



UMCS

UNIwersytet Marii Curie-Skłodowskiej
w Lublinie

Wydział Pedagogiki i Psychologii

Kierunek: Pedagogika

Dorota Wyrzykowska-Koda

**Działalność twórcza osób
z niepełnosprawnością i jej uwarunkowania**

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

Lublin rok 2024

Serdecznie dziękuję
Panu prof. dr hab. Januszowi Kirenko
za nieocenioną pomoc – życzliwość, wyrozumiałość,
cenne rady i wskazówki merytoryczne udzielone podczas
realizacji niniejszej rozprawy doktorskiej

Spis treści

Wstęp	11
Rozdział I Niepełnosprawność – ujęcie terminologiczne i koncepcyjne	16
1.1. Wprowadzenie w problematykę niepełnosprawności	16
1.2. Rodzaje niepełnosprawności	25
1.3. Rozmiary niepełnosprawności	26
1.4. Niepełnosprawność wzroku – definicje, zakres, klasyfikacje	28
1.5. Psychospołeczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością wzroku	32
1.6. Niepełnosprawność słuchu– definicje, zakres, klasyfikacje	35
1.7. Osoby z uszkodzonym słuchem w przestrzeni społecznej	37
1.8. Niepełnosprawność ruchowa – definicje, zakres, klasyfikacje	40
1.9. Psychospołeczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością ruchową ..	43
1.10. Zaburzenia psychiczne – definicje, zakres, klasyfikacje	47
1.11. Psychospołeczne funkcjonowanie osób z zaburzeniami psychicznymi	50
Rozdział II Psychospołeczne uwarunkowania funkcjonowania badanych osób z niepełnosprawnością	53
2.1. Poczucie koherencji.....	53
2.2. Poczucie koherencji osób z niepełnosprawnością.....	59
2.3. Samoocena	62
2.4. Samoocena osób z niepełnosprawnością.....	73
2.5. Wsparcie społeczne	79
2.6. Wsparcie społeczne w chorobie i niepełnosprawności	87
Rozdział III Twórczość – analiza teoretyczna	94
3.1. Wokół pojęcia twórczości	94

3.2. Próba identyfikacji pojęcia „działalność twórcza”. Specyfika i przejawy działalności twórczej	105
3.3. Struktura form działalności twórczej	115
3.4. Działalność twórcza osób z niepełnosprawnością	123
3.5. Wartość sztuki osób z niepełnosprawnością.....	132
Rozdział IV Metodologiczne podstawy badań własnych	142
4.1. Uzasadnienie podjętej problematyki badawczej.....	142
4.2. Problematyka badawcza, cel badań i hipotezy badawcze.....	144
4.3. Zmienne i wskaźniki	147
4.4. Metoda i narzędzia badań	148
4.5. Metody analizy statystycznej.....	152
4.6. Organizacja i przebieg badań.....	153
4.7. Charakterystyka badanej grupy	155
Rozdział V Działalność twórcza badanych osób.....	165
5.1. Działalność twórcza badanych osób z niepełnosprawnością.....	165
Rozdział VI Postawy twórcze badanych osób i ich uwarunkowania.....	182
6.1. Postawy twórcze ANOVA.....	182
6.2. Zasoby osobiste/psychospołeczne przystosowanie ANOVA	186
6.2.1. Poczucie koherencji	186
6.2.2. Samoocena	190
6.2.3. Wsparcie społeczne.....	192
Rozdział VII Podsumowanie z dyskusją wyników badań.....	198
7.1. Działalność twórcza/zachowanie twórcze badanych osób z niepełnosprawnością	198
7.2. Psychospołeczne uwarunkowania funkcjonowania/Zasoby osobiste badanych osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością	200

7.3. Analiza zależności pomiędzy uwarunkowaniami/korelatami funkcjonowania a zachowaniem twórczym badanych osób.....	204
7.4. Ograniczenia i trudności badań empirycznych	204
7.5. Implikacje poznawcze przeprowadzonych badań i postulaty dla praktyki rehabilitacyjnej	207
Zakończenie	211
Bibliografia	214
Spis tabel, wykresów i map	236
Aneks	239

„Bóg powołał zatem człowieka do istnienia, powierzając mu zadanie bycia twórcą. W «twórczości artystycznej» człowiek bardziej niż w jakikolwiek inny sposób objawia się jako «obraz Boży» i wypełnia to zadanie przede wszystkim kształtując wspaniałą «materię» własnego człowieczeństwa, a z kolei także sprawując twórczą władzę nad otaczającym go światem.”

Jan Paweł II

Wstęp

Niepełnosprawność jest dla człowieka sytuacją trudną – stresową. Powoduje zakłócenie lub uniemożliwienie realizacji celów życiowych, pełnionych dotychczas ról w rodzinie i w pracy, pozbawia cennych wartości czy możliwości zaspakajania określonych potrzeb.

Odzyskanie przez osobę z niepełnosprawnością równowagi wewnętrznej, włączenie się jej w życie społeczne, umożliwiające normalną aktywność, osiągnięcie określonych celów i wartości, wymaga konieczności restrukturyzacji układu podmiot-otoczenie. Łączy się przy tym ze zmianami osobowości, rekonstrukcją obrazu nowej sytuacji siebie, zmianą hierarchii wartości i określeniem sensu swojej egzystencji. Indywidualny wysiłek jednostki poszkodowanej na zdrowiu, podjęty w kierunku przystosowania się jej do życia w nowej sytuacji, zostaje wsparty w procesie rehabilitacji. Jej celem jest przywrócenie osobie z niepełnosprawnością, w możliwie maksymalnym stopniu sprawności fizycznej, psychicznej, społecznej oraz zawodowej, a tym samym pełnej integracji społecznej.

Powszechnie twierdzi się, że istotny udział w procesie integrowania osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem, w znalezieniu przez nie swojego miejsca wśród ludzi pełnosprawnych, ma problematyka przystosowania psychospołecznego tych osób, a w niej poczucie koherencji, samoocena, wsparcie społeczne, adaptacja społeczna itp. (Kirenko, Byra, 2008). Przy czym osoby z niepełnosprawnością nie utraciły zdolności odczuwania i przeżywania. Nie różnią się pod tym względem od ludzi zdrowych, mają takie same potrzeby i problemy. Ich realizację utrudnia obiektywny fakt niepełnosprawności, którego niepożądane skutki w sferze psychicznej, fizycznej, społecznej możliwe są do zniwelowania w procesie rehabilitacji. Uwzględniając rewalidacyjne wartości udziału w kulturze, wiążąc go z pozytywnym wpływem na psychikę i inne sprawności, coraz częściej stosowaną formą staje się rehabilitacja przez twórczą działalność, terapia, której narzędziem jest sztuka. Fakt dużej popularności, zainteresowania działalnością artystyczną zmusza do postawienia pytania

o wartości tego rodzaju aktywności w kształtowaniu osobowości i sprawności fizycznej osób z niepełnosprawnością.

Licznym inicjatywom popularyzatorskim, bogatej działalności organizacji wspierających i promujących sztukę osób z niepełnosprawnością, towarzyszy wciąż niewyczerpujące tematu zainteresowanie badaczy zajmujących się tą problematyką. Prezentowane poglądy ujmują kwestie udziału osób z niepełnosprawnością w kulturze w kategoriach ilościowych, są zazwyczaj rozwiązaniami teoretycznymi koncentrującymi się na aspekcie terapeutycznym tego procesu.

Niniejsza praca o charakterze badawczym jest próbą oceny wybranych uwarunkowań psychospołecznego funkcjonowania – określenia współzależności między poczuciem koherencji, samooceną, wsparciem społecznym osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością.

Główny problem badawczy niniejszej pracy został zatem sformułowany w następującym pytaniu: *Czy istnieje, a jeżeli tak, to jaki jest związek między zachowaniem twórczym osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością, a ich psychospołecznym funkcjonowaniem w wymiarach: poczucia koherencji samooceny, wsparcia społecznego?* Aby odpowiedzieć na to pytanie i poszerzyć wiedzę na temat zachowania twórczego i wyżej wymienionych zasobów osobistych zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. W procesie badania wykorzystano następujące narzędzia badawcze: Kwestionariusz-Zachowania Twórczego (KANH) S. Popka, Skalę (SES) M. Rosenberga, Kwestionariusz Wsparcia Społecznego (NSSQ) J. S. Norbeck, Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) A. Antonovsky'ego oraz Autorski Kwestionariusz Wywiadu.

Spełniają one kryteria trafności, rzetelności i obiektywności. Badani zostali skwalifikowani w czterech grupach: 55 osób z wadą wzroku (niewidomi i niedowidzący), 33 osoby z wadą słuchu (niedosłyszający i głusi), 50 osób z niepełnosprawnością ruchową i 38 osób z zaburzeniami psychicznymi. Podział ten pozwolił na dokładniejsze poznanie poszczególnych zachowań twórczych a także zasobów osobistych.

W toku badań przeanalizowano typy zachowań twórczych u osób z różnym rodzajem niepełnosprawności, a także ich poczucie koherencji, samoocenę i wsparcie społeczne. Aby sprawdzić znaczenie zmiennej pośredniczącej (płeć, rodzaj niepełnosprawności) w ustaleniu charakteru zależności pomiędzy poszczególnymi zasobami a typami postaw twórczych, zastosowano jednoczynnikową analizę wariacji ANOVA.

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

Rozdział pierwszy dotyczy psychospołecznego funkcjonowania osób z niepełnosprawnością wzrokową, słuchową, ruchową i zaburzeniami psychicznymi. W rozdziale znajduje się zarys problematyki niepełnosprawności w szerokim znaczeniu, a także definicje, zakres i kwalifikacje niepełnosprawności wzrokowej, słuchowej, ruchowej i zaburzeń psychicznych. Zamieszczono tu także charakterystykę psychospołecznego funkcjonowania tych osób, aby ukazać szerzej poruszane zagadnienie.

W rozdziale drugim została omówiona rola wybranych psychospołecznych uwarunkowań (zasobów osobistych), które mają wpływ na charakter działalności twórczej osób z niepełnosprawnością. Z uwagi na cel badawczy pracy szczególnej analizie zostały poddane następujące zasoby osobiste mogące sprzyjać procesowi twórczemu: poczucie koherencji, samoocena, wsparcie społeczne. Zaprezentowano również wyniki badań dotyczące wyżej wymienionych zasobów wśród dorosłych osób z niepełnosprawnością.

Trzeci rozdział porusza tematykę dotyczącą działalności twórczej (twórczości). Znajduje się w nim opis modelu twórczości Stanisława Popka, według którego istotny element stanowi postawa twórcza warunkująca zachowanie twórcze. Składowymi postawy twórczej, zdaniem tego autora (Popek, 2000), jest nonkonformizm i zachowania heurystyczne. Jako ich przeciwieństwo wymienia on konformizm i zachowania algorytmiczne. Zaś wszystkie te dymensje umieszcza na kontynuum, którego skrajne krańce oznaczają maksymalne natężenia – z jednej strony konformizmu, z drugiej nonkonformizmu. Podobnie rzecz ma się

w odniesieniu do heurystyki i algorytmu. Nasilenie postawy twórczej – umiejscowienie na kontinuum między konformizmem a nonkonformizmem oraz między zachowaniami heurystycznymi a algorytmicznymi będzie więc miało znaczący wpływ na efektywność zachowań w różnych sytuacjach społecznych oraz na podejmowane strategie zaradcze w sytuacji stresu. W rozdziale została przeprowadzona analiza ewaluacji pojęcia twórczości. W dalszej części omówione są wybrane koncepcje i przejawy działalności twórczej, rodzaje i uwarunkowania działalności artystycznej. Dokonano także przeglądu badań nad twórczością i scharakteryzowano działalność twórczą osób z niepełnosprawnością.

Rozdział czwarty stanowi metodologiczną część pracy badawczej. Zostały w nim omówione założenia badawcze, sprecyzowano dokładny cel, problemy hipotezy wraz z uzasadnieniem. W rozdziale tym została opisana również charakterystyka badanej próby obejmująca socjodemograficzną charakterystykę badanych osób oraz zagadnienia dotyczące ich psychospołecznego funkcjonowania, omówiono narzędzia badawcze oraz organizację i przebieg procesu badawczego.

Kolejny, piąty rozdział, rozpoczyna część empiryczną pracy. Została tu dokonana analiza procesu twórczego badanych osób. Uwzględniony został opis procesu twórczego i analiza przebiegu działalności twórczej w poszczególnych jej wymiarach w obrębie czterech grup osób z niepełnosprawnością: wzrokową, słuchową, ruchową i zaburzeniami psychicznymi.

Rozdział szósty stanowi diagnozę typów twórczej działalności osób z niepełnosprawnością w obrębie czterech grup osób niepełnosprawnych: z niepełnosprawnością wzroku, z dysfunkcją narządu słuchu, narządu ruchu i zaburzeniami psychicznymi. Ponadto w tym rozdziale została zaprezentowana diagnoza zasobów osobistych, które warunkują określony typ postawy twórczej tj. poczucie koherencji, samoocena, wsparcie społeczne.

W ostatnim – siódmym rozdziale – dokonano podsumowania badań i zaprezentowano dyskusję wyników.

Uzyskane odpowiedzi na postawiony problem badawczy niniejszej pracy mogą przyczynić się do poszerzenia wiedzy na temat działalności twórczej osób

dorosłych z niepełnosprawnością, a także wpływu zasobów osobistych na ogólne ich funkcjonowanie. W wymiarze praktycznym rozprawa może stanowić wskazówkę do pracy terapeutycznej i rehabilitacyjnej z dorosłymi osobami z niepełnosprawnością wzrokową, słuchową, z uszkodzonym narządem ruchu czy z zaburzeniami psychicznymi.

Rozdział I Niepełnosprawność – ujęcie terminologiczne i koncepcyjne

1.1. Wprowadzenie w problematykę niepełnosprawności

Niepełnosprawność stanowi poważny problem społeczny, ekonomiczny i zdrowotny. Takie założenie wynika z humanistycznego paradygmatu niepełnosprawności, według którego jest to zagadnienie wielopłaszczyznowe i wieloaspektowe. Dotyczy zarówno indywidualności (ogólny stopień dysfunkcji jednostki, jej stan psychiczny i emocjonalny oraz towarzyszące temu problemy), jak i kwestii społecznych związanych z możliwościami funkcjonowania jednostki w społeczeństwie (Krause, 2010, s. 183). Jak podkreśla A. Ostrowska, J. Sikorski (1996, s. 17) Niepełnosprawność, będąc dla człowieka sytuacją trudną, stresową, powodującą zakłócenia realizacji wyznaczonych celów życiowych i pełnionych ról, staje się często powodem wykluczenia społecznego. Stanowi temat zainteresowań wielu dziedzin nauki (Borowski, 2015; Misiewicz, 2004). Szybkie tempo zachodzących w dzisiejszej rzeczywistości procesów pozwala na stwierdzenie, że nie ma sfery ludzkiego życia, z której można byłoby wykluczyć niepełnosprawność. Rodzi ona zatem konsekwencje dla jednostki, jak i społeczeństwa (Kirenko, Korczyński, 2008).

Niepełnosprawność, odnosząc się do wszystkich wymiarów życia osób doświadczonych tym stanem, jest pojęciem wieloznacznym i wielopłaszczyznowym (Kirenko, 2006, s. 17; Kirenko, Sarzyńska, 2010; Barabas, 2015). Przejawiając się w różnych zakresach, może być odmiennie definiowana (Sieradzki, 1996). Jedną z spośród wielu definicji podaje, że jest to stan ograniczający w pewien sposób funkcjonowanie człowieka. W tą definicję wpisuje się S. Kowalik (2005), wyróżniając trzy rodzaje dysfunkcji:

- dysfunkcje biologiczne – jako skutek nieprawidłowego funkcjonowania organizmu bądź jego poszczególnych narządów,

- dysfunkcje społeczne przejawiające się w braku zdolności do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym np. wywiązywanie się z obowiązków życiowych,
- dysfunkcje psychiczne – niezdolność do podmiotowego działania i organizowania przestrzeni osobistej.

T. Majewski (1995, por. Kirenko, 2002a, 2007; Korczyński, 2009), w oparciu o analizę literatury z zakresu niepełnosprawności, podaje trzy rodzaje definicji osoby z niepełnosprawnością: ogólne, dla określonych celów oraz poszczególnych grup osób niepełnosprawnych.

Definicje ogólne określają kryteria biologiczne (uszkodzenie i niepełnosprawność) i kryteria społeczne (konsekwencje funkcjonowanie społecznego), na podstawie których uznaje się daną osobę za niepełnosprawną bądź odmawia się jej statutu niepełnosprawności. Osoba z niepełnosprawnością wg. Majewskiego (1995) to taka, u której „uszkodzenie i obniżony stan sprawności organizmu spowodował utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie pełnienia zadań życiowych i zawodowych oraz wypełniania ról społecznych, biorąc pod uwagę jej wiek, płeć, stan, czynniki środowiskowe, społeczne i kulturowe” (s. 23). Do grupy tej możemy zaliczyć również definicje osoby z niepełnosprawnością, zamieszczoną w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. nr 50, poz.475) oraz ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób z niepełnosprawnością (Dz. U. nr 123, poz. 776). W myśl ustawy „niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolności do wykonywania pracy zawodowej, jeżeli uzyskały orzeczenie: o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności albo orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, jeżeli nie ukończyły 16 r.ż. – orzeczenie o rodzaju i stopniu niepełnosprawności” (Gawęcka, 2007, s. 145).

Drugą grupę definicji stanowią definicje dla określonych celów tj.: cele rehabilitacji zawodowej, szkolnictwa specjalnego, zatrudnienia chronionego, świadczeń rentowych. Definicje te oparte są na precyzyjnych i konkretnych

kryteriach. Przykładem tej grupy definicji jest opracowana do celów zawodowych i zatrudnienia osób niepełnosprawnych definicja Międzynarodowej Organizacji Pracy. Według niej osoba niepełnosprawna oznacza jednostkę, której możliwości znalezienia odpowiedniej pracy i jej utrzymania oraz awansu zawodowego są poważnie zmniejszone w wyniku stwierdzonego ograniczenia fizycznego lub umysłowego (Majewski, 1995, 1998; Rzeźnicka – Krupa, 2009).

Trzecią grupą są definicje klasyfikujące osoby z niepełnosprawnością według różnych kryteriów np. według rodzaju (kategorii) niepełnosprawności, okresu życia, w którym ona wystąpiła, stopnia niepełnosprawności.

Ze względu na czynności, jakich może dotyczyć niepełnosprawność, T. Majewski (1995, s.17) wyróżnia trzy jej rodzaje: niepełnosprawność sensoryczną (dotyczy zmysłów – wzroku, słuchu, dotyku, jest to nieprawidłowa reakcja na dany bodziec), niepełnosprawność fizyczną (dotyczy uszkodzenia narządu ruchu lub narządów wewnętrznych związanych z fizjologią organizmu), niepełnosprawność psychiczną (dotyczy procesów percepcyjnych warunkujących funkcjonowanie człowieka – zalicza się do niej niepełnosprawność intelektualna i choroby psychiczne).

Rozpatrując prawne aspekty niepełnosprawności J. Kirenko (2007) rozróżnia trzy jej stopnie. Niniejsza kwalifikacja jest rozpatrywana przy zatrudnieniu osób z niepełnosprawnościami:

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

Rozumienie pojęcia niepełnosprawności ewaluowało na przestrzeni lat na skutek zarówno przemian kulturalno-społecznych, geograficznych, historycznych,

poziomu wiedzy społeczeństwa, dominujących w nim wartości oraz rozwoju rehabilitacji (Giełda, 2015, s. 17; Kirenko, 2007, s. 9). Wspólnym elementem podawanych analiz była koncentracja głównie na negatywnych aspektach psychospołecznego funkcjonowania po nabyciu niepełnosprawności. Można wskazać na dwa uogólnione powody takiego stanu rzeczy. Po pierwsze, specyfika doznań negatywnych związanych z nabyciem niepełnosprawności, ich oczywisty wpływ na całościowo pojmowane życie człowieka powodowały przenoszenie na dalszy plan jakichkolwiek doświadczeń pozytywnych, niezbyt oczywistych w obliczu tak niekorzystnych zmian. Po drugie, samo pojęcie niepełnosprawności wywoływało jedynie nieprzychylnie skojarzenia (Byra, 2019 s. 19 zob. Niedbalski, 2019; Majewicz, 2019). W związku z tym, widoczna w przeciągu niemal pięćdziesięciu lat dominacja patologicznych konsekwencji doznanych uszkodzeń, wpisywała się w obowiązujące wówczas paradygmaty bądź modele niepełnosprawności. Koncentracja na negatywnych aspektach jest głównie rezultatem przyjmowanego przed długi okres modelu medycznego niepełnosprawności (Byra, 2019 s. 19), który niepełnosprawność definiuje jako problem wyłącznie osoby dotkniętej chorobą bądź urazem. Model medyczny wskazuje, iż wobec osoby z niepełnosprawnością należy podjąć działania mające na celu zapewnienie opieki i leczenia. Osoba z niepełnosprawnością staje się zatem biernym odbiorcą działań różnego rodzaju specjalistów: lekarzy, terapeutów, doradców, rehabilitantów. Podejmowane zabiegi mają pomóc jednostce przystosować się do życia społecznego. Nieodzwonne przy tym okazują się różnego rodzaju działania rehabilitacyjne, likwidacja barier. Oddziaływania systemu opieki zdrowotnej w modelu medycznym skoncentrowane są głównie na fizycznych aspektach niepełnosprawności. Z różnymi aspektami funkcjonowania społecznego, osobistymi doświadczeniami jednostka poszkodowana na zdrowiu jest zmuszona poradzić sobie sama (Giełda, 2015, s. 22; Chrzanowska, 2015, s. 26; Bieganowska, 2007, s. 157; Kirenko, 2007, s. 46; Twarowski, 2018, s. 100). Nadanie niepełnosprawności pejoratywnego charakteru powoduje, że obraz sytuacji życiowej osób z niepełnosprawnościami, postrzeganymi przez pryzmat niedoskonałości i problemów, jest zubożały (Majewicz, 2012, s.7).

Brak zatem informacji dotyczących pozytywnych zjawisk, czy dostrzegania pozytywów w różnorodnych aspektach codzienności, dokonywanych zmianach, nie był równoważny z nieobecnością tego typu doświadczeń wśród osób z niepełnosprawnością. Zastosowanie takiego pomiaru sprzyjało zaniechaniu i pomijaniu istotnego obszaru analitycznego. Stąd paradygmat patogenetyczny, skoncentrowany głównie na deficytach i niekorzystnych skutkach dla biopsychofizycznego funkcjonowania jednostki został uznany za fragmentaryczny, tendencyjny i niewystarczający dla wnikliwej eksploracji zjawiska niepełnosprawności (Dunn i in., 2013; Dunn, Dougherty, 2005, za: Byra, 2019, s. 20).

Zmiany w podejściu do rozumienia niepełnosprawności i narzuconych przez nią konsekwencji nastąpiły wraz z przyjęciem modelu społecznego, i kolejno biopsychospołecznego, ugruntowującego założenia Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Poszerzyły one perspektywę ujmowania niepełnosprawności o wymiar społeczny oraz nakreśliły bardziej złożoną jej strukturę. Ukazały przy tym większe znaczenie środowiskowego kontekstu w definiowaniu niepełnosprawności, a także umożliwiły określenie stopnia zaangażowania osoby w pożądane aktywności i uczestniczenia w różnorodnych rolach społecznych (Byra, 2019, s.21 por. Chrzanowska, 2015). ICF przyjęło funkcjonalną definicję niepełnosprawności, ujmując ją w kontekście znaczących problemów w zakresie zdolności do funkcjonowania (zaburzenia w strukturze i funkcjach ciała), zdolności do działania (ograniczenie aktywności) i niemożności realizowania się w rolach społecznych (restrykcja w uczestnictwie społecznym). Powyższe ograniczenia lub ich osłabienie pozostają pod wpływem czynników kontekstowych, dotyczących zarówno osoby, jak i środowiska. Jak podkreśla S. Byra (2019, s.21), „położony w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia nacisk na identyfikację facylitatorów oraz barier środowiskowych w podejmowaniu aktywności i uczestnictwa, istotnych dla diagnozowania, a także ujmowania niepełnosprawności jest szczególnie znaczącym zabiegiem poznawczym, orientującym przede wszystkim na przyjęcie niejednoznacznej i skomplikowanej natury niepełnosprawności oraz jej różnie złożonych, niejednorodnych następstw”

(por. Byra, Boczkowska, Duda, 2016). Nie eliminując aspektu medycznego, owe przeobrażenia umożliwiły przeniesienie punktu ciężkości na inne płaszczyzny funkcjonowania człowieka doświadczającego niepełnosprawności. Pokreśliły znaczenie kontekstu społecznego, subiektywnej percepcji przeżywanych zmian w związku z doznaniem niepełnej sprawności. Utorowały zatem drogę do wyodrębniania się nowych płaszczyzn analitycznych w zakresie pomyślnego przystosowania do życia z niepełnosprawnością wzbogaconych o dotychczas pomijane czynniki. Zwrócono uwagę na kategorię samostanowienia, samodeterminacji, osobistego wzmocnienia. Położono większy nacisk na prawa osób z niepełnosprawnością, a także na zwiększenie świadomości społecznej na temat efektów dyskryminacji czy marginalizacji (Byra, 2019 zob. Shoren, 2013; Block, Baltazar, Keys, 2001). Wyłonił się zatem nowy sposób myślenia o osobach z niepełnosprawnością, który koncentruje się nie tylko na funkcjonalnych ograniczeniach, ale także na osobistym dobrostanie, osobistych komponentach, indywidualizowaniu wsparcia oraz adaptacji (Luckasson i in., 2002). Działania podejmowane w myśl modelu społecznego mają stworzyć możliwości jak najbardziej samodzielnej egzystencji, a także spowodować, by osoba z niepełnosprawnością mogła świadomie sprawować kontrolę nad własnym życiem (Kirenko, 2007; Twarowski, 2018). Założenia modelu społecznego niepełnosprawności po raz pierwszy zostały ogłoszone przez organizację zrzeszającą osoby z niepełnosprawnościami Union of Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) w Wielkiej Brytanii w 1976 roku (Gąsiarz, 2014 s. 19).

Zdaniem A. Twarowskiego (2018, s. 112) poważnym błędem jest traktowanie niepełnosprawności jako zjawiska wyłącznie społecznego. Prowadzi to do pominięcia faktu, że uszkodzenia fizyczne wpływają na jakość życia i znacznie ją obniżają. Rozpatrywanie niepełnosprawności tylko z perspektywy barier społecznych nie uwzględnia, że każdy rodzaj niepełnosprawności powoduje inne ograniczenia. Optymalne staje się zintegrowanie rozumienia niepełnosprawności w modelu medycznym i społecznym.

Zgodnie z tak przyjętymi założeniami, połączeniem modelu indywidualnego i społecznego jest model funkcjonalny niepełnosprawności. Eksponuje on zalety modelu medycznego, jednocześnie niwelując jego słabe strony. Początkowo model

ten był sformowany na potrzeby rehabilitacji (Wiliński, 2010). Autorem funkcjonalnej koncepcji niepełnosprawności był S. Nagi. Opublikował ją w 1969 roku (Kirenko, 2007, s.14). W powyższym ujęciu niepełnosprawność jest definiowana jako utrudnienie powstające w wyniku ograniczeń psychicznych lub fizycznych, mających miejsce w rzeczywistości społecznej. Według S. Nagiego niepełnosprawność jest następstwem działania czynników zarówno biologicznych, jak i społecznych. W tym ujęciu stanowi proces. Przypisuje się jej cechy wewnętrzne, rozumiane jako odpowiedzialność jednostki za swój stan oraz cechy zewnętrzne, które związane są ze wspomaganiami społecznymi jednostki (Wiliński, 2010; Byra, Boczkowska, Duda, 2016).

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

Za kolejny element poszerzający rozumienie niepełnosprawności i jej konsekwencji, a w rezultacie także sytuacji osoby z niepełnosprawnością należy uznać założenia i doniesienia empiryczne z zakresu psychologii stresu, radzenia sobie z nimi, adaptacji pokrzyzowych, traumatycznych zdarzeń, a także z obszaru psychologii pozytywnej. Rozwijany paradygmat salutogenetyczny, akcentujący

zasoby odpornościowe jednostki, dostępne i uruchomiane w konfrontacji z poważnymi, negatywnymi wydarzeniami, dostarczył solidnych przesłanek do rozumienia nabycia niepełnosprawności nie tylko w kategorii zdarzenia traumatycznego z następstwami psychopatologicznymi, ale również jako bodźca wyzwalającego zasoby umożliwiające pomyślną adaptację i wykorzystanie nadal posiadanych możliwości. O ile paradygmat patogenetyczny zakładał konieczność wyeliminowania stresorów, by utrzymać dobrą kondycję zdrowotną, o tyle paradygmat salutogenetyczny przyjmuje wszechobecność stresorów i kładzie nacisk na ich wykorzystanie w kierunku optymalizowania funkcjonowania. Zgodnie z założeniami A. Antonovsky'ego, za jeden z istotnych stresorów, obecnych w życiu jednostki i mobilizujących ją do uruchomienia, niewykorzystanych dotąd zasobów facylitujących, można uznać dobrostan psychospołeczny (Byra, 2019 s. 22 por. Majewicz, 2015).

Wraz ze zmianami zachodzącymi w procesie pojmowania niepełnosprawności nastąpił również przełom w jej nazewnictwie. Z całą pewnością istotny wpływ na ewolucję terminologii ma nieustanny rozwój rehabilitacji, którego wynikiem pojęcia takie jak: defekt, kalectwo, ułomność, przestały obowiązywać ze względu na swój negatywny charakter. Obecnie postuluje się używanie terminu: osoba niepełnosprawna lub osoba z niepełnosprawnością (Kirenko, Korczyński, 2008; Kirenko, 2007; Majewski, 1995). Zaznacza się przy tym, że najtrafniejszym określeniem jest osoba z niepełnosprawnością, ponieważ wskazuje, że niesprawność nie wyznacza tego kim jest człowiek, a jedynie traktuje niepełnosprawność jako dodatkową cechę (Galasiński, 2013, s. 5).

Jak podkreśla J. Sztabryn-Giercuszkiewicz (2017, s. 32), język ma istotny wpływ na kształtowanie się postaw wobec osób z niepełnosprawnościami. Jak wskazuje A. Bieganowska (2010) to właśnie język jest narzędziem kategoryzacji świata, ustalania norm i wzorców kulturowych. J. Kirenko (2007) podkreśla przy tym fakt, że społeczeństwo tworzy nowe terminy dotyczące funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami. Jednak określenia te są nieprecyzyjne, ponieważ nie nazywają jednocześnie możliwości jak i ograniczeń osób z niepełnosprawnościami.

Mimo tak usytuowanego pojmowania niepełnosprawności, ukazania różnych sposobów jej interpretowania, a także dużej ewolucji w jej nazewnictwie, wciąż brak jest jednolitego, uniwersalnego wskazania czym jest niepełnosprawność. Przy czym większość krajów Unii Europejskiej, posługuje się co najmniej kilkoma definicjami niepełnosprawności. Inna definicja wykorzystywana jest do celów rehabilitacji społecznej lub zawodowej, inna do celów medycznych, a jeszcze inna do celów edukacyjnych czy w orzecznictwie (Wapiennik, Piotrowicz, 20002).

Wielość definicji niepełnosprawności i tak duże zainteresowanie badaczy tą problematyką, a także aktywne działanie samych osób z niepełnosprawnościami niepostrzegających swojej sytuacji jako tragedii spowodowały, że w Stanach Zjednoczonych i w Wielkiej Brytanii w drugiej połowie XX wieku zaczęły rozwijać się interdyscyplinarne studia nad niepełnosprawnością (*disability studies*). Według *disability studies* niepełnosprawność jest częścią tożsamości człowieka, tak jak rasa, płeć czy orientacja seksualna (Pamuła, Szarota, Usienkiewicz, 2018, s. 7). Niepełnosprawność dotyka wszystkich ludzi na świecie, dlatego tak ważne jest, jak podkreśla D. Goodley (2016, s.1), poznanie niepełnosprawności w sposób, jaki proponują *disability studies* – skupiając się głównie na trzech obszarach: społecznym, kulturowym i politycznym.

M. Wlazło (2017, s.119) zaznacza, że u podstaw studiów nad niepełnosprawnością leży sprzeciw wobec nieuznania praw osób z niepełnosprawnościami. Jak podkreśla M. Zdrodowska (2016, s. 391-392), studia nad niepełnosprawnością stanowią połączenie dwóch istotnych spraw – refleksji naukowej oraz społecznego aktywizmu osób dotkniętych niepełnosprawnością. Ich celem jest refleksja nad rzeczywistością oraz wpływ na nią tak, aby wskazać sposoby sprawiedliwego i nieopresyjnego traktowania osób z różnym rodzajem niepełnosprawności. Inaczej rzecz ujmując, jest to dążenie do normalizacji środowiska życia osób z niepełnosprawnościami.

1.2. Rodzaje niepełnosprawności

Literatura przedmiotu podaje różne klasyfikacje niepełnosprawności (zob. Hulek, 1969; Larkowa, 1987; Obuchowska, 1991; Zabłocki, 1993; Witkowski, 1993; Eckert, 1994; Majewski, 1995; Kościelak, 1996; Sękowska, 1998; Sękowski, 1999). Różnorodność ta wynika z kryterium, do którego autor się odwołuje.

Przyjmując za kryterium:

- rodzaj niepełnosprawności wyróżniamy: osoby z niepełnosprawnością sensoryczną (osoby niewidome i słabowidzące oraz osoby głuche i słabosłyszące); osoby z niepełnosprawnością fizyczną (z uszkodzeniem narządu ruchu); osoby z przewlekłymi schorzeniami narządów wewnętrznych, osoby z niepełnosprawnością psychiczną, czyli z niepełnosprawnością intelektualną i chorobami psychicznymi.
- okres życia, w którym dana niepełnosprawność wystąpiła, wyróżnia się: osoby z niepełnosprawnością od urodzenia do bardzo wczesnego dzieciństwa, osoby z niepełnosprawnością nabytą w różnych okresach życia z powodu chorób zawodowych, wypadków przy pracy lub pozazawodowych, z powodu działań wojennych, czy zmian spowodowanych starzeniem się organizmu i schorzeniami wieku starczego.
- czas trwania niepełnosprawności: okresowa lub trwała (Majewski, 1995; Sękowska, 1998).

Istotna z punktu prawa i ekonomii jest klasyfikacja osób z niepełnosprawnością według stopnia niezdolności do zatrudnienia i zarobkowania. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. nr 123, poz.776) zmieniała istniejący w Polsce podział osób niepełnosprawnych na trzy grupy inwalidztwa (pierwsza, druga, trzecia) na rzecz obecnie obowiązujących trzech stopni niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany i lekki.

Przyjmując za punkt odniesienia fakt posiadania przez osobę z niepełnosprawnością orzeczenia, autorzy raportu dotyczącego osób niepełnosprawnych, opierając się na danych Narodowego Spisu Powszechnego

Ludności i Mieszkań, przeprowadzonego w 2002 roku (Toczyński, 2003, zob. Korczyński, 2009; Kirenko, 2007; Kirenko, Sarzyńska, 2010), dokonali podziału osób z niepełnosprawnością na dwie grupy: osoby niepełnosprawne prawnie i osoby niepełnosprawne biologicznie.

1.3. Rozmiary niepełnosprawności

Na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2021 roku liczba osób z niepełnosprawnością ogółem według stanu na dzień 31 marca 2021 r. wynosiła 5,4 mln. i stanowiła 14,3% ludności kraju wobec 12,2% w 2011 r. oraz 14,3% w 2002 r. Udział mężczyzn wśród osób z niepełnosprawnością wynosił 45,1% , a kobiet 54,9% .

Osoby legitymujące się prawnym potwierdzeniem niepełnosprawności tj. posiadające orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność wydane przez organ do tego uprawniony (np. Zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności, ZUS, KRUS, MON, MSWiA, MEiN) stanowiły 63,7% zbiorowości (3 471 193 osoby). Liczebność zbiorowości osób z niepełnosprawnością prawnie i biologicznie (jednocześnie) wynosiła 2 015 304 osoby, tylko prawnie – 1 455 889 osób, tylko biologicznie – 1 976 355 osób.

Osoby z niepełnosprawnością biologiczną zostały zdefiniowane jako osoby, które odczuwają ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku, ale nie posiadają prawnego orzeczenia niepełnosprawności. Rozróżniano 3 stopnie ograniczenia zdolności do wykonywania czynności podstawowych: całkowicie, poważnie lub umiarkowanie ograniczoną. We wszystkich tych przypadkach niemożność wykonywania w/w. czynności musiała trwać lub przewidywano jej trwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy.

W porównaniu z wynikami Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 roku ogólna liczba osób z niepełnosprawnością zwiększyła się o 750,5 tys., tj. o 15,98%, zaś liczba osób z niepełnosprawnością prawną zwiększyła się o 337,7 tys.,

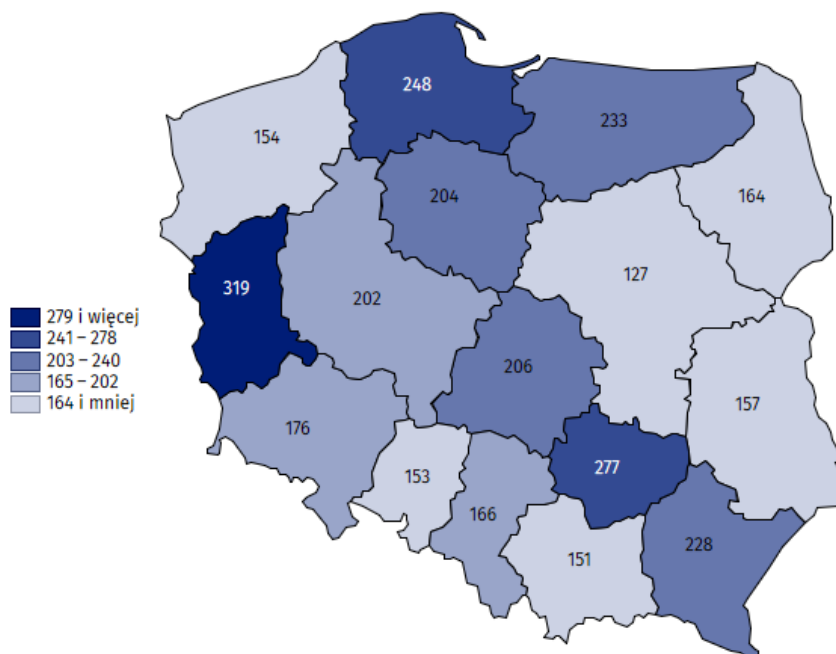
tj. o 10,78%. Natomiast liczba osób z niepełnosprawnością tylko biologiczną zwiększyła się o 410,8 tys., tj. o 26,24%.

W grudniu 2022 r. w Polsce było 2,3 mln osób pobierających świadczenia emerytalno-rentowe lub zgłoszonych do ubezpieczenia przez płatników składek w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), które posiadały orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności (wydane przez zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności) albo orzeczenie o stopniu niezdolności do pracy (wydane przez ZUS).

Blisko 700 tys. osób zgłoszonych do ubezpieczenia w ZUS przez płatników składek okazało orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności (wydane przez zespół ds. orzekania o niepełnosprawności) albo orzeczenie o stopniu niezdolności do pracy (wydane przez ZUS). Struktura tych osób według stopnia niepełnosprawności była następująca: 11,4% ze stopniem znacznym, następnie 59,3% ze stopniem umiarkowanym oraz 29,0% ze stopniem lekkim. Pozostałe osoby miały orzeczenie o niepełnosprawności bez określonego stopnia ze względu na wiek (do 16 roku życia).

Najwięcej mężczyzn deklaroowało zameldowanie w województwie mazowieckim (40,7 tys.), natomiast najwięcej kobiet – w województwie śląskim (32,8 tys.). Najmniej osób podało województwo opolskie (5,8 tys. kobiet i 8,7 tys. mężczyzn). Najwięcej osób w przeliczeniu na 10 tys. ludności wskazało zameldowanie w województwie lubuskim (319), a najmniej – w województwie mazowieckim (127).

Mapa 1. Osoby zgłoszone do ubezpieczenia w ZUS przez płatników składek, które okazały orzeczenie o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub stopniu niezdolności do pracy na 10 tys. ludności według województw w 2022 r. Stan w dniu 31 grudnia



Źródło: Kompleksowy System Informatyczny ZUS

1.4. Niepełnosprawność wzroku – definicje, zakres, klasyfikacje

W polskim prawodawstwie brak jest pełnej, dobrej definicji osoby niewidomej. Dodatkową trudność stanowią rozbieżności dotyczące opisu parametrów wzrokowych przy orzekaniu o stopniu niepełnosprawności w przypadku dorosłych osób niewidomych i niedowidzących dzieci (Chrzanowska, 2015).

Przedstawione dotąd kryteria oceny zaburzeń widzenia opierają się głównie na założeniach medycznych. Stanowią one podstawę dla prowadzenia ewentualnego leczenia, zapobiegania pogłębianiu się wady. Nie podlega przy tym wątpliwości, że człowiek z dysfunkcją wzroku, będzie dążył do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie w przypisanych mu rolach. Tu konieczne jawi się odwołanie się do kryteriów prawnych.

Przy orzekaniu o stopniu niepełnosprawności u osób dorosłych bierze się pod uwagę wrodzone lub nabyte choroby narządu wzroku, powodujące ograniczenia sprawności widzenia.

Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła w roku 1980 klasyfikację zaburzeń wzroku, w której ujawnia się zróżnicowanie terminologiczne w zależności od przyjętego paradygmatu opisu zjawiska dysfunkcji wzroku. Paradygmat biologiczny wciąż jeszcze ujawnia się w obszarze nauk medycznych. Zmiana paradygmatyczna w stosowaniu kryteriów funkcjonalnych w diagnozie w przypadku wykorzystania wzroku lub resztek widzenia w sytuacjach życia społecznego, zaowocowała zmianą terminologii i zastąpieniem pojęcia „ślepotą” określeniem „słabowzroczność” (Chrzanowska, 2012, s. 178).

Pojęcie i klasyfikacja osób z dysfunkcją narządu wzroku według WHO opiera się na kryteriach medycznych: na uszkodzeniu podstawowych czynności wzrokowych tj. osłabieniu wzroku i zaburzeniu pola widzenia. Zgodnie z tymi kryteriami:

- Osobami niewidomymi są:
 - - osoby całkowicie niewidome – ostrość wzroku 0,00,
 - - osoby z ostrością wzroku nie większą niż 00,5 (umiarkowaną lub słabowzrocznością głęboką),
 - osoby z ograniczonym polem widzenia nie większym niż 20 stopni, niezależnie od ostrości wzroku (może być wyższa niż 0,05).
- Osobami słabowidzącymi są osoby, u których ostrość wzroku wynosi od 0,05 do 0,3, a w znaczeniu szerszym, do słabowidzących zalicza się także osoby ze słabowzrocznością głęboką, zaliczane do osób niewidomych. Jeżeli chodzi o pole widzenia to przyjmuje się jego ograniczenie do obszaru 20 stopni, niezależnie od ostrości widzenia (Sękowska, 1998, s. 98).

Osoby, które nie widzą od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa, nazywamy niewidomymi, tych zaś którzy stracili wzrok w ciągu życia po 5 roku życia określa się mianem osób ociemniałych.

Tabela 1. Kategorie deficytów wzroku wg WHO

Kategoria	Ostrość widzenia w lepszym oku po korekcji	Określenia standardowe	Określenia funkcjonalne
0	6/6-6/18 (1,0-0,3)	normalny	normalne
1	6/18-6/60 (0,3-0,1)	upośledzenie wzroku	słabowidzenie (lub słabowzroczność umiarkowana - <i>moderate low</i>)
2	6/60-3/60 (0,1-0,05)	Poważne upośledzenie wzroku	słabowidzenie (lub słabowzroczność znaczna - <i>severe low vision</i>)
3	3/60-1/60 (0,05-0,02)	ślepotą	słabowidzenie (lub słabowzroczność głęboka - <i>profound low vision</i>) wadą - <i>moderate blindness</i>
4	0,02 - poczucie światła	ślepotą	słabowidzenie (lub słabowzroczność - poczucie światła) albo ślepotą znaczną - <i>severe blindness</i>
5	brak poczucia światła	ślepotą	całkowita ślepotą - <i>blindness</i>

Źródło: I. Chrzanowska (2015) na podstawie International Classification, dz. cyt., s. 80; T. Majewski, dz. cyt.; Z. Sękowska, Wprowadzenie do pedagogiki... dz. cyt., s. 96-97.

Ze względów praktycznych Polski Związek Niewidomych proponuje następującą klasyfikację osób niewidomych:

- do niewidomych w ścisłym tego słowa znaczeniu zalicza się dzieci i dorosłych, którzy nie widzą od urodzenia albo od wczesnego dzieciństwa, lub nie pamiętają, aby cokolwiek lub kiedykolwiek widzieli (Utrata wzroku nastąpiła przez 5 rokiem życia),
- do ociemniałych zalicza się wszystkich (bez względu na wiek), którzy posługiwali się wzrokiem, lecz utracili lub go w czasie choroby, urazu lub w wypadku (po 5 roku życia),
- do niewidomych z resztkami wzroku (niedowidzących) zalicza się ludzi bez względu na wiek, charakteryzujących się dużą, ale nie całkowitą utratą wzroku o wyraźnym ograniczeniu pola widzenia” (Soczewka, 1997).

Oprócz definicji paramedycznych istnieją również definicje funkcjonalne oparte na kryteriach bardziej praktycznych, Takimi definicjami są definicje zawodowe i pedagogiczne. Jeśli chodzi o tę pierwszą grupę to:

- „osobami niewidomymi są osoby, które w pracy zawodowej bazują głównie na pozostałych zmysłach, a więc całkowicie niewidomi. Natomiast w odniesieniu do innych osób z uszkodzonym wzrokiem oznacza to, że zachowana sprawność wzroku jest zbyt mała (niska) do wypełniania funkcji orientacyjnej na stanowisku i w miejscu pracy oraz funkcji kierującej i kontrolującej w trakcie wykonywania pracy. Są to osoby zawodowo niewidome.
- osoby słabowidzące są to osoby, które pomimo znacznego uszkodzenia czynności wzrokowych wykorzystują je dla orientacji, kierowania i kontrolowania przebiegu pracy” (Sowa, 1991 s. 159-156).

Ze względu na jakościowe różnice w poznawaniu świata przez dzieci z niepełnosprawnością wzroku Z. Sękowska i T. Sękowski (1991) wyróżnili w aspekcie pedagogicznym trzy grupy tj.:

- niewidomych,
- szcążkowo widzących,
- niedowidzących lub słabowidzących.

Niepełnosprawności wzroku mogą towarzyszyć inne poważne zaburzenia i choroby. Wśród nich najczęstsze to: cukrzyca, niepełnosprawność ruchowa, niedosłyszenie i niepełnosprawność intelektualna.

Specyficzną, wśród zaburzeń współwystępujących, jest grupa osób głuchoniewidomych. Równoczesna dysfunkcja wzroku i słuchu jest zaliczana do najpoważniejszych niepełnosprawności, powodujących poważne utrudnienia w rozwoju. Z uwagi na fakt, iż populacja osób głuchoniewidomych jest niewielka w porównaniu z innymi grupami osób z niepełnosprawnością, problemy ich funkcjonowania stanowią niszowy obszar analiz i badań naukowych nawet w samej pedagogice specjalnej (Chrzanowska, 2015).

1.5. Psychospołeczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością wzroku

Psychospołeczne funkcjonowanie osób z wadą wzroku, obejmujące różne aspekty związane z ich codziennym życiem, relacjami społecznymi, emocjami i adaptacją do środowiska zależne jest od kilku czynników:

- wieku, w którym nastąpiła utrata wzroku,
- sposobu utraty wzroku,
- zakresu utraty wzroku,
- osobowości osoby, jej wewnętrznej struktury, trybu życia, zainteresowań (Chrzanowska, 2015).

U osób niewidomych od urodzenia lub od wczesnego dzieciństwa najpoważniejszym problemem będą opóźnienia w rozwoju odnoszące się do sfery:

- poznawczej – opóźnione osiągnięcie kolejnych stadiów rozwoju, poznawczego, opóźnienie rozwoju mowy,
- motorycznej – późniejsze pojawienie się zdolności: siadania, stania, czworakowania, chodzenia, biegania itp.,
- społecznej – wolniejszy proces socjalizacji, trudności w nawiązywaniu relacji interpersonalnych,
- emocjonalnej – obniżona kontrola emocji (Sękowska, 1991; Palak, 2000, Walthes, 2007).

Jeżeli do utraty widzenia dojdzie w późniejszym okresie życia, to na plan pierwszy wysuwają się zaburzenia związane z dezorganizacją osobowości. Utrata zdolności widzenia niesie ze sobą ogromny stres. Pierwszą reakcją jest szok, po nim pojawia się depresja i, gdy minie, dochodzi do reorganizacji osobowości zgodnie z nowym schematem (Chrzanowska, 2015). Osobom z wadą wzroku często towarzyszy obniżenie nastroju i lęk związany z codziennymi wyzwaniami, takimi jak: poruszanie się w przestrzeni publicznej czy wykonywanie czynności wymagających precyzji. Wada wzroku może wpływać na poczucie własnej wartości i samoocenę, zwłaszcza jeśli osoba doświadcza dyskryminacji lub braku zrozumienia ze strony innych. Pojawia się przy tym obniżone poczucie sprawstwa

i poczucie uzależnienia w wielu sferach aktywności: poruszania się, samoobsługi, czynności związanych z codziennym funkcjonowaniem. To z kolei wpływa na poczucie bycia gorszym, bezwartościowym, ułomnym. Osoby z dysfunkcją narządu wzroku wykazują się labilnością emocjonalną i trudnościami w kontroli emocji (Scheiman, 2016).

Ważnym problemem w przypadku osób z wadą wzroku jest sposób komunikowania się ze światem i otoczeniem. Dotyczy to z jednej strony relacji interpersonalnych i utrudnień związanych z brakiem możliwości całego spektrum komunikatów niewerbalnych, z drugiej zaś strony możliwości korzystania z informacji przekazywanej inną drogą niż za pośrednictwem mowy dźwiękowej. Brak możliwości odbioru wrażeń wzrokowych stanowi ograniczenie korzystania z wizualnego dorobku kultury, takiego jak malarstwo, rzeźba, film czy teatr.

Potrzeby i możliwości osób z dysfunkcją narządu wzroku zależą, między innymi, od następujących czynników: wieku, stopnia utraty wzroku, okresu, w którym powstały ograniczenia wzrokowe, od współistnienia dodatkowych schorzeń i innych, jak np. konstrukcja psychiczna, możliwości intelektualne, dotychczasowe doświadczenia, środowisko rodzinne. Populacja osób z niepełnosprawnością wzroku jest bardzo zróżnicowana, różne będą też ich potrzeby i możliwości (Chrzanowska, 2015).

Dla osób z dysfunkcją narządu wzroku w wieku aktywności zawodowej najbardziej istotną sprawą jest znalezienie pracy i jej utrzymanie. Niezbędne przy tym jawi się dostosowanie miejsca pracy do potrzeb osób niewidomych i niedowidzących, w celu uniknięcia problemów adaptacyjnych.

Wiek senioralny to kolejny obszar potrzeb, w którym następuje pogorszenie się stanu zdrowia, sytuacji materialnej a także ograniczenie kontaktów społecznych. Jest to okres emerytury lub renty, z czym wiąże się duża ilość wolnego czasu. Towarzysząca niepełnosprawności wzrokowej utrata sprawności fizycznej może stać się przyczyną odcięcia starszej osoby od świata i ludzi. Niektórzy seniorzy z dysfunkcją narządu wzroku stają przed koniecznością skorzystania z pomocy instytucjonalnej tj. zamieszkania w domu pomocy społecznej. Pozostaje zatem

pytanie o stopień ich dostosowania do potrzeb osób niewidomych (Chrzanowska, 2015; Topor, Erin, 2015; Scheiman, 2016).

Niezależnie od wyżej przedstawionych potrzeb, osoby z uszkodzonym wzrokiem wymagają zajęć rehabilitacyjnych przywracających w jak największym stopniu samodzielność i niezależność. Utrata wzroku utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę czy pełnienie ról społecznych. Do podstawowych oddziaływań rehabilitacyjnych niezbędnych do ograniczenia skutków dysfunkcji wzroku zalicza się: zajęcia z czynności dnia codziennego, naukę orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania się, usprawnianie widzenia, naukę pisma Braille'a i innych technik komunikacji, pomoc tyflogiczną, zajęcia i spotkania integracyjne (Łukasik, Oleksiak, 2011).

E. Łukasik, E. Oleksiak, wskazując na wachlarz koniecznych usług z zakresu rehabilitacji osób z niepełnosprawnością wzroku, podkreślają indywidualny obszar potrzeb i możliwości osoby niewidomej czy niedowidzącej.

Specjalnego podejścia wymagają osoby, które nie urodziły się jako niewidome lub nie straciły wzroku we wczesnym dzieciństwie, ale nieco później. Często zdarza się, że osoby te, ich rodziny nie wierzą w sens rehabilitacji. Skupiają się głównie na możliwości uzyskania pomocy medycznej, nawet jeśli pewnym jest, że nie da się w ten sposób uzyskać poprawy widzenia. Przekonanie osoby ociemniałej o potrzebie i możliwości rehabilitacji wymaga wiele czasu i wysiłku. Niezbędne staje się wsparcie psychologiczne czy poradnictwo rodzinne (Scheiman, 2016; Topor, Erin, 2015).

Psychospołeczne funkcjonowanie osób z uszkodzonym wzrokiem jest zatem złożonym zagadnieniem, które wymaga holistycznego podejścia. Kluczowe jest zapewnienie odpowiedniego wsparcia na różnych poziomach – od emocjonalnego i społecznego po edukacyjne i zawodowe. Takim wsparciem i skuteczną drogą rehabilitacji jawi się rehabilitacja przez twórczość, której narzędziem jest sztuka niosąca ze sobą szereg pozytywnych wartości.

1.6. Niepełnosprawność słuchu – definicje, zakres, klasyfikacje

Słuch stanowi jednym z najistotniejszych zmysłów umożliwiających orientację w otoczeniu. Definiowany jest jako zmysł umożliwiający odbieranie fal dźwiękowych. Słuch wykorzystywany jest do komunikacji i rozpoznawania otoczenia. Jednym z podstawowych mechanizmów umożliwiających opanowanie mowy jest umiejętność naśladowania dźwięków z najbliższego otoczenia. Odbiór bodźców akustycznych odbywa się dzięki prawidłowo zbudowanemu i funkcjonującemu narządowi słuchu oraz odpowiednim ośrodkom w mózgu. Jednym z podstawowych elementów jest ucho – narząd słuchu (Chrzanowska, 2015).

Istnieje mnóstwo określeń człowieka z uszkodzonym słuchem. W rozmaitych dyscyplinach naukowych są stosowane różne terminy, w zależności od podejmowanej problematyki, celów badawczych i przewidywanych zastosowań praktycznych rozwiązań. Obecnie stosowane są terminy: niesłyszący, człowiek z uszkodzonym narządem słuchu, z uszkodzeniem słuchu, z wadą słuchu, z niedosłuchem, z dysfunkcją słuchu, z niepełnosprawnością słuchową (Krakowiak, 2012). Wskazane uwarunkowania nie pozwalają na symptomatyczne ich traktowanie. Pojęcia te różnią się w zasadniczy sposób np. stopniem nasilenia zaburzenia.

Współcześnie termin: „głuchy/osoba głucha” często zastępowany jest pojęciem: niesłyszący/osoba niesłysząca. W literaturze przedmiotu można znaleźć mnóstwo definicji, które różnią się m.in. stopniem uszczegółowienia, koncentracją na wybranych aspektach skutków zaburzenia. Według M. Grzegorzewskiej osoba głucha pozbawiona jest słuchu, a tym samym treści dźwiękowych płynących ze świata zewnętrznego i, z tego powodu, znajduje się w gorszej sytuacji niż osoba słysząca, szczególnie jeśli chodzi o możliwości poznania świata i przygotowania do życia społecznego. E. S. Levine (1981) opisując osobę głuchą, podkreśla, iż jest nią człowiek, u którego zmysł słuchu jest niewystarczająco funkcjonalny w kontekście potrzeb życiowych. T. Gałkowski (1979), analizując pojęcie głuchoty, koncentruje się na aspekcie komunikacyjnym tego zjawiska. Wielość

podejść i definicji osoby głuchej, prezentuje I. Chrzanowska (2015) M. Bogdanowicz (2013), K. Szwed (2010) T. Gałkowski (1979) itp.

Pojęcie „osoba niedosłyszająca” odnosi się do osoby, która na skutek trwałego, nieodwracalnego uszkodzenia narządu słuchu jest pozbawiona wrażliwości na bodźce akustyczne lub doświadcza jego ograniczenia w stopniu uniemożliwiającym percepcję dźwięków ważnych dla czynności życiowych, zwłaszcza dźwięków mowy (Krakowiak, 2015). Szczegółową analizę tego pojęcia, różnych podejść i opinii, prezentuje w literaturze przedmiotu I. Chrzanowska (2015), M. Bogdanowicz (2013), K. Szwed (2010).

W nawiązaniu do prowadzonych rozważań terminologicznych związanych z uszkodzeniem słuchu, istotne jawi się wskazanie na klasyfikacje, które są podstawą diagnozowania stopnia jego uszkodzenia.

Uszkodzenie słuchu można klasyfikować z uwagi na różne kryteria, m.in.: rodzaj (lokalizację) uszkodzenia, przyczynę uszkodzenia, czas powstania zaburzenia słuchu, stopień ograniczenia wrażliwości słuchowej.

W przypadku rodzaju (lokalizacji) jawi się to, jaka część analizatora słuchowego: zewnętrzna, środkowa czy wewnętrzna, została uszkodzona. Wyróżnić w tym przypadku można uszkodzenie słuchu typu przewodzeniowego – uszkodzenia zlokalizowane w środkowej lub zewnętrznej części analizatora słuchowego odpowiadającego za wzmocnienie bodźców akustycznych i przekazywanie ich do receptorów słuchowych. Uszkodzenie słuchu typu odbiorczego – zlokalizowane w części wewnętrznej ucha, w narządzie Cortiego, w nerwie słuchowym lub w dalszych odcinkach analizatora (ogranicza dostrzeganie bodźców akustycznych – odbieranie wypowiedzi innych, słyszenie własnego głosu, kontrolowanie czynności narządów mowy). Trzeci typ związany z lokalizacją to uszkodzenie mieszane typu przewodnio-odbiorczego.

Biorąc pod uwagę przyczyny uszkodzenia słuchu, można wyróżnić: uszkodzenia wrodzone, okołoporodowe, nabyte (por. Szczepankowski, 2009).

Kolejną kategorią klasyfikacyjną jest czas, w którym nastąpiło uszkodzenie względem stadium rozwoju mowy. Wyróżnia się uszkodzenie słuchu:

- prelingwalne – diagnozowane przed rozpoczęciem rozwoju mowy (do ok.3 roku życia),
- perilingwalne – powstałe w trakcie rozwoju mowy (ok. 3 – 5 rok życia),
- postlingwalne – diagnozowane po zakończeniu procesu rozwoju mowy (ok. 5-7 rok życia i później) (Krakowiak, 2012).

Kolejną kategorią kwalifikacyjną jest stopień ograniczenia wrażliwości słuchowej (stopień ubytku słuchu). W tym zakresie wyróżnia się uszkodzenie stopnia: lekkiego, umiarkowanego, znacznego i głębokiego. Możliwości zaś słyszenia zostały ustalone w jednej z najpopularniejszych obecnie kwalifikacji uszkodzeń słuchu Międzynarodowego Biura Audiofonologii (BIAP – Internacional Bureau for Audiophonology).

Tabela 2. Klasyfikacja zaburzeń słuchu według BIAP

Ubytek słuchu w decybelach	Stopień uszkodzenia słuchu	Możliwość słyszenia dźwięków po treningu słuchowym
21-40	lekki (mild)	nie słyszy szeptu
41-70	umiarkowany (moderat)	nie słyszy mowy potocznej
71-90	znaczny (severe)	nie słyszy mowy głośnej
91-119	głęboki (profound)	nie słyszy krzyku
powyżej 120	całkowity (total)	nic nie słyszy

Źródło: opracowanie I. Chrzanowska. Pedagogika specjalna. Od tradycji do współczesności. Wyd. Impuls, Kraków 201, s. 211.

1.7. Osoby z uszkodzonym słuchem w przestrzeni społecznej

Populacja osób z uszkodzonym słuchem jest bardzo zróżnicowana wewnątrz. Według K. Krakowiak (2012) można wśród nich wyróżnić cztery grupy osób wyraźnie różniących się od siebie jakością ograniczenia sprawności słyszenia dźwięków mowy. Są to osoby: funkcjonalnie słyszące, niedosłyszające, słabosłyszające i niesłyszające.

Wśród skutków rozwojowych uszkodzenia słuchu można zaliczyć wg. D. Podgórskiej-Jachnik (2013):

- deficyt doświadczeń poznawczych, zwłaszcza na podstawowym, sensorycznym poziomie odbioru świata, istotnym w okresie kształtowania się inteligencji sensoryczno-motorycznej,
- deficyt (wczesnych) doświadczeń audytywnych może również rzutować na jakość spostrzeżeń, wyobrażeń, symboli czy pojęć, powodując w efekcie kształtowanie się odmiennych niż u osób słyszących wyobrażeń na temat świata,
- zachwianie wielozmysłowej podstawy poznawczej i utrudnienie integracji sensorycznej; o ile we wczesnym okresie nie będzie to od razu widoczne, o tyle zaburzona integracja sensoryczna może utrudniać uczenie się,
- niski poziom kompetencji językowych, tworzenia pisemnych komunikatów językowych, czytania, rozumienia czytanego tekstu, różnego rodzaju ograniczenia w zakresie korzystania z zasobu semantycznego i gramatycznego języka,
- bariery w komunikowaniu się, szczególnie werbalnym,
- swoista specyfika procesów poznawczych u osób niesłyszących, takich jak uwaga czy pamięć, wymagających stworzenia innych niż osoby słyszące warunków do uczenia się; specyficzne, najczęściej wybiórcze, fragmentaryczne opóźnienia lub zakłócenia niektórych funkcji intelektualnych, powiązanych przede wszystkim z językiem (fonicznym),
- problemy natury emocjonalno-społecznej, zaburzenia zachowania i osobowości, związane zarówno z występującymi barierami komunikacyjnymi, jak i z ograniczonymi oraz specyficznymi doświadczeniami społecznymi.

Jak podkreśla wielu badaczy, sytuacja społeczna osób z wadą słuchu jest wyjątkowa w porównaniu z innymi grupami osób z niepełnosprawnością. Osoby z dysfunkcją narządu słuchu często identyfikują się jako członkowie społeczności Głuchych, tworząc odrębną grupę. Porównują siebie do członków innych wspólnot etnicznych i mniejszości językowych. Zaznaczają przy tym, iż skoro mają swój język mają, też swoją kulturę. Ta społeczność zapewnia im poczucie przynależności i wspólnoty.

Nie ulega jednak wątpliwości, iż grupa osób z dysfunkcją narządu słuchu jest wewnątrznie mocno zróżnicowana ze względu na stopień ubytku słuchu, a także preferowanych metod komunikowania się. Rozważania nad tożsamością osób głuchych prezentuje w swoich publikacjach m.in. J. Kobosko (2009), U. Bartnikowska (2010), K. Krakowiak (2012) (zob. Chrzanowska, 2015). Z przeprowadzonych badań J. Kobosko (2009), dotyczących poczucia tożsamości w grupie młodzieży niesłyszącej, słyszących rodziców wynika, iż:

- „tożsamość społeczna młodzieży głuchej, a raczej proces i efekt akulturacji do środowiska Głuchych, słyszących, bądź Głuchych i słyszących, czyli to, jak doświadcza siebie osoba głucha w relacjach interpersonalnych w wymiarze głuchota *versus* słyszenie, wiąże się zdecydowanie z typem preferowanego przez młodzież języka porozumiewania się z otoczeniem,
- młodzież g/Głucha w Polsce, która identyfikuje się ze społecznością Głuchych, uzyskała wyniki wyższe, niż młodzież komunikująca się biegle w języku fonicznym, a tym samym, jak wskazuje J. Kobosko, identyfikująca się z osobami słyszącymi i słyszącą większością,
- młodzież głucha migająca preferuje, w stopniu istotnie wyższym, bycie w obu światach: w świecie Głuchych i w świecie słyszących. Oznaczać to może, że młodzież głucha mówiąca w języku fonicznym, cechuje się tendencją do zamykania się i unikania kontaktu z osobami głuchymi, ale migającymi,
- młodzież głucha biegle migająca lub/i posługująca się językiem fonicznym wykazuje podobne nasilenie marginalizmu, co oznacza, że obie grupy mimo biegłości w dowolnym języku doświadczają poczucia braku przynależności czy ambiwalencji wokół własnej głuchoty i obu światów. Mają podobną trudność odnalezienia się jako osoba głucha w otaczającym świecie,
- osoby wykazujące wysoki marginalizm uzyskują, jak wynika z przytaczanych przez J. Kobosko badań (Cornell i Lyness, 2004; Hintairmair, 2008), niższą samoocenę, jak i bardziej negatywny obraz siebie,
- najlepsza adaptacja osób głuchych i związane z nią funkcjonowanie psychiczne, ma miejsce wówczas, gdy wykazują akulturację z głuchymi,

bądź zarówno z głuchymi, jak i słyszącymi (Kobosko określa to zjawisko dwukulturowością),

- w porównaniu z innymi krajami w Polsce szczególnie znaczące wydaje się doświadczenie przez osoby g/Głuche zjawiska marginalności i to niezależnie od opanowania kompetencji językowych w dowolnym języku (fonicznym, migowym) (Kobosko, 2009, s. 30)”.

Trudności w komunikacji osób z niepełnosprawnością słuchu mogą prowadzić do stresu, frustracji i poczucia izolacji. Osoby głuche i niedosłyszające mogą przez to doświadczyć problemów związanych z samooceną i poczuciem własnej wartości. Są bardziej narażone na problemy zdrowia psychicznego, takie jak depresja czy lęk (Dewa, 2017). Bariera językowa może utrudniać dostęp do informacji i usług publicznych, takich jak opieka zdrowotna, usługi społeczne i kulturalne.

Psychospołeczne funkcjonowanie dorosłych osób głuchych i niedosłyszających jest złożone i wymaga wsparcia na wielu poziomach.

1.8. Niepełnosprawność ruchowa – definicje, zakres, klasyfikacje

Poziom aktywności zależy od sprawności funkcjonowania układu ruchowego. Układ ten składa się z kości, stawów, więzadeł i mięśni kończyn dolnych, górnych i kręgosłupa, i ściśle z nimi powiązanego układu nerwowego. Dysfunkcje i deformacje w układzie kostno-stawowym, mięśniowo-nerwowym kończyn i kręgosłupa oraz w ośrodkach ruchu w mózgu i rdzeniu kręgowym spowodować mogą u człowieka niepełnosprawność ruchową.

Pojęciem „osoby z niepełnosprawnością” ze względu na dysfunkcję narządu ruchu określamy osoby o ograniczonej sprawności kończyn górnych, dolnych lub kręgosłupa (Majewicz, 2012, s. 60-61).

Dysfunkcje narządu ruchu stanowią bardzo zróżnicowaną grupę zaburzeń pod względem rodzaju i stopnia uszkodzenia oraz zmniejszenia funkcjonalności ruchów manipulacyjnych, wykonywanych przy pomocy kończyn górnych, oraz lokomocyjnych, realizowanych przy pomocy kończyn dolnych. Osoby

z niepełnosprawnością ruchową mogą być samodzielne i posiadać niewielkie uszkodzenia aparatu ruchu, być całkowicie zdane na pomoc innych przy całkowitej niesprawności ruchowej bądź posiadać mniejszy lub większy stopień utraty sprawności ruchowej (Majewski, 1995; Kirenko, 2002, 2007). Zarówno ruchy manipulacyjne, jak i lokomocyjne dają człowiekowi możliwość utrzymywania prawidłowej postawy ciała, dowolnych jej zmian, a także przemieszczania się w przestrzeni (Majewicz, 2012).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

sprzątanie, zakupy, bądź niepotrafiące samodzielnie opuścić własnego mieszkania i poruszać się w przestrzeni publicznej.

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

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

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

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

Światowa Organizacja Zdrowia natomiast dzieli niepełnosprawność ruchową na trzy grupy:

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

Osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu stanowią w Polsce niemal połowę populacji osób z niepełnosprawnością, można zatem powiedzieć, że dysfunkcje narządu ruchu stanowią, obok innych rodzajów schorzeń, najczęstszą przyczynę niepełnosprawności w naszym kraju.

1.9. Psychospołeczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością ruchową

Psychospołeczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością ruchową należy rozpatrywać z perspektywy co najmniej kilku czynników tj. indywidualnej sytuacji życiowej osoby z niepełnosprawnością, stopień zaspokajania przez

otoczenie jej potrzeb i możliwości, rodzaju niepełnosprawności ruchowej, zdolności do wyrównywania strat i planów życiowych jednostki (Kirenko, 2002, s.39). Zaspokojenie potrzeb warunkuje ogólną jakość życia (Biel-Ziółek, 2017, s.13). Z. Sękowska (2001, s.270) podkreśla, iż uszkodzenie ciała utrudnia psychospołeczne funkcjonowanie oraz może być przeszkodą w zaspokajaniu indywidualnych potrzeb. Nagromadzenie się niezaspokojonych potrzeb może prowadzić do zaburzeń w zachowaniu, stosowania mechanizmów obronnych oraz konfliktów z otoczeniem. S. Kowalik (2007, s. 46) zwraca także uwagę na trudności w realizowaniu zadań społecznych, które są w stanie wykonać osoby pełnosprawne w zbliżonym wieku, tej samej płci i przebywające w podobnych warunkach kulturowych.

Brak możliwości realizowania zadań rozwojowych w sposób zbliżony do pełnosprawnych członków społeczeństwa może negatywnie wpływać na obraz samego siebie i powodować zmiany w psychice związane z poczuciem własnej wartości i postrzeganiem siebie w różnych rolach społecznych (Kawczyńska-Butrym, 1998, s. 53). Badania przeprowadzone przez D. Nemcek (2017, s. 44) i A. Crawford i in. (2008) wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wskazują, że aktywność społeczna ma pozytywny wpływ na obraz samego siebie, ale także na stan zdrowia.

Postawa wobec własnych ograniczeń sprawności może być akceptująca, ambiwalentna bądź nieakceptująca (Wiszejko-Wierzbicka, 2008). Pozytywna postawa sprzyja rozwojowi jednostki, wyrównywaniu szans na samodzielne życie w miarę indywidualnych możliwości (Kawczyńska-Butrym, 1998).

Ponadto osoby z niepełnosprawnością ruchową o dużej aktywności społecznej lepiej integrują się z pełnosprawnymi członkami społeczeństwa. Relacje z innymi mają znaczenie również w procesie budowania i umacniania własnej autonomii i niezależności (Byra, Duda, 2019). Wspomniana wcześniej aktywność społeczna pozytywnie wpływa także na ogólną satysfakcję z życia (Vimero, Krause, 1998). Jednak jak zaznacza A. Zyta (2019, s.155), trudności z poruszaniem się mogą powodować zmniejszenie liczby kontaktów towarzyskich. J. Kirenko (1995) dodaje, że ich ograniczenie może być także spowodowane długotrwałym

okresem rehabilitacji, często z dala od miejsca zamieszkania. Z przeprowadzonych przez niego (Kirenko, 1995, s.129) badań wśród osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową wynika, że po nabyciu niepełnosprawności liczba znajomych wyraźnie się zmniejszyła, J. Kossewska (2003, s.41) podkreśla przy tym, iż jakość kontaktów społecznych jest warunkowana przez akceptację sytuacji niepełnosprawności przez jednostkę. Zaakceptowanie własnej sytuacji tworzy atmosferę życzliwości, sympatii i otwartości wobec otoczenia.

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

Z tego powodu istotną sprawą jest to, żeby osoba dotknięta niepełnosprawnością była aktywna zawodowo. W procesie przygotowania zawodowego należy wziąć pod uwagę potrzeby i możliwości osoby z niepełnosprawnością. Mowa tu zarówno o czynnikach fizycznych, psychicznych, jak i społecznych jednostki (Niedbalski, 2019, s.138). W przypadku aktywizacji tej grupy osób niezbędne są różnego rodzaju udogodnienia związane ze stanowiskiem pracy (Kobus-Ostrowska, 2018).

Aktywność zawodową osób dotkniętych niepełnosprawnością należy rozpatrywać z dwóch perspektyw. Praca z pewnością daje możliwości uniezależnienia się ekonomicznego i społecznego od otoczenia oraz oddziałuje na ogólną aktywność osób z niepełnosprawnością (Kowalik, 2007, s.247-248). Ważna staje się możliwość kontaktu z innymi ludźmi, zaspokojenie potrzeby afiliacji i samorealizacji, a także możliwość rozwoju zgodnie z własnymi aspiracjami. Ponadto aktywność zawodowa korzystnie wpływa na postrzeganie samego siebie, kształtowanie własnej tożsamości, a także tworzenie pozytywnego wizerunku własnej osoby (Wiszejko-Wierzbička, 2008). Poza tym praca pozwala przekształcać rzeczywistość zgodnie z własną wizją (Maj, 2007, s.15). Jest także

wyznacznikiem miejsca w hierarchii społecznej. K. Czarnecki (za: D. Kobus-Ostrowska, 2018, s. 25) wskazuje, że rozwój zawodowy są to przemiany ilościowe i jakościowe, które warunkują aktywny, świadomy i społecznie oczekiwany udział w przekształcaniu i doskonaleniu siebie i środowiska, w którym się przebywa.

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

Jak twierdzi L. Marszałek (2007, s.341), na psychospołeczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością ruchową ma wpływ także ich postrzeganie przez pozostałą część społeczeństwa. Zauważalne ograniczenia funkcjonalne powodują kształtowanie się określonych postaw i tworzenie stereotypów. Stereotypy zaś prowadzą do niepowodzeń w kontaktach międzyludzkich, co utrudnia włączanie się osób z niepełnosprawnością ruchową do życia w społeczeństwie (Biel-Ziółek, 2017). S. M. Smedema i in. (2012) wskazują, że negatywne postawy wobec osób z niepełnosprawnościami odgrywają dużą rolę w procesie adaptacji, akceptacji, integracji oraz mają wpływ na postrzeganie własnych możliwości życiowych, mogą także prowadzić do uprzedzeń i dyskryminacji niepełnosprawnych ruchowo na wielu poziomach życia. Słaba znajomość tej grupy społecznej przez pełnosprawnych członków społeczeństwa wywołuje często reakcje emocjonalne (strach, obawa, litość), a także może być przyczyną wykluczenia.

Wykluczanie osób z niepełnosprawnością może dotyczyć sfery kulturowej, społecznej, a również ekonomicznej (Giermanowska, 2012, s. 158). Do pożądanych społecznie postaw wobec niepełnosprawności zalicza się życzliwość, adekwatną pomoc oraz szeroko pojętą świadomość zasad obowiązujących w kontaktach z osobami z niepełnosprawnością (Wiszejko-Wierzbička, 2007).

Psychospołeczne funkcjonowanie osób z uszkodzonym narządem ruchu jest wieloaspektowe i wymaga kompleksowego podejścia, uwzględniającego wsparcie emocjonalne, społeczne, zawodowe oraz dostęp do odpowiednich zasobów i technologii. Ważne jest również promowanie integracji społecznej i eliminowanie barier, które utrudniają pełne uczestnictwo w życiu społecznym.

1.10. Zaburzenia psychiczne – definicje, zakres, klasyfikacje

Zaburzenia psychiczne to szeroka kategoria schorzeń, które wpływają na myślenie, nastrój oraz zachowanie jednostki. Zaburzenia te mogą znacząco wpływać na codzienne funkcjonowanie i jakość życia osoby. Definicja zaburzeń psychicznych jest złożona i może różnić się w zależności od kontekstu kulturowego oraz standardów diagnostycznych stosowanych w różnych krajach.

Według APA (American Psychiatric Association, 1994) zaburzenia psychiczne to „(...) klinicznie znaczący wzorzec behawioralny, lub syndrom, który (...) ma związek z odczuwanym cierpieniem lub upośledzeniem (zakłócenie w jednej lub więcej sferze funkcjonowania) lub ze związanym ryzykiem śmierci, odczuwania bólu, upośledzenia czy znaczącego ograniczenia swobody działania (...). Ani zachowania dewiacyjne, ani konflikty jednostki ze społeczeństwem nie są zaburzeniami psychicznymi.”

J. C. Wakefield (1992, s. 235) definiuje zaburzenia psychiczne jako „(...) stan psychiczny, który powoduje:

- a) poważne cierpienie i upośledzenie,
- b) jest czymś więcej niż ogólnie przyjętą formą reakcji na konkretne wydarzenie,
- c) stanowi przejaw dysfunkcji psychicznej”.

D. L. Rosenhan i M. E. P. Seligman wskazuje na siedem elementów zaburzeń, z założeniem, że im ich więcej i im bardziej nasilone i wyraźne, tym większe prawdopodobieństwo zaburzenia: cierpienie, trudności adaptacyjne, nieracjonalność, nieprzewidywalność, niekonwencjonalność, dyskomfort obserwatora, naruszenie ideałów i norm (Skrawek, Herberger, 2017).

Złożoność obrazu klinicznego zaburzeń psychicznych a przede wszystkim etiologii, na którą składały się raczej domyślne niż poznawcze czynniki biologiczne (np. tzw. czynniki endogenne), czynniki psychologiczne i czynniki środowiskowe, interpretowane często w kategoriach spekulatywnych (w ramach różnych czasami szkół teoretycznych), były przyczynami ogromnego zróżnicowania klasyfikacji i diagnostyki zaburzeń psychicznych. W praktyce uniemożliwiało to zarówno porównywalność danych epidemiologicznych, jak i badań naukowych. Próba wyjścia z sytuacji okazały się kolejne wersje Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów (ICD International Classification of Diseases) starające się skwalifikować wszystkie przyczyny zgonów i choroby zarówno somatyczne, jak i psychiczne oraz w odniesieniu do zaburzeń psychicznych, amerykańskie kolejne wersje Diagnostic and Statistical manual of mental Distorders (DSM) (Herbart, 2010).

Obie kwalifikacje są ze sobą spójne, jednak, że kwalifikacja DSM-5 jest powszechnie wykorzystywana na całym świecie do badań naukowych, klinicznych i neurobiologicznych (także w tych państwach w których obowiązuje klasyfikacja ICD), przedstawię ją w niniejszej pracy.

Tabela 3. Kategorie zaburzeń psychicznych wyróżnione w klasyfikacji DSM-5 oraz wybrane przykłady zaburzeń mieszczących się w ramach każdej z nich

KATEGORIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH	PRZYKŁADY
Zaburzenia neurorozwojowe	Niepełnosprawność intelektualna; zaburzenia należące do spektrum autyzmu; zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością
Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne	Schizofrenia; zaburzenie urojeniowe; katatonia
Zaburzenia afektywne dwubiegunowe i inne z nimi związane	Zaburzenie (afektywne) dwubiegunowe typu I i II; Zaburzenie; Zaburzenie cyklotymiczne
Zaburzenia depresyjne	Większe zaburzenie depresyjne; przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne; zaburzenie depresyjne spowodowane stanem ogólnomedycznym

Zaburzenia lękowe	Fobia swoista; społeczne zaburzenie lękowe; zaburzenie lękowe uogólnione
Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i inne z nimi związane	Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne; zbieractwo patologiczne; cielesne zaburzenie dysmorficzne
Zaburzenia pourazowe i związane z czynnikiem stresowym	Zaburzenie stresowe pourazowe; zaburzenie polegające na nadmiernej łatwości nawiązywania stosunków społecznych; zaburzenia adaptacyjne
Zaburzenia dysocjacyjne	Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości; amnezja dysocjacyjna; zaburzenie depersonalizacyjne
Zaburzenia z objawami somatycznymi i inne z nimi związane	Zaburzenia pod postacią somatyczną; zaburzenia z lękiem o stan zdrowia; zaburzenia pozorowane
Zaburzenia jedzenia i odżywiania się	jadłowstręt psychiczny; żarłoczność psychiczna; zaburzenie z napadami objadania się
Zaburzenia wydalania	Moczenie się; zanieczyszczanie się kałem
Zaburzenia snu i czuwania	Zaburzenia polegające na bezsenności; bezdech obturacyjny; zespół niespokojnych nóg
Dysfunkcje seksualne	Opóźniony wytrysk; zaburzenie orgazmu u kobiet; zaburzenie penetracji
Dysforia płciowa (zaburzenia tożsamości płciowej)	Dysforia płciowa u dzieci, dorastających i dorosłych
Zaburzenia niszczycielskie; kontroli impulsów i zachowania	Zaburzenie zachowania; kleptomania; piromania
Zaburzenia związane z substancjami i uzależnienia	Zaburzenie używania alkoholu; odstawienie tytoniu; hazard patologiczny
Zaburzenia neuropoznawcze	Majaczenie; większe i łagodniejsze zaburzenia neuropoznawcze spowodowane chorobą Alzheimera; zakażeniem HIV; chorobą Huntingtona

Źródło: A. S. Zawadzka, L. D. Czarkowska, M. Grajewska-Kulda. Charakterystyka wybranych zaburzeń psychicznych – praktyczny przewodnik dla coachów. Coaching Review 1/2017(9) s.110.

Szczegółowy przegląd poszczególnych zaburzeń psychicznych można znaleźć w pozycjach autorstwa B. Habert (2010), A. S. Zawadzka, L. D. Czarkowska, M. Grajewska-Kulda (2017), P. Gałęcki, A. Szulc (2018), D. Biechowska, D. Rabczenko, B. Moskalewicz (2019), S. Birrell, K. Marwic (2024).

Wyniki badań prowadzonych w Europie wskazują, że każdego roku 164,8 miliona mieszkańców Unii Europejskiej (38,2) cierpi z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego. Jak wynika z raportu, najczęstszymi zaburzeniami zdrowia psychicznego są: zaburzenia lękowe (14%), bezsenność (7%), depresje (6,9%) zaburzenia somatyczne (6,3%), zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu oraz substancji psychoaktywnych (>4%), demencje (1-30% w zależności od wieku) (za: Biechowska, Rabczenko, Moskalewicz, 2019).

Dane dotyczące częstości występowania zaburzeń psychicznych w Polsce są zgodne z globalnymi trendami, chociaż mogą się różnić w zależności od źródła i metodologii badań.

Depresja: Szacuje się, że depresja dotyka około 5-6% dorosłych Polaków.

Lęki: Zaburzenia lękowe są również powszechne i dotyczą około 6-8% populacji.

Schizofrenia: Częstość występowania schizofrenii w Polsce jest podobna do światowych statystyk, wynosząc około 1% populacji.

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe: Dotykają około 1-2% dorosłych Polaków.

Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (OCD): Dotykają około 1-2% populacji.

Zaburzenia stresu pourazowego (PTSD): Szacuje się, że PTSD dotyczy około 2-4% Polaków.

Zaburzenia psychiczne są powszechnym problemem zdrowotnym na całym świecie i mają istotny wpływ na jakość życia osób dotkniętych tymi chorobami oraz ich bliskich. Wzrost świadomości, dostęp do odpowiedniej opieki zdrowotnej oraz wsparcie społeczne są kluczowe dla poprawy sytuacji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne.

1.11. Psychospołeczne funkcjonowanie osób z zaburzeniami psychicznymi

Psychospołeczne funkcjonowanie osób z zaburzeniami psychicznymi jest skomplikowane i wielowymiarowe, obejmujące aspekty emocjonalne, społeczne,

zawodowe oraz codzienne życie. Zaburzenia psychiczne mogą wpływać na każdą z tych sfer, często prowadząc do wyzwań, które wymagają indywidualnego podejścia i wsparcia.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi, takimi jak choroba afektywna dwubiegunowa, często doświadczają intensywnych zmian nastroju, od głębokiej depresji po euforię. Depresję charakteryzuje indywidualne poczucie bezradności i niepowodzenia. Osoba nią dotknięta nie jest w stanie zrealizować swoich działań (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003). Współwystępujący strach, lęk prowadzi do ciągłego uczucia niepokoju i stresu. Wpływa na dezorganizację życia i przeszkadza w dotychczasowym funkcjonowaniu jednostki. Występuje przy tym bezsenność lub nadmierna senność, spowolnienie lub pobudzenie psychoruchowe zauważalne przez innych, utrzymujące się zmęczenie, poczucie braku energii, poczucie braku własnej wartości, nieadekwatne poczucie winy, obniżenie zdolności poznawczych, pojawiające się myśli o śmierci czy – ostatecznie - próby samobójcze (Gałęcki, Świącicki, 2015). Wśród cierpiących na zaburzenia psychiczne, większość (64 %) przestaje odczuwać radość z obecności innych ludzi, (92 %) traci zdolność czerpania satysfakcji z czynności, które do tej pory były celem ich życia np. z życia rodzinnego (Clark, Beck i Beck, 1994). Często pojawia się uczucie lęku i strachu. Szczególnie wysoki poziom niepokoju przejawiają osoby dotknięte fobią społeczną. Charakterystyczne dla tego zaburzenia jest trudne do opanowania zamartwianie się, które różni się w swojej istocie od zwyczajnego martwienia się niezakłócającego normalnego funkcjonowania jednostki. Patologiczne zamartwianie się prowadzi do nieustannego poczucia pobudzenia i nerwowości, na które nakładają się objawy somatyczne (Morrison, 2015). Osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą mieć zaniżoną samoocenę i negatywny obraz siebie, co wpływa na ich relacje i działania. Często doświadczają izolacji społecznej, spowodowanej zarówno przez ich objawy (np. lęk przed kontaktami społecznymi), jak i przez stygmatyzację społeczną, co przekłada się na jakość relacji ze znajomymi, przyjaciółmi czy rodziną. Społeczne piętno związane z zaburzeniami psychicznymi może prowadzić do dyskryminacji i wykluczenia społecznego.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą mieć trudności z wykonywaniem codziennych czynności, takich jak dbanie o higienę osobistą, sprzątanie, gotowanie itp.

W zależności od nasilenia objawów, osoby te mogą potrzebować wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, co może wpływać na ich niezależność i poczucie własnej wartości (Barrow, 2008; Beck, Alford, 2009).

Regularna terapia, wsparcie psychologiczne oraz odpowiednie leczenie farmakologiczne są kluczowe dla poprawy jakości życia i funkcjonowania codziennego.

Rozdział II Psychospołeczne uwarunkowania funkcjonowania badanych osób z niepełnosprawnością

2.1. Poczucie koherencji

Całokształt podejmowanych przez człowieka aktywności ma wiele uwarunkowań (Inglehart, 2000; Hobfoll, 2006). Podejście interakcyjne zakłada, że zachowanie człowieka wynika nie tylko z niezależnego wpływu czynników sytuacyjnych i osobowościowych, ale także z ich wzajemnego oddziaływania (Gruszczyńska, 2004). Pośród zmiennych sytuacyjnych za istotną determinantę przebiegu i efektywności działania należy uznać poczucie koherencji (Antonovsky, 2005). W sposób zróżnicowany, pośredni i bezpośredni, wpływa ono na stan funkcjonowania człowieka. W zależności od ukształtowania i nasilenia elementów składowych oddziałuje na utrzymanie równowagi organizmu, przejawiającego się zdrowiem fizycznym, psychicznym i duchowym (Antonovsky, 1992 za: Kot, Lenda, 2017). Poczucie koherencji jest głównym zasobem w salutogenetycznym modelu zdrowia opracowanym przez A. Antonovsky'ego (2005) pod koniec lat siedemdziesiątych. Pierwotnie autor ten opisał poczucie koherencji (sens of coherence) jako „ogólne nastawienia, wyrażające silne, trwałe choć dynamiczne przekonanie o przewidywalności świata wewnętrznego i zewnętrznego oraz o tym, że z dużym prawdopodobieństwem sprawy przyjmą tak pomyślny obrót, jakiego można oczekiwać na podstawie racjonalnych przesłanek” (za: Sęk, 2001, s. 29). Poczucie koherencji jest więc pewnego rodzaju czynnikiem wewnętrznym, które umożliwia człowiekowi radzenie sobie z stresorami, jakich doświadcza. Jest indywidualnym nastawieniem determinującym jego przekonanie, że świat i miejsce jednostki w świecie są racjonalne i przewidywalne (Kirenko, 2011).

W nieco późniejszym czasie A. Antonovsky zweryfikował i rozszerzył definicję poczucia koherencji podkreślając, iż jest to ”globalna orientacja człowieka wyrażająca stopień w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego, mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny

i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania”. A. Antonovsky (2005, s. 34)

Podobne rozumienie poczucia koherencji prezentuje I. Heszen i H. Sęk (2007), określając je jako zgeneralizowany, trwały i dynamiczny, poznawczo – emocjonalny sposób patrzenia na świat i własną sytuację życiową, umożliwiający człowiekowi dostrzeżenie i odbieranie otaczających go zjawisk jako zrozumiałych i sensownych.

Według J. F. Terelaka (1999) koherencja pojmowana jest jako sposób widzenia świata. Zależy od ogólnych zasobów odpornościowych jednostki (zasoby fizyczne, materialne, poznawcze i emocjonalne), wiąże się z wartościami, postawami i relacjami interpersonalnymi oraz makro-socjo-kulturowymi właściwościami jednostki.

W strukturze poczucia koherencji wyróżnia się trzy komponenty które, będąc powiązane określonymi relacjami, tworzą złożoną i uporządkowaną całość. Powyższe komponenty to: poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności oraz poczucie sensowności (Sęk, 2007; Kirenko, 2011; zob. Antonovsky, 2005).

Pierwszy z komponentów – poczucie zrozumiałości (*comprehensibility*) ma charakter poznawczy i „odnosi się do stopnia w jaki człowiek spostrzega bodźce, z którymi się spotyka, napływające ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego jako sensowne poznawczo, informacje uporządkowane, spójne, ustrukturowane i jasne” (A. Antonovsky, 2005 s. 32).

Zrozumiałość oznacza zatem przekonanie o tym, że bodźce, z którymi w przyszłości dana osoba się zetknie będą przewidywalne (Antonovsky, 2005; por. Heszen, Sęk, 2007). Niezależnie od tego, czy w przyszłości pojawią się bodźce pozytywne czy niepożądane, silne poczucie zrozumiałości pozwala na ich interpretację w kategorii przewidywalnych, jasnych i spójnych.

Według K. Szymony (2008) osoba, która posiada silne poczucie zrozumiałości, jest zdolna do trafnej oceny rzeczywistości, zatem nawet w obliczu pozornie zaskakującego rozwoju wypadków będzie w stanie dostrzec ich sens.

Drugi element poczucia koherencji – poczucie zaradności – ma charakter poznawczo-instrumentalny. Definiowany jest przez A. Antonovsky'ego (2005) jako „stopień, w jaki człowiek spostrzega dostępne zasoby, by sprostać wymaganiom jakie stawiają bombardujące go bodźce”. Autor wyjaśnia, że „dostępne zasoby to środki, jakie posiada dana jednostka, a także te które posiadają „uprawnieni inni”, czyli bliscy dla niej ludzie (rodzina, przyjaciele czy nawet Bóg, autorytety czy historia tj. wszystkie osoby lub zasoby otaczającego świata, którym ufa, na które może liczyć, bądź do których może się odwołać). Odnosi się zatem do spostrzegania i realistycznej oceny dostępnych zasobów jako adekwatnych oraz wystarczających do skutecznego zmagania się z wymogami stawianymi przez otoczenie.

Osoby o wysokim poczuciu zaradności w sytuacji, gdy napływają do nich bodźce niepożądane, oczekują, że wszystko ułoży się tak dobrze, jak można racjonalnie tego się spodziewać. Nie czując się bezsilne, mają przekonanie, że poradzą sobie z konsekwencjami trudnej sytuacji. W konfrontacji ze stresorami wykorzystują zarówno własne siły, jak i zasoby tkwiące w otoczeniu. Przyjmują aktywną postawę ukierunkowaną na pokonywanie problemów. Owo poczucie zaradności sprawia, że mimo zaistniałych, nawet tragicznych okoliczności, nigdy nie oceniają swojego życia w kategoriach beznadziejności, pasma trudności bez wyjścia (por. Sęk, 2001; Antonovsky, 2005).

Trzecim i ostatnim komponentem poczucia koherencji jest poczucie sensowności. Składnik ten ma charakter motywacyjno-emocjonalny i oznacza „stopień w jakim człowiek czuje, że życie ma sens z punktu widzenia emocjonalnego, że przynajmniej część problemów i wymagań jakie niesie życie warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania, jest czymś mile widzianym, a nie obciążeniem, którym człowiek wolałby się nie obarczać” (Antonovsky, 2005, s.34). Poczucie sensowności jest uznane za najważniejszy wymiar składowy poczucia koherencji, decydujący o jego globalnym poziomie, niezależnie od natężenia dwóch pozostałych komponentów. Wiąże się ono z nadaniem sensu własnemu życiu, nadaniem pozytywnego znaczenia napotkanym zdarzeniom i przeżywanym sytuacjom.

Poczucie sensowności wyraża się w motywacji jednostki do działania. Ludzie z wysokim poczuciem sensowności postrzegają życie lub jego wybrane obszary jako istotne, nawet w sytuacjach trudnych podejmują wyzwania, poszukują w nich sensu i starają się rozwiązywać zaistniałe problemy (Kirenko, 2011 zob. Gruszczyńska, 2001; Szymona, 2008).

Wszystkie komponenty poczucia koherencji mimo, że są odrębnymi jej elementami, pozostają ze sobą w określonych związkach. Wszystkie są konieczne dla globalnego poczucia koherencji, decydującą zaś rolę w ustaleniu jego poziomu przypisuje się poczuciu sensowności. Wysoki poziom tego składnika powoduje jednocześnie tendencję wzrostową pozostałych komponentów. Analogicznie niski poziom poczucia sensowności powoduje spadkową tendencję ogólnego wyniku.

T. Pasikowski (2000b) (za: Kirenko, 2011) wskazuje na możliwość istnienia trzech wariantów korelacji pomiędzy elementami tworzącymi poczucie koherencji:

1. zrozumiałość, zaradność i sensowność traktowane są jako zespół równoważnych, niezależnych strukturalnie i funkcjonalnie komponentów składających się na poczucie koherencji,
2. elementy składowe poczucia koherencji różnią się jedynie na zewnątrz,
3. składniki poczucia koherencji tworzą hierarchiczną, zorganizowaną strukturę, w której kluczową rolę odgrywa poczucie sensowności.

A. Antonovsky (1995) wskazał na typy stabilne i niestabilne – cechujące się tendencją do wzrostu lub obniżenia się globalnego poziomu poczucia koherencji. Badacz wskazuje także na rozróżnienie między sztywnym a silnym poczuciem koherencji. Uzyskanie skrajnych wyników w poziomie trzech komponentów wskazuje na sztywne poczucie koherencji, przyjmując formę mechanizmu obronnego (Kirenko, Byra, 2008). Silne zaś poczucie koherencji cechuje się plastycznością, otwartością, stabilnością. Jak podkreśla A. Antonovsky (1995) posiadanie tego typu poczucia koherencji nie jest jednoznaczne z dysponowaniem przez jednostkę cech wyłącznie pozytywnych czy właściwości osobowości społecznie pożądanym. Jak podkreśla J. Kirenko, S. Byra (2008) „poczucie koherencji nawet w najbardziej korzystnej postaci nie stanowi jedynej determinanty

optymalnego funkcjonowania człowieka, ale pozostaje w interakcji z szeregiem zmiennych osobowościowych i sytuacyjnych”.

Funkcje poczucia koherencji

Poczucie koherencji znajduje nadrzędne miejsce w modelu salutogenetycznym. Pozostaje w ścisłych pośrednich lub bezpośrednich relacjach przyjmujących w większości charakter sprzężeń zwrotnych z pozostałymi elementami.

Oprócz wymienionych trzech składników poczucia koherencji A. Antonovsky (2005) opisuje także pojęcie granic jako pojęcie uzupełniające konstrukt koherencji. Granice, według autora, wyznaczają obszar istotny dla konkretnej jednostki, czyli taki, którego elementy są postrzegane przez nią jako sensowne i zrozumiałe, a pozostałe sfery życia traktowane jako nieistotne, bez względu na, to czy są sensowne i zrozumiałe czy też nie. W zależności od indywidualnych predyspozycji, w granicach może mieścić się rodzina, praca, działalność społeczna, czy polityczna (Szymona, 2008). Szczegółowa charakterystyka granic i ich zależności znajduje się w opracowaniach K. Szymona, 2008; J. Kirenko, 2011.

Poczucie koherencji, rozwijając się w procesie socjalizacji jednostki, zależy od doświadczeń z okresu dzieciństwa, adolescencji i wczesnej dorosłości. Z punktu widzenia kształtowania się poszczególnych jej komponentów, duże znaczenie ma powtarzający się wzór doświadczeń życiowych jednostki, w tym trzy jego cechy: spójność (stałość doświadczeń życiowych jednostki), równowaga między przeciążeniem a niedociążeniem (występuje, gdy doświadczenia życiowe jednostki są dostosowane do jej możliwości) oraz współudział w podejmowaniu decyzji (aktywny udział w wybieraniu odpowiednich strategii i rozwiązań) (Antonovsky, 1997, za: Kirenko, 2011).

Na ustalenie się poziomu poczucia koherencji główny wpływ mają uogólnione zasoby odpornościowe (odporność fizyczna i biochemiczna organizmu, wykształcenie, pozycja zawodowa, wykształcenie, możliwości intelektualne, zdolności interpersonalne) oraz indywidualne wzorce doświadczeń życiowych. Pozostałe czynniki to bezpośrednie oddziaływanie rodziny oraz kształtujące się

wzorce zachowań. Pośrednio poziom poczucia koherencji zależy także od: płci, rasy, przynależności klasowej i podłoża społeczno-historycznego. Zmienne te determinują dostępne dla jednostki zasoby (Kirenko, Byra, 2008).

Poczucie koherencji jest kluczową zmienną dla procesów osiągnięcia, ochrony i przywracania zdrowia. Liczne badania empiryczne wskazują jej wpływ na pierwotną ocenę sensorów i pozytywnie oddziałuje na efektywność radzenia sobie i z nimi (Pasikowski, 2000b za: Kirenko, 2011).

Silnie rozwinięte poczucie koherencji mobilizuje człowieka do podejmowania aktywności, w wyniku której uruchamiane są zasoby odpornościowe lub schematy poznawcze, przez co działające stresory ocenione są jako bodźce pozytywne mające charakter wyzwania. Stosunkowo zaś niski poziom obciążenia stresorami życiowymi, niewielka ich siła i ograniczony czas trwania oraz wysoki i bogaty poziom uogólnionych zasobów odpornościowych wpływają korzystnie na radzenie sobie z wymogami życiowymi. Osoby o wysokim poczuciu koherencji postrzegają swoje życie jako zrozumiałe, sensowne i dające się opanować. Dlatego w trudnych sytuacjach ukierunkowują swoją aktywność na uruchomienie dostępnych zasobów odpornościowych lub znalezienie potencjalnie dostępnych środków, w celu pokonania trudności życiowych (Sęk, 2005; Kirenko, 2010).

Poczucie koherencji można scharakteryzować za pomocą następujących cech:

1. trwałości – oznacza, iż poziom poczucia koherencji pozostaje stabilny pomimo doświadczania pewnych zmian będących wynikiem konfrontacji z różnymi sytuacjami stresogennymi,
2. dynamiczności – dotyczy możliwości obniżenia się poziomu poczucia koherencji w pewnych obszarach oraz cechującego jednostkę dążenia do takich zmian, w obrębie których można byłoby go wzmocnić,
3. dymensjonalności – właściwość pozwalająca wyznaczyć miejsce jednostki na kontinuum: od silnego do słabego poczucia koherencji,
4. granic – oddzielają one istotne dla jednostki dziedziny aktywności od mało znaczących i niewzbudzających motywacji do działania. W obrębie granic

i sposobów ich ustalania mogą zachodzić pewne zmiany w kontekście różnorodnych doświadczeń i modyfikacji dokonujących się w ciągu życia jednostki (Antonovsky, 1995 za: Kirenko, Byra, 2008).

2.2. Poczucie koherencji osób z niepełnosprawnością

Sytuacja osób z niepełnosprawnością na przestrzeni wieków ulega nieustannym zmianom, zależnym od aktualnych warunków społeczno-ekonomiczno-kulturowych. Zastanawiającym jest dlaczego poszczególne osoby, mimo znacznych ograniczeń i deficytów zdrowotnych, radzą sobie dobrze zarówno życiu prywatnym jak i pracy zawodowej w przeciwieństwie do osób mniej niepełnosprawnych przyjmujących z rezygnacją zastaną rzeczywistość. Każda z tych osób reprezentuje odrębną postawę uwarunkowaną indywidualnymi doświadczeniami. Czynnikiem, który ma w tej kwestii decydujące znaczenie niewątpliwie jest poczucie koherencji (sense of coherence). A. Antonovsky (2005) zauważył i podkreślił związek między poczuciem koherencji a stanem zdrowia. To jej nasilenie – wg. badacza – jest głównym czynnikiem psychologicznym odpowiadającym za stan zdrowia lub występowanie choroby. Osoby, które odznaczają się silnym poczuciem koherencji łatwiej uruchamiają swoje potencjalne zasoby odpornościowe niż osoby cechujące się niskim poziomem danej zmiennej. Osoby z silnym poczuciem koherencji, w tym także osoby z niepełnosprawnościami, same dobierają odpowiednią i najsluszniejszą, według ich opinii, metodę walki ze stresem. Ludzie zaś o słabym poczuciu koherencji będą częściej uruchamiać mechanizmy obronne, zniekształcające prawdziwy i realny odbiór rzeczywistości, a przy tym będą dążyć do unikania konfrontacji ze stresorem (Antonovsky, 2005).

Analogiczna sytuacja ma miejsce u osób z niepełnosprawnościami. Badania K. Kurowskiej, I. Szumacher (2011) wykazały brak istotnych różnic ze względu na rodzaj schorzenia. Biorąc zaś pod uwagę składowe poczucia koherencji, dowiedziono, iż osoby z wadą wzroku wykazały zróżnicowany poziom poczucia koherencji. Badania wykazały również ścisły związek poczucia koherencji ze wsparciem społecznym u osób z niepełnosprawnością. Poddając dane analizie

stwierdzono, że zrozumiałość (jako komponent poczucia koherencji) była słabo związana ze wsparciem wartościującym, ale w sposób istotny statystycznie. Jeżeli zrozumiałość rosła, to wzrastało wsparcie wartościujące. Zaradność jednocześnie była ujemnie związana ze wsparciem informacyjnym. Sensowność nie korelowała istotnie z żadnymi aspektami wsparcia, natomiast globalne poczucie koherencji korelowało tylko ze wsparciem wartościującym (Kurowska, Szumacher, 2011).

W przeprowadzonych badaniach wykazano, że zakres niepełnosprawności ma wpływ na uczestniczenie w życiu codziennym przez związek z poczuciem sensowności, które warunkuje lepsze funkcjonowanie w życiu codziennym. Podobnie przedstawiają się uzyskane wyniki dotyczące wpływu zakresu niepełnosprawności na samowystarczalność w życiu codziennym powiązane z zaradnością. Osoby z wysokim poczuciem zaradności są samowystarczalne, co wiąże się z podejmowaniem aktywnego wysiłku i chęcią niwelowania deficytów w tym zakresie (Kurowska, Szumacher, 2011). Silne poczucie koherencji mobilizuje człowieka do aktywności (Ogińska-Bulik, Jurczyński, 2008) pomaga nadawać sens i wyjaśnić niepodziwiane wydarzenia (Sęk, 2001), pozwala własne zasoby spostrzegać jako wystarczające w obliczu napotkanych wydarzeń życiowych (Antonovsky, 2005). Może też w określony sposób zmniejszać negatywne skutki niepełnosprawności (Byra, 2012), przyczyniając się do lepszego przystosowania do sytuacji niepełnosprawności oraz rozwinięcia adaptacyjnych strategii radzenia sobie (Kenedy i in., 2010).

Poczucie koherencji osób z niepełnosprawnością ruchową jest w licznych badaniach charakteryzowane w rozbieżny sposób. Badania R. Jansen, i in. (2002) wskazują, że niepełnosprawność ruchowa może się wiązać z obniżonym poczuciem koherencji, inne zaś, że niepełnosprawność nie zmienia poczucia koherencji (Raid, Brostrom, Langius-Eklof, 2013). Przy czym poczucie zrozumiałości jest przez osoby z niepełnosprawnością ruchową najwyżej spostrzeganym elementem poczucia koherencji (Byra, 2010; Grec, 2008). Również A. Antonovsky (2005) zauważa, że rozumienie docierających bodźców jest warunkiem przekonania o możliwości sprostania wymaganiom, jakie te bodźce ze sobą niosą. Badania G. Aando-Akaa (2021) wskazują jednak na odwrotny wynik. Niska ocena poczucia zrozumiałości przez badane osoby może świadczyć o tym, że postępująca

niepełnosprawność ruchowa, nieprzewidywalna w swojej dynamice obniża przekonanie o tym, że dopływające bodźce są przewidywalne, zrozumiałe i strukturalizowane. Uzyskane wyniki są natomiast zbieżne w zakresie poczucia sensowności z badanymi K. Gerca (2008) i B. Hintze (2015), którzy wskazują, że u młodzieży z niepełnosprawnością ruchową poczucie to jest dosyć wysokie. Świadczy to o nadaniu wartości i sensu aktualnie przeżywanym doświadczeniom, wynikającym m.in. z pokonywania ograniczeń związanych z niepełnosprawnością.

Jeżeli chodzi o związek poczucia koherencji z satysfakcją z życia, to uzyskane w badaniach G. Aondo-Akaa wyniki wpisują się w dotychczasową wiedzę, potwierdzając istnienie takiego związku w różnych grupach (m.in. osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową – Byra, 2010; osób w okresie wczesnej i średniej dorosłości – Dębska, Komorowska, 2007; oraz z różnymi rodzajami niepełnosprawności – Moen i in., 2019, potwierdzając, iż sposób w jaki osoby z postępującą niepełnosprawnością ruchową wartościują swoje aktualne niezadowolenie z życia, jest związany z postrzeganiem dopływających bodźców jako zrozumiałych i sensownych, a swoich możliwości jako wystarczających do sprostania tym bodźcom (Aona-Akaa, 2021). Dla wysokiej satysfakcji z życia szczególnie istotne okazały się związki z poczuciem zrozumiałości i poczuciem zaradności, mimo, iż poczucie zaradności zostało ocenione niżej niż pozostałe elementy poczucia koherencji. Sytuacja ta świadczyć może o tym, iż wyższe zadowolenie z życia jest warunkowane przede wszystkim zrozumieniem wydarzeń, które mają miejsce w życiu danej osoby oraz uznaniem siebie jako wystarczająco kompetentnego do poradzenia sobie z wyzwaniami, które te wydarzenia niosą. Ponadto zrozumienie tej sytuacji i dynamiki niepełnosprawności może być istotnym warunkiem, który umożliwia czerpanie zadowolenia z życia (Aona-Akaa, 2021).

Podkreśla się znaczenie poczucia koherencji w adaptacji do życia z niepełnosprawnością (Ristner, Andersson, Johansson, Johansson, Ponzer, 2000) i jego związek z odczuwalną jakością życia (Moen, Eide, Drageset, Gjesdal, 2019). Poczucie koherencji spełnia zatem istotną rolę w procesie psychospołecznej adaptacji osób z niepełnosprawnościami.

G. Aondo-Akaa (2021) w swoich badaniach dowodzi, że zachodzi związek poczucia koherencji z samooceną osób z niepełnosprawnością ruchową. Potwierdza zakładaną hipotezę, iż istnieją ujemne związki pomiędzy samooceną a zewnętrznym umiejscowieniem kontroli oraz poczuciem koherencji a zewnętrznym umiejscowieniem kontroli wśród młodych dorosłych osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową.

B. Mroziak, J. Czabała, S. Wójtowicz (1995) wskazuje na zależność poziomu poczucia koherencji z lękiem, depresją i nasileniem stresu u osób z niepełnosprawnościami. Badania P. Gorczyca, W. Leskowski, A. Kampinos (1999) wykazały, iż poczucie koherencji negatywnie koreluje z depresją oraz chorobami psychicznymi.

Dowiedziano, że poczucie koherencji może bezpośrednio (jako predyktor) lub pośrednio (w roli mediatora) oddziaływać na ogólną jakość życia i jej poszczególne elementy składowe u osób z trwałymi ograniczeniami. Przy tym pozytywne efekty w poziomie zadowolenia z życia są konsekwencją nasilonego natężenia tego zasobu. Silne powiązania między poczuciem zrozumiałości i poczuciem sensowności stwierdzono w odniesieniu do satysfakcji życia przeszłego i oczekiwań względem przyszłości osób z uszkodzeniem rdzenia (Curyło i in. 2023).

2.3. Samoocena

W ciągu całego życia człowiek zdobywa wiedzę nie tylko o świecie zewnętrznym, ale również wiedzę o sobie samym. Percepcja, poznanie otaczającego świata i siebie, kumulując się w doświadczeniach w toku rozwoju jednostki, podlega stopniowo porządkowaniu i organizowaniu. W wyniku tego procesu kształtuje się pewien specyficzny układ wyobrażeń, pojęć i ustosunkowań, odnoszących się do siebie samego, do własnego „ja” – tworząc pojęcie o sobie samym.

Problematyka „ja” oraz obrazu samego siebie zapoczątkowana na gruncie filozofii, analiza pojęć duszy i jaźni, istniała w psychologii właściwie od początku.

Według Leary'ego i Mac Donalda (2003) samoocena jest jednym z najistotniejszych konstruktów w psychologii. Uznaje się ją również za trzecie, po negatywnym afekcie i tematyce płci, najczęściej podejmowane zagadnienie w obszarze psychologii społecznej i psychologii osobowości (Bushman, Moeller i Crocker, 2011). Zainteresowanie jej badaniem stale rośnie (Kernis, 2003 za: Szpitalak, Polczyk, 2015).

Pojęcie self-esteem jest tłumaczone na język polski jako „samoocena”, „poczucie własnej wartości” czy „globalne samowartościowanie” (Dymkowski, 1993). Brakuje jednak przy tym zgody odnośnie do synonimicznego stosowania terminów „samoocena” i „poczucie własnej wartości”. Brown, Dutton i Cook (2001), Crocker i Park (2004), Franken (2006), Crisp i Turner (2009) traktują obie nazwy zamiennie. Różnicują je natomiast Fila-Jankowska (2009), Grzeźłowska-Klarkowska (2001).

W literaturze psychologicznej spotyka się wiele określeń tego pojęcia oraz pokrewnych mu terminów. L. Niebrzydowski (1974) określa je jako samoświadomość, (1973) świadomość siebie, obraz własnej osoby, samopoznanie i samoocena. J. Reykowski (1973, 1975, 1979) dopełnia synonimami: obraz samego siebie, pojęcie samego siebie, własne „ja”, struktura „ja”. S. Ossowski (1982) wprowadza określenie autocharakterystyka. A. Brzezińską (1973), J. Kozielski (1981, 1996), W. Łukaszewski (1974), H. Larkowa (1987), K. Popielski (1975), S. Siwek (1982) obok tych terminów wyodrębniają obraz siebie, koncepcje siebie, pojęcie o sobie samym, orientację w sobie, samopoznanie.

Zdaniem A. Brzezińskiej (1973) i M. Kafty (1980) różni autorzy, próbując definiować pojęcie, uwzględniają różne jego cechy i przypisują różne znaczenia. Stąd w literaturze dotyczącej problematyki własnej osoby, nie udało się stworzyć dotychczas jednej i pełnej definicji tego pojęcia (por. Kirenko, 2010).

Próby definiowania własnej osoby podjęli m.in. V. Raimy, R. Wylie, A. Combs, C. R. Rogers, H. A. Englisch, J. Kon, W. Łukaszewski, J. Kozielski, J. Reykowski, L. Niebrzydowski i wielu innych (zob. Reykowski, 1996, 1970; Niebrzydowski, 1974; J. Kozielski, 1976, 1981; Siek, 1982; Jarymowicz, 1985, 1989; Kulas, 1986; Palak, 1988; Kirenko, 1991; Witkowski, 1996).

Podjmując próby zdefiniowania samooceny, warto wyjść od pojęcia jaźni. Pojęcie jaźni lub „ja” (self) uznane zostało za istotny mechanizm sterujący zachowaniem człowieka (por. Kirenko, 2010; Szpitlak, Polczyk, 2015) przez m.in.: G. Junga, A. Adlera, K. Horney, H. S. Sullivana, G. Allporta, J. Murraya, G. Rogersa, J. Reykowskiego, L. Niebrzydowskiego, J. Kozielskiego, E. Hilgarda, A. Podgóreckiego i wielu innych.

To właśnie organizacja informacji skupiona wokół „ja” odgrywa zasadniczą rolę wśród mechanizmów, wyznaczających stosunki jednostki z otaczającym ją światem (Kirenko, 2010; por. Reykowski, 1970; Palak, 1988; Mądrzycki, Witkowski, 1996; Branden, 2012; Szpitlak, Polczyk, 2015). W dużej mierze decyduje o jej samopoczuciu, jakości kontaktów z innymi ludźmi, efektywności działania (Żebrowska, 1980; por. Reykowski, 1970; Ossowski, 2005; Heszen, Sęk, 2008; Kirenko, 2010; Kucharski, 2017).

Istotnym aspektem „ja” jest globalna samoocena jednostki. Stanowi ona fragment większej organizacji, element systemu wiedzy człowieka o sobie (Reykowski, 1970; Niebrzydowski, 1974; Siek, 1982; Palak, 1988; Kirenko, 1991). Dla pełniejszego ujęcia problematyki ważne jest określenie jej w szerszym kontekście w połączeniu z pojęciem o sobie, jak podkreśla wielu psychologów: L. Niebrzydowski (1974), J. Reykowski (1979), J. Kozielski (1981, 1986), H. Kulas (1986) i wielu innych.

Wg. koncepcji W. Jamesa samoocena stanowi wypadkową tego, co jednostka osiągnęła i tego, co potencjalnie była w stanie osiągnąć. Wartość samooceny jest zatem definiowana w tym ujęciu przez stosunek osiągnięć czy sukcesów podmiotu do jego aspiracji. W zależności od tego, jak się ma sukces podmiotu do jego oczekiwań, powstają odczucia względem własnej osoby (self-feelings). Im mniejsza dysproporcja między tym, co osoba osiągnęła a tym, do czego pretendowała, tym wyższa samoocena i bardziej pozytywny afekt ukierunkowany na „Ja” (Szpitlak, Polczyk, 2015). Także w nowszych ujęciach (Pope, McHale i Craighead, 1988) samoocena jest rozpatrywana jako funkcja różnicy między Ja idealnym a Ja realnym. W takim modelu wysokość samooceny ściśle wiąże się z wielkością niezgodności między tymi dwoma aspektami Ja. Zatem im wyższa

dysproporcja między Ja realnym a Ja idealnym, tym niższa samoocena i więcej negatywnych emocji przeżywanych przez podmiot (Heszen, Sęk, 2008).

Niebagatelny wkład w rozumienie samooceny zagadnień z nią związanych wniósł M. Rosenberg (1965). Jego zdaniem jednostka, podobnie jak w odniesieniu do różnych otaczających ją obiektów, przejawia pewną postawę również wobec własnej osoby. W tym ujęciu wysoka samoocena wiąże się z przekonaniem, że jest się „wystarczająco dobrym i wartościowym” (Rosenberg, 1979). M. Rosenberg (1965) podkreśla również, że osoba o wysokiej samoocenie nie musi czuć się lepsza od innych ludzi.

W definicji kolejnego znaczącego dla tematyki samooceny badacza, J. Coopersmitha (1967), akcent jest położony na postawę jednostki wobec Ja, jak również na szacunek do własnej osoby i wiarę we własne możliwości (Szpitalak, Polczyk, 2015).

Patrząc na problematykę definiowania samooceny bardziej globalnie, warto przytoczyć podział definicji samooceny zaproponowany przez H. Wellsa i D. Marwella (1976). Autorzy ci usystematyzowali to pojęcie, przyjmując za kryterium jego wspólny mianownik dla różnych ujęć samooceny. Pierwszym elementem takiego mianownika była ocena, drugim natomiast – afekt.

Niezależnie od klasyfikacji istota pojęcia o samym sobie określona jest dwojako: po pierwsze – jako mechanizm poznawczy, na który składają się: samoobserwacje, samoodczuwanie, samowiedza oraz posiadanie o sobie wyobrażenia i przekonania. Przedstawicielami tego poglądu są: M. Argle, J. Brownfain, A. Combs, H. A. Englisch, E. Galanter, J. Koziellecki, G. A. Miller, G. Murphy. K. H. Pribram, C. Raimy, J. Reykowski, R. Wyile. Po drugie – jako mechanizm poznawczo-oceniający, który obejmuje, obok wiedzy o sobie, także stosunek emocjonalny do siebie przejawiający się w samoocenie. Potwierdzenie tego poglądu znajduje się teoriach: A. Brzezińskiej, W. Łukaszewskiego, L. Niebrzydowskiego, M. Przetacznikowej, C. Rogersa (zob. Reykowski, 1970; Kulas, 1986; Palak, 1988; Ossowski, 2005; Szpillak, Polczyk, Buczak, Samujło, 2015).

Wydźwięk zarówno poznawczego, jak i emocjonalnego aspektu oceniania własnej osoby widoczny jest również w definicjach polskich autorów. B. Wojciszke (2002) definiuje samoocenę jako afektywną reakcję jednostki na samą siebie, L. Niebrzydowski natomiast – jako „zespół sądów i opinii, które jednostka odnosi do własnej osoby” (Niebrzydowski, 1976, s. 52). Wspomniane opinie i sądy mogą dotyczyć zarówno aktualnych, jak i potencjalnych cech psychicznych oraz fizycznych podmiotu. Przy czym przegląd badań empirycznych wskazuje, że obraz siebie składa się z komponentów zarówno poznawczych, jak i emocjonalno-motywacyjnych.

Pomijając różnice metodologiczne, większość badaczy wyznaje pogląd, iż pojęcie o sobie kształtuje się w ciągu całego życia danej jednostki. H. Larkowa (1987) wyróżnia dwa stopnie rozwoju kształtowania się pojęcia o sobie: wczesne dzieciństwo, w okresie którego formułuje się poczucie własnej tożsamości i okres dorastania – kiedy to następuje rewizja obrazu siebie z dzieciństwa w związku ze wzrostem świadomości i poziomu doświadczeń (por. Tyszkowa, 1973; Żebrowska, 1980; Siek, Palak, 1988; Borys, 2010; Bartkiewicz, 2013; Kucharski, 2017). Proces ten uwarunkowany jest przez doświadczenia własne jednostki, jak i oddziaływania na nią innych osób (Reykowski, 1970; Niebrzydowski, 1974; Siek, 1982; Laguna, Witkowski, Mądrzycki, 1996; Heszen, Sęk, 2008; Cholewicka-Goździk, 2011; Kucharski, 2017).

W interakcjach dziecka z otoczeniem struktura obrazu siebie powstaje w wyniku procesu porównań społecznych i interioryzacji otrzymanych od innych informacji o sobie (Kościelak, 1987; por. Niebrzydowski, 1974; Siek, 1982; Palak, 1988; Dymkowski, Mądrzycki, 1996). Dużą rolę w „formowaniu” siebie G. Murphy (za: Siek, 1982) przypisuje umiejętności spostrzegania siebie w różnych sytuacjach społecznych, podkreślając wpływ doznanych bodźców płynących z wnętrza ciała i określeń – etykietek nadawanych przez innych.

Kształtujący się, wraz z rozwojem jednostki, w wyniku procesu abstrakcji i uogólnienia doświadczeń dotyczących własnej osoby system poglądów, opinii, sądów, tworzących pojęcie o sobie – zdaniem wielu badaczy m.in. W. Łukaszewskiego, M. Przetacznikowej, J. Reykowskiego, nie jest jednolity (za:

Kulas, 1986; por. Reykowski, 1970; Palak, 1988; Kirenko, 2010; Bartkowicz, 2013). Pierwotnie utożsamiany z „jaźnią odzwierciedloną” (Z. Coley), „jaźnią zwierciadlaną” (M. Mead) zawiera aspekt obrazu ciała i obrazu psychiki człowieka (Szpilak, Polczyk, 2015).

Według W. Jamesa (za: Gutowski, 2011) poczucie własnej wartości jest kształtowane w procesie integrowania samoocen z poszczególnych obszarów aktywności w jedną globalną ocenę, determinowaną ocenami tych aspektów życia („ja” empiryczne, „ja” idealne – zespół wyobrażeń, cech, jakie jednostka pragnęłaby posiadać oraz, ja” realne – złożone z, ja” społecznego – opinie, sądy, otoczenie, „ja” duchowego – całokształt zdolności skłonności, „ja” materialnego – wyobrażenia o swoim wyglądzie fizycznym, które podmiot uznaje za najbardziej znaczące). Także inni badacze (Kernis, 2003; O’Mara, Marsh, Craven i Debus, 2006; Szpilak, Polczyk, 2016) są zwolennikami różnicowania między samooceną globalną a samoocenami specyficznymi. Samoocena globalna (global self-esteem) definiowana jest jako cecha reprezentująca sposób, w jaki ludzie „czują” swoją osobę (Brown i Marshall, 2011). Stosowne wydaje się dwojakie rozłożenie akcentów: albo traktujemy samoocenę globalną poznawczo, jako decyzję, którą podejmuje podmiot na temat swojej wartości jako osoby, albo emocjonalnie, gdzie samoocena globalna stanowi afekt względem Ja niewywodzący się z racjonalnych osądów (Brown, 1993; 1996; Brown i Marshall, 2001). Samooceny specyficzne odnoszą się do oceny własnej osoby w poszczególnych aktywnościach oraz w odniesieniu do różnych charakterystyk podmiotu (Brown i Marshall, 2001).

Ch. Brown i M. Marshall (2001) w ramach struktury samooceny wyróżniają także poczucie własnej wartości (feelings of self-worth). Jest ono traktowane podobnie jak samoocena rozumiana jako stan (w przeciwieństwie do traktowania samooceny jako cechy). Poczucie własnej wartości to emocje i stany, których podmiot doświadcza w odniesieniu do własnej osoby w odpowiedzi na różne sytuacje (Heatheron i Polivy, 1991; Leary, Tambor, Terdal i Downs, 1995; Pyszczynski i Cox, 2004). N. Smelser (1989; por. Galas, 1994 w literaturze polskojęzycznej) natomiast dzieli definicje samooceny na te, akcentujące aspekty poznawcze i te akcentujące aspekty afektywne. W zależności od rozłożenia akcentów, dynamika relacji między samooceną globalną, samoocenami

specyficznymi oraz poczuciem własnej wartości przybiera nieco odmienny kształt. W definicjach akcentujących aspekty poznawcze w ocenie własnej osoby nacisk jest położony na takie cechy, jak: władza, działania, kompetencje, pewność. Natomiast w definicjach, w których dominuje nastawienie na procesy afektywne, ocena skoncentrowana jest na emocjonalnym osądzie dotyczącym własnej osoby (Szpitalak, Polczyk, 2015).

Poznawcze podejście do rozumienia samooceny (bottom-up model of self-esteem) często wychodzi od rozpatrywania wpływu informacji zwrotnych z otoczenia na samooceny szczegółowe/specyficzne podmiotu (Brown i Marshall, 2001). Naznaczone informacją z otoczenia samooceny specyficzne wpływają jednocześnie i na poczucie własnej wartości, i na globalną samoocenę. Wspomniani powyżej badacze zwracają uwagę na to, że nie wszystkie samooceny specyficzne wpływają na samoocenę globalną – największy wpływ mają te o istotnym znaczeniu dla Ja podmiotu. W przypadku afektywnego podejścia do rozumienia samooceny (top-down model of self-esteem) wychodzi się z założenia, że samoocena rozwija się wcześnie w toku życia i, raz ukształtowana, trwale wpływa na samooceny specyficzne i poczucie własnej wartości (Brown, 1993; Brown i in., 2001; Brown i Marshall, 2001; Deci i Ryan, 1995).

Rozpatrując zagadnienie struktury samooceny, należy również odnieść się do podziału na samoocenę jawną oraz samoocenę utajoną (Greenwald i Banaji, 1995; Greenwald, Banaji, Rudman, Farnham, Nosek i Mellott, 2002; Hetts i Pelham, 2001; Spalding i Hardin, 1999; Tafarodi i Ho, 2006). Samoocena utajona to niemożliwy do zidentyfikowania introspekcyjnie wpływ postawy wobec samego siebie na ocenę obiektów związanych z Ja i obiektów niezwiązanych z Ja (Greenwald i Banaji, 1995, s. 11). Może być też rozumiana jako automatyczna, nieświadoma ocena własnej osoby, zawiadująca spontanicznymi reakcjami na bodźce związane z jednostką (Doliński, 2002 zob.: Epstein i Morling, Spalding i Hardin, 1999). Samoocena jawna i utajona są z sobą pozytywnie skorelowane, jednak wielkość takich korelacji zazwyczaj jest bardzo niska (Bosson i in., 2000) lub umiarkowana (Greenwald i Farnham, 2000), lub wręcz w ogóle korelacje te bywają nieistotne statystycznie (np. Baccus, Baldwin i Packer, 2004; Bosson i in., 2000).

Obok pojęcia własnego „ja”, stanowiącego wyobrażenie jednostki o sobie. D. Snygg i C. Combs (za: Kulas, 1986) w strukturze „ja” wyróżniają: „ja” fenomenologiczne (sposprzeżeniowe), które ściśle wiąże się z jednostką (ubranie, meble itp.), „nie-ja” – czyli wszystko inne, co nie jest daną jednostką i z czym ono nie jest bezpośrednio związane.

Z. Markus (za: Wojciszke, 1983) proponuje uwzględnienie w strukturze własnej osoby „ja” potencjalnego, które uwzględnia posiadanie przez podmiot wyobrażenia przyszłych stanów oczekiwanych lub objawianych – aspiracji, motywacji, celów.

W koncepcji Z. Kleina występuje „ja powinnościowe” i „ja realne”. K. Horney wyróżnia w strukturze „ja”: „ja realne”, „ja wyidealizowane” (Laguna, 1996; por. Kulas, 1986; Bartkowicz, 2013; Szpilak, Polczyk, 2015).

Wśród badaczy brakuje zgody co do podstawowych charakterystyk samooceny. Wydaje się, że wyszczególnione niżej konstrukty stanowią w większości odmienne określenie podobnych cech. I tak, do podstawowych atrybutów samooceny zalicza się: stabilność, wysokość oraz jasność (Wojciszke, 2002); wartościowość, pewność, jednoznaczność wiedzy na temat własnej osoby (Lachowicz-Tabaczek i Śniecińska, 2009); trafność, poziom, stabilność (Reykowski, 1992). Rozpatrując samoocenę w odniesieniu do wspomnianych wyżej wymiarów, można wyodrębnić samooceny: wysoką vs. niską, stabilną vs. niestabilną, adekwatną vs. nieadekwatną (por. Niebrzydowski, 1974, 1976). Szczegółowy opis wymienionych atrybutów i ich zależności można znaleźć w opracowaniach: I. Mruk (2013) czy M. Szpitalak, D. Polczyk (2015).

Różne koncepcje dotyczące podziału struktury pojęcia o sobie dowodzą zgodności istnienia dwóch zasadniczych elementów: „ja realnego” i „ja idealnego”. Pogląd ten znajduje potwierdzenie w teoriach: M. Przetacznikowej, C. Rogersa, D. Rogersa, W. Saneckiego i innych (za: Kulas, 1986). Inne próby opisu tego mechanizmu osobowości występują w koncepcjach: A. Brzezińskiej, J. Kozińskiego, W. Lewkowicza, M. Rosenberga, A. Combsa, Z. Zaborowskiego (za: Kulas, 1986).

Opierając analizę struktury pojęcia o sobie samym na podziale tego „co moje”, „własne” – co dotyczy własnej osoby – „ja” i tego co dotyczy świata zewnętrznego – „nie-ja”, najpełniejszą koncepcję w literaturze przedmiotu przedstawił J. Reykowski (1966). W strukturze „ja” wyodrębnia 3 podstruktury: 1) poczucie własnego „ja”, 2) „ja świadome” (obejmujące „ja publiczne” i „ja prywatne”), 3) „ja idealne”. M. Laguna (1996) zaznacza, iż rozwój struktury „ja” dokonuje się poprzez proces indywidualizacji. Podstruktury „ja” – „ja świadome” i „ja idealne” dotyczą takich zjawisk jak: własny wygląd, umiejętności, zdolności, potrzeby i postawy, pozycja wśród ludzi (Reykowski, 1970).

Złożony i ustrukturalizowany obraz własnej osoby, obejmując sferę psychiczną oraz fizyczną funkcjonowania człowieka, spełnia kilka funkcji. Najistotniejsze z nich, według L. Niebrzydowskiego (1974), to: funkcja poznawczo-uświadamiająca (określająca miejsce jednostki w świecie i jej związek ze światem), funkcja wartościująco-oceniająca (ukierunkowana na spostrzeganie siebie jako osoby wartościowej), funkcja integrująco-scalająca (łącząca przez świadomość wszystkie struktury bytu jednostki, którą integruje i kieruje (zob. Palak, 1982; Borys, 2010; Buczak, Samujło, 2015).

Inne stanowisko dotyczące roli jaką pełni samocena wskazuje na następujące jej funkcje: ochrona przed lękiem (Greenberg i in., 1986), stresem i nieszczęściami (Baumeister i in., 2003), zapobieganie wykluczeniu społecznemu (Leary, 1999), wspomaganie realizacji celów (Wojciszke, 2010) czy zapewnienie optymalnej czujności (Roese i Olson, 2007). Szczegółowy opis powyższych teorii zawierają pozycje m.in. M. Saltzman i T. Leary, 2003; B. Wojciszke, 2010; J. Szpitalak, D. Polczyk, 2015.

Adekwatna samoocena chroni jednostkę przed negatywnymi doświadczeniami, przyczynia się do zachowania zdrowia psychicznego, jak również adaptacyjnych zachowań w sferze społecznej (Mann, Hosman, Schaalma i de Vries, 2004). Od strony poznawczej samoocena wpływa również na stopień zintegrowania informacji na temat Ja. Im zaś wyższa spójność obrazu Ja, tym bardziej efektywnie podmiot odbiera i asymiluje informacje na temat własnej osoby (Baumeister i in., 2003).

Najsilniejszym motywem autoregulacyjnym jest motyw podnoszenia samooceny. Mechanizmy regulowania samooceny to: porównania społeczne (Festinger, 1954), model utrzymania samooceny (Tesser, 2001), redukcja dysonansu poznawczego (Festinger, 1957) oraz autoafirmacja (Steele, 1988; Steele i Liu, 1983). Ich obszerny opis, jak i charakterystyka źródeł samooceny (psychologiczne i biologiczne) znajduje się w pozycji M. Szpitalak, R. Polczyk (2015).

Samoocena będąca funkcją i składnikiem obrazu własnej osoby pod wpływem różnych czynników podlega procesowi kształtowania się. Jej rozwój, zapoczątkowany sędami wartościującymi, tworzonymi przez dziecko w wieku 2-4 lat, przebiega przez różne etapy, różnicując się i rozwijając (Żebrowska, 1980; por. Siek, 1982; Palak, 1988; Witkowski, 1988; Poprawka, 2008; Branden, 2012). Wynikiem tego procesu jest samoocena dojrzała, odzwierciedlająca wszechstronnie stosunek do siebie i swego postępowania. Osiągnięcie tego stopnia samooceny – według J. Kozielskiego (1976) – nie jest łatwe i część ludzi nie dochodzi do tego stadium.

Samoocena jako złożone zjawisko, może występować w różnych i różnie ujmowanych formach. J. Reykowski (1966, 1970) wyróżnia samoocenę publiczną (wypowiedaną głośno) i samoocenę prywatną (na ogół nie wypowiedaną), samoocenę rzeczywistą (wyrażaną w działaniu). L. Niebrzydowski (1974) ujmuje złożoność samooceny w dwóch jej zasadniczych elementach: „ja realnego” oraz „ja idealnego” (zob. Łukaszewski, 1974; Siek, 1982; Kozielski, Kulas. 1986; Kirenko, 2010, 2016; Kucharski, 2017). Uwzględniając wymienione tu elementy: „ja realne”, „ja idealne”, wiąże się je – w przypadku „ja realnego” – z czynnikami, które powstają w środowisku zewnętrznym i mają walor obiektywny – w przypadku zaś „ja idealnego” – z czynnikami wewnątrzsobniczymi, które są bardziej subiektywne – warunkują wartość samooceny – pozytywną lub negatywną. Istnieje zatem wewnętrzne i zewnętrzne kryterium samooceny, czy też subiektywne i obiektywne standardy samooceny (Kulas, 1986; por. Kulas. 1986; Kirenko, 1991).

Wzajemne implikacje „ja” realnego i „ja” idealnego prowadzi do wyodrębnienia – zdaniem A. Kołodziej (1973) – dwóch podstawowych rodzajów

samooceny: idealnej i realnej. Odnosząc samoocenę do pojedynczych cech jednostki, wyróżniamy samoocenę cząstkową. Oceniając zaś zachowanie człowieka wobec sytuacji nowych, otrzymujemy samoocenę ogólną (Reykowski, 1970; por.; Kirenko, 2010; Szpilak, Polczyk, 2015).

Samoocena będąca centralnym składnikiem samowiedzy, stanowi rodzaj sądów wartościujących, które dotyczą określonych przejawów życia człowieka na płaszczyźnie fizycznej, psychicznej, społecznej tj.: właściwości fizycznych jednostki, cech osobowości, stosunków z innymi ludźmi (Bartek, 1991; zob. Kulas, 1986; Witkowski, 1996; Ossowski, 2005; Cholewicka-Goździk, 2011).

Rola samooceny w życiu człowieka zawiera się w jej wpływie na różne płaszczyzny funkcjonowania. Problem uwarunkowania różnych przejawów funkcjonowania człowieka przez samoocenę porusza wielu psychologów.

Zdaniem Z. Znanieckiego (1974) rodzaj i poziom samooceny wpływa na społeczne funkcjonowanie jednostki, regulując zachowanie człowieka w taki sposób, aby było ono zgodne z tym, co jednostka sama o sobie sądzi (por. Mika, 1976; Kulas, 1986; Aronson, 1988). Samoocena stanowi również źródło motywacji do podejmowania działań oraz ich efektywności, dążenia jednostki do modyfikacji, ulepszania posiadanych możliwości (Kulas, 1986; por. Reykowski, 1970; Pietrasiński, Wojciszke, 1983; Witkowski, 1996; Ossowski, 2005; Kirenko, 2010, 2016.). Poprzez to samoocena stanowi istotny czynnik osobowościowotwórczy, bodziec doskonalenia wewnętrznego, źródło samowychowania (Kulas, 1986; zob. Palak, 1988). Znaczenie samooceny dla zachowania jednostki uwidacznia się w umiejętności kontroli popędów, emocji (Ossowski, 2005; Buczak, Samujło, 2015). Prawidłowa samoocena jest warunkiem równowagi emocjonalnej, zdrowia psychicznego, dobrego samopoczucia (Palak, 1988; Poprawka, 2008; Szpilak, Polczyk, 2015). Pozytywny stosunek do siebie, do własnego „ja” we wszystkich jego aspektach jest, według niektórych psychologów, najważniejszym determinantem pomyślnego przystosowania jednostki do otoczenia, warunkiem zadowolenia z siebie samego i poczucia osobistego szczęścia (Kirenko, 2010).

Samoocena utożsamiana z poczuciem własnej wartości ściśle łączy się z pojęciem samoakceptacji i samoodtrącenia (Ossowski, 2005; Kirenko, 2010;

Szpilak, Polczyk, 20015). Głębsze analizy zagadnienia samoakceptacji i samoodtrącenia można znaleźć w opracowaniach J. Kirenko (2010), M. Szpilak, R. Polczyk (2017).

Z przedstawionych rozważań wynika, że problematyką obrazu siebie, samooceny zajmowało się wielu badaczy, podkreślając wieloaspektowość i wielopłaszczyznowość zjawiska, ukazując jego całościowy charakter. Ta wielkość i różnorodność ujęć pojęcia i struktur samooceny sprawia, że nie sposób opowiedzieć się za jedną z tych definicji. Analiza ich jasno wskazuje na zgodność istnienia, niezależnie od podejścia badawczego, określonych cech, właściwości i jej istotność warunkującą funkcjonowanie człowieka w otaczającym go świecie.

2.4. Samoocena osób z niepełnosprawnością

Życie człowieka z niepełnosprawnością fizyczną czy sensoryczną, jego funkcjonowanie jako jednostki i jako istoty społecznej, rozwój jego osobowości, wiążąc się z ograniczeniem możliwości realizowania pewnych wartości, zaspokajania określonych potrzeb, spowodowane jego niepełnosprawnością oraz warunkami istniejącymi w danym środowisku, stawia jednostkę niepełnosprawną w sytuacji trudnej, stresowej (Larkowa, 1987; Mądrzycki, 2002; Kirenko, 2010). Uświadomienie sobie przez nią ograniczeń w odgrywaniu ról społecznych, ograniczeń w autonomii i samodzielności, obawy o własną pozycję wywołuje silne poczucie zagrożenia i warunkuje określone reakcje zależne w głównej mierze od osobowości człowieka, przeszłych doświadczeń, odporności na stresy, frustracje itp. (Kościelak, 1995; por. Ossowski, 1982; Ochonczenko, 2006; Bochniarz, 2017; Krzewiak, 2018).

Podstawową rolę w zachowaniu jednostki, w związku z wystąpieniem niepełnosprawności i koniecznością przystosowania się do życia z nią odgrywa poznawczy obraz nowej sytuacji, własnej osoby, określenie sensu własnej egzystencji.

Związek psychiki ze stanem zdrowia, zależność cech osobowości od fizycznych aspektów dysfunkcji, w tym wpływ niepełnosprawności na

kształtowanie się samooceny osób z uszkodzonym narządem wzroku, niepełnosprawnością ruchową, znajduje istotne miejsce w pracach wielu badaczy m.in. B. Wright (1965). A. Hulka (1969), H. Larkowej A. Wszyńskiej (1987), T. Witkowskiego (1996), K. Zabłockiego (1995), J. Kirenko (1998, 2010), G. Kwaśniewska (2006), M. Niemiec (2018).

Wielu autorów: H. Heflich-Piątkowska, J. Walicka, T. Stewart, A. Rossier. R. Trieschmann, S. Tucker, J. Bogle, S. Shaul (za: Kirenko, Korczyński, 2008), Borkowski (2015), A. Bochniarz (2017), D. Krzewiak (2018) dowodzi, iż sposób w jaki jednostka postrzega swoje ciało, wyznacza obraz swojej osoby, którego zaburzenie determinuje ocenę pozostałych płaszczyzn funkcjonowania (zob. Witkowski, 1996; Madrzycki, 2002; Kirenko, 2008, 2010).

Pogląd ten potwierdzają przedstawiciele teorii obrazu ciała i stosunków międzyludzkich twierdząc, iż ciało wraz z jego cechami stanowi istotny bodziec o określonych wartościach zarówno dla osoby, jak i otoczenia, spełniając ważną rolę w adaptacji, przystosowaniu i prawidłowym funkcjonowaniu jednostki w środowisku (Wright, 1965; Hulek, 1969, 1974; Larkowa, 1974; Kirenko, 1998; Madrzycki, 2002; Niemiec, 2018).

Pełna koncepcja obrazu ciała zdaniem H. Heflich-Piątkowskiej (za: Kirenko, Korczyński, 2008) J. Walickiej (za: Kirenko, 1998) – złożona z prawidłowego schematu poczucia ciała i prawidłowej percepcji poszczególnych części, pojawia się w wyniku doznań sensorycznych, stopniowo przechodząc przez różne doświadczenia percepcyjne w odkrywaniu przez osobę poszczególnych części ciała i jego funkcji (Wright, 1965; Hulek, 1969, 1974; Borkowski, 2015).

Istota obrazu ciała, ukształtowana pierwotnie na bazie nieuświadomionych odruchów i pierwotnych spostrzeżeń (Larkowa, 1987) odnosi się do poczucia odrębności fizycznej (Wylie za: Kirenko, 1998). Na bazie ukształtowanego obrazu ciała (odrębności fizycznej) dokonuje się kształtowanie poczucia odrębności psychicznej, by następnie, w połączeniu z obrazem ciała, stworzyć koncepcję własnej osoby. Przez to – zdaniem C. Rogersa – wszystkie właściwości organizmu: potrzeby, doznania zmysłowe aktualnie lub potencjalnie uświadomione przez

osobę, tworząc zwarty związek z obrazem własnej osoby, przyczyniają się do jej pozytywnego przystosowania (Kirenko, 1998, 2010).

Uwzględniając istotne znaczenie samooceny w funkcjonowaniu fizycznym i psychospołecznym człowieka w sytuacji zmiany spowodowanej wystąpieniem niepełnosprawności, literatura przedmiotu prezentuje dwa stanowiska, określając zależność zmiennych osobowości z występującą niepełnosprawnością.

Koncepcja deterministyczna wiąże ściśle cechy psychiczne jednostki z cechami niepełnosprawności. Według A. Adlera (za: Hulek, 1969) niepełnosprawność implikuje kształtowanie się negatywnej oceny siebie, obniża szacunek do siebie samego, zwiększa uczucie niepewności.

Mniej ścisły związek między cechami fizycznymi a cechami osobowości wyznacza G. Allport, wskazując na pośredni wpływ fizycznej budowy na osobowość (por. teorie Campbell, Arlucka, Askanasa, Fatersona w: Wright, 1965; Hulek, 1969).

Dowodząc, iż niepełnosprawność nie stanowi jedynej cechy, która stawia jednostkę w sytuacji stanu niższości, B. Wright (1965), T. Gałkowski (1979), G. Kwaśniewska (2006), M. Niemiec (2018) i inni wskazują na inne czynniki, wywierające wpływ na kształtowanie się cech osobowości, obrazu własnej osoby u osób z niepełnosprawnością.

Zdaniem wielu autorów, dominującymi czynnikami determinującymi reakcje na doznane kalectwo jest rodzaj osobowości przedchorobowej osoby z niepełnosprawnością, jej plany życiowe, ambicje, stosunek do siebie i świata, wachlarz uzdolnień i zainteresowań, bogactwo lub ubóstwo duchowe, temperament, emocjonalność (Wright, 1965; Hulek, 1974; Larkowa, 1987; Zabłocki, 1995; Kirenko, 2008, 2010,). Postawa jednostki wobec niepełnosprawności ściśle wiąże się także z wiekiem zaistnienia określonych dysfunkcji (Wright, 1965; Hulek, 1974; Ossowski, 1982; Ochonczenko, 2006). Poczucie niższej wartości w znacznym stopniu zależy od rodzaju stopnia niepełnosprawności i okoliczności jego powstania. Reakcje jednostki poszkodowanej na zdrowiu uwarunkowane są także wpływem środowiska, pozycją społeczną inwalidy i postawami otoczenia wobec osób niepełnosprawnych

(Wright, 1965; Hulek, 1969, 1974; Larkowa, 1987; Wyszyńska, 1987; Kirenko, 2008, 2010). Niekiedy istotnym czynnikiem warunkującym cechy osobowości, jest płeć osoby z niepełnosprawnością, jej poziom intelektualny, spostrzegane wartości.

Zmiany w osobowości poszkodowanego zależą także od czynników zewnętrznych, sytuacji życiowej, społecznej, przebiegu procesu rehabilitacji osoby z niepełnosprawnością (Hulek, 1969; Wyszyńska, 1987; Witkowski, 1996; Zabłocki, 1995; Madrzycki, 2002; Bochniarz, 2017), przy czym jednostka reaguje rozmaicie w zależności od wielu czynników mieszczących się w ramach różnic indywidualnych (Kirenko, 2010; Borkowski, 2015).

Niepełnosprawność wrodzona nadaje inny przebieg procesowi rozwoju własnego „ja”, nabyta zaś zaburza dotychczasowe struktury, zmuszając jednostkę do zmiany obrazu własnej osoby (Wyszyńska, 1987; por. Larkowa, 1974; Ossowski, 1982; Osik, 1994; Witkowski, 1996; Borkowski, 2015; Bochniarz, 2017). Człowiek w obliczu nagłej utraty sprawności fizycznej przeżywa wstrząs wizji i koncepcji własnej osoby. Przeżycia związane z pierwszym okresem niepełnosprawności, uświadomienie sobie nieodwracalności wydarzenia i spostrzeżenia własnego kalectwa, dotykając rdzenia osobowości – tego co intymne, osobiste – zakłócając samoidentyfikację, wywołuje pewien kryzys tożsamości. Tracąc pewną część siebie, osoba z niepełnosprawnością zaczyna się gubić i dezorganizować w sobie samej (Kirenko, 2010; por. Witkowski, 1996; Kwaśniewska, 2006; Niemiec, 2018). Niezgodność obrazu siebie w sensie fizycznym, psychicznym, społecznym z zaistniałym stanem rzeczy przy utrzymującej się tendencji określania siebie na podstawie obrazu własnej osoby z przeszłości, wpływa na ukształtowanie negatywnego, niekorzystnego dla rozwoju osobowości i przystosowania społecznego pojęcia osoby (Larkowa, 1987; zob. Kirenko, 2016), wywołuje niskie poczucie własnej wartości, a tym samym zaniżoną samoocenę. Przy czym samoocena osób poszkodowanych na zdrowiu – zdaniem K. Ossowskiego (1982) – w aspekcie relacji „ja idealne” i „ja realne” charakteryzuje się dużym przedziałem, który trudny jest do przekroczenia. Stan idealny, odbierany przez osobę z niepełnosprawnością jako nieosiągalne marzenia, wpływa na negatywną ocenę stanu realnego.

Zmiana samooceny poprzez integrację swojego stanu fizycznego z pojęciem o sobie jest dla osoby poszkodowanej na zdrowiu procesem trudnym, wymaga zdolności akceptacji i czynnego użytku z ciałem, nadania dostatecznie dużego ciężaru gatunkowego posiadanym wartościom (Witkowski, 1996; Kirenko, 2016; Bochniarz, 2017).

Mechanizmy wpływu zmiany samooceny w zakresie różnych dziedzin funkcjonowania człowieka przebiegają analogicznie w każdym przypadku niepełnosprawności tj. zaburzą życie społeczne osoby z niepełnosprawnością, jej stosunki z innymi, zmieniają motywację, charakter zachowań w sytuacjach trudnych, wpływają na życie emocjonalne, równowagę i zdrowie psychiczne, samoakceptację i ogólne przystosowanie (Palak, 1988; za: Kirenko, 2010, 2016)

Obniżone poczucie własnej wartości oraz zaniżona samoocena sprzyjają kształtowaniu się postawy egocentrycznej oraz zewnętrznej i wewnętrznej izolacji. Przy czym między obrazem samego siebie, a ustosunkowaniem się do innych ludzi istnieje zależność o charakterze sprzężenia zwrotnego.

Osobom z niepełnosprawnością często towarzyszy odczuwanie negatywnych uczuć i emocji (smutku, żalu, depresji z powodu zaistniałej sytuacji; frustracji, poczucia osamotnienia i wyizolowania spowodowanego niekiedy poważnym ograniczeniem uczestnictwa w życiu społecznym i towarzyskim lub koniecznością długotrwałego pobytu w szpitalu, problemy z zaakceptowaniem swojego wyglądu zewnętrznego, poczucie braku nadziei i braku perspektyw spowodowane przeszkodami w realizacji własnych aspiracji i planów życiowych) wpływających na własne postrzeganie siebie (Borkowski, 2015).

Wielu autorów, wskazując na warunki i możliwości osiągnięcia prawidłowego poziomu samooceny, podkreśla, iż ważną konsekwencją powstania względnie stabilnego obrazu siebie jest ukształtowanie się grupy potrzeb, których zaspakajanie wpływa w decydujący sposób na umocnienie się przeświadczenia o własnej wartości. Niezależnie od tego czy samoocena jest zawyżona czy zaniżona, człowiek stanowi dla siebie pewną wartość (Krzewiak, 2018).

Dokonywane na przestrzeni wielu lat badania samooceny osób z niepełnosprawnością, wskazują, iż w dawniejszych latach okazywała się ona

znacznie niższa niż u osób pełnosprawnych, np. wyniki badań przeprowadzonych przez P. Borkowskiego (2015), A. Bochniarz (2017) wykazywały, że cechy, które przypisywała sobie badana młodzież z niepełnosprawnością, znacznie odbiegały od tych wybieranych przez osoby pełnosprawne.

Obecnie sytuacja zmienia się na lepsze, na co wpływ zdecydowanie ma poprawiający się stosunek społeczeństwa osób zdrowych do osób z niepełnosprawnością. Ludzie pełnosprawni stają się coraz bardziej empatyczni, wrażliwi i otwarci na potrzeby osób niepełnosprawnych. J. Kirenko i M. Korczyński (2008) badając postawy osób z różnymi rodzajami dysfunkcji wobec swojej niepełnosprawności podkreślają, iż w większości przypadków były one pozytywne i często zbliżone do prawidłowych postaw, jakie wykazywały osoby pełnosprawne. Badania P. Borowieckiego (2015) pokazują również, że osoby poszkodowane na zdrowiu, u których postawy były pozytywne, same akceptują swoją niepełnosprawność i swój wygląd zewnętrzny. W związku z tym ich samoocena jest pozytywna i adekwatna. Osoby takie z chęcią podejmują kontakty społeczne zarówno z ludźmi sprawnymi, jak i z niepełnosprawnością.

Równie często podejmowanym tematem badań był wpływ samooceny osób z niepełnosprawnością na ich aspiracje i plany życiowe. Z badań przeprowadzonych przez E. Drozd (1999) wynika, że większość badanych osób z niepełnosprawnością podejmuje naukę na wyższych uczelniach.

Analizując poziom samooceny badanych osób z niepełnosprawnością oraz osób zdrowych P. Borkowski (2015) stwierdza, iż znaczna część osób poszkodowanych na zdrowiu wykazuje wyższy ogólny poziom samooceny niż osoby pełnosprawne, uzyskując nieco wyższe wyniki w zakresie postrzegania własnej osoby, akceptacji samego siebie oraz oceny własnego postępowania. Przy czym stwierdza, że w wielu przypadkach ocena ta może być nieco zawyżona, aczkolwiek stabilna. Badane osoby z niepełnosprawnością postrzegają pozytywnie swoją powierzchowność, a moralne zachowanie uznają za zadawalające. Czują się dobrze w swoich środowiskach rodzinnych i są blisko związane ze swoimi rodzinami, funkcjonują prawidłowo w społeczeństwie, zarówno wśród osób z niepełnosprawnością, jak i zdrowych.

2.5. Wsparcie społeczne

Definicja i istota wsparcia społecznego

Po raz pierwszy pojęcie wsparcia społecznego zostało zdefiniowane w Słowniku Języka Polskiego wydanym w 1861 roku w Wilnie, gdzie wyjaśnione jest jako:

- a) dokonane jednorazowe wspieranie,
- b) pomoc dana komuś, np. ofiarowanie na dopomożenie (Winiarski, 1997 za: Sakowicz-Boboryko, 2016).

Niemal równolegle czasowo, bo w latach 70-tych ubiegłego wieku zostały przeprowadzone liczne próby eksploracji pojęcia w wielu ośrodkach uniwersyteckich zwłaszcza w krajach anglosaskich. Powyższe badania dowiodły, że osoby otaczające się przyjaciółmi, żyjące w dobrych relacjach z bliską rodziną, zaangażowani społecznie łatwiej radzą sobie w sytuacjach stresowych i cieszą się lepszym zdrowiem (Kawula, 1996; Kirenko, 2011).

Zainteresowanie problematyką wsparcia społecznego wzrosło szczególnie w ostatnich latach. Pomimo licznych eksploracji nadal nie istnieje uniwersalna definicja, jednoznacznie określająca istotę rzeczy. W kategoriach pojęciowych pozostaje wciąż terminem niejasnym, wieloznacznym, zarówno pod względem treściowym, jak i zakresowym.

W literaturze przedmiotu wsparcie społeczne jest różnie definiowane w zależności od skoncentrowania autorów na jego istocie, funkcjach, motywach czy też efektach zjawiska.

Umieszczenie problematyki wsparcia społecznego na pograniczu wielu dyscyplin społecznych m.in. psychologii, socjologii, pedagogiki, implikuje wielość koncepcji i związanych z nimi definicji. Przykład stanowią różne ujęcia wsparcia społecznego: pedagogiczne, u źródeł którego leżą relacje wychowawcze i wspomaganie rozwoju osobistego, podejście psychologiczne, którego podstawą jest teoria potrzeb i interakcji międzyludzkiej, podejście terapeutyczne oparte na wspomagającym – leczniczym oddziaływaniu, podejście socjologiczne wywodzące

się ze wspólnoty środowisk, więzi i sił społecznych i inne (za: Krauze, 2004; Sakowicz-Boboryko, 2016 s. 17).

Zdaniem H. Sęk (2004) wielość interpretacji zjawiska wsparcia społecznego, bez odniesienia tego terminu do szerszych ram teoretycznych stanowi przyczynek do tworzenia określeń „operacyjnych” i „omnibusowych”.

Do powyższych sposobów definiowania należą:

- ujęcie pragmatyczne, w którym wsparcie określane zostało jako pomoc dostępna jednostce w trudnych sytuacjach (Sarason i in., 1983) jako konsekwencja przynależności człowieka do sieci społecznych (Pommersbach, 1988) czy jako zasoby dostarczone przez interakcje z innymi (Sheridan, Radmacher, 1998).
- ujęcie personalne, gdzie wsparcie definiowane jest jako zaspokojenie potrzeb w sytuacjach trudnych przez osoby znaczące i grupy odniesienia (Caplan, 1981; Sarason, 1980) oraz jako dostępne interakcje płynące z powiązań człowieka z innymi ludźmi, grupami społecznymi, społeczeństwem (Lin za: Jaworowska-Obój, Skuza, 1986)
- ujęcie behawioralne – definicje, w których wsparcie utożsamiane jest z zachowaniami pomocowymi (Gottlieb, 1978 za: Sęk, 2004) rozumianymi jako czynności podejmowane dla drugiej osoby czy grupy w celu przekazania jej własnych zasobów w różnej formie czy postaci (Otrebska-Popiołek, 1991, za: Sakowicz-Boboryko, 2016 s. 18).

Wsparcie społeczne jest również ujmowane z perspektywy zasobu indywidualnego jako „potencjalnie dostępnego wspierającego zabezpieczenia, pochodzącego ze specyficznych relacji w obrębie indywidualnych sieci społecznych” (Włodarczyk, 1999, s. 98).

W oparciu o dokonany przez J. Kirenko (2002) przegląd definicji wsparcia można zauważyć, iż większość z nich ma charakter wycinkowy, fragmentaryczny skoncentrowany na wybranym aspekcie, obejmującym np.: specyficzne elementy sytuacji, indywidualne cechy wspomagającego i wspomaganego oraz relacje między nimi, cele, potrzeby, pełnione funkcje w odniesieniu do wielu płaszczyzn funkcjonowania człowieka. Sposób rozumienia wsparcia społecznego jaki

wskazują poszczególne próby jego definiowania, związany jest z kontekstem jego użycia czy narastającej liczby określeń o charakterze operacyjnym i omnibusowym (Kirenko, 2008; por. Jaworowska-Obój, Skuza, 1986; Sęk, 2011).

Najbardziej powszechne obecnie rozumienie wsparcia społecznego zostało ukształtowane w obrębie problematyki radzenia sobie ze stresem życiowym i założeń dotyczących relacji: człowiek – otoczenie. Wsparcie społeczne traktowane jest zatem w kategorii pewnego rodzaju interakcji społecznej w sytuacji problemowej, kryzysowej. Nie wiąże się to jednak z ograniczeniem wsparcia społecznego do tego typu sytuacji (Sakowicz-Boboryko, 2016; por. Kirenko, Byra, 2011). Towarzyszy codziennym doświadczeniom człowieka, podczas interakcji społecznych. Jego zaś zapotrzebowanie wzrasta, mniej lub bardziej gwałtownie, w sytuacjach kryzysowych, stresowych, gdy mobilizacja indywidualnych zasobów jednostki jest niewystarczająca dla skutecznego poradzenia sobie z danym problemem. Wsparcie okazuje się niezbędne, poszukiwane i wykorzystywane w sytuacjach kryzysów obciążonych stresem takich jak np.: choroba, wystąpienie niepełnosprawności czy osobiste zmagania życiowe w obszarze życia rodzinnego czy w środowisku pracy (Kirenko, 2008; Sakowicz-Boboryko, 2016).

Wartościowa interakcja wsparcia, poza doraźnym udzieleniem pomocy (np. materialnej czy świadczenia jakiejś usługi), powinna mieć na celu zaktywizowanie danej jednostki czy grupy do działań samopomocowych, wzmocnienie jej sił i dyspozycji w samodzielnym rozwiązywaniu problemów i pokonywaniu sytuacji trudnych, kryzysowych (por. Kuczyńska-Butrym, 1996; Maciarz, 2004). Istota wsparcia społecznego jawi się jako wspieranie jednostki w rozwoju poprzez wskazanie jej możliwości, wykorzystanie osobistego potencjału oraz wspomaganie w relacjach z otoczeniem jako osobie mogącej w pełni kreować swoje życie. Istotny zatem staje się samorozwój, samowychowanie jednostki, jej samodzielność (Kawula, 1997; Sakowicz-Boboryko, 2016).

Zasadnicze znaczenie w rozumieniu pojęcia wsparcia społecznego, według K. Hellera i R. W. Swindle'a mają dwie podstawowe kategorie zmiennych: tzw. sieci społeczne człowieka (powiązania z innymi ludźmi wynikające z właściwości otoczenia, w którym on żyje) i cechy osobowości osób uczestniczących

w interakcjach społecznych (potencjalnych dawców i biorców wsparcia społecznego) (Sakowicz-Boboryko, 2016).

Rodzaje wsparcia społecznego

Empiryczna eksploracja zagadnień wsparcia społecznego, wskazując na złożoność zjawiska, może być podejmowana z różnych punktów odniesienia. Biorąc pod uwagę wymiary cechujące i różnicujące wsparcie, można je podzielić ze względu na strukturalny i funkcjonalny punkt widzenia.

Z perspektywy strukturalnej wsparcie społeczne traktowane 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 (...) czyli działają na rzecz innych członków” (Sęk, Cieślak, 2005 s. 15). Stąd sieć społeczna w postaci określonej liczby potencjalnych źródeł wsparcia w otoczeniu jednostki lub związku interpersonalnego o charakterze pomocowym przyjmuje cechy funkcjonalne względem podmiotu doświadczającego trudnej sytuacji (Sęk, 2001c, 2005; za: Kirenko, Byra, 2008).

W ogólnym rozumieniu „sieć społeczna” to system społecznych więzi – od zwyczajnych znajomości do intymnych przyjaźni i bliskich więzi rodzinnych (Przewoźniak, 2000, s.15). Stanowi swoistą strukturę powiązań między jednostkami lub grupami, złączonych relacjami pokrewieństwa, podobnymi funkcjami czy statusem społecznym a także bliskością geograficzną czy kulturową. Sieci społeczne tworzą osoby/grupy połączone takimi więzami a także instytucje czy organizacje posiadające wspólne cele (Stelmaszuk, 1999, s. 267). Na sieć społeczną składa się więc układ relacji, w którym funkcjonuje jednostka, oraz właściwości tego układu. Ma przy tym swój wymiar czasowy i przestrzenny, scalając ważne dla jednostki związki aktualne i te z przeszłości. Poza tym jest traktowana jako układ wzajemnych „obligacji”, których stabilność staje się dla jednostki źródłem wzorców do interpretowania zdarzeń zachodzących w rzeczywistości (Kirenko, 2002a; Szczęsna, 2004). W takim rozumieniu sieć społeczna jako środowisko potencjalnie wspierające jednostkę stanowi strukturalną bazę dla udzielania i otrzymywania wsparcia (Sakowicz-Boboryko, 2016).

Charakterystyki struktury sieci społecznych oparta jest na następujących parametrach:

- wielkość sieci,
- jej dostępność,
- gęstość,
- symetryczność,
- bliskość terytorialna,
- spójność,
- obiektywność,
- subiektywność,
- liczba utrzymanych kontaktów z innymi,
- szybkość i łatwość ich nawiązywania,
- homogeniczność lub heterogeniczność sieci (Kirenko, Byra, 2008; por. Cutrona, Russell, 1987, s. 51; Popiolek, 1996 s. 40).

Poszczególni badacze m.in. H. Sęk (2002), B. Wojciszke (2004), J. Kirenko, W. Byra (2008) wskazują na poszczególne miejsce i znaczenie wyżej wymienionych cech (por. Sakowicz-Boboryko, 2016).

Kategorią wpisującą się w strukturalne podejście do wsparcia społecznego są jego źródła, obejmujące grupy naturalne (pozainstytucjonalne) i sformalizowane (instytucjonalne/profesjonalne) nazywane także zasobami wsparcia społecznego (Sęk, Cieślak, 2004). Naturalną grupę źródłową tworzą podmioty niezwiązane zawodowo z opieką i pomaganiem tj. najbliższa rodzina, przyjaciele, sąsiedzi, znajomi z pracy i inne podmioty angażujące się w niesienie pomocy. Podstawę ich oddziaływań wspierających stanowią bliskie relacje z jednostką znajdującą się w trudnej sytuacji, a także otwartość na potrzeby, drugiej osoby, troska o jej dobro. Ich oddziaływanie może mieć charakter spontaniczny i wiąże się z udzielaniem pomocy w określonych okolicznościach na gruncie relacji przyjacielskich czy sąsiedzkich, lub też ciągłym, wyrażającym się w stałym przejściowym wsparciu rodzinnym, profesjonalnym, mobilizowanym w sytuacjach trudnych (Kawula, 1996). System „rodzinny” określany jako pierwotny system oparcia (Axer, 1983) jest uznany za najbardziej trwałe i niezawodne źródło wsparcia społecznego.

Osoby zmagające się z problemami, będące w kryzysie, korzystają nie tylko z naturalnych źródeł wsparcia, ale często zwracają się o pomoc do grup udzielających profesjonalnej pomocy, grup samopomocy, stowarzyszeń – do źródeł instytucjonalnych. W skład formalnej sieci wsparcia społecznego wchodzi osoby zawodowo związane z opieką i pomocą, m.in. lekarze, pedagodzy, psychologowie, rehabilitanci, terapeuci, pracownicy socjalni czy rządowi, których działania są uwarunkowane rolą i charakterem instytucji, które prezentują. Ich wpływ na zachowanie jednostki jest znaczący, ale o zdecydowanie mniejszej intensywności niż najbliższego otoczenia m.in. rodziny i przyjaciół (Sakowicz-Boboryko, 2016).

Przyznanie nadrzędności funkcjonalnej jednemu z wymienionych źródeł wsparcia uzależnione jest m.in. od:

- sytuacji w jakiej znajduje się dana osoba,
- jej indywidualnych preferencji,
- siły więzi z członkami grup usytuowanych w jej otoczeniu,
- specyfiki przeżywanych trudności,
- zmienności warunków powodowanych wpływem czasu (Kirenko, Byra, 2011 s. 107).

Niezależnie od wyżej wymienionych czynników, priorytetowe znaczenie przypisywane jest najczęściej rodzinie, w której dobrowolne i wzajemne oddziaływanie istotnie zwiększa efektywność udzielanego wsparcia (Sęk, Cieślak, 2005). To naturalne źródło wsparcia, nie jest jednak w stanie sprostać wszystkim wymaganiom stawianym przez niektóre sytuacje, np. choroby czy niepełnosprawności.

Istotną zatem jest komplementarność źródeł wsparcia, gwarantująca pełną aktywizację, tkwiących w nich zasobów (Kirenko, Byra, 2008, s.122; por. Caplon, 1984; Kuczyńska-Butrym, 1996; M. Mazurkiewicz, 1997). Za optymalny z perspektywy przebiegu i efektywności interakcji wspierającej uznaje się stan, w którym źródła naturalne i instytucjonalne, stanowiąc wzajemne dopełnienie, tworzą holistyczny system wsparcia społecznego (Kwaczyńska-Butrym, 1996). Taki stan Kawula (2004, s. 62) określa mianem „spirali życzliwości”.

Szczegółowy opis systemów wsparcia społecznego m.in. ze względu na stopień ich sformalizowania zawiera opracowanie autorstwa J. Kirenko (2002a, s. 32-36)

Wsparcie społeczne z perspektywy funkcjonalnej „rozumiane jest jako rodzaj interakcji społecznej, w układzie dynamicznym, podjętej przez jednego lub obu uczestników sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej, w trakcie której dochodzi do wymiany jednostronnie lub dwukierunkowo w sposób stały lub zmienny” (Sakowicz-Boboryko, 2016; zob. Sęk, 2004; Kirenko, Byra, 2008). Tego typu wsparcie może zachodzić między osobami lub grupami.

Wśród wielu rodzajów wsparcia społecznego, przyjmując za ich podstawę przypisane im funkcje liczni badacze wyodrębniają:

- wsparcie emocjonalne – wiąże się z niwelowaniem silnych przeżyć emocjonalnych poprzez okazywanie zrozumienia, troski, empatii współczucia, a także stwarzanie osobie przeżywającej kryzys przestrzeni do wyrażania swoich emocji, obaw, odczuć, budowanie poczucia przynależności, poprawę samopoczucia, potrzymanie samooceny, budzenie nadziei itp.
- wsparcie informacyjne /poznawcze – wyrażające się w dostarczaniu merytorycznych informacji, istotnych z punktu widzenia biorcy wsparcia, pomocnych w zrozumieniu mu własnej sytuacji, położenia życiowego oraz w rozwiązaniu problemów.
- wsparcie instrumentalne – zwane wsparciem przez świadczenie usług, polega na udzieleniu pomocy w czynnościach dnia codziennego i czynnościach poza domem, dając poczucie bezpieczeństwa mobilizuje jednostkę do działania.
- wsparcie rzeczowe /materialne – pomoc w postaci środków finansowych, rzeczowych oraz konkretnych, bezpośrednich działań podejmowanych na rzecz potrzebujących.

Badacze zagadnienia – oprócz zaprezentowanych – wymieniają również inne rodzaje wsparcia tj.: wsparcie duchowe (psychiczno-rozwojowe) (Kawula, 1996; Sęk, Cieślak, 2005) niezbędne w okolicznościach przedłużania się sytuacji trudnej, poczucia apatii, bezradności mimo udzielonych innych form wsparcia; wsparcie w rozwoju (Kawczyńska-Butryn, 1996), polegające na wyrównaniu szans

w różnych płaszczyznach życia w zależności od indywidualnych potrzeb i możliwości; wsparcie integrujące, dostarczające jednostce poczucia przynależności, a wraz z nim poczucia odpowiedzialności i licznych zobowiązań wzajemności (House, 1981; zob. Sakowicz-Boboryko, 2016; por. Kirenko, Byra, 2008, 2011).

Zaprezentowane rodzaje wsparcia społecznego nie wyczerpują istniejących klasyfikacji i podziałów. Zauważyć można w wśród nich pewną zbieżność zakresową i treściową, a ich wielość wynika z różnorodnych źródeł pochodzenia (przyjętej koncepcji teoretycznej, intuicji badacza czy zastosowanej procedury statystycznej) (Sęk, Cieślak, 2005; Kirenko, Byra, 2008, 2011).

Jak podkreśla J. Kirenko (2008), abstrahując od konkretnych klasyfikacji wsparcia, które należy traktować komplementarnie, jego funkcjonalne właściwości wyrażają się w dostarczaniu pozytywnych emocji; pozyskaniu porady, informacji, opieki, ugruntowaniu poczucia własnej wartości, samooceny, zaufania do siebie i innych oraz poczucia przynależności i więzi społecznych (Pomamersbach, 1988; Taylor, 1992).

Zaprezentowane pozytywne funkcje wsparcia społecznego nie odzwierciedlają w pełni jego oddziaływania na jednostkę ludzką i sposobu jej zmagania z problemami życiowymi. Doprecyzowanie właściwości funkcjonalnych wsparcia społecznego dokonuje się w odniesieniu do jego podziału na:

- wsparcie spostrzegane/odczuwane (perceived support),
- wsparcie otrzymywane /rzeczywiste (actual or received support).

Wsparcie spostrzegane, często o charakterze prospektywnym rozumiane jest jako subiektywnie oceniana możliwość uzyskania pomocy; przekonanie jednostki o dostępności sieci wsparcia mogącej udzielić pomocy w sytuacji trudnej. Powyższy typ wsparcia ujmowany może być za pomocą różnych wskaźników pozytywnych lub negatywnych: poczucia przynależności, zaufania do ludzi a także poczucia samotności (Sęk, 1997; Cieślak, 2004; Kanciasty, Norris, 2004; Procidano, 2004).

Podstawę wsparcia otrzymywanego o retrospektywnym charakterze, stanowią obiektywne fakty lub jego relacjonowanie subiektywne przez biorcę jako rzeczywiście otrzymywane. Jego konsekwencje uzależnione są od adekwatności i dostosowania pod względem jakościowym i ilościowym do zapotrzebowania jednostki na pomoc (Sęk, Cieślak, 2004).

Powyższy podział wsparcia na spostrzegane i faktycznie otrzymywane znajduje odzwierciedlenie w licznych badaniach empirycznych dotyczących: zdrowia, samopoczucia jednostki, zmagania się z sytuacjami kryzysowymi, różnorodnymi dolegliwościami, trudnościami dnia codziennego (Kirenko, Byra, 2008, 2011).

Wsparcie społeczne stanowi zatem wielowymiarowy konstrukt, a o jego działaniu decydują złożone, wzajemnie powiązane osobowościowe i sytuacyjne mechanizmy uczestniczące w integracji: wspierający-wspomagany (Sęk, Cieślak, 2004). Do oceny skuteczności działania wsparcia społecznego najistotniejsza jest jego trafność, czyli dostosowanie otrzymanego wsparcia do zapotrzebowania na pomoc (Sakowicz-Boboryko, 2016).

2.6. Wsparcie społeczne w chorobie i niepełnosprawności

Niepełnosprawność czy choroba odbierana przez otoczenie społeczne jako stan niepożądany, niekorzystny fakt społeczny często negatywnie wpływa na otwartość społeczeństwa i chęć pomocy ludziom nią dotkniętym (Sęk, 1993 za: Kirenko, 2002).

Pojawienie się niepełnosprawności czy choroby stanowi dla osoby doświadczonej tym stanem sytuację trudną, wobec której wszelkie dotychczasowe strategie radzenia sobie z problemami stają się niewystarczające. Niejednokrotnie wymagają mobilizacji nowych mechanizmów funkcjonowania.

Skutki niepełnosprawności czy objawy choroby związane z bólem, cierpieniem, świadomością zachodzenia niekorzystnych zmian w organizmie i ograniczoną przewidywalnością ich skutków prowadzą do poważnych obciążeń psychicznych u jednostki, wywołując niejednokrotnie nasilenie stresu (Kirenko,

Byra, 2008, 2011). Stres nasilają zarówno warunki mechaniczne wkraczające w codzienność osoby z niepełnosprawnością, doświadczenie choroby czy ograniczeń, jak również sam fakt przyjęcia roli osoby z ograniczoną sprawnością, roli chorego.

Niezbędność wsparcia społecznego wynika z sytuacji jakiej doświadczają osoby z niepełnosprawnością, która to sytuacja wymaga wzmożonej kumulacji sił ukierunkowanych na przywrócenie względnej równowagi, zakłóconej faktem pojawienia się choroby czy niepełnosprawności. Fakt zachorowania czy występująca niepełnosprawność, jej rodzaj, zakres i stopień dolegliwości, przewidywane skutki, podejmowane leczenie i rehabilitacja – to tylko niektóre czynniki generujące stres. Nasilenie obciążenia psychicznego, liczne sytuacje stresogenne motywują do poszukiwania pomocy, wsparcia u innych. Otrzymywane wsparcie stanowi nieodzowny warunek aktywnego zmagania się z zakłóceniami równowagi wprowadzonymi przez chorobę i ograniczeniami z nią związanymi (Pommersbach, 1988; Tjihuis i in. 1995).

Funkcjonowanie wsparcia społecznego w tak stresogennych warunkach ma charakter złożony i może być rozpatrywane z różnych punktów widzenia.

Szczegółowej analizy działania mechanizmów wsparcia w sytuacji choroby dokonał J. Kirenko, S. Byra (2008, 2011).

Udzielanie wsparcia osobom o ograniczonej sprawności polega na stosowaniu takich form pomocy, które wykorzystywałyby niezaburzone funkcje i sprawności do wykazywania największych możliwości samodzielnego i twórczego życia (Kawczyńska-Butrym, 1996). Podstawę skuteczności wspierania stanowi adekwatność jego działań w stosunku do potrzeb i oczekiwań biorcy (Sęk, 1993).

Ważną jawi się więc znajomość osób wspieranych – ich potrzeb, problemów, doświadczeń czy warunków w jakich funkcjonują oraz ich cech osobowościowych i potencjału biopsychicznego (Kawula, 1996). Jak sygnalizuje G. Caplan (za: Silver, Wortman, 1984). Osoby z niepełnosprawnością otrzymujące dostateczne wsparcie społeczne łatwiej przystosowują się do zmian zachodzących

w otoczeniu, wykazując się większą pewnością siebie, rzadziej stosując destrukcyjne mechanizmy obronne.

Rodzaj i zakres udzielanego wsparcia zależy od rodzaju choroby i ograniczenia sprawności. Badacze zjawiska podkreślają, iż w początkowym okresie choroby czy utraty sprawności istnieje największe zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne. Jest to bowiem etap, w którym człowiek boryka się z największymi trudnościami przystosowawczymi, stosunkowo szybko traci kontakt z drugim i trzecim kręgiem społecznym, a największym środowiskiem wspierającym staje się rodzina (Kelman i in., Litman, Smit za Silver, Wortman, 1984).

W drugiej kolejności odczuwalna jest potrzeba wsparcia instrumentalnego. Wyraża się ono w sytuacji rodzinnej, mieszkaniowej i socjalnej osoby z niepełnosprawnością rzutującej na zakres udzielanego wsparcia, utrudniając przy tym, na co wskazują wyniki badań, adaptację i rehabilitację (Świątek, 1989; Adamczyk, Kulik, 1992; Grochmal, 1994; Urbańczyk, 1994; Kirenko, 1995).

Profesjonalna pomoc medyczna pełni wobec osób z niepełnosprawnością funkcję informacyjną. Ogranicza się ona jednak bardzo często do udzielania wskazówek dotyczących diety, prawidłowego wypoczynku i stosowania odpowiednich ćwiczeń. Stąd osoby z niepełnosprawnością szukają grup samopomocy skąd czerpią informację i pomagają innym osobom o podobnych problemach.

Badania nad wsparciem społecznym osób chorych najczęściej koncentrują się wokół zagadnień związanych z psychospołeczną stymulacją procesu radzenia sobie w chorobie.

J. Pommersbach (1996) w badaniach, w których celem było określenie otrzymanego wsparcia przez osoby po zawale serca oraz ustalenie ich gotowości do korzystania z pomocy oferowanej im przez inne osoby udowadnia, iż osoby charakteryzujące się skłonnością do dominacji, rywalizacji dążenia do realizacji kariery, nie cechuje niższe wsparcie społeczne w porównaniu z innymi badanymi, zaś chorują te które mają poczucie niskiego wsparcia społecznego. D. Włodarczyk (1999) poszukując zależności między wsparciem społecznym a stylem radzenia

sobie ze stresem u osób po zawale serca nie znalazła znaczących korelacji pomiędzy zapotrzebowaniem na wsparcie społeczne tych osób, a przejawianymi przez nie stylami radzenia sobie ze stresem. Wg. badań J. Kirenko (2000) olbrzymie zapotrzebowanie na wsparcie społeczne, szczególnie emocjonalne i informacyjne (dotyczące rzetelnych informacji udzielonych przez personel medyczny) istnieje wśród osób z chorobą nowotworową.

Badania tego typu były przeprowadzane wielokrotnie w różnych populacjach chorych na różnym poziomie ogólności, na co wskazują liczne opracowania poszczególnych badaczy m.in.: A. Axer (1983); R. L. Silver, C. E. Wortman (1984); S. Augustyniak, H. Kochaniuk (1992); Z. Kawczyńska-Butrym (1996); H. Sęk (1994); S. Kowalik (1996); S. Kawula (1996); J. Pommersbach (1996); T. Kulik (1997).

Badania A. Adamczyk, A. Kulik (1992), S. Grochmal, M. Urbańczyk (1994), E. Grochans i in. (2008), G. Cepuch, P. Krupa, R. Wojtas (2011), M. Leyk, J. Książek, M. Stangiewicz (2010), J. Szymańska, E. Sienkiewicz (2011), R. Skalska-Izdebska, T. Bojczuk, E. Hołys (2011), R. Lorencewicz, J. Jasik, E. Komar (2013) wykazały, iż osoby z SM otrzymują pomoc i wsparcie medyczne wyłącznie w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia. W okresie remisji zastępuje je wsparcie nieprofesjonalne rodziny, przyjaciół, a pomoc medyczna ulega znacznemu pogorszeniu. Stwierdza się przy tym dużą rozbieżność między wsparciem oczekiwanym ze strony chorych i ich rodzin, a subiektywnie odczuwaną pomocą ze strony lekarzy. Biorąc pod uwagę sytuację rodzinną, mieszkaniową i socjalną, z prezentowanych badań wynika, że chorzy na SM mieszkający z rodziną łatwiej znoszą dolegliwości choroby, częściej podejmują starania o jak najdłuższe zachowanie sprawności. Badania D. Rosiak, R. Zagożdżon, 2017, wykazały natomiast związek niepełnosprawności z zapotrzebowaniem na wsparcie. Im większa niepełnosprawność neurologiczna, tym większe zapotrzebowanie na wsparcie, gdyż wiąże się ona z mniejszą zdolnością do radzenia sobie. Wsparcie i opieka ze strony innych redukuje napięcie związane ze stresem i pomagają w znalezieniu optymalnego sposobu poradzenia sobie z trudnościami. Jednakże dane z badań dowodzą, że wiele osób z SM zgłasza pogorszenie sytuacji społecznej po diagnozie oraz spadek liczby kontaktów i ról społecznych (Williams i in., 2004.

W badaniach na próbie 786 osób z SM stwierdzono, że wsparcie społeczne jest pozytywnie związane z jakością życia (Stuifbergen, Seraphine, Roberts, 2000; Motl i in., 2009; Cepuch, Krupa, Wojtas, 2011; Leyk, Książek, Stangiewicz, 2010).

Dane z badań (m.in. Cepuch, Krupa, Wojtas, 2011; Leyk, Książek, Stangiewicz, 2010) dowodzą, że wsparcie społeczne jest istotnym zasobem wspomagającym radzenie sobie z chorobą somatyczną własną lub osoby najbliższej.

Badanie poziomu poczucia alienacji i poczucia otrzymywanego wsparcia społecznego u osób z SM i dyskoptacją (Szepietowska, Przybyło, 2009) wskazuje na satysfakcję z kontaktów społecznych, zaś niektóre czynniki indywidualne i kliniczne w odmienny sposób kształtowały poziom alienacji. M. Szczygielska-Majewska i D. Żółkiewicz prezentują szerokie spektrum potrzeb u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego: oczekiwania o charakterze medycznym, socjalnym, zawodowym czy potrzeba wsparcia emocjonalnego w procesie przystosowania do życia z niepełnosprawnością. Trudności zaś w przystosowaniu społecznym wywołane są najczęściej przez następujące czynniki: ograniczenia sprawności ruchowej, samodzielności w życiu codziennym, liczne powikłania, brak odpowiednich warunków mieszkaniowych czy akceptacji otoczenia. Badania J. Kirenko, P. Ginrycha (2000) potwierdzają, iż poziom wsparcia udzielanego osobom z para - i tetraplegią jest niższy od poziomu wsparcia otrzymanego przez osoby pełnosprawne. Odnotowano przy tym różnice pod względem wsparcia emocjonalnego, wartościującego, jak i instrumentalnego. Natomiast osoby badane z innymi dysfunkcjami ruchu w stopniu istotnie wyższym niż osoby pełnosprawne oceniały uzyskane wsparcie ze strony osób znaczących. Jak wskazuje w swoich badaniach S. Byra (2011) „temporalna satysfakcja z życia, a także wsparcie otrzymywane i oczekiwane zasadniczo różni się u osób, które nabyły uszkodzenia rdzenia kręgowego w niedalekiej przeszłości i długotrwanie doświadczających tego typu niesprawności. Większa zbieżność wsparcia otrzymywanego i oczekiwanego zaznacza się wśród badanych z długotrwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego zaś pozytywna ocena przyszłości pozostaje w związku z czasem, jaki upływa od nabycia uszkodzenia rdzenia kręgowego. Osoby dłużej doświadczające tego typu

niesprawności mają większe szanse doznawania satysfakcjonującej ich zgodności wsparcia otrzymywanego i oczekiwanego od najbliższego otoczenia” (s.64).

Celem badań J. Kierenki i M. Parchomiuk (2000) było określenie zależności pomiędzy wsparciem społecznym młodzieży z MPD, a poszczególnymi uwarunkowaniami jej psychospołecznego funkcjonowania. Wyniki wskazują, że młodzież z niepełnosprawnością jest wspierana emocjonalnie przez najbliższe otoczenie, poszukując zaś pomocy i wsparcia instrumentalnego u osób znaczących, jest w większym stopniu narażona na nieotrzymywanie go niż porównywalne z nią osoby pełnosprawne. Stwierdzono przy tym znaczące zróżnicowanie uwarunkowań psychospołecznego funkcjonowania młodzieży z MPD i pełnosprawnych.

W badaniach K. Zielińska-Król (2014) podkreśla doniosłą rolę rodziny w sieci wsparcia społecznego i zawodowego osób z niepełnosprawnością bez względu na to, jak bardzo szeroka jest sieć kontaktów społecznych oraz bogata gama osób znaczących. Osoba niepełnosprawna, akceptowana przez najbliższych, akceptuje siebie, afirmuje swoje życie i świat, w którym żyje, potrafi integrować się ze społeczeństwem.

T. Masłyk (2020) analizując wsparcie społeczne osób z zaburzeniami psychicznymi podkreśla, iż kształtowanie sieci społecznej i wsparcia społecznego jako nieodzownymi czynnikami wpływającymi na jakość życia jednostek, często napotyka trudności. Wywołuje je sama dysfunkcja, ograniczająca szanse budowania relacji społecznych, jak i inne cechy socjodemograficzne, które współistnieją razem z niepełnosprawnością. „Relatywnie wyższy średni wiek i powodowane nim ograniczenia aktywności edukacyjnej czy zawodowej, ale także większe trudności we wchodzeniu w związki o charakterze emocjonalnym powodują, że sieci społeczne osób niepełnosprawnych są relatywnie mniejsze w porównaniu z sieciami osób sprawnych. Dotyczy to zarówno wymiaru afektywnego, czyli liczby osób pozostających w relacjach przyjacielskich, jak również wymiaru współzależności, charakteryzowanego liczbą regularnych kontaktów z bliskimi. Ograniczenia te zmniejszają szansę na mobilizację zasobów emocjonalnych odpowiedzialnych za utrzymanie zdrowia fizycznego, ale nade

wszystko, do jakże istotnego dla osób niepełnosprawnych zachowania zdrowia psychicznego czy zadowolenia z życia.” (s. 191)

Indywidualne zaś systemy wsparcia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi, jak zaznacza w swoich analizach P. Borkowski, M. Sawicka, S. Kluczyńska (2009), są nieliczne, Wśród poszczególnych kategorii osób zaliczanych przez badanych do indywidualnych systemów wsparcia, najliczniejszą grupę stanowią „terapeuci”, następnie „najbliższa rodzina” i „znajomi z placówek rehabilitacyjnych”.

Najistotniejsze dla ludzi z naruszoną sprawnością jest budowanie życzliwego i przyjaznego dla nich otoczenia osób, które wspólnie z innymi zdobędą się na wysiłek urzeczywistnienia ich osobistych aspiracji i planów, służąc pomocą i wsparciem. Zatem bardzo ważnym jest, aby w programach wspomaganie rodzin z osobą niepełnosprawną, kłaść nacisk na uwrażliwianie i uświadamianie, że osoba niepełnosprawna jest jednostką autonomiczną, zdolną do kierowania własnym życiem, kreowania indywidualnych planów oraz realizowania celów.

Reasumując, można stwierdzić, że postrzegane wsparcie jest niewystarczające, a osoby chore i z niepełnosprawnością czują się osamotnione i zmuszone do poszukiwań zastępczych źródeł wsparcia. Istnieje zatem duża rozbieżność między oczekiwanym a faktycznym wsparciem osób z niepełnosprawnością.

Rozdział III Twórczość – analiza teoretyczna

3.1. Wokół pojęcia twórczości

Poza rozumowym poznaniem otaczającego świata, człowiek, będąc jego integralną częścią, odbiera go i odzwierciedla w sposób konkretny i podstawowy. Operując bogactwem zmysłów odwzorowuje zaistniałą rzeczywistość w postaci obrazów, dźwięków, opisów przeżyć, składających się na treść żywego spostrzegania. Świadomie dostrzegając piękno świata, z barw, kształtów, ruchu tworzy sztukę (S. Szuman, 1969; H. Hohensee-Ciszewska, 1983).

Sztuka stanowi specyficzną część, a zarazem ważny aspekt ludzkiej rzeczywistości. Twórczość zaś, której owocem jest określony wytwór sztuki, będąc najpiękniejszym przejawem ludzkiej aktywności, najwyższą formą ludzkiego działania, (Panek, 1990) staje się najbardziej wysublimowaną formą jego ekspresji. W bogactwie jej form, środków, gatunków człowiek wyraża swoją tożsamość, oryginalność i tajemnicę. Będąc żywą potrzebą ludzką, sztuka stanowi język porozumiewania się równie stary i precyzyjny jak dźwięk czy mowa. Towarzysząc człowiekowi od pradziejów, przez całą jego historię: od narodzin człowieczeństwa, ukształtowania cywilizacji, do czasów współczesnych, w kolejnych epokach była różnie odbierana, przeżywana, a przez to różnie opisywana, określana i definiowana (Rutkowski, 2009; zob. R. Pilchalski, 2012; Stachyra, Grudziwska, 2007; Tatarkiewicz, 1982).

Analiza istoty sztuki, określenie znaczenia i roli twórczości w życiu człowieka czyni koniecznym wyjaśnienie tych pojęć. Stawiane z różnych pozycji, mając różny stopień ogólności i związek z różnymi dziedzinami działalności człowieka w ciągu dziejów uległy swoistej ewolucji (Panek, 1989; Tatarkiewicz, 1982).

Trudności z precyzyjnym określeniem terminu twórczość związane są zarówno ze złożonością przedmiotu, jak i tendencją do rozszerzania zakresu znaczeniowego pojęcia.

Z historycznego punktu widzenia twórczość była początkowo (w starożytności) atrybutem wyłącznie boskim. Odnosiła się do aktu Boga – Stwórcy, powołującego rzeczy do istnienia.

Epoka odrodzenia przyznała człowiekowi zdolność do tworzenia, nadając mu przydomek „boski”. Znamienny dla czasów współczesnych gwałtowny rozwój nauki i techniki, stał się przyczynkiem do rozszerzenia zakresu pojęcia twórczości wskutek stosowania go we wszystkich niemal dziedzinach aktywności ludzkiej – nauce, technice, polityce itp. (Tatarkiewicz, 1982; zob. Wróblewska, 2005; s. 11; Ploch, 2014, s. 20-23).

We współczesnym rozumieniu, twórczość zatem ze względu na szeroki zakres, wieloznaczność i niejednorodność jest pojęciem trudnym do zdefiniowania. Leży na pograniczu zainteresowań badaczy różnych dyscyplin naukowych: filozofii, heurystyki, estetyki, teorii sztuki, teorii wychowania estetycznego, socjologii, teorii kultury, pedagogiki, a przede wszystkim psychologii twórczości, z których każda traktuje ją ze swojego punktu widzenia.

Próby wyjścia poza globalną strukturę osobowości, tworząc typologię twórców, dokonał C. G. Jung (w odniesieniu do mechanizmów ekstrawersji i introwersji), K. Sobolewski (wyróżniając trzy typy: sensoryczny, emocjonalny, intelektualny), a także J. Pietasiński, H. Gutman i inni (Lowenfeld, Brittain, 1977; Pufal, Stuzik, 1993).

Hierarchia procesów twórczych, opis mechanizmów jego funkcjonowania, czynniki warunkujące jego przebieg zajmują istotne miejsca w pracach: J. P. Guilforda, A. Kaufmana, E. Nęcki, K. Obuchowskiego, J. Kozielskiego, K. Dąbrowskiego, A. Kolończyka (Łukasik, 1990; zob. Malicka, 1982, 1989; Popek, 1985, 1988; Kosowski, 1989; Panek, 1990; Obuchowski, 1995; Kozielski, 1995, 1996, 1997).

Podział istniejących teorii procesu twórczego, a tym samym różnorodność znaczenia pojęcia twórczości, jej wielopoziomowość, wielokierunkowość, wieloaspektowość podejścia związana jest z przynależnością danej koncepcji do jednego szeregu nurtów teoretycznych bądź metodologicznych funkcjonujących we współczesnej psychologii.

Podział ten obejmuje pięć głównych grup teorii: koncepcje asocjacyjne, postaciowe, behawiorystyczne, poznawcze, psychoanalityczne (Nęcka, 1995; por. Popek, 1978, 1985, 1988; Malicka, 1989; Pańek, 1990; Szmidt, 1997).

Teorie asocjacyjne (Mednic) dopatrują się istoty twórczości w nietypowym lub/i odległym kojarzeniu idei, twierdząc, iż najważniejszą siłą tworzenia jest wyobraźnia. Psychologowie postaci (Wertheimer, Gough), ujmując procesy poznania i działania jako akty strukturalnie upostaciowane (systematyczne całości), opierają się na kluczowym, w teorii postaci, pojęciu wglądu jako nagłej zmiany struktury sytuacji problemowej, dzięki dostrzeżeniu ukrytych dotąd związków między elementami tej struktury.

Behawiorysty (Maltzman) rozpatrują twórczość bądź jako szczególny przypadek zachowania sprawczego, bądź jako wewnętrzny proces mediacyjny.

Przedstawiciele nurtu poznawczego (Newell, Show) usiłują dotrzeć do natury procesu twórczego, określając biorące w nim udział operacje przetwarzania informacji. Natomiast na bazie wyobraźni i wyglądu zrodziła się teoria inkubacji, nawiązująca do filozoficznego pojęcia olśnienia, stanowiącego istotę procesu twórczego (Nęcka, 1982, 1985; por. Popek, 1985, 1988; Pańek, 1990; Szmidt, 1997).

Psychoanaliza, odwołując się do pojęcia nieświadomionej pracy umysłu, mocy olśnienia, doszukuje się w podświadomości. Pomysł twórczy jakoby „wylęga się” w nieświadomości, podczas gdy umysł ludzki po zebraniu dostatecznej ilości informacji przetwarza je w sposób dla podmiotu nieuchwytny, mimowolny.

Dopiero w późniejszych fazach nabiera postaci ukierunkowanej i intencjonalnej działalności, której ostateczny efekt ukształtowany w pewną sekwencję przebija się do świadomości w akcie olśnienia (por. teorie Freud, zob. Nęcka, 1992, 1995; Popek, 1985, 1988; Pańek, 1990).

Współczesne koncepcje, rozpatrując twórczość w kategorii procesu twórczego, dokonują dokładnej charakterystyki jego mechanizmów. J. Guilford, dzieląc procesy myślenia na konwergencyjne – zbieżne (odpowiadające w przybliżeniu procesom rozumowania zachodzącym w obliczu zadań o jednym poprawnym rozwiązaniu) i dywergencyjne (zachodzące wówczas, gdy sytuacja

problemowa dopuszcza rozmaite rozwiązania), odnosi istotę działalności, aktywności twórczej do myślenia dywergencyjnego, określonego jako myślenie twórcze i wyznacza pewne jego warunki – cechy tj. płynność, giętkość, oryginalność (Nęcka, 1995). W ścisłej korelacji zmyśleniem pozostaje pamięć, której wartość w procesie twórczym podkreśla P. Langley i R. Jones, określając akt twórczy jako efekt nietypowego przywoływania treści zakodowanych w pamięci długotrwałej.

Według R. C. Schanka – twórczość jako fenomen pamięciowy polega na przypominaniu sobie nietypowych, acz trafnych i skutecznych wzorów wyjaśniających (por. teorie Rybickiej za: Nęcka, 1995; zob. Tyszka; Malicka, 1982; Materska, 1992).

Inną grupę teorii twórczości powstałych w ostatnim dziesięcioleciu są tzw. modele interakcyjne, dowodzące, iż twórczość, nie będąc jednolitą cechą, jest wynikiem interakcji wielu czynników psychicznych, intelektualnych, osobowościowych, motywacyjnych (zob. teorie Stasiewicz, Nęcki, Amobile; zob. Nęcka, 1995).

Wykraczając poza cechy personalistyczne aktywności twórczej, środowisko zewnętrzne, kontekst społeczny, kody kulturowe – jako ważne elementy procesu twórczego – podkreślają w swoich koncepcjach R. J. Sternberg, T. J. Lubart, K. Urban (za: Nęcka, 1995). Zaś systemowa koncepcja twórczości D. K. Simontona zakłada istnienie trzech ważnych elementów twórczego układu: 1) układ dziedziczny (system kodów i symboli kultury), 2) pola, (system społeczny, 3) jednostki (genetyczne wyposażenie) (Nęcka, 1995).

Uwzględniając różne aspekty twórczości, cechy osobowe twórcy, czynniki wpływające na proces twórczy, mechanizmy warunkujące twórczość, pojęcie twórczości wyjaśnia psychologia humanistyczna (K. Rogers, A. Maslow – model samospelnienia zob. Nęcka, 1995; por. Popek, 1985; 1988; Panek, 1990). Istota procesu twórczego zajmuje także istotne miejsce w koncepcjach J. Kozielskiego (1995, 1996, 1997), K. Dąbrowskiego (1996), K. Obuchowskiego (1989, 1995).

W literaturze przedmiotu, pod wpływem prac licznych badaczy: A. Masłowa, S. Szumana, B. Suchodolskiego, I. Wojnar, W. Panka (1990), S. Popka (2010), E. Nęcki. T. Rutkowskiego (2007), znaleźć można wiele definicji twórczości, a ich zróżnicowanie wynika z koncepcji odnoszących się do tej problematyki.

Sfera zjawisk określaną pojęciem twórczość obejmuje wszelkiego rodzaju ludzkie aktywności wyrażane w formie przedmiotu lub idei, procesy psychiczne, ludzkie charaktery, cechy osobowości, postawy życiowe, zdolności, czynności twórcze, krytykę, a także wszystko twórcze procesy, wywierające zmiany w świadomości społecznej, kulturze, sztuce, nauce, technice, a także w codziennej rzeczywistości (Popek, 2010, s.13; zob. Panek, 1990; Popek, 2010; Gutowska, 2012; Otapowicz, Sakowicz, Bilewicz, Wyrzykowska, 2016).

Twórczość może być także rozpatrywana w obrębie poszczególnych grup wartości, odpowiadającym podstawowym sferom twórczej aktywności człowieka: poznawczej, estetycznej, pragmatycznej i etycznej (Gutowska, 2012 s.446). Inne podejście do pojęcia twórczości wskazuje na cztery jej wymiary:

- twórczość jako dzieło/wytwór,
- twórczość jako proces,
- twórczość jako zespół zdolności (właściwości intelektualnych, cech osobowościowych),
- twórczość jako zespół czynników społecznych wpływających na uwarunkowania twórcze (Kosakowski, 2003; Popek, 2010, s.19-21).

Wyodrębnionym wymiarom twórczości, w podobnym ujęciu, przyporządkować można analogicznie poszczególne aspekty działalności artystycznej tj.:

- aspekt atrybutywny, traktujący twórczość jako wytwór,
- aspekt podmiotowy, odnoszący się do osoby twórcy,
- aspekt procesualny, ujmujący twórczość jako psychiczny, emocjonalny, motywacyjny,
- aspekt stymulatorów-inhibitorów, odnoszących się do czynników warunkujących proces tworzenia (za: Gutowska, 2012, s. 447; zob. Szmidt, 2001).

Biorąc pod uwagę zakres znaczeniowy pojęcia, twórczość można rozpatrywać w jej szerokim znaczeniu jako „wszelkie działanie ludzkie wykraczające poza prostą percepcję” (Tatarkiewicz, 1976, s.302; zob. Wróblewska, 2005; Gutowska, 2012). Twórczość obejmuje, poza wytwarzaniem dzieł sztuki, działalność naukową, techniczną, społeczną itp., a także tworzenie siebie samego. W wąskim rozumieniu twórczość to proces przeżyciowo-realizacyjny podporządkowany wytworowi. Wytwór będący wynikiem tego procesu, jest czymś względnie trwałym, wartościowym i nowym (T. Kotarbiński, 1978; za: Wróblewska, 2005; s.14).

Z prezentowanych rozważań, podjętych naukowych dyskursów wokół pojęcia twórczości wynika wielość i różnorodność analiz, ujmujących definiowanie tego pojęcia w wieloraki sposób, w zależności od wyodrębnionych kategorii, akcentujących przy tym w opisywanych zjawiskach tylko pewne, wybrane elementy. Jak zauważa M. Wróblewska (2005): „Twórczość okazała się być zjawiskiem, które przerosło nasze o niej wyobrażenia. Nieporozumieniem zatem byłoby traktowanie jej jako zjawiska jednowymiarowego (...) Ludzka umiejętność tworzenia nie jest rozpoznana ani dostatecznie spenetrowana. Stanowi bez wątpienia tajemnicę, której w pełni nikt dotąd nie potrafi wyjaśnić” (s.11). Zdaniem M. S. Szymanowskiego (1987) (za: Ploch, 2014) „nieostrość” pojęcia terminu „twórczość” wynika z tego, iż ma ono swoje dzieje, odzwierciedla wieloraką tradycję kultury europejskiej, a poszczególni badacze, akcentując często jeden aspekt zjawiska twórczości, pomijając inne, przyjmują różnorodne założenia teoretyczne i metodologiczne.

Niezasadne zdaje się zatem poszukiwanie jednoznacznego i prostego określenia fenomenu twórczości. Wielorakie „eksploracje” definiowania wielopoziomowego, wieloaspektowego, wielowymiarowego pojęcia twórczości wiążą się zaś z koniecznością wyboru podejścia czy koncepcji, przybierając przy tym charakter kontekstowy wyznaczony przez paradygmat, w obrębie którego dana koncepcja powstała.

Koncepcja holistycznego opisu twórczości, stworzona w ramach paradygmatu systemowego (koncepcja pola i domeny M. Csikszentmihalyiego,

transgresyjna koncepcja twórczości J. Kozielskiego, teoria przypadku – konfiguracji D. K. Simonta) sytuuje twórczość w przestrzeni interakcji między osobowością jednostki a jej społeczno – kulturowym otoczeniem. O wartości działań twórczych bądź nietwórczych w prezentowanym podejściu decyduje jakość właściwości tworzących je elementów, wygenerowanych interakcji systemów utworzonych przez uwarunkowania środowiskowe i kulturowe, a także wartość stworzonego materialnego, bądź duchowego dzieła ocenianego w kategoriach nowości, oryginalności i społecznej przydatności aktualnego dorobku kulturalnego (Otapowicz, Sakowicz-Boboryko, Bilewicz, Wyrzykowska-Koda, 2016; za: Florczykiewicz, 2013; s. 129). To elitarne ujęcie twórczości tworzy odmienny kontekst hermeneutyczny jej definiowania. Twórczość jako wytwór (nowość obiektywna) czy właściwość procesów społeczno-kulturowych, zachodzących w przestrzeni dziejów, przestaje być tu postrzegana jako domena człowieka.

Twórca zaś, będąc inicjatorem, kreatorem wszelkich zmian, staje się wspólnym ogniwem w ujęciu systemowym i personalistycznym.

W paradygmacie personalistycznym twórczość rozpatrywana jest w wymiarze jednostkowym przez pryzmat różnic indywidualnych. M. Staniszkis (2010) określa ją mianem kreatywności. Definiuje jako proces kompetencji dyspozycyjnych, prowadzący do indywidualnego stylu działania. Właściwości ją generujące umiejscowione w sferze intelektu i osobowości stanowią: otwartość umysłu, ciekawość poznawcza, wysoki poziom myślenia dywergencyjnego, tolerancja dla niejednoznaczności, niezależność, nonkonformizm, zdolność do długotrwałej, wytężonej pracy. Koncepcje A. Maslow (1945), E. Fromm (1955), S. Popka (2010), itp., powstałe na tym gruncie, ujmują twórczość jako rodzaj postawy życiowej tzw. „postawy twórczej”. Postawę tą wyznacza specyficzna konfiguracja właściwości poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych. Akcentując subiektywny charakter twórczości, pomija się tu społeczny aspekt przydatności jej wytworów (E. Nęcka, 1999; Otapowicz, Sakowicz-Boboryko, Bilewicz, Wyrzykowska-Koda, 2016).

W szerszym kontekście myślenia humanistycznego twórczość ujmowana jest jako proces generowania nowych zachowań czy wytworów. Zasadniczą rolę

w procesie kreatywności przedstawiciele psychologii humanistycznej przypisują mechanizmom gwarantującym zachowania twórcze człowieka. Rozwijana na ich gruncie idea samorealizacji sytuuje się znaczeniowo w kategorii optymalnego rozwoju. Stanowi przy tym istotę ontogenezy (Florczykiewicz, 2013; s. 76).

R. Rogers, A. Maslow, K. Golstein podkreślają, iż aktywność twórcza ściśle wiąże się z rozwojem osobowości jednostki, jej samourzeczywistnianiem (self-aktualisation), samorealizacją (self-aktualised creativity). Samorealizacja stanowi zatem wymiar twórczy z samej swojej istoty – osoba samorealizująca się, czyli rozwijająca tkwiące w niej możliwości, jest kreatywna, ponieważ proces samorealizacji jest z natury twórczy (Nęcka, 2001; Otapowicz, Sakowicz-Boboryko, Bilewicz, Wyrzykowska-Koda, 2016; Gaiman, 2018).

Teorie asocjacyjne (Mednic) dopatrują się istoty twórczości w nietypowym lub odległym kojarzeniu idei, udowadniając, iż najważniejszą siłą tworzenia jest wyobraźnia.

Psychologowie postaci (Wertheimer, Gough), rozpatrując procesy poznania i działania jako akty strukturalnie upostaciowione (systematyczne całości), opierają się na kluczowym pojęciu wglądu jako nagłej zmiany struktury sytuacji problemowej, dzięki dostrzeżeniu ukrytych dotąd związków między elementami tej struktury.

Behawioryści (Maltzman) rozpatrują twórczość bądź jako szczególny przypadek zachowania sprawczego, bądź jako wewnętrzny proces mediacyjny.

Przedstawiciele nurtu poznawczego (Newell, Show) usiłują dotrzeć do natury procesu twórczego, określając biorące w nim udział operacje przetwarzania informacji (Nęcka, 1982, 1985; por. Popek, 1985, 1988; Schmidt, 1997).

Psychoanaliza, odwołując się do pojęcia nieświadomionej pracy umysłu, idei twórczości doszukuje się w podświadomości. Pomysł twórczy jakoby „wylęga się” w nieświadomości, podczas gdy umysł ludzki, po zebraniu dostatecznej ilości informacji, przetwarza je w sposób dla podmiotu nieuchwytny, mimowolny. Dopiero w późniejszych fazach nabiera postaci ukierunkowanej i intencjonalnej działalności, której ostateczny efekt ukształtowany w pewną sekwencję, przebija

się do świadomości w akcie olśnienia (por. teorie Freud, zob. Nęcka, 1992, 1995; Popek, 1985; Panek, 1990).

Współczesne koncepcje, rozpatrując twórczość w kategorii procesu twórczego, dokonują dokładnej charakterystyki jego mechanizmów. J. Guilford (1967), dzieląc procesy myślenia na konwergencyjne i dywergencyjne, odnosi istotę działalności twórczej do myślenia dywergencyjnego, określanego jako myślenie twórcze i wyznacza pewne jego warunki – cechy tj. płynność, giętkość, oryginalność (Nęcka, 1995). W ścisłej korelacji z myśleniem pozostaje pamięć, której wartość w procesie twórczym podkreśla P. Langly czy R. Jones, określając akt twórczy jako efekt nietypowego przywołania treści zakodowanych w pamięci długotrwałej (por. teorie R. C. Schank, A. Rybickiej za: Nęcka, 1995).

W dokonany przeglądzie pojęcia „twórczość”, nie sposób nie zauważyć wielokrotnej korelacji prezentowanego terminu z określeniem „proces twórczy” i „postawa twórcza”.

Proces twórczy to kompleks ukierunkowanych czynności psychicznych, fizycznych mniej lub bardziej uświadomionych przez podmiot tworzący. W wyniku ich aktywności następuje ekspresja własnej osobowości poprzez dokonanie zabiegu przekształcania rzeczywistości zewnętrznej i własnego ja (Popek, 1988; s.13).

W przebiegu procesu twórczego można wyróżnić dwie fazy: inkubacji – narodzenia pomysłu przyszłego dzieła i opracowania – przekształcenie pomysłu w dzieło końcowe (Popek, 1985, 1988, 1989).

Proces twórczy jest bardzo zindywidualizowany i nierozzerwalnie związany z osobowością twórcy. Odnosząc się do określonej postawy człowieka ujętej jako ukształtowana właściwość poznawcza i charakterologiczna wskazująca tendencje, nastawienie i gotowość do przekształcania świata, rzeczy a także własnej osobowości. Jak podkreśla S. Popek, ekspresja artystyczna stanowi zatem stosunek człowieka do świata i życia wyrażający się potrzebą poznania, przeżywania czy świadomego przetwarzania zaistniałej rzeczywistości i własnego „ja” (Popek, 1988; s. 27).

Składniki takiej postawy wyznaczył R. Gloton i C. Clero (1985) uwzględniając m.in. wrażliwość na problemy, polegającą na umiejętności

przetwarzania, sublimowania odbieranych wrażeń, zdolność do pozostania w stanie gotowości wyrażającej otwartość, płynność myśli, mobilność, oryginalność, zdolność do dokonywania odpowiednich operacji myślowych na używanie tego samego materiału, myślenie abstrakcyjne, zdolność do syntezy, analizy, umiejętność sprawnego organizowania czy przekształcenia danych przypadkowych w konwencjonalną jedność, opartą na integracji myśli, uczucia, spostrzegania (Gloton, Clero, 1988; por. Wojnar, 1977, 1995; Panek, 1997; Zaorska, 1997).

Szczegółowy opis cech osobowości twórczej, uwzględniający różne jej płaszczyzny (sferę poznawczo-intelektualną, emocjonalno-motywacyjną, aktywność, zachowanie, charakter, potrzeby) znajduje się w pracach m.in.: J. Reykowskiego, E. Nęcki, T. Lewickiego, J. Kozielskiego, A. Strzałeckiego, F. Barrona, S. Gerstmana, G. W. Taylora, R. B. Cattella, C. R. Rogersa i wielu innych (Pufal, Struzik, 1993; Dobrołowicz, 1995; Głowacka, 1997).

Próby wyjścia poza globalną strukturę osobowości, tworząc typologię twórców, dokonał C. G. Jung (w odniesieniu do mechanizmów ekstrawersji i introwersji). K. Sobolewski (wyróżniając trzy typy: sensoryczny, emocjonalny, intelektualny), a także J. Pietrasiński, H. Gutman, i inni (Lowenfeld, Brittain, 1977; Pufal, Struzik, 1993).

Hierarchia procesów twórczych, opis mechanizmów jego funkcjonowania, czynniki warunkujące jego przebieg zajmują istotne miejsce w pracach: A. Koesta, J. P. Guilforda, A. Kaufmana, E. Nęcki, K. Obuchowskiego, J. Kozielskiego, K. Dąbrowskiego, A. Kolończyka (Łukasik, 1990; Malicka, 1982; Popek, 1985, 1988; Kosakowski, 1989; Panek, 1990; Obuchowski, 1995; Kozielski, 1995, 1997).

Podział istniejących teorii procesu twórczego, a tym samym różnorodność znaczenia pojęcia twórczości, jej wielopoziomowość, wielokierunkowość, wieloaspektowość podejścia związana jest z przynależnością danej koncepcji do jednego szeregu nurtów teoretycznych bądź metodologicznych funkcjonujących we współczesnej psychologii.

Podział ten obejmuje pięć głównych grup teorii: koncepcje asocjacyjne, postaciowe, behawiorystyczne, poznawcze, psychologiczne (Nęcka, 1995 por. Popek, 1988; Malicka, 1989; Panek, 1990; Szmidt, 1997).

Poszczególni autorzy mimo, iż prezentują różne ujęcia procesu twórczości, zgodni są co do jego cech, takich jak:

- dynamizm – związany z działalnością, aktywnością ludzką,
- ukierunkowanie na nowe wartości: materialne (wytwór) lub niematerialne (autokreacja),
- wymiar indywidualny i społeczny,
- miejsce w czasie.

Powyższe analizy pojęcia twórczości, współwystępujących zjawisk, cech wyznaczających jego istotę wskazują, zatem na ścisłą zależność twórczości z aktywną działalnością człowieka-twórcy ukierunkowaną na powstanie określonego dzieła. Według D. Jankowskiego (1996) twórczość ściśle łączy się z pojęciem aktywności artystycznej, którą definiuje jako „doniosły przejaw twórczości i zarazem środek rozwoju postaw i uzdolnień twórczych” (za: Ploch, 2014; s. 20).

Wszelkie, zatem działania o charakterze aktywności artystycznej stanowią zatem nie tylko przejaw twórczości. Stają się swoistym sposobem rozwoju postaw, uzdolnień twórczych, talentu, umiejętności, procesów poznawczych, emocjonalnych, motywacyjno-wolicjonalnych. Oznacza to, iż postawy twórcze ujawniają się na skutek podjętego przez jednostkę działania/aktywności o charakterze stwarzania, wytwarzania, przetwarzania i odtwarzania (Ploch, 2014; s.20). „Aktywność artystyczna wiąże się tym samym z oryginalnością, odkrywaniem lub tworzeniem czegoś wyjątkowego, osobistego, niezwykłego, nacechowanego pierwiastkiem „nowości” na tle różnic indywidualnych poszczególnych artystów, a także charakteru włączania aktywizującego twórczo lub odtwórczo” (Ploch, 2014 s.20).

3.2. Próba identyfikacji pojęcia „działalność twórcza”. Specyfika i przejawy działalności twórczej

Przyznanie człowiekowi atrybutu kreatywności, uznanie jego codziennej działalności jako twórczej usytuowało pojęcie twórczości w znacznie szerszym kręgu pojęć. Wpłynęło na rozszerzenie zakresu pojęciowego zjawiska twórczości. Powszechne zatem stało się rozumienie twórczości jako każdego działania wykraczającego poza prostą recepcję. Człowiek, będąc z natury twórczy, w zastanej rzeczywistości, w codziennym funkcjonowaniu wykracza poza proste czynności powtarzania, naśladowania. Korzystając przy tym z bogactwa zmysłów, odczuć, wrażeń, otrzymywanych bodźców, formułuje swój obraz świata. Odzwierciedla go w wytworach, ideach, postawach. „Tak rozumianej twórczości jest wiele: nie tylko w tym co człowiek ze światem robi i co myśli, ale też w tym, jak świat widzi. I nie może być inaczej. Człowiek czy chce czy nie, musi uzupełniać otrzymane ze świata bodźce, musi formować swój obraz świata, gdyż wrażenia nie są kompletne i uformowane, wymagają scalenia. Ta twórczość, która uzupełnia z zewnątrz dane jest powszechna i nie unikniona. Rzecz można, że człowiek jest skazany na twórczość. Nic bez niej nie mógłby poznać ani zrobić. Tak szeroko rozumiana twórczość objawia się nie tylko w tym co ludzie malują i komponują, ale już w tym co widzą i słyszą”(Schmidt, 2007).

Twórczość i działalność to pojęcia ściśle ze sobą współwystępujące.

Twórczość, jak wskazują powyższe analizy, nierozzerwalnie łączy się z aktywnością, działaniem jednostki. „To wielostronna działalność ludzka, polegająca na tworzeniu nowych i oryginalnych wytworów ocenianych w danym czasie jako społecznie wartościowe” (Klim-Klimaszewska, 2007; s. 883). Jak podkreśla, W. Panek (1990, s. 30), twórczość jest przejawem ludzkiej aktywności i to przejawem najpiękniejszym. Jest aktywną postawą otwartą ku światu. D. Jankowski (2014) dodaje, iż działalność artystyczną należy rozumieć jako: „doniosły przejaw twórczości i zarazem środek rozwoju postaw i uzdolnień twórczych” (za: Ploch, 2014; s. 20).

Zagadnienie działalności twórczej jako integralnie związanego z człowiekiem wyznacza poziom wzrostu funkcjonowania i rozwoju

zgodnego ze stale przekształcającymi się warunkami życia, stanowi przedmiot zainteresowań badaczy wielu dyscyplin naukowych. in.: pedagogiki, psychologii, socjologii, filozofii, kultury. W literaturze przedmiotu nadal jednak nie znajduje należytego miejsca (Ploch, 2014).

Podjęmowane próby uściślenia tego pojęcia uwidaczniają, że owa działalność, sama podlega celowym oddziaływaniom środowiska a przede wszystkim uwarunkowaniom wewnętrznym.

U podstaw twórczej aktywności leży koncepcja „umysłu otwartego i zamkniętego” M. Rokeacha. Wskazuje ona, że twórcza działalność ściśle wiąże się z systemem struktur poznawczych kształtujących obraz świata. Spójność, elastyczność tego systemu, zapewniając otwartość jednostki na nowe informacje, uzdania ją do przebudowy wewnętrznej. System niespójny wewnętrznie, skonstruowany według zasady emocjonalnej – obawy przed lękiem, utrudnia racjonalne spojrzenie na rzeczywistość i reagowanie na zmiany, a tym samym ogranicza twórcze działanie.

J. P. Guilford (1978), podejmując badania nad działalnością/aktywnością twórczą, w stworzonym modelu intelektu określił 120 szczegółowych zdolności umysłowych różniących się między sobą operacją, treścią i wynikiem, w różnym stopniu decydujących o powodzeniu w rozwiązywaniu trudnych zadań problemowych, a zatem odgrywających znaczącą rolę w sytuacjach wymagających aktywności twórczej. Za najważniejszy czynnik działalności twórczej J. P. Guilford (1978) uznał myślenie dywergencyjne charakteryzujące się wytworzeniem możliwie różnorodnych i niekonwencjonalnych rozwiązań tego samego problemu (Guilford, 1978). Owa zdolność zapewnia jednostce optymalnie korzystne przystosowanie się do zaistniałej sytuacji, aktywne regulowanie swoich stosunków ze środowiskiem twórczym, adekwatne przystosowanie się do niego, a także dokonywanie zmian w tym otoczeniu (Polch, 2014; s. 21).

Działalność wsparta myśleniem dywergencyjnym, rozwijająca się, w sytuacjach twórczych, artystycznych, kreatywnych, w poszukiwaniu inspiracji w sztuce lub w kulturze „polega zatem na dokonywaniu nieustannych zmian i innowacji o charakterze artystycznym w obrębie własnej twórczości

w przestrzeni, jak też na indywidualizacji modelu manipulacji przedmiotami bezpośrednio wspomagającymi proces kreatywności; stanowi tym samym istotę osobistej twórczej aktywności” (Ploch, 2014, s. 21). To obserwowana dążność o cechach twórczych, oddziałująca na otoczenie jednostki charakteryzująca się spontaniczną, sytuacyjnie uwarunkowaną, określoną w czasie i miejscu, stanowi mniej lub bardziej stałą właściwość istoty twórczej (Guzowska, Ploch, 2014; s. 21).

Aktywność artystyczna człowieka realizowana w każdym okresie jego życia i przejawiająca się w każdej dziedzinie działalności, przybiera znamiona aktywności twórczej pierwotnej lub wtórnej. Działalność twórcza pierwotna, będąc cechą wielu ludzi, polega na spontanicznej aktywności twórczej przejawiającej się w zwykłych sprawach życiowych, w chwilach natchnienia, inspiracji, zaciekawienia. Aktywność twórcza wtórna oparta jest na specjalnych uzdolnieniach i talentach. Jej rozwój wymaga pracowitości, cierpliwości, dyscypliny oraz opanowania odpowiednich technik i narzędzi pracy. Jej owoc stanowią wytwory o dużej wartości naukowej lub artystycznej (Maslow, 1986).

Działalność twórcza może przejawiać się w różnych formach:

- przedmiotowych – wskazują na to, co jest jej treścią,
- podmiotowych – określają adresatów, do których jest ona kierowana (tj. sami realizatorzy lub inne osoby),
- organizacyjnych – informują o składzie osobowym realizatorów określonej aktywności twórczej (Kilm – Klimaszewska, 2007; por. Puślewski, 1999).

Jakość i intensywność działań twórczych determinowana indywidualnymi cechami twórcy jest różna w różnym czasie. W początkowej fazie, jak twierdzi Cz. Matusiewicz (1998), z braku ukierunkowania na określony cel, może charakteryzować się prostotą wyrazu, dużym stopniem ogólności czy niskim poziomem kompetencji. Proporcjonalnie do wzrostu doświadczeń jednostki jakość jej aktywności artystycznej ma szansę wzrastać, stawać się bardziej specyficzna, odważna, indywidualna, zmierzająca do określonych celów. Stopniowe nabywanie przez jednostkę kompetencji niezbędnych do stymulowania sposobów właściwego sobie, oryginalnego stylu własnych działań twórczych lub/i odtwórczych związane jest, jak twierdzi L. Ploch (2014, s. 22) z umiejętnością świadomego gromadzenia

i przetwarzania informacji z otaczającego świata. „Uświadomione zrozumienie” tj. ukierunkowany sposób korzystania z wcześniej nabytej wiedzy staje się istotny w procesie podejmowania aktywności artystycznej na każdym jej etapie.

Analizując, działalność artystyczną jednostki L. Ploch (2014), wyodrębnia poszczególne działania i czynności o charakterze kreacji twórczej:

- obserwowanie zjawisk i zachowań wiążących się ze sztuką artystyczną,
- eksplorowanie różnych dzieł artystycznych,
- dociekanie i stawianie własnych propozycji dotyczących funkcjonowania artystycznego w świecie sztuki i kultury artystycznej,
- wyrabianie biegłości i zręczności artystycznych poprzez udział w systematycznej praktyce działalności twórczej i odtwórczej.
- koncentrowanie sił i form charakteryzujących indywidualną bądź grupową aktywność twórczą.

Podjęmowane przez jednostkę czynności ukierunkowane na działalność twórczą stwarzają okazję do odkrywania właściwości świata artystycznego (tj. różnych zjawisk i relacji), umożliwiając jej identyfikację poprzez nadanie im osobliwego charakteru, tj. stworzenia własnego dzieła artystycznego.

Aktywność artystyczna, której efekt stanowi określony wytwór, to – oprócz łączenia pracy umysłowej i fizycznej – kompleks uzdolnień twórczych, osobowość twórcy, niepowtarzalny swoisty klimat (Ploch, 2014).

Obok wymienionych cech osobowości, charakteryzujących osoby twórcze, wpływ na jakość i przebieg pracy artystycznej wywierają także osobiste umiejętności jednostki tj. talent, uzdolnienia specjalne.

„W konsekwencji można przyjąć, że aktywność artystyczna to zjawisko wielowartościowe. Należy je rozumieć jako ogół uznanych wartości, utrwalonych zachowań twórczych i rezultatów dotyczących przymiotów ludzkich zdolności, umiejętności, talentów i uzdolnień. Aktywność artystyczna jako osobisty wyraz dążenia do podejmowania ciągłych poszukiwań, rozwiązań, innowacji, wzbudzania wzbogacania wartości artystycznych, twórczych, składa się na autentyczną pełnię całości kultury i sztuki. Ta staje się również źródłem bogatych doznań

emocjonalnych oraz sprzyja odkrywaniu zjawiska wzrostu nowych komponentów twórczych, innowacyjnych, ekspresyjnych, społecznie wartościowych przedmiotów” (Ploch, 2014; s. 23).

Działalność twórcza jest pojęciem węższym; zawiera się w obszarze zjawisk szeroko rozumianej aktywności artystycznej. Aktywność, realizując się przez konkretne działanie, to zbiór wszystkich czynów, jakie dany sprawca jest w stanie podjąć i wykonać. Za pośrednictwem tych czynów odbywa się interakcja sprawcy z otoczeniem.

Działanie standardowe ma miejsce, gdy sprawca podejmuje działanie dobrze mu znane. W trakcie takiego działania nie ulegają zmianie podstawowe cechy sprawcy i sposób jego funkcjonowania (podstawowe cechy sprawcy to: repertuar aktywności, umiejętność wartościowania, wola).

Działanie umyślnie twórcze jest to zamierzone wprowadzenie nowych zachowań w celu poszerzenia sprawności działań sprawcy. Sprawca poszerza swój repertuar aktywności, umiejętności wartościowania i wolę.

Działanie twórcze ma miejsce, gdy sprawca podejmuje działanie nowe, wcześniej mu nieznanne. Okazuje się wówczas, że jest ono sprawniejsze od innych działań realizujących ten sam cel. Działanie twórcze wzbogaca sprawcę i jego otoczenie. Otoczenie zostaje wzbogacone o nowe produkty i zjawiska, które są efektem działania twórczego. Podczas działania twórczego wzrasta zakres autonomii sprawcy (działa on sprawniej, lepiej i efektywniej).

Działalność twórcza może ujawniać się i rozwijać tylko w sprzyjających warunkach. Można je rozpatrywać na trzech płaszczyznach:

- materialnej (zaplecze finansowe umożliwiające realizację celów twórczych),
- emocjonalnej (odpowiednia atmosfera zapewniająca twórce poczucie bezpieczeństwa, komfortu, swobody twórczej),
- metodycznej (organizowanie kreatywnej działalności poprzez stymulowanie, inspirowanie lub ukierunkowywanie).

Ponadto twórcze działania wsparte indywidualnymi aspiracjami jednostki i jej talentem są nierozzerwalnie związane z warunkami wewnętrznymi –

subiektywnymi (podmiotowymi, psychicznymi) oraz grupą warunków zewnętrznych – obiektywnych (przedmiotowych, społecznych). Warunki subiektywne odnoszą się do osoby twórcy i nauczyciela, grupę zaś warunków obiektywnych tworzą elementy treściowe, metodyczne, techniczne, środowiskowe.

Jak przekonuje H. Krauze-Sikorska (2006) decydującą rolę w efektywnej aktywności twórczej pełnią czynniki wewnętrzne, gdyż „człowiek jest istotą sterowaną nie przez sytuacje zewnętrzne, lecz przez wewnętrzne obrazy świata. Staje się tym samym jednostką kształtowaną nie tyle przez czynniki zewnętrzne, ile kształtującą siebie przez czynne – zarówno poznawcze, jak i działaniowe – odnoszenie się do świata i siebie samego. Człowiek „intencjonalny”, „samosterowny”, ‘autonomiczny’ to istota, której życiowa aktywność determinowana jest nie przez czynniki i warunki świata zewnętrznego, lecz przez to, w jaki sposób dane doświadczenie odzwierciedlone zostanie w jego umyśle. Sposób odzwierciedlania świata jest zaś zawsze indywidualny i subiektywny” (Krauze – Sikorska, 2006, s.109; Ploch, 2016; s.22).

Działalność twórcza, wykraczając poza wewnętrzny świat człowieka, tworząc swoisty intencjonalny stosunek do rzeczywistości, kultury, sztuki, staje się rodzajem indywidualnej kreatywności, autokreacji, bogactwem doświadczeń ukierunkowanych na zastępowanie procesów receptywności oraz biernego odbioru (Bono, 1995; Dobrołowicz, 1982; Łukasiak, 1999; Materska, Tyszka, 1992; Nęcka, 1995; za: Ploch, 2014). Jako proces samorealizacji, a równocześnie komunikacji społecznej wymaga od twórcy silnej motywacji w dążeniu do wyznaczonego celu. Kierująca twórczym działaniem motywacja wewnętrzna stanowi nieodzowną potrzebą konkretyzacji swojego wewnętrznego świata w formach tj. indywidualnych wytworach artystycznych wyróżniających się oryginalnością, nowością, pięknem.

Działalność artystyczna staje się zatem procesem przemian zachodzącym w samym artyście między jego świadomością a własnymi rezultatami twórczymi. Jak podkreśla L. Ploch (2014): „nie istnieje ona poza człowiekiem, regulowana jest w nim, w jego aktywnym stosunku do działań twórczych i odtwórczych, w indywidualnej doskonałości, aktywności o cechach twórczych, innowacyjnych,

nowatorskich, w nawykach kultury i sztuki, w estetyce i pięknie, postawach oraz obyczajach, w sposobie wychowania, przeżywania aktów twórczych, w przechodzeniu żmudnego procesu dochodzenia do doskonałości i perfekcji twórczej, w respektowaniu etycznych uwarunkowań jej podejmowania” (Ploch, 2014; s.24). Cechują ją świadoma i żywa troska o własny rozwój, sprawność, doskonałość, mistrzostwo rzemiosła, umiejętność organizowania i spędzania czasu wolnego z największym pożytkiem dla zachowania zdrowia psychicznego, duchownego, intelektualnego. Choć jej materialny wytwór nie zawsze stanowi dzieło o wyjątkowym i trwałym charakterze „artysta” dzięki swoim twórczym działaniom przełamuje utarte schematy, stereotypy, realizuje nieuświadomione dążenia, pragnienia, wzbogaca doświadczenia, wyzwala emocje. Emocje, wywierając wpływ na jakość działań twórczych jednostki decydują o ich dynamice. Proces twórczy charakteryzuje się wysokim poziomem zdynamizowania, gdy motywacja jednostki opiera się na emocjach dodatnich tj. zainteresowaniach, ciekawości, pasji. Silne zaś ujemne emocje – złość, lęk wywierają paraliżujący wpływ na aktywność twórczą. Destrukcyjny wpływ ich działania bywa różny u różnych jednostek (Klim-Klimaszewska, 2003).

Warunkiem aktywności artystycznej przejawiającej się w licznych działaniach i twórczych przedsięwzięciach jest również pozytywny obraz siebie oparty na zaspokojeniu potrzeby kontaktu, miłości, doświadczeniu uznania i poczucia własnej wartości w ocenie innych, poczuciu własnych kompetencji. Otoczenie społeczne zatem, kształtując w pewnym stopniu samoocenę twórcy wywiera niebagatelny wpływ na jakość i dynamikę działań twórczych. Najbardziej sprzyjający jest tzw. otwarty system społeczny charakteryzujący się akceptacją jednostki, jej indywidualności, a przez to sprzyjający rozwojowi artystycznych potrzeb, zdolności i talentu.

Postawy otwartości na kreacje, twórcze działania tkwią w środowisku rodzinnym. Uznanie wytworów artystycznych, ich pozytywna ocena przez członków rodziny wyzwala odwagę, śmiałość, pobudza ciekawość, otwartość, wzmacnia poczucie własnej wartości.

Zaprezentowane uwarunkowania będą determinowały zarówno działania, jak i poziom trwałej dążności do stymulacji celów twórczych w ramach indywidualnego, wewnętrznego systemu wartości.

Bazując na typologii struktury zachowania społecznego człowieka A. Guryckiej (1976), L. Ploch (2014, s.26-27) dokonał kwalifikacji działań twórczych opartych na aktywności artystycznej rozumianej jako złożonej struktury czynności procesu edukacji. Wyodrębnił 14 kategorii:

- działania związane z nabywaniem doświadczeń artystycznych – wzbogacanie,
- działania związane z inicjowaniem nowych, konkretnych zadań artystycznych, wysuwaniem pomysłów twórczych, innowacji – inicjatywa twórcza,
- działania związane z udoskonalaniem własnego warsztatu artystycznego bez ulegania wpływom innych, a także ujawniania własnych pomysłów – doskonalenie artystyczne,
- działania związane z dokonywaniem porównywania własnych wytworów artystycznych na tle innych – analiza porównawcza aktywności,
- działania związane z odtwarzaniem konkretnych zadań artystycznych indywidualnie lub grupowo – wykonawstwo artystyczne,
- działania związane z obroną wytworów artystycznych własnych i grupy na tle środowiska twórczego – tolerancja na aktywność artystyczną,
- działania związane z obroną, oceną i krytyką wytworów własnych na tle grupy i środowiska artystycznego – asertywność w zakresie aktywności artystycznej,
- działania związane z tworzeniem atmosfery swobodnej autokreacji artystycznej, twórczego wyzwolenia i inspiracji – autokreacja w działaniach artystycznych,
- działania związane z zachowaniem właściwego obrazu samego siebie, zwiększaniem przekonania o własnych możliwościach, przychylności innych, wartości własnych działań artystycznych – samoocena aktywności artystycznej,
- działania związane z rozwojem pozytywnych wzmocnień aktywizacji poszukiwawczej w zakresie rozwiązań artystycznych – motywacja podejmowania aktywności artystycznej,

- działania pozwalające na pokonywanie barier psychicznych i psychospołecznych znacznie ograniczających możliwości aktywności artystycznej – wzmocnienie aktywności artystycznej,
- działania rozwijające poziom samodzielności artystycznej, radzenia sobie w sytuacjach stresu, kompensowania i wyrównywania poziomu stanów lęku, nadruchliwości procesów nerwowych, negatywnych emocji – usamodzielnienie,
- działania związane z nabywaniem umiejętności podporządkowania się innym osobom uprawiającymi działania artystyczne – podporządkowanie.

Zaprezentowane rodzaje działań twórczych nie wyczerpują wszystkich możliwości, dostarczają zaś wielu informacji dotyczących uwarunkowań procesu kreacji, określają częstotliwość występowania aktywności twórczej w praktyce edukacji artystycznej.

Źródłem podejmowanych działań twórczych jest potrzeba afiliacji, wyrażania indywidualnego, „wewnętrznego” świata przeżyć związana z chęcią zaprezentowania własnej indywidualności w przestrzeni artystycznej czy poszukiwaniem i akceptacją wzorów osobowych (Olinkiewicz, Repsch; 2001), lub też wynikająca z dążenia jednostki do bycia efektywnym, kompetentnym i niezależnym artystycznie.

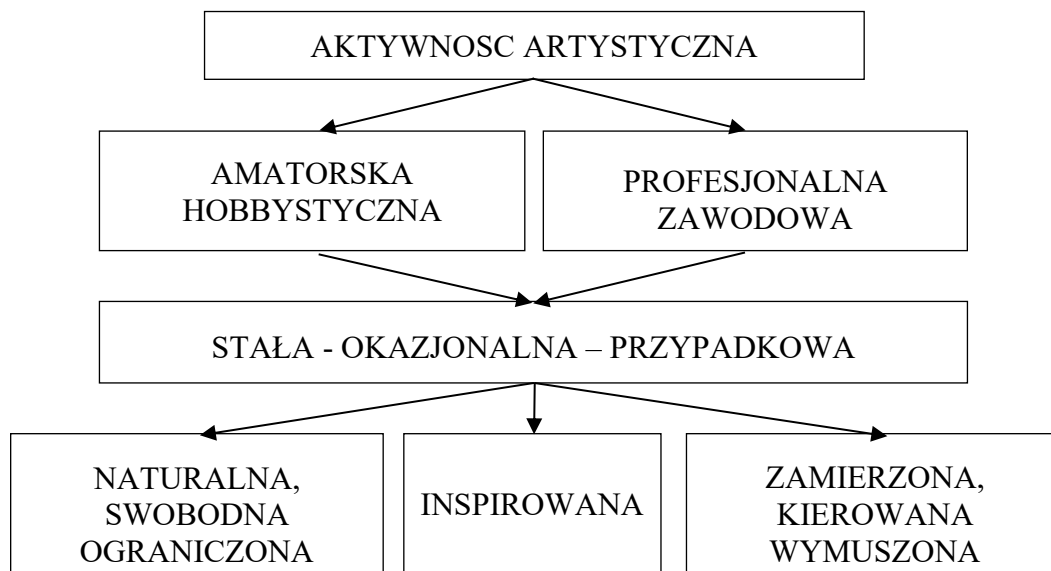
Będąc nastawiona na otwieranie, inspirowanie jednostki, podejmowana działalność artystyczna sprzyja wzbogacaniu doświadczeń. Staje się czynnikiem decydującym o pozytywnych zmianach osobowości Wykaz cech zachowania jednostki aktywnej artystycznie prezentuje m.in. L. Ploch (2014, s.28).

Powyższa analiza, próba identyfikacji aktywności twórczej wskazuje na jej wieloaspektowość. Prezentacja istoty aktywności twórczej wymaga analizy i wyodrębnienia rodzajów i cech.

Działalność artystyczna (amatorska, zawodowa) to realizacja zadań artystycznych, twórczych, odtwórczych, kreatywnych, podejmowanych przez jednostkę na podstawie indywidualnego rozpoznania możliwości i obrazu własnego talentu, prowadząca do stopniowej automatyzacji artysty poprzez stawanie się pełnowartościowym członkiem społeczności środowiska twórczego. „Jest to forma

osobistego udziału jednostki w rzeczywistym świecie kultury i sztuki, pozwalająca zgodnie funkcjonować w środowisku oraz intensyfikować procesy emocjonalne, poznawcze, motywacyjno-wolicjonalne” (Ploch, 2014 s.28).

Tabela 4. Rodzaje i cechy aktywności artystycznej



Cechy	Cechy
<ul style="list-style-type: none"> • spontaniczna • autentyczna • twórcza lub odtwórcza • wyraża potrzebę • uświadomiona lub nieświadomiona • uporządkowana lub chaotyczna 	<ul style="list-style-type: none"> • świadoma • regularna • twórcza lub odtwórcza • podporządkowana regułom i zasadom • określona w czasie i miejscu • profesjonalna
<ul style="list-style-type: none"> • ukierunkowana lub nieukierunkowana • zorganizowana lub niezorganizowana • długofalowa lub określona czasowo • otwarta na wpływy środowiska artystycznego lub ograniczona wpływem środowiska artystycznego • nieograniczona miejscem lub ograniczona miejscem • ma zabarwienie emocjonalne 	<ul style="list-style-type: none"> • ukierunkowana • zamierzona w określonym celu • obowiązkowa • podlega zagrożeniu wpływami zewnętrznymi • nie musi posiadać zabarwienia emocjonalnego • uwarunkowana zasadami etycznymi

<ul style="list-style-type: none"> • zorganizowana • nieautentyczna 	<ul style="list-style-type: none"> • określona statusem zawodowym • tendencyjna
---	---

Źródło: L. Ploch: Konteksty aktywności artystycznej osób z niepełnosprawnością (2014) s. 29.

Nawiązując do prototypicznej wizji kreatywności jako projekcji i wypadkowej uzdolnień, talentu, geniuszu, dokonując analizy działalności twórczej, należy wskazać na dynamizm konkurencji jako uzupełniający czynnik konstytutywny. Obok działań artystycznych realizowanych na podłożu indywidualnego istnienia w określonym środowisku (jednostki, grupy), istnieją realizacje o wartości artystycznej pozbawione cech dominacji twórczej (tj. akty włączania i udziału artystycznego), ale również różne rodzaje dominacji twórczej, nie posiadające kreatywnego charakteru (akty aktywizacji pozaartystycznej – działania odtwórcze zmierzające do zaspokojenia potrzeb afirmacji, samorealizacji).

Niniejsza analiza wskazuje zatem iż aktywność/działalność artystyczna stanowi formę ekspresji i percepcji wrażliwości własnej oraz innych, w jedność z procesami treningu i uwrażliwiania na nią (Matwiejów, 2000), uznania wartości w aspekcie własnych indywidualnych zdolności i zdolności innych (Tuska, Wilczyńska, 1987), osiągnięć osób szczególnie uzdolnionych (Sękowski, 2000), twórczości w hierarchii osób twórczo aktywnych, bez względu na efekt końcowy działań (Pufal-Struzik, 2002).

3.3. Struktura form działalności twórczej

Uczestnictwo w kulturze i sztuce opiera się na płaszczyźnie indywidualizowanego egzystencjonalnego rozwoju twórczego i wzrostu jednostki oraz perspektywie udziału i dostępu do świata artystycznego – subiektywnego doświadczenia pośrednich i emocjonalnych przeżyć, dóbr bogactwa artystycznego, mniej lub bardziej uświadomionych czynności indywidualnego potencjału kreatywnego.

Szeroko rozumiana aktywność artystyczna, przejawiająca się w działalności twórczej ściśle wiąże się z osobistymi zamierzeniami, pragnieniami i odpowiedzialnością jednostki, z jej rozwojem duchowym, kreatywnością, usamodzielnianiem twórczym, dojrzałością emocjonalną.

Jak podkreśla L. Ploch (2014) „postępowanie aktywizujące artystycznie nie może ograniczać się wyłącznie do dziedzin artystyczno-intelektualnych, ale obejmować powinno także stosunek do drugiego człowieka, jednostek twórczych, wrażliwość na wartości estetyczne, etyczne, społeczne i kulturalne tkwiące w czynnościach twórczych podejmowanych w środowisku kultury w zasięgu bliższym, dalszym i dla środowiska” (s. 31). Aktywność twórcza obejmuje trzy wymiary:

- pożądaną strukturę intelektualno-motywacyjną jednostki,
- uwewnętrznione cele i wartość działań artystycznych (poziom moralno-społeczny, etyczny, ogólno-artystyczny),
- oczekiwane kierunki aktywności artystyczno-twórczej jednostki.

Podejmowane przez jednostkę twórcze działania innowacyjne, ekspresyjne, nowatorskie, zorientowane na poszerzenie horyzontów i wzbogacenie doświadczeń znajdują swoje źródło w przejawianych potrzebach człowieka. Zatem owa działalność, wyrażając się w zachowaniach twórczych, realizuje się poprzez tworzenie form i symboli, daje człowiekowi estetyczną satysfakcję (Lange, 1988; s.70).

Działalność artystyczna wydaje się być aktywnością dostępną każdej jednostce przejawiającej chęć i potrzebę uzewnętrznienia w twórczej formie wyrazu swoich przeżyć, odczuć, wrażeń. Sprzyjającymi elementami realizacji artystycznej kreacji staje się silna motywacja, wytrwałość, komfort miejsca. L. Ploch (2014) podkreśla, iż każdy twórca „może osiągnąć wysoki poziom sztuki poprzez podejmowanie działań artystycznych bądź realizację indywidualnych potrzeb twórczych w swobodnych aktach ekspresji, w oparciu o osobisty bagaż doświadczeń, umiejętności, predyspozycje w takich zakresach, jak: manualno-ruchowe, mimiczno-ruchowe, słowno-literackie, muzyczne, muzyczno-ruchowe, słowne, plastyczno-mimiczne, graficzno-modelarskie,

konstrukcyjno-techniczne, kreatywno-odkrywcze, aktorskie, zabawowe. W każdym przypadku wszelkie podejmowane działania artystyczne mogą należeć do czynności o charakterze twórczym.” Jednostce tej będą przynosić zadowolenie, radość, satysfakcję.

Przyjmuje się, że aktywność twórcza to także zamierzone ruchy ciała, gesty, słowa, myśli, przeżycia utrwalane w indywidualnych aktach twórczych i/lub odtwórczych. Powstałe dzieła artystycznego wyrazu przejawiające się w różnorodnych formach czy ideach prezentują różny poziom artystyczny. Najczęściej podlegające ocenie elementy twórczych działań to: forma aktywności, częstość jej podejmowania, miejsce oraz czas trwania. Przedstawione elementy stanowią podstawę wyodrębnienia poszczególnych rodzajów aktywności artystycznej. Należą do nich:

- aktywność artystyczna w czasie wolnym: literacka, plastyczna, teatralna, choreograficzna, chóralna, muzyczna, taneczna, konstrukcyjno-techniczna, itp.,
- ćwiczenia artystyczne: próby teatralne, instrumentalne, chóralne, zajęcia w kołach plastycznych, teatralnych, ceramicznych itp.,
- wydarzenia artystyczne: konkursy, festiwale, koncerty, pokazy, widowiska, przedstawienia teatralne, warsztaty artystyczne (plastyczne, chóralne, teatralne) wystawy, wernisaże, plenery artystyczne,
- praca zawodowa charakterze artystycznym – określona czasem i miejscem pracy,
- praca domowa – uwarunkowana uzdolnieniami, talentem, osobistą motywacją, potrzebami – nieokreślona w kategoriach potencjału, działania, poziomu przygotowania artystycznego i zawodowego),
- inne formy aktywności artystycznej wpływające na bilans energetyczny ustroju.

Prezentowane analizy aktywności twórczej, jak podkreśla R. E. Bernacka (2001), M. Łączek (2008), L Ploch (2014) S. Popek (2004, 2011) wskazują, iż ze względu na określone zmienne, tj. wiek, uwarunkowania rodzinne, środowiskowe, możliwości psychofizyczne, materialne, miejsce zamieszkania, uwarunkowania

społeczne praktyki artystycznej, w procesie działalności artystycznej można wyodrębnić określoną jej strukturę.

Podjmując próbę wyodrębnienia podstawowych form aktywności twórczej, L. Ploch (2014) dowodzi, iż biorąc pod uwagę sposób zdobywania doświadczeń artystycznych, należy przyjąć, że „tworzą je indywidualnie lub zbiorowo ujawnione środki ekspresji, wyrażające zaangażowanie i przeżywanie, umożliwiające pełnię ujawnienia i realizację własnych zmysłów, umiejętności, osiągnięć, zadowolenia i afirmacji osobowości twórczej” (s. 34).

Podstawowe formy organizacyjne aktywności artystycznej, to: aktywność indywidualna i zbiorowa.

Dynamizm ich rozwoju, uwarunkowany jest wieloma czynnikami, tj.:

- czynnikami genetycznymi: temperament, predyspozycje, właściwości konstytucyjne,
- czynnikami biogeograficznymi: klimat, ukształtowanie terenu,
- czynnikami społeczno-ekonomicznymi: higiena życia, warunki bytowe, poziom wykształcenia, kultura osobista.

Właściwy dobór form wyznacza i warunkuje, jakość twórczego życia człowieka.

Różni badacze – R. Popek (2010), L. Ploch (2014) dokonując typologii aktywności twórczej, wyodrębniają jej poszczególne formy czy rodzaje, różniące się od strony treści, sposobów organizacji, sposobu warunkującego dobór itp.

Na potrzeby niniejszej pracy omówione zostaną wybrane formy działań twórczych mające fundamentalne znaczenie dla kształtowania dojrzałości artystycznej jednostki. Wśród nich można wyróżnić następujące: działania teatralne, aktywność muzyczno-wokalna, aktywność literacka, sztuki plastyczne.

Teatr, jak podkreśla L. Ploch (2014, s. 36), „to nie tylko komunikacja, iluzja, widowisko, przestrzeń, lecz także zwierciadło kultury i sztuki, tajemnicy myśli, duszy, potrzeb duchowo-intelektualnych i emocjonalnych człowieka”. Wpływ teatru na psychikę człowieka, jak twierdzi S. Rzęsikowski, jest przemożny. Przestrzeń artystyczna dzieła scenicznego, atmosfera, sylwetki bohaterów,

z którymi utożsamiają się aktorzy, silnie wpływają na świadomość teatralną odbiorcy, kształtując go psychologicznie, estetycznie, twórczo. Twórcza działalność, posiadając swój odrębny styl, język, oryginalność, naiwność, winna być rezultatem wytworu zdolności wywoływania zmian i aktywizowania przez sztukę. W sztuce teatralnej, aktorzy poprzez wcielanie się w różne role, poprzez swoją spontaniczność, improwizację, kreację uruchamiają intuicję, inwencję, wyobraźnię. Mają sposobność przekraczania siebie, odtwarzania zachowań i przeżyć innych ludzi. Aktywność teatralna jako forma, w której wykorzystuje się zmysły, wpływa na przyswajanie nowej wiedzy, rozwijanie zdolności, indywidualnych cech jednostki, kształtowanie osobowości. W obrębie różnorodności sztuk teatralnych o charakterze dramatu, komedii, groteski, karykatury, pantomimy, teatru tańca, światła, zespołowej pracy nad spektaklem czy widowiskiem, uczestnicy doświadczają ogromnej gamy przeżyć duchowych, estetycznych, zmagają z lękami, barierami czy uprzedzeniami (Ploch, 2014).

Działalność artystyczna jednostki ujawnia się również w formie działań o charakterze muzycznym. Jedną ze znanych dyspozycji człowieka jest tworzenie muzyki. Wielu badaczy m.in.: J. Wierszyłowski (1981), M. Namysłowska-Żeleźnik (2002) podkreśla szczególne znaczenie wychowawcze muzycznej aktywności twórczej. Muzyka sprzyja twórczym działaniom i odkryciom, sprzyja kształtowaniu osobowości, wyzwala pozytywne emocje, uczy otwartości na kontakty społeczne. Realizacja indywidualnej muzycznej aktywności twórczej może odbywać się w toku zajęć twórczości swobodnej, spontanicznej czy też twórczości kierowanej. Przybiera ona różne formy: od swobodnego, improwizowanego śpiewu, gry na instrumencie, muzycznych zabaw twórczych, kompozycji prostych rytmów, melodii, tworzenia zagadek muzycznych, po tworzenie etiud muzycznych, własnych utworów. Bogatym źródłem inspiracji muzycznych stają się utwory poetyckie, obrazy filmowe czy naturalne środowisko. Z ekspresją rytmiczną i wokalną często wiąże się ekspresja ruchowa sprzyjająca odprężeniu, będąca źródłem radości. Aktywność artystyczna oparta na różnych formach muzycznych wywiera wpływ na kształtowanie pozytywnych dyspozycji i umiejętności, pobudza zainteresowania, rozwija różne funkcje poznawcze- pamięć, uwagę, myślenie jej uczestników (Adamski, 2006; Czerniawska, 2005;

Ploch, 2014). Zapewniając rozwój indywidualnych możliwości percepcyjnych kształtujących osobowość, staje się przy tym formą samorealizacji. Wsparta i ukierunkowana przez mistrza – nauczyciela wykorzystującego własne, sprawdzone metody, zapewnia harmonijny rozwój dyspozycji twórczych. Muzyczna aktywność może być realizowana w toku zajęć, w trakcie których preferowana jest twórczość spontaniczną jak też w trakcie zajęć, w których uwagę zwraca się głównie na twórczość kierowaną, podczas których swobodne działania mogą być znacznie ograniczone.

Uczestnicy działalności muzycznej chętnie włączają się w śpiew, słuchanie, muzyki, własne swobodne tworzenie oryginalnych rytmów, melodii czy komputerowych etiud muzycznych, malowanie muzycznych obrazów w przestrzeni, określając w ten sposób własne zasady udziału. Bogactwo i różnorodność form umożliwia wybór tego, co interesujące, wyjątkowe i niezwykle dla każdego uczestnika podejmowanej aktywności muzycznej, a jak podkreśla M. Namysłowska-Żeleźnik (2002) każda jednostka nosi w sobie muzykę spontaniczną, ma potrzebę muzycznej zabawy, śpiewu, tańca, gry na instrumencie, tworzenia własnych śpiewanek. Upodobania muzyczne wydają się być czymś zupełnie naturalnym (za: Ploch, 2014, s. 38).

Źródłem inspiracji muzycznych stają się utwory poetyckie, obrazy filmowe, otaczające piękno natury, przeżyte doświadczenia, refleksje.

Aktywność muzyczna uczestników oparta jest na różnego rodzaju formach udziału: śpiew, ruch przy muzyce, gra na instrumentach, muzyczne zabawy twórcze, aktywne słuchanie muzyki, ćwiczenia improwizacji muzycznych, kształtujące różnorodne predyspozycje i umiejętności, pobudzające zainteresowania, ubogacające aktywność twórczą (Adamski, 2006; Czerniawska, 2005; Kawalla za: Ploch, 2014).

Ekspresji rytmicznej i wokalne często towarzyszy ekspresja ruchowa – taniec będący wyrazem radości i swobody. Oddziaływująca na człowieka wielokanałowo, muzyka generuje pozytywne zmiany w ciele i psychice jego uczestników (Dudkiewicz, 2000; Gergardt, 1989; Horda, 1989; Koziello, 2002; Gaiman, 2018).

Sprzyjająca wielostronnemu rozwojowi jednostki jest także aktywność słowno-literacka. Opierając się na potencjale twórczych możliwości poetycko-literackich, stwarza sposobność do porozumiewania się, wchodzenia w kontakt interpersonalny, rozwija wyobraźnię, pobudza do aktywności, urzeczywistniania marzeń, umożliwia zdobywanie nowych doświadczeń. Formami uczestnictwa słowno-literackiego są grupy żywego słowa czy recytatorskie, a zaangażowana aktywność jej członków rozwija ich pod względem emocjonalnym, intelektualnym i społecznym. Umożliwia wzajemne identyfikowanie się poprzez przeżycia i doznania, a jednocześnie stwarza okazję poczucia własnej odrębności, wartości, tworząc przy tym związek ze wspólnotą, w której aktywność słowno-literacka w sposób nieunikniony będzie łączyć się z szerszym systemem kulturowym na drodze słowa mówionego (Baluch, 1984; Borowska, 2004; Limont, 1996, Ploch, 2009).

Poezja kształtuje, rozwija i wzbogaca mowę człowieka, wyzwala myśli, ubogacając jego wewnętrzny świat przeżyć, twórczej wyobraźni. Powstające wytwory literackie świadczą o potrzebie i zdolnościach tworzenia, stanowią przejaw wewnętrznego życia jednostki. W początkowej fazie ekspresja słowno-literacka ma charakter spontaniczny a wraz z nabywaniem doświadczenia, staje się zamierzona i ukierunkowana. Niesie ze sobą wiele ubogacających wartości: pozwala na rozładowanie napięć, niepokojów, łagodzi lęki, agresję, niepowodzenia (Krasoń, Mazepa – Domagała, Wąsiński, 2009). Umożliwiając wyrażanie własnych myśli, refleksji, przeżyć, staje się pozytywną terapią, prowadzi do kształtowania twórczej postawy. Podejmowanie aktywności werbalnej zależy od indywidualnych potrzeb, motywacji i wrażliwości jednostki.

Kolejną dziedziną aktywności twórczej niosącą ze sobą bogactwo wartości jest twórczość plastyczna. Stanowi ona naturalną potrzebę rozwojową każdej jednostki, będąc jednocześnie źródłem wiedzy o jej życiu wewnętrznym. Proces twórczy, stanowiąc ekspresję doświadczanej rzeczywistości, jest regulatorem równowagi emocjonalnej, zaś praca plastyczna, niezależnie od uznanej wartości, to niezwykle ważny efekt procesu twórczego, który rozwija i pozwala ujawnić cechy osobowości artysty (Popek, 2001). Aktywność plastyczna jest przejawem potrzeby wyrażania siebie, swoich myśli, przeżyć i wyobraźni. Może jej towarzyszyć

ekspresja spontaniczna, inspirowana i zamierzona. Najistotniejszym elementem procesu twórczego inspirowanego przez prowadzącego, jak zaznacza D. Frączak (1993), jest koncentracja oraz silne napięcie emocjonalne jednostek aktywnych plastycznie, które w trakcie wykonywania pracy pozwala im na przekroczenie granic własnych możliwości, a przez to, doznanie satysfakcji z podejmowanego działania i jej efektu końcowego (Frączak, 1993).

Wiele pozytywnych wartości niosą ze sobą zajęcia integrujące muzykę i plastykę. O jej ubogacającym wpływie wspomina m.in.: L. Kataryńczyk-Mania, J. Karcz (2006), L. Ploch (2008), S. Popek (1988, 2010).

Podsumowując, podkreślić należy, iż istotna wydaje się umiejętność trafnego doboru oraz wykorzystania indywidualnie dostępnych form aktywności artystycznej będącej wyrazem postawy twórczej angażującej predyspozycje, zdolności, umiejętności jednostki. Z uwagi na fakt, iż niezmiernie rzadko taka postawa może przejawiać się samorzutnie, w procesie wychowania artystycznego istnieje potrzeba wsparcia takiego doboru aktywności. Wskazana zatem jest interwencja osób dojrzałych, twórczych, które zainspirują, ukierunkują na danego rodzaju aktywność, zgodnie z predyspozycjami, uzdolnieniami wychowanka. Zachętą do działania poprzez ukazanie wielu wartości jakie niesie sztuka, wskażą na liczne możliwości rozwoju i zmianę sposobu postrzegania a przez to zmiany stylu życia. Niezależnie, od zajmowanego miejsca w kulturze artystycznej czy to w instytucji edukacyjnej, czy pozaoświatowej, niezmiernie ważna staje się rola pedagoga, animatora-artysty realizującego zadania pośrednictwa wsparcia, adaptacji, włączania i opieki na rzecz udziału w kulturze oraz sztuce osób dotkniętych przez los lub mniej samodzielnych. „W tym nurcie działań rodzi się najsilniejsze dążenie do wyrównywania szans na zbiorowy, powszechny udział wszystkich bez wyjątku w tworzeniu kultury artystycznej, udział pozbawiony wartościowania i manipulowania. W tym aspekcie warto zauważyć, że wyłącznie działania wzmocnionej kontroli społecznej wraz z normalizacją zachowań związanych z wszelkimi tego typu inicjatywami, mogą stać się pożyteczne i wartościowe w omawianym zakresie.” (Ploch, 2014, s.52)

3.4. Działalność twórcza osób z niepełnosprawnością

Niepełnosprawność często uniemożliwia realizację wyznaczonych celów życiowych, pełnionych dotychczas ról w rodzinie, w pracy. Powoduje utratę cennych wartości i możliwości zaspakajania określonych potrzeb. W konsekwencji przyczynia się do obciążenia systemu regulacji zachowań (Wyrzykowska-Koda, 2016). Osoba z niepełnosprawnością nie staje się tylko biernym obserwatorem i biorcą w otaczającej ją rzeczywistości, lecz jak każdy człowiek kształtuje się w określonej społeczności i podlega wpływom licznych zjawisk, sytuacji, wydarzeń, procesów (Ploch, 2014).

Dla odzyskania przez osobę z uszkodzoną na zdrowiu równowagi wewnętrznej, włączenie się jej w życie społeczne, umożliwiające pełną aktywność i odzyskanie określonych celów, niezbędne staje się podjęcie wysiłku w procesie restrukturalizacji obrazu siebie a także układu podmiot – otoczenie. Pożądane zmiany łączą się nierozdzielnie z potrzebą przekształcenia osobowości, reorganizacją hierarchii wartości, określeniem na nowo sensu życia. Niedostateczne okazuje się przy tym osiągnięcie poczucia samorealizacji, samospelnienie się, zadowolenie z podejmowanej nauki czy pracy. Poszukując nowych pól eksploracji własnych możliwości, coraz częstszy staje się zwrot osób z niepełnosprawnością ku innej formie ekspresji osobowości, jaką jest aktywność twórcza. Wszelkie działania, osoby uszkodzonej na zdrowiu okazują się tym skuteczniejsze, im bardziej jej indywidualne zaangażowanie przebiega w warunkach społecznej akceptacji, zrozumienia i wsparcia najbliższego otoczenia. Zmierzając do osiągnięcia psychospołecznego przystosowania się do życia, wszelkie podjęte formy rehabilitacji czy terapii, w tym działania artystyczne, zapewnią jej podmiotowe traktowanie, stwarzają okazję do zaspokojenia ich jednostkowych aspiracji, a przez to autokreacji, samorealizacji i autonomii (Wyrzykowska-Koda, 2016; por. Czerniawska, 2007).

Problematykę działań twórczych osób z niepełnosprawnością należy rozpatrywać interdyscyplinarnie, odwołując się do wiedzy z zakresu nauk nie tylko o sztuce, ale także do pedagogiki, psychologii, estetyki, filozofii. Niestety, zagadnienie twórczości osób z niepełnosprawnością nie dopracowało się wciąż

wyczerpującej literatury przedmiotu. Istniejące opracowania empiryczne, prezentujące poglądy na temat aktywności twórczej osób poszkodowanych na zdrowiu, są zazwyczaj rozważaniami teoretycznymi, koncentrującymi się głównie na aspektach terapeutycznych procesu twórczego (Hora, 1989; Szulc, 1993). Coraz bogatszy staje się przy tym dorobek praktyczny – zarówno w sferze oddziaływań art-terapeutycznych, jak i animacji twórczości amatorskiej i profesjonalnej.

U źródeł aktywności artystycznej osób z niepełnosprawnością, wg. M. Czerwińskiej (2007), leży zasada zachowania podmiotowości. Owa podmiotowość realizuje się w dwóch nurtach: subiektywnym (wewnętrzne uczucie decydowania o swoim losie, realizowanie zadań, wpływanie na własną sytuację poprzez podejmowanie decyzji) i obiektywnym (określony sposób bycia osoby z niepełnosprawnością w świecie zewnętrznym, sposób regulacji jej stosunku do otoczenia). Poczucie podmiotowości wyraża się we własnej odrębności i indywidualności, określa własną tożsamość, przejawia się w swobodnym, skutecznym działaniu. Przebiegając na trzech poziomach: emocjonalnym, behawioralnym i świadomościowym, sprzyja autorewalidacji – samorealizacji i realizacji ról społecznych osób poszkodowanych na zdrowiu (Czerwińska, 2007).

W koncepcji A. H. Masłowa (1945), wg. której każdy człowiek z natury wyposażony jest w wiele uzdolnień, zainteresowań i potrzeb ujawniających się w działaniu, samorealizacja stanowi podstawę działalności twórczej.

Działalność twórcza osób poszkodowanych na zdrowiu, znajduje swoje uzasadnienie także w koncepcji transgresji, która według J. Kozielewskiego oznacza czynności inwencyjne i ekspansywne wychodzące poza typowe granice działania. Dzięki nim jednostka kształtuje nowe struktury, umożliwiając przełamywanie dotychczasowych granic osiągnięć i tworzenie lub asymilowanie nowych wartości. Leżąca u podstaw transgresji, potrzeba hubarystyczna (trwałe dążenie człowieka do potwierdzania i powiększania własnej wartości), szczególnego znaczenia nabiera w przypadku osób z niepełnosprawnością mających potrzebę ciągłego potwierdzania i powiększania ich wartości. Przywołać tu można za: M. Czerwińską (2007) sylwetki artystów z niepełnosprawnością, którzy we własnym życiu i działaniu dokonali podwójnego przekroczenia granic:

własnej niepełnosprawności i wznoszenia się w twórczej aktywności na wyżyny, sięgające po najwyższy poziom rozwoju na równi z pełnosprawnymi. Należeli do nich m.in.: ociemniały Homer, Ludwig van Beethoven z postępującą głuchotą, głuchoniewidoma Helen Keller, Vincent van Gogh chory psychicznie, niewidomy i pozbawiony kończyn górnych M. Kaziów.

Problematyka działalności twórczej osób z niepełnosprawnością znajduje swoje miejsce również w psychologii humanistycznej, której przedstawiciele: A. H. Maslow, C. Rogers, E. Fromm traktują twórczość jako wartość nadającą ludzkiej egzystencji sens, a przy tym drogę prowadzącą do pełnego zdrowia psychicznego utożsamianego z samorealizacją. Istotę stanowią przeżycia człowieka w czasie tworzenia i osobowościowe skutki tego procesu. Materialny wytwór aktu tworzenia jest przy tym sprawą drugorzędną.

Potwierdzenie tego stanowiska stanowią poglądy M. Gołaszewskiej, Z. Pietraśińskiego, S. Popka, uzasadniające, iż „prawdziwa twórczość to swoista postawa człowieka, który nie uznaje tworzenia za cel sam w sobie, ale odczuwa je jako wyraz własnej osobowości i sposób kontaktu ze światem” (Czerwińska, 2007; s.852). Odzwierciedleniem powyższej teorii jest aktywność artystyczna osób z niepełnosprawnością, której – zdaniem M. Gołaszewskiej - przypisać można dwa typy motywów twórczości: przyporządkowane podstawowym celom twórczości i nieprzyporządkowane. Motywy przyporządkowane odnoszą się do sposobu doświadczania zastałej rzeczywistości (braki, nadmiar, niedoskonałość) i udziału w procesie twórczym ze względu na: siebie (chęć wyrażania części siebie, swoich pragnień, dążeń, przekonań, uczuć), ze względu na odbiorcę (dzieło musi liczyć się w świecie ludzkich wytworów, być zrozumiałe, przyjęte) i ze względu na dzieło. Motywy nieprzyporządkowane zaś są niespecyficzne dla twórczości, m.in. stanowią je względy ekonomiczne, chęć zdobycia sławy, pozycji życiowej itp.

W kontekście twórczości osób poszkodowanych na zdrowiu należy także powołać się na poglądy A. Kępińskiego, (1978) wg. którego twórczość to proces niezbędny do życia człowieka, konieczność, proces integracyjny, świadomie ukształtowany specyficzny porządek świata. Zaistniała niepełnosprawność, czyniąc koniecznym wprowadzenie zmian w dotychczasowym systemie wartości,

nastawień i przekonań, otwierając jednocześnie nowe przestrzenie samorealizacji przez sztukę, dokonuje narzucenia własnego porządku otaczającemu światu.

Do twórczości osób z niepełnosprawnością można również odnieść pogląd, że twórczość artystyczna, rozpatrywana z punktu widzenia „ja” ludzkiego posiada trzy wymiary. Stanowią je: osobowość podstawowa artysty, osobowość twórcza oraz realizowane dzieło (Czerwińska, 2007).

Fakt posiadania niepełnosprawności zdaje się w pewnym stopniu mieć wpływ na powyższe komponenty. Dysfunkcja fizyczna czy psychiczna i związane z tym trudności dnia codziennego kształtują indywidualne cechy osobowości człowieka poszkodowanego na zdrowiu. Osobowość twórcza stanowi zbiór powszechnie uznanych cech (patrz. Popek, 2001, 2010; Nancy, 2005), których występowanie czy nasilenie zdaje się być swoiste dla każdej osoby uprawiającej jakąś dziedzinę twórczości niezależnie od stopnia i rodzaju niepełnosprawności. Powstałe dzieło stanowi wyraz emocji, przeżyć, pragnień, tęsknot, niekiedy naznaczone radością, innym razem smutkiem czy cierpieniem, stanowi doświadczenie niezależnie od stanu zdrowia, choć w licznych przypadkach może być z nim związane.

Aktywność artystyczna osób z niepełnosprawnością, podobnie jak twórców pełnosprawnych, uwarunkowana jest wieloma czynnikami: genetycznymi, takimi jak: temperament, predyspozycje, właściwości konstytucjonalne, czynnikami społeczno-ekonomicznymi, a także wynikającymi z niepełnosprawności: ograniczeniami związanymi z charakterem niepełnosprawności (konieczność dostosowania warsztatu pracy, techniki wykonywania wytworu, czasu działań twórczych, doboru przyrządów artystycznych) (Otapowicz, Sakowicz-Boboryko, Bilewicz, Wyrzykowska-Koda, 2016; s.120).

Aktywność artystyczna uwarunkowana jest w dużej mierze osobistym ustosunkowaniem jednostki do uprawianej formy twórczej, a także zbiorem osobistych doświadczeń z nią związanych (Strelau, 2000; Szmidt, 2001; zob. Ploch, 2014). Dyspozycja aktywności artystycznej istniejąca w potencjalnym stanie u każdej osoby z niepełnosprawnością wiąże się z uaktywnieniem jej reakcji afektywno-poznawczej, duchowo-dialektycznej, a nade wszystko behawioralno-wspomagającej w celu usystematyzowanego zaangażowania praktycznego.

Aktywność artystyczna wiąże się jednocześnie ze specyficznymi kształtującą się osobowością osoby z niepełnosprawnością i czynnikami tkwiącymi poza nią tj. w otoczeniu własnym oraz dalszym środowisku społeczno-wychowawczym (Krause, Belzyt, Sadowska, 2012; Ploch, 2014; s. 54).

Stopień nasilenia intensywności w wyborze i realizacji możliwości w obszarze aktywności twórczej osób z niepełnosprawnością wyznacza cztery typy twórczości:

1. Zachowanie artystyczne typu instrumentalnego charakteryzujące się niskim stopniem świadomości artystycznej, zaangażowaniem osobowości podstawowej w proces twórczy, autentycznością, szczerością dzieła opierającą się na świadomości przedrefleksyjnej czy podświadomości.
2. Twórczość profesjonalna będąca sztuką uprawianą zawodowo opartą na gruntownym przygotowaniu teoretycznym i praktycznym, gdzie osobowość artystyczna góruje nad osobowością podstawową, a dzieło jest bezpośrednim wykładnikiem umiejętności warsztatowych.
3. Twórczość przekraczająca osobowość podstawową, która nie dorównuje dojrzałości dzieła.
4. Twórczość dorównana oznaczająca zgodność między osobowością podstawową, artystyczną oraz dziełem (Czerwińska, 2007).

Aktywność twórczą osób z niepełnosprawnością wg. L. Plocha (2014) można rozpatrywać w węższym i szerszym zakresie. W pierwszym przypadku chodzi o zjawiska, inspiracje, twórcze działania, aktywność stymulującą, swobodną aktywność odtwórczą i wydarzenia artystyczne, które obejmują wszelkie działania w najbliższym środowisku życia i pracy osoby z niepełnosprawnością. W drugim przypadku chodzi o wszelkie instytucje oddziaływania kulturalnego twórczego mające na celu systematyczne, świadome wyposażenie osoby z niepełnosprawnością w umiejętności potrzebne do samodzielnego życia i samodzielnego funkcjonowania twórczego w środowisku społecznym (np. szkoły, klasy artystyczne, instytucje upowszechniania kultury i sztuki, stowarzyszenia i organizacje artystyczne, ogniska muzyczne, galerie sztuki, itp.).

Zdaniem J. Kirenko (2003) działalność artystyczna osób z niepełnosprawnością realizuje się w dwóch kategoriach: uczestnictwa w kulturze i arteterapii. W obu wymienionych kategoriach może przejawiać się ona w formie wytwórczej, polegającej na percepcji przekazów symbolicznych i twórczej, której celem jest formułowanie tych przekazów. Przy czym przybiera jedną z postaci: sporadyczną, sytuacyjnie uwarunkowaną, ciągłą, cykliczną, określoną w czasie i miejscu.

Biorąc pod uwagę przydatność konkretnych kontaktów i ich wartości, uwzględniając specyficzne możliwości percepcyjne, intelektualne, motoryczne osób z niepełnosprawnością, stosuje się przy tym różne formy terapii przez sztukę: muzykoterapię, poezjoterapię, ludoterapię, dramatoterapię, psychodramę, choreoterapię.

L. Ploch (2014, s. 77) w swoich analizach, wyodrębnia poszczególne rodzaje aktywności artystycznej realizowane przez osoby z niepełnosprawnością:

- aktywność artystyczną w czasie wolnym np. muzyczną, chóralną, taneczną, teatralną, pantomimiczną, literacką, plastyczną, modelarską, rękodzielniczą, dekoratorską, choreograficzną,
- ćwiczenia artystyczne np. próby teatralne, chóralne, instrumentalne śpiewu, zajęcia w kołach plastycznych, tkackich,
- wydarzenia artystyczne np. konkursy, festiwale, recitale, pokazy, koncerty, widowiska, przedstawienia teatralne, wernisaże, wystawy, warsztaty plenerowe, warsztaty artystyczne, zabawy, prezentacje,
- artystyczną pracę zawodową – uwarunkowaną czasem i miejscem pracy,
- pracę domową – uwarunkowaną uzdolnieniami, talentem, hobby, tradycją, osobistą motywacją,
- inne formy aktywności artystycznej wpływające na bilans energetyczny ustroju.

Obecność twórcza osób z niepełnosprawnością, jak zaznaczają liczni badacze problematyki: J. Kirenko (2003), L. Ploch (2014), W. Pichalski (2012), jest sztuką nieprofesjonalną, obejmującą zarówno twórczość amatorów, lepiej lub gorzej naśladowujących lub przetwarzających wielką sztukę, jak i artystów samodzielnie

i świadomie tworzących nowe, oryginalne formy, konsekwentnie dążących do sztuki „dużego” formatu. W wielu przypadkach twórczość ma charakter ludyczny, a jej wytwory pełne ekspresji, tworzone są poza obowiązującym kanonem sztuki (Kirenko, 2003; Pichalski, 2012; Ploch, 2014; zob.: Otapowicz, Sakowicz-Boboryko, Bilewicz, Wyrzykowska-Koda, 2016 s.120).

Najczęstszymi formami sztuki uprawianymi przez artystów z niepełnosprawnością są: muzyka, śpiew, taniec, ekspresja plastyczna, dramoterapia, twórczość literacka (Ploch, 2014; Pichalski, 2012).

Uczestnictwo artystyczne rozumiane jako konglomerat umiejętności, zdolności, pracowitości, wytrwałości, indywidualnych predyspozycji samodzielności osób z niepełnosprawnością stanowi ważne źródło motywacji do podejmowania wszelkiej aktywności w tym aktywności twórczej i odtwórczej (Dykcik, Kosakowski, Kuczyńska-Kwapisz, 2002; Karolak, Gmitrowicz, 2000; Nęcka, 2002).

Twórczość osób z niepełnosprawnością rodzi się z braku, a zarazem z nadmiaru, z poczucia niedostatków własnych i świata, ale przy tym fascynacji i zachwytu światem, z chęci pozbycia się trosk, niepokojów, problemów, ale też z potrzeby dostrzeżenia problemów nowych (Czerwińska, 2007). Zainteresowanie działalnością artystyczną, motywy skłaniające do aktywności twórczej, wiążą się zatem z sytuacją wewnętrzną (motywy społeczne), są też efektem inspiracji ze strony otoczenia (rodziny, znajomych) lub wynikają z wewnętrznych potrzeb psychicznych (motywy osobiste) (Pichalski, 1994; Szlachta, 1994; Maj, Bidziński, 1996). Niezadowolenie z własnej aktywności w świecie zewnętrznym bądź trudności lub niemożliwość nawiązania satysfakcjonujących kontaktów z otoczeniem sprawia, że artyści ci przenoszą swoją aktywność w świat wewnętrzny. Niepowodzeniom w kontaktach z otoczeniem przeciwstawiają własny świat marzeń i fantazji, zaspakajając przy tym potrzebę samorealizacji, rozwoju własnych uzdolnień, talentów (Szlachta, 1994; s. 22). Poza tym istotnym czynnikiem wpływającym na zainteresowanie i aktywność twórczą osób z niepełnosprawnością jest czas wolny. Odpowiedni dobór atrakcyjnych form jego spędzania oraz właściwa organizacja stanowi ważny element wspierający proces

usprawniania i przystosowania osób z niepełnosprawnością poprzez kształtowanie w nich pożądaných postaw społecznych (Kirenko, 1989; por. Pichalski, 2012). Wyrażając zaangażowanie i przeżycia, ujawniając umiejętności, zdolności i afirmacje osobowości twórczej, jak podkreśla J. Kirenko (2003), prace osób z niepełnosprawnością przybierają różnorodną formę: od bogatej witalnej i zmysłowej, do oszczędnych, lakonicznych, prostych wypowiedzi plastycznych, teatralnych, literackich czy muzycznych. Rodzaj ekspresji twórczej uzależniony jest od rodzaju niepełnosprawności, zaawansowania czy typu i etapu choroby. W przypadku osób z uszkodzonym narządem wzroku, dla których niedostępne są wizualne formy kreacji artystycznych, dominuje słowno – muzyczna (poezja, proza, śpiew, gra na instrumencie muzycznym, itp.), a także ruchowo – mimiczna (gra teatralno-sceniczna) forma wyrazu. Muzyka staje się także niezwykle wartościowa w przypadku osób z zaburzeniami mowy, w tym osób z niepełnosprawnością intelektualną. Stwarza okazję do dzielenia się przeżyciami, rozładowania napięcia, stresu, pobudzając wyobraźnię i spontaniczność (Ploch, 2014). W przypadku osób z wadą słuchu, twórczość plastyczna, konstrukcyjno-techniczna, w tym także użytkowa, znajduje zastosowanie w ich działaniach artystycznych. Rysunek, malarstwo, grafika czy formy przestrzenne są często podejmowane przez osoby z dysfunkcją narządu ruchu. Dla osób ze spektrum autyzmu plastyczna forma staje się sposobem konfrontacji świata wewnętrznego z zewnętrznym, a także stanowi dowód ich wybiórczych, często wybitnych zdolności plastycznych.

Twórcom, u których ze względu na złożoną niepełnosprawność – jednoczesne uszkodzenie wzroku i słuchu, dostępne jest poznanie dotykowe, właściwą formą twórczej ekspresji staje się rzeźba (Niestorowicz, 2007). Artyści z zaburzeniami psychicznymi czy innymi przewlekłymi chorobami somatycznymi uprawiają różne formy artystycznej kreacji w zależności od własnych zainteresowań i upodobań. Swoje przeżycia, emocje, myśli prezentują w wytworach plastycznych, prozie, poezji czy muzyce (Rola, 1997; Otapowicz, Sakowicz-Boboryko, Bilewicz, Wyrzykowska, 2016).

Zdaniem W. Dobrołowicza, M. Karwowskiego, S. Popka to przede wszystkim dobór form aktywności jako ciągu mniej lub bardziej ukierunkowanych

działań wyznacza jakość życia twórczego człowieka, w tym człowieka z niepełnosprawnością. Stwarza okazję do rozwoju kreatywności, ukształtowania osobowości w duchu podmiotowości i autonomii twórcy.

Istniejące dysfunkcje organizmu nie pozwalają na stereotypowe wykonywanie różnych czynności związane z pracą twórczą stąd, jak wskazuje W. Dobrołowicz (1997), częstą cechą ich twórczości jest jej swoista oryginalność. Niezbędne staje się znalezienie własnej metody, sposobu np. trzymania narzędzi malarskich przez osoby z uszkodzonym narządem ruchu czy współdziałanie osób z dysfunkcją narządu wzroku na scenie teatralnej, itp. W ten sposób owa oryginalność stanowi naturalny składnik ich procesu twórczego, a prezentowana innowacyjność zasługuje na szerokie uznanie. Przewyciężenie przez twórców z niepełnosprawnością typowego spojrzenia na sposoby tworzenia dzieł, pokonanie pozornie niemożliwych trudności stanowi niepodważalny dowód na to, iż należy z całą pewnością zauważyć niewątpliwe artystyczne uzdolnienia, uznając ich przy tym za zdolnych do pełnego udziału w życiu społecznym.

Jakość pracy artystycznej osób z niepełnosprawnością ewaluuje wraz z intensywnością ich działań twórczych, poświęconym czasem i podjętym wysiłkiem. W początkowej fazie aktywność artystyczna wyróżnia się prostotą wyrazu, dużym stopniem ogólności, słabym poziomem kompetencji. Stopniowo, z biegiem czasu i nabywania doświadczenia poziom działań twórczych wzrasta, a dzięki swojej oryginalności, wytwory sztuki osób z niepełnosprawnością przybierają znamiona sztuki profesjonalnej. Coraz częściej doceniane są na przeglądach artystycznych, gdzie otrzymują wysokie noty, bez względu na ograniczoną sprawność ich twórców. Niepełnosprawni artyści znajdują miejsce na „podium” obok twórców pełnosprawnych (Otapowicz, Sakowicz-Boboryko, Bilewicz, Wyrzykowska-Koda, 2016 s. 120).

Artyści z niepełnosprawnością w uprawianiu swojej profesji mają jednak większe trudności niż osoby pełnosprawne. Związane są one najczęściej z postawami otoczenia, tkwią w braku obiektywnego uznania i oceny ich osiągnięć twórczych, wynikają ze „zjawiska rzutowania” upośledzenia osoby z niepełnosprawnością na realne możliwości jej działania. Poza tym dotyczą

warunków zewnętrznych np. niedostosowania warsztatu do ich potrzeb czy możliwości (Hulek, 1992).

3.5. Wartość sztuki osób z niepełnosprawnością

Rola twórczej działalności w przebiegu rewalidacji i funkcjonowania człowieka z niepełnosprawnością stała się przedmiotem zainteresowań wielu badaczy m.in.: B. Łozy A. Plaskoty-Chmielewskiej, E. Grudziewskiej, E. Jutrzyzny, J. Kirenko, E. Niestorowicz, L. Plocha, T. Rudowskiego, K. Stachyry, W. Szulc, H. Żuraw. Podkreślając jej pozytywny wpływ, liczni naukowcy wskazali na rolę kontaktów ze sztuką na przestrzeni wieków: od Starotestamentowego uzdrowienia króla Salomona ze stanów depresji przez dźwięki harfy, Platonowskie katharsis (oczyszczenie), opisy średniowiecznej terapii muzyką osób z uszkodzonym słuchem, zaburzeniami psychicznymi i dolegliwościami bólowymi czy określenie sztuki przez J. Dewey'a (XIX w) jako zdolności oddania się nieokreślonej idei, po terapię sztuką zwaną artterapią i współczesny rozkwit powszechności działań twórczych dostępnych każdemu człowiekowi, niezależnie od jego talentu i predyspozycji (Otapowicz, Sakowicz-Boboryko, Bilewicz, Wyrzykowska-Koda, 2016).

Znaczenie sztuki w życiu osób z niepełnosprawnością można rozpatrywać na szereg sposobów. Biorąc pod uwagę uniwersalną wartość sztuki, niezależnie od stanu zdrowia jej twórcy, większość z nich wpisuje się w ramy powszechne, tj. analogicznie do tych, które dotyczą osób pełnosprawnych.

Zdaniem Z. Gajdzicy, (2010) istnieją jednak takie wartości, które nabierają innego znaczenia w aspekcie zaistniałej niepełnosprawności bądź są całkiem swoiste. Przyjmując za przywołanym badaczem, w biologicznym modelu rozumienia niepełnosprawności sztuka stała się narzędziem generalizowania zjawisk, procesów, stanów, odkrywania zależności przyczynowo-skutkowych, korelacyjnych. Jej drugą ważną rolę stanowi terapia, prowadzona zgodnie z przyjętymi założeniami – pierwszy ukierunkowany na cel, w którym sztuka to narzędzie do jego realizacji, drugi to strukturalizacja działań ukierunkowana na czynności służące rozwojowi określonych funkcji czy zdolności. Zaprezentowane

funkcje pozwoliły na uporządkowanie i zbadanie wielu procesów, przynosząc także wymierne efekty w postaci rozwoju osób z niepełnosprawnością. Sztuka sama w sobie wykracza poza przyjęty model i sprzyja przełamywaniu istniejących stereotypów. W kontekście modelu społecznego aktywność artystyczna nabiera innego znaczenia. Nie jest wyłącznie narzędziem rehabilitacji, a staje się środkiem wyrażania siebie, swoich potrzeb, marzeń, oczekiwań, źródłem satysfakcji i motywem przewodnim zabawy. Zostaje wpisana w codzienność osoby z niepełnosprawnością. Sprzyja działaniom włączania grupy osób z niepełnosprawnością w szerszą społeczność, jej integracji, a także ukazaniu potencjału rozwojowego, nieodkrytych dotąd możliwości zdolności i możliwości osób z niepełnosprawnością zajmujących się aktywnością twórczą. Przykład owego podejścia stanowi powszechne uznanie wartości artystycznej wytworów niektórych osób z ograniczoną sprawnością bez odwołania się do ich niepełnosprawności (Gajdzica, 2010).

Niezależnie od przyjętej koncepcji, aktywność artystyczna podlega różnym uwarunkowaniom wpływów zewnętrznych i wewnętrznych oraz celowym działaniom środowiska. Pełni funkcję: terapeutyczną, rehabilitacyjną, wychowawczą, twórczą, społeczną, włączającą, aktywizującą w całokształcie rozwoju człowieka z niepełnosprawnością, samorealizacyjną – związaną z sensem życia i realizacją najwyższych potrzeb (Czerwińska, 2007; Kirenko (2010), Otapowicz, Sakowicz-Boboryko, Bilewicz, Wyrzykowska-Koda, 2016).

Twórczość artystyczna pozwala rozwijać w sposób harmonijny różne sfery psychiki – czynności poznawcze i emocjonalne, wprowadzając ład i harmonię między tymi dwoma procesami (Żuraw, 1983; Millett-Gallant A., Howie, 2016). Dzięki obcowaniu ze sztuką, poprzez zaspokojenie ważnych psychicznych i kulturowych potrzeb człowieka, realizowany jest warunek równowagi wewnętrznej i dobrego samopoczucia. H. Żuraw podkreśla następujące potrzeby: rekreacji, rozrywki, gry, zabawy, zapomnienia o powszechnych prozaicznych troskach i kłopotach, doznania różnych wrażeń zmysłowych, emocji aktywizowania i ćwiczenia wszystkich władz psychicznych, potrzebę ekspresji, rozładowania i łagodzenia bolesnych napięć (por. Hora, 1989; Pichalski, 1980).

Ponadto twórczość artystyczna stanowi istotny czynnik psychologiczny w poszukiwaniu sensu życia, w określeniu swego miejsca w zaistniałej rzeczywistości, określeniu w niej swojej roli i znaczenia (Szytka, 1996; Pacholska-Gołubińska, 1997). Uprawianie sztuki, dzięki jej wielorakim wartościom, wzbogaca życie duchowe osób poszkodowanych na zdrowiu, wpływając na poszerzenie zakresu istotnych „ponadziemskich wartości” (Chudy, 1997; Szulc, 1993).

Rolę wartości osobowościowych kontaktu ze sztuką podkreśla także R. Pichalski (1980 s. 29) twierdząc, iż czynne uczestnictwo w kulturze sprzyja osobistemu rozwojowi, wzbogacając osobowość, ucząc pokonywania trudności i przeszkód życiowych. Sztuka wyzwala postawy aktywne, twórcze i otwarte. Tworzenie dzieł artystycznych, w przypadku powodzenia, umacnia pewność siebie, wzmacnia samoocenę, wyzwala uczucie zwycięstwa nad sobą, nad przedmiotem, który dzięki wysiłkowi stopniowo zbliża się do twórczego planu (Hryniewiecka, 1997).

Obok funkcji osobowościowych ważnych dla procesu usprawniania osób poszkodowanych na zdrowiu jest również funkcja katartyczno-kompensacyjna sztuki. Jej istotną wartość podkreślają przedstawiciele koncepcji zdrowia psychicznego, zaznaczając, iż właśnie sztuka jest niezbędnym sposobem osiągnięcia równowagi między organizmem a środowiskiem w krytycznych momentach życia człowieka (Żuraw, 1983; por. Hulek, 1992; Dąbrowski, 1996; Maj, 1997).

Kontakty ze sztuką umożliwiają rozładowanie napięć, niepokoju, kompleksów. Aktywność artystyczna stanowi antidotum na stresy, niepowodzenia, złe nastroje, załamanie. Jest środkiem łagodzącym napięcia emocjonalne (Hulek, 1992; Żuraw, 1996; Millett-Gallant Howie, 2016).

Kompensacyjna rola sztuki, umożliwiając częściowe zrekompensowanie braków realnego życia jednostki, zaspokojenie niezrealizowanych pragnień i potrzeb, nabiera szczególnego znaczenia w przypadku osób z niepełnosprawnością mających ograniczone możliwości percepcyjne i motoryczne, umożliwiając poznanie zjawisk, niedostępnych w bezpośredniej obserwacji. Przeżycia estetyczne wzbogacają psychikę, zapobiegają frustracji,

wpływają na wzbogacenie i spotęgowanie całego życia duchowego, na przywrócenie równowagi energetycznej przez wyładowanie nadmiaru energii, wprowadzają ład i harmonię (Żuraw, 1996; Kirenko, 2003; Ferro i in., 2019; Kuppers, 2019; Murray, Penketh, 2020) Ekspresja artystyczna, wymagając różnych form aktywności fizycznej i pracy umysłowej, przyczynia się do podtrzymania człowieka z niepełnosprawnością odporności psychicznej i motywacji. Pobudza procesy psychiczne, myślenie, percepcję, emocje (Żuraw, 2008).

Istotne znaczenie kontaktów z kulturą wiąże się także z wartościami poznawczymi i komunikacyjną funkcją sztuki. W wypowiedziach własnej ekspresji twórczej człowiek z niepełnosprawnością odzwierciedla swoje uczucia, stany emocjonalne, potrzeby, komunikując o nich odbiorców. Poznanie zaś dzieł sztuki stworzonych przez inne osoby, tworzy płaszczyznę dialogu między ludźmi, stwarzając osobom z niepełnosprawnością szansę przezwyciężenia osamotnienia i poczucia odrębności (Hryniewicka, 1997; Żuraw, 2008; Pichalski, 2012; Murray, Penketh, 2020).

Wzbogacając życie jednostki, aktywność artystyczna nadaje działaniom przezeń podejmowanym cechy piękna, estetyki, oryginalności, niepowtarzalności. Podlegając nieustannym zmianom i innowacji o charakterze artystycznym, stanowi istotę osobistej twórczej aktywności. Owa aktywność osób z niepełnosprawnością, stanowiąc pożądany i charakterystyczny stan jednostki, stwarza możliwość regulowania stosunków ze środowiskiem twórczym, pozwala adekwatnie przystosować się do niego, a przy tym wywołać określone, indywidualne zmiany w otoczeniu (Wojnar, 1998).

Twórczość w sposób immamentny związana z nabywaniem kompetencji niezbędnych do stymulowania sposobów właściwego sobie stylu własnych działań twórczych i odtwórczych ma istotne znaczenie dla harmonii samorealizacji twórczej osób z niepełnosprawnością. W działaniach twórczych osoba z niepełnosprawnością, odkrywając właściwości świata artystycznego, poznając wartość określonego tworzywa, różnorakie zjawiska twórcze oraz relacje między życiową aktywnością artystyczną, a zjawiskami działań twórczych, identyfikuje się z nimi, aby nadać im swój własny, niepowtarzalny charakter.

Działalność twórcza ma pozytywny wpływ na ogólny rozwój biologiczny, rozwój ruchowo – przestrzenny oraz neuropsychologiczny. Pełni znaczącą rolę w ukierunkowaniu czynności manipulacyjnych, kształtuje określone zdolności motoryczno-ruchowe, usprawnia wydolność organizmu, uczy zachowań, gestów, mimiki, kształtuje głos, rozwija.

Sztuka, będąc sposobem na wyjście z izolacji, przeciwdziałając zamknięciu się na świat, czyni ten świat osobie z niepełnosprawnością bardziej przyjazny, otwarty i życzliwy. Aktywność artystyczna tworzy pole wspólnego działania osób zdrowych i poszkodowanych na zdrowiu. Stwarza okazję wymiany ról: człowiek z niepełnosprawnością – twórca dóbr kultury, człowiek pełnosprawny – odbiorca tych dóbr. Przy czym należy jasno zaznaczyć, że o wartości dzieła nie decyduje ograniczona sprawność artysty, jego stan zdrowia, ale istota wytworu artystycznego, jej wartość poddawana obiektywnej ocenie. Coraz częściej artyści z niepełnosprawnością eksponują swoje wytwory twórcze zyskując niepodważalne sukcesy w postaci wysokich pozycji na podium w konkursach plastycznych, muzycznych, teatralnych. Fakt ten świadczy o ponadprzeciętnym potencjale i talencie twórczym.

Organizowane, wystawy, przeglądy, konkursy artystyczne stwarzają szansę wybicia się i nobilitacji, odniesienia sukcesu. Przyczyniając się do uświadomienia przed sobą samym i otoczeniem potencjalnych możliwości, zdolności i talentu, budują zaufanie do siebie. Ekspresja wytworów sztuki służy przywracaniu równowagi emocji. Jest komunikatem o wartości życia i działania, zabawą, przygodą, lekarstwem na osamotnienie, fałszywe współczucie, jakie go doznają w chorobie oraz stałym usiłowaniem określenia swojej wewnętrznej kondycji (Pichalski, 2012; Murray, Penketh, 2020).

Artyści z niepełnosprawnością niebiorący udziału w artystycznych przedsięwzięciach, tworząc dla siebie, nie eksponując swoich prac, świadomie unikają konfrontacji ze światem zewnętrznym. W procesie tworzenia upatrują niezastąpioną okazję swobodnego wypowiedzania się, realizacji swoich potrzeb niezależnie od twórczych umiejętności czy zdolności. Proces tworzenia jest dla nich czasem wytchnienia, spełnienia i zniwelowania negatywnych uczuć. Nie

przywiązuje wagę do jakości artystycznej wytworu, postrzegają wiele niezastąpionych wartości w samym akcie tworzenia (Otapowicz, Sakowicz-Boboryko, Bilewicz, Wyrzykowska-Koda, 2016).

Uwzględniając wieloraki pozytywny wpływ na osobowość, psychikę i inne sprawności, udział w kulturze wykorzystuje się w artterapii i terapii zajęciowej. Szczegółowy opis mechanizmów oddziaływań różnych form terapii przez sztukę, wartości wypływające z uczestnictwa w ich znajduje się w opracowaniach m.in.: A. Hryniewickie (1997), R. Pichalskiego (2012), L. Plocha (2014), T. Rudowskiego, H. Żuraw (2008).

Zorganizowane zajęcia, z wykorzystaniem środków artystycznych, stwarzają sposobność przeżywania przez osobę poszkodowaną na zdrowiu zadowolenia z wykonywanych czynności, samodzielnego działania nastawionego na osiągnięcie określonego celu. Kształtują otwartość na doświadczenia, na bycie oryginalnym i twórczym, pobudzają odwagę do ukazania swojej odrębności. Stwarzają też okazję do identyfikowania sił i możliwości, usuwania na dalszy plan wartości utraconych, wyrabiania odpowiednich form towarzyskich (Pichalski, 2012). Zajęcia terapeutyczne stanowią istotny czynnik warunkujący osiągnięcie pełniejszej fizycznej i psychicznej kondycji a wyzwalając sprawność jednostki, przyczyniają się do przywrócenia szacunku do siebie (Otapowicz, Sakowicz-Boboryko, Bilewicz, Wyrzykowska-Koda, 2016; Murray, Penketh, 2020).

Odkrywanie talentów i opieka nad rozwojem zdolności artystycznych osób nią obdarzonych sprzyja rozwojowi ich twórczych predyspozycji, a jednocześnie posiada wartość integracyjną. Integracyjny i korekcyjny wymiar zyskuje także prezentowanie osiągnięć twórców z niepełnosprawnością (Żuraw, 1996).

Istotną rolę w promowaniu twórczości osób z niepełnosprawnością odgrywają placówki kulturalne, tj. szpitale, sanatoria, ośrodki rehabilitacji, w których w sposób bierny lub czynny uczestniczą osoby poszkodowane na zdrowiu. Prowadzona przez nie działalność profilaktyczna wspomaga rozwój biosocjokulturowy, kompensuje potrzeby indywidualne i społeczne. Realizacja tych funkcji jest równoznaczna z zaspokojeniem różnorodnych potrzeb osób z niepełnosprawnością, kształtowaniem przez nich określonych wzorców

kulturowych, integrowaniem potrzeb czy rozwojem pozytywnych i pożądaných cech indywidualnych (tj. adekwatnej samooceny, poczucia wartości, niezależności, odwagi, nonkonformizmu itp.) potrzebnych do współpracy i działania z ludźmi pełnosprawnymi na równych prawach. Kształtująca się autonomia psychiczna nabyta podczas pozytywnych doświadczeń twórczej działalności sprzyja osiągnięciu pełniejszej samodzielności działaniowo-zadaniowej osób z niepełnosprawnością poza domem rodzinnym. W odbiorze opinii społecznej zasadniczym miernikiem autentycznego samorealizowania się osób z niepełnosprawnością jest nabywanie przez nich autonomii społecznej w lokalnym środowisku życia. Współwystępowanie sfery osobistej ze sferą publiczną pozwala na zachowanie równowagi między subiektywnymi osądami i zobiektywizowanymi wartościami zarówno w kształtowaniu autonomii, jak i kreatywności człowieka z niepełnosprawnością.

W społecznych ramach tradycji kulturowej (np. przy ocenie wytworu artystycznego twórcy z niepełnosprawnością), widoczna jest wciąż stereotypowa postawa stygmatyzująca, czy przekonanie o ograniczonych możliwościach osoby z niepełnosprawnością i potrzebie „wyręczającej” jej pomocy. Powoduje to, że tak istotna potrzeba psychospołeczna pozostawania bez zniewalającej opieki lub kontroli innej osoby jest niedoceniana i ograniczana zarówno przez członków rodziny, jak i opiekunów. Aktywność twórcza zatem, stwarzając płaszczyznę do samorealizacji, autokreacji, kształtowania osobowości, wykraczając poza zamknięty obszar jednostkowy, staje się konfrontacją indywidualnych cech jednostki z otoczeniem. Stanowi podstawę kształtowania się tożsamości, będąc pomostem między jednostką a społeczeństwem. Realizująca się w relacjach społecznych, opartych na okazywaniu należnego szacunku oraz umożliwieniu maksymalnie pełnego funkcjonowania w społeczeństwie podmiotowość, tożsama jest z działaniem twórczym, które czyni twórcę z niepełnosprawnością niezależnym i w pełni wartościowym podmiotem.

„Człowiek jest powołany do pełni życia, która przekracza znacznie wymiary jego ziemskiego bytowania. (...)” (Jan Paweł II). Niepełnosprawność nie determinuje odmiennego psychologicznie gatunku człowieka. Pełnię człowieczeństwa stanowią działania wykraczające poza proste recepcje,

wyrażające emocje, doświadczenia, uczucia działania twórcze, czyniące człowieka wolnym i autonomicznym podmiotem społecznym.

Kontekst badań nad rozwojem działań twórczych osób z niepełnosprawnością wskazuje na znaczną intensywność przedsięwzięć promujących sztukę osób z niepełnosprawnością oraz wzrost rozwoju indywidualnych inicjatyw osób z niepełnosprawnością i z ich udziałem. Liczne imprezy artystyczne, podjęta edukacja kulturowa niewątpliwie przyczynia się do naturalnego zmniejszenia i likwidacji licznych barier społecznych na obszarze twórczego działania. Wystawy, koncerty, spotkania literackie twórców z niepełnosprawnością coraz częściej osiągają zasięg ogólnopolski czy międzynarodowy. Popularyzacja sztuki osób z niepełnosprawnością, szczególnie uzdolnionych artystycznie w środowisku artystów, muzyków, ludzi kultury powszechnie uznanych jest coraz częstszym faktem. Tym samym zjawisko akceptacji artystów z niepełnosprawnością w rozwoju życia kultury i sztuki środowiska staje się dość powszechne, a ich dorobek artystyczny, wkład twórczy i wyjątkowe osiągnięcia są zauważane, doceniane i nagradzane (Ploch, 2014).

Jak prezentuje w swoich badaniach L. Ploch (2014), w toku aktualnych przemian i rozwoju systemu sprawowania opieki uczestnictwo artystyczne osób z niepełnosprawnością zatacza coraz szersze kręgi, obejmując działania wykraczające poza tradycyjnie uznany stosunek wychowawczo-terapeutyczny zawierający się w relacji terapeuta – pedagog – podopieczny – artysta. Interesujące refleksje związane z ewolucją społecznej praktyki udziału osób z niepełnosprawnością w kulturze prezentuje w swoich badaniach H. Żuraw (2008) czy R. Pichalski (2012).

Aktualne analizy badań źródłowych i praktyki pedagogiczno-terapeutycznej wskazują na zasadnicze zmiany samego pojmowania istoty aktywizacji i udziału artystycznego osób z niepełnosprawnością. Do niedawna działania o tym charakterze określano w kategoriach zmian zachodzących w terapii, pracy edukacyjnej przez sztukę czy działań stymulujących do aktywności artystycznej, traktując je jako bezpośredni wynik urabiania wg. ujednoczonych wzorców. Choć nadal jest to postawa dość typowa, coraz częstsze staje się otwarcie na dostrzeżenie

wielu pozytywnych wartości i rezygnację z narzucania wzorców postępowania artystycznego (Ploch, 2014). Działania twórcze, uczestnictwo artystyczne ma być zatem pojmowane jako źródło inspiracji i składowa środowiska kultury w jednym działającym systemie regulacyjnym, funkcjonującym na zasadach wzajemnego oddziaływania jednostek. Wraz z rozwojem aktywizacji artystycznej będzie zmieniać się poziom i jakość uczestnictwa, by finalnie stworzyć unikalną i niepowtarzalną całość wyrażającą się w cennych wytworach owej działalności.

Działalność artystyczna osób z niepełnosprawnością, zapewniając korzystanie z każdej dostępnej formy sztuki, przy udziale instytucji ją upowszechniających ma zapewnić osobom z niepełnosprawnością pełne wsparcie niezbędne do prawidłowego rozwoju artystycznego. Ma przy tym zapobiegać etykietowaniu, izolacji. Tak prezentowana aktywność artystyczna, we współczesnym życiu twórczym staje się normą, obowiązkiem a nie przywilejem. Pozwala ona artyście z niepełnosprawnością na korzystanie z praw, warunków i zasad funkcjonowania artystycznego na równi z pełnosprawnymi twórcami.

Podsumowanie

Niepełnosprawność nie musi być wyrokiem skazującym na życie „niskiej” jakości, okupione jedynie żalem, cierpieniem, frustracją, pozbawione pozytywnych wartości, radości, zadowolenia. Można być niepełnosprawnym i jednocześnie spełnionym człowiekiem. Osoby z niepełnosprawnością mają pełne prawo, jak wszyscy, żyć „pełnią”, realizować określone cele, role, zadania w społeczeństwie, korzystać z dóbr cywilizacji i ją współtworzyć (T. Witkowski). Ludzie z niepełnosprawnością są pod każdym względem bardziej podobni niż różni od ludzi bez dysfunkcji. Jak podkreśla J. K. Smith (1998), to nie upośledzenie, ograniczenia fizyczne, czy choroba a indywidualna osobowość czyni każdego człowieka odrębnym. Chodzi zatem o określone podejście, podmiotowe traktowanie artysty z niepełnosprawnością, gdyż, jak podkreślał Jan Paweł II (2004), „istotna wartość i osobowa godność każdego człowieka nie ulegają zmianie nigdy, niezależnie od konkretnych okoliczności jego życia. Człowiek nawet ciężko

chory lub niezdolny do wykonywania bardziej złożonych czynności jest i zawsze pozostaje człowiekiem”.

Tym samym, jak twierdzi L. Ploch (2014) „uczestnictwo artystyczne jako proces zakłada prawo artystów z niepełnosprawnością do korzystania z każdej dostępnej wszystkim ludziom formy sztuki przy udziale instytucji upowszechniania i edukacji kultury, które zapewniają wsparcie do prawidłowego rozwoju artystycznego na równych prawach” (s. 56).

Tworzyć zatem może każdy, co jest prawdą uniwersalną, kto posiada silną wewnętrzną potrzebę wyrażania się. Twórczość jest bowiem nośnikiem wartości, które pozwalają pełniej zrozumieć świat i w nim uczestniczyć. Niepełnosprawność zaś, wyznaczając specyfiką twórczości i jej odmienność w stosunku do sztuki osób pełnosprawnych w zakresie przebiegu procesu twórczego, techniki, formy, czasu realizacji wytworu, nie determinuje odmiennego psychologicznie profilu człowieka, a twórczość wywołana potrzebą ekspresji, samorealizacji i rozwoju wspólna jest dla wszystkich ludzi bez względu na stan zdrowia.

Tworzyć może każdy, kto posiada wewnętrzną potrzebę wyrażania uczuć, emocji i doświadczeń (Kirenko, 2003; Otapowicz, Sakowicz-Boboryko, Bilewicz, Wyrzykowska, 2016).

Rozdział IV Metodologiczne podstawy badań własnych

4.1. Uzasadnienie podjętej problematyki badawczej

Wiedza na temat twórczości i psychospołecznego funkcjonowania osób z niepełnosprawnością jako grupy społecznej o specyficznych sposobach zachowania i konkretnych potrzebach stanowi ważny element do podejmowania działań mających na celu usprawnienie tej grupy i ich aktywizację społeczną. Zauważalna coraz większa aktywność twórcza osób z niepełnosprawnością w społeczeństwie, a także widoczne przemiany w rozumieniu niepełnosprawności i określeniu pozycji społecznej osób z niepełnosprawnościami spowodowały, że zaczęto poszukiwać większej liczby kryteriów twórczej działalności osób z niepełnosprawnością. Z tego powodu podjęte analizy empiryczne dotyczą zagadnień związanych z działalnością twórczą osób z niepełnosprawnością (wzrokową, słuchową, ruchową i zaburzeniami psychicznymi) w kontekście ich poszczególnych korelatów psychospołecznego funkcjonowania: poczucia koherencji, samooceny, sieci i natężenia wsparcia społecznego.

Przeprowadzone analizy teoretyczne wyraźnie wskazują, że tematyka działalności twórczej i psychospołecznych korelatów funkcjonowania osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością stanowi ważny obszar badawczy i wpisuje się w aktualne trendy badawcze w zakresie psychologii rehabilitacji oraz pedagogiki specjalnej.

Teoretyczne podłoże analiz osadzone jest w czteroskładnikowym/czynnikowym modelu zachowań twórczych S. Popka (2008). Autor zakłada, że na postawę twórczą składają się dwie sfery: poznawcza i charakterologiczna.

Sfera poznawcza wynika z dyspozycji intelektualnych, ale w szerszym ujęciu niż to ma miejsce przy pomiarach ilorazu inteligencji. Wiąże się, za sprawą wyobraźni, intuicji i myślenia dywergencyjnego, z możliwościami instrumentalnymi tj. z wysoką wrażliwością i zdolnością w postrzeganiu (uzdolnienia percepcyjne), zapamiętywaniu, a głównie w przetwarzaniu i wytwarzaniu informacji nowych. Ta **sfera poznawcza** została określona jako

zachowanie heurystyczne (H).” (s. 23). Zachowanie powyższe zostaje określone poprzez takie cechy jak: samodzielność obserwacji, pamięć logiczna, wyobraźnia wytwórcza, myślenie dywergencyjne, uczenie się rekonstruktywne i samodzielne uczenie się poprzez rozumowanie, elastyczność intelektualna (gibkość), aktywność poznawcza, refleksyjność, samodzielność intelektualna, twórczość konstrukcyjna, werbalna, a także potencjalne uzdolnienia do twórczości artystycznej.

Drugą sferę stanowi **zespół cech charakterologicznych** zapewniających aktywne realizowanie się potencjalnych możliwości poznawczych jednostki ludzkiej – postawa nonkonformistyczna. **Nonkonformizm (N)** określony jest przez takie cechy jak: niezależność, aktywność, witalność, elastyczność, adaptacja, oryginalność, konsekwencja, odwaga, dominatywność, samodzielność, samoorganizacja, spontaniczność, ekspresywność, otwartość, odporność, wytrwałość, odpowiedzialność, samokrytycyzm, tolerancyjność, wysokie poczucie wartości „ja”.

Tak więc zachowanie heurystyczne (H) i skala nonkonformizmu (N) skupiają te właściwości wewnętrzne, które przypisane są przez badaczy ludziom o postawie twórczej.

H + N = postawa twórcza (aktywna) – zachowanie twórcze

Skala **konformizmu (K)** i **zachowania algorytmicznego (A)** stanowi na *continuum* przeciwieństwo postawy twórczej – postawę odtwórczą.

A + K = postawa twórcza – zachowanie odtwórcze

Zachowanie algorytmiczne (A) wyznaczone jest przez nastawienie kopiujące i reprodukcyjne tj. spostrzegawczość kierowaną, pamięć mechaniczną, wyobraźnię odtwórczą, myślenie konwergencyjne, uczenie się reproduktywne i ukierunkowane poprzestające na zrozumieniu i analizie logicznej, sztywność

intelektualną, bierność poznawczą, niski poziom refleksyjności, skłonność do wdrukowywania się, niską sprawność w przetwarzaniu i konstruowaniu, brak pomysłowości technicznej i artystycznej.

Konformizm został określony przez takie cechy, jak: zależność, pasywność, sztywność adaptacyjna, stereotypowość, uległość, słabość, lękliwość, podległość, podporządkowanie się, niesamodzielność, niezorganizowanie wewnętrzne, nadmierna zahamowalność, defensywność, niska odporność i wytrwałość, nieodpowiedzialność, brak krytycyzmu, nietolerancja, niskie poczucie wartości.

Skorzystano też z narzędzia badawczego w opracowaniu własnym przeznaczonego do pomiaru/opisu przejawów twórczej działalności u osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością.

O ile w literaturze przedmiotu można spotkać poszczególne zmienne warunkujące – na co wskazują badania, których przeglądy, wraz z wykazami imiennych badaczy, znajdują się w poszczególnych rozdziałach, o tyle brak jest jednoznacznych danych wskazujących na istotne zależności pomiędzy wyszczególnionymi zmiennymi u osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością (Kirenko, 2010, 2011, 2016; Byra, 2011; Wojtas, 2011; Borkowski, 2015; A. Bochniarz, 2017; Krzewiak, 2018,).

Tak jednoznaczne określenie tych zmiennych w sposób oczywisty nasuwa założenie o ścisłym związku pomiędzy zachowaniem twórczym, a poczuciem koherencji, samooceną, siecią i natężeniem wsparcia społecznego, czyli funkcjonowaniem psychospołecznym badanych osób.

W oparciu o przegląd literatury przedmiotu, a także poprzez uwzględnienie roli psychospołecznych korelatów funkcjonowania twórczego osób z niepełnosprawnością sformułowano główny problem badań, by na tej podstawie postawić pytania badawcze i stosowne hipotezy.

4.2. Problematyka badawcza, cel badań i hipotezy badawcze

Główny problem badawczy zawiera się w pytaniu: Czy istnieje, a jeżeli tak, to jaki jest związek między zachowaniem twórczym osób z niepełnosprawnością

zajmujących się twórczością, a ich psychospołecznym funkcjonowaniem w wymiarach: samooceny, poczucia koherencji, wsparcia społecznego?

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

1. Jakie zachowania twórcze przejawiają osoby z niepełnosprawnościami zajmujące się twórczością?
2. Jaki jest poziom psychospołecznych korelatów psychospołecznego funkcjonowania w wymiarach poczucia koherencji, samooceny i wsparcia społecznego osób z niepełnosprawnościami zajmujących się twórczością?
3. Jakie są zależności pomiędzy psychospołecznym funkcjonowaniem osób z niepełnosprawnościami zajmujących się twórczością a ich zachowaniem twórczym?

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

W odniesieniu do pytania pierwszego:

- 1.1. Jakie formy zachowań twórczych (aktywnych) przejawiają osoby z niepełnosprawnością zajmujące się twórczością?
- 1.2. Jakie formy zachowań twórczych (biernych) przejawiają osoby z niepełnosprawnością zajmujące się twórczością?

W odniesieniu do pytania drugiego:

- 2.1. Jakim poziomem poczucia koherencji wykazują się osoby z niepełnosprawnością zajmujące się twórczością oraz jaki jest stopień zróżnicowania tej dyspozycji wśród osób z różnym rodzajem niepełnosprawności: dysfunkcją narządu wzroku, słuchu, ruchu i zaburzeniami psychicznymi mierzony Kwestionariuszem Orientacji Życiowej (SOC-29) A. Antonovsky'ego?
- 2.2. Jakim poziomem samooceny wykazują się osoby z niepełnosprawnością zajmujące się twórczością oraz jaki jest stopień zróżnicowania tej dyspozycji wśród osób z różnym rodzajem niepełnosprawności:

dysfunkcją narządu wzroku, słuchu, ruchu i zaburzeń psychicznymi mierzony Skalą SES M. Rosenberga?

2.3. Jaki jest poziom wsparcia społecznego otrzymywanego przez osoby z niepełnosprawnością zajmujące się twórczością oraz w jakim stopniu wsparcie społeczne różnicuje osoby z różnym rodzajem niepełnosprawności: dysfunkcją narządu wzroku, słuchu, ruchu i zaburzeniami psychicznymi mierzony Kwestionariuszem Wsparcia Społecznego (NSSQ) J. S. Norbeck?

W odniesieniu do pytania trzeciego:

3.1. Jaka jest zależność między poczuciem koherencji a zachowaniem twórczym osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością?

3.2. Jaka jest zależność między samooceną a zachowaniem twórczym osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością?

3.3. Jaka jest zależność między poziomem wsparcia społecznego a zachowaniem twórczym osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością?

Celem tak zaplanowanych badań jest ocena związku między zachowaniem twórczym osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością a ich psychospołecznym funkcjonowaniem osób w kontekście poszczególnych jej wymiarów.

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

Ad.3

Przyjęto, że wśród osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością istnieją istotne statystycznie zależności pomiędzy psychospołecznym funkcjonowaniem a zachowaniem twórczym.

- 3.1. Przypuszcza się, że istnieją istotne statystycznie zależności pomiędzy poczuciem koherencji a zachowaniem twórczym osób z niepełnosprawnością. Wyższe poczucie koherencji koreluje z większym zaangażowaniem w działalność twórczą (Zięba, 2015). Osoby z wysokim poziomem poczucia koherencji angażują się w działalność artystyczną i czerpią z niej większe korzyści emocjonalne (Nowak, 2022).
- 3.2. Przypuszcza się, że istnieją istotne statystycznie zależności pomiędzy samooceną a zachowaniem twórczym osób z niepełnosprawnością. Przeprowadzone dotychczas analizy empiryczne wykazały, że osoby z niepełnosprawnością mające wysoką samoocenę są osobami aktywnymi twórczo (Thompson, 2017; Anderson, 2019; Brown, 2021).
- 3.3. Przypuszcza się, że istnieją istotne statystycznie zależności pomiędzy wsparciem społecznym a zachowaniem twórczym osób z niepełnosprawnością. Najważniejszą i największą grupą wsparcia dla osoby z niepełnosprawnością jest rodzina (Kirenko, 2004). To ona odgrywa znaczną rolę w procesie działalności twórczej osób z niepełnosprawnością. Według badań przeprowadzonych przez J. Rhiannon (2013), M. Liebmana (2018), P. Kuppersa (2019) wsparcie społeczne jest pozytywnie skorelowane z działalnością twórczą osób z niepełnosprawnością.

4.3. Zmienne i wskaźniki

Zmienną zależną (wyjaśnianą) w prowadzonych badaniach są zachowania twórcze osób z niepełnosprawnością zajmujących się działalnością twórczą. Zgodnie z przyjętą teorią modelu twórczość S. Popka (2000) wskaźnikami zachowania twórczego są zróżnicowane postawy twórcze rozumiane jako zachowania heurystyczne i algorytmiczne, konformizm i nonkonformizm.

Zmienne niezależne (wyjaśniające) przyjęte w przeprowadzonych badaniach to wybrane korelaty psychospołecznego funkcjonowania: poczucie koherencji samoocena i wsparcie społeczne. Globalne poczucie koherencji to struktura

poznawcza, której składnikiem osiowym jest przekonanie o zrozumiałości i sensowności świata, a także o własnych możliwościach sprostania jego wymaganiom (Antonovsky, 1997; zob. Strelau, 2000). Samoocena stanowi emocjonalny komponent obrazu własnej osoby, określana jest jako postawa wobec siebie samego, swoich cech, możliwości, zdolności i wad (Kozielecki, 1981; Szewczuk, 1985). Zdaniem J. Reykowskiego (1975) samoocena jest wypadkową świadomego wartościowania przez jednostkę swoich cech fizycznych, psychicznych, jak też możliwości przy realizowaniu różnych celów. To zespół różnorodnych sądów i opinii człowieka na temat własnej osoby we wszystkich sferach funkcjonowania (Kirenko, 2011).

Wsparcie społeczne rozumiane w kategorii zasobu osobistego to źródło zewnętrzne, z którego jednostka może skorzystać w trudnych dla siebie sytuacjach (Kirenko, Byra, 2008; s. 117).

Zmienną pośredniczącą zastosowaną w przeprowadzonych badaniach jest płeć, rodzaj niepełnosprawności.

4.4. Metoda i narzędzia badań

W celu udzielenia odpowiedzi na pytania badawcze i weryfikację postawionych hipotez została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego oraz technika ankietowania. Dostarcza ona danych ilościowych do opisu zachowań twórczych występujących w ogólnej populacji na podstawie wyłonionej próby badawczej (Creswell, 2013, s. 161).

W skład sondażu diagnostycznego wchodziły następujące narzędzia odpowiednio dobrane do problematyki badań i specyfiki osób badanych oraz ich problemów: Kwestionariusz Twórczego Zachowania KANH – S. Popka, Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) A. Antonovsky’ego, Skala Samooceny SES M. Rosenberga, Skala Wsparcia Społecznego J. S. Norbeck.

Koncepcja Kwestionariusza Twórczego Zachowania się KANH opiera się na założeniu, że na postawę twórczą składają się głównie dwie sfery: sfera poznawcza, która obejmuje zachowania algorytmiczne (A) i zachowania heurystyczne (H) oraz

sfera charakterologiczna składająca się z dwóch biegunów: konformizmu (K) i nonkonformizmu (N) (Popek, 2000, s. 23). Sfera poznawcza wynika z dyspozycji intelektualnych, związana jest z wysoką wrażliwością i zdolnością w postrzeganiu, przetwarzaniu i wytwarzaniem nowych informacji, zapamiętywaniu. Sfera charakterologiczna zapewnia natomiast aktywne realizowanie się potencjalnych możliwości poznawczych jednostki (tamże, s. 24). W tabeli 5. przedstawiono model teoretyczny Kwestionariusza KANH i jego obszar pojęciowy.

Tabela 5. Model postawy twórczej w uczeniu się i działaniu

Czynniki sfery charakterologicznej			
Postawa odtwórcza	K. Konformizm	N. Nonkonformizm	Postawa twórcza
	A. Zachowania algorytmiczne	H. Zachowania heurystyczne	
Cechy sfery poznawczej			

Źródło: S. Popek (2000) Kwestionariusz twórczego zachowania KANH. s. 24.

Kwestionariusz Twórczego Zachowania KANH składa się z 60 twierdzeń, które nawiązują do czynności człowieka – uczenia się, umiejętności, działania. Osoby badane przyznają poszczególnym twierdzeniom od 0 do 2 punktów, co pozwala na pomiar w skali punktowej 0-30 wyników każdej ze skal (K, A, N, H). Skale K - N (konformizm - nonkonformizm) i A - H (zachowanie algorytmiczne – zachowanie heurystyczne) to przeciwne bieguny, dzięki czemu wyniki tych skal można potraktować rozłącznie. Skale K i A stanowią sferę zachowań odtwórczych, a skale N i H sferę zachowań twórczych. W każdej sferze umieszczone jest po 15 par stwierdzeń, które opisują zachowanie się badanej osoby. Wyniki poszczególnych skal, w tym sumy K+A oraz N+H decydują o zakwalifikowaniu danej jednostki do grupy o postawie twórczej bądź odtwórczej. Kwestionariusz KANH nie mierzy konkretnych uzdolnień do czegoś w kategoriach działalności, przedmiotu nauczania itp., ale pozwala na diagnozę ogólnych uzdolnień twórczych i odtwórczych w sferze poznawczej i motywacyjnej osobowości człowieka. Uzdolnienia do zachowań twórczych nasycają (...) w jakimś stopniu każde działanie ludzkie, wpływając tym samym na funkcjonowanie bardziej adaptacyjne

(przystosowawcze) lub innowacyjne (twórcze) (tamże, s. 57). Badania rzetelności Kwestionariusza Twórczego Zachowania KANH wykazały wysoką rzetelność, ponieważ uzyskano współczynniki rzetelności dla obu skal KANH, dla skali konformizm – nonkonformizm = 0,87 i dla skali zachowania algorytmiczne – zachowania heurystyczne = 0,83 (Popek, 2000, s.31). Kryterium trafności zewnętrznej wobec Kwestionariusza KANH – zostało spełnione z wynikiem pozytywnym (tamże, s.36).

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) (The Sense of Coherence Questionnaire) został opracowany przez A. Antonovsky'ego i stosowany jest do określenia poziomu poczucia koherencji. Wyjściowy zestaw pozycji obejmował 243 pytania, sukcesywnie był zmniejszany przez autora w toku kolejnych analiz. Polska wersja kwestionariusza została przygotowana przez J. Koniarkę, B. Dudkę i Z. Markowską w 1993 roku. Zawiera ona 29 itemów, na które badany udziela odpowiedzi posługując się 7-punktową skalą szacunkową. Kwestionariusz SOC-29 pozwala ustalić poziom trzech elementów składowych poczucia koherencji:

- poczucie zrozumiałości (PZR) – 11 pytań,
- poczucie zaradności (PZ) – 10 pytań,
- poczucie sensowności (PS) – 8 pytań.

Wynik ogólny ustalony jest na podstawie zliczenia punktów ze wszystkich pozycji testowych. Dotychczasowe prace nad polską wersją kwestionariusza wskazują na jego zadawalające właściwości psychometryczne zarówno w kwestii rzetelności, jak i trafności. Wprawdzie nie została potwierdzona 3-czynnikowa struktura tego kwestionariusza, niemniej, zgodnie z opinią badaczy, bieżący stan badań nie pozwala też na jej odrzucenie. W związku z tym, postuluje się, aby omawiane narzędzie stosować do ustalenia nie tylko wyniku ogólnego poczucia koherencji, ale także jego wymiarów cząstkowych (T. Pasikowski, 2001).

Skala Samooceny (Rosenberg Self-Esteem Scale – SES) opracowana w 1965 roku przez Morrisa Rosenberga jest jedną z najbardziej popularnych na świecie metod badania tej zmiennej (Anastazi i Urbina, 1999; Blascovich i Tomaka, 1991). Oficjalnej polskiej adaptacji dokonały Dzwonkowska i współpracownicy (2008) na zróżnicowanej wiekowo próbie (15–55 lat) liczącej 1121 osób badanych. Skala

pozwala mierzyć globalny poziom samooceny dorosłych i młodzieży, ujawniany w samoopisie, który jest traktowany jako stosunkowo stała cecha, a nie chwilowy stan. Ze względu na prostotę i łatwość użycia narzędzie to jest przydatne zwłaszcza w tych projektach badawczych, w których stosuje się wiele metod, oraz w badaniach eksperymentalnych.

Skala Samooceny M. Rosenberga składa się z 10 twierdzeń. Wszystkie mają charakter diagnostyczny. Osoba badana jest proszona o wskazanie, w jakim stopniu zgadza się z każdym z nich. Odpowiedzi udziela się na skali czterostopniowej, a w przyjętej tu wersji możliwe do uzyskania wyniki mieszczą się w przedziale od 10 do 40 punktów. Stwierdzenia zostały skonstruowane w taki sposób, że połowa z nich jest sformułowana wprost (np. „Lubię siebie”), połowa zaś odwrotnie (np. „Niekiedy uważam, że jestem do niczego”). Wysoka zgodność wewnętrzną większości skal (współczynniki *alfa* Cronbacha dla różnych grup wieku wahają się od 0,81 do 0,83). Wskaźnik stabilności narzędzia – oceniany metodą test-retest – wynosił 0,50 i 0,83.

Kwestionariusz Wsparcia Społecznego (NSSQ) (Norbeck Social Support Questionnaire), autorstwa J. S. Norbecka (zob. J. Kirenko, 2002), pozwala określić poziom otrzymywanego wsparcia społecznego oraz zidentyfikować jego źródła. Dostarcza zatem informacji o zakresie wsparcia oraz osobach znajdujących się w sieci socjalnej. Kwestionariusz składa się z trzech części. Pierwsza zawiera informacje o osobach znaczących wskazanych przez badanego, który określa przy tym charakter więzi łączącej go z każdą z wymienionych osób. Druga część zawiera pytania dotyczące rodzaju wsparcia oferowanego przez poszczególne osoby znaczące. Odpowiedź udzielana jest przy użyciu skali Likerta. Jedynie w dwóch ostatnich pytaniach należy określić czas znajomości z wymienioną osobą oraz częstość podejmowanych z nią kontaktów. Część trzecia zawiera pytania ukierunkowane na ustalenie doświadczenia utraty kontaktu przez badanego z bliską osobą. Wyniki uzyskane za pomocą tego kwestionariusza umożliwiają ustalenie wsparcia społecznego w trzech wymiarach: emocjonalnym, afirmacyjnym oraz materialnym (praktycznym). Dodatkowo określona jest suma funkcjonalna, wyrażająca całość otrzymanego wsparcia ze strony wszystkich grup źródłowych. Polska wersja kwestionariusza NSSQ nie zawiera norm, niemniej uzyskane

zadawalające wskaźniki trafności i rzetelności pozwalają na jego wykorzystanie w badaniach (Kirenko, 2002).

Autorski Kwestionariusz Wywiadu

Autorski Kwestionariusz Wywiadu jest techniką przygotowaną zarówno od strony instrukcji, jak i treści pytań, formy oraz układu w taki sposób, że nie wymaga pośrednictwa osób trzecich, choć może być wypełniany przez osobę badaną lub przez badającego (por. Pilch, 1998). Jest to szczególnie ważne w przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową czy wzrokową. To typowa technika wypytywania w formie pisemnej (Łobocki, 1984). Pomimo posiadanych wad jest ciągle stosowana przez badaczy i niezastąpiona w badaniach, ponieważ jest dobrym sposobem poznania cech zbiorowości, faktów, opinii o zdarzeniach, danych liczbowych (Pilch, 1998).

Autorski Kwestionariusz Wywiadu zastosowany do niniejszych badań składa się z 33 pytań, wśród których występują 31 pytania zamknięte i 2 pytania otwarte. Pięć zawartych tu pytań dotyczy ogólnych informacji socjodemograficznych badanych osób – ich płci, wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, zawodu. Pozostałe cztery pytania dotyczą niepełnosprawności występującej u badanych osób, wieku jej nabycia, rodzaju schorzenia, stopnia niepełnosprawności. Dalsza część kwestionariusza zawiera pytania dotyczące procesu twórczego jego uwarunkowania i analizę przebiegu działalności twórczej.

4.5. Metody analizy statystycznej

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

- Porównania międzygrupowe w zakresie poszczególnych uwarunkowań działalności twórczej (poczucie koherencji, samoocena, wsparcie społeczne). W tym przypadku zastosowano test T-Studenta dla danych niezależnych.

- Porównania wewnątrzgrupowe w obrębie typów zachowań twórczych. W tym celu zastosowano test T-Studenta dla prób zależnych.
- Jednoczynnikową analizę wariacji ANOVA w celu uzyskania zróżnicowania działalności twórczej i poszczególnych jej uwarunkowań pod kątem zachowań twórczych osób z niepełnosprawnością.

4.6. Organizacja i przebieg badań

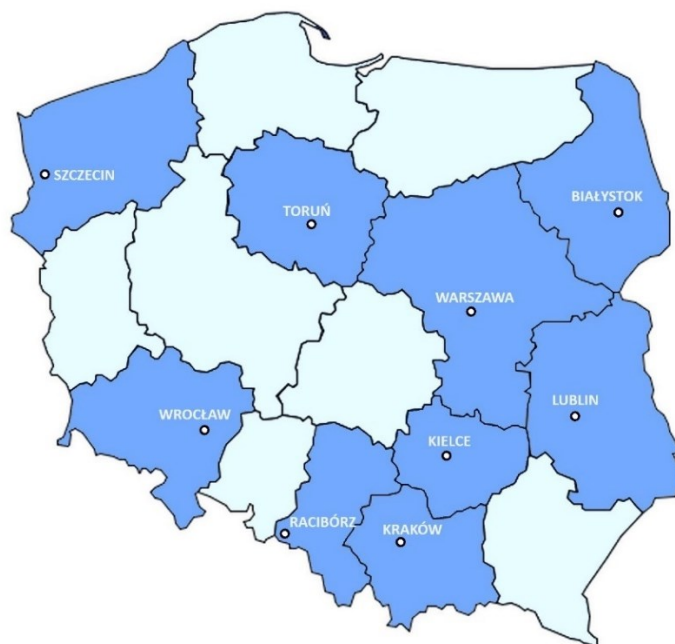
Badania zrealizowano w okresie 2 lat. Zostały one przeprowadzone w dwóch etapach. Na grupie 36 osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością wykonano badania pilotażowe. Po analizie, weryfikacji i dostosowaniu strony technicznej kwestionariuszy dla osób niewidomych i słabo widzących przystąpiono do badań właściwych. Ogółem badaniami objęto 176 osób z niepełnosprawnością w tym: osób z wadą wzroku, z dysfunkcją narządu słuchu, z niepełnosprawnością ruchową i zaburzeniami psychicznymi.

Charakter badań i konieczność eliminacji zmiennych zakłócających przy doborze badań wyznaczyły kryteria: wiek – ukończony 18 rok życia, norma intelektualna, amatorski lub profesjonalny sposób zajmowania się twórczością. Próba badawcza została skompletowana za pomocą doboru celowego. Zostały do niej włączone osoby spełniające wspomniane kryteria.

Badania zostały przeprowadzone na terenie całej Polski. Brak ewidencji osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością, nieliczna ilość instytucji skupiających te osoby, duże rozproszenie na terenie całego kraju sprawiło, że trudno było dotrzeć do osób odpowiadających kryteriom. Konieczne zatem stało się szerokie poszukiwanie za pośrednictwem różnego rodzaju instytucji: organizacji, fundacji i stowarzyszeń itp. m.in.: TNK, PZN, WOAK – Białystok, Warszawa, Lublin, Kraków, Spółdzielnia Niewidomych – Naprzód, Związek Polskich Artystów, Galeria Twórców Nieprofesjonalnych, Fundacja Sztuka Osób Niepełnosprawnych – Kraków, Warsztaty Terapii Zajęciowej Start – Białystok, Dobroczynne Stowarzyszenie Wolontariuszy, Krajowe Centrum Kultury – Kielce, TWK – Wrocław, Szczecin, AMUN – Racibórz, Dom Pomocy Społecznej –

Białystok, Lublin, Toruń, Warszawa. W dotarciu do badanych osób korzystano z pomocy instruktorów sztuki, terapeutów, kadry kierowniczej instytucji zrzeszających osoby z niepełnosprawnością oraz zaprzyjaźnionych twórców. Ponadto osoby badane zostały pozyskane także przez kontakty prywatne badacza.

Mapa 2. Miejsca realizacji badań



Źródło: opracowanie własne.

Uwzględniając powyższe trudności zdecydowano się na przeprowadzenie badań w dwojakiej formie: indywidualnej (tradycyjnej) oraz korespondencyjnej (wysyłkowej – tradycyjnej) i za pomocą Internetu. W przypadku możliwości bezpośredniego kontaktu z osobą badaną osobiście dostarczano i odbierano przygotowane wcześniej zestawy kwestionariuszy.

Badania zostały przeprowadzone zgodnie z zasadą dobrowolności, opierającej się na pozytywnej motywacji badanych.

Osoby badane spełniające kryteria badawcze zostały poinformowane o wartości naukowej przeprowadzonych badań i poproszone o wypełnienie kwestionariuszy.

Każdy kwestionariusz zawierał pisemną instrukcję. Osobom badanym po przedstawieniu celu badań, zastrzeżeniu anonimowości, udzielono ustnych pouczeń o sposobie nanoszenia na arkusz odpowiedzi, udzielono niezbędnych wskazówek i wyjaśnień o charakterze proceduralnym. Osoby z niepełnosprawnością miały możliwość samodzielnego wypełnienia ankiety w placówce organizacji, do których przynależą (w przypadku osób pozyskanych przez fundacje, organizacje), lub w miejscu zamieszkania. W przypadku konieczności czynnej pomocy w wypełnianiu ankiet, badane osoby (niewidome, niedowidzące) udzielały ustnych odpowiedzi, a osoba badająca umieszczała je w odpowiednim miejscu kwestionariusza. Zestaw kwestionariuszy został opracowany również w formie elektronicznej, co stało się dużym udogodnieniem i zwiększyło dostępność narzędzi badawczych dla osób ze znacznymi problemami narządu ruchu oraz osób niewidomych i niedowidzących, mających tym samym możliwość korzystania z pomocy lektora w komputerze.

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

Po odebraniu i sprawdzeniu przydatności każdy wypełniony zestaw kwestionariuszy odznaczony został numerem identyfikacyjnym, zgodnie z przyjętym kodem, w celu ułatwienia późniejszej pracy przy opracowaniu otrzymanych danych.

4.7. Charakterystyka badanej grupy

Wśród badanych dwukrotnie więcej jest kobiet niż mężczyzn. Sytuacja ta dotyczy osób z niepełnosprawnością słuchu i niepełnosprawnością ruchową. W przypadku pozostałych niepełnosprawności (wzrokowej i psychicznej) odsetek kobiet jest nieznacznie większy niż mężczyzn (ok. 5%).

Tabela 6. Rodzaj niepełnosprawności a płeć badanych osób

	Płeć	Np. wzroku	Np. słuchu	Np. ruchu	Zaburz. Psych.	Razem
Liczba	k	33	23	35	22	113
% z kolumny		60,00%	69,70%	70,00%	57,89%	
% z wiersza		29,20%	20,35%	30,97%	19,47	
% z całości		18,75%	13,07%	19,89%	12,50%	64,20%
Liczba	m	22	10	15	16	63
% z kolumny		40,00%	30,30%	30,00%	42,11%	
% z wiersza		34,92%	15,87%	23,81%	25,40%	
% z całości		12,50%	5,68%	8,52%	9,09%	35,80%
Liczba	Ogół	55	33	50	38	176
% z całości		31,25%	18,75%	28,41%	21,59%	

Legenda: m - mężczyzna k - kobieta

Źródło: opracowanie własne.

Uwzględniając strukturę wiekową można zauważyć stosunkowo rozległy rozkład wieku badanych osób (najmłodsza osoba miała skończone 18 lat zaś najstarsza 84 lata).

Średnia wieku badanych osób z niepełnosprawnością wynosiła 45,87 lat, zbliżona była zarówno dla grupy kobiet 46,77 lat, jak i dla grupy mężczyzn 44,35 lata.

Biorąc pod uwagę rozpiętość wieku badanych twórców z niepełnosprawnością, utworzono trzy przedziały wiekowe: do 30 roku życia, między 31 a 60 rokiem, powyżej 60 roku życia.

Nieco ponad połowę stanowią badane osoby z niepełnosprawnością w wieku w przedziale 31-60 lat. Do tej grupy należy zdecydowana większość spośród osób z niepełnosprawnością wzrokową i z niepełnosprawnością psychiczną. Przeciętnie, co czwarta badana osoba jest w wieku poniżej 30 lat. Sytuacja ta dotyczy prawie połowy ogółu osób z niepełnosprawnością słuchową i co trzeciej z niepełnosprawnością ruchową.

Wśród pozostałych niepełnosprawnych (wzrokowo, psychicznie) odsetek kobiet jest nieznacznie większy niż mężczyzn (o ok.5%).

Tabela 7. Rodzaj niepełnosprawności a wiek badanych osób

	wiek	Np. wzroku	Np. słuchu	Np. ruchu	Zaburz. psych.	Razem
Liczba	<=30	9	15	16	6	46
% z kolumny		16,36%	45,45%	32,00%	15,79%	
% z wiersza		19,57%	32,61%	34,78%	13,04%	
% z całości		5,11%	8,52%	9,09%	3,41%	26,14%
Liczba	31-60	34	13	19	25	91
% z kolumny		61,82%	39,39%	38,00%	65,79%	
% z wiersza		37,36%	14,29%	20,88%	27,47%	
% z całości		19,32%	7,39%	10,80%	14,20%	51,70%
Liczba	>60	12	5	15	7	39
% z kolumny		21,82%	15,15%	30,00%	18,42%	
% z wiersza		30,77%	12,82%	38,46%	17,95%	
% z całości		6,82%	2,84%	8,52%	3,98%	22,16%
Liczba	ogół	55	33	50	38	176
% z całości		31,25%	18,75%	28,41%	21,59%	100,00%

Źródło: opracowanie własne.

Analiza wskaźników procentowych ze względu na rodzaj niepełnosprawności wskazuje, iż przeważająca większość (co druga osoba) badanych z niepełnosprawnością ruchową i niepełnosprawnością psychiczną to osoby pozostające w stanie wolnym.

Inaczej przedstawia się sytuacja wśród badanych osób z niepełnosprawnością sensoryczną. W grupie osób z wadą słuchu osoby zamężne i w stanie wolnym stanowią porównywalny odsetek (nieco ponad 40 %). Natomiast w przypadku badanych osób z uszkodzonym narządem wzroku dominują osoby zamężne.

Tabela 8. Rodzaj niepełnosprawności a stan cywilny badanych osób

	Stan cywilny	Np. wzroku	Np. słuchu	Np. ruchu	Zaburz. psych.	Razem
Liczba	wolny/ wolna	19	15	29	19	82
% z kolumny		34,55%	45,45%	58,00%	50,00%	
% z wiersza		23,17%	18,29%	35,37%	23,17%	
% z całości		10,80%	8,52%	16,48%	10,80%	46,59%
Liczba	żonaty/ zamężna	25	14	9	8	56
% z kolumny		45,45%	42,42%	18,00%	21,05%	

% z wiersza		44,64%	25,00%	16,07%	14,29%	
% z całości		14,20%	7,95%	5,11%	4,55%	31,82%
Liczba	wdowiec/ wdowa	9	3	9	4	25
% z kolumny		16,36%	9,09%	18,00%	10,53%	
% z wiersza		36,00%	12,00%	36,00%	16,00%	
% z całości		5,11%	1,70%	5,11%	2,27%	14,20%
Liczba	rozwidziony/ rozwidziona	2	1	3	7	13
% z kolumny		3,64%	3,03%	6,00%	18,42%	
% z wiersza		15,38%	7,69%	23,08%	53,85%	
% z całości		1,14%	0,57%	1,70%	3,98%	
Liczba		55	33	50	38	176
% z całości		31,25%	18,75%	28,41%	21,59%	100,00%

Źródło: opracowanie własne.

Analiza danych zamieszczonych w tabeli 9. wskazuje, iż blisko połowa populacji badanych, niezależnie od rodzaju niepełnosprawności, posiada wykształcenie średnie. Co czwarta badana legitymuje się wykształceniem wyższym. Jedną trzecią w tej grupie stanowią osoby z uszkodzonym narządem wzroku. Prawie jedna piąta swoją edukację zakończyła na szczeblu szkoły zawodowej. W tym gronie również przewagę liczebną stanowią osoby z wadą wzroku. Do nielicznych należą osoby z wykształceniem podstawowym, aczkolwiek sytuacja ta dotyczy osób z zaburzeniami psychicznymi (prawie co 5 osoba).

Struktura ta odzwierciedla dynamikę zmian jakości poziomu wykształcenia osób z niepełnosprawnością zamieszkałych na terenie Polski. Chociaż osoby z niepełnosprawnością są wciąż gorzej wykształcone niż osoby sprawne, odnotowuje się stopniowy wzrost liczby osób z niepełnosprawnością, z co najmniej średnim poziomem wykształcenia (do 34,4% w 2011 roku), osób z wykształceniem wyższym (do 7,1%) oraz wykształceniem zasadniczym zawodowym (do 30%) (zob. Podstawowe informacje o sytuacji demograficznej Polski w 2011 roku).

Tabela 9. Rodzaj niepełnosprawności a wykształcenie badanych osób

	wykształcenie	Np. wzroku	Np. słuchu	Np. ruchu	Zaburz. psych	Razem
Liczba	podstawowe	3	3	3	7	16
% z kolumny		5,45%	9,09%	6,00%	18,42%	
% z wiersza		18,75%	18,75%	18,75%	43,75%	

% z całości		1,70%	1,70%	1,70%	3,98%	9,09%
Liczba	zasad. zawodowe	13	5	7	7	32
% z kolumny		23,64%	15,15%	14,00%	18,42%	
% z wiersza		40,63%	15,63%	21,88%	21,88%	
% z całości		7,39%	2,84%	3,98%	3,98%	18,18%
Liczba	średnie	24	18	28	16	86
% z kolumny		43,64%	54,55%	56,00%	42,11%	
% z wiersza		27,91%	20,93%	32,56%	18,60%	
% z całości		13,64%	10,23%	15,91%	9,09%	48,86%
Liczba	wyższe	15	7	12	8	42
% z kolumny		27,27%	21,21%	24,00%	21,05%	
% z wiersza		35,71%	16,67%	28,57%	19,05%	
% z całości		8,52%	3,98%	6,82%	4,55%	
Liczba		55	33	50	38	176
% z całości		31,25%	18,75%	28,41%	21,59%	100,00%

Źródło: opracowanie własne.

Z wyodrębnionych 46 zawodów wyszczególniono cztery grupy zawodowe: osoby z niepełnosprawnością pracujące w systemie edukacji (nauczyciel, pedagog, animator kultury, terapeuta zajęciowy, bibliotekarz), zatrudnione w branży ekonomicznej (ekonomista, technik rachunkowości, księgowa, handlowiec, sprzedawca), trudniące się pracą rzemieślniczą (krawiec, kucharz, ślusarz, spawacz, dziewiarz) i pozostające bez zawodu.

Z analizy danych znajdujących się w tabeli 10. wynika, iż częściej niż co trzeci badany pracuje w zawodzie rzemieślniczym. Z taką sytuacją mamy do czynienia w przypadku osób z niepełnosprawnością sensoryczną. W przypadku pozostałych badanych tj. z niepełnosprawnością ruchową i zaburzeniami psychicznymi, wskaźniki procentowe dla poszczególnych grup zawodów są porównywalne. Zauważalny jest przy tym fakt, iż osoby te stanowią największy odsetek w grupie badanych pozostających bez zawodu.

Tabela 10. Rodzaj niepełnosprawności a zawód badanych osób

	zawód	Np. wzroku	Np. słuchu	Np. ruchu	Zaburz. psych	Razem
Liczba	ekonomia	6	9	11	7	33
% z kolumny		10,91%	27,27%	22,00%	18,42%	
% z wiersza		18,18%	27,27%	33,33%	21,21%	
% z całości		3,41%	5,11%	6,25%	3,98%	18,75%

Liczba	edukacja	17	6	13	9	45
% z kolumny		30,91%	18,18%	26,00%	23,8%	
% z wiersza		37,78%	13,33%	28,89%	20,00%	
% z całości		9,66%	3,41%	7,39%	5,11%	25,57%
Liczba	rzemieślnicze	25	15	10	12	62
% z kolumny		45,45%	45,45%	20,00%	31,58%	
% z wiersza		40,32%	24,19%	16,13%	19,5%	
% z całości		14,20%	8,52%	5,68%	6,82%	35,23%
Liczba	bez zawodu	7	3	15	10	35
% z kolumny		12,73%	9,09%	30,00%	26,32%	
% z wiersza		20,00%	8,57%	42,86%	28,575%	
% z całości		3,98%	1,70%	8,52%	5,68%	19,89%
Liczba		55	33	50	38	176
% z całości		31,25%	18,75%	28,41%	21,59%	100,00%

Źródło: opracowanie własne.

Z rozkładu danych (tabela 11.) wynika, iż przeważająca większość badanych (ponad $\frac{3}{4}$ ogółu) to osoby mieszkające w mieście. Zaobserwowany stan rzeczy ma miejsce w przypadku każdej analizowanej grupy niezależnie od rodzaju niepełnosprawności.

Tabela 11. Rodzaj niepełnosprawności a miejsce zamieszkania badanych osób

	Miejsce zamieszkania	Np. wzroku	Np. słuchu	Np. ruchu	Zaburz. psych.	Razem
Liczba	miasto	48	22	41	33	144
% z kolumny		87,27%	66,67%	82,00%	86,84%	
% z wiersza		33,33%	15,28%	28,47%	22,92%	
% z całości		27,27%	12,50%	23,30%	18,75%	81,8%
Liczba	wieś	7	11	9	5	32
% z kolumny		12,73%	33,33%	18,00%	13,16%	
% z wiersza		21,88%	34,38%	28,13%	15,63%	
% z całości		3,985%	6,25%	5,11%	2,84%	18,185
Liczba		55	33	50	38	176
% z całości		31,25%	18,75%	28,41%	21,59%	100,00%

Źródło: opracowanie własne.

Analizując dane dotyczące czasu trwania schorzenia stwierdzono, że średni czas trwania niepełnosprawności w badanej grupie osób wynosił ogółem 25,68 lat i był zbliżony zarówno w grupie kobiet (26,45 lat), jak i mężczyzn (26,14). Rozpiętość czasu trwania niepełnosprawności w całej grupie niepełnosprawnych respondentów mieściła się w przedziale między 1 a 76 rokiem życia. Najbardziej liczną grupą osób z niepełnosprawnością są osoby, u których dana dysfunkcja

występuje w przedziale między 21 a 40 lat. Następną grupą są osoby zmagające się z daną niepełnosprawnością do 10 lat. Mniej liczne są dwie grupy przedziałów czasu trwania danej dysfunkcji między 11 a 20 lat i powyżej 40 lat.

Analiza danych ze względu na rodzaj niepełnosprawności dowodzi, iż najdłuższy czas trwania niepełnosprawności ma miejsce w przypadku osób z niepełnosprawnością sensoryczną (prawie 70% z wadą wzroku, prawie 60% z uszkodzonym narządem słuchu). Najkrótszy czas trwania niepełnosprawności występuje w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi. W grupie niepełnosprawnych ruchowo 2/3 stanowią osoby, u których dana dysfunkcja trwa od 10 lub 20 a nawet 40 lat. Natomiast wśród osób z niepełnosprawnością psychiczną najwięcej – w porównaniu do pozostałych analizowanych rodzajów niepełnosprawności – jest badanych z najkrótszym czasem trwania dysfunkcji rozwojowej.

Tabela 12. Rodzaj niepełnosprawności a czas trwania schorzenia badanych osób

	Czas trwania niepełnospr.	Np. wzroku	Np. słuchu	Np. ruchu	Zaburz. psych.	Razem
Liczba	<=10	11	5	16	14	46
% z kolumny		20,00%	15,15	32,00%	36,84%	
% z wiersza		23,91%	10,87%	34,78%	30,43%	
% z całości		6,25%	2,84%	9,09%	7,95%	26,14%
Liczba	11-20	7	9	12	9	37
% z kolumny		12,73%	27,27%	24,00%	23,8%	
% z wiersza		18,92%	24,32%	32,43%	24,32%	
% z całości		3,98%	5,11%	6,82%	5,11%	21,02%
Liczba	21-40	22	11	17	9	59
% z kolumny		40,00%	33,33%	34,00%	23,68%	
% z wiersza		37,29%	18,64%	28,81%	15,25%	
% z całości		12,50%	6,25%	9,66%	5,11%	33,52%
	>40	15	8	5	6	34
% z kolumny		27,27%	24,24%	10,00%	15,79%	
% z wiersza		44,12%	23,53%	14,71%	17,65%	
% z całości		8,52%	4,55%	2,84%	3,41%	19,32%
Liczba		55	33	50	38	176
% z całości		31,25%	18,75%	28,41%	21,59%	100,00%

Źródło: opracowanie własne.

Wśród badanych ponad połowę stanowią osoby z niepełnosprawnością nabytą, w tym przede wszystkim na skutek choroby. Taki stan rzeczy ma miejsce w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością psychiczną i słuchową. U pozostałych osób występuje niepełnosprawność wrodzona. W grupie tej przewagę liczebną stanowią osoby z uszkodzonym narządem wzroku.

Tabela 13. Rodzaj niepełnosprawności a okoliczności powstania niepełnosprawności badanych osób

	okoliczności powstania niepełnosprawności	Np. wzroku	Np. słuchu	Np. ruchu	Zaburz. psych.	Razem
Liczba	wada wrodzona	32	14	20	10	76
% z kolumny		58,18%	42,42%	40,00%	26,32%	
% z wiersza		42,11%	18,42%	26,32%	13,16%	
% z całości		18,18%	7,95%	11,36%	5,68%	43,18%
Liczba	Wada nabyta-uraz	0	0	14	5	19
% z kolumny		0,00%	0,00%	28,00%	13,16%	
% z wiersza		0,00%	0,00%	73,68%	26,325	
% z całości		0,00%	0,00%	7,95%	2,84%	10,80%
Liczba	Wada nabyta -choroba	23	19	16	23	81
% z kolumny		41,82%	57,58%	32,00%	60,53%	
% z wiersza		28,40%	23,46%	19,75%	28,40%	
% z całości		13,07%	10,80%	9,09%	13,07%	46,02%
Liczba		55	33	50	38	176
% z całości		31,25%	18,75%	28,41%	21,59%	100,00%

Źródło: opracowanie własne.

Dane z tabeli 14. wskazują, iż połowa osób z niepełnosprawnością posiada lekki stopień niepełnosprawności. Do tej grupy należy większość spośród osób z wadą wzroku i uszkodzonym narządem ruchu. Kolejną grupę stanowią osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności. W ich gronie przewagę liczebną mają osoby z uszkodzonym narządem słuchu i zaburzeniami psychicznymi. Najmniej liczebną zbiorowość tworzą badani ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Tylko nieliczni badani posiadają zdiagnozowany znaczny stopień niepełnosprawności.

Tabela 14. Rodzaj niepełnosprawności a grupa niepełnosprawności badanych osób

	Grupa niepełnosprawności	Np. wzroku	Np. słuchu	Np. ruchu	Zaburz. psych.	Razem
Liczba	I grupa	40	6	30	17	93
% z kolumny		72,73%	18,18%	60,00%	44,74%	
% z wiersza		43,01%	6,45%	32,26%	18,28%	
% z całości		22,73%	3,41%	17,05%	9,66%	52,84%
Liczba	II grupa	14	23	17	19	73
% z kolumny		25,45%	69,70%	34,00%	50,00%	
% z wiersza		19,18%	31,51%	23,29%	26,03%	
% z całości		7,95%	13,07%	9,66%	10,80%	41,48%
Liczba	III grupa	1	4	3	2	10
% z kolumny		1,82%	12,12%	6,00%	5,26%	
% z wiersza		10,00%	40,00%	30,00%	20,00%	176
% z całości		0,57%	2,27%	1,70%	1,14%	5,68%
Liczba		55	33	50	38	176
% z całości		31,25%	18,75%	28,41%	21,59%	100,00%

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Reasumując należy stwierdzić, że badaną grupę osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością w większości stanowią kobiety mieszkające w mieście, których średnia wieku wynosi 45,87 lat. Do tej grupy należy zdecydowana większość spośród osób z niepełnosprawnością wzrokową i z niepełnosprawnością psychiczną.

Przeważająca większość (co druga osoba) badanych z niepełnosprawnością ruchową i niepełnosprawnością psychiczną to osoby pozostające w stanie wolnym. Natomiast w przypadku badanych osób z uszkodzonym narządem wzroku dominują osoby zamężne. Blisko połowa populacji badanych niezależnie od rodzaju niepełnosprawności posiada wykształcenie średnie. Największy odsetek wśród respondentów z wyższym wykształceniem stanowią osoby z dysfunkcją narządu wzroku, a z wykształceniem podstawowym osoby z zaburzeniami psychicznymi. Z analizy danych dotyczących wykonywanego zawodu wynika, że badani w większości pracują w zawodzie rzemieślniczym. Zauważalny jest przy tym fakt, iż osoby z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnością ruchową stanowią największy odsetek w grupie badanych pozostających bez zawodu.

Można zatem wysnuć wniosek, że choroba psychiczna znacznie ogranicza funkcjonowanie zarówno w życiu osobistym, jak i edukacji i pracy.

Analizując dane dotyczące czasu trwania schorzenia stwierdzono, że średni czas trwania niepełnosprawności w badanej grupie osób wynosił ogółem 25,68 lat i był zbliżony zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn. Rozpiętość czasu trwania niepełnosprawności w całej grupie niepełnosprawnych respondentów mieściła się w przedziale między 1 a 76 rokiem życia. Najbardziej liczną grupą twórców z niepełnosprawnością słuchową i psychiczną są osoby, u których dana dysfunkcja występuje w przedziale między 21 a 40 lat i stanowi niepełnosprawność nabytą na skutek choroby. Połowa osób z niepełnosprawnością posiada lekki stopień niepełnosprawności (osoby z wadą wzroku i uszkodzonym narządem ruchu). Przewagę liczebną wśród osób z uszkodzonym narządem słuchu i zaburzeniami psychicznymi stanowią osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.

Rozdział V Działalność twórcza badanych osób

5.1. Działalność twórcza badanych osób z niepełnosprawnością

W celu określenia wymiarów działalności twórczej badanych osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności przeanalizowano związki między pytaniami kwestionariusza własnego a przynależnością do grupy niepełnosprawności. W tym celu posłużono się tabelami krzyżowymi z testami chi-kwadrat.

Analiza danych odnosząca się do pytania o motywy podjęcia się działalności twórczej przez badane osoby wskazuje na ich zróżnicowanie.

Tabela 15. Motywy działalności twórczej badanych osób

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
nadmiar czasu wolnego	11	29,7%	5	13,5%	7	18,9%	14	37,8%	37	100,0%
zainteresowania, zamiłowania sztuką	28	46,7%	10	16,7%	14	23,3%	8	13,3%	60	100,0%
wewnętrzna potrzeba ekspresji – wyrażania uczuć, przeżyć	9	28,1%	4	12,5%	13	40,6%	6	18,8%	32	100,0%
potrzeba samorealizacji	3	37,5%	0	0,0%	3	37,5%	2	25,0%	8	100,0%
poszukiwanie sensu, celu życia	0	0,0%	0	0,0%	6	100,0%	0	0,0%	6	100,0%
poczucie samotności	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%
marzenia	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	2	100,0%
zdolności	0	0,0%	2	50,0%	2	50,0%	0	0,0%	4	100,0%
poszukiwanie sensu, celu życia	0	0,0%	0	0,0%	6	100,0%	0	0,0%	6	100,0%
tradycja rodzinna	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%
chęć rozładowania napięcia, stresu	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	2	100,0%
namowa rodziny, przyjaciół	1	33,3%	1	33,3%	0	0,0%	1	33,3%	3	100,0%
chęć sprawdzenia własnych umiejętności	0	0,0%	4	57,1%	3	42,9%	0	0,0%	7	100,0%
potrzeba kontaktu z innymi	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%
przypadek	1	16,7%	3	50,0%	0	0,0%	2	33,3%	6	100,0%
ciekawość	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%
Ogółem	55	31,3%	33	18,8%	50	28,4%	38	21,6%	176	100,0%

$\chi^2(42) = 71,47; p < 0,01$

Źródło: opracowanie własne.

Z pośród 16 wyróżnionych motywów zajmowania się działalnością twórczą najczęstszą przyczyną zainteresowania się uprawianą sztuką jest zamiłowanie do sztuki (60 osób, 34%) nadmiar czasu wolnego (37 osób, 21%), wewnętrzna potrzeba ekspresji (32 osoby, 18%).

Tak liczne zainteresowanie sztuką przez osoby z niepełnosprawnością zdaje się wynikać z jej wartości osobowościowo-twórczych, terapeutycznych, relaksacyjnych itp. To chęć samorealizacji, wyrażania własnych przeżyć, myśli, uczuć staje się częstą przyczyną uprawianej twórczości. Potwierdzeniem tego są wyniki badań J. Kirenko (2010), S. Pichalskiego (2012) L. Plocha (2014), D. Otapowicz, A. Sakowicz-Boboryko, M. Bilewicz, D. Wyrzykowska (2016). Brak stałej pracy lub mniejsza ilość czasu przeznaczona na pracę w przypadku osób z niepełnosprawnością skłania ich do poszukiwania różnorodnych zajęć pozwalających na samorealizację, poszukiwanie sensu i celu w życiu. Istotne okazały się różnice między badanymi z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Badani z uszkodzonym narządem wzroku mający trudności percepcji obrazów otaczającego świata w zdecydowanie częściej podejmowali działalność twórczą ze względu na zainteresowanie sztuką niż przedstawiciele innych grup niepełnosprawności. Wynikać to może z ograniczonego uczestnictwa w życiu kulturalnym (kino, teatr) i kontaktach towarzyskich, co z kolei wpływa na to, iż osoby te większą część dnia spędzają w domu, kompensując ten brak poprzez twórczą, artystyczną pracę. Potwierdzenie tego stanowiska znajdujemy w badaniach S. Pichalskiego (2012) L. Plocha (2014), D. Otapowicz, A. Sakowicz-Boboryko, M. Bilewicz, D. Wyrzykowska (2016).

Tylko u nielicznych badanych zainteresowanie sztuką wynika z tradycji rodzinnej, potrzeby kontaktu z innymi, marzeń, chęci sprawdzenia własnych umiejętności, namowy rodziny, przyjaciół itp.

Tabela 16. Wpływ niepełnosprawności na zainteresowania twórcze osób z niepełnosprawnością

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tak, przyczyniła się do odkrycia potencjału, zdolności twórczych	9	23,7%	6	15,8%	16	42,1%	7	18,4%	38	100,0%
tak, stała się powodem powrotu do wcześniejszych zainteresowań	9	34,6%	1	3,8%	9	34,6%	7	26,9%	26	100,0%
tak, wpłynęła na poświęcanie większej ilości czasu uprawianej twórczości	4	23,5%	4	23,5%	5	29,4%	4	23,5%	17	100,0%
tak, przyczyniła się do poznania lub uprawiania nowej dziedziny sztuki	3	25,0%	4	33,3%	2	16,7%	3	25,0%	12	100,0%
inne	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	2	100,0%
nie miała wpływu	30	37,0%	17	21,0%	18	22,2%	16	19,8%	81	100,0%
Ogółem	55	31,3%	33	18,8%	50	28,4%	38	21,6%	176	100,0%
$\chi^2(15) = 15,44; p = 0,42$										

Źródło: opracowanie własne.

Blisko połowa badanych (46%) uznaje, że niepełnosprawność nie miała wpływu na ich zainteresowanie się twórczością. Dowodzi to uniwersalność sztuki, potwierdza fakt, iż niepełnosprawność nie determinuje odmiennego psychicznie gatunku człowieka (Kirenko, 2010; Wyrzykowska, 2012), a twórczość wywołana potrzebą ekspresji, samorealizacji i rozwoju, wspólna jest dla wszystkich ludzi bez względu na ich stan zdrowia.

Powyższe wyniki nie wskazują na istotne różnice w częstości konkretnych odpowiedzi na pytanie, w zależności od rodzaju niepełnosprawności.

Tabela 17. Rodzaje twórczości uprawianej przez badane osoby

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
sztuki plastyczne	20	24,1%	19	22,9%	19	22,9%	25	30,1%	83	100,0%
twórczość literacka	18	43,9%	4	9,8%	16	39,0%	3	7,3%	41	100,0%
działania teatralne	7	36,8%	5	26,3%	5	26,3%	2	10,5%	19	100,0%

twórczość wokalnomo- muzyczna	10	30,3%	5	15,2%	10	30,3%	8	24,2%	33	100,0%
Ogółem	55	31,3%	33	18,8%	50	28,4%	38	21,6%	176	100,0%
$\chi^2(9) = 15,44; p = 0,04$										

Źródło: opracowanie własne.

Biorąc pod uwagę rodzaje uprawianej przez badane osoby twórczości, wyodrębniono 4 grupy dziedzin działalności artystycznej: sztuki plastyczne, twórczość literacką, działania teatralne, twórczość wokalnomo-muzyczną.

Z uzyskanych danych wynika, że najczęściej wybieraną formą uprawianej sztuki okazały się sztuki plastyczne (83 osób, 47%) Z oczywistych względów – braku dostępności do wizualnych obrazów – w przypadku osób z uszkodzonym narządem wzroku i trudności w operowaniu narzędziem malarskim – w przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową, osoby te, chętniej niż pozostali, podejmują działania literackie. Fakt ten potwierdza blisko połowa osób niewidomych i niedowidzących i ok.40 % osób z niepełnosprawnością ruchową.

Tabela 18. Miejsce zdobywania umiejętności artystycznych przez badane osoby

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
studia wyższe	4	36,4%	4	36,4%	2	18,2%	1	9,1%	11	100,0%
licea profilowane	3	42,9%	2	28,6%	2	28,6%	0	0,0%	7	100,0%
kursy, warsztaty	26	41,9%	12	19,4%	18	29,0%	6	9,7%	62	100,0%
turnusy rehabilitacyjne	0	0,0%	2	33,3%	1	16,7%	3	50,0%	6	100,0%
indywidualna praca	17	23,9%	9	12,7%	25	35,2%	20	28,2%	71	100,0%
inne	5	26,3%	4	21,1%	2	10,5%	8	42,1%	19	100,0%
Ogółem	55	31,3%	33	18,8%	50	28,4%	38	21,6%	176	100,0%
$\chi^2(15) = 27,97; p = 0,02$										

Źródło: opracowanie własne.

Analiza danych dotyczących miejsca zdobywania umiejętności artystycznych wskazuje na ich zróżnicowanie. Respondenci najczęściej nabywali swoje

umiejętności i wzbogacali warsztat poprzez indywidualną pracę (71 osób, 40%), oraz na kursach, warsztatach i turnusach (62 osoby, 35%). Istotne okazały się przy tym różnice między grupami osób z niepełnosprawnością. Szczególnie wyraźnie jest to, że badani z dysfunkcją ruchu i zaburzeniami psychicznymi częściej kształcą się przez indywidualną pracę niż pozostali. Wynikać to może ze wstydu związanego z posiadaną dysfunkcją, szczególnie jeśli chodzi o osoby z niepełnosprawnością psychiczną.

Tabela 19. Osoba czuwająca nad procesem twórczym badanych osób

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
profesjonalny artysta	12	44,4%	1	3,7%	12	44,4%	2	7,4%	27	100,0%
profesjonalny instruktor terapii	4	9,8%	6	14,6%	8	19,5%	23	56,1%	41	100,0%
amator sztuki	1	33,3%	0	0,0%	1	33,3%	1	33,3%	3	100,0%
Inne	4	36,4%	2	18,2%	2	18,2%	3	27,3%	11	100,0%
Nie posiadam	34	36,2%	24	25,5%	27	28,7%	9	9,6%	94	100,0%
Ogółem	55	31,3%	33	18,8%	50	28,4%	38	21,6%	176	100,0%
$\chi^2(12) = 50,68; p < 0,01$										

Źródło: opracowanie własne.

Podjęmowana indywidualna praca i samokształcenie w dziedzinie artystycznej potwierdza fakt, iż osoby z niepełnosprawnością zajmujące się twórczością najczęściej nie mają nikogo, kto czuwałby nad ich rozwojem artystycznym. Ci którzy korzystają z takich usług najczęściej wybierają instruktorów terapii lub profesjonalnych artystów. Przy czym istotne różnice ujawniają się między różnymi rodzajami niepełnosprawności. Osoby z uszkodzonym narządem ruchu i narządem wzroku częściej wybierają profesjonalnych artystów niż pozostałe grupy osób. Respondenci zaś z zaburzeniami psychicznymi chętniej korzystają z usług terapeutów – instruktorów terapii. Wynika to z oczywistych względów – osoby z zaburzeniami psychicznymi, u których następuje czas nawrotu choroby, znacznie częściej korzystają z różnych form terapii, w tym terapii przez sztukę, dłuższy czas spędzają na oddziałach szpitalnych lub uczęszczają na warsztaty terapii zajęciowej, gdzie arteterapeuci prowadzą zajęcia.

Tabela 20. Korzystanie z udogodnień w procesie tworzenia przez badane osoby

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
tak	32	72,7%	2	4,5%	6	13,6%	4	9,1%	44	100,0%
nie	23	17,4%	31	23,5%	44	33,3%	34	25,8%	132	100,0%
Ogółem	55	31,3%	33	18,8%	50	28,4%	38	21,6%	176	100,0%

$\chi^2(3) = 47,36; p < 0,01$

Źródło: opracowanie własne.

Większość, bo aż 3/4 badanych nie potrzebuje żadnych specjalnych udogodnień w procesie tworzenia. Biorąc pod uwagę różne grupy osób z niepełnosprawnością, wyniki wskazują na istotne różnice między grupami. Zdecydowanie częściej, ze względu na charakter dysfunkcji, z pomocy korzystają osoby niewidome i niedowidzące. Fakt ten związany jest z oczywistym ograniczeniem możliwości samodzielnego funkcjonowania, sprawnego i swobodnego działania w dziedzinie artystycznej.

Tabela 21. Stan, w którym tworzą osoby badane

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
po okresie długotrwałego odpoczynku	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
w czasie tworzenia serii dzieł	4	25,0%	4	25,0%	5	31,3%	3	18,8%	16	100,0%
w okresie dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego	14	34,1%	5	12,2%	12	29,3%	10	24,4%	41	100,0%
w okresie depresji	28	34,1%	16	19,5%	17	20,7%	21	25,6%	82	100,0%
w okresie złego samopoczucia fizycznego	9	25,0%	8	22,2%	16	44,4%	3	8,3%	36	100,0%
Ogółem	55	31,3%	33	18,8%	50	28,4%	38	21,6%	176	100,0%

$\chi^2(12) = 14,91; p = 0,25$

Źródło: opracowanie własne.

Jak się okazuje, blisko połowa badanych (46%) wskazuje, iż najczęściej tworzą w okresie depresji, najmniej zaś twórczym stanem jest czas po okresie długotrwałego odpoczynku. Czas obniżonego nastroju, zamknięcia w sobie, bezradności wyzwała potrzebę uzewnętrzniania uczuć w formie artystycznych wytworów. Terapeutyczna, relaksacyjna, rozrywkowa funkcja sztuki uzasadnia

powyższy fakt. Potwierdzeniem tego są liczne badania H. Żuraw (2008), S. Pichalskiego (2012) L. Płocha (2014), D. Otapowicz, A. Sakowicz-Boboryko, M. Bilewicz, D. Wyrzykowska (2016).

Pomiędzy grupami osób z niepełnosprawnością wzrokową, słuchową, ruchową i osobami z zaburzeniami psychicznymi nie wykazano istotnych różnic.

Tabela 22. Nastroj podczas tworzenia badanych osób

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
stan wesołości i entuzjazmu	0	0,0%	1	25,0%	1	25,0%	2	50,0%	4	100,0%
stan spokoju i błogości	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	2	100,0%
stan podniecenia o przyjemnym zabarwieniu	14	34,1%	5	12,2%	13	31,7%	9	22,0%	41	100,0%
stan podenerwowania	31	34,1%	17	18,7%	18	19,8%	25	27,5%	91	100,0%
stan podniecenia i przykrego wzburzenia	9	23,7%	10	26,3%	17	44,7%	2	5,3%	38	100,0%
Ogółem	55	31,3%	33	18,8%	50	28,4%	38	21,6%	176	100,0%
$\chi^2(12) = 19,60; p = 0,07$										

Źródło: opracowanie własne.

Badani najczęściej odczuwają stan podniecenia i podenerwowania podczas tworzenia sztuki (ponad połowa 91 osób, 51 %). Najrzadszym zaś stanem towarzyszącym temu procesowi jest spokój i błogość. Nie ma istotnych statystycznie różnic między badanymi z różnymi rodzajami niepełnosprawności.

Tabela 23. Źródła działań twórczych badanych osób

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
własne przeżycia	32	35,6%	16	17,8%	26	28,9%	16	17,8%	90	100,0%
niespełnione pragnienia	5	20,0%	4	16,0%	10	40,0%	6	24,0%	25	100,0%
niezaspokojone potrzeby	2	28,6%	4	57,1%	0	0,0%	1	14,3%	7	100,0%
lęki, niepokoje	4	30,8%	2	15,4%	4	30,8%	3	23,1%	13	100,0%
marzenia	5	27,8%	4	22,2%	3	16,7%	6	33,3%	18	100,0%

wytwory fantazji i wyobrażeń	1	33,3%	1	33,3%	0	0,0%	1	33,3%	3	100,0%
sny	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	2	100,0%
inne	1	33,3%	0	0,0%	1	33,3%	1	33,3%	3	100,0%
Ogółem	55	31,4%	33	18,9%	49	28,0%	38	21,7%	175	100,0%
$\chi^2(30) = 23,99; p = 0,77$										

Źródło: opracowanie własne.

Analiza danych odnosząca się do pytania o źródła działań twórczych osób z niepełnosprawnością wskazuje, iż twórczość dla połowy badanych najczęściej jest wyrazem własnych przeżyć i niespełnionych pragnień (90 osób, 51 %). Wytwór działania twórczego będąc głęboko związany z doświadczeniem jednostki znajduje swój wyraz na kartce papieru, w formie piosenki, melodii, sztuki itp.

Różnice między respondentami z różnymi rodzajami niepełnosprawności okazały się nieistotne statystycznie.

Tabela 24. Miejsce działalności twórczej w życiu badanych osób

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
styl życia	13	43,3%	4	13,3%	10	33,3%	3	10,0%	30	100,0%
pasja	28	32,6%	19	22,1%	24	27,9%	15	17,4%	86	100,0%
jedna z uprawianych aktywności życiowych	10	31,3%	6	18,8%	9	28,1%	7	21,9%	32	100,0%
wykonywany zawód	3	15,0%	1	5,0%	3	15,0%	13	65,0%	20	100,0%
forma zarobkowania	1	16,7%	2	33,3%	3	50,0%	0	0,0%	6	100,0%
inne	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	2	100,0%
Ogółem	55	31,3%	33	18,8%	50	28,4%	38	21,6%	176	100,0%
$\chi^2(15) = 33,47; p < 0,01$										

Źródło: opracowanie własne.

Również połowa badanych uważa, że twórczość jest ich pasją (86 osób, 49 %). Zbliżony odsetek podkreśla, że działania artystyczne stają się ich stylem życia (30 osób) i jedną z uprawianych aktywności życiowych (32 osoby, 18%). Różnice między przedstawicielami grup osób z niepełnosprawnością są istotne statystycznie. Badani z uszkodzonym narządem wzroku i dysfunkcjami narządu ruchu częściej uznawały sztukę za styl życia niż pozostali. Wyznaczając niejednokrotnie cel codziennych działań, twórcza aktywność stała się formą

spędzania większości ich czasu. Nadając sens życiu wyznaczyła nowy kierunek. Potwierdzenie tego stanowiska odnajdujemy w badaniach prowadzonych przez S. Pichalskiego (2012) L. Płocha (2014), D. Otapowicz, A. Sakowicz-Boboryko, M. Bilewicz, D. Wyrzykowska (2016).

Tabela 25. Udział badanych osób w wydarzeniach artystycznych

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
wystawy	15	34,1%	10	22,7%	13	29,5%	6	13,6%	44	100,0%
konkursy	17	65,4%	0	0,0%	4	15,4%	5	19,2%	26	100,0%
przeeglądy artystyczne	3	23,1%	3	23,1%	5	38,5%	2	15,4%	13	100,0%
warsztaty artystyczne	3	37,5%	0	0,0%	4	50,0%	1	12,5%	8	100,0%
plenery	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%	2	66,7%	3	100,0%
biorę udział tylko w przedsięwzięciach organizowanych dla osób niepełnosprawnych	3	14,3%	5	23,8%	5	23,8%	8	38,1%	21	100,0%
nie biorę udziału	14	23,0%	14	23,0%	19	31,1%	14	23,0%	61	100,0%
Ogółem	55	31,3%	33	18,8%	50	28,4%	38	21,6%	176	100,0%

$\chi^2(18) = 34,42; p = 0,01$

Źródło: opracowanie własne.

Analiza danych odnosząca się do pytania dotyczącego udziału w wydarzeniach artystycznych badanych respondentów wskazuje na ich różnicowanie.

Spora część badanych nie bierze udziału w żadnych wydarzeniach artystycznych (61 osób 35%). Wśród tych, którzy partycypują w takich aktywnościach, najpopularniejsze są wystawy (44 osoby, 25%) i konkursy (26 osób 15%). Istotne okazały się różnice między osobami ze różnych grup niepełnosprawności. Osoby z uszkodzonym narządem wzroku częściej niż pozostali biorą udział w konkursach, a badani z uszkodzonym narządem słuchu mniej chętnie wybierają warsztaty artystyczne.

Niska frekwencja osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością w wydarzeniach artystycznych spowodowana może być brakiem informacji i środków finansowych co podkreśla przeszło $\frac{3}{4}$ badanych respondentów. Przy

czym badani z dysfunkcją narządu ruchu częściej zwracają uwagę na bariery architektoniczne czy brak transportu. Fakt niewystarczającej dostępności obiektów kultury jest wciąż aktualny.

Tabela 26. Wartość ekspozycji własnego dorobku badanych osób

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
wydarzenie ważne, oczekiwane	37	34,3%	16	14,8%	32	29,6%	23	21,3%	108	100,0%
traktuję to jako normalny element życia	15	27,8%	15	27,8%	15	27,8%	9	16,7%	54	100,0%
mam obojętny stosunek	3	23,1%	2	15,4%	3	23,1%	5	38,5%	13	100,0%
nie zależy mi na tym	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
Ogółem	55	31,3%	33	18,8%	50	28,4%	38	21,6%	176	100,0%

$\chi^2(9) = 10,27; p = 0,33$

Źródło: opracowanie własne.

Jak się okazało, badani najczęściej (108 osób, 61%) uważają, że ekspozycja dorobku artystycznego jest wydarzeniem ważnym i oczekiwanym. Duża część (54 osób, 31%) traktuje to jako normalny element w życiu. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między przedstawicielami poszczególnych rodzajów niepełnosprawności.

Tabela 27. Nagrody i wyróżnienia dorobku artystycznego badanych osób

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tak	47	37,6%	20	16,0%	36	28,8%	22	17,6%	125	100,0%
nie	8	15,7%	13	25,5%	14	27,5%	16	31,4%	51	100,0%
Ogółem	55	31,3%	33	18,8%	50	28,4%	38	21,6%	176	100,0%

$\chi^2(3) = 10,51; p = 0,01$

Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowana większość badanych osób z niepełnosprawnością została doceniona w formie nagród i wyróżnień za swoją twórczą działalność. Istotne różnicowanie widoczne jest między grupami osób z niepełnosprawnością. Znacznie rzadziej doceniane były osoby z zaburzeniami psychicznymi (22 osoby,

12%) i z uszkodzonym narządem słuchu (20 osób, 11%), częściej osoby niewidome i niedowidzące (47 osób, 27%) oraz z dysfunkcją narządu ruchu (36 osób, 20%).

Tabela 28. Wartości sztuki badanych osób

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
wzbogacenie wiedzy z zakresu określonej dziedziny sztuki	30	45,5%	7	10,6%	19	28,8%	10	15,2%	66	100,0%
rozwój umiejętności z zakresu uprawianej dziedziny sztuki	9	29,0%	7	22,6%	9	29,0%	6	19,4%	31	100,0%
odkrycie nowych możliwości w działalności twórczej	1	10,0%	2	20,0%	5	50,0%	2	20,0%	10	100,0%
odkrycie nowych zdolności i talentów	6	25,0%	7	29,2%	5	20,8%	6	25,0%	24	100,0%
rozwój wrażeń i doznań estetycznych	3	25,0%	0	0,0%	5	41,7%	4	33,3%	12	100,0%
wszechstronność, orientacja w rzeczywistości	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	2	100,0%
odpoczynek i relaks	5	17,9%	9	32,1%	6	21,4%	8	28,6%	28	100,0%
ekspresja i twórcza rozrywka	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	2	100,0%
inne	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
Ogółem	55	31,3%	33	18,8%	50	28,4%	38	21,6%	176	100,0%

$\chi^2(24) = 30,92; p = 0,16$

Źródło: opracowanie własne.

Jak wskazują uzyskane dane (tabela 28.) połowa badanych twórców z niepełnosprawnością uważa, że ich działalność artystyczna pozwala im na rozwinięcie wiedzy i umiejętności z określonej dyscypliny sztuki. Oprócz tego, często zwracają uwagę na rozwój odpoczynek i relaks (28 osób, 16%) oraz odkrywanie nowych zdolności i talentów (24 osób, 13%).

Tabela 29. Wpływ sztuki na postrzeganie siebie badanych osób

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
akceptacje siebie, własnych ograniczeń	27	48,2%	7	12,5%	13	23,2%	9	16,1%	56	100,0%

zmniejszenie, odrzucenie poczucia odrębności	2	22,2%	2	22,2%	1	11,1%	4	44,4%	9	100,0%
zrozumienie własnych potrzeb, uczuć, emocji	3	17,6%	4	23,5%	6	35,3%	4	23,5%	17	100,0%
wyzwolenie się z kompleksów, negatywnych uczuć	0	0,0%	0	0,0%	7	77,8%	2	22,2%	9	100,0%
odzyskanie do siebie szacunku i zaufania	0	0,0%	2	50,0%	1	25,0%	1	25,0%	4	100,0%
uznanie swoich zdolności i umiejętności	6	24,0%	5	20,0%	11	44,0%	3	12,0%	25	100,0%
wzrost samooceny	2	20,0%	2	20,0%	3	30,0%	3	30,0%	10	100,0%
Ogółem	55	31,3%	33	18,8%	50	28,4%	38	21,6%	176	100,0%
$\chi^2(21) = 35,66; p = 0,02$										

Źródło: opracowanie własne.

Badani (56 osób, 32%) często uznają, że sztuka wpłynęła na akceptację siebie i własnych ograniczeń. Duża część badanych respondentów (25 osób, 14%) zwraca także uwagę na uznanie swoich zdolności i umiejętności. Otrzymane wyniki, w powyższej kategorii – wpływ sztuki na postrzeganie siebie – wskazują na różnice między badanymi grupami osób ze względu na rodzaj schorzenia. Respondenci z zaburzeniami psychicznymi częściej zwracają uwagę na zmniejszenie poczucia odrębności. Sztuka zatem staje się dla nich elementem spoiwa między ich środowiskiem a otoczeniem ludzi pełnosprawnych co potwierdzają badania H. Żuraw (2008), D. Otapowicz, A. Sakowicz-Boboryko, M. Bilewicz, D. Wyrzykowska-Koda (2016).

Tabela 30. Wpływ sztuki na postrzeganie przez rodzinę badanych osób

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
spowodowały uznanie mojej osoby	4	21,1%	6	31,6%	5	26,3%	4	21,1%	19	100,0%
wpłynęły na docenienie moich zdolności	13	27,7%	8	17,0%	17	36,2%	9	19,1%	47	100,0%
wzbudziły szacunek i zaufanie	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	2	100,0%
przyczyniły się do zrozumienia moich potrzeb, uczuć, emocji	1	20,0%	0	0,0%	2	40,0%	2	40,0%	5	100,0%
pozwoły na dostrzeżenie moich wartości mimo niepełnosprawności	1	12,5%	1	12,5%	5	62,5%	1	12,5%	8	100,0%

wpłynęły na poprawę relacji	2	66,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%	3	100,0%
wpłynęły na wsparcie znajomych, przyjaciół	1	16,7%	2	33,3%	2	33,3%	1	16,7%	6	100,0%
inne	32	37,2%	16	18,6%	19	22,1%	19	22,1%	86	100,0%
Ogółem	55	31,3%	33	18,8%	50	28,4%	38	21,6%	176	100,0%
$\chi^2(21) = 18,66; p = 0,61$										

Źródło: opracowanie własne.

W kategorii wpływ sztuki na postrzeganie przez najbliższe otoczenie osób z różnymi niepełnosprawnościami badani najczęściej (34 osób, 19%) podkreślają, że twórczość przyczynia się do podniesienia ich wartości w oczach innych i docenienia ich zdolności (52 osoby, 30%). Duża część badanych (58 osób, 32%) uważa również, że działalność artystyczna nie ma wpływu na ich postrzeganie. Występujące między grupami osób z niepełnosprawnością różnice wskazują, że osoby z zaburzeniami psychicznymi częściej zwracają uwagę na dostrzeżenie swojej wartości mimo niepełnosprawności.

Tabela 31. Wpływ sztuki na stan fizyczny badanych osób

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
wpływa na poprawę fizycznego samopoczucia	33	37,1%	14	15,7%	24	27,0%	18	20,2%	89	100,0%
złagodzi ból, cierpienie	2	28,6%	2	28,6%	3	42,9%	0	0,0%	7	100,0%
poprawia sprawność manualną	3	14,3%	5	23,8%	6	28,6%	7	33,3%	21	100,0%
wpływa na rozwój zmysłów	4	26,7%	2	13,3%	7	46,7%	2	13,3%	15	100,0%
inne	1	33,3%	0	0,0%	1	33,3%	1	33,3%	3	100,0%
nie ma wpływu	12	29,3%	10	24,4%	9	22,0%	10	24,4%	41	100,0%
Ogółem	55	31,3%	33	18,8%	50	28,4%	38	21,6%	176	100,0%
$\chi^2(15) = 12,36; p = 0,65$										

Źródło: opracowanie własne.

Połowa osób z niepełnosprawnością wskazuje na to, że aktywność twórcza wpływa pozytywnie na poprawę fizycznego samopoczucia. Grupa badanych twórców (ok. ¼) uważa jednak, że sztuka nie wpływa w ogóle na ich stan fizyczny.

Nie ma różnic w częstotliwości odpowiedzi między grupami badanych respondentów z różnymi rodzajami niepełnosprawności.

Tabela 32. Wpływ sztuki na stan psychiczny badanych osób

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
poprawia samopoczucie	44	38,6%	13	11,4%	35	30,7%	22	19,3%	114	100,0%
podnosi zadowolenie z siebie	4	14,3%	7	25,0%	8	28,6%	9	32,1%	28	100,0%
daje satysfakcję	2	20,0%	5	50,0%	2	20,0%	1	10,0%	10	100,0%
uwalnia od negatywnych emocji	1	25,0%	1	25,0%	1	25,0%	1	25,0%	4	100,0%
rozładowuje napięcia, niepokoje, lęki	0	0,0%	0	0,0%	2	50,0%	2	50,0%	4	100,0%
inne	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
nie ma wpływu	2	22,2%	5	55,6%	1	11,1%	1	11,1%	9	100,0%
Ogółem	55	31,3%	33	18,8%	50	28,4%	38	21,6%	176	100,0%

$\chi^2(21) = 33,97; p = 0,04$

Źródło: opracowanie własne.

Biorąc pod uwagę wpływ sztuki na stan psychiczny zdecydowana większość badanych (114 osób, 65%) uważa, że twórczość poprawia ich samopoczucie lub podnosi zadowolenie z siebie (28 osób, 16%). Przy czym ¼ osób z uszkodzonym narządem wzroku i dysfunkcjami ruchu (35 osób, 20%) częściej podkreśla poprawę samopoczucia, a osoby z zaburzeniami psychicznymi (22 osoby, 12%) wpływ na zadowolenie z siebie.

Tabela 33. Wpływ sztuki na osobowość badanych osób

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
umożliwia poznanie siebie	22	38,6%	9	15,8%	13	22,8%	13	22,8%	57	100,0%
ułatwia rozpoznanie swoich stanów psychicznych, emocji, uczuć, potrzeb	10	43,5%	1	4,3%	9	39,1%	3	13,0%	23	100,0%
umożliwia realizację siebie	13	36,1%	7	19,4%	11	30,6%	5	13,9%	36	100,0%

powoduje wzrost motywacji do działań	4	20,0%	4	20,0%	7	35,0%	5	25,0%	20	100,0%
powoduje wzrost poczucia siły do pokonywania trudności	0	0,0%	2	15,4%	6	46,2%	5	38,5%	13	100,0%
daje odczucie sprawczości i efektywności własnej	4	28,6%	3	21,4%	2	14,3%	5	35,7%	14	100,0%
nie ma wpływu	2	15,4%	7	53,8%	2	15,4%	2	15,4%	13	100,0%
Ogółem	55	31,3%	33	18,8%	50	28,4%	38	21,6%	176	100,0%
$\chi^2(18) = 30,09; p = 0,04$										

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z analizy danych, twórcy z niepełnosprawnością zwracają uwagę na wpływ sztuki na ich osobowość. Najczęściej objawia się on w możliwości poznania siebie i realizacji. Występujące istotne różnice między grupami osób z niepełnosprawnością wskazują, iż osoby z uszkodzonym narządem wzroku i dysfunkcjami narządu ruchu częściej zwracają uwagę na rozpoznawanie swoich stanów psychicznych, emocji, uczuć, potrzeb.

Tabela 34. Wpływ sztuki na aktywność badanych osób

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
przyczyniła się do podjęcia i realizacji nowych przedsięwzięć społecznych	17	50,0%	4	11,8%	7	20,6%	6	17,6%	34	100,0%
spowodowała powrót do pełnionych ról społecznych	1	6,3%	2	12,5%	6	37,5%	7	43,8%	16	100,0%
umożliwiła podjęcie nowych ról społecznych	3	16,7%	4	22,2%	5	27,8%	6	33,3%	18	100,0%
przyczyniła się do pojęcia współpracy i wzrostu aktywności w działaniach w środowisku lokalnym	11	30,6%	6	16,7%	15	41,7%	4	11,1%	36	100,0%
przyczyniła się do pojęcia współpracy i wzrostu aktywności w działaniach w środowisku pozalokalnym	1	25,0%	2	50,0%	1	25,0%	0	0,0%	4	100,0%
umożliwiła podjęcie inicjatywy	1	12,5%	2	25,0%	3	37,5%	2	25,0%	8	100,0%

w działaniach społecznych										
inne	0	0,0%	1	14,3%	6	85,7%	0	0,0%	7	100,0%
nie miała wpływu	21	39,6%	12	22,6%	7	13,2%	13	24,5%	53	100,0%
$\chi^2(21) = 42,32; p < 0,01$										

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby z niepełnosprawnością (34 osoby, 19,3%) najczęściej uważają, że dzięki twórczości zwiększyła się ich aktywność w działaniach w środowisku lokalnym oraz realizacji przedsięwzięć społecznych. Znaczna ilość badanych osób (57, 32%) podkreśla jednak, że uprawniana przez nie twórczość nie miała żadnego wpływu na ich aktywność. Istotne są przy tym różnice między grupami badanych twórców ze względu na ich niepełnosprawność. Osoby z zaburzeniami narządu wzroku częściej podkreślały wpływ na podejmowanie działań społecznych, a badani z zaburzeniami psychicznymi umożliwienie powrotu do pełnionych ról społecznych.

Tabela 35. Wpływ sztuki na kontakty społeczne osób

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
nawiązałam/łem nowe znajomości w środowisku lokalnym	32	34,0%	14	14,9%	31	33,0%	17	18,1%	94	100,0%
nawiązałem nowe znajomości poza miejscem zamieszkania	9	36,0%	4	16,0%	6	24,0%	6	24,0%	25	100,0%
odnowiłem/łam dawne kontakty	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
zawiązałem/łam trwałe przyjaźnie	0	0,0%	3	30,0%	5	50,0%	2	20,0%	10	100,0%
inne	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
nie miała wpływu	12	27,3%	12	27,3%	8	18,2%	12	27,3%	44	100,0%
Ogółem	54	30,9%	33	18,9%	50	28,6%	38	21,7%	175	100,0%
$\chi^2(15) = 18,20; p = 0,25$										

Źródło: opracowanie własne.

Jak się okazało, dla połowy badanych respondentów twórczość najczęściej umożliwia poznawanie nowych osób w środowisku lokalnym, a także poza miejscem zamieszkania (25 osób, 14%). Według 44 badanych twórców

z niepełnosprawnością twórczość nie wywarła żadnego wpływu na ich kontakty społeczne.

Tabela 36. Wpływ sztuki na pracę zawodową badanych osób

	Np. wzroku		Np. słuchu		Np. ruchu		Zaburzenia psychiczne		Ogółem		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
umożliwiła realizację wcześniejszych planów zawodowych	3	27,3%	4	36,4%	2	18,2%	2	18,2%	11	100,0%	
spowodowała podjęcie i realizację nowych zadań zawodowych	7	53,8%	2	15,4%	4	30,8%	0	0,0%	13	100,0%	
przyczyniła się do zmiany miejsca pracy	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	
zapewniła awans zawodowy	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	
inne	5	71,4%	0	0,0%	0	0,0%	2	28,6%	7	100,0%	
nie miała wpływu	39	27,3%	26	18,2%	44	30,8%	34	23,8%	143	100,0%	
Ogółem	55	31,3%	33	18,8%	50	28,4%	38	21,6%	176	100,0%	
$\chi^2(15) = 22,33; p = 0,09$							Źródło: opracowanie własne.				

Respondenci z niepełnosprawnością w zdecydowanej większości uznają, że twórczość nie ma żadnego wpływu na pracę zawodową (143 osoby, 81%). Ci, którzy dostrzegają związek, podkreślają, iż działalność artystyczna stwarza okazję do podejmowania nowych zadań zawodowych (13 osób, 7%) i realizację wcześniejszych planów związanych z pracą (11 osób, 6%). W badanej kategorii nie występują różnice między badanymi grupami osób z niepełnosprawnością.

Rozdział VI Postawy twórcze badanych osób i ich uwarunkowania

6.1. Postawy twórcze ANOVA

W pierwszym kroku analiz wykonano obliczenia mające na celu weryfikację różnic w zachowaniach twórczych wśród osób z niepełnosprawnością, które zajmują się twórczością.

Przeprowadzone badania ukazały statystyczne różnice między badanymi grupami twórców z niepełnosprawnością w zakresie trzech spośród czterech zmiennych twierdzeń skali KNAH: konformizmu ($F=3,462$; $p<0,05$), nonkonformizmu ($F=11,233$; $p<0,01$) i zachowań heurystycznych ($F=10,562$; $0<0,01$). Przy czym średni poziom konformizmu jest istotnie niższy wśród osób z niepełnosprawnością wzrokową w porównaniu z badanymi osobami z zaburzeniami psychicznymi, których poziom tej cechy jest także istotnie wyższy w porównaniu z badanymi z niepełnosprawnością ruchową.

Najwyższym poziomem nonkonformizmu charakteryzują się osoby z niepełnosprawnością wzrokową zajmujące się twórczością. Jest on istotnie wyższy niż w grupie osób z niepełnosprawnością słuchową, które cechują się najniższym nasileniem nonkonformizmu. Osoby z niepełnosprawnością wzrokową przejawiają także istotnie częściej zachowania nonkonformistyczne niż badani z niepełnosprawnością o podłożu psychicznym.

Poziom nonkonformizmu w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową jest istotnie wyższy niż wśród badanych z niepełnosprawnością słuchową oraz z zaburzeniami psychicznymi.

W przypadku zachowań algorytmicznych nie odnotowano istotnych różnic między grupami ($F=1,345$; $p>0,05$). Badani różnią się natomiast w nasileniu zachowań heurystycznych w zależności od rodzaju niepełnosprawności ($F=10,562$; $0<0,01$). Osoby z niepełnosprawnością wzrokową charakteryzują się najwyższym nasileniem tej cechy. Twórcy z dysfunkcją narządu wzroku istotnie częściej

przejawiają wysoką wrażliwość i zdolność w postrzeganiu, zapamiętywaniu, a głównie w przetwarzaniu i wytwarzaniu informacji nowych niż badani z niepełnosprawnością słuchową oraz z zaburzeniami psychicznymi. Te dwie ostatnie grupy charakteryzuje najsłabsze nasilenie zachowań heurystycznych. Jest ono u nich również istotnie niższe niż w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 37.

Tabela 37. Rodzaj niepełnosprawności a zachowania twórcze badanych osób – ANOVA

Kategorie	F°	P	Por. wewnątrzgrupowe					
			Gr. niepeł.	{1} 11,36	{2} 13,06	{3} 12,47	{4} 14,77	
Konformizm	3,461	0,018*	1	Np. wzroku		0,13573	0,291958	0,001889*
			2	Np. słuchu	0,13573		0,604429	0,144573
			3	Np. ruchu	0,291958	0,604429		0,035357*
			4	Zab. psych.	0,001889*	0,144573	0,035357*	
			Gr. niepeł.	{1} 11,36	{2} 13,06	{3} 12,47	{4} 14,77	
Nonkonformizm	11,233	0,000*	1	Np. wzroku		0,000008	0,221103	0,000011
			2	Np. słuchu	0,000008		0,00067	0,775133
			3	Np. ruchu	0,221103	0,00067		0,00104
			4	Zab. psych.	0,000011	0,775133	0,00104	
			Gr. niepeł.	{1} 20,95	{2} 14,83	{3} 19,45	{4} 15,222	
Zachowanie algorytmiczne	1,345	0,262	1	Np. wzroku		0,066619	0,848794	0,723791
			2	Np. słuchu	0,066619		0,098524	0,14397
			3	Np. ruchu	0,848794	0,098524		0,867395
			4	Zab. psych.	0,723791	0,14397	0,867395	
			Gr. niepeł.	{1} 16,39	{2} 14,40	{3} 16,20	{4} 16,02	
Zachowanie Heurystyczne	10,562	0,000*	1	Np. wzroku		0,000007	0,115624	0,000016
			2	Np. słuchu	0,000007		0,001767	0,686553
			3	Np. ruchu	0,115624	0,001767		0,004127
			4	Zab. psych.	0,000016	0,686553	0,004127	
			Gr. niepeł.	{1} 20,61	{2} 15,00	{3} 18,85	{4} 15,50	

* – $p < 0,05$; ~ – p zbliżone do istotności

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki badań wskazują na niski poziom w skali konformizmu, a tym samym wysoki poziom w skali nonkonformizmu u osób z niepełnosprawnością wzrokową. Niewidomi twórcy są zatem osobami

aktywnymi, niezależnymi, samodzielnymi, spontanicznymi, odpornymi i wytrwałymi w przeciwieństwie do osób z wadą słuchu zajmujących się twórczością, charakteryzujących się wysokim poziomem konformizmu. Osoby te cechuje zależność, pasywność, uległość, niska odporność i niskie poczucie wartości. Domniemywać należy, że owe cechy związane są ze specyfiką niepełnosprawności słuchowej i związaną z nią specyfiką porozumiewania się, która w znacznym stopniu ogranicza kontakty z otoczeniem. Jak wynika z badań i czego dowodzi praktyka życia, osoby z zaburzeniami psychicznymi parające się działalnością twórczą w skali konformizmu wykazują najwyższe wyniki. Można zatem domniemywać, że choroba psychiczna, stany lękowe, depresje kształtują w nich takie cechy jak: pasywność, sztywność adaptacyjną, sterowność, niesamodzielnność, defensywność oraz niskie poczucie wartości na wysokim poziomie. Potwierdzają to badania B. Kudłacik, T. Kucharczyk, B. Ryś (2019) i J. Ostrzyżeka, P. Gałęckiego, S. Wolniaka (2022).

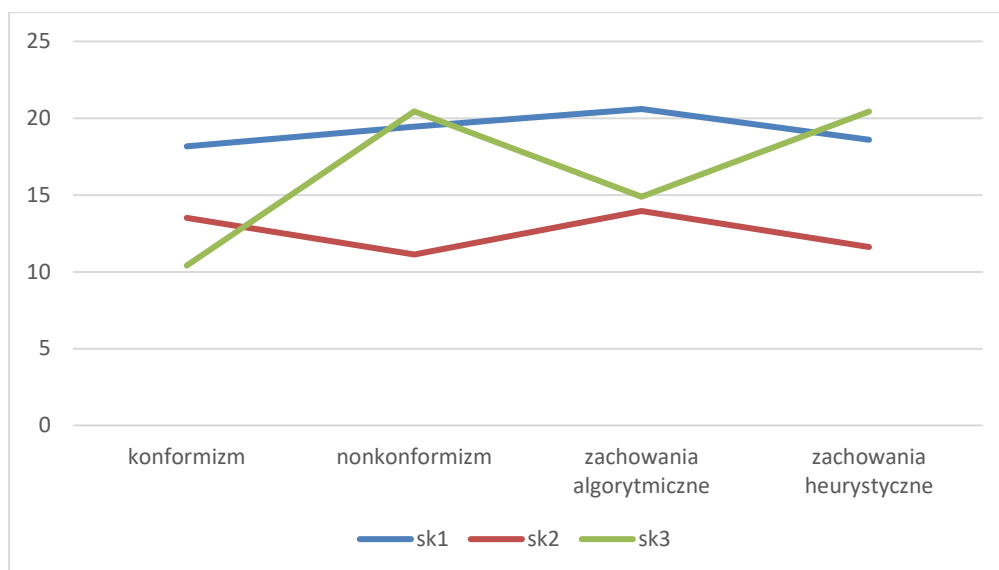
Ze sferą charakterologiczną ściśle wiąże się sfera poznawcza (zachowania heurystyczne). Adekwatnie niewidomi i słabowidzący twórcy wykazują się pamięcią logiczną, wyobraźnią wytwórczą, myśleniem dywergencyjnym, elastycznością intelektualną. Osoby zaś z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnością słuchową zajmujące się twórczością charakteryzuje słabe nasilenie powyższych cech.

Analiza skupień

Na podstawie uzyskanych wyników podjęto próbę sklasyfikowania badanych z uwagi na ich postawy twórcze, uwzględniając jednocześnie sferę poznawczą i charakterologiczną. Klasyfikacji dokonano metodą k-średnich. W wyniku analizy wyodrębniono trzy grupy:

- S1 -twórcy dostosowujący się/ adaptacyjni/ zachowawczy (N=38)
- S2 -twórcy niestabilni/ ambiwalentni (N=42)
- S3 -twórcy niezależni/ aktywni (N=96)

Wykres 1. Typy działalności twórczej osób z niepełnosprawnością



Źródło: opracowanie własne.

Osoby, które scharakteryzowano jako twórców dostosowujących się/adaptacyjnych, cechuje istotnie wyższy poziom konformizmu w porównaniu do dwóch pozostałych grup, ale także wysoki poziom nonkonformizmu. Badani ci wykazują częściej zachowania algorytmiczne, aniżeli heurystyczne.

Badani z drugiej wyodrębnionej grupy, scharakteryzowani jako twórcy niestabilni/ ambiwalentni mają na relatywnie niskim poziomie zachowania nonkonformistyczne. Silniejsze są u nich zachowania algorytmiczne niż heurystyczne.

Trzecią grupą są twórcy niezależni, aktywni. Zdecydowanie przeważają u nich zachowania nonkonformistyczne, a rzadko są spotykane w tej grupie zachowania konformistyczne. Cechują się także wysokim nasileniem zachowań heurystycznych.

Tabela 38. Typ postawy twórczej a zachowanie twórcze badanych osób – ANOVA

Kategorie	F°	P	Por. wewnątrzgrupowe				
			SK	{1} 18,17	{2} 13,51	{3} 10,41	
Konformizm	50,598	0,000*	1	S1		0,000001*	0,000000*
			2	S2	0,000001*		0,000065*
			3	S3	0,000000*	0,000065*	

Nonkonformizm	56,416	0,000*		SK	{1} 19,46	{2} 11,13	{3} 20,45
			1	S1		0,000000*	0,291095
			2	S2	0,000000*		0,000000*
			3	S3	0,291095	0,000000*	
Zachowanie Algorytmiczne	35,232	0,000*		SK	{1} 20,60	{2} 13,96	{3} 14,89
			1	S1		0,000000*	0,000000*
			2	S2	0,000000*		0,205281
			3	S3	0,000000*	0,205281	
Zachowanie Heurystyczne	62,259	0,000*		SK	{1} 18,60	{2} 11,61	{3} 20,43
			1	S1		0,000000*	0,028281*
			2	S2	0,000000*		0,000000*
			3	S3	0,028281*	0,000000*	

* – $p < 0,05$; ~ – p zbliżone do istotności

Źródło: opracowanie własne.

6.2. Zasoby osobiste/psychospołeczne przystosowanie ANOVA

6.2.1. Poczucie koherencji

Spośród czterech skal kwestionariusza poczucia koherencji w dwóch zanotowano istotne różnice między osobami z niepełnosprawnością zajmującymi się twórczością w zależności od rodzaju niepełnosprawności. To zróżnicowanie dotyczyło następujących wymiarów: poczucia sensowności i ogólnego poczucia koherencji.

Poczucie sensowności jest najsilniejsze w grupie osób z dysfunkcją narządu wzroku. Osoby te mają istotnie wyższe poczucie sensowności w porównaniu z badanymi z zaburzeniami psychicznymi. Ta druga grupa cechuje się najniższym poczuciem sensowności i jest ono także istotnie niższe niż wśród osób niepełnosprawnych ruchowo.

Ogólnie poczucie koherencji jest najwyższe wśród osób niepełnosprawnych wzrokowo, a najniższe w grupie badanych z niepełnosprawnością psychiczną. Dodatkowo poziom koherencji wśród osób z zaburzeniami psychicznymi jest istotnie niższy niż w grupie twórców niepełnosprawnych ruchowo.

Uczestnicy badania nie różnią się między sobą istotnie, jeśli chodzi o poziom zaradności ($F=1,887$; $p>0,05$) i pod względem poczucia zrozumiałości ($F=1,687$; $p>0,05$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 39.

Tabela 39. Rodzaj niepełnosprawności a poczucie koherencji badanych osób – ANOVA

Kategorie	F°	P	Por. wewnątrzgrupowe				
				{1}	{2}	{3}	{4}
PZR – poczucie zrozumiałości	1,687	0,172	Gr. niepeł.	{1} 43,92	{2} 41,40	{3} 42,28	{4} 38,63
			1 Np. wzrokowa		0,325913	0,456748	0,027657
			2 Np. słuchowa	0,325913		0,736411	0,317308
			3 Np. ruchowa	0,456748	0,736411		0,135473
			4 Zab. psych.	0,027657	0,317308	0,135473	
PS – poczucie sensowności	3,238	0,024*	Gr. niepeł.	{1} 47	{2} 44,7	{3} 46,1	{4} 40,474
			1 Np. wzrokowa		0,333431	0,659859	0,003502*
			2 Np. słuchowa	0,333431		0,562495	0,099491~
			3 Np. ruchowa	0,659859	0,562495		0,013282*
			4 Zab. psych.	0,003502*	0,099491~	0,013282*	
PZ – poczucie zaradności	1,887	0,134	Gr. niepeł.	{1} 41,764	{2} 40,433	{3} 41,42	{4} 37,316
			1 Np. wzrokowa		0,539855	0,853989	0,028458
			2 Np. słuchowa	0,539855		0,654892	0,182755
			3 Np. ruchowa	0,853989	0,654892		0,047243
			4 Zab. psych.	0,028458	0,182755	0,047243	
Koherencja Suma	2,828	0,040*	Gr. niepeł.	{1} 132,69	{2} 126,53	{3} 129,8	{4} 116,42
			1 Np. wzrokowa		0,32559	0,591527	0,005657*
			2 Np. słuchowa	0,32559		0,607895	0,134278
			3 Np. ruchowa	0,591527	0,607895		0,025151*
			4 Zab. psych.	0,005657*	0,134278	0,025151*	

* – $p<0,05$; ~ – p zbliżone do istotności

Źródło: opracowanie własne.

Specyfika egzystencjalności osób z niepełnosprawnością psychiczną z uwagi na ciągłą niestabilność emocjonalną i nawracające zaburzenia osobowości czyni trudnym określenie pozytywnie trwałego sensu życia. Stąd, jak potwierdzają powyższe badania, osoby z zaburzeniami psychicznymi charakteryzują się niskim poczuciem sensu życia szczególnie w wymiarze sensowności. Powracające w wielu przypadkach nawroty choroby w znacznym stopniu dezorganizują życie osób

z zaburzeniami psychicznymi, a przez to uniemożliwiają utrwalenie poczucia sensowności własnej egzystencji. Potwierdzenie owej tezy znajduje uzasadnienie w badaniach B. Kudłacik, T. Kucharczyk, B. Ryś (2009), Kudłacich, J. Ostrzyżek, P. Gałęcki, S. Wolniak (2022).

Pomimo trudnych doświadczeń życiowych, stopnia, zakresu niepełnosprawności, jak zauważa H. Ostrowska (1983), B. Szczepański (1998), znaczna liczba osób z dysfunkcją narządu wzroku posiada „dojrzałą radość życia”, afirmuje swoje życie, wierząc w jego celowość i wartość, rozwija własną osobowość. Stawiając czoło licznym ograniczeniom, będącym w dużej mierze wynikiem negatywnych postaw otoczenia wobec osób z niepełnosprawnością, osoby te wiążą poczucie sensu życia z wartościami o charakterze prospołecznym. Angażując się w różne działania społeczne, podkreślają pragnienie bycia potrzebnym i pożytecznym w społeczeństwie. Charakteryzują się swoistym poczuciem sensu życia, wyrażającym się w poszukiwaniu swego miejsca w społeczeństwie. Odczuwają przy tym prawo do życia „pełnego”, w którym nie eliminuje się, nie blokuje i nie rezygnuje się z oczekiwań, ale wbrew fizycznym ograniczeniom chce się tworzyć nowe zakresy działania, potwierdzające wartość życia i wartość człowieka.

Badani będący twórcami ambiwalentnymi cechują się istotnie niższym poczuciem zrozumiałości w porównaniu z twórcami niezależnymi/ aktywnymi ($F=5,259$; $p<0,05$). Podobna sytuacja dotyczy poczucia sensowności, które również jest istotnie wyższe w grupie twórców niezależnych w porównaniu z twórcami ambiwalentnymi ($F=8,307$; $p<0,05$) oraz poczucia zaradności ($F=9,947$; $p<0,05$). Poczucie zaradności twórców dostosowujących się jest istotnie wyższe w porównaniu z osobami zidentyfikowanymi jako twórcy ambiwalentni/ niestabilni.

Ogólnie koherencja jest najniższa wśród twórców niestabilnych, a najwyższa w grupie twórców niezależnych ($F=9,437$; $p<0,05$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 40.

Tabela 40. Typ postawy twórczej a poczucie koherencji badanych osób – ANOVA

Kategorie	F°	P	Por. wewnątrzgrupowe				
				SK	{1}41,21	{2}37,	{3}
PZR	5,259	0,006*		SK	{1}41,21	{2}37,	{3}
			1	S1		0,213211	0,116224
			2	S2	0,213211		0,001936*
			3	S3	0,116224	0,001936*	
PS	8,307	0,000*		SK	{1} 43,89	{2} 38,74	{3} 47,74
			1	S1		0,060009~	0,098017~
			2	S2	0,060009~		0,000091*
			3	S3	0,098017~	0,000091*	
PZ	9,947	0,000*		SK	{1} 41,28	{2} 34,00	{3} 42,56
			1	S1		0,002529*	0,52544
			2	S2	0,002529*		0,000021*
			3	S3	0,52544	0,000021*	
Koherencja Suma	9,437	0,000*		SK	{1} 126,39	{2} 110,39	{3} 135,36
			1	S1		0,024254*	0,135627
			2	S2	0,024254*		0,000029*
			3	S3	0,135627	0,000029*	

* – $p < 0,05$; ~ – p zbliżone do istotności

Źródło: opracowanie własne.

Jak wskazują przeprowadzone badania wszystkie wymiary koherencji: poczucie zrozumiałości, sensowności i zaradności jest niższe w grupie twórców ambiwalentnych w porównaniu z twórcami niezależnymi. Osoby z niepełnosprawnością zajmujące się działalnością twórczą aktywnie realizują swoje potencjalne możliwości poznawcze, są odważni, otwarci i wytrwali, osiągają zdecydowanie wyższy poziom poszczególnych wymiarów poczucia sensu życia. Odnajdują go mimo trudnych, często traumatycznych przeżyć, potrafią sobie doskonale radzić w nowych sytuacjach. Wydaje się, że uzasadnienia zasygnalizowanego stanu rzeczy należy upatrywać w psychospołecznym funkcjonowaniu osób mało samodzielnych, nieprzejawiających elastyczności intelektualnej, biernych. Częściowe potwierdzenie tego stanowiska odnajdujemy w badaniach prowadzonych przez P. Kuppersa (2019), C. Frizell, S. M. Chapman (2021). Uzyskane w nim rezultaty wskazują na rozbieżność między twórcami ambitnymi, samodzielnymi, aktywnymi a osobami z niepełnosprawnością zajmujących się działalnością artystyczną, które zaliczamy do grupy twórców ambiwalentnych.

Wyniki badań wskazują także, iż artyści dostosowujący się, charakteryzujący się biernością poznawczą, niską sprawczością w przetwarzaniu i konstruowaniu, zależnością, uległością, mają wyższe poczucie zaradności w porównaniu z twórcami ambiwalentnymi.

Jak dowodzą prezentowane badania i jak potwierdza praktyka życia ogólny wynik koherencji na wyższym poziomie występuje u niezależnych twórców, a na najniższym u twórców niestabilnych ambiwalentnych.

6.2.2. Samoocena

Poziom samooceny badanych różni się istotnie w zależności od rodzaju niepełnosprawności ($F=4,471$; $p<0,01$). Najwyższą samoocenę posiadają osoby z niepełnosprawnością wzrokową. Z kolei najniższy poziom tego aspektu jest wśród osób z zaburzeniami psychicznymi. Ponadto osoby z zaburzeniami psychicznymi mają również istotnie niższą samoocenę w porównaniu do osób z niepełnosprawnością ruchową. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 41.

Tabela 41. Rodzaj niepełnosprawności a samoocena badanych osób – ANOVA

Kategoria	F°	P	Por. wewnątrzgrupowe					
			Gr. niepeł.	{1} 32,07	{2} 30,03	{3} 30,73	{4} 27,91	
Samoocena	4,4711	0,004*	1	Np. Wzroku		0,083656	0,198508	0,000398*
			2	Np. słuchu	0,083656		0,558264	0,104781
			3	Np. ruchu	0,198508	0,558264		0,017636*
			4	Zab. psych.	0,000398*	0,104781	0,017636*	

* – $p<0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Liczne badania F. Wright (1965); A. Hulek (1969, 1974); H. Larkowej (1987); Wyszyńskiej (1987); J. Kirenko (2008, 2010), prowadzone na przestrzeni lat potwierdzają, iż poczucie niższej wartości w znacznym stopniu zależy od rodzaju i stopnia niepełnosprawności.

Reakcje jednostki poszkodowanej na zdrowiu, jak podkreślają przywołane wyżej eksploracje naukowe poszczególnych autorów, uwarunkowane są także

wpływem środowiska, pozycją społeczną osoby poszkodowanej na zdrowiu i postawami otoczenia wobec osób niepełnosprawnych. Stąd też można przypuszczać, że osoby z zaburzeniami psychicznymi charakteryzują się niższym niż pozostali (osoby z niepełnosprawnością wzrokową, słuchową, ruchową) poziomem samooceny. Jak wskazują przeprowadzone badania większość z nich posiada wykształcenie podstawowe i średnie, nie zajmuje przez to znaczących pozycji społecznych. Postawy zaś społeczne wobec osób z zaburzeniami psychicznymi są wciąż nacechowane negatywnie. Przy czym sam charakter choroby determinuje zaniżony obraz własnej osoby. Jak podkreśla A. Kwaśniewska (2006), J. Kirenko (2016), J. Niemiec (2018), tracąc pewną część siebie, osoba z niepełnosprawnością zaczyna się gubić i dezorganizować w sobie samej. Rozbieżność obrazu siebie w sensie psychicznym z zaistniałym stanem rzeczy przy utrzymującej się tendencji określania siebie na podstawie doświadczeń z przeszłości wpływa na ukształtowanie negatywnego, niekorzystnego dla rozwoju osobowości i przystosowania społecznego pojęcia osoby, wywołuje niskie poczucie własnej wartości, a tym samym zaniżoną samoocenę. Praktyka życia dowodzi, jak wskazuje K. Borkowski (2015), że osobom z zaburzeniami psychicznymi często towarzyszy odczuwanie negatywnych uczuć i emocji (smutku, żalu, depresji z powodu zaistniałej sytuacji; frustracji, poczucie osamotnienia i wyizolowania spowodowane niekiedy poważnym ograniczeniem uczestnictwa w życiu społecznym i towarzyskim lub koniecznością długotrwałego pobytu w szpitalu, poczucie braku nadziei i braku perspektyw spowodowane przeszkodami w realizacji własnych aspiracji i planów życiowych) wpływających na własne postrzeganie siebie.

Najwyższą samooceną cechują się twórcy niezależni. Poziom ich samooceny jest istotnie wyższy niż w grupie twórców dostosowujących się oraz twórców niestabilnych ($F=7,141$; $p<0,05$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 42.

Tabela 42. Typ postawy twórczej a samoocena badanych osób – ANOVA

Kategoria	F°	P	Por. wewnątrzgrupowe				
			skupienia	{1} 29,35	{2} 28,14	{3} 31,76	
Samoocena	7,141	0,001*	1	S1		0,32727	0,015724*
			2	S2	0,32727		0,000711*
			3	S3	0,015724*	0,000711*	

* – $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

6.2.3. Wsparcie społeczne

Wyniki analizy mającej na celu porównanie poziomu wsparcia społecznego otrzymywanego przez osoby z niepełnosprawnością, zajmujące się twórczością nie wykazały istotnych różnic w analizowanych obszarach.

Wszyscy badani ocenili na porównywalnym poziomie poczucie szczęścia, jakie im dają wskazane osoby ($F=0,622$; $p>0,05$). Również poziom poczucia bycia podziwianym i szanowanym przez wskazane osoby jest na zbliżonym poziomie, niezależnie od rodzaju niepełnosprawności badanych ($F=0,873$; $p>0,05$). W efekcie poziom emocji jaki odczuwają uczestnicy badania jest podobny ($F=1,150$; $p>0,05$).

Poziom afirmacji także nie różnicuje istotnie badanych niezależnie od rodzaju ich niepełnosprawności ($F=1,984$; $p>0,05$).

Ocena poziomu pomocy, jaką badani spodziewaliby się dostać od innych, jest na zbliżonym poziomie ($F=1,166$; $p>0,05$).

Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 43.

Tabela 43. Rodzaj niepełnosprawności a wsparcie społeczne badanych osób – ANOVA

Kategorie	F°	P	Por. wewnątrzgrupowe					
			Gr. niepeł.	{1} 22,69	{2} 18,64	{3} 21,89	{4} 19,88	
Jak bardzo ta osoba sprawia, że jesteś szczęśliwy?	0,622	0,602	1	NW		0,227629	0,780768	0,372558
			2	NS	0,227629		0,345668	0,736288
			3	NR	0,780768	0,345668		0,535813
			4	NP	0,372558	0,736288	0,535813	

Jak bardzo ta osoba sprawia, że czujesz się szanowany i podziwiany?	0,873	0,457	Gr. niepeł.	{1} 23,18	{2} 18,25	{3} 22,25	{4} 19,50	
			1	NW		0,126003	0,733136	0,223541
			2	NS	0,126003		0,225066	0,723334
			3	NR	0,733136	0,225066		0,375744
			4	NP	0,223541	0,723334	0,375744	
Emocje	1,15	0,331	Gr. niepeł.	{1} 45,87	{2} 36,89	{3} 44,38	{4} 39,38	
			1	NW		0,163842	0,786595	0,283643
			2	NS	0,163842		0,258269	0,724742
			3	NR	0,786595	0,258269		0,423076
			4	NP	0,283643	0,724742	0,423076	
Jak bardzo możesz tej osobie zaufać?	0,726	0,538	Gr. niepeł.	{1} 24,29	{2} 19,28	{3} 24,97	{4} 21,55	
			1	NW		0,140812	0,812408	0,391215
			2	NS	0,140812		0,103564	0,54174
			3	NR	0,812408	0,103564		0,298605
			4	NP	0,391215	0,54174	0,298605	
Jak bardzo ta osoba zgadza się z Twoimi poglądami i działaniami lub je popiera?	0,958	0,414	Gr. niepeł.	{1} 21,87	{2} 18,25	{3} 22,00	{4} 19,23	
			1	NW		0,248725	0,962148	0,371131
			2	NS	0,248725		0,245613	0,774921
			3	NR	0,962148	0,245613		0,363663
			4	NP	0,371131	0,774921	0,363663	
Afirmacja	1,984	0,119	Gr. niepeł.	{1} 46,16	{2} 37,53	{3} 46,97	{4} 40,79	
			1	NW		0,180008	0,881994	0,373828
			2	NS	0,180008		0,153735	0,64425
			3	NR	0,881994	0,153735		0,32107
			4	NP	0,373828	0,64425	0,32107	
Gdybyś potrzebował pożyczyć pieniądze na wizytę u lekarza, na ile możesz liczyć na pomoc tej osoby?	1,094	0,353	Gr. niepeł.	{1} 24,01	{2} 17,46	{3} 23,89	{4} 19,55	
			1	NW		0,045793	0,964391	0,14693
			2	NS	0,045793		0,056591~	0,559214
			3	NR	0,964391	0,056591~		0,171709
			4	NP	0,14693	0,559214	0,171709	
Gdy byłeś „przykuty” do łóżka przez długi czas, na ile ta osoba Ci pomogła?	1,591	0,194	G. niepeł.	{1} 19,32	{2} 15,67	{3} 21,29	{4} 17,35	
			1	NW		0,266522	0,482585	0,521766
			2	NS	0,266522		0,096890~	0,642229
			3	NR	0,482585	0,096890~		0,215654
			4	NP	0,521766	0,642229	0,215654	
Pomoc	1,166	0,324	Gr. niepeł.	{1} 43,34	{2} 33,14	{3} 45,19	{4} 36,91	
			1	NW		0,102474	0,728817	0,272064
			2	NS	0,102474		0,061085~	0,581768

			3	NR	0,728817	0,061085~		0,171247
			4	NP	0,272064	0,581768	0,171247	
Suma funkcjonalna	1,33	0,267		Gr. niepeł.	{1} 135,38	{2} 107,57	{3} 136,55	{4} 117,09
			1	NW		0,133329	0,940887	0,292498
			2	NS	0,133329		0,12823	0,639218
			3	NR	0,940887	0,12823		0,277828
			4	NP	0,292498	0,639218	0,277828	
Jak długo znasz tę osobę?	0,606	0,612		Gr. niepeł.	{1} 28,218	{2} 21,071	{3} 27,234	{4} 25,882
			1	NW		0,055283	0,756411	0,502855
			2	NS	0,055283		0,107408	0,238821
			3	NR	0,756411	0,107408		0,70701
			4	NP	0,502855	0,238821	0,70701	
Jak często zazwyczaj kontaktujesz się z tą osobą (telefonicznie, listownie lub bezpośrednio)?	0,622	0,602		Gr. niepeł.	{1} 22,927	{2} 19,107	{3} 22,34	{4} 21,471
			1	NW		0,194624	0,815405	0,59787
			2	NS	0,194624		0,285315	0,464594
			3	NR	0,815405	0,285315		0,760145
			4	NP	0,59787	0,464594	0,760145	

* – $p < 0,05$; ~ – p zbliżone do istotności

Legenda:

NW – niepełnosprawność wzroku

NS – niepełnosprawność słuchu

NR – niepełnosprawność ruchu

NP – niepełnosprawność psychiczna/zaburzenia psychiczne

Źródło: opracowanie własne.

Bezsprzeczny pozostaje fakt, iż twórcy z niepełnosprawnością, niezależnie od jej rodzaju, podobnie cenią sobie udzielne wsparcie. Wydaje się, że uzasadnienia zasygnalizowanego stanu rzeczy należy upatrywać w istocie niepełnosprawności i jej ograniczeniach. Jak podkreśla Karwowska (2011), nawet najsilniejsza i spójna jednostka nie jest w stanie bez pomocy i wsparcia sama sprostać wszystkim obowiązkom, pokonać trudu życia. Praktyka życia dowodzi również, iż konieczność wsparcia społecznego wynika z oczywistych okoliczności jakich doświadczają osoby z niepełnosprawnością, które wymagają wzmożonej kumulacji sił ukierunkowanych na przywrócenie względnej równowagi, zakłóconej faktem pojawienia się ograniczonej sprawności. Jak podkreśla Pommersbach (1988), Tjihuis i in. (1995) nasilenie obciążenia psychicznego, liczne sytuacje stresogenne motywują do poszukiwania pomocy, wsparcia u innych. Jak wynika z badań M. Szczygielska-Majewska, D. Żółkiewicz (2005), w początkowym okresie utraty

sprawności, niezależnie od jej rodzaju, istnieje największe zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne. Jak słusznie zauważa H. C. Kelman i A. Smith (1984), jest to okres, kiedy człowiek poszkodowany na zdrowiu zmagają się z dużymi trudnościami przystosowawczymi, traci kontakt z drugim i trzecim kręgiem społecznym, a największe środowisko wspierające stanowi rodzina.

Wyniki zestawione w tabeli 44. pokazują, że badani nie różnią się między sobą w zakresie oceny wsparcia społecznego w zależności od postawy twórczej. Odnotowano jednak różnice na poziomie tendencji statystycznej w zakresie sprawiania przez osobę wspierającą, że badani czują się szczęśliwi, a postawą twórców niestabilnych i niezależnych, gdzie odczuwanie wsparcia osoby wspierającej jest większe w grupie twórców niezależnych niż wśród niestabilnych ($F=1,814$; $p=0,071$).

Analiza wykazała również ocenę możliwości wsparcia osoby wspierającej w zakresie pożyczki pieniędzy w zależności od prezentowanej postawy twórczej ($F=2,831$; $p=0,062$). Twórcy niezależni w największym zakresie oceniają, że mogą liczyć na wsparcie finansowe osoby wspierającej, a najniższe poczucie w tym zakresie towarzyszy twórcom ambiwalentnym. Podobna obserwacja dotyczy odniesienia się do możliwości uzyskania pomocy od osoby wspierającej w przypadku bycia przykutym do łóżka ($F=2,838$; $p=0,062$). Odczuwanie tego typu wsparcia jest znacznie wyższe w grupie twórców niezależnych niż wśród twórców niestabilnych.

Wyniki uzyskiwane na skali pomocy są znacznie wyższe wśród twórców niezależnych niż w grupie twórców niestabilnych. Różnica między grupami jest istotna statystycznie ($F=3,083$; $p<0,05$).

Tabela 44. Typ postawy twórczej a wsparcie społeczne badanych osób – ANOVA

Kategorie	F°	P	Por. wewnątrzgrupowe				
Jak bardzo ta osoba sprawia, że jesteś szczęśliwy?	1,814	0,167		SK	{1} 21,25	{2} 18,03	{3} 23,83
			1	S2		0,393322	0,419776
			2	S3	0,393322		0,061925~
			3	S1	0,419776	0,061925~	
	2,687	0,071~		SK	{1} 20,64	{2} 17,22	{3} 24,04

Jak bardzo ta osoba sprawia, że czujesz się szanowany i podziwiany?			1	S2		0,351791	0,276921
			2	S3	0,351791		0,024786*
			3	S1	0,276921	0,024786*	
Emocje	2,272	0,107		SK	{1} 41,89	{2} 35,25	{3} 47,87
			1	S2		0,367085	0,3391
			2	S3	0,367085		0,037839*
			3	S1	0,3391	0,037839*	
Jak bardzo możesz tej osobie zaufać?	1,304	0,275		SK	{1} 23,00	{2} 19,45	{3} 24,51
			1	S2		0,354712	0,642336
			2	S3	0,354712		0,108814
			3	S1	0,642336	0,108814	
Jak bardzo ta osoba zgadza się z Twoimi poglądami i działaniami lub je popiera?	1,526	0,221		SK	{1} 21,14	{2} 17,16	{3} 22,20
			1	S2		0,261306	0,724741
			2	S3	0,261306		0,084078~
			3	S1	0,724741	0,084078~	
Afirmacja	1,447	0,239		SK	{1} 44,14	{2} 36,61	{3} 46,71
			1	S2		0,300432	0,677002
			2	S3	0,300432		0,091539~
			3	S1	0,677002	0,091539~	
Gdybyś potrzebował pożyczyć pieniądze na wizytę u lekarza, na ile możesz liczyć na pomoc tej osoby?	2,831	0,062*		SK	{1} 22,03	{2} 16,77	{3} 23,91
			1	S2		0,153039	0,54657
			2	S3	0,153039		0,018843*
			3	S1	0,54657	0,018843*	
Gdy byłeś „przykuty” do łóżka przez długi czas, na ile ta osoba Ci pomogła?	2,838	0,062*		SK	{1} 18,25	{2} 14,38	{3} 21,35
			1	S2		0,285622	0,313653
			2	S3	0,285622		0,019989*
			3	S1	0,313653	0,019989*	
Pomoc	3,083	0,049*		SK	{1} 40,28	{2} 31,16	{3} 45,27
			1	S2		0,190651	0,399964
			2	S3	0,190651		0,014460*
			3	S1	0,399964	0,014460*	
Suma funkcjonalna	2,31	0,103		SK	{1} 126,32	{2} 103,03	{3} 138,86
			1	S2		0,26804	0,448563
			2	S3	0,26804		0,033908*
			3	S1	0,448563	0,033908*	
Jak długo znasz tę osobę?	1,568	0,212		SK	{1} 24,10	{2} 22,77	{3} 28,17
			1	S2		0,745173	0,244875

			2	S3	0,745173		0,110178
			3	S1	0,244875	0,110178	
Jak często zazwyczaj kontaktujesz się z tą osobą (telefonicznie, listownie lub bezpośrednio)?	1,426	0,244		SK	{1} 20,60	{2} 19,51	{3} 23,62
			1	S2		0,736752	0,27609
			2	S3	0,736752		0,124823
			3	S1	0,27609	0,124823	

* – $p < 0,05$; ~ – p zbliżone do istotności

Źródło: opracowanie własne.

Rozdział VII Podsumowanie z dyskusją wyników badań

7.1. Działalność twórcza/zachowanie twórcze badanych osób z niepełnosprawnością

W niniejszej pracy zagadnienie twórczej działalności osób z niepełnosprawnością zostało rozpatrzone wieloaspektowo. Należy zauważyć, iż w dotychczasowej literaturze przedmiotu badacze w niewielkim stopniu koncentrowali się na psychospołecznych determinantach osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością.

Podstawą teoretyczną poczynionych rozważań stał się model postawy twórczej S. Popka. Na postawę twórczą według badacza składają się głównie dwie sfery: poznawcza i charakterologiczna. Sfera poznawcza wiąże się z możliwościami instrumentalnymi m.in. wysoką wrażliwością i zdolnością w postrzeganiu, zapamiętywaniu a głównie w przetwarzaniu i wytwarzaniu informacji nowych za sprawą wyobraźni, intuicji i myślenia dywergencyjnego. Została ona określona jako zachowanie heurystyczne, gdyż zakres jej pomiaru wykracza poza myślenie dywergencyjne. Cechy przeciwne wyznaczając typ konwergencyjny, określane są jako zachowania algorytmiczne. Drugą sferę stanowi zespół cech charakterologicznych, zapewniając aktywne realizowanie się potencjalnych możliwości poznawczych jednostki ludzkiej (Popok, s.23).

Proces działalności twórczej/zachowania twórczego kształtowany jest przez różnorodne czynniki usytuowane zarówno w jednostce, jak i w środowisku. Zalicza się do nich czynniki związane z samą niepełnosprawnością, czynniki socjometryczne a także warunki środowiskowe. Dlatego też w toku analiz empirycznych wzięto pod uwagę zależności pomiędzy zachowaniem twórczym a zasobami osobistymi, takimi jak: samoocena, poczucie sensu życia, wsparcie społeczne. Prowadzone analizy pozwoliły na wykazanie zależności pomiędzy działaniem twórczym/zachowaniem twórczym, a powyższymi zasobami osobistymi. Przyjęto również zmienną pośredniczącą: płeć i rodzaj niepełnosprawności.

Postawa twórcza rozumiana jest jako aktywny stosunek do świata i życia, wyrażający się potrzebą poznania i świadomego przetwarzania zastałej rzeczywistości, a także własnego „ja”.

Badane osoby z niepełnosprawnością mogły określić typ postawy twórczej w zakresie czterech jej czynników: konformizmu, nonkonformizmu, zachowania algorytmicznego, zachowania heurystycznego (Popek, 2000, s. 24).

Istotną kwestią przy podsumowaniu dotyczącym typu postawy twórczej było wyodrębnienie wśród badanych osób czterech rodzajów niepełnosprawności: wzrokowej, słuchowej, ruchowej i psychicznej.

Odpowiadając na pytanie badawcze oraz podsumowując analizy dotyczące typów postawy twórczej ujawnione przez osoby badane należy wskazać, iż najwyższym poziomem nonkonformizmu, a tym samym niskim poziomem konformizmu, wykazują się osoby z niepełnosprawnością wzrokową zajmujące się twórczością. Najniższym zaś osoby z zaburzeniami psychicznymi. Podobnie ma się sytuacja w przypadku nasilenia zachowania heurystycznego. Osoby z dysfunkcją wzroku znacznie częściej przejawiają wysoką wrażliwość i zdolność w wytwarzaniu nowych informacji niż badani twórcy z niepełnosprawnością słuchową czy psychiczną o wysokich wynikach w skali konformizmu. Jak wskazują badania (Beck, Alford, 2009) i potwierdza praktyka życia choroba psychiczna wywołując liczne stany lękowe, kształtując niską samoocenę, wywołując depresję powoduje wycofanie się danej osoby z aktywności i zabiera radość życia. Powyższe osoby przejawiają często pasywność, sztywność adaptacyjną, defensywność czy niesamodzielność.

Niewidomi zaś twórcy osiągając wysoki poziom nonkonformizmu i zachowań heurystycznych, co potwierdzają liczne eksploracje naukowe (Szczepański, 1998; Malinowska, 2017), charakteryzują się otwartością, niezależnością, spontanicznością, samodzielnością, wyobraźnią, myśleniem dywergencyjnym, elastycznością intelektualną w przeciwieństwie do osób z wadą słuchu i zaburzeniami psychicznymi. W tych grupach osoby powyższe cechy są na niskim poziomie. Osoby z wadą słuchu, ze względu na specyfikę porozumiewania się izolują się od reszty społeczeństwa. Są zachowawcze, wycofane, posiadają

negatywny obraz siebie, wykazują wysoki marginalizmu (Chrzanowska, 2015 za: Kobosko, 2009), podobnie jak osoby z niepełnosprawnością psychiczną u których stany depresji, zamknięcia, wycofania są częstymi sytuacjami charakterystycznymi dla danych zaburzeń psychicznych (Kudłacik, 2021; Wolniak, 2022).

7.2. Psychospołeczne uwarunkowania funkcjonowania/Zasoby osobiste badanych osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością

Kolejnym krokiem poczynionych analiz była odpowiedź na pytanie badawcze dotyczące wybranych uwarunkowań/korelatów funkcjonowania osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością (poczucia koherencji, samooceny, wsparcia społecznego). Podjęto próbę odpowiedzi na pytanie o poziom poczucia koherencji, samooceny, wsparcia społecznego osób z różnym rodzajem niepełnosprawności (wzrokowej, słuchowej, ruchowej i psychicznej).

Uzyskane rezultaty przeprowadzonych analiz wykazują, że badane osoby różnicują się w dwóch wymiarach poczucia koherencji: sensowności i ogólnego poczucia koherencji. Poczucie sensowności i ogólne poczucie koherencji jest najsilniejsze w grupie osób z dysfunkcją narządu wzroku. Osoby z zaburzeniami psychicznymi zaś cechują się najniższym poczuciem sensowności i jest ono także istotnie niższe niż wśród osób niepełnosprawnych ruchowo.

Specyfika egzystencjonalności osób z niepełnosprawnością psychiczną z uwagi na ciągłą niestabilność emocjonalną i nawracające zaburzenia osobowości czyni trudnym określenie pozytywnie trwałego sensu życia. Stąd, jak potwierdzają powyższe badania, osoby z zaburzeniami psychicznymi charakteryzują się niskim poczuciem koherencji szczególnie w wymiarze sensowności. Potwierdzenie owej tezy znajduje uzasadnienie w badaniach, B. Ryś (2009), P. Gałęcki, T. Kucharczyk B. Kudłacik (2021), S. Wolniak (2022), J. Ostrzyżek (2023).

Bez względu na stopień, zakres niepełnosprawności, jak podkreśla, w swoich badaniach, A. Ostrowska (1983), B. Szczepański (1998), E. Malinowska (2017) znaczna liczba osób z dysfunkcją narządu wzroku, afirmuje swoje życie,

wierząc w jego celowość i wartość. Stawiając czoło licznym ograniczeniom, osoby te wiążą poczucie koherencji z wartościami o charakterze prospołecznym. Angażują się w różne działania społeczne, podkreślają pragnienie bycia potrzebnym i pożytecznym w społeczeństwie. Charakteryzują się swoistym poczuciem sensu życia, wyrażającym się w poszukiwaniu swego miejsca w społeczeństwie. Odczuwają przy tym prawo do życia „pełnego”, w którym nie eliminuje się, nie blokuje się i nie rezygnuje z oczekiwań, ale wbrew fizycznym ograniczeniom chce się tworzyć nowe zakresy działania, potwierdzające wartość życia i wartość człowieka.

Bezsprzeczny pozostaje fakt jak podkreśla w swoich badaniach: J. Smith, L. Brown (2017), D. Miller, R. Thompson (2019), A. Johnson, P. Green (2020) uczestnictwo w aktywnościach twórczych przyczynia się do wzrostu poczucia koherencji. Osoby z niepełnosprawnością podkreślały, że to twórczość pomagała im w zrozumieniu i nadaniu sensu ich doświadczeniom związanym z niepełnosprawnością, co prowadziło do lepszego samopoczucia psychicznego i emocjonalnego. Analogiczne wnioski wskazują badania A. Nowak., P. Wiśniewskiego (2019), M. Lewandowskiego (2020) M. Garcia, R. Lopeza (2021), ukazując, iż twórcze wyrażanie siebie ma pozytywny wpływ na poczucie koherencji. Osoby z niepełnosprawnością twierdzą, że twórczość pomaga im w lepszym radzeniu sobie z wyzwaniami i nadaniu sensu swoim doświadczeniom. Uprawiana przez nich działalność artystyczna to sposób na zrozumienie siebie i swojej sytuacji życiowej, co prowadzi do większej spójności wewnętrznej i poczucia kontroli nad własnym życiem.

Kolejnym korelatem analizowanym w przeprowadzonym projekcie badawczym była samoocena. Przeprowadzone analizy ukazały, że iż poziom samooceny badanych różni się istotnie w zależności od rodzaju niepełnosprawności. Najwyższą samoocenę posiadają osoby z niepełnosprawnością wzrokową. Z kolei najniższy poziom tego aspektu występuje wśród osób z zaburzeniami psychicznymi.

Liczne badania F. Wright (1965); A. Hulka (1969, 1974); H. Larkowej (1987); Wszyńskiej (1987); J. Kirenko (2008, 2010), prowadzone na przestrzeni

lat, potwierdzają, iż poczucie niższej wartości w znacznym stopniu zależy od rodzaju i stopnia niepełnosprawności.

Reakcje jednostki poszkodowanej na zdrowiu, jak podkreślają przywołane wyżej eksploracje naukowe poszczególnych autorów, uwarunkowane są także wpływem środowiska, pozycją społeczną osoby poszkodowanej na zdrowiu i postawami otoczenia wobec osób niepełnosprawnych. Stąd też, można przypuszczać, że osoby z zaburzeniami psychicznymi charakteryzują się niższym niż pozostali (osoby z niepełnosprawnością wzrokową, słuchową, ruchową) poziomem samooceny. Jak wskazują przeprowadzone badania większość z nich posiada wykształcenie podstawowe i średnie, nie zajmuje przez to znaczących pozycji społecznych. Postawy zaś społeczne wobec osób z zaburzeniami psychicznymi są wciąż nacechowane negatywnie. Przy czym sam charakter choroby determinuje zaniżony obraz własnej osoby. Jak podkreśla K. Kwaśniewska (2006), L. Niemiec (2018) tracąc pewną część siebie osoba z niepełnosprawnością zaczyna się gubić i dezorganizować w sobie samej. Rozbieżność obrazu siebie, sensie psychicznym, z zaistniałym stanem rzeczy przy utrzymującej się tendencji określania siebie na podstawie własnej osoby z przeszłości wpływa na ukształtowanie negatywnego, niekorzystnego dla rozwoju osobowości i przystosowania społecznego pojęcia osoby. Wywołuje niskie poczucie własnej wartości, a tym samym zaniżoną samoocenę. Praktyka życia dowodzi jednocześnie, jak wskazuje Borkowski (2015) że osobom z zaburzeniami psychicznymi często towarzyszy odczuwanie negatywnych uczuć i emocji: smutku, żalu, depresji z powodu zaistniałej sytuacji; frustracji, poczucie osamotnienia i wyizolowania spowodowane niekiedy poważnym ograniczeniem uczestnictwa w życiu społecznym i towarzyskim lub koniecznością długotrwałego pobytu w szpitalu, poczucie braku nadziei i braku perspektyw spowodowane przeszkodami w realizacji własnych aspiracji i planów życiowych wpływających na własne postrzeganie siebie. Bezsporny pozostaje fakt, iż arteterapia zostaje uznana za skuteczną interwencję poprawie samooceny i dobrostanu psychicznego. Zaobserwowany stan rzeczy znajduje potwierdzenie w badaniach E. Wójcik (2017), A. Wilsona, J. Turnera (2018), A. Kowalskiej, P. Nowak (2020) M. Rodrigueza, S. Martineza (2020), T. Nguyen, H. Kwona (2021).

Jednocześnie należy podkreślić, na co wskazują eksploracje naukowe L. Thompson, C. Drew (2016), że osoby z niepełnosprawnością ruchową zaangażowane w twórczość artystyczną mają wyższą samoocenę w porównaniu do tych, które nie angażują się w takie aktywności. Twórczość artystyczna zostaje postrzegana jako sposób na wyrażanie siebie i radzenie sobie z wyzwaniami związanymi z niepełnosprawnością.

W toku badań przeprowadzono również analizę wsparcia społecznego. Przeprowadzone analizy wykazały, iż badani twórcy z niepełnosprawnością wzrokową, słuchową, ruchową, zaburzeniami psychicznymi ocenili na porównywalnym poziomie wszystkie wymiary wsparcia (poczucie szczęścia, jakie im dają wskazane osoby, poczucie bycia podziwianym i szanowanym przez wskazane osoby, poziom emocji jakie odczuwają uczestnicy badania, poziom afirmacji i pomocy).

Twórcy z niepełnosprawnością, niezależnie od jej rodzaju, podobnie cenią sobie udzielane wsparcie. Wydaje się, że uzasadnienia zasygnalizowanego stanu rzeczy należy upatrywać w istocie niepełnosprawności i jej ograniczeniach. Jak podkreśla D. Karwowska (2011), nawet najsilniejsza i spójna jednostka nie jest w stanie bez pomocy i wsparcia sama sprostać wszystkim obowiązkom, pokonać trudu życia. Praktyka życia dowodzi również, iż konieczność wsparcia społecznego wynika z oczywistych okoliczności jakich doświadczają osoby z niepełnosprawnością, które wymagają wzmożonej kumulacji sił ukierunkowanych na przywrócenie względnej równowagi, zakłóconej faktem pojawienia się ograniczonej sprawności. Jak podkreśla C. S. Pommersbach (1998), nasilenie obciążenia psychicznego, liczne sytuacje stresogenne motywują do poszukiwania pomocy, wsparcia u innych. Jak wynika z badań A. Kulik (1992), B. Grochmal (1994), J. Kirenko (1995), M. Szczygielska-Majewska (2013), D. Żółkiewicz (2018) w początkowym okresie utraty sprawności, niezależnie od jej rodzaju, istnieje największe zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne. Jak słusznie zauważa Kelman i Szmidt (1984) jest to okres, kiedy człowiek poszkodowany na zdrowiu zmagają się z dużymi trudnościami przystosowawczymi, traci kontakt z drugim i trzecim kręgiem społecznym, a największe środowisko wspierające stanowi rodzina. P. Kowalczyk (2019), A. Zalewska (2020)

podkreślają w swoich badaniach, iż wsparcie rodziny, przyjaciół twórców z niepełnosprawnością jest kluczowe dla ich artystycznych sukcesów i poczucia spełnienia. Natomiast E. Kamińska (2016), M. Wiśniewska (2017), M. L. Wehmeyer (2018), J. C. Watson (2019) w swoich eksploracjach naukowych potwierdzają wagę udzielanego emocjonalnego wsparcia społecznego, które znacząco wpływa na samopoczucie i rozwój twórczy

7.3. Analiza zależności pomiędzy uwarunkowaniami/korelatami funkcjonowania a zachowaniem twórczym badanych osób

Następnym etapem badań po przeprowadzeniu analiz dotyczących zachowań twórczych i poszczególnych korelatów psychospołecznego funkcjonowania (koherencji, samooceny, wsparcia społecznego) badanych osób z niepełnosprawnością była analiza relacji pomiędzy przedmiotem badań (zachowaniem twórczym) a uwzględnionymi w toku badań zmiennymi niezależnymi. W ten sposób weryfikowano hipotezy dotyczące pozytywnej zależności pomiędzy zachowaniem twórczym a uwarunkowaniami psychospołecznego funkcjonowania badanych osób niepełnosprawnością zajmujących się twórczością.

Weryfikując przyjęty model analiz zakładający udział psychospołecznych korelatów funkcjonowania w ustaleniu typu/rodzaju zachowań twórczych, uzyskano rezultaty potwierdzające początkowe przypuszczenia. W toku badań dowiedziono bowiem, że przyjęte zmienne niezależne mają znaczenie w określeniu typu /rodzaju zachowania twórczego. Należy jednak zauważyć różnorodność konfiguracji zmiennych w wyjaśnieniu poszczególnych zachowań twórczych.

7.4. Ograniczenia i trudności badań empirycznych

Przeprowadzone badania dostarczają rzetelnej wiedzy na temat zachowań twórczych osób z niepełnosprawnością a także ukazują znaczenie wybranych uwarunkowań/korelatów funkcjonowania osób z niepełnosprawnością

zajmujących się twórczością. Przeprowadzone zostały one w paradygmacie ilościowym. Zgodnie z jego założeniami zostały wykorzystane statystyki umożliwiające dość jednoznaczną interpretację zachowań twórczych i ich uwarunkowań osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością. Uzyskane rezultaty badań pokazały złożoną naturę zachowań twórczych osób z różnym rodzajem niepełnosprawności. Mimo dokonanego podziału na osoby z niepełnosprawnością wzrokową, słuchową, ruchową, zaburzeniami psychicznymi przeprowadzone badania nie są wolne od ograniczeń i trudności, które wynikają zarówno z charakteru, jak i złożoności analizowanego zjawiska (zachowania twórcze są procesem dynamicznym), a także z przyjętej strategii badawczej. Za najważniejsze należy uznać następujące ograniczenia i trudności:

1. Podział osób badanych ze względu na rodzaj niepełnosprawności (niepełnosprawność wzrokowa, słuchowa, ruchowa, zaburzenia psychiczne) dostarczył tylko pewnego wyjaśnienia natury ich działalności twórczej. Z pewnością uwzględnienie czasu powstania niepełnosprawności (niepełnosprawność wrodzona, nabyta) związanego z każdym rodzajem niepełnosprawności ukazałby więcej różnic w zakresie działalności twórczej, a także znaczenia psychospołecznych uwarunkowań dla poszczególnych rodzajów niepełnosprawności. Należałoby też uwzględnić w grupie osób badanych wpływ poszczególnych zmiennych socjodemograficznych (wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania) na przebieg procesu twórczego w obrębie poszczególnych rodzajów niepełnosprawności.
2. Poprzeczny charakter przeprowadzonych badań uniemożliwia dostrzeżenie zmian w procesie działalności twórczej. Wśród osób z poszczególnymi rodzajami niepełnosprawności nie uwzględniono także zmiennej w postaci czasu trwania niepełnosprawności. Szczególnie istotne znaczenie ma to w przypadku osób z nabytymi ograniczeniami.
3. Wyniki zaprezentowanych badań pozwalają zrozumieć powiązania pomiędzy zachowaniami twórczymi a wybranymi psychospołecznymi uwarunkowaniami tylko w pewnym stopniu – wyjaśniają fragmenty funkcjonowania osób z niepełnosprawnością. Kontynuując pracę badawczą, można byłoby uwzględnić zależności pomiędzy zachowaniami twórczymi a radzeniem sobie

w sytuacjach trudnych lub oceną niepełnosprawności. Interesujące byłoby także sprawdzenie zależności pomiędzy działalnością twórczą a realizacją postawionych sobie celów życiowych, a także szeroko pojętym rozwojem osobistym osób z różnymi rodzajami niepełnosprawnościami.

4. Strategia analiz ilościowych przyjęta w niniejszej dysertacji zorientowana jest na zweryfikowanie, opis i wyjaśnienie badanego zjawiska. Badania jakościowe z pewnością uzupełniłyby uzyskaną dotąd wiedzę o niepowtarzalne informacje dotyczące zachowań twórczych osób z niepełnosprawnością. Ponadto mogłyby przyczynić się do rozumienia wielu szczegółów dotyczących poszczególnych uwarunkowań funkcjonowania osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością.
5. Trudność w dostępie do rozproszonej po całej Polsce osób grupy badawczej. Brak ewidencji osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością, duże rozproszenie instytucji zajmującymi się tymi osobami na terenie całego kraju sprawiły, że trudno było dotrzeć do osób odpowiadających kryteriom. Niezbędne więc stało się szerokie poszukiwanie za pośrednictwem różnego rodzaju instytucji: organizacji, fundacji i stowarzyszeń itp. m.in.: TNK, PZN, WOAK – Białystok, Warszawa, Lublin, Kraków Spółdzielnia Niewidomych – Naprzód, Związek Polskich Artystów, Galeria Twórców Nieprofesjonalnych, Warsztaty Terapii Zajęciowej Start – Białystok, Dobroczynne Stowarzyszenie Wolontariusz, Krajowe Centrum Kultury – Kielce, Fundacja Sztuka Osób Niepełnosprawnych – Kraków, TWK – Wrocław, Szczecin, AMUN – Racibórz, Dom Pomocy Społecznej – Białystok, Lublin, Toruń. Przebadano 176 osób. Byli to zatem mieszkańcy Białegostoku, Warszawy, Krakowa, Lublina, Torunia, Kielc, Szczecina Grudziądza. Stąd badania okazały się bardzo czasochłonne, wymagały pokonywania dużych odległości i wielodniowych pobytów w miejscach zamieszkania i na turnusach artystycznych badanych respondentów.
6. Niezbędna adaptacja narzędzi badawczych. Konieczne okazało się specjalistyczne dostosowanie narzędzi badawczych ze względu na ograniczenia wynikające z niepełnosprawności – niepełnosprawność wzrokowa (osoby niewidome i niedowidzące).

7. Wywiady z osobami, które miały problem z wysławianiem się (niepełnosprawność m.in. dziecięce porażenie mózgowie) czy zaburzenia neurotyczne i lękowe (zaburzenia psychiczne).

7.5. Implikacje poznawcze przeprowadzonych badań i postulaty dla praktyki rehabilitacyjnej

Działalność artystyczna jawi się jako ważny element w życiu osób z niepełnosprawnością. Niesie za sobą szereg pozytywnych wartości. Istotne przy tym staje się włączanie osób niepełnosprawnych w środowisko twórców zdrowych, ale także uwrażliwianie otoczenia na potrzeby osób poszkodowanych na zdrowiu.

W postulowanym modelu działalności artystycznej osób z niepełnosprawnością można uznać za pilne wprowadzenie i przestrzeganie określonych reguł postępowania pedagogicznego:

- konstruować strategię promocji kultury artystycznej na zasadach profesjonalizmu, równości stosowania kryteriów i warunków prezentacji wytworu sztuki. Unikać wszelkich elementów sensacyjności oraz nieracjonalnych emocji, wywołujących poczucie żalu, litości, żalu, nieuzasadnionej wyrozumiałości odbioru dzieła,
- zapewnić dostęp do informacji w zakresie poznania specyfiki potrzeb osób z niepełnosprawnością parających się działalnością twórczą, ich indywidualnych parametrów rozwoju artystycznego, indywidualnych zainteresowań i zamiłowań, a nade wszystko równego usytuowania kompetencji artystycznych w środowisku twórczym,
- prezentować w praktyce wiedzę o odrębności w zakresie uprawianej aktywności artystycznej osób z niepełnosprawnością jako podmiotu współdziałającego w środowisku twórczym, o sposobach ich realizowania się w warunkach interakcji w obszarze działań artystycznych (inicjowanie interakcji, innowacyjność w formach komunikacji, indywidualność biegu pracy twórczej w jej koordynacji z aktywnością innych osób w otoczeniu twórczym),

- zapewnić systematyczność promocji realizacji przejawianych i realizowanych umiejętności, zdolności, osiągnięć twórczych, zarówno w środowisku lokalnym, jak i poza nim, z uwzględnieniem prawa do równorzędności upowszechnionej prezentacji,
- zagwarantować prawo do swobodnego wyboru form promocji aktywności własnej artysty, wyboru ofert zaistnienia estradowego lub twórczego, szukania różnych możliwych, atrakcyjnych sposobów realizacji własnej, indywidualnej oceny osiągniętego wyniku pracy artystycznej,
- tworzyć klimat akceptacji, empatii, profesjonalizmu w relacjach z mistrzem oraz środowiskiem twórczym, umożliwiającą udzielenie odpowiedniego wsparcia organizacyjnego, merytorycznego i psychicznego,
- konstruować strategię promocji kultury artystycznej w oparciu o zasadę poszanowania wolności i autonomii artysty, umożliwiającej rozwój jego wszelkich możliwości,
- uzasadnić przykładem oddziaływania i współpracy sens oraz potrzebę obecności kultury artystycznej osób z niepełnosprawnością w szerszym otoczeniu publicznym.

Uprawianie działalności twórczej osób z niepełnosprawnością ma w efekcie zapewnić powszechność zaznaczenia obecności tych artystów w otoczeniu, zaakceptowania ich równego udziału w poszerzaniu dziedzictwa kulturalnego, a także podmiotowego pielęgnowania wartości własnej aktywności w efekcie społecznej obecności według kulturowo uformowanych wzorców doświadczania. Powinno się to dziać w imię autokreacji indywidualnych wartości twórczych artysty z niepełnosprawnością. Realizacja tego zadania nie może jednak być celem samym w sobie lecz spełnieniem jednego z wielu warunków koniecznych do poprawy społecznej i kulturowej aktywnie uprawiających sztukę osób, dotychczas marginalizowanych i izolowanych. Wyznacznikiem objęcia troską przez środowiska tak widzianej aktywności artystycznej powinno stać się powszechne uznanie kulturowego wymiaru rozwoju tych jednostek wraz z ich dokonaniem. Jednocześnie zadbać należy o umocnienie i wzbogacenie odrębności w całej zbiorowości kulturowej, powszechne rozszerzenie czynnego uczestnictwa osób

z niepełnosprawnością w kulturze i sztuce, upowszechnienie działań rozwijających ich międzynarodową współpracę w kulturze.

Ważnymi instytucjami uwrażliwiania środowiska aktywnością osób z niepełnosprawnością w nowym duchu powinny stać się szkoła oraz różne instytucje zajmujące się kulturą i sztuką. Ich programy winny uwzględniać: zagadnienia uświadamiania, nauczania, doinformowania, rozwijania twórczego uczniów w obszarze zagadnień związanych z problematyką niepełnosprawności, a także wskazywać liczne możliwości i osiągnięcia twórcze tej grupy osób.

Działalność artystyczna osób z niepełnosprawnością pozostaje w ścisłym związku z procesem sublimowania aktywności kulturowej wszystkich ludzi, czyli wspólnego uczestnictwa w świecie kultury, ich wspólnego definiowania, interpretowania, odczytywania. Tym samym środowisko, uwzględniając fakt współistnienia w kulturze osób z niepełnosprawnością, winno przejmować odpowiedzialność za ich edukację ogólną oraz kulturalną.

Działalność twórcza osób z niepełnosprawnością i uwrażliwienie ich najbliższego środowiska chroni osoby z dysfunkcją przed wyobcowaniem, izolacją, wykluczeniem oraz przedstawianiem fałszywego wizerunku o ich aktywności, formach udziału, rzeczywistych wynikach i osiągnięciach artystycznych.

Twórcza obecność osób poszkodowanych na zdrowiu może spowodować zwiększenie motywacji do identyfikacji osobowej osób z niepełnosprawnością, rozwijać potrzebę autokreacji, aktywizacji w samorealizacji twórczej, przeciwdziałać bierności. Wymaga to ogromnego wysiłku i wkładu edukacyjnego, pedagogicznego oraz terapeutycznego całego otoczenia osób z niepełnosprawnością opartego na procesie wspomaganie w stosownie przygotowanej strategii dążeń, planów, zamiarów, oczekiwań, płaszczyzny komunikacji i rzeczywistej akceptacji. Niezbędna staje się więc odpowiednia animacja środowiska kultury i sztuki, alternatywnych inicjatyw społecznych i środowiskowych, a wszelkie działania w tym zakresie powinny mieć charakter stały, pozbawiony wpływu politycznego czy uznaniowego oraz tendencji medialnego zaistnienia.

Uzyskane wyniki winny zatem znaleźć odzwierciedlenie w procesie rehabilitacji społecznej oraz edukacji osób z niepełnosprawnością. Istotne wydaje się przy tym położenie nacisku na rozwój pozytywnej, stabilnej samooceny, silnego poczucia koherencji i wsparcia społecznego już od najwcześniejszych lat edukacji. Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością powinny w procesie edukacji rozwijać w sobie przekonanie, że są wystarczająco dobre, mogą odnosić sukcesy – tu szczególnie w działalności twórczej, mogą wyznaczać cele i realizować je w wybrany przez siebie, konkretny sposób, mogą podejmować różne wyzwania i sprostać tym wyzwaniom dzięki posiadanym zasobom. Uczniowie powinni doświadczać skutków pomiędzy swoim działaniem a ich następstwami, przed którymi nie można ich nadmiernie chronić. Ponadto należy u uczniów z niepełnosprawnością kształtować poczucie, że świat jest przewidywalny, zrozumiały i że warto angażować się w zadania, które niesie ze sobą życie. Szczególną rolę mogą odegrać w tym procesie programy profilaktyczne i psychoedukacyjne.

Niezbędne wydaje się także wdrażanie wspomnianej tematyki do procesu rehabilitacji społecznej i zawodowej dorosłych osób z niepełnosprawnością, zwłaszcza wśród osób, u których poziom badanych zasobów zostanie rozpoznany jako niski.

Pozytywnie identyfikowana i wspierana działalność twórcza osób z niepełnosprawnością, aby osiągnęła możliwy i realny wymiar współistnienia w środowisku, ma szansę zaistnieć tylko wówczas, gdy zatryumfuje akceptacja zbiorowa, dojrzała wola całego otoczenia. Takie uznanie na drodze pedagogicznego oddziaływania pozwoli na przekazywanie z pokolenia na pokolenie właściwych wzorców współtworzenia kultury i sztuki.

Zakończenie

Przeprowadzona analiza procesu zachowań twórczych/działalności twórczej wskazuje na fakt, że jest to zjawisko złożone i wieloaspektowe. Zagadnienie twórczości pojawia się nie tylko w rozważaniach psychologów czy pedagogów, ale także socjologów i filozofów. Istnieje wiele stosowanych pojęć twórczości. Jednakże według przyjętych kryteriów teoretycznych w niniejszych badaniach twórczość-działalność twórcza definiowana jest jako aktywny stosunek do świata i życia, wyrażający się potrzebą poznania i świadomego przetwarzania zaistniałej rzeczywistości, a także własnego „ja” (patrz transgresyjna koncepcja osobowości Popek, 2000, s.24). Postawa twórcza składa się z 4 komponentów: zachowania algorytmicznego, zachowania heurystycznego, konformizmu, nonkonformizmu.

Dotychczas nie doczekano się jednak wielu rozbudowanych badań empirycznych poświęconych tej tematyce, dlatego niektóre aspekty uwzględnione w tej pracy zostały ograniczone jedynie do prezentacji wyników – ze względu na deficyt opracowań trudno było je konfrontować z innymi dociekaniem badawczymi.

Celem badawczym niniejszej dysertacji było określenie charakteru zależności pomiędzy psychospołecznymi determinantami a typami postawy twórczej dorosłych osób z niepełnosprawnością wzrokową, słuchową, ruchową i zaburzeniami psychicznymi zajmujących się twórczością. Uzyskane rezultaty badawcze potwierdziły trafność doboru psychospołecznych korelatów osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością, ukazując ich powiązania ze zmienną zależną.

Zaprezentowane dane pozwalają stwierdzić, że w grupie osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością przewagę liczbową stanowią kobiety. Wiek i poziom wykształcenia badanych osób wskazuje, że są to ludzie w średnim wieku, z wykształceniem średnim, w stanie wolnym, zamieszkujący miasta.

Na podstawie analiz typów postawy twórczej można twierdzić, że osoby z niepełnosprawnością zajmujące się twórczością to, w dużej mierze, osoby

niezależne, aktywne, oryginalne, samodzielne, odważne, odporne i ekspresyjne. Charakteryzując się wytwórczą wyobraźnią, dywergencyjnym myśleniem, elastycznością intelektualną są potencjalnie uzdolnione do twórczości artystycznej. Porównywalną liczebność grup stanowią twórcy niepełnosprawni dostosowujący się/adaptacyjni i twórcy niestabilni/ambiwalentni. Są wśród nich osoby z niepełnosprawnością o stosunkowo niskim nonkonformizmie, myśleniu dywergencyjnym, uczące się rekonstruktywnie i samodzielnie poprzez rozumowanie o znacznej aktywności poznawczej, refleksyjności i samodzielności i twórcy o nastawieniu kopiującym i reprodukcyjnym tj. spostrzegawczości kierowanej, pamięci mechanicznej, wyobraźni odtwórczej lecz jednocześnie cechujące się wyższym poziomem nonkonformizmu w stosunku do dwóch pozostałych grup, ale także wysokim poziomem konformizmu.

Biorąc pod uwagę rodzaje niepełnosprawności przewagę wśród twórców o wysokim poziomie nonkonformizmu i wykazujące zachowania heurystyczne stanowią osoby z wadą wzroku, zajmujące się twórczością, w przeciwieństwie do osób niesłyszących i słabosłyszących prezentujących się na wysokim poziomie konformizmu. Twórcy z zaburzeniami psychicznymi, parające się działalnością twórczą, w skali konformizmu osiągają najwyższe wyniki. Obie powyższe grupy, w przeważającej większości, prezentują zachowania algorytmiczne.

Na podstawie analiz typów postawy twórczej można twierdzić, niezależnych twórców z niepełnosprawnością cechuje najwyższa samoocena. Poziom samooceny jest istotnie wyższy niż w grupie twórców dostosowujących się i twórców niestabilnych.

W zakresie poczucia sensu życia – nasilenie badanego wymiaru koherencji istotnie różnicowało osoby o różnym typie postawy twórczej. Osoby z niepełnosprawnością zajmujące się działalnością twórczą aktywnie realizują swoje możliwości poznawcze, charakteryzując się otwartością, odwagą, wytrwałością osiągają zdecydowanie wyższy poziom w poszczególnych wymiarach poczucia sensu życia. Uzyskane rezultaty badań wskazują także na rozbieżność między ambitnymi, samodzielnymi, a osobami zajmującymi się działalnością artystyczną, które zaliczamy do twórców ambiwalentnych.

Biorąc pod uwagę wsparcie społeczne badani nie różnią się między sobą w zależności od postawy twórczej. Odnotowano jednak różnice na poziomie tendencji statystycznej odnośnie wpływu osób wspierających na poczucie szczęścia respondentów. Odczuwanie wsparcia osoby wspierającej jest większe w grupie twórców niezależnych niż wśród niestabilnych ($F=1,814$; $p=0,071$).

Analiza wykazała również ocenę możliwości wsparcia osoby wspierającej w zakresie pożyczki pieniędzy w zależności od prezentowanej postawy twórczej. Twórcy niezależni w największym zakresie oceniają, że mogą liczyć na wsparcie finansowe osoby wspierającej, a najniższe poczucie w tym zakresie towarzyszy twórcom ambiwalentnym. Podobna sytuacja dotyczy odniesienia się do możliwości uzyskania pomocy od osoby wspierającej w przypadku bycia przykutym do łóżka. Odczuwanie tego typu wsparcia jest znacznie wyższe w grupie twórców niezależnych niż wśród twórców niestabilnych, tak jak na skali pomocy.

Podsumowując, należy stwierdzić, że prowadzone badania ukazują wielorakość i zależność postaw twórczych u osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością. W kolejnych badaniach należałoby przeanalizować postawy twórcze w kontekście innych zmiennych związanych z psychospołecznym funkcjonowaniem osób z niepełnosprawnością zajmujących się twórczością.

Bibliografia

Adamski A. (2006). Rola procesów bioelektrycznych w kształtowaniu percepcji zmysłowej i funkcji psychicznych człowieka. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytet Śląski.

American Psychiatric Association, DSM-IV, Washington 1994, ad. 4, s. XXI-XXII

Antczak R., Grabowska I., Polańska Z. (2018). Podstawy i źródła danych statystyki osób niepełnosprawnych. „Wiadomości statystyczne”, T. 2, nr 681, s. 21-43.

Antonovsky A. (1997). Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: Psychologia zdrowia. W. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.). Warszawa: PWN, s. 206-231.

Antonovsky A. (2005). Rozwikłanie tajemnicy zdrowia – jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Axer A. (1983). Społeczne systemy wsparcia w środowisku chorego psychicznie. Studia Socjologiczne. 4 s. 27-39.

Baluch A. (1984). Poezja w szkole podstawowej. Warszawa: Wydawnictwo WSiP.

Barabas M. (2015). Wyuczona bezradność a zasoby osobiste osób niepełnosprawnych ruchowo. Lublin: UMCS.

Baran J. (2013) Problematyka i konteksty wychowania dzieci z uszkodzonym słuchem w przekazach ich słyszających matek. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP.

Barlow D. H. (2008). Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual. The Guilford Press.

Beck A. T. & Alford B. A. (2009). Depression: Causes and Treatment. University of Pennsylvania Press.

Bernacka R. E. (2001). Konformizm-nonkonformizm jako wymiar osobowości. Annales, Sekcja J, XIV, Lublin: UMCS.

- Bieganowska A. (2007). Społeczny czy indywidualny? Model niepełnosprawności w najskuteczniejszych kampaniach 1%. „Edukacja - Technika - Informatyka”, nr 2, s. 155-163.
- Bieganowska A. (2010). „Tegoż w każdym języku leży osobliwy wgląd świata” – braki, ograniczenia czy potencjalne możliwości – jak przyszli pedagodzy definiują niepełnosprawność? W: Zdrowa szkoła-Zdrowy uczeń: między teorią a praktyką: wybrane zagadnienia. J. Kirenko (red.) Lublin: Wydawnictwo Neuro Centrum, s. 159-178.
- Biel-Ziółek K. (2017). Wpływ barier mentalnych, społecznych i zawodowych na jakość życia osób chorych lub niepełnosprawnych. „Rozprawy i Artykuły Naukowe”, nr 63, s. 13-32.
- Bilewicz M. (2016). Sytuacja życiowa i funkcjonowanie w rolach społecznych młodzieży z niepełnosprawnością wzroku. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Birrell S., Martwick K. (2024) Psychiatria. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Bochniarz A. (2017). Selected Personal Resources of Young People Brought Up in Single-Parent Families. W: Current Research Problems of Polish Education. J. Wierzejska, O. Karpenko, R. Franczak (Ed.). Lublin: Maria Curie-Skłodowska University Press, s. 207-222.
- Bochniarz A. (2019). Psychospołeczne uwarunkowania potrzeb młodzieży z rodzin niepełnych. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Bono de E. (1995). Naucz swoje dziecko myśleć. Warszawa: Prima.
- Borawiecki P. (2015). Samoocena osób z niepełnosprawnością w świetle wybranej literatury i badań własnych. „Niepełnosprawność i rehabilitacja”, nr 3. s. 121-138.
- Borawska K. (2004). Umiejętności językowe dziecka (kończącego edukację wczesnoszkolną). Białystok: Trans Humana.
- Branden N. (2012). 6 filarów poczucia własnej wartości. Warszawa: Wydawnictwo Feeria.

- Brown J. D., Marshall M. A. (2001). Self-esteem and emotion: Some thoughts about feelings. „Personality and Social Psychology Bulletin”, 27(5), s. 575–584.
- Brown D. W., Balluz L. S., Ford E. S., Giles W. H., Strine T. W., Moriaty D. G., Croft J. B., Mokdad A. H. (2003). Associations Between Short- and Long-Term Unemployment and Frequent Mental Distress Among a National Sample of Men and Women. „Journal of Occupational and Environmental Medicine”. vol. 45. No 11. s. 1159-1166.
- Buczak A., Samujło M. (2015). Samoocena globalna i postrzeganie własnego ciała a zachowania żywieniowe studentów. „Lubelski Rocznik Pedagogiczny”, s. 232-241.
- Byra S. (2010). Rola poczucia koherencji w kształtowaniu temporalnej satysfakcji z życia osób z niepełnosprawnością nabytą. „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”, nr (12) 2 s. 73-88.
- Byra S., Boczkowska, Duda (2016). Współczesne konteksty znaczeniowe terminu „niepełnosprawność” – implikacje Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”, t. 4, nr 34, s. 15-32.
- Calan G. (1981). Master of stress: Psychosocial aspects. „American Journal of Psychiatry”, 138 (4). s. 413-420.
- Chrzanowska I. (2015). Pedagogika specjalna. Kraków: Impuls.
- Chudy W. (1997). Człowiek z brakiem „Los”, nr 3.
- Chudy W. (1997). Twórczość jako wartość „Los”, nr 3.
- Cieciuch J. (2013). Kształtowanie się systemu wartości od dzieciństwa do wczesnej dorosłości. Stare Kościeliska: Wydawnictwo Liberi Libri.
- Crawford A., Hollingsworth H., Morgan K., Gray B. D (2008). People with mobility impairments: Physical activity and quality of participation. „Disability and Health Journal”, vol.1, s. 7-13.
- Czerniawska E. (2005). Pamięć. Zjawiska zwykłe i niezwykłe. Warszawa: WSiP.

- Dąbrowski K. (1996). *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dewa C. S. (2017). *Mental Health and Deafness: Practising Equity and Inclusion*. *The Lancet Psychiatry*.
- Dobrołowicz W. (1995). *Psychodydaktyka kreatywności*. Warszawa: WSPS.
- Dobrołowicz W., Karwowski (red.) (2002). *W stronę kreatywności*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Dudkiewicz K. (2000). *Mowa ciała przez taniec*. „*Życie Szkoły*”, nr 6. Warszawa.
- Dykcik W., Kosakowski Cz., Kuczyńska-Kwapisz J. (red.) (2002). *Pedagogika specjalna szansą na realizację potrzeb osób niepełnosprawnych*. Olsztyn, Poznań, Warszawa: Zakład Pedagogiki Specjalnej UWM, Zakład Pedagogiki Specjalnej WSE UAM, APS.
- Dymkowski M. (1996). *Samowiedza w okopach przywdziewanych masek*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Ferro L., Valentim J. P, Vaz Borges S. (2019). *Arts and Cultural Education in a World of Diversity: Perspectives from Research. Policy and Practice*. Wydawnictwo: Springer.
- Fila-Jankowska A. (2009). *Samocena autentyczna. Co ukrywamy sami przed sobą*. Warszawa: Wydawnictwo Academica SWPS.
- Florczykiewicz J. (2013). *Terapia przez kreację plastyczną w resocjalizacji recydywistów penitencjarnych*. Kraków: Impuls.
- Frankl V. E. (2022). *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Frączak I. (1993). *Formy spontanicznej twórczości plastycznej dzieci*. „*Życie Szkoły*”, nr 2, Warszawa.
- Gaiman N. (2018). *Art Matters: Because Your Imagination Can Change the World*. Nowy Jork: William Morrow.
- Gajdzica Z. (2010). *O roli sztuki w życiu osób niepełnosprawnych. Kilka uwag z punktu widzenia pedagoga specjalnego*. W: *Osobliwości zabiegów*

terapeutycznych w otwartym środowisku społecznym. A. Klinik (red.). Kraków: Impuls.

Gałecki P., Szulc A. (2018) Psychiatria. Wrocław: Edra Urban & Partner.

Gałkowski T., Stawowy-Wojnarowska I. (1990) Wychowanie dzieci głuchych w wieku przedszkolnym. Warszawa: WSiP, s. 3-4.

Garcia M., Lopez R. (2021). The Impact of Creative Expression on Sense of Coherence in Individuals with Disabilities. Wydawnictwo: Oxford University Press.

Gąciarz K. (2014). Model społeczny niepełnosprawności jako podstawowa zmiana w polityce społecznej. W: Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej. B. Gąciarz, S. Rudnicki (red.). Kraków: Wydawnictwo AGH, s. 17-45.

Giermatowska E. (2012). Praca zawodowa. W: Niepełnosprawność – w zwierciadle dorosłości. R. Kijak (red.). Kraków: Impuls.

Grec K. (2008). Uwarunkowania rozwoju emocjonalnego młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym w kontekście funkcjonowania rodziny. W: Polska, Słowacja, świat. Rodzina, wybrane problemy współczesności. A. Akimjak, K. Budziński (red.). Kraków: Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne – Oficyna Wydawnicza AFM, s. 29-39.

Giełda M. (2015). Pojęcie niepełnosprawności., W: Prawno administracyjne aspekty sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce. M. Giełda, R. Raszewska-Skałecka (red.). Wrocław: Uniwersytet Wrocławski, E – Wydawnictwo, Prawnicza i ekonomiczna Biblioteka cyfrowa, s. 17-32.

Gloton R., Clero C. (1985). Twórcza aktywność dziecka. Warszawa: PWN.

Głowacka E. (1997). Istota procesu twórczego – uzdolnienia plastyczne. „Plastyka i Wychowanie”, nr 3.

Gorczyca P., Leksowski W., Kampinos A. (1999). Poczucie koherencji a przebieg schizofrenii. „Wiadomości Psychiatryczne”, nr 2, s. 17-24

- Greenwald A. G., Farnham S. D. (2000). Using the Implicit Association Test to Measure Self-Esteem and Self-Concept. „Journal of Personality and Social Psychology”, 79, p.1022-1038.
- Greenwald A. G., Nosek B. A. (2003). Understanding and using the implicit association test: I. An improved scoring algorithm. „Journal of personality and social psychology” 85 (2), p. 197.
- Habart B. (2010). Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem substancji psychotropowych. Systemy diagnostyczne, klasyfikacje, terminologia. „Psychiatria” Tom 7, nr 2, s. 75-81.
- Heszen I. (2013). Psychologia stresu. Warszawa: PWN.
- Heszen I., Sęk H. (red.). (2007). Psychologia zdrowia. Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hintze B. (2015). Poczucie koherencji a przekonania dotyczące szkoły intensywność picia alkoholu wśród młodzieży z niepełnosprawnością ruchową. „Psychologia Rozwojowa”, nr (20)1, s. 57-74.
- Hohensee-Ciszewska H. (1983). Podstawy wiedzy o sztukach plastycznych. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Hora Z. (1989). Twórczość i sztuka w życiu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Wrocław.
- Hryniewicka (1997). Próba oceny efektywności radzenia sobie ze stresem u niepełnosprawnych twórców. W: Twórcza obecność niepełnosprawnych. J. Rola (red.). Materiały pokonferencyjne.
- Hulek A. (1992). Sztuka a ludzie niepełnosprawni. „Plastyka i Wychowanie”, nr 5. s. 35-42.
- Hulek A. (1994). Świat ludziom niepełnosprawnym. Polityka Społeczna. Nr 2, str. 4-6.
- Jahnsen R, Villien L. Stanghelle, J.K. Holm I. (2002). Coping potencial and disability – Sense of coherence in adults with cerebral palsy. „Disability and Rehabilitation”, 24(10), s. 511-518.

- Jan Paweł II (1999). Jan Paweł II do artystów. Artyści do Jana Pawła II. Lublin: Wydawnictwo Archidiecezji Lubelskiej GAUDIUM.
- Jan Paweł II (2016). Przekroczyć próg nadziei. Lublin: Wydawnictwo: KUL.
- Jaworska-Obój Z., Skuza B. (1986). Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcja w badaniach naukowych. „Przeгляд Psychologiczny” nr 3. s. 733-746.
- Jones R. (2013). Creativity and Social Support in Mental Health: Service Users' Perspectives London: Palgrave Macmillan.
- Johnson A., Green P. (2020). Artistic Engagement and Sense of Coherence in Adults with Physical Disabilities. Wydawnictwo: Springer.
- Kamińska E. (2016). Wsparcie społeczne i twórczość plastyczna osób z niepełnosprawnością umysłową. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Kancisty K., Norris F.H. (2004). „Wzlot i upadek utopii”: mobilizacja i deterioracja wsparcia społecznego w sytuacjach klęsk żywiołowych. W: Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. H. Sęk, R. Cieślak (red.). Warszawa: PWN.
- Kataryńczyk-Mania L., Karcz J. (2006). Sztuka w kontekście oddziaływania na człowieka. Zielona Góra: Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Karolak W., Gmitowicz A. (2000). Znaczenie arteterapii w psychiatrii polskiej. Łódź: Wydawnictwo PK InSEA.
- Kawczyńska-Butrym Z. (1996). Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej. Warszawa: Interart.
- Kawula S. (1996). Wsparcie społeczne – kluczowy wymiar pedagogiki społecznej. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 1 s. 12-16.
- Kawula S. (2004) Człowiek w relacjach socjopedagogicznych. Szkice o współczesnym wychowaniu. Toruń: Akapit Wydawnictwo Edukacyjne.
- Kępiński A. (1978). Podstawowe zagadnienia współczesnej psychiatrii. Warszawa: Wyd. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Kirenko J. (2002). Nie jesteś sam. Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością. Lublin: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej i Zatrudnienia Urzędu Marszałkowskiego w Lublinie.

Kirenko J. (2002). Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością. Ryki: Wyższa Szkoła Umiejętności i Zarządzania.

Kirenko J. (2006). Oblicza niepełnosprawności. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Kirenko J. (2007). Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Kirenko J., Boczowska M. (2017). Bezrobocie. Zachowania zdrowotne. Uwarunkowania. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Kirenko J., Byra S. (2011). Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Kirenko J., Duda M. (2018). Bezrobocie. Jakość życia. Uwarunkowania. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Kirenko J., Korczyński M. (2008). Wobec niepełnosprawności. Lublin: Ośrodek Usług Edukacyjnych.

Kirenko J., Parchomiuk M. (2006). Edukacja i rehabilitacja osób z upośledzeniem umysłowym. Lublin: Wydawnictwo Akademickie WSSP.

Kirenko J., Sarzyńska E. (2010). Bezrobocie. Niepełnosprawność. Potrzeby. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Kirenko J., Zubrzycka-Maciąg T. (2011). Współczesny nauczyciel. Studium wypalenia zawodowego Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Klim-Klimaszewska A. (2007). Wspomaganie procesu adaptacji dziecka do środowiska przedszkolnego. Siedlce.

Kobosko J. (2009). Osoba głucha(słabosłysząca), to znaczy kto? Tożsamość osobowa młodzieży głuchej i słabo słyszającej rodziców słyszących W: Młodzież głucha i słabosłysząca w rodzinie i otaczającym świecie: dla terapeutów, nauczycieli, wychowawców rodziców. J. Kobosko (red.). Warszawa Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu „Usłyszeć Świat”.

Kobus-Ostrowska D. (2018). Aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnością. Aspekty ekonomiczne i społeczne. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

- Kosakowski Cz. (1989). Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Akapit.
- Kosakowski Cz., Krause A. (2004). Rehabilitacja, opieka i edukacja specjalna w perspektywie zmiany. Olsztyn: Wydawnictwo UWM.
- Kowalczyk P. (2019). Wsparcie społeczne a zaangażowanie twórcze osób z niepełnosprawnością ruchową. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kowalik S. (2003). Dorosłość osób niepełnosprawnych w świetle koncepcji strefy utraconego rozwoju. W: Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej. K. D. Rzedzicka, A. Kobyłańska (red.), Kraków: Impuls, s. 61-79.
- Kowalik S. (2007) Psychologia rehabilitacji. Warszawa: WSiP.
- Kowalik S. (2018) Stosowana psychologia rehabilitacji. Warszawa: Wydawnictwo Nowe Scholar.
- Kowalska A., Nowak P. (2020). Wpływ arteterapii na poczucie własnej wartości u osób z niepełnosprawnością ruchową. Warszawa: PWN.
- Kozielecki J. (1997). Koncepcje psychologiczne człowieka. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Kozielecki J. (1986). Psychologiczna teoria samowiedzy. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PAN.
- Koziełło D. (2002). Taniec i psychoterapia. Poznań: KMK Promotions.
- Krakowiak K. (2012). Dar języka. Podręcznik metodyki wychowania językowego dzieci i młodzieży z uszkodzonym narządem słuchu, Lublin: Wydawnictwo KUL, s. 82-83.
- Krause A. (2004). Ryzyko osłabienia wsparcia społecznego jako podstawowy dylemat współczesnej rehabilitacji. W: Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji. Z. Palak, Z. Bartkowicz (red.) Lublin: Wydawnictwo: UMCS.
- Krause A. (2010). Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej. Kraków: Impuls.

Krause A., Belzyd, Sadowska S. (red) (2012). Szkoła dla osób z niepełnosprawnością. Wzory – Codzienność – Wyzwania. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytet Gdański.

Krauze-Skibowska H. (2006). Edukacja przez sztukę. O edukacyjnych wartościach artystycznej twórczości dziecka. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Krzewiak D. (2018). Samoocena a bezpieczeństwo osób z niepełnosprawnością. Student niepełnoprawny. „Szkice i Rozprawy”, nr 18(11), s. 55–64.

Kulas H. (1986). Samoocena młodzieży. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.

Kuppers P. (2019). Disability, Arts and Culture: Methods and Approaches. Bristol: Wydawnictwo Intellect Ltd.

Kurkowska K., Wrońska I. (2005). Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne u chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. „Pielęgniarstwo XXI w”. nr (1), s. 32-34.

Lachowicz-Tabaczek K., Bajcar B. (2017). Future self-appraisals and global self-esteem: Who benefits more from thinking about the future, and why? „Self and Identity”. Vol. 16 no 4., s. 460-479.

Lachowicz-Tabaczek K., Bajcar B. (2018). Thinking further ahead: Can temporal distance in thinking about one's future influence affect experienced by people with low self-esteem? „Personality and Individual Differences”. no 131.

Lange R. (1988). O istocie tańca i jego przemianach w kulturze. Perspektywa antropologiczna. Wydawnictwo: PWN.

Larkowa H. (1987). Człowiek niepełnosprawny – problemy psychologiczne. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Lewandowski M. (2020). Twórczość muzyczna jako sposób na budowanie poczucia koherencji u osób z niepełnosprawnością słuchową. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Levine E. S. (1981) The Ecology of Deafness Guides to Fashioning Environments and Psychological Assessments, New York: Columbia University Press.

- Liebmann M. (2018) Art. Therapy with Physical Conditions Londyn. Wydawnictwo: Jessica Kingsley Publishers.
- Licnca-Ćwikła A. (2018). Pedagogiczne uwarunkowania poczucia koherencji. „Roczniki Pedagogiczne”, T.20 nr 3, s. 45-57.
- Licnca-Ćwikła A. (2019). The sense of coherence and physical activity among secondary-school graduates living in the Lubelskie Province. Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio, nr 1 (37), s. 125-135.
- Licnca-Ćwikła A. (2020). Poczucie koherencji maturzystów a ich zachowania zdrowotne na podstawie badań w makroregionie lubelskim. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Lowenfeld, Brittain (1977). Twórczość a rozwój umysłowy dziecka. Warszawa: PWN.
- Łączyk M. (2008). Osobowość i środowisko wychowawcze jako deteminaty potencjalnej aktywności twórczej jednostki. W: Wielowymiarowość aktywności i aktywizacji. S. Guz, S. Sokołowska-Dzioba, W: Pilecki (red.) Warszawa: Wydawnictwo: WSP TWP.
- Łukasik A. (1999). Zewnętrzne ograniczenia procesu twórczego. Rzeszów: Wydawnictwo WSP.
- Maj K. (2007). O potrzebie badań nad aktywnością zawodową osób z ograniczoną sprawnością. W: Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy, A. Brzezińska, Z. Woźniak, K. Maj (red.). Warszawa: SWPS Wydawnictwo Akademickie.
- Maj E., Bidziński K. (1996). Uczestnictwo w kulturze w rewalidacji młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu. „Szkoła Specjalna” nr 3. s. 36-45.
- Majewicz P. (2019). Rehabilitacja osób z niepełnosprawnością z perspektywy psychologii pozytywnej. „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”, t. 2, nr 44, s. 29-49.
- Majewicz P. (2016). Psychospołeczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością ruchową w kolejnych okresach dorosłości – stałość i zmienność. W: Doświadczenie niepełnosprawności i choroby przewlekłej w perspektywie jednostki i rodziny.

W. Wójcik, J. Golonka-Legut, A. Wąsiński (red.). Warszawa: Wydawnictwo Wyższej szkoły Pedagogicznej im. Janusza Korczaka w Warszawie, s. 90-108.

Majewicz P. (2012). Psychospołeczna adaptacja osób z niepełnosprawnością ruchową w okresie dorosłości. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.

Majewicz P. (2010). Psychopedagogiczne problemy osób z niepełnosprawnością ruchową w biegu życia. W: Krakowska pedagogika specjalna. J. Wyczesany (red). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, s. 210-248.

Majewicz P. (2006). Niepełnosprawność z perspektywy psychologii pozytywnej. W: Świat pełen znaczeń – kultura i niepełnosprawność. J. Baran, S. Olszewski (red). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 473-489.

Majewicz P. (2003). Zadowolenie z życia oraz jego uwarunkowania u osób z niepełnosprawnością ruchową. „Niepełnosprawność i rehabilitacja”, nr 3, s. 83-94.

Majewicz P. (2002). Obraz samego siebie a zachowanie młodzieży niepełnosprawnej ruchowo. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.

Majewicz P. (1997). Wpływ dysfunkcji narządu ruchu na formowanie się wybranych komponentów struktury osobowości u młodzieży niepełnosprawnej ruchowo. W: Auksjologia a promocja zdrowia. A. Japkiewicz (red.) Kielce: PAN, Kieleckie Towarzystwo Naukowe, s. 293-301.

Majewski T. (1995). Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych. Warszawa: Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Malicka M. (1982). Uroki i trudy twórczego życia. Warszawa: Wydawnictwo Nasza Księgarnia.

Mann M., Hosman C. M., Schaalma H. P., de Vries N. K. (2004). Self-Esteem in a Broad-Spectrum Approach for Mental Health Promotion. Health Education Research, nr 19, s. 357-372.

- Marek B. (2013). *Głusi mają głos. Historia i świadomość społeczna głuchych*. Kraków: Universitas.
- Mariański J. (1989). *Wprowadzenie do socjologii moralności*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Mariański J. (1990). *Moralność w procesie przemian społecznych. Szkice socjologiczne*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Marszałek L. (2009). Systemy wsparcia społecznego w procesie rehabilitacji osób niepełnosprawnych. „Seminare”, t. 26, s. 201-213.
- Marszałek L. (2007). Społeczny kontekst niepełnosprawności. „Seminare”, t. 24, s. 339-353.
- Matwiejów B. (2000). Przekaz wartości a działania twórcze. W: Trzecie oko. Szkice o związkach człowieka ze sztuką.: B. Matwiejów (red.) Materiały z konferencji: Psychologia a sztuka. Kraków: CSW Solvay, Centrum UNESCO.
- Mądrycki T. (2002). *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany*. Gdańsk: Wydawnictwo UG.
- Millett-Gallant A., Howie E. (2016). *Disability and Art History*. Nowy Jork: Routledge
- Miller D., Thompson R. (2019). *The Role of Creative Activities in Enhancing Sense of Coherence among Disabled Individuals*. Wydawnictwo: Sage Publications.
- Misiewicz H. (2004). Niepełnosprawność jako problem społeczny. „Chowanna”, nr 1, s. 9-35.
- Moen V., Eide G., Drageset J., Gjesdal S (2019) Sens of Coherence, Disability, and Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study of Rehabilitation Patients in Norway. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, nr 100, s. 448-457.
- Mroziak B. Czabała J. Wójtowicz S. (1995). Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. „Psychiatria” Pol (1), s. 257-268.
- Murray S., Penketh C. (2020). *Disability and the Posthuman: Bodies, Technology, and Cultural Futures.*: Liverpool: Niverpool University Press.

- Nancy C. A. (2005). *The Creative Brain: The Science of Genius*. Nowy Jork: Plume.
- Nemcek D. (2017). Self-esteem in people with physical disabilities: Differences between active and inactive individuals. „Acta Facultatis Education Physicae Universitatis Comenianae”, vol.57, no.1, s. 34-47.
- Nęcka E. (1982). *Struktura operacji intelektualnych a osobowość*. W: *Psychologia i poznanie*. M. Materska, T. Tyszka. Warszawa: PWN.
- Nęcka E. (1995). *Proces twórczy i jego ograniczenia*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Nęcka E. (2005). *Psychologia twórczości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Nguyen T. & Kwon H. (2021). Music and Self-Perception in People with Physical Disabilities. *Psychology of Music*, nr 49(3), p. 367-384.
- Niebrzydowski L. (1974). Czynniki wpływające na kształtowanie się samooceny dzieci i młodzieży. „Kwartalnik Pedagogiczny nr 4. s. 37-45.
- Niebrzydowski L. (1976). Czynniki wpływające na kształtowanie się samooceny dzieci i młodzieży. „Kwartalnik Pedagogiczny”, nr 4. s. 63-78.
- Niedbalski J. (2019). *Niepełnosprawność i osoby z niepełnosprawnością. Od pasywności i wykluczenia do aktywności życiowej i integracji społecznej*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Niestorowicz E. (2007). *Świat w umyśle i rzeźbie osób głuchoniewidomych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Nowak A., Wiśniewski P. (2019). *Wpływ twórczości plastycznej na poczucie koherencji u osób z niepełnosprawnością fizyczną*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Obuchowski K. (1995). *Przez galaktykę potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Ochonczenko H. (2008) Jakość życia bezrobotnych niepełnosprawnych Lubuszan w ich indywidualnym odczuciu. „Problemy Profesjologii”, nr 1, s. 99-108.

- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2008) *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Difin.
- Ostrowska A. (1997). Postawy społeczeństwa polskiego stosunku do osób niepełnosprawnych. W: *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*. A. Gustavsson, A. Zakrzewska-Menterys (red.). Warszawa: Żak, s. 75-96.
- Ossowski R. (1982). *Kształtowanie sytuacji i siebie u inwalidów wzroku w procesie rehabilitacji*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Otapowicz D., Sakowicz-Boboryko A., Bilewicz M., Wyrzykowska-Koda D. (2016). *Autonomia osób z niepełnosprawnością*. Białystok: Trans Humana.
- Otapowicz D., Sakowicz-Boboryko A., Wyrzykowska-Koda D. (2016). Niepełnosprawność a jakość życia rodziny. „Pogranicze. Studia Społeczne”, t. XXVII, s. 101-115.
- Palak Z. (1988). *Obraz własnej osoby młodzieży niewidomej*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Panek W. (1990). *Twórczość ludowa jako przejaw psychicznych potrzeb człowieka*. Warszawa: PWN.
- Pichalski R. (1984). *Uczestnictwo ludzi niepełnosprawnych w kulturze (w porównaniu z ludźmi pełnosprawnymi)*. Warszawa: CNBSI CZSI.
- Pichalski R. (2012). *Twórczość literacka i plastyczna niepełnosprawnych*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Grado.
- Ploch L. (2008). Realizacja specjalnych potrzeb edukacji muzycznej uczestników orkiestry osób niepełnosprawnych. „Szkola Specjalna”, nr 2 (244), Warszawa.
- Ploch L. (2009). Ku twórczości inkluzyjnej artystów niepełnosprawnych. W: *Interdyscyplinarność sztuki w recepcji i tworzeniu. Diagnoza, edukacja, wsparcie w rozwoju*. K. Krasoń, B. Mazepa-Domagała, A. Wąsiński (red.). Bielsko-Biała – Katowice: Wydawnictwo WSA, s. 130-144.
- Ploch L. (2014). *Konteksty aktywności artystycznej osób z niepełnosprawnością*. Warszawa: Wydawnictwo Difin S.A.

- Pommersbach J. (1988). Wsparcie społeczne a choroba. „Przegląd Psychologiczny”, XXXI, 2, s. 503-525.
- Poppek S. (1988). Aktywność twórcza dzieci i młodzieży. Warszawa: Wydawnictwo WSiP.
- Poppek S. (2001). Człowiek jednostka twórcza. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Poppek S. (2004). Twórczość w teorii i praktyce. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Poppek S. (2010). Psychologia twórczości plastycznej. Kraków: Impuls.
- Popielski K. (2008). Psychologia egzystencji. Wartości w życiu. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Popiołek K. (1996). Wsparcie społeczne – zarys problematyki. W: K. Popiołek (red.) Psychologia Pomocy. Wybrane zagadnienia. Kielce: Wydawnictwo UŚ.
- Przewoźniak I. (2000) Społeczne i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia. Społeczne przyczyny chorób. W: A. Czupryna, S. Poździech, A. Ryś, W. Włodarczyk (red.). Zdrowie Publiczne. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius.
- Przyłuska-Fiszler A. (2013). Niepełnosprawność jako przedmiot refleksji bioetycznej. Kraków: Fall.
- Pufal-Struzik I. (1993). Charakterystyka cech twórczej osobowości. „Kieleckie Studia Pedagogiczne i Psychologiczne”. t. 7.s. 36-43.
- Pufal-Struzik I. (2002). Twórczość jako wartość w hierarchii wartości osób twórczo aktywnych. W: Twórczość i wartość w działaniach praktycznych. M. K. Stasiak (red.). Łódź: Wydawnictwo WSHE.
- Riad J., Brostrom E., Langius-Eklöf A. (2013). Do movement deviations influence self-esteem and sense of coherence in mild unilateral cerebral palsy. „Journal of Pediatric Orthopedics”, 33(3), s. 298-302.
- Ristner G., Andersson R., Johansson L. M, Jonhansson S. E, Ponzer S. (2000) Sens of coherence and Lack of control in relation to outcome after ortopaedic injuries. Injury, 31 (10), 751-756

- Rodriguez M. & Martinez S. (2020). The Impact of Creative Writing on Self-Esteem in Individuals with Physical Disabilities. *Journal of Disability Studies*, 36(2), 115-130.
- Rola J. (red.) (1997). *Twórcza obecność niepełnosprawnych. Materiały pokonferencyjne*. Warszawa.
- Reykowski J. (1970). Obraz własnej osoby jako mechanizm regulujący postępowanie. „*Kwartalnik Pedagogiczny*” nr 3.
- Rutkowski T. (2009). *Studia nad arteterapią w ujęciu aksjologiczno-psychologicznym*. Warszawa: Wydawnictwo UW.
- Rutkowski T. (2011). *Socientific based of Artistic Education With Art.-Therapy*. Warszawa: Wydawnictwo UW.
- Sakowicz-Boboryko A. (2016). Wspieranie rodziców w rehabilitacji dzieci z niepełnosprawnością słuchową. W kręgu odpowiedzialności. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Sarason I. G., Levine H. M., Basham R. B., Sarason B. R. (1983). Assessing social suport: The social suport questionnaire. „*Journal of Personality and Social Psychology*”,44, s. 127-138.
- Scheiman M. (2016). *Rehabilitation of the Visually Impaired*. New York: Slack Incorporated.
- Sęk H. (2001). Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji. W: *Zdrowie-Stres-Zasoby*. H. Sęk, T. Pasikowski (red.). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora. s. 23-43.
- Sęk H. (2004). Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia w sytuacjach stresowych. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. H. Sęk, R. Cieślak (red.) Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk H. (2005). Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. H. Sęk. R. Cieślak (red.). Warszawa: PWN. s. 11-28.

- Sęk H., Pasikowski T. (1999). The quality of life, health and sense of coherence in social context. „Polish Psychological Bulletin”, Vol.3 (1). p. 67-77.
- Sęk H., Pasikowski T. (2001). *Zdrowie-Stres-Zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Sękowski A. (2000). *Osiągnięcia uczniów zdolnych*. Lublin: Wydawnictwo TN KUL.
- Sękowska Z., Sękowski T. (1991). *Rehabilitacja zawodowa inwalidów wzroku w Polsce*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Sheridan Ch. L, Radmacher S. A. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwania dla bioetycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii Zdrowia.
- Siek S. (1982). *Osobowość*. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
- Skwarek B., Herberger J. (2017) *Wybrane zaburzenia wieku dziecięcego i młodzieńczego – rodzaje, uwarunkowania i przeciwdziałanie*. Zeszyty naukowe państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Wietelona w Legnicy nr 22 (1).
- Smith J. (2020). *Creative Coping: How Artists Use Their Craft to Enhance Sense of Coherence*. Nowy Jork: Routledge.
- Smith J., Brown L. (2017). *Sense of Coherence and Artistic Expression in Individuals with Physical Disabilities*. Wydawnictwo: Routledge.
- Soczewska H. (1997), *Kryteria medyczne do określania stopnia niepełnosprawności*. Warszawa: Krajowy Zespół do spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności.
- Sowa J. (1997). *Pedagogika specjalna w zarysie*. Rzeszów: Wydawnictwo FOSZE.
- Stelmaszuk Z. W. (1999). *Sieć społeczna*. W: *Elementarne pojęcia pedagogiki specjalnej*. D. Lalak, T. Pilch (red.). Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Strelau J. (2008). *Psychologia*. t.2. Gdańsk: Wydawnictwo GWP.
- Szczęśna A. (2004). *Elementy wsparcia społecznego nauczycieli w środowisku profesjonalnym*. W: *Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji*. Z. Palak, Z. Bartkowicz (red.). Lublin: Wydawnictwo UMCS.

- Szlachta W. (1994). Czy należy promować twórczość osób niepełnosprawnych. „Poradnik Bibliotekarza” nr 3.s. 54-67.
- Szmidt K. J. (2001). Twórczość i pomoc w tworzeniu w perspektywie pedagogiki społecznej. Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Szmidt K. J. (2005) Pedagogika twórczości. Idee, aplikacje, rady na twórczą drogę. Kraków: Impuls.
- Szmidt K. J. (2007). Pedagogika twórczości. Gdańsk: Wydawnictwo GWP.
- Szulc W. (1993). Sztuka i terapia. Warszawa: Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego.
- Szuman S. (1969). O sztuce i wychowaniu estetycznym. Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.
- Szpilak M., Polczyk R. (2015). Samoocena. Geneza, struktura, funkcje i metody pomiaru. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Szwed K. (2010) Pedagogika osób z uszkodzeniami słuchu. Kraków: Impuls.
- Szybodryn-Giercuszkiewicz (2017). Krytyczna teoria niepełnosprawności jako rama teoretyczna w badaniach nad niepełnosprawnością. W; Oblicza niepełnosprawności w teorii i w praktyce. J. Niedbalski, M. Raclaw, D. Żuchowska-Skiba. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 23-40.
- Szychowiak B. (2008). Wychowanie dzieci niepełnosprawnych ruchowo. W: Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. I. Obuchowska (red.) Warszawa: WSiP, s. 379-415.
- Szymona K., Pawłowska B., Szymona J. (2002). Poczucie koherencji (SOC) u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. „Annales Universitatis Mariae Skłodowska” Sectio D Medicina, Vol. LVII, 34-40.
- Tatarkiewicz W. (1982). Dzieje sześciu pojęć. Warszawa: PWN.
- Terelak J. F. (2017). Sens życia. Perspektywa psychologiczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe UKSW.
- Thompson L., Drew C. (2016). Creativity and Self-Esteem in Individuals with Physical Disabilities. „Journal of Creative Behavior”, 50(4), s. 275-290.

Topor I., Erin J. N. (2015) *Counseling Persons with Visual Impairments and Blindness*. New York:

Turska D., Wilczyńska J. (1987). *Psychologiczna analiza systemu wartości młodzieży zróżnicowanej pod względem zdolności*. W: *Z badań nad zdolnościami i uzdolnieniami specjalnymi młodzieży*. S. Popek (red.) Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Twardowski A. (2018). *Społeczny model niepełnosprawności – analiza krytyczna*. „*Studia Edukacyjne*”, nr 48, s. 97-114.

Uszyńska-Jamroc J. (2003). *Twórcza aktywność dziecka, Teoria – rzeczywistość – perspektywy rozwoju*. Białystok: Wydawnictwo Trans Humana.

Watson J. C. (2019). *The Impact of Social Support on the Artistic Development of Musicians with Hearing Impairments*. Los Angeles: University of California Press.

Wakefield J. C. (1992). *Disorder as hamfurldisfunction. A conceptual critique of DSM-III-R's definicions of menthal diskorders*. „*Psychological Reviev*”, 92(2), s. 235.

Wapiennik E., Piotrowicz R. (2002). *Niepełnosprawny – pełnoprawny obywatel Europy*. Warszawa: Urząd Komitetu Integracji Europejskiej.

Wehmeyer M. L. (2018). *Creative Arts and Social Support for Individuals with Intellectual Disabilities*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt.

Wilamowska-Pietruszyńska A., Bliski D. (2014). *Międzynarodowa Kwalifikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*. „*Orzecznictwo Lekarskie*”, t.9, nr 1, s. 19-27.

Wilson A. & Turner J. (2018). *Art Therapy as a Tool for Enhancing Self-Esteem in Persons with Physical Disabilities*. „*Arts in Psychotherapy*”, 61, s. 27-34.

Wiliński M. (2010). *Modele niepełnosprawności: indywidualny – funkcjonalny – społeczny*. W: *diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności*. A. I. Brzezińska, R. Kaczan, K. Smoczyńska (red.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, str. 15-59.

- Winiarski M. (1997). Rodowód i zakorzenie się w pedagogice społecznej pojęć: wsparcie społeczne, pomoc i opieka. „Edukacja”, nr 3, s. 25-36.
- Witkowski T. (1993). Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych. 13 rodzajów niepełnosprawności. Warszawa: MDBO.
- Wiszejko-Wierzbicka D. (2008) Od akceptacji do aktywności? Postawy wobec niepełnosprawności a aktywność zawodowa. Warszawa: Wydawnictwo Academica.
- Wiśniewska M. (2017). Rola wsparcia społecznego w rozwoju twórczości literackiej osób niewidomych. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Wlazło M. (2018). Disability Studies wobec postaw dyskryminujących. „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, nr 16, s. 117-127.
- Włodarczyk D. (1999). Wsparcie społeczne a radzenie sobie ze stresem u chorych po zawale serca. Przegląd Psychologiczny 4. s. 95-113.
- Wojcieszke B. (2002). Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Wojnar I. (1998). Teoria wychowania estetycznego. Warszawa: Wydawnictwo „Żak”.
- Wróblewska M. (2015). Kompetencje twórcze w dorosłości. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytecie: Trans Humana.
- Wójcik E. (2017). Rola twórczości literackiej w życiu osób niewidomych i słabowidzących. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Zabłocki K. J. (1997). Wprowadzenie do rewalidacji. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Zalewska A. (2020). Wpływ wsparcia społecznego na rozwój muzyczny osób z niepełnosprawnością słuchową. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Zaorska M. (1997). Rzeźbienie drogą do podmiotowości osób dorosłych głuchoniewidomych. Twórcza obecność niepełnosprawnych. W: J. Rola (red.) Materiały pokonferencyjne. Warszawa.

Zawadzka A. S., Czarkowska L. D., Grajewska-Kulda M. (2017) Charakterystyka wybranych zaburzeń psychicznych – praktyczny przewodnik dla Coachów. „Coaching Review”, nr 1, s. 106-128.

Zdrowska M. (2016). Między aktywizmem a akademią. Studia nad niepełnosprawnością. „Otwarcia”, nr 5, s. 384-403.

Żuraw H. (2008). Udział osób niepełnosprawnych w życiu społecznym. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

Spis tabel, wykresów i map

Tabela 1. Kategorie deficytów wzroku wg WHO	30
Tabela 2. Klasyfikacja zaburzeń słuchu według BIAP	37
Tabela 3. Kategorie zaburzeń psychicznych wyróżnione w klasyfikacji DSM-5 oraz wybrane przykłady zaburzeń mieszczących się w ramach każdej z nich	48
Tabela 4. Rodzaje i cechy aktywności artystycznej	114
Tabela 5. Model postawy twórczej w uczeniu się i działaniu	149
Tabela 6. Rodzaj niepełnosprawności a płeć badanych osób	156
Tabela 7. Rodzaj niepełnosprawności a wiek badanych osób	157
Tabela 8. Rodzaj niepełnosprawności a stan cywilny badanych osób	157
Tabela 9. Rodzaj niepełnosprawności a wykształcenie badanych osób	158
Tabela 10. Rodzaj niepełnosprawności a zawód badanych osób	159
Tabela 11. Rodzaj niepełnosprawności a miejsce zamieszkania badanych osób	160
Tabela 12. Rodzaj niepełnosprawności a czas trwania schorzenia badanych osób	161
Tabela 13. Rodzaj niepełnosprawności a okoliczności powstania niepełnosprawności badanych osób	162
Tabela 14. Rodzaj niepełnosprawności a grupa niepełnosprawności badanych osób	163
Tabela 15. Motywy działalności twórczej badanych osób	165
Tabela 16. Wpływ niepełnosprawności na zainteresowania twórcze osób z niepełnosprawnością	167
Tabela 17. Rodzaje twórczości uprawianej przez badane osoby	167
Tabela 18. Miejsce zdobywania umiejętności artystycznych przez badane osoby	168

Tabela 19. Osoba czuwająca nad procesem twórczym badanych osób	169
Tabela 20. Korzystanie z udogodnień w procesie tworzenia przez badane osoby	170
Tabela 21. Stan, w którym tworzą osoby badane.....	170
Tabela 22. Nastrój podczas tworzenia badanych osób.....	171
Tabela 23. Źródła działań twórczych badanych osób	171
Tabela 24. Miejsce działalności twórczej w życiu badanych osób	172
Tabela 25. Udział badanych osób w wydarzeniach artystycznych	173
Tabela 26. Wartość ekspozycji własnego dorobku badanych osób	174
Tabela 27. Nagrody i wyróżnienia dorobku artystycznego badanych osób.....	174
Tabela 28. Wartości sztuki badanych osób	175
Tabela 29. Wpływ sztuki na postrzeganie siebie badanych osób	175
Tabela 30. Wpływ sztuki na postrzeganie przez rodzinę badanych osób	176
Tabela 31. Wpływ sztuki na stan fizyczny badanych osób.....	177
Tabela 32. Wpływ sztuki na stan psychiczny badanych osób	178
Tabela 33. Wpływ sztuki na osobowość badanych osób	178
Tabela 34. Wpływ sztuki na aktywność badanych osób.....	179
Tabela 35. Wpływ sztuki na kontakty społeczne osób	180
Tabela 36. Wpływ sztuki na pracę zawodową badanych osób	181
Tabela 37. Rodzaj niepełnosprawności a zachowania twórcze badanych osób – ANOVA.....	183
Tabela 38. Typ postawy twórczej a zachowanie twórcze badanych osób – ANOVA	185
Tabela 39. Rodzaj niepełnosprawności a poczucie koherencji badanych osób – ANOVA.....	187

Tabela 40. Typ postawy twórczej a poczucie koherencji badanych osób – ANOVA	189
Tabela 41. Rodzaj niepełnosprawności a samoocena badanych osób – ANOVA	190
Tabela 42. Typ postawy twórczej a samoocena badanych osób – ANOVA.....	192
Tabela 43. Rodzaj niepełnosprawności a wsparcie społeczne badanych osób – ANOVA	192
Tabela 44. Typ postawy twórczej a wsparcie społeczne badanych osób – ANOVA	195
Wykres 1. Typy działalności twórczej osób z niepełnosprawnością	185
Mapa 1. Osoby zgłoszone do ubezpieczenia w ZUS przez płatników składek, które okazały orzeczenie o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub stopniu niezdolności do pracy na 10 tys. ludności według województw w 2022 r. Stan w dniu 31 grudnia.....	28
Mapa 2. Miejsca realizacji badań	154

Aneks

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: K (RAZEM X toż_1 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,50410217 R2=0,25411900 Skoryg. R2=0,19364216 F(3,37)=4,2019 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(37)	poziom p
W. wolny			23,65783	3,108725	7,61014	0,000000
w1	0,359446	0,165758	1,19006	0,548791	2,16850	0,036622
pz	-0,368530	0,171269	-0,11409	0,053023	-2,15176	0,038011
w6	-0,318372	0,174281	-1,01520	0,555736	-1,82677	0,075811

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: N (RAZEM X toż_1 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,45019159 R2=0,20267247 Skoryg. R2=0,13802429 F(3,37)=3,1350 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(37)	poziom p
W. wolny			9,074453	4,426190	2,050172	0,047483
pomoc	0,297866	0,151600	0,053476	0,027217	1,964811	0,056979
pz	0,305382	0,167569	0,154842	0,084965	1,822424	0,076480
w1	0,170087	0,162890	0,922282	0,883256	1,044184	0,303175

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: A (RAZEM X toż_1 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,55123961 R2=0,30386511 Skoryg. R2=0,22651679 F(4,36)=3,9285 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(36)	poziom p
W. wolny			16,93288	3,482499	4,86228	0,000023
w5	-0,381444	0,142699	-1,26860	0,474586	-2,67306	0,011225
w2	0,433401	0,156432	1,77239	0,639725	2,77054	0,008797
pyt2	0,237767	0,150713	0,05741	0,036388	1,57762	0,123401
pz	0,153322	0,152220	0,05941	0,058981	1,00724	0,320543

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: H (RAZEM X toż_1 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,52168186 R2=0,27215196 Skoryg. R2=0,19127995 F(4,36)=3,3652 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(36)	poziom p
W. wolny			9,64750	4,762408	2,02576	0,050250
w3	0,198006	0,159657	0,82037	0,661481	1,24020	0,222924
w1	0,448221	0,177533	2,34567	0,929082	2,52472	0,016127
w7	-0,323346	0,184927	-1,56964	0,897699	-1,74851	0,088899
pz	0,251267	0,172494	0,12296	0,084412	1,45667	0,153875

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: Ns+ (RAZEM X toż_1 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,75073805 R2=0,56360761 Skoryg. R2=0,45450952 F(8,32)=5,1661 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(32)	poziom p
W. wolny			21,47422	3,600527	5,96419	0,000001
pomoc	-0,702175	0,195644	-0,11577	0,032256	-3,58905	0,001094
w9	-0,363986	0,143232	-1,24333	0,489262	-2,54123	0,016093
pyt8	0,341058	0,193115	0,10141	0,057422	1,76608	0,086922
w7	-0,582204	0,178432	-2,68929	0,824208	-3,26288	0,002625
w6	0,349350	0,161890	1,67553	0,776448	2,15794	0,038543
pzr	-0,196486	0,152197	-0,07001	0,054231	-1,29099	0,205955
w8	0,223885	0,128017	0,90080	0,515075	1,74887	0,089901
w3	-0,148249	0,138933	-0,58446	0,547728	-1,06706	0,293930

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: Nw+ (RAZEM X toż_1 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,48551178 R2=0,23572169 Skoryg. R2=0,15080188 F(4,36)=2,7758 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(36)	poziom p
W. wolny			10,51508	2,390723	4,39828	0,000093
pyt6	-0,401695	0,147982	-0,09942	0,036624	-2,71448	0,010126
w3	0,108457	0,158229	0,34598	0,504747	0,68544	0,497455
w6	0,333483	0,188786	1,29417	0,732637	1,76646	0,085798
w7	-0,259300	0,203518	-0,96915	0,760661	-1,27409	0,210795

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: E+ (RAZEM X toż_1 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,60504593 R2=0,36608057 Skoryg. R2=0,20760071 F(8,32)=2,3100 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(32)	poziom p
W. wolny			19,26715	5,198522	3,70627	0,000793
ps	-0,181330	0,160849	-0,09163	0,081282	-1,12733	0,267985
w7	-0,691719	0,210987	-3,50255	1,068343	-3,27849	0,002519
w6	0,380206	0,189825	1,99895	0,998013	2,00293	0,053716
pomoc	-0,387693	0,225158	-0,07007	0,040694	-1,72187	0,094748
w1	0,185151	0,179161	1,01071	0,978009	1,03343	0,309149
w10	-0,261807	0,178884	-0,98897	0,675731	-1,46356	0,153069
w8	0,179967	0,150723	0,79376	0,664774	1,19403	0,241244
pyt7	0,221323	0,219831	0,06113	0,060713	1,00679	0,321589

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: Nw- (RAZEM X toż_1 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,28182782 R2=0,07942692 Skoryg. R2=0,03097570 F(2,38)=1,6393 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(38)	poziom p
W. wolny			10,74246	1,940130	5,53698	0,000002
pomoc	-0,219040	0,156902	-0,03631	0,026011	-1,39603	0,170809
w5	0,207149	0,156902	0,83248	0,630555	1,32024	0,194653

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: Tw+ (RAZEM X toż_1 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,69894734 R2=0,48852738 Skoryg. R2=0,41545987 F(5,35)=6,6860 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(35)	poziom p
W. wolny			22,27893	3,433373	6,48893	0,000000
pyt6	-0,575954	0,173026	-0,16256	0,048834	-3,32871	0,002063
kohsuma	-0,450371	0,144365	-0,06666	0,021367	-3,11967	0,003615
pyt8	0,555585	0,199666	0,15244	0,054784	2,78257	0,008633
w7	-0,342686	0,145451	-1,46064	0,619961	-2,35602	0,024202
pyt5	-0,345691	0,193107	-0,09263	0,051745	-1,79015	0,082085

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: Ns- (RAZEM X toż_1 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,61164868 R2=0,37411411 Skoryg. R2=0,26366366 F(6,34)=3,3872 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(34)	poziom p
W. wolny			11,76565	1,883227	6,24760	0,000000
pyt6	-0,538445	0,190277	-0,15837	0,055967	-2,82980	0,007761
w7	-0,417504	0,186215	-1,85455	0,827166	-2,24205	0,031591
w6	0,261370	0,193084	1,20549	0,890537	1,35366	0,184775
w2	0,219589	0,164401	1,03779	0,776970	1,33569	0,190523
pyt8	0,982520	0,454403	0,28094	0,129932	2,16222	0,037728
pyt7	-0,733871	0,411758	-0,17780	0,099761	-1,78229	0,083635

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: E- (RAZEM X toż_1 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,61732452 R2=0,38108957 Skoryg. R2=0,29267379 F(5,35)=4,3102 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(35)	poziom p
W. wolny			9,20060	3,867856	2,37873	0,022960
pyt6	-0,493675	0,135742	-0,13498	0,037116	-3,63687	0,000880
w7	-0,427643	0,179233	-1,76586	0,740105	-2,38596	0,022577
pz	0,404653	0,192211	0,16844	0,080011	2,10525	0,042517
w6	0,240837	0,181332	1,03259	0,777460	1,32816	0,192723
w10	-0,216650	0,191984	-0,66739	0,591408	-1,12848	0,266793

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: Tw- (RAZEM X toż_1 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,56088101 R2=0,31458751 Skoryg. R2=0,19363236 F(6,34)=2,6009 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(34)	poziom p
W. wolny			6,78090	5,565894	1,21829	0,231499
w7	-0,439138	0,194214	-2,26976	1,003827	-2,26111	0,030265
pyt6	0,255757	0,410414	0,08753	0,140465	0,62317	0,537331
kohsuma	0,347291	0,182618	0,06233	0,032776	1,90174	0,065706
w6	0,411273	0,206619	2,20718	1,108866	1,99049	0,054625
pyt1	0,651355	0,328280	0,18814	0,094821	1,98414	0,055359
pomoc	-0,991356	0,591068	-0,18289	0,109044	-1,67723	0,102669

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: K (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,50410217 R2=0,25411900 Skoryg. R2=0,19364216 F(3,37)=4,2019 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(37)	poziom p
W. wolny			23,65783	3,108725	7,61014	0,000000
w1	0,359446	0,165758	1,19006	0,548791	2,16850	0,036622
pz	-0,368530	0,171269	-0,11409	0,053023	-2,15176	0,038011
w6	-0,318372	0,174281	-1,01520	0,555736	-1,82677	0,075811

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: N (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,45019159 R2=0,20267247 Skoryg. R2=0,13802429 F(3,37)=3,1350 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(37)	poziom p
W. wolny			9,074453	4,426190	2,050172	0,047483
pomoc	0,297866	0,151600	0,053476	0,027217	1,964811	0,056979
pz	0,305382	0,167569	0,154842	0,084965	1,822424	0,076480
w1	0,170087	0,162890	0,922282	0,883256	1,044184	0,303175

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: A (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,55123961 R2=0,30386511 Skoryg. R2=0,22651679 F(4,36)=3,9285 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(36)	poziom p
W. wolny			16,93288	3,482499	4,86228	0,000023
w5	-0,381444	0,142699	-1,26860	0,474586	-2,67306	0,011225
w2	0,433401	0,156432	1,77239	0,639725	2,77054	0,008797
pyt2	0,237767	0,150713	0,05741	0,036388	1,57762	0,123401
pz	0,153322	0,152220	0,05941	0,058981	1,00724	0,320543

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: H (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,52168186 R2=0,27215196 Skoryg. R2=0,19127995 F(4,36)=3,3652 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(36)	poziom p
W. wolny			9,64750	4,762408	2,02576	0,050250
w3	0,198006	0,159657	0,82037	0,661481	1,24020	0,222924
w1	0,448221	0,177533	2,34567	0,929082	2,52472	0,016127
w7	-0,323346	0,184927	-1,56964	0,897699	-1,74851	0,088899
pz	0,251267	0,172494	0,12296	0,084412	1,45667	0,153875

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: Nw- (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,28182782 R2=0,07942692 Skoryg. R2=0,03097570 F(2,38)=1,6393 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(38)	poziom p
W. wolny			10,74246	1,940130	5,53698	0,000002
pomoc	-0,219040	0,156902	-0,03631	0,026011	-1,39603	0,170809
w5	0,207149	0,156902	0,83248	0,630555	1,32024	0,194653

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: Ns+ (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,75073805 R2=0,56360761 Skoryg. R2=0,45450952 F(8,32)=5,1661 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(32)	poziom p
W. wolny			21,47422	3,600527	5,96419	0,000001
pomoc	-0,702175	0,195644	-0,11577	0,032256	-3,58905	0,001094
w9	-0,363986	0,143232	-1,24333	0,489262	-2,54123	0,016093
pyt8	0,341058	0,193115	0,10141	0,057422	1,76608	0,086922
w7	-0,582204	0,178432	-2,68929	0,824208	-3,26288	0,002625
w6	0,349350	0,161890	1,67553	0,776448	2,15794	0,038543
pzr	-0,196486	0,152197	-0,07001	0,054231	-1,29099	0,205955
w8	0,223885	0,128017	0,90080	0,515075	1,74887	0,089901
w3	-0,148249	0,138933	-0,58446	0,547728	-1,06706	0,293930

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: Tw- (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,41478083 R2=0,17204313 Skoryg. R2=0,06854853 F(4,32)=1,6623 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(32)	poziom p
W. wolny			12,59206	2,990014	4,21137	0,000193
pyt6	-0,286201	0,173270	-0,09531	0,057701	-1,65176	0,108364
w5	-0,224914	0,161694	-0,79317	0,570220	-1,39098	0,173828
w7	0,253612	0,165688	1,21811	0,795813	1,53065	0,135682
ps	0,212474	0,177623	0,06866	0,057396	1,19621	0,240402

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: Nw+ (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,48551178 R2=0,23572169 Skoryg. R2=0,15080188 F(4,36)=2,7758 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(36)	poziom p
W. wolny			10,51508	2,390723	4,39828	0,000093
pyt6	-0,401695	0,147982	-0,09942	0,036624	-2,71448	0,010126
w3	0,108457	0,158229	0,34598	0,504747	0,68544	0,497455
w6	0,333483	0,188786	1,29417	0,732637	1,76646	0,085798
w7	-0,259300	0,203518	-0,96915	0,760661	-1,27409	0,210795

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: Tw+ (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,69894734 R2=0,48852738 Skoryg. R2=0,41545987 F(5,35)=6,6860 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(35)	poziom p
W. wolny			22,27893	3,433373	6,48893	0,000000
pyt6	-0,575954	0,173026	-0,16256	0,048834	-3,32871	0,002063
kohsuma	-0,450371	0,144365	-0,06666	0,021367	-3,11967	0,003615
pyt8	0,555585	0,199666	0,15244	0,054784	2,78257	0,008633
w7	-0,342686	0,145451	-1,46064	0,619961	-2,35602	0,024202
pyt5	-0,345691	0,193107	-0,09263	0,051745	-1,79015	0,082085

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: Ns- (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,61164868 R2=0,37411411 Skoryg. R2=0,26366366 F(6,34)=3,3872 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(34)	poziom p
W. wolny			11,76565	1,883227	6,24760	0,000000
pyt6	-0,538445	0,190277	-0,15837	0,055967	-2,82980	0,007761
w7	-0,417504	0,186215	-1,85455	0,827166	-2,24205	0,031591
w6	0,261370	0,193084	1,20549	0,890537	1,35366	0,184775
w2	0,219589	0,164401	1,03779	0,776970	1,33569	0,190523
pyt8	0,982520	0,454403	0,28094	0,129932	2,16222	0,037728
pyt7	-0,733871	0,411758	-0,17780	0,099761	-1,78229	0,083635

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: E- (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,61732452 R2=0,38108957 Skoryg. R2=0,29267379 F(5,35)=4,3102 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(35)	poziom p
W. wolny			9,20060	3,867856	2,37873	0,022960
pyt6	-0,493675	0,135742	-0,13498	0,037116	-3,63687	0,000880
w7	-0,427643	0,179233	-1,76586	0,740105	-2,38596	0,022577
pz	0,404653	0,192211	0,16844	0,080011	2,10525	0,042517
w6	0,240837	0,181332	1,03259	0,777460	1,32816	0,192723
w10	-0,216650	0,191984	-0,66739	0,591408	-1,12848	0,266793

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: Tw- (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,56088101 R2=0,31458751 Skoryg. R2=0,19363236 F(6,34)=2,6009 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(34)	poziom p
W. wolny			6,78090	5,565894	1,21829	0,231499
w7	-0,439138	0,194214	-2,26976	1,003827	-2,26111	0,030265
pyt6	0,255757	0,410414	0,08753	0,140465	0,62317	0,537331
kohsuma	0,347291	0,182618	0,06233	0,032776	1,90174	0,065706
w6	0,411273	0,206619	2,20718	1,108866	1,99049	0,054625
pyt1	0,651355	0,328280	0,18814	0,094821	1,98414	0,055359
pomoc	-0,991356	0,591068	-0,18289	0,109044	-1,67723	0,102669

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: K (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,66383578 R2=0,44067795 Skoryg. R2=0,35046471 F(5,31)=4,8848 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(31)	poziom p
W. wolny			22,57856	3,528578	6,39877	0,000000
ps	-0,576072	0,189026	-0,26728	0,087703	-3,04758	0,004686
pzr	0,611412	0,194317	0,26564	0,084423	3,14647	0,003636
w8	-0,286802	0,136273	-1,53025	0,727095	-2,10461	0,043530
w4	-0,252479	0,137820	-1,41672	0,773342	-1,83194	0,076584
pz	-0,272418	0,210223	-0,11187	0,086329	-1,29585	0,204592

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: N (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)
 $R=0,66954280$ $R^2=0,44828756$ Skoryg. $R^2=0,29065543$ $F(8,28)=2,8439$ p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(28)	poziom p
W. wolny			15,27653	3,375820	4,52528	0,000101
w4	-0,285090	0,164780	-1,21724	0,703553	-1,73013	0,094617
w7	-0,315795	0,155303	-1,65718	0,814973	-2,03342	0,051587
pyt4	0,402343	0,169253	0,14035	0,059042	2,37717	0,024516
w8	-0,294690	0,150188	-1,19641	0,609748	-1,96214	0,059755
w5	0,125403	0,147962	0,48317	0,570089	0,84753	0,403884
ps	-0,394679	0,204017	-0,13934	0,072027	-1,93454	0,063209
w3	0,173408	0,157347	0,74337	0,674521	1,10207	0,279813
pzr	0,209245	0,191770	0,06917	0,063397	1,09112	0,284519

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: A (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)
 $R=0,57458869$ $R^2=0,33015217$ Skoryg. $R^2=0,24642119$ $F(4,32)=3,9430$ p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(32)	poziom p
W. wolny			12,23498	3,856754	3,17235	0,003329
w4	-0,305414	0,147548	-1,61823	0,781780	-2,06993	0,046611
w6	0,222165	0,152867	1,38343	0,951910	1,45332	0,155873
pzr	0,437639	0,189891	0,17954	0,077902	2,30469	0,027823
ps	-0,331268	0,192019	-0,14513	0,084126	-1,72519	0,094141

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: H (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)
 $R=0,71679285$ $R^2=0,51379199$ Skoryg. $R^2=0,41655039$ $F(6,30)=5,2837$ p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(30)	poziom p
W. wolny			13,17636	2,891910	4,55628	0,000081
w4	-0,391226	0,144264	-1,87381	0,690964	-2,71187	0,010966
w5	0,337727	0,128212	1,45970	0,554149	2,63413	0,013212
pyt6	-0,679159	0,210622	-0,27719	0,085963	-3,22454	0,003040
pyt8	0,704270	0,214776	0,28327	0,086388	3,27909	0,002639
w1	-0,182531	0,131885	-0,93301	0,674129	-1,38402	0,176562
w7	-0,140971	0,134700	-0,82985	0,792933	-1,04656	0,303664

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: Ns+ (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)
 $R=0,71919999$ $R^2=0,51724863$ Skoryg. $R^2=0,42069836$ $F(6,30)=5,3573$ p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(30)	poziom p
W. wolny			12,17474	2,225705	5,47006	0,000006
w4	0,48427	0,140817	2,30870	0,671330	3,43899	0,001736
w1	-0,18086	0,130507	-0,92016	0,663998	-1,38579	0,176027
pyt6	0,34608	0,282884	0,14059	0,114921	1,22340	0,230701
afirmacja	-1,72085	0,571876	-0,31409	0,104380	-3,00913	0,005268
pyt1	0,84092	0,453687	0,30031	0,162021	1,85353	0,073664
pyt5	0,63514	0,388163	0,25270	0,154439	1,63626	0,112234

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: Nw+ (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,81907528 R2=0,67088432 Skoryg. R2=0,52607342 F(11,25)=4,6328 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(25)	poziom p
W. wolny			7,26463	2,936404	2,47399	0,020504
w4	0,510262	0,143489	2,17972	0,612953	3,55610	0,001533
w7	0,212954	0,156764	1,11806	0,823046	1,35844	0,186456
pyt6	0,846630	0,206231	0,30819	0,075071	4,10524	0,000378
pyt2	-0,280211	0,286968	-0,09718	0,099520	-0,97645	0,338196
w8	-0,310233	0,129355	-1,26014	0,525429	-2,39830	0,024257
w9	0,157549	0,147344	0,56007	0,523790	1,06926	0,295170
w5	-0,233158	0,121579	-0,89879	0,468669	-1,91775	0,066636
w6	0,191338	0,156937	0,96059	0,787889	1,21920	0,234147
pyt8	-0,325105	0,296655	-0,11663	0,106422	-1,09590	0,283567
pzr	0,177350	0,126913	0,05866	0,041977	1,39741	0,174569
w1	-0,146464	0,127226	-0,66772	0,580009	-1,15122	0,260535

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: E+ (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,71075338 R2=0,50517036 Skoryg. R2=0,38572873 F(7,29)=4,2294 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(29)	poziom p
W. wolny			20,41618	3,232948	6,31504	0,000001
w4	0,397250	0,145866	1,89776	0,696834	2,72340	0,010826
w1	-0,371135	0,140686	-1,89218	0,717267	-2,63804	0,013269
w3	-0,043236	0,179662	-0,20738	0,861742	-0,24065	0,811519
pyt3	-0,732384	0,247401	-0,23919	0,080800	-2,96031	0,006070
pyt6	0,601076	0,237260	0,24469	0,096585	2,53341	0,016960
w5	-0,167214	0,140143	-0,72086	0,604155	-1,19317	0,242475
w9	-0,180814	0,172937	-0,71883	0,687513	-1,04555	0,304407

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: Tw+ (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,71331737 R2=0,50882167 Skoryg. R2=0,39026138 F(7,29)=4,2917 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(29)	poziom p
W. wolny			9,91035	3,633091	2,72780	0,010712
w4	0,380221	0,137560	1,86347	0,674185	2,76403	0,009817
w8	-0,391621	0,131453	-1,82505	0,612602	-2,97918	0,005792
pzr	0,563153	0,175062	0,21370	0,066431	3,21687	0,003178
ps	-0,284761	0,172856	-0,11540	0,070050	-1,64739	0,110273
w7	0,162221	0,141133	0,97716	0,850134	1,14941	0,259777
w1	-0,159127	0,133268	-0,83231	0,697052	-1,19404	0,242139
w5	-0,136089	0,134449	-0,60188	0,594628	-1,01220	0,319814

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: Ns- (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,67438537 R2=0,45479563 Skoryg. R2=0,29902295 F(8,28)=2,9196 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(28)	poziom p
W. wolny			11,76172	2,821516	4,16858	0,000267
w4	0,341429	0,156063	1,27065	0,580796	2,18777	0,037195
w5	-0,319779	0,149606	-1,07393	0,502429	-2,13747	0,041432
w2	0,370185	0,155137	1,52697	0,639922	2,38619	0,024025
w6	-0,167987	0,162355	-0,73473	0,710101	-1,03469	0,309668
pzr	0,189125	0,154830	0,05450	0,044614	1,22151	0,232080
pyt7	-0,599478	0,322228	-0,14464	0,077746	-1,86042	0,073360
pyt5	0,507986	0,336051	0,15778	0,104374	1,51164	0,141832
w3	-0,167959	0,152534	-0,62758	0,569950	-1,10112	0,280221

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: Nw- (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,63016925 R2=0,39711328 Skoryg. R2=0,27653594 F(6,30)=3,2934 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(30)	poziom p
W. wolny			11,53654	2,232830	5,16678	0,000015
pzr	0,263108	0,149855	0,06219	0,035422	1,75575	0,089338
w5	-0,318933	0,147912	-0,87863	0,407484	-2,15623	0,039207
w6	0,527288	0,170981	1,89184	0,613457	3,08390	0,004360
w7	-0,524901	0,171870	-1,96949	0,644876	-3,05406	0,004702
w4	0,256862	0,151928	0,78416	0,463812	1,69069	0,101262
w1	0,198454	0,146997	0,64657	0,478923	1,35006	0,187096

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: E- (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,60842026 R2=0,37017521 Skoryg. R2=0,26859057 F(5,31)=3,6440 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(31)	poziom p
W. wolny			9,85410	2,738481	3,59838	0,001100
w5	-0,469798	0,144236	-1,47422	0,452608	-3,25716	0,002727
w2	0,239357	0,155859	0,92254	0,600716	1,53573	0,134750
w4	0,221198	0,149910	0,76918	0,521292	1,47554	0,150154
pz	0,196030	0,151671	0,04989	0,038598	1,29247	0,205746
w7	0,192747	0,157332	0,82377	0,672415	1,22510	0,229766

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: E+ (RAZEM X toż_2 X koh X ws X SAMOOCENA)

R=0,60504593 R2=0,36608057 Skoryg. R2=0,20760071 F(8,32)=2,3100 p

	BETA	Błąd st.	B	Błąd st.	t(32)	poziom p
W. wolny			19,26715	5,198522	3,70627	0,000793
ps	-0,181330	0,160849	-0,09163	0,081282	-1,12733	0,267985
w7	-0,691719	0,210987	-3,50255	1,068343	-3,27849	0,002519
w6	0,380206	0,189825	1,99895	0,998013	2,00293	0,053716
pomoc	-0,387693	0,225158	-0,07007	0,040694	-1,72187	0,094748
w1	0,185151	0,179161	1,01071	0,978009	1,03343	0,309149
w10	-0,261807	0,178884	-0,98897	0,675731	-1,46356	0,153069
w8	0,179967	0,150723	0,79376	0,664774	1,19403	0,241244
pyt7	0,221323	0,219831	0,06113	0,060713	1,00679	0,321589