosek i in., 2001, s. 8).

Z perspektywy prowadzonych analiz dotyczących psychospołecznego funkcjonowania kobiet z niepełnosprawnością ruchową, niezwykle ważnym zagadnieniem wymagającym omówienia jest aspekt roli macierzyńskiej i małżeńskiej, tj. żony i matki. Badania C. L. Shandry, D. P. Hogana i S. E. Short (2014, s. 203) wskazują, że chęć posiadania potomstwa jest równie silna u kobiet z niepełnosprawnością, co u kobiet pełnosprawnych. Jednak bycie matką z niepełnosprawnością, jak obrazują to wyniki analiz A. Wołowicz-Ruszkowskiej (2015, s. 14) jest większym ciężarem niż przywilejem (rozumianym jako atrybut roli macierzyńskiej). Co więcej, w opinii E. Dmoch-Gajzlerskiej i B. Mazurkiewicz (2011, s. 94), to kobiety z niepełnosprawnością już na samym początku zmagają się z pytaniem, czy w danej sytuacji zdrowotnej powinny lub mogą planować ciążę. Zdaniem autorek, otrzymują one sprzeczne informacje w tym zakresie, zarówno od lekarzy, jak i położników- ginekologów, którzy nie dają im wyraźnych komunikatów ułatwiających świadome podjęcie decyzji (por. M. Wałachowska, 2017, s. 206) Dlatego też, jak obrazują to badania M. Chodkowskiej (2005, s. 14-15), w większości przypadków decyzje kobiet z niepełnosprawnością odnośnie do podjęcia roli macierzyńskiej są bardzo trudne, a nawet dramatyczne. Cięża w ich przypadku niejednokrotnie stanowi niebezpieczeństwo dla własnego zdrowia, a nawet życia. Autorka wskazuje na specyficzny konflikt ról chorego/niepełnosprawnego i matki, który badane kobiety w większości rozstrzygają na korzyść roli macierzyńskiej, pomimo

niekorzystnych konsekwencji tej decyzji na relacje z bliskimi i partnerem. Kobiety, które przeżywały trudności w realizacji roli matki, najczęściej zwracały uwagę na posiadane fizyczne ograniczenia w opiece nad dzieckiem. Co istotne, na posiadanie trudności w zakresie realizacji ról rodzinnych, najczęściej wskazywały kobiety z niepełnosprawnością z wyższym wykształceniem (L. Marszałek, 2006, s. 162-164). Zdaniem C. Malacrida (2009, s. 741) kobiety z niepełnosprawnością ruchu mogą posiadać trudności w zakresie sprawowania opieki, gdyż są one zarówno jej dawcami, jak i biorcami.

W obrębie zagadnienia macierzyństwa kobiet z niepełnosprawnością ruchową należy podkreślić pomijane w badaniach kwestie, a odnoszące się do opieki okołoporodowej (L. Long-Bellil i in., 2016, s. 440; M. L. Beleza, 2003, s. 44-45). Jest to o tyle istotne, że zdaniem L. Long-Bellil i współpracowników (2016, s. 440) złagodzenie odczuwanego bólu w czasie porodu w przypadku kobiet z niepełnosprawnością jest bardziej złożone niż u pełnosprawnych kobiet. Badania dostarczyły informacji, że bariery systemowe, brak wiedzy i doświadczenia specjalistów w zakresie opieki nad kobietami z niepełnosprawnością oraz brak możliwości podejmowania świadomych decyzji, stanowiły główne przeszkody w zakresie uśmierzania bólu podczas porodu. Badacze wnoszą o szkolenia dla lekarzy i specjalistów oraz podejście zespołowe w zakresie opieki nad kobietami z niepełnosprawnością. Na problem ten zwracają również uwagę S. C. Smeltzer (2007, s. 88, s. 93) oraz M. Mitra i współpracownicy (2016, s. 457) podkreślając brak wystarczającej wiedzy osób świadczących opiekę zdrowotną w obrębie posiadanych potrzeb przez kobiety z niepełnosprawnością. Z kolei w eksploracjach R. Malouf i współpracowników (2017, s. 1), badane kobiety z niepełnosprawnością podkreślają interpersonalne aspekty problemów w opiece okołoporodowej, takie jak brak odpowiedniej komunikacji, wsparcia oraz relacji opartej na zaufaniu z personelem medycznym. Doświadczenia macierzyństwa polskich kobiet z niepełnosprawnością ruchową, opisała A. Wołowicz-Ruszkowska (2015, s. 5). Autorka w przeprowadzonych badaniach wyodrębniła trzy podstawowe tematy/problemy: skutki niewystarczającej opieki zdrowotnej w ciąży, brak akceptacji i wsparcia dla matek oraz nieadekwatny do potrzeb matek system opieki społecznej.

Ważnym w kontekście prowadzonych analiz na temat macierzyństwa kobiet z niepełnosprawnością ruchową jest zagadnienie postaw i reakcji członków ich rodzin na posiadaną przez nie ciążę. R. M. Powell i współpracownicy (2017, s. 345), na podstawie przeprowadzonych badań podzielili zgłaszane przez badane kobiety reakcje członków ich rodzin na sześć kategorii: początkowe reakcje negatywne, obawy o dobre samopoczucie

matki, kwestionowanie zdolności rodzicielskich, negatywne postrzeganie niepełnosprawności, problemy genetyczne, zaangażowanie i wsparcie. Autorzy sugerują potrzebę zwiększonego wsparcia społecznego i edukacji rodzinnej w tym zakresie. Pozytywnych postaw względem macierzyństwa kobiet z niepełnosprawnością trudno doszukać się także w społeczeństwie, które jak wskazują badania K. K. Yoshidy i współpracowników (1999, s. 333), postrzega je jako bezpłciowe i niezdolne do pełnienia roli małżeńskiej czy macierzyńskiej, bez względu na ich identyfikację kulturową. Ponadto najbliższe otoczenie projektuje na kobiety z niepełnosprawnością swoje obawy, dotyczące ich zdaniem niesprostania kobiet z niepełnosprawnością obowiązkom związanym z macierzyństwem (E. Ciaputa, A. Król, M. Warat, 2014, s. 300). Co interesujące, badania I. Hasson-Ohayon i współpracowników (2018, s. 612) dowodzą, że rodzaj niepełnosprawności ma istotne znaczenie dla postaw społecznych. Jak wskazują badacze postawy w stosunku do macierzyństwa kobiet z niepełnosprawnością ruchu były lepsze niż w odniesieniu do kobiet z niepełnosprawnością intelektualną.

Eksploracje A. Nowak (2012, s. 314) dostarczają informacji, iż badane kobiety z niepełnosprawnością, swoje przygotowanie do pełnienia ról rodzinnych oceniały najczęściej jako dobre. Starsze kobiety z niepełnosprawnością mające doświadczenie bycia w związku małżeńskim uważały, że nie zostały one przygotowane do pełnienia roli matki czy żony, a umiejętności tych musiały nabyć same lub z pomocą swych matek. Podobne wyniki w zakresie oceny własnych kompetencji w realizacji ról rodzinnych przez kobiety z niepełnosprawnością, uzyskała w swych badaniach L. Marszałek (2006, s. 161-162). Poza tym, znacznie więcej badanych kobiet z niepełnosprawnością, odczuwała zadowolenie ze spełniania siebie w roli matki niż żony. Jest to o tyle interesujące, że właśnie wobec podjęcia roli macierzyńskiej przejawiały one najwięcej wątpliwości i obaw. Autorka posiłkując się wypowiedziami badanych kobiet, zależność tę tłumaczy mniejszym znaczeniem fizycznej atrakcyjności kobiety w relacjach matka- dziecko niż w przypadku relacji żona- mąż.

Z kolei w sytuacji, kiedy kobieta nabywa niepełnosprawność będąc w związku małżeńskim, często obserwowalny jest kryzys funkcjonowania w roli żony, którego najostrejszy charakter obserwowalny jest w pierwszych latach wystąpienia niepełnosprawności. W wielu przypadkach prowadzi to do rozpadu więzi małżeńskich. Może to wynikać z faktu, że rola męża kobiety z niepełnosprawnością, różni się znacząco od tej pełnionej przez partnera pełnosprawnej kobiety, wymuszając na nim przejęcie obowiązków przypisanych żonie (M. Chodkowska, 2005, s. 11-12, 14). Zdaniem M.

Chodkowskiej (2005, s. 14) znaczące dla sukcesu małżeńskiego w przypadku kobiet z niepełnosprawnością są m.in. rodzaj, stopień i czas pojawienia się ograniczeń oraz umiejętności w zakresie kompensowania braków. Niejednokrotnie kobiety z niepełnosprawnością z powodu lęku przed odpowiedzialnością za partnera i dziecko oraz lękiem przed odrzuceniem, same wykluczają się z życia rodzinnego (A. Nowak, 2012, s. 348). Z całą pewnością należy podkreślić, że pomimo trudności i obaw kobiety z niepełnosprawnością mogą podejmować role rodzinne, realizując się z powodzeniem jako matki i żony. Ponadto właściwe pełnienie tych ról, zależy przede wszystkim od oddziaływania środowiska społecznego, w którym te kobiety funkcjonują (L. Marszałek, 2006, s. 165).

Pomimo posiadanych potrzeb i pragnienia miłości wiele kobiet z niepełnosprawnością żyje w samotności, której przyczyną jest m.in. lęk przed związaniem się z nieodpowiednią osobą, porzucenie przez partnera, brak zgody rodzica/opiekuna na zawarcie związku małżeńskiego, niewłaściwa socjalizacja, kiedy to kobieta utwierdza się w przekonaniu o własnej nieatrakcyjności oraz braku kompetencji do pełnienia ról rodzinnych (A. Nowak, 2012, s. 318-319). Badania D. Russella (2009, s. 466) wskazują, że fakt posiadania niepełnosprawności ruchowej stanowi funkcjonalną barierę dla integracji społecznej tych osób, prowadząc do poczucia samotności. Co więcej, osoby z niepełnosprawnością ruchową cechuje wyższy wskaźnik w tym zakresie niż osoby pełnosprawne. Zdaniem C. C. Beal i A. Stuijbergen (2012, s. 165), doświadczenie samotności jest jednym z elementów życia osób z niepełnosprawnością. Autorki badań wykazały, że kobiety ze stwardnieniem rozsianym są narażone na nią ze względu na zachodzące zmiany w ich sieci społecznej. Samotność została odnotowana u niezamężnych kobiet z niepełnosprawnością, które cechowały się niskim poziomem wsparcia społecznego i samooceny oraz większymi ograniczeniami funkcjonalnymi.

Funkcjonowanie społeczne kobiet z niepełnosprawnością wiąże się w dużej mierze z realizacją roli zawodowej, która ma istotne znaczenie dla jakości ich życia (M. Dag, Ch. Kullberg, 2010, s. 287). Badania A. Barisin, T. Benjaka oraz G. Vuletic (2011, s. 555) dowodzą, iż zatrudnienie jest obok rodziny, czynnikiem pozytywnie wpływającym na poziom jakości życia kobiet z niepełnosprawnością. Potwierdzeniem tego, są również badania K. Pawłowskiej-Cyprysiak (2010, s. 8), które dowodzą, że osoby z niepełnosprawnością ruchową aktywne zawodowo oceniają swoją jakość życia wyżej od osób niepracujących. Z kolei, jak wynika z eksploracji M. Daga i Ch. Kullberga (2010, s. 287), niezależnie od zatrudnienia, badani wysoko cenili pracę zarobkową. Co ważne,

pełni ona w ich życiu funkcje terapeutyczne, pozwalając m.in. na poprawę zdrowia, zapewnienie warunków bytowych, zaspokajanie potrzeb, odzyskiwanie i wzmocnienie autonomii, utrzymywanie statusu społecznego, sprzyjanie integracji, kształtowanie wybranych aspektów osobowości i poszerzanie struktury wartości (S. Byra, 2014b, s. 75-76). S. Byra (2014b, s. 91-92) w swych badaniach zwraca również uwagę na znaczenie faktu posiadania pracy lub jej braku, na ocenę własnych ograniczeń i dysponowaną skuteczność w radzeniu sobie z problemami przez osoby z niepełnosprawnością nabytą, oraz na przyjmowane przez nie strategie zaradcze. Ponadto A. Nowak (2012, s. 307) podkreśla, że pozytywne aspekty pracy kobiet z niepełnosprawnością obejmowały pozytywne efekty pracy, możliwości robienia czegoś dla innych i poczucia dobrze wykonanej pracy.

W przypadku kobiet z niepełnosprawnością, jeśli mają one szanse na zatrudnienie to częściej w porównaniu z pełnosprawnymi kobietami, dostają propozycję zatrudnienia w niepełnym wymiarze godzin (R. Pagan-Rodriguez, 2009, s. 73). Autor podkreśla również zależność pomiędzy dłuższym okresem trwania niepełnosprawności a poziomem zatrudnienia w niepełnym wymiarze godzin kobiet z niepełnosprawnością. W eksploracjach A. Nowak (2012, s. 294-308), badane kobiety z niepełnosprawnością, które miały doświadczenia zawodowe, zwracały uwagę na napotykaną przez nie bariery w miejscu pracy. Wymieniały one przede wszystkim nieprzystosowanie stanowisk pracy, bariery architektoniczne, negatywne postawy pracowników i pracodawcy. Z kolei zapytane o największe utrudnienia dla nich do wejścia bądź utrzymania się na rynku pracy, badane wskazywały m.in. na doświadczenie zawodowe, płeć, wykształcenie, dodatkowe umiejętności (prawo jazdy, znajomość języków obcych), brak ofert pracy dla kobiet z niepełnosprawnością oraz stawianie wysokich wymagań, którym nie są one w stanie sprostać np. mobilność, dyspozycyjność czy wysokie wykształcenie. Trudności w znalezieniu pracy przez kobiety z niepełnosprawnością, zdaniem D. L. Smith i D. R. Strauser (2008, s. 1039), są związane także z ich doświadczeniami w zakresie stosowania wobec nich przemocy. Autorzy dowodzą, że kobiety z niepełnosprawnością, które były ofiarami przemocy, mają wyższy poziom bezrobocia w porównaniu z pełnosprawnymi kobietami, które nie były ofiarami nadużyć. Zatem zdaniem autorów doświadczanie przemocy fizycznej i seksualnej zwiększa ryzyko bezrobocia u kobiet z niepełnosprawnością.

W zakresie aspektów wykonywanej pracy, obserwowane są różnice płciowe, w których to mężczyźni bardziej skupiają się na wymiarze ekonomicznym, a kobiety na

psychospołecznym (J. P. Niemeier, 2008, s. 171; M. Dag, Ch. Kullberg, 2010, s. 300). Co więcej, M. Dag i Ch. Kullberg (2010, s. 301) ze względu na przedstawione różnice, sygnalizują zwrócenie uwagi na rozbieżności w zakresie potrzeb związanych z pracą kobiet i mężczyzn z niepełnosprawnością. Podkreślają tym samym konieczność akcentowania potrzeb kobiet i wdrożenie specjalnych środków w celu ich zaspokajania. Z kolei badania K. Pawłowskiej-Cyprysiak (2011, s. 8) wskazują, że to kobiety z niepełnosprawnością ruchową bardziej niż mężczyźni zwracają uwagę na socjo-ekonomiczną sferę życia. Uchwyciona niejednoznaczność w wynikach badań sygnalizuje potrzebę rozstrzygnięć empirycznych w kolejnych eksploracjach.

Kobiety z niepełnosprawnością ruchową za najgorszy aspekt bycia osobą z niepełnosprawnością wskazują, nie fakt posiadania ograniczeń, ale negatywne postawy innych ludzi względem nich (H. M. de Klerk, L. Ampousah, 2003, s. 1135). Badane podkreślają, że pomimo własnej samoakceptacji, zadowolenia z siebie i dobrego samopoczucia inni ludzie postrzegają je jako jednostki „nienormalne” (H. M. de Klerk, L. Ampousah, 2003, s. 1136). M. Chodkowska (1993, s. 63) w swych badaniach przedstawia wypowiedzi badanych kobiet z niepełnosprawnością, odzwierciedlające negatywne postawy grupy rówieśniczej względem nich. Autorka badań wymienia takie ich przejawy jak m.in. obojętność, ośmieszanie, niechęć, agresja słowna i niewerbalna. Większość badanych kobiet z niepełnosprawnością okres szkolny wspomina jako bardzo trudny i przykry. Negatywny stosunek otoczenia obrazują słowa jednej z kobiet, która napisała: „nie chciałam dalej iść do szkoły, aby znów nie przeżywać wielu upokorzeń, które przeżywałam w szkole podstawowej” (M. Chodkowska, 1993, s. 63). Życie dorosłe badanych kobiet charakteryzowała przewaga negatywnych postaw wobec nich m.in. w środowisku zawodowym, sąsiedzkim, czy w trakcie przypadkowych spotkań (M. Chodkowska, 1993, s. 67-86).

Zagadnieniem koniecznym do poruszenia w aspekcie społecznego funkcjonowania kobiet z niepełnosprawnością ruchową, jest stosowana wobec nich przemoc psychiczna, fizyczna, seksualna i ekonomiczna. Mimo tego, że tych samych rodzajów przemocy doświadczają pełnosprawne kobiety, to w większym stopniu narażone są na nią kobiety z niepełnosprawnością (M. E. Young i in., 1997, s. 34; M. A. Nosek, C. C. Foley i in., 2001, s. 177; D. Hassouneh-Phillips, M. A. Curry, 2002, s. 96; K. K. Yoshida i in., 2009, s. 1843; C. Bradbury-Jones i in., 2015, s. 1) i w ich przypadku trwa ona dłużej (M. A. Nosek, C. A. Howland, R. B. Hughes, 2001, s. 478). Kobiety z niepełnosprawnością ruchową jako miejsce nadużyć głównie wskazywały na dom rodzinny, placówkę

wychowawczą lub szkołę (V. M. Olsvik, 2006, s. 89). W związku z tym jako sprawców przemocy wobec nich najczęściej wymienia się rodziców, członków rodziny, partnerów życiowych, sąsiadów, osoby świadczące opiekę zdrowotną (J. McFarlane i in., 2001, s. 864). Jako przyczyny nadużyć wobec kobiet z niepełnosprawnością, należy uwzględnić zarówno czynniki motywacyjne, jak i te dotyczące samej niepełnosprawności, które zwiększają ryzyko wykorzystania tych osób (A. Zawiślak, 2016, s. 51). Przemoc w stosunku do kobiet z niepełnosprawnością prowadzi w konsekwencji do pojawienia się szeregu problemów natury emocjonalnej i psychicznej. Literatura przedmiotu najczęściej wskazuje na niską samoocenę, depresję, poczucie winy (D. Hassouneh-Phillips, M. A. Curry, 2002, s. 96), zaburzenia snu, ataki paniki, okaleczanie, próby samobójcze (V. M. Olsvik, 2006, s. 89), pourazowy zespół stresu (M. J. Hughes, L. Jones, 2000, s. 5) oraz ryzyko rozwoju wyuczzonej bezradności (L. Martinez, K. W. Swell, 2000, s. 72).

Wobec tak poważnego problemu, jakim jest przemoc wobec kobiet z niepełnosprawnością wielu autorów (m.in. J. C. Chang i in., 2003, s. 702; J. McFarlane i in., 2010, s. 861-862; B. L. Kassah i in., 2014, s. 665) proponuje działania pomocowe mające na celu przeciwdziałanie temu zjawisku. Są to przede wszystkim zalecenia skierowane do ofiar przemocy, ich rodzin, specjalistów, opiekunów a także dla lokalnych i krajowych rządów.

Innym problemem społecznym, który również zasługuje na uwagę w odniesieniu do kobiet z niepełnosprawnością to zagrożenie wykluczeniem społecznym. Należy podkreślić, że w grupie osób z niepełnosprawnością to właśnie kobiety są najbardziej narażone na wykluczenie społeczne, stanowiąc zbiorowość tzw. szczególnego ryzyka. Jest to spowodowane niekorzystnym nagromadzeniem się czynników dyskryminujących, takich jak niepełnosprawność, płeć oraz stereotypy z nią związane (B. Oleksy-Sanocka, 2010, s. 81; P. A. Villanueva, R. L. Urbano, 2012, s. 62; E. Ciaputa, A. Król, M. Warat, 2014, s. 280). Poszukując mechanizmów wyjaśniania sytuacji społecznej osób z niepełnosprawnością, należy zwrócić uwagę na przemiany zachodzące w społeczeństwie. W ich konsekwencji kształtuje się m.in. pojęcie kultury wykluczenia, która odnosi się do problematyki wszelkich społecznych różnic, obejmując swym zasięgiem coraz to szersze kręgi jednostek niepasujących do monocentrycznego porządku panującego w danym społeczeństwie (M. Sztuka, 2015, 329). Do takich grup zaliczyć można osoby z niepełnosprawnością.

Potrzebę analiz w tym zakresie w odniesieniu do kobiet z niepełnosprawnością sygnalizuje m.in. A. Nowak (2012, s. 251), zwracając uwagę na szerokie spektrum ich

problemów, takich jak niemożność zaspokajania potrzeb, ubóstwo, ograniczenie praw, marginalizacja, wykorzystywanie, ryzyko wykluczenia społecznego oraz samowykluczenie. Jak dowodzą eksploracje A. Nowak (2012, s. 297), kobiety z niepełnosprawnością ruchową napotykać wiele trudności w funkcjonowaniu społecznym. Autorka podzieliła napotymane bariery na te o charakterze fizycznym (brak miejsc parkingowych dla osób z niepełnosprawnością, bariery architektoniczne w dostępie do obiektów użyteczności publicznej i innych, niedostosowanie komunikacji miejskiej, brak wind lub nieprzystosowanie już istniejących do potrzeb osób z niepełnosprawnością, niedostosowanie krawężników, brak własnego samochodu i prawa jazdy, brak platform podnoszących); społecznym (brak wsparcia społecznego zwłaszcza w przestrzeni sąsiedzkiej, ograniczone kontakty z rodziną i rówieśnikami, stereotypy i uprzedzenia w stosunku do osób z niepełnosprawnością ruchową, trudności w relacjach damsko-męskich z pełnosprawnymi mężczyznami); psychicznym (brak akceptacji własnej niepełnosprawności, chęci do działania oraz wiary we własne możliwości, poczucie wstydu); ekonomicznym (brak środków finansowych i mieszkania, niski dochód, brak dostępu do prywatnej rehabilitacji i opieki medycznej oraz brak funduszy na zakup sprzętu rehabilitacyjnego); instytucjonalnym (edukacja nieprzystosowana do potrzeb rynku pracy, brak dostępu do instytucji świadczących pomoc w poszukiwaniu miejsc pracy) oraz inne (trudne sytuacje rodzinne, zamieszkanie na wsi, ograniczenie sprawności, zły stan zdrowia, trudności w komunikowaniu się społecznym). Badania A. Nowak (2012, s. 345) wskazują, iż zdaniem 88% badanych, kobiety z niepełnosprawnością są wykluczone z życia społecznego. Jako czynniki decydujące, badane kobiety wskazywały na rodzaj i stopień niepełnosprawności, a także indywidualne cechy kobiet, np. brak sił fizycznych, brak wiary we własne możliwości, utrudnienia w komunikowaniu się, ograniczenie aktywności, zamykanie się w sobie, niechęć do kontaktów społecznych, obawa i lęk przed relacjami damsko-męskimi. Ponadto wiele badanych kobiet wskazywało na negatywne postawy otoczenia, uprzedzenia i stereotypy wobec osób z niepełnosprawnością.

Przeprowadzona analiza wybranych płaszczyzn psychospołecznego funkcjonowania kobiet z niepełnosprawnością ruchu, dowodzi istnienia specyficznych problemów i ograniczeń dla tej grupy osób, wynikających m.in. z ich płci i przypisanych do niej ról. Napotymane utrudnienia zauważalne są zarówno w sferze psychologicznego, jak i społecznego funkcjonowania kobiet z niepełnosprawnością. Właśnie w przypadku tych kobiet (zarówno w niepełnosprawnością nabytą, jak i wrodzoną), jak wskazuje A.

Wołowicz-Ruszkowska (2013, s. 299-300), przeżywanie uszkodzenia organizmu wiąże się z nieustanną potrzebą modyfikacji własnej tożsamości. Autorka zaryzykowała stwierdzenie, że trwałe uszkodzenie organizmu u kobiet z nabytą niepełnosprawnością generuje dodatkowy poziom tożsamości „puzzli”, który dokonuje zmian w istniejącej już tożsamości, zmieniając jej zawartość treściową i kształt.

Co więcej, w porównaniu z kobietami pełnosprawnymi, niepełnosprawne kobiety charakteryzuje m.in. gorszy obraz ciała (D. Hassouneh-Phillips, E. McNeff, 2005, s. 233), niższy poziom poczucia własnej wartości i jakości życia (I. Duvdevany, 2010, s. 4433), posiadanie mniejszych rezerwuarów zdrowia potrzebnych do skutecznego radzenia sobie z depresją i lękiem (D. Hassouneh i in., 2013, s. 1-13), niższa samoocena seksualna oraz satysfakcja z życia seksualnego (V. Moin, I. Duvdevany, D. Mazor, 2009, s. 92). Ponadto kobiety z niepełnosprawnością napotykać na znaczne utrudnienia w znalezieniu partnera życiowego (A. Wołowicz-Ruszkowska, 2013, s. 227) oraz problemy w zakresie pełnienia roli macierzyńskiej i małżeńskiej (M. L. Beleza 2003, s. 44-45; M. Chodkowska, 2005, s. 11-14; S. C. Smeltzer, 2007, s. 88, 93; E. Dmoch-Gajzlerska, B. Mazurkiewicz, 2011, s. 94; L. Long-Bellil i in., 2016, s. 440; M. Mitra, 2016, s. 457; A. Savage, D. McConnell, 2016, s. 195; R. M. Powell i in., 2017, s. 345). Z kolei w zakresie aktywności zawodowej spotykają się one z szeregiem barier istotnie ją ograniczających (A. Nowak, 2012, s. 294-295). Jak wskazują badacze (m.in.: M. A. Nosek, C. C. Foley i in., 2001, s. 177; K. K. Yoshida i in., 2009, s. 1843; C. Bradbury-Jones i in., 2015, s. 1), zjawisko przemocy, na którą narażone są w większym stopniu kobiety z niepełnosprawnością, nie różni się w swych formach od tej doświadczanej przez pełnosprawne kobiety. Ze względu na kumulację czynników dyskryminujących takich jak płeć, niepełnosprawność oraz stereotypy płciowe, kobiety z niepełnosprawnością stanowią grupę szczególnie narażoną na wykluczenie społeczne (B. Oleksy-Sanocka, 2010, s. 81; A. Nowak, 2012, s. 251).

Problematyka psychospołecznego funkcjonowania osób z niepełnosprawnością z całą stanowczością powinna być analizowana z uwzględnieniem różnic płciowych, a w przypadku opisywania niektórych zjawisk, ze zwróceniem uwagi na różnice interpersonalne między badanymi kobietami i mężczyznami. W związku z tym (z uwagi na specyfikę funkcjonowania poszczególnych jednostek z niepełnosprawnością) należy przeanalizować indywidualne aspekty ich życia w obrębie danej płci. Pozwoli to na uzyskanie pełniejszego obrazu ich funkcjonowania. Uzasadnienia dla tego postulatu dostarczają wnioski z badań empirycznych wielu autorów, zawartych w powyższej

analizie, które zwracają szczególną uwagę na aspekt istniejących indywidualnych różnic w grupie kobiet z niepełnosprawnością w zakresie wielu badanych zjawisk.

Rozdział II

Akceptacja niepełnosprawności

2.1. Pojęcie akceptacji

Termin „akceptacja” znany jest w literaturze już od bardzo dawna, pojęcie to stosowane było w 1918 roku przez G. S. Hall. Niemniej dopiero ostatnie dwie dekady przyniosły szczególne zainteresowanie badaczy tą tematyką (J. C. Williams, S. J. Lynn, 2010-2011, s. 6). Zdaniem E. Wulfert (za: J. C. Williams, S. J. Lynn, 2010-2011, s. 6) uniwersalna definicja akceptacji nie istnieje. Autorka zauważa, że różne określenia tego terminu oddają bogactwo znaczeń i niuansów o akceptacji jako zjawisku. Należy przy tym pamiętać, że jeśli konstrukt staje się zbyt szeroko rozumiany może prowadzić to do słabego zrozumienia specyfiki zjawiska, określanego przez E. Wulfert (za: J. C. Williams, S. J. Lynn, 2010-2011, s. 6) jako „wszystko i nic”. Wielu autorów starało się zdefiniować, zoperacjonalizować i zmierzyć akceptację, nie było to jednak wyczerpujące dla zrozumienia swoistości i struktury tego zjawiska.

Przegląd dotychczasowych opracowań, pozwala stwierdzić, że występuje wiele definicji akceptacji. Etymologiczne korzenie tego terminu sięgają do łacińskiego *acceptare*, starego francuskiego *accepter* oraz angielskiego *accept* (J. C. Williams, S. J. Lynn, 2010-2011, s. 7). W latach 50- tych, rozumiana była ona raczej poprzez swoje implikacje praktyczne, niż definicję, w której określano ją najczęściej jako „akt przyjmowania” (M. Grayson, za: J. C. Williams, S. J. Lynn, 2010-2011, s. 7). Obecnie akceptacja najczęściej oznacza zatwierdzenie, uznanie, aprobatę, przyjęcie pewnego sądu, poglądu, opinii, postawy czy zachowania, która wyraża się w zgodzie na coś lub uznaniu czegoś (W. Panek, 1993, s. 18-20; por. E. Sobol, 1999, s. 6). Oznacza także otrzymanie czegoś, wyjaśnienie oraz przedsięwzięcie (W. Kopaliński, 1991, s. 19).

W literaturze przedmiotu odnaleźć można termin „bezwarunkowej akceptacji”, która symbolizuje przyznanie innym osobom prawa do bycia sobą, mianowicie do odczuwania i myślenia w osobliwy dla nich sposób, nawet wówczas gdy ich zachowanie powinno się zmienić z uwagi na dobro innych ludzi. W tym rozumieniu podstawą akceptacji jest zrozumienie, że każda jednostka jest inna i należy traktować ją z szacunkiem (A. Anczykova, L. Czopek, J. Pieszcachowicz, 1994, s. 65).

Z kolei J. C. Williams i S. J. Lynn (2010-2011, s. 7) w swej analizie pojęcia akceptacji, zwrócili uwagę na istnienie czterech nowoczesnych definicji tego zjawiska, w których rozumiana jest ona jako: a) wyrażanie zgody lub wiara w coś; b) przyjemność z pozyskiwania lub otrzymywania czegoś, satysfakcjonująca prośba lub obowiązek; c) korzystne przyjęcie, uwzględnienie, zatwierdzenie czegoś; d) ogólna akceptowalność. Autorzy podkreślają, że wymienione przez nich definicje są wykorzystywane w wielu badaniach z zakresu psychologii. Mają one swoje zastosowanie w opisie i analizie m.in.: akceptacji norm grupowych przez jednostki, identyfikacji z nimi i ich internalizacji; społecznej akceptacji w tym skutków bycia nieakceptowanym, a także akceptacji w danym środowisku osób z niepełnosprawnością oraz chorych psychicznie.

Co interesujące, C. McCurry i A. Schmidt (za: J. C. Williams, S. J. Lynn, 2010-2011, s. 24) są zdania, że świadomość jest podstawą akceptacji. Dokładniej mówiąc jednostka, która ma na celu zaakceptowanie czegoś, jakiegoś bodźca, musi być go przede wszystkim świadoma. Zatem akceptacja, powinna obejmować umiejętności obserwacji dowolnych bodźców zewnętrznych i wewnętrznych. Autorzy zwracają uwagę, że oprócz świadomości jednostka powinna być wyposażona także w znajomość samego siebie. Jest to o tyle ważne, że pierwszym krokiem w rozwijaniu akceptacji powinno być poznanie samego siebie, jako jednostki z ograniczeniami, ale zdolnej do rozwoju i uczenia się. Ponadto, R. A. Baer (2003, s. 131) zauważył, że akceptacja jest jednym ze wskaźników psychologicznego funkcjonowania. Pojęcie świadomości w wyjaśnianiu zjawiska akceptacji, zawarte jest również w definicji zaproponowanej przez A. Anczykową i współpracowników (1994, s. 65).

Badania nad akceptacją pozwoliły na wyodrębnienie dwóch specyficznych konstruktów samoakceptacji i akceptacji innych, które koncentrują się na rozwoju świadomości, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych aspektów siebie oraz innych osób, zachowując w tym zakresie pozytywną postawę. Inaczej są one określane jako konstrukt wewnętrzny, obejmujący myśli, uczucia i odczucia oraz zewnętrzny, składający się z dwóch rodzajów bodźców w postaci innych ludzi i środowiska zewnętrznego (J. C. Williams, S. J. Lynn, 2010-2011, s. 6). Ponadto B. Wright (1965, s. 58) wskazuje na istnienie dodatniej korelacji pomiędzy samoakceptacją a: a) akceptacją innych ludzi; b) odczuwaniem przez jednostkę, że jest akceptowana w danym środowisku.

Słownik pedagogiki specjalnej M. Kupisiewicz (2013, s. 315), termin „samoakceptacja” definiuje, jako postawę wobec siebie, poczucie własnej wartości, samozadowolenie, pozytywne nastawienie do siebie połączone zazwyczaj z przekonaniem

o słuszności własnego sposobu myślenia, wartościowania i postępowania, oraz akceptowanie własnego wyglądu. Zdaniem autorki opracowania, zależy ona od wieku, rzeczywistych sukcesów i niepowodzeń, metod wychowania, warunków społecznych oraz psychologicznego konstruktów jednostki. Wiąże się z samooceną, co ma wpływ na mobilizację jednostki do aktywności społecznej. Natomiast C. R. Rogers (za: Z. Palak, 1988, s. 20) ogólnie określa, że jest to „zgodność pomiędzy realnym i idealnym obrazem własnej osoby”. Ważnym aspektem omawianego zjawiska jest zdolność i gotowość jednostki do pokazywania innym swojego „prawdziwego ja”, bez udawania i obaw, że inni ludzie ocenią ją negatywnie (S. H. Carson, E. J. Langer, 2006, s. 31). Zatem może ona oznaczać, że dana osoba jest świadoma swoich słabych i mocnych stron, zatem wyraża zgodę na siebie taką, jaką jest (D. Wiszejko-Wierzbicka, 2008, s. 7)

Poziom samoakceptacji mierzony jest poprzez zestawienie ze sobą własnych osiągnięć i stawianych sobie celów, ponadto warunkuje on stosunek do własnego „ja” (M. Cieślicka, 1998, s. 47-48). Wysoka samoakceptacja rzutuje na umiejętności zmagania się ze stresem, z kolei niższemu jej poziomowi towarzyszy podwyższony stopień lęku (I. Rajska-Kulik, A. Roszkowska, 2005, s. 65). Jednak należy podkreślić, że zbyt wysoki lub zbyt niski poziom samoakceptacji, może prowadzić do zmniejszenia lub całkowitego zaniechania aktywności osoby ukierunkowanej na własny rozwój. W związku z tym najbardziej pożądany jest optymalny poziom, czyli taki, który wyzwala motywację do działania (D. Wiszejko-Wierzbicka, 2008, s. 14).

Jednostka, która akceptuje siebie została określona jako ta, która: wierzy w posiadane zdolności radzenia sobie; obiektywnie przyjmuje pochwałę i krytykę ze strony innych; jest przekonana o własnej wartości; nie jest ani zadufana w sobie ani nieśmiała; bierze za siebie odpowiedzialność, akceptując konsekwencje wynikające z własnych działań; w życiu kieruje się własnymi przekonaniem i wartościami, a nie tymi narzucanymi z zewnątrz; nie uważa siebie za inną/gorszą itd. (B. Wright, 1965, s. 153).

Zatem bezwarunkowa samoakceptacja ma kluczowe znaczenie dla stałości emocjonalnej oraz behawioralnego zdrowia jednostki (A. Ellis, H. Robb, za: J. C. Williams, S. J. Lynn, 2010-2011, s. 18). Co więcej, zdaniem S. H. Carson i E. J. Langer (2006, s. 29- 35), brak umiejętności bezwarunkowego zaakceptowania siebie, może prowadzić do różnorodnych problemów emocjonalnych m.in. niekontrolowanego gniewu i depresji. Autorki opracowania zwracają uwagę na dwie główne przeszkody na drodze ku samoakceptacji jednostki, wymieniając problem z zaakceptowaniem błędów z przeszłości oraz niezdolność do działania w chwili obecnej w obawie przed popełnieniem błędów.

Akceptowanie drugiej osoby z kolei, obejmuje umacnianie w niej procesu stawania się, stwarzanie sytuacji, pozwalających na wykorzystanie przez nią dostępnego potencjału. Zatem jest to uznanie funkcji lub zalet innej osoby w jakimś środowisku (M. Bańko, 2000, s. 12). Możemy wyodrębnić m.in. akceptację innych osób lub grup oraz akceptację norm grupowych (M. Przetacznik-Gierowska, Z. Włodarski, 1998, s. 153). Ludzie dowiadują się od innych jacy są, jednocześnie uzyskując informację, jak należy wartościować posiadane przez siebie cechy. Istotny wpływ na jednostkę mają jej doświadczenia zdobyte podczas kontaktu z otoczeniem (postawy i reakcje środowiska w stosunku do niej, jej pozycja w grupie społecznej), opinia środowiska w jakim funkcjonuje oraz osób dla niej znaczących tzn. rodzina, grupa rówieśnicza itp. (E. J. Konieczna, 2015, s. 63). To właśnie kontakty osób niepełnosprawnych z jednostkami sprawnymi, niosą ze sobą pozytywne działanie dla tych osób, zarówno w postaci zadowolenia z uczestnictwa w życiu społecznym, posiadania chęci do życia, jak również w efekcie akceptacji własnej niepełnosprawności (B. Mazur, S. Byra, 2004, s. 153).

J. C. Williams i S. J. Lynn (2010-2011, s. 5, 18) w swym opracowaniu wskazują na korzyści płynące z akceptacji. Wymieniają między innymi: rozszerzony zakres dostępnych doświadczeń, zwiększenie możliwości produktywnego działania, wzrost współczucia i redukcję obwiniania innych, zwiększenie stopnia spokoju ducha, spolegliwości, rozsądku, zmniejszenie niepokoju będącego wynikiem negatywnych emocji oraz pozytywne rezultaty terapeutyczne. Co interesujące, niekiedy korzyści z akceptacji opisywane są w kategoriach zmniejszenia nieprzyjaznych symptomów, poprzez terapię opartą na akceptacji (za: J. C. Williams, S. J. Lynn, 2010-2011, s.18). Badacze są przekonani, że akceptacja siebie, innych osób, okoliczności i świata może być motorem dokonania osobistych zmian.

Jak podkreśla B. Wright (1965, s 153; 1983, s. 165), należy mieć na uwadze, że istnieje wielka różnica pomiędzy akceptacją siebie jako osoby w ogóle, a akceptacją własnej niepełnosprawności.

Termin „akceptacja niepełnosprawności” definiowany jest w literaturze różnorodnie, a jego spopularyzowanie przypisuje się głównie B. Wright (1965, s. 124-125; 1983, s. 134-135). Autorka zjawisko to określa jako wcielenie niepełnosprawności do własnego obrazu siebie przez jednostkę z niepełnosprawnością, ale w taki sposób, aby nie obniżyło to poczucia wartości tej osoby. Zatem omawiany termin odnosi się do zdolności jednostki do minimalizowania strat związanych z niepełnosprawnością przy jednoczesnym zachowaniu istniejących umiejętności. Co ważne, akceptacja własnych

ograniczeń stanowi nadrzędny warunek identyfikacji grupowej z innymi osobami z niepełnosprawnością oraz jednostkami pełnosprawnymi (B. Wright, 1965, s. 59). Zatem początkowe próby wyjaśnienia akceptacji niepełnosprawności, w literaturze skupiały się na jej powiązaniach z ogólnym pojęciem o sobie jednostek z trwałym uszkodzeniem ciała (H. Larkowa, 1987, s. 107).

Podobne rozumienie tego terminu proponuje J. Zabłocki (2000, s. 55), uważając, że akceptacja siebie jako jednostki z niepełnosprawnością, nie oznacza stricte akceptacji siebie takim, jakim się jest. Stanowi natomiast udoskonalenie tych aspektów życia, które wydają się być najważniejsze w obrębie systemu wartości tej osoby. Wtedy to dopiero jednostka z trwałymi uszkodzeniami, porzuca nierealne cele, akceptując siebie w pełni, co zdaniem autora zmniejsza również dystans między nią a pełnosprawnymi osobami.

B. Wright (1983, s. 135) zwraca uwagę na fakt nieodpowiednich reakcji emocjonalnych na własną dysfunkcję przez osobę, która nabyła niepełnosprawność, będących jej zdaniem „pierwszym krokiem” do zaakceptowania własnego stanu. Według autorki pojawiające się negatywne emocje pozwalają jednostce stopniowo uświadomić sobie, jak wielki wysiłek musi ona włożyć w próby udowodniania sobie oraz społeczeństwu, że nie jest osobą z niepełnosprawnością.

Z kolei M. Kupisiewicz (2013, s. 18) w swym ujęciu omawianego zjawiska, skupia się na wytworzeniu pozytywnej postawy względem rehabilitacji, ograniczeń, które są skutkiem zaburzeń oraz zmian wiążących się z koniecznością przystosowania się jednostki do nowej utrudnionej sytuacji życiowej, co sprzyja procesowi autorewalidacji. Natomiast M. Orkan-Łęcka (1980, s. 64) wychodzi najpierw od ogólniejszego stwierdzenia, jakim jest uznanie przez jednostkę faktu niepełnosprawności, a dopiero później następuje wskazanie na wytworzenie pozytywnego nastawienia, najpierw względem siebie, a następnie wobec własnego otoczenia, zarówno społecznego, jak i fizycznego. Reasumując, autorka w pierwszej kolejności kładzie nacisk na samoakceptację jednostki doświadczającej niepełnosprawności. Z kolei J. Konarska (2002, s. 54-59) wskazuje, że akceptacja samego siebie nie jest łatwa, polega na uprzednim wypracowaniu dojrzałości emocjonalnej na wysokim poziomie. Pozwoli to jednostce żyć w harmonii z własnym sumieniem, co zapewni jej poczucie niezależności, rzeczywistości oraz odpowiedzialności.

Odmiennego rozumienia „akceptacji niepełnosprawności” dostarczają S. Nakajima i K. Inoue (za: R. Nakagoshi, R. Tanemura, 2017, s. 2), traktując ją jako proces rewizji/przeglądu poprzednich doświadczeń życiowych oparty na samorefleksji jednostki

odnośnie tego, że inni byli w stanie myśleć pozytywnie i zaakceptować własną niepełnosprawność. Ponadto autorzy, zwrócili uwagę na fakt, iż inni ludzie nie powinni oceniać stopnia akceptacji niepełnosprawności u osób z niepełnosprawnością, ponieważ wszystko odnosi się to tego, jak jednostka postrzega samego siebie.

Zdaniem B. Wright (1983, s. 136) należy podkreślić, że pomimo tego, iż pojęcie akceptacji stało się gotowym schematem, który ma zapewnić jednostce przystosowanie, każdy człowiek zajmujący się tym zagadnieniem, w związku z konkretną sytuacją, musi przede wszystkim zastanowić się, do jakiego rodzaju przystosowania i akceptacji się ona odnosi.

W toku prowadzonej analizy należy poruszyć zagadnienie postaw osób z niepełnosprawnością wobec własnych ograniczeń, zaproponowane przez D. Wiszejko-Wierzbicką (2008, s. 11-18). Zwraca ona uwagę na fakt, iż różnorodne czynniki (wewnętrzne i zewnętrzne) mają znaczenie dla ukształtowanie się określonego stanowiska u tych jednostek. Na postawę wobec własnej niepełnosprawności składa się: a) komponent poznawczy obejmujący myśli osoby w związku z ograniczeniami; b) komponent emocjonalny zawierający uczucia jednostki; c) komponent behawioralny odnoszący się do tego jak fakt niepełnosprawności wpływa na jej zachowanie i postępowanie. Autorka opracowania wyróżnia trzy rodzaje postaw wobec własnej niepełnosprawności: brak akceptacji, postawę ambiwalencji oraz akceptacji. Ogólnie rzecz ujmując, wymienione stanowiska różnią się między sobą nasileniem akceptacji na płaszczyźnie przekonań, odczuć i zachowań. Jak wynika z badań autorki osoba, którą cechuje postawa akceptacji własnych ograniczeń to jednostka z pozytywnym nastawieniem do świata, nie akcentująca posiadanych dysfunkcji, deklarująca niezależność i samodzielność oraz odznaczająca się allocentryzmem i aktywnością. Z kolei sprzeczne odczucia, zachowania czy przekonania charakteryzują osobę przejawiającą ambiwalentną postawę wobec własnej niepełnosprawności. Pomimo pozytywnego nastawienia do relacji z rodziną i otoczeniem nie akceptują one faktu posiadanych ograniczeń, co wiąże się z brakiem ugruntowanego obrazu samego siebie u tych osób. Inną kategorię postaw stanowi brak akceptacji w stosunku do własnej niepełnosprawności, odznaczający się wycofaniem, izolacją oraz niepokodzeniem się z posiadаныmi ograniczeniami. Obawa, strach i niepewność przed kontaktami społecznymi zarówno z obcymi, jak i rodziną sprawia, że osoby te zarzucają innym ludziom nieprzychylność oraz bycie źródłem nieporozumień i przykrości (D. Wiszejko-Wierzbicka, 2008, s. 19-26). Doniesienia z badań D. Wiszejko-Wierzbickiej (2008, s. 27),

wskazują, iż niektóre zmienne demograficzne, rodzaj, stopień i typ niepełnosprawności, wybrane aspekty wychowania, kompetencje osobiste oraz aspiracje i chęć rozwoju mają związek z przyjmowaną postawą wobec własnych ograniczeń. Pozytywnie z akceptacją niepełnosprawności korelowały takie czynniki jak: wyższe wykształcenie, bycie w związku małżeńskim, nabycie uszkodzenia przed lub po okresie dojrzewania, umiarkowany stopień ograniczeń, samodzielność w podejmowaniu decyzji, partnerskie relacje z rodzicami, dużo obowiązków, swoboda w działaniu, niska impulsywność, wewnętrzne poczucie kontroli, duża wytrzymałość i chęć rozwoju oraz wysokie aspiracje.

Dostępna literatura z zakresu rehabilitacji, przedstawia rozumienie zjawiska „akceptacji niepełnosprawności” m.in., jako jednego z elementów składowych/etapów przystosowania do niepełnosprawności (m.in. H. Larkowa, 1987, s. 105; J. M. Ferrin, 2011, s. 167). Przykładem może być koncepcja adaptacji do życia z niepełnosprawnością H. Livneha i R. F. Antonaka (1997, 2005). Warto dodać, że etap akceptacji nie jest ani ostateczny, ani stały. Zaakceptowanie własnych ograniczeń, nie odnosi się do bezwzględnej aprobaty dla pojawiających się ograniczeń i zmian życiowych wynikających z niepełnosprawności, oraz bezwarunkowo pozytywnej ich oceny. Przejawia się raczej w postaci pogodzenia się z doznaną stratą, uznaniu zarówno własnych ograniczeń, jak i zachowanych własnych możliwości, które przekładają się na dostępny potencjał rozwojowy (S. Byra, 2017b, s. 31).

W dostępnej literaturze przedmiotu pojęcie akceptacji niepełnosprawności, pojawia się przy okazji poruszania problematyki przystosowania do nabytej niepełnosprawności ruchowej. Zróżnicowanie rozumienia tego terminu jest uzależnione od przyjmowanej przez badaczy perspektywy teoretycznej, jak również wskazywanych jej powiązań z innymi pojęciami, związanymi ze skutkami posiadania trwałych ograniczeń. Najczęściej pojawiające się analizy „akceptacji niepełnosprawności”, dokonywane są w odniesieniu do zjawiska przystosowania i adaptacji (S. Byra, 2017a, s. 29). Co istotne, zakresy znaczeniowe tych terminów są niejednoznacznie określone w literaturze, stąd też stosuje się je i uznaje bardzo często za synonimy. Zatem dostrzegane jest ściśle powiązanie pomiędzy akceptacją niepełnosprawności, a przystosowaniem i adaptacją. Każde z tych określeń ma charakter procesualny i odnosi się do pomyślnego funkcjonowania osoby po nabyciu niepełnosprawności, jednakże ich definicje różnią się od siebie. Biorąc pod uwagę strukturę tych pojęć to najszerszym terminem jest adaptacja, z kolei najwęższym akceptacja, która ujmowana jest jako jeden z elementów szerszej całości (S. Byra, 2012a, s. 29-30, por. R. Olkin, 2017, s. 10).

S. Byra (2017b, s. 30), zwróciła uwagę na ujmowane w literaturze stanowiska powiązań pomiędzy akceptacją, adaptacją a przystosowaniem. Autorka wymienia trzy płaszczyzny, w których: akceptacja niepełnosprawności przyjmowana jest jako wskaźnik pomyślnej adaptacji do życia z posiadanymi trwałymi ograniczeniami (np. S. M. Smedema, D. Ebener, 2010, s. 1313); adaptacja i akceptacja traktowane są synonimicznie (np. L. Li, D. Moore, 1999, s. 13); akceptacja niepełnosprawności uznawana jest jako predyktor adaptacji do życia z niepełnosprawnością (np. J. M. Ferrin, 2011, s. 167). Ponadto E. Nicholls i współpracownicy (2012, s. 1083) są zdania, że akceptacja niepełnosprawności różni się tym od przystosowania do niepełnosprawności, że ten drugi termin wydaje się, nie podkreślać aż w tak znaczącym stopniu interakcji ze światem zewnętrznym.

Zjawisko akceptacji niepełnosprawności definiowane jest różnorodnie w zależności od przyjmowanego podejścia teoretycznego oraz samego rozumienia akceptacji. Niemniej przedstawione sposoby rozumienia omawianego zjawiska mają głównie charakter postulatyczny, a w przypadku większości zaproponowanych desygnatów trudno doszukać się empirycznych odpowiedników (S. Byra, 2017b, s. 33). Ponadto zaznacza się brak opracowań pozwalających na dogłębne poznanie swoistości i struktury tego trudnego do uchwycenia oraz wyjątkowo skomplikowanego zjawiska. Mimo, że jak podkreślają badacze (m.in. B. Wright, 1965; M. Orkan-Lęcka, 1980; H. Larkowa, 1987; J. Zabłocki, 2000; T. Attawong, A. Kovindha, 2005; S. Kowalik, 2007; D. Wiszejko-Wierzbicka, 2008; J. Jiao, M. N. Heyne, S. L. Chow, 2012; E. Nicholls i in., 2012; B. Ch. Carl, 2013; M. Kupisiewicz, 2013; R. K. Chen, A. D. Brown, W. Kotbungkair, 2015; D. S. Dunn, 2015; S. Byra, A. Żyta, 2017; S. Byra, 2017b, 2018b; R. Nakagoshi, R. Tanemura, 2017) w przypadku osób z niepełnosprawnością akceptacja własnych ograniczeń jest niezwykle istotna.

2.2. Proces akceptacji niepełnosprawności

Należy wyakcentować, że akceptacja niepełnosprawności nie jest tożsama z pogodzeniem się z narzucanymi przez zaistniałą sytuację niesprawności, ograniczeniami. Ma ona na celu przeciwstawianie się im, które wiąże się z dobrym przystosowaniem oraz zadowoleniem z życia jednostki. Gwarantuje tym samym poczucie szczęścia, wewnętrzny spokój, a także pogodzenie się z samym sobą (A. Konieczna, 2004, s. 147). Zdaniem B. Wright (1983, s. 136) akceptacja nie jest poddaniem się nieuchronności, gdyż

wskazywałyoby to na rezygnację i uległość względem zaistniałej sytuacji. Można zatem niepełnosprawność traktować jako coś niewygodnego i ograniczającego, ale jednostka powinna dążyć do poprawienia tego, co da się poprawić, co w rezultacie ma za zadanie ułatwić jej funkcjonowanie. Wówczas nie będzie narażona na cierpienie wstydu czy maskowanie i ukrywanie stanu, w jakim się znajduje. Akceptacja niepełnosprawności nie jest pozorem normalności, próbą naśladowania i utożsamiania się z osobami pełnosprawnymi oraz próbą ukrycia czegoś. Jest ona natomiast realistycznym uznaniem stanu rzeczy takim jaki jest w odniesieniu do niepełnosprawności (B. Wright, 1983, s. 159).

Zatem wymagane jest od niej realistyczne podejście do nowej sytuacji podyktowanej faktem nabycia trwałych ograniczeń (H. Larkowa, 1985, s. 115). Jak wskazują K. C. Keany i R. L. Glueckauf (1993, s. 199) w literaturze przedmiotu niejednokrotnie został opisany proces zmiany wartości po nabyciu niepełnosprawności, jednak to teoretyzowanie T. Dembo i współpracowników (1975) oraz B. Wright (1983) zajmuje pierwsze miejsce w literaturze rehabilitacji.

Właśnie w kategoriach „straty”, B. Wright (1983, s. 112) określa utratę akceptacji siebie przez osoby, które nabyły niepełnosprawność. Strata jest rozumiana jako pozbawienie czegoś wartościowego dla jednostki, a nawet bywa utożsamiana ze stanem po utracie bliskiej osoby. Jednostka tak jak w przypadku żałoby opłakuje stratę, przeżywa w ten sposób dramatyczną dla niej przeszłość, przez co nie potrafi z nią zerwać. S. Kowalik (2007a, s. 84-85) podkreśla, że człowiek z niepełnosprawnością, który utracił zdrowie, zdolność pracy, ładny wygląd, możliwość słyszenia itd. traci zarazem dobrą samoocenę. Tym samym może uznać siebie za kogoś bezwartościowego, ponieważ po pierwsze nie pełni obecnie ról społecznych, które pełnił dawniej, po drugie uważa, że jego wygląd fizyczny wprawia innych w obrzydzenie, po trzecie samemu ciężko jest zaakceptować własną bezradność wobec czynności dnia codziennego, takich jak m.in. przemieszczanie się, zarabianie pieniędzy czy ubieranie się.

Pełna akceptacja straty jest możliwa do osiągnięcia, gdy osoba z niepełnosprawnością dokona zmiany własnej hierarchii wartości, co pozwoli uznać jej posiadane ograniczenia za coś, co sprawia trudności w codziennym funkcjonowaniu, ale nie dyskredytuje osoby oraz nie panuje nad całym jej życiem (H. Larkowa, 1987, s. 106). Należy podkreślić, że idea akceptacji niepełnosprawności dotyczy sytuacji, w której jednostka z niepełnosprawnością włączy do własnego Ja fakt posiadania trwałych ograniczeń (D. S. Dunn, 2015, s. 29).

B. Wright (1983, s. 136) uważa, że proces ten jest możliwy, po zrealizowaniu określonych warunków. Autorka wymienia cztery kategorie zmian:

- a) rozszerzenie obszaru wartości uznawanych za ważne w naszym życiu (*enlargement of the scope of values*);
- b) ograniczenie skutków niepełnosprawności (*containment of disability effects*);
- c) uznanie fizyczności jednostki za drugorzędną wartość (*subordination of the physique relative to other values*);
- d) przetworzenie wartości względnych na wartości stałe (*transformation of comparative-status values to asset (intrinsic) values*), (por. H. Larkowa, 1987, s. 114-115; K. C. Keany, R. L. Glueckauf, 1993, s. 200-202; D. S. Dunn, 2015, s. 121-122).

Wymienione zmiany wartości są wzajemnie od siebie zależne, mimo tego zdaniem B. Wright (1983, s. 136), dla większej przejrzystości należy rozpatrywać je oddzielnie.

W okresie kryzysu (zwykle po jakiejś traumie), osoba przeżywa żałobę po stracie cennych dla niej wartości. Okres żałoby obejmuje kontinuum cierpienia zorientowanego na ogólną stratę w zakresie wszystkich aspektów życia, poprzez ból związany z konkretną stratą w związku z nabyciem trwałych ograniczeń (K. C. Keany, R. L. Glueckauf, 1993, s. 200). Wówczas inicjowane jest rozszerzenie zakresu wartości, które rozumiane jest jako uświadomienie sobie przez jednostkę istnienia odmiennych wartości obok tych, które uważa ona za ważne w swoim życiu. Jest to szczególnie istotne podczas etapu przeżywanego żalu po stracie, gdy osoba koncentruje swoją uwagę na utraconych aspektach. Wówczas zasadnym staje się rozszerzenie posiadanych wartości o te, które nadal są dostępne dla danej jednostki. Pozwoli to osiągnąć przez nią zadowolenie w terażniejszości. Zdaniem K. C. Keany'a i R. L. Glueckaufa (1993, s. 200) jednostka powiększa swój zakres wartości, gdy znajduje znaczenie w wydarzeniach, celach i zdolnościach, które posiada. Nie oznacza to jednak odrzucenia utraconych wartości, a jedynie traktowanie ich w nowy sposób, czyli tak, aby ich zasadnicze aspekty pozostały zachowane (B. Wright, 1965, s. 127-134). Takie uznanie innych wartości przez osobę, jest stymulowane różnorodnymi doświadczeniami, w tym także potrzebą zarządzania własnym działaniem w codziennym życiu oraz znalezieniem ukojenia w przeżywanym żalu po stracie (K. C. Keany, R. L. Glueckauf, 1993, s. 200). Ponadto ważny jest sam przebieg tego procesu, w którym to należy zwrócić uwagę na elementy ułatwiające jego realizację, są to m.in. wykonywanie czynności życia codziennego, porównywanie swojego stanu z gorszym stanem innej osoby oraz osiągnięcie przesytu w odczuwaniu i

przeżywaniu własnej rozpacz i żalu po stracie (B. Wright, 1983, s. 137-145, por. L. Li, D. Moore, 1998, s. 13; J. M. Ferrin, 2011, s. 167).

Kolejną kategorią zmian jest ograniczenie skutków inwalidztwa. Niepełnosprawność narządu ruchu ma wpływ na funkcjonowanie człowieka, a tym samym uważa się, że rzeczywiste skutki niepełnosprawności są wyniszczające globalnie dla jednostki, gdyż wpływają na jej zdolności, sferę emocjonalną i intelektualną a nawet poczucie wartości (K. C. Keany, R. L. Glueckauf, 1993, s. 200). W opinii B. Wright (1965, s. 136-147), jeżeli jednostka znajduje się poniżej określonych w danym społeczeństwie norm wyłącznie pod względem określonej cechy, a nie jako osoba w ogóle, wówczas jej przekonanie o tym konkretnym aspekcie nie będzie rzutować destrukcyjnie na osobowość tej jednostki. Niestety, takie rozumienie własnych ograniczeń jest rzadkie i trudne, ponieważ powszechnie zdarza się, że fakt posiadania przez jednostkę niepełnosprawności rzutuje na inne aspekty jej funkcjonowania, zarówno w jej opinii, jak i otoczenia. Zatem ograniczenie sprawności wywiera wpływ na całościową ocenę osoby, będąc ściśle powiązaniem z jej tożsamością. B. Wright (1983, s. 32) określiła to mianem mocy pojedynczych cech człowieka rzutujących na wnioskowanie o sobie osoby, czyli „efekt rozprzestrzeniania się”, który z kolei zależy od postrzegającego. Na przykład rozprzestrzeniania można uniknąć lub je zminimalizować w sytuacji, kiedy jednostka będzie postrzegała niepełnosprawność jako coś „co posiada”, a nie jako jej osobistą cechę (za. B. Wright, 1983, s. 132). Ważnym jest, aby osoba z niepełnosprawnością uświadomiła sobie, że posiadane przez nią trwałe uszkodzenie organizmu jest jednym z elementów jej egzystencji, które nie oddziałuje na jej całościowe funkcjonowanie, a jedynie na poszczególne dziedziny życia ściśle związane z niepełnosprawnością. Zdaniem autorki publikacji, pozwoli to jednostce na postrzeganie siebie samego nie jako osoby niepełnosprawnej, ale jako osoby z niepełnosprawnością, czyli traktującej fakt posiadanej niepełnosprawności jako jeden z atrybutów własnego funkcjonowania (B. Wright, 1965, s. 136-147; por. K. C. Keany, R. L. Glueckauf, 1993, s. 200; L. Li, D. Moore, 1998, s. 13-14; J. M. Ferrin, 2011, s. 167).

Trzecim koniecznym do spełniania warunkiem akceptacji straty jest uznanie fizyczności jednostki za drugorzędną wartość. Jest to kluczowe zadanie, ponieważ często zdarza się, że osoby przypisują własnemu wyglądowi czy sprawności fizycznej nadmierną wartość, co może mieć wpływ na postrzeganie przez nich świata i własnego życia. Dlatego też, B. Wright (1983, s. 144-146) uważa, że w momencie, kiedy fizyczność stanie się dla jednostki mniej ważna, wówczas będzie ona w stanie lepiej funkcjonować. T.

Dembo i współpracownicy (za: B. Wright, 1983, s. 144), podają dwa przykłady zmiany wartości, gdzie wygląd oraz sprawność fizyczna stanowią dla osoby drugorzędną wartość. Ta zmiana stanie się łatwiejsza, kiedy osoba z niepełnosprawnością będzie przekonana o fundamentalnym znaczeniu wartości nie fizycznych m.in. mądrości, uprzejmości, zdolności do współpracy, przyjaźni, pracy i kreatywności. Wraz ze wzrostem zakresu innych wartości ważnych dla jednostki, względny nacisk na własną fizyczność maleje. „Wartość” osoby zaczyna być definiowana poprzez umiejętności i cechy charakterystyczne wyłączając budowę ciała, np. osobowość (K. C. Keany, R. L. Glueckauf, 1993, s. 200).

Ostatnią kategorią zmian jest przetworzenie wartości względnych na wartości stałe. Należy zacząć od tego, że reakcje ludzi w stosunku do pewnych rzeczy, osób czy wydarzeń mogą być negatywne, pozytywne lub neutralne. Zdaniem T. Dembo i współpracowników (za: B. Wright, 1983, s. 157-159), osąd ten może być wywołany przez przynajmniej dwa procesy, które obejmują wartości względne (*comparative values*) i wartości stałe (*asset values*). Jeżeli dana osoba porównuje jakąś rzecz, osobę, zdarzenie z obowiązującym standardem, wówczas stosuje wartości względne. Natomiast kiedy ocena wynika z samego ocenianego obiektu, wtedy to jednostka wykorzystuje wartości stałe. Jeżeli zatem osoba z niepełnosprawnością będzie oceniać stronę fizyczną w odniesieniu do wartości stałych wówczas nie będzie opierać swego osądu na porównaniach z innymi czy też własnym stanem przed nabyciem trwałego uszkodzenia organizmu, a w kontekście tego, w czym go ona rzeczywiście ogranicza, a na co pozwala. Zdaniem B. Wright (1983, s. 156) zmiana wartości względnych na stałe jest jedynym skutecznym środkiem do wywołania u człowieka trwałego i pełnego poczucia własnej godności.

Zawarte w przytoczonym procesie akceptacji własnej niepełnosprawności rodzaje zmian wartości, zdaniem B. Wright (1983, s. 156) powinny być wykorzystywane w konkretnych sytuacjach tzn.: rozszerzenie zakresu wartości zalecane jest w momencie, kiedy jednostka odczuwa wszechogarniające cierpienie, wówczas powinna uznać za wartościowe dostępne dla niej aspekty swojego życia; uznanie własnej fizyczności za drugorzędną wartość, wskazane jest w sytuacji, gdy osoba znacznie przeceniła jej wartość; ograniczenie skutków niepełnosprawności potrzebne jest w momencie, kiedy fakt posiadania niepełnosprawności rzutuje na inne aspekty funkcjonowania jednostki; przetworzenie wartości względnych na wartości stałe wydaje się być zalecane w sytuacjach, które nie potrzebują użycia żadnego układu odniesienia (por. H. Larkowa, 1987, s. 115-116; J. Zabłocki, 2000, s. 52).

Reasumując, gdy jednostka z niepełnosprawnością decyduje się zrezygnować z nieosiągalnych dla niej elementów funkcjonowania na rzecz dostępnych jej aspektów, wówczas jest w stanie dostrzec wielość nowych dla niej perspektyw oraz uwolnić się od dewaluującego porównywania ze sprawnymi osobami. Pełna akceptacja straty oraz dobre przystosowanie do nowych warunków pozwala osobie stać się odporną na niewłaściwe zachowania i postawy wobec niej ze strony osób pełnosprawnych. Zatem analogicznie, źle przystosowany człowiek pragnie za wszelką cenę być akceptowany przez osoby bez uszkodzenia (H. Larkowa, 1987, s. 106). Zdaniem M. Tagaki (2016, s. 91) dwa wymiary spośród proponowanych zmian przez B. Wright, czyli zakres rozszerzenia posiadanych wartości oraz przetworzenie wartości względnych na wartości stałe są niezbędne i najważniejsze w procesie akceptacji własnych ograniczeń przez osobę z dysfunkcją narządu ruchu. Należy podkreślić, iż akceptacja straty poprzez indywidualne zmiany w posiadanych wartościach ma naturę procesualną z powtarzającymi się okresami żalu po utraconych możliwościach. Dlatego też badacze (np. K. C. Keany, R. L. Glueckauf, 1993, s. 199) wskazują na względnie stabilne zmiany w wartościach, pomimo powtarzających się i nieuchronnych powrotów do czasu przed uszkodzeniem.

Opierając się na pracy B. Wright (1983) można zauważyć, że człowiek z niepełnosprawnością, wcale nie musi postrzegać siebie w kategoriach własnych ograniczeń, ale w rozszerzonej perspektywie innych wartości określanych jako ważne dla tej osoby. Sprawi to m.in., że osoba z niepełnosprawnością osiągnie wysoki stopień emocjonalnej niezależności. Ponadto pozwoli jej oraz osobom pomagającym w rehabilitacji na skoncentrowanie wysiłków ku: odbudowie i budowie zintegrowanej osobowości, zaspokojeniu podstawowych potrzeb, wykorzystywaniu dostępnych zdolności do osiągnięcia celów, przystosowaniu społecznemu i psychicznemu oraz przyszłemu rozwojowi (H. Larkowa, 1987, s. 115).

Akceptacja niepełnosprawności jest jednym z pojęć rehabilitacyjnych prezentowanych przez B. Wright (1983, s. 136), które ilustruje potrzebę podkreślania człowieka jako osoby, a nie warunków czy korelatów jego egzystencji. Dlatego też, autorka sformułowała kilka sugestii dla osób z niepełnosprawnością, sprzyjających ich pełnej akceptacji. Zdaniem B. Wright (1983, s. 137-167) jednostki powinny: być odpowiedzialne za swoje życie, nie patrzeć na siebie jak na odmieńca, ośmielić się, nie zakładać z góry odrzucenia przez innych ludzi, polegać na własnych wewnętrznych wartościach opinii, bez konieczności odwoływania się do ocen innych, nie powściągać własnych dążeń i uczuć, nie kwestionować swoich umiejętności rozwiązywania

problemów, wartościować siebie tak, jak wartościuje się innych. Również zdaniem E. Nicholls i współpracowników (2012, s. 1083) akceptacja niepełnosprawności jest związana z „akceptacją straty” wyrażającą się w procesie, przez który jednostka musi przejść, aby pogodzić się z utratą zdolności. Może być to opisane jako postrzeganie siebie „inaczej zdolnym”, a nie w kategoriach niezdolności.

Warto w tym miejscu nadmienić, że teoria zmian wartości B. Wright, spotkała się również z krytycyzmem ze strony niektórych badaczy (np. T. Okada, N. Nagumo, za: M. Tagaki, 2016, s. 94), którzy uważali ją za „niepoprawny indywidualizm i mentalizm”. Akceptacja powinna ich zdaniem ograniczyć się tylko do zmian w wartościach, odrzucając odzyskanie utraconych wartości. Ponadto podkreślali, że to społeczeństwo powinno zmienić dominujące normy społeczne, a osoby z niepełnosprawnością nie powinny ich internalizować. Z kolei K. C. Keany i R. L. Glueckauf (1993, s. 206) uznali, że jedną z kluczowych przeszkód do pomiaru akceptacji straty jest trudność w operacjonalizacji kluczowych konstrukcji. Autorzy proponują, aby skorzystać z analizy wartości zaproponowanej przez M. Rokeacha, która mogłaby przyczynić się do lepszego zrozumienia struktury systemu wartości i sposobu zmiany tych wartości. K. C. Keany i R. L. Glueckauf (1993, s. 207) wskazują, że akceptacja jest reorganizacją wartości instrumentalnych i końcowych w systemie wartości danej osoby, przy jednoczesnym uwzględnieniu zmian życiowych w związku z posiadaną niepełnosprawnością.

M. Orkan-Łęcka (1980, s. 64-68) w swej pracy zwraca uwagę na odmienne niż inni autorzy predyktory zmiany osoby z niepełnosprawnością, aby akceptacja była w pełni możliwa. Zdaniem autorki, jednostka z niepełnosprawnością powinna mieć na uwadze, że:

- a) ocena jej własnej wartości jako osoby pod względem psychofizycznym musi być całościowa;
- b) wyznacznikiem jej działania powinno być odczuwanie własnej niepełnosprawności w kategoriach przeszkody, którą można przezwyciężyć bądź ominąć;
- c) niepełnosprawność nie warunkuje indywidualnego zbioru jej indywidualnych cech;
- d) powinna przezwyciężyć w sobie tendencję do kwalifikowania wszystkiego, co ma charakter negatywny w jej życiu jako skutku wynikającego z jej niepełnosprawności.

J. Obuchowska (1991, s. 47-52) wyraża przekonanie, że aby akceptacja niepełnosprawności dokonała się, osoba musi przejść przez cztery fazy. Na początku musi wystąpić niepełnosprawność, następnie jednostka winna uświadomić sobie wynikające z niej ograniczenia oraz zachowane możliwości, kolejno osoba uczy się żyć na nowo z tą niepełnosprawnością, w rezultacie dokonuje pełnej i czynnej akceptacji własnego stanu. Z kolei R. Ossowski (2002, s. 116) akceptację niepełnosprawności traktuje w kategoriach zadań rozwojowych, jakie powinna przejść osoba, aby osiągnąć zakładane cele rehabilitacyjne. J. M. Ferrin (2011, s. 167) uważa, że aktualne doniesienia naukowe pozwalają na konceptualizację akceptacji niepełnosprawności jako zjawiska, które sygnalizuje, iż jednostka pogodziła się z istnieniem własnego stanu. W związku z tym potrafi ona sama zaakceptować siebie jako osobę z niepełnosprawnością, stworzyć nowe i pozytywne poczucie samoświadomości oraz jest w stanie poszukiwać nowych wartości w życiu nadając im nowe znaczenie.

Zdaniem S. Kowalika (2007b, s. 52) trudną fazą dla jednostki w procesie akceptacji własnej niepełnosprawności jest tzw. okres moratorium, rozumiany jako czas niepewności związany z konsekwencjami uszkodzenia ciała. Autor zwraca uwagę na zakorzenione w podświadomości przekonania społeczne o całkowitym powrocie do zdrowia osoby poddawanej leczeniu. W związku z tym ciężko jest ludziom zaakceptować fakt posiadania trwałych ograniczeń do końca swojego życia. Co więcej, mają poczucie, że nikt ich nie rozumie, a ich życie jest pozbawione jakiegokolwiek sensu (T. R. Elliott i in., 2000, s. 252).

Dlatego też, co należy podkreślić istnieje wiele sposobów ułatwiających zaakceptowanie posiadanych trwałych ograniczeń przez osoby z niepełnosprawnością. J. Zabłocki (2000, s. 55) wymienia przede wszystkim wytyczanie celów, dające motywację do działania, co w konsekwencji sprzyja procesowi rehabilitacji. Autor podkreśla, że akceptacja własnej niepełnosprawności jest ułatwiona w momencie, gdy jednostka posiada szeroki zakres zainteresowań oraz dąży do wyznaczonych celów, które muszą być możliwe do zrealizowania. Na dostrzeżenie, przyjęcie i pomyślność w realizacji realnego celu w życiu osób z niepełnosprawnością, zwraca również uwagę H. Larkowa (1987, s. 114). Autorka podkreśla, że niejednokrotnie należy pomóc jednostce wskazując jej taki cel oraz ewentualne możliwości jego osiągnięcia.

Innym działaniem jest zwiększenie poczucia bezpieczeństwa fizycznego, społecznego i psychicznego, co będzie miało znaczenie dla akceptacji własnego stanu przez osoby z niepełnosprawnością. Poczucie bezpieczeństwa fizycznego można osiągnąć

poprzez usprawnianie jednostki z niepełnosprawnością, uczenie jej samodzielnego wykonywania czynności codziennego życia oraz nabywania nowych umiejętności. Z kolei poziom bezpieczeństwa psychicznego rośnie jednocześnie m.in. z przeżywanymi sukcesami i postępami w zakresie usprawniania oraz rehabilitacją psychiczną. Znaczące może okazać się w tej kwestii zjawisko „przesytu” (zaproponowane przez B. Wright, 1965), polegające na tym, że stan emocjonalny w postaci żalu nie może utrzymywać się stale na tym samym poziomie, w związku z tym następuje jego osłabienie i jednostka zaczyna dostrzegać inne aspekty swojego życia. Osoba z niepełnosprawnością odczuwa także brak poczucia bezpieczeństwa społecznego, w szczególności w przypadku braku akceptacji społecznej. Zatem jednostka akceptująca własne ograniczenia przyjmuje filozoficzną postawę względem życia, pozwalającą dostrzec, iż negatywne nastawienie innych osób jest często nieuzasadnione oraz łatwe do obalenia. Zdaniem J. Zabłockiego (2000, s. 56), poczucie bezpieczeństwa wzrasta wówczas, gdy jednostka z niepełnosprawnością pozna przyczyny, stan i konsekwencje własnych ograniczeń, z kolei ich nieświadomość działa odwrotnie powodując wątpliwości, niepewność i obawy. Kolejnym ułatwieniem dla akceptacji posiadanej niepełnosprawności, które pomaga osobom z niepełnosprawnością w obiektywnej ocenie własnego stanu jest pozostawanie w kontakcie z osobami będącymi w podobnej sytuacji życiowej. Autor podkreśla także aktywność intelektualną rozumianą jako pogląd na świat (w tym życie duchowe), mogące wywierać wpływ na stosunek osoby do własnej niepełnosprawności. Ostatni z wymienionych aspektów to sport i rekreacja, stwarzające jednostkom możliwość stania się znów częścią zespołu, będące ponadto ujściem emocjonalnych napięć i możliwością do nawiązywania nowych relacji towarzyskich.

Z perspektywy prowadzonych analiz należy zwrócić uwagę na doniesienia M. Tagaki (2016, s. 96), którego zdaniem koncepcja „prawdziwej akceptacji” jest zbyt idealistyczna i nierealistyczna do osiągnięcia dla osób z niepełnosprawnością. Autor zwrócił uwagę na fakt, iż współcześnie wielu badaczy (R. Schulz, S. Decker; G. Garske, J. Turpin; J. Krause, za: M. Tagaki, 2016, s. 96), unika określenia akceptacja niepełnosprawności. Sugerując przy tym, aby badania psychospołecznych problemów osób z niepełnosprawnością rozpatrywać z perspektywy długoterminowej, ponieważ adaptacja jest procesem ciągłym. W ich przekonaniu, nawet jeśli jednostka „zaakceptowała” posiadaną niepełnosprawność, może ona napotkać nowe problemy w życiu (obejmujące m.in. funkcje organizmu, starzenie się, problemy psychologiczne, rekonstrukcje życia rodzinnego, ponowne zatrudnienie), które mogą zmieniać jej

postrzeganie własnego stanu. Można w tym miejscu pokusić się o pytanie, czy proces akceptacji własnej niepełnosprawności dokonał się właściwie, skoro istnieje obawa przed niepewnością utrzymywania się pozytywnej postawy u jednostki w momencie napotykania przez nią sytuacji trudnych.

Proces akceptacji niepełnosprawności przez osoby z niepełnosprawnością jest niezwykle złożony i wielowymiarowy. Najbardziej popularną propozycję omawianego procesu w literaturze przedstawiła B. Wright (1983). Autorka prezentuje cztery zmiany w wartościach, które uważa za kluczowe dla pełnej akceptacji własnego stanu. Ponadto mając na uwadze potrzebę ogromnego wysiłku, jaki muszą włożyć jednostki z niepełnosprawnością w zaakceptowanie własnych ograniczeń, autorka sformułowała pewne postulaty sprzyjające osiągnięciu zakładanych efektów, z kolei inni autorzy zaproponowali bardziej ogólne działania ułatwiające akceptację niepełnosprawności (J. Zabłocki, 2000, s. 55-56).

2.3. Uwarunkowania akceptacji niepełnosprawności- stan badań

W niniejszym podrozdziale sprawozdawczo zostaną przedstawione uwarunkowania akceptacji niepełnosprawności u osób z nabytymi ograniczeniami w oparciu o dotychczasowe ustalenia badaczy w tym zakresie. Autorzy prac skupiając się na wyjaśnieniu, co tak naprawdę przyczynia się do akceptacji własnego stanu przez osoby, które nabyły niepełnosprawność, zwracają uwagę na związki akceptacji niepełnosprawności z czynnikami socjodemograficznymi: płcią, wykształceniem, wiekiem, statusem materialnym, stanem cywilnym; psychologicznymi: samooceną, poczuciem własnej skuteczności, radzeniem sobie ze stresem, poczuciem jakości życia, depresją, rodzajem reakcji na niepełnosprawność, satysfakcją z życia; społecznymi: wsparciem społecznym i nadużywaniem substancji uzależniających przez osoby z nabytymi ograniczeniami; oraz z czynnikami związanymi z posiadaną niepełnosprawnością: oceną i rodzajem posiadanych ograniczeń oraz czasem ich trwania, a także poziomem funkcjonalnym ograniczeń danej osoby. Poniższa analiza uwarunkowań będzie omawiana w kolejności wymienionych grup uwarunkowań.

Mając na uwadze powiązania akceptacji niepełnosprawności z wybranymi czynnikami socjodemograficznymi, dostępne ustalenia empiryczne są niejednoznaczne. Przykładem mogą być badania w zakresie relacji pomiędzy płcią a akceptacją niepełnosprawności. Badacze (F. Woodrich, J. B. Patterson, 1983, s. 26-30; J. Jiao, M. N.

Heyne, S. L. Chow, 2012, s. 779; E. Nicholls i in., 2012, s. 1082), dowiedli, że płeć jest czynnikiem różnicującym akceptację niepełnosprawności na korzyść kobiet. Natomiast badania L. Li i D. Moore (1998, s. 17) oraz T. Attawong i A. Kovindha (2005, s. 69-70) wykazały, że płeć pozostaje bez związku z akceptacją niepełnosprawności. Z kolei E. J. Konieczna (2015, s. 69) przedstawiła wyniki badań, z których wynika, że to mężczyźni są bardziej podatni na zaakceptowanie własnej niepełnosprawności i wynikające z niej konsekwencje. O takiej niejednoznaczności w badaniach wspomina S. Kowalik (2007a, s. 87), badacz przytacza przykłady wielu wykluczających się wzajemnie wyników analiz dotyczących akceptacji siebie osób z niepełnosprawnością. Ponadto przypuszcza, że te niejasności mogły przyczynić się do zniechęcenia badaczy do dalszych eksploracji w obrębie tej problematyki.

Niektórzy autorzy wskazują na czynniki demograficzne skorelowane z akceptacją niepełnosprawności, takie jak np. wiek (F. Woodrich, J. B. Patterson, 1983, s. 28; J. S. Krause, C. A. Anson, 1997, s. 35-40; L. Li, D. Moore, 1998, s. 17), młodsze osoby osiągają wyższe wskaźniki w zakresie akceptacji niepełnosprawności niż osoby starsze. Czego z kolei w zupełności nie potwierdzają doniesienia T. Attawong i A. Kovindha (2005, s. 69-70), którzy przedstawiają wyniki badań świadczące o nieistotności tego związku. Również doniesienia z badań przekrojowych J. Jiao i współpracowników (2012, s. 779), wykazały brak związku pomiędzy wiekiem a akceptacją niepełnosprawności u osób z niepełnosprawnością.

Inną zmienną socjodemograficzną braną pod uwagę przez badaczy jest status materialny/dochód. Jednostki, które cechuje wyższy status materialny wykazują lepsze przystosowanie do niepełnosprawności i wyższą akceptację (L. Li, D. Moore, 1998, s. 8). Warto dodać, że związek pomiędzy rasą osób z niepełnosprawnością, a akceptacją przez nich niepełnosprawności w wielu badaniach okazał się być nieistotny (F. Woodrich, J. B. Patterson, 1983, s. 28; L. Li, D. Moore, 1998, s. 17, D. A. G. Groomes, Ch. M. Kampfe, R. Mapuranga, 2011, s. 64). Ponadto wyniki badań przeprowadzonych przez D. Wiszejko-Wierzbicką (2008, s. 30) wykazały, że postawa akceptacji własnej niepełnosprawności jest pozytywnie skorelowana ze stanem cywilnym i wykształceniem osób z niepełnosprawnością. Zatem osoby zamężne/żonate i z wyższym wykształceniem przejawiają pozytywną postawę, zarówno w stosunku do siebie, jak i otoczenia. Na omawianą zależność wyższego poziomu wykształcenia z większym stopniem akceptacji własnych ograniczeń zwrócili uwagę w swych badaniach również J. Jiao i współpracownicy (2012, s. 779). Jednakże tych doniesień nie potwierdzają analizy T.

Attawong i A. Kovindha (2005, s. 69-70), którzy dowiedli, że zmienne takie jak stan cywilny i wykształcenie osób z urazem rdzenia kręgowego nie są skorelowane z akceptacją posiadanej niepełnosprawności.

Wielu badaczy zbadało związek pomiędzy akceptacją własnej niepełnosprawności a wybranymi psychologicznymi czynnikami funkcjonowania osób z niepełnosprawnością (samooceną, poczuciem własnej skuteczności, poczuciem jakości życia, satysfakcją z życia, depresją, radzeniem sobie ze stresem).

Badania L. Li i D. Moore (1998, s. 17-18) podkreślają znaczącą rolę samooceny osób z niepełnosprawnością dla akceptacji przez nich własnych ograniczeń. Badania dowodzą, że osoby, które cechował wysoki poziom samooceny częściej akceptowały posiadane trwałe ograniczenia. Do takich samych wniosków w swych badaniach doszli m.in. F. Z. Belgrave (1991, s. 37) oraz H. M. de Klerk i L. Ampousah (2003, s. 1132, 1138), zwracając uwagę na powiązania ze sobą wysokich poziomów samooceny i akceptacji posiadanych ograniczeń u osób z niepełnosprawnością.

Warto dodać, że inne osoby odgrywają negatywną rolę w obrazie siebie kobiet z niepełnosprawnością. Mimo tego, że badane akceptują własne ograniczenia to zdają sobie sprawę, że są one widoczne dla innych. W związku z tym oceniane są one przez osoby pełnosprawne na podstawie ich niepełnosprawności (H. M. de Klerk, L. Ampousah, 2003, s. 1132, 1138).

Inni badacze poprzez swe analizy dostarczają informacji o silnym powiązaniu akceptacji niepełnosprawności z poziomem jakości życia u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (M. Ferrin, za: A. Dijkstra i in., 2008, s. 120). To znaczy, że im wyższy poziom jakości życia osoba osiąga, tym bardziej jest ona w stanie zaakceptować własne ograniczenia. Ponadto badacze wskazują na silny związek poczucia własnej wartości z akceptacją niepełnosprawności u osób z różnymi rodzajami dysfunkcji (L. Li, D. Moore, 1998, s. 13). Im wyższe poczucie własnej wartości charakteryzuje jednostkę, tym wyższy poziom akceptacji niepełnosprawności ona posiada. Z kolei T. Attawong i A. Kovindha (2005, s. 69-70), wykazali powiązanie poczucia własnej skuteczności u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego z ich poziomem akceptacji niepełnosprawności. Zdaniem badaczy wysokiemu poczuciu własnej skuteczności towarzyszy wysoki poziom akceptacji własnych ograniczeń. Poniekąd wyniki te potwierdzają badania S. Byry i A. Żyty (2017, s. 5), które dowiodły, że akceptacja niepełnosprawności odgrywa znaczącą rolę dla ogólnego poziomu poczucia własnej skuteczności oraz nadziei na sukces u studentów z uszkodzeniem narządu ruchu. Co ważne, szczególny wkład do wyjaśniania

tych zmiennych, wnoszą dwa wymiary akceptacji niepełnosprawności: rozszerzenie zakresu wartości i ograniczenie skutków niepełnosprawności. Autorki publikacji wskazują, iż zmiany jakie dokonują się w celu zminimalizowania wpływu niepełnosprawności na ogólną samoocenę, jakość i możliwości funkcjonowania jednostki, mogą okazać się znaczące dla intensyfikacji ogólnego jej poczucia własnej skuteczności oraz nadziei na sukces. Ponadto poszerzenie zakresu wartości o obszary nieuszkodzone może znacząco korelować z siłą przekonań osoby o skuteczności jej radzenia sobie z problemami. S. Byra i A. Żyta (2017, s. 6) zwróciły uwagę, że akceptacja niepełnosprawności w rozumieniu B. Wright w większym stopniu wyjaśnia ogólne poczucie własnej skuteczności niż nadzieję na sukces u studentów z dysfunkcją narządu ruchu.

Z kolei R. K. Chen i N. M. Crewe (2009, s. 53) wykazali, że akceptacja posiadanych ograniczeń okazała się być najwyższym predyktorem do osiągnięcia satysfakcji z życia przez osoby z niepełnosprawnością. Zatem, jeżeli jednostka akceptuje posiadaną niepełnosprawność, wówczas cechuje ją wysoka satysfakcja z życia.

Wielu autorów badań (m.in. T. R. Elliott i in., 2000, s. 251; J. A. Zauszniewski i in., 2002, s. 728; T. Attawong, A. Kovindha, 2005, s. 67; J. Jiao, M. N. Heyne, S. L. Chow, 2012, s. 775) zwraca uwagę na powiązanie akceptacji własnej niepełnosprawności z depresją u osób z niepełnosprawnością. W związku z tym wyższy poziom akceptacji własnych ograniczeń przekłada się na mniejszą liczbę objawów depresyjnych i odwrotnie (J. A. Zauszniewski i in., 2002, s. 728). Ponadto, jak wykazały badania przekrojowe J. Jiao, M. N. Heyne i S. L. Chow (2012, s. 779), depresja jest czynnikiem pośredniczącym w relacji pomiędzy postrzeganym wsparciem społecznym a akceptacją niepełnosprawności u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Zdaniem badaczy depresja wydaje się być czynnikiem generatywnym, poprzez który postrzegany zakres wsparcia społecznego wpływa na poziom akceptacji niepełnosprawności u osób z trwałymi uszkodzeniami narządu ruchu.

Z kolei inni badacze (T. R. Elliott, 1999, s. 315; D. A. G. Grooms, M. J. Leahy, 2002, s. 17-23) dowiedli, że poziom akceptacji własnych ograniczeń przez osoby z dysfunkcją narządu ruchu wpływa na niektóre aspekty ich oceny sytuacji trudnych oraz radzenie sobie ze stresem. Jak wynika z badań, akceptacja niepełnosprawności pozytywnie skorelowała z dwoma wskaźnikami oceny stresu: korzyści z sytuacji oraz przeszłe doświadczenia związane z sytuacją. Oznacza to, że poziom akceptacji niepełnosprawności będzie miał wpływ na to, czy osoba przypisze pozytywne aspekty

stresującemu wydarzeniu. Co więcej, osoby badane najczęściej wykorzystywały styl skoncentrowany na emocjach i styl unikający w radzeniu sobie ze stresem, przy posiadanym niskim i średnim poziomie akceptacji niepełnosprawności. Osoby wykorzystujące styl skoncentrowany na problemie cechowały się średnim lub nawet wysokim poziomem akceptacji własnych ograniczeń. Z kolei inne badania (T. R. Elliott i in., 2000, s. 254-257), wykazały związek pomiędzy poziomem akceptacji własnych ograniczeń a orientacją na rozwiązywanie problemu. W związku z tym osoby, które cechuje wysoki poziom akceptacji posiadanej niepełnosprawności, przejawiają pozytywną orientację na rozwiązywanie problemów oraz poczucie orientacji na cel. Zatem niski poziom akceptacji wiąże się z niestabilnością celów i wynikającym stąd niepokojem. Zdaniem badaczy, jednostki, które charakteryzuje niestabilność celu prawdopodobnie będą budowały swoje poczucie własnej wartości o sztywne cele narzucane z zewnątrz. Ponadto będą one posiadały deficyty w zakresie wyznaczania sobie nowych celów w życiu i posiadania motywacji do ich realizacji (T. R. Elliott i in., 2000, s. 262).

Ważne z perspektywy prowadzonych analiz w zakresie psychologicznych uwarunkowań akceptacji niepełnosprawności jest zwrócenie uwagi na reakcje jednostki w związku z nabyciem trwałych ograniczeń ruchu. Jest to o tyle istotne, że jak dowodzą badania S. Byry (2012a, s. 242-243), badane osoby z uszkodzeniem narządu ruchu, w największym stopniu prezentują pożądane sposoby reagowania, polegające na pozytywnym pogodzeniu się i behawioralnym przystosowaniu. Reakcje przystosowawcze osób badanych, oparte są na emocjonalnej akceptacji posiadanych ograniczeń funkcjonalnych oraz behawioralnej adaptacji do obecnej sytuacji życia. Osoby z niepełnosprawnością wykazują wyższą gotowość do włączania własnej niepełnosprawności do obrazu siebie. Co interesujące, inne badania R. A. Woolrich i współpracowników (2006, s. 85-90) oraz M. Tebbet i P. Kennedy'ego (2011, s. 762-769), wskazują, że to kobiety z niepełnosprawnością miały większe trudności przystosowawcze, osiągały wyższe wyniki w zakresie lęku jako wskaźnika adaptacji do życia z niepełnosprawnością

W zakresie społecznych uwarunkowań akceptacji własnej niepełnosprawności przez osoby z uszkodzeniem narządu ruchu, badacze wskazują m.in. na wsparcie społeczne (F. Z. Belgrave, 1991, s. 37; L. Li, D. Moore, 1997, s. 17-18; T. Attawong, A. Kovindha, 2005, s. 67). Autorzy badań podkreślają znaczenie otrzymanego wsparcia społecznego dla wysokiego poziomu akceptacji własnych dysfunkcji. Najbardziej

znaczącym rodzajem wsparcia dla akceptacji własnej niepełnosprawności przez osoby z uszkodzeniem narządu ruchu, okazało się być wsparcie emocjonalne otrzymywane najczęściej od rodziny i osób bliskich. Znaczący dla akceptacji niepełnosprawności osób z urazem rdzenia kręgowego, z perspektywy badań J. Jiao i współpracowników (2012, s. 779), okazał się być poziom postrzeganego wsparcia społecznego od rodziny, przyjaciół i osób znaczących.

Innym czynnikiem z grupy społecznych uwarunkowań akceptacji niepełnosprawności, uwzględnianym przez badaczy jest nadużywanie substancji uzależniających przez osoby z niepełnosprawnością. Badania S. Smedemy i D. Ebener (2010, s. 1311) podkreślają związek pomiędzy nadużywaniem substancji uzależniających a akceptacją u osób z ograniczoną sprawnością. Analizy jednoznacznie pokazują, że nadużywanie substancji jest niekorzystne dla akceptacji niepełnosprawności osób z dysfunkcjami. Z kolei badania T. R. Elliott i współpracowników (2002, s. 278), zdają się nie potwierdzać związku akceptacji niepełnosprawności i uzależnienia od alkoholu przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

W dostępnej literaturze przedmiotu odnaleźć można doniesienia z badań wskazujące na powiązania akceptacji niepełnosprawności z wybranymi czynnikami niepełnosprawności. Eksploracje L. Li i D. Moore (1998, s. 17-18), wykazały, że rodzaj niepełnosprawności jest ściśle związany z akceptacją niepełnosprawności. Badania dowodzą, że osoby z niepełnosprawnością wrodzoną częściej niż jednostki z nabytymi ograniczeniami ruchu osiągały wysokie wyniki w zakresie poziomu akceptacji własnej niepełnosprawności. Co więcej, sprzężona niepełnosprawność oraz przewlekły ból były dodatkowymi warunkami zmniejszającymi poziom akceptacji własnej niepełnosprawności przez te osoby (L. Li, D. Moore, 1998, s. 21). Podobne wyniki uzyskała w swych badaniach A. Migas (2007, s. 60), która wykazała, że osoby z nabytą niepełnosprawnością ruchu częściej w porównaniu z osobami z niepełnosprawnością wrodzoną nie mogły pogodzić się z dysfunkcją organizmu, stosunkowo często wskazując na odpowiedź, że „czasem jest ciężko, ale Kocham siebie takim, jakim jestem” (A. Migas, 2007, s. 60). Co interesujące, badania P. Majewicza (2012, s. 282) dowodzą, że typ niepełnosprawności ruchowej związany z jej przebiegiem ma niejednoznaczny udział w procesie psychospołecznej adaptacji. Osoby z niestabilną niepełnosprawnością wykazują więcej twórczych zachowań, jednocześnie zgłaszając większą liczbę problemów w odniesieniu do sfery społecznej własnego funkcjonowania. Z kolei B. Ch. Carl (2013, s. 17), w swych badaniach studentów z niepełnosprawnością, dowodzi, iż rodzaj posiadanej

przez nich niepełnosprawności nie jest znacząco związany z ich akceptacją swych ograniczeń. Zdaniem badacza rodzaj niepełnosprawności nie wpływa na indywidualne umiejętności przejścia przez proces akceptacji straty. Uważa on, że akceptacja niepełnosprawności związana jest bardziej ze zdolnościami jednostki do zmiany myślenia o sobie i swoich ograniczeniach. Z kolei D. A. G. Groomes i współpracownicy (2011, s. 21), zwrócili uwagę, że osoby z wysokim wskaźnikiem akceptacji niepełnosprawności najczęściej oceniają swoje ograniczenia w kategorii wyzwania.

Innym czynnikiem związanym z niepełnosprawnością a mającym wpływ na poziom akceptacji własnych ograniczeń jest czas jej trwania. Badacze (np. A. W. Heinemann, M. Bulka, S. Smetak, 1988, s. 195; E. Martz, H. Livneh, 2003, s. 191; R. K. Chen, A. D. Brown, W. Kotbungkair, 2015, s. 54) wykazali, że dłuższy czas trwania posiadanych ograniczeń ma wpływ na poziom akceptacji niepełnosprawności u osób z niepełnosprawnością. Z kolei P. Majewicz (2012, s. 282) wskazuje, iż wiek nabycia ograniczeń ruchowych jest ściśle powiązany z psychospołeczną adaptacją tych osób. Bardziej niekorzystny wpływ na poziom psychospołecznej adaptacji wywiera wcześniejsze pojawienie się niepełnosprawności. Ponadto sposób poruszania się osób z niepełnosprawnością (samodzielny, przy pomocy sprzętu ortopedycznego lub wózka inwalidzkiego) ma istotne znaczenie dla ich przystosowania. Jednostki poruszające się samodzielnie wskazują na mniejszą liczbę dostrzeganych problemów, co zdaniem autora może być oczywiste w odniesieniu do mniejszej liczby napotykanych przez nie barier, w porównaniu z osobami poruszającymi się przy pomocy specjalistycznego sprzętu bądź wózka inwalidzkiego (P. Majewicz, 2012, s. 283). Co interesujące, satysfakcja jaka wynika z samodzielnego i sukcesywnego pokonywania napotykanych barier przez osoby z niepełnosprawnością wzmacnia ich poczucie akceptacji siebie oraz ma znaczenie dla ich pozytywnego obrazu siebie jako osoby z dysfunkcją narządu ruchu (P. Wolski, 2010, s. 35).

Poziom posiadanych ograniczeń funkcjonalnych (*level of functional impairment*) u osób z niepełnosprawnością okazał się być pozytywnie skorelowany z ich poziomem akceptacji posiadanych ograniczeń (B. Ch. Carl, 2013, s. 17-18). Oznacza to, że osoby z najniższym poziomem ograniczeń funkcjonalnych osiągały najwyższy stopień akceptacji własnej niepełnosprawności. Analogicznie jednostki cechujące się wysokim poziomem ograniczeń funkcjonalnych, charakteryzował niski poziom akceptacji posiadanej niepełnosprawności. W związku z tym, badacz zwraca uwagę na potrzebę uwrażliwienia klinicystów w zakresie pomocy osobom z niepełnosprawnością. Ich praca powinna

prowadzić do stworzenia realistycznego obrazu rzeczywistych ograniczeń osoby z niepełnosprawnością.

Problematyka akceptacji niepełnosprawności na gruncie pedagogiki specjalnej czy rehabilitacji jest eksplorowana od kilkadziesiąt lat, zarówno w Polsce (m.in. M. Orkan-Łęcka, 1980; H. Larkowa, 1987; J. Obuchowska, 1991; S. Kowalik, 2007a; S. Byra, 2017a, 2017b, 2018b), jak i za granicą (m.in. B. A. Wright, 1983; F. Woodrich, J. B. Patterson, 1983; L. Li, D. Moore, 1998; H. Livneh, R. F. Antonak, 2005; T. Attawong, A. Kovindha, 2005; J. M. Ferrin, 2011; D. A. G. Groomes, Ch. M. Kampfe, R. Mapuranga, 2011; D. S. Dunn, 2015; R. Nakagoshi, R. Tanemura, 2017). Doniesienia z badań wskazują na powiązanie akceptacji niepełnosprawności z wieloma czynnikami psychologicznymi (samoocena, poczucie własnej skuteczności, radzenie sobie ze stresem, poczucie jakości życia, depresja, rodzaj reakcji na niepełnosprawność, satysfakcja z życia), społecznymi (wsparcie społeczne, nadużywanie substancji uzależniających) oraz związanymi z niepełnosprawnością (ocena, czas trwania i rodzaj niepełnosprawności, poziom ograniczeń funkcjonalnych osoby). Natomiast wiele niejednoznaczności odnaleźć można w zakresie eksploracji omawianego zjawiska w kontekście czynników socjodemograficznych. Może wynikać to z faktu mniejszego zainteresowania do tej pory badaczy kwestią płci jako czynnika różnicującego doświadczenia osób z niepełnosprawnością. Należy podkreślić, że w dalszym ciągu ta kategoria poznawcza wymaga eksploracji badawczych, zarówno w ramach aspektów strukturalnych, jak i funkcjonalnych.

Rozdział III

Wybrane zasoby radzenia sobie kobiet z niepełnosprawnością ruchu

Badania nad problematyką radzenia sobie mają dość długą, bo już ponad 50-letnią historię. Jej początki datuje się na lata 60- te i 70- te XX wieku, kiedy to po raz pierwszy w 1967 roku, użyto tego pojęcia (J. C. Coyne, M. W. Racippo, 2000, s. 655). Obecnie, w dalszym ciągu zauważalne jest zainteresowanie badaczy tą tematyką, zwłaszcza w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością. W radzeniu sobie z niepełnosprawnością, dysfunkcja narządu ruchu traktowana jest w kategoriach stresora, prowadzącego do zachwiania lub utraty wewnętrznej, jak i zewnętrznej równowagi człowieka (J. Reykowski; Z. Sękowska; M. Porzak, za: P. Majewicz, 2002, s. 69). Zjawisko stresu można określić w formie relacji, interakcji, transakcji pomiędzy jednostką a otoczeniem. Interakcyjne rozumienie stresu przedstawione zostało w koncepcji R. S. Lazarusa i S. Folkman oraz modelu salutogenetycznym A. Antonovsky'ego (za: I. Heszen-Niejodek, 2000, s. 14-15). Stres jest rozumiany jako zakłócenie lub osłabienie równowagi pomiędzy możliwościami czy zasobami człowieka, a wymaganiami stawianymi przez otoczenie (za: I. Heszen-Niejodek, 2000, s. 13), które zdaniem R. S. Lazarusa i S. Folkman (1984, s. 19), oceniane są przez jednostkę jako obciążające ją, czy nawet przekraczające jej zasoby oraz stanowiące niebezpieczeństwo dla dobrostanu. Jeżeli w pierwotnej ocenie poznawczej sytuacja zostanie uznana za stresową, wówczas uruchomiony zostanie proces zaradczy. Jego przebieg będzie uzależniony od kolejnej oceny zagrożenia, w której jednostka decyduje, co może zrobić, aby poradzić sobie z problemem. A. Antonovsky (1997, s. 213) w swym modelu salutogenetycznym uznaje stresory jako coś nieuniknionego i wszechobecnego, lecz nie powodującego wyraźnie negatywnych konsekwencji dla człowieka. Ich rezultaty są ściśle powiązane z zasobami, jakimi dysponuje jednostka w radzeniu sobie.

Należałoby przy tym wspomnieć o innym stanowisku, mieszczącym się w nurcie relacyjnym, jakim jest model zachowania zasobów (*conservation of resources theory*) autorstwa S. E. Hobfoll'a. Autor swoją koncepcję opiera na założeniu budowania, ochrony i dbałości oraz utrzymywania zasobów, które są cennymi dla jednostki właściwościami osobistymi, przedmiotami, czynnikami czy sprzyjającymi okolicznościami (S. E. Hobfoll, 2006, s. 61). Rezultatem przyjęcia tego założenia jest teza, w myśl której stres jest rozumiany jako faktyczna bądź spostrzegana reakcja

jednostki na utratę zasobów, albo brak możliwości ich uzyskania po wcześniejszym zainwestowaniu (W. Łosiak, 2007, s. 59). Dwa ostatnie modele wzbogacają podstawową teorię R. S. Lazarusa i S. Folkman pojęciem zasobów, ujmując radzenie sobie w kategoriach zarządzania zasobami, pojmowanymi w kategoriach zysków i strat. Zgodnie z nimi, skuteczne poradzenie sobie przynosi korzyści w postaci zaoszczędzonych lub zdobytych zasobów, z kolei niekorzystne uporanie się z trudnościami niesie ze sobą ich stratę lub osłabienie (Z. Ratajczak, 2000, s. 73).

I. Heszen (2015, s. 75-76) zwraca uwagę na nowe tendencje w badaniach nad radzeniem sobie. Autorka podkreśla istotność i ponadczasowość treści w publikacji R. Lazarusa i S. Folkman (1984), niemniej wskazuje na pojawiające się zmiany w literaturze (zwłaszcza pozycje R. Schwarzer i N. Knoll (2003) oraz S. Folkman i J. T. Moskowitz (2004) w zakresie radzenia sobie. Dotyczą one: a) poszerzenia zakresu pojęcia radzenie sobie; b) uściślenia jego ujęcia w wymiarze czasowym oraz zainteresowanie jego nurtem w odniesieniu do przyszłych źródeł stresu zwłaszcza do funkcji ukierunkowanej na problem; c) rozszerzenia funkcji regulacji emocji w stosunku do rosnącej wiedzy na temat emocji pozytywnych w sytuacji stresowej oraz strategii ich wzbudzania.

Należałoby zaznaczyć, że termin „radzenie sobie” charakteryzuje się wieloma uzupełniającymi się odniesieniami znaczeniowymi, tj. proces, styl i strategia. Co ważne, zróżnicowanie tych trzech pojęć pozwoli na uniknięcie pewnych trudności metodologicznych i teoretycznych, które wynikają z pewnej niespójności koncepcji R. S. Lazarusa i S. Folkman (za: K. Wrześniewski, 2000, s. 46, por. I. Heszen, 2015, s. 61). Wyróżnione terminy, zostaną krótko scharakteryzowane.

Procesualne radzenie sobie ma złożoną strukturę, jest to całościowe działanie człowieka podejmowane przez niego w sytuacji stresowej, które często bardzo długo trwa i wywiera wpływ na sytuację stresową, dokonując jej zmiany. Proces radzenia sobie jest zindywidualizowany i uwarunkowany wieloma czynnikami, wśród których wyodrębnić można zasoby osobowościowe jednostki (H. Livneh, E. Martz, 2014, s. 329). Badacze (S. Folkman i in., 1986, s. 992), wymieniają trzy cechy procesu radzenia sobie, wskazując na jego: kontekstualność, czyli dopasowywanie się do oceny sytuacji stresowej w odniesieniu do stawianych przez nią wymagań, jak i dostępnych możliwości sprostania im, oraz podlega działaniu właściwości i cech jednostki, a także danej sytuacji. Ponadto badacze podkreślają, że proces ten jest ukierunkowany, mianowicie bierze pod uwagę działania, jak również sposób myślenia osoby w konkretnej sytuacji stresowej oraz zachodzące w czasie jego trwania zmiany. Ostatecznie zwrócona zostaje uwaga na fakt, iż

oceny procesu radzenia sobie nie można dokonywać w kontekście jego poprawności i osiągnięcia sukcesu. Należy podkreślić, że ten sposób konceptualizacji omawianego zjawiska doczekał się krytyki. Zarzucano mu m.in. ignorowanie cech osobowości jednostek, uznając jedynie sytuacyjne uwarunkowania procesu radzenia sobie (K. Wrześniewski, 2000, s. 45-46).

Wzmoczone analizy procesów zaradczych doprowadziły do rozróżnienia pojęcia stylu i strategii. K. Kosińska-Dec i J. Jelonkiewicz (1993, s. 121), proponują, aby styl radzenia sobie ze stresem ujmować jako „typową, powtarzającą się w kolejnych sytuacjach, relatywnie stałą preferencję sposobów rozwiązywania problemów”. Zatem, można uznać, że styl kreowany jest poprzez konkretny sposób działania jednostki. Natomiast według K. Wrześniewskiego (2000, s. 46), można wyakcentować dwa rodzaje kategorii ujmowania stylu radzenia sobie. Po pierwsze, styl określa się jako pojedynczy wymiar, cechę lub dyspozycję człowieka, po drugie ma on charakter wielowymiarowy i złożony a ujmowany jest jako określone konstelacje właściwości czy dyspozycje jednostki. Jednak na ogół styl radzenia sobie odnosi się do indywidualnych dyspozycji człowieka, które determinują jego zachowanie w stresie (C. S. Carver, M. F. Scheier, 1994, s. 184). I. Heszen (2015, s. 97) uważa, że pojęcie stylu zostało wprowadzone do opisanego specyficznego czynnika, który znajduje się u podstaw zachowania się jednostek będących w zbliżonych warunkach stresowych, a także podobnego zachowania się ludzi względem mniej lub bardziej różnorodnych stresorów. Indywidualny styl radzenia sobie zalicza się do grupy osobowych determinantów radzenia sobie stanowiąc czynnik o szczególnym znaczeniu. Zatem można wskazać, że jest on specyficzną dyspozycją, która warunkuje zachowanie się ludzi w sytuacji stresowej oraz różnice między nimi w obszarze tego zachowania (I. Heszen, 2015, s. 98). Jednakże autorka w swym opracowaniu zwraca uwagę na dwie wątpliwości dotyczące wyodrębniania specyficznych dyspozycji człowieka, które warunkują jego zachowanie się w sytuacji stresowej. Po pierwsze, traktowanie radzenia sobie ze stresem w odniesieniu do ogólnych kategorii teorii zachowania. Po drugie, przypisywanie stylowi radzenia sobie ze stresem w ujęciu dyspozycyjnym, statusu cechy tradycyjnie rozumianej, jako stałej właściwości jednostki wyznaczającej jej sztywne zachowywanie się niezależnie od czynników sytuacyjnych. Zatem I. Heszen (2015, s. 98) uzupełnia poprzednią definicję stylu radzenia sobie ujmując go jako „posiadany przez jednostkę, charakterystyczny dla niej, repertuar strategii radzenia sobie z sytuacjami stresowymi”.

Drugim z elementów rozgraniczenia pojęć odnoszących się do radzenia sobie są strategie ujmowane jako behawioralne i poznawcze wysiłki podejmowane przez człowieka w określonej sytuacji stresowej (W. Łosiak, 2007, s. 50; por. W. Łosiak, 2009) w celu zmiany sytuacji oraz łagodzenia jej przykrych skutków emocjonalnych (I. Heszen, 2015, s. 67). Czynności te są uzależnione od wielu czynników, przede wszystkim charakteru samej sytuacji, ale też stylu radzenia sobie i innych. Warto dodać, że na podjęcie konkretnej strategii zaradczej mają również wpływ: płeć, wiek, wykształcenie oraz bieżący stan psychofizyczny jednostki. Podjęta strategia to wypadkowa wymienionych wyżej zmiennych (K. Wrześniewski, 2000, s. 46). I. Heszen (2015, s. 68-70) zwraca uwagę na wielość propozycji klasyfikacji strategii radzenia sobie zgodnie z zamysłem ich autorów (np. R. Lazarus, 1980; R. Lazarus, S. Folkman, 1984; C. S. Carver, M. F. Scheier, J. K. Weintraub, 1989; C. J. Holahan, R. Moos, J. Schaefer, 1996; S. E. Hobfoll, 2006). Pomimo przedstawionych przez autorkę opracowania niedomagań istniejących klasyfikacji warto przytoczyć jedną z nich, która pomimo niespełniania wymogów akademickich jest bliska rzeczywistości i naturalności konkretnych zachowań ludzkich w sytuacji stresowej. R. S. Lazarus (1980) uwzględnia cztery strategie radzenia sobie: a) poszukiwanie informacji o sytuacji stresowej pozwalające poszerzyć wiedzę na jej temat; b) bezpośrednie działanie w postaci różnorodnych czynności (poza poznawczymi), mogące pomóc opanować wymagania sytuacji stresowej; c) powstrzymanie się od działania, nieoznacza bierności ale wymagające wysiłku odstąpienie od działania; d) metody intrapsychiczne, to znaczy aktywność poznawcza mająca na celu regulowanie emocji (mechanizmy obronne) (za: I. Heszen, 2015, s. 69).

Z kolei Z. Ratajczak (2000, s. 74-75) w swoich opracowaniach wymienia cztery strategie zaradcze: strategia prewencyjna, jak sama nazwa wskazuje, stosowana w sytuacji, gdy zagrożenie jeszcze się nie pojawiło, ale może wystąpić w przyszłości; strategia ataku, walki i aktywnego mierzenia się z agresywnym czynnikiem, który bezpośrednio zagraża życiu lub zdrowiu jednostki. Wysiłek psychiczny i fizyczny są tutaj ogromne, a sama strategia nie zawsze optymalna; strategia ochrony (obrony) siebie, obejmuje ona oszczędzanie sił i środków, zasłanianie się, ukrywanie, czekanie aż zagrożenie zmniejszy się samo, jednak nie zawsze jest dla jednostki korzystne; strategia ucieczki, najbardziej powszechna w tzw. sytuacjach beznadziejnych, w których nic już nie można uczynić. Zdaniem Z. Ratajczak (2000, s. 75) umiejętne gospodarowanie zasobami jest ściśle powiązane z procesem zaradczym.

Należy wspomnieć, że inne badania nad radzeniem sobie skupiają się na tzw. giętkości zjawiska, pojmowanej jako umiejętność jednostki do wykorzystywania wielu różnorodnych sposobów postępowania zaradczego oraz płynnego przechodzenia z jednych na drugie (P. Oleś, 1993, s. 18). Z kolei S. Kobasa (za: M. Kiedrowska, 2016, s. 75) wskazuje, iż ważnym w procesie radzenia sobie ze stresem jest typ osobowości. Autor uważa, że jednostki wyposażone w cechę osobowości, określaną przez niego jako „twardość” są w stanie lepiej poradzić sobie w sytuacji stresowej. Prawdopodobnym jest, że owa twardość wiąże się z ujmowaniem przez człowieka zmiany jako wyzwania, co przekłada się na jego zaangażowane i zdecydowane działanie oraz wewnętrzne poczucie kontroli nad tym działaniem.

W literaturze przedmiotu odnaleźć można wielość technik służących do określenia stylów i strategii radzenia sobie, opierających się na takich podejściach jak: empiryczne (a posteriori), teoretyczne (a priori) oraz teoretyczno- empiryczne (K. Wrześniewski, 2000, s. 47).

Z uwagi na dynamikę rozwoju w psychologii badań nad radzeniem sobie ze stresem, należy zwrócić uwagę na dwie kwestie, które wzbogacają dotychczasową wiedzę o funkcjach radzenia sobie. Po pierwsze, wyodrębnienie radzenia sobie ukierunkowanego na znaczenie, której istota polega na zmianie percepcji sytuacji stresowej, po to by wyakcentować jej dobre strony (emocje pozytywne). Po drugie, uwzględnienie powszechności emocji pozytywnych w sytuacji stresu oraz docenienie funkcji motywacyjnej emocji pozytywnych i negatywnych (I. Heszen, 2015, s. 93-94). Uwzględnienie emocji w radzeniu sobie ze stresem wymaga podjęcia kolejnych działań mających na celu poszerzenie definicji radzenia sobie, obejmujące formy ukierunkowane na emocje (E. Gruszczyńska, 2013, s. 103-105).

Jak już wspomniano wcześniej, utrata zdrowia i sprawności traktowana jest w kategoriach stresora. Jednakże, jak zauważa S. Kowalik (2007a, s. 63), nie jest ona jedynym stresorem pojawiającym się w życiu osoby z niepełnosprawnością. Autor określa ją w kategoriach „podstawowego stresora”, pod wpływem którego pojawiają się ciągle nowe sytuacje trudne⁴ m.in. obniżenie pozycji w rodzinie, utrata pracy, trudności w samoobsłudze, trudności ekonomiczne itd.

⁴ Sytuacja jest normalna wówczas gdy warunki otoczenia, posiadane przez człowieka kompetencje oraz wymagania złożone w zadaniu są zharmonizowane. Zatem, gdy wymagania mieszczą się w potencjale podmiotu a warunki zapewniają możliwość wykonania zadania. Natomiast sytuacja trudna powstaje, gdy wymienione elementy nie są ze sobą zharmonizowane (W. Łukaszewski, 2015, s. 35).

Człowiek po nabyciu niepełnosprawności staje przed problemem radzenia sobie z nią, także w zakresie pełnienia ról zawodowych i rodzinnych, które prowadzą do zachowania sensu życia osoby. Zdaniem R. Ossowskiego (2002, s. 122) niepełnosprawność wcale nie musi być traktowana jako blokada w rozwoju jednostki. Jeśli osoba wykształci potrzebne techniki do poradzenia sobie z nową sytuacją życiową i zmodyfikuje sposoby wypełniania ról, wówczas może odzyskać dobrostan psychospołeczny oraz poczucie sensu życia.

Radzenie sobie obejmuje szereg działań, mających na celu dwojakie działanie, obniżenie napięcia emocjonalnego spowodowanego przez czynniki stresowe oraz ich zlikwidowanie. W związku z tym, wyróżnia się dwa rodzaje radzenia sobie, skoncentrowane na problemie (bardziej konstruktywne) oraz skoncentrowane na emocjach, polegające na obniżeniu napięcia emocjonalnego (S. Kowalik, 2007a, s. 63). W zakresie psychologii rehabilitacji, zwrócono uwagę, iż zachowanie jednostek z niepełnosprawnością można określić jako mniej lub bardziej konstruktywne, biorąc pod uwagę ograniczenia wynikające z reakcji emocjonalnej na posiadane dysfunkcje organizmu (S. Kowalik, 2007a, s. 64-65). Autor zwraca także uwagę na efektywność wykorzystywanych strategii radzenia sobie z niepełnosprawnością. Podkreśla przy tym, iż radzenie sobie ze stresem samodzielnie jest o wiele łatwiejsze, w momencie, kiedy: a) w związku z sytuacją stresową uniemożliwione staje się osiągnięcie ważnych celów życiowych; b) realizacja postawionych zadań jest długotrwale utrudniona; c) w zakresie dużego zakresu aktywności życiowej obserwowane są ograniczenia.

W odniesieniu do osób z niepełnosprawnością ruchu, można podnieść kwestię o tzw. nieuchronnej zmienności w sposobach radzenia sobie, (kiedy jest ono pojmowane procesualnie). Od pierwszego momentu nabycia trwałych ograniczeń, jednostka zmuszona jest radzić sobie z nowymi dla niej sytuacjami trudnymi, które często bywają nieprzewidywalne i nieoczekiwane. Prawdopodobnym jest, że w pierwszych chwilach nabycia niepełnosprawności, jednostka w celu przystosowania się do niej korzysta ze znanych jej już i wypracowanych wcześniej sposobów zaradczych. Aczkolwiek zmiana sytuacji związana z nabyciem trwałych ograniczeń, mobilizuje osobę do sprawdzenia dostępnych jej możliwości radzenia sobie, uruchamiając inne sposoby zaradcze uwarunkowane nowymi doświadczeniami życiowymi. Należy podkreślić, że proces radzenia jest mocno zindywidualizowany i zależny od wielu czynników funkcjonowania osoby (S. Byra, 2012a, s. 86).

Zdaniem S. Kowalika (2007a, s. 64), eksploracji badawczych w zakresie radzenia sobie z uszkodzeniem ciała oraz wynikających z niego dysfunkcjonalności jest stosunkowo dużo. W zakresie prowadzonych analiz, warto przedstawić wyniki badań S. Byry (2012a, s. 303) dokonanych m.in. w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową. Badane osoby z niepełnosprawnością ruchu, w celu poradzenia sobie z sytuacjami trudnymi, najczęściej stosują strategie polegające na akceptacji napotykanym problemom, poszukiwaniu wsparcia w religii oraz te ukierunkowane na poradzenie sobie z trudnościami. W związku z tym, badane osoby przede wszystkim wybierają zadaniowe podejście w celu poradzenia sobie z napotykanymi problemami. Co więcej, M. Torregrosa-Ruiz i J. M. Tomas-Miguel (2017, s. 449) podkreślają, iż strategia skoncentrowana na rozwiązywanie problemu jest najbardziej wykorzystywana po upływie określonego czasu po urazie, a nie bezpośrednio po jego nabyciu. Ponadto S. Byra (2012a, s. 487) wskazuje na pewną tendencję do przyjmowania przez osoby z niepełnosprawnością ruchu konkretnej struktury radzenia sobie. Społeczno-emocjonalny wzór radzenia sobie cechuje ponad połowę osób badanych po amputacji kończyny dolnej. Z kolei jednostki z urazem rdzenia kręgowego charakteryzuje przede wszystkim nadawanie znaczenia doświadczanym trudnościom. Osoby ze stwardnieniem rozsianym cechuje najbardziej zróżnicowany charakter czynności zmierzających do poradzenia sobie, oparty na działaniach zorientowanych na poszukiwanie wsparcia oraz zdobywanie umocnienia w wierze religijnej (S. Byra, 2012a, s. 486-493). Z kolei badania przeprowadzone w grupie studentów z niepełnosprawnością ruchu dostarczają informacji o preferencjach tych osób zwłaszcza do zadaniowo-emocjonalnych strategii radzenia sobie z problemami (S. Byra, K. Ćwirynkało, 2018, s. 4-5).

Co interesujące, fakt posiadania pracy przez osoby z nabytą niepełnosprawnością ruchu, okazuje się być znaczący dla przyjmowanych przez nie strategii zaradczych oraz dysponowanej skuteczności radzenia sobie z problemami (S. Byra, 2014b, s. 91). Należy podkreślić, że zaangażowane radzenie sobie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest istotne dla łagodzenia pojawiających się objawów depresyjnych i lękowych w związku z posiadanymi ograniczeniami oraz jest znaczące dla adaptacji psychospołecznej tych osób (H. Livneh, E. Martz, 2014, s. 329).

S. Byra (2011, s. 127-130) w swych kolejnych badaniach wykazała, iż kategoria płci pełni istotną funkcję w przyjmowaniu wybranych sposobów zaradczych, częstotliwości ich wykorzystywania, a także w różnicowaniu zakresu wybieranych strategii. Badane kobiety z niepełnosprawnością w istotnie większym zakresie niż

badanych mężczyzn cechuje poszukiwanie wsparcia społecznego w sytuacji zmagania się z trudnościami. W obliczu konkretnej sytuacji trudnej badane kobiety istotnie częściej w porównaniu z badanymi mężczyznami przyjmują strategię zorientowaną na zwróceniu się ku Bogu (S. Byra, 2011, s. 127-130). Wyniki te częściowo potwierdzają doniesienia z badań M. Torregrosa-Ruiza i J. M. Tomas-Miguela (2017, s. 449), którzy wskazują na większą ekspresję emocjonalną i poszukiwanie wsparcia przez kobiety z niepełnosprawnością zmagające się z problemami. Aczkolwiek badacze wskazują na brak istnienia istotnych różnic płciowych w zakresie przeszłego i aktualnego radzenia sobie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego

Również H. Livneh i L. M. Wilson (2003, s. 201), podkreślają, iż preferowanymi strategiami wykorzystywanymi przez kobiety z niepełnosprawnością są strategie emocjonalne. Co więcej, S. Byra (2017a, s. 29), wskazała, że kobiety z niepełnosprawnością ruchu w sytuacji trudnej w największym zakresie wykorzystują strategie radzenia sobie polegające na poszukiwaniu wsparcia, dążeniu do ich rozwiązania i zaakceptowania. Zróżnicowanie płciowe w zakresie przyjmowanych strategii radzenia sobie z sytuacjami trudnymi w grupie kobiet i mężczyzn z niepełnosprawnością, podkreśla również R. Crisp (2002, s. 188). Interesującym jest, iż dostępne badania nad stosowaniem przez kobiety z niepełnosprawnością ruchu głównie emocjonalnych strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych, okazały się być zbieżne z tymi wykorzystywanymi przez pełnosprawne kobiety (L. K. Tamares, D. Janicki, V. S. Helgeson, 2002, s. 2).

W toku prowadzonej analizy dotyczącej radzenia sobie z sytuacjami trudnymi kobiet z niepełnosprawnością ruchu, należy poruszyć zagadnienie z nim związane, a odnoszące się do posiadanych przez jednostkę zasobów ułatwiających im ten proces. Problematyka zasobów eksplorowana jest na gruncie wielu dziedzin naukowych, zatem termin ten ma znaczenie multidyscyplinarne. W zakresie psychologii tematyka zasobów omawiana jest przy okazji badań nad stresem i radzeniem sobie. W obrębie tej dyscypliny naukowej, zasoby definiowane są jako złożona struktura czynników poznawczych, osobowościowych i nastawieniowych, stanowiąca element psychologicznego warunku radzenia sobie (R. H. Moos, J. A. Schaefer, 1993, s. 234). Obejmują one również względnie stałe cechy osobowości jednostki, oczekiwania oraz przekonania (będące podatne na zmiany), które dotyczą własnego, jak i zewnętrznego świata (N. Ogińska-Bulik, 2015, s. 89). Ponadto są one uznawane za „uogólnione przekonania, właściwości, postawy, zdolności jednostki, które mogą być pomocne w uporaniu się ze stresem” (K. Kosińska-Dec, I. Jelonkiewicz, 1993, s. 120). Z kolei H. Sęk (2003, s. 18) uważa, że

zasobami mogą być, zarówno cechy człowieka (psychologiczne, społeczne, biologiczne i duchowe), ale także cechy społeczne (grupy, organizacje, instytucje, więzi) oraz cechy środowiskowe (materialne, fizyczne, biologiczne). Zdaniem autorki, są to właściwości świata interpersonalnego, personalnego inaczej podmiotowego, które w momencie zmagania się człowieka z trudnościami życia pełnią prozdrowotną, regulacyjną i potrójną funkcję: „a) zapobiegają wystąpieniu stresorów, b) zapobiegają przekształceniu się napięcia stresowego w chroniczny stres, c) sprzyjają skutecznemu radzeniu sobie ze stresem” (H. Sęk, 2003, s. 18). Pojęcie zasobów określają zatem specyficzne atrybuty funkcjonalne cech znajdujących się potencjalnie w człowieku, jego środowisku i relacjach społecznych.

Typologizacja czy klasyfikacja zasobów ze względu na ich szeroki zakres, jest trudna z naukowego punktu widzenia, ponieważ obejmują one wszystkie byty cenione i wartościowe dla jednostki w procesie adaptacji do wyzwań życiowych oraz radzenia sobie ze stresem. Autor teorii zachowania zasobów S. E. Hobfoll (2006, s. 73), proponuje uporządkowanie zasobów zgodnie z trzema zasadami: a) wewnętrzne- zewnętrzne; b) struktura zasobów; c) regulacyjne znaczenie zasobów. Przez zasoby wewnętrzne S. E. Hobfoll (za: H. Sęk, 2012, s. 68-69) pojmuje wszystkie cechy osobowości jednostki, korzystne dla procesu rozwoju i samoregulacji. Natomiast zasoby zewnętrzne obejmują cechy środowiska kulturowego, społecznego, biologicznego, fizycznego, informacyjnego i materialnego. Należy wspomnieć, że te dwie grupy zasobów, zewnętrzne i wewnętrzne, nie zawsze traktowane są rozłącznie. Dotyczy to np. grupy zasobów wsparcia społecznego, z jednej strony jest to zasób zewnętrzny ze względu na potencjalnie występujące struktury społeczne (rodzina, znajomi, organizacje), niemniej jednak spostrzegane wsparcie społeczne jest już zaliczane do zasobów wewnętrznych (H. Sęk, 2012, s. 68-69). Nieco inaczej zasoby radzenia sobie ujmuje R. Poprawa (2001, s. 106-107). Autor proponuje podział na podmiotowe (wewnętrzne) i zewnętrzne zasoby (moderatory stresu). Do podmiotowych zasobów zalicza: poczucie kontroli nad stresującymi zdarzeniami, wsparcie społeczne oraz zażyłość społeczną, zaangażowanie w działania, posiadane zainteresowania, humor, samoakceptację i lekko zawyżoną samoocenę, wiarę w siebie, poczucie samoskuteczności, optymizm, dojrzałość emocjonalna, poczucie koherencji i in. Przy czym badacz wskazuje, iż przy pewnym uproszczeniu wsparcie społeczne można zaliczyć do zewnętrznego zasobu radzenia sobie jednostki (R. Poprawa, 2001, s. 107).

Termin „zasoby” jest też główną kategorią w teorii R. Baumeistera (2005), który wymienia zasoby dwojakiego rodzaju: energetyczne i poznawcze. Autor nie podaje jednak konkretnej definicji zasobów, co więcej nie mierzy zasobów, a jedynie o nich wnioskuje, co wskazuje na ich główne słabości metodologiczne (W. Łukaszewski, 2015, s. 37).

Nawiązując do wcześniejszych teorii znaczących autorów w dziedzinie radzenia sobie (R. S. Lazarusa, S. Folkman, S. E. Hobfoll'a, A. Antonovsky'ego), należałoby zastanowić się, jakie zasoby osobiste posiadane przez jednostkę z niepełnosprawnością, pomogą jej w poradzeniu sobie z zaistniałą sytuacją niepełnosprawności, na tyle, aby osoba była w stanie ją zaakceptować. Zdaniem S. Kowalika (2007a, s. 66) osoba z niepełnosprawnością posiada zasoby różnego rodzaju, które znacznie przyczyniają się do poszukiwania i wypróbowywania coraz to nowych strategii radzenia sobie w celu odnalezienia najbardziej skutecznych dla przezwyciężenia posiadanych trudności. Niezwykle ważna w tym procesie jest liczba i różnorodność pojawiających się stresorów. Duża ich liczba sprawia, że posiadane zasoby radzenia sobie mogą ulec wyczerpaniu, co sprzyja bierności i zniechęceniu jednostki z jakiegokolwiek skutecznego radzenia sobie z niepełnosprawnością.

Wielość wymienionych w literaturze przedmiotu zasobów, zarysowuje trudność szczegółowego określenia ich znaczenia dla aktywności zaradczej osób z niepełnosprawnością. Dlatego też w niniejszym opracowaniu, skupiono się na wybranych podmiotowych i społecznych zasobach badanych osób, które mogą mieć znaczenie dla pomyślnego przystosowania po nabyciu trwałej niepełnosprawności (H. Livneh, E. Martz, 2014, s. 329; N. Ogińska-Bulik, 2015, s. 89). Należą do nich zasoby podmiotowe: samoocena (*self-esteem*), nadzieja (*hope*), przekonanie o własnej skuteczności (*self-efficacy*), oraz zasoby społeczne o charakterze relacyjnym tj. wsparcie społeczne (*social support*) i siła relacji interpersonalnej (*strength of interpersonal relationships*). Poszczególne zasoby zostaną krótko scharakteryzowane.

3.1. Podmiotowe zasoby radzenia sobie kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu

3.1.1. Samoocena

Problematyka samooceny w dostępnej literaturze przedmiotu jest dosyć popularna i szeroko opisana, mimo tego termin ten nie posiada jednoznacznej definicji (M. Szpitalak, R. Polczyk, 2015, s. 9). Samoocena (*self-esteem*) jest czymś niejednorodnym, formułowanym jako jedna z form świadomości samego siebie obejmująca „zespół sądów i opinii, które jednostka odnosi do swojej osoby, a w szczególności do swojego wyglądu, uzdolnień, osiągnięć i możliwości życiowych” (L. Niebrzydowski, 1989, s. 37). Rozumiana jest również jako afektywna reakcja człowieka na samego siebie (B. Wojciszke, 2003, s. 15) oraz pewnego rodzaju „teorii” na własny temat (J. Reykowski, 1992, s. 167) jak również „koncepcji siebie”, która stanowi możliwie jak najbardziej dogłębny i pełny obraz siebie jednostki (A. Reber, 1985, s. 667). Podsumowując, samoocenę można określić jako postawę wobec samego siebie, posiadanych zdolności, możliwości, cech oraz wad, która stanowi emocjonalny komponent obrazu własnej osoby, to znaczy zespół różnorodnych opinii i sądów jednostki o samej sobie, obejmujący jej właściwości psychiczne, społeczne i fizyczne (J. Kirenko, 2002, s. 128).

Ponadto, samoocena analizowana jest jako funkcja różnicy pomiędzy „Ja idealnym” i „Ja realnym”. Z kolei jej wysokość rozumiana jest jako wielkość rozbieżności między wymienionymi aspektami „Ja” (A. W. Pope, S. M. McHale, W. E. Craighead, za: M. Szpitalak, R. Polczyk, 2015, s. 10).

Samoocenę można uznać za jedną z kategorii psychologicznych odnoszących się do pojęcia „ja”, gdzie wyodrębnia się m.in. obraz siebie, samowiedzę, pojęcie o sobie, wyobrażenie siebie, samoakceptację, poczucie własnej wartości (A. Grabowiec, 2011, s. 53). W związku z tym w literaturze pojawia się pewne zamieszanie terminologiczne wynikające z niejasno określonych zależności między tymi określeniami (por. D. Wosik-Kawala, 2007, s. 15). Na przykład niektórzy autorzy pojęcie samoocena i poczucie własnej wartości traktują synonimicznie (np. M. Leary, 2003, s. 179), z kolei inni nie wyrażają zgody na traktowanie obu tych nazw zamiennie (np. J. D. Brown, M. A. Marshall, 2001, s. 582).

W literaturze przedmiotu odnaleźć można różne rodzaje samooceny. Najbardziej ogólny podział przedstawia H. Kulas (1986, s. 33), wskazując na samoocenę globalną i

samooceny cząstkowe (zwane również jako samooceny specyficzne (M. Szpitalak, R. Polczyk, 2015, s. 11). Samoocena globalna (ogólna) jest całościowym stosunkiem człowieka do samego siebie, całokształtu posiadanych właściwości oraz postępowania. Ma charakter względnie stały i jest trwale ugruntowana, niemniej jednak może zostać ona zachwiana poprzez silne czynniki o charakterze negatywnym (choroba, wypadek, śmierć itd.) bądź pozytywnym (osiągnięcie sukcesu, nagłe społeczne uznanie). Z kolei samooceny cząstkowe odnoszą się do określonych aspektów życia jednostki oraz podlegają zmianom. Ponadto możliwym jest, że jednostka charakteryzuje się odmiennym poziomem samooceny w zależności od uwzględnianego obszaru (H. Kulas, 1986, s. 34, por. M. Łaguna i in., 2007, s. 164).

Samoocena globalna oraz cząstkowe mogą być rozpatrywane ze względu na różne kryteria ich podziału, wówczas wyróżnia się m.in. samoocenę wysoką- niską, zaniżoną- zawyżoną, stabilną- niestabilną, pozytywną- negatywną, adekwatną- nieadekwatną (M. Szpitalak, R. Polczyk, 2015, s. 16). Poszczególne wymiary samooceny są uzależnione od posiadanego obrazu własnej osoby i w zależności od niego układają się na przeciwstawnych biegunach kontinuum (A. Grabowiec, 2011, s. 58).

Uwzględniając poziom samooceny, wyróżnia się samoocenę wysoką i niską. Wysokość samooceny jest uzależniona od tego, czy człowiek ocenia posiadane wartości i możliwości jako niewielkie czy wręcz przeciwnie jako duże. Ujawnia się ona w poziomie aspiracji osoby, czyli w tym, jak trudne cele do osiągnięcia jednostka podejmuje. W sytuacji kiedy występuje duża rozbieżność pomiędzy tym jaka jednostka jest a jaką chciałaby być, czy też między posiadanymi przez nią cechami a tymi, które chcą jej zdaniem widzieć w niej inne osoby, wówczas poziom samooceny jest niski. Z kolei wysoki jej poziom oznacza niewielką różnicę pomiędzy wymienionymi aspektami (H. Kulas, 1986, s. 37). J. Reykowski (za: A. Góralewska-Słońska, 2011, s. 99) wskazuje też na samoocenę zawyżoną lub zaniżoną. Zawyżona samoocena to stan, w którym jednostka przypisuje sobie wyższe możliwości, niż rzeczywiście posiada. Jest to związane z ciągłą gotowością do podejmowania trudnych wyzwań oraz zadań, małą odpornością na nacisk w momencie zagrożenia i nieodpowiedzialnością w postępowaniu. Zaniżona samoocena polega na przypisywaniu sobie przez osobę niższych możliwości niż posiada ona w rzeczywistości. Może ona obejmować m.in. moralne wartości, zdolności, społeczną atrakcyjność. Należy jednak podkreślić konsekwencje z niej wynikające, ponieważ zaniżona samoocena powoduje m.in. zmniejszenie własnej ekspansywności i

atrakcyjności, uchylanie się od trudnych zadań, zdobywanie i uzyskiwanie znacznie mniej niż jednostka jest w stanie rzeczywiście osiągnąć (A. Góralewska-Słońska, 2011, s. 99).

Biorąc pod uwagę kryterium trwałości wyróżniamy samoocenę stabilną i niestabilną. Stabilna samoocena (trwała), to względnie stały system sądów i opinii człowieka, który nie ulega zbyt nieoczekiwanym i gwałtownym zmianom. Z kolei niestabilna ocena charakteryzuje osobę, która dosyć często zmienia opinie o sobie oraz cechuje się dużymi wahaniami w zakresie posiadanego poziomu aspiracji (por. M. Łaguna, 2009, s. 230).

Innym rodzajem ze względu na kryterium trafności i zgodności jest samoocena adekwatna (trafna) i nieadekwatna. O adekwatnej samoocenie można mówić wówczas, gdy jednostka prawidłowo ocenia swoje możliwości i właściwości. Zatem podejmuje odpowiednie do nich zadania, co pozwala uniknąć ewentualnych niepowodzeń i negatywnych emocji. Analogicznie rzecz ujmując nieadekwatna samoocena nie odpowiada rzeczywistym możliwościom człowieka, w związku z tym stawia on sobie cele, których nie jest w stanie zrealizować (P. Gindrich, 2002, s. 53).

Rozpatrując kryterium wartości samoocena może być negatywna bądź pozytywna. Jest to uzależnione od tego na ile rzeczywisty obraz własnej osoby danej jednostki jest zgodny z „idealnym obrazem własnej osoby”, do którego chce się ona upodobnić (M. Łaguna i in., 2007, s. 164). Kiedy człowiek we własnym odczuciu zbliża się do idealnego wyobrażenia o sobie, można wnioskować o jego pozytywnej samoocenie. Natomiast gdy spostrzega on znaczą rozbieżność pomiędzy wymienionymi aspektami, jego samoocena może być negatywna (za: A. Grabowiec, 2011, s. 62)

Najbardziej optymalna zdaniem J. Reykowskiego (za: A. Bochniarz, 2018, s. 209) jest samoocena adekwatna i pozytywna. Wówczas jednostka jest właściwie przystosowana, zna oraz ocenia trafnie swoje zalety, mając jednocześnie na uwadze posiadane ograniczenia, ponadto posiada akceptujący stosunek do własnej osoby.

W toku prowadzonej analizy należy wspomnieć o funkcjach, jakie pełni samoocena w życiu każdego człowieka, gdyż zdaniem B. Wojciszke (2010, s. 111) właśnie w tych kategoriach powinna być ona rozpatrywana. M. Szpitalak i R. Polczyk (2015, s. 33-38), wskazują na takie funkcje samooceny jak wspomaganie realizacji celów oraz zapewnienie optymalnej czujności, ochrona przed lękiem, stresem i nieszczęściami, zapobieganie wykluczeniu społecznemu. Wszystkie wymienione funkcje są istotne dla przystosowania człowieka do życia. Osoby, które cechuje szacunek do samego siebie, a

także niezawyżone poczucie własnej wartości lepiej potrafią sprostać wymaganiom (J. Kuryłowicz, 2006, s. 59).

Należy podkreślić, że samoocena jest bardzo ważnym konstruktem, determinującym sposób funkcjonowania człowieka w różnych rolach społecznych. Ponadto określa jakich zadań jednostka jest się w stanie podjąć, a jakich nie oraz czego będzie się obawiać (H. Kulas, 1986, s. 44). Samoocena jest cenna nie tylko w procesie poznawania siebie, ale również w sterowaniu swoim zachowaniem, urzeczywistnianiu swoich dążeń i planów życiowych (J. Kirenko, 2002, s. 129). Poziom samooceny jednostki kształtuje jej poziom akceptacji siebie (M. Bilewicz, 2013, s. 41). L. Li i D. Moore (1998, s. 13) podkreślają silne powiązanie akceptacji niepełnosprawności z samooceną jednostki. Autorzy są zdania, że samoocena obok wsparcia społecznego pełni ważną rolę w przystosowaniu jednostki do niepełnosprawności. Można zatem przypuszczać, że im wyższy poziom samooceny u osoby z niepełnosprawnością tym być może lepiej poradzi sobie ona z trudnościami życia codziennego, oraz łatwiej i szybciej zaakceptuje siebie i stan, w którym się znajduje.

Co interesujące, jedna z badanych kobiet w eksploracjach R. B. Hughes i współpracowników (2004, s. 295), zoperacjonalizowała samoocenę w kontekście posiadanej niepełnosprawności ruchowej. Uważa ona, że skupia się bardziej na tym, co może zrobić, a mniej na tym, czego nie może. Próbuje widzieć siebie w ten sam sposób w jaki widzi innych z niepełnosprawnością, których uważa za wspaniałych i pięknych ludzi. To pomaga jej postrzegać siebie w nowy sposób (R. B. Hughes i in., 2004, s. 295). W oparciu o badania i założenia M. A. Nosek i współpracowników (2003, s. 1737), można uznać, że samoocena odgrywa znaczącą rolę w funkcjonowaniu kobiet z niepełnosprawnością ruchu. Ponadto badania wykazały, że kobiety z niepełnosprawnością cechują się znacznie niższym poziomem samooceny w porównaniu z pełnosprawnymi kobietami. Co więcej, na pozytywną samoocenę badanych kobiet wpływ miały takie czynniki jak: starszy wiek, lżejszy stopień niepełnosprawności, mniejsza nadopiekuńczość i pozytywne więzi w rodzinie, a także dobre relacje w środowisku szkolnym. Podobne wyniki w tym zakresie uzyskała I. Duvdevany (2010, s. 443).

Należy zaznaczyć, że posiadany przez kobiety z niepełnosprawnością ruchową poziom samooceny może mieć znaczenie dla ich dobrego samopoczucia psychicznego. Co ważne, może być on zagrożony w momencie wystąpienia wtórnych komplikacji zdrowotnych takich jak ból czy zmęczenie itp. (A. F. Ambraido-Lanza, C. Guier, R. M. Colon, 1998, s. 405) oraz poprzez funkcjonujące w społeczeństwie uprzedzenia i

stereotypy w stosunku do kobiet z niepełnosprawnością (A. Bednarczyk i in., 2015, s. 196), a także poprzez działanie wielu czynników m.in. wykluczenie społeczne, dewaluacja i piętno niepełnosprawności (R. B. Hughes i in., 2004, s. 295).

Samooceń i poczucie własnej wartości kobiet z niepełnosprawnością są ściśle powiązane z posiadanym przez nie statusem zatrudnienia, który niejednokrotnie wskazuje na sytuację ekonomiczną osoby. Zdrowie i dobre samopoczucie kobiet z niepełnosprawnością mogą być zagrożone poprzez utrudniony dostęp do usług medycznych oraz opieki zdrowotnej, niedostępność sprzętu medycznego, nieodpowiedni transport, spowodowane ich zazwyczaj niskim statusem ekonomicznym (M. A. Nosek, R. B. Hughes, 2003, s. 228). Wyniki badań I. Duvdevany (2010, s. 443) wskazują, że średnia ocena postrzeganej jakości życia oraz poczucia własnej wartości są zdecydowanie niższe u kobiet z niepełnosprawnością ruchową niż u pełnosprawnych kobiet. Co więcej, ogólna samoocena jest głównym czynnikiem wyjaśniającym różnicowanie w zakresie postrzeganej jakości życia w grupie kobiet z niepełnosprawnością i bez niej. Ponadto badanie ujawniło znaczny związek stanu cywilnego badanych kobiet z niepełnosprawnością z ich poziomem poczucia własnej wartości i jakością życia. W przypadku, gdy zamężne i samotne kobiety z niepełnosprawnością ruchową cechował zbliżony poziom ogólnej samooceny, wówczas tylko wśród kobiet zamężnych z niepełnosprawnością postrzegana jakość życia była wyższa. Zdaniem autora badań otrzymane wyniki mogą okazać się przydatne w planowaniu interwencji terapeutycznych i opracowywaniu programów edukacyjnych dla kobiet niepełnosprawnych.

Na samoocenę kobiet z niepełnosprawnością wpływa nie tylko fakt posiadanych ograniczeń, ale także związane z nią czynniki kontekstualne, środowiskowe społeczne i emocjonalne. Jak wynika z eksploracji M. A. Nosek, C. A. Howland, D. H. Rintali i współpracowników (2001, s. 8), ponad połowa badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchową miała wysoki poziom samooceny. Ponadto zdaniem autorów na jej poziom nie mają wpływu takie zmienne jak: charakter posiadanej niepełnosprawności oraz wiek jej nabycia. Zarówno pełnosprawne, jak i niepełnosprawne kobiety, które pracowały, były w poważnych związkach partnerskich oraz nigdy nie doświadczyły fizycznej i seksualnej przemocy, cechowały się wysoką samooceną. Z kolei wśród kobiet niepracujących, niebędących w stałych związkach oraz doświadczających przemocy, to kobiety z niepełnosprawnością cechowała niższa samoocena w porównaniu z pełnosprawnymi kobietami.

Bardzo duży wpływ na posiadany poziom samooceny kobiet z niepełnosprawnością mają informacje otrzymywane przez nie od osób określanych jako znaczące w ich życiu (W. J. Hanna, B. Rogovsky, 1991, s. 58-59). Negatywne komunikaty takie jak np. bycie ciężarem dla rodziny, jakie niejednokrotnie otrzymują kobiety z niepełnosprawnością ruchową oddziałują na ich poziom samooceny (M. A. Nosek, R. B. Hughes, 2003, s. 228). Kobiety z niepełnosprawnością bardzo często muszą przeciwstawiać się niepożądanym oddziaływaniom na ich poczucie własnej wartości, wywołanym przez negatywne nastawienie i opinie społeczne np. że są "chore, ignoranckie, bez emocji, bezpłciowe, żałosne i niezdolne do podjęcia zatrudnienia" (P. S. Perduta-Fulginiti, 1996, s. 298). W związku z tym kobiety z niepełnosprawnością mają znacznie niższą samoocenę i większą izolację społeczną niż kobiety pełnosprawne. Ponadto kobiety z niższą samooceną cechuje m.in. znacznie niższe wykształcenie, większe postawy nadopiekuńczości w dzieciństwie, gorsza jakość intymnych relacji oraz niższe otrzymywane wynagrodzenie (M. A. Nosek, R. B. Hughes, 2003, s. 228).

Warto w tym miejscu podkreślić pewną niejednoznaczność w badaniach odnośnie zróżnicowania poziomu samooceny ze względu na płeć osób z niepełnosprawnością. Jedni badacze wskazują na powiązanie tych zmiennych (C. Safilios-Rotschild, za: H. Larkowa, 1987, s. 158) natomiast inni są przekonani, iż płeć osób z niepełnosprawnością nie różnicuje poziomu ich samooceny (np. B. Omolayo, 2009, s. 455).

Pomimo tych wszystkich trudności, które napotykają kobiety z niepełnosprawnością w zakresie budowania i utrzymywania poziomu samooceny i poczucia własnej wartości, badania przeprowadzone przez H. M. de Klerk i L. Ampousah (2003, s. 1135), sygnalizują ogólne dobre samopoczucie badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchową. Wskazują na to ich wypowiedzi, np.: „Czuję się świetnie i jestem z siebie zadowolona” lub "Ja zaakceptowałam siebie i jestem zawsze szczęśliwa". Co więcej, na pytanie: "Jak postrzegasz siebie jako osobę?", badane kobiety w większości odpowiadały, że pomimo posiadania niepełnosprawności ruchowej, uważają siebie za całkiem zdolne jednostki.

Dostępna literatura dostarcza wiele badań przeprowadzonych na przestrzeni lat odnośnie ogólnej samooceny osób z niepełnosprawnością. Dostępne badania wykazały m.in. różnice w poziomie samooceny u osób pełnosprawnych i z niepełnosprawnością (np. P. Majewicz, 2002, s. 86; P. Borowiecki, 2015, s. 124), w tym u pełnosprawnych kobiet i z niepełnosprawnością (M. A. Nosek i in., 2003, s. 1737); powiązania samooceny ze statusem zatrudnienia kobiet z niepełnosprawnością ruchu (M. A. Nosek, R. B.

Hughes, 2003, s. 228); związki poziomu samooceny kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu z charakterem posiadanej niepełnosprawności oraz wiekiem jej nabycia (M. A. Nosek, C. A. Howland, D. H. Rintala i in., 2001, s. 8); wpływ postaw społecznych na posiadany poziom samooceny kobiet z niepełnosprawnością (P. S. Perduta-Fulginiti, 1996, s. 298; M. A. Nosek, R. B. Hughes, 2003, s. 228). Niemniej pomijane są kwestie powiązań samooceny z akceptacją niepełnosprawności u osób z nabytymi ograniczeniami ruchu.

3.1.2 Nadzieja

W literaturze przedmiotu uwagę zwraca fakt niejednoznaczności w zakresie definiowania nadziei. Badacze ujmują ją w zróżnicowany sposób, zachowując przy tym przekonanie o istotnej roli, jaką pełni ona w życiu każdego człowieka. Najczęściej zwraca się uwagę na cztery kluczowe elementy tego zjawiska, tj. koncentrację na przyszłości; wiarę w lepszą przyszłość od terażniejszości; przekonanie o pomyślności swych działań osoby pełnej nadziei; podkreślenie poznawczych i afektywnych aspektów nadziei (P. Dorsett, 2010, s. 86). Nadzieja rozpatrywana była w kontekście przypisywanego jej emocjonalnego charakteru jako jedna z emocji pozytywnych. Obecnie jednak w wyjaśnianiu tego terminu dominuje podejście poznawcze (E. Trzebińska, 2008, s. 96-97).

Twórcą teorii nadziei utrzymanej w perspektywie poznawczej jest C. R. Snyder (2000). Autor uważa, że: „nadzieja jest rodzajem myślenia skierowanego na cel, w którym posiadający nadzieję spostrzegają siebie jako zdolnych do osiągnięcia pożądanego celu przez wypracowanie dróg do niego, wraz z motywacją do zainicjowania i podtrzymania użyteczności obranych strategii” (C. R. Snyder, 2000, s. 25-26). Jednakże badacz podkreśla, że jest ona czymś więcej niż tylko zwykłym myśleniem zorientowanym wokół konkretnego celu. To znaczy, iż jednostki posiadają wypracowane trwałe indywidualne myślenie o własnych zdolnościach, które są potrzebne do wyznaczania konkretnej drogi i motywacji w pomyślnej realizacji założonych celów (C. R. Snyder, 2002, s. 250). Zatem, podkreśla on dwie rzeczy, po pierwsze przekonanie o tym, że obrany cel jest możliwy do zrealizowania, a po drugie, iż jednostka wie jak tego dokonać.

Inaczej nadzieja jest ujmowana jako dyspozycja człowieka, która odzwierciedla ogólne przekonanie, że jednostki posiadają zdolności do rozwijania mentalnych dróg i energii w kierunku dowolnego celu, co wskazuje na stabilność nadziei w czasie i kontekście (Ch. M. Hellman, M. K. Pittman, R. T. Munoz, 2013, s. 724). O

prawdopodobnej dyspozycyjności nadziei wspominali także C. R. Snyder i współpracownicy (1996, s. 321), wskazując na fakt, że dokonując pomiaru nadziei u danej jednostki, jesteśmy w stanie ocenić jej poziom na chwilę obecną w odniesieniu do bieżącego osiągnięcia celu. Niemniej jednak stabilność nadziei może zostać zachwiana z powodu przełomowych i radykalnych zmian życiowych. Zdarzenie to musi okazać się na tyle istotne, że powoduje rozpad dotychczasowego ładu życiowego jednostki doprowadzając do podważenia jej fundamentalnych przekonań odnośnie świata i jego przychylności (J. Trzebiński, M. Zięba, 2003a, s. 14). Z kolei R. Zavalloni (1999, s. 10), uważa, że posiadanie nadziei oznacza zmierzanie ku lepszej przyszłości, która wolna jest od zniewolenia terażniejszością i cierpienia, ponadto wskazuje na wiarę, iż możliwym jest dla człowieka doczekanie takiej przyszłości bądź jej osobiste stworzenie.

Zwraca się uwagę na indywidualne predyspozycje w zakresie posiadanego poziomu nadziei, szczególnie w sytuacjach trudnych (P. Dorsett, 2010, s. 85; por. E. Białous, J. Trzebiński, 2014, s. 409). Zdaniem J. Trzebińskiego i M. Zięby (2003a, s. 7), rozumienie nadziei podstawowej zaproponowane przez E. H. Eriksona, obejmuje poglądy człowieka na strukturę świata. Natomiast współczesna psychologia, termin ten odnosi zwłaszcza do przekonań osoby na własny temat, jej szans w realizacji zakładanych celów oraz pomyślności przyszłych zdarzeń.

W oparciu o założenia E. H. Eriksona i C. R. Snydera, powstała w Polsce koncepcja nadziei zaproponowana przez J. Kozińskiego (2006, s. 37-38). Autor proponuje rozumienie jej jako „wielowymiarową strukturę poznawczą, której centralnym składnikiem jest przekonanie, że w przyszłości człowiek otrzyma dobro (osiągnie ważny cel) z określonym stopniem pewności, czyli z określonym prawdopodobieństwem” (J. Koziński, 2006, s. 37). Pisząc o wielowymiarowości struktury, badacz wskazuje na wielość składników, wchodzących w jej skład, m.in. afiliatywny, emocjonalny, sprawczy oraz temporalny. Składnik afiliatywny obejmuje innych ludzi, instytucje, kościoły, dzieła kultury czy Boga itd., który pełni ważną rolę w nadziei i w samonadziei. Pomagają one stworzyć lub rozwinąć wiarę człowieka w pomyślność przyszłości, chroniąc przed wszechogarniającą beznadziejnością. Kolejnym elementem jest składnik emocjonalny, który w nadziei odgrywa podstawową rolę i jest z nią nierozłączny. Zdaniem autora szeroki wachlarz emocji towarzyszy nadziei, zwłaszcza tych pozytywnych. Z kolei składnik temporalny, który występuje w strukturze nadziei, obejmuje przyszłość, przeszłość i terażniejszość. Jednakże znaczenie okresu terażniejszego i przeszłego jest wtórne w stosunku do przyszłości. Inny, bo dynamiczny charakter przypisuje się

składnikowi sprawczemu, który wpływa na różne procesy społeczne i psychiczne. Ponadto pełni on funkcję motywacyjną, decyduje o stabilności działania oraz stymuluje działania planowania środków (J. Koziński, 2006, s. 42-46).

J. Koziński (2006, s. 38-42) w swej pracy zwrócił uwagę na różne oblicza nadziei. Autor przyjmując dwa kryteria podziału wyróżnił cztery rodzaje omawianego zjawiska. Pierwszego rozróżnienia dokonał w oparciu o cechy pasywna - aktywna, z kolei drugiego na podstawie cech partykularna (pojedyncza) - generalna (ogólna). Nadzieja pasywna stanowi przekonanie jednostki, że po czasie biernego oczekiwania, osiągnie ona zakładany cel z określonym prawdopodobieństwem, zachowując przy tym pozytywne emocje. Bardzo często takie działanie prowadzi do frustracji. Z kolei nadzieję aktywną można scharakteryzować jako przekonanie, iż dzięki silnej motywacji, która podtrzymuje i inicjuje działanie oraz umiejętności wykonywania zadań, człowiek osiągnie zamierzony sobie cel z określonym prawdopodobieństwem. Zatem osoba jest uznana za dynamiczną i aktywną. Autor wyróżnia również nadzieję partykularną, czyli ukierunkowaną na jeden konkretny cel do osiągnięcia, w określonym czasie, miejscu i z określonym prawdopodobieństwem (np. nadzieja pasywna, aktywna). Innym rodzajem jest nadzieja generalna (absolutna, ogólna), która także bywa aktywna oraz pasywna. Nie dotyczy ona jakiegoś ustalonego celu czy wyniku, jest ona ogólnym i trwałym przekonaniem, iż w dalszej lub bliższej przyszłości, pojawią się ważne, nowe zadania, których rozwiązanie przyniesie pozytywne dobra i wartości. Pełni ona ważne funkcje w egzystencji człowieka, m.in. wpływa na poczucie sensu życia oraz na nadzieję partykularną (J. Koziński, 2006, s. 38-42).

Co interesujące, E. Trzebińska (2008, s. 97), zwraca uwagę na konieczność odróżnienia nadziei od optymizmu, akcentując różnice obu zjawisk⁵. Sygnalizowane jest także odróżnienie nadziei od poczucia własnej skuteczności, gdyż zjawiska te pełnią zupełnie inne funkcje oraz pojawiają się na innym etapie działania (E. Trzebińska, 2008, s. 103; por. D. Krok, 2013, s. 157). Poczucie własnej skuteczności pełni ważną rolę w trakcie decyzji o zainicjowaniu jakiegoś działania oraz motywuje do jego podjęcia. Z kolei nadzieja jest obecna przy okazji działań zmierzających do osiągnięcia celu, monitorując je i podtrzymując, nie zważając na pojawiające się trudności. Ponadto, jak zauważa J. Koziński (2006, s. 52), poczucie własnej skuteczności jest mniej zabarwione emocjonalnie.

⁵ Zdanie badaczy na temat związków optymizmu z nadzieją jest zróżnicowane. Jedni uważają je za synonimy lub wyrazy bliskoznaczne, z kolei inni wskazują na zasadnicze między nimi różnice.

Nieco inne ujęcie nadziei proponują J. Trzebiński i M. Zięba (2003a, s. 6; 2003b, s. 4). Autorzy wprowadzili do literatury termin „nadzieja podstawowa”, opierając swą koncepcję na założeniach E. H. Eriksona. Zasadność stosowania tego określenia (zamiast nadzieja) argumentują tym, iż jest ono uważane przez E. H. Eriksona za jedną z cnót/sił/kompetencji podstawowych ego (spośród ośmiu przez niego wprowadzonych). Ponadto wskazują oni, że dodanie określenia „podstawowa”, ułatwi odróżnienie tego pojęcia od potocznego, ale także od nadziei proponowanej w psychologii oznaczającej poczucie jednostki, iż „rzeczy będą układały się pomyślnie” (J. Trzebiński, M. Zięba, 2003a, s. 6-7). Autorzy termin ten definiują jako szczególne przekonanie osoby odnośnie dwóch właściwości świata, po pierwsze jego sensowności i uporządkowania, a po drugie jego przychylności wobec ludzi. Zazwyczaj przekonania te są niezwerbalizowane i odnoszą się do „prywatnej teorii świata”, bądź światopoglądu człowieka, który jest głównie nieuświadomiony i kształtowany bardzo wcześnie (J. Trzebiński, M. Zięba, 2004, s. 173). Co więcej, poznawczo- emocjonalny charakter nadziei pozwala na interpretowanie oraz prognozowanie przyszłych wydarzeń, oraz towarzyszących im emocji i uczuć wobec nich. Zdaniem E. H. Eriksona u większości osób, nadzieja podstawowa jest na tyle silna, aby zagwarantować dalszy rozwój ich osobowości (E. Bielous, J. Trzebiński, 2014, s. 409).

Nadzieja odgrywa pozytywną rolę w trudnych sytuacjach życiowych. Jest to cecha znacząco kształtująca zachowanie jednostki w momencie pojawienia się radykalnych zmian w jej życiu, wyzwalająca pozytywne ustosunkowanie względem nich. Osoby z wysoką nadzieją, wykorzystują bardziej adaptacyjne metody radzenia sobie. Ponadto nadzieja jest niezwykle istotna w sytuacji, kiedy jednostka decyduje się rozpocząć pracę mającą na celu pokonanie posiadanych trudności, przy czym pojawia się również osoba gotowa jej w tym pomóc (E. Trzebińska, 2008, s. 150).

Jak wynika z badań J. Trzebińskiego i M. Zięby (2003a, 2003b), w sytuacjach stresowych nadzieja podstawowa pełni większą funkcję regulacyjną niż wiara we własny sukces i optymizm. Można zatem uznać, że nabycie niepełnosprawności jest takiego typu zdarzeniem, które generuje zmiany w życiu człowieka mogące oddziaływać zarówno na nasilenie, jak i treść nadziei podstawowej. Zdaniem autorów silna nadzieja podstawowa w momencie doznania straty czegoś, co narusza dotychczasowy porządek, pomaga w pogodzeniu się z nią i prowadzi do efektywnego szukania oraz budowania nowego ładu. Co więcej, strata może okazać się być impulsem dla rozwojowych zmian w osobowości człowieka (J. Trzebiński, M. Zięba, 2003a, s. 14).

Badania jakościowe nadziei u osób z niepełnosprawnością (P. Dorsett, 2010, s. 83) dostarczają informacji, że większość osób badanych uznało posiadaną nadzieję podstawową za najważniejszy czynnik pomocowy w radzeniu sobie z trudnościami wynikającymi z niepełnosprawności. Nadzieja podstawowa ma duże znaczenie dla pomyślnego przystosowania przez osoby z niepełnosprawnością, które zaobserwować można w kontekście określania i realizowania celów, próby utrzymywania niezależności i kształtowania zadowalającej satysfakcji z życia (S. Byra, 2012a, s. 121). Ponadto badania autorki wskazują na znaczące powiązania nadziei podstawowej ze stylami radzenia sobie w sytuacjach trudnych, wykorzystywanymi przez osoby z niepełnosprawnością ruchową, jednocześnie podkreślając różnice w zakresie nasilenia tej zmiennej w zależności od charakteru posiadanej niepełnosprawności. W grupie osób badanych ze stabilną niepełnosprawnością obserwowalna jest silniejsza korelacja między nadzieją podstawową a akceptowaniem doświadczanych trudności i dyspozycją do regulowania emocji niż u jednostek ze zmienną naturą posiadanych ograniczeń. Ponadto zwraca się uwagę na związek pomiędzy poziomem nadziei podstawowej a skłonnościami do zadaniowego radzenia sobie. Wśród osób ze stabilną niepełnosprawnością wyższemu poziomowi nadziei współtowarzyszy mniejsza tendencja do bezpośredniej koncentracji na problemie. Z kolei w odniesieniu do badanych ze stabilnymi ograniczeniami wyższy poziom nadziei wiąże się z wyższymi preferencjami do zadaniowego podejścia do problemu (S. Byra, 2012a, s. 375-376). Próba ustalenia związku pomiędzy nadzieją a preferowanymi strategiami radzenia sobie u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego została podjęta w badaniach P. Kennedy' ego i współpracowników (2009, s. 29). Dowiedli oni, iż nasilenie nadziei ma istotne znaczenie dla wykorzystywanych strategii zaradczych. Badacze wskazują jednak, że ocena posiadanych ograniczeń przez osoby badane, może okazać się pomocna dla zrozumienia i wyjaśnienia tej zależności. Co więcej, wysoki poziom nadziei w połączeniu z zaangażowanym radzeniem sobie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego miał znaczenie dla ich pomyślnej psychospołecznej adaptacji (H. Livneh, E. Martz, 2014, s. 335).

Inne badania S. Byry (2014b, s. 830) prowadzone w odniesieniu do osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, wykazały związek nadziei podstawowej, przekonania o własnej skuteczności jednostki w zmaganiu się z problemami oraz strategii radzenia sobie zorientowanych na rozwiązywanie problemu i na akceptacji. Dowiedziono także moderującej roli oceny niepełnosprawności w odniesieniu do związku nadziei podstawowej i strategii radzenia sobie (S. Byra, 2014a, s. 830). Ponadto autorka

wykazała, iż osoby z urazem rdzenia kręgowego, które dysponują wysokim poziomem nadziei podstawowej deklarują wyższą satysfakcję z życia (S. Byra, 2015a, s. 65).

W eksploracjach dotyczących nadziei podstawowej jej poziom zestawia się zarówno z pozytywnymi jak i negatywnymi aspektami psychospołecznego funkcjonowania osób z niepełnosprawnością ruchu (por. E. Martz, H. Livneh, 2016, s. 4). Na przykład jak wskazują wyniki badań M. Zięby (2015, s. 47), nadzieja podstawowa wiąże się znacząco ze wzrostem potraumatycznym w grupie osób, które utraciły sprawność ruchową. Wykazano, iż nadzieja podstawowa obok nadziei na sukces sprzyja doświadczaniu wzrostu potraumatycznego. Potwierdzają to również wcześniejsze eksploracje J. Trzebińskiego i M. Zięby (2013a, s. 195), jak i doniesienia z badań S. Byry (2016, s. 478), w których autorka podkreśla znaczenie nadziei podstawowej dla poszczególnych aspektów wzrostu potraumatycznego u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Z kolei doniesienia z badań T. R. Elliotta i współpracowników (1991, s. 610) oraz S. G. Lynch i współpracowników (2001, s. 413) dowodzą, iż wyższemu poziomowi nadziei towarzyszy niższy poziom depresji wśród osób z niepełnosprawnością ruchu. Na ważną rolę nadziei dla poziomu depresji kobiet z niepełnosprawnością zwróciły uwagę także T. O. Oyesanya i E. C. Ward (2016, s. 45). Autorki podkreślają, że brak nadziei jest jednym z objawów depresji u kobiet.

Ważne z perspektywy prowadzonych analiz wydaje się przedstawienie wyników badań S. Byry (2012a, s. 409) dotyczące związku nadziei podstawowej z poznawczą akceptacją posiadanych ograniczeń przez osoby z urazem rdzenia kręgowego jako jednego z elementów przystosowania. Wykazano istnienie ścisłej i pozytywnej korelacji. Zatem osoba, której towarzyszy przekonanie o sensowności świata i jego uporządkowaniu posiada wyższe skłonności do zaakceptowania własnego stanu i posiadanych ograniczeń. Co więcej, w innych badaniach autorka (S. Byra, 2018b, s. 15) również podkreśla istnienie pozytywnej zależności pomiędzy nadzieją podstawową a akceptacją niepełnosprawności (w zakresie czterech jej wymiarów) u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Dotychczasowe badania nadziei podstawowej u osób z niepełnosprawnością wskazują na powiązanie jej poziomu z takimi zmiennymi jak radzenie sobie (P. Kennedy, M. Evans, N. Sandhu, 2009, s. 29; P. Dorsett, 2010, s. 83; S. Byra, 2012a, 365; S. Byra, 2014a, s. 830), przystosowanie do życia z niepełnosprawnością (S. Byra, 2012a, s. 121),

wzrost potraumatyczny (J. Trzebiński, M. Zięba, 2013, s. 195; M. Zięba, 2015, s. 47; S. Byra, 2016, s. 478), depresja (T. R. Elliott i in., 1991, s. 610; S. G. Lynch, D. C. Kroencke, D. R. Denney, 2001, s. 4011; T. O. Oyesanya, E. C. Ward, 2016, s. 45); satysfakcja z życia (S. Byra, 2015a, s. 65); akceptacja niepełnosprawności (S. Byra, 2018b, s. 15). Zaprezentowane w literaturze wyniki badań w zakresie poziomu nadziei podstawowej osób z niepełnosprawnością ruchu nie uwzględniają kategorii płci. Ponadto trudno doszukać się badań, które bezpośrednio dotyczyłyby pomiaru nadziei u kobiet z niepełnosprawnością ruchu. Wszystkie te aspekty uzasadniają potrzebę uszczegółowionych analiz z uwzględnieniem wymienionej zmiennej.

3.1.3. Poczucie własnej skuteczności

Termin „poczucie własnej skuteczności” został wprowadzony do literatury przez A. Bandurę, co miało szczególne znaczenie zwłaszcza dla psychologii (J. Koziński, 2006, s. 52). Różne aspekty omawianego zjawiska zostały opisane i wykorzystane także w wielu dziedzinach innych nauk m.in. socjologii, medycynie, pielęgniarstwie, kinezylogii i innych (J. T. Gosselin, J. E. Maddux, 2003, s. 218).

Poczucie własnej skuteczności jest to przekonanie, że poprzez własne działanie, jednostka posiada możliwość uzyskania zamierzonego efektu (A. Bandura, 1997, s. 3). Można zatem uznać to zjawisko za względnie utrwalone i zgeneralizowane przekonanie, że osoba jest w posiadaniu odpowiednich zasobów lub możliwości, aby poradzić sobie ze stresującymi wymaganiami stawianymi przez życie. Daje motywację do działania, siłę i wytrwałość, a co najważniejsze powoduje optymistyczne nastawienie do własnej osoby oraz podejmowanych zmagania (R. Poprawa, 2001, s. 134). Podobnie termin ten definiuje A. Bańka (2005, s. 12-13) ujmując poczucie własnej skuteczności, jako wiarę człowieka w: a) posiadaną zdolność kontrolowania wydarzeń jego dotyczących; b) możliwości motywowania siebie; c) sposobność mobilizowania posiadanego potencjału poznawczego i właściwych zachowań potrzebnych do skutecznej realizacji zadań.

Z kolei J. Koziński (2006, s. 52) uważa, że poczucie to odnosi się do oceny przez jednostki własnych zdolności do wdrożenia działań i osiągnięcia przewidywanego poziomu oraz typu wykonania. Co ważne, poczucie własnej skuteczności może odnosić się zarówno do bardzo określonych zadań, jak i tych zupełnie ogólnych czy generalnych (E. Trzebińska, 2008, s. 103). Poza tym, jest ono szczególnie ważne podczas

wykonywania nowych, nieprzewidywalnych, niepewnych, stresowych, konfliktowych i transgresyjnych czynności (J. Koziński, 2006, s. 52).

Zdaniem badaczy (np. J. T. Gosselin, J. E. Maddux, 2003, s. 219) poczucie własnej skuteczności nie powinno być stricte rozumiane jako kompetencje posiadane przez jednostkę, ponieważ jest ono przekonaniem o posiadaniu lub braku określonych kompetencji oraz możliwościach ich ćwiczenia. Ponadto zdaniem E. Trzebińskiej (2008, s. 103), należy termin ten bezsprzecznie odróżnić od poczucia własnej wartości i nadziei. Zdaniem autorki zjawisko poczucia własnej skuteczności, odnosi się do przeświadczenia osoby, co do posiadania konkretnych umiejętności odpowiednich do wykonania określonego zadania. Zatem nie dotyczy ono oceny własnej wartości, a odnosi się jedynie do oceny własnych możliwości radzenia sobie z trudnościami. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na różnice pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a pewnością siebie u człowieka. Według I. M. Łukasik (2013, s. 25) w odniesieniu do poczucia własnej skuteczności istotny zdaje się być aspekt zdolności do czegoś, co można wyrazić w pytaniu: „Czy mogę to zrobić?”. Z kolei pewność siebie odwołuje się do oceny poznawczej i dotyczy jedynie oceny poczucia własnej wartości zawierającej się w pytaniu: „Kim jestem?” „W jaki sposób to odczuwam”.

Badacze J. T. Gosselin oraz J. E. Maddux (2003, s. 218-219), uznali, że dla pełniejszego zrozumienia znaczenia i rozwoju poczucia własnej skuteczności, należy odnieść się do podstaw teoretycznych omawianego zjawiska. Zdaniem autorów termin ten najlepiej wyjaśniać w kontekście społeczno- poznawczej teorii (*social cognitive theory*) zaproponowanej przez A. Bandurę (1989). Składa się ona, co najmniej z czterech elementów. Po pierwsze, ludzie posiadają silne zdolności i możliwości poznawcze, pozwalające tworzyć im wewnętrzne modele doświadczeń, dzięki którym mogą oni dokonywać oceny i obserwacji własnych myśli, emocji i zachowań. Ponadto są oni w stanie rozwijać nowe plany działania, prognozować ich wyniki oraz oceniać i testować ich przewidywane rezultaty zestawiając je z innymi własnymi doświadczeniami. Po drugie, wewnętrzne osobowościowe czynniki (poznanie, emocje, zdarzenia biologiczne) i zachowania oraz elementy środowiskowe wzajemnie na siebie wpływają. To znaczy, że jednostki reagują poznawczo, emocjonalnie i behawioralnie wobec pojawiających się zdarzeń. Co więcej, dzięki poznaniu są oni w stanie sprawować kontrolę nad własnym zachowaniem, co przekłada się na ich funkcjonowanie. Po trzecie, self i tożsamość są osadzone społecznie. Jednostka spostrzega własne i inne wzorce społecznego zachowania, emocji, działania w konkretnych sytuacjach, porównując je. Self i tożsamość nie są tylko

elementami, które osoba wnosi do interakcji z innymi, ponieważ to właśnie one są odpowiedzialne za stworzenie tej relacji, jej jakość oraz wszelkich zmian z niej wynikających. Po czwarte, wskazuje się na znaczą rolę zdolności samoregulacyjnych, wykorzystywanych przez jednostki w dążeniu do osiągnięcia określonego celu. Samoregulacja to zdolność przewidywania i wykorzystywania dotychczasowej wiedzy i doświadczeń w celu prognozowania przyszłych wydarzeń, czyjś potencjału lub zachowania (J. T. Gosselin, J. E. Maddux, 2003, s. 218-219).

Im wyższe poczucie skuteczności charakteryzuje osobę, tym ambitniejsze stawia sobie ona cele, pomimo napotykaných przeszkód. Z kolei, niższy poziom poczucia własnej skuteczności, powoduje brak odległych celów, niepewność, trudności w radzeniu sobie z wymogami otoczenia, itd. (R. Kościelak, 2010, s. 62, 113). Ponadto osoby, które cechuje silne poczucie własnej skuteczności podejmują się wykonywania trudniejszych zadań, są wytrwali, wkładają w nie wiele wysiłku, kontrolują emocje i lepiej radzą sobie z blokadami oraz trudnościami (J. Koziński, 2006, s. 52).

Motywacyjne znaczenie poczucia własnej skuteczności podkreśla Z. Juczyński (2000, s. 12). Autor uważa, że dokonywany przez jednostkę wybór sytuacji, czyli jej zaakceptowanie lub odrzucenie w odniesieniu do przewidywanych skutków ma charakter motywacyjny. Z kolei zaangażowanie się w konkretne działanie i wytrwałość w jego realizację w celu osiągnięcia sukcesu są związane z fazą działania (wolicyjną). W niej dokonuje się przekształcenie zamiarów w określone czynności, które wymagają odpowiedniego wysiłku oraz wytrwałości. Jednakże jak podkreśla J. Koziński (2006, s. 52), poczucie własnej skuteczności, nie jest jedynym elementem gwarantującym osiągnięcie sukcesu, zdaniem autora „jest on warunkiem wspomagającym, a nie decydującym”.

Na poczucie własnej skuteczności składają się trzy aspekty: siła, wielkość i ogólność. Siła odnosi się do stopnia zaufania i pewności, co do posiadanych przez jednostkę kompetencji. Z kolei wielkość przekonania, dotyczy stopnia trudności zadania oraz poczucia osoby, co do poradzenia sobie z tymi trudnościami. Ogólność natomiast związana jest z różnymi sytuacjami, w tym specyficznymi, które mogą wymagać od człowieka swoistych kompetencji kontrolnych (A. Bandura, 2007, s. 90; R. Kościelak, 2010, s. 61-62). Z kolei głównymi źródłami rozwoju poczucia własnej skuteczności są informacje zintegrowane z pięciu źródeł, są to: wyniki wcześniejszych doświadczeń (*performance experience*), które są największym źródłem informacji o własnej skuteczności; pośrednie doświadczenia (*vicarious experience*), rozumiane jako

obserwacja zachowań innych ludzi i wynikających z nich konsekwencji; doświadczenia wyobrazeniowe (*imaginal experience*), polegające na wyobrażaniu sobie siebie lub innych w zachowujących się skutecznie bądź nieefektywnie w określonych sytuacjach; perswazja werbalna (*verbal persuasion*), czyli to, co osoby mówią odnośnie posiadanych umiejętności i prawdopodobieństwie osiągnięcia sukcesu; afektywne i fizjologiczne stany (*affective and physiological states*), rozumiana jako umiejętność ludzi do kojarzenia przyjemnych emocji z sukcesami oraz słabej wydajności organizmu z brakiem osiągnięć (J. T. Gosselin, J. E. Maddux, 2003, s. 223).

Przeprowadzone badania wśród osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego przez A. Craig, N. Wijesuriya i Y. Tran (2013, s. 3), wykazały, że jednostki charakteryzujące się niskim poczuciem własnej skuteczności cechował znacznie podwyższony poziom depresyjnego nastroju i niepokoju, w porównaniu z osobami o wysokim wskaźniku poczucia własnej skuteczności. Ponadto można wnioskować, że niski poziom poczucia własnej skuteczności może świadczyć o nieprzystosowaniu się do życia osób po urazie (A. Craig, N. Wijesuriya, Y. Tran, 2013, s. 5). Inne badania wykazały, że bezradność oraz poczucie własnej skuteczności istotnie przewidywały depresję w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego oraz ze stwardnieniem rozsianym. Ponadto dowiedziono, iż osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego cechowały się znacznie wyższym poziomem poczucia własnej skuteczności oraz niższym poziomem bezradności i depresji w porównaniu z osobami ze stwardnieniem rozsianym. Badacze sugerują, że zróżnicowanie w zakresie otrzymanych wyników może być związane z niestabilnością niepełnosprawności u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (Z. M. Shnek i in., 1997, s. 287). Podobne wyniki z badań uzyskali J. Airlie i współpracownicy (2001, s. 259), którzy zwrócili uwagę, iż wyższym poziomem poczucia własnej skuteczności cechują się osoby z trwałym uszkodzeniem narządu ruchu w porównaniu z jednostkami charakteryzującymi się niepełnosprawnością o niestabilnym przebiegu. Natomiast badania S. Byry (2012a, s. 271) dowodzą, iż osoby z nabytą niepełnosprawnością ruchową charakteryzują się znacznie wyższym poziomem poczucia własnej skuteczności niż osoby chore przewlekle. Około 70% badanych z dysfunkcją narządu ruchu (N=358) cechuje się przeciętnym i wysokim przekonaniem co do posiadania zdolności zaradczych użytecznych w konfrontacji z problemami. Co więcej, autorka wskazuje, iż poziom poczucia własnej skuteczności osób badanych różnicuje podejmowaną przez nich aktywność zaradczą. Jednostki z wysokim poziomem poczucia własnej skuteczności w największym stopniu preferują style radzenia sobie polegające na zadaniowej konfrontacji

z problemem, jego akceptacji oraz poszukiwaniu wsparcia w religii i humorystycznym ich ujmowaniu. Natomiast badane osoby z uszkodzeniem narządu ruchu cechujące się przeciętnym poziomem poczucia własnej skuteczności w zmaganiu się z trudnościami najczęściej poszukiwały wsparcia w religii, stosowały środki odurzające oraz zaprzeczały istnieniu problemów. W grupie badanych oceniających w niewielkim stopniu swój aktywny udział w radzeniu sobie z trudnościami dominują style radzenia sobie polegające na poszukiwaniu wsparcia w religii i stosowaniu alkoholu bądź innych środków odurzających (S. Byra, 2012a, 351- 352). Badania S. Byry i K. Ćwirynkało (2018, s. 5) przeprowadzone w grupie studentów z uszkodzeniem rdzenia kręgowego dowodzą, iż większość z nich cechuje się niskim poziomem poczucia własnej skuteczności w radzeniu sobie z problemami. Z kolei 40% badanych cechuje wysoki poziom tej zmiennej. Ponadto wykazano, że poczucie własnej skuteczności zaradczej w większym stopniu niż samoocena i nadzieja podstawowa, odgrywa istotną rolę w wyjaśnieniu strategii radzenia sobie u studentów z uszkodzeniem narządu ruchu

Znaczenie poziomu poczucia własnej skuteczności znajduje swe odzwierciedlenie w wynikach rehabilitacyjnych osób z niepełnosprawnością. Doniesienia z badań jakościowych G. Dixon i współpracowników (2007, s. 237-238) wskazuje, iż wysoki poziom własnej skuteczności i przekonanie o swej niezależności, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn z niepełnosprawnością, przyczynia się do lepszych wyników rehabilitacyjnych (por. S. M. Miller, 2009, s. 991). Ponadto poczucie własnej skuteczności miało istotne znaczenie dla subiektywnego samopoczucia osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (N. Z. Hampton, 2004, s. 31). Warto dodać, że analiza korelacyjna przeprowadzona przez S. M. Miller (2009, s. 991), w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wykazała, że poziom poczucia własnej skuteczności nie jest znacząco związany z czasem trwania urazu, stopniem uszkodzenia oraz sytuacją życiową osób badanych.

Poczucie własnej skuteczności pełni zarówno rolę predykcyjną (np. A. M. Barnwell, D. J. Kavanagh, 1997, s. 411; S. Geyh i in., 2012, s. 699; M. M. Schmitt, Y. Goverover, 2014, s. 27; S. Byra, K. Ćwirynkało, 2018, s. 5), jak i moderacyjną (np. R. A. Mirjalili, M. Ali Besharat, S. Koochi, 2011, s. 149) w relacji pomiędzy wybranymi parametrami psychospołecznego funkcjonowania osób z niepełnosprawnością, jak również w zakresie relacji radzenia sobie z trudnościami w przebiegu procesu przystosowania i pożądanego jego efektów adaptacyjnych u osób z trwałymi ograniczeniami ruchu (S. Byra, 2011, s. 127). Na przykład jak wskazują badania R.

Wassem (1992, s. 224), poczucie własnej skuteczności jest predyktorem przystosowania do niepełnosprawności osób ze stwardnieniem rozsianym.

Co interesujące, badania S. Geyh i współpracowników (2012, s. 703) wykazały, że poczucie własnej skuteczności obok poczucia własnej wartości jest ściśle związane z poziomem uczestnictwa osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Zdaniem autorów zmienna poczucia własnej skuteczności i poczucia własnej wartości wyjaśniają około połowę wariacji w analizach odnośnie przystosowania do ograniczeń zdrowotnych, objawów depresji, wsparcia społecznego i in. u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Z kolei na związek poczucia własnej wartości oraz poczucia własnej skuteczności z funkcjonowaniem osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wskazują w swych badaniach J. Middleton, Y. Tran i A. Craig (2007, s. 1643). Autorzy, podkreślają, że strategie rehabilitacyjne mające na celu poprawę jakości życia powinny koncentrować się w pierwszej kolejności na takich czynnikach jak poziom poczucia własnej skuteczności. Na przykład, aby poprawić poziom poczucia własnej skuteczności kobiet ze stwardnieniem rozsianym badacze proponują, aby wykorzystać technikę zwaną emocjonalnym treningiem inteligencji (Z. Mehrabi i in., 2017, s. 421).

Inne badania (S. Byra, 2011, s. 127) koncentrujące się na poczuciu własnej skuteczności w kontekście radzenia sobie osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową dowodzą, iż płeć jest czynnikiem różnicującym ogólne poczucie własnej skuteczności oraz charakter jego powiązań ze stylami oraz strategii radzenia sobie z trudnościami wynikającymi z trwałych ograniczeń. Zwrócono uwagę, że ściśle powiązanie poczucia własnej skuteczności ze stylami i strategiami radzenia sobie jest znacznie bardziej rozbudowane u kobiet z niepełnosprawnością w porównaniu z mężczyznami. Badani mężczyźni z niepełnosprawnością w porównaniu z kobietami, charakteryzują się znacznie silniejszymi przekonaniem odnośnie własnej skuteczności zaradczej. Jednakże, pomimo ustalonych różnic pomiędzy badanymi kobietami i mężczyznami w tym zakresie, preferowane style i strategie radzenia sobie z trudnościami badanych osób (bez względu na ich płeć), mają większe znaczenie dla kształtowania poczucia własnej skuteczności niż odwrotnie (S. Byra, 2011, s. 133). Różnice płciowe w zakresie posiadanego poczucia własnej skuteczności, zostały również zaobserwowane w grupie osób ze stwardnieniem rozsianym. Jak wskazują wyniki badań to kobiety cechowała znacznie większa wiara we własne zdolności do funkcjonowania, pomimo posiadanej niepełnosprawności w porównaniu z mężczyznami (C. Fraser, S. Polito, 2007, s. 102). Po części potwierdzają to doniesienia z badań M. A. Wrześnińskiej, K. Opuchlik i J. Kocura (2008, s. 315), które

wskazują na zróżnicowanie poziomu poczucia własnej skuteczności ze względu na płeć badanych osób ze stwardnieniem rozsianym, co interesujące wiek badanych i czas trwania choroby nie były w tym przypadku znaczące. Jednakże autorki badań, wskazują na mężczyzn jako tych, którzy cechują się wyższym poziomem poczucia własnej skuteczności w porównaniu z badanymi kobietami z niepełnosprawnością.

Dotychczasowe doniesienia empiryczne dowodzą znaczącej roli poczucia własnej skuteczności dla funkcjonowania osób z niepełnosprawnością ruchową. Badacze zwracają uwagę na szczególną jego wartość w oddziaływaniach rehabilitacyjnych skierowanych wobec osób z uszkodzeniem narządu ruchu (m.in. G. Dixon, E. W. Thornton, C. Young, 2007, s. 237; S. M. Miller, 2009, s. 991; A. Craig, N. Wijesuriya, Y. Tran, 2013, s. 5). Niewiele jest natomiast weryfikacji empirycznych koncentrujących się na określeniu roli poczucia własnej skuteczności dla akceptacji niepełnosprawności przez osoby z posiadanymi ograniczeniami ruchowymi, w tym kobiety doświadczające niepełnosprawności ruchowej.

3.2. Społeczne zasoby radzenia sobie kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu

3.2.1. Wsparcie społeczne

Dostępne opracowania naukowe, dostarczają wiele informacji na temat zasobów społecznych wspomagających skuteczne radzenie sobie ze stresem. Najczęściej wymieniane jest wsparcie społeczne. Termin ten jest niejasny i wieloznaczny pod względem zakresowym oraz treściowym. Jak wskazują J. Kirenko i S. Byra (2011, s. 103) literatura odnosząca się do wsparcia społecznego (pomimo swej obszerności) ma głównie charakter empiryczny, co nie przekłada się na powstawanie spójnych teorii mogących przyczynić się do lepszego wyjaśnienia natury omawianego zjawiska. Rozważania teoretyczne odnośnie rozumienia i definiowania tego terminu są podejmowane raczej sporadycznie. W związku z tym trudno jest doszukać się uniwersalnej i zadowalającej definicji wsparcia społecznego, która by jednoznacznie oddawała istotę rzeczy (J. Kirenko, 2002, s. 75; por. H. Sęk, 2012, s. 19; J. Kirenko, 2018, s. 44). Zauważalne trudności definicyjne i konceptualizacyjne terminu „wsparcie społeczne”, mają wielopłaszczyznowy charakter i spowodowane są głównie genezą zajmowania się tym zjawiskiem, odnoszeniem się do doświadczeń praktycznych jednostki, podyktowanych potrzebą niesienia pomocy innym (J. Szymańska, J. Sienkiewicz, 2011, s. 550).

Termin „wsparcie społeczne” jest rozpatrywany wielokontekstowo, co wyznacza sposób jego definiowania oraz przyjmowanie w rezultacie postaci definicji cząstkowych. Większość z nich ma charakter fragmentaryczny, wycinkowy oraz odnosi się do wybranych aspektów, takich jak m.in. indywidualne cechy osoby wspomagającej i wspomaganej, a także relacje między nimi, specyficzne elementy danej sytuacji; cele, potrzeby, pełnione funkcje w odniesieniu do konkretnych płaszczyzn funkcjonowania jednostki (J. Kirenko, 2002, s. 81; J. Kirenko, S. Byra, 2011, s. 104). Problematyka wsparcia społecznego jest rozpatrywana w kontekście m.in. stresu i radzenia sobie (gdzie wsparcie społeczne ujmowane jest jako zmienna pośrednicząca pomiędzy sytuacjami stresującymi a stanem zdrowia jednostki) (D. Włodarczyk, 1999, s. 95) oraz w odniesieniu do wypalenia zawodowego, reakcji na traumatyczne wydarzenia, wybranych mechanizmów zdrowia i choroby, a także organizowania pomocy psychologicznej (H. Sęk, 2012, s. 19).

Można zatem wsparcie społeczne rozumieć m.in. jako: otrzymywanie pomocy od znaczących bliskich osób bądź instytucji w formie praktycznej pomocy, oparcia, informacji i rady (W. Bandura-Madej, 1996, s. 27); oczekiwaną pomoc, będącą dostępną dla jednostki lub grupy w sytuacjach stresowych, trudnych bądź przełomowych, których nie są w stanie samodzielnie przezwyciężyć (J. G. Sarason, za: Z. Kawczyńska-Butrym, 1998, s. 87; por. S. Kawula, 1996, s. 6-7).

Wsparcie społeczne jest ujmowane również jako zasób indywidualny, potencjalnie dostępny, który bierze się ze specyficznych relacji w obrębie sieci społecznych każdego człowieka (D. Włodarczyk, 1999, s. 98). Jednakże H. Sęk (2003, s. 17), podkreśla trudności w rozstrzygnięciu, czy wsparcie społeczne należy rozpatrywać w kategoriach zasobu przynależnego jednostce, czy raczej jako kategorię społeczną. Niemniej autorka przychyliła się do ujmowania wsparcia społecznego jako pierwotnego zasobu społecznego mając na uwadze potrzebę pewnych warunków wewnętrznych podmiotu do jego uruchomienia. Co ważne, zdaniem J. Szymańskiej i J. Sienkiewicz (2011, s. 550), samo posiadanie przez jednostkę wsparcia jako zewnętrznego zasobu, nie jest równoważne z umiejętnościami radzenia sobie. Osoba musi być w gotowości do sprawczego przetworzenia i wykorzystania otrzymywanego wsparcia, ponieważ jest ono niezbędne do uzyskania stanu optymalnego przystosowania.

Na uwagę zasługuje również rozumienie pojęcia wsparcia społecznego w kontekście problematyki radzenia sobie. W tym ujęciu traktowane jest ono jako pewien rodzaj interakcji społecznej zainicjowanej w konkretnej sytuacji i zorientowanej

celowościowo (S. Kawula, 1996, s. 12-16), interakcji nawiązywanej w celu pomocy jej uczestnikom (jednemu lub obu) w przezwyciężaniu trudności, rozwiązywaniu problemów (E. Marynowicz-Hetka, 2006, s. 516). Autorka uważa, że interakcja obejmuje konkretne działania jednych jednostek wobec innych i jest ukierunkowana na rodziny, grupy społeczne, jednostki znajdujące się w trudnej sytuacji, podkreślając przy tym znaczenie elementów samopomocowych i afektywnych w tej relacji. Podobnie wsparcie społeczne w kontekście radzenia sobie ujmują B. Lelonek i E. Kamusińska (2011, s. 35) wskazując, iż jest ono szczególnym rodzajem i sposobem pomocy jednostce zwłaszcza w celu mobilizowania jej zasobów oraz sił do samodzielnego poradzenia sobie z problemami. Zatem jego celem jest radzenie osobie, która potrzebuje pomocy w trudnej sytuacji (por. J. Kirenko, 2018, s. 44). Co ważne, dla skuteczności wymiany społecznej niezbędna jest trafność między otrzymanywanym a oczekiwanym wsparciem (J. Kirenko, 2006, s. 114-115; H. Sęk, R. Cieślak, 2006, s. 20-21). Zdaniem K. Czerwińskiej (2018, s. 166) udzielane wsparcie powinno mieć charakter podmiotowy, podkreślające zdolności i możliwości człowieka do samostanowienia oraz jego prawo do odmowy skorzystania z pomocy lub jej odrzucenie ze względu na oferowaną formę.

W toku prowadzonej analizy należy zwrócić uwagę na dostępne w literaturze rozróżnienie wsparcia społecznego ze względu na jego strukturę i funkcje. W strukturalnym ujęciu wsparcie społeczne ujmowane jest jako „obiektywnie istniejące i dostępne sieci społeczne, które wyróżniają się od innych sieci tym, że poprzez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych, przynależności, pełnią funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w trudnej sytuacji” (H. Sęk, R. Cieślak, 2006, s. 14-15). Wymienione sieci społeczne określane są też źródłami wsparcia (H. Sęk, 2003, s. 23), tworzą je zazwyczaj takie podmioty jak członkowie rodziny (żona, mąż, rodzice, dzieci, rodzeństwo i dalsi krewni), osoby pozarodzinne (przyjaciele, koledzy i koleżanki, sąsiedzi i znajomi), współpracownicy i przełożeni, grupy wyznaniowe określonej religii, profesjonaliści w zakresie udzielania pomocy (lekarze, terapeuci, pracownicy socjalni). Osoba, po pierwsze spotyka się z wymienionymi podmiotami sieci społecznej utrzymując z nimi różnorodne więzi i po drugie, dokonuje wymiany wzajemnych usług, informacji, doświadczeń, dóbr kulturalnych, materialnych i rzeczowych (M. Winiarski, 2014, s. 39). Z kolei S. Kowalik (1999, s. 174-175), wskazuje na trzy kręgi społecznego zabezpieczenia, które posiada jednostka. Zdaniem autora największe wsparcie osoba otrzymuje od bliskiej rodziny, współmałżonka i przyjaciół, dość znaczne wsparcie dostarcza dalsza rodzina i koledzy, natomiast najsłabsze więzi społeczne utrzymuje ona z

sąsiadami i znajomymi z pracy. Wskazując na funkcje, jakie pełnią systemy oparcia, A. Axer (za: J. Kirenko, 2006, s. 108) wymienia jednostki z najbliższego otoczenia osoby (wpływające pozytywnie na jej psychiczne i fizyczne zdrowie poprzez swoje zachowanie, uczucia i postawy); instytucje bądź sieci instytucji (udzielające pomocy psychologicznej, medycznej i społecznej); organizacje pomocy (gdzie uzyskiwana pomoc pochodzi od profesjonalistów lub spontanicznie powstających grup wolontaryjnych czy stowarzyszeń). Należy dodać, że naturalne sieci wsparcia gdzie otrzymywana pomoc jest dobrowolna i wzajemna są najbardziej korzystne oraz skuteczne dla jednostek, z uwagi na ich łatwość dostępu, bezkosztowość i brak stygmatyzacji (H. Sęk, 2003, s. 21).

Analizując kategorię wsparcia strukturalnego brane są pod uwagę takie jego parametry jak gęstość sieci (rozumiany jako obszar, w którym jednostki wchodzi w interakcje ze sobą), jej wielkość, dostępność, spójność, systematyczność, homogeniczność lub heterogeniczność, obiektywność, subiektywność, bliskość geograficzna (H. Sęk, R. Cieślak, 2006, s. 15-16). Zdaniem autorów najważniejsze cechy wśród wymienionych to dostępność sieci, szczególnie w przypadku osób pozbawionych naturalnych źródeł wsparcia oraz poziom prospołeczności, a w szczególności altruizm.

Z kolei ujęcie funkcjonalne, wsparcie społeczne definiuje jako „rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej” (H. Sęk, R. Cieślak, 2006, s. 18). Interakcja ta ma na celu przezwyciężenie trudności oraz reorganizację zaburzonej relacji jednostki z otoczeniem. W momencie wystąpienia sytuacji trudnej zostaje podjęta interakcja i związana z nią wymiana informacji i emocji, która może być jedno- albo dwustronna o stałym lub zmiennym charakterze (H. Sęk, 1991, s. 493-498). Ponadto, tak ujmowane wsparcie może zachodzić w diadzie, między grupą a jednostką i pomiędzy grupami. Co więcej, podstawą tych interakcji są istniejące kontakty społeczne (H. Sęk, R. Cieślak, 2006, s. 18).

Uwzględniając funkcję, jaką pełni wsparcie społeczne, w literaturze przedmiotu odnaleźć można takie jego formy jak m.in.: instrumentalne (jest rozumiane jako pewien rodzaj instruktażu, który polega na przekazaniu informacji odnośnie konkretnych sposobów postępowania); materialne (obejmuje nie tylko pomoc finansową czy rzeczową, ale również bezpośrednie działanie jednostki na rzecz innej osoby np. udostępnienie schronienia, karmienie, zaopatrzenie w lekarstwa i in.); emocjonalne (polega na okazywaniu emocji współczucia, zrozumienia, które będą odzwierciedlały pozytywny stosunek i troskę o osobę wspieraną); wartościujące (oparte na okazywaniu uczuć

akceptacji i uznania drugiej osoby, potwierdzania jej wartości i znaczenia dla życia społecznego); informacyjne (poznawcze, odnosi się do wymiany informacji, które pozwolą jednostce lepiej zrozumieć sytuację, w jakiej się znajduje, w tym również komunikatów zwrotnych o skuteczności podejmowanych przez nią działań zaradczych); duchowe (szczególny rodzaj wsparcia, na którego zapotrzebowanie może pojawić się w sytuacjach krytycznych, takich jak np. choroba terminalna czy śmierć bliskiej osoby) (S. Kawula, 1996, s. 6-7; S. Kowalik, 1999, s. 175; Z. Kawczyńska-Butrym, 1998, s. 86-90; J. Kirenko, 2002, s. 86-87; H. Sęk, 2003, s. 23-24; J. Kirenko, 2006, s. 112-113; H. Sęk, R. Cieślak, 2006, s. 18-21; E. Rutkowska, 2012, s. 45-46; J. Kirenko, 2018, s. 44). Zdaniem H. Sęka (2003, s. 24), aby udzielane wsparcie było skuteczne należy dostosować jego rodzaj do potrzeb osoby wspomaganiej. Wymienione rodzaje wsparcia społecznego są najczęściej przywoływanymi w literaturze i nie wyczerpują istniejących podziałów i klasyfikacji.

Właściwości wsparcia ze względu na pełnione funkcje, stały się podstawą do jeszcze innego podziału na wsparcie otrzymywane (*received social support*) i wsparcie spostrzegane (*perceived support*). Wsparcie otrzymywane jest relacjonowane subiektywnie lub oceniane subiektywnie przez jego biorcę jako rzeczywistą ilość i rodzaj wsparcia. Podczas jego pomiaru można również ocenić trafność i adekwatność wsparcia. Z kolei wsparcie spostrzegane ma związek z przekonaniami i wiedzą jednostki na temat tego, od kogo i gdzie może uzyskać pomoc w sytuacji trudnej. Ocenic można w tym przypadku przekonanie o dostępności sieci wsparcia osoby, poczucie braku wsparcia oraz stopień samotności. Oba wymienione rodzaje wsparcia zależą m.in. od sytuacji trudnej, potrzeb osoby wspieranej oraz cech dostępnych sieci społecznych. Ponadto ważne są również właściwości osoby wspieranej oraz posiadanych przez nią zasobów osobistych (H. Sęk, R. Cieślak, 2006, s. 20).

Wyjaśnienie mechanizmów wsparcia społecznego jest możliwe za pomocą opracowanych modeli. Do najbardziej popularnych należą hipoteza efektu buforowego/pośredniego (obejmuje funkcje ochronne przed ujemnymi skutkami stresu, zapobiegając możliwym zagrożeniom i patologiom) oraz hipoteza efektu głównego/bezpośredniego (zwana również mechanizmem prostym, wyraża się w funkcjach prozdrowotnych i bezpośrednich działaniach zmierzających ku zachowaniu zdrowia jednostki) (H. Sęk, R. Cieślak, 2006, s. 24-28; por. J. Kirenko, S. Byra, 2012, s. 110-111).

Wsparcie społeczne jest szczególnie uwzględniane w badaniach osób z niepełnosprawnością, gdzie ujmowane jest, jako kluczowy zasób radzenia sobie z negatywnymi konsekwencjami wynikającymi z posiadanych trwałych ograniczeń w ruchu (H. Tough, J. Siegrist, Ch. Fekete, 2017, s. 14).

Tematykę wsparcia społecznego osób z niepełnosprawnością w swych pracach porusza m.in. J. Kirenko (2002, 2004, 2006, 2018), podkreślając rolę wsparcia społecznego w radzeniu sobie w trudnej sytuacji i przystosowania do niepełnosprawności. Zdaniem autora udzielanie wsparcia jednostkom z ograniczoną sprawnością opiera się na posługiwaniu się takimi formami pomocy, które wykorzystywałyby niezaburzone struktury i funkcje organizmu do wykazania maksymalnych możliwości samodzielnej egzystencji. Dowodzi on, że kluczową rolę w sieci wsparcia osób z niepełnosprawnością pełni: rodzina, przyjaciele, współpracownicy i koledzy (J. Kirenko, 2004, s. 11-12; por. L. Marszałek, 2009, s. 204). W przypadku osób z niepełnosprawnością określony zakres i rodzaj wsparcia społecznego powinien być uzależniony od stopnia posiadanych ograniczeń sprawności. Co ważne, największe zapotrzebowanie zwłaszcza tuż po nabyciu niepełnosprawności jest na wsparcie emocjonalne (J. Kirenko, 2002, s. 12; 2006, s. 117), które traktowane jest jako ważny element kompleksowej rehabilitacji tych osób (E. Rutkowska, 2012, s. 39). Ponadto wsparcie społeczne wpływa znacząco na uczestnictwo osób z niepełnosprawnością ruchową w różnych aspektach życia oraz na ich powrót do optymalnego funkcjonowania w społeczeństwie (A. S. Forouzan i in., 2013, s. 663, por. K. M. Król, 2017, s. 83).

J. Kirenko (2018, s. 44) jest zdania, że przystosowanie do życia z niepełnosprawnością oraz zaakceptowanie sytuacji niepełnosprawności jest niemożliwe bez adekwatnego wsparcia społecznego. Zdaniem autora, jednostka po nabyciu trwałych ograniczeń ruchu posiada ogromne trudności przystosowawcze, gdzie największym środowiskiem wsparcia okazuje się być rodzina z uwagi na utratę kontaktu z drugim i trzecim kręgiem społecznym (J. Kirenko, 2004, s. 12; por. J. Mactavish, Y. Iwasaki, 2005, s. 27). Jednakże, co należy podkreślić, radzenie sobie rodziny z niepełnosprawnością, jednego z jej członków również zależy od wsparcia społecznego, jak i dysponowanych zasobów czasowych, materialnych, ludzkich i kulturowych (I. Taranowicz, 2002, s. 112).

Badania J. Kirenko (2018, s. 49) dowodzą, że najwyższy poziom wsparcia społecznego w zakresie afirmacji, emocji, pomocy i sumy funkcjonalnej charakteryzuje osoby z dysfunkcją narządu ruchu o pozytywnej orientacji mieszanej retrospektywno-prezentystycznej lub negatywnej orientacji prospektywnej. Osoby te cechuje silne

przywiązanie do przeszłości i wspomnień z okresu sprawności, co wzbudza pozytywne uczucia przede wszystkim względem grup źródłowych, a zwłaszcza osób znaczących, które towarzyszyły im w tym okresie życia. Z kolei najniższy poziom wsparcia społecznego obejmuje osoby badane charakteryzujące się pozytywną orientacją retrospektywno-prospektywną będącą odniesieniem do etapu radzenia sobie z niepełnosprawnością, w którym zdaniem osób badanych okazywane im wsparcie było niższe od oczekiwanego.

Interesujących rezultatów dostarczyły badania C. Robb. B. Small i W. E. Haley (2008, s. 429; por. M. P. Jensen i in., 2014, s. 164), dowiedli oni różnice płciowe w zakresie zasobów wsparcia społecznego osób z niepełnosprawnością będących w związku małżeńskim. Badani mężczyźni otrzymywali mniejsze wsparcie niż badane kobiety z niepełnosprawnością. To właśnie kobiety w porównaniu z mężczyznami znajdują znacznie więcej źródeł wsparcia i są w tym poszukiwaniu bardziej skuteczne. Ponadto intensywniej i znacznie chętniej z nich korzystają (T. Rostowska, 2008, s. 61).

Kwestie grup samopomocowych, organizacji pozarządowych oraz instytucjonalnych źródeł wsparcia działających na rzecz kobiet z niepełnosprawnością porusza w swej książce A. Nowak (2012, s. 238-250). Wskazuje ona na szereg organizacji i stowarzyszeń działających w Polsce, mających na celu poprawę sytuacji życiowej kobiet z niepełnosprawnością za pośrednictwem rehabilitacji społecznej, leczniczej i zawodowej. Autorka podkreśla, iż rozumne wsparcie jest elementem sprzyjającym rozwojowi i właściwej adaptacji człowieka do trudnej sytuacji. Zatem A. Nowak (2012, s. 244) postuluje, aby przy okazji udzielania wsparcia kobietom z niepełnosprawnością, uwzględniać ich wiek, rodzaj oraz stopień niepełnosprawności, typ aktywności, postawy, jak również specyfikę samej sytuacji trudnej.

W odniesieniu do kobiet z niepełnosprawnością ruchu, badacze koncentrują się na roli, rodzaju i poziomie wsparcia społecznego w odniesieniu do konkretnych aspektów ich życia. Na przykład w sytuacji opieki okołoporodowej i macierzyństwa (J. Morrison i in., 2014, s. 1134; A. Bednarczyk i in., 2015, s. 201; A. Wołowicz-Ruszkowska, 2015, s. 2; R. M. Powell i in., 2017, s. 345; A. Król, 2018, s. 91). Na przykład A. Król (2018, s. 91) podkreśla znaczenie wsparcia finansowego dla kobiet z niepełnosprawnością z uwagi na zwiększone koszty rodzicielstwa, trudności w godzeniu pracy zawodowej i roli rodzicielskiej. Autorka zwraca uwagę na gospodarowanie czasem przez kobiety z niepełnosprawnością, które z powodu większej ilości czasu potrzebnego na wykonywanie wybranych czynności dnia codziennego- w celu zapewniania jak najlepszej opieki nad

dzieckiem- ograniczają pracę zawodową. Z kolei A. Wołowicz-Ruszkowska (2015, s. 5) wskazuje na konieczność wsparcia kobiet z niepełnosprawnością w zakresie opieki okołoporodowej opierając swoje implikacje na doświadczeniach i krytyce badanych kobiet z niepełnosprawnością w tym zakresie. Warto podkreślić, że wielu autorów badań (L. Grue, K. T. Laerum, 2002, s. 671; M. Prunty i in., 2008, s. 704; A. Migalska, A. Król, 2012, s. 86; C. L. Shandra, D. P. Hogan, S. E. Short, 2014, s. 209; C-N. Spigelman, 2015, s. 928; A. Wołowicz-Ruszkowska, 2015, s. 13; A. J. Wint, D. L. Smith, L. I. Iezzoni, 2016, s. 7; J. Jacob, 2017, s. 95; L. I. Iezzoni i in., 2017, s. 81- 82) w swoich opracowaniach przygotowało gotowe wskazówki wsparcia kobiety z niepełnosprawnością ruchu, mogące usprawnić opiekę prenatalną (por. A. Gabryś, 2018, s. 11).

Innym obszarem wymagającym wsparcia kobiety z niepełnosprawnością ruchu jest aspekt ich samotności i przeżywanej depresji (J-W. Noh i in., 2016, s. 1; C. B. Warner i in., 2017, s. 1) (zwłaszcza kobiet z niepełnosprawnością w starszym wieku (A. L. Terril, I. R. Molton, 2018, s. 1) oraz zdrowia psychicznego i samopoczucia (J. L. T. Smith, 2015, s. 16; H. Tough, J. Siegrist, Ch. Fekete, 2017, s. 1; Z. Aitken i in., 2017, s. 1247). Niewystarczający poziom lub brak postrzeganego wsparcia społecznego ma istotne znaczenie dla poziomu depresji, zarówno u kobiet, jak i mężczyzn z niepełnosprawnością (Y. Yang, 2006, s. 355; M. P. Jensen i in., 2014, s. 164). Interesującym jest, iż jak wskazują N. Hsieh i L. Waite (2019, s. 362) dla dobrostanu jednostki z niepełnosprawnością znaczące jest oprócz wsparcia społecznego, aktywne życie społeczne, które związane jest ze spędzaniem większej ilości czasu z innymi, co prowadzi do redukcji samotności tych osób.

A. Bednarczyk i współpracownicy (2015, s. 215) zwracają uwagę na kwestie wsparcia kobiet z niepełnosprawnością ruchu w kontekście ich samodzielności. Badane kobiety podkreślały, że medialny wizerunek kobiet z niepełnosprawnością jako potrzebujących pomocy i bezradnych zniekształcał ich wizerunek, co potęgowało w nich ogromną potrzebę samodzielności. Jako główne źródło wsparcia badane kobiety podkreślały rolę rodziny. Z kolei autorki badań zwróciły uwagę na adekwatność i umiejętność udzielania omawianego wsparcia kobietom z niepełnosprawnością ruchu przez członków ich rodzin, co wiąże się z koniecznością ich edukacji w tej kwestii.

Wsparcie społeczne u kobiet z niepełnosprawnością ruchu jest również podkreślane w odniesieniu do doświadczanego przez nie stresu (R. B. Hughes i in., 2005, s. 14; M. A. Nosek, R. B. Hughes, S. Robinson-Whelen, 2008, s. 179) czy przemocy (M. A. Nosek, C. C. Foley i in., 2001, s. 186). Badacze zwracają uwagę, iż braki w zakresie

wsparcia społecznego kobiet dysfunkcją narządu ruchu potęgują uczucia przeżywanego przez nie stresu (R. B. Hughes i in., 2005, s. 14). Podobnie, kluczowym elementem długotrwałej przemocy w stosunku do kobiet z niepełnosprawnością ruchu jest brak posiadania przez nie społecznego wsparcia (I. Ruiz-Perez i in., 2017, s. 3).

Wsparcie społeczne uzyskiwane od rodziny i przyjaciół w wykonywaniu codziennych czynności mają niezwykle ważny wpływ na życie kobiet z niepełnosprawnością, zarówno dla ich funkcjonowania, jak i satysfakcji z życia (J. D. Kasper i in, 1995, s. 80). Można skonkretyzować te doniesienia o wyniki z badań L. Li i D. Moore (1998, s. 13), którzy podkreślają rolę emocjonalnego wsparcia od rodziny i przyjaciół dla akceptacji własnej niepełnosprawności osób z ograniczeniami sprawności. Potwierdzają to również doniesienia T. Attawong i A. Kovindha (2005, s. 70). Autorzy zwracają uwagę na rolę emocjonalnego wsparcia dla łatwiejszego przystosowania do posiadanych ograniczeń przez badane osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Wsparcie społecznie bezsprzecznie jest niezwykle istotne dla funkcjonowania kobiet z niepełnosprawnością ruchu w każdej z dziedzin ich życia, a jego brak wiąże się z negatywnymi dla nich konsekwencjami np. depresją (np. J-W. Noh i in., 2016, s. 1; C. B. Warner i in., 2017, s. 1; A. L. Terril, I. R. Molton, 2018, s. 1), przemocą (np. R. B. Hughes i in., 2005, s. 14; I. Ruiz-Perez i in., 2017, s. 3), brakami w zakresie opieki okołoporodowej (np. A. Wołowicz-Ruszkowska, 2015, s. 13; A. J. Wint, D. L. Smith, L. I. Iezzoni, 2016, s. 7; L. I. Iezzoni i in., 2017, s. 81- 82; J. Jacob, 2017, s. 95) i in. Dostępna literatura przedmiotu sygnalizuje powiązanie akceptacji niepełnosprawności i wsparcia społecznego u osób z niepełnosprawnością ruchu (np. L. Li i D. Moore, 1998, s. 13), oraz znaczenie wsparcia społecznego dla przystosowania do niepełnosprawności przez osoby z ograniczeniem sprawności (K. Chwalisz, A. Vaux, 2000, s. 537; S. Wilson i in., 2006, s. 322). Jednakże tak znikomy stan badań nie określa szczegółowo roli wsparcia społecznego w akceptacji niepełnosprawności przez osoby z ograniczeniami sprawności, w tym kobiet ich doświadczających.

3.2.2. Siła relacji interpersonalnej

Relacja interpersonalna (*interpersonal relationship*) opisuje związek między ludźmi. Termin ten stosowany jest w naukach społecznych, a szczególne nim zainteresowanie obserwowalne jest na gruncie psychologii, socjologii, antropologii. Jednakże w każdej z tych dyscyplin zjawisko to jest rozpatrywane w zróżnicowany

sposób. Relacja interpersonalna w naukach psychologicznych odnosi się do relacji dwóch osób (diady, pary). Z kolei rozumienie tego terminu w socjologii i antropologii dotyczy opisu większych zbiorów osób, które pozostają w relacji z jednostką bądź ze sobą nawzajem (sieci personalne i społeczne, diady, triady). W związku z odmiennością podejść co do relacji interpersonalnych, zauważalne staje się zróżnicowanie terminologiczne utrudniające integrowanie wiedzy oraz pełne zrozumienie omawianego zjawiska (A. Zbieg, A. Słowińska, B. Żak, 2015, s. 335).

Główną cechą charakteryzującą relację interpersonalną jest jej siła rozumiana jako stopień więzi, która istnieje między partnerami. Swym zakresem obejmuje z jednej strony brak relacji w sytuacji, kiedy ludzie są sobie obcy oraz z drugiej bardzo silną więź (np. związek romantyczny). Siła relacji w naukach społecznych jest badana w odniesieniu do różnych perspektyw teoretycznych. Utożsamianie siły relacji z bliskością w relacji wskazuje, że można ją rozumieć m.in. jako:

- stopień nakładania się na siebie aspektów Ja osób będących w relacji (A. Aron, E. Aron, D. Smollan, 1992, s. 598).
- stopień afektywnej, poznawczej i behawioralnej współzależności pomiędzy dwiema osobami, w tym także częstotliwość ich wpływu na siebie nawzajem oraz siłę tego oddziaływania (H. H. Keley i in., 1983, s. 12-13).
- poziom współzależności pomiędzy partnerami interakcji (J. L. Dibble, T. R. Levine, H. S. Park, 2012, s. 566).

Autorzy wskazują, że idea bliskości relacji ma kluczowe znaczenie dla badania stosunków osobistych i społecznych.

Z kolei określanie siły relacji jako intymności w relacji, pozwala na definiowanie jej m.in. jako:

- proces, w którym każda jednostka w relacji ma poczucie zrozumienia i troski ze strony drugiej osoby, ponadto obejmuje on wzajemne dzielenie się (D. P. McAdams, 1988, s. 18).
- obecność pozytywnych uczuć i działań wywołujących bliskość, przywiązanie i współzależność (R. J. Sternberg, 1986, s. 125). Autor podkreśla, iż w przypadku zaangażowanych relacji romantycznych bliskość i romantyczność są skorelowane prawie idealnie i określa je mianem „bliźniaczych” pojęć. Jednakże istnieje wiele nieintymnych relacji społecznych, które różnią się znacząco w zakresie bliskości.

Zatem należy dookreślić, iż bliskość w relacji odnosi się do siły związków takich jak np. znajomość lub przyjaźń, z kolei intymność jest pojęciem opisującym bliskość w związkach romantycznych (J. L. Dibble, T. R. Levine, H. S. Park, 2012, s. 565).

Dokonując przeglądu różnych koncepcji siły związków interpersonalnych A. Zbieg, A. Słowińska i B. Żak, (2015, s. 339) określili siłę relacji interpersonalnej, jako „stopień powiązania dwóch osób, odpowiadający natężeniu tego, co jest dla nich wspólne i współdzielone w interakcjach na płaszczyźnie zachowań, myśli i uczuć” (A. Zbieg, A. Słowińska, B. Żak, 2015, s. 339).

Z uwagi na to, że ta kategoria poznawcza jest stosunkowo nowa w literaturze przedmiotu zasadnym jest wskazanie na komponenty relacji interpersonalnej decydujące o jej sile. A. Zbieg, A. Słowińska i B. Żak (2015, s. 339), na podstawie dokonanej analizy literatury wskazują na trzy takie komponenty. Autorzy publikacji wymieniają czas (czas spędzony w relacji) rozumiany jako liczba wspólnych przeżyć i doświadczeń. Wiąże się on ze stopniem obecności relacji w życiu partnerów, co wyraża się w potencjalnej pojemności relacji oraz ilości treści w niej przepływających. Elementami składającymi się na ten komponent są: czas trwania relacji, to znaczy jej długość od momentu nawiązania znajomości; aktywność w relacji, mianowicie częstość kontaktu; aktualność relacji wyrażająca się w czasie od ostatniego kontaktu. Drugim komponentem, na który wskazują autorzy jest intymność (głębokość relacji) rozumiana jako siła więzi jaka łączy partnerów, odpowiadająca ważności, dogłębności i różnorodności obszarów obejmujących relację. Wiąże się ona z występowaniem oraz natężeniem przekonań i emocji dotyczących relacji, obejmując również wsparcie, poczucie bezpieczeństwa oraz zaufanie. Ponadto intymność wyraża subiektywną wartość relacji dla partnerów, a także zakres i jakość treści, które w niej przepływają. Elementy, które składają się na komponent intymności to: intensywność odczuć i emocji, mianowicie stopień, w jakim jednostka odczuwa zaufanie do partnera, ważności związku łączącego człowieka z drugą osobą oraz odkrywania i ujawniania siebie w relacji; różnorodność interakcji, to znaczy zróżnicowanie i wielość obszarów interakcji w kategorii komunikacji, aktywności i wiedzy o sobie; wsparcie i zaspokajanie potrzeb, rozumiane jako poziom materialnej, instrumentalnej i emocjonalnej pomocy udzielanej sobie nawzajem w danej relacji. Trzecim i ostatnim elementem jest podobieństwo (odległość osób w relacji), czyli stopień podobieństwa partnerów, który odpowiada oddaleniu jednostek w relacji. Odzwierciedla części wspólne ich życia np. cechy, treści czy obszary. Na ten komponent składają się: podobieństwo psychologiczno- społeczne, mianowicie dystans między osobami

obejmujący postawy i wartości, cechy charakteru, obszary zainteresowania oraz styl życia; podobieństwo socjoekonomiczne, to znaczy dystans pomiędzy jednostkami w zakresie sytuacji zawodowej/edukacyjnej, rodzinnej/partnerskiej i ekonomicznej; osadzenie relacji, które rozumiane jest poprzez odległość geograficzną i komunikacyjną, a także stopień społecznego osadzenia tej relacji wśród wspólnych znajomych partnerów interakcji (A. Zbieg, A. Słowińska, B. Żak, 2015, s. 339).

Dokonując analizy siły relacji interpersonalnej należy zwrócić uwagę na sieci personalne człowieka, z którymi łączy go relacje. Sieć personalna osoby formułuje się w tzw. kręgi znajomości jednostki i obejmuje grupę oparcia (ok. 5 osób), grupę sympatii (ok. 10 osób), sieć znajomych (około 50 osób), sieć personalną (około 150 osób). Są to hierarchicznie zorganizowane grupy, których struktura wyznaczona jest poprzez siłę relacji, jaka łączy osobę z danej sieci z jednostką, im krąg jest dalszy tym ta siła słabnie (A. Zbieg, A. Słowińska, B. Żak, 2015, s. 338).

D. S. Dunn i C. Brody (2008, s. 413) starając się określić teoretyczne i empiryczne podstawy „dobrego życia” osób z niepełnosprawnością ruchu wskazują na trzy aspekty: rozwijanie pozytywnych cech i zdolności, dbanie o kondycję zdrowotną oraz dbanie o pozytywne relacje interpersonalne. Należy podkreślić, że relacje interpersonalne oraz interakcje mogą mieć znaczący wpływ na postrzeganie własnego zdrowia i jakości życia u osób z niepełnosprawnością (H. Tough, J. Siegrist, Ch. Fekete, 2017, s. 15). Co więcej, fakt posiadania niepełnosprawności może osłabić stosunki społeczne, a to z kolei może przyczynić się do ograniczenia zdolności osób z niepełnosprawnością do radzenia sobie z trudnościami z wykorzystaniem zasobów społecznych (L. I. Pearlin, A. Bierman, 2013, s. 325). Posiadanie przez jednostkę wspierających i wysokiej jakości relacji społecznych może okazać się niezwykle istotne dla dobrostanu psychicznego osób z niepełnosprawnością (S. Cohen, 2004, s. 676). Badania D. Amsters i współpracowników (2016, s. 1) donoszą, iż w przypadku jednostek z uszkodzeniem rdzenia kręgowego pozytywne interakcje i relacje interpersonalne przyczyniają się do odporności psychicznej (resilience) oraz zdolności przystosowawczych do posiadanych ograniczeń. J. Putzke, T. R. Elliott i S. Richards (2001, s. 101) dowiedli, że niezamężne osoby z niepełnosprawnością zgłaszały niższe zadowolenie z życia w porównaniu z osobami z ograniczeniami ruchowymi pozostającymi w związku małżeńskim. Niemniej nabyta niepełnosprawność jest istotnym elementem ograniczającym i zakłócającym proces rozwoju oraz utrzymania relacji międzyludzkich (D. Amsters i in., 2016, s. 2).

Interesujących wniosków z badań dostarczają D. F. Warner i S. C. Adams (2015, s. 1-2) analizując znaczenie zmieniających się relacji społecznych dla poziomu samotności małżeństw z niepełnosprawnością ruchu. Przeprowadzone badania podłużne wśród 914 małżonków dowodzą, iż negatywne relacje społeczne obniżają poczucie samotności mężczyzn z ograniczeniami ruchu, natomiast powodują wzrost tej zmiennej u kobiet z niepełnosprawnością. Badacze podkreślają, potrzebę kolejnych badań w celu ustalenia dlaczego te same zachowania/relacje pozamałżeńskie mają inne znaczenie i konsekwencje dla poziomu poczucia samotności kobiet i mężczyzn z niepełnosprawnością (D. F. Warner, S. C. Adams, 2015, s. 17).

Należy wskazać, że zarówno bariery fizyczne (związane z niepełnosprawnością), jak i społeczne (obejmujące uprzedzenia) mają znaczenie dla budowania i utrzymywania relacji przez kobiety z niepełnosprawnością ruchu (D. E. Taub, P. A. McLorg, A. K. Bartnick, 2009, s. 201). Co więcej, w odniesieniu do kobiet z trwałymi ograniczeniami, to społeczna interpretacja niepełnosprawności ma istotne znaczenie dla podtrzymywania bliskich relacji intymnych (D. Crawford, J. M. Ostrove, 2008, s. 179, por. D. E. Taub, P. A. McLorg, A. K. Bartnick, 2009, s. 201). Inne badania wskazują na brak różnic w zakresie ważności bliskich relacji zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn (E. Yaughn, S. Nowicki, 1999, s. 473).

Siła relacji interpersonalnej jest stosunkowo nową kategorią poznawczą, która wymaga analiz i lepszego wyjaśnienia zjawiska, do którego się odnosi. Jednakże zakłada się interesujący i istotny charakter powiązań pomiędzy siłą relacji interpersonalnej a akceptacją niepełnosprawności u osób z ograniczoną sprawnością.

Przedstawione w niniejszej pracy treści odnoszące się do radzenia sobie wskazują koncentrację na zasobach osobistych i społecznych jednostki w celu jej lepszego poradzenia sobie z trudnościami, w tym ograniczeniami wynikającymi z nabycia niepełnosprawności. Potrzebę eksploracji w tym obszarze sygnalizują m.in. H. Livneh i E. Martz (2014, s. 329), wskazując na powiązanie zasobów i strategii radzenia sobie ze stresem z psychospołeczną adaptacją do niepełnosprawności. Zakłada się interesujący i istotny charakter powiązań pomiędzy sytuacyjnym radzeniem sobie i wymienionymi w tym rozdziale zasobami radzenia sobie tj. samooceną, nadzieją podstawową, poczuciem własnej wartości, wsparciem społecznym, siłą relacji interpersonalnej a akceptacją niepełnosprawnością u osób z uszkodzeniem narządu ruchu. Podsumowując, stosunkowo niewielka liczba badań dotyczących roli zasobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi w

wyjaśnianiu akceptacji niepełnosprawności u osób z ograniczeniami w sprawności ruchowej, uzasadnia potrzebę uszczegółowionych w tym zakresie, analiz empirycznych.

Rozdział IV

Metodologiczne założenia badań własnych

4.1. Uzasadnienie podjętej problematyki

Z przeprowadzonych analiz teoretycznych wynika, że akceptacja niepełnosprawności u kobiet, jak również zasoby radzenia sobie stanowią ważny obszar badawczy, wpisujący się w aktualne trendy paradygmatyczne, rozwijane na gruncie pedagogiki specjalnej i psychologii rehabilitacji. Co więcej, zasoby podmiotowe (samoocena, nadzieja podstawowa, poczucie własnej skuteczności) oraz społeczne (wsparcie społeczne, siła relacji interpersonalnej) są traktowane jako te, które jednostka wykorzystuje w zmaganiu się z trudnościami. Ponadto, jak wskazuje dostępna literatura przedmiotu pomiędzy zasobami radzenia sobie a akceptacją niepełnosprawności zaznaczają się różnego rodzaju powiązania.

Akceptacja niepełnosprawności analizowana jest w oparciu o teorię straty B. Wright (1983, s. 163), która wyraża się w procesie zmian w wartościach, polegającym zwłaszcza na uznaniu przez jednostkę wartości innych niż uznawane przez nią do tej pory za ważne oraz pozostające w sprzeczności z uszkodzeniem narządu ruchu i wynikającymi z niego konsekwencjami, mającymi charakter wielopłaszczyznowych zmian. Ponadto opiera się ona na uświadomieniu sobie przez osobę z niepełnosprawnością, że posiadana przez nią niepełnosprawność ruchowa jest jednym z elementów jej egzystencji, który nie wpływa na jej całościowe funkcjonowanie, a wyłącznie na poszczególne dziedziny życia, ściśle związane z trwałym uszkodzeniem narządu ruchu. Co więcej, akceptacja niepełnosprawności wiąże się z umiejętnościami osoby dotyczącymi uznania własnego wyglądu i sprawności fizycznej za drugorzędną wartość w swoim życiu oraz rozpoznaniu przez nią cech i zdolności, które posiada bez konieczności porównywania się z innymi (B. Wright, 1983, s. 163; por. D. S. Dunn, 2015, s. 81).

Dotychczasowe badania wśród kobiet z niepełnosprawnością ruchu koncentrowały się głównie na zagrożeniu wykluczeniem społecznym, dyskryminacji ze względu na płeć i stereotypy z nią związane oraz fakt niepełnosprawności (np. K. K. Yoshida, A. Li, F. Odette, 1999; L. Marszałek, 2006; B. Oleksy-Sanocka, 2010; A. Nowak, 2012) lub na poznaniu doświadczeń, problemów, potrzeb, sytuacji życiowych, kształtowaniu się tożsamości i macierzyństwie kobiet z ograniczoną sprawnością (m.in. L. J. Walter i in., 2001; L. Grue, K. T. Laerum, 2002; M. L. Beleza, 2003; O. Prilleltensky, 2003; A.

Wołowicz-Ruszkowska, 2013, 2015; D. Lawler i in., 2015; C-N. Spigelman, 2015; A. J. Wint, D. L. Smith, L. I. Iezzoni, 2016; L. I. Iezzoni i in., 2017; J. Jacob, 2017; I. Hasson-Ohayon i in., 2018; A. Król, 2018). Kobietom z niepełnosprawnością były także poświęcone badania w kontekście zagadnień edukacyjnych, zdrowotnych, przemocy, wsparcia społecznego, samodzielności oraz zatrudnienia i rynku pracy (m.in. M. A. Nosek, C. A. Howland, D. H. Rintala i in., 2001; D. Hassouneh-Phillips, E. McNeff, 2005; K. K. Yoshida i in., 2009; D. Hassouneh i in., 2013; C. Bradbury-Jones i in., 2015; A. Bednarczyk i in., 2015; I. Ruiz-Perez i in., 2017). Ponadto S. Byra (2017a, s. 37) wykazała iż akceptacja niepełnosprawności uczestniczy w wyjaśnianiu natężenia pozytywnych zmian potraumatycznych. Co istotne, dostępne nieliczne opracowania wskazują na płeć jako czynnik różnicujący poziom akceptacji niepełnosprawności na korzyść kobiet (E. Nicholls i in., 2012, s. 1082).

W niewielkim stopniu zaś przebadano akceptację niepełnosprawności kobiet z ograniczoną sprawnością ruchową w kontekście ich zasobów radzenia sobie. A jest to zagadnienie o tyle istotne, że pojawienie się niepełnosprawności jako stresora wymaga zastosowania szczególnych strategii radzenia sobie z nim, a także wykorzystania posiadanych przez jednostkę zasobów (por. A. Antonovsky, 1997, s. 206; H. Livneh, E. Martz, 2014, s. 329). Kobiety z niepełnosprawnością narażone są ciągle na konfrontację z układem czynników związanych z dyskryminacją i wykluczeniem społecznym, która może skutkować obciążeniem przekraczającym zasoby tych kobiet w skutecznym poradzeniu sobie z sytuacjami trudnymi.

4.2. Cel badań, problemy badawcze i hipotezy

Zaprezentowane w poprzednim podrozdziale uzasadnienie wyboru problematyki badań własnych dostarcza podstaw do sformułowania celu badań wyrażającego się określeniem charakteru zależności między akceptacją niepełnosprawności a zasobami radzenia sobie u kobiet z niepełnosprawnością ruchową.

Założony cel badań zostanie zrealizowany w rezultacie odpowiedzi na następujące pytanie badawcze stanowiące główny problem badawczy: Czy istnieje, a jeśli tak, to jaka jest zależność między akceptacją niepełnosprawności a zasobami radzenia sobie u kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu?

Kwestie, wokół których będzie koncentrowała się problematyka niniejszych badań, sprowadzają się do następujących szczegółowych pytań badawczych:

1. Jaka jest struktura i poziom akceptacji niepełnosprawności u badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchową?
2. Czym charakteryzuje się akceptacja niepełnosprawności w kontekście zmiennych socjodemograficznych i związanych z doświadczaną niepełnosprawnością u badanych kobiet?
3. Jakie strategie i typy radzenia sobie ze stresem są charakterystyczne dla badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchową?
4. Jaki jest poziom podmiotowych zasobów radzenia sobie (samooceny, nadziei podstawowej, przekonania o własnej skuteczności) u badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchową?
5. Jaki jest poziom społecznych zasobów radzenia sobie (wsparcia społecznego i siły relacji interpersonalnej) u badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchową?
6. Czy istnieją zależności między akceptacją niepełnosprawności a radzeniem sobie i zasobami radzenia sobie u badanych kobiet z niepełnosprawnością? A jeśli tak, to jaki mają one charakter?
7. Jaki jest wkład radzenia sobie oraz podmiotowych i społecznych zasobów w wyjaśnianie akceptacji niepełnosprawności u badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchową?

W projektowanych badaniach zostanie uwzględniona zmienna pośrednicząca w postaci oceny niepełnosprawności. W odniesieniu do niej sformułowano następujące pytanie badawcze:

8. Czy ocena niepełnosprawności różnicuje strukturę zależności między radzeniem sobie i zasobami (podmiotowymi i społecznymi) a akceptacją niepełnosprawnością u badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchową?

Weryfikacji zostaną poddane hipotezy sformułowane w odniesieniu do problemów badawczych o charakterze zależnościowym:

Ad 6. Przypuszcza się, że istnieje pozytywna zależność między akceptacją niepełnosprawności a radzeniem sobie oraz zasobami radzenia sobie podmiotowymi (samooceną, przekonaniem o własnej skuteczności, nadzieją podstawową) i społecznymi (wsparciem społecznym i siłą relacji interpersonalnej) u kobiet z niepełnosprawnością ruchową.

6.1. Przyjęto, iż radzenie sobie istotnie koreluje z akceptacją niepełnosprawności u kobiet z niepełnosprawnością ruchową.

Dotychczasowa literatura wskazuje, że osoby z trwałymi ograniczeniami ruchu wykorzystujące odmienne strategie w celu poradzenia sobie z trudnościami cechuje różne podejście do posiadanej niepełnosprawności. Poziom akceptacji własnych ograniczeń może być podyktowany specyfiką samego procesu radzenia sobie, który jest mocno zindywidualizowany i zależny od wielu czynników funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością (S. Byra, 2012a, s. 86). Można przyjąć, iż kobiety z niepełnosprawnością ruchu wykorzystujące adaptacyjne strategie radzenia sobie z problemami cechować będzie wyższy poziom akceptacji niepełnosprawności. Jak dowodzą badania T. R. Elliotta i współpracowników (2000, s. 254-257) istnieje związek pomiędzy poziomem akceptacji niepełnosprawności a orientacją na rozwiązywanie problemu. Osoby, które cechuje wysoki poziom akceptacji własnych ograniczeń przejawiają pozytywną orientację na rozwiązywanie napotykaných problemów. Z kolei kobiety wykorzystujące nieadaptacyjne formy radzenia sobie charakteryzować będzie niski poziom akceptacji posiadanych ograniczeń w ruchu. Dowiedziono, że zaangażowane radzenie sobie ma istotne znaczenie dla adaptacji psychospołecznej osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (H. Livneh, E. Martz, 2014, s. 329). Na tej podstawie, można wnosić o znaczącej roli stosowanego sposobu radzenia sobie ze stresem dla wyjaśniania natężenia akceptacji niepełnosprawności u kobiet doświadczających niepełnosprawności ruchowej.

6.2. Przyjęto, iż akceptacja niepełnosprawności pozostaje w pozytywnym związku z zasobami podmiotowymi: samooceną, nadzieją podstawową oraz poczuciem własnej skuteczności. Dostępna literatura przedmiotu (m.in. B. A. Wright, 1983; F. Woodrich, J. B. Patterson, 1983; J. Obuchowska, 1991; L. Li, D. Moore, 1998; T. Attawong, A. Kovindha, 2005; D. A. G. Groomes, Ch. M. Kampfe, R. Mapuranga, 2011; J. Jiao, M. N. Heyne, S. L. Chow, 2012; B. Ch. Carl, 2013; S. Byra, A. Żyta, 2017; S. Byra, 2017b; S. Byra, 2018b) wskazuje na powiązania akceptacji niepełnosprawności w wieloma czynnikami zarówno natury społecznej, jak i psychologicznej u osób z niepełnosprawnością ruchu. Jednym z kluczowych konstruktów determinujących funkcjonowanie człowieka w wielu sferach jest samoocena. Badacze wskazują na pozytywne powiązania akceptacji niepełnosprawności z poziomem samooceny kobiet z niepełnosprawnością ruchową oraz osób z niepełnosprawnością w ogóle (F. Z. Belgrave, 1991, s. 37; L. Li, D. Moore, 1998, s. 17-18; H. M. de Klerk, L. Ampousah, 2003, s. 1132, 1138). Należy podkreślić, że poziom samooceny osoby kształtuje jej poziom akceptacji siebie (W. Łukaszewski, za: M. Bilewicz, 2013, s. 41). Jest to o tyle istotne,

gdyż w wielu badaniach (m.in. M. A. Nosek, R. B. Hughes, 2003, s. 228; I. Duvdevany, 2010, s. 443) podkreśla się istotną rolę, jaką pełni samoocena w życiu kobiet z niepełnosprawnością ruchu, mając wpływ m.in. na ich samopoczucie psychiczne czy jakość życia. Ponadto dowiedziono pozytywną korelację w zakresie powiązań pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a akceptacją niepełnosprawności u osób z dysfunkcją narządu ruchu (T. Attawong, A. Kovindha, 2005, s. 69-70; S. Byra, A. Żyta, 2017, s. 6). Poziom poczucia własnej skuteczności, podobnie jak samoocena, pełni znaczącą rolę w funkcjonowaniu osób z uszkodzeniem narządu ruchu (S. M. Miller, 2009, s. 991; S. Byra, 2011, s. 127; A. Craig, N. Wijesuriya, Y. Tran, 2013, s. 5; S. Byra, K. Ćwirynkało, 2018, s. 5). Dotychczasowe analizy empiryczne wykazały, że nadzieja podstawowa ma istotne znaczenie dla pomyślnego przystosowania u osób z niepełnosprawnością (S. Byra, 2012a, s. 121; H. Livneh, E. Martz, 2014). Zaobserwować można to w kontekście określania i realizowania celów, a także próby utrzymywania niezależności i kształtowania zadowalającej satysfakcji z życia jednostek po nabyciu trwałych ograniczeń. Ponadto silna nadzieja podstawowa w momencie doznania straty czegoś, co narusza dotychczasowy porządek, pomaga w pogodzeniu się z nią i prowadzi do efektywnego szukania oraz budowania nowego ładu (J. Trzebiński, M. Zięba, 2003a, s. 14). Co istotne, S. Byra (2018, s. 15) dowiodła istnienia pozytywnej zależności pomiędzy nadzieją podstawową a akceptacją niepełnosprawności (w zakresie czterech jej wymiarów) u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

6.3. Przyjęto, że akceptacja niepełnosprawności wiąże się pozytywnie z zasobami społecznymi: wsparciem społecznym oraz siłą relacji interpersonalnej u badanych kobiet z dysfunkcją narządu ruchu. Wsparcie społeczne okazało się być pozytywnie skorelowane z akceptacją własnych ograniczeń (np. F. Z. Belgrave, 1991, s. 37; L. Li, D. Moore, 1997, s. 17-18; T. Attawong, A. Kovindha, 2005, s. 67) i przystosowaniem do niepełnosprawności (np. K. Chwalisz, A. Vaux, 2000, s. 537; S. Wilson i in., 2006, s. 322) u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu. Po nabyciu trwałych ograniczeń ruchu jednostka posiada trudności przystosowawcze, które wymagają działania i wsparcia w celu ich przezwyciężenia. Zdaniem J. Kirenko (2004, s. 12) rodzina osoby z niepełnosprawnością stanowi dla niej najważniejszą i największą grupę wsparcia. Niemniej, aby wsparcie było elementem sprzyjającym rozwojowi i właściwej adaptacji do sytuacji trudnej kobiet z niepełnosprawnością musi być przede wszystkim przemyślane (A. Nowak, 2012, s. 244). Jednym z elementów „dobrego życia” osób z niepełnosprawnością ruchu zdaniem D. S. Dunna i C. Brody’ego (2008, s. 413) jest

dbanie o pozytywne relacje interpersonalne. Posiadane relacje interpersonalne i interakcje przez osobę z niepełnosprawnością mogą mieć duże znaczenie dla postrzegania przez nią własnego zdrowia i jakości życia (H. Tough, J. Siegrist, Ch. Fekete, 2017, s. 15), a także dla zdolności przystosowawczych do nowej sytuacji (D. Amsters i in., 2016, s. 1).

Ad 8. Ocena niepełnosprawności różnicuje strukturę zależności między radzeniem sobie i zasobami radzenia a akceptacją niepełnosprawności u kobiet z niepełnosprawnością ruchową.

Literatura dowodzi, iż czynniki związane z posiadanymi ograniczeniami ruchu mają istotne znaczenie dla akceptacji posiadanej niepełnosprawności. Zróżnicowanie w ocenie posiadanych ograniczeń przez kobiety z uszkodzeniem narządu ruchu znajdzie odzwierciedlenie w poziomie ich akceptacji niepełnosprawności i preferowanych strategiach radzenia sobie w sytuacji trudnej oraz poziomie wybranych zasobów radzenia sobie. Ocena niepełnosprawności pełni istotną funkcję predykcyjną, moderacyjną oraz pośredniczącą między wieloma zmiennymi. Na przykład pełni istotną rolę w ustaleniu powiązania między radzeniem sobie a przystosowaniem u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (S. Byra, 2018a, 190). W oparciu o dotychczasowe ustalenia badaczy można zatem uznać, iż ocena niepełnosprawności formułowana przez kobiety z niepełnosprawnością ruchową będzie różnicowała charakter powiązań między radzeniem sobie i zasobami radzenia a akceptacją niepełnosprawności.

4.3. Zmienne i wskaźniki

Zmienną zależną projektowanych badań jest akceptacja niepełnosprawności. Za wskaźniki tak wielowymiarowego zjawiska, jakim jest akceptacja niepełnosprawności przyjęto zmiany w wartościach zachodzące na czterech płaszczyznach funkcjonowania jednostki, zgodnie z teorią B. Wright (1965; 1983). 1. Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (dotyczy posiadanej własnej oceny jednostki kształtowanej na podstawie posiadanych przez nią nie fizycznych atrybutów, talentów i zdolności); 2. Poszerzenie zakresu wartości (wskazanie przez osobę na posiadane wartości, które nie zostały utracone w wyniku nabycia niepełnosprawności); 3. Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (rozpoznanie przez jednostkę posiadanych przez nią zdolności i cech bez konieczności porównywania się z przyjętym w tym zakresie wzorem lub standardem); 4. Ograniczenie skutków niepełnosprawności (przekonanie jednostki o jej ograniczeniach w zakresie konkretnych aspektu jej

funkcjonowania, a nie wszystkich w związku z posiadaną niepełnosprawnością) (B. Wright, 1983, s. 127-152).

Zmienne niezależne uwzględnione w projektowanych badaniach to radzenie sobie i wybrane podmiotowe zasoby radzenia sobie: nadzieja podstawowa, samoocena, poczucie własnej skuteczności oraz społeczne zasoby radzenia sobie: wsparcie społeczne i siła relacji interpersonalnej. W związku z tym, iż w projektowanych badaniach przyjęto kategorię zasobów radzenia sobie, za nieodłączny element jej analiz została uznana zmienna radzenie sobie (I. Heszen, 2015, s. 112). Radzenie sobie definiowane jest jako aktywność, charakterystyczna dla sytuacji stresowej, która ma na celu przywrócenie zakłóconej równowagi pomiędzy wymaganiami a możliwościami osoby, a także samoregulację stanu emocjonalnego. Może być ono ujmowane dyspozycyjnie bądź sytuacyjnie, w niniejszej pracy analizowane będzie sytuacyjne radzenie sobie w konkretnej sytuacji stresowej zwane strategiami (I. Heszen, 2015, s. 117). Nadzieja podstawowa wyraża się w przekonaniu jednostki o sensowności, uporządkowaniu i pozytywności otaczającego ją świata (J. Trzebiński, M. Zięba, 2003b, s. 8-9). Z kolei samoocena ujmowana jest jako element wiedzy osoby o samej sobie, a jej wskaźnikami są poszczególne wyznaczniki samooceny: tożsamość (jednostka opisuje swoją tożsamość czyli wskazuje jaka jest oraz jak widzi siebie), samokrytycyzm (uczucia wynikające z percepcji własnego „ja”), zachowanie (funkcjonowanie i zachowanie jednostki), akceptacja (stopień zadowolenia z siebie), Ja fizyczne (sposobienie własnego zdrowia, ciała, sprawności, seksualności, wyglądu fizycznego), Ja osobiste (poczucie własnej wartości, adekwatności siebie jako człowieka, ocena własnej osobowości), Ja moralno-etyczne (wartości etyczne i moralne jednostki, tzn. stosunek do Boga i wyznawanej religii oraz bycie dobrym lub złym człowiekiem), Ja społeczne (poziom poczucia własnej wartości w kontaktach z innymi ludźmi), Ja rodzinne (poczucie własnej ważności i wartości jako członka rodziny) (W. H. Fitts, za: P. Majewicz, 2002, s. 46, 76).

W podjętych analizach poczucie własnej skuteczności oznacza obraz kompetencji jednostki oraz jej wyposażenie w środki, które umożliwią jej przeprowadzenie sprecyzowanych działań. Określone jest poprzez wynik testu świadczący o ogólnym przekonaniu człowieka co do skuteczności jego radzenia sobie z sytuacjami trudnymi oraz przeszkodami (Z. Juczyński, 2000, s. 15). Z kolei wsparcie społeczne rozumiane jest jako otrzymywanie pomocy w określonej formie przez osoby znaczące bądź instytucje. Zastosowane narzędzie bada dostępne, spostrzegane wsparcie, w postaci subiektywnej oceny jednostki, co do jej możliwości otrzymywania wsparcia w trudnych sytuacjach. Na

wsparcie społeczne wskazuje konkretna pomoc w postaci wsparcia (emocjonalnego, instrumentalnego, informacyjnego i wartościującego) jakie jednostka otrzymuje kolejno od określonych osób (rodziców, rodzeństwa, krewnych, kolegów z uczelni/pracy, kolegów z osiedla, sąsiadów, nauczycieli/współpracowników i obcych) (K. Kmiecik-Baran, 1995, s. 202-212). Natomiast siła relacji interpersonalnej definiowana jest jako „stopień powiązania dwóch osób, odpowiadający natężeniu tego, co jest dla nich wspólne i współdzielone w interakcjach na płaszczyźnie zachowań, myśli i uczuć” (A. Zbieg, A. Słowińska, B. Żak, 2015, s. 339). Jej wskaźnikami są: czas spędzony w relacji (czas trwania relacji, aktywność w relacji, aktualność relacji), intymność relacji (intensywność odczuć i emocji, różnorodność interakcji, wsparcie i zaspokojenie potrzeb) oraz podobieństwo osób będących w relacji (psychologiczno-społeczne, socjoekonomiczne, społeczne osadzenie relacji) (A. Zbieg, A. Słowińska, B. Żak, 2015, s. 344-347).

Zmienna pośrednicząca poddana analizie to ocena niepełnosprawności. Pojęcie to obejmuje nie tylko niepełnosprawność w rozumieniu cechy przynależnej osobie, ale także konsekwencje z niej wynikające dla psychospołecznego i fizycznego funkcjonowania jednostki. Uwzględnia sytuacje specyficzne dla życia z ograniczeniem sprawności w codziennych aktywnościach oraz na każdym etapie rozwojowym będące pośrednio lub bezpośrednio związanymi z niepełnosprawnością (S. Byra, 2018a, s. 174). Proces oceniania odzwierciedla się w postaci dwóch kategorii ocen pierwotnej oraz wtórnej. Wskaźnikami oceny pierwotnej są: przerażające przygnębienie, przytłaczające niedowierzanie, negatywna percepcja niepełnosprawności i katastrofalna negatywność. Z kolei wskaźnikami wtórnego oceniania jest zdecydowana determinacja, wzrost i odporność, osobista zdolność działania oraz zdeterminowana resilience (S. Byra, 2017c, s. 29-30).

4.4. Metoda badań

W realizacji postawionego celu badań i weryfikacji postawionych hipotez została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego oraz technika ankietowania, w skład której wchodziły następujące narzędzia badawcze: Wielowymiarowa Skala Akceptacji Utraty Sprawności (WSAUS) J. M. Ferrina, F. Chana, J. Chronister i C. Y. Chiu w polskiej adaptacji S. Byry; Kwestionariusz Nadziei Podstawowej (BHI-12) J. Trzebińskiego i M. Zięby; Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) R. Schwarzera, M. Jerusalema zaadaptowana do warunków polskich przez Z. Juczyńskiego;

Skala Samooceny (TSCS) W. Fittsa w polskiej wersji J. Kirenko; Skala Wsparcia Społecznego (SWS) autorstwa K. Kmieciak-Baran; Kwestionariusz Siły Relacji Interpersonalnej (KSRI) A. Zbieg i A. Słowińskiej; Kwestionariusz COPE (The Coping Orientations to Problems Experienced), C. S. Carvera, M. F. Scheiera i J. K. Weintrauba w polskiej adaptacji S. Piątek i K. Wrześniewskiego; Skala Pierwotnej i Wtórnej Oceny Niepełnosprawności (SPWON) R. E. Dean i P. Kennedy'ego zaadaptowana do polskich warunków przez S. Byrę oraz kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji.

Wielowymiarowa Skala Akceptacji Utraty Sprawności (WSAUS) pozwala na pomiar akceptacji niepełnosprawności rozumianej wielowymiarowo zgodnie z teorią B. Wright. Oryginalna wersja kwestionariusza została opublikowana w 2011, a jej autorami są J. M. Ferrin, F. Chan, J. Chronister i C. Y. Chiu. Skala składa się z czterech podskal: Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości; Poszerzenie zakresu wartości; Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe; Ograniczenie skutków niepełnosprawności. Liczba twierdzeń wynosi 42, a każde z nich jest ocenione na czterostopniowej, skali gdzie 1 oznacza zdecydowanie się nie zgadzam, a 4 zdecydowanie się zgadzam. Uzyskane w ten sposób wyniki wskazują na natężenie określonych przemian wartości, które odzwierciedlają akceptację wartości. Polska wersja skali zawiera zadowalające właściwości psychometryczne zarówno w zakresie rzetelności (*alfa* Cronbacha: podskala I – 0,89; podskala II – 0,88; podskala III – 0,86; podskala IV – 0,79), jak i stabilności (*r*- Pearsona w poszczególnych podskalach zawiera się w przedziale od 0,61 do 0,88) (S. Byra, 2017c, s. 42-48).

Kwestionariusz COPE (*The Coping Orientations to Problems Experienced*), autorstwa C. S. Carvera, M. F. Scheiera i J. K. Weintrauba. Pozwala on na określenie preferencji badanych osób w zakresie ośmiu stylów i 8 strategii radzenia sobie. Zgrupowane są one w takich skalach jak: koncentracja na problemie (PRO), koncentracja na emocjach i ich wyładowaniu (EM), zaprzeczenie (ZAP), akceptacja (AKC), poszukiwanie emocjonalnego wsparcia (WS), zwracanie się ku religii (REL), używanie alkoholu lub innych środków odurzających (ALK), poczucie humoru (HUM). Kwestionariusz ten został zaadaptowany do warunków polskich przez K. Wrześniewskiego. Właściwości psychometryczne polskiego kwestionariusza są satysfakcjonujące: wskaźnik rzetelności w zakresie poszczególnych podskal waha się od 0,62 do 0,93 (*alfa* Cronbacha), natomiast wskaźnik stabilności wewnętrznej utrzymuje się w granicach 0,60-0,80 (*r* Pearsona) (K. Wrześniewski, 1996, s. 35-45).

Kwestionariusz Nadziei Podstawowej (BHI-12) autorstwa J. Trzebińskiego i M. Zięby składa się z 12 twierdzeń. Zadaniem osoby badanej jest ocenienie na pięciostopniowej skali stopnia, w jakim zgadza się z poszczególnymi stwierdzeniami, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie zgadzam się, a 5 zdecydowanie zgadzam się. Kwestionariusz pozwala na ustalenie ogólnego poziomu nadziei podstawowej osoby badanej, wyrażającej się w jej przekonaniu, że świat, w którym żyje jest sensowny, uporządkowany i pozytywnie ustosunkowany względem jednostki. Kwestionariusz zawiera satysfakcjonujące właściwości psychometryczne, wskaźnik zgodności wewnętrznej wynosi 0,70 (*alfa* Cronbacha), natomiast stabilności 0,62 (*r* Pearsona) (J. Trzebiński, M. Zięba, 2003b, s. 8-9).

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) opracowana przez R. Schwarzera i M. Jerusalem umożliwia określenie nasilenia ogólnego przekonania osoby co do skuteczności jego radzenia sobie z sytuacjami trudnymi oraz przeszkodami. Skala składa się z 10 twierdzeń, ocenianych przez badanego na 4-stopniowej skali. Została ona zaadaptowana do warunków polskich przez Z. Juczyńskiego. Jak wskazuje autor, właściwości psychometryczne narzędzia są zadowalające: wskaźnik zgodności wewnętrznej wynosi 0,85 (*alfa* Cronbacha), a wskaźnik stabilności narzędzia przyjmuje wartość 0,78 (*r* Pearsona) (Z. Juczyński, 2001, s. 167).

Skala Samooceny (TSCS) autorstwa W. Fittsa powstała na przełomie lat 50-tych i 60-tych w Stanach Zjednoczonych. Składa się ona ze 100 twierdzeń. Osoba badana ma za zadanie ustosunkować się do tego, na ile dane twierdzenie jest prawdziwe w odniesieniu do niej, dokonując odpowiedzi na 5 stopniowej skali. Umożliwia określenie poziomu samooceny w zakresie poszczególnych wymiarów: tożsamości, samokrytycyzmu, zachowania, akceptacji, Ja fizycznego, Ja osobistego, Ja moralno-etycznego, Ja społecznego, Ja rodzinnego. W pracy została wykorzystana polska wersja skali J. Kirenki (2002, s. 187-188).

Skala Wsparcia Społecznego (SWS) opracowana przez K. Kmieciak-Baran umożliwia określenie rodzaju oraz siły wsparcia, jakie jednostka otrzymuje od innych z uwzględnieniem źródeł wsparcia. Skala obejmuje cztery rodzaje wsparcia społecznego: informacyjne, instrumentalne, emocjonalne i wartościujące. Ma ona formę kwestionariusza, w którym każdemu z czterech rodzajów wsparcia odpowiadają trzy twierdzenia pozytywne i jedno negatywne. Osoba badana ma za zadanie ocenić w 16 pozycjach otrzymywanie wsparcia kolejno od: rodziców, rodzeństwa, innych krewnych, kolegów z uczelni/pracy, kolegów z osiedla, sąsiadów, nauczycieli/pracowników oraz

obcych. Sporządzone narzędzie posiada satysfakcjonujące właściwości psychometryczne: wskaźnik rzetelności waha się w poszczególnych podskalach od 0,79 do 0,89 (*alfa* Cronbacha) (K. Kmieciak-Baran, 1995, s. 202-212).

Kwestionariusz Siły Relacji Interpersonalnej (KSRI) A. Zbieg i A. Słowińskiej, składa się z 27 stwierdzeń, które są pogrupowane w trzy skale, zgodne z trzema wymiarami siły relacji czasem, intymnością i podobieństwem. Osoby badane mają za zadanie określić stopień, w jakim każde stwierdzenie charakteryzuje daną relację posługując się 7-stopniową skalą, gdzie 1 oznacza zupełnie nie opisuje naszej relacji, a 7- w pełni opisuje naszą relację. Właściwości psychometryczne kwestionariusza są zadowalające: wskaźnik rzetelności w zakresie poszczególnych podskal waha się od 0,80 do 0,91 (*alfa* Cronbacha), z kolei wskaźnik stabilności wewnętrznej utrzymuje się w granicach 0,50-0,80 (*r* Pearsona) (A. Zbieg, A. Słowińska, B. Żak, 2015, s. 344-347).

Skala Pierwotnej i Wtórnej Oceny Niepełnosprawności (SPWON) R. E. Dean i P. Kennedy'ego składa się z 33 twierdzeń ocenianych przez badanego na 6-stopniowej skali. Pozwala ona na pomiar oceny niepełnosprawności w dwóch wymiarach: oceny wtórnej oraz pierwotnej, zgodnie z rozumieniem przyjętym w modelu stresu i radzenia sobie autorstwa R. S. Lazarusa i S. Folkman (1984). Składa się ona z 6 podskal szczegółowych: Przerażające przygnębienie (PP), Przytłaczające niedowierzanie (PN), Negatywna percepcja niepełnosprawności (NPN), Zdecydowana determinacja (ZD), Wzrost i odporność (WR), Osobista zdolność działania (OZD) oraz dwóch nadrzędnych: Katastrofalna negatywność (KN) i Zdeterminowana odporność (ZR). Skala została zaadaptowana do warunków polskich przez S. Byrę. Właściwości psychometryczne narzędzia są wysoce zadowalające. Wskaźniki zgodności wewnętrznej wynosi od 0,71 do 0,85 (*alfa* Cronbacha), z kolei stabilności- 0,79- 0,90 (*r* Pearsona) (S. Byra, 2017c, s. 20-29).

4.5. Organizacja i przebieg badań

Badania zostały przeprowadzone w grupie kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową, powyżej 18 roku życia. Badania zostały przeprowadzone na terenie całej Polski m.in. w takich placówkach jak: Ośrodki Rehabilitacyjne, Fundacje, Stowarzyszenia, Organizacje skupiające kobiety z niepełnosprawnością.

4.6. Charakterystyka badanej grupy

Mając na względzie, opisaną w części teoretycznej, różnicę w postrzeganiu własnych ograniczeń ruchowych, przez osoby z wrodzoną i nabytą niepełnosprawnością ruchową, zdecydowano, by zjawisko akceptacji niepełnosprawności przeanalizować w jednej z tych grup: kobiet doznających trwałych ograniczeń narządu ruchu w biegu życia.

Dobór próby badanych miał charakter celowy, ukierunkowany na włączenie do badań kobiet doświadczających nabytej niepełnosprawności ruchowej.

Zgodnie z przyjętymi założeniami koncepcyjnymi do badań włączono kobiety z nabytą niepełnosprawnością ruchu. Łącznie przebadano 115 kobiet, wśród których ostatecznie do analiz empirycznych włączono kobiety z niepełnosprawnością ruchową będącą pochodną:

- urazu rdzenia kręgowego (UR) (88 osoby – 76,52%);
- amputacji kończyny dolnej (A) (27 osoby – 23,48%).

Socjodemograficzna charakterystyka badanych kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchu została dokonana na podstawie szczegółowych danych zawartych w tabelach 1-7. Badane kobiety zostały scharakteryzowane pod względem: wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, liczby posiadanych dzieci, wykształcenia, statusu zatrudnienia i oceny własnej sytuacji finansowej. Następnie analizie poddano czynniki związane z niepełnosprawnością badanych kobiet tj. czas trwania niepełnosprawności, sposób poruszania się, ocena zdrowia, samodzielność życiowa i samodzielność w podejmowaniu decyzji (tab. 8-12).

Charakterystyka badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu z uwzględnieniem wieku przedstawia tabela 1.

Tab. 1. Wiek badanych kobiet

Przedziały wiekowe	Niepełnosprawność ruchowa				Ogółem	
	A		UR			
	N	%	N	%	N	%
18-30	10	37,04	38	43,18	48	41,74
31-40	12	44,44	33	37,50	45	39,13
41-50	4	14,82	12	13,64	16	13,91
51-60	1	3,70	4	4,55	5	4,35
powyżej 60	-	-	1	1,13	1	0,87
Ogółem	27	100	88	100	115	100

Wiek badanych kobiet zawiera się w przedziale od 18 do 61 lat. Średnia wieku kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową wynosi 33,44. Najwięcej badanych kobiet mieści się w przedziale wiekowym 18-30 lat (41,74%) i 31-40 lat (39,13%). W wieku od 41 do 50 lat jest 13,91% badanych osób, z kolei najmniejsza liczba badanych kobiet znajduje się w przedziale wiekowym 51-60 lat oraz powyżej 60 lat. Największa liczba badanych kobiet po amputacji kończyny dolnej sytuuje się w przedziale wiekowym 31-40 lat (44,44%) oraz 18-30 lat (37,04%), jedynie 1 osoba jest w wieku od 51 do 60 lat. Podobny rozkład procentowy badanych kobiet ze względu na wiek zaznacza się przy urazie rdzenia kręgowego. Największa liczba badanych kobiet z tego typu uszkodzeniem mieści się w przedziałach wiekowych 18-30 lat (43,18%) oraz 31-40 lat (37,50%). Z kolei starszych osób w tej grupie jest znacznie mniej, w przedziale wiekowym 51-60 jest jedynie 12 respondentek. Tylko jedna badana kobieta znajduje się w przedziale wiekowym powyżej 60 lat.

Charakterystyka badanych kobiet pod względem ich miejsca zamieszkania zawarta została w tabeli 2.

Tab. 2. Miejsce zamieszkania badanych kobiet

Miejsce zamieszkania	Niepełnosprawność ruchowa				Ogółem	
	A		UR			
	N	%	N	%	N	%
Miasto	8	29,63	56	63,64	64	55,65
Wieś	19	70,37	32	36,36	51	44,35
Ogółem	27	100	88	100	115	100

Większość badanych kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchu mieszka w mieście (55,65%). Jednakże dominacja mieszkanek miasta zaznacza się jedynie w grupie kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (63,64%). Natomiast zdecydowana większość badanych kobiet z amputacją kończyny dolnej mieszka na wsi (70,37%).

Stan cywilny badanych kobiet przedstawia tabela 3.

Tab. 3. Stan cywilny badanych kobiet

Stan cywilny	Niepełnosprawność ruchowa				Ogółem	
	A		UR			
	N	%	N	%	N	%
Wolny	17	62,96	53	60,23	70	60,87
Małżeństwo	9	33,33	31	35,23	40	34,78

Rozwód	-	-	3	3,41	3	2,61
Separacja	1	3,71	1	1,13	2	1,74
Ogółem	27	100	88	100	115	100

Jak wynika z danych zawartych w tabeli nr 3, stan cywilny badanych kobiet jest zróżnicowany. Przeważającą liczbę stanowią badane kobiety pozostające w stanie wolnym (60,87%). Z kolei w małżeństwie jest 34,78% badanych kobiet. Niewiele, bo jedynie 3 respondentki jest po rozwodzie, z kolei 2 w separacji. Dominacja stanu wolnego zaznacza się w zarówno w grupie kobiet po urazie rdzenia kręgowego (60,23%), jak i po amputacji kończyny dolnej (62,96%).

Badane kobiety to w większości (76,52%) osoby bezdzietne. Dominacja braku posiadania potomstwa zaznacza się w obu badanych grupach. Wyniki w tym zakresie przedstawia tabela 4.

Tab. 4. Liczba posiadanych dzieci przez badane kobiety

Liczba dzieci	Niepełnosprawność ruchowa				Ogółem	
	A		UR			
	N	%	N	%	N	%
0	20	74,08	68	77,27	88	76,52
1	2	7,41	10	11,37	12	10,43
2	3	11,11	8	9,09	11	9,57
3	1	3,70	2	2,27	3	2,61
4	1	3,70	-	-	1	0,87
Ogółem	27	100	88	100	115	100

Charakterystyka badanych kobiet pod względem wykształcenia została zawarta w tabeli 5.

Tab. 5. Wykształcenie badanych kobiet

Wykształcenie	Niepełnosprawność ruchowa				Ogółem	
	A		UR			
	N	%	N	%	N	%
Podstawowe	1	3,70	6	6,82	7	6,09
Gimnazjalne	2	7,41	3	3,40	5	4,35
Zawodowe	4	14,82	9	10,23	13	11,30

Średnie	12	44,44	47	53,41	59	51,30
Niepełne wyższe	6	22,22	16	18,18	22	19,13
Wyższe	2	7,41	7	7,96	9	7,83
Ogółem	27	100	88	100	115	100

Badane kobiety z nabytą niepełnosprawnością ruchową charakteryzują się zróżnicowanym poziomem wykształcenia. Najwięcej z nich legitymuje się wykształceniem średnim (51,30%). Dominacja średniego wykształcenia zaznacza się w obu badanych grupach. Najmniej liczną grupę stanowią badane kobiety posiadające wykształcenie gimnazjalne, którym legitymuje się 5 badanych kobiet i podstawowe, które posiada 7 badanych kobiet. Stosunkowo niewiele badanych kobiet z dwóch grup posiada wykształcenie wyższe (7,83%), którym wykazuje się 2 kobiety po amputacji kończyny dolnej oraz 7 kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Tab. 6. Zatrudnienie badanych kobiet

Zatrudnienie	Niepełnosprawność ruchowa				Ogółem	
	A		UR			
	N	%	N	%	N	%
Pełny etat	3	11,11	9	10,23	12	10,44
Niepełny etat	4	14,82	18	20,45	22	19,13
Umowa zlecenie	2	7,41	8	9,09	10	8,70
Umowa o dzieło	1	3,70	1	1,14	2	1,73
Bezrobocie	17	62,96	52	59,09	69	60,00
Ogółem	27	100	88	100	115	100

Na płaszczyźnie zawodowej badanych kobiet uwidacznia się znaczące zróżnicowanie (tab. 6). Ponad połowa badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu (60,00%) pozostaje bez stałego zatrudnienia. Dominacja braku stałej pracy zaznacza się zarówno w grupie badanych kobiet po amputacji kończyny dolnej (62,96%), jak również z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (59,09%). Z kolei największą liczbę badanych kobiet pracujących, stanowią te pracujące w niepełnym wymiarze godzin (19,13%). Najmniejszą liczbę stanowią badane kobiety pracujące na umowę o dzieło, umowę zlecenie (8,70%), oraz na pełny etat (10,44%).

Badane kobiety zostały również scharakteryzowane pod względem oceny własnej sytuacji finansowej (tab. 7).

Tab. 7. Ocena własnej sytuacji finansowej badanych kobiet

Ocena sytuacji finansowej	Niepełnosprawność ruchowa				Ogółem	
	A		UR			
	N	%	N	%	N	%
Bardzo dobra	1	3,70	1	1,14	2	1,74
Dobra	5	18,52	14	15,90	19	16,52
Przeciętna	16	59,26	47	53,41	63	54,78
Zła	4	14,82	25	28,41	29	25,22
Bardzo zła	1	3,70	1	1,14	2	1,74
Ogółem	27	100	88	100	115	100

Większość badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchową ocenia swoją sytuację finansową jako przeciętną (54,78%) (tab.7). Dominacja oceny własnej sytuacji finansowej jako przeciętnej uwidacznia się w zarówno w grupie kobiet po amputacji kończyny dolnej (59,26%), jak i z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (53,41%).

W kolejnej części pracy zawarta została charakterystyka badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu pod względem czynników związanych z posiadaną niepełnosprawnością. Czas trwania niepełnosprawności u badanych kobiet przedstawia tabela 8.

Tab. 8. Czas trwania niepełnosprawności u badanych kobiet

Przedziały czasowe	Niepełnosprawność ruchowa				Ogółem	
	A		UR			
	N	%	N	%	N	%
1-10	12	44,44	38	43,18	50	43,48
11-20	8	29,63	39	44,32	47	40,87
21-30	5	18,52	8	9,09	13	11,30
31-40	2	7,41	1	1,14	3	2,61
41-50	-	-	2	2,27	2	1,74
Ogółem	27	100	88	100	115	100

Jak wskazują przedstawione wyniki w tabeli 9, najczęściej badanych kobiet, posiada niepełnosprawność od 1 do 10 lat (43,48%), ponadto równie liczną grupę stanowią kobiety posiadające trwałe ograniczenia w ruchu od 11 do 20 lat (40,87%). 13 respondentek posiada trwałe ograniczenia w ruchu od 21 do 30 lat. Zaledwie 3 badane kobiety posiada niepełnosprawność od 31-40 lat, a 2 badane od 41-50 lat. Dominacja osób badanych posiadających trwałe ograniczenia w ruchu w przedziale czasowym od 1 do 10 lat zaznacza się w grupie kobiet po amputacji kończyny dolnej (44,44%). Natomiast w grupie kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, najczęściej z nich posiada niepełnosprawność w przedziale czasowym od 11 do 20 lat (44,32%) oraz od 1 do 10 lat (43,18%).

Tab. 9. Sposób poruszania się badanych kobiet

Sposób poruszania się	Niepełnosprawność ruchowa				Ogółem	
	A		UR			
	N	%	N	%	N	%
Samodzielnie	5	18,52	1	1,14	6	5,22
Przy użyciu kul	3	11,11	5	5,68	8	6,96
Przy użyciu wózka inwalidzkiego	19	70,37	82	93,18	101	87,82
Ogółem	27	100	88	100	115	100

Badane kobiety z niepełnosprawnością ruchu w zdecydowanej większości poruszają się przy użyciu wózka inwalidzkiego (87,82%). Dominacja tego sposobu poruszania się zaznacza się w obu badanych grupach: z amputacją kończyny dolnej (70,37%), po urazie rdzenia kręgowego (93,18%). Najmniej, bo zaledwie 6 respondentek porusza się samodzielnie i przy użyciu kul (8 kobiet). W grupie badanych kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego przy użyciu kul porusza się 5 respondentek, natomiast w grupie badanych kobiet z amputacją kończyny dolnej jedynie 3 respondentki. Samodzielność w poruszaniu się deklaruje 1 badana kobieta z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i 5 badanych kobiet po amputacji kończyny dolnej.

Badane kobiety zostały również zróżnicowane pod względem oceny swojego stanu zdrowia (tab. 10).

Tab. 10. Ocena stanu zdrowia badanych kobiet

Ocena stanu zdrowia	Niepełnosprawność ruchowa				Ogółem	
	A		UR			
	N	%	N	%	N	%
Bardzo złe	1	3,70	-	-	1	0,87
Złe	5	18,52	6	6,82	11	9,56
Przeciętne	16	59,26	54	61,36	70	60,87
Dobre	5	18,52	27	30,68	32	27,83
Bardzo dobre	-	-	1	1,14	1	0,87
Ogółem	27	100	88	100	115	100

Wśród badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu ponad połowę stanowią kobiety oceniające swój stan zdrowia przeciętnie (60,87%). Dominacja takiej oceny zaznacza się w obu grupach badanych kobiet. 1/5 badanych kobiet z amputacją kończyny dolnej ocenia zdrowie dobrze, taki sam odsetek badanych prezentuje złą ocenę zdrowia. Bardzo złe stan swojego zdrowia w grupie kobiet z amputacją kończyny dolnej ocenia 1 respondentka. Z kolei prawie 1/3 badanych kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego prezentuje dobrą ocenę swojego zdrowia, natomiast źle ocenia je 6 respondentek.

Charakterystyka badanych kobiet z uwzględnieniem ich deklarowanej samodzielności życiowej przedstawia tabela 11.

Tab. 11. Samodzielność w życiu badanych kobiet

Samodzielność w życiu	Niepełnosprawność ruchowa				Ogółem	
	A		UR			
	N	%	N	%	N	%
Pełna samodzielność	11	40,74	16	18,88	26	23,48
Częściowa samodzielność	10	37,04	59	67,05	69	60,00
Wymagana pomoc ze strony innych osób	5	18,52	11	12,50	16	13,91
Pełna zależność	1	3,70	2	2,27	3	2,61
Ogółem	27	100	88	100	115	100

Częściowa samodzielność w życiu charakteryzuje ponad połowę (60,00%) badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchową. Prawie 1/3 badanych deklaruje pełną samodzielność, z kolei 16 respondentek wskazuje na zapotrzebowanie na pomoc ze strony innych osób. Tylko 3 badane kobiety jest w pełni zależne życiowo od innych osób. Częściowa samodzielność w życiu charakteryzuje 67,05% badanych kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i 37,04% po amputacji kończyny dolnej. Pomocy ze strony innych osób wymaga 11 respondentek z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i 5 po amputacji kończyny dolnej. Najwięcej badanych kobiet w tej grupie cechuje pełna samodzielność w życiu, z kolei w grupie kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego deklaruje ją 1/5 badanych kobiet.

Tab. 12. Samodzielność w podejmowaniu decyzji badanych kobiet

Samodzielność w podejmowaniu decyzji	Niepełnosprawność ruchowa				Ogółem	
	A		UR			
	N	%	N	%	N	%
Pełna samodzielność	17	62,96	66	75,00	83	72,17
Częściowa samodzielność	10	37,04	19	21,59	29	25,22
Wymagana pomoc ze strony innych osób	-	-	3	3,41	3	2,61
Ogółem	27	100	88	100	115	100

Zdecydowana większość (72,17%) badanych kobiet z trwałym uszkodzeniem narządu ruchu deklaruje pełną samodzielność w podejmowaniu decyzji. Dominacja pełnej samodzielności w podejmowaniu decyzji zaznacza się w obu badanych grupach. Na częściową samodzielność w podejmowaniu decyzji wskazuje ponad 1/4 badanych kobiet, natomiast na pomoc w tym zakresie wskazują zaledwie 3 respondentki, których niepełnosprawność jest pochodną uszkodzenia rdzenia kręgowego. 21,56% badanych kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i 37,04% kobiet z amputacją kończyny dolnej deklaruje częściową samodzielność w podejmowaniu decyzji.

4.7. Metody statystyczne analizy danych

Zastosowana procedura analiz statystycznych została podporządkowana celowi badań, który został skonkretyzowany w postawionych problemach badawczych.

Wyodrębniono następujące obszary analiz:

- porównania międzygrupowe w zakresie akceptacji niepełnosprawności badanych kobiet zróżnicowanych pod względem miejsca zamieszkania i zatrudnienia – test t-Studenta dla danych niezależnych.
- związki korelacyjne między akceptacją niepełnosprawności a czynnikami socjodemograficznymi, zmiennymi związanymi z niepełnosprawnością, zasobami radzenia sobie, sytuacyjnym radzeniem sobie i oceną niepełnosprawności, oraz pomiędzy oceną niepełnosprawności a sytuacyjnym radzeniem i zasobami radzenia sobie – współczynniki korelacji r Pearsona.
- typologia akceptacji niepełnosprawności i strategii radzenia sobie badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu- niehierarchiczna analiza skupień metodą k -średnich, porównania pomiędzy poszczególnymi wyodrębnionymi skupieniami dokonano przy pomocy jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA, z kolei zestawień zmian w wartościach składających się na akceptację niepełnosprawności charakterystycznych dla poszczególnych skupień dokonano za pośrednictwem testu NIR.
- ustalenie kombinacji zmiennych niezależnych (predyktorów) wnoszących największy wkład w określeniu natężenia poszczególnych wymiarów akceptacji niepełnosprawności – analiza regresji wielorakiej.
- struktura zależności między akceptacją niepełnosprawności a sytuacyjnym radzeniem i zasobami radzenia sobie zróżnicowana ze względu na rodzaj oceny niepełnosprawności (katastroficzna negatywność, zdeterminowana resilience) – analiza kanoniczna.

Rozdział V

Akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet- analiza wyników badań empirycznych

Akceptacja posiadanych ograniczeń przez osobę z niepełnosprawnością ruchu ma złożoną strukturę oraz jest niezwykle skomplikowanym procesem, który ma na celu zapewnienie jednostce zadowolenia z życia i pomyślne przystosowanie do zaistniałej sytuacji niepełnej sprawności. Nie należy jednak utożsamiać jej z pogodzeniem się, uległością czy przyjęciem stanu ograniczenia sprawności jako pozoru normalności. Akceptacja u osoby z niepełnosprawnością wiąże się z tym, że uznaje ona fakt posiadanych dysfunkcji fizycznych, a to w konsekwencji nie wpływa dewaluacyjnie na jej całościowe funkcjonowanie. Wręcz przeciwnie, staje się przyczynkiem pracy nad sobą, mającej na celu poprawę wszystkich aspektów możliwych do poprawienia, by w rezultacie ułatwić jednostce egzystencję (B. Wright, 1983, s. 125-127). Akceptując własną niepełnosprawność osoba dokonuje zmian w zakresie posiadanych wartości: zmniejsza znaczenie cech fizycznych w stosunku do innych wartości, poszerza posiadany zakres wartości uznawanych przez nią w życiu za ważne, przeformułowuje wartości względne na wartości stałe i ogranicza skutki niepełnosprawności. Jednostka, która uznaje własną fizyczność za drugorzędną wartość, dokonuje oceny własnej osoby na podstawie zdolności, jakie posiada oraz jej nie fizycznych atrybutów (talent, inteligencja). Z kolei osoba, która poszerza zakres posiadanych wartości, zwraca uwagę na wartości nieutracone w wyniku nabycia trwałych ograniczeń nadając im większe znaczenie w preferowanym przez siebie systemie aksjologicznym. W perspektywie trzeciej zmiany, jaką jest przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe, jednostka z niepełnosprawnością dostrzega swe unikalne zdolności i cechy bez porównywania się z innymi osobami czy panującymi wzorami. W tym miejscu następuje zmiana kryteriów i standardów oceny cech osobistych jednostki. Ograniczając skutki posiadanej niepełnosprawności osoba z dysfunkcją, nie traktuje posiadanej niepełnosprawności jako decydującego aspektu w definiowaniu jej jako człowieka, ale jako jedną z posiadanych przez nią cech (B. Wright, 1965, s. 126-149; B. Wright, 1983, s. 136). Poszczególne wymiary akceptacji niepełnosprawności poddawane są analizie, co pozwala określić ich poziom, a także zobrazować całościową strukturę tego zjawiska.

W niniejszym podrozdziale zostanie zaprezentowana analiza wyników badań obejmująca statystyki opisowe akceptacji niepełnosprawności oraz charakterystykę tej

zmiennej w kontekście czynników socjodemograficznych takich jak: wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie i zatrudnienie oraz w odniesieniu do zmiennych związanych z niepełnosprawnością: czasem jej trwania, przyczyną, statusem funkcjonalnym osoby, stanem zdrowia badanych i oceną niepełnosprawności. Analizy statystyczne prowadzono w całej badanej grupie kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową.

5.1. Natężenie akceptacji niepełnosprawności badanych kobiet

Nabycie trwałych ograniczeń ruchu wiąże się z pojawieniem wielu zmian mających m.in. charakter biologiczny, społeczny czy psychiczny (S. Kowalik, 1999, s. 34). Ujawniające się przy okazji tych zmian trudności, generują nowe sposoby radzenia sobie oraz umiejętności funkcjonowania ukierunkowane na przystosowanie się jednostki do życia (por. S. Byra, 2008, 8-9). Najbardziej pożądanym procesem z rehabilitacyjnego punktu widzenia jest akceptacja własnych ograniczeń przez osobę z niepełną sprawnością. Pełna akceptacja wymaga jednak zmian w posiadanym systemie wartości, co pozwoli uznać niepełnosprawność jako coś, co nie ma dyskredytującego wpływu na całościowe funkcjonowanie jednostki (D. S. Dunn, 2015, s. 81). Statystyki opisowe akceptacji niepełnosprawności badanych kobiet zawiera tabela 13. Wyniki w podskalach podzielono przez liczbę itemów, by możliwe było porównanie wyników pojedynczych zmian w wartościach, składających się na poszczególne wymiary akceptacji niepełnosprawności u badanych kobiet.

Tab. 13. Statystyki opisowe akceptacji niepełnosprawności badanych kobiet

Podskale WSAUS	M	SD	Zakres wyników (min-max)	Zakres podskali	Wyniki w podskalach podzielone przez liczbę itemów	
					M	SD
Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I)	29,82	3,25	21-39	0-39	2,98	0,32
Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	27,07	5,82	10-37	0-37	2,70	0,58
Przeformułowanie wartości	27,59	5,07	15-41	0-41	2,50	0,46

względnych na wartości stałe (AKC-III)						
Ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	32,18	3,20	24-39	0-39	2,92	0,29

Na podstawie otrzymanych wyników w zakresie akceptacji niepełnosprawności stwierdza się u badanych kobiet najwyższą tendencję do postrzegania posiadanej niepełnosprawności jako niemającej bezpośredniego wpływu na ich całościowe funkcjonowanie. Zatem, kobiety badane nie traktują posiadanych ograniczeń jako kluczowej cechy, która dalekosiężnie i bezpośrednio wpływa na ich charakterystykę własnej osoby i dysponowane właściwości. Badane kobiety wskazują również na nasilone dążenie do zmian kryteriów wartościowania własnej osoby z cech i właściwości fizycznych na niefizyczne atrybuty i zdolności jednostki tworzące jej unikalny obraz. Co istotne, najniższe wyniki odnoszą się do poszukiwania przez osobę unikalnych zdolności i cech bez konieczności porównywania siebie z przyjmowanym wzorcem bądź nieosiągalnym standardem z zewnątrz. Ponadto największa zmienność wyników u badanych kobiet, obserwowana jest w wymiarze akceptacji odnoszącym się do poszerzania zakresu posiadanych wartości o te nieutracone w wyniku nabycia trwałych ograniczeń ruchu.

Otrzymane wyniki surowe w zakresie akceptacji niepełnosprawności przeliczono z uwzględnieniem norm stenowych (J. Brzeziński, 2011, s. 541). Uzyskane w ten sposób rezultaty przedstawia tabela 14.

Tab. 14. Poziom akceptacji niepełnosprawności badanych kobiet

Podskale WSAUS	Poziom akceptacji niepełnosprawności							
	Niski		Przeciętny		Wysoki		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I)	21	18,26	55	47,83	39	33,91	115	100
Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	33	28,70	42	36,52	40	34,78	115	100
Przeformułowanie wartości względnych na	34	29,57	44	38,26	37	32,17	115	100

wartości stałe (AKC-III)								
Ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	66	57,39	34	29,56	15	13,05	115	100

Stwierdza się, że prawie połowa badanych kobiet (55-47,83%) cechuje się przeciętnym stopniem zmian w wartościach polegających na zmniejszeniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości. Z kolei ponad 1/3 (39-33,91%) z nich odznacza się wysokim stopniem tych zmian, a u 21 (18,36%) badanych kobiet występuje niski ich poziom. Analizując kolejną kategorię zmian, jaką jest poszerzanie zakresu dostępnych dla jednostki wartości można stwierdzić, iż ponad 1/3 badanych kobiet (42-36,52%) posiada przeciętny stopień tych zmian, zbliżona liczba badanych kobiet (40-34,78%) cechuje się wysokim poziomem, a 33 kobiety (28,70%) niskim stopniem zmian tych wartości. W zakresie trzeciej zmiany w wartościach polegającej na ich przeformułowaniu ze względnych na stałe, badane kobiety cechuje najczęściej przeciętny poziom tych zmian (44-38,26%), z kolei 37 badanych (32,17%) odznacza się wysokim, a 34 (29,57%) niskim ich nasileniem. Niskim poziomem zmian w wartościach polegających na ograniczeniu skutków niepełnosprawności cechuje się ponad połowa badanych kobiet (66-57,39%), z kolei przeciętnym ich nasileniem odznacza się 34 (29,56%) badane, a wysokim zaledwie 15 (13,05%) respondentek.

Akceptacja niepełnosprawności badanych kobiet z trwałym uszkodzeniem narządu ruchu zostanie w dalszej części opracowania scharakteryzowana w kontekście zmiennych socjodemograficznych (wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, zatrudnienie) oraz zmiennych związanych z niepełnosprawnością (czas trwania, przyczyna, sposób poruszania się, samodzielność w życiu, samodzielność w podejmowaniu decyzji, stan zdrowia, ocena niepełnosprawności).

5.2. Akceptacja niepełnosprawności badanych kobiet a zmienne socjodemograficzne

Dokonując uszczegółowionej analizy akceptacji niepełnosprawności badanych kobiet z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych, w pierwszej kolejności skoncentrowano się na wieku respondentek. Przeprowadzono analizę korelacyjną z użyciem współczynników r Pearsona. Uzyskane w tym zakresie wyniki zawiera tabela 15.

Tab. 15. Akceptacja niepełnosprawności a wiek badanych – współczynniki korelacji r Pearsona

Podskale WSAUS	Wiek
Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I)	0,03
Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	-0,08
Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III)	-0,11
Ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	0,05

Przeprowadzona analiza korelacyjna wykazała brak istotnych statystycznie zależności pomiędzy wiekiem a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchu.

W dokonanych analizach podjęto kwestię, czy miejsce zamieszkania badanych kobiet ma znaczenie dla ich akceptacji niepełnosprawności (tab. 16). By ustalić, czy natężenie poszczególnych zmian wartości składających się na akceptację niepełnosprawności, różni się istotnie między badanymi kobietami pochodzącymi ze wsi i miasta, zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych.

Tab. 16. Akceptacja niepełnosprawności a miejsce zamieszkania badanych kobiet

Podskale WSAUS	Wieś		Miasto		df	Test istotności różnic	
	M	SD	M	SD		t	p
AKC-I	29,39	2,89	30,17	3,49	113	-1,28	0,203
AKC-II	27,49	5,09	26,75	6,36	113	0,67	0,500
AKC-III	28,09	4,71	27,18	5,35	113	0,95	0,341
AKC-IV	31,13	2,93	33,01	3,18	113	-3,25	<0,001

AKC-I- Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości; AKC-II- Poszerzenie zakresu wartości; AKC-III- Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe; AKC-IV- Ograniczanie skutków niepełnosprawności

Ustalone rezultaty wskazują, że miejsce zamieszkania jest istotną zmienną różnicującą jedynie w zakresie jednej (AKC-IV) z czterech zmian wartości składających się na akceptację niepełnosprawności (tab. 16). Zróznicowanie to polega na tym, że badane kobiety mieszkające w mieście w porównaniu z badanymi mieszkającymi na wsi, istotnie częściej w celu akceptacji własnych ograniczeń związanych z trwałym

uszkodzeniem narządu ruchu, wykorzystują zmiany w wartościach polegające na ograniczeniu skutków niepełnosprawności. Zatem badane te w zdecydowanie większym stopniu postrzegają własną niepełnosprawność jako jedną z posiadanych przez nie cech, ale nie determinującą ich obrazu własnej osoby.

W celu ustalenia znaczenia stanu cywilnego dla akceptacji niepełnosprawności dokonano porównań wyników średniej (M) (tab. 17). Z uwagi na to, iż grupy badanych są nierównoliczne, nie zastosowano obliczeń za pomocą testu statystycznego.

Tab. 17. Akceptacja niepełnosprawności a stan cywilny u badanych kobiet

Podskale WSAUS	Stan cywilny							
	Wolny		Małżeństwo		Rozwód		Separacja	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I)	29,77	3,55	30,05	2,67	30,33	1,52	26,50	4,94
Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	26,90	6,22	27,40	5,22	24,33	0,57	31,00	8,48
Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III)	27,17	5,20	28,05	4,47	29,66	1,52	30,00	15,55
Ograniczenie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	32,08	3,41	32,25	2,88	33,33	2,08	32,50	4,94

Na podstawie otrzymanych wyników stwierdza się, iż tendencją do postrzegania własnych ograniczeń jako jednej z cech, która charakteryzuje, ale nie dominuje w opisie własnej osoby wykazywały się w największym stopniu badane kobiety po rozwodach (M=30,33), a w najmniejszym (M=26,50) badane kobiety będące w separacji. Z kolei na nasilone dążenie do poszerzenia zakresu wartości ważnych w swoim życiu i możliwych do zrealizowania pomimo posiadanych ograniczeń najczęściej (M=31,00) wskazywały badane kobiety będące w separacji, najrzadziej zaś (M=24,33) badane będące po rozwodzie. Dokonywanie transformacji posiadanych wartości polegającej na rozpoznawaniu przez jednostkę jej unikalnych zdolności bądź cech bez porównywania się

z wzorcem lub standardem powszechnie obowiązującym cechowało w największym zakresie (M=30,00) badane kobiety będące w separacji, z kolei w najmniejszym stopniu (M=27,17), badane kobiety w stanie wolnym. Ostatnim obszarem zmian w wartościach niezbędnym do zaakceptowania własnej niepełnosprawności jest tendencja do zmniejszania znaczenia swej fizyczności na rzecz posiadanych zdolności i nie fizycznych atrybutów. Takim działaniem najczęściej (M=33,33) wykazywały się badane kobiety po rozwodach, najrzadziej natomiast badane kobiety będące w stanie wolnym.

W dalszej części analiz zestawiono ze sobą akceptację niepełnosprawności i wykształcenie badanych kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową (tab. 18).

Tab. 18. Akceptacja niepełnosprawności a wykształcenie badanych kobiet

Podskale WSAUS	Wykształcenie											
	Podstawowe		Gimnazjalne		Zawodowe		Średnie		Niepełne Wyższe		Wyższe	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
AKC-I	28,57	2,57	28,00	5,70	29,46	2,43	29,25	3,12	31,27	2,97	32,55	2,50
AKC-II	24,71	6,55	27,20	5,63	27,38	4,29	28,22	5,10	26,95	6,29	21,22	7,85
AKC-III	25,00	6,02	25,60	4,82	28,23	6,11	28,01	4,76	28,59	4,47	24,55	5,68
AKC-IV	31,00	2,76	29,80	4,43	32,07	2,95	31,33	2,89	34,63	2,66	34,11	2,66

AKC-I- Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości; AKC-II- Poszerzenie zakresu wartości; AKC-III- Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe; AKC-IV- Ograniczanie skutków niepełnosprawności.

Przeprowadzona analiza wykazała, iż zmiana wartości odnosząca się do uznania własnej fizyczności za drugorzędną wartość najczęściej (M=32,55) cechowała badane kobiety legitymujące się wykształceniem wyższym, a w najmniejszym zakresie (M=28,00) te z wykształceniem gimnazjalnym. Z kolei tendencją do poszerzania zakresu wartości wyrażającą się m.in. w odnajdowaniu sensu w pewnych zdolnościach, sytuacjach czy zdarzeniach bezpośrednio niedotkniętych nabytą niepełnosprawnością najczęściej (M=28,22) wykazywały się badane kobiety z wykształceniem średnim, najrzadziej (M=21,22) z wyższym. Dokonywanie zmian w zakresie przyjmowanych przez jednostkę kryteriów i standardów w ocenie cech osobistych, ale nie odnoszących się do tych nakreślonych przez społeczeństwo charakteryzowało najczęściej (M=28,59) badane kobiety legitymujące się niepełnym wyższym wykształceniem, a najrzadziej (M=24,55) z wyższym. Tendencją do ograniczania skutków posiadanej niepełnosprawności poprzez ujmowanie własnej dysfunkcji organizmu jako jednej z cech opisujących osobę, ale nie

rzutuującą na jej całościowe funkcjonowanie najczęściej ($M=34,63$) wykazywały się badane kobiety z wykształceniem niepełnym wyższym, a w najmniejszym stopniu te z gimnazjalnym ($M=29,80$).

W dokonanych analizach podjęto także kwestię, czy fakt zatrudnienia (lub jego braku) różnicuje natężenie akceptacji niepełnosprawności u badanych kobiet (tab. 19). W celu sprawdzenia tego zróżnicowania pod względem istotności statystycznej zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych.

Tab. 19. Akceptacja niepełnosprawności a zatrudnienie badanych kobiet

Podskale WSAUS	Brak zatrudnienia		Zatrudnienie		df	Test istotności różnic	
	M	SD	M	SD		t	p
AKC-I	29,51	2,89	30,18	3,62	113	-1,10	0,271
AKC-II	27,93	5,51	26,07	6,06	113	1,72	0,087
AKC-III	27,72	5,53	27,43	4,53	113	0,30	0,760
AKC-IV	31,98	3,11	32,41	3,31	113	-0,71	0,474

AKC-I- Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości; AKC-II- Poszerzenie zakresu wartości; AKC-III- Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe; AKC-IV- Ograniczanie skutków niepełnosprawności.

Przeprowadzona analiza wykazała brak istotnych statystycznie różnic w natężeniu akceptacji niepełnosprawności w poszczególnych wymiarach między badanymi kobietami zatrudnionymi i bezrobotnymi. Niemniej na podstawie wartości średnich można wskazać, iż tendencją do zmian wartości polegających na ograniczaniu skutków niepełnosprawności, ujmujących tym samym posiadaną dysfunkcję jako niemającą wpływu dla całościowego funkcjonowania człowieka, nieco częściej ($M=32,41$) charakteryzują się badane kobiety pracujące. Z kolei rozpoznawanie przez jednostkę jej unikalnych cech czy zdolności bez dodatkowego porównywania siebie do obowiązujących norm, standardów czy wzorców bardziej ($M=27,72$) cechowało badane kobiety bezrobotne. Co więcej, w zakresie postrzegania przez jednostkę wartości w zdolnościach i celach, których nie utraciła w wyniku nabycia trwałych ograniczeń ruchu nieznacznie wyższe wyniki ($M=27,93$) uzyskały badane kobiety bezrobotne. Uznaniem własnej fizyczności za drugorzędną wartość częściej ($M=30,18$) wykazywały się badane kobiety pracujące w porównaniu z badanymi kobietami nie mającymi stałego zatrudnienia.

Akceptację niepełnosprawności zestawiono z sytuacją finansową badanych kobiet z niepełnosprawnością narządu ruchu. Uzyskane w tym zakresie wyniki zaprezentowano w tabeli nr 20.

Tab. 20. Akceptacja niepełnosprawności a sytuacja finansowa badanych kobiet

Podskale WSAUS	Sytuacja finansowa									
	Bardzo dobra		Dobra		Przeciętna		Zła		Bardzo zła	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
AKC-I	33,00	1,41	30,36	2,45	29,80	3,48	29,41	3,13	28,00	5,65
AKC-II	11,00	1,41	24,73	5,55	27,96	5,20	27,55	5,74	30,50	2,12
AKC-III	16,00	1,41	25,42	4,36	28,06	4,46	28,86	5,74	26,50	3,53
AKC-IV	33,50	6,36	32,84	2,69	32,07	3,44	32,13	2,66	28,50	4,94

AKC-I- Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości; AKC-II- Poszerzenie zakresu wartości; AKC-III- Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe; AKC-IV- Ograniczanie skutków niepełnosprawności.

Przeprowadzona analiza wykazała, że w ramach podskali uznania własnej fizyczności za drugorzędną wartość i tym samym formułowanie oceny siebie na podstawie nie fizycznych zdolności czy atrybutów najwyższe wyniki (M=33,00) uzyskały badane kobiety oceniające własną sytuację finansową jako bardzo dobrą, z kolei najniższe (M=28,00) te z oceną bardzo złą. Analizując wyniki w zakresie zmian polegających na poszerzaniu zakresu wartości o zdolności i cele, których jednostka nie utraciła w wyniku nabycia trwałych ograniczeń ruchu można stwierdzić, iż badane kobiety oceniające własną sytuację finansową jako bardzo złą uzyskały tu najwyższe wyniki (M=30,50), a najniższe (M=11,00) badane z bardzo dobrą oceną. Skłonność do poszukiwania swych unikalnych zdolności bądź cech, bez konieczności dokonywania porównań z jakimś nieosiągalnym wzorcem lub powszechnym, najczęściej (M=28,86) cechowała badane kobiety ze złą oceną sytuacji finansowej, najrzadziej natomiast (M=16,00) z oceną bardzo dobrą. Najwyższe wyniki (M=33,50) w zakresie postrzegania niepełnosprawności jako jednej z cech, która opisuje człowieka, ale nie jest kluczową w jego charakterystyce, uzyskały badane kobiety oceniające posiadaną sytuację ekonomiczną jako bardzo dobrą, z kolei najniższe rezultaty (M=28,50) cechowały badane z oceną bardzo złą.

5.3. Akceptacja niepełnosprawności a zmienne związane z niepełnosprawnością

W dalszej części analiz akceptacja niepełnosprawności zostanie scharakteryzowana w kontekście zmiennych związanych z niepełnosprawnością tj. czasem trwania, przyczyną, sposobem poruszania się jednostki, stopniem samodzielności w życiu oraz w zakresie podejmowania decyzji, a także subiektywną oceną stanu zdrowia i oceną posiadanej niepełnosprawności.

W pierwszej kolejności akceptację niepełnosprawności skorelowano z czasem trwania nabytych uszkodzeń narządu ruchu u badanych kobiet. Obliczono współczynniki korelacji r Pearsona, otrzymane rezultaty prezentuje tabela nr 21.

Tab. 21. Akceptacja niepełnosprawności a czas trwania niepełnosprawności u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona

Podskale WSAUS	Czas trwania niepełnosprawności
Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I)	0,14
Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	-0,10
Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III)	-0,10
Ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	-0,01

Przeprowadzona analiza korelacyjna dowodzi braku istotnych statystycznie zależności pomiędzy czasem trwania niepełnosprawności a akceptacją trwałych ograniczeń u badanych kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchu.

Akceptację niepełnosprawności zestawiono również z przyczyną wystąpienia trwałych ograniczeń ruchu badanych kobiet. Porównano zatem natężenie poszczególnych zmian w wartościach składających się na akceptację niepełnosprawności u badanych kobiet po amputacji kończyny dolnej oraz u badanych z urazem rdzenia kręgowego (tab. 22). Ze względu na nierównoliczne grupy badanych z obiema rodzajami uszkodzenia narządu ruchu, analiza została dokonana jedynie na podstawie uzyskanych wartości średnich.

Tab. 22. Akceptacja niepełnosprawności a jej przyczyna u badanych kobiet

Podskale WSAUS	Przyczyna niepełnosprawności			
	Amputacja kończyny dolnej		Uraz rdzenia kręgowego	
	M	SD	M	SD
AKC-I	30,22	3,89	29,70	3,04
AKC-II	26,22	5,80	27,34	5,83
AKC-III	26,62	4,96	27,88	5,10
AKC-IV	32,00	4,34	32,23	2,79

AKC-I- Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości; AKC-II- Poszerzenie zakresu wartości; AKC-III- Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe; AKC-IV- Ograniczanie skutków niepełnosprawności.

Przeprowadzona analiza wykazała, że wyższą tendencję do zachowań zmniejszających znaczenie cech fizycznych w stosunku do innych wartości wykazywały się badane kobiety po amputacji kończyny dolnej w porównaniu z badanymi kobietami z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Co ważne, poszerzanie zakresu wartości o te nieutracone w wyniku nabycia trwałych ograniczeń, nieco częściej cechowało badane kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego niż po amputacji kończyny dolnej. Z kolei w zakresie odnajdywania posiadanych przez jednostkę unikalnych cech czy zdolności bez dokonywania porównań z jakimś zewnętrznym wzorcem, to badane kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w porównaniu do badanych kobiet z amputacją kończyny uzyskały nieco wyższe rezultaty. Częściej badane kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w porównaniu z badanymi kobietami po amputacji kończyny dolnej wykazywały tendencję do ograniczania skutków posiadanej niepełnosprawności.

Zestawienie akceptacji niepełnosprawności i sposobu poruszania się badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu zawiera tabela 23.

Tab. 23. Akceptacja niepełnosprawności a sposób poruszania się badanych kobiet

Podskale WSAUS	Sposób poruszania się					
	Samodzielnie		Przy pomocy kul		Przy użyciu wózka inwalidzkiego	
	M	SD	M	SD	M	SD
AKC-I	30,50	3,93	31,00	1,73	29,68	3,31
AKC-II	26,66	4,08	27,22	6,77	27,09	5,87
AKC-III	29,83	1,94	27,55	5,19	27,46	5,19
AKC-IV	31,83	4,26	32,55	2,87	32,17	3,19

AKC-I- Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości; AKC-II- Poszerzenie zakresu wartości; AKC-III- Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe; AKC-IV- Ograniczanie skutków niepełnosprawności.

Na podstawie otrzymanych wyników stwierdza się, że w zakresie podskali zmniejszenia znaczenia fizycznych cech człowieka na rzecz nie fizycznych jego atrybutów czy zdolności, najwyższe wyniki ($M=31,00$) uzyskały badane kobiety poruszające się przy pomocy kul, z kolei najniższe ($M=29,68$) poruszające się przy użyciu wózka inwalidzkiego. Najczęściej ($M=27,22$), zachowaniami mającymi na celu poszerzenie zakresu wartości o te nieutracone w wyniku nabycia trwałych ograniczeń ruchu, wykazywały się badane kobiety poruszające się przy pomocy kul, z kolei najrzadziej ($M=26,66$) badane kobiety poruszające się samodzielnie. Nasilone dążenie do rozpoznawania posiadanych zdolności i cech bez porównywania się z określonym wzorcem cechowało najbardziej ($M=29,83$) kobiety badane poruszające się w sposób samodzielny, natomiast najmniej ($M=27,46$) takich zachowań zaznacza się u badanych kobiet jeżdżących na wózkach inwalidzkich. Najwyższe rezultaty ($M=32,55$) odnoszące się do ograniczania skutków posiadanej niepełnosprawności, uzyskały badane kobiety przemieszczające się przy użyciu kul. Co ważne, najniższymi wynikami w tym zakresie cechują się badane kobiety przemieszczające się samodzielnie.

Akceptacja niepełnosprawności została ponadto zestawiona z oceną badanych kobiet odnoszącą się do posiadanej samodzielności życiowej. Otrzymane rezultaty prezentuje tabela nr 24.

Tab. 24. Akceptacja niepełnosprawności a samodzielność w życiu badanych kobiet

Podskale WSAUS	Samodzielność w życiu							
	Pełna samodzielność		Częściowa samodzielność		Wymagana pomoc		Pełna zależność	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
AKC-I	30,55	2,83	29,68	3,34	29,87	3,32	26,33	3,21
AKC-II	23,96	6,45	28,10	5,16	28,12	6,11	26,00	5,29
AKC-III	25,51	6,07	28,89	4,50	26,06	4,21	24,33	4,04
AKC-IV	32,25	2,80	32,59	3,29	31,00	2,58	28,33	4,93

AKC-I- Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości; AKC-II- Poszerzenie zakresu wartości; AKC-III- Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe; AKC-IV- Ograniczanie skutków niepełnosprawności.

Badania wykazały, że w zakresie zmniejszenia znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości to badane kobiety, które cechuje pełna samodzielność w życiu, uzyskały najwyższe rezultaty ($M=30,55$), z kolei najniższe ($M=29,68$) przypisuje się badanym kobietom z częściową samodzielnością. Poszerzanie zakresu posiadanych

wartości o inne nieutracone w wyniku nabycia trwałych ograniczeń ruchu najczęściej ($M=28,12$) cechowało badane kobiety, które wymagały pomocy ze strony innych osób, natomiast w najmniejszym zakresie ($M=23,96$), badane kobiety w pełni samodzielne. Co istotne, najwyższe rezultaty ($M=28,89$) w kontekście przeformułowywania własnych wartości poprzez dostrzeganie cech i zdolności nieutraconych w wyniku niepełnosprawności, uzyskały badane kobiety wymagające częściowej samodzielności w życiu, z kolei najniższe wyniki ($M=24,33$) przypisuje się badanym kobietom w pełni zależnym od innych osób. W zakresie ostatniej zmiany wartości, jaką jest ograniczenie skutków posiadanych ograniczeń, to badane kobiety z częściową samodzielnością w życiu najczęściej ($M=32,59$) wykazywały się postrzeganiem posiadanej niepełnosprawności jako jednej z cech, która opisuje je jako osobę, ale nie determinuje ich całościowego funkcjonowania. Z kolei najrzadziej ($M=28,33$) takie tendencje w zachowaniu przejawiały badane kobiety będące całkowicie zależne od innych.

Zestawienie akceptacji niepełnosprawności i samodzielności w podejmowaniu decyzji w ocenie badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu zaprezentowano w tabeli 25.

Tab. 25. Akceptacja niepełnosprawności a samodzielność w podejmowaniu decyzji u badanych kobiet

Podskale WSAUS	Samodzielność w podejmowaniu decyzji					
	Pełna samodzielność		Częściowa samodzielność		Wymagana pomoc ze strony innych	
	M	SD	M	SD	M	SD
AKC-I	30,28	3,13	28,27	3,17	32,00	3,00
AKC-II	26,83	6,24	27,86	4,65	26,33	4,61
AKC-III	27,18	5,24	29,06	4,56	24,66	1,15
AKC-IV	32,44	3,27	31,48	3,10	31,66	0,57

AKC-I- Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości; AKC-II- Poszerzenie zakresu wartości; AKC-III- Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe; AKC-IV- Ograniczanie skutków niepełnosprawności.

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdza się, że w zakresie zmiennej zmniejszania znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości, to badane kobiety wymagające pomocy ze strony innych osób w zakresie podejmowania decyzji, najczęściej ($M=32,00$) wykazywały się tym właśnie przeformułowaniem w porównaniu z innymi badanymi kobietami. Analizując podskale poszerzania zakresu wartości należy

wskazać, iż najwyższą tendencją ($M=27,86$) do tego typu zmian wykazywały się badane kobiety, które cechuje częściowa samodzielność w podejmowaniu decyzji, z kolei najniższą ($M=26,33$), badane kobiety wymagające pomocy ze strony innych. Zmiana w wartościach polegająca na rozpoznawaniu przez jednostkę unikalnych cech i zdolności, bez porównywania się z innymi wzorcami lub standardami, najczęściej ($M=29,06$) dotyczyła badanych kobiet z częściową samodzielnością w podejmowaniu decyzji, natomiast najrzadziej ($M=24,66$) odnosiła się do badanych, które wymagały pomocy w tej kwestii. W ramach ograniczania skutków niepełnosprawności to najczęściej ($M=32,44$) badane kobiety w pełni samodzielnie podejmujące decyzje wykazywały się postrzeganiem własnych ograniczeń jako jednej z cech ich ja, a nie jako determinant całościowego funkcjonowania, rzadziej ($M=31,48$) takie zachowania przejawiały badane kobiety wymagające częściowej pomocy przy podejmowaniu decyzji.

W kolejnym etapie analiz uwzględniających zmienne związane z niepełnosprawnością w opisie akceptacji niepełnosprawności badanych kobiet, skoncentrowano się na dokonanej przez nie ocenie stanu zdrowia. Przeprowadzono analizę korelacyjną, której wyniki zawiera tabela nr 26.

Tab. 26. Akceptacja niepełnosprawności a stan zdrowia u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona

Podskale WSAUS	Stan zdrowia
Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I)	0,22*
Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	-0,19*
Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III)	-0,11
Ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	-0,20*

* $p < 0,05$

Przeprowadzona analiza korelacyjna wskazała na istnienie istotnych statystycznie choć bardzo słabych zależności pomiędzy stanem zdrowia a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu w zakresie trzech jej wymiarów. Interesującym jest, że tylko jeden z wymiarów akceptacji niepełnosprawności, czyli zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości koreluje pozytywnie ze stanem zdrowia badanych kobiet. Oznacza to, że im lepiej badane kobiety oceniają swój stan zdrowia, tym ich stan fizyczny staje się dla nich mniej ważny w stosunku do innych wartości. I odwrotnie, gdy ocena własnego zdrowia

kobiet jest bardziej negatywna, tym aspekt własnej fizyczności jest dla nich bardziej ważny. Można to zinterpretować następująco: lepsza ocena stanu zdrowia dokonana przez badane kobiety najprawdopodobniej sprzyja większej skłonności do ujmowania własnej fizyczności jako mniej ważnej dla ich charakterystyki własnego ja. Natomiast niska ocena własnego zdrowia przez badane kobiety z uszkodzeniem narządu ruchu może sprzyjać większej skłonności do uznawania aspektów własnej fizyczności jako najbardziej istotnych dla konstruowania obrazu własnej osoby.

Natomiast dwa inne wymiary akceptacji niepełnosprawności odnoszące się do poszerzania zakresu wartości i ograniczania skutków niepełnosprawności korelują ujemnie ze stanem zdrowia badanych kobiet. Mianowicie, im bardziej negatywnie oceniają one swoje zdrowie, tym bardziej są w stanie dostrzec inne wartości ważne w swoim życiu oraz ujmować posiadaną niepełnosprawność jako jedną z cech własnego ja, nie rzutującą na ich całościowe funkcjonowanie, a jedynie na poszczególne jego dziedziny. Z kolei, jeżeli badane kobiety lepiej oceniają własne zdrowie, to tym samym jest im trudniej dostrzec inne dostępne dla nich wartości oraz ujmują posiadane ograniczenia jako swoją osobistą cechę. Najprawdopodobniej wynika to z tego, że gorsza ocena stanu zdrowia badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu generuje większe skłonności do poszukiwania innych ważnych wartości w życiu, które nie zostały utracone w wyniku nabycia trwałych ograniczeń ruchowych oraz ujmowanie posiadanej niepełnosprawności jako jednej z cech własnego ja, a nie jako decydującego aspektu. Natomiast lepsza ocena swojego stanu zdrowia przez badane kobiety prawdopodobnie nie generuje wyżej wymienionych zachowań. Możliwe jest, że pozytywna ocena własnego zdrowia niekoniecznie sprzyja chęci działania oraz podnoszeniu jakości ich funkcjonowania poprzez akceptację posiadanych ograniczeń ruchowych.

Ostatnim czynnikiem związanym z niepełnosprawnością badanych kobiet, który został poddany analizie była ich ocena niepełnosprawności. Termin „ocena niepełnosprawności” posiada szeroki zakres znaczeniowy, obejmujący nie tylko niepełnosprawność w rozumieniu cechy przynależnej osobie, ale także jej konsekwencje dla psychospołecznego i fizycznego funkcjonowania. Najbardziej powszechne rozumienie oceny niepełnosprawności dokonywane jest w oparciu o poznawczo-transakcyjny model stresu i radzenia sobie z nim R. S. Lazarusa i S. Folkman, w którym przyjmuje się, że poznawcza ocena jest ewaluacyjnym procesem odzwierciedlającym subiektywne znaczenie zjawiska/zdarzenia oraz jego interpretację przez jednostkę. Należy podkreślić, że obiektywne właściwości osoby i otoczenia nie mają tu znaczenia (za: S. Byra, 2018a, s.

174-175). Proces oceniania jest złożony. W oparciu o założenia R. S. Lazarusa i S. Folkman formułowane są dwie kategorie ocen: pierwotna i wtórna. Pierwsza z nich odnosi się do uznania pojawiającej się sytuacji za stresową bądź nie. Z kolei druga-wtórna jest następstwem pierwszej. Dotyczy ona źródeł stresu i zasobów radzenia sobie dostępnych jednostce. Obie z wymienionych ocen są ze sobą powiązane na zasadzie sprzężenia zwrotnego (za: S. Byra, 2017c, s. 7). S. Kaiser i P. Kennedy (2011, s. 710-714) podkreślają cztery główne kategorie oceny: I- nadanie znaczenia zdarzeniu czyli ocena wczesnych etapów nabycia trwałych ograniczeń; II- wpływ niepełnosprawności rozumiany jako ocena poniesionych strat, zysków oraz określenie obaw i nadziei na przyszłość; III- radzenie sobie czyli skupienie uwagi na ocenie wtórnej- posiadanych zasobach wewnętrznych w radzeniu sobie; IV- zmiana postrzegania samego siebie i własnego życia, zwrócenie uwagi na korzyści w związku z nową sytuacją (por. S. Byra, 2017c, s. 7). Wykorzystywana Skala Pierwotnej i Wtórnej Oceny Niepełnosprawności (SPWON) odzwierciedla złożony charakter oceny obejmując aspekt pierwotnego i wtórnego oceniania. Statystyki opisowe oceny niepełnosprawności badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu zawiera tabela 27.

Tab. 27. Statystyki opisowe oceny niepełnosprawności badanych kobiet

Ocena niepełnosprawności	M	SD	Zakres wyników (min-max)	Zakres podskali	Wyniki w podskalach podzielone przez liczbę itemów	
					M	SD
Przerażające przygnębienie (PP)	4,20	0,44	3-5,75	0-5,75	3,62	3,57
Przytłaczające niedowierzanie (PN)	21,66	3,92	9-29	0-29	4,33	0,78
Negatywna percepcja niepełnosprawności (NPN)	22,46	2,86	12-29	0-29	4,33	0,78
Zdecydowana determinacja (ZD)	10,80	3,30	5-24	0-24	2,70	0,82
Wzrost i resilience (WR)	15,30	3,65	9-25	0-25	3,06	0,73
Osobista zdolność działania (OZD)	13,96	2,99	5-25	0-25	2,79	0,59
Zdeterminowana resilience (ZR)	40,07	7,02	21-63	0-63	2,86	0,50
Katastrofalna Negatywność (KN)	77,74	8,10	54-93	0-93	4,31	0,45

Na podstawie otrzymanych wyników w zakresie oceny niepełnosprawności stwierdza się u badanych kobiet najwyższą tendencję do negatywnej oceny pierwotnej posiadanych ograniczeń. Zatem w zakresie tej oceny badane kobiety były bardziej skłonne do postrzegania swej niepełnosprawności ruchowej w kategoriach straty i zagrożenia, oraz sytuacji niemożliwej do opanowania/rozwiązania. W tym zakresie badane najwyższe wyniki uzyskiwały w kategorii Przytłaczającego Niedowierzenia (PN) i Negatywnej Percepcji Niepełnosprawności (NPN), natomiast najniższe w zakresie Przeróżającego Przygnębienia (PP). Należy podkreślić, iż negatywna ocena pierwotna w postaci straty i zagrożenia implikuje drugi wymiar oceny, który odnosi się do możliwości poradzenia sobie z problemem i przewidywania w zakresie skuteczności posiadanych zasobów radzenia sobie. Jak wynika z badań, negatywna ocena pierwotna posiadanych ograniczeń przez badane kobiety, określa u nich wyższą ocenę posiadanych umiejętności poradzenia sobie z pojawiającymi się trudnościami wynikającymi z posiadanej niepełnosprawności. Co istotne, najwyższe wyniki uzyskano dla kategorii Zdecydowanej determinacji (ZD) oraz Osobistej Zdolności Działania (OZD), z kolei najniższe w odniesieniu do Wzrostu i Resilience (WR).

Przy uwzględnieniu ustalonych tymczasowych norm wyodrębniono kategorię wyników bardzo niskich, niskich, przeciętnych, wysokich i bardzo wysokich (tab. 28). Normy te zostały ustalone wyłącznie dla badanych kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Dla kobiet z amputacją kończyny dolnej wyniki zostały przeliczone z uwzględnieniem norm stenowych. Wyniki przedstawia tabela 29.

Tab. 28. Poziom oceny niepełnosprawności badanych kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego

Ocena niepełnosprawności		Poziom oceny niepełnosprawności							
		Niski		Przeciętny		Wysoki		Bardzo wysoki	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Przeróżające przygnębienie (PP)		-	-	62	70,45	25	28,41	1	1,14
Przytłaczające niedowierzenie (PN)		5	5,68	72	81,82	9	10,23	2	2,27
Negatywna percepcja niepełnosprawności (NPN)		3	3,41	72	81,82	12	13,63	1	1,14
Zdecydowana determinacja (ZD)		6	6,82	10	11,36	59	67,05	13	14,77
Wzrost i resilience (WR)		12	13,63	51	57,96	25	28,41	-	-
Osobista zdolność działania (OZD)		6	6,82	52	59,09	29	32,95	1	1,14
Ogółem	Ocena pierwotna	24	8,57	206	73,57	46	16,43	4	1,43
	Ocena wtórna	8	3,23	113	45,56	113	45,56	14	5,65

Rezultaty uzyskane w wyniku wyodrębnienia przedziałów wyników (bardzo niskich, niskich, przeciętnych, wysokich, bardzo wysokich) w grupie kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wskazują, że ponad połowa badanych kobiet (62-70,45%) cechuje się przeciętnym poziomem oceny posiadanych ograniczeń w kategoriach przerażającego przygnębienia. Z kolei prawie 1/3 (25-28,41%) kobiet odznacza się wysokim, a jedynie 1 badana kobieta bardzo wysokim poziomem analizowanego rodzaju oceny niepełnosprawności. Przeciętny poziom oceny niepełnosprawności jako przytłaczającego niedowierzania cechuje aż 72 (81,82%) badane kobiety. Niski poziom tego rodzaju oceny charakteryzuje 5 badanych, wysoki poziom 9 (10,23%) badanych, a bardzo wysoki poziom jedynie 2 badane kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Dokonując analizy kolejnej podskali, jaką jest negatywna percepcja niepełnosprawności można stwierdzić, że ponad 2/3 (72-81,82%) badanych kobiet cechuje się przeciętnym jej poziomem, 12 (13,63%) badanych kobiet wysokim poziomem, 1 badana kobieta wykazuje się bardzo wysokim, a 3 badane kobiety niskim poziomem tego rodzaju oceny posiadanych ograniczeń ruchu.

Z kolei w zakresie oceny możliwości poradzenia sobie z problemami wynikającymi z posiadanej niepełnosprawności, poprzez podejmowanie stanowczych decyzji wynikających z mocnych wewnętrznych przekonań i silnej woli, badane kobiety uzyskiwały najczęściej wysoki poziom (59-67,05%). Co więcej, 13 (14,77%) badanych kobiet cechuje się bardzo wysokim poziomem tego rodzaju oceny, 10 (11,36%) badanych kobiet przeciętnym, a 6 badanych niskim poziomem w odniesieniu do zdecydowanej determinacji. Ponad połowa badanych kobiet (51-57,96%) wykazuje się przeciętnym poziomem w zakresie czynnika wzrostu i resilience, odnoszącego się do uznania posiadanych trudności w związku niepełnosprawnością ruchową w kategorii wyzwania. Z kolei prawie 1/3 badanych kobiet (25-28,41%) cechuje się wysokim i 12 (13,63%) badanych kobiet niskim poziomem tego rodzaju oceny. Przeciętnym poziomem osobistej zdolności działania odznacza się ponad połowa badanych kobiet (52-59,09%), natomiast 1/3 badanych kobiet (25-28,41%) charakteryzuje wysoki, a jedynie 6 badanych niski poziom omawianego rodzaju oceny. Podsumowując, w zakresie pierwotnej oceny niepełnosprawności badane kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (73,57) cechują się najczęściej przeciętnym jej poziomem, 16,43% kobiet wysokim poziomem, 8,57% niskim poziomem i zaledwie 1 badana kobieta bardzo wysokim poziomem pierwotnej oceny niepełnosprawności. W zakresie oceny posiadanych zdolności do poradzenia sobie z trudnościami wynikającymi z niepełnosprawności, badane kobiety charakteryzują się w

równym stopniu przeciętnym (45,56%) i wysokim (45,56%) jej poziomem. Bardzo wysoki poziom oceny umiejętności radzenia sobie cechuje 14 badanych kobiet, a niski ich poziom jedynie 8 badanych kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Tab. 29. Poziom oceny niepełnosprawności badanych kobiet z amputacją kończyny dolnej

Ocena niepełnosprawności		Poziom oceny niepełnosprawności									
		Bardzo niski		Niski		Przeciętny		Wysoki		Bardzo wysoki	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Przeróżające przygnębiecie (PP)		4	14,81	15	55,56	7	25,93	1	3,70	-	-
Przytłaczające niedowierzanie (PN)		6	22,22	8	29,63	13	48,15	-	-	-	-
Negatywna percepcja niepełnosprawności (NPN)		1	3,70	11	40,74	7	25,93	8	29,63	-	-
Zdecydowana determinacja (ZD)		-	-	1	3,70	4	14,81	15	55,56	7	25,93
Wzrost i resilience (WR)		-	-	6	22,22	20	74,08	1	3,70	-	-
Osobista zdolność działania (OZD)		-	-	3	11,11	12	44,44	10	37,04	2	7,41
Ogółem	Ocena pierwotna	11	13,58	34	41,98	27	33,33	9	11,11	-	-
	Ocena wtórna	-	-	10	12,35	36	44,44	26	32,10	9	11,11

Na podstawie otrzymanych wyników można stwierdzić, iż najwięcej badanych kobiet z amputacją kończyny dolnej (41,98%) w zakresie pierwotnej oceny niepełnosprawności cechuje się niskim jej poziomem. Z kolei 33,33% badanych kobiet odznacza się przeciętnym, a 13,58% bardzo niskim poziomem analizowanej pierwotnej oceny niepełnosprawności. Jedynie 11,11% badanych kobiet charakteryzuje wysoki poziom pierwotnej oceny niepełnosprawności. W odniesieniu do wtórnej oceny odnoszącej się do umiejętności radzenia sobie z problemami, badane kobiety (44,44%) cechuje przeciętny jej poziom. Wysokim poziomem tej oceny odznacza się 32,10% badanych kobiet, a bardzo wysokim poziomem 11,11% badanych kobiet po amputacji kończyny dolnej. 12,35% badanych kobiet cechuje niski poziom oceny wtórnej odnoszącej się do posiadanych umiejętności radzenia sobie.

Dokonując analiz w poszczególnych podskalach oceny niepełnosprawności, należy stwierdzić, iż ponad połowa badanych kobiet (15-55,56%) cechuje się niskim poziomem oceny w kategoriach przerażającego przygnębienia. Z kolei 7 (25,93%) badanych kobiet charakteryzuje się przeciętnym, a 4 kobiety bardzo niskim poziomem w zakresie tego rodzaju oceny. Tylko 1 badana kobieta odznacza się bardzo wysokim poziomem powyższej oceny. W odniesieniu do kolejnej kategorii oceny niepełnosprawności, czyli przytłaczającego niedowierzania rozkład poziomów tej oceny jest następujący: najwięcej bo 13 (48,15%) badanych kobiet charakteryzuje się przeciętnym poziomem, 8 (29,63%) kobiet niskim, a 6 (22,22%) bardzo niskim poziomem analizowanego rodzaju oceny. Z kolei w zakresie negatywnej percepcji niepełnosprawności 11 (40,74%) badanych kobiet posiada niski, 8 (29,63%) badanych wysoki, 7 (25,93%) kobiet przeciętny, a 1 badana kobieta bardzo niski jego poziom.

Ponad połowa badanych kobiet z amputacją kończyny dolnej (15-55,56%) odznacza się wysokim poziomem zdolności do podejmowania stanowczych decyzji w radzeniu sobie z problemami wynikającymi z posiadanych ograniczeń ruchu, a 1/4 badanych kobiet (7-25,93%) bardzo wysokim poziomem w zakresie tej oceny. Przeciętny poziom w zakresie podskali Zdecydowana determinacja jest charakterystyczny dla 4 (14,81%) badanych kobiet, a niski zaledwie dla 1 badanej kobiety. Zdecydowana większość badanych kobiet (20-74,08%) cechuje się przeciętnym poziomem w zakresie wzrostu i resilience. Z kolei 6 (22,22%) kobiet odznacza się niskim, a 1 badana kobieta wysokim poziomem tej oceny. Przeciętnym poziomem osobistej zdolności działania charakteryzuje się 12 (44,44%) badanych kobiet. Natomiast ponad 1/3 kobiet po amputacji kończyny dolnej charakteryzuje się wysokim poziomem osobistej zdolności działania. Z kolei 3 badane kobiety cechuje niski poziom, a 2 kobiety bardzo wysoki poziom tego rodzaju oceny umiejętności poradzenia sobie z trudnościami wynikającymi z posiadanych ograniczeń ruchu.

Podsumowując wyniki analiz poziomu poszczególnych rodzajów oceny niepełnosprawności w grupie badanych kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego oraz po amputacji kończyny dolnej, stwierdza się, że w zakresie oceny pierwotnej posiadanych ograniczeń w ruchu, kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego charakteryzuje przeciętny jej poziom, natomiast kobiety z amputacją kończyny dolnej niski poziom tej oceny. W odniesieniu do oceny wtórnej posiadanych umiejętności radzenia sobie oraz przewidywania w zakresie skuteczności posiadanych zasobów radzenia sobie, badane kobiety z urazem rdzenia cechują się w równym stopniu przeciętnym i wysokim jej

poziomem, a badane kobiety z amputacją kończyny dolnej przeciętnym poziomem tej oceny.

W dalszej części analiz zostaną zaprezentowane wyniki analizy korelacyjnej r Pearsona, dokonanej w celu ustalenia charakteru zależności pomiędzy oceną niepełnosprawności a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu. Zawarte są one w tabeli nr 30.

Tab. 30. Ocena niepełnosprawności a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona

Podskale WSAUS	Ocena niepełnosprawności					
	Przerażające przygnębienie (PP)	Przytłaczające niedowierzanie (PN)	Negatywna percepcja niepełnosprawności (NPN)	Zdecydowana determinacja (ZD)	Wzrost i resiliencje (WR)	Osobista zdolność działania (OZD)
Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I)	-0,05	-0,39***	-0,08	0,30**	0,40***	-0,26**
Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	0,40***	0,66***	0,29**	-0,57***	-0,70***	0,14
Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III)	0,34***	0,52***	0,16	-0,40***	-0,54***	0,12
Ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	0,07	-0,23**	0,04	0,21*	0,18	-0,37***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Uwaga: wyższe wyniki w podskalach: PP, PN, NPN reprezentują wyższą zgodność z tego typu ocenami, z kolei niższe wyniki w podskalach: ZD, WR, OZD wskazują na wyższą zgodność z tego typu ocenami.

W rezultacie zastosowania analizy korelacyjnej stwierdza się istnienie istotnych statystycznie zależności, pomiędzy akceptacją niepełnosprawności a oceną

niepełnosprawności badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu. Siła związków korelacyjnych między zmiennymi zyskuje stopień od niskiego po wysoki. W odniesieniu do pierwszej zmiany w wartościach polegającej na uznaniu własnej fizyczności za drugorzędną wartość w ocenie siebie (AKC-I), wykazano istnienie istotnych statystycznie, pozytywnych zależności, pomiędzy nią a dwoma podskalami odnoszącymi się do konstruktywnej oceny posiadanych ograniczeń i ich konsekwencji, a także własnych możliwości radzenia sobie z nimi wyrażającymi się w zdecydowanej determinacji (ZD) oraz wzroście i resilience (WR). Zatem, badane kobiety, które wykazują się niższą oceną swych możliwości radzenia sobie z problemami w kategoriach zdecydowanej determinacji oraz wzrostu i resilience częściej dokonują swej oceny w oparciu o m.in. swe niefizyczne zdolności czy atrybuty zawierające się w ich osobowości. Z kolei istotne statystycznie, ale ujemne korelacje zaobserwowano pomiędzy zmniejszaniem znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości a przytłaczającym niedowierzaniem (PN) będącym jedną z podskali negatywnej oceny niepełnosprawności, oraz między osobistą zdolnością działania (OZD).

Oznacza to, że badane kobiety, które osiągają niższe wyniki w zakresie oceny niepełnosprawności w kategoriach przytłaczającego niedowierzania, ale wyżej oceniają swoją zdolność do działania w trudnych sytuacjach sukcesywnie zmniejszają znaczenie swych fizycznych cech w kreowaniu obrazu własnej osoby. Z kolei wyższym wynikiom w zakresie oceny niepełnosprawności w kategoriach przerażającego przygnębienia i gorszej ocenie swej osobistej zdolności działania sprzyja wartościowanie siebie w oparciu o fizyczne atrybuty jednostki.

W zakresie drugiej zmiany w wartościach, polegającej na poszerzeniu zakresu dostępnych dla jednostki wartości (AKC-II), wykazano istnienie istotnych statystycznie, pozytywnych korelacji pomiędzy nią a trzema podskalami składającymi się na pierwotną ocenę niepełnosprawności tj. przerażającym przygnębieniem (PP), przytłaczającym niedowierzaniem (PN) i negatywną percepcją niepełnosprawności (NPN). Wykazano również, istnienie negatywnych korelacji pomiędzy omawianą zmianą w wartościach a zdecydowaną determinacją (ZD) oraz wzrostem i resilience (WR). Można stwierdzić, iż w sytuacji, gdy badane kobiety charakteryzują się wyższą oceną posiadanej niepełnosprawności w kategoriach przerażającego przygnębienia, przytłaczającego niedowierzania i negatywnej percepcji, jednocześnie częściej ujmując posiadane trwałe ograniczenia w ruchu jako źródło zdecydowanej determinacji oraz wzrostu i resilience w

radzeniu sobie z trudnościami wówczas nie odrzucają utraconych wskutek nabycia niepełnosprawności wartości, tylko ujmują je w inny, nowy sposób.

Trzecia zmiana w wartościach, charakteryzuje się zdolnościami jednostki do dokonywania przeformułowań w zakresie posiadanych przez nią wartości, bez konieczności porównywania się z innymi (AKC-III), koreluje ona pozytywnie z przerażającym przygnębieniem (PP) i przytłaczającym niedowierzaniem (PN), natomiast negatywnie z podskalą zdecydowana determinacja (ZD) oraz wzrost i resilience (WR). Wyższe oceny posiadanych ograniczeń w ruchu w kategoriach przerażającego przygnębienia i przytłaczającego niedowierzania oraz jako źródło zdecydowanej determinacji i wzrostu oraz resilience będą charakterystyczne dla badanych kobiet, które dokonują znaczących przeformułowań w posiadanych wartościach.

Ograniczenie skutków niepełnosprawności, tak by nie rzutowały destrukcyjnie na jednostkę, odnosi się do czwartej zmiany w wartościach. Zmiana ta koreluje pozytywnie ze zdecydowaną determinacją (ZD), natomiast negatywnie z przytłaczającym niedowierzaniem (PN) i osobistą zdolnością działania (OZD). Zatem, badane kobiety, które rzadziej oceniają posiadaną niepełnosprawność w kategoriach przytłaczającego niedowierzania oraz jako źródło zdecydowanej determinacji, częściej ujmują posiadane ograniczenia w ruchu jako jeden z elementów ich egzystencji, a nie swą osobistą cechę. Aczkolwiek częściej posiadane ograniczenia w ruchu są w ocenie badanych kobiet podłożem ich osobistej zdolności działania. Można otrzymaną tu zależność zinterpretować następująco. Przypuszczalnie, lepsza ocena badanych kobiet swych zdolności w konkretnym działaniu sprzyja ich postrzeganiu swej niepełnosprawności wykraczającemu poza jej rzeczywiste konsekwencje dla całościowo ujmowanego funkcjonowania.

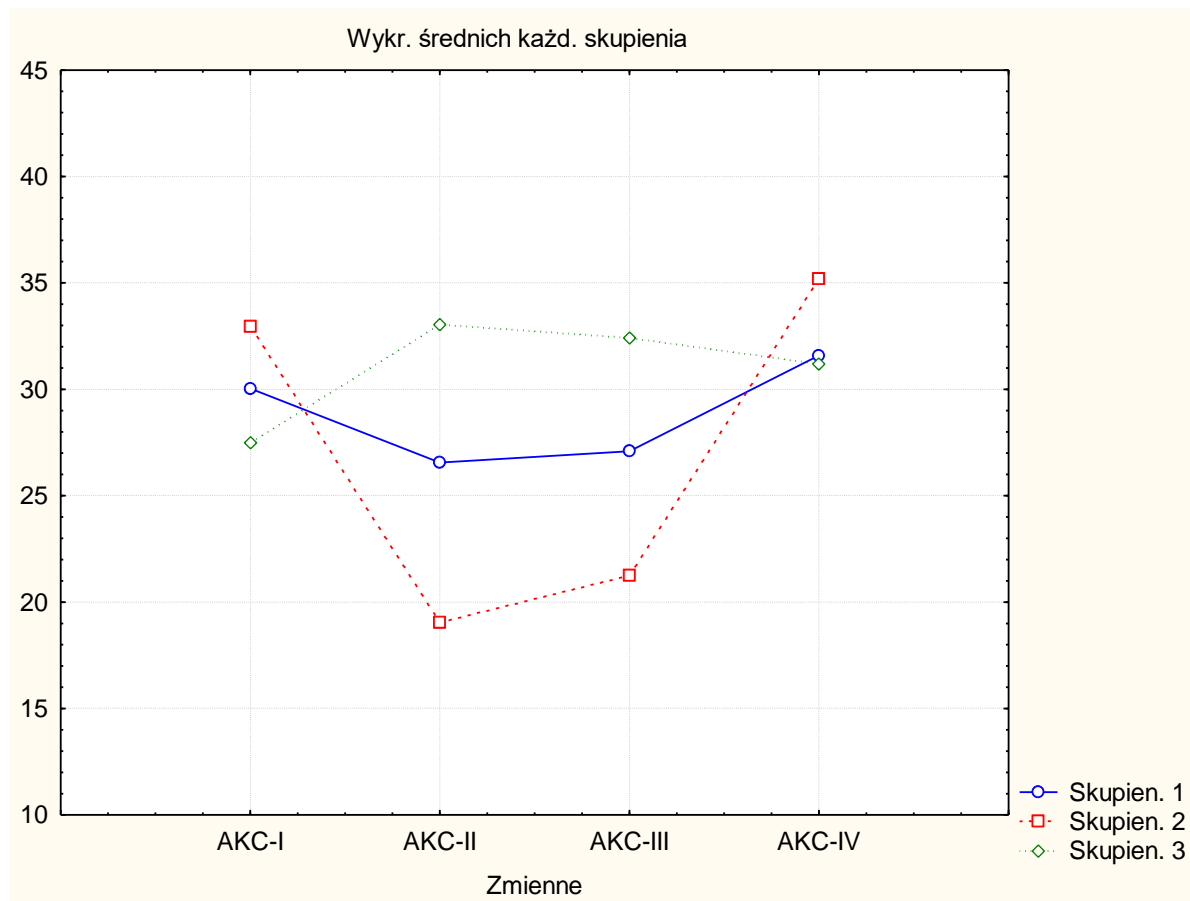
5.4. Typologia akceptacji niepełnosprawności u badanych kobiet

W dalszej części analiz zastosowano niehierarchiczną analizę skupień k-średnich w celu sprawdzenia, czy w ramach akceptacji niepełnosprawności można wyodrębnić typy reprezentatywne dla badanych kobiet.

Uwzględniając wskaźniki dokonanej analizy wyodrębniono trzy typy (skupienia) różniące się pod względem charakteryzującej ich konfiguracji zmian w poszczególnych wartościach składających się na akceptację niepełnosprawności.

Konfiguracje zmian w wartościach wyodrębnione w grupie badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu prezentuje wykres 1.

Wykres 1. Typologia akceptacji niepełnosprawności badanych kobiet



AKC-I- Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości; AKC-II- Poszerzenie zakresu wartości; AKC-III- Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe; AKC-IV- Ograniczanie skutków niepełnosprawności.

Między uzyskanymi wśród badanych kobiet skupieniami zaznaczyło się istotne statystycznie zróżnicowanie w zakresie zmian w wartościach składających się na akceptację niepełnosprawności, które zostało zidentyfikowane za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji. Porównania pomiędzy poszczególnymi skupieniami dokonano przy pomocy testu NIR (tab. 31).

Tab. 31. Skupienia w zakresie akceptacji niepełnosprawności w grupie badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu- zestawienie różnic

Podskale		Skupienie 1	Skupienie 2	Skupienie 3	ANOVA		Porównanie
					F	p	
AKC-I	M	30,03	32,95	27,50	30,19	<0,001	2>1>3
	SD	2,05	2,68	3,35			
AKC-II	M	26,55	19,04	33,02	142,05	<0,001	3>2>1
	SD	2,84	4,41	2,51			
AKC-III	M	27,08	21,26	32,41	85,07	<0,001	3>1>2
	SD	3,21	3,58	3,00			
AKC-IV	M	31,58	35,17	31,19	16,06	<0,001	2>1,3
	SD	2,52	2,80	3,31			

AKC-I- Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości; AKC-II- Poszerzenie zakresu wartości; AKC-III- Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe; AKC-IV- Ograniczanie skutków niepełnosprawności.

Najliczniejsza grupa wśród badanych kobiet (n=56) tworzy skupienie 1. Należą do niej kobiety, które w dominującej mierze w ramach akceptacji niepełnosprawności wykazują tendencję do ograniczania skutków posiadanej dysfunkcji. Omawiana zmiana wartości występuje u nich zdecydowanie rzadziej niż w skupieniu 2 i porównywalnie do skupienia 3. W porównaniu z kobietami zgrupowanymi w skupieniu 2 w istotnie wyższym zakresie potrafią poszerzyć zakres posiadanych wartości oraz przeformułować posiadany system wartości. Z kolei natężenie tych zachowań jest znacznie niższe niż w skupieniu 3. Warto zauważyć, iż ta grupa badanych w ramach akceptacji niepełnosprawności wykazuje istotnie większe dążenie do uznania własnej fizyczności za drugorzędną wartość w preferowanym przez siebie systemie aksjologicznym, w większym stopniu niż badane ze skupienia 3, ale istotnie niższym niż badane ze skupienia 2. Skupienie to jest najbardziej charakterystyczne dla kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu, ale nie jest ono typowe dla nich.

Skupienie 2 (n=23) reprezentują kobiety charakteryzujące się nasilonym natężeniem dążeń do ograniczania skutków niepełnosprawności i nieznacznie odbiegającymi od tych wyników tendencji do uznawania własnej fizyczności za drugorzędną wartość. W nakreślonym u nich profilu zmian wartości w ramach akceptacji niepełnosprawności najniższe wyniki stwierdza się w obrębie poszerzania zakresu wartości ważnych dla jednostki. W zdecydowanie mniejszym zakresie niż w skupieniu 3 i 1 dokonują one rozpoznawania swych unikalnych cech i wartości bez konieczności porównań z innymi.

Skupienie 3 (n= 36) obejmuje osoby, które przejawiają najwyższe w stosunku do pozostałych badanych dążenie do poszerzania zakresu własnych wartości. Charakteryzując badane należące do tego skupienia można wskazać, iż wykazują one zdecydowanie wyższe tendencje do poszukiwania swoistych cech i zdolności bez dokonywania porównań do jakichś zewnętrznych standardów, niż badane ze skupienia 1 i 2. Aczkolwiek badane z tego skupienia w porównaniu ze skupieniem 1 i 2 w istotnie mniejszym zakresie wykazują się kształtowaniem własnej osoby z pominięciem posiadanych cech fizycznych, a skupieniem się w większym stopniu na nie fizycznych atrybutach i przymiotach.

Podsumowując rezultaty analizy skupień otrzymane wśród badanych kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchu, należy podkreślić, że najbardziej charakterystyczny jest dla nich zakres zmian w wartościach nakreślony w ramach skupienia 1. Najwięcej badanych kobiet cechuje się specyficzną dla tego skupienia konfiguracją uwzględnionych wymiarów akceptacji niepełnosprawności.

Podsumowując rezultaty przeprowadzonych analiz wyników empirycznych w zakresie akceptacji niepełnosprawności, można wskazać, iż badane kobiety z niepełnosprawnością ruchową w największym stopniu postrzegają posiadaną niepełnosprawność jako niemającą bezpośredniego wpływu na ich całościowe funkcjonowanie. Przy uwzględnieniu czynników socjodemograficznych wykazano, że istotną statystycznie zmienną różnicującą akceptację niepełnosprawności (w zakresie jednego z jej wymiarów) było jedynie miejsce zamieszkania badanych kobiet. Zróżnicowanie to dotyczy zmiany wartości polegającej na ograniczeniu skutków posiadanej niepełnosprawności, która jest bardziej charakterystyczna dla kobiet mieszkających w mieście. W obrębie zmiennych związanych z niepełnosprawnością (czas trwania, przyczyna, sposób poruszania się, samodzielność w życiu, samodzielność w podejmowaniu decyzji, stan zdrowia, ocena niepełnosprawności) jedynie ocena stanu zdrowia i ocena niepełnosprawności okazały się być istotne statystycznie dla akceptacji niepełnosprawności u badanych kobiet. Wykorzystując analizę skupień określono charakterystyczny dla badanych kobiet z niepełnosprawnością zakres zmian w wartościach.

Rozdział VI

Radzenie sobie i zasoby radzenia sobie badanych kobiet- analiza wyników badań empirycznych

Nabywanie trwałej niepełnosprawności ruchowej wymaga od jednostki przeformułowania jej dotychczasowego życia w każdym z jego aspektów. Nowa sytuacja, w jakiej znajduje się osoba po doznaniu trwałych uszkodzeń generuje wiele różnych problemów, z którymi musi sobie ona poradzić. Każda jednostka wykorzystuje w tym celu konkretny oraz indywidualnie zdeterminowany proces radzenia, który ma za zadanie obniżenie napięcia emocjonalnego w związku ze stresem lub jego całkowite wyeliminowanie i pokonanie napotykanymi przeszkodami. Styl radzenia sobie, który przyjmuje jednostka odzwierciedla jej ogólną skłonność do zmagania się z napotykanymi problemami oraz trudnościami, niezależnie od okoliczności ich występowania bądź specyfiki (I. Heszen, 2015, s. 97-100). Z kolei strategia radzenia sobie jest zdeterminowana sytuacyjnie i obejmuje wysiłki podejmowane przez człowieka w określonej sytuacji stresowej (W. Łosiak, 1992, s. 483).

6.1. Radzenie sobie badanych kobiet

W podrozdziale tym zostaną przeanalizowane sytuacyjne aspekty radzenia sobie zwane strategiami radzenia sobie wykorzystywane przez badane kobiety z niepełnosprawnością narządu ruchu. Interesujące jest to, czy w sytuacji doświadczanej przez kobiety trwałej niepełnosprawności ruchu kształtuje się określona tendencja do sytuacyjnego radzenia sobie z napotykanymi trudnościami. Statystyki opisowe uwzględnionych strategii radzenia sobie badanych kobiet zawiera tabela 32. By możliwe było porównanie wyników poszczególnych strategii radzenia sobie, wyniki w podskalach podzielono przez liczbę itemów.

Tab. 32. Statystyki opisowe strategii radzenia sobie badanych kobiet

Strategie radzenia sobie	M	SD	Zakres wyników (min-max)	Zakres podskali	Wyniki w podskalach podzielone przez liczbę itemów	
					M	SD
Koncentracja na problemie (PRO)	37,86	3,98	15-48	0-48	2,91	0,30
Zaprzeczanie (ZAP)	9,15	2,36	4-15	0-15	2,28	0,59

Koncentracja na emocjach (EM)	11,38	2,06	5-16	0-16	2,84	0,51
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (WS)	12,93	2,35	4-17	0-17	3,23	0,58
Akceptacja (AKC)	14,29	2,06	8-20	0-20	2,85	0,41
Zwracanie się ku religii (REL)	11,85	3,36	4-16	0-16	2,96	0,84
Poczucie humoru (HUM)	8,52	2,18	4-14	0-14	2,13	0,54
Używanie alkoholu lub innych środków odurzających (ALK)	7,13	2,91	4-16	0-16	1,78	0,72

Na podstawie otrzymanych wyników w zakresie strategii radzenia sobie badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu można stwierdzić, iż najwyższe rezultaty uzyskano w odniesieniu do poszukiwania wsparcia emocjonalnego (WS), stosunkowo znaczące okazało się również radzenie sobie zorientowane na zwracaniu się ku religii (REL) i rozwiązywanie problemu (PRO). Najniższe wyniki otrzymano w zakresie radzenia polegającego na używaniu alkoholu oraz innych środków odurzających (ALK). Odnotowano małą zmienność wyników w zakresie radzenia sobie zorientowanego na: koncentrację na problemie (PRO), koncentrację na emocjach (EM), poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (WS) i akceptację (AKC). Natomiast w obrębie strategii radzenia sobie polegających na zaprzeczeniu (ZAP), humorystycznym ujmowaniu problemu (HUM), zwracaniu się ku religii (REL) oraz używaniu środków odurzających występuje przeciętna zmienność wyników w grupie badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu.

Wykorzystując metodę rangowania, ustalono preferencje poszczególnych strategii radzenia sobie badanych kobiet, zestawienie przedstawia tabela 33.

Tab. 33. Radzenie sobie badanych kobiet- zestawienie rang

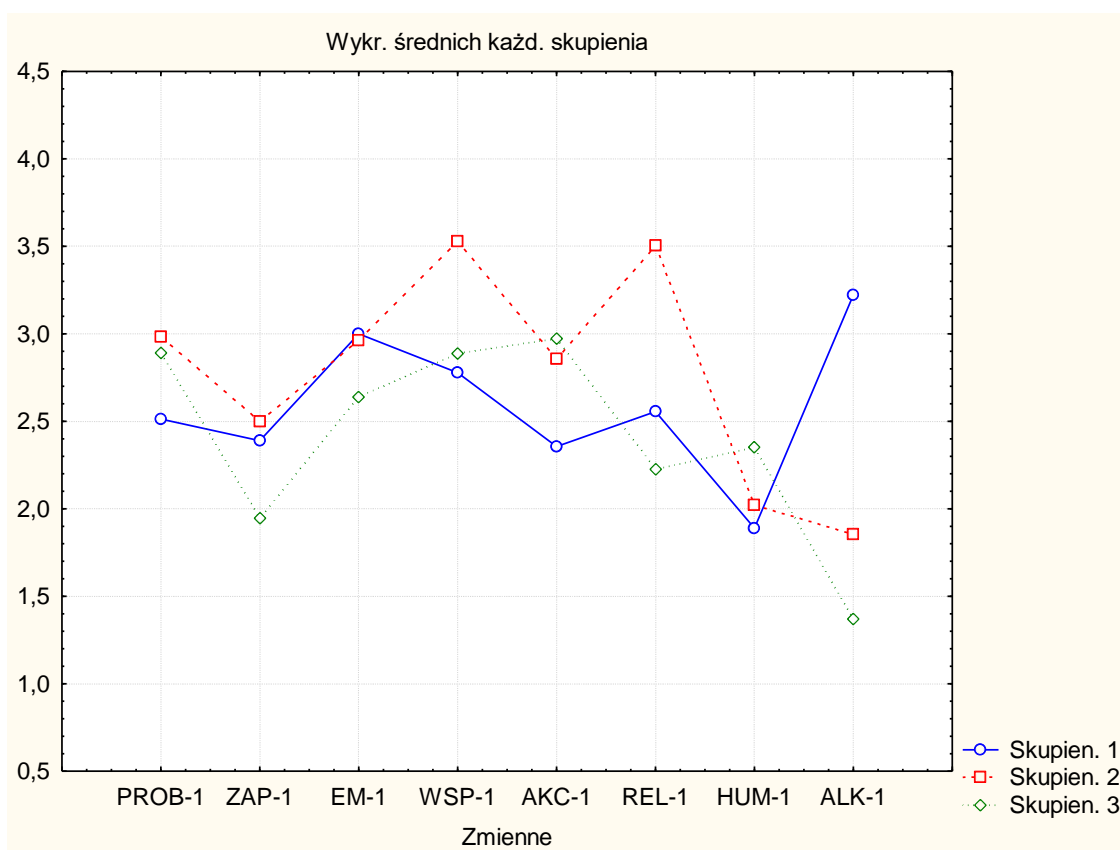
Strategie radzenia sobie	Ranga
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (WS)	8
Zwracanie się ku religii (REL)	7
Koncentracja na problemie (PRO)	6
Akceptacja (AKC)	5
Koncentracja na emocjach (EM)	4
Zaprzeczanie (ZAP)	3
Poczucie humoru (HUM)	2
Używanie alkoholu lub innych środków odurzających (ALK)	1

Na podstawie otrzymanych wyników, można stwierdzić, że strategia radzenia sobie w postaci poszukiwania wsparcia emocjonalnego (WS) uzyskała najwyższą rangę. Co ważne, najniższa wartość przypisana została strategii zaradczej w postaci używania alkoholu lub innych środków odurzających (ALK).

W celu ustalenia wzorów radzenia sobie badanych kobiet zastosowano niehierarchiczną analizę skupień metodą *k*-średnich. Konfiguracje radzenia sobie wyodrębnione w grupie badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu prezentuje wykres 2.

Na podstawie zastosowanej analizy wyodrębniono trzy skupienia. Zróźnicowanie istotne statystycznie w zakresie przyjmowanych strategii zaradczych tworzących poszczególne skupienia ustalono za pośrednictwem jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA. Porównania pomiędzy poszczególnymi skupieniami dokonano przy pomocy testu NIR (tab. 34).

Wykres 2. Typologia radzenia sobie badanych kobiet



PRO- Koncentracja na problemie; ZAP- Zaprzeczenie; EM- koncentracja na emocjach; WS- Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego; AKC- Akceptacja; REL- Zwracanie się ku religii; HUM- Poczucie humoru; ALK- Używanie alkoholu lub innych środków odurzających

Tab. 34. Skupienia w zakresie radzenia sobie badanych kobiet- zestawienie różnic

Strategie radzenia sobie		Skupienie 1	Skupienie 2	Skupienie 3	ANOVA		Porównanie
					F	p	
Koncentracja na problemie (PRO)	M	2,51	2,98	2,89	11,10	<0,001	2>3>1
	SD	0,64	0,19	0,27			
Zaprzeczenie (ZAP)	M	2,38	2,50	1,94	13,78	<0,001	2>1>3
	SD	0,77	0,43	0,61			
Koncentracja na emocjach (EM)	M	3,00	2,96	2,63	5,88	0,003	1>2>3
	SD	0,51	0,41	0,59			
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (WS)	M	2,77	3,52	2,88	25,83	<0,001	2>3>1
	SD	0,74	0,40	0,54			
Akceptacja (AKC)	M	2,35	2,85	2,97	9,51	<0,001	3>2>1
	SD	0,49	0,27	0,48			
Zwracanie się ku religii (REL)	M	2,55	3,50	2,22	63,80	<0,001	2>1>3
	SD	1,01	0,35	0,72			
Poczucie humoru (HUM)	M	1,88	2,01	2,35	6,13	0,002	3>2>1
	SD	0,63	0,43	0,61			
Używanie alkoholu lub innych środków odurzających (ALK)	M	3,22	1,85	1,36	42,41	<0,001	1>2>3
	SD	0,53	0,64	0,38			

Dokonując omówienia specyfiki wyróżnionych grup badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu, w pierwszej kolejności zostanie scharakteryzowane skupienie najliczniejsze (2), obejmujące 64 osoby. Tworzą je respondentki wykorzystujące najczęściej strategię zaradczą w postaci poszukiwania wsparcia emocjonalnego (w zakresie istotnie wyższym niż pozostałe badane) oraz zwracania się ku religii, przy jednocześnie znacznym nasileniu strategii koncentracji na problemie i emocjach. Jednocześnie badane te w skonkretyzowanych okolicznościach, ocenianych przez nie jako stresowe, najrzadziej odwołują się do sposobów radzenia sobie poprzez stosowanie alkoholu lub innych środków odurzających (w zdecydowanie większym zakresie niż badane ze skupienia 3, lecz istotnie rzadziej niż badane w skupieniu 1). Biorąc pod uwagę nasilenie poszczególnych strategii radzenia sobie, można stwierdzić, że badane kobiety ze skupienia 2 cechuje typ zmagania się z trudnościami o charakterze społeczno-

emocjonalnym. Zidentyfikowany w tym skupieniu typ radzenia sobie w największym stopniu charakteryzuje kobiety z nabytą niepełnosprawnością ruchu (55,65% badanych). Przeważający odsetek badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu w tym skupieniu może sugerować, że określony tu wzór zmagania się z trudnościami jest dla nich typowy.

Następne pod względem liczebności jest skupienie 3 (n=42). Obejmuje ono badane kobiety, które w obliczu konkretnych sytuacji trudnych uruchamiają aktywność zaradczą w postaci akceptacji problemów (w zakresie istotnie wyższym niż pozostałe badane) oraz koncentracji na problemie (w zdecydowanie większym stopniu niż badane ze skupienia 1, lecz istotnie rzadziej niż badane w skupieniu 2). W konfrontacji z konkretnym problemem badane ze skupienia 3 wykorzystują najrzadziej strategię polegającą na stosowaniu alkoholu i innych środków odurzających oraz na zaprzeczaniu. Ustalony w ramach tego skupienia wzór radzenia sobie ma w zdecydowanej mierze charakter zadaniowy. Badane kobiety dążą do zaakceptowania pojawiających się trudności jednocześnie wkładając znaczny wysiłek w rozwiązywanie konkretnych problemów.

Skupienie 1 reprezentowane jest przez najmniej liczną grupę kobiet (n=9), które najczęściej w sytuacji problemowej wykorzystują strategię polegającą na używaniu alkoholu lub innych środków odurzających (istotnie częściej niż badane ze skupienia 2 i 3) oraz koncentracji na emocjach. Najrzadziej w stosunku do pozostałych uwzględnionych strategii ujmują pojawiające się trudności w sposób humorystyczny (w zakresie istotnie niższym niż pozostałe badane) akceptując je. Ustalony w tym skupieniu wzór radzenia sobie ma w zdecydowanej mierze charakter unikowo-emocjonalny, jednakże nie jest on reprezentatywny dla tej grupy badanych i cechuje niewielką liczbę respondentek.

Podsumowując uzyskane rezultaty w zakresie radzenia sobie badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu, należy wskazać, że stosują one najczęściej strategię polegającą na poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego, zwracaniu się ku religii i rozwiązywaniu problemu. Można zatem stwierdzić, że badane cechuje przede wszystkim zadaniowe podejście do doświadczanych trudności, a także polegające na ich zrozumieniu i odnalezieniu sensu.

6.2. Wybrane zasoby radzenia sobie badanych kobiet

Proces radzenia sobie ze stresem polega m.in. na nieustannie zmieniających się wysiłkach behawioralnych i poznawczych, mających na celu sprostanie określonym wymaganiom wewnętrznym i zewnętrznym, które osoba ocenia jako obciążające lub nawet przekraczające jej zasoby (R. S. Lazarus, S. Folkman, 1984, s. 19). To, w jaki sposób dana osoba doświadcza stresu i jak sobie z nim radzi, zależy m.in. od czynników zwanych zasobami osobistymi. Definiowane są one jako: „złożony układ czynników osobowościowych, nastawieniowych i poznawczych, które stanowią część psychologicznego kontekstu radzenia sobie” (R. H. Moos, J. A. Schaefer, 1993, s. 234). Równie ważne w tej kwestii są nieodłącznie związane z jednostką zasoby radzenia sobie, pozwalające jej skutecznie poradzić sobie w sytuacjach stresowych, w mniejszym stopniu doświadczać skutki działania stresora oraz szybciej zregenerować się po jego pojawieniu się (A. L. Hammer, S. Marting, 1988, s. 2). Są one również rozumiane jako względnie stabilne cechy dyspozycyjne jednostki, które mają wpływ na proces radzenia sobie oraz ostateczny wynik tego procesu (R. H. Moos, A. G. Billings, 1982, s. 215). Z całą pewnością osoby z niepełnosprawnością posiadają zasoby różnego rodzaju, będące niezwykle pomocne dla wypróbowywania i poszukiwania nowych strategii radzenia sobie, by w ostateczności jak najlepiej poradzić sobie z napotykanymi problemami (S. Kowalik, 2007a, s. 66).

W podrozdziale tym zostanie zaprezentowana analiza wyników badań obejmująca statystyki opisowe wybranych podmiotowych (samoocena, poczucie własnej skuteczności, nadzieja podstawowa) i społecznych (wsparcie społeczne, siła relacji interpersonalnej) zasobów radzenia sobie kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu.

6.2.1. Podmiotowe zasoby radzenia sobie badanych kobiet

Jako pierwsze zostaną zaprezentowane statystyki opisowe samooceny badanych kobiet, które zawiera tabela 35. Samoocena w niniejszych badaniach nakreślona przez W. Fittsa (za: J. Kirenko, 2002, s. 128) ujmowana jest jako postawa jednostki wobec samej siebie, swoich możliwości, cech, zdolności i wad, która tworzy emocjonalny komponent obrazu siebie osoby, rozumiany jako zespół różnych sądów i opinii człowieka na swój temat, który obejmuje jej właściwości fizyczne, psychiczne oraz społeczne.

Tab. 35. Statystyki opisowe samooceny badanych kobiet

Samoocena	M	SD	Zakres wyników (min-max)	Zakres podskali
Samokrytycyzm	36,29	4,34	28-49	0-49
Tożsamość	82,65	4,84	70-98	0-98
Zadowolenie z siebie	94,73	5,96	78-109	0-109
Zachowanie	97,57	6,27	83-110	0-110
Ja fizyczne	57,78	4,38	48-72	0-72
Ja moralno- etyczne	54,40	4,29	43-69	0-69
Ja personalne	50,93	3,80	41-64	0-64
Ja rodzinne	54,92	4,37	41-63	0-63
Ja społeczne	56,91	4,35	46-70	0-70

Na podstawie analizy otrzymanych wyników w zakresie samooceny można stwierdzić, iż dokonując określenia obrazu własnej osoby badane kobiety najczęściej zwracają uwagę na dwa poziomy własnego funkcjonowania tj. zachowanie i zadowolenie z siebie. Oznacza to, że najważniejszymi aspektami w ocenie samych siebie przez badane kobiety jest to, jak odczuwają one swoje ja, jaki jest poziom ich zadowolenia/samoakceptacji oraz jak oceniają swoje postępowanie. Z kolei najmniej istotne dla tej oceny okazały się być zdolności badanych do samokrytycyzmu w przedstawianiu obrazu własnej osoby. W obrębie pięciu wymiarów skali Samooceny, najwyższe wyniki uzyskano w odniesieniu do Ja fizycznego i Ja społecznego, najniższe natomiast w stosunku do Ja personalnego. Oznacza to, że badane kobiety dokonując oceny własnego ja w największym stopniu zwracają uwagę na fizyczny aspekt własnej osoby oraz siebie w relacjach z innymi ludźmi. Z kolei w najmniejszym stopniu uwzględniają poczucie własnej wartości niezależnie od oceny innych.

Otrzymane wyniki surowe w zakresie samooceny przeliczono z uwzględnieniem norm stenowych (J. Brzeziński, 2011, s. 541). Wyniki przedstawia tabela 36.

Tab. 36. Poziom samooceny badanych kobiet

Samoocena	Poziom samooceny					
	Niski		Przeciętny		Wysoki	
	N	%	N	%	N	%
Samokrytycyzm	35	30,44	41	35,65	39	33,91
Tożsamość	27	23,48	50	43,48	38	33,04
Zadowolenie z siebie	32	27,83	42	36,52	41	35,65

Zachowanie	35	30,44	43	37,39	37	32,17
Ja fizyczne	34	29,57	40	34,78	41	35,65
Ja moralno-etyczne	24	20,87	48	41,74	43	37,39
Ja personalne	22	19,13	46	40,00	47	40,87
Ja rodzinne	34	29,57	45	39,13	36	31,30
Ja społeczne	28	24,35	46	40,00	41	35,65

Na podstawie otrzymanych wyników można stwierdzić, iż najczęściej badanych kobiet cechuje się przeciętnym poziomem samooceny w zakresie czterech z dostępnych poziomów własnego funkcjonowania (samokrytycyzm, tożsamość, zadowolenie z siebie, zachowanie). Z kolei w odniesieniu do zewnętrznych wymiarów samooceny 41 badanych kobiet (35,65%) odznacza się wysokim, 40 (34,78%) przeciętnym, a 34 (29,57%) niskim poziomem postrzegania własnej fizyczności jako ważnej dla obrazu siebie. Natomiast 43 (37,39%) badane kobiety cechuje się wysokim, 48 (41,74%) przeciętnym, a 24 (20,87%) niskim poziomem samooceny w obszarze życia moralnego. W zakresie kolejnego wymiaru samooceny, jakim jest poczucie własnej wartości i adekwatności niezależnie od oceny innych osób, 47 (40,87%) badanych kobiet posiada wysoki, 46 (40,00%) przeciętny, a 22 (19,13%) niski jego poziom. Najwięcej badanych kobiet (45-39,13%) cechuje się przeciętnym poziomem oceny relacji z najbliższymi osobami, natomiast prawie 1/3 (36-31,30%) wykazuje się wysokim i podobna liczba (34-29,57%) niskim poziomem w tym zakresie. Przeciętny poziom spostrzegania siebie w relacjach z ludźmi w ogóle charakteryzuje 46 (40,00%) badanych kobiet. Z kolei ten aspekt jest w wysokim stopniu ważny dla 41 (35,65%) badanych, a w niskim stopniu dla 28 (24,35%) badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu.

Kolejnym podmiotowym zasobem radzenia sobie badanych kobiet, który został poddany analizie było poczucie własnej skuteczności. Jest ono rozumiane w niniejszych badaniach jako ogólne przekonanie osoby co do skuteczności poradzenia sobie przez nią z napotykanymi problemami. Odnosi się do wiary człowieka w słuszność jego aktywności w obliczu doświadczanych trudności (Z. Juczyński, 2001, s. 167). Statystyki opisowe analizowanej zmiennej zawiera tabela 37.

Tab. 37. Statystyki opisowe poczucia własnej skuteczności badanych kobiet

Poczucie własnej skuteczności	M	SD	Zakres wyników (min-max)	Zakres podskali
	28,62	3,90	17-36	0-36

Badane kobiety z niepełnosprawnością ruchową w zakresie poczucia własnej skuteczności uzyskały średni wynik 28,62 (SD=3,90). Ponadto przy zastosowaniu skali stenowej wyodrębniono trzy kategorie wyników: niskie, średnie oraz wysokie w zakresie poczucia własnej skuteczności badanych kobiet, które przedstawia tabela 38.

Tab. 38. Poziom poczucia własnej skuteczności badanych kobiet

Poziom poczucia własnej skuteczności							
Niski		Przeciętny		Wysoki		Ogółem	
N	%	N	%	N	%	N	%
11	9,57	89	77,39	15	13,04	115	100

Uzyskane rezultaty wskazują, iż najwięcej badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu (77,39%), cechuje się przeciętnym nasileniem przekonania co do własnej skuteczności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Wśród badanych kobiet tylko 13,04% charakteryzuje się wysokim nasileniem tej zmiennej, natomiast 11 badanych kobiet dysponuje niskim poziomem analizowanych przekonań.

Trzecim zasobem podmiotowym analizowanym w niniejszych badaniach jest nadzieja podstawowa, rozumiana jako ocena właściwości świata jako sensownego, uporządkowanego i przychylnego ludziom (J. Trzebiński, M. Zięba, 2003a, s. 14). Ustalony poziom tej zmiennej wskazuje na siłę przekonań osoby w zakresie powyższych właściwości świata, oraz przyszłości i pojawiających się w niej zdarzeń wraz z emocjonalnym do nich ustosunkowaniem. Statystyki opisowe nadziei podstawowej badanych kobiet zawiera tabela 39.

Tab. 39. Statystyki opisowe nadziei podstawowej badanych kobiet

Nadzieja podstawowa	M	SD	Zakres wyników (min-max)	Zakres podskali
	28,68	5,33	17-45	0-45

Badane kobiety z niepełnosprawnością ruchową w zakresie nadziei podstawowej uzyskały średni wynik 28,68 (SD=5,33). Ponadto przy zastosowaniu skali stenowej wyodrębniono trzy kategorie wyników: niskie, średnie oraz wysokie w zakresie nadziei podstawowej badanych kobiet, które przedstawia tabela 40.

Tab. 40. Poziom nadziei podstawowej badanych kobiet

Poziom nadziei podstawowej							
Niski		Przeciętny		Wysoki		Ogółem	
N	%	N	%	N	%	N	%
42	36,52	57	49,57	16	13,91	115	100

Wśród badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu najwięcej z nich, bo prawie połowa (49,57%), cechuje się przeciętnym natężeniem nadziei podstawowej. Wysokim poziomem nadziei charakteryzuje się zaledwie 13,91% badanych kobiet. Z kolei niskim jej poziomem dysponuje 36,52% badanych kobiet.

Podsumowując rezultaty przeprowadzonych analiz wyników empirycznych w zakresie podmiotowych zasobów radzenia sobie, można wskazać, iż badane kobiety z niepełnosprawnością ruchową w większości cechuje przeciętny poziom w zakresie wszystkich wymienionych podmiotowych zasobów tj. samoocena, poczucie własnej skuteczności, nadzieja podstawowa.

6.2.2. Społeczne zasoby radzenia sobie badanych kobiet

W dalszej części pracy, zaprezentowane zostaną wyniki w zakresie społecznych zasobów radzenia sobie (wsparcie społeczne, siła relacji interpersonalnej) badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchową. Jako pierwsze przeanalizowano wsparcie społeczne, które w prezentowanych badaniach definiowane jest jako konkretna pomoc instrumentalna, emocjonalna, wartościująca i informacyjna, jaką osoba otrzymuje od określonych osób: rodziców, krewnych, rodzeństwa, kolegów z uczelni/pracy, kolegów z osiedla, nauczycieli/współpracowników, sąsiadów oraz obcych (K. Kmiecik-Baran, 1995, s. 202-212). Statystyki opisowe wsparcia społecznego prezentuje tabela 41.

Tab. 41. Statystyki opisowe wsparcia społecznego badanych kobiet

Wsparcie społeczne	M	SD	Zakres wyników (min-max)	Zakres podskali
Wsparcie informacyjne	44,20	12,59	13-69	0-69
Wsparcie instrumentalne	22,51	7,03	5-47	0-47
Wsparcie wartościujące	41,56	13,12	12-78	0-78

Wsparcie emocjonalne	43,20	11,46	18-70	0-70
Wsparcie- wynik ogólny	151,48	39,87	51-249	0-249

Na podstawie otrzymanych wyników w zakresie wsparcia społecznego stwierdza się u badanych kobiet najwyższą tendencję do poszukiwania wsparcia informacyjnego. Oznacza to, że badane kobiety są nastawione na uzyskanie informacji o możliwych sposobach działania w danej sytuacji. Jednocześnie badane kobiety wskazują na zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne przejawiające się poprzez troskę, zrozumienie, współczucie, przejawianie emocji podtrzymujących oraz pozytywną postawę wobec nich. Badane wskazują również na potrzebę wsparcia wartościującego polegającego na okazywaniu im akceptacji i szacunku będące potwierdzeniem ich wartości jako osoby. Co istotne, najniższe wyniki odnoszą się do wsparcia instrumentalnego obejmującego przekaz informacji o możliwych sposobach działania.

Otrzymane wyniki surowe w zakresie wsparcia społecznego przeliczono z uwzględnieniem norm stenowych (J. Brzeziński, 2011, s. 541). Dane przedstawia tabela 42.

Tab. 42. Poziom wsparcia społecznego badanych kobiet

Wsparcie społeczne	Poziom wsparcia społecznego					
	Niski		Przeciętny		Wysoki	
	N	%	N	%	N	%
Wsparcie informacyjne	33	28,70	46	40,00	36	31,30
Wsparcie instrumentalne	31	26,96	45	39,13	39	33,91
Wsparcie wartościujące	35	30,44	44	38,26	36	31,30
Wsparcie emocjonalne	32	27,83	45	39,13	38	33,04
Wsparcie- wynik ogólny	34	29,57	44	38,26	37	32,17

Na podstawie otrzymanych wyników można stwierdzić, że najwięcej bo 44 (38,26%) badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu cechuje się przeciętnym, prawie 1/3 (37-32,17%) wysokim, a 34 (29,57%) niskim poziomem wsparcia ogólnie pojmowanego. W zakresie konkretnych rodzajów tej zmiennej najwięcej, bo 46 (40%)

badanych kobiet cechuje się przeciętnym, 36 (31, 30%) wysokim, a 33 (28,70%) niskim poziomem wsparcia informacyjnego. Wsparcie instrumentalne, jakiego doświadczają badane kobiety jest na przeciętnym poziomie dla 45 (39,13%), wysokim poziomie dla 39 (33,91%) i niskim poziomie dla 31 (26,96%) z nich. Badane kobiety cechuje najczęściej średni poziom (44-38,26%) wsparcia wartościującego, 36 kobiet (31,30%) odznacza się wysokim, a 32 (27,83%) niskim jego poziomem. Poziom wsparcia emocjonalnego jest średni dla 44 (38,26%), wysoki dla 37 (32,17%) i niski dla 34 (29,57%) badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchową.

Analizując wsparcie społeczne badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchową, starano się ustalić, który rodzaj wsparcia pochodzi z określonych grup źródłowych. Uzyskane wyniki przedstawia tabela 43.

Tab. 43. Źródła wsparcia społecznego otrzymywanego przez badane kobiety

Osoby wspierające	Rodzaje wsparcia									
	Informacyjne		Instrumentalne		Wartościujące		Emocjonalne		Wynik ogólny	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Rodzice	8,01	2,33	7,72	2,48	7,57	2,47	7,79	2,28	31,10	8,41
Rodzeństwo	7,26	3,13	6,80	3,09	6,65	3,18	7,38	2,88	28,10	11,18
Krewni	6,88	1,99	5,66	2,35	6,62	2,25	6,86	1,92	26,04	7,05
Koledzy z uczelni/pracy	3,40	3,18	2,32	2,56	3,56	3,29	3,53	3,30	12,83	11,29
Koledzy z osiedla	4,09	3,16	2,32	2,56	3,98	3,26	4,00	2,99	15,18	11,43
Sąsiedzi	5,66	2,84	4,55	2,54	5,37	2,53	5,80	2,36	21,40	8,91
Nauczyciele/Ws półpracownicy	4,38	3,49	2,13	2,18	3,48	3,21	3,45	3,26	13,46	10,82
Obcy	4,49	2,17	2,77	1,89	4,17	2,23	4,35	1,76	15,80	6,23

Dane zawarte w tabeli 43 wskazują, iż w zakresie każdego z wymienionych rodzajów wsparcia społecznego (informacyjne, instrumentalne, wartościujące, emocjonalne) najwyższy jego poziom badanym kobietom z uszkodzeniem narządu ruchu udzielany jest przez rodziców (M=31,10). Natomiast najmniejsza rola w zakresie wsparcia informacyjnego przypada kolegom z uczelni/pracy, w zbliżonym stopniu także kolegom z osiedla. Podobnie w zakresie wsparcia instrumentalnego najniższą ocenę

uzyskali również koledzy z uczelni/pracy i osiedla. Najmniej ważnymi źródłami wsparcia wartościującego okazali się być sąsiedzi oraz nauczyciele lub współpracownicy. Badane kobiety z uszkodzeniem narządu ruchu najmniej wsparcia emocjonalnego uzyskiwały od osób obcych oraz nauczycieli/współpracowników.

Drugim omawianym zasobem społecznym jest siła relacji interpersonalnej opisująca związek między dwojgiem osób. W niniejszych badaniach siła relacji interpersonalnej rozumiana jest jako „stopień powiązania dwóch osób, odpowiadający natężeniu tego, co jest dla nich wspólne i współdzielone w interakcjach na płaszczyźnie zachowań, myśli i uczuć” (A. Zbieg, A. Słowińska, B. Żak, 2015, s. 339). Statystyki opisowe siły relacji interpersonalnej badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu zawiera tabela 44.

Tab. 44. Statystyki opisowe siły relacji interpersonalnej badanych kobiet

Wymiary siły relacji interpersonalnej	M	SD	Zakres wyników (min-max)	Zakres podskali
Czas	54,38	7,17	18-63	0-63
Podobieństwo	47,04	10,07	11-59	0-59
Intymność	54,68	6,50	23-63	0-63

W prezentowanych analizach dokonano również określenia partnera relacji interpersonalnej badanych kobiet z niepełnosprawnością. Badane kobiety jako partnera swych relacji wskazywały najczęściej na kolegę/koleżankę (N=49), następnie na męża/partnera (N=39) oraz jednego z rodziców (N=27). Przeprowadzona analiza w zakresie siły omawianej relacji dowodzi, iż najwyższe wyniki (54,67%) badane kobiety uzyskały w zakresie Intymności, czyli siły więzi łączącej obydwójga parterów. Zbliżone wyniki (54,38%) uzyskano także w odniesieniu do wymiaru, jakim jest czas spędzony w relacji rozumiany jako liczba wspólnych doświadczeń i przeżyć. Najniższe wyniki (47,04%) odnoszą się do podobieństwa partnerów w relacji stanowiące odległość osób w danej relacji, czyli część wspólną obszarów ich życia.

Podsumowując rezultaty przeprowadzonych analiz wyników empirycznych w zakresie społecznych zasobów radzenia sobie, można wskazać, iż badane kobiety z

niepełnosprawnością ruchową w większości cechuje przeciętny poziom w zakresie wsparcia społecznego. Z kolei najważniejszym aspektem posiadanych relacji interpersonalnych dla badanych kobiet jest jej intymność, czyli siła więzi, jaka łączy partnerów danej relacji.

Rozdział VII

Zależności między radzeniem sobie i zasobami radzenia sobie a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet

W dalszej części pracy wykorzystane zostaną rezultaty otrzymane w ramach analizy korelacyjnej z użyciem współczynnika r Pearsona, dokonane w celu ustalenia powiązań między zmiennymi oraz wyniki przeprowadzonej postępującej regresji wielorakiej. Została ona zastosowana w celu ustalenia zakresu wariancji zmiennej, którą uznano w niniejszej pracy jako zależną (akceptacja niepełnosprawności). W rezultacie zastosowania tego typu analiz możliwe będzie stwierdzenie, jaka kombinacja ustalonych zmiennych niezależnych radzenie w wymiarze sytuacyjnym i zasoby radzenia sobie (samoocena, poczucie własnej skuteczności, nadzieja podstawowa, wsparcie społeczne, siła relacji interpersonalnej) wnosi największy wkład w określenie natężenia poszczególnych wymiarów akceptacji niepełnosprawności u badanych kobiet. Zmienne niezależne tworzące modele regresyjne ujmowane są w kategorii predyktorów poszczególnych wymiarów akceptacji niepełnosprawności.

7.1. Radzenie sobie a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet

Chcąc określić powiązanie sytuacyjnego radzenia sobie z akceptacją niepełnosprawności badanych kobiet przeprowadzono analizę korelacyjną z użyciem współczynnika r Pearsona. Uzyskane w tym zakresie wyniki przedstawia tabela 45.

Tab. 45. Radzenie sobie a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona

Podskale WSAUS	Strategie radzenia sobie ze stresem							
	PRO	ZAP	EM	WSP	AKC	REL	HUM	ALK
Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I)	0,44***	-0,31***	-0,30**	0,09	0,30**	0,11	0,21*	-0,36***
Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	-0,05	0,57***	0,54***	0,19*	-0,23*	0,10	-0,26**	0,42***
Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe	-0,03	0,58***	0,43***	0,19*	-0,21*	0,11	-0,04	0,31***

(AKC-III)								
Ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	0,44***	-0,22*	-0,26**	0,15	0,29**	0,20*	0,10	-0,23*

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001;

PRO- Koncentracja na problemie; ZAP- Zaprzeczenie; EM- koncentracja na emocjach; WS- Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego; AKC- Akceptacja; REL- Zwracanie się ku religii; HUM- Poczucie humoru; ALK- Używanie alkoholu lub innych środków odurzających

Przeprowadzona analiza korelacyjna wykazała istnienie istotnych statystycznie zależności pomiędzy akceptacją niepełnosprawności (w zakresie czterech jej wymiarów) a sytuacyjnym radzeniem sobie badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu. Warto dodać, że stwierdzona siła powiązań zyskuje stopień słaby bądź umiarkowany. W przypadku pierwszej zmiany w wartościach, która polega na zmniejszeniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I), wykazano istnienie istotnych statystycznie, pozytywnych zależności pomiędzy nią a strategiami radzenia sobie polegającymi na koncentracji na problemie (PRO), akceptacji (AKC) oraz wykorzystywaniu humoru (HUM). Oznacza to, że badane kobiety posługują się w większym stopniu strategiami radzenia sobie polegającymi na: koncentracji na problemie, akceptacji trudności i humorystycznym ich ujmowaniu, gdy ich stan fizyczny staje się dla nich mniej ważny w stosunku do innych wartości. I odwrotnie, rzadziej korzystają one ze strategii radzenia sobie opartych na koncentracji na danym problemie, akceptacji i humorystycznym ich ujmowaniu, gdy aspekt ich fizyczności jest dla nich najważniejszy. Co istotne, najsilniejszy charakter pozytywnych powiązań ujawnił się w obrębie radzenia sobie polegającego na koncentracji na problemie. Zapewne badane w większym zakresie korzystając z zadaniowych strategii radzenia sobie z napotykanymi problemami traktują własną fizyczność jako drugorzędną wartość. Z kolei istotne statystycznie, ale ujemne korelacje zaobserwowano pomiędzy zmniejszaniem znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości a strategiami radzenia sobie polegającymi na używaniu alkoholu lub innych środków odurzających (ALK), zaprzeczaniu (ZAP) i koncentracji na emocjach (EM). Zatem badane kobiety wykazują mniejszą skłonność zmagania się z problemami poprzez nadużywanie alkoholu, zaprzeczanie realności doznawanych trudności oraz koncentrację na emocjach przejawiającą się m.in. w poszukiwaniu bliskości emocjonalnej u najbliższych przy niższym przekonaniu, że fizyczność jest

najważniejszym aspektem ich funkcjonowania. Przypuszczalnie badane kobiety koncentrują się na pokonywaniu trudności z wykorzystaniem strategii zorientowanych na używanie alkoholu lub innych środków odurzających, zaprzeczenie i koncentrację na emocjach w sytuacji, kiedy ich cechy fizyczne mają dla nich większą wartość.

W odniesieniu do kolejnej zmiany polegającej na poszerzaniu zakresu własnych wartości (AKC-II) wykazano istnienie istotnych statystycznie, pozytywnych zależności pomiędzy nią a strategiami radzenia sobie polegającymi na zaprzeczaniu (ZAP), koncentracji na emocjach (EM), używaniu alkoholu lub innych środków odurzających (ALK) oraz poszukiwaniu wsparcia społecznego (WSP). Badane kobiety częściej radząc sobie z napotykanymi problemami poprzez zaprzeczanie ich realności, w większym stopniu zwracają uwagę na inne wartości dostępne w ich życiu, a nie jedynie na te utracone w chwili nabycia niepełnosprawności. Ponadto wykorzystując emocjonalne sposoby zaradcze, alkohol lub inne środki odurzające oraz poszukując wsparcia społecznego, by lepiej poradzić sobie z trudnościami częściej dokonują tego typu zmian w wartościach. I odwrotnie, towarzyszą im rzadsze wybory strategii unikowych w postaci zaprzeczania czy stosowania alkoholu i środków odurzających, jeżeli ignorują istnienie innych wartości koncentrując się jedynie w swoim życiu na utraconych jego aspektach. Co więcej, obniża się również tendencja do emocjonalnego radzenia sobie i korzystania z pomocy innych w pokonywaniu trudności. Z kolei istotne statystycznie, ale ujemne korelacje zaobserwowano pomiędzy poszerzeniem zakresu wartości dostępnych jednostce a strategiami radzenia sobie polegającymi na humorystycznym ich ujmowaniu i akceptacji. Przypuszczalnie badane kobiety wykazują niższą skłonność do zmagania się z trudnościami poprzez akceptowanie ich obecności i ujmowanie w sposób humorystyczny, poszerzając zakres dostępnych wartości o inne nieutracone w wyniku niepełnosprawności. Zapewne trudniej jest im zaakceptować pojawiające się trudności i tym samym przypisywać im humorystyczną perspektywę dostrzegając inne wartości, którym można nadać większe znaczenie w posiadanym systemie aksjologicznym. Z kolei wyższej tendencji do akceptacji napotykanych trudności i dostrzegania w nich elementów humorystycznych towarzyszy niezwracanie uwagi na nieutracone w życiu wartości. Można przypuszczać, że wyższa częstotliwość występowania strategii radzenia sobie wyrażającej się w akceptowaniu problemów sprzyja biernej rezygnacji badanych kobiet.

Przy uwzględnieniu trzeciej zmiany w wartościach polegającej na przeformułowaniu wartości względnych na wartości stałe wykazano istnienie istotnych statystycznie pozytywnych zależności pomiędzy nią a sytuacyjnym radzeniem sobie

polegającym na zaprzeczaniu (ZAP), koncentracji na emocjach (EM), używaniu alkoholu lub innych środków odurzających (ALK) i poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego (WSP). Jedynie w zakresie radzenia sobie z trudnościami polegającymi na ich akceptacji (AKC) badana zmienna koreluje negatywnie. Unikowe radzenie sobie badanych kobiet ukierunkowane na zaprzeczanie doświadczanych trudności przy jednoczesnym wykorzystywaniu alkoholu sprzyja dostrzeganiu swych unikatowych cech bez porównywania się z innymi osobami. Zapewne wykazywanie zwiększonej gotowości do korzystania z pomocy innych w pokonywaniu doświadczanych trudności i poszukiwania bliskości emocjonalnej u najbliższych osób, jednocześnie nie akceptowanie pojawiających się trudności sprzyja przeformułowywaniu wartości przez badane kobiety. Rzadsze unikowe radzenie sobie w postaci zaprzeczenia trudnościom oraz nadużywania alkoholu koresponduje z brakiem umiejętności dostrzegania u siebie innych zdolności i cech niż te utracone w wyniku nabycia niepełnosprawności. W sytuacji gdy badane kobiety dokonują rzadszych wyborów strategii radzenia sobie w postaci poszukiwania społecznego i emocjonalnego wsparcia nie wprowadzają przeformułowań w swych wartościach. Można przypuszczać, że rzadsze unikowe radzenie sobie z problemami i ich pozorna akceptacja sprzyjają braku chęci poszukiwania swych nieutraconych zdolności bądź cech przez jednostkę.

W odniesieniu do ostatniej zmiany w wartościach polegającej na ograniczaniu skutków posiadanej niepełnosprawności (AKC-IV), wykazano istnienie istotnych statystycznie pozytywnych zależności pomiędzy nią a strategiami radzenia sobie z trudnościami, polegającymi na koncentracji na problemie (PRO), akceptacji (AKC) i zwracaniu się ku religii (REL). Natomiast negatywne zależności wykazano w odniesieniu do radzenia sobie zorientowanego na poszukiwanie emocjonalnego wsparcia (EM), zaprzeczanie (ZAP), używanie alkoholu lub innych środków odurzających (ALK). Zatem należy podkreślić, że badane kobiety gdy wykazują większą tendencję do zadaniowego radzenia sobie z trudnościami i akceptacji ich, to nie traktują swojej niepełnosprawności jako jednej z posiadanych cech. Ponadto częściej opierają się na opatrności Bożej w radzeniu sobie z trudnościami, jednocześnie nie zaprzeczając pojawiającym się problemom, nie poszukują emocjonalnego wsparcia i nie uciekają się do nadużywania alkoholu. Badane kobiety wyrażając większą skłonność do bagatelizowania problemów, nie akceptując ich, jednocześnie nie czerpiąc sił do ich rozwiązania z wiary religijnej, traktują posiadane ograniczenia w ruchu jako najważniejszy aspekt swojego ja. Jednak w obliczu trudności zaprzeczają ich istnieniu, stosując alkohol i poszukują emocjonalnego

wsparcia. Można uchwycyony tutaj związek zinterpretować następująco. Traktowanie niepełnosprawności jako jednej z wielu cech, które posiada jednostka, może kształtować przekonanie, o pewnej naturalności występowania trudności obok innych wydarzeń życiowych. Jednocześnie pokazując, że problemy te nie determinują życia i można sobie z nimi poradzić czerpiąc m.in. wsparcie z wiary religijnej i podchodząc do nich zadaniowo.

W dalszej części pracy zaprezentowano rezultaty przeprowadzonej analizy regresji wielorakiej. Wskazują one, że poszczególne zmiany w wartościach składające się na akceptację niepełnosprawności przez kobiety z uszkodzeniem narządu ruchu, pozostają w zależności z przyjętymi zmiennymi niezależnymi. Rezultaty przeprowadzonej analizy regresji dla zmiennej niezależnej strategii radzenia sobie przedstawia tabela 46.

Tab. 46. Podsumowanie analizy regresji wielorakiej u badanych kobiet, zmienna zależna- akceptacja niepełnosprawności, zmienna niezależna- strategie radzenia sobie

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej zmniejszanie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I) R=0,619 R ² =0,383 cR ² =0,337 F (8,10)=8,24 p<0,001		
	β	t(106)	p
Koncentracja na problemie (PRO)	0,34	3,62	<0,001
Zaprzeczanie (ZAP)	-0,20	-2,37	0,019
Koncentracja na emocjach (EM)	-0,23	-2,49	0,014
Poczucie humoru (HUM)	0,21	2,48	0,014
Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej poszerzenie zakresu wartości (AKC-II) R=0,743 R ² =0,553 cR ² =0,519 F (8,10)=16,41 p<0,001		
	β	t(106)	p
Zaprzeczanie (ZAP)	0,43	5,90	<0,001
Koncentracja na emocjach (EM)	0,36	4,52	<0,001
Poczucie humoru (HUM)	-0,28	-3,86	<0,001
Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III) R=0,653 R ² =0,427 cR ² =0,384 F (8,10)=9,89 p<0,001		
	β	t(106)	p
Zaprzeczanie (ZAP)	0,49	5,82	<0,001
Koncentracja na emocjach (EM)	0,23	2,55	0,012
Akceptacja (AKC)	-0,19	-2,25	0,026
Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej ograniczenie skutków niepełnosprawności (AKC-IV) R=0,564 R ² =0,319 cR ² =0,267 F (8,10)=6,20 p<0,001		

	β	t(106)	p
Koncentracja na problemie (PRO)	0,31	3,16	0,002
Koncentracja na emocjach (EM)	-0,28	-2,81	0,005

W wyniku przeprowadzonej analizy regresji zmian w wartościach polegających na zmniejszeniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I) utworzono model regresyjny, który jest istotny statystycznie. Omawiana zmiana w wartościach, zależy w pewnym stopniu od układu zmiennych w postaci strategii radzenia sobie. Wyjaśniają one 38% wariacji nasilenia analizowanej zmiany w wartościach. Model regresyjny utworzyły zmienne w postaci strategii radzenia sobie polegających na: koncentracji na problemie, humorystycznym jego ujmowaniu, koncentracji na emocjach oraz zaprzeczaniu. Można zatem stwierdzić, że nasilenie zmian w wartościach polegających na uznaniu własnej fizyczności za drugorzędną wartość, zależne jest w znacznym stopniu od częstszego wykorzystywania strategii polegających na koncentracji na problemie i humorystycznym jego ujmowaniu oraz na rzadszym stosowaniu strategii w postaci zaprzeczenia i koncentracji na emocjach.

Uzyskane rezultaty wskazują, że zmiana w wartościach polegająca na poszerzeniu zakresu dostępnych dla jednostki wartości, również pozostaje w związku zależnościowym z określonym zestawem strategii radzenia sobie z problemami. Wszystkie zmienne wchodzące w skład utworzonego tutaj modelu regresyjnego wyjaśniają aż 55% wariacji natężenia tej zmiany w wartościach. Zmiany w wartościach polegające na uświadomieniu sobie przez jednostkę istnienia innych wartości obok tych utraconych w wyniku nabycia trwałych ograniczeń ruchowych, zależne są przede wszystkim od częstszego wykorzystywania strategii radzenia sobie polegających na zaprzeczaniu i koncentracji na emocjach, natomiast rzadszym stosowaniu strategii w postaci humorystycznego ujmowania problemu.

Kolejna zmiana w wartościach polegająca na przeformułowaniu wartości względnych na wartości stałe pozostaje w związku zależnościowym z preferowanymi przez badane kobiety strategiami radzenia sobie z trudnościami. Utworzony układ zmiennych wyjaśnia prawie 43% wariacji nasilenia omawianej zmiany w wartościach. Największy wkład w wariację tych zmian w wartościach, wnoszą strategie radzenia sobie z problemami polegające na zaprzeczaniu, koncentracji na emocjach i akceptacji trudności. Nasilenie zmian w omawianej wartości u badanych kobiet, zależne jest od

częstszego radzenia sobie z trudnościami zaprzeczając im i koncentrując się na emocjach, przy jednocześnie rzadszym akceptowaniu ich obecności.

Model regresyjny zmian w wartościach polegających na ograniczaniu skutków doznanej niepełnosprawności został utworzony przez dwie zmienne pozostające w istotnych statystycznie związkach zależnościowych. Wyjaśniają one 32% wariacji nasilenia zmiennej zależnej. Największy wkład dla zmiany w wartościach polegającej na ograniczaniu skutków niepełnosprawności mają strategia radzenia sobie w postaci koncentracji na problemie i koncentracji na emocjach. Nasilenie u badanych kobiet tej zmiany jest uzależnione od częstszego koncentracji na problemie oraz rzadszej koncentracji na emocjach podczas radzenia sobie z napotykanymi problemami.

Dokonując zestawienia wyników analizy regresji można stwierdzić, że jedynie w odniesieniu do strategii radzenia w postaci koncentracji na emocjach, zaznacza się szczególny udział w kształtowaniu wszystkich czterech kategorii zmian składających się na akceptację niepełnosprawności. Istotna jest również rola strategii zaprzeczania doświadczanym trudnościom, częstsze jej stosowanie uczestniczy w wyjaśnianiu nasilenia zmian w wartościach AKC-II i AKC-III, z kolei rzadsze przy wyjaśnianiu natężenia AKC-I. Co więcej, analizowany sposób radzenia sobie w postaci humorystycznego ujmowania trudności pełni podwójną predykcijną funkcję. Z jednej strony częstsze stosowanie tej strategii w istotnym zakresie sprzyja zmianom w wartościach polegających na zmniejszeniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości, z kolei w odniesieniu do innej zmiany wyrażającej się w poszerzeniu zakresu posiadanych wartości, korzystna okazuje się niska tendencja do tego typu zachowań zaradczych. Używanie strategii polegającej na częstszym koncentracji na problemie sprzyja zmianom w wartościach AKC-I i AKC-IV.

7.2. Zasoby radzenia sobie a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet

W tej części analiz zostaną zaprezentowane rezultaty badań mające na celu ustalenie powiązań pomiędzy wybranymi zasobami radzenia sobie (samoocena, poczucie własnej skuteczności, nadzieja podstawowa, wsparcie społeczne, siła relacji interpersonalnej) a akceptacją niepełnosprawności (cztery wymiary) u badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu. Kolejno zostaną przedstawione wyniki analiz dla poszczególnych zasobów radzenia sobie w wyżej wymienionej kolejności.

7.2.1. Samoocena a akceptacja niepełnosprawności badanych kobiet

Akceptację niepełnosprawności skorelowano z samooceną badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu. Obliczono współczynniki korelacji r Pearsona. Otrzymane wyniki przedstawia tabela 47.

Tab. 47. Samoocena a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona

Podskale WSAUS	Samoocena								
	Samokrytycyzm	Tożsamość	Zadowolenie z siebie	Zachowanie	Ja fizyczne	Ja moralno- etyczne	Ja personalne	Ja rodzinne	Ja społeczne
AKC-I	-0,10	0,20*	0,01	0,11	-0,05	0,19*	0,06	0,05	0,14
AKC-II	0,09	0,00	0,21*	0,09	0,22*	-0,06	-0,03	0,15	0,14
AKC-III	-0,12	0,08	0,26**	-0,02	-0,00	-0,06	-0,08	0,33***	0,20*
AKC-IV	-0,15	0,22*	0,03	0,24*	0,01	0,23*	0,02	0,29**	0,09

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

AKC-I- Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości; AKC-II- Poszerzenie zakresu wartości; AKC-III- Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe; AKC-IV- Ograniczanie skutków niepełnosprawności.

W rezultacie zastosowania analizy korelacyjnej stwierdza się istnienie istotnych statystycznie zależności pomiędzy akceptacją niepełnosprawności (w zakresie czterech jej wymiarów) a samooceną badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu. Należy dodać, że stwierdzona siła powiązań między zmiennymi zyskuje stopień słaby, a wszystkie zależności są dodatnie. W odniesieniu do pierwszej zmiany w wartościach polegającej na zmniejszeniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I), wykazano istnienie istotnych statystycznie, pozytywnych zależności pomiędzy nią a dwoma wymiarami samooceny: tożsamość i ja moralno-etyczne. Oznacza to, że badane kobiety, które osiągają wyższe wyniki w zakresie postrzegania własnej tożsamości oraz ja moralno-etycznego częściej definiują siebie poprzez posiadane umiejętności i cechy charakteru (wyłączając fizyczne aspekty własnego ja). I odwrotnie, gdy badane kobiety uzyskują niższe rezultaty w odniesieniu do wymiaru samooceny jakim jest ja moralno-etyczne oraz w zakresie postrzegania swojej tożsamości wówczas rzadziej uznają one swe nie fizyczne cechy w określaniu własnej osoby. Zapewne badane kobiety w budowaniu swojej samooceny, kładąc większy nacisk na kwestie etyczne i moralne własnego postępowania, traktują w większym stopniu własną fizyczność za drugorzędną wartość.

Analizując drugą zmianę w wartościach składającą się na akceptację niepełnosprawności, która polega na poszerzaniu zakresu dostępnych dla jednostki

wartości o te nieutracone w wyniku nabycia trwałych ograniczeń ruchowych (AKC-II), wykazano istnienie istotnych statystycznie, pozytywnych zależności pomiędzy nią a samooceną w wymiarze ja fizycznym i poziomie funkcjonowania osoby wyrażającym się w zadowoleniu z siebie. W sytuacji gdy badane kobiety uzyskują wyższe wyniki w zakresie zadowolenia z własnych działań i siebie oraz w odniesieniu do ja fizycznego, na które składa się m.in. postrzeganie własnego ciała, stanu zdrowia, wyglądu fizycznego i sprawności, wówczas częściej upatrują znaczenia w posiadanych zdolnościach, wydarzeniach i realizowanych celach. Z kolei, jeżeli badane kobiety uzyskują niższe wyniki w przypadku samooceny w zakresie ja fizycznego i zadowolenia z siebie to nie są w stanie dostrzec innych odmiennych wartości, które są dla nich dostępne. Przepuszczalnie badane kobiety potrafiąc w nowej perspektywie spostrzegać własne ciało, swój stan zdrowia, seksualność itp. nie odrzucają utraconych wartości, a ujmują je w inny sposób. Zapewne zadowolenie z własnych działań sprzyja umiejętnościom nadawania znaczeń innym wartościom, np. posiadanym zdolnościom.

W odniesieniu do kolejnej zmiany w wartościach, która dotyczy przeformułowania wartości względnych na wartości stałe (AKC-III), wykazano istnienie istotnych statystycznie i pozytywnych korelacji pomiędzy nią a samooceną w zakresie zadowolenia z siebie, ja rodzinnego i ja społecznego. Uzyskiwanie wyższych wyników w zakresie zadowolenia z siebie i własnego postępowania, odczuć względem własnej wartości jako członka rodziny oraz członka danej społeczności sprzyja wyższym umiejętnościom badanych kobiet w dostrzeżeniu tego, w czym posiadana niepełnosprawność rzeczywiście je ogranicza, a na co im pozwala. Jednocześnie uzyskiwaniu niższych wyników w wymiarach samooceny ja społeczne i ja rodzinne oraz w zakresie poziomu funkcjonowania zadowolenie z siebie, towarzyszy częstsze porównywanie się badanych kobiet się z innymi osobami oraz brak umiejętności dostrzeżenia swych unikatowych cech. Zapewne posiadanie pozytywnej oceny siebie w relacjach z innymi sprzyja dokonywaniu przeformułowań we własnych wartościach (co wiąże się z brakiem porównań własnego stanu z innymi osobami).

Istotne statystycznie, pozytywne zależności wykazano również pomiędzy czwartą zmianą w wartościach polegającą na ograniczeniu skutków niepełnosprawności (AKC-IV) a samooceną w wymiarach: ja rodzinne, ja moralno-etyczne, tożsamość i zachowanie. Oznacza to, że badane kobiety, które posiadają wyższą samoocenę w zakresie swych moralnych i etycznych wartości, poczucia własnej wartości jako członka rodziny, postrzegania własnej tożsamości i oceny własnego zachowania częściej traktują posiadaną

niepełnosprawność jako jeden z elementów ich egzystencji, a nie swą osobistą cechą. Z kolei niższej samoocenie w zakresie ja rodzinnego, ja moralno-etycznego, tożsamości i zachowania towarzyszy wyższe przekonanie badanych kobiet o istotności posiadanych ograniczeń w ruchu dla ich całościowego funkcjonowania. Możliwym jest, że lepsza ocena swojego zachowania, postępowania i relacji z innymi sprzyja temu, że jednostka ujmuje własną niepełnosprawność jako jeden z wielu elementów składowych jej ja, tak by nie rzutowała destrukcyjnie na jej całokształt.

W dalszej części analiz została wykorzystana postępująca regresja wieloraka, która wykazała, iż akceptacja niepełnosprawności (cztery zmiany w wartościach) zależy w pewnym (choć nieznacznym) stopniu od układu wymiarów składających się na samoocenę. Wyniki zawiera tabela 48.

Tab. 48. Podsumowanie analizy regresji wielorakiej u badanych kobiet, zmienna zależna- akceptacja niepełnosprawności, zmienna niezależna- samoocena

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej zmniejszanie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I) R=0,287 R ² =0,082 cR ² =0,049 F (8,10)=4,11 p<0,048		
	β	t(110)	p
Ja moralno-etyczne	0,23	2,04	0,042
Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej poszerzenie zakresu wartości (AKC-II) R=0,402 R ² =0,161 cR ² =0,123 F (5,10)=4,21 p<0,001		
	β	t(109)	p
Ja fizyczne	0,28	2,79	0,006
Ja moralno-etyczne	-0,27	-2,60	0,010
Zadowolenie z siebie	0,26	2,18	0,030
Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III) R=0,462 R ² =0,213 cR ² =0,170 F (6,10)=4,89 p<0,001		
	β	t(108)	p
Ja rodzinne	0,23	2,34	0,020
Zadowolenie z siebie	0,35	2,98	0,003
Ja moralno-etyczne	-0,24	-2,37	0,019
Ja personalne	-0,19	-2,19	0,030
Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej ograniczenie skutków niepełnosprawności (AKC-IV) R=0,429 R ² =0,184 cR ² =0,162 F (3,11)=8,38 p<0,001		
	β	t(111)	p
Ja rodzinne	0,38	4,09	<0,001
Ja moralno-etyczne	0,36	3,54	<0,001
Zadowolenie z siebie	-0,29	-2,72	0,007

Zmiana w wartościach polegająca na zmniejszaniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I) zależy w dużym stopniu od jednego z wymiarów samooceny. Wyjaśnia on jedynie 8% wariacji nasilenia analizowanej zmiany w wartościach. Model regresyjny utworzyła zmienna niezależna w postaci wymiaru samooceny odnoszącego się do moralnych i etycznych wartości wyznawanych przez jednostkę, takich jak m.in.: stosunek do Boga, zadowolenie z wyznawanej religii lub jego brak oraz poczucie bycia dobrym lub złym człowiekiem. Można uznać, że nasilenie zmian w wartościach polegających na uznaniu własnej fizyczności za drugorzędną wartość, zależne jest w pewnym stopniu od wyższej oceny w zakresie ja moralno-etycznego badanych kobiet.

Kolejna zmiana w wartościach polegająca na poszerzaniu zakresu dostępnych wartości (AKC-II) pozostaje w związku zależnościowym z określonymi wymiarami samooceny u badanych kobiet. Utworzony układ zmiennych wyjaśnia 16% wariacji nasilenia omawianej zmiany w wartościach. Największy wkład w wariację tych zmian, wnoszą takie wymiary samooceny jak: ja moralno-etyczne, ja fizyczne oraz zadowolenie z siebie. Nasilenie zmian polegających na uznawaniu nie fizycznych atrybutów jednostki w postaci jej umiejętności i cech, zależne jest od wyższego poziomu samooceny badanych kobiet w zakresie oceny własnej fizyczności i zadowolenia z siebie, przy jednocześnie niższym poziomie samooceny w wymiarze moralno-etycznym.

Uzyskane rezultaty wskazują, że zmiana w wartościach polegająca na przeformułowaniu wartości względnych na wartości stałe (AKC-III), pozostaje w związku zależnościowym z określonym zestawem zmiennych składających się na samoocenę. Wszystkie zmienne wchodzące w skład utworzonego tutaj równania regresyjnego, wyjaśniają 21% wariacji natężenia tej zmiany w wartościach. Dostrzeganie swych unikatowych cech bez porównywania się z innymi osobami lub ze swoim stanem sprzed nabycia niepełnosprawności, zależne jest przede wszystkim od lepszej oceny siebie w zakresie zadowolenia z własnego działania i wyższego poczucia własnej wartości jako członka rodziny oraz niższych ocen w zakresie moralno-etycznym i ogólnego poczucia własnej wartości.

Ostatnia zmiana w wartościach, którą jest ograniczenie skutków posiadanej niepełnosprawności (AKC-IV), zależy w pewnym stopniu od układu zmiennych w postaci wymiarów samooceny. Wyjaśniają one 18% wariacji nasilenia analizowanej zmiany w wartościach. Równanie regresyjne utworzyły wymiary samooceny: zadowolenie z siebie, ja rodzinne i ja moralno-etyczne. Można więc stwierdzić, iż nasilenie zmian w

wartościach polegających na ujmowaniu posiadanej niepełnosprawności jako jednego z elementów własnej egzystencji a nie swoistej cechy, zależne jest w pewnym stopniu od posiadania wyższej samooceny jednostki w zakresie poczucia własnej wartości jako członka rodziny i własnego postępowania moralno-etycznego oraz niższego zadowolenia z siebie.

Podsumowując wyniki analizy regresji można stwierdzić, że jedynie moralno-etyczna ocena własnego ja osoby, zaznacza swój szczególny udział w kształtowaniu nasilenia wszystkich kategorii zmian w wartościach składających się na akceptację niepełnosprawności. Wyższa ocena w tym zakresie uczestniczy w wyjaśnianiu nasilenia zmian w wartościach polegających na zmniejszeniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości oraz ograniczaniu skutków inwalidztwa, natomiast niższa ocena przy wyjaśnianiu zmian w wartościach odnoszących się do poszerzenia zakresu dostępnych wartości i przeformułowaniu wartości względnych na wartości stałe.

7.2.2. Poczucie własnej skuteczności a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet

W tej części pracy zostaną przedstawione rezultaty analizy korelacji r Pearsona i analizy regresji wielorakiej w celu poznania charakteru zależności pomiędzy akceptacją niepełnosprawności a poczuciem własnej skuteczności u badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu (tab. 49-50).

Tab. 49. Poczucie własnej skuteczności a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona

Podskale WSAUS	Poczucie własnej skuteczności
Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I)	0,27**
Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	-0,25*
Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III)	-0,12
Ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	0,27**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

W wyniku przeprowadzenia analizy korelacyjnej wykazano istnienie istotnych statystycznie choć słabych zależności pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a akceptacją niepełnosprawności (w trzech jej wymiarach) u badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu. Uzyskane rezultaty wskazują, iż w zakresie zmian w

wartościach polegających na zmniejszaniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I) i ograniczeniu skutków posiadanej niepełnosprawności (AKC-IV), wykazano istnienie pozytywnych zależności pomiędzy nimi a poczuciem własnej skuteczności badanych kobiet. Oznacza to, że im wyższe jest poczucie własnej skuteczności badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu, tym posiadane przez nich cechy fizyczne stają się dla nich wartością drugorzędą oraz traktują one posiadaną niepełnosprawność jako jeden z elementów swojej egzystencji, który nie determinuje ich funkcjonowania. I odwrotnie, kiedy poczucie własnej skuteczności badanych kobiet jest niskie, wówczas traktują one posiadane ograniczenia w ruchu jako swoistą cechę własnego ja oraz ujmują niepełnosprawność jako najważniejszą wartość spośród wszystkich im dostępnych. Możliwym jest, iż przekonanie badanych kobiet o istotnej roli swej aktywności w obliczu doświadczanych różnorodnych sytuacji życiowych, sprzyja podkreśleniu swych umiejętności i cech charakteru w definiowaniu swojej osoby.

W zakresie drugiej zmiany w wartościach polegającej na poszerzaniu zakresu własnych wartości (AKC-II), wykazano istnienie istotnych statystycznie, negatywnych zależności pomiędzy nią a poczuciem własnej skuteczności u badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu. W sytuacji, gdy badane kobiety posiadają niższe poczucie własnej skuteczności, zwracają większą uwagę na inne wartości dostępne w ich życiu, a nie jedynie te utracone w chwili nabycia niepełnosprawności. Z kolei wyższemu poczuciu własnej skuteczności, towarzyszy koncentracja na utraconych wartościach oraz ignorancja dla innych wartości dostępnych jednostce. Przypuszczalnie dostrzegając inne wartości, którym można nadać większe znaczenie w posiadanym systemie aksjologicznym, trudniej jest badanym kobietom uzyskać przekonanie o posiadanych zdolnościach do zrealizowania określonych działań oraz realizacji wyznaczonych sobie celów.

Wyniki analizy regresji uzyskane w grupie badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu, wskazują na zależność zmian w trzech wymiarach akceptacji niepełnosprawności od poczucia własnej skuteczności badanych kobiet (tab. 50). Z uwagi na brak zależności między zmiennymi w przypadku zmiany w wartościach polegającej na przeformułowywaniu wartości względnych na wartości stałe, nie został utworzony model regresyjny.

Tab. 50. Podsumowanie analizy regresji wielorakiej u badanych kobiet, zmienna zależna- akceptacja niepełnosprawności, zmienna niezależna- poczucie własnej skuteczności

Zmienna niezależna	Podsumowanie zmiennej zależnej zmniejszanie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I) R=0,271 R ² =0,073 cR ² =0,065 F (1,11)=8,97 p<0,003		
	β	t(113)	p
Poczucie własnej skuteczności	0,27	2,99	0,003
Zmienna niezależna	Podsumowanie zmiennej zależnej poszerzenie zakresu wartości (AKC-II) R=0,254 R ² =0,064 cR ² =0,056 F (1,11)=7,83 p<0,001		
	β	t(113)	p
Poczucie własnej skuteczności	-0,25	-2,79	0,006
Zmienna niezależna	Podsumowanie zmiennej zależnej ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV) R=0,274 R ² =0,075 cR ² =0,067 F (1,11)=9,20 p<0,001		
	β	t(113)	p
Poczucie własnej skuteczności	0,27	3,03	0,002

Na podstawie utworzonego modelu regresyjnego w ramach zmian w wartościach polegających na zmniejszeniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I), stwierdza się, iż zmiana ta jest zależna od poczucia własnej skuteczności badanych kobiet i wyjaśnia jedynie 7% wariacji nasilenia tego wymiaru akceptacji niepełnosprawności. Częstsze definiowanie siebie przez badane kobiety poprzez posiadane umiejętności i cechy charakteru, a nie budowę swojego ciała wiąże się z wyższym przekonaniem o ich własnej skuteczności. Druga zmiana w wartościach, która polega na uświadomieniu sobie przez jednostkę istnienia innych odmiennych wartości w swym życiu, obok tych utraconych w wyniku nabycia trwałych ograniczeń ruchowych (AKC-II), zależy w pewnym, ale nieznacznym stopniu od poczucia własnej skuteczności badanych kobiet, które odpowiada za 6% wariacji nasilenia tej zmiany. Słabsze przekonanie o własnej skuteczności może sprzyjać poszerzaniu zakresu dostępnych wartości u badanych kobiet. Podobnie jak dwie pierwsze zmiany w wartościach składające się na akceptację niepełnosprawności, czwartą zmianę polegającą na ograniczaniu skutków doznanej niepełnosprawności (AKC-IV) można wyjaśnić za pomocą przekonania o własnej skuteczności badanych kobiet. Odpowiada ono za 8% wariacji natężenia tej zmiany. Zgodnie z uzyskanymi rezultatami silniejsze przekonanie o własnej skuteczności badanych kobiet, sprzyja dokonywaniu zmian w swych

wartościach, przejawiających się w traktowaniu posiadanej niepełnosprawności jako jednego z elementów własnej egzystencji, a nie jako osobistą cechę determinującą ich funkcjonowanie.

7.2.3. Nadzieja podstawowa a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet

Uzyskane rezultaty w wyniku przeprowadzonej analizy korelacyjnej r Pearsona, wykazały istnienie istotnych statystycznie zależności, pomiędzy nadzieją podstawową a akceptacją niepełnosprawności (w czterech jej wymiarach) u badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu (tab. 51).

Tab. 51. Nadzieja podstawowa a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona

Podskale WSAUS	Nadzieja podstawowa
Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I)	0,27*
Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	-0,42**
Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III)	-0,59***
Ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	0,24*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Stwierdzona siła powiązań między zmiennymi zyskuje stopień słaby bądź umiarkowany. W zakresie dwóch zmian w wartościach polegających na zmniejszeniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I) i ograniczaniu skutków niepełnosprawności (AKC-IV), wykazano istnienie pozytywnej korelacji pomiędzy nimi a nadzieją podstawową. Zatem, przy wyższym przeświadczeniu, że świat jest uporządkowany, sensowny oraz pozytywnie nastawiony do zamieszkujących go osób, wzrasta u badanych kobiet skłonność do dokonywania większych zmian w wartościach, w postaci ujmowania posiadanych ograniczeń ruchu jako jednego z elementów swej egzystencji, a nie osobistą cechę, a także włączania swych cech charakteru i umiejętności w definiowanie siebie jako osoby. Przypuszczalnie przyjęcie wizji świata jako sensownego i harmonijnego sprzyja większej gotowości badanych kobiet do tego typu zmian. Natomiast przy niższej nadziei badane kobiety z niepełnosprawnością wykazują mniejszą skłonność do zmniejszenia znaczenia posiadanych cech fizycznych w stosunku

do innych nie fizycznych wartości oraz do ograniczenia skutków niepełnosprawności, by nie rzutowała destrukcyjnie na ich życie. Możliwe, że negatywne przekonania dotyczące świata, uniemożliwia badanym kobietom dostrzeganie u siebie innych pozytywnych wartości.

W zakresie drugiej i trzeciej zmiany w wartościach, polegających na poszerzeniu zakresu dostępnych wartości (AKC-II) i przeformułowaniu wartości względnych na wartości stałe (AKC-III) wykazano istnienie negatywnej korelacji pomiędzy nimi a nadzieją podstawową. Przy niższym przekonaniu odnośnie do sensowności i harmonijności świata, badane kobiety wykazują wyższe skłonności do poszukiwania innych dostępnych im wartości oraz do braku porównań siebie z innymi ludźmi. Natomiast wyższy poziom nadziei podstawowej u badanych kobiet, może generować u nich bierność w zakresie poszerzania zakresu dostępnych im wartości oraz dokonywania ich przeformułowań. Prawdopodobnie przeświadczenie o braku sensu zdarzeń zachodzących w świecie, ich nieuporządkowaniu oraz negatywnym oddziaływaniu na ludzi, sprzyja kształtowaniu się biernej postawy w stosunku do jakiegokolwiek poszukiwań znaczenia pojawiających się zdarzeń i okoliczności życiowych.

Rezultaty analizy regresji wskazują na istotne znaczenie nadziei podstawowej w ustaleniu zakresu zmian w wartościach dokonywanych przez badane kobiety z niepełnosprawnością ruchu. Wyniki przedstawia tabela 52.

Tab. 52. Podsumowanie analizy regresji wielorakiej u badanych kobiet, zmienna zależna- akceptacja niepełnosprawności, zmienna niezależna- nadzieja podstawowa

Zmienna niezależna	Podsumowanie zmiennej zależnej zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I) R=0,274 R ² =0,075 cR ² =0,067 F (1,13)=9,24 p<0,003		
	β	t(113)	p
Nadzieja podstawowa	0,27	3,04	0,002
Zmienna niezależna	Podsumowanie zmiennej zależnej poszerzenie zakresu wartości (AKC-II) R=0,415 R ² =0,172 cR ² =0,165 F (1,11)=23,54 p<0,001		
	β	t(113)	p
Nadzieja podstawowa	-0,41	-4,85	<0,001
Zmienna niezależna	Podsumowanie zmiennej zależnej przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III) R=0,586 R ² =0,343 cR ² =0,337 F (1,11)=59,13 p<0,001		
	β	t(113)	p
Nadzieja podstawowa	-0,58	-7,68	<0,001

Zmienna niezależna	Podsumowanie zmiennej zależnej ograniczenie skutków niepełnosprawności (AKC-IV) R=0,238 R ² =0,056 cR ² =0,048 F (1,11)=6,79 p<0,010		
	β	t(113)	p
Nadzieja podstawowa	0,23	2,60	0,010

Zmiana w wartościach odnosząca się do uznania przez jednostkę swych nie fizycznych cech w definiowaniu siebie (AKC-I) zależy w pewnym (choć niewielkim) stopniu od nadziei podstawowej badanych kobiet. Zmienna ta, wyjaśnia 8% wariacji nasilenia analizowanej zmiany w wartościach. Większych zmian w wartościach polegających na zmniejszaniu znaczenia swych cech fizycznych w stosunku do innych wartości, można przewidywać przy silniejszym przekonaniu osoby, co do przychylności, sensowności i uporządkowania świata, w którym żyje. W przypadku drugiej zmiany w wartościach (AKC-II), która obejmuje poszerzanie zakresu dostępnych jednostce wartości o te nieutracone w wyniku nabycia trwałych ograniczeń ruchu, również utworzono równanie regresyjne. Model regresyjny zmiennej w postaci nadziei podstawowej wyjaśnia 17% wariacji nasilenia omawianej zmiany w wartościach. Poszerzanie zakresu posiadanych wartości przez badane kobiety, zależne jest od niższej nadziei podstawowej. Dostrzeganie swych unikatowych cech bez porównywania się z innymi osobami (AKC-III) odnoszące się do kolejnej zmiany w wartościach zależne jest od nadziei podstawowej badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu. Zmienna ta wyjaśnia 34% wariacji natężenia tej zmiany w wartościach. Częstsze dokonywanie przeformułowań w dostępnym jednostce systemie wartości uzależnione jest od niższego przekonania badanych kobiet o ładzie panującym w świecie, jego sensowności oraz przychylności żyjącym w nim ludziom. Uzyskane rezultaty wskazują, że ograniczenia przez badane kobiety skutków posiadanej niepełnosprawności poprzez traktowanie jej jako jednego z elementów ich egzystencji, a nie jako swoistą cechę (AKC-IV), pozostaje w związku zależnościowym z nadzieją podstawową. Jednak zmienna ta wyjaśnia jedynie 6% wariacji nasilenia tej zmiany w wartościach u badanych kobiet. Traktowanie posiadanych ograniczeń w ruchu jako mniej istotnych w kształtowaniu obrazu siebie (tak by go nie determinowały) zależne jest w pewnym (nieznacznym) stopniu od wyższej nadziei podstawowej badanych kobiet z niepełnosprawnością.

7.2.4. Wsparcie społeczne a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet

Chcąc określić związek wsparcia społecznego z akceptacją niepełnosprawności badanych kobiet, przeprowadzono analizę korelacyjną z użyciem współczynnika r Pearsona (tab. 53). Uzyskane wyniki w tym zakresie, wskazują na istnienie istotnych statystycznie pozytywnych zależności, pomiędzy akceptacją niepełnosprawności a niektórymi wymiarami wsparcia społecznego u badanych kobiet. Należy podkreślić, że siła powiązań między zmiennymi ma charakter słaby.

Tab. 53. Wsparcie społeczne a akceptacja niepełnosprawności – współczynniki korelacji r Pearsona

Podskale WSAUS	Wsparcie społeczne				
	Wsparcie informacyjne	Wsparcie instrumentalne	Wsparcie wartościujące	Wsparcie emocjonalne	Wsparcie-wynik ogólny
Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I)	0,05	0,08	0,22*	0,27*	0,09
Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	0,05	0,23*	-0,01	0,12	-0,01
Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III)	0,26*	0,10	0,08	0,13	0,09
Ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	0,06	0,09	0,24*	0,07	0,10

* $p < 0,05$

W odniesieniu do pierwszej zmiany w wartościach polegającej na zmniejszeniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I), wykazano istnienie istotnych statystycznie, pozytywnych zależności pomiędzy nią a wsparciem społecznym w wymiarze emocjonalnym i wartościującym. Zatem, badane kobiety, które otrzymują wyższe wsparcie emocjonalne, wyrażające się w pozytywnym ustosunkowaniu do osoby wspieranej, przekazywaniu jej emocji uspokajających i podtrzymujących, a także

wsparcie wartościujące, które polega na okazywaniu przede wszystkim uczuć akceptacji i uznania tej osobie przez inne, ujmują swój stan fizyczny jako mniej ważny w stosunku do innych wartości (np. cechy charakteru, umiejętności). I odwrotnie, gdy badane kobiety rzadziej otrzymują tego rodzaju wsparcie, tym aspekt własnej fizyczności staje się dla nich ważniejszy niż inne dostępne im wartości. Można otrzymaną tu zależność zinterpretować następująco. W sytuacji gdy badane kobiety nie otrzymują potwierdzenia swej wartości u innych osób skupiają się one w większym stopniu na swych cechach fizycznych, przekładając je nad inne wartości.

W zakresie kolejnej zmiany w wartościach, która odnosi się do poszerzania zakresu własnych wartości (AKC-II), wykazano istnienie istotnych statystycznie, pozytywnych zależności pomiędzy nią a wsparciem społecznym w wymiarze instrumentalnym. W sytuacji gdy badane kobiety otrzymują wsparcie w postaci konkretnych instrukcji/sposobów działania wówczas w większym stopniu zwracają uwagę na inne wartości dostępne w ich życiu, a nie jedynie na te utracone w chwili nabycia niepełnosprawności. Natomiast, jeżeli badane kobiety w mniejszym stopniu otrzymują tego rodzaju wsparcie wtedy to ignorują istnienie innych wartości, koncentrując się jedynie w swoim życiu na utraconych jego aspektach. Prawdopodobnie uzyskanie pewnych wskazówek postępowania przez badane kobiety sprzyja ich umiejętnościom ujmowania utraconych wartości w inny/nowy sposób.

Analizując trzecią zmianę w wartościach składającą się na akceptację niepełnosprawności, która polega na przeformułowaniu wartości względnych na wartości stałe, wykazano istnienie istotnych statystycznie pozytywnych zależności pomiędzy nią a wsparciem informacyjnym. Otrzymywanie wsparcia w postaci uzyskiwania przez badane kobiety informacji, które lepiej pomogą zrozumieć im daną sytuację, w której się znajdują, sprzyja częstszemu dokonywaniu przeformułowań w wartościach z uwzględnieniem swych unikatowych cech, bez porównań z innymi osobami. Gdy badane kobiety rzadziej otrzymują wsparcie informacyjne, wówczas porównują się z innymi osobami lub swoim stanem sprzed nabycia niepełnosprawności, nie potrafiąc wskazać rzeczywistych ograniczeń wynikających z posiadanej niepełnosprawności. Możliwym jest, że ciągłe porównania swego stanu z tym sprzed nabycia niepełnosprawności, świadczy o braku chęci lepszego zrozumienia swojej obecnej sytuacji życiowej i nowego położenia.

W stosunku do ostatniej zmiany w wartościach polegającej na ograniczaniu skutków posiadanej niepełnosprawności (AKC-IV), wykazano istnienie istotnych

statystycznie pozytywnych zależności pomiędzy nią a wsparciem wartościującym. Badane kobiety, które otrzymują wyższe wsparcie wartościujące polegające na otrzymywaniu komunikatów z zewnątrz wzmacniających ich poczucie własnej wartości, częściej ograniczają skutki posiadanych dysfunkcji w ten sposób, by nie rzutowały na nie destrukcyjnie. Tym samym, jeżeli badane w mniejszym stopniu otrzymują wsparcie wartościujące w postaci uczuć uznania i akceptacji, tym częściej ujmują swoje ograniczenia w ruchu jako swoją osobistą cechę, która stanowi o nich jako człowieku. Prawdopodobnie brak potwierdzania wartości osoby u innych osób może skutkować negatywnym traktowaniem przez nią swojej niepełnosprawności, które będzie działało wyniszczająco na jednostkę, jednocześnie ona sama może czuć się mniej wartościowa.

Rezultaty analizy regresji otrzymane w grupie badanych kobiet z niepełnosprawnością, wskazują na istotne statystycznie znaczenie wsparcia społecznego w ustalaniu zakresu zmian w wartościach dokonywanych przez badane kobiety z niepełnosprawnością (tab. 54).

Tab. 54. Podsumowanie analizy regresji wielorakiej u badanych kobiet, zmienna zależna- akceptacja niepełnosprawności, zmienna niezależna- wsparcie społeczne

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej zmniejszanie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I) R=0,232 R ² =0,053 cR ² =0,036 F (2,11)=3,18 p<0,032		
	β	t(112)	p
Wsparcie emocjonalne	0,35	2,51	0,013
Wsparcie wartościujące	0,24	1,74	0,024
Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej poszerzenie zakresu wartości (AKC-II) R=0,229 R ² =0,052 cR ² =0,044 F (1,11)=6,31 p<0,022		
	β	t(113)	p
Wsparcie informacyjne	0,22	2,51	0,013
Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III) R=0,155 R ² =0,024 cR ² =0,015 F (1,11)=2,80 p<0,037		
	β	t(113)	p
Wsparcie instrumentalne	0,25	1,67	0,026
Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej ograniczenie skutków niepełnosprawności (AKC-IV) R=0,141 R ² =0,020 cR ² =0,011 F (1,11)=2,31 p<0,041		
	β	t(113)	p
Wsparcie wartościujące	0,24	1,52	0,013

Model regresyjny zmiany w wartościach polegającej na zmniejszeniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości, został utworzony przez układ dwóch zmiennych wyjaśniających jedynie 5% wariancji jej natężenia. Dokonywanie zmian w wartościach poprzez uznanie swych nie fizycznych cech zależy w pewnym (ale niewielkim) stopniu od wyższego otrzymywanego wsparcia wartościującego wyrażającego się w uzyskiwaniu komunikatów służących wzmocnieniu poczucia wartości osoby oraz wsparcia emocjonalnego związanego z otrzymywaniem emocji odzwierciedlających troskę, uspokajających i podtrzymujących. Poszerzanie zakresu dostępnych wartości poprzez uświadomienie sobie istnienia innych, odmiennych wartości przez badane kobiety, wiąże się z otrzymywanym przez nie wsparciem emocjonalnym. Zmienna ta wyjaśnia 5% wariancji natężenia tej zmiany w wartościach. Zatem ujmowanie przez badane kobiety utraconych wartości (w wyniku nabycia niepełnosprawności) w nowy sposób, a nie odrzucanie ich, zależy w pewnym (choć niewielkim) stopniu od otrzymywanych przez nie werbalnych i niewerbalnych komunikatów o pozytywnych uczuciach względem nich, które wzmocniają ich poczucie bezpieczeństwa i zaspokajają potrzebę afiliacji. Trzecia zmiana w wartościach polegająca na transformacji zmian w wartościach w wyniku czego jednostka ustala w czym rzeczywiście posiadana niepełnosprawność ją ogranicza, a na co jej pozwala, kształtowana jest w bardzo niewielkim stopniu przez otrzymywane wsparcie informacyjne. Zmienna ta wyjaśnia jedynie 2% wariancji nasilenia omawianej zmiany. Model regresyjny czwartej zmiany w wartościach polegającej na ograniczaniu skutków niepełnosprawności, został utworzony przez wsparcie wartościujące, która wyjaśnia 2% wariancji nasilenia tej zmiany. Ta zmiana w wartościach, która obejmuje ograniczanie skutków posiadanej niepełnosprawności na całokształt funkcjonowania osoby, poprzez traktowanie swych ograniczeń w ruchu jako jednego z elementów egzystencji, a nie cechy danej jednostki, jest wyznaczana w niewielkim stopniu u badanych kobiet przez otrzymywane wsparcie wartościujące, które wzmocnia m.in. ich poczucie własnej wartości.

7.2.5. Siła relacji interpersonalnej a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet

Ustalenie charakteru zależności między akceptacją niepełnosprawności (cztery wymiary) a siłą relacji interpersonalnej (trzy wymiary) zostało przeprowadzone przy użyciu współczynnika korelacji r Pearsona. Otrzymane w tym zakresie wyniki przedstawia tabela 55.

Tab. 55. Siła relacji interpersonalnej a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona

Podskale WSAUS	Siła relacji interpersonalnej		
	Czas	Podobieństwo	Intymność
Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I)	0,32***	0,14	0,18
Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	-0,23*	0,01	-0,30**
Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III)	-0,36***	0,13	-0,47***
Ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	0,25**	0,15	0,16

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

W wyniku przeprowadzenia analizy korelacji wykazano istnienie istotnych statystycznie zależności pomiędzy akceptacją niepełnosprawności a siłą relacji interpersonalnej. Warto dodać, że stwierdzona siła powiązań zyskuje stopień słaby bądź umiarkowany. W zakresie zmiany w wartościach polegającej na zmniejszaniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I) i ograniczaniu skutków posiadanej niepełnosprawności (AKC-IV), wykazano istnienie pozytywnych zależności pomiędzy nimi a wymiarem czasu w relacji u badanych kobiet. Zatem im większa jest liczba wspólnych doświadczeń i przeżyć w relacji badanych kobiet z wybranymi osobami, wtedy to częściej dokonują one zmian w postaci uznania swych nie fizycznych wartości w definiowaniu siebie oraz ograniczania skutków niepełnosprawności, by nie rzutowały destrukcyjnie na ich życie. Można przypuszczać, że obecność relacji interpersonalnych w życiu kobiet z niepełnosprawnością, sprzyja budowaniu ich samooceny w oparciu o posiadane cechy charakteru, umiejętności, a nie samą budowę ich ciała. Druga i trzecia zmiana w wartościach korelują ujemnie z czasem i intymnością posiadanych relacji przez badane kobiety. Zatem, im krótszy jest czas spędzony w relacji oraz słabsza więź łączy badane kobiety w relacjach z wybranymi osobami, tym częściej nie porównują się one z innymi osobami w opisie siebie i równie często traktują posiadaną niepełnosprawność jako jeden z wielu elementów swojego życia, który go nie determinuje. I odwrotnie, gdy relacje badanych kobiet z wybranymi osobami są długotrwałe, intensywne i głębokie wówczas rzadziej są one skłonne do dokonywania wyżej wymienionych zmian w wartościach. Można to zinterpretować następująco.

Prawdopodobnie przebywanie w tak intensywnych, długotrwałych relacjach, które obejmują większość płaszczyzn życia badanych kobiet, implikuje brak chęci do jakichkolwiek większych zmian w ich życiu wymagających poszukiwań nowych wartości, które będą dla nich ważne.

W dalszej części analiz została wykorzystana regresja wieloraka, która pokazała wkład poszczególnych wymiarów siły relacji interpersonalnej w wyjaśnianie natężenia uwzględnionych zmian wartości składających się na akceptację niepełnosprawności. Wyniki zawiera tabela 56.

Tab. 56. Podsumowanie analizy regresji wielorakiej u badanych kobiet, zmienna zależna- akceptacja niepełnosprawności, zmienna niezależna- siła relacji interpersonalnej

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I) R=0,318 R ² =0,101 cR ² =0,076 F (3,11)=4,13 p<0,008		
	β	t(110)	p
Czas	0,31	2,70	0,007
Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej poszerzenie zakresu wartości (AKC-II) R=0,340 R ² =0,115 cR ² =0,091 F (3,11)=4,79 p<0,004		
	β	t(110)	p
Intymność	-0,25	-2,40	0,017
Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III) R=0,595 R ² =0,355 cR ² =0,337 F (3,11)=20,18 p<0,001		
	β	t(110)	p
Czas	-0,30	-3,15	0,002
Podobieństwo	0,37	4,40	<0,001
Intymność	-0,40	-4,49	<0,001
Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej ograniczenie skutków niepełnosprawności (AKC-IV) R=0,253 R ² =0,064 cR ² =0,038 F (3,11)=2,51 p<0,048		
	β	t(110)	p
Czas	0,20	1,74	0,033

Przeprowadzona analiza regresji wykazała, że zmiany w wartościach polegające na uznaniu nie fizycznych wartości w definiowaniu siebie (AKC-I) przez badane kobiety zależą w pewnym stopniu (choć nieznacznym) od ich czasu spędzonego w relacji interpersonalnej. Wyjaśnia on 10% wariacji nasilenia tej zmiany w wartościach. Model regresyjny poszerzania zakresu wartości (AKC-II) tworzy jedynie intymność posiadanej relacji. Zmienna ta wyjaśnia około 12% wariacji omawianej zmiany. Zgodnie z uzyskanymi rezultatami częstość zmian w wartościach polegających na znalezieniu

znaczenia w posiadanych zdolnościach czy cechach przez badane kobiety, jest zależne w pewnym stopniu od słabszych więzi łączących je w relacji z wybranym partnerem. Kombinacja zmiennych, które tworzą model regresyjny przeformułowania wartości względnych na wartości stałe (AKC-III) przez badane kobiety, wyjaśnia około 36% wariacji ich natężenia. Największy wkład w wariację tych zmian w wartościach wnosi wymiar intymności posiadanych relacji. Nasilenie zmian polegających na transformacji wartości wyrażającej się w rozpoznaniu przez osobę swych unikatowych cech czy zdolności bez dokonywania porównań z innymi, zależne jest w pewnym stopniu od krótszego czasu spędzonego w relacji interpersonalnej, słabszej więzi łączącej obydwójga partnerów oraz większego podobieństwa ich obszarów życia. Ostatnia zmiana w wartościach, która nawiązuje do możliwego i niepożądanego wpływu niepełnosprawności na całościowo pojmowane funkcjonowanie jednostki (AKC-IV), zależna jest jedynie od czasu spędzonego w relacji interpersonalnej badanych kobiet z niepełnosprawnością. Zmienna ta wyjaśnia tylko 6% wariacji natężenia tej zmiany w wartościach. Zatem nasilenie tego typu zmiany, która wyraża się w spostrzeganiu niepełnosprawności jako jednej z wielu posiadanych cech, która występuje, ale nie jest najważniejsza w definiowaniu własnej osoby przez badane kobiety, zależne jest od liczby wspólnych doświadczeń i przeżyć, jakie posiadają członkowie wspólnej relacji interpersonalnej.

Syntetyzując rezultaty analizy regresji przeprowadzonej wśród kobiet z niepełnosprawnością ruchu, stwierdza się predykcyjną funkcję uwzględnionych zmiennych niezależnych w wyjaśnianiu natężenia poszczególnych wymiarów akceptacji niepełnosprawności. Ustalonymi predyktorami określonych wymiarów akceptacji niepełnosprawności są sytuacyjne radzenie sobie z problemami oraz podmiotowe i społeczne zasoby radzenia sobie. Kombinacje strategii radzenia sobie ustalają 32-55% wariacji nasilenia poszczególnych zmian w wartościach składających się na akceptację niepełnosprawności u badanych kobiet. Natomiast kombinacja ustalonych zasobów radzenia sobie z trudnościami wyjaśnia 2-36% wariacji natężenia zmian w odniesieniu do poszczególnych zmian w wartościach. Spośród wybranych podmiotowych zasobów radzenia sobie największy wkład w wyjaśnianie wariacji akceptacji niepełnosprawności wnosi nadzieja podstawowa, z kolei ze społecznych zasobów radzenia sobie – siła relacji interpersonalnej.

Zatem można wnioskować, sytuacyjne radzenie sobie jest lepszym predyktorem określonych wymiarów akceptacji niepełnosprawności w porównaniu z wybranymi zasobami radzenia sobie badanych kobiet.

W zakresie podmiotowych i społecznych zasobów radzenia sobie, należy wskazać, iż w zakresie zmiany w wartościach, która polega na zmniejszaniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I), największy procent wariacji jej natężenia przypisuje się sile relacji interpersonalnej. Natomiast w odniesieniu do drugiej zmiany w wartościach, czyli poszerzania zakresu dostępnych jednostce wartości (AKC-II), największy procent wariacji jej natężenia przypisuje się nadziei podstawowej i samoocenie. Nasilenie trzeciego rodzaju zmian w wartościach w postaci dokonywania przeformułowań w wartościach (AKC-III) zależy w największym procencie od kombinacji wymiarów siły relacji interpersonalnej i nadziei podstawowej. Natężenie zmian w przypadku ograniczania skutków posiadanej niepełnosprawności (AKC-IV) kształtowane jest w największym procencie przez kombinacje poszczególnych wymiarów samooceny.

7.3. Znaczenie oceny niepełnosprawności w ustalaniu zależności między radzeniem sobie i zasobami radzenia a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet

Kolejny etap analiz empirycznych będzie obejmował ustalenie charakteru zależności między radzeniem sobie w wymiarze sytuacyjnym i wybranymi zasobami radzenia sobie a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu, które zostały zróżnicowane pod względem oceny posiadanych ograniczeń. Aby ustalić charakter powiązań pomiędzy wyżej wymienionymi zbiorami zmiennych ustalonych w niniejszych badaniach u badanych różniących się oceną niepełnosprawności, zastosowano analizę kanoniczną.

W pierwszej kolejności jednak, zostaną zaprezentowane wyniki analizy korelacyjnej z użyciem współczynnika r Pearsona, dokonane w celu ustalenia charakteru zależności pomiędzy oceną niepełnosprawności a sytuacyjnym radzeniem sobie i wybranymi zasobami radzenia sobie u badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu.

7.3.1. Ocena niepełnosprawności a radzenie sobie w sytuacjach trudnych u badanych kobiet

Ustalenie charakteru zależności między oceną niepełnosprawności a sytuacyjnym radzeniem sobie z trudnościami u badanych kobiet, zostało przeprowadzone przy użyciu

współczynnika korelacji r Pearsona. Otrzymane w tym zakresie wyniki przedstawia tabela 57.

Tab. 57. Ocena niepełnosprawności a radzenie sobie u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona

Strategie radzenia sobie	Ocena niepełnosprawności					
	Przerażające przygnębienie (PP)	Przytłaczające niedowierzanie (PN)	Negatywna percepcja niepełnosprawności (NPN)	Zdecydowana determinacja (ZD)	Wzrost i resilience (WR)	Osobista zdolność działania (OZD)
PRO	0,24*	-0,06	0,17	0,05	0,09	-0,26**
ZAP	0,33***	0,45***	0,29**	-0,50**	-0,51***	0,15
EM	0,18*	0,42***	0,25**	-0,37**	-0,39***	0,09
WSP	0,25**	0,20*	0,32***	-0,13	-0,23*	-0,15
AKC	-0,03	-0,30**	0,03	0,22*	0,26**	-0,34***
REL	0,25**	0,18*	0,37***	-0,21*	-0,18*	-0,07
HUM	-0,12	-0,21*	-0,10	0,13	0,17	-0,24**
ALK	0,04	0,35***	0,20*	-0,27**	-0,36***	0,27**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

PRO- Koncentracja na problemie; ZAP- Zaprzeczenie; EM- koncentracja na emocjach; WS- Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego; AKC- Akceptacja; REL- Zwracanie się ku religii; HUM- Poczucie humoru; ALK- Używanie alkoholu lub innych środków odurzających

Uwaga: wyższe wyniki w podskalach: PP, PN, NPN reprezentują wyższą zgodność z tego typu ocenami, z kolei niższe wyniki w podskalach: ZD, WR, OZD wskazują na wyższą zgodność z tego typu ocenami.

Przeprowadzona analiza korelacyjna wykazała istnienie istotnych statystycznie zależności pomiędzy oceną niepełnosprawności a sytuacyjnym radzeniem sobie u badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu. Siła otrzymanych związków jest słaba lub umiarkowana. W odniesieniu do oceny posiadanej niepełnosprawności w kategoriach przerażającego przygnębienia (PP), wykazano istnienie pozytywnych zależności między nią a pięcioma strategiami radzenia sobie z problemami u badanych kobiet. Wykorzystując najczęściej w radzeniu sobie z problemami, strategie zorientowane na rozwiązywanie problemu, zaprzeczenie ich istnieniu, poszukiwanie wsparcia społecznego, koncentrację na emocjach oraz zwracanie się ku religii, badane kobiety najczęściej oceniają posiadane ograniczenia ruchowe negatywnie jako przerażające przygnębienie.

Z kolei, gdy badane kobiety w celu poradzenia sobie z trudnościami, uciekają się do alkoholu, szukają wsparcia w religii i otoczeniu społecznym, koncentrują się na regulowaniu przejawianych emocji i zaprzeczają istnieniu napotykanym problemów

częściej ujmują swoją niepełnosprawność jako przerażające niedowierzanie (PN) lub cechują się negatywną percepcją niepełnosprawności (NPN). Ponadto, nie akceptując pojawiających się problemów oraz nie ujmując ich humorystycznie badane kobiety oceniają swoje ograniczenia jako przerażające niedowierzanie. Przypuszczalnie unikowe radzenie sobie z trudnościami badanych kobiet sprzyja ich negatywnej ocenie niepełnosprawności.

Pozytywna ocena posiadanych zdolności i odpowiednich zasobów do radzenia sobie z trudnościami w związku z niepełnosprawnością w kategoriach zdecydowanej determinacji (ZD) oraz wzrostu i resilience (WR), koreluje pozytywnie z akceptacją problemów. W sytuacji gdy badane kobiety akceptują pojawiające się trudności częściej charakteryzuje je niższa ocena posiadanych zdolności do zdecydowanego podejmowania decyzji oraz pozytywnej adaptacji. Ponadto częstszemu radzeniu sobie zorientowanemu na zaprzeczaniu pojawiającym się trudnościom, koncentracji na emocjach, nadużywaniu alkoholu lub innych środków odurzających i poszukiwaniu wsparcia w religii towarzyszy wyższa ocena w zakresie zdecydowanej determinacji oraz wzrostu i resilience. Co więcej, rzadszym skłonnościom badanych kobiet do poszukiwania wsparcia społecznego w trudnych sytuacjach towarzyszy niższa ocena wzrostu i resilience. Można przypuszczać, że unikowe radzenie sobie sprzyja wyższej pozytywnej ocenie badanych kobiet.

Częstszemu radzeniu sobie z problemami badanych kobiet opartemu na koncentracji na problemie jego akceptacji i humorystycznym ujmowaniu oraz rzadszym stosowaniu alkoholu lub innych środków odurzających towarzyszy wyższa ocena niepełnosprawności jako przyczynku dla osobistej zdolności działania (OZD). Możliwym jest, że zadaniowe radzenie sobie badanych kobiet z pojawiającymi się problemami oraz ujmowanie ich w akceptowalnej postaci sprzyja poczuciu posiadania osobistych zdolności w konkretnym działaniu.

7.3.2. Ocena niepełnosprawności a zasoby radzenia sobie u badanych kobiet

Kolejna część analiz będzie obejmowała prezentację rezultatów badań mających na celu ustalenie powiązań pomiędzy oceną niepełnosprawności a wybranymi zasobami radzenia sobie (samoocena, poczucie własnej skuteczności, nadzieja podstawowa, wsparcie społeczne, siła relacji interpersonalnej) u badanych kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową.

7.3.2.1. Ocena niepełnosprawności a podmiotowe zasoby radzenia sobie u badanych kobiet

W niniejszej pracy jako podmiotowe zasoby radzenia sobie, zostały przyjęte samoocena, nadzieja podstawowa oraz poczucie własnej skuteczności. Kolejno zostaną zaprezentowane wyniki badań analizy korelacyjnej r Pearsona, zastosowane w celu poznania charakteru zależności pomiędzy nimi a oceną niepełnosprawności u badanych kobiet (tab. 58-60).

Tab. 58. Ocena niepełnosprawności a samoocena u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona

Samoocena	Ocena niepełnosprawności					
	Przerażające przygnębienie (PP)	Przytłaczające niedowierzanie (PN)	Negatywna percepcja niepełnosprawności (NPN)	Zdecydowana determinacja (ZD)	Wzrost i resiliencja (WR)	Osobista zdolność działania (OZD)
Samokrytycyzm	-0,20*	0,06	0,16	-0,17	-0,11	0,29**
Tożsamość	0,11	-0,01	-0,24*	0,03	0,05	-0,11
Zadowolenie z siebie	0,22*	0,24**	0,06	-0,27**	-0,22*	0,15
Zachowanie	0,46***	0,30***	0,50***	-0,30***	-0,19*	-0,41***
Ja fizyczne	0,24**	0,24**	0,29**	-0,39***	-0,16	0,02
Ja moralno-etyczne	0,05	0,15	0,14	-0,17	0,06	-0,05
Ja personalne	0,10	0,02	-0,00	-0,06	0,02	-0,17
Ja rodzinne	0,32***	0,15	0,13	0,06	-0,19*	-0,14
Ja społeczne	0,38***	0,20*	-0,01	-0,22*	-0,25**	-0,19*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Uwaga: wyższe wyniki w podskalach: PP, PN, NPN reprezentują wyższą zgodność z tego typu ocenami, z kolei niższe wyniki w podskalach: ZD, WR, OZD wskazują na wyższą zgodność z tego typu ocenami.

Przeprowadzona analiza korelacyjna wykazała istnienie istotnych statystycznie (słabych lub umiarkowanych) zależności pomiędzy samooceną a oceną niepełnosprawności u badanych. Kobiety uzyskujące wyższe wyniki w ocenieniu siebie w kategoriach samooceny: zadowolenie z siebie, zachowanie, ja fizyczne, ja rodzinne i ja społeczne, natomiast niższe w odniesieniu do samokrytycyzmu wyżej oceniały swoją niepełnosprawność w kategorii przerażającego przygnębienia (PP). Z kolei wyższej ocenie siebie w wymiarach ja fizyczne, ja społeczne, zachowanie i zadowolenie z siebie, towarzyszyła wyższa ocena posiadanych ograniczeń w zakresie przytłaczającego niedowierzania (PN). Niższa negatywna percepcja niepełnosprawności (NPN) korelowała pozytywnie z oceną siebie w obrębie samokrytycyzmu, natomiast negatywnie z samooceną w kategoriach zachowanie i ja społeczne. Przynajmniej uzyskiwanie wyższych wyników w odniesieniu do wymiaru samooceny odnoszącego się do własnej fizyczności i swojego zachowania u badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu sprzyja ich negatywnej ocenie posiadanej niepełnosprawności.

Zdecydowana determinacja w działaniu (ZD) oraz wzrost i resilience (WR) w ocenie radzenia sobie z trudnościami wynikającymi z niepełnosprawności korelowały negatywnie z wybranymi wymiarami samooceny u badanych kobiet. Można stwierdzić, że badane kobiety z niepełnosprawnością, które osiągały niższe rezultaty w odniesieniu do kategorii samooceny: zadowolenie z siebie i zachowanie oraz wymiaru ja fizycznego, cechowały niższe wyniki w zakresie tych dwóch pozytywnych ocen niepełnosprawności. Ponadto gorszej ocenie swej fizyczności badanych kobiet, towarzyszyła niższa zdecydowana determinacja, z kolei gorszej ocenie poczucia własnej wartości jako członka rodziny- niższy wzrost i resilience. Osobista zdolność działania (OZD) korelowała pozytywnie z samokrytycyzmem, natomiast negatywnie z zachowaniem i ja społecznym. Oznacza to, że im lepiej badane kobiety oceniają swoje zachowanie i poczucia własnej wartości w relacjach społecznych oraz im gorsze rezultaty otrzymują w ocenie w zakresie samokrytycyzmu, tym lepiej oceniają one swoją zdolność działania.

W celu ustalenia zależności pomiędzy oceną niepełnosprawności a nadzieją podstawową u badanych, dokonano kolejnych analiz z wykorzystaniem współczynnika korelacji r Pearsona. Rezultaty badań wskazują na istnienie istotnych statystycznie zależności pomiędzy zmiennymi (tab. 59).

Tab. 59. Ocena niepełnosprawności a nadzieja podstawowa u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona

Ocena niepełnosprawności	Nadzieja podstawowa
Przerażające przygnębienie (PP)	-0,24**
Przytłaczające niedowierzanie (PN)	-0,43***
Negatywna percepcja niepełnosprawności (NPN)	-0,03
Zdecydowana determinacja (ZD)	0,40***
Wzrost i resilience (WR)	0,47***
Osobista zdolność działania (OZD)	-0,21*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Uwaga: wyższe wyniki w podskalach: PP, PN, NPN reprezentują wyższą zgodność z tego typu ocenami, z kolei niższe wyniki w podskalach: ZD, WR, OZD wskazują na wyższą zgodność z tego typu ocenami.

Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, że jedynie podskala negatywna percepcja niepełnosprawności (NPN), nie koreluje z nadzieją podstawową u badanych kobiet. Natomiast w zakresie negatywnej oceny niepełnosprawności, wykazano negatywne korelacje pomiędzy kategoriami: przytłaczające niedowierzanie (PN) i przerażające przygnębienie (PP) a nadzieją podstawową u badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu. Zatem im wyższe jest przekonanie badanych kobiet co do sensowności, przychylności i uporządkowania świata w którym żyją, tym rzadziej oceniają one swoją niepełnosprawność w kategoriach przytłaczającego niedowierzania i przerażającego przygnębienia. Z kolei, gdy badane kobiety cechuje niższa nadzieja podstawowa wówczas charakteryzuje je większa zdecydowana determinacja w działaniu oraz wzrost i resilience. Co więcej, wyższemu przekonaniu badanych kobiet o ładzie panującym w świecie, jego sensowności oraz przychylności żyjącym w nim ludziom, towarzyszy wyższa osobista zdolność działania. Prawdopodobnie niższa nadzieja podstawowa sprzyja negatywnej ocenie niepełnosprawności.

Mając na celu określenie związku poczucia własnej skuteczności i oceny niepełnosprawności u badanych kobiet przeprowadzono analizę korelacyjną z użyciem współczynnika r Pearsona. Uzyskane w tym zakresie wyniki przedstawia tabela 60.

Tab. 60. Ocena niepełnosprawności a poczucie własnej skuteczności u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona

Ocena niepełnosprawności	Poczucie własnej skuteczności
Przerażające przygnębianie (PP)	0,16
Przytłaczające niedowierzanie (PN)	-0,18
Negatywna percepcja niepełnosprawności (NPN)	0,15
Zdecydowana determinacja (ZD)	0,15
Wzrost i resilience (WR)	0,18
Osobista zdolność działania (OZD)	-0,31***

*** $p < 0,001$

Uwaga: wyższe wyniki w podskalach: PP, PN, NPN reprezentują wyższą zgodność z tego typu ocenami, z kolei niższe wyniki w podskalach: ZD, WR, OZD wskazują na wyższą zgodność z tego typu ocenami.

Uzyskane rezultaty analizy korelacyjnej wskazują na istnienie istotnych statystycznie zależności pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a oceną niepełnosprawności u badanych kobiet, jedynie w zakresie jednej z podskali oceny, jaką jest osobista zdolność działania (OZD). Korelacja między tymi zmiennymi jest słaba i ma charakter negatywny. Oznacza to, że dla badanych kobiet, które cechuje wyższe poczucie własnej skuteczności, posiadana niepełnosprawność jest źródłem osobistej zdolności działania.

Podsumowując wyniki przeprowadzonej analizy korelacyjnej w celu ustalenia charakteru zależności pomiędzy oceną niepełnosprawności a podmiotowymi zasobami radzenia sobie, należy wskazać, że siła ujawnionych związków różni się w zakresie poszczególnych zmiennych. Powiązanie pomiędzy oceną niepełnosprawności a samooceną i nadzieją podstawową jest znacznie silniejsze niż pomiędzy oceną a poczuciem własnej skuteczności u badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu.

7.3.2.2. Ocena niepełnosprawności a społeczne zasoby radzenia sobie u badanych kobiet

Do społecznych zasobów radzenia sobie badanych kobiet zaliczane są w niniejszej pracy: wsparcie społeczne i siła relacji interpersonalnej. W tej części podrozdziału skoncentrowano się na ustaleniu charakteru zależności pomiędzy nimi a oceną niepełnosprawności u badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu. Analizy z wykorzystaniem współczynnika korelacji r Pearsona, zostaną kolejno przedstawione (tab. 61-62).

Tab. 61. Ocena niepełnosprawności a wsparcie społeczne u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona

Ocena niepełnosprawności	Wsparcie społeczne				
	Wsparcie informacyjne	Wsparcie instrumentalne	Wsparcie wartościujące	Wsparcie emocjonalne	Wsparcie-wynik ogólny
Przerażające przygnębienie (PP)	0,29**	0,16	0,20*	0,16	0,23*
Przytłaczające niedowierzanie (PN)	0,09	-0,07	0,09	-0,03	0,04
Negatywna percepcja niepełnosprawności (NPN)	0,26*	0,08	0,27**	0,11	0,22*
Zdecydowana determinacja (ZD)	-0,06	0,07	-0,03	0,05	0,00
Wzrost i resilience (WR)	-0,18	-0,07	-0,18	-0,09	-0,16
Osobista zdolność działania (OZD)	-0,15	-0,09	-0,18	-0,15	-0,17

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Uwaga: wyższe wyniki w podskalach: PP, PN, NPN reprezentują wyższą zgodność z tego typu ocenami, z kolei niższe wyniki w podskalach: ZD, WR, OZD wskazują na wyższą zgodność z tego typu ocenami.

Przeprowadzona analiza korelacyjna, wykazała istnienie istotnych statystycznie, pozytywnych zależności, pomiędzy wsparciem społecznym (trzy wymiary) a oceną niepełnosprawności (jedynie w zakresie dwóch jej podskal) u badanych kobiet. Ujawnione związki korelacyjne między zmiennymi zyskują stopień słaby. Badane kobiety, które częściej otrzymują wsparcie w wymiarze informacyjnym i wartościującym, a także uzyskują wyższe wyniki w zakresie ogólnie pojmowanego wsparcia społecznego w większym zakresie oceniają posiadaną niepełnosprawność w kategoriach przerażającego przygnębienia (PP) oraz przejawiają negatywną percepcję posiadanych ograniczeń (NPN). Przepuszczalnie uzyskiwanie akceptacji i uznania od innych osób oraz konkretnych wskazówek, co do dalszego swego postępowania, sprzyja negatywnej ocenie posiadanej niepełnosprawności u badanych kobiet. Możliwe, iż wynika to z poczucia bierności i zależności od innych osób.

Drugim przyjętym w niniejszych badaniach społecznym zasobem radzenia sobie jest siła relacji interpersonalnej. W wyniku przeprowadzenia analizy korelacyjnej ustalono

charakter zależności pomiędzy tym zasobem a oceną niepełnosprawności u badanych kobiet (tab. 62).

Tab. 62. Ocena niepełnosprawności a siła relacji interpersonalnej u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona

Ocena niepełnosprawności	Siła relacji interpersonalnej		
	Czas	Podobieństwo	Intymność
Przerażające przygnębienie (PP)	-0,18	0,11	-0,31***
Przytłaczające niedowierzanie (PN)	-0,07	0,20*	-0,10
Negatywna percepcja niepełnosprawności (NPN)	0,15	0,07	0,26**
Zdecydowana determinacja (ZD)	0,04	-0,10	0,08
Wzrost i resilience (WR)	0,11	-0,17	0,26**
Osobista zdolność działania (OZD)	-0,16	-0,32***	0,05

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Uwaga: wyższe wyniki w podskalach: PP, PN, NPN reprezentują wyższą zgodność z tego typu ocenami, z kolei niższe wyniki w podskalach: ZD, WR, OZD wskazują na wyższą zgodność z tego typu ocenami.

Współczynniki korelacji uzyskane wśród badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu wskazują na istotne, choć słabe powiązania siły relacji interpersonalnej (w zakresie dwóch wymiarów) z oceną niepełnosprawności. Co interesujące, czas (jeden z wymiarów siły relacji interpersonalnej) nie koreluje z żadną z podskal oceny niepełnosprawności. Przy słabszej więzi łączącej badane kobiety we wskazanych związkach interpersonalnych wyższa jest ich ocena niepełnosprawności w kategoriach przerażającego przygnębienia (PP). Natomiast silniejszej więzi panującej w relacjach badanych kobiet towarzyszy wyższa negatywna percepcja niepełnosprawności (NPN). Z kolei, im większym podobieństwem charakteryzują się badane kobiety z osobą, z którą są w relacji interpersonalnej, tym wyższe wskaźniki uzyskują one w zakresie przytłaczającego niedowierzania (PN) w ocenie swych ograniczeń w ruchu. Intymność relacji korelowała pozytywnie ze wzrostem i resilience (WR) w ocenie niepełnosprawności. Zatem, im większa jest różnorodność, ważność i dogłębność posiadanych relacji przez badane kobiety, tym niższym wzrostem i resilience w ocenie skuteczności radzenia sobie z trudnościami w związku z posiadanyimi ograniczeniami ruchu się one charakteryzują. Z kolei większemu podobieństwu partnerów w relacji w zakresie socjo-ekonomicznym,

społeczno-psychologicznym i geograficznym, towarzyszy wyższa ocena osobistej zdolności działania u badanych kobiet.

Podsumowując wyniki analizy korelacji w zakresie społecznych zasobów radzenia sobie, należy podkreślić, że większy zakres powiązań ustalono pomiędzy oceną niepełnosprawności a siłą relacji interpersonalnej w porównaniu ze wsparciem społecznym.

Na podstawie otrzymanych wyników badań można wskazać na istnienie istotnych statystycznie zależności pomiędzy oceną niepełnosprawności a sytuacyjnym radzeniem sobie oraz wybranymi społecznymi (wsparcie społeczne, siła relacji interpersonalnej) i podmiotowymi (samoocena, poczucie własnej skuteczności, nadzieja podstawowa) zasobami radzenia sobie badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu. Należy podkreślić, że w zakresie podmiotowych zasobów radzenia sobie, silniejsze powiązania z oceną niepełnosprawności odnotowano w przypadku samooceny i nadziei podstawowej, natomiast w zakresie społecznych zasobów radzenia sobie w odniesieniu do siły relacji interpersonalnej.

7.4. Rodzaj oceny niepełnosprawności a struktura zależności między radzeniem sobie i zasobami radzenia a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet

Dalsza część analiz empirycznych będzie obejmowała ustalenie charakteru zależności między radzeniem sobie w wymiarze sytuacyjnym i uwzględnionymi podmiotowymi oraz społecznymi zasobami radzenia sobie a akceptacją ograniczeń u badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu, które zostały zróżnicowane pod względem oceny posiadanej niepełnosprawności w kategorii zdeterminowanej resilience i katastroficznej negatywności. Oceny w postaci zdeterminowanej resilience i katastroficznej negatywności stanowią nadrzędne wzory oceniania niepełnosprawności w Skali Pierwotnej i Wtórnej Oceny Niepełnosprawności (SPWON). Podskala Katastroficzna negatywność (KN) koncentruje się na pierwotnej ocenie, z kolei podskala Zdeterminowana odporność (ZD) obejmuje aspekt wtórnego oceniania posiadanej niepełnosprawności (S. Byra, 2017c, s. 30). W celu ustalenia natury powiązań pomiędzy wymienionymi zbiorami zmiennych, wykorzystano analizę kanoniczną. Uzyskane rezultaty pozwolą na określenie znaczenia przyjętej oceny niepełnosprawności w kształtowaniu natury powiązań między sytuacyjnym radzeniem sobie i zasobami radzenia

sobie a akceptacją ograniczeń u badanych kobiet z niepełnosprawnością. W pierwszej kolejności zostaną przedstawione analizy dla grupy kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność przede wszystkim w kategorii zdeterminowanej resiliencji (tab. 63-65), następnie dla grupy badanych kobiet oceniających swoją niepełnosprawność głównie w kategoriach katastroficznej negatywności (tab. 66-68).

7.4.1. Struktura zależności między radzeniem sobie i zasobami radzenia sobie a akceptacją ograniczeń w ruchu u badanych kobiet oceniających doświadczaną niepełnosprawność w kategorii zdeterminowanej resiliencji

Do określenia struktury zależności między sytuacyjnym radzeniem sobie a akceptacją ograniczeń u kobiet oceniających doświadczaną niepełnosprawność w kategorii zdeterminowanej resiliencji zastosowano analizę kanoniczną. W rezultacie przeprowadzonej analizy uzyskano jedną parę zmiennych kanonicznych, w której powiązanie między zmiennymi jest dość silne i wysoko istotne statystycznie. Wyniki przedstawia tabela 63.

Tab. 63. Struktura zależności między radzeniem sobie a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w postaci zdeterminowanej resiliencji- wyniki analizy kanonicznej

Kryteria/predyktory		Zmienne kanoniczne
		RcI
R A D Z E N I E S O B I E	Koncentracja na problemie (PROB)	0,357
	Zaprzeczanie (ZAP)	0,969
	Koncentracja na emocjach (EM)	0,038
	Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia (WSP)	0,211
	Akceptacja (AKC)	-0,060
	Zwracanie się ku religii (REL)	-0,347
	Poczucie humoru (HUM)	-0,198
	Używanie alkoholu lub innych środków odurzających (ALK)	-0,097
	Rc	0,883
	p	<0,004
	Rd	53,56%
	Ad	70,00%
A K C	Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I)	-0,025
	Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	0,856

E P T A C J A	Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III)	0,009
	Ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	-0,271

Rc- współczynnik korelacji kanonicznej; Rd- współczynnik redundancji; Ad- współczynnik dopasowania

Ustalono, że w grupie badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w kategorii zdeterminowanej resilience 53,56% zmienności w zakresie akceptacji niepełnosprawności można wyjaśnić na postawie strategii radzenia sobie ze stresem. Zmienne zawarte w wyodrębnionej parze kanonicznej reprezentują dobre dopasowanie, wyjaśniając 70% wariacji zmiennych wyjściowych. Ponadto w ustalonej parze zmiennych kanonicznych stwierdzono dwuwymiarową strukturę zmiennych zależnościowych. Uchwyczone zależności, jakie zachodzą między dwoma zbiorami, można opisać następująco. Struktura sytuacyjnego radzenia sobie z napotykanymi problemami wyraża się w bardzo częstszym zaprzeczaniu ich istnieniu, niskiej skłonności do koncentracji na problemie oraz poszukiwaniu wsparcia społecznego. Towarzyszy temu niskie nasilenie wykorzystywania strategii radzenia sobie polegającej na zwracaniu się ku religii. Ustalona konfiguracja strategii radzenia sobie pozostaje w istotnym powiązaniu z częstszym dokonywaniem przez osobę zmian w wartościach polegających na poszerzaniu ich zakresu o te nieutracone w wyniku nabycia przez nią trwałych ograniczeń w ruchu przy jednocześnie rzadszym ograniczaniu skutków niepełnosprawności.

Kolejny etap analiz empirycznych dotyczył określenia struktury zależności między przekonaniami na temat świata i własnych zdolności w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi: nadzieją podstawową i poczuciem własnej skuteczności a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w postaci zdeterminowanej resilience. Przeprowadzona analiza kanoniczna pozwoliła na wyodrębnienie dwóch par zmiennych kanonicznych, które są istotne statystycznie (tab. 64).

Tab. 64. Struktura zależności między nadzieją podstawową i poczuciem własnej skuteczności a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w postaci zdeterminowanej resilience- wyniki analizy kanonicznej

Kryteria/predyktory		Zmienne kanoniczne	
		RcI	RcII
Z A S O B Y	Nadzieja podstawowa	-0,840	-0,743
	Poczucie własnej skuteczności	-0,281	1,08
Rc		0,495	0,182
p		<0,017	<0,047
Rd		23,76%	4,12%
Ad		47,96%	22,57%
A K C E P T A C J A	Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I)	0,432	0,539
	Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	0,266	-0,701
	Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III)	0,460	-0,108
	Ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	-0,728	-0,869

Rc- współczynnik korelacji kanonicznej; Rd- współczynnik redundancji; Ad- współczynnik dopasowania

Należy wskazać, że ustalone w obrębie uzyskanych par zmiennych kanonicznych współczynniki korelacji mają zróżnicowane nasilenie- umiarkowane w ramach pierwszej pary i niskie w odniesieniu do pary drugiej. Te dwie pary zmiennych kanonicznych umożliwiają wyjaśnienie 27,88% wariacji zmian w wartościach składających się na akceptację niepełnosprawności za pomocą nadziei podstawowej i poczucia własnej skuteczności. Wyodrębnione pary zmiennych kanonicznych reprezentują wysoki procent wariacji zmiennych, z których pochodzi (współczynnik dopasowania wynosi ok 71%). Stwierdzona struktura zależności w obu parach zmiennych kanonicznych ma charakter dwuwymiarowy.

Pierwsza para zmiennych kanonicznych cechuje się umiarkowanym nasileniem współczynnika korelacji, który jest istotny statystycznie. Struktura zależności między zmiennymi w tej parze wyznaczona jest przez powiązanie bardzo wysokich przeświadczeń co do braku sensowności, uporządkowania i pozytywnego obrazu świata oraz poczucia braku własnej skuteczności z rzadką preferencją niedokonywania zmian w

wartościach polegających na ograniczaniu skutków posiadanej niepełnosprawności oraz z częstszym przeformułowaniem posiadanych wartości i uznaniu swych nie fizycznych atrybutów ja jako ważnych.

Druga para zmiennych kanonicznych, jaką ustalono ujawnia dość niską (choć istotną statystycznie) zależność między nadzieją podstawową i poczuciem własnej skuteczności a akceptacją niepełnosprawności w czterech jej wymiarach. Strukturę zależności przyjętą w tej parze zmiennych kanonicznych można scharakteryzować w następujący sposób. Mianowicie, wysokie poczucie własnej skuteczności oraz bardzo wysokie przekonanie co do braku sensowności, przychylności i uporządkowania świata, w którym jednostka żyje jest powiązane z brakiem skłonności do dokonywania zmian w wartościach polegających na ograniczaniu skutków niepełnosprawności oraz na poszerzaniu zakresu posiadanych wartości. Towarzyszą temu częstsze zmiany w wartościach polegające na zmniejszaniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości, np. cech charakteru.

Dalsza część analiz obejmować będzie ustalenie struktury zależności pomiędzy samooceną a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet, oceniających posiadane ograniczenia w ruchu w postaci zdeterminowanej resilience. W tej grupie badanych kobiet ustalono dwie pary zmiennych kanonicznych, w których powiązanie między zmiennymi jest bardzo silne oraz istotne statystycznie (tab. 65).

Tab. 65. Struktura zależności między samooceną a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w postaci zdeterminowanej resilience- wyniki analizy kanonicznej

Kryteria/predyktory		Zmienne kanoniczne	
		RcI	RcII
S A M O O C E N A	Samokrytycyzm	-0,497	0,292
	Tożsamość	-0,223	-0,107
	Zadowolenie z siebie	-1,194	0,368
	Zachowanie	0,189	0,270
	Ja fizyczne	0,773	0,372
	Ja moralno-etyczne	0,730	-0,376
	Ja personalne	0,046	-1,021
	Ja rodzinne	0,803	0,811
	Ja społeczne	0,603	0,711
	Rc	0,850	0,612
	p	<0,027	<0,046
	Rd	53,16%	11,72%
	Ad	55,93%	19,14%
A	Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych	0,316	0,462

K C E P T A C J A	w stosunku do innych wartości (AKC-I)		
	Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	0,250	0,807
	Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III)	-0,851	0,382
	Ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	0,143	0,577

Rc- współczynnik korelacji kanonicznej; Rd- współczynnik redundancji; Ad-współczynnik dopasowania

Współczynnik korelacji uzyskany między otrzymanymi parami zmiennych kanonicznych charakteryzuje się zróżnicowanym poziomem nasilenia, jest on bardzo wysoki w pierwszej parze i umiarkowany w obrębie drugiej pary. Obie pary zmiennych kanonicznych mają dobre dopasowanie- wyjaśniają łącznie około 75% wariacji w zmiennych wyjściowych. Razem pozwalają wyjaśnić prawie 65% wariacji zmian w wartościach składających się na akceptację niepełnosprawności za pomocą samooceny.

Pierwsza para zmiennych kanonicznych cechuje się bardzo wysokim współczynnikiem korelacji kanonicznej. Ujawniona w tej parze zmiennych kanonicznych struktura zależności przedstawia się następująco. Ustalona konfiguracja wymiarów samooceny wyraża się wysokim niezadowoleniem z siebie przy jednocześnie wysokim poczuciu własnej wartości jako członka rodziny, postrzeganiu własnego ciała, stanu zdrowia, sprawności i zadowolenia ze swego moralno-etycznego postępowania i relacji z innymi ludźmi. Pozostaje ona w związku zależnościowym z dominacją braku przeformułowywań wartości względnych na wartości stałe wyrażających się m.in. w niedokonywaniu porównań z innymi ludźmi oraz swym stanem sprzed nabycia niepełnosprawności, a także niską skłonnością do dokonywania zmian w wartościach w obrębie zmniejszania znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości.

Druga para zmiennych kanonicznych, jaką ustalono w tej grupie badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w postaci zdeterminowanej resilience, cechuje się umiarkowanym nasileniem współczynnika korelacji. Największy wkład do tej pary zmiennych kanonicznych wnosi wysoka samoocena w wymiarze ja personalnym oraz zmiany w wartościach polegające na poszerzaniu ich zakresu. Struktura zależności między zmiennymi w omawianej parze wyznaczana jest poprzez powiązanie częstego poczucia niskiej osobistej własnej wartości oraz wysokiego poczucia własnej wartości jako członka rodziny i społeczeństwa. Otrzymany układ poszczególnych wymiarów

samooceny w tej parze zmiennych kanonicznych pozostaje w związku zależnościowym z dużym natężeniem zmian w wartościach polegających na uświadomieniu sobie istnienia innych wartości obok tych utraconych w wyniku nabycia niepełnosprawności, oraz umiarkowanym natężeniu zmian w wartościach wyrażających się w traktowaniu posiadanych ograniczeń w ruchu jako jednego z elementów egzystencji jednostki, a nie jej osobistą cechę.

W dalszej części analiz zostanie przedstawiony otrzymany charakter powiązań pomiędzy wsparciem społecznym a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet oceniających swe ograniczenia w ruchu w kategorii zdeterminowanej resilience (tab. 66). W wyniku zastosowania analizy kanonicznej ustalono jedną parę zmiennych kanonicznych o umiarkowanym powiązaniu w niej zmiennych, ale istotnym statystycznie.

Tab. 66. Struktura zależności między wsparciem społecznym a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w postaci zdeterminowanej resilience- wyniki analizy kanonicznej

Kryteria/predyktory		Zmienne kanoniczne
		RcI
W S P A R C I E	Wsparcie informacyjne	-0,060
	Wsparcie instrumentalne	-0,611
	Wsparcie wartościujące	-1,819
	Wsparcie emocjonalne	1,018
	Wsparcie- wynik ogólny	1,142
Rc		0,413
p		<0,042
Rd		6,51%
Ad		15,77%
A K C E P T A C J A	Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I)	1,268
	Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	0,103
	Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III)	0,324
	Ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	-0,594

Rc- współczynnik korelacji kanonicznej; Rd- współczynnik redundancji; Ad- współczynnik dopasowania

W odniesieniu do pary zmiennych kanonicznych ustalonej w tej grupie badanych kobiet można stwierdzić, że jedynie 6,51% wariacji zmian w wartościach składających

się na akceptację niepełnosprawności podlega wyjaśnieniu przy pomocy charakteryzujących je konfiguracji wymiarów wsparcia społecznego. Ta para zmiennych kanonicznych cechuje się słabym dopasowaniem, wyjaśniając 15,77% wariancji zmiennych, z których została utworzona. Największy wkład do tej pary zmiennych kanonicznych wnosi wsparcie wartościujące, zmiana w wartościach polegająca na zmniejszaniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości oraz ogólnie pojmowane wsparcie społeczne. Należy podkreślić, że zależności między zbiorami zmiennych mają strukturę dwuwymiarową. Zależność między omawianymi zbiorami zmiennych tworzy specyficzną strukturę powiązań możliwą do opisania w następujący sposób. Rzadko otrzymywane wsparcie wartościujące polegające m.in. na okazywaniu uczuć uznania i aprobaty, któremu towarzyszy otrzymywane w wysokim stopniu ogólnie pojmowane wsparcie i wsparcie emocjonalne jest powiązane z bardzo częstymi zmianami w wartościach polegających na zmniejszaniu znaczenia posiadanych cech fizycznych w stosunku do innych wartości oraz rzadszym dokonywaniem zmian mających na celu ograniczanie skutków posiadanej niepełnosprawności.

Metodę analizy kanonicznej zastosowano również do określenia struktury zależności między siłą relacji interpersonalnej a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet oceniających posiadane ograniczenia w ruchu w kategorii zdeterminowanej resilience (tab. 67). Uzyskane w tym obrębie rezultaty pozwoliły na wyodrębnienie dwóch par zmiennych kanonicznych, w których współczynnik korelacji kanonicznej ma zróżnicowane nasilenie- umiarkowane w odniesieniu do pierwszej pary i bardzo niskie w ramach drugiej pary. Ponadto współczynnik korelacji kanonicznej jest zdecydowanie wyższy w pierwszej parze kanonicznej w odniesieniu do pary drugiej.

Tab. 67. Struktura zależności między siłą relacji interpersonalnej a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w postaci zdeterminowanej resilience- wyniki analizy kanonicznej

Kryteria/predyktory		Zmienne kanoniczne	
		RcI	RcII
R S E I L Ł A C J I	Czas	-0,380	-1,052
	Podobieństwo	0,714	0,222
	Intymność	-0,544	1,097
	Rc	0,508	0,167
	p	<0,001	<0,048

	Rd	12,56%	1,86%
	Ad	24,69%	27,58%
A	Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I)	0,226	-0,219
K	Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	-0,366	1,253
C	Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III)	1,277	-0,511
E	Ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	0,033	0,408
P			
T			
A			
C			
J			
A			

Rc- współczynnik korelacji kanonicznej; Rd- współczynnik redundancji; Ad- współczynnik dopasowania

Zmienne zawarte w utworzonych parach kanonicznych reprezentują dość dobre dopasowanie łącznie wyjaśniając 52,27% wariacji w zmiennych wyjściowych. Te dwie pary zmiennych kanonicznych umożliwiają wyjaśnienie 14,42% wariacji wyodrębnionych czterech zmian w wartościach składających się na akceptację niepełnosprawności za pomocą charakteryzującej ich siły relacji interpersonalnej w zakresie wskazanych jej wymiarów (podobieństwo, czas, intymność). Stwierdzona struktura zależności w obu parach kanonicznych ma charakter dwuwymiarowy.

Pierwsza para zmiennych kanonicznych ukazuje umiarkowaną i wysokoistotną statystycznie zależność między siłą relacji interpersonalnej a akceptacją niepełnosprawności badanych kobiet. Największy wkład do tej pary zmiennych kanonicznych wnoszą zmiany w wartościach polegające na przeformułowaniu wartości względnych na wartości stałe bez porównywania się z innymi osobami, czyli ustalenie w czym rzeczywiście posiadana niepełnosprawność ogranicza jednostkę, a na co jej pozwala oraz podobieństwo partnerów w relacji. Zaznaczającą się tutaj strukturę zależności można zinterpretować następująco. Otóż wyższy stopień podobieństwa partnerów w relacji wyrażający się w częściach wspólnych, zazębianiu się obszarów i treści życia oraz osobistych cech partnerów i jednocześnie słaba siła łączących ich więzi, pozostaje w ścisłej zależności z bardzo częstym dokonywaniem zmian w wartościach wyrażających się transformacją wartości polegającą na rozpoznaniu przez osobę swych zdolności i cech bez dokonywania porównań z innymi oraz częstym brakiem zdolności osoby co do postrzegania wartości w nieutraconych w wyniku nabycia niepełnosprawności wartościach.

Przy pomocy drugiej pary zmiennych kanonicznych można zobrazować strukturę zależności między wyodrębnionymi zbiorami zmiennych w następujący sposób. Wysoka

siła więzi łącząca partnerów w relacji oraz krótszy czas w niej spędzony odpowiadający liczbie wspólnych przeżyć i doświadczeń pozostaje w związku z bardzo częstszym dokonywaniem zmian w wartościach polegających na poszerzaniu ich zakresu oraz rzadszym dokonywaniem zmian odnoszących się do transformacji posiadanych wartości poprzez dostrzeganie swych unikalnych zdolności bądź cech u badanych kobiet.

7.4.2. Struktura zależności między radzeniem sobie i zasobami radzenia sobie a akceptacją ograniczeń w ruchu u badanych kobiet oceniających doświadczaną niepełnosprawność w kategorii katastroficznej negatywności

Do ustalenia struktury związku między sytuacyjnym radzeniem sobie i wybranymi zasobami radzenia sobie a akceptacją niepełnosprawności (w czterech jej wymiarach) u badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w kategorii katastroficznej negatywności, posłużono się analizą kanoniczną (tab. 68-71). W rezultacie zastosowanej analizy w grupie badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w kategorii katastroficznej negatywności wyodrębniono dwie pary zmiennych kanonicznych wysokoistotnych statystycznie o umiarkowanym współczynniku korelacji między tymi zmiennymi (tab. 68).

Tab. 68. Struktura zależności między radzeniem sobie a akceptacją ograniczeń u badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w kategorii katastroficznej negatywności- wyniki analizy kanonicznej

Kryteria/predyktory		Zmienne kanoniczne	
		RcI	RcII
R A D Z E N I E S O B I E	Koncentracja na problemie (PROB)	-0,210	0,672
	Zaprzeczanie (ZAP)	0,634	0,319
	Koncentracja na emocjach (EM)	0,448	0,220
	Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia (WSP)	-0,004	0,085
	Akceptacja (AKC)	-0,215	0,143
	Zwracanie się ku religii (REL)	-0,203	0,166
	Poczucie humoru (HUM)	-0,332	0,057
	Używanie alkoholu lub innych środków odurzających (ALK)	-0,047	0,028
	Rc	0,549	0,443
	p	<0,001	<0,001
	Rd	32,47%	10,49%
	Ad	59,14%	23,64%
A	Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w	-0,263	0,682

K C E P T A C J A	stosunku do innych wartości (AKC-I)		
	Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	0,400	0,569
	Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III)	0,319	0,439
	Ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	-0,315	0,433

Rc- współczynnik korelacji kanonicznej; Rd- współczynnik redundancji; Ad- współczynnik dopasowania

Zmienne zawarte w obydwu ustalonych parach kanonicznych reprezentują bardzo dobre dopasowanie, łącznie wyjaśniając 82,79% wariacji w zmiennych wyjściowych. Ponadto wyodrębnione pary zmiennych kanonicznych umożliwiają wyjaśnienie 42,96% wariacji dokonywanych przez badane kobiety zmian w wartościach składających się na akceptację niepełnosprawności, za pomocą charakteryzującego je sytuacyjnego radzenia sobie z problemami. Stwierdzona struktura zależności między zmiennymi określona w obydwu parach zmiennych kanonicznych ma charakter dwuwymiarowy.

Pierwsza para zmiennych kanonicznych cechuje się umiarkowanym nasileniem powiązań między zmianami w wartościach a sytuacyjnym radzeniem sobie badanych kobiet. Powstała w ich obrębie konfigurację zależności można scharakteryzować następująco. Wysoka tendencja do zaprzeczania pojawiającym się problemom i umiarkowana skłonność do emocjonalnego radzenia sobie z nimi wraz z niską orientacją na wykorzystywanie strategii zorientowanych na poczuciu humoru w radzeniu sobie z trudnościami, powiązana jest z umiarkowaną tendencją do zmian w wartościach polegających na poszerzaniu zakresu wartości o inne odmienne, które są dostępne jednostce, bez porównywania się z innymi osobami bądź swoim stanem sprzed nabycia trwałych ograniczeń w ruchu, której towarzyszy niska tendencja do nieograniczania skutków doznanej niepełnosprawności, co skutkuje destrukcyjnie na osobę.

Druga para zmiennych kanonicznych cechuje się, podobnie jak pierwsza, umiarkowanym współczynnikiem korelacji kanonicznej ustalonym na wysokim poziomie istotności statystycznej. Ta para zmiennych kanonicznych odznacza się średnim dopasowaniem, wyjaśniając 24,75% wariacji zmiennych wyjściowych. Największy wkład do tej pary zmiennych kanonicznych wnosi radzenie sobie z trudnościami wyrażające się w koncentracji na problemie oraz zmiana w wartościach polegająca na poszerzaniu zakresu dostępnych dla jednostki wartości, o te nieutracone w wyniku nabycia trwałych ograniczeń w ruchu. Struktura zależności między zmiennymi w tej parze

kanonicznej wyznaczona jest poprzez powiązanie częstego wykorzystywania strategii polegających na koncentracji na problemie, rzadszego interpretowania stresujących zdarzeń w taki sposób, jakby nie miały miejsca, nie wierząc w istnienie stresora. Przy jednocześnie znacznym nasileniu zmian w wartościach polegających na znalezieniu znaczenia w posiadanych przez jednostkę celach, zdolnościach, z współwystępującym rzadkim dokonywaniem zmian w zakresie ograniczania skutków niepełnosprawności poprzez traktowanie jej jako jednego z elementów egzystencji osoby, a nie jej osobistą cechą.

W grupie badanych kobiet, które oceniały posiadane ograniczenia w ruchu w kategorii katastroficznej negatywności, dążono do ustalenia struktury zależności między przekonaniami na temat świata i posiadanych zdolności do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi: nadzieją podstawową i poczuciem własnej skuteczności a akceptacją niepełnosprawności (tab. 69). Przeprowadzona w tym celu analiza kanoniczna pozwoliła na uzyskanie dwóch par zmiennych kanonicznych. Ustalone w ich obrębie współczynniki korelacji kanonicznej są zróżnicowane, umiarkowane w pierwszej parze i niskie w drugiej parze zmiennych kanonicznych. Odznaczają się one bardzo dobrym dopasowaniem, wyjaśniając łącznie 76,19% wariancji zmiennych wyjściowych. Te dwie pary zmiennych kanonicznych pozwalają wyjaśnić około 23,28% zmienności dokonywanych przez badane kobiety zmian w wartościach przy uwzględnieniu charakteryzującego je przekonaniu na temat świata i poczucia własnej skuteczności. Zależności między zbiorami zmiennych mają strukturę dwuwymiarową.

W odniesieniu do pierwszej pary zmiennych kanonicznych wyodrębnionej w grupie kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w postaci katastroficznej negatywności 21,57% wariancji zmian w wartościach, składających się na akceptację niepełnosprawności można wyjaśnić przy pomocy charakteryzującego badane kobiety przekonania na temat świata i poczucia własnej skuteczności. Największy wkład do tej pary zmiennych kanonicznych, wnoszą nadzieja podstawowa i zmiany w wartościach polegające na pewnej transformacji wartości wyrażającej się w rozpoznawaniu przez osobę swych unikatowych cech i zdolności bez dokonywania porównań z innymi osobami. Zawartą w tej parze zmiennych strukturę zależności można opisać następująco. Otóż wysoki poziom poczucia, że świat nie jest sensowny, uporządkowany i przychylny ludziom w nim żyjącym oraz poczucie braku własnej skuteczności, pozostają w ścisłej zależności z wysoką częstotliwością zmian w wartościach polegających na przeformułowaniu kryteriów i standardów oceny posiadanych cech oraz zmianami

wyrażającymi się w postrzeganiu niepełnosprawności jako współwystępującej cechy jednostki, która nie jest najważniejsza w definiowaniu osoby.

Druga para zmiennych kanonicznych cechuje się niskim współczynnikiem korelacji kanonicznej, ale istotnym statystycznie. Największy wkład do tej pary zmiennych kanonicznych wnoszą poczucie własnej skuteczności i zmiany w wartościach polegające na przeformułowaniu wartości względnych na wartości stałe. Uchwyczone w tej parze zmiennych kanonicznych zależności można scharakteryzować następująco. Wysokie poczucie własnej skuteczności i umiarkowane przekonanie co do nieprzychylności, nieuporządkowania i braku sensowności świata, w którym jednostka funkcjonuje, pozostaje w związku zależnościowym z częstymi zmianami w wartościach wyrażających się kształtowaniem własnej oceny siebie na podstawie swych nie fizycznych cech czy właściwości oraz częstszym dokonywaniem transformacji wartości bez porównywania się z innymi osobami lub swoim stanem sprzed nabycia ograniczeń w ruchu.

Tab. 69. Struktura zależności między nadzieją podstawową i poczuciem własnej skuteczności a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w postaci katastroficznej negatywności- wyniki analizy kanonicznej

Kryteria/predyktory		Zmienne kanoniczne	
		RcI	RcII
Z A S O B Y	Nadzieja podstawowa	-0,875	-0,592
	Poczucie własnej skuteczności	-0,276	1,020
	Rc	0,419	0,069
	p	<0,001	<0,047
	Rd	21,57%	1,71%
	Ad	51,44%	24,75%
A K C E P T A C J A	Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I)	-0,112	0,726
	Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	-0,002	-0,349
	Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III)	0,819	0,892
	Ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	-0,328	0,212

Rc- współczynnik korelacji kanonicznej; Rd- współczynnik redundancji; Ad- współczynnik dopasowania

W celu ustalenia struktury zależności między samooceną a akceptacją niepełnosprawności u badanych również zastosowano analizę kanoniczną. W rezultacie jej przeprowadzenia ustalono dwie pary zmiennych kanonicznych cechujących się niskim współczynnikiem korelacji kanonicznej, wysoko istotnym statystycznie w pierwszej parze zmiennych kanonicznych (tab. 70).

Tab. 70. Struktura zależności między samooceną a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w postaci katastroficznej negatywności- wyniki analizy kanonicznej

Kryteria/predyktory		Zmienne kanoniczne	
		RcI	RcII
S A M O O C E N A	Samokrytycyzm	-0,228	-0,084
	Tożsamość	0,261	-0,063
	Zadowolenie z siebie	0,382	0,732
	Zachowanie	0,059	-0,530
	Ja fizyczne	0,345	-0,286
	Ja moralno-etyczne	0,004	-0,435
	Ja personalne	-0,539	-0,297
	Ja rodzinne	0,652	-0,093
	Ja społeczne	0,451	-0,082
	Rc	0,389	0,269
	p	<0,001	<0,004
	Rd	9,44%	8,18%
	Ad	24,25%	30,41%
A K C E P T A C J A	Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I)	-0,045	-0,765
	Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	0,131	-0,888
	Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III)	0,678	0,870
	Ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	0,821	-0,204

Rc- współczynnik korelacji kanonicznej; Rd- współczynnik redundancji; Ad- współczynnik dopasowania

Wyodrębnione pary zmiennych kanonicznych odznaczają się dosyć dobrym dopasowaniem, wyjaśniając łącznie około 55% wariacji zmiennych wyjściowych. Wspólnie te dwie pary zmiennych kanonicznych pozwalają wyjaśnić 17,62% zmienności akceptacji niepełnosprawności poprzez charakteryzujące badane kobiety wymiary samooceny. W obu ustalonych parach zmiennych kanonicznych stwierdzono dwuwymiarową strukturę. Pierwsza para zmiennych kanonicznych ujawnia dosyć niską, ale wysoko istotną statystycznie zależność między samooceną a akceptacją

niepełnosprawności. Największy wkład do tej pary zmiennych kanonicznych wnoszą zmiany w wartościach w postaci ograniczania skutków niepełnosprawności, przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe oraz poczucie własnej wartości osoby jako członka rodziny. Struktura zależności między zmiennymi w tej parze wyznaczona jest przez powiązanie wysokiej samooceny w zakresie: poczucia własnej wartości jako członka rodziny i społeczeństwa oraz umiarkowanej samooceny w zakresie niskiego osobistego poczucia własnej wartości a częstymi zmianami w wartościach polegającymi na ograniczaniu skutków doznanej niepełnosprawności i transformacji wartości wyrażającej się w rozpoznaniu przez osobę swych unikatowych cech i zdolności.

Druga para zmiennych kanonicznych cechuje się niskim współczynnikiem korelacji kanonicznej, ale istotnym statystycznie. Ujawniona w tej parze zmiennych kanonicznych struktura zależności jest zróżnicowana od tej stwierdzonej w obrębie pierwszej pary i odmienna w zakresie wartości wag kanonicznych. Największy wkład do tej pary zmiennych kanonicznych wnosi samoocena w zakresie zadowolenia z siebie i zmiany w wartościach polegające na ich poszerzaniu i przeformułowaniu oraz zmniejszaniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości. Strukturę zależności zawartą w tej parze zmiennych kanonicznych można scharakteryzować w następujący sposób.

Wysokie zadowolenie z siebie i jednocześnie niezadowolenie z własnego zachowania oraz postępowania moralno-etycznego są powiązane z rzadkim dokonywaniem zmian w wartościach polegających na poszerzaniu zakresu posiadanych wartości o te nieutracone w wyniku nabycia niepełnosprawności i zmniejszaniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do nie fizycznych wartości, takich jak cechy i zdolności jednostki oraz wysokim natężeniem dokonywania zmian wyrażających się w rozpoznaniu swych unikatowych cech i zdolności bez porównań z nieosiągalnym standardem społecznym.

Ostatnią analizę kanoniczną dokonano w celu określenia struktury zależności między siłą relacji interpersonalnej a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet, które oceniały posiadane ograniczenia w ruchu w postaci katastroficznej negatywności. Przeprowadzona analiza pozwoliła na wyodrębnienie dwóch par zmiennych kanonicznych, które są istotne statystycznie (tab. 71).

Tab. 71. Struktura zależności między siłą relacji interpersonalnej a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w postaci katastroficznej negatywności- wyniki analizy kanonicznej

Kryteria/predyktory		Zmienne kanoniczne	
		RcI	RcII
R E S L I A Ł C A J I	Czas	0,542	0,830
	Podobieństwo	-0,415	0,459
	Intymność	0,738	-0,705
	Rc	0,353	0,176
	p	<0,001	<0,029
	Rd	17,17%	3,81%
	Ad	48,51%	21,65%
A K C E P T A C J A	Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (AKC-I)	0,074	1,055
	Poszerzenie zakresu wartości (AKC-II)	0,044	0,720
	Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (AKC-III)	-0,908	0,160
	Ograniczanie skutków niepełnosprawności (AKC-IV)	0,262	0,168

Rc- współczynnik korelacji kanonicznej; Rd- współczynnik redundancji; Ad- współczynnik dopasowania

Współczynniki korelacji między parami zmiennych kanonicznych, jakie otrzymano charakteryzują się niskim poziomem nasilenia w obydwu parach kanonicznych oraz wysokim poziomem istotności statystycznej, zwłaszcza w pierwsze parze kanonicznej. Utworzone pary zmiennych kanonicznych reprezentują znaczący procent wariacji zmiennych, z których pochodzą (współczynnik dopasowania wynosi ponad 70%). Łącznie pozwalają one wyjaśnić 20,98% zmienność akceptacji niepełnosprawności za pomocą siły relacji interpersonalnej.

Pierwsza para zmiennych kanonicznych cechuje się niskim współczynnikiem korelacji (jednak nieco wyższym niż druga para zmiennych kanonicznych). Największy wkład do tej pary zmiennych kanonicznych wnoszą zmiany w wartościach polegające na przeformułowaniu wartości względnych na stałe oraz intymność posiadanej relacji interpersonalnej. Uchwyczone zależności w tej parze zmiennych kanonicznych można opisać w następujący sposób. Znacząca siła więzi łączących partnerów relacji, odpowiadająca występowaniu i natężeniu emocji oraz przekonań w niej występujących wraz z umiarkowanym czasem w relacji, czyli wspólnymi doświadczeniami i

przeżyciami, pozostają w ścisłej zależności między częstym nie dokonywaniem zmian w wartościach wyrażających się w ich przeformułowaniu oraz rzadkimi zmianami wyrażającymi się w ograniczaniu skutków posiadanej niepełnosprawności.

Przy pomocy drugiej pary zmiennych kanonicznych można zobrazować strukturę zależności między wskazanymi zbiorami zmiennych w następujący sposób. Duża liczba wspólnych doświadczeń i przeżyć osób będących w relacji wraz z niską siłą więzi łączących obydwójga partnerów w tym dogłębność, różnorodność i ważność obszarów, jakie obejmuje wykazują powiązanie z częstymi zmianami w zakresie zmniejszania znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości, które polega na definiowaniu siebie przez umiejętności i cechy charakteru wyłączając budowę ciała oraz częstymi zmianami w postaci znajdowania znaczenia w celach, wydarzeniach, zdolnościach, które jednostka posiada.

Podsumowując rezultaty przeprowadzonej analizy kanonicznej, można wskazać na różnicującą rolę zmiennej, którą jest ocena niepełnosprawności (w postaci zdeterminowanej resilience i katastroficznej negatywności) w ustaleniu charakteru powiązań między radzeniem sobie i zasobami radzenia a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu. Zróżnicowanie to zaznaczyło się w liczbie, nasileniu i kierunku ujawnianych związków zależnościowych. Ustalona wielkość wariancji strategii radzenia sobie, zasobów radzenia sobie i akceptacji niepełnosprawności wśród badanych kobiet oceniających posiadane ograniczenia w kategorii zdeterminowanej resilience, sugeruje, że w większym stopniu można wytłumaczyć zmienność akceptacji (w ramach czterech zmian w wartościach) na podstawie strategii radzenia sobie i siły relacji interpersonalnej. Z kolei w zakresie badanych kobiet oceniających swoje ograniczenia w postaci katastroficznej negatywności, w największym stopniu wariancję zmian w wartościach można wyjaśnić przy pomocy sytuacyjnego radzenia sobie oraz nadziei podstawowej i poczucia własnej skuteczności.

Rozdział VIII

Podsumowanie z dyskusją wyników badań

Nabywanie trwałych ograniczeń w ruchu jest bezsprzecznie sytuacją, która wprowadza zasadnicze i znaczące zmiany na wszystkich płaszczyznach życia osoby (społecznej, psychologicznej i biologicznej). Należy podkreślić, że poważniejszym problemem życiowym osób z niepełnosprawnością staje się nie tyle uszkodzenie organizmu, co długotrwałe konsekwencje wynikające z posiadanej niepełnosprawności (M. Bishop, 2005, s. 5-6). S. Kowalik (2007b, s. 51-52) zwraca uwagę na pewną trudność w procesie akceptacji niepełnosprawności przez osoby ją posiadające. Autor opracowania kieruje swą uwagę na okres „moratorium”, który cechuje się przede wszystkim niepewnością osoby, związaną z konsekwencjami wynikającymi z uszkodzenia jej ciała. Sytuację tę potęgują również społeczne przekonania co do pomyślności procesu leczenia, a więc pełnego powrotu do zdrowia osoby. Gdy oczekiwań tych nie da się spełnić, trudno jest jednostce zaakceptować fakt niepełnosprawności do końca jej życia. Osoba z niepełnosprawnością czuje się pozbawiona sensu własnej egzystencji, kształtuje pesymistyczne nastawienie do przyszłości oraz żyje w strachu przed opuszczeniem jej przez najbliższe osoby (T. R. Elliott i in., 2000, s. 261-262). Niemniej należy podkreślić, że proces przystosowania do niepełnosprawności i jej zaakceptowania jest długofalowy oraz nieprzewidywalny wraz z współwystępującymi reakcjami emocjonalnymi, behawioralnymi i poznawczymi (por. E. Martz, H. Livneh, 2003, s. 1024). A ich nasilenie i zakres podyktowane są różnymi determinantami o charakterze społecznym, osobowościowym i bezpośrednio kształtowanym przez istotę posiadanej niepełnosprawności (S. Byra, 2012a, s. 485). Nieodpowiednie i negatywne reakcje emocjonalne osoby z trwałym uszkodzeniem narządu ruchu B. Wright (1983, s. 135) uznaje za pierwszy krok do zaakceptowania przez nią swojego stanu niesprawności.

Przeprowadzona w niniejszych badaniach analiza rozumienia akceptacji wśród wybranych, dostępnych orientacji teoretycznych (m.in. procesualne ujęcie akceptacji, w ramach koncepcji stadialno-fazowych, na podstawie wahadłowych oraz interakcyjnych teorii przystosowania) (por. S. Byra, 2017b, s. 29-32) pozwoliła na osadzenie teoretyczne niniejszych badań w teorii akceptacji straty Beatrice Wright (1983, por. D. S. Dunn, 2015). Rozumienie akceptacji zaproponowane przez autorkę jest odmienne od tego prezentowanego w wyżej wymienionych teoriach, jednakże można byłoby je umieścić na pograniczu wahadłowego i interakcyjnego modelu przystosowania/adaptacji do życia z

niepełnosprawnością (S. Byra, 2017b, s. 33). Zgodnie z tą teorią akceptacja straty utożsamiana jest z procesem zmian w wartościach, które wydają się być najważniejsze dla pełnej akceptacji niepełnosprawności i samego siebie przez człowieka, który nabył trwałych ograniczeń w ruchu (B. Wright, 1983, s. 135). Strata rozumiana jest jako brak czegoś wartościowego, co wywołuje u człowieka uczucie osobistego nieszczęścia. Zatem nieodłącznym aspektem akceptacji niepełnosprawności jest poszerzenie zakresu dostępnych jednostce wartości, tak aby umiała ona dostrzec wartość w celach i zdolnościach, których nie utraciła w chwili nabycia trwałego uszkodzenia ruchu; ograniczanie skutków inwalidztwa wyrażającego się w postrzeganiu posiadanych ograniczeń jako jednej z cech osoby, która ją definiuje, a nie o niej stanowi; uznanie własnej fizyczności za drugorzędną wartość, co wiąże się z przeformułowanie własnej oceny siebie poprzez przeniesienie poczucia ważności cech fizycznych na wartości niefizyczne, takie jak talent czy potencjał osoby; transformacja wartości względnych na wartości stałe, czyli stopniowe odejście od porównań swojego stanu z innymi osobami, skupienie się na swych unikalnych cechach bądź zdolnościach. Przy czym, należy pamiętać o zależności od siebie tych poszczególnych zmian w wartościach (B. Wright, 1983, s. 136; H. Larkowa, 1987, s. 114-115; K. C. Keany, R. L. Glueckauf, 1993, s. 200-202).

Przyjęte podłoże teoretyczne niniejszych badań zachęca do empirycznej weryfikacji nie tylko zjawiska akceptacji niepełnosprawności, ale także wyrażających ją kombinacji zaproponowanych przez B. Wright czterech zmian w wartościach. Dotychczas nie było to jednak możliwe z uwagi na brak odpowiedniego w tym celu narzędzia, a dostępne opracowania (Skala Akceptacji Niepełnosprawności D. C. Linkowskiego (1971) pozwalały jedynie na pomiar ogólnej akceptacji ograniczeń funkcjonalnych jednostki. Dopiero ostatnie lata przyniosły szczególne zainteresowanie udoskonaleniem narzędzi do pomiaru akceptacji niepełnosprawności, zgodnie z teorią straty B. Wright. Oryginalna wersja Wielowymiarowej Skali Akceptacji Straty (Multidimensional Acceptance of Loss Scale) J. M. Ferrina, F. Changa, J. Chronister, J. Chiu, Ch-Y, została opublikowana w 2011 roku, natomiast jej polska adaptacja miała miejsce w 2017 roku pod nazwą Wielowymiarowa Skala Akceptacji Utraty Sprawności (WSAUS) autorstwa S. Byry (por. S. Byra, 2017b, s. 36).

Na podstawie dokonanej analizy dostępnej literatury dotyczącej powiązań akceptacji niepełnosprawności z innymi zmiennymi mającymi znaczenie dla jej wyjaśniania (m. in. F. Woodrich, J. B. Patterson, 1983; F. Z. Belgrave, 1991; L. Li, D.

Moore, 1998; H. M. de Klerk, L. Ampousah, 2003; T. Attawong, A. Kovindha, 2005; D. A. G. Grooms, Ch. M. Kampfe, R. Mapuranga, 2011; E. Nicholls i in., 2012; J. Jiao, M. N. Heyne, S. L. Chow, 2012; S. Byra, A. Żyta, 2017; S. Byra, 2018b) uwzględniono zmienne w postaci radzenia sobie oraz wybranych podmiotowych (samoocena, poczucie własnej skuteczności, nadzieja podstawowa) i społecznych (wsparcie społeczne, siła relacji interpersonalnej) zasobów radzenia sobie kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu. Ponadto uwzględniono zmienną pośredniczącą – ocenę niepełnosprawności, by określić jej znaczenie dla struktury zależności między akceptacją niepełnosprawności a radzeniem sobie oraz podmiotowymi i społecznymi zasobami radzenia sobie u badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu.

8.1. Akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet

Podsumowując analizy dotyczące natężenia akceptacji niepełnosprawności (w czterech jej wymiarach) u badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu, należy stwierdzić, że badane w największym stopniu postrzegają posiadane ograniczenia jako niemające bezpośredniego wpływu na ich całościowe funkcjonowanie. Zatem dokonują one przeformułowań w zakresie własnej oceny siebie, którą obecnie realizują w oparciu o posiadane przez siebie нефизyczne atrybuty i zdolności pomijając cechy oraz właściwości fizyczne. Znaczące nasilenie tego typu zmian w wartościach świadczy m. in. o stosunkowo słabej tendencji badanych kobiet do postrzegania posiadanej niepełnosprawności, wykraczającego poza realne jej konsekwencje. Jednakże należy dodać, że badane kobiety wykazują niską tendencję do zmian w wartościach polegających na dostrzeganiu swych unikatowych cech czy zdolności bez konieczności porównywania siebie z nieosiągalnym wzorcem. Zgodnie z przyjętą teorią B. Wright (1983, s. 158) można poniekąd uznać, że badane kobiety cechuje „*status-mined*”, czyli przyjmowanie w ocenie danego zjawiska ustalonych wcześniej sztywnych standardów. Zważywszy na wyniki przeprowadzonych badań można wskazać, że większość zmian w obrębie systemu wartości badanych kobiet, które są ważne dla akceptacji własnej niepełnosprawności, jest przez nie realizowane. W konsekwencji zostają one uwolnione od ujemnej oceny siebie z uwagi na fakt posiadanej niepełnosprawności, poszukując swych unikatowych cech i zdolności zgodnych z ich wewnętrznymi przekonaniem.

Poszukując odpowiedzi na postawione pytanie badawcze o poziom akceptacji niepełnosprawności u badanych kobiet dowiedziono, iż prezentowany przez prawie

połowę badanych kobiet poziom zmian w wartościach, reprezentuje przeciętny stopień przeobrażeń w zakresie zmniejszania znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości. Z kolei 1/3 badanych kobiet cechuje się przeciętnym poziomem zmian w wartościach polegających na poszerzaniu ich zakresu oraz transformacji wartości względnych na wartości stałe. Natomiast w odniesieniu do ograniczania skutków posiadanej uszkodzenia narządu ruchu poziom zmian jest niski. Zdaniem B. Wright (1983, s. 146) rozpoznanie przez osobę z niepełnosprawnością swych realnych ograniczeń jest doskonałym środkiem profilaktycznym. Autorka jest zdania, iż jeżeli jednostka znajduje się poniżej określonego standardu w odniesieniu do konkretnej cechy, wówczas czuje się gorsza wyłącznie pod tym względem, a nie w ogóle, to znaczy, że przekonanie o tej konkretnej nieprawidłowości nie będzie miało znaczenia destrukcyjnego na całość jej osobowości. Jednocześnie należy podkreślić za B. Wright (1983, s. 147), iż uznanie własnych bądź czyichś ograniczeń tylko pod określonym względem jest niezwykle trudne (por. K. C. Keany, R. L. Glueckauf, 1993, s.200-205; D. S. Dunn, 2015, s. 7).

Akceptacja niepełnosprawności została przeanalizowana przy uwzględnieniu różnych charakterystyk badanych zmiennych. Analiza znaczenia zmiennych socjodemograficznych dla akceptacji niepełnosprawności u badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu, nie pozwala stwierdzić istnienia istotnych statystycznie zależności między nią a większością badanych zmiennych.

Powyższe rezultaty badań wskazują na brak istotnej zależności pomiędzy akceptacją niepełnosprawności a wiekiem u badanych kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchu. Otrzymane w tym zakresie rezultaty są zbieżne z wynikami badań empirycznych innych badaczy (np. T. Attawong, A. Kovindha, 2005, s. 69-70; J. Jiao, M. N. Heyne, S. L. Chow, 2012, s. 779; E. Nicholls i in., 2012, s. 1084), którzy prezentują doniesienia świadczące o nieistotności omawianego związku. Niemniej należy podkreślić, że inni autorzy prac (lat 80-tych i 90-tych) sygnalizują, że młodszy wiek badanych osób jest znaczący dla wyjaśniania akceptacji niepełnosprawności (np. F. Woodrich, J. B. Patterson, 1983, s. 28; A. W. Heinemann, M. Bulka, S. Smetak, 1988, s. 195; J. S. Krause, C. A. Anson, 1997, s. 35-40; L. Li, D. Moore, 1998, s. 17), co nie jest jednak zbieżne z wynikami niniejszych badań wśród kobiet z niepełnosprawnością ruchu.

Miejsce zamieszkania badanych kobiet okazało się być zmienną różnicującą jedynie w zakresie jednej ze zmian w wartościach, polegającej na ograniczaniu skutków posiadanej niepełnosprawności. To badane kobiety zamieszkujące w mieście, istotnie częściej niż badane mieszkające na wsi w celu akceptacji posiadanych ograniczeń w

ruchu, postrzegały własną niepełnosprawność jako jedną ze swych cech, która nie determinuje obrazu ich własnej osoby. Analizowana zmienna demograficzna w postaci miejsca zamieszkania również okazała się być nieistotna przy próbie ustalenia zależności między nią a akceptacją choroby u kobiet w badaniach M. Kaźmierczak i współpracowników (2015, s. 181).

W odniesieniu do kolejnych zmiennych takich jak stan cywilny, wykształcenie, zatrudnienie i sytuacja finansowa, nie odnotowano zależności między nimi a zmienną akceptacji niepełnosprawności. Niemniej na podstawie wartości średnich można wnioskować, że większa tendencja do zmian przeformułowań własnej oceny siebie z uwzględnieniem czynników nie fizycznych, cechuje kobiety będące po rozwodzie bądź w małżeństwie, pracujące, mające wykształcenie wyższe i oceniające swoją sytuację finansową jako bardzo dobrą. Z kolei zwiększanie zakresu dostępnych jednostce wartości o te nieutracone w chwili nabycia niepełnosprawności jest bardziej charakterystyczne dla badanych kobiet, które są w separacji, legitymują się średnim wykształceniem, są bezrobotne, a swoją sytuację finansową oceniają jako bardzo złą. Skłonność do poszukiwania swych unikalnych zdolności bądź cech, bez konieczności dokonywania porównań z jakimś nieosiągalnym wzorcem najczęściej, cechowała badane będące w separacji, mające wykształcenie niepełne wyższe, będące bez stałego zatrudnienia i oceniające swoją sytuację finansową jako złą. Natomiast tendencja do ograniczania skutków niepełnosprawności poprzez ujmowanie posiadanej dysfunkcji organizmu jako jednej z cech opisujących osobę, ale nie rzutującą na jej całościowe funkcjonowanie, najczęściej cechowała kobiety po rozwodach, z wykształceniem wyższym, pracujące, o dobrej sytuacji finansowej. Zbieżne wyniki w zakresie braku powiązań pomiędzy wymienionymi czynnikami socjodemograficznymi prezentują w swych doniesieniach z badań E. Nicholls i współpracownicy (2012, s. 1084) oraz T. Attawong i A. Kovindha (2005, s. 69-70). Z kolei L. Li i D. Moore (1998, s. 8) wskazują w swych badaniach, że status materialny osoby jest istotną zmienną mającą znaczenie dla akceptacji przez nią posiadanych ograniczeń w ruchu. Jednostki cechujące się wyższym statusem ekonomicznym wykazywały lepsze przystosowanie do niepełnosprawności. Ponadto D. Wiszejko-Wierzbicka (2008, s. 30) dowodzi, że stan cywilny i wykształcenie dodatkowo korelują z postawą akceptacji własnej niepełnosprawności. Istnienie zależności pomiędzy wyższym poziomem wykształcenia a wyższym poziomem akceptacji podkreślają także J. Jiao, M. M. Heyne i S. L. Chow (2012, s. 779).

Analizy akceptacji niepełnosprawności badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu dokonano także przy udziale zmiennych związanych z niepełnosprawnością, tj. wiek nabycia, czas trwania niepełnosprawności, percepcja niepełnosprawności, status funkcjonalny, stan zdrowia i ocena niepełnosprawności. Wśród wymienionych zmiennych stan zdrowia badanych kobiet okazał się być w istotnej zależności z akceptacją posiadanych ograniczeń w zakresie trzech jej wymiarów. Co oznacza, że im bardziej pozytywna ocena zdrowia u badanych kobiet, tym aspekt własnej fizyczności staje się dla nich mniej ważny, jest im trudniej dostrzec inne dostępne dla nich wartości oraz ujmuje posiadane ograniczenia jako swoją osobistą cechę, a także nie poszukują one innych ważnych wartości w życiu, które nie zostały utracone w wyniku nabycia przez nie niepełnosprawności. Dotychczas życie osób z niepełnosprawnością rzadko było rozpatrywane przy udziale tej zmiennej, jaką jest ocena zdrowia (por. S. Kowalik, 2007b, s. 55). Bezsprzecznie jest to ważny aspekt, gdyż jak wskazują R. K. Chen i współpracownicy (2015, s. 54) zmieniający się stan zdrowia badanych może nasilić ich trudności adaptacyjne, a to z kolei opóźni ich przystosowanie się do nowej/zmienionej sytuacji życia. Co więcej, badani których różnicuje subiektywna ocena zdrowia, charakteryzuje pewna typowość w preferowanych stylach i strategiach radzenia sobie z trudnościami oraz ujawnianych reakcji przystosowawczych w chwili nabycia ograniczeń. Różnica ta jest wyrażona nie tylko w prezentowaniu innych dyspozycyjnych i sytuacyjnych sposobów radzenia sobie i sposobach reagowania, ale też w ich wyrazistości i nasileniu (S. Byra, 2012b, s. 43).

Pomimo, iż M. Bishop (2005, s. 5-6) podkreślał, że czas od momentu nabycia niepełnosprawności jest czynnikiem decydującym o sposobach reagowania na niepełnosprawność oraz badacze (np. A. W. Heinemann, M. Bulka, S. Smetak, 1988, s. 195; H. Livneh, E. Martz, 2003, s. 191; R. K. Chen, A. D. Brown, W. Kotbungkair, 2015, s. 54) dowodzą, że czas trwania niepełnosprawności był pozytywnie skorelowany z akceptacją niepełnosprawności, to niniejsze badania tego nie potwierdzają. Przeprowadzone analizy wskazują, że czas trwania niepełnosprawności okazał się być bez związku zależnościowego z akceptacją niepełnosprawności u kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu.

Poddano również analizie znaczenie przyczyny niepełnosprawności badanych kobiet dla akceptacji przez nie posiadanych ograniczeń w ruchu. Uzyskane rezultaty wskazują, że to kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wykazują wyższą tendencję do zmian w zakresie trzech wymiarów akceptacji niepełnosprawności. Częściej niż

badane kobiety z amputacją kończyny dolnej, cechowało je poszerzanie dostępnych wartości, odnajdywanie posiadanych przez nie unikalnych cech czy zdolności oraz ograniczanie skutków swych ograniczeń. Z kolei badane po amputacji kończyny dolnej wykazywały się wyższą tendencją jedynie do zmniejszania znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości. Warto w tym miejscu wspomnieć, że badacze (m. in. L. Li, D. Moore, 1998, s. 21; A. Migas, 2007, s. 60; B. Ch. Carl, 2013, s. 17) jako zmienną różnicującą akceptację niepełnosprawności uwzględniali rodzaj niepełnosprawności nabytą lub wrodzoną. Wyniki poszczególnych eksploracji są ze sobą sprzeczne. L. Li i D. Moore (1998, s. 21) oraz A. Migas (2007, s. 60) podkreślają, że rodzaj niepełnosprawności jest ściśle związany z akceptacją niepełnosprawności. Otóż osoby z wrodzoną niepełnosprawnością częściej niż jednostki z nabytymi ograniczeniami ruchu osiągały wysokie wyniki w zakresie poziomu akceptacji własnej niepełnosprawności. Z kolei B. Ch. Carl (2013, s. 17) dowodzi, że rodzaj posiadanej niepełnosprawności nie ma znaczenia dla indywidualnych zdolności przejścia przez proces akceptacji straty.

Dokonując zestawienia sposobu poruszania się badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu z akceptacją przez nie niepełnosprawności, ustalono, że nasilone dążenie do zmian w zakresie aż trzech wymiarów akceptacji niepełnosprawności jest najbardziej charakterystyczne dla kobiet poruszających się przy pomocy kul. Najwyższe wyniki uzyskały one w odniesieniu do zmniejszania znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości, poszerzania zakresu dostępnych wartości i ograniczania skutków niepełnosprawności. Umiejętność rozpoznawania swych unikatowych cech i zdolności bez porównywania się z określonym wzorcem najbardziej cechowało kobiety poruszające się samodzielnie. Ponadto samodzielność w podejmowaniu decyzji i ogólna samodzielność w życiu badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu została zestawiona z ich akceptacją niepełnosprawności. Jak wynika z badań uznanie swej fizyczności za drugorzędną wartość najczęściej cechuje badane kobiety deklarujące samodzielność życiową. Gdy fizyczność jednostki z niepełnosprawnością przedstawia dla niej stosunkowo mniejszą wartość, pozwala jej to nie czuć się zdegradowaną i pozostającą poniżej normy fizycznej (B. Wright, 1983, s. 144). Zmiana kryteriów i standardów oceny swych osobistych cech, wolnych od standardów zewnętrznych oraz postrzeganie niepełnosprawności jako jednej z cech osoby jest charakterystyczne dla badanych kobiet będących tylko częściowo samodzielnymi. Z kolei zwiększenie zakresu posiadanych wartości cechuje badane kobiety, które wymagają pomocy ze strony innych osób. Ten pierwszy krok w przewyciężeniu żalu po stracie jest niezwykle istotny, gdyż daje

jednostce możliwość bycia zadowolonym z terażniejszości, pozwalając jej dostrzec, że życie jej, a ona życiu, ma coś więcej do zaoferowania (D. S. Dunn, 2015, s. 121-122; por. S. Byra, 2017b, s. 34-35). Transformacja osoby polegająca na rozpoznaniu swych unikatowych cech i zdolności oraz postrzeganie w nich wartości, bez porównań ich z zewnętrznym wzorcem, najbardziej cechuje badane, które deklarowały częściową samodzielność w podejmowaniu decyzji. Z kolei ograniczanie skutków niepełnosprawności poprzez postrzeganie własnych ograniczeń jako jednej z cech nie determinującej całościowego funkcjonowania osoby, cechowało badane kobiety w pełni samodzielne w podejmowaniu decyzji. Zdaniem D. S. Dunna (2015, s. 81) przy ograniczaniu skutków niepełnosprawności, pomocne może okazać się zastosowanie recepty językowej „*person-first*” stosowanej w celu uniknięcia marginalizacji i dehumanizacji jednostki. Wyraża się przede wszystkim w oddzieleniu osoby od posiadanych przez nią cech.

Ostatnią analizowaną zmienną związaną z niepełnosprawnością badanych kobiet była ich ocena posiadanych dysfunkcji narządu ruchu. Dokonując analizy oceny niepełnosprawności przez badane kobiety z uszkodzeniem narządu ruchu, skupiono się na ogólnej charakterystyce tej zmiennej (w zakresie oceny pierwotnej i wtórnej) oraz na określeniu jej poziomu dla poszczególnych grup badanych kobiet (z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i amputacją kończyny dolnej). Badane kobiety wykazują najwyższą tendencję do negatywnej oceny pierwotnej posiadanych ograniczeń w ruchu, postrzegając je w kategoriach zagrożenia i straty oraz sytuacji niemożliwej do opanowania. Takie przyjęcie danej sytuacji jest równoznaczne z uznaniem jej za zagrażające dobrostanowi, przekraczające zasoby i obciążające daną jednostkę (por. S. Byra, 2017c, s. 6). Natomiast w odniesieniu do oceny wtórnej posiadanej niepełnosprawności, badane kobiety uzyskały wyższe wyniki. Co oznacza, że cechują się one wyższą ocenę posiadanych umiejętności poradzenia sobie z pojawiającymi się problemami, które wynikają z posiadanych ograniczeń w ruchu. Odnosząc się do poziomu poszczególnych ocen niepełnosprawności w obu grupach badanych kobiet (z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i po amputacji kończyny dolnej), należy wskazać, że w zakresie oceny pierwotnej posiadanych ograniczeń w ruchu, kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego charakteryzuje przeciętny jej poziom, z kolei kobiety z amputacją kończyny dolnej niski poziom tej oceny. Natomiast biorąc pod uwagę ocenę wtórną posiadanych umiejętności radzenia sobie oraz przewidywania w zakresie skuteczności posiadanych zasobów radzenia sobie, badane kobiety z amputacją kończyny dolnej cechują się przeciętnym jej poziomem, a

badane kobiety z urazem rdzenia kręgowego w równym stopniu przeciętnym i wysokim poziomem tej oceny. Pomimo braku w dostępnej literaturze przedmiotu publikacji odnoszących się do kobiet z niepełnosprawnością ruchu w kontekście ich oceny posiadanych ograniczeń, można przytoczyć opracowania, w których rezultaty są zbieżne z tymi otrzymanymi w niniejszych badaniach. Doniesienia z badań S. Byry (2017c, s. 22) przeprowadzone w grupie osób z nabytą niepełnosprawnością ruchu wskazują, że badane osoby dokonujące negatywnej oceny pierwotnej posiadanej niepełnosprawności, osiągają wyższe wyniki w zakresie wtórnej oceny swoich ograniczeń w ruchu (por. R. E. Dean, P. Kennedy, 2009; S. Byra, 2012a; C. Peter i in., 2014). Co interesujące, osoby z lżejszą niepełnosprawnością ruchu osiągały wyższe wyniki w zakresie Katastroficznej Negatywności (KN) niż osoby z cięższą niepełnosprawnością (w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego) (S. D. McDonald i in., 2018, s. 372). Inne badania S. Byry (2012a, s. 255) wskazują, że osoby z uszkodzeniem narządu ruchu, najczęściej oceniają posiadaną niepełnosprawność w kategorii zagrożenia, co odnosi się do oceny przeszkód i trudności generowanych przez ograniczenia w ruchu w osiąganiu wartości i celów przy jednocześnie uwzględnianej perspektywie przyszłości. Należy przy tym wskazać, że określony rodzaj oceny niepełnosprawności dokonywanej przez osoby z uszkodzeniem narządu ruchu generuje określoną tendencję do radzenia sobie z trudnościami. Osoby z niepełnosprawnością ruchu oceniające posiadane ograniczenia w kategorii straty wykazywały najwyższą tendencję do radzenia sobie z problemami poprzez humorystyczne ich ujmowanie, zwracanie się ku religii i zaprzeczanie ich istnieniu. Unikowe radzenie sobie z trudnościami charakteryzowało również osoby, które formułowały własną ocenę w kategorii zagrożenia. Osoby te wykorzystywały zwłaszcza radzenie sobie polegające na stosowaniu humoru, alkoholu lub innych środków odurzających oraz zwracaniu się ku Bogu. Natomiast badani oceniający swoją niepełnosprawność w formie wyzwania wykazywali nasiloną tendencję do zadaniowego zmagania się z trudnościami, ich akceptacji, a także poszukiwania wsparcia w religii (S. Byra, 2012a, s. 328). Dodatkowych informacji dostarczają wyniki badań J. Morris i współpracowników (2013, s. 340), którzy porównali oceny niepełnosprawności osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych osób. Wyniki tych badań wskazują na znacznie bardziej negatywną ocenę niepełnosprawności badanych pełnosprawnych osób w porównaniu z osobami z niepełnosprawnością.

Uzupełniających informacji dookreślających charakterystykę akceptacji niepełnosprawności kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu, dostarczyła przeprowadzona

analiza skupień, którą można podsumować następująco. Najbardziej charakterystyczny dla badanych kobiet zakres zmian w wartościach odznaczał się najwyższą tendencją do ograniczania przez nie skutków posiadanej dysfunkcji narządu ruchu. Postrzegają posiadaną niepełnosprawność jako jedną z cech występujących, ale nie decydującej w określaniu obrazu własnej osoby. Żaden z trzech ustalonych wzorów zmian w wartościach składających się na akceptację niepełnosprawności nie charakteryzuje większości badanych kobiet, toteż można jedynie wskazać pewną tendencję do dokonywania określonych zmian w wartościach.

8.2. Radzenie sobie oraz podmiotowe i społeczne zasoby radzenia sobie badanych kobiet

Kolejne analizy miały na celu pomoc w udzieleniu odpowiedzi na postawione problemy badawcze wyrażające się w pytaniach o rodzaje strategii i typy radzenia sobie badanych kobiet oraz o poziom podmiotowych i społecznych zasobów radzenia sobie badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu. Rezultaty uzyskane w niniejszych badaniach wskazują, iż radzenie sobie w postaci poszukiwania emocjonalnego wsparcia, zorientowanego na zwracaniu się ku religii i koncentracji na problemie w najwyższym stopniu cechuje badane kobiety. Oznacza to, że badane kobiety z uszkodzeniem narządu ruchu w sytuacji trudnej skupiają się na obniżeniu napięcia emocjonalnego oraz konstruktywnym działaniu. Co częściowo koresponduje z doniesieniami S. Byry (2017a, s. 29), która wskazała, że kobiety z niepełnosprawnością ruchu w sytuacji trudnej w największym zakresie wykorzystują strategię radzenia sobie polegającą na poszukiwaniu wsparcia, dążeniu do ich rozwiązania i zaakceptowania. Ten rozbudowany zestaw zróżnicowanych strategii zaradczych o charakterze emocjonalnym i zadaniowym świadczy o tym, że jednostki skupiają się zarówno na zadaniu jak i na człowieku (sobie) (J. Chronister, F. Chan, 2007, s. 56). Preferowanie zwłaszcza zadaniowo-emocjonalnych strategii radzenia sobie potwierdza się także w grupie studentów z niepełnosprawnością ruchu (S. Byra, K. Ćwirynkało, 2018, s. 4-5). Częściowo zbieżne wyniki badań przedstawia S. Byra (2012a, s. 303), autorka wskazuje, że osoby z niepełnosprawnością ruchową przede wszystkim wybierają zadaniowe podejście w celu poradzenia sobie z pojawiającymi się trudnościami. Z kolei H. Livneh i L. M. Wilson (2003, s. 201) podkreślają, iż preferowanymi strategiami wykorzystywanymi przez kobiety z niepełnosprawnością są strategie emocjonalne (por. A. H. Lequerica i in., 2008, s. 350-

352), co okazało się być zbieżne z tymi wykorzystywanymi przez pełnosprawne kobiety (L. K. Tamares, D. Janicki, V. S. Helgeson, 2002, s. 2). Co więcej, rezultaty powyższych analiz korespondują z innymi wynikami badań S. Byry (2011, s. 130), która dowiodła, że kobiety z uszkodzeniem narządu ruchu, najczęściej wykorzystują emocjonalno-zadaniowe strategie radzenia sobie. Doświadczając trudności badane kobiety poszukują wsparcia emocjonalnego, koncentrują się na zadaniu, akceptują pojawiające się trudności i poszukują wsparcia w religii. Warto dodać, że kategoria płci pełni istotną rolę w różnicowaniu zakresu preferowanych strategii radzenia sobie, częstotliwości ich stosowania oraz wyboru określonych sposobów zaradczych w grupie osób z niepełnosprawnością (S. Byra, 2011, s. 127-130).

Podjęta próba ustalenia typowości sytuacyjnego radzenia sobie badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu, pozwala na wskazanie powszechnie przyjmowanego przez nie sposobu zmagania się z problemami. Najczęściej cechują się emocjonalno-zadaniowym wzorem radzenia sobie, wykorzystując strategię zaradczą w postaci poszukiwania wsparcia emocjonalnego, zwracania się ku religii, przy jednocześnie częstej koncentracji na problemie. Stosowanie przez badane tego rodzaju radzenia sobie z trudnościami może spełniać u nich dwie funkcje, emocjonalną prowadzącą do obniżenia napięcia, łagodzenia negatywnych stanów emocjonalnych i stymulowania emocji, mobilizującą do działania oraz funkcję instrumentalną, inaczej zadaniową, która jest zorientowana na problem, czyli poprawę relacji podmiot-otoczenie (R. S. Lazarus, 1984, s. 24-26; I. Heszen-Niejodek, 2000, s. 21-22).

Proces radzenia sobie jest wysoce zindywidualizowany i uwarunkowany wieloma różnorodnymi czynnikami, wśród których wymienić można szeroko rozumiane podmiotowe i społeczne zasoby radzenia sobie (H. Livneh, E. Martz, 2014, s. 329). W niniejszych badaniach skupiono się na podmiotowych zasobach radzenia sobie takich jak: samoocena, przekonanie o własnej skuteczności i nadzieja podstawowa oraz na społecznych zasobach tj. wsparcie społeczne i siła relacji interpersonalnej. Pierwszym krokiem analiz wymienionych zmiennych było ustalenie najważniejszych informacji o analizowanych zmiennych w tym ich poziomie u badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu.

Samoocena w niniejszych badaniach rozumiana jest m.in. jako zespół różnych sądów i opinii osoby na swój temat obejmujący jej właściwości społeczne psychiczne i fizyczne. Dysfunkcja narządu ruchu odgrywa istotną rolę w kształtowaniu się samooceny jednostki (P. Borowiecki, 2015, s. 114). Badane kobiety z uszkodzeniem narządu ruchu

dokonywać nakreślenia obrazu własnej osoby najczęściej koncentrują się na swoim zachowaniu i zadowoleniu z siebie. Sugeruje to, że najważniejsze w ocenie samych siebie dla badanych kobiet, jest ich poziom samoakceptacji, ocena własnego postępowania i odczucie własnego ja. W zakresie wymiarów samooceny badane zwracają uwagę na fizyczny aspekt swojej osoby i posiadane relacje z innymi ludźmi. Ponadto badane kobiety cechuje przeciętny poziom samooceny w zakresie samokrytycyzmu, tożsamości, zadowolenia z siebie i zachowania oraz większości wymiarów samooceny tj. ja rodzinne, ja moralno-etyczne, ja społeczne. Natomiast wysoki poziom zaznaczył się w odniesieniu do ja fizycznego i ja personalnego. Samoocena kobiet z niepełnosprawnością pełni ważną rolę w ich życiu m.in. w przystosowaniu do niepełnosprawności (np. L. Li, D. Moore, 1998, s. 13; M. A. Nosek, R. B. Hughes i in., 2003, s. 1737). Eksploracje M. A. Nosek, C. A. Howland, D. H. Rintali i współpracowników (2001, s. 8) wskazują na wysoki lub umiarkowany poziom samooceny kobiet z niepełnosprawnością ruchową, jednakże badacze podkreślają, że wskaźnik tej zmiennej, jest ściśle uzależniony od związanych z faktem niepełnosprawności czynników środowiskowych, społecznych, kontekstualnych i emocjonalnych. Ponadto nie bez znaczenia okazują się być negatywne informacje otrzymywane przez kobiety z niepełnosprawnością od osób określanych jako znaczące w ich życiu (np. W. J. Hanna, B. Rogovsky, 1991, s. 58-59; M. A. Nosek, R. B. Hughes, 2003, s. 228) oraz otoczenia społecznego (P. S. Perduta-Fulginiti, 1996, s. 298). Wysoki poziom samooceny może być również zagrożony przez funkcjonujące w społeczeństwie stereotypy i uprzedzenia w stosunku do kobiet z niepełnosprawnością (A. Bednarczyk i in., 2015, s. 196) oraz poprzez działanie wielu innych czynników m.in. dewaluacji i piętna niepełnosprawności czy wykluczenia społecznego (R. B. Hughes i in., 2004, s. 295).

W odniesieniu do poczucia własnej skuteczności wyrażającego się w wierze człowieka co do słuszności jego aktywności w obliczu doświadczanych trudności, również uzyskano przeciętny jego poziom w grupie kobiet z niepełnosprawnością ruchu. Zatem badane kobiety na przeciętnym poziomie oceniają posiadane zdolności, zasoby i możliwości do poradzenia sobie ze stresującymi wymaganiami życiowymi (por. R. Poprawa, 2001, s. 101-136). Uzyskane w tym zakresie wyniki wykazują zgodność z wcześniejszymi ustaleniami S. Byry (2017a, s. 29), która dowiodła, iż poczucie własnej skuteczności w pokonywaniu trudności u kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu utrzymuje się na poziomie przeciętnym. Należy dodać, jak wynika z innych badań autorki (S. Byra, 2011, s. 127), że płeć jest czynnikiem różnicującym poczucie własnej skuteczności osób z niepełnosprawnością. Badani mężczyźni z niepełnosprawnością w porównaniu z

kobietami, charakteryzują się znacznie silniejszymi przekonaniem odnośnie własnej skuteczności zaradczej (por. M. A. Wrzeńska, K. Opuchlik, J. Kocur, 2008, s. 315; S. Byra, A. Żyta, 2017, s. 4). Z kolei zbieżne wyniki przedstawiają C. Fraser i S. Polito (2007, s. 102) dowodząc, że to kobiety pomimo posiadanej niepełnosprawności cechowały się znacznie większą wiarą we własne zdolności do funkcjonowania w porównaniu z mężczyznami. Bezsprzecznie należy jednak podkreślić znaczenie poczucia własnej skuteczności dla funkcjonowania osób z niepełnosprawnością ruchową, zwłaszcza dla oddziaływań rehabilitacyjnych (m. in. G. Dixon, E. W. Thornton, C. Young, 2007, s. 237; S. M. Miller, 2009, s. 991; A. Craig, N. Wijesuriya, Y. Tran, 2013, s. 5). Co więcej, A. Craig i współpracownicy (2018, s. 183) podkreślają wagę poczucia własnej skuteczności osób z uszkodzeniem narządu ruchu jako wyznacznika przystosowania do niepełnosprawności. Zdaniem B. M. Noonan i współpracowników (2004, s. 77) poziom poczucia własnej skuteczności kobiet z niepełnosprawnością ruchu jest uzależniony od pojawiających się barier w radzeniu sobie z trudnościami. Pozytywne mechanizmy radzenia sobie stanowiły element wspierający badane kobiety, kształtując w nich wytrwałość w realizacji określonych zadań.

W zakresie nadziei podstawowej wyrażającej się w przeświadczeniu, że otaczający świat jest uporządkowany, sensowny i pozytywnie nastawiony na jednostkę (podobnie jak w poprzednio scharakteryzowanym podmiotowym zasobie radzenia sobie), badane kobiety z dysfunkcją narządu ruchu uzyskały wynik przeciętny. Poziom nadziei podstawowej odgrywa znaczącą rolę w procesie przyjmowania straty, im wyższy jest jego wskaźnik, tym łatwiej jednostce pogodzić się z zaistniałą (nową) sytuacją i stratą wcześniej ugruntowanego ładu (J. Trzebiński, M. Zięba, 2004, s. 174). Z uwagi na deficyt badań empirycznych odnoszących się do nadziei podstawowej kobiet z niepełnosprawnością ruchową, utrudnione staje się zestawienie powyższych wyników badań z doniesieniami innych autorów. Niemniej w zakresie opracowań traktujących o nadziei podstawowej w grupie osób z dysfunkcją narządu ruchu, należy wskazać, iż znajdują one pewne odzwierciedlenie w rezultatach badań S. Byry (2012a, s. 286). Dotychczasowo badacze analizując tę pozytywną kategorię poznawczą w grupie osób z niepełnosprawnością, zwracają uwagę zwłaszcza na jej funkcję predykcyjną. Podkreślają powiązanie nadziei z przystosowaniem do życia po nabyciu niepełnosprawności, wysoką satysfakcją z życia, zadaniowym radzeniem sobie (S. Byra, 2012a, s. 121, por. P. Kennedy, M. Evans, N. Sandhu, 2009, s. 29; H. Brazeau, Ch. G. Davis, 2018, s. 258), przekonaniem o własnej skuteczności (S. Byry, 2014b, s. 830), wzrostem

potraumatycznym (J. Trzebiński, M. Zięba, 2013, s. 195; M. Zięba, 2015, s. 47) i depresją (T. R. Elliott i in., 1991, s. 610; S. G. Lynch, D. C. Kroencke, D. R. Denney, 2001, s. 413; T. O. Oyesany, E. C. Ward, 2016, s. 45).

Jednym ze społecznych zasobów radzenia sobie badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu, przyjętym w niniejszych badaniach jest wsparcie społeczne. Rozumiane jest ono jako konkretna pomoc (informacyjna, emocjonalna, instrumentalna, wartościująca) otrzymywana od określonych osób (rodziców, krewnych, rodzeństwa, kolegów, nauczycieli/współpracowników, sąsiadów i obcych) (K. Kmiecik-Baran, 1995, s. 202-212). Przeprowadzone analizy wykazały, że badane kobiety w największym stopniu cechuje przeciętny poziom ogólnie pojmowanego wsparcia. Badane wykazują najwyższą tendencję do poszukiwania wsparcia informacyjnego i emocjonalnego, na które jest największe zapotrzebowanie, zwłaszcza po nabyciu trwałych ograniczeń w ruchu (J. Kirenko, 2012, s. 12) i jest ono istotnym elementem kompleksowej rehabilitacji tych osób (E. Rutkowska, 2012, s. 39). Kluczową rolę w sieci wsparcia osób z niepełnosprawnością pełnią przede wszystkim rodzina, przyjaciele, współpracownicy i koledzy (J. Kirenko, 2004, s. 11-12; L. Marszałek, 2009, s. 204). Co pozostaje zbieżne z wynikami niniejszych badań, które dowodzą, iż w zakresie wszystkich rodzajów wsparcia społecznego (informacyjne, instrumentalne, wartościujące, emocjonalne) otrzymywanego przez badane kobiety, największy ich poziom udzielają im rodzice. Otrzymane wyniki badań sugerują, że wsparcie emocjonalne otrzymywane od rodziny przez kobiety z niepełnosprawnością, ma niezwykle ważny wpływ na ich egzystencję, zwłaszcza na codzienne funkcjonowanie i satysfakcję z życia (J. D. Kasper i in., 1995, s. 80). Co więcej, wsparcie ze strony rodziny pomoże, zdaniem badanych kobiet z niepełnosprawnością z eksploracji A. Nowak (2012, s. 362), w inkluzji społecznej oraz złagodzeniu poczucia wyłączenia z życia tych kobiet. Interesujący poznawczo jest fakt, iż to kobiety z niepełnosprawnością w porównaniu z mężczyznami są bardziej skuteczne w poszukiwaniu źródeł wsparcia społecznego i znacznie chętniej z niego korzystają (T. Rostowska, 2008, s. 61; A. Nowak, 2012, s. 237).

Drugim przyjętym w niniejszych badaniach zasobem społecznym badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu jest siła relacji interpersonalnej, rozumiana jako „stopień powiązania dwóch osób, odpowiadający natężeniu tego, co jest dla nich wspólne i współdzielone w interakcjach na płaszczyźnie zachowań, myśli i uczuć” (A. Zbieg, A. Słowińska, B. Żak, 2015, s. 339). Partnerem relacji wskazywanym przez badane kobiety był najczęściej kolega/koleżanka, następnie mąż/partner lub jeden z rodziców.

Największe znaczenie dla badanych kobiet w relacji ma jej intymność, czyli siła więzi, jaka łączy partnerów relacji. Sugeruje to, iż relacja, jaką posiadają kobiety z niepełnosprawnością ruchu jest dla nich bardzo ważna pod względem treści w niej przepływających, otrzymywanego wsparcia, poczucia bezpieczeństwa i zaufania (por. A. Zbieg, A. Słowińska, B. Żak, 2015, s. 339). Ponadto badane kobiety podkreślają także istotną rolę czasu spędzonego w relacji rozumianego jako liczba wspólnych przeżyć i doświadczeń. Z uwagi na fakt, że siła relacji interpersonalnej jest stosunkowo nową kategorią poznawczą, skupiono się na wyjaśnieniu tego zjawiska w grupie kobiet z niepełnosprawnością ruchu.

8.3. Zależności między radzeniem sobie oraz zasobami radzenia sobie a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchową

Następnym krokiem po przeprowadzonych analizach akceptacji niepełnosprawności, sytuacyjnego radzenia oraz podmiotowych (samoocena, poczucie własnej skuteczności, nadzieja podstawowa) i społecznych (wsparcie społeczne, siła relacji interpersonalnej) zasobach radzenia sobie u badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu skoncentrowano się na relacji między akceptacją niepełnosprawności z uwzględnionymi zmiennymi. Weryfikowano hipotezy o istnieniu pozytywnej zależności między akceptacją niepełnosprawności a podmiotowymi i społecznymi zasobami radzenia sobie u kobiet z niepełnosprawnością ruchową. Przyjęto również, iż radzenie istotnie koreluje z akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet.

Przeprowadzona analiza wykazała istnienie istotnych statystycznie zależności pomiędzy akceptacją niepełnosprawności a sytuacyjnym radzeniem sobie badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu. Otrzymane rezultaty wskazują, że gdy dla badanych kobiet ich stan fizyczny staje się mniej ważny w stosunku do innych wartości, które posiadają, wówczas posługują się one w większym stopniu strategiami radzenia sobie, które polegają na koncentracji na problemie, akceptacji trudności i humorystycznym ich ujmowaniu. Natomiast, gdy cechy fizyczne stanowią dla nich największą wartość, koncentrują się one na wykorzystywaniu strategii unikowych. Można przypuszczać, że ciągle i uporczywe skupianie się na własnych cechach fizycznych przez badane kobiety wiąże się z negatywnymi emocjami. W sytuacji nabycia niepełnosprawności stan fizyczny osoby ulega nieodwracalnym zmianom, co może okazać się frustrujące dla niej, zatem w

celu przynajmniej czasowego uchronienia się przed bezpośrednią konfrontacją z problemem stosuje ona strategie unikowe zorientowane na używaniu alkoholu lub innych środków odurzających, zaprzeczeniu i koncentracji na emocjach.

Z kolei częstsze radzenie sobie badanych kobiet z napotykanymi trudnościami poprzez zaprzeczanie ich realności, wykorzystywanie emocjonalnych sposobów zaradczych, alkoholu lub innych środków odurzających oraz poszukiwanie wsparcia społecznego, sprzyja zwracaniu uwagi na inne wartości dostępne w życiu badanych kobiet, a nie jedynie na te utracone w chwili nabycia niepełnosprawności. Jednakże towarzyszą im rzadsze wybory strategii unikowych i emocjonalnych, jeżeli ignorują istnienie innych wartości koncentrując się jedynie w swoim życiu na utraconych jego aspektach. Przeważają emocjonalnych i unikowych strategii radzenia sobie może wynikać z niepewności i nieprzewidywalności jaka pojawia się w poszukiwaniu nowych wartości nieutraconych wraz z nabyciem niepełnosprawności. Jednocześnie poszerzanie zakresu posiadanych wartości stymulowane jest m.in. poszukiwaniem ulgi od bycia przepełnionym żalem i tęsknotą za przeszłym życiem, co prawdopodobnie wymaga wsparcia społecznego i emocjonalnego.

Radzenie sobie badanych kobiet ukierunkowane na: zaprzeczanie doświadczanych trudności, wykorzystywanie alkoholu lub innych środków odurzających i wykazywanie zwiększonej gotowości do korzystania z pomocy innych przy jednoczesnym poszukiwaniu bliskości emocjonalnej u najbliższych osób i nie akceptowanie pojawiających się trudności sprzyja dostrzeganiu swych unikatowych cech bez porównywania się z innymi osobami. Natomiast rzadsze radzenie sobie w postaci zaprzeczenia trudnościom, nadużywania alkoholu lub innych środków odurzających, poszukiwania społecznego i emocjonalnego wsparcia przy jednoczesnym akceptowaniu problemów, koresponduje z brakiem umiejętności dostrzegania u siebie innych zdolności i cech niż te utracone w wyniku nabycia niepełnosprawności. Zapewne badane kobiety do ponownego określenia ram niepełnosprawności potrzebują wsparcia emocjonalnego i społecznego, gdyż pozbycie się ujemnej oceny siebie ze względu na posiadane ograniczenia jest niezwykle trudne.

Wykazywanie przez badane kobiety większej tendencji do zadaniowego radzenia sobie z problemami, akceptowania ich i zawierania opatrności Bożej przy jednoczesnym nie zaprzeczaniu trudnościom, nie poszukiwaniu emocjonalnego wsparcia i nie nadużywaniu alkoholu sprzyja dokonywaniu zmian w wartościach polegających na ograniczaniu niepełnosprawności poprzez traktowanie jej jako jednej z cech, którą

jednostka posiada. Badane kobiety wyrażając większą skłonność do bagatelizowania problemów, nie akceptując ich, nie czerpiąc sił do ich rozwiązania z wiary religijnej, jednocześnie często stosując alkohol lub inne środki odurzające i poszukując emocjonalnego wsparcia traktują posiadane ograniczenia w ruchu jako najważniejszy aspekt swojego ja. Możliwe, że wykorzystywanie strategii radzenia sobie w postaci poszukiwania emocjonalnego wsparcia, stosowania alkoholu i zaprzeczania problemów sprzyja ludzkiej tendencji do ujmowania niepełnosprawności poza rzeczywiste jej konsekwencje. Nie akceptując problemów, a jedynie im zaprzeczając badane kobiety uznają niepełnosprawność za najważniejszą cechę, która o nich stanowi. Może wynikać to z faktu, że nie są gotowe na bezpośrednią konfrontację z problemami albo uważają je za nierozwiązywalne.

Ważna część procesu radzenia sobie skupia się nie tylko na konkretnym działaniu i pozytywnych postawach, ale na rzeczywistym samozrozumieniu (D. S. Dunn, 2015, s. 81). Co interesujące, osoby cechujące się średnim lub nawet wysokim poziomem akceptacji własnych ograniczeń wykorzystywały zwłaszcza styl skoncentrowany na problemie (T. R. Elliott, 1999, s. 315). Należy podkreślić, że o ile zadaniowe strategie radzenia sobie mają adaptacyjny charakter, to emocjonalne i unikowe przeciwnie (por. H. Livneh, E. Martz, 2007, s. 16-17). Zatem zadaniowe, czyli adaptacyjne radzenie sobie sprzyja dokonywaniu zmian w wartościach polegających na zmniejszaniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości oraz ograniczaniu skutków niepełnosprawności. Z kolei nieadaptacyjne formy radzenia sobie w postaci emocjonalno-unikowych strategii potęgują poszerzenie zakresu dostępnych wartości i ich przeformułowanie. Ten szeroki repertuar strategii zaradczych w grupie kobiet z niepełnosprawnością ruchu w zależności od dokonywanych zmian w wartościach, sugeruje zgodnie z dotychczasową literaturą wykorzystywanie kombinacji indywidualnie dostosowanych do sytuacji trudnej strategii radzenia sobie (por. J. Chronister, F. Chan, 2007, s. 56; S. Byra, 2012b, s. 38). Stwierdzone w niniejszych badaniach powiązanie akceptacji niepełnosprawności z radzeniem sobie badanych kobiet jest po części zbieżne z wynikami badań innych autorów, przeprowadzonych w grupie osób z niepełnosprawnością (np. T. R. Elliott i in., 2000, s. 254-257; D. A. G. Groomes, M. J. Leahy, 2002, s. 17-23). Badacze koncentrujący się w swych eksploracjach na dyspozycyjnym radzeniu sobie badanych osób wykazali, że poziom akceptacji niepełnosprawności miał wpływ na to, czy osoba przypisze pozytywne aspekty stresującemu wydarzeniu. Co ważne, osoby badane najczęściej wykorzystywały styl

skoncentrowany na emocjach i styl unikający w radzeniu sobie ze stresem, przy posiadanym niskim i średnim poziomie akceptacji niepełnosprawności. Warto podkreślić, że efektywne radzenie sobie z trudnościami wynikającymi z niepełnosprawności jest niezwykle pomocne w przystosowaniu się jednostki do nowych warunków po nabyciu trwałych ograniczeń w ruchu (B. Kara, C. H. Açıkel, 2012, s. 983).

Podsumowując uzyskane rezultaty badań prezentowanych w niniejszym opracowaniu należy wskazać, iż wysunięte założenie hipotetyczne co do istnienia istotnych statystycznie zależności pomiędzy sytuacyjnym radzeniem sobie a akceptacją niepełnosprawności u kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu zostało potwierdzone.

Dokonane analizy pokazują istotne, pozytywne powiązania akceptacji niepełnosprawności z samooceną u badanych kobiet z dysfunkcją narządu ruchu. Zbliżone wyniki badań (w grupie osób z niepełnosprawnością ruchu) przedstawiają inni autorzy (m.in. D. C. Linkowski, M. A. Dunn, 1974, s. 28; O. N. Osuji, 1985, s. 25-27; F. Z. Belgrave, 1991, s. 37; L. Li, D. Moore, 1998, s. 17-18; H. M. de Klerk, L. Ampousah, 2003, s. 1138; J. M. Ferrin, 2011, s. 171).

Ustalenia wśród badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu wskazują, iż te, które osiągają wyższe wyniki samooceny w zakresie ja moralno-etycznego i postrzegania własnej tożsamości definiują siebie poprzez posiadane umiejętności i cechy charakteru a nie fizyczne aspekty. Z kolei uzyskiwanie wyższych wyników samooceny w kategoriach ja fizyczne, zadowolenie z własnych działań i siebie sprzyja upatrywaniu znaczenia w posiadanych zdolnościach, realizowanych celach i wydarzeniach. Przepuszczalnie samodzielność w działaniu kobiet z niepełnosprawnością ruchu, sprzyja ich zadowoleniu z siebie, co pomaga im niwelować ich negatywny i krzywdzący obraz bezradności, który niejednokrotnie istnieje w oczach rodziny i bliskich (por. M. A. Nosek i in., 2003, s. 1744). Zadowolenie z siebie i własnego postępowania, lepsze odczucia względem własnej wartości jako członka rodziny oraz członka danej społeczności pozwalają dostrzec badanym kobietom rzeczywiste ograniczenia wynikające z posiadanej niepełnosprawności. Prawdopodobnie to swoiste uwolnienie siebie od ujemnej oceny w związku z posiadaną niepełnosprawnością, pozwala badanym kobietom być zadowolonym z siebie i swoich działań, gdyż nie porównują się z nieosiągalnym wzorcem przyjętym w społeczeństwie, a zwracają jedynie uwagę na to, w czym rzeczywiście niepełnosprawność je ogranicza (por. D. S. Dunn, 2015, s. 125). Wyższa samoocena w zakresie moralnych i etycznych wartości, poczucia własnej wartości jako członka rodziny, postrzegania własnej tożsamości i oceny własnego zachowania pozwala uzyskać badanym

kobietom umiejętności prowadzące do ujmowania posiadanej niepełnosprawności jako jednej ze swoich cech, która nie rzutuje na ich całościowe funkcjonowanie. Zgodnie z założeniami teorii straty B. Wright (1983, s. 136) jeżeli jednostka znajduje się poniżej przyjętej normy, wówczas czuje się gorsza jedynie pod względem tej cechy, a nie w ogóle. Może to znajdować odzwierciedlenie w wyższej samoocenie (w zakresie wielu jej kategorii) u badanych kobiet, które rozpoznają swe realne ograniczenia.

Akceptacja niepełnosprawności badanych kobiet pozostaje w zależności od ich poczucia własnej skuteczności. Uzyskane wyniki badań korespondują z wynikami innych autorów wskazujących na powiązanie akceptacji niepełnosprawności z poczuciem własnej skuteczności osób z dysfunkcją narządu ruchu (T. Attawong, A. Kovindha, 2005, s. 69-70; S. Byra, A. Żyta, 2017, s. 5). Wskazują oni, że wysokiemu poczuciu własnej skuteczności towarzyszy wysoki poziom akceptacji własnych ograniczeń przez badane osoby.

Przy wysokim poczuciu własnej skuteczności badane kobiety znacznie częściej dokonywały zmian w wartościach polegających na zmniejszaniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości i ograniczaniu skutków niepełnosprawności. Prezentowane powiązanie poczucia własnej skuteczności i akceptacji niepełnosprawności wyrażającej się w postrzeganiu niepełnosprawności jako jednej z cech potwierdzają badania S. Byry i A. Żyty (2017, s. 5). Z kolei niski poziom poczucia własnej skuteczności sprzyjał poszerzaniu zakresu posiadanych wartości przez badane kobiety. Co pozostaje w sprzeczności z wynikami badań S. Byry i A. Żyty (2017, s. 5), które dowiodły negatywnej zależności między tymi zmiennymi w grupie studentów z ograniczeniem narządu ruchu. Co interesujące, autorki wskazują, iż akceptacja niepełnosprawności w rozumieniu B. Wright w większym stopniu niż np. nadzieja na sukces, wyjaśnia ogólne poczucie własnej skuteczności badanych.

Z kolei T. Attawong i A. Kovindha (2005, s. 69-70) uznali poczucie własnej skuteczności za najważniejszy predyktor akceptacji niepełnosprawności u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Znaczenie ograniczenia skutków niepełnosprawności i rozszerzenia zakresu posiadanych wartości jest zgodne z teorią M. Bishopa (2005, s. 6), w której autor wskazuje na długofalowość procesu adaptacji do życia z niepełnosprawnością, a przy okazji ponowne oszacowanie celów, priorytetów i najważniejszych wymiarów życia, które wpływają na ogólne z niego zadowolenie (por. S. Byra, A. Żyta, 2017, s. 6).

Przekonanie o tym, że otaczający świat jest uporządkowany, sensowny i przychylnie nastawiony do człowieka, okazało się (podobnie jak wcześniejsze podmiotowe zasoby radzenia sobie) mieć istotne znaczenie dla akceptacji niepełnosprawności u badanych kobiet. Powiązanie nadziei z poznawczą akceptacją posiadanych ograniczeń podkreśla w swych eksploracjach S. Byra (2012a, s. 447; 2015a, s. 60) wskazując na negatywną korelację między zmiennymi u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Z kolei inne badania autorki pokazują pozytywną korelację między nadzieją podstawową a wszystkimi wymiarami akceptacji niepełnosprawności (S. Byra, 2018b, s. 13). Zatem jednostka, która ujmuje świat jako stosunkowo mało sensowny i uporządkowany cechuje się wyższymi skłonnościami do zaakceptowania swej niepełnosprawności.

Jak wynika z niniejszych badań, badane kobiety, które charakteryzują się wyższym poziomem nadziei podstawowej ujmują posiadane ograniczenia w ruchu jako jeden z elementów swej egzystencji, a nie osobistą cechę oraz włączają w obraz siebie swe cechy charakteru. Włączenie niepełnosprawności do własnego obrazu siebie jest niezwykle trudne, co może ułatwić posiadana nadzieja, gdyż jest ona istotna w sytuacji, gdy jednostka decyduje się rozpocząć pracę, która pomoże jej pokonać posiadane trudności (por. E. Trzebińska, 2008, s. 150). Natomiast niższy poziom przekonań o sensowności i przychylności świata u badanych kobiet, generuje u nich zmiany w zakresie poszerzania zakresu dostępnych im wartości oraz dokonywania ich przeformułowań. Być może negatywne przekonanie dotyczące świata, umożliwia badanym kobietom dostrzeganie u siebie innych pozytywnych wartości, a nie skupianie się jedynie na negatywnych jego aspektach. Co interesujące, S. Byra (2018c, s. 2) wykazała w swych badaniach mediacyjną funkcję akceptacji niepełnosprawności do lepszego zrozumienia korelacji między nadzieją podstawową a wzrostem potraumatycznym u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Uzyskane rezultaty odnoszące się do zasobów podmiotowych w grupie badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu pozwalają na potwierdzenie wysuniętego założenia hipotetycznego. Przyjęta hipoteza, iż akceptacja niepełnosprawności pozostaje w pozytywnym związku z samooceną, nadzieją podstawową oraz poczuciem własnej skuteczności u badanych kobiet została potwierdzona w niniejszych badaniach, niemniej głównie w odniesieniu do dwóch wymiarów akceptacji niepełnosprawności: AKC-I (zmniejszanie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości) oraz AKC-IV (ograniczanie skutków niepełnosprawności).

W zakresie społecznych zasobów radzenia sobie, niniejsze badania pokazują istotne powiązanie akceptacji niepełnosprawności z niektórymi wymiarami wsparcia społecznego u kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu. Niemniej związek między omawianymi zmiennymi jest stosunkowo słaby. Na zależność między tymi zmiennymi zwracają uwagę również inni autorzy badań (np. F. Z. Belgrave, 1991, s. 37; L. Li, D. Moore, 1997, s. 17-18; T. Attawong, A. Kovindha, 2005, s. 67) podkreślając znaczenie otrzymanego wsparcia społecznego dla wysokiego poziomu akceptacji własnych dysfunkcji. Badane kobiety, które otrzymują wyższe wsparcie emocjonalne i wartościujące ujmują własną fizyczność jako drugorzędną wartość w stosunku do posiadanych umiejętności czy cech charakteru. Wsparcie emocjonalne okazuje się być najbardziej znaczące dla akceptacji niepełnosprawności przez osoby z dysfunkcją narządu ruchu (T. Attawong, A. Kovindha, 2005, s. 67). Z kolei, gdy badane kobiety otrzymują wsparcie w postaci konkretnych instrukcji/sposobów działania, wtedy to w większym stopniu zwracają uwagę na inne wartości dostępne w ich życiu obok tych utraconych w chwili nabycia niepełnosprawności. Wsparcie to polega m.in. na udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach dnia codziennego (np. robienie zakupów, prace domowe, transport). Niekiedy stanowi swoistą pomoc, dostarczając stymulacji aktywności i rozwoju oraz zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa osoby z niepełnosprawnością (L. Marszałek, 2009, s. 205). Badane kobiety, w większym stopniu otrzymujące wsparcie informacyjne, które lepiej pomaga zrozumieć im daną sytuację, w której się znajdują, dokonują przeformułowań w wartościach uwzględniając swe unikatowe cechy, bez porównywania się z innymi osobami lub przyjętym wzorcem. Natomiast ograniczaniu skutków posiadanych dysfunkcji, by nie rzutowały destrukcyjnie na badane kobiety, sprzyja otrzymywanie komunikatów z zewnątrz, wzmacniających ich poczucie własnej wartości składających się na wsparcie wartościujące. Należy przypomnieć, że w zakresie wszystkich rodzajów wsparcia społecznego otrzymywanego przez badane kobiety, największy jego poziom udzielają im rodzice. A co istotne, inne badania wskazują, że znaczący dla akceptacji niepełnosprawności u osób z urazem rdzenia kręgowego, był poziom postrzeganego wsparcia zwłaszcza od rodziny, przyjaciół i osób znaczących (J. Jiao, M. N. Heyne, S. L. Chow, 2012, s. 779).

Ostatni z omawianych zasobów radzenia sobie badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu, czyli siła relacji interpersonalnej, okazał się być w istotnej zależności z akceptacją niepełnosprawności. Pozytywne relacje interpersonalne i interakcje pomagają w zdolnościach adaptacyjnych jednostki w sytuacji niepełnosprawności (D. Amsters i in.,

2016, s. 1). Niemniej należy wskazać, że zależność ta dotyczyła dwóch z trzech dostępnych wymiarów siły relacji interpersonalnej. Liczba wspólnych doświadczeń i przeżyć w relacji badanych kobiet z wybranymi osobami, może potęgować dokonywanie przez nie zmian w postaci uznania swych nie fizycznych wartości w definiowaniu siebie oraz ograniczania skutków niepełnosprawności, by nie rzutowały destrukcyjnie na ich życie. Z kolei mniejszy czas spędzony w relacji oraz słabsza więź łącząca badane kobiety w relacjach z wybranymi osobami, sprzyja nie dokonywaniu porównań badanych kobiet z innymi ludźmi i traktowaniu posiadanej niepełnosprawności jako jednego z elementów własnego życia, który go nie determinuje. Relacjami, które warte są uwagi w odniesieniu do kobiet z niepełnosprawnością są relacje damsko-męskie, dla których fakt ograniczeń ruchowych ma duże znaczenie. Z uwagi na duże pragnienia intymności i bliskości przez kobiety z niepełnosprawnością, należy przypuszczać, iż posiadanie bliskiej relacji pomogłoby im w zaakceptowaniu siebie i własnej dysfunkcji ciała (por. A. Zawiślak, 2018, s. 188-189).

Przyjęte w zaprojektowanych badaniach założenie hipotetyczne co do pozytywnego powiązania akceptacji niepełnosprawności ze wsparciem społecznym oraz siłą relacji interpersonalnej u badanych kobiet z dysfunkcją narządu ruchu potwierdziło się. Niemniej należy zaznaczyć, iż siła związku wsparcia społecznego i akceptacji niepełnosprawności jest stosunkowo słaba. Podobnie jak w przypadku zasobów podmiotowych hipoteza potwierdziła się głównie w odniesieniu do dwóch wymiarów akceptacji niepełnosprawności AKC-I (zmniejszanie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości) oraz AKC-IV (ograniczanie skutków niepełnosprawności).

Poddając weryfikacji otrzymane w wyniku zastosowania analizy regresji wielorakiej modele, stwierdzono predykcyjną funkcję uwzględnionych zmiennych niezależnych (sytuacyjne radzenie sobie, samoocena, nadzieja podstawowa, poczucie własnej skuteczności, wsparcie społeczne, siła relacji interpersonalnej) w wyjaśnianiu natężenia poszczególnych wymiarów akceptacji niepełnosprawności. Niemniej należy wskazać, że to sytuacyjne radzenie sobie okazało się być najlepszym (wśród uwzględnionych zmiennych) predyktorem określonych wymiarów akceptacji niepełnosprawności u badanych kobiet. Co więcej, jak wynika z badań, jedynie w odniesieniu do strategii radzenia w postaci koncentracji na emocjach, zaznacza się szczególny udział w kształtowaniu wszystkich czterech kategorii zmian składających się na akceptację niepełnosprawności. Natomiast strategia polegająca na częstszym zaprzeczaniu istnienia problemów uczestniczy w wyjaśnianiu nasilenia zmian w

wartościach polegających na poszerzaniu ich zakresu oraz dokonywaniu w nich przeformułowań. Z kolei rzadsze wykorzystywanie omawianej strategii uczestniczy przy wyjaśnianiu nasilenia zmian polegających na zmniejszaniu znaczenia posiadanych cech fizycznych w stosunku do innych wartości. Częstsza koncentracja na problemach sprzyja zmianom w wartościach wyrażających się w dokonywaniu przez jednostkę przeformułowań swojej oceny oraz ograniczaniu skutków posiadanej niepełnosprawności na całokształt jej funkcjonowania. Zgodnie z założeniami teorii stresu i radzenia sobie, jednostka ocenia sytuację stresową i wykorzystuje odpowiednie strategie do poradzenia sobie z napotykanymi trudnościami, co w znaczącym stopniu kształtuje jej funkcjonowanie (psychologiczne, społeczne) i może znaleźć odzwierciedlenie w dokonywanych zmianach składających się na akceptację niepełnosprawności (por. K. Wrześniewski, 2000, s. 46; I. Heszen, 2015, s. 67-69).

W odniesieniu do podmiotowych i społecznych zasobów radzenia sobie badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu należy wskazać, iż największy procent wariacji natężenia zmian w wartościach polegających na zmniejszaniu znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości wnosi siła relacji interpersonalnych. Natomiast największy procent wariacji zmian wyrażających się w poszerzaniu zakresu dostępnych jednostce wartości przypisuje się nadziei podstawowej i samoocenie. Nasilenie trzeciego rodzaju zmian w wartościach w postaci dokonywania przeformułowań w wartościach zależy w największym procencie od kombinacji wymiarów siły relacji interpersonalnej i nadziei podstawowej. Z kolei kombinacje poszczególnych wymiarów samooceny kształtują w największym procencie natężenie zmian wyrażających się w ograniczaniu skutków posiadanej niepełnosprawności przez badane kobiety.

8.4. Ocena niepełnosprawności a akceptacja niepełnosprawności, radzenie sobie i zasoby radzenia sobie u badanych kobiet niepełnosprawnością ruchową

W dążeniu do przeanalizowania pośredniczącej roli oceny niepełnosprawności w ustaleniu zależności między akceptacją niepełnosprawności a radzeniem sobie i zasobami radzenia sobie, w pierwszym kroku dokonano analizy zależności tej zmiennej z pozostałymi. Podjęte próby uchwycenia zależności pomiędzy oceną niepełnosprawności, sytuacyjnym radzeniem sobie oraz podmiotowymi i społecznymi zasobami radzenia sobie u kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu wskazują na istnienie powiązań między tymi

zmiennymi. W zakresie akceptacji niepełnosprawności zaznacza się istotna statystyczna zależność między nią a oceną niepełnosprawności u badanych kobiet. W literaturze przedmiotu odnaleźć można badania świadczące o zależności poziomu akceptacji własnych ograniczeń a oceną sytuacji trudnej wynikającej z niepełnosprawności i zasobami radzenia sobie osób z niepełnosprawnością narządu ruchu (np. T. R. Elliott, 1999, s. 315; L. R. Galvin, H. P. Godfrey, 2001, s. 615; D. A. G. Groomes, M. J. Leahy, 2002, s. 17-23). Dokonywanie oceny siebie w oparciu o niefizyczne atrybuty i zdolności, sprzyja niższym ocenom badanych kobiet odnośnie swych możliwości radzenia sobie z problemami w kategoriach zdecydowanej determinacji oraz wzrostu i resilience. Z kolei ocena siebie w oparciu o fizyczne atrybuty jednostki, sprzyja wyższym wynikom w zakresie oceny niepełnosprawności w kategoriach przerażającego przygnębienia i gorszej ocenie swej osobistej zdolności działania. Natomiast odrzucanie utraconych wartości w wyniku nabycia dysfunkcji narządu ruchu, po to, by ujmować je w inny sposób, służy wyższej ocenie niepełnosprawności badanych kobiet w zakresie przerażającego przygnębienia, przytłaczającego niedowierzania i negatywnej percepcji, a także częstszemu ujmowaniu posiadanej niepełnosprawności, jako źródła zdecydowanej determinacji oraz wzrostu i resilience w radzeniu sobie z trudnościami. W sytuacji kiedy badane kobiety przeformułują znacząco posiadany system wartości, wówczas charakteryzuje je wyższa ocena niepełnosprawności w kategoriach przerażającego przygnębienia i przytłaczającego niedowierzania, a także ujmowanie trwałych ograniczeń jako źródła zdecydowanej determinacji, wzrostu i resilience. Postrzeganiu posiadanej niepełnosprawności wykraczającej poza jej rzeczywiste konsekwencje dla całościowego funkcjonowania osoby, sprzyja jej rzadszym ocenom swojej dysfunkcji narządu ruchu w kategoriach przytłaczającego niedowierzania i jako źródła zdecydowanej determinacji, aczkolwiek częstszemu ujmowaniu jej jako podłoże osobistej zdolności działania. Powyższe wyniki badań zdają się być poniekąd zbieżne z doniesieniami S. Byry (2017b, s. 26) (przeprowadzonymi w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego), która wykazała, iż w odniesieniu do reakcji akceptacji i przystosowania do niepełnosprawności największe znaczenie ma pozytywna ocena posiadanych ograniczeń w ruchu.

Ocena posiadanych ograniczeń w ruchu ma znaczenie dla rodzaju, zakresu oraz częstotliwości wykorzystywanych przez jednostkę strategii radzenia sobie (np. L. R. Galvin, H. P. Godfrey, 2001; J. Middleton, A. Craig, 2008; R. E. Dean, P. Kennedy, 2009; A. Craig i in., 2018; S. Byra, 2018a). Badane kobiety z nabytą niepełnosprawnością ruchu oceniające posiadane ograniczenia negatywnie, wykorzystywały zwłaszcza

strategie unikowo-emocjonalne w radzeniu sobie z trudnościami. Można przypuszczać, iż większość problemów, które posiadają kobiety z niepełnosprawnością cechujące się tym rodzajem oceny, nie ulega konstruktywnemu pokonywaniu albo są one rozwiązywane bez aktywnego udziału tych kobiet. Możliwe, że bierność w radzeniu sobie z trudnościami wynika z negatywnej percepcji posiadanych ograniczeń. Negatywne wartościowanie przez osobę doświadczanych zdarzeń, oddziałuje niekorzystnie na nabywanie przez nią skutecznego radzenia sobie z nimi (F. C. Shontz, za: S. Byra, 2012a, s. 109).

Inni badacze (np. S. Byra, 2012b, 2014b, 2018b; C. Peter i in., 2015; P. Kennedy, A. Kilvert, L. Hasson, 2016) ustalili, że nieprzystosowawcze strategie radzenia sobie z problemami, wiążą się z oceną niepełnosprawności w kategoriach starty czy zagrożenia u osób z dysfunkcją narządu ruchu. Z kolei pozytywna ocena posiadanych ograniczeń wiązała się dodatkowo zwłaszcza z aktywnymi strategiami radzenia sobie polegającymi na rozwiązywaniu problemu, poszukiwaniu wsparcia w religii i u innych ludzi (S. Byra, 2012a, 2014b, 2017c). Badane kobiety, które wysoko oceniały posiadane umiejętności radzenia sobie z trudnościami (wynikającymi z niepełnosprawności), najczęściej poszukiwały wsparcia w religii i u innych osób, koncentrowały się na problemie, jednakże nie akceptowały go i zaprzeczały jego istnieniu. Co interesujące, inne badania autorki (S. Byra, 2014a, s. 830) wskazują, iż osoby oceniające posiadane ograniczenia w ruchu jako wyzwanie charakteryzują się znacznie silniejszym przekonaniem co dyspozycyjnej skuteczności radzenia sobie niż jednostki z oceną swych ograniczeń w postaci zagrożenia.

W zakresie zasobów podmiotowych (samoocena, nadzieja podstawowa, poczucie własnej skuteczności) oraz społecznych (wsparcie społeczne, siła relacji interpersonalnej) ustalono powiązania między nimi a oceną niepełnosprawności u badanych kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu. Uzyskane rezultaty wskazują, że negatywna ocena posiadanej niepełnosprawności przez badane, sprzyja uzyskiwaniu przez nie wyższych wyników w odniesieniu do wymiaru samooceny odnoszącego się do własnej fizyczności i swojego zachowania. Możliwym jest, iż negatywna percepcja posiadanych ograniczeń w ruchu nie oddziałuje negatywnie na ocenę swojej fizyczności i zachowania osób z niepełnosprawnością. Z kolei lepsze postrzeganie własnej cielesności ma znaczenie dla wyższej ogólnej samooceny, niższej depresji i objawów lękowych (J. W. Varni, Y. Setoguchi, 1991, s. 171-172). Natomiast niższe wyniki w zakresie pozytywnej oceny posiadanych ograniczeń, wiązały się z niższą samooceną w obrębie zadowolenia z siebie i zachowania oraz wymiaru ja fizycznego. Co więcej, wyższej ocenie posiadanych

zdolności działania, towarzyszyły gorsze rezultaty w zakresie samokrytycyzmu, a lepsze w odniesieniu do oceny swojego zachowania i poczucia własnej wartości w relacjach społecznych badanych kobiet. Przekonanie osoby co do posiadania odpowiednich zasobów do poradzenia sobie z trudnościami może generować u niej wyższe poczucie własnej wartości jako członka społeczeństwa, który nie wymaga pomocy innych osób i jest zadowolony z własnego postępowania. Jednocześnie nie jest on zdolny do obiektywnej i krytycznej oceny samego siebie, co może wynikać z chęci utrzymywania obrazu siebie jako osoby zaradnej i samodzielnej.

Powiązanie nadziei podstawowej i oceny niepełnosprawności u badanych kobiet z dysfunkcją narządu ruchu, przedstawia się następująco. Otóż, wyższe wyniki w podskalach odnoszących się do negatywnej percepcji niepełnosprawności (PP i PN) współwystępują z niższym przekonaniem o sensowności, przychylności i uporządkowaniu świata. Być może nieprzychylna wizja świata, w którym nic dobrego już jednostki nie może spotkać generuje u niej negatywną ocenę niepełnosprawności związaną z dotychczas cenionymi wartościami, celami, planami, które w wyniku nabycia trwałych ograniczeń zostały zdaniem jednostki zaprzepaszczone. Natomiast podskale (ZD i WR) dotyczące konstruktywnej oceny niepełnosprawności i jej konsekwencji, korelują negatywnie z nadzieją podstawową. Jedynie wyższym wynikiem w zakresie osobistej zdolności działania (OZD) współtowarzyszyło wyższe przekonanie badanych kobiet co do sensowności, przychylności i uporządkowania świata, w którym żyją. Należy przypuszczać, że negatywna ocena niepełnosprawności badanych kobiet, pozwala im konstruktywnie poradzić sobie z utratą sprawności oraz być pewnymi, że są w stanie przetrwać zniszczenie starego porządku świata, które posiadały (J. Trzebiński, M. Zięba, 2004, s. 174). Przypuszczalnie takie przeświadczenie pozwoli im dopuścić chaotyczność i zróżnicowanie w swoim życiu, co ułatwi akceptowanie zmian wynikających ze zmienionych warunków życia. Ponadto wyższe przekonanie osoby co do posiadanych zdolności działania w sytuacji stresu sprzyja postrzeganiu przez nią świata jako bardziej jej przychylnego. Możliwe, że kierując się pozytywną oceną posiadanych zdolności działania, jednostka postrzega swoje możliwości optymalnego uczestnictwa w świecie, który jest przychylny dla każdego.

Badania A. Craig i współpracowników (2018, s. 1) dowodzą, że niskie poczucie własnej skuteczności u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego było istotnie powiązane z negatywną oceną niepełnosprawności. Natomiast niniejsze badania w grupie kobiet z niepełnosprawnością ruchu wskazują, na negatywne powiązanie poczucia własnej

skuteczności z oceną niepełnosprawności badanych kobiet jedynie w zakresie podskali OZD. Zatem, badane kobiety, dla których posiadana niepełnosprawność była źródłem osobistej zdolności działania, cechowało wyższe poczucie własnej skuteczności. Im wyższe przekonanie co do osobistej zdolności działania jednostka posiada, tym lepiej ocenia swoje zdolności zaradcze potrzebne w bezpośredniej konfrontacji z problemem. Przynajmniej skuteczność jej radzenia może wzrastać im wyżej będzie oceniać ona posiadane zasoby radzenia sobie oraz możliwości i skuteczność ich wykorzystania.

W zakresie powiązań wsparcia społecznego i oceny niepełnosprawności u badanych kobiet ujawniono pozytywne zależności między trzema wymiarami wsparcia a dwiema podskalami oceny niepełnosprawności. Badane, które w większym zakresie oceniają posiadaną niepełnosprawność w kategoriach przerażającego przygnębienia oraz przejawiają negatywną percepcję posiadanych ograniczeń, częściej otrzymują wsparcie w wymiarze informacyjnym i wartościującym, a także uzyskują wyższe wyniki w zakresie ogólnie pojmowanego wsparcia społecznego. Być może wyższa negatywna ocena niepełnosprawności generuje zapotrzebowanie u badanych kobiet na wsparcie społeczne w ogóle, a zwłaszcza konkretne wskazówki i informacje postępowania oraz potwierdzenie ich wartości w oczach innych osób.

Uzyskane rezultaty z niniejszych badań wskazują na powiązanie siły relacji interpersonalnej w zakresie dwóch wymiarów (podobieństwo, intymność) z oceną niepełnosprawności. Im wyższa jest ocena niepełnosprawności w zakresie przerażającego przygnębienia tym słabsza jest więź w relacji badanych kobiet. Natomiast wyższej negatywnej percepcji niepełnosprawności towarzyszy silniejsza więź danej relacji. Prawdopodobnie negatywna ocena niepełnosprawności osoby sprzyja utrzymywaniu przez nią relacji, których obszary nie są dla niej najważniejsze oraz są związane z mniejszym występowaniem poczucia bezpieczeństwa, zaufania i wsparcia. Wyższe przytłaczające niedowierzanie sprzyja większemu podobieństwu charakteryzującemu osoby w relacji. Zatem wyższa negatywna ocena posiadanych ograniczeń sprzyja utrzymywaniu relacji, które charakteryzują się większym podobieństwem partnerów w zakresie socjoekonomicznych cech, posiadanych wartości, postaw, stylu życia oraz bliskiej odległości geograficznej i komunikacyjnej. Im większa jest różnorodność, ważność i dogłębność posiadanych relacji przez badane kobiety, tym niższym wzrostem i resilience w ocenie skuteczności radzenia sobie w związku z posiadanyimi ograniczeniami ruchu się one cechują. Z kolei wyższa osobista zdolność działania badanych kobiet wskazywała na większe podobieństwo (socjo-ekonomiczne, społeczno-psychologiczne i

geograficzne) partnerów relacji. Możliwe, że pozytywna ocena niepełnosprawności nie sprzyja odczuwaniu ważności posiadanego związku z drugą osobą oraz zaufania do partnera, a także otrzymywanego od niego wsparcia instrumentalnego, materialnego i emocjonalnego. S. Kaiser i P. Kennedy (2011, s. 708) wykazali w swych jakościowych badaniach, że ocena niepełnosprawności osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest złożona i obejmuje nie tylko jednostkę, ale m. in. pełnione przez nią role, utrzymywane relacje czy etap życia.

8.5. Ocena niepełnosprawności a struktura zależności między radzeniem sobie, zasobami radzenia sobie a akceptacją ograniczeń w ruchu u badanych kobiet

Zmierzając do udzielenia odpowiedzi na pytanie dotyczące znaczenia rodzaju oceny niepełnosprawności (katastroficzna negatywność, zdeterminowana resilience) w ustaleniu charakteru związku między sytuacyjnym radzeniem sobie, podmiotowymi i społecznymi zasobami radzenia sobie a akceptacją dysfunkcji narządu ruchu, otrzymano rezultaty, które dowodzą, o różnicującej roli tej zmiennej. Zróżnicowanie to zaznaczyło się zarówno w nasileniu, liczbie, jak i kierunku ujawnianych związków zależnościowych. Dzięki zastosowaniu analizy kanonicznej dowiedziono istotnego znaczenia przyjętych w badaniach zmiennych niezależnych w wyjaśnianiu wariacji akceptacji niepełnosprawności u kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu zróżnicowanych oceną niepełnosprawności. Różnicującego wpływu oceny posiadanych ograniczeń w grupie osób z niepełnosprawnością ruchu dowodzi w swych eksploracjach S. Byra (2012a, s. 481). Autorka badań wskazuje, że to, w jaki sposób badane osoby oceniają swoją niepełnosprawność różnicuje charakter powiązań między radzeniem sobie a reakcjami przystosowawczymi badanych (por. H. Livneh, L. M. Wilson, 2003, s. 194). Ponadto inne badania S. Byry (2018a, s. 180) dowodzą, iż rodzaj oceny niepełnosprawności ma istotne znaczenie dla wyboru konkretnych strategii radzenia sobie i ich efektywności.

Rezultaty przeprowadzonych badań, wskazują, iż w odniesieniu do oceny niepełnosprawności w kategoriach zdeterminowanej resilience w większym stopniu można wytłumaczyć wariację akceptacji niepełnosprawności przy pomocy samooceny i strategii radzenia sobie badanych kobiet. Przy czym strategie zaradcze zorientowane zwłaszcza na unikanie danego problemu w znaczącym stopniu przewidywały częstsze zmiany w wartościach polegające na poszerzaniu ich zakresu i dokonywaniu

przeformułowań. Unikanie konfrontacji z pojawiającymi się problemami przez osoby z pozytywną oceną posiadanych ograniczeń wskazuje, że nie są one skłonne do myślenia i przeżywania sytuacji trudnych. Dlatego też zmiany w wartościach polegające na poszerzanie ich zakresu nie są w oderwaniu od poszukiwania ulgi od bycia przepełnionym żalem oraz niechęcią do odczuwania tęsknoty za przeszłością (por. D. S. Dunn, 2015, s. 121-122).

Z kolei w odniesieniu do wymiarów samooceny to niskie zadowolenie z siebie oraz większa satysfakcja z siebie jako członka rodziny, pozwalały w największym stopniu przewidzieć rzadsze dokonywanie przeformułowań posiadanych wartości, a częstsze zmniejszanie znaczenia fizyczności w stosunku do nie fizycznych cech, poszerzanie zakresu wartości i ograniczanie skutków niepełnosprawności. Można przypuszczać, że im mniejsze ogólne zadowolenie z siebie osoby, tym trudniej jest jej rozpoznać posiadane wartości i cechy. Należy wskazać, że posiadanie satysfakcjonujących relacji rodzinnych przez jednostkę pozytywnie oceniającą swoje ograniczenia oraz wysokiego poczucia wartości siebie jako członka rodziny, pozwalają przewidzieć częstsze ujmowanie przez nią niepełnosprawności jako jednej z posiadanych cech nie determinującej całościowego funkcjonowania.

Natomiast wśród badanych kobiet, które oceniają swoje ograniczenia w ruchu w postaci katastroficznej negatywności, w największym stopniu wariancję zmian w wartościach można wyjaśnić przy pomocy sytuacyjnego radzenia sobie oraz nadziei podstawowej i poczucia własnej skuteczności. Unikowo-emocjonalne radzenie, niższa nadzieja i poczucie własnej skuteczności, okazały się w największym stopniu wyjaśniać zmiany w wartościach u badanych kobiet z niepełnosprawnością. Negatywna ocena niepełnosprawności oraz przekonanie o braku sensowności, przychylności i uporządkowania świata wraz z niskim poczuciem własnej skuteczności osoby pozostają w ścisłej zależności z wysoką częstotliwością zmian w wartościach, wyrażających się w ich przeformułowywaniu i ograniczaniu niekorzystnych skutków posiadanych ograniczeń. Należy wskazać, iż stosowanie adaptacyjnych strategii radzenia sobie przez osoby z niepełnosprawnością sprzyja ich pozytywnej ocenie niepełnosprawności (P. Kennedy, A. Kilvert, L. Hasson, 2016, s. 92-95). Zatem można wnosić, że unikowo-emocjonalne strategie, które wykorzystują badane kobiety będą współwystępować z negatywną oceną posiadanych ograniczeń.

Należy dodać, że ocena skutków posiadanej niepełnosprawności w dłuższej perspektywie czasowej może mieć znaczenie dla reoceny niepełnosprawności, co

modyfikuje wcześniejsze jej wartościowanie (P. Kennedy, A. Kilvert, L. Hasson, 2016, s. 92-95). Zatem, możliwym jest, że modyfikacjom wartościowania posiadanych ograniczeń będą towarzyszyły zmiany w wartościach składających się na jej akceptację.

Niniejsze badania pokazały, że ocena niepełnosprawności w postaci zdeterminowanej resilience w większym stopniu pozwala wyjaśnić charakter zależności między sytuacyjnym radzeniem sobie, zasobami radzenia sobie a akceptacją niepełnosprawności niż ocena w postaci katastroficznej negatywności. Wskazują na to stwierdzone wielkości wariancji uzyskane w obydwu grupach kobiet zróżnicowanych oceną niepełnosprawności. Co więcej, lepsze wyjaśnienie akceptacji niepełnosprawności u kobiet z trwałym uszkodzeniem narządu ruchu, można otrzymać dokonując analizy jej powiązań ze strategiami radzenia sobie, które wykorzystują w zmaganiu się z konkretną sytuacją trudną wynikającą z ograniczenia sprawności.

Uzyskane rezultaty potwierdzają przyjęte założenie hipotetyczne o różnicującej roli zmiennej w postaci samooceny niepełnosprawności badanych kobiet. Uwzględnione rodzaje oceny niepełnosprawności w kategorii zdeterminowanej resilience i katastroficznej negatywności różnicują strukturę zależności między sytuacyjnym radzeniem sobie oraz podmiotowymi i społecznymi zasobami radzenia sobie a akceptacją niepełnosprawności w tej grupie kobiet z nabytą niepełnosprawnością.

8.6. Ograniczenia przeprowadzonych badań

Zaprezentowane wyniki badań obrazujące strukturę zależności między sytuacyjnym radzeniem sobie, zasobami radzenia sobie i akceptacją niepełnosprawności u kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu, dowodzą pewnego wyjaśnienia codziennego funkcjonowania badanych kobiet w procesie akceptacji straty. Dostarczają one interesujących wniosków poznawczych i praktycznych zachęcając do kolejnych analiz. Niemniej nie są one wolne od ograniczeń.

Przede wszystkim grupę badanych osób stanowią wyłącznie kobiety, nie uwzględniono grupy porównawczej, która obejmowałaby mężczyzn z nabytą niepełnosprawnością narządu ruchu. Zatem nie pozwala to sformułować wniosków bezpośrednio odnoszących się do znaczenia kategorii płci w wyjaśnianiu akceptacji niepełnosprawności u osób doświadczających trwałych ograniczeń w ruchu. Zatem niniejsze badania należy uznać jako wstępną eksplorację podjętej problematyki oraz nakreślające ramy do dalszych analiz w zakresie akceptacji niepełnosprawności.

Ponadto badania obejmowały jedynie kobiety ze stabilną naturą niepełnosprawności (uszkodzenie rdzenia kręgowego i amputacja kończyny dolnej) nie uwzględniono grupy porównawczej w postaci kobiet np. ze stwardnieniem rozsianym (SM), co umożliwiłoby określenie znaczenia natury posiadanej niepełnosprawności dla akceptacji niepełnosprawności przez kobiety z uszkodzeniem narządu ruchu.

Ponadto próba badanych jest niejednorodna, skupia kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i po amputacji kończyny dolnej, co może mieć znaczenie dla podejmowanych zmian w wartościach składających się na akceptację swych ograniczeń. Co prawda, uwzględnione zmienne związane z niepełnosprawnością okazały się być bez znaczenia dla akceptacji niepełnosprawności u kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu, niemniej rodzaj posiadanych ograniczeń nie został w nich uwzględniony. Co więcej, wskazywana niejednorodność grupy nie pozwoliła na porównania międzygrupowe z uwzględnieniem testu statystycznego, a jedynie przy udziale wartości średnich. W kolejnych badaniach warto byłoby zadbać o jednorodność badanej grupy oraz ustalić czy te parametry niepełnosprawności są istotne oraz w jakim zakresie dla akceptacji niepełnosprawności (por. S. Byra, 2017b, s. 47-48).

Należy zwrócić uwagę, że zjawisko akceptacji niepełnosprawności jest dynamiczne, zatem wymaga przeprowadzenia badań podłużnych. Przeprowadzone badania zostały oparte na podejściu ilościowym, należy przypuszczać, iż dane jakościowe uzupełniłyby wyjaśnienie zjawiska akceptacji niepełnosprawności u kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu (por. D. Urbaniak-Zajac, 2018, s. 128).

Warto wskazać także na fakt, iż dyskusja z innymi autorami badań jest ograniczona ze względu na nowość prezentowanych zagadnień, która wymuszała niejednokrotnie podsumowanie wyników bez ich dyskusji z rezultatami innych badaczy bądź zestawienia ich z doniesieniami przeprowadzonymi w innej grupie badanych osób z niepełnosprawnością.

Przyjęte w badaniach założenie o predykcyjnej funkcji radzenia sobie i zasobów radzenia sobie dla wyjaśniania natężenia poszczególnych wymiarów akceptacji niepełnosprawności okazało się być słuszne. Jednakże uzyskane wielkości wyjaśnianej wariancji w dokonywanych zmianach w wartościach przy udziale podmiotowych i społecznych zasobów radzenia sobie okazały się być nie tak znaczące jak oczekiwano. Zatem w kolejnych badaniach należałoby uwzględnić inne zmienne, które mogłyby w większym stopniu mieć znaczenie dla wyjaśniania natężenia akceptacji niepełnosprawności. Należy podkreślić, że lista zmiennych mogących mieć znaczenie dla

akceptacji niepełnosprawności nie została wyczerpana, warto zatem ponownie przeanalizować strukturę akceptacji niepełnosprawności i określić przemiany w zakresie poszczególnych wartości przy udziale innych czynników o charakterze osobowościowym, społecznym czy środowiskowym.

8.7. Implikacje poznawcze i postulaty dla praktyki rehabilitacyjnej

Podjęta w niniejszej pracy problematyka akceptacji niepełnosprawności oraz jej powiązań z radzeniem sobie i zasobami radzenia sobie kobiet z niepełnosprawnością ruchu zdaje się wpisywać w istniejący przedmiot zainteresowań pedagogiki specjalnej, a bardziej szczegółowo, w jeden z jej działów pedagogiki leczniczej, w której psychospołeczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością ruchową analizowane jest z wielu perspektyw i etapów rozwojowych (P. Majewicz, 2010, s. 61-70; por. G. Bręczewski, 2007, s. 10-14).

W niniejszych badaniach skupiono się na podejściu indywidualistycznym do omawianego zjawiska, które funkcjonuje obok innych dostępnych podejść. Opiera się ona na poznaniu subiektywnej perspektywy jednostki co do jej położenia życiowego, tzn. „ku sobie” (M. Urban, 2008, s. 15). Kwestie podnoszone w badaniach obejmują akceptację niepełnosprawności w odniesieniu do sytuacyjnego radzenia sobie badanych, przekonania o własnej skuteczności, przychylności i uporządkowania otaczającego je świata, samooceny, posiadanych relacji interpersonalnych i otrzymywanego wsparcia.

Od początku lat 80-tych do chwili obecnej zauważalne stały się poważne zmiany dotyczące istoty zjawiska niepełnosprawności, stanu niepełnosprawności i związanych z nią aspektów życia osób z niepełnosprawnością, w kontekście realizacyjnym i normatywnym. Dokonywane działania miały i mają na celu zmianę postaw i percepcji społecznej oraz indywidualnej omawianego zjawiska (M. Zaorska, 2015, s. 172). Jest to związane m. in. z kulturowymi i ogólnospołecznymi przeobrażeniami w Polsce, jak i rozwojem pedagogiki specjalnej (A. Krause, 2010a, s. 111). Co więcej, w pedagogice specjalnej XX wieku zaczęto odchodzić od dominacji treści edukacyjnych i wychowawczych przenosząc uwagę na dorosłe osoby z niepełnosprawnością. W konsekwencji dokonywano rozróżnienia doświadczeń dzieci i osób dorosłych z dysfunkcją, kładąc nacisk na specyfikę i utrudnienia ich funkcjonowania. Pomimo istniejącej w społeczeństwie koncepcji izolacji odmienności i preferowania rozwiązań segregacyjnych w stosunku do osób z niepełnosprawnością, odkrycie dorosłości w

procesie rewalidacji pozwoliło zwłaszcza na opracowanie drogi ku dorosłości, mianowicie modelu, który przygotowuje osoby z niepełnosprawnością do dorosłego życia (A. Krause, 2010b, s. 50). Należy zwrócić uwagę, iż wszelkie działania skierowane są do osoby z niepełnosprawnością bez podziału na mężczyzn i kobiety.

Dopiero od niedawna badacze na gruncie polskim zaczęli zwracać uwagę na znaczenie kategorii płci w badaniach nad niepełnosprawnością (np. L. Marszałek, 2006; A. Nowak, 2012; A. Wołowicz-Ruszkowska, 2013; W. Janocha, K. Zielińska-Król, 2015). Niemniej w dalszym ciągu zauważalny jest deficyt opracowań, w których wyraźnie ukazywane są doświadczenia kobiet z niepełnosprawnością oraz specyfika ich funkcjonowania. Zwłaszcza, że z uwagi na kumulację czynników dyskryminujących znajdują się one w gorszej sytuacji niż mężczyźni z niepełnosprawnością (por. B. Oleksy-Sanocka, 2010, s. 81; A. Nowak, 2012, s. 10).

A. Krause (2010b, s. 50) wskazuje, iż przytoczone zmiany w pedagogice specjalnej zostały zaczerpnięte z doświadczeń zachodnioeuropejskich, zatem należy żywić nadzieję, że i stan „bezpłciowości niepełnosprawności” w eksploracjach polskich badaczy zostanie zmieniony, zwłaszcza, iż zachodni autorzy od bardzo dawna zwracają uwagę na specyfikę funkcjonowania kobiet z niepełnosprawnością (m. in. D. H. Rintala i in., 1997; M. A. Nosek, R. B. Hughes, 2003; K. K. Yoshida i in., 2009).

Wyniki przeprowadzonych badań mogą bezsprzecznie okazać się użyteczne dla praktyki i być wykorzystywane przez instytucje i stowarzyszenia wspierające kobiety z niepełnosprawnością ruchu. Ustalenia w zakresie akceptacji niepełnosprawności badanych kobiet są niezwykle ważne, gdyż jej osiągnięcie będzie sprzyjać zadowoleniu i satysfakcji z życia (por. P. Borowiecki, 2016, s. 84). Na podstawie znajomości struktury akceptacji ograniczeń możliwe będzie dokładniejsze zaplanowanie działań ułatwiających pełną akceptację swojego stanu przez kobiety z niepełnosprawnością, która pozwoli zmniejszyć dystans między nimi a pełnosprawnymi osobami (por. J. Zabłocki, 2000, s. 55) oraz pomyślnie przystosować się do życia z niepełnosprawnością (B. Wright, 1983, s. 136).

Ponadto ustalenia w zakresie problematyki sytuacyjnego radzenia sobie kobiet z dysfunkcją ruchową są istotne dla wyjaśnienia pewnych zachowań i zjawisk w procesie ich rehabilitacji i terapii. Znajomość strategii radzenia sobie kobiet z dysfunkcją narządu ruchu, które opiera się zwłaszcza na wykorzystywaniu emocjonalno-zadaniowych strategii, pozwoli klinicytom i osobom sprawującym opiekę nad nimi, na ukierunkowanie swych działań z wykorzystaniem tej wiedzy.

Jedną z dziedzin rehabilitacji osób z niepełnosprawnością ruchu jest rehabilitacja społeczna. Jej celem jest pomoc osobie z dysfunkcją narządu ruchu zajęcia takiej pozycji społecznej w życiu, która najmniej odbiegałaby od tej, którą zajęłaby gdyby nie nabycie niepełnosprawności. Jednym z kluczowych elementów tej rehabilitacji jest zaakceptowanie przez jednostkę sytuacji braku powrotu do poprzednio zajmowanej pozycji społecznej, która została utracona oraz podjęcie działań wspierających powrót na „zmodyfikowaną trajektorię życia społecznego” (S. Kowalik, 2007a, s. 144). Ustalenia niniejszych badań mogą okazać się istotne dla tego typu działań, przede wszystkim dlatego, że akceptacja utraty sprawności wiąże się z dobrym całościowym przystosowaniem jednostki i jej zadowoleniem z życia. Mając świadomość istnienia zależności pomiędzy akceptacją niepełnosprawności a radzeniem sobie i zasobami radzenia sobie (nadziei podstawowej, poczucia własnej skuteczności, samooceny, wsparcia społecznego i siły relacji interpersonalnej) można z powodzeniem wykorzystać tę wiedzę do przygotowywania programów treningów terapeutyczno-rehabilitacyjnych.

Ponadto uzyskane wyniki badań wskazują na zmienne, które w największym stopniu wyjaśniają akceptację niepełnosprawności, co poszerza dostępną wiedzę w zakresie czynników istotnych dla akceptacji ograniczeń przez kobiety z uszkodzeniem narządu ruchu. W konsekwencji wyniki te mogą zostać wykorzystane w interwencji klinicznej we wspieraniu kobiet z niepełnosprawnością w ich wysiłkach na rzecz zmian w wartościach składających się na akceptację posiadanych ograniczeń.

Biorąc pod uwagę fakt, że osoby z niepełnosprawnością pomimo stwarzanych im okazji do podjęcia rehabilitacji nie zawsze chcą w niej uczestniczyć, należy w sposób profesjonalny zachęcić je do uczestnictwa (S. Kowalik, 2018, s. 309). Jako, że rodzice są największym źródłem otrzymywanego wsparcia przez badane kobiety z uszkodzeniem narządu ruchu, powinni oni zostać włączani w proces rehabilitacji dla m.in. uzyskania lepszych jej efektów i zadowolenie z jakości swojego życia kobiet z niepełnosprawnością (J. Czepczarz, 2012, s. 109). Ponadto warto byłoby zwrócić uwagę na grupę źródłową wsparcia jaką są koledzy z uczelni/pracy, która dostarcza najmniej wsparcia badanym kobietom. Należy uwrażliwić te osoby za pomocą specjalnych programów lub szkoleń w zakresie pomocy i specyficznych potrzeb wynikających z niepełnosprawności kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu.

Zaprezentowane znaczenie oceny posiadanych ograniczeń badanych kobiet dla ich akceptacji niepełnosprawności i radzenia sobie, wskazuje na istotny obszar oddziaływań rehabilitacyjnych. To, w jaki sposób jednostka postrzega posiadane dysfunkcje odgrywa

ważną rolę dla jej funkcjonowania i zachowania się w sytuacji problemowej, zwłaszcza jej emocjonalnego przeżywania (B. L. Block, 1999, s. 29).

Podsumowując prowadzone rozważania należy wskazać, iż bezsprzecznie najważniejszym postulatem dla pracy rehabilitacyjno-terapeutycznej z kobietami z niepełnosprawnością ruchu jest ukierunkowanie działań pomocowych na zrozumienie złożoności zjawisk problemowych w aspekcie nie tylko niepełnosprawności, ale i płci.

Rozdział IX

Zakończenie

Podjęta analiza akceptacji niepełnosprawności dostarcza informacji o wieloaspektowości pojmowania omawianego zjawiska (np. M. Orkan- Łęcka, 1980, s. 64; B. Wright, 1983, s. 69; J. Zabłocki, 2000, s. 55; M. Kupisiewicz, 2013, s. 18; S. Nakajima, K. Inoue, 2005, za: R. Nakagoshi, R. Tanemura, 2017, s. 2). Zgodnie z przyjętą teorią w niniejszych badaniach, akceptację niepełnosprawności rozumie się jako wprowadzenie do własnego ja jednostki faktu posiadania przez nią ograniczeń w ruchu, by nie obniżało to poczucia własnej wartości tej osoby (B. Wright, 1983, s. 69). B. Wright (1983, s. 136) prowadząc analizy odnośnie akceptacji niepełnosprawności zwraca uwagę na pewne zachowania osób z niepełnosprawnością, które nie sprzyjają ich przystosowaniu. Otóż zdarza się, że jednostka, która jest wykluczana i dyskryminowana w społeczeństwie z uwagi na posiadaną dysfunkcję, stara się za wszelką cenę ukryć swój stan. W sytuacji, gdy jest to widoczna niepełnosprawność (np. ruchowa) i staje się to niemożliwe, osoba stara się tak postępować by pokazać, że posiadana niepełnosprawność nie ma istotnego znaczenia dla jej całościowego funkcjonowania. Niemniej, o ile taka jednostka jest w stanie ukryć przed innymi ograniczenia, jakie posiada w związku z niepełnosprawnością, o tyle we własnym przekonaniu nie może ona uznać siebie za pełnowartościową, gdyż warunkiem tego jest przyznanie się samemu sobie do istnienia tego faktu (B. Wright, 1983, s. 69). Należy przypuszczać, że zachowania te można w o wiele większym stopniu przypisywać kobiecie z niepełnosprawnością, po pierwsze biorąc pod uwagę narzucany jej w dzisiejszych czasach „obowiązek bycia atrakcyjną za wszelką cenę”, po drugie zjawisko wykluczenia społecznego ze względu na płeć, stereotypy płciowe i niepełnosprawność (por. A. Nowak, 2012, s. 10). Dążenie do standardów i ideałów jest zgodne z obowiązującym w społeczeństwie kultem ciała i piękna zwany również „kultem terroru” (por. W. Strzelecki i in., 2007, s. 174). Obecnie kobiecość definiowana jest zwłaszcza przez atrakcyjność i wygląd fizyczny, co z całą stanowczością jest odbierane kobietom z niepełnosprawnością jako tym, które nie spełniają przyjętych z góry norm i standardów (W. Janocha, K. Zielińska-Król, 2015, s. 7).

Zatem warto podkreślić, że akceptacja niepełnosprawności przez osoby z dysfunkcją narządu ruchu jest procesem wielowymiarowym i skomplikowanym, aczkolwiek należy przypuszczać, iż aspekt płci ma niebagatelne znaczenie w tej kwestii. Niemniej z uwagi na fakt, iż egzemplifikowana problematyka nie doczekała się jeszcze

wielu rozbudowanych badań empirycznych, trudno jest wysuwać pewnie brzmiące wnioski. Niektóre aspekty uwzględnione w niniejszej pracy musiały zostać ograniczone jedynie do prezentacji wyników, gdyż z uwagi na deficyt opracowań trudno było je konfrontować z innymi doniesieniami z badań.

Należy wskazać, że dotychczas nie podejmowano zbyt wielu badań odnośnie do akceptacji niepełnosprawności (zwłaszcza z uwzględnieniem struktury tego zjawiska), a także eksploracji obejmujących grupę kobiet z niepełnosprawnością ruchu należą do deficytowych. Jest to związane przede wszystkim z brakiem narzędzia do badania akceptacji niepełnosprawności z uwzględnieniem jej struktury, które jest dostępne od niedawna na gruncie polskim (Wielowymiarowa Skala Akceptacji Utraty Sprawności (WSAUS) J. M. Ferrina, F. Chana, J. Chronister i C. Y. Chiu w polskiej adaptacji S. Byry) oraz z ujmowaniem niepełnosprawności dotychczas jako bezpłciowej. Dlatego też w dalszym ciągu bezsprzecznie istnieje zapotrzebowanie na badania empiryczne, które będą dotyczyły kobiet z niepełnosprawnością (por. A. Wołowicz-Ruszkowska, 2013, s. 7; W. Janocha, K. Zielińska-Król, 2015, s. 8).

Przyjęte w niniejszej pracy założenie o ścisłej zależności pomiędzy akceptacją niepełnosprawności a radzeniem sobie i zasobami radzenia sobie u kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu, ukazane zostało jako istotne z punktu widzenia przeprowadzonych badań empirycznych. Uzyskane rezultaty potwierdziły trafność doboru podmiotowych i społecznych zasobów radzenia sobie u kobiet z niepełnosprawnością ruchu uwidaczniając ich powiązanie ze zmienną zależną. Przeprowadzona analiza regresji wykazała predykcijną funkcję uwzględnionych zmiennych niezależnych w wyjaśnianiu natężenia poszczególnych wymiarów akceptacji niepełnosprawności.

Ponadto badania pozwoliły na weryfikację przyjętych w literaturze założeń o istnieniu związków zależnościowych akceptacji niepełnosprawności z cechami demograficznymi i czynnikami związanymi z niepełnosprawnością osób badanych. Co więcej, rozstrzygnięcie tych kwestii w odniesieniu do kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu, dało możliwość ukazania charakteru powiązań tych zmiennych dla grupy osób, która do tej pory była pomijana w badaniach empirycznych. Zatem cel badań został osiągnięty.

Badane kobiety cechuje przeciętny poziom akceptacji niepełnosprawności w zakresie czterech jej wymiarów (zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości, poszerzenie zakresu wartości, przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe, ograniczenie skutków niepełnosprawności). Ponadto w grupie kobiet,

wyróżniono trzy typy charakterystycznych dla nich zmian w wartościach składających się na akceptację niepełnosprawności, jednakże żaden z nich nie był dla badanych kobiet reprezentatywny. Zmienne demograficzne (wiek, stan cywilny, wykształcenie, zatrudnienie, sytuacja finansowa) i te związane z niepełnosprawnością (czas trwania) przyjęte w badaniach, okazały się nie mieć związku z akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet. Natomiast percepcja stanu zdrowia badanych kobiet pozostaje w istotnym związku z akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet. Należy dodać, że miejsce zamieszkania różnicowało akceptację niepełnosprawności jedynie w zakresie jednego z jej wymiarów.

Badane kobiety w sytuacji stresowej najczęściej wykorzystują strategie radzenia sobie polegające na poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego, zwracaniu się ku religii i rozwiązywaniu problemu. Można zatem stwierdzić, że badane cechuje przede wszystkim emocjonalne i zadaniowe podejście do doświadczanych trudności, a także polegające na ich zrozumieniu i odnalezieniu sensu. Co więcej, ten typ zmagania z trudnościami okazał się być dla nich reprezentatywny.

Przeciętny poziom charakteryzował większość badanych kobiet z dysfunkcją narządu ruchu w zakresie poszczególnych podmiotowych (samoocena, poczucie własnej skuteczności, nadzieja podstawowa) i społecznych (wsparcie społeczne, siła relacji interpersonalnej) zasobów radzenia sobie. Natomiast w odniesieniu do oceny niepełnosprawności u badanych kobiet należy wskazać, że kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego charakteryzował przeciętny poziom, z kolei kobiety z amputacją kończyny dolnej niski poziom oceny pierwotnej posiadanych ograniczeń w ruchu. W odniesieniu do oceny wtórnej posiadanych umiejętności radzenia sobie oraz przewidywania w zakresie skuteczności posiadanych zasobów radzenia sobie, badane kobiety z urazem rdzenia cechowały się w równym stopniu przeciętnym i wysokim jej poziomem, a badane kobiety z amputacją kończyny dolnej, przeciętnym poziomem tej oceny. Ponadto wykazano istotne zależności między oceną niepełnosprawności a wybranymi podmiotowymi i społecznymi zasobami radzenia sobie, z tym, że najsilniejsze powiązanie wykazano pomiędzy oceną niepełnosprawności a samooceną i nadzieją podstawową oraz siłą relacji interpersonalnej. Warto dodać, że ocena niepełnosprawności okazała się być różnicującą zmienną w ustaleniu charakteru powiązań między radzeniem sobie i zasobami radzenia a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet z dysfunkcją narządu ruchu.

Należy wskazać, że uwzględnione w niniejszych badaniach zmienne w postaci sytuacyjnego radzenia sobie oraz podmiotowych i społecznych zasobów radzenia sobie pełnią predykcijną funkcję w wyjaśnianiu natężenia poszczególnych wymiarów składających się na akceptację niepełnosprawności. W największym stopniu akceptację posiadanych ograniczeń przez kobiety z uszkodzeniem narządu ruchu wyjaśnia sytuacyjne radzenie sobie. Kombinacje strategii radzenia sobie ustalają 31-55% wariacji nasilenia poszczególnych zmian w wartościach. Dla porównania, kombinacja ustalonych zasobów radzenia wyjaśnia 2-36% wariacji natężenia zmian w odniesieniu do poszczególnych zmian w wartościach składających się na akceptację niepełnosprawności. Największy wkład w wyjaśnianie wariacji akceptacji niepełnosprawności spośród podmiotowych zasobów radzenia sobie wnosi nadzieja podstawowa, natomiast ze społecznych zasobów radzenia sobie siła relacji interpersonalnej.

Podsumowując należy stwierdzić, że przeprowadzone badania pokazały złożoność i wielorakie uwarunkowania akceptacji niepełnosprawności u kobiet z uszkodzeniem narządu ruchu. W kolejnych badaniach należałoby zwrócić uwagę na to, czy zjawisko to jest równie złożone i wielowymiarowe w odniesieniu do grupy mężczyzn z niepełnosprawnością ruchu. Ponadto warto by przeanalizować je w kontekście innych zmiennych związanych z psychospołecznym funkcjonowaniem osób z niepełnosprawnością ruchową.

Literatura

Airlie J., Baker G. A., Smith S. J., Young C. A. (2001), Measuring the impact of multiple sclerosis on psychosocial functioning: the development of a new self-efficacy scale, "Clinical Rehabilitation", 15, 259-265.

Aitken Z., Krnjiacki L., Kavanagh A., LaMontagne A., Milner A., Kavanagh A. M., LaMontagne A. D. (2017), Does social support modify the effect of disability acquisition on mental health? A longitudinal study of Australian adults, "Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology", 52(10), 1247-1255.

Altuntug K., Ege E., Akin B., Kal H. E., Salh A. (2014), An investigation of sexual/reproductive health issues in women with a physical disability, "Sexuality and Disability", 32, 221-229.

Ambraido-Lanza A. F., Guier C., Colon R. M. (1998), Psychological thriving among Latinas with chronic illness, "Journal of Social Issues", 54, 405-424.

Amsters D., Schuurs S., Perhouse K., Power B., Harestad Y., Kendall M., Kuipers P. (2016), Factors which facilitate or impede interpersonal interactions and relationships after spinal cord injury: a scoping review with suggestions for rehabilitation, "Rehabilitation Research and Practice", 1, 1-13.

Ancykowska A., Czopek L., Pieszczachowicz J. (1994), Popularna Encyklopedia Powszechna, Kraków.

Antonovsky A. (1997), Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia, [w:] I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), Psychologia zdrowia, Warszawa, 206-231.

Aron A., Aron E., Smollan D. (1992), Inclusion of other in the self scale and the structure of interpersonal closeness, "Journal of Personality and Social Psychology", 63, 596-612.

Attawong T., Kovindha A. (2005), The influencing factors of acceptance of disability in spinal cord injured patients, "Nepal Journal of Neuroscience", 2, 67-70.

Baer R. A. (2003), Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review, "Clinical Psychology: Science and Practice", 10, 125-143.

Banach I. (2016), Wszystko zaczyna się od płci... społeczna percepcja „inności” kobiet z niepełnosprawnością ruchową – wyniki badań, „Wychowanie w Rodzinie”, t. 13, 1, 393-409.

Bandura A. (1989), Human agency in social cognitive theory,

Bandura A. (1997), Self-efficacy: The exercise of control, New York.

Bandura A. (2007), Teoria społecznego uczenia się. Warszawa.

Bandura-Madej W. (1996), Przemoc w rodzinie, Kraków.

Bańka A. (2005), Poczucie samoskuteczności. Konstrukcja i struktura czynnikowa Skali Poczucia Samoskuteczności w Karierze Międzynarodowej, Poznań.

- Bańko M. (2000), *Inny słownik języka polskiego*, Warszawa.
- Barisin A., Benjak T., Vuletic G. (2011), Health-related quality of life women with disabilities in relation to their employment status, "Public Health", 52, 550-556.
- Barnes C., Mercer G. (2008), *Niepełnosprawność*, Warszawa.
- Barnwell A. M., Kavanagh D. J. (1997), Prediction of psychological adjustment to multiple sclerosis, "Social Science and Medicine", 45(3), 441-448.
- Baumeister R. F. (2005), Wyczerpanie się ego i funkcja wykonawcza Ja, [w:] A. Tesser, R. B. Felson, J. M. Suls (red.), *Ja i tożsamość*, Gdańsk, 18-42.
- Beal C. C., Stuifbergen A. (2012), Loneliness in women with multiple sclerosis, "Rehabilitation Nursing", 32(4), 165-171.
- Beckwith A., Kwai-Sang Yau M. (2013), Sexual recovery: experiences of women with spinal injury reconstructing a positive sexual identity, "Sexuality and Disability", 31, 313-324.
- Bednarczyk A., Kowalska B., Król A., Matlak M., Migalska A., Słany K., Warat M. (2015), *Genderowy wymiar niepełnosprawności. Raport z badań jakościowych*, Kraków.
- Begum N. (1992), Disabled women and the feminist agenda, „Feminist Review”, 40, 70-84.
- Beleza M. L. (2003), *Discrimination against women with disabilities*, Strasbourg.
- Belgrave F. Z. (1991), Psychosocial predictors of adjustment to disability in African Americans, "Journal of Rehabilitation", 57, 37-40.
- Bem S. (2000), *Męskość, kobiecość: o różnicach wynikających z płci*, Gdańsk.
- Białous E., Trzebiński J. (2014), Nadzieja podstawowa a wizje świata społecznego, „Psychologia społeczna”, 9(4), 409-421.
- Biglar Beigi A., Know Yip Cheng K. (2010), Rethinking gender in disability issues, "Sexuality and Disability", 28, 205-207.
- Bilewicz M. (2013), Akceptacja niepełnosprawności przez młodzież z dysfunkcją narządu wzroku, „Człowiek- Niepełnosprawność- Społeczeństwo”, 1(19), 39-58.
- Bishop M. (2005), Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and acquired disability. A conceptual and theoretical synthesis, "Journal of Rehabilitation", 71(2), 5-13.
- Blanes L., Carmagnani M. I. S., Ferreira L. M. (2007), Health-related quality of life of primary caregivers of persons with paraplegia, "Spinal Cord", 45(6), 399-403.
- Block B. L. (1999), Osobowościowe uwarunkowania nasilenia problemów psychospołecznych u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, Lublin.
- Block B. L. (2001), Nasilenie psychospołecznych problemów u osób z trwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego, „Przegląd Psychologiczny”, 14(2), 221-237.

- Bochniarz A. (2018), Samoocena osób niepełnosprawnych ruchowo pracujących zawodowo, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia, Sectio J”, XXXI (2), 207-221.
- Borowiecki P. (2015), Samoocena osób z niepełnosprawnością w świetle wybranej literatury i badań własnych, „Niepełnosprawność- zagadnienia, problemy, rozwiązania”, 2(15), 109-126.
- Borowiecki P. (2016), Jakość życia osób z niepełnosprawnością i ich rodzin w perspektywie zewnętrznej i wewnętrznej- przegląd wybranych badań, „Niepełnosprawność- zagadnienia, problemy, rozwiązania”, 3(20), 81-91.
- Bradbury-Jones C., Breckenridge J. P., Devaney J., Duncan F., Kroll T., Lazenbatt A., Taylor J. (2015), Priorities and strategies for improving disabled women’s access to maternity services when they are affected by domestic abuse: a multi-method study using concept maps, “BMC Pregnancy and Childbirth”, 15, 1-17.
- Brazeau H., Davis Ch. G. (2018), Hope and psychological health and well-being following spinal cord injury, “Rehabilitation Psychology”, 63(2), 258-266.
- Bręczewski G. (2007), O uwarunkowaniach rozwoju osoby niepełnosprawnej, „Psychologia Rozwojowa”, 12(4), 9-16.
- Brown J. D., Marshall M. A. (2001), Self-esteem and emotion: some thoughts about feelings, “Personality and Social Bulletin”, 27(5), 575-584.
- Brzeziński J. (2011), Metodologia badań psychologicznych, Warszawa.
- Byra S. (2006), Ewolucja poglądów dotyczących przystosowania do życia osób z nabytą niepełnosprawnością, „Człowiek- Niepełnosprawność- Społeczeństwo”, 2(4), 49-64.
- Byra S. (2008), H. Livneha i R. Antonaka koncepcja adaptacji do życia z niepełnosprawnością, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, 4, 3-21.
- Byra S. (2010), Mechanizmy kształtowania się stereotypów dotyczących osób z niepełnosprawnością, [w:] M. Chodkowska, S. Byra, Z. Kazanowski, D. Osik-Chodowolska, M. Parchomiuk, B. Szabała (red.), Stereotypy niepełnosprawności, Lublin, 33-48.
- Byra S. (2011), Poczucie własnej skuteczności w kontekście radzenia sobie w sytuacjach trudnych kobiet i mężczyzn z nabytą niepełnosprawnością ruchową, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 3, 127-134.
- Byra S. (2012a), Przystosowanie do życia z niepełnosprawnością ruchową i chorobą przewlekłą. Struktura i uwarunkowania, Lublin.
- Byra S. (2012b), Radzenie sobie w sytuacjach trudnych a przystosowanie do życia z niepełnosprawnością u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego o zróżnicowanym poziomie subiektywnej oceny zdrowia, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 18(1), 37-44.
- Byra S. (2014a), Nadzieja podstawowa i percepcja własnej niepełnosprawności a radzenie sobie osób z urazem rdzenia kręgowego, „Hygeia Public Health”, 49(4), 825-832.

- Byra S. (2014b), Radzenie sobie z sytuacjami trudnymi pracujących i niepracujących osób z nabytą niepełnosprawnością ruchu, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, 1(1), 74-93.
- Byra S. (2015a), Nadzieja podstawowa a reakcje przystosowawcze i satysfakcja z życia u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”, 3(29), 53-68.
- Byra S. (2015b), Pozytywne kategorie w analizie przystosowania do życia z nabytą niepełnosprawnością ruchową, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, 2, 50-70.
- Byra S. (2016), Posttraumatic growth in people with long-term spinal cord injury: predictive role of basic hope and coping, “Spinal Cord”, 54(6), 478-482.
- Byra S. (2017a), Pozytywne zmiany potraumatyczne w percepcji kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową, „Roczniki Pedagogiczne”, t. 9, 45(3), 19-41.
- Byra S. (2017b), Wielowymiarowa Skala Akceptacji Utraty Sprawności (WSAUS)-polska adaptacja Multidimensional Acceptance of Loss Scale Jamesa M. Ferrina, Fonga Chana, Julie Chronister i Chung-Yi Chiu, „Człowiek- Niepełnosprawność- Społeczeństwo”, 2017, 29-50.
- Byra S. (2017c), Appraisal of disability primary and secondary scale – R. E. Dean, P. Kennedy- polska adaptacja, “Przegląd Badań Edukacyjnych”, 25a (2).
- Byra S. (2018a), Ocena niepełnosprawności- konceptualizacje i próby pomiaru, „Przegląd Badań Edukacyjnych”, 26(1), 173-194.
- Byra S. (2018b), Basic hope and posttraumatic growth in people with traumatic paraplegia – the mediating effect of acceptance of disability, “Spinal Cord”, doi:10.1038/s41393-018-0215-7.
- Byra S., Boczkowska M., Duda M. (2016), Współczesne konteksty znaczeniowe terminu „niepełnosprawność”- implikacje Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), „Człowiek- Niepełnosprawność- Społeczeństwo”, 4(34), 15-31.
- Byra S., Ćwirynka K. (2018), Coping strategies in students with physical disabilities- predictive role of self-esteem, general self-efficacy and basic hope, “Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja”, 54(2), 1-11.
- Byra S., Kirenko J. (2016), Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych (KRP)- polska adaptacja Reactions to Impairment and Disability Inventory- RIDI H. Livneha i R. F. Antonaka, „Studia Edukacyjne”, 40, 229-260.
- Byra S., Żyta A. (2017), Acceptance of disability, self-efficacy and hope for success in students with physical disability, “3rd International Conference on Lifelong Education and Leadership in Portugal”, 1-10.
- Carl B. Ch. (2013), Acceptance of disability in college students, Department of Counseling Psychology and Special Education Brigham Young University, (<https://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5179&context=etd>), (dostęp: 30.01.2017).

- Carson S. H., Langer E. J. (2006), Mindfulness and self- acceptance, "Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy", 24(1), 29-43.
- Carver C. S., Scheier M. F. (1994), Situational coping and coping disposition in a stressful transaction, "Journal of Personality and Social Psychology", 66, 184-195.
- Carver C. S., Scheier M. F., Weintraub J. K. (1989), Assessing coping strategies: A theoretically based approach, "Journal of Personality and Social Psychology", 56, 267-283.
- Chang J. C., Martin S. L., Moracco K. E., Dulli L., Scandlin D., Loucks- Sorrel M. B., Turner T., Staroneck L., Dorian P. N., Bou- Saada I. (2003), Helping women with disabilities and domestic violence: strategies, limitations, and challenges of domestic violence programs and services, "Journal of Women's Health", 12(7), 699-708.
- Chen R. K., Brown A. D., Kotbungkair W. (2015), A comparison of self-acceptance between Thai Buddhists and American Christians, "Journal of Rehabilitation", 81(1), 52-62.
- Chen R. K., Crewe N. M. (2009), Life satisfaction among people with progressive disabilities, "Journal of Rehabilitation", 75(2), 50-58.
- Chodkowska M. (1993), Kobieta niepełnosprawna: socjopedagogiczne problemy postaw, Lublin.
- Chodkowska M. (2005), Role rodzinne i zawodowe kobiet niepełnosprawnych, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, 3, 6-27.
- Chronister J., Chan F. (2007), Hierarchical coping: A conceptual framework for understanding coping within the context of chronic illness and disability, [w:] E. Martz, H. Livneh (red.), Coping with chronic illness and disability. Theoretical, empirical and clinical aspects, New York, 49-71.
- Chrzanowska I. (2015), Pedagogika specjalna: od tradycji do współczesności, Kraków.
- Chwalisz K., Vaux A. (2000), Social support and and adjustment to disability, [w:] R. G. Frank, T. R. Elliott (red.), Handbook of rehabilitation psychology, Washington, 537-552.
- Ciaputa E., Król A., Warat M. (2014), Genderowy wymiar niepełnosprawności. Sytuacja kobiet z niepełnosprawnościami: wzroku, ruchu i słuchu, [w:] B. Gąciarz, S. Rudnicki (red.), Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej, Kraków, 275-334.
- Cieślicka M. (1998), Zajęcia socjoterapeutyczne jako pomoc w korygowaniu obrazu własnej osoby dzieci nieśmiałych, [w:] K. Sawicka (red.), Socjoterapia, Warszawa, 47-71.
- Cohen S. (2004), Social relationship and health, „American Psychologist”, 59, 676-684.
- Corbin J., Strauss A. L. (1987), Accompaniments of chronic illness: changes in body, self, biography and biographical time, [w:] J. A. Roth, P. Conrad (red.), Research in the sociology of health and care 6: the experience of chronic illness, London, 241-289.

Coyne J. C., Racippo M. W. (2000), Never the Twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research, "American Psychologist", 55(6), 655-664.

Craig A., Trayn Y., Guest R., Middleton J. (2018), Trajectories of self-efficacy and depressed mood and their relationship in the first 12 months following spinal cord injury, "Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation", doi:10.1016/j.apmr.2018.07.442.

Craig A., Wijesuriya N., Tran Y. (2013), The influence of self-efficacy on mood states in people with spinal cord injury, "Hindawi Publishing Corporation Rehabilitation", 1, 1- 6.

Crawford D., Ostrove J. M. (2008), Representations of disability and the interpersonal relationships of women with disabilities", "Women and Therapy", 26(3-4), 179-194.

Crisp R. (2002), Gender differences in the perceptions of psychosocial experiences reported by persons with disabilities, "Australian Occupational Therapy Journal", 49(2), 188-199.

Czepczarz J. (2012), Humanistyczny wymiar rehabilitacji ruchowej, Opole.

Czerwińska K. (2018), Wsparcie społeczne w narracjach osoby z nabytym nagle niewidzeniem, „Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej”, 30, 163-178.

Dag M., Kullberg Ch. (2010), Can they work it out and do they get any satisfaction? Young Swedish physically disabled men's and women's work involvement and job satisfaction, "Scandinavian Journal of Disability Research", 12(4), 287-303.

De Klerk H. M., Ampousah L. (2003), The physically disabled women's experience of self, "Disability and Rehabilitation", 25(19), 1132-1139.

Dean R. E., Kennedy P. (2009), Measuring appraisals following acquired spinal cord injury: a preliminary psychometric analysis of the appraisals of disability, "Rehabilitation Psychology", 54, 222-231.

Dembo T., Leviton G. L., Wright B. A. (1975), Adjustment to misfortune: a problem of social-psychological rehabilitation, "Rehabilitation Psychology", 22, 1-100.

Derra A. (2013), Kobiety w nauce. Problem płci we współczesnej filozofii nauk i praktyce badawczej, Warszawa.

Dibble J. L., Levine T. R., Park H. S. (2012), The Unidimensional Relationship Closeness Scale (URCS): reliability and validity evidence for a new measure of relationship closeness, "Psychological Assessment", 24, 565-572.

Dijkstra A., Buunk A. P., Toth G., Jager N. (2008), Psychological adjustment to chronic illness: the role of prototype evaluation in acceptance of illness, "Journal of Applied Biobehavioral Research", 12 (3-4), 119-140.

Dixon G., Thornton E. W., Young C. A. (2007), Perceptions of self-efficacy and rehabilitation among neurologically disabled adults, "Clinical Rehabilitation", 21, 230-240.

Długolecka A. (2011), Znaczenie kategorii płci w procesie rehabilitacji osób z niepełnosprawnością ruchową, "Niepełnosprawność i Rehabilitacja", 4, 52-67.

- Dmoch-Gajzlerska E., Mazurkiewicz B. (2011), Przygotowanie kobiet niepełnosprawnych do prokreacji i macierzyństwa, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, 4, 93-98.
- Dorsett P. (2010), The importance of hope in coping with severe acquired disability, “Australian Social Work”, 63(1), 83-102.
- Dunn D. S. (2015), The social psychology of disability, New York.
- Dunn D. S., Brody C. (2008), Defining the good life following acquired physical disability, “Rehabilitation Psychology”, 53(4), 413-425.
- Duvdevany I. (2010), Self-esteem and perception of quality of life among Israeli women with and without physical disability, “Women and Health”, 50, 443-458.
- Elliott T. R., Witty T. E., Herrick S., Hoffman J. T. (1991), Negotiating reality after physical loss: hope, depression and disability, “Journal of Personality and Social Psychology”, 61, 608-613.
- Elliott T. R. (1999), Social problem-solving abilities and adjustment to recent-onset spinal cord injury, “Rehabilitation Psychology”, 44(4), 315-332.
- Elliott T. R., Kurylo M., Chen Y., Hicken B. (2002), Alcohol abuse history and adjustment following spinal cord injury, “Rehabilitation Psychology”, 47 (3), 278-290.
- Elliott T. R., Uswatte G., Lewis L., Palmatier A. (2000), Goal instability and adjustment to physical disability, “Journal of Counseling Psychology”, 47, 251-265.
- Ferguson P. M., Nusbaum E. (2012), Disability studies. What is it and what difference does it make?, “Research & Practice for Persons with Severe Disabilities”, 37(2), 70-80.
- Ferrin J. M. (2011), Psychometric validation of the Multidimensional Acceptance of Loss Scale, „Clinical Rehabilitation”, 25, 166-174.
- Folkman S., Lazarus R., Dunkel-Schetter C., DeLongis A., Rand J. (1986), Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes, “Journal of Personality and Social Psychology”, 50(5), 992-1002.
- Folkman S., Moskowitz J. T. (2004), Coping: Pitfalls and promise, „Annual Review of Psychology”, 55, 745-774.
- Forouzan A. S., Mahmoodi A., Shushtari Z. J., Salimi Y., Sajjadi H., Mahmoodi Z. (2013), Perceived social support among people with physical disability, “Iranian Red Crescent Medical Journal”, 15(8), 663-667.
- Fraser C., Polito S. (2007), A comparative study of self-efficacy in men and women with multiple sclerosis, “Journal of Neuroscience Nursing”, 39(2), 102-106.
- Frigg R., Hartmann S. (2009), Models in science, [w:] E. N. Zalta (red.), The Stanford Encyclopedia of Philosophy, London, (<https://plato.stanford.edu/archives/win2009/entries/models-science/>).
- Gabryś A. (2018), Doświadczenia macierzyństwa kobiet z niepełnosprawnością ruchu, “Problemy Edukacji, Rehabilitacji i Socjalizacji Osób Niepełnosprawnych”, 27(2), 1-15.

- Galasiński D. (2013), Osoby niepełnosprawne czy z niepełnosprawnością, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania”, 4(9), 3-6.
- Galvin L. R., Godfrey H. P. (2001), The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation, “Spinal Cord”, 39(12), 615-627.
- Garbat M. (2013), Bariery występujące w otoczeniu osób niepełnosprawnych, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, 4, 3-18.
- Gendreau A., de la Sablonniere R. (2014), The cognitive process of identity reconstruction after the onset of a neurological disability, “Disability and Rehabilitation”, 36(19), 1608-1617.
- Geyh S., Nick E., Stirnimann D., Ehrat S., Michel F., Peter C., Lude P. (2012), Self-efficacy and self-esteem as predictors of participation in spinal cord injury- an ICF-based study, “Spinal Cord”, 50, 699-706.
- Giddens A. (2010), Socjologia, Warszawa.
- Gill C. J. (1996), Dating and relationship issues, “Sexuality and Disability”, 14(3), 183-190.
- Gindrich P. (2002), Funkcjonowanie psychospołeczne uczniów dyslektycznych, Lublin.
- Główny Urząd Statystyczny. (2013), Ludność: stan i struktura demograficzno- społeczna: Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, Warszawa.
- Goodley D. (2011), Disability studies: An interdisciplinary introduction, London.
- Góralewska-Słońska A. (2011), Poczucie własnej wartości jako potencjał jednostki, “Problemy Profesjologii”, 2, 97-112.
- Gosselin J. T., Maddux J. E. (2003), Self-efficacy [w:] M. R. Leary, J. P. Tangney (red.), Handbook of self and identity, New York, London, 218-238.
- Grabowiec A. (2011), Samoocena dzieci krzywdzonych, Lublin.
- Gromkowska-Melosik A. (2010), Pedagogika rodzaju (gender), [w:] B. Śliwowski (red.), Pedagogika subdyscypliny i dziedziny wiedzy o edukacji, t. 4, Gdańsk, 199-208.
- Groomes D. A. G., Leahy M. J. (2002), The relationship among the stress appraisal process, coping disposition, and level of acceptance of disability, “Rehabilitation Counseling Bulletin”, 46(1), 15-24.
- Groomes D. A. G., Kampfe Ch. M., Mapuranga R. (2011), The relationship between race and acceptance of disability when considering services through vocational rehabilitation, “Journal of Vocational Rehabilitation”, 34, 57-65.
- Gross S. M., Ireys H. T., Kinsman S. L. (2000), Young women with physical disabilities: risk factors for symptoms of eating disorders, “Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics”, 21, 87-96.
- Grue L., Laerum K. T. (2002), “Doing motherhood”: some experiences of mothers with physical disabilities, “Disability and Society”, 17(6), 671-683.

- Gruszczyńska E. (2013), State affect and emotion-focused coping: Examining for correlated change and causality, "Anxiety, Stress, and Coping", 26, 103-119.
- Habib L. A. (1995), Women and disability don't mix: double discrimination and disabled women's rights, "Gender & Development", 3(2), 49-53.
- Hammer A. L., Marting S. (1988), Manual for the coping resources inventory, California.
- Hampton N. Z. (2004), Subjective well-being among people with spinal cord injuries: the role of self-efficacy, perceived social support, and perceived health, "Rehabilitation Counseling Bulletin", 48(1), 31-37.
- Hanna W. J., Rogovsky B. (1991), Women with disabilities: two handicap plus, "Disability, Handicap and Society", 6(1), 49-63.
- Hasson-Ohayon I., Hason-Shaked M., Silberg T., Shpigelman C. N., Roe D. (2018), Attitudes toward motherhood of women with physical versus psychiatric disabilities, "Disability and Health Journal", 11(4), 612-617.
- Hassouneh D., Nguyen T., Chen Z., McNeff E. (2013), Healing Pathways: a program for women with physical disabilities and depression, "Rehabilitation Research and Practice", 1-15.
- Hassouneh-Phillips D., Curry M. A. (2002), Abuse of women with disabilities: state of the science, "Rehabilitation Counseling Bulletin", 45(2), 96-104.
- Hassouneh-Phillips D., McNeff E. (2005), "I thought I was less worthy": low sexual and body esteem and increased vulnerability to intimate partner abuse in women with physical disabilities, "Sexuality and Disability", 23(4), 227-240.
- Heinemann A. W., Bulka M., Smetak S. (1988), Attributions and disability acceptance following traumatic injury: a replication and extension, "Physical Medicine and Rehabilitation", 33(4), 195-206.
- Hellman Ch. M., Pittman M. K., Munoz R. T. (2013), The first twenty years of the will and the ways: an examination of score reliability distribution on Snyder's dispositional hope scale, "Journal Happiness Studies", 14, 723-729.
- Henderson G., Brayon W. V. (2011), Psychosocial aspects of disability, Springfield.
- Heszen I. (2015), Psychologia stresu, Warszawa.
- Heszen-Niejodek I. (2000), Stres i radzenie sobie- główne kontrowersje, [w:] I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), Człowiek w sytuacji stresu, Katowice, 12-42.
- Hobfoll S. E. (2006), Stres, kultura, społeczeństwo. Psychologia i filozofia stresu. Gdańsk.
- Holahan C. J., Moos R. H., Scheafer J. (1996), Coping, stress resistance and growth: Conceptualizing adaptive functioning, [w:] W. Zeidner, N. S. Endler (red.), Handbook of coping: Theory, research, applications, New York, 24-43.

Hoppe E., Walczak K., Trzcińska H. (2015), Postrzeganie własnej i cudzej kobiecości w niepełnosprawności, [w:] W. Janocha, K. Zielińska-Król (red.), *Kobiecość a niepełnosprawność*, Lublin, 178-190.

Howland C. A., Rintala D. H. (2001), Dating behaviors of women with physical disabilities, "Sexuality and Disability", 19(1), 41-70.

Hughes M. J., Jones L. (2000), Women, domestic violence, and posttraumatic stress disorder (PTSD), San Diego.

Hughes R. B., Robinson-Whelen S., Taylor H. B., Swedlund N., Nosek M. A. (2004), Enhancing self-esteem in women with physical disabilities, "Rehabilitation Psychology", 49(4), 295-302.

Hughes R. B., Taylor H. B., Robinson-Whelen S., Nosek M. A. (2005), Perceived stress in women with physical disabilities: Identifying psychosocial correlates, "Women's Health Issues", 15, 14-20.

Hsieh N., Waite L. (2019), Disability, psychological well-being and social interaction in later life in China, "Research on Aging", 41(4), 362-689.

ICF (2009), *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia*, Geneva.

Iezzoni L. I., Wint A. J., Smeltzer S. C., Ecker J. L. (2017), Recommendations about pregnancy from women with mobility disability to their peers, "Women's Health Issues", 27(1), 75-82.

Jacob J. (2017), Mothers with physical disabilities caring for young children, "Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation", 16(2), 95-115.

Jaglarz E. (2017), Praca i jej znaczenie dla osób z niepełnosprawnością. Prawny i społeczny wymiar funkcjonowania zawodowego osób z niepełnosprawnością, „Studia Socialia Cracoviensia”, 9(2), 181-196.

Janocha W. (2012), Marginalizacja i wykluczenie osób niepełnosprawnych z obszarów życia społecznego i religijnego, „Roczniki Nauk o Rodzinie i Pracy Socjalnej”, 4(59), 375-392.

Janocha W., Zielińska-Król K. (2015), *Kobiecość a niepełnosprawność*, Lublin.

Jaracz K., Grabowska-Fudala B. (2007), Jakość życia chorych z urazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego, „Postępy Rehabilitacji”, 1, 41-47.

Jaranowska K. (1996), *Osoby niepełnosprawne w środowisku miejskim*, Warszawa.

Jensen M. P., Smith A. E., Bombardier C. H., Yorkston K. M., Miró J., Molton I. R. (2014), Social support, depression, and physical disability: age and diagnostic group effects, "Disability Health Journal", 7(2), 164-172.

Jiao J., Heyne M. M., Chow S. L. (2012), Acceptance of disability among Chinese individuals with spinal cord injury: the effects of social support and depression, "Psychology", 3, 775-781.

- Jin Y., Xu J., Liu D. (2014), The relationship between post- traumatic stress disorder and post traumatic growth: gender differences in PTG and PTSD subgroups, "Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology", 49, 1903-1910.
- Juczyński Z. (2000), Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar, „Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica”, 4, 11-24.
- Juczyński Z. (2001), Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 167-174.
- Kaiser S., Kennedy P. (2011), An exploration of cognitive appraisal following spinal cord injury, "Psychology, Health & Medicine, 16(6), 708-718.
- Kaiser-Grodecka I. (1987), Dysfunkcje narządu ruchu, [w:] A. Wyszynska (red.), Psychologia defektologiczna, Warszawa, 144-156.
- Kalpajian C. Z., Mccullumsmith C. B., Fann J. R., Richards J. S., Stoelb B. L., Heinemann A. W., Bombardier C. H. (2014), Post-traumatic growth following spinal cord injury, "The Journal of Spinal Cord Medicine", 37(2), 218-225.
- Kara B., Açikle C. H. (2012), Predictors of coping in a group of Turkish patients with physical disability, „Journlan of Clinical Nursing”, 21(7/8), 983-993.
- Kasper J. D., Phillips C. L., Simonsick E. M., German P. S. (1995), Instrumental and emotional support, [w:] J. M. Guralnik, L. P. Fried, E. M. Simonsick, J. D. Kasper, M. E. Lafferty (red.), The women’s health and aging study, Bethesda, 77-84.
- Kassah B. L., Kassah A. K., Agbota T. K. (2014), Abuse of physically disabled women in Ghana: it is emotional consequences and coping strategies, "Disability and Rehabilitation", 36(8), 665- 671.
- Kawczyńska-Butrym Z. (1998), Niepełnosprawność- specyfika pomocy społecznej, Katowice.
- Kawula S. (1996), Wsparcie społeczne – kluczowy wymiar pedagogiki społecznej. Głos w dyskusji, „Problemy Opiekuńczo – Wychowawcze”, 1, 12-16.
- Kaźmierczak M., Kubiak I., Gebuza G., Gierszewska M., Mieczkowska E. (2015), Czynniki determinujące akceptację choroby przez kobiety leczone z powodu zmian patologicznych szyjki macicy, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 21(2), 181-186.
- Keany K. C., Glueckauf R. L. (1993), Disability and value change: an overview and reanalysis of acceptance of loss theory, [w:] R. P. Marinelli, A. E. Dell Orto (red), The Psychological social impact of disability, New York, 199-210.
- Keley H. H., Bersheid E., Christensen A., Harvey J. H., Huston T. L., Levinger G., McClintock E., Peplau L. A., Peterson D. R. (1983), Close relationship, New York.
- Kennedy P., Evans M., Sandhu N. (2009), Psychological adjustment to spinal cord injury: The contribution of coping, hope and cognitive appraisals, "Psychology, Health and Medicine", 14(1), 17-33.

Kennedy P., Kilvert A., Hasson L. (2016), A 21-year longitudinal analysis of impact, coping and appraisals following spinal cord injury, "Rehabilitation Psychology", 61(1), 92-101.

Kiedrowska M. (2016), Radzenie sobie ze stresem społecznie nieprzystosowanych uczniów szkół ponadgimnazjalnych, Lublin.

Kijak R. J. (2012), Tożsamość dotycząca roli seksualnej- seksualność, [w:] R. J. Kijak (red.) Niepełnosprawność- w zwierciadle dorosłości, Kraków, 179-197.

Kijak R. J. (2013), Niepełnosprawność intelektualna- między diagnozą a działaniem, Warszawa.

Kirenko J. (1995), Niektóre uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, Lublin.

Kirenko J. (2002), Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością, Ryki.

Kirenko J. (2004), Dylematy wsparcia społecznego osób z niepełnosprawnością, [w:] Z. Palak, Z. Bartkiewicz (red.), Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji, Lublin, 11-18.

Kirenko J. (2006), Oblicza niepełnosprawności, Lublin.

Kirenko J. (2007), Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności, Lublin.

Kirenko J. (2015), Seksualność kobiet z niepełnosprawnością [w:] W. Janocha, K. Zielińska- Król (red.), Kobiecość a niepełnosprawność, Lublin, 9-17.

Kirenko J. (2018), Reakcje przystosowawcze a wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością ruchową o różnych typach temporalnej satysfakcji, „Horyzonty Wychowania”, 17(41), 41-58.

Kirenko J., Byra S., (2011), Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych, Lublin.

Klerk H. M., Ampousah L. (2003), The physically disabled women's experience of self, „Disability and Rehabilitation”, 25(19), 1132-1139.

Kmiecik-Baran K. (1995), Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne, „Przegląd Psychologiczny”, 38 (1/2), 201-214.

Konarska J. (2002), Psychospołeczne korelaty poczucia sensu życia a niepełnosprawność, Mysłowice.

Konieczna A. (2004), Wpływ choroby przewlekłej oraz zmian w narządzie ruchu na funkcjonowanie dziecka, [w:] D. M. Piekut- Brodzka, J. Kuczyńska- Kwapisz (red), Pedagogika specjalna dla pracowników socjalnych, Warszawa, 129-154.

Konieczna E. J. (2010), Poczucie sensu życia osób niepełnosprawnych ruchowo, Kraków.

Konieczna E. J. (2015), Akceptacja własnej niepełnosprawności- definicja i diagnoza zjawiska u osób z dysfunkcją narządu ruchu, [w:] J. Czepczarz, M. Kapica, F. A. Marek (red.), Od niepełnosprawności do aktywności, Opole, 61-76.

Kopaliński W. (1999), Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych, Warszawa.

Kornas-Biela D. (2015), Postawy społeczne wobec małżeństwa i macierzyństwa kobiet z niepełnosprawnością, [w:] W. Janocha, K. Zielińska- Król (red.), *Kobiecość a niepełnosprawność*, Lublin, 18-48.

Kościelak R. (2010), *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*, Kraków.

Kosińska-Dec K., Jelonkiewicz I. (1993), Sposoby radzenia sobie z zaburzeniami emocjonalnymi dziecka- style specyficzne dla ojca i matki, „*Nowiny Psychologiczne*”, 2, 119-134.

Kowalczyk O. (2018), Ćwierć wieku reformowania systemu zabezpieczenia społecznego osób niepełnosprawnych w Polsce- wybrane aspekty, „*Wrocławskie Studia Politologiczne*”, 24, 66-79.

Kowalik S. (1999), *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Warszawa.

Kowalik S. (2000), Psychologiczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji osób niepełnosprawnych, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia t. 3*, Gdańsk, 797-820.

Kowalik S. (2003), Dorosłość osób niepełnosprawnych w świetle koncepcji strefy utraconego rozwoju, [w:] K. D. Rzedzicka, A. Kobylańska (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej*, Kraków, 61-78.

Kowalik S. (2007a), *Psychologia rehabilitacji*, Warszawa.

Kowalik S. (2007b), Bariery utrudniające włączanie osób niepełnosprawnych w życie społeczne. Próba sformułowania nowego podejścia teoretycznego, „*Nauka*”, 3, 49-69.

Kowalik S. (2018), *Stosowana psychologia rehabilitacji*, Warszawa.

Kozielecki J. (2006), *Psychologia nadziei*, Warszawa.

Krause A. (2010a), Niepełnosprawność- Inny w paradygmacie humanistycznym, „*Niepełnosprawność*”, 4, 111-121.

Krause A. (2010b), *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Kraków.

Krause J. S., Anson C. A. (1997), Adjustment after spinal cord injury: relationship to gender and race, „*Rehabilitation Psychology*”, 42, 31-46.

Kreuter M., Taft C., Siosteen A., Biering-Serensten F. (2011), Women's sexual functioning and sex life after spinal cord injury, „*Spinal Cord*”, 49, 154-160.

Krok D. (2013), Nadzieja jako predyktor wymiarów dobrostanu psychicznego, „*Polskie Forum Psychologiczne*”, 18(2), 157-172.

Król A. (2018), Niepełnosprawność i sprawiedliwość reprodukcyjna. Zarys wybranych zagadnień dotyczących kobiet z niepełnosprawnościami, „*Annales Universitatis Pedagogicae Cracoviensis. Studia de Cultura*”, 10(1), 84-99.

- Król K. M. (2017), Aktywna rehabilitacja formą wsparcia w procesie aktywizacji społecznej osób niepełnosprawnych ruchowo, „Acta Universitatis Lodzianis, Folia Sociologica”, 60, 69-86.
- Kubicki P. (2015), Polityka publiczna wobec niepełnosprawności – propozycje perspektyw teoretycznych, „Studia z Polityki Publicznej”, 4(8), 9-28.
- Kulas H. (1986), Samoocena młodzieży, Warszawa.
- Kupisiewicz M. (2013), Słownik pedagogiki specjalnej, Warszawa.
- Kurowski K. (2012), Niepełnosprawność i osoba niepełnosprawna- od medycznego do społecznego modelu niepełnosprawności, [w:] Najważniejsze wyzwania po ratyfikacji przez Polskę Konwencję ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych, Warszawa, 8-15.
- Kurowski P., Szarfenberg R. (2003), Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski, Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa.
- Kuryłowicz J. (2006), Radzenie sobie z własną chorobą, Lublin.
- Larkowa H. (1987), Człowiek niepełnosprawny problemy psychologiczne, Warszawa.
- Lawler D., Begley C., Lalor J. (2015), (Re)constructing myself: the process of transition to motherhood for women with disability, “Journal of Advanced Nursing”, 71(7), 1672-1683.
- Lazarus R. S. (1980), The stress and coping paradigm, [w:] L. A. Bond, J. C. Rosen (red.), Competence and coping during adulthood, Hanover, 28-74.
- Lazarus R. S., Folkman S. (1984), Stress, appraisal and coping, New York.
- Leary M. (2003), Wywieranie wrażenia na innych, Gdańsk.
- Lejzerowicz M. (2017), Identity and its reconstruction and disabled people, “International Journal of Disability and Human Development”, 16(1), 19-24.
- Lelonek B., Kamusińska E. (2011), Analiza dostępnego wsparcia u pacjentów z oddziału chirurgicznego, „Studia Medyczne”, 23(3), 35-42.
- Lequerica A. H., Forch-Heimer M., Tate D. G., Roller D. G., Toussaint L. (2008), Ways of coping and perceived stress in women with spinal cord injury, “Journal of Health Psychology”, 13 (3), 348-354.
- Levitt J. M. (2017), Developing a model of disability that focuses on the actions of disabled people, “Disability and Society”, 32(5), 735-747.
- Li. L., Moore D. (1998), Acceptance of disability and its correlates, „The Journal of Social Psychology”, 138(1), 13-25.
- Linkowski D. C. (1971), A scale to measure acceptance of disability, “Rehabilitation Counseling Bulletin”, 14, 236-244.
- Linkowski D. C., Dunn M. A. (1974), Self-concept and acceptance of disability, “Rehabilitation Counselling Bulletin”, 17, 28-32.

- Livneh H., Antonak R. F. (1997), Psychosocial adaptation to chronic illness and disability, Aspen.
- Livneh H., Antonak R. F. (2005), Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a primer for counselors, "Journal of Counseling & Development", 83, 12-20.
- Livneh H., Martz E. (2007), An introduction to coping theory and research, [w:] E. Martz, H. Livneh (red), Coping with chronic illness and disability, Portland, 3-28.
- Livneh H., Martz E. (2014), Coping strategies and resources as predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury, „Rehabilitation Psychology”, 59(3), 329-339.
- Livneh H., Parker R. M. (2005), Psychological adaptation to disability. Perspectives From Chaos and Complexity Theory, „Rehabilitation Counseling Bulletin”, 49(1), 17-28.
- Livneh H., Wilson L. M. (2003), Coping strategies as predictors and mediators of disability-related variables and psychosocial adaptation, “Rehabilitation Counseling Bulletin”, 46(4), 194-208.
- Long-Bellil L., Mitra M., Iezzoni L. I., Smeltzer S. C., Smith D. L. (2016), Experiences and unmet needs of women with physical disabilities for pain relief during labor and delivery, “Disability and Health Journal”, 10, 440-444.
- Lynch S. G., Kroencke D. C., Denney D. R. (2001), The relationship between disability and depression in multiple sclerosis: the role of uncertainty, coping and hope, “Multiple Sclerosis”, 7(6), 411-416.
- Łaguna M. (2009), Rola przekonań o sobie w planowaniu podjęcia pracy za granicą, „Psychologia Społeczna”, 4(12), 228-238.
- Łaguna M., Lachowicz-Tabaczek K., Dzwonkowska I. (2007), Skala Samooceny SES Morrisa Rosenberga- polska adaptacja metody, „Psychologia Społeczna”, 2(04), 164-176.
- Łaguna M., Mileniczuk E., Żaliński A. (2015), Przywiązanie do organizacji i zaangażowanie w pracę- koncepcje teoretyczne i problemy terminologiczne, „Medycyna Pracy”, 66(2), 277-284.
- Łosiak W. (1992), Procesy radzenia sobie. Ocena sytuacji i zaangażowanie wartości, „Przegląd Psychologiczny”, 4, 485-495.
- Łosiak W. (2007), Natura stresu. Spojrzenie z perspektywy ewolucyjnej, Kraków.
- Łosiak W. (2009), Stres i emocje w naszym życiu, Warszawa.
- Łukasik I. M. (2013), Poczucie własnej skuteczności we współpracy z grupą: eksperyment pedagogiczny w przestrzeni akademickiej, Lublin.
- Łukaszewski W. (2015), Koncepcje sytuacji trudnych: krok naprzód, czy krok wstecz?, „Czasopismo Psychologiczne”, 21(1), 33-38.
- Maciarz A. (2001), Pedagogika lecznicza i jej przemiany. Wybrane problemy, Warszawa.
- Mactavish J., Iwasaki Y. (2005), Exploring perspectives of individuals with disabilities, “Journal of Rehabilitation”, 71(1), 20-31.

- Maddux J. E. (2000), Self-efficacy: the power of believing you, [w:] C. R. Snyder, S. J. Lopez (red.), Handbook of positive psychology, New York, 277- 287.
- Majewicz P. (2002), Obraz samego siebie a zachowanie młodzieży niepełnosprawnej ruchowo, Kraków.
- Majewicz P. (2012), Psychospołeczna adaptacja osób z niepełnosprawnością ruchową w okresie dorosłości, Kraków.
- Majewski T. (1995), Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych, Warszawa.
- Malacrida C. (2009), Gendered ironies in home care surveillance, gender struggles and infantilisation, International Journal of Inclusive Education”, 13(7), 741-752.
- Malec M. (2006), Modele niepełnosprawności (medyczny, społeczny, kulturowy) a studia nad niepełnosprawnością (disability studies), [w:] M. Sekułowicz (red.), Teoria – Diagnoza – Terapia. Wybrane problemy pedagogiki specjalnej, Wrocław, 72-80.
- Malouf R., Henderson J., Redshaw M. (2017), Access and quality of maternity care for disabled women during pregnancy, birth and the postnatal period in England: data from a national survey, “British Medical Journal”, 7(7), 1-12.
- Mandal E. (2003), Kobiecość i męskość. Popularne opinie a badania naukowe, Warszawa.
- Marini I., Glover-Graf N. M., Millington M. J. (2012), Psychosocial aspects of disability. Insider perspectives and counseling strategies, New York.
- Marszałek L. (2006), Niepełnosprawność- kobiecość- rodzina, Warszawa.
- Marszałek L. (2009), Systemy wsparcia społecznego w procesie rehabilitacji osób niepełnosprawnych, „Seminare”, 26, 201-213.
- Martinez L., Sewell K. W. (2000), Explanatory style in college students: gender differences and disability status, “College Students Journal”, 34(1), 72-78.
- Martz E., Livneh H. (2003), Death anxiety as a predictor of future time orientation among individuals with spinal cord injuries, “Disability and Rehabilitation, 25(18), 1024-1032.
- Martz E., Livneh H. (2016), Psychosocial adaptation to disability within the context of positive psychology: findings from the literature, “Journal of Occupational Rehabilitation”, 26(1), 4-12.
- Marynowicz-Hetka E. (2006), Pedagogika społeczna, t. 1, Warszawa.
- Mazur B., Byra S. (2004), Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością ruchową, „Auxilium Sociale”, 3/4, 56-67.
- McAdams D. P. (1988), Personal needs and personal relationship, [w:] S. W. Duck (red.), Handbook of personal relationship: theory, research, and interventions, Chichester, 7-22.
- McCabe M. P., Cummins R. A., Deeks A. A. (2000), Sexuality and quality of life among people with physical disability, “Sexuality and Disability”, 18(2), 115-123.
- McDonald S. D., Goldberg-Looney L. D., Mickens M. N., Ellwood M. S., Mutchler B. J., Perrin P. B. (2018), Appraisal of disability primary and secondary scale-short form

(ADAPSS-sf): Psychometrics and association with mental health among U.S. military veterans with spinal cord injury, "Rehabilitation Psychology", 63(3), 372-382.

McFarlane J., Hughes R. B., Nosek M. A., Groff J. Y., Swedlund N., Mullen P. D. (2001), Abuse assessment Screen-disability (AAS-D): Measuring frequency, type and perpetrator of abuse toward women with physical disabilities, "Journal of Women's Health and Gender- Based Medicine", 10(9), 861-866.

Mehrabi Z., Nazari F., Mehrabi T., Shaygannejad V. (2017), The effect of emotional intelligence training on self-efficacy in women with multiple sclerosis, "Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research", 22, 421-426.

Middleton J., Craig A. (2008), Psychological challenges in treating persons with spinal cord injury [w:] A. Craig, Y. Tran (red.), Psychological dynamics associated with spinal cord injury rehabilitation: New directions and best evidence, New York, 3-53.

Middleton J., Tran Y., Craig A. (2007), Relationship between quality of life and self-efficacy in person with spinal cord injuries, "Archives of Physical Medicine and Rehabilitation", 88(12), 1643-1648.

Migalska A., Król A. (2012), Diagnoza i dobre praktyki dotyczące polityki włączania do głównego nurtu życia społecznego kobiet i dziewcząt z niepełnosprawnościami. Doświadczenia międzynarodowe, Kraków.

Migas A. (2007), Aspiracje życiowe i bariery osób z niepełnosprawnością motoryczną. Raport z badań, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, 3, 52-75.

Mikołajczak-Matyja N. (2013), Kobieta + dysfunkcja, [w:] M. Nawoja-Mikołajczak, B. Niećko-Bukowska, J. Anders (red.), Stereotypy kobiet w badaniach psychosomatycznych. Porównawcze obrazy pojęciowych reprezentacji kategorii złożonych, Poznań, 43-113.

Miller S. M. (2009), The measurement of self-efficacy in person with spinal cord injury: psychometric validation of the mooring self-efficacy scale, "Disability and Rehabilitation", 31(12), 988-993.

Mirjalili R. A., Ali Besharat M., Koochi S. (2011), The moderating role of self-efficacy on the relationship between alexithymia and severity of pain in chronic pain patients, "Procedia- Social and Behavioral Sciences", 30, 149- 153.

Mitra M., Waltham M. A., Long-Bellil L. M., Lezzoni L. I., Smeltzer S. C., Smith L. D. (2016), Pregnancy among women with physical disabilities: Unmet needs and recommendations on navigating pregnancy, "Disability and Health Journal" 9(3), 457-463.

Moin V., Duvdevany I., Mazor D. (2009), Sexual identity, body image and life satisfaction among women with and without physical disability, „Sexuality and Disability”, 27, 83-95.

Moos R. H., Billings A. G. (1982), Conceptualizing and measuring coping resources and processes, [w:] L. Goldberger, S. Breznitz (red.), Handbook of stress, New York, 212-230.

- Moos R. H., Schaefer J. A. (1993), Coping resources and process: current concepts and measures, [w:] L. Goldberger, S. Breznits (red.), Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects, New York, 234-257.
- Morris J. (2001), Impairment and disability: constructing an ethics of care which promotes human rights, "Hypatia", 16(4), 1-16.
- Morris J., Swier-Vosnos A., Dusold J., Woodworth C. (2013), Comparison of able-bodied and spinal cord injured individuals appraisals of disability, "Spinal Cord", 51, 338-340.
- Morrison J., Basnet M., Budhathoki B., Adhikari D., Tumbahangphe K., Manandhar D., Costello A., Groce N. (2014), Disabled women's maternal and newborn health care in rural Nepal: A qualitative study, "Midwifery", 30, 1132-1139.
- Mrugalska K. (1996), Osoby upośledzone fizycznie lub umysłowo, Warszawa.
- Myśliwczyk I. (2011), Kryzys w rodzinie z dzieckiem niepełnosprawnym- przeszłość czy terażniejszość?, „Niepełnosprawność”, 6, 34-50.
- Nakagoshi R., Tanemura R. (2017), The process of subjective disability acceptance in person with cervical cord injury, "British Journal of Research", 4(24), 1-13.
- Nario-Redmond M. R. (2010), Cultural stereotypes of disabled and non-disabled men and women: consensus for global category representations and diagnostic domains, "British Journal of Social Psychology", 49, 471-488.
- Nicholls E., Lehan T., Plaza S. L. O., Deng X., Romero J. L. P., Pizarro J. A. A., Arango-Lasprilla J. C. (2012), Factor influencing acceptance of disability in individuals with spinal cord injury in Nevía, Colombia, South America, "Disability and Rehabilitation", 34(13), 1082-1088.
- Niebrzydowski L. (1989). Psychologia wychowawcza, samoświadomość, aktywność, stosunki interpersonalne, Warszawa.
- Niemeier J. P. (2008), Unique aspects of women's emotional responses to disability, "Disability and Rehabilitation", 30(3), 166-173.
- Noh J-W., Kwon J. D., Park J., Oh I-H., Kim J. (2016), Relationship between physical disability and depression by gender: a panel regression model, "Plos One", 11(11), 1-9.
- Noonan B. M., Gallor S., Hensler-McGinnis N. F., Fassinger R., Wang S., Goodman J. (2004), Challenge and success: a qualitative study of the career development of highly achieving women with physical and sensory disabilities, "Journal of Counseling Psychology", 51(1), 68-80.
- Nosek M. A, Foley C. C., Hughes R. B., Howland C. A. (2001), Vulnerabilities for abuse among women with disabilities, "Sexuality and Disability", 19(3), 177-189.
- Nosek M. A., Howland C. A., Hughes R. B. (2001), The investigation of abuse and women with disabilities: Going beyond assumptions, "Violence Against Women", 7(4), 477-499.

- Nosek M. A., Howland C., Rintala D. H., Young M. E., Chanpong G. F. (2001), National study of women with physical disabilities: final report, "Sexuality and Disability" 19(1), 5-39.
- Nosek M. A., Hughes R. B. (2003), Psychosocial issues of women with physical disabilities: the continuing gender debate, "Rehabilitation Counseling Bulletin", 46(4), 224-233.
- Nosek M. A., Hughes R. B., Robinson-Whelen S. (2008), The complex array of antecedents of depression in women with physical disabilities: Implications for clinicians, "Disability and Rehabilitation", 30(3), 174-183.
- Nosek M. A., Hughes R. B., Swedlund N., Taylor H. B., Swank P. (2003), Self-esteem and women with disability, "Social Science and Medicine", 56, 1737-1747.
- Nowak A. (2012), Zagrożenie wykluczeniem społecznym kobiet niepełnosprawnych, Katowice.
- Obuchowska J. (1991), O autorewalidacji, [w:] K. Kuligowska (red.), Z problematyki kształcenia pedagogów specjalnych, Warszawa, 77-85.
- Obuchowski K. (2000), Galaktyka potrzeb: psychologia dążeń ludzkich, Poznań.
- Ogińska-Bulik N. (2015), Rola zasobów osobistych w rozwoju po traumie u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi, "Psychoonkologia", 3, 88-96.
- Ogińska-Bulik N., Kobylarczyk M. (2017), The mediating role of resiliency in the relationship between temperament and posttraumatic growth, "Journal of Loss and Trauma", 22(1), 1-10.
- Oleksy-Sanocka B. (2010), Problem wielokrotnej dyskryminacji kobiet i dziewcząt w grupie osób z ograniczeniami sprawności, [w:] A. Brzezińska, J. Pluta, P. Rycielski (red.), Potrzeby specyficznych grup osób z ograniczeniami sprawności, Warszawa, 78-91.
- Oleś P. (1993), Zagadnienie stresu, kryzysu i radzenia sobie, „Roczniki Filozoficzne”, 49(4), 15-22.
- Olkin R. (2017), Disability-affirmative therapy. A cause formulation template for clients with disabilities, Canada.
- Olsvik V. M. (2006), Vulnerable exposed and invisible: a study of violence and abuse against women with physical disability, "Scandinavian Journal of Disability Research", 8(2-3), 85-98.
- Omolayo B. (2009), Self-esteem and self-motivational needs of disabled and non-disabled: a comparative analysis, "Journal of Alternative Perspectives in the Social Science", 1(2), 449-458.
- Opozda-Suder S., Wojciechowski F. (2016), Społeczne konsekwencje niepełnosprawności- między wykluczeniem a partycypacją, „Zeszyty Pracy Socjalnej”, 21(2), 49-63.

- Orkan-Łęcka M. (1980), Przystosowanie do inwalidztwa młodzieży niewidomej w zależności od środowiska, w jakim się uczy i przebywa, „Przegląd Tyflogiczny”, 2, 62-79.
- Ossowski R. (2002), Zastosowanie wiedzy psychologicznej o rozwoju człowieka w polityce społecznej, lecznictwie i rehabilitacji, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), Wiedza z psychologii rozwoju człowieka w praktyce społecznej, Poznań, 113-143.
- Ostrowska A. (1994), Niepełnosprawni w społeczeństwie. Postawy społeczeństwa polskiego wobec ludzi niepełnosprawnych. Raport z badań, Warszawa.
- Osuji O. N. (1985), Personality factors in acceptance of loss among the physically disabled, “The Psychological Record”, 35(1), 23-28.
- Otwinocki W. (2010), Kryzys i sytuacja kryzysowa, “Przegląd Naukowo- Metodyczny. Edukacja dla Bezpieczeństwa”, 2, 83-89.
- Oyesanya T. O., Ward E. C. (2016), Mental health in women with traumatic brain injury: a systematic review on depression and hope, “Health Care Women International”, 37(1), 45-74.
- Pagan-Rodriguez R. (2009), An empirical analysis on the incidence of part-time work among women with disabilities, “Disability and Rehabilitation”, 31(2), 73-83.
- Pakszys E. (2000), Między naturą a kulturą: kategoria płci/rodzaju w poznaniu, Poznań.
- Pakszys E., Baer M. (2003), Obszary kultur kobiecych w badaniach płci/rodzaju, Poznań.
- Palak Z. (1988), Obraz własnej osoby młodzieży niewidomej, Lublin.
- Panek W. (1993), Akceptacja, ambiwalencja i awersja w zachowaniu się [w:] W. Pomykało (red.), Encyklopedia pedagogiczna, Warszawa, 18.
- Pankowska D. (2005), Wychowanie a role płciowe, Gdańsk.
- Patrick D. L., Morgan M., Charlton J. R. (1982), Psychosocial support and change in the health status of physically disabled people, “Social Science & Medicine”, 22(12), 1347-1354.
- Pawłowska-Cyprysiak K. (2011), Uwarunkowania jakości życia osób z niepełnosprawnością ruchową, “Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka”, 10, 6-8.
- Pawłowska-Cyprysiak K., Konarska M., Żołnierczyk-Zreda D. (2013), Uwarunkowania jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo, „Medycyna Pracy”, 64(2), 227-237.
- Pearlin L. I., Bierman A. (2013), Current issues and future directions in research into the stress process”, [w:] C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, A. Bierman (red.), Handbooks of sociology and social research, New York, 325-340.
- Perduta-Fulginiti P. S. (1996), Impact of bladder and bowel dysfunction on sexuality and self-esteem [w:] D. M. Krotoski, M. A. Nosek (red.), Women with physical disabilities: achieving and maintaining health and well-being, Baltimore, 287-298.

- Peter C., Muller R., Cieza A., Post M. W. M., van Leeuwen C. M., Warner C. S., Geyh S. (2014), Modeling life satisfaction in spinal cord injury: the role of psychological resources, "Quality Life Research", 23(10), 2693-2705.
- Peter C., Muller R., Post M. W. M., van Leeuwen C. M., Warner C. S., Geyh S. (2015), Depression in spinal cord injury: assessing the role of psychological resources, "Rehabilitation Psychology", 60(1), 67-80.
- Piazza D., Holcombe J., Foote A., Paul P., Love S., Daffin P. (1991), Hope, social support and self-esteem of patients with spinal cord injuries, "Journal of Neuroscience Nursing", 23, 224-230.
- Poprawa R. (2001), Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem, [w:] G. Dolińska-Zygmunt (red.), Elementy psychologii zdrowia, Wrocław, 103-141.
- Powell R. M., Mitra M., Smeltzer S. C., Long-Bellil L. M., Smith L. D., Iezzoni L. I. (2017), Family attitudes and reactions toward pregnancy among women with physical disabilities, "Women's Health Issues", 27(3), 345-350.
- Prilleltensky O. (2003), A ramp to motherhood: the experiences of mothers with physical disabilities, "Sexuality and Disability", 21(1), 21-47
- Prunty M., Sharpe L., Butow P., Fukcher G. (2008), The motherhood choice: themes arising in the decision making process for women with multiple sclerosis, "Multiple Sclerosis", 14, 701-704.
- Przetacznik-Gierowska M., Włodarski Z. (1998), Psychologia wychowawcza, Warszawa.
- Przyłuska-Fiszler A. (2013), Niepełnosprawność jako przedmiot refleksji bioetycznej, Kraków.
- Psarra E., Kleftras G. (2013), Adaptation to physical disabilities: the role of meaning in life and depression, "The European Journal of Counselling Psychology", 2(1), 79-99.
- Putzke J., Elliott T. R., Richards S. (2001), Marital status and adjustment one year post-spinal-cord-injury, "Journal of Clinical Psychology in Medical Settings", 8, 101-107.
- Reber A. (1985), Dictionary of psychology, London.
- Rajska-Kulik I, Roszkowska A. (2005), Samoakceptacja i poziom lęku maltretowanych kobiet a ich sposoby radzenia sobie z przemocą ze strony partnera, „Chowanna”, 1, 62-77.
- Rand C. S., Wright B. A. (2001), Thinner females and heavier males: who says? A comparison of female to male ideal body sizes across a wide age span, "The International Journal of Eating Disorders", 29, 45-50.
- Ratajczak Z. (2000), Stres- radzenie sobie – koszty psychologiczne, [w:] I. Heszen-Niejodek, Z Ratajczak (red.), Człowiek w sytuacji stresu, Katowice, 65-87.
- Rawa-Kochanowska A. (2011), Poczucie tożsamości płciowej w teorii i badaniach. Warszawa.
- Rehabilitacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych – Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych (2000), Warszawa.

- Reykowski J. (1992), *Procesy emocjonalne, motywacja, osobowość*, Warszawa.
- Rintala D. H., Howland C. A., Nosek M. A., Bennett J. L., Young M. E., Foley C.C., Rossi C. D., Chanpong G. (1997), Dating issues for women with physical disabilities, "Sexuality and Disability", 15(4), 219-242.
- Robb C., Small B., Haley W. E. (2008), Gender differences in coping with functional disability in older married couples: the role of personality and social resources, "Aging and Mental Health", 12(4), 423-433.
- Rorat M. (2006), *Wartości i poczucie sensu życia młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu*, Rzeszów.
- Rostowska T. (2008), *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*, Kraków.
- Rotarou E. S., Sakellariou D. (2018), Depressive symptoms in people with disabilities: secondary analysis of cross-sectional data from United Kingdom and Greece, "Disability and Health Journal", 11(3), 367-373.
- Rudek I. (2012), Rodzina w procesie konstruowania obrazu osób niepełnosprawnych: rola płci w niepełnosprawności, „Wychowanie w Rodzinie”, 6, 165-186.
- Ruiz-Perez I., Pastor-Moreno G., Escriba-Aguir V., Maroto-Navarro G. (2017), Intimate partner violence in women with disabilities: perception of healthcare and attitudes of health professionals, "Disability and Rehabilitation", 1, 1-7.
- Russell D. (2009), Living arrangements, social integration, and loneliness in later life: the case of physical disability, "Journal of Health and Social Behavior", 50, 460-475.
- Rutkowska E. (2012), Wsparcie jako element rehabilitacji kompleksowej osób z niepełnosprawnością, „Niepełnosprawność- zagadnienia, problemy, rozwiązania”, 3(4), 39-52.
- Rybarczyk B., Nyenhuis D. L., Nicholas J. J., Cash S. M., Kaiser J. (1995), Body image, perceived social stigma, and the prediction of psychosocial adjustment to leg amputation, "Rehabilitation Psychology", 40, 95-110.
- Savage A., McConnell D. (2016), The marital status of disabled woman in Canada: a population-based analysis, "Scandinavian Journal of Disability Research", 18(4), 285-303.
- Schmitt M. M., Goverover Y., DeLuca J., Chiaravalloti N. (2014), Self-efficacy as a predictor of self-reported physical, cognitive and social functioning in multiple sclerosis, "Rehabilitation Psychology", 59(1), 27-34.
- Scholz F., Yalcin B., Priestley M. (2017), Internet access for disabled people: understanding socio-relational factors in Europe, "Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace", 11(1), 1-13.
- Schwarzer R., Knoll N. (2003), Positive coping: Mastering demands and searching for meaning, [w:] S. J. Lopez, C. R. Snyder (red.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*, Washington, 393-409.

Ścisło L., Puto G., Ptak A., Walewska E., Czupryna A. (2014), Psychospołeczne aspekty funkcjonowania osób niepełnosprawnych ruchowo, „Hygeia Public Health”, 49(3), 596-601.

Scofield M. E., Pape D. A., McCracken N., Maki D. R. (1980), An ecological model for promoting acceptance of disability, “Journal of Applied Rehabilitation Counseling”, 11(2), 183-187.

Seibold C., Richards L., Simon D. (1994), Feminist method and qualitative research about midlife, “Journal of Advanced Nursing”, 19, 394-402.

Sęk H. (1991), Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki, [w:] H. Sęk (red.), Społeczna psychologia kliniczna, Warszawa, 472-503.

Sęk H. (2003), Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia [w:] Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki, Łódź, 17-32.

Sęk H. (2012), Zastosowanie teorii zachowania zasobów S. Hobfolla do interpretacji mechanizmów działania zasobów w świetle wybranych badań z zakresu psychologii zdrowia, [w:] E. Bielawska-Batorowicz, B. Dudka (red.), Teoria zachowania zasobów Stevana E. Hobfolla, polskie doświadczenia, Łódź, 65-80.

Sęk H., Cieślak R. (2006), Wsparcie społeczne- sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne, [w:] H. Sęk, R. Cieślak (red.), Wsparcie społeczne, stres i zdrowie, Warszawa, 11-28.

Sękowska Z. (2001), Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej, Warszawa.

Sękowski A. (1996), Psychologiczna analiza zmian postaw wobec osób niepełnosprawnych, [w:] A. Januszewski, P. Oleś, W. Otrębski (red.), Studia z Psychologii w KUL t. 8, Lublin, 365-379.

Shakespeare T. (2006), The social model of disability, [w:] L. J. Davis (red.), The disability studies reader. Second edition, New York, 197-204.

Shandra C. L., Hogan D. P., Short S. E. (2014), Planning for motherhood: fertility attitudes, desires and intentions among women with disabilities, “Perspectives on Sexual and Reproductive Health”, 46(4), 203-210.

Shnek Z. M., Foley F. W., LaRocca N. G., Gordon W. A., DeLuca J., Schwartzman H. G., Halper J., Lennox S., Irvine J. (1997), Helplessness, self-efficacy, cognitive distortions, and depression in multiple sclerosis and spinal cord injury, “Annals of Behavioral Medicine”, 19(3), 287-294.

Siek S. (1986), Formowanie osobowości, Warszawa.

Skura M., Gołuch D. (2013), Obraz siebie osób z niepełnosprawnością ruchową, “Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, 4, 47-60.

Slany K., Struzik J., Wojnicka K. (2011), Rozwój refleksji genderowej i studiów nad społeczno-kulturową tożsamością płci w Polsce, [w:] K. Slany, J. Struzik, K. Wojnicka (red.), Gender w społeczeństwie polskim, Kraków, 7-16.

- Smart J. F. (2009), The power of models of disability, "Journal of Rehabilitation", 2(75), 3-11.
- Smedema S. M., Ebener D. (2010), Substance abuse and psychosocial adaptation to physical disability: analysis of the literature and future directions, "Disability and Rehabilitation", 32(16), 1311-1319.
- Smedema S. M., Ebener D., Grist-Gordon V. (2012), The impact of humorous media on attitudes toward persons with disabilities, "Disability and Rehabilitation", 34(17), 1431-1437.
- Smeltzer S. C. (2007), Pregnancy in women with physical disabilities, "Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing", 36(1), 88-96.
- Smith D. L., Strauser D. R. (2008), Examining the impact of physical and sexual abuse on the employment of women with disabilities in the United States: an exploratory analysis, "Disability and Rehabilitation", 30(14), 1039-1046.
- Smith J. L. T. (2015), Women, disability and mental distress, London.
- Smolińska-Theiss B. (2005), Dylematy marginalizacji z perspektywy pedagogiki społecznej, [w:] M. Ostrowska (red.), Skazani na wykluczenie, Warszawa, 47-56.
- Snyder C. R., Sympson S. C., Ybasco F. C., Borders T. F., Babyak M. A., Higgins R. L. (1996), Development and validation of the state hope scale, "Journal of Personality and Social Psychology", 70(2), 321-335.
- Snyder, C. R. (2000), Handbook of hope. Theory, measures and applications, San Diego.
- Snyder, C. R. (2002), Hope theory: rainbows in the mind, "Psychological Inquiry", 13(4), 249-275.
- Sobol E. (1999), Mały słownik języka polskiego, Warszawa.
- Song H. Y. (2005), Modeling social reintegration in persons with spinal cord injury, "Disability and Rehabilitation", 27, 131-141.
- Spigelman C-N. (2015), How to support the needs of mothers with physical disabilities, "Disability and Rehabilitation", 37(11), 928-935.
- Stelter Ż. (2008), Kształtowanie poczucia tożsamości przez dorastających niepełnosprawnych, "Polskie Forum Psychologiczne", 13(1), 21-32.
- Sternberg R. J. (1986), A triangular theory of love, "Psychological Review", 93, 119-135.
- Stoller R. J. (1968), Sex and Gender, New York.
- Strzelecki W., Cybulski M., Strzelecka M., Dolczewska-Samela A. (2007), Zmiana wizerunku medialnego kobiety a zaburzenia odżywiania we współczesnym świecie, "Nowiny Lekarskie", 76(2), 173-181.
- Swain J., French S. (2010), Towards an affirmation model of disability, "Disability and Society", 15(4), 569-582.

Szacka B. (2011), Gender i płeć, [w:] K. Slany, J. Struzik, K. Wojnicka (red.), Gender w społeczeństwie polskim, Kraków, 19- 35.

Szczupał B. (2009), Godność osoby z niepełnosprawnością. Studium teoretyczno-empiryczne poczucia godności młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu, Kraków.

Szczupał B. (2013), Architektoniczne i urbanistyczne działania w kontekście potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową- dylematy legislacyjne, [w:] K. Ćwirynkało, C. Kosakowski, A. Żywanowska (red.), Kierunki rozwoju pedagogiki specjalnej, Kraków, 91-105.

Szpitalak M., Polczyk R., (2015), Samoocena. Geneza, struktura, funkcje i metody pomiaru, Kraków.

Sztuka M. (2015), Polityka inkluzji- słuszne strategie i fałszywe recepty, [w:] A. Komorowska-Zielony, T. Szkudlarek (red.), Różnice. Edukacja. Inkluzja, Gdańsk, 329–337.

Szychowiak B. (2005), Wychowanie dzieci niesprawnych ruchowo, [w:] I. Obuchowska (red.), Dziecko niepełnosprawne w rodzinie, Warszawa, 381-416.

Szymańska J., Sienkiewicz J. (2011), Wsparcie społeczne, „Current Problems of Psychiatriy”, 12(4), 550-553.

Tagaki M. (2016), Research development from acceptance to the meaning of acquired disability in people with impaired mobility in Japan, “Japanese Psychological Research”, 58(1), 85-109.

Taleporos G., Dip G., McCabe M. (2002), The impact of sexual esteem, body esteem, and sexual satisfaction on psychological well-being in people with physical disability, “Sexuality and Disability”, 20(3), 177-183.

Taleporos G., McCabe M. P. (2001), Physical disability and sexual esteem, “Sexuality and Disability”, 19, 131-148.

Taleporos G., McCabe M. P. (2003), Sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual behavior among people with physical disability, “Archives of Sexual Behavior”, 32(4), 359-369.

Taleporos G., McCabe M. P. (2005), The relationship between the severity and duration of physical disability and body esteem, “Psychology and Health”, 20(5), 637-650.

Tamares L. K., Janicki D., Helgeson V. S. (2002), Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping, “Personality and Social Psychology”, 8(1), 2-30.

Taranowicz I. (2002), Rodzina a problemy zdrowia i choroby, [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny, Wrocław, 105-115.

Taub D. E. McLorg P. A., Bartnick A. K. (2009), Physical and social barriers to social relationships: voices of rural disabled woman in the USA, “Disability and Society”, 24(2), 201-215.

- Taub D. E., Fanflik P. L., Mclorg P. A. (2003), Body image among women with physical disabilities: internalization of norms and reactions nonconformity, "Sociological Focus", 36(2), 159-176.
- Tebbet M., Kennedy P. (2011), The experience of childbirth for women with spinal cord injuries: an interpretative phenomenology analysis study, "Disability and Rehabilitation", 34(9), 762-769.
- Terril A. L., Molton I. R. (2018), Frequency and impact of midlife stressors among men and woman with physical disability, "Disability and Rehabilitation" doi.org/10.1080/09638288.2018.1448466.
- Thomas C. (2006), Disability and gender: reflections on theory and research, "Scandinavian Journal of Research", 8(2-3), 177-185.
- Tighe C. A. (2001), "Working at Disability": a qualitative study of the meaning of health and disability for women with physical impairments, "Disability and Society", 16(4), 511-529.
- Titkow A. (2007), Tożsamość polskich kobiet. Ciągłość zmiana konteksty, Warszawa.
- Titkow A. (2011), Kategoria płci kulturowej jako instrumentarium badawcze i źródło wiedzy o społeczeństwie, [w:] K. Slany, J. Struzik, K. Wojnicka (red.), Gender w społeczeństwie polskim, Kraków, 36-56.
- Titkow A., Duch-Krzystoszek D., Budrowska B. (2004), Nieodpłatna praca kobiet. Mity, realia, perspektywy, Warszawa.
- Torregrosa-Ruiz T., Tomas-Miguel J. M. (2017), Diferencias de sexo en el uso de estrategias de afrontamiento en personas con lesion medular, "Aquichan", 17(4), 448-459.
- Tough H., Siegrist J., Fekete Ch. (2017), Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review, "BMC Public Health", 17(1): 414, doi.org/10.1186/s12889-017-4308-6.
- Trzebińska E. (2007), Integracja społeczna w ujęciu psychologicznym, [w:], E. Trzebińska (red.), Oddziaływania psychologiczne na rzecz integracji osób z ograniczeniami sprawności, seria: Przeciw Wykluczaniu z Rynku Pracy, Warszawa, 7-16.
- Trzebińska E. (2008), Psychologia pozytywna, Warszawa.
- Trzebiński J., Zięba M. (2003a), Nadzieja strata i rozwój, „Psychologia Jakości Życia”, 2(1), 5-33.
- Trzebiński J., Zięba M. (2003b), Kwestionariusz nadziei podstawowej, Warszawa.
- Trzebiński J., Zięba M. (2004), Basic hope as a world-view: an outline of a concept, "Polish Psychological Bulletin", 35 (3), 173-182.
- Trzebiński J., Zięba M. (2013), Basic trust and posttraumatic growth in oncological patients, "Journal of Loss and Trauma", 18(3), 195-209.
- Turner J. (2004), Struktura teorii socjologicznej, Warszawa.

- Twardowski A. (1995), Pomoc rodzinom dzieci niepełnosprawnych, [w:] I. Obuchowska (red.), Dziecko niepełnosprawne w rodzinie, Warszawa, 547-586.
- Twardowski A. (2018), Społeczny model niepełnosprawności- analiza krytyczna, „Studia Edukacyjne”, 48, 97-114.
- Urban M. (2008), Indywidualizm i kolektywizm w świadomości młodzieży, Studium psychologiczno- politologiczne, Warszawa.
- Urbaniak-Zajac D. (2018), O łączeniu badań ilościowych i jakościowych- oczekiwania i wątpliwości, „Przełęcz Badań Edukacyjnych”, 26(1), 121-138.
- Vansteenwegen A., Jans I., Revell A. T. (2003), Sexual experience of women with a physical disability: a comparative study, “Sexuality and Disability”, 21(4), 283-290.
- Varni J.W., Setoguchi Y. (1991), Correlates of perceived physical appearance in children with congenital/acquired limb deficiencies, “Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics”, 12, 171-176.
- Villanueva P. A., Urbano R. L. (2012), The 21st century life project. Realities for women with disabilities, “Psicogente”, 15(27), 62-72.
- Wałachowska M. (2017), Wizerunek społeczny macierzyństwa kobiet z niepełnosprawnością”, Forum Pedagogiczne”, 1, 197-210.
- Walentyłowicz-Moryl K. (2014), Kobiety „niestuprocentowe”? Sposoby definiowania kobiecości przez kobiety doświadczające pierwotnych trudności prokreacyjnych, „Dyskursy Młodych Andragogów”, 15, 245-261.
- Walter L. J., Nosek M. A., Landgdon K. (2001), Understanding of sexuality and reproductive health among women with and without physical disabilities, “Sexuality and Disability”, 19(3), 167-176.
- Wapiennik E., Piotrowicz R. (2002), Niepełnosprawny – pełnoprawny obywatel Europy, Warszawa.
- Warner C. B., Roberts A. R., Jeanblanc A. B., Adams K. B. (2017), Coping resources, loneliness, and depressive symptoms of older women with chronic illness, “Journal of Applied Gerontology”, doi: 10.1177/0733464816687218.
- Warner D. F., Adams S. A. (2015), Physical disability and increased loneliness among married older adults: the role of changing social relations, “Society and Mental Health”, 1-24, doi:10.1177/2156869315616257.
- Wassem R. (1992), Self-efficacy as a predictor of adjustment to multiple sclerosis, “Journal of Neuroscience Nursing”, 24(4), 224-229.
- WHO (2001), The World Health Report, mental health, new understanding, new hope, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2007), The World Health Report, a safer future: global public health security in the 21st century, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2011), World Report on Disability, World Health Organization, Geneva.

Wiliński M. (2010), Modele niepełnosprawności: indywidualny – funkcjonalny – społeczny, [w:] A. J. Brzezińska, R. Kaczan, K. Smoczyńska (red.), *Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności*, Warszawa, 15-59.

Williams J. C., Lynn S. J. (2010-2011), Acceptance: an historical and conceptual review, "Imagination, Cognition and Personality", 30(1), 5-56.

Wilmowska-Pietruszyńska A. (2013), Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania”, 2(7), 5-20.

Wilson S., Washington L. A., Engel J. M., Ciol M. A., Jensen M. P. (2006), Perceived social support, psychological adjustment, and functional ability in youths with physical disabilities, "Rehabilitation Psychology", 51(4), 322-330.

Winiarski M. (2014), Opieka, pomoc i wsparcie społeczne jako wymiary pracy socjalnej z dziećmi, młodzieżą i rodziną [w:] M. Ruszkowska, M. Winiarski (red.), *Praca socjalna z dziećmi, młodzieżą i rodziną*, Warszawa, 19-50.

Wint A. J., Smith D. L., Iezzoni L. I. (2016), Mothers with physical disability: child care adaptations at home, "The American Journal of Occupational Therapy", 70, 1-7.

Wiszejko-Wierzbicka D. (2008), Od samoakceptacji do aktywności? Postawy wobec własnej niepełnosprawności a aktywność zawodowa, [w:] A. I. Brzezińska (red.), *Osoby z ograniczeniem sprawności na rynku pracy*, Warszawa, 7-73.

Witkowski T. (1993), *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych*, Warszawa.

Wlazło M. (2016a), Metodologiczne podobieństwa i rozbieżności między pedagogiką specjalną i studiami nad niepełnosprawnością, „Problemy Edukacji, Rehabilitacji i Socjalizacji Osób Niepełnosprawnych”, 23(2), 39-47.

Wlazło M. (2016b), Interdyscyplinarne studia nad niepełnosprawnością- sprzymierzeniec czy wróg pedagogiki specjalnej, „Problemy Edukacji, Rehabilitacji i Socjalizacji Osób Niepełnosprawnych”, 23(2), 65-74.

Włodarczyk D. (1999), Wsparcie społeczne a radzenie sobie ze stresem u chorych po zawale serca. „Przegląd Psychologiczny”, 4, 95-113.

Wojciszke B. (2003), Pogranicze Psychologii osobowości i społecznej: samoocena jako cecha i motyw, [w:] B. Wojciszke, M. Płopa (red.), *Osobowość a procesy psychiczne i zachowanie*, Kraków, 15- 49.

Wojciszke B. (2010), Funkcje samooceny, [w:] A. Kolańczyk, B. Wojciszke (red.), *Motywacje umysłu*, Sopot, 111-126.

Wołowicz-Ruszkowska A. (2013), Zanikanie? Trajektorie tożsamości kobiet z niepełnosprawnością, Warszawa.

Wołowicz-Ruszkowska A. (2015), How polish women with disabilities challenge the meaning of motherhood, "Psychology of Women Quarterly", 1-16.

Wolski P. (2010), *Utrata sprawności. Radzenie sobie z niepełnosprawnością nabytą a aktywizacja zawodowa*, Warszawa.

- Woodrich F., Patterson J. B. (1983), Variables related to acceptance of disability in person with spinal cord injuries, "Journal of Rehabilitation", 49(3), 26-30.
- Woolrich R. A., Kennedy P., Tasiemski T. (2006), A preliminary psychometric evaluation of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in 963 people living with a spinal cord injury, "Psychology, Health & Medicine", 11, 80-90.
- Worek B. (2011), Różnice płci w badaniach empirycznych: doświadczenia, perspektywy i wyzwania, [w:] K. Slany, J. Struzik, K. Wojnicka (red.), Gender w społeczeństwie polskim, Kraków, 86-100.
- Wosik-Kawala D. (2007), Korygowanie samooceny uczniów gimnazjum, Lublin.
- Woźniak Z. (2008), Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej. Społeczny kontekst medycznego problemu. Warszawa.
- Wright B. A. (1965), Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa, Warszawa.
- Wright B. A. (1983), Physical disability: A psychosocial approach, New York.
- Wrześcińska M. A., Opuchlik K., Kocur J. (2008), Ocena umiejscowienia kontroli zdrowia oraz poziomu poczucia własnej skuteczności i optymizmu u chorych na stwardnienie rozsiane, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 17(4), 313-318.
- Wrześniewki K. (2000), Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. [w:] I. Heszen- Niejodek, Z. Ratajczak (red.), Człowiek w sytuacji stresu, Katowice, 44-64.
- Wrześniewski K. (1996), Pomiar radzenia sobie ze stresem- wybrane zagadnienia, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, 8/9, 34-46.
- Wygotski L. S. (2002), Zabawa i jej rola w rozwoju dziecka [w:] A. Brzezińska, M. Marchow (red.), Wybrane prace psychologiczne II: dzieciństwo i dorastanie, Poznań, 141-163.
- Yang Y. (2006), How does functional disability affect depressive symptoms in late life? The role of perceived social support and psychological resources, "Journal of Health and Social Behavior", 47(4), 355-372.
- Yaughn E., Nowicki S. (1999), Close relationships and complementary interpersonal styles among men and women, "The Journal of Social Psychology", 139(4), 473-478.
- Yoshida K. (1993), Reshaping of self: A pendular reconstruction self and identity among adults with traumatic spinal cord injury, „Sociology of Health and Illness”, 15(4), 217-245.
- Yoshida K. K., Li A., Odette F. (1999), Cross-cultural views of disability and sexuality: experiences of a group of ethno-racial women with physical disabilities, "Sexuality and Disability", 17(4), 321-337.
- Yoshida K. K., Odette F., Hardie S., Willis H., Bunch M. (2009), Women living with disabilities and their experiences and issues related to the context and complexities of leaving abusive situation, "Disability and Rehabilitation", 31(22), 1843-1852.

Young M. E., Nosek M. A., Howland C., Chanpong G., Rintala D. H. (1997), Prevalence of abuse of women with physical disabilities, "Archives of Physical Medicine and Rehabilitation", 78, 34-38.

Zabłocki J. (2000), Wprowadzenie do rewalidacji, Toruń.

Zacharuk T. (2011), Edukacja inkluzyjna szansą dla uczniów nieprzystosowanych społecznie, [w:] A. Kieszkowska (red.), Tożsamość osobowa dewiantów a ich reintegracja społeczna, t. 1, Kraków, 431-438.

Zaorska M. (2015), Paradygmatyczny pultanizm współczesnej pedagogiki specjalnej, „Przełęcz Badań Edukacyjnych”, 20(1), 171-182.

Zauszniewski J. A., McDonald P. E., Krafcik K., Chung, C. (2002), Acceptance, cognitions, and resourcefulness in women with diabetes, "Western Journal of Nursing Studies", 24, 728-750.

Zavalloni R. (1999), Psychologia nadziei, Kielce.

Zawiślak A. (2016), Przemoc wobec kobiet z niepełnosprawnością, "Niepełnosprawność i Rehabilitacja", 3, 42-59.

Zawiślak A. (2018), Bariery w randkowaniu kobiet z niepełnosprawnością ruchową, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, 20, 181-198.

Zbieg A., Słowińska A., Żak B. (2015), Siła relacji interpersonalnej- wstępna weryfikacja koncepcji i siły pomiarowej, „Psychologia Społeczna”, t. 10, 3(34), 335-351.

Zięba M. (2015), Nadzieja i ton afektywny narracji a wzrost potraumatyczny osób, które utraciły sprawność ruchową, „Roczniki Psychologiczne”, 18(1), 41-50.

Spis tabel i wykresów

Tab. 1. Wiek badanych kobiet	149
Tab. 2. Miejsce zamieszkania badanych kobiet.....	150
Tab. 3. Stan cywilny badanych kobiet.....	150
Tab. 4. Liczba posiadanych dzieci przez badane kobiety.....	151
Tab. 5. Wykształcenie badanych kobiet	151
Tab. 6. Zatrudnienie badanych kobiet	152
Tab. 7. Ocena własnej sytuacji finansowej badanych kobiet	153
Tab. 8. Czas trwania niepełnosprawności u badanych kobiet	153
Tab. 9. Sposób poruszania się badanych kobiet	154
Tab. 10. Ocena stanu zdrowia badanych kobiet	155
Tab. 11. Samodzielność w życiu badanych kobiet.....	155
Tab. 12. Samodzielność w podejmowaniu decyzji badanych kobiet	156
Tab. 13. Statystyki opisowe akceptacji niepełnosprawności badanych kobiet	159
Tab. 14. Poziom akceptacji niepełnosprawności badanych kobiet.....	160
Tab. 15. Akceptacja niepełnosprawności a wiek badanych – współczynniki korelacji r Pearsona	162
Tab. 16. Akceptacja niepełnosprawności a miejsce zamieszkania badanych kobiet	162
Tab. 17. Akceptacja niepełnosprawności a stan cywilny u badanych kobiet...	163
Tab. 18. Akceptacja niepełnosprawności a wykształcenie badanych kobiet....	164
Tab. 19. Akceptacja niepełnosprawności a zatrudnienie badanych kobiet	165
Tab. 20. Akceptacja niepełnosprawności a sytuacja finansowa badanych kobiet	166
Tab. 21. Akceptacja niepełnosprawności a czas trwania niepełnosprawności u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona.....	167
Tab. 22. Akceptacja niepełnosprawności a jej przyczyna u badanych kobiet..	168
Tab. 23. Akceptacja niepełnosprawności a sposób poruszania się badanych kobiet	168
Tab. 24. Akceptacja niepełnosprawności a samodzielność w życiu badanych kobiet	169
Tab. 25. Akceptacja niepełnosprawności a samodzielność w podejmowaniu decyzji u badanych kobiet	170

Tab. 26. Akceptacja niepełnosprawności a stan zdrowia u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona	171
Tab. 27. Statystyki opisowe oceny niepełnosprawności badanych kobiet.....	173
Tab. 28. Poziom oceny niepełnosprawności badanych kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego	174
Tab. 29. Poziom oceny niepełnosprawności badanych kobiet z amputacją kończyny dolnej	176
Tab. 30. Ocena niepełnosprawności a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona	178
Tab. 31. Skupienia w zakresie akceptacji niepełnosprawności w grupie badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu- zestawienie różnic	182
Tab. 32. Statystyki opisowe strategii radzenia sobie badanych kobiet.....	184
Tab. 33. Radzenie sobie badanych kobiet- zestawienie rang.....	185
Tab. 34. Skupienia w zakresie radzenia sobie badanych kobiet- zestawienie różnic.....	187
Tab. 35. Statystyki opisowe samooceny badanych kobiet.....	190
Tab. 36. Poziom samooceny badanych kobiet	190
Tab. 37. Statystyki opisowe poczucia własnej skuteczności badanych kobiet.	191
Tab. 38. Poziom poczucia własnej skuteczności badanych kobiet	192
Tab. 39. Statystyki opisowe nadziei podstawowej badanych kobiet	192
Tab. 40. Poziom nadziei podstawowej badanych kobiet	193
Tab. 41. Statystyki opisowe wsparcia społecznego badanych kobiet.....	193
Tab. 42. Poziom wsparcia społecznego badanych kobiet.....	194
Tab. 43. Źródła wsparcia społecznego otrzymywanego przez badane kobiety	195
Tab. 44. Statystyki opisowe siły relacji interpersonalnej badanych kobiet	196
Tab. 45. Radzenie sobie a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona	198
Tab. 46. Podsumowanie analizy regresji wielorakiej u badanych kobiet, zmienna zależna- akceptacja niepełnosprawności, zmienna niezależna- strategię radzenia sobie	202
Tab. 47. Samoocena a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona	205
Tab. 48. Podsumowanie analizy regresji wielorakiej u badanych kobiet, zmienna zależna- akceptacja niepełnosprawności, zmienna niezależna- samoocena	207

Tab. 49. Poczucie własnej skuteczności a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona.....	209
Tab. 50. Podsumowanie analizy regresji wielorakiej u badanych kobiet, zmienna zależna- akceptacja niepełnosprawności, zmienna niezależna- poczucie własnej skuteczności.....	211
Tab. 51. Nadzieja podstawowa a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona	212
Tab. 52. Podsumowanie analizy regresji wielorakiej u badanych kobiet, zmienna zależna- akceptacja niepełnosprawności, zmienna niezależna- nadzieja podstawowa	213
Tab. 53. Wsparcie społeczne a akceptacja niepełnosprawności – współczynniki korelacji r Pearsona	215
Tab. 54. Podsumowanie analizy regresji wielorakiej u badanych kobiet, zmienna zależna- akceptacja niepełnosprawności, zmienna niezależna- wsparcie społeczne.....	217
Tab. 55. Siła relacji interpersonalnej a akceptacja niepełnosprawności u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona.....	219
Tab. 56. Podsumowanie analizy regresji wielorakiej u badanych kobiet, zmienna zależna- akceptacja niepełnosprawności, zmienna niezależna- siła relacji interpersonalnej.....	220
Tab. 57. Ocena niepełnosprawności a radzenie sobie u badanych kobiet– współczynniki korelacji r Pearsona	223
Tab. 58. Ocena niepełnosprawności a samoocena u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona	225
Tab. 59. Ocena niepełnosprawności a nadzieja podstawowa u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona	227
Tab. 60. Ocena niepełnosprawności a poczucie własnej skuteczności u badanych kobiet– współczynniki korelacji r Pearsona	228
Tab. 61. Ocena niepełnosprawności a wsparcie społeczne u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona	229
Tab. 62. Ocena niepełnosprawności a siła relacji interpersonalnej u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona	230
Tab. 63. Struktura zależności między radzeniem sobie a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet oceniających posiadaną	

niepełnosprawność w postaci zdeterminowanej resilience- wyniki analizy kanonicznej	232
Tab. 64. Struktura zależności między nadzieją podstawową i poczuciem własnej skuteczności a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w postaci zdeterminowanej resilience- wyniki analizy kanonicznej.....	234
Tab. 65. Struktura zależności między samooceną a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w postaci zdeterminowanej resilience- wyniki analizy kanonicznej	235
Tab. 66. Struktura zależności między wsparciem społecznym a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w postaci zdeterminowanej resilience- wyniki analizy kanonicznej	237
Tab. 67. Struktura zależności między siłą relacji interpersonalnej a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w postaci zdeterminowanej resilience- wyniki analizy kanonicznej	238
Tab. 68. Struktura zależności między radzeniem sobie a akceptacją ograniczeń u badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w kategorii katastroficznej negatywności- wyniki analizy kanonicznej.....	240
Tab. 69. Struktura zależności między nadzieją podstawową i poczuciem własnej skuteczności a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w postaci katastroficznej negatywności- wyniki analizy kanonicznej.....	243
Tab. 70. Struktura zależności między samooceną a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w postaci katastroficznej negatywności- wyniki analizy kanonicznej	244
Tab. 71. Struktura zależności między siłą relacji interpersonalnej a akceptacją niepełnosprawności u badanych kobiet oceniających posiadaną niepełnosprawność w postaci katastroficznej negatywności- wyniki analizy kanonicznej	246

Spis wykresów

Wykres 1. Typologia akceptacji niepełnosprawności badanych kobiet z niepełnosprawnością ruchu	181
Wykres 2. Typologia radzenia sobie badanych kobiet	186

Aneks

Wielowymiarowa Skala Akceptacji Utraty Sprawności

(J. M. Ferrin, F. Chan, J. Chronister, C. Y. Chiu, polska adaptacja: S. Byra)

Instrukcja: Używając 4-stopniowej skali oceny, proszę wskazać w jakim stopniu zgadza się Pani lub nie z każdym z poniższych stwierdzeń. 1=Zdecydowanie się nie zgadzam, 2=Nie zgadzam się, 3=Zgadzam się, 4=Zdecydowanie się zgadzam

Lp.	Twierdzenie	1	2	3	4
1	Moja niepełnosprawność jest tylko jednym aspektem tego, kim jestem.	1	2	3	4
2	Moje cechy wrodzone są wartościowe.	1	2	3	4
3	Gdy porównuję się z innymi ludźmi, dostrzegam, że nie jestem tak dobra jak oni.	1	2	3	4
4	Gdy widzę, ile ludzie potrafią zrobić w ciągu jednego dnia, uświadamiam sobie, że nie jestem dość dobra, ponieważ nie potrafię zrobić aż tak dużo.	1	2	3	4
5	Odkryłam inne sposoby na robienie rzeczy, które lubię.	1	2	3	4
6	Nadal jestem odpowiedzialnym członkiem mojej społeczności.	1	2	3	4
7	Im mniej myślę o swojej niepełnosprawności, tym łatwiej jest mi zrobić krok naprzód.	1	2	3	4
8	Z powodu niepełnosprawności uważam siebie za gorszą osobę.	1	2	3	4
9	Zmaganie się z codziennością zbyt mnie absorbuje abym myślała o mojej niepełnosprawności.	1	2	3	4
10	Dużo rozmyślałam nad tym, co straciłam z powodu mojej niepełnosprawności.	1	2	3	4
11	Ludzie, z którymi jestem w relacji, zdają sobie sprawę, że moja niepełnosprawność to tylko jeden z aspektów, charakteryzujących mnie jako osobę.	1	2	3	4
12	Nie mogę już wnieść żadnego wkładu do życia społecznego.	1	2	3	4
13	Dopiero teraz dostrzegam pozytywne strony mojego życia.	1	2	3	4
14	Jeżeli codzienne czynności sprawiają mi jakąś trudność, znajduję lepsze sposoby na ich wykonanie.	1	2	3	4
15	Z uwagi na moją niepełnosprawność, wszystko, co robię jest poniżej przeciętnej.	1	2	3	4
16	Nie mogę przestać myśleć o mojej niepełnosprawności.	1	2	3	4
17	Nie martwi mnie porównywanie się z innymi; po prostu koncentruję się na tym, co mam do zaoferowania.	1	2	3	4
18	Niepełnosprawność wpływa na każdy aspekt mojego życia.	1	2	3	4
19	Różnię się od innych, ale nie jestem od nich ani lepsza ani gorsza.	1	2	3	4

20	Moja niepełnosprawność jest jak uszkodzone narzędzie, które przy pomocy innych środków, pozwala mi iść dalej.	1	2	3	4
21	Trudno mi znaleźć inne sposoby na osiągnięcie moich celów życiowych.	1	2	3	4
22	Liczy się nie to, co utraciłam, lecz to, co mi pozostało.	1	2	3	4
23	Zdaję sobie sprawę z moich ograniczeń, ale mogę dużo osiągnąć, wykonując swoje codzienne zadania.	1	2	3	4
24	Jestem zdeterminowana, by wykonywać moją część obowiązków domowych, zamiast koncentrować się na tym, czego nie mogę robić.	1	2	3	4
25	Nie ma nic ważniejszego niż normalny wygląd.	1	2	3	4
26	Docenianie innych rzeczy w życiu przychodzi mi z trudnością.	1	2	3	4
27	Nie dorównuję innym ludziom.	1	2	3	4
28	Potrafię zaakceptować nowe sposoby myślenia o sobie.	1	2	3	4
29	Pomimo mojej niepełnosprawności, zaczęłam doceniać inne rzeczy w moim życiu.	1	2	3	4
30	Jeśli jestem cierpliwa wobec siebie nadal mogę robić dużo rzeczy.	1	2	3	4
31	Nic w życiu się nie liczy, straciłam wszystko, co było dla mnie ważne.	1	2	3	4
32	Gdy jestem wśród innych ludzi, staram się nie pokazywać, że wkładam wiele wysiłku w wykonywane czynności.	1	2	3	4
33	Czuję się nieatrakcyjny z powodu mojej niepełnosprawności.	1	2	3	4
34	Jestem wartościową osobą, mimo mojej niepełnosprawności.	1	2	3	4
35	Często rozmyślam o mojej niepełnosprawności.	1	2	3	4
36	Odczuwam satysfakcję gdy robię wszystko najlepiej jak potrafię i moje wysiłki zostają nagrodzone.	1	2	3	4
37	Nabywanie mądrości jest dla mnie ważniejsze niż martwienie się zmianą wyglądu czy utratą zdolności.	1	2	3	4
38	Dostrzegam jedynie własne ograniczenia.	1	2	3	4
39	Jestem przekonana, że osoba z niepełnosprawnością jest gorsza niż pełnosprawna.	1	2	3	4
40	Porównując się do osoby, jaką byłam wcześniej, postrzegam obecnie siebie jako kogoś bezwartościowego.	1	2	3	4
41	Z powodu mojej niepełnosprawności mniej koncentruję się na zmianach w moim wyglądzie, a bardziej na pozytywnych aspektach mojej osobowości.	1	2	3	4
42	Bardzo się złościę, kiedy uświadamiam sobie, że nie mogę czegoś zrobić.	1	2	3	4

KWESTIONARIUSZ COPE (Coping Orientations to Problems Experienced)

C. S. Carver, M. F. Scheier, J. K. Weintraub (polska adaptacja S. Piątek i K. Wrześniewskiego)

W kwestionariuszu należy wskazać, co Pani czuje, jak postępuje zmagając się z trudnościami, których doświadcza Pani na co dzień. Prosimy o ustosunkowanie się do niżej wymienionych twierdzeń. Przy każdym z nich podano 4 cyfry. Odpowiadają im następujące znaczenia: 1 – nigdy tak nie robiłam, 2 – rzadko tak robiłam, 3 – często tak robiłam, 4 - prawie zawsze tak robiłam. Prosimy o zakreślenie tej cyfry, której znaczenie najlepiej charakteryzuje Pani reakcje. Nie ma tu odpowiedzi dobrych ani złych, dlatego prosimy o szczerą odpowiedź, bo takie będą miały wartość.

Lp.	Twierdzenie	1	2	3	4
1.	Rozwijam się jako człowiek dzięki doświadczeniom życiowym	1	2	3	4
2.	Koncentruję się na pracy i innych czynnościach, aby nie myśleć o trudnościach	1	2	3	4
3.	Czuję się rozbita i okazuję to	1	2	3	4
4.	Radzę się innych, co robić	1	2	3	4
5.	Usiłuję coś z tym zrobić	1	2	3	4
6.	Mówię sobie „to nie dzieje się naprawdę”	1	2	3	4
7.	Powierzam wszystko Bogu	1	2	3	4
8.	Śmieję się z tej sytuacji	1	2	3	4
9.	Przyznaję się przed sobą, że nic tu nie poradzę i przestaję próbować	1	2	3	4
10.	Powstrzymuję się przed pochopnym działaniem	1	2	3	4
11.	Rozmawiam z kimś o tym, co czuję	1	2	3	4
12.	Poprawiam sobie samopoczucie pijąc alkohol lub przyjmując inne środki	1	2	3	4
13.	Przyzwyczajam się do myśli, że to się stało	1	2	3	4
14.	Rozmawiam z kimś, żeby dowiedzieć się czegoś więcej o sytuacji	1	2	3	4
15.	Staram się, by nie rozpraszały mnie inne myśli i działania	1	2	3	4
16.	Marzę o czymś innym	1	2	3	4
17.	Denerwuję się i jestem tego świadoma	1	2	3	4
18.	Proszę Boga o pomoc	1	2	3	4
19.	Układam plan działania	1	2	3	4
20.	Żartuję z tego	1	2	3	4
21.	Mówię sobie „stało się i się nie odstanie”	1	2	3	4
22.	Powstrzymuję się od działania dopóki sytuacja nie pozwala na nie	1	2	3	4
23.	Szukam uczuciowego oparcia u przyjaciół lub rodziny	1	2	3	4
24.	Po prostu rezygnuję z prób osiągnięcia celu	1	2	3	4
25.	Robię wszystko, aby rozwiązać problem	1	2	3	4
26.	Zatracam się na chwilę, pijąc alkohol lub przyjmując inne środki	1	2	3	4
27.	Nie przyjmuję do wiadomości, że to się stało	1	2	3	4
28.	Daję upust moim emocjom	1	2	3	4
29.	Staram się zobaczyć to w lepszym świetle	1	2	3	4
30.	Rozmawiam z kimś, kto może zrobić coś konkretnego w tej sprawie	1	2	3	4
31.	Sypiam więcej niż zwykle	1	2	3	4
32.	Staram się wymyśleć strategię działania	1	2	3	4
33.	Koncentruję się na problemie i jeśli trzeba odkładam inne rzeczy	1	2	3	4
34.	Szukam u kogoś współczucia i zrozumienia	1	2	3	4
35.	Piję alkohol lub używam innych środków, żeby mniej o tym myśleć	1	2	3	4
36.	Stroję sobie z tego żarty	1	2	3	4
37.	Rezygnuję z próby osiągnięcia tego, czego chcę	1	2	3	4
38.	Szukam czegoś dobrego w tym, co się wydarzyło	1	2	3	4
39.	Zastanawiam się, jak najlepiej poradzić sobie z tym problemem	1	2	3	4
40.	Udaję, że tak naprawdę nic się nie wydarzyło	1	2	3	4
41.	Upewniam się, czy przedwczesne działanie nie pogorszy sprawy	1	2	3	4

42.	Staram się, aby inne rzeczy nie przeszkadzały mi w rozwiązaniu problemu	1	2	3	4
43.	Chodzę do kina lub oglądam TV żeby mniej o tym myśleć	1	2	3	4
44.	Przyjmuję do wiadomości, że to się naprawdę stało	1	2	3	4
45.	Pytam ludzi z podobnymi doświadczeniami o to, co robili w mojej sytuacji	1	2	3	4
46.	Okazuję to, że jest mi źle	1	2	3	4
47.	Podejmuję się działania, by obejść problem	1	2	3	4
48.	Próbuję znaleźć ukojenie w religii	1	2	3	4
49.	Czekam na właściwy moment, by coś zrobić	1	2	3	4
50.	Drwię sobie z napotykaných sytuacji	1	2	3	4
51.	Zmniejszam wysiłek wkładany w rozwiązanie problemu	1	2	3	4
52.	Opowiadam komuś o moich uczuciach	1	2	3	4
53.	Piję alkohol lub przyjmuję inne środki, by łatwiej przez to przejść	1	2	3	4
54.	Uczę się z tym żyć	1	2	3	4
55.	Odkładam inne czynności, aby skoncentrować się na problemach	1	2	3	4
56.	Zastanawiam się intensywnie, jakie podjąć kroki	1	2	3	4
57.	Zachowuję się tak, jakby nic się nie stało	1	2	3	4
58.	Krok po kroku robię to, co jest do zrobienia	1	2	3	4
59.	Doświadczenie to nauczyło mnie czegoś	1	2	3	4
60.	Modlę się więcej niż zwykle	1	2	3	4

SKALA PIERWOTNEJ I WTÓRNEJ OCENY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (SPWON)

(R. E. Dean, P. Kennedy, polska adaptacja S. Byra)

Interesuje nas to, co ludzie myślą o swoim uszkodzeniu narządu ruchu i jak te myśli mogą zmieniać się na przestrzeni czasu. Używając następujące skali, proszę ocenić, do jakiego stopnia poniższe stwierdzenia odzwierciedlają Twoje obecne postrzeganie posiadanego uszkodzenia i zakreśl kółkiem właściwą odpowiedź. Prosimy, odpowiadaj tak szybko, jak to tylko możliwe, gdyż pierwsza odpowiedź, która przychodzi na myśl, jest z reguły najtrafniejsza.

1- Zdecydowanie nie zgadzam się; 2 – Nie zgadzam się; 3 – Raczej nie zgadzam się;

4 – Raczej zgadzam się; 5 – Zgadzam się; 6 – Zdecydowanie się zgadzam

Lp.	Twierdzenie	1	2	3	4	5	6
1.	Uszkodzenie narządu ruchu to coś, co znacząco zmieni resztę mojego życia	1	2	3	4	5	6
2.	Jest wiele rzeczy, które mogę zrobić, by zmienić swoją sytuację	1	2	3	4	5	6
3.	Jestem tą samą osobą, którą zawsze byłam	1	2	3	4	5	6
4.	Ominie mnie wiele aspektów mojego dotychczasowego życia	1	2	3	4	5	6
5.	Im więcej dowiaduję się o tej sytuacji, tym lepiej potrafię sobie z nią poradzić	1	2	3	4	5	6
6.	Od czasu doznania urazu jest mi trudniej kontrolować emocje	1	2	3	4	5	6
7.	Ta sytuacja przerosłaby każdą osobę	1	2	3	4	5	6
8.	Jestem gotowa decydować o własnej przyszłości	1	2	3	4	5	6
9.	Dzisiejszy świat jest bardziej wrogi niż kiedyś	1	2	3	4	5	6
10.	Codziennie życie to walka	1	2	3	4	5	6
11.	Zwyczajne rzeczy w życiu są teraz dla mnie dużo bardziej cenne	1	2	3	4	5	6
12.	To wpływa negatywnie na każdą osobę w moim życiu	1	2	3	4	5	6
13.	Moje przeszłe doświadczenia pomagają mi radzić sobie z tą sytuacją	1	2	3	4	5	6
14.	To doświadczenie uczyniło mnie silniejszą	1	2	3	4	5	6
15.	Boję się tego, co stanie się z moim zdrowiem fizycznym	1	2	3	4	5	6
16.	Nie umiem ani na chwilę zapomnieć, że jestem na wózku	1	2	3	4	5	6
17.	Jestem bardziej odporna	1	2	3	4	5	6
18.	Trudno jest mi sobie wyobrazić, jak będzie wyglądała moja przyszłość	1	2	3	4	5	6
19.	Nie pozwolę, aby ta sytuacja mnie pokonała	1	2	3	4	5	6
20.	Zbyt wiele uwagi przykładana jest do moich fizycznych potrzeb, a nie emocjonalnych	1	2	3	4	5	6
21.	Jestem niezależna	1	2	3	4	5	6
22.	Jesteśmy teraz sobie bliżsi jako rodzina	1	2	3	4	5	6
23.	Nie umiem zaakceptować swojej sytuacji	1	2	3	4	5	6
24.	Życie codzienne jest frustrujące	1	2	3	4	5	6

25.	Mam obecnie bardziej ograniczony wybór w sprawach, które są dla mnie ważne	1	2	3	4	5	6
26.	Nie mogę uwierzyć, że to mi się przydarzyło	1	2	3	4	5	6
27.	Będę dalej żyła pełnią życia	1	2	3	4	5	6
28.	Inni ludzie postrzegają mnie jako kogoś gorszego	1	2	3	4	5	6
29.	Teraz postrzegam niepełnosprawność bardziej pozytywnie	1	2	3	4	5	6
30.	Brak możliwości poruszania się całkowicie zdominował moje życie	1	2	3	4	5	6
31.	Czuję się bardziej bezbronna	1	2	3	4	5	6
32.	Często myślę o rzeczach, których nie jestem w stanie zrobić	1	2	3	4	5	6
33.	Mogę to przezwyciężyć	1	2	3	4	5	6

KWESTIONARIUSZ BHI

J. Trzebiński, M. Zięba

Przeczytaj uważnie każde z poniższych stwierdzeń. Oceń, jak dobrze każde z nich pasuje do Twoich przekonań i doświadczeń. Zaznacz swoją odpowiedź, zakreślając kółkiem odpowiednią liczbę.

- 1- Zdecydowanie nie zgadzam się; 2 – raczej nie zgadzam się; 3 – ani się nie zgadzam, ani zgadzam; 4-raczej zgadzam się; 5-zdecydowanie zgadzam się

Lp.	Stwierdzenie	1	2	3	4	5
1	Ludzie mają więcej dobrych niż złych wspomnień z dzieciństwa	1	2	3	4	5
2	Świat jest sprawiedliwy i każdy otrzyma prędzej czy później to, na co zasłużył	1	2	3	4	5
3	Nie ma rzeczywistości obiektywnego dobra i zła	1	2	3	4	5
4	Większość ludzi jest zadowolonych ze swojego życia	1	2	3	4	5
5	Rzeczywistość, która nas otacza jest niewytłumaczalna i nieprzewidywalna	1	2	3	4	5
6	Świat jest w gruncie rzeczy dobry, nawet jeśli jest nam źle	1	2	3	4	5
7	Warto pozwolić sobie na fantazjowanie i marzenia o tym, jak zrealizować swoje najważniejsze zamierzenia	1	2	3	4	5
8	Zawsze znajdują się jacyś ludzie, którzy pomogą nam w trudnych chwilach	1	2	3	4	5
9	Spotykające nas ważne wydarzenia są przypadkowe i jesteśmy na łasce losu	1	2	3	4	5
10	Los jest mi nieprzychylny	1	2	3	4	5
11	Świat jest w gruncie rzeczy sensowny i o coś w nim chodzi, nawet jeśli czasem czujemy się zagubieni	1	2	3	4	5

12. Przeczytaj dwa powiedzenia i zaznacz na skali, które z nich bliższe jest Twoim doświadczeniom i odczuciom. „1” lub „2” oznacza, że bardziej zgadzasz się z twierdzeniem po lewej stronie. „4” lub „5”, że bardziej zgadzasz się z twierdzeniem po prawej stronie. Jeśli zupełnie nie możesz zdecydować, zaznacz „3”. Staraj się jednak wybrać to powiedzenie, które uważasz za trafniejsze.

„Nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło” 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 „Nie ma tego złego, co by na gorsze nie wyszło”

SKALA UOGÓLNIONEJ WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI (GSES)

(R. Schwarzer, M. Jerusalem, polska adaptacja: Z. Juczyński)

W każdym stwierdzeniu otocz kółkiem właściwą dla siebie odpowiedź. Poszczególne punkty skali oznaczają:

- 1- NIE – nieprawdziwe
- 2- W minimalnym stopniu prawdziwe
- 3- Raczej prawdziwe
- 4- TAK- całkowicie prawdziwe

1	Zawsze jestem w stanie rozwiązać trudne problemy, jeśli tylko wystarczająco się staram	1	2	3	4
2	Jeśli ktoś mi się sprzeciwia, mam sposoby, aby osiągnąć to, co chcę	1	2	3	4
3	Łatwo jest mi trzymać się swoich celów i je osiągać	1	2	3	4
4	Jestem przekonana/y, że skutecznie poradziłbym sobie z niespodziewanymi wydarzeniami	1	2	3	4
5	Dzięki swojej pomysłowości potrafię dać sobie radę w nieoczekiwanych sytuacjach	1	2	3	4
6	Potrafię rozwiązać większość problemów, jeśli włożę w to odpowiednio dużo wysiłku	1	2	3	4
7	Potrafię zachować spokój w obliczu trudności, gdyż mogę polegać na swoich umiejętnościach radzenia sobie	1	2	3	4
8	Gdy zmagam się z jakimś problemem, zwykle znajduję kilka rozwiązań	1	2	3	4
9	Gdy jestem w kłopotliwej sytuacji na ogół wiem, co robić	1	2	3	4
10	Niezależnie od tego, co mnie spotyka, potrafię sobie z tym poradzić	1	2	3	4

Skala Samooceny W. Fittsa

Poniżej znajdziesz kilkadziesiąt twierdzeń. Twoim zadaniem jest wskazanie, w jakim stopniu dotyczą one Ciebie. Nie ma tu odpowiedzi dobrych ani złych. Mogą być jedynie odpowiedzi szczerze lub nieszczerze, to zależy od Ciebie. Udzielając odpowiedzi, bierz pod uwagę tylko okres ostatnich 6 tygodni. Masz do wyboru 5 możliwych odpowiedzi. Uważaj, aby nie opuścić żadnego pytania. Właściwą odpowiedź zakreśl kółkiem. W jakim stopniu poniższe twierdzenia są prawdziwe w odniesieniu do Ciebie?

Znaczenie symboli:

- 1 – w pełni nieprawdziwe
- 2 – raczej nieprawdziwe
- 3 - częściowo nieprawdziwe, częściowo prawdziwe
- 4 - raczej prawdziwe
- 5 - w pełni prawdziwe

1	Mam zdrowe ciało	1	2	3	4	5
2	Lubię zawsze ładnie i czysto wyglądać.	1	2	3	4	5
3	Jestem atrakcyjną osobą	1	2	3	4	5
4	Jestem osobą pełną cierpienia i bólu.	1	2	3	4	5
5	Uważam, że jestem niezdara.	1	2	3	4	5
6	Jestem człowiekiem chorym.	1	2	3	4	5
7	Nie jestem osobą ani zbyt szczupłą ani zbyt tęgą.	1	2	3	4	5
8	Nie jestem ani zbyt wysoka ani zbyt niska.	1	2	3	4	5
9	Podoba mi się swój wygląd zewnętrzny.	1	2	3	4	5
10	Nie czuję tak dobrze, jak powinnam.	1	2	3	4	5
11	Chciałbym zmienić trochę swoją powierzchowność.	1	2	3	4	5
12	Powinnam być bardziej atrakcyjna.	1	2	3	4	5
13	Dbam o swoją kondycję fizyczną.	1	2	3	4	5
14	Zwykle czuję się dobrze.	1	2	3	4	5
15	Staram się dbać o swój wygląd zewnętrzny.	1	2	3	4	5
16	W sporcie jestem do niczego.	1	2	3	4	5
17	Często robię coś bardzo niezdarnie.	1	2	3	4	5
18	Źle śpiam.	1	2	3	4	5
19	Jestem przyzwoitym człowiekiem.	1	2	3	4	5
20	Jestem osoba religijna.	1	2	3	4	5
21	Jestem uczciwym człowiekiem.	1	2	3	4	5
22	Jestem moralnym zerem.	1	2	3	4	5
23	Jestem złym człowiekiem.	1	2	3	4	5
24	Jestem osobą słabą moralnie.	1	2	3	4	5
25	Moje moralne postępowanie uważam za zadowalające.	1	2	3	4	5
26	Jestem tak religijna, jakbym tego chciała.	1	2	3	4	5
27	Mój stosunek do religii uważam za słuszny.	1	2	3	4	5
28	Chciałabym być bardziej godna zaufania.	1	2	3	4	5
29	Powinnam częściej chodzić do kościoła.	1	2	3	4	5
30	Nie powinnam tak dużo kłamać.	1	2	3	4	5
31	Moje życie codzienne jest zgodne z moimi przekonaniem.	1	2	3	4	5
32	Zazwyczaj postępuję właściwie.	1	2	3	4	5
33	Kiedy wiem, że źle postępuję, próbuję coś zmienić.	1	2	3	4	5
34	Czasami postępuję nieuczciwie, aby dopiąć swego.	1	2	3	4	5
35	Zdarza mi się bardzo źle postępować.	1	2	3	4	5

36	Mam trudności w robieniu tego, co jest właściwe.	1	2	3	4	5
37	Jestem człowiekiem pogodnym.	1	2	3	4	5
38	Potrafię nad sobą panować.	1	2	3	4	5
39	Jestem człowiekiem spokojnym i łatwym we współżyciu.	1	2	3	4	5
40	Jestem osobą wypełnioną nienawiścią.	1	2	3	4	5
41	Jestem niczym.	1	2	3	4	5
42	Tracę głowę.	1	2	3	4	5
43	Jestem człowiekiem zadowolonym, że jestem taki właśnie, jaki jestem.	1	2	3	4	5
44	Jestem tak sprytna, jak chcę.	1	2	3	4	5
45	Jestem tak miła, jak należy.	1	2	3	4	5
46	Nie jestem, kim chciałbym być.	1	2	3	4	5
47	Gardzę sobą.	1	2	3	4	5
48	Nie chciałbym tak łatwo rezygnować.	1	2	3	4	5
49	Potrafię zawsze panować nad sobą w każdej sytuacji.	1	2	3	4	5
50	Jestem kimś, kto jest ważny dla rodziny i przyjaciół.	1	2	3	4	5
51	Przyznaję się do błędów, nie wpadając w gniew.	1	2	3	4	5
52	Często zmieniam zdanie.	1	2	3	4	5
53	Zdarza się, że najpierw coś zrobię, a potem pomyślę.	1	2	3	4	5
54	Staram się uciekać od moich kłopotów.	1	2	3	4	5
55	Mam rodzinę, na którą mogę liczyć w każdej trudnej sytuacji.	1	2	3	4	5
56	W domu robię to, co do mnie należy.	1	2	3	4	5
57	Żyję w szczęśliwej rodzinie	1	2	3	4	5
58	Moja rodzina mnie nie kocha.	1	2	3	4	5
59	Moi przyjaciele nie ufają mi.	1	2	3	4	5
60	Czuję, że moja rodzina mnie nie kocha.	1	2	3	4	5
61	Jestem osobą zadowoloną z moich układów rodzinnych.	1	2	3	4	5
62	Traktuję moich rodziców tak dobrze, jak powinienem.	1	2	3	4	5
63	Rozumiem moją rodzinę tak dobrze, jak należy.	1	2	3	4	5
64	Jestem zbyt wrażliwa na to, co mówi moja rodzina.	1	2	3	4	5
65	Powinnam bardziej ufać mojej rodzinie.	1	2	3	4	5
66	Powinnam bardziej kochać moja rodzinę.	1	2	3	4	5
67	Staram się postępować uczciwie z rodziną i przyjaciółmi.	1	2	3	4	5
68	Rozwiązuję swoje problemy bez trudności.	1	2	3	4	5
69	Zajmuję się rzetelnie sprawami mojej rodziny.	1	2	3	4	5
70	Jestem zła na cały świat.	1	2	3	4	5
71	Kłócę się z rodziną.	1	2	3	4	5
72	Jestem ustępliwa wobec moich rodziców.	1	2	3	4	5
73	Nie postępuję tak, jak moja rodzina uważa, że powinnam.	1	2	3	4	5
74	Jestem przyjacielskim człowiekiem.	1	2	3	4	5
75	Cieszę się uznaniem wśród kobiet.	1	2	3	4	5
76	Cieszę się uznaniem wśród mężczyzn.	1	2	3	4	5
77	Nie interesuje mnie, co robią inni ludzie.	1	2	3	4	5
78	Trudno żyć ze mną w zgodzie.	1	2	3	4	5
79	Jestem tak towarzyska, jak chcę być.	1	2	3	4	5
80	Jestem zadowolona z tego, jak traktuję innych ludzi.	1	2	3	4	5
81	Staram się być dobra dla innych bez zbytej przesady.	1	2	3	4	5
82	Powinnam być bardziej uprzejma dla innych.	1	2	3	4	5

83	Towarzysko jestem do niczego.	1	2	3	4	5
84	Powinnam lepiej współżyć z innymi ludźmi.	1	2	3	4	5
85	Staram się zrozumieć czyjeś poglądy.	1	2	3	4	5
86	Dostrzegam dobre strony u wszystkich ludzi.	1	2	3	4	5
87	Dobrze współżyję z innymi.	1	2	3	4	5
88	Nie czuję się swobodnie wśród innych ludzi.	1	2	3	4	5
89	Niełatwo przebaczam.	1	2	3	4	5
90	Jest mi trudno nawiązać kontakt z nieznanym.	1	2	3	4	5
91	Nie zawsze mówię prawdę.	1	2	3	4	5
92	Czasami przychodzą mi do głowy myśli, o których boję się mówić.	1	2	3	4	5
93	Czasami wpadam w gniew.	1	2	3	4	5
94	Czasami, gdy źle się czuję, sprzeciwiam się wszystkiemu.	1	2	3	4	5
95	Nie zachwycam się każdym, kogo znam.	1	2	3	4	5
96	Zdarza mi się trochę popłotkować.	1	2	3	4	5
97	Zdarza mi się śmiać ze świńskich kawałów.	1	2	3	4	5
98	Czasami mam ochotę kłąć.	1	2	3	4	5
99	Wolę wygrać, niż przegrać.	1	2	3	4	5
100	Zdarza mi się odkładać na jutro, to co powinnam zrobić dzisiaj.	1	2	3	4	5

SKALA WSPARCIA SPOŁECZNEGO – SWS

K. Kmieciak-Baran

Przeczytaj każde stwierdzenie i zdecyduj czy grupy lub osoby wymienione niżej zachowywały się w stosunku do Ciebie w taki sposób, jak głosi dane zachowanie.

Skala ocen: 3 – TAK, 2 – RACZEJ TAK, 1 – RACZEJ NIE, 0 – NIE, NIE DOTYCZY

Grupy społeczne																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.Rodzice																
2.Rodzeństwo																
3.Inni krewni																
4.Koledzy z uczelni/ pracy																
5.Koledzy z osiedla																
6.Sąsiedzi																
7.Nauczyciele/ Współpracownicy																
8.Obcy																

1. Cierpliwie tłumaczę gdy czegoś nie rozumiem.
2. Ostrzegają mnie gdy grozi mi niebezpieczeństwo.
3. Przy podejmowaniu ważnych decyzji ich rady okazały się cenne.
4. Zdarza się, że celowo wprowadzają mnie w błąd
5. Pożyczają mi pieniądze gdy jestem w potrzebie.
6. Poświęcają dla mnie dużo czasu.
7. Opiekują się mną gdy tego potrzebuję.
8. Gdy proszę o konkretną pomoc, odmawiając nie ukrywają złości.
9. Uważają, że nic nie potrafię dobrze zrobić.
10. Na ogół powierzają mi zadania bardzo ważne.
11. W ich towarzystwie czuję się kimś.
12. Często służę im różnymi radami.
13. Rozumieją mnie.
14. Akceptują mnie takiego jakim jestem.
15. Czuję się przez nich lekceważony.
16. W ich towarzystwie czuję się bezpieczny.

**KWESTIONARIUSZ SIŁY RELACJI INTERPERSONALNEJ (KSRI), ZBIEG,
SŁOWIŃSKA.**

Pomyśl o swoim mężu/partnerze, członku najbliższej rodziny, przyjacielu/przyjaciółce. Podkreśl, kogo masz na myśli.

W dalszej części znajdują się stwierdzenia opisujące relację łączącą dwoje ludzi. Zastanów się i zaznacz liczbą w jakim stopniu każde zdanie opisuje łączącą Was relację, gdzie kolejne liczby oznaczają: 1 – zupełnie nie opisuje naszej relacji; 2 – nie opisuje naszej relacji; 3 – raczej nie opisuje naszej relacji; 4 – trudno powiedzieć; 5 – raczej opisuje naszą relację; 6 – opisuje naszą relację; 7 – w pełni opisuje naszą relację

1. Zazwyczaj informacje na swój temat otrzymujemy codziennie, a nawet kilka razy dziennie.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
2. Zazwyczaj rozmawiamy ze sobą niemal codziennie.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
3. Zazwyczaj niemal codziennie spędzamy ze sobą czas.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
4. Wiemy o sobie od bardzo dawna.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
5. Już od bardzo dawna rozmawiamy ze sobą.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
6. Od bardzo dawna wspólnie spędzamy czas.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
7. Obecnie jesteśmy na bieżąco w sprawach, które dotyczą drugiej osoby.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
8. Od naszej ostatniej rozmowy upłynęło bardzo niewiele czasu.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
9. Bardzo niedawno spędzaliśmy ze sobą czas.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
10. Jeśli chodzi o sytuację osobistą/rodzinną, jesteśmy na niemal identycznym etapie życia.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
11. Jesteśmy w tym samym punkcie życia edukacyjnego/zawodowego.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
12. Mamy podobne warunki życia i możliwości finansowe.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
13. Mamy zbliżone charaktery i niemal tak samo reagujemy i okazujemy emocje.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
14. Mamy niemal identyczne poglądy i wartości, którymi kierujemy się w życiu.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
15. Nasze zainteresowania i sposób spędzania wolnego czasu niemal całkowicie się pokrywają.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
16. Mieszkamy bardzo niedaleko siebie.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
17. W każdej chwili możemy się ze sobą skontaktować.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
18. Grono naszych wspólnych znajomych jest bardzo liczne.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
19. To, co robimy razem, obejmuje prawie wszystkie obszary mojego życia (np. szkoła,		

praca; życie osobiste, rodzinne; czas wolny, rozrywka).		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
20. Rozmawiamy na niemal wszystkie możliwe tematy.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
21. Znamy swoje różne oblicza.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
22. Nasza relacja jest dla mnie bardzo ważna i mocno dotknęłoby mnie, gdyby jej zabrakło.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
23. Bezgranicznie sobie ufamy i wiemy, że nikt z nas nie zrobiłby najmniejszej nawet rzeczy, która naruszyłaby interesy lub uczucia drugiej osoby.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
24. Gdy jesteśmy razem, nie musimy niczego udawać i niczego ukrywać, nawet w kwestiach trudnych i wstydliwych.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
25. Często zwracamy się do siebie, gdy potrzebujemy przysługi lub brakujących nam informacji.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
26. W trudnych emocjonalnie sytuacjach kontaktujemy się ze sobą, szukając wsparcia, zrozumienia i podtrzymania na duchu.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację
27. Prosząc o pożyczkę lub inne materialne wsparcie czujemy się komfortowo i możemy na nie liczyć.		
Zupełnie nie opisuje naszej relacji	1 2 3 4 5 6 7	W pełni opisuje naszą relację

Kwestionariusz ankiety

1. Wiek (w latach)

2. Miejsce zamieszkania: a) wieś, b) miasto.

3. Jaki jest Pani stan cywilny?

- a) panna,
- b) mężatka,
- c) rozwódka,
- d) w separacji,
- e) wdowa.

4. Czy Posiada Pani dzieci? a) tak (ile?)..... b) nie.

5. Jakie posiada Pani wykształcenie?

- a) podstawowe,
- b) gimnazjalne,
- c) zawodowe,
- d) średnie,
- e) niepełne wyższe,
- f) wyższe.

6. Czy obecnie pracuje Pani zawodowo? a) tak, b) nie.

7. Jeśli odpowiedź na pytanie 6 była twierdząca, proszę podać, jaka jest forma Pani zatrudnienia?

- a) pełny etat,
- b) niepełny etat,
- c) umowa zlecenie,
- d) umowa o dzieło.

8. Jak ocenia Pani swoją sytuację finansową?

- a) bardzo dobrze,
- b) dobrze,
- c) przeciętnie,
- d) źle,
- e) bardzo źle.

9. Jaki rodzaj niepełnosprawności Pani posiada: a) wrodzona, b) nabyta.

10. Jeśli niepełnosprawność jest nabyta, proszę podać czas trwania Pani niepełnosprawności.....

11. Jaka jest przyczyna posiadanej przez Panią niepełnosprawności?

- a) amputacja kończyny dolnej,
- b) uraz rdzenia kręgowego,
- c) inne (jakie?).....

