Przekonania o swoim życiu

SERIA

Aktywność zawodowa osób z ograniczeniami sprawności

redakcja naukowa: **Anna Izabela Brzezińska**

1.
Anna I. Brzezińska, Piotr Rycielski, Kamil Sijko
Wyzwania metodologiczne
Diagnoza potrzeb i ewaluacja wsparcia wśród osób z ograniczeniami sprawności

2.
Sylwia Bedyńska, Piotr Rycielski
Kim jestem?
Przeciwdziałanie stereotypizacji i stygmatyzacji osób z ograniczeniami sprawności

3.
Anna I. Brzezińska, Radosław Kaczan, Ludmiła Rycielska
Przekonania o swoim życiu
Spostrzeganie historii życia przez osoby z ograniczeniami sprawności

4.
Anna I. Brzezińska, Radosław Kaczan, Ludmiła Rycielska
Czas, plany, cele
Perspektywa czasowa osób z ograniczeniami sprawności

5.
Konrad Piotrowski
Wkraczanie w dorosłość
Tożsamość i poczucie dorosłości młodych osób z ograniczeniami sprawności

6.
Paweł Wolski
Utrata sprawności
Radzenie sobie z niepełnosprawnością nabytą a aktywizacja zawodowa

7.
Dorota Wiszejko-Wierzbicka
Niewykorzystana sfera
Partycypacja społeczna i obywatelska osób z ograniczeniami sprawności

8.
Karolina Smoczyńska
Przestrzenie relacji społecznych
Osoby z ograniczeniami sprawności w społecznościach lokalnych i wirtualnych

9.
Jakub Iwański, Dominik Owczarek
Potrzeba bycia rozumianym
Komunikacja społeczna i funkcjonowanie w grupie osób z ograniczeniami sprawności

10.
Maciej Błaszak, Łukasz Przybylski
Rzeczy są dla ludzi
Niepełnosprawność i idea uniwersalnego projektowania

11.
Karolina Appelt, Sławomir Jabłoński, Błażej Smykowski, Julita Wojciechowska, Beata Ziółkowska
Konstruowanie i ewaluacja projektów
Poprawa funkcjonowania osób z ograniczeniami sprawności i ich środowisk

12.
Anna I. Brzezińska, Jacek Pluta, Piotr Rycielski (red.)
Potrzeby specyficznych grup osób z ograniczeniami sprawności
Wyniki badań

13.
Anna I. Brzezińska, Jacek Pluta, Piotr Rycielski (red.)
Wsparcie dla osób z ograniczeniami sprawności i ich otoczenia
Wyniki badań

Anna Izabela Brzezińska • Radosław Kaczan
Ludmiła Rycielska

Przekonania o swoim życiu

Spostrzeganie historii życia przez osoby z ograniczeniami sprawności

Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR
Warszawa 2010

KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Publikacja jest współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Programu Kapitał Ludzki

Publikacja realizowana w ramach projektu systemowego nr WND-POKL-01.03.06-00-041/08 „Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych"

Redaktor naukowy serii:
prof. dr hab. Anna Izabela Brzezińska

Recenzenci:
prof. dr hab. Stanisław Kowalik,
Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu,
Katedra Kultury Fizycznej Osób Niepełnosprawnych
prof. dr hab. Piotr Oleś,
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II,
Instytut Psychologii

Redakcja i korekta: *Maria Magdalena Ziarkiewicz*

Projekt okładki: *Katarzyna Juras*

Copyright © by Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa 2010

ISBN: 978-83-7383-422-4

Wydawnictwo Naukowe Scholar Sp. z o.o.
ul. Krakowskie Przedmieście 62, 00-322 Warszawa
tel./faks: 22 828 93 91, 22 826 59 21, 22 828 95 63
dział handlowy: 22 635 74 04 w. 219 lub jw. w. 105, 108
e-mail: info@scholar.com.pl; scholar@neostrada.pl
www.scholar.com.pl

Wydanie pierwsze
Skład i łamanie: WN „Scholar" (*Stanisław Beczek*)
Druk i oprawa: Paper & Tinta, Warszawa

Spis treści

Wstęp 9

Rozdział 1
Przekonania na temat własnego życia a funkcjonowanie człowieka . . . 11
1.1. Wprowadzenie 11
1.2. Przekonania na temat świata społecznego i siebie 14
1.3. Wpływ przekonań na zachowanie 17
1.4. Uwarunkowania przekonań na temat świata społecznego i siebie 20
1.4.1. Doświadczenia uniwersalne, wspólne i indywidualne 21
1.4.2. Rola wczesnych doświadczeń w kształtowaniu się przekonań . . 23
1.5. Powstawanie przekonań nieadaptacyjnych 26
1.6. Zmiana przekonań nieadaptacyjnych 28
1.7. Podsumowanie 31

Rozdział 2
Cele i program badań 32
2.1. Wprowadzenie 32
2.2. Cele badań 32
2.2.1. Cele badania w module *Historia życia osób z ograniczeniami sprawności* 32
2.2.2. Cele badania w module *Autonarracje – indywidualne historie życia* 33
2.3. Opis programu badań 35
2.3.1. Opis badań w module *Historia życia osób z ograniczeniami sprawności* 35
2.3.2. Opis badań w module *Autonarracje – indywidualne historie życia* 37
2.4. Charakterystyka badanych osób 38
2.4.1. Zmienne demograficzne: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie i stan cywilny 38
2.4.2. Rodzaj i stopień niepełnosprawności 42
2.4.3. Aktywność zawodowa i sytuacja materialna 44
2.5. Podsumowanie 47

Rozdział 3
Przekonania na temat relacji z innymi: style przywiązania 48
3.1. Wprowadzenie 48
3.2. Wewnętrzne modele operacyjne a przekonania o sobie i o świecie społecznym 48
3.3. Modele operacyjne a funkcjonowanie społeczne 50
3.4. Przywiązanie a trudne sytuacje życiowe 52
3.5. Przywiązanie a ograniczenie sprawności 54
3.6. Wyniki 56
3.6.1. Przywiązanie a przekonania o sobie i o świecie społecznym . . . 56
3.6.2. Przywiązanie a funkcjonowanie społeczne osób z ograniczeniem sprawności 60
3.7. Podsumowanie 63

Rozdział 4
Przekonania na temat punktualności zdarzeń życiowych 68
4.1. Wprowadzenie 68
4.2. Zegar biologiczny i zegar społeczny a funkcjonowanie i rozwój człowieka 69
4.2.1. Punktualność i niepunktualność zdarzeń życiowych 69
4.2.2. Konsekwencje punktualności i niepunktualności zegara biologicznego oraz społecznego 70
4.2.3. Obszary aktywności człowieka dorosłego a zadania rozwojowe . 71
4.2.4. Czynniki sprzyjające realizacji zadań rozwojowych i utrudniające ją 73
4.2.5. Konsekwencje punktualnej i niepunktualnej realizacji zadań rozwojowych dla osobistego i społecznego funkcjonowania człowieka 73
4.3. Metoda badań 74
4.3.1. Budowa kwestionariusza 74
4.3.2. Obliczanie i interpretacja wyników 76
4.4. Wyniki 77
4.4.1. Podgrupy osób wyodrębnione ze względu na poczucie punktualności 78
4.4.2. Charakterystyka pod względem ograniczeń sprawności 81
4.4.3. Charakterystyka pod względem zmiennych socjodemograficznych 83
4.4.4. Charakterystyka pod względem oceny ograniczeń sprawności i stanu zdrowia 87
4.4.5. Osoby punktualne i niepunktualne: charakterystyka pod względem oceny jakości życia i samooceny 89
4.4.6. Charakterystyka pod względem aktywności społecznej i zawodowej oraz sytuacji materialnej 90
4.5. Podsumowanie 92

Rozdział 5
Przekonania na temat przełomowych momentów w życiu: punkty zwrotne 95
5.1. Wprowadzenie 95
5.2. Pojęcie *punktów zwrotnych w życiu* 96
5.3. Punkty zwrotne w świetle wyników badań 97
5.4. Metoda badań 102
5.5. Wyniki 103
5.5.1. Percepcja punktów zwrotnych w życiu a ograniczenie sprawności 104
5.5.2. Percepcja punktów zwrotnych w życiu a stopień niepełnosprawności i percepcja ograniczeń 107
5.5.3. Percepcja punktów zwrotnych w życiu a zmienne socjodemograficzne 110
5.5.4. Percepcja punktów zwrotnych w życiu a aktywność zawodowa i społeczna oraz jakość życia 117
5.6. Wnioski 121

Zakończenie 124
1. Podsumowanie: od doświadczeń do przekonań i zachowań 124

2. Kierunki dalszych badań 126
3. Cele i formy interwencji 127
3.1. Interwencje nastawione na osobę 128
3.2. Interwencje nastawione na otoczenie 129

Bibliografia 133

Aneks
Charakterystyka systemowego projektu badawczego finansowanego ze środków Unii Europejskiej – nr WND-POKL-01.03.06-00-041/08: ***Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych*** 140

The description of a systemic research project funded by the European Union – N° WND-POKL-01.03.06-00-041/08 titled: ***A national study of the situation, needs and opportunities of persons with disabilities in Poland*** 155

Streszczenie 167

Summary 168

Wstęp

Każdy z nas od początku swego życia wchodzi w rozmaite kontakty z najbliższym otoczeniem. Na otoczenie składają się ludzie i rozmaite przedmioty. Małe dziecko poznaje jedne i drugie dotykiem, wzrokiem, słuchem. Dorośli jednak nie tylko pokazują mu świat, ale też o tym świecie opowiadają, nazywają przedmioty, sytuacje, zdarzenia, swoje uczucia. Wiedza o świecie, w tym o innych ludziach i o samym sobie, kształtuje się zatem na różne sposoby. Ujmując rzecz obrazowo, w umyśle dziecka powstają dwie mapy: mapa siebie i mapa otoczenia, na której umieszcza ono pewne oczekiwania co do tego, jak zachowają się inni ludzie w jakiejś sytuacji, oraz przewidywania, co się wydarzy, co nastąpi po czym.

Oznacza to, iż już we wczesnym okresie życia zachowanie dziecka nie zależy jedynie od tego, jakie bodźce zewnętrzne nań oddziałują. Jego zachowania nie są też jedynie prostą reakcją na te bodźce. Dziecko zapamiętuje to, co się zdarzyło, i w każdą następną sytuację wchodzi w odpowiedni sposób przygotowane, oczekuje pewnych zdarzeń i pewnych zachowań ze strony bliskich sobie osób: rodziców, rodzeństwa czy zajmujących się nim specjalistów.

Skutki jakiegoś zdarzenia występującego w środowisku mają swą przyczynę nie tylko i nie tyle w jego jakości (czasie wystąpienia zdarzenia, jego intensywności) oraz w jego interpretacji dokonywanej przez otoczenie, ale przede wszystkim w tym, jak jest interpretowane przez samą jednostkę. W miarę wzrastania dziecka coraz ważniejsze staje się znaczenie, jakie przypisuje ono danym zdarzeniom, zaś coraz mniej istotne będą się stawać obiektywne cechy i „wartość stymulacyjna" otoczenia.

U każdego człowieka tworzy się, na podstawie gromadzonego doświadczenia, zespół tak zwanych *modeli wewnętrznych*, czyli pewnych milcząco przyjmowanych założeń i wniosków odnoszących się do niego samego oraz do jego stosunków z innymi ludźmi. Te wewnętrzne modele, czyli systemy przekonań, pełnią rolę filtrów dla następnych doświadczeń, automatycznie interpretują nowe informacje oraz odpowiednio reorganizują dotychczasowe doświadczenia, a więc nadają kierunek zachowaniom jednostki w danej sytuacji (por. Epstein, 1991).

Tworzone w dzieciństwie modele są zmienne, lecz mają tendencję do utrzymywania się w czasie i w znacznym stopniu kształtują i określają doświadczenia jednostki w jej dorosłym życiu. Pojęcia *wewnętrznego modelu doświadczenia* i *systemu przekonań* pozwalają zrozumieć, dlaczego te same zdarzenia i sytuacje mają odmienny wpływ na różne osoby. Nasze zachowanie nie jest bowiem prostą reakcją na to, co się dzieje, ale złożoną odpowiedzią na to, jakie znaczenie ma dla nas to, co się dzieje.

Gdy poszukujemy odpowiedzi na pytanie o to, dlaczego tak duży odsetek dorosłych osób z ograniczeniami sprawności nie pracuje, ma niższe niż rówieśnicy wykształcenie, ma niewielu przyjaciół, mieszka samotnie, jest niezadowolonych ze swojego życia (por. Brzezińska, Kaczan, Piotrowski, Rycielski, 2008; Brzezińska, Piotrowski, 2008a; 2008b), nie sposób nie postawić pytania o to, jaka jest ich wizja świata i siebie. Jeśli jest to wizja świata wrogiego, nieprzyjaznego, zamkniętego na ich potrzeby, trudno się dziwić, że są one bierne, unikają kontaktu z innymi ludźmi, nie wierzą w zmianę swojej sytuacji. Z drugiej strony, aktywność osób niepełnosprawnych, które postrzegają świat jako pełen niespodzianek, pomocnych ludzi, ciekawych wydarzeń, a siebie – jako ludzi zdolnych wywrzeć nań jakiś wpływ, będzie natomiast nie tylko duża, lecz także zróżnicowana.

Analiza zebranych przez nas wyników badań oraz wywiadów przeprowadzonych z osobami w różnym wieku i z różnymi ograniczeniami sprawności pokazała, iż to, jak spostrzegamy siebie i otaczający nas świat, ma niezwykły wpływ na nasze zachowanie i doznawane przez nas emocje. Dowiodła również, iż bariery, które według nas samych utrudniają lub nawet uniemożliwiają nam codzienne funkcjonowanie i budowanie planów na przyszłość, bardzo często tkwią w naszych głowach – w naszych przekonaniach, w owych wewnętrznych modelach doświadczenia.

Wizja siebie (np. Ja jako osoba z ograniczeniem sprawności, jako pracownik, jako przyjaciółka, jako córka) i postrzeganie innych (np. swoich współpracowników, przełożonego, klientów, sąsiadów) oraz ich wzajemnych relacji w dużym stopniu rzutuje na treść przekonań o własnej skuteczności i możliwościach zmiany swojej sytuacji życiowej, w tym na ocenę szans znalezienia i utrzymania pracy, pozyskania nowych znajomych, poszerzenia swych kwalifikacji.

Rozpoznanie tych dwóch grup przekonań – o sobie i o świecie – umożliwia trafniejsze zidentyfikowanie potrzeb, a tym samym zdiagnozowanie psychologicznej gotowości osoby z ograniczeniem sprawności do zmiany swojej sytuacji. Jakość przekonań określa zatem swoisty „punkt startowy". Przekonania o negatywnym ładunku emocjonalnym stanowią barierę mentalną i powodują, iż większość trudnych sytuacji jest spostrzegana jako zagrożenie. Z kolei przekonania o ładunku pozytywnym pozwalają widzieć świat w kategoriach wyzwań, zachęt, okazji czy szans.

Głównym motywem, jaki skłonił nas do refleksji nad przekonaniami osób doświadczających rozmaitych skutków ograniczenia sprawności, było poszukiwanie przyczyny niskiej aktywności i braku zadowolenia z życia szczególnie u tych spośród nich, w których otoczeniu trudno znaleźć jakieś silnie działające czynniki negatywne czy czynniki ryzyka. Naszym poszukiwaniom przyświecało hasło: „jak myślisz – o sobie, o innych, o świecie w ogóle – tak działasz".

Anna Izabela Brzezińska, *Ludmiła Rycielska*, *Radosław Kaczan*
Warszawa–Poznań, marzec 2010 roku

Rozdział 1

Przekonania na temat własnego życia a funkcjonowanie człowieka

1.1. Wprowadzenie

Wykorzystanie w naszych analizach pojęcia *przekonania* pozwala nam zwrócić uwagę na to, co ludzie myślą i sądzą na temat otaczającej ich rzeczywistości oraz siebie samych jako *aktorów* działających w tej rzeczywistości. Zakładamy, że określone przekonania prowadzą do działania w sposób zgodny z nimi oraz że przekonania te mają swoją genezę w doświadczeniach gromadzonych w kolejnych okresach życia. U podstaw tego założenia leży coraz szerzej akceptowane w psychologii i innych naukach behawioralnych podejście badawczo-analityczne łączące myśli, uczucia i zachowania w jedną, wzajemnie powiązaną, całość. Podejście to ma swe źródła w psychologii poznawczej, koncepcji społecznego uczenia się oraz w koncepcjach poznawczo-behawioralnych (por. np. Bandura, 2009; Oleś, 2009; Popiel, Pragłowska, 2008).

Trudność w jednoznacznym zdefiniowaniu takiego pojęcia, jakim jest *przekonanie*, wynika z faktu, że jest ono analizowane w naukach społecznych z wielu różnych perspektyw. Aleksandra Cisłak, Kamil Henne i Krystyna Skarżyńska, (2009, s. 13), zauważają, iż przekonania są:

> swoistą soczewką, przez którą patrzymy na świat, staramy się go zrozumieć, ocenić, planować przyszłość, wyznaczać ważne cele. Jeżeli tak, to przekonania są jednym z najważniejszych czynników kształtujących życie jednostek, grup społecznych i całych społeczeństw.

Pojęcie *przekonania* zostało włączone w szerszy nurt rozważań nad osobowością i jako takie jest traktowane jako podstawowa kategoria analizy w psychologii. Lawrence Pervin i Oliver John (2002, s. 79) piszą, iż:

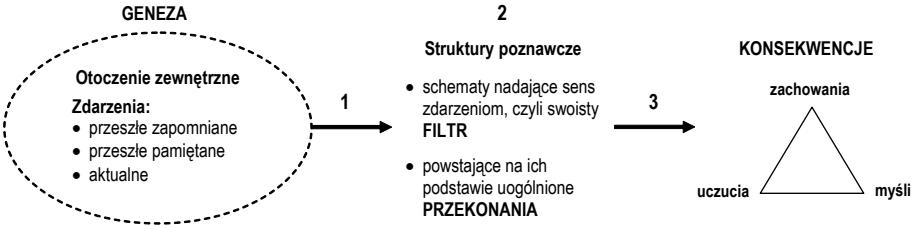
> osobowość definiuje się w kategoriach poglądów i przekonań ludzi na temat rzeczywistości oraz sposobów przetwarzania informacji i tłumaczenia wydarzeń.

Jak zauważają Piotr K. Oleś i Krystyna Drat-Ruszczak (2008, s. 705):

> ludzie kierują się w zachowaniu wieloma wysoce ogólnymi przekonaniami, często nawet sobie tego nie uświadamiając.

W prezentowanym przez nas sposobie rozumienia przekonań chcemy zwrócić uwagę na trzy istotne, naszym zdaniem, i powiązane ze sobą kwestie

(ryc. 1). Pierwszy obszar to geneza przekonań i takie szczegółowe problemy, jak: proces powstawania przekonań i tworzenia się ich systemów w okresie dzieciństwa i dorastania; rola bardzo wczesnych – przede wszystkim niemowlęcych – doświadczeń w ich powstawaniu; zróżnicowanie doświadczeń wpływających na modyfikację przekonań w kierunku korzystnym i mniej korzystnym dla jednostki; wpływ doświadczeń o specyficznych cechach, a więc o bardzo silnym zabarwieniu emocjonalnym, wyraźnie negatywnych lub wyraźnie pozytywnych oraz ambiwalentnych, związanych z sytuacjami nietypowymi czy nawet traumatycznymi na modyfikację przekonań.



Rycina 1. Przekonania: powstawanie i konsekwencje
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Problem genezy przekonań w odniesieniu do osób doświadczających różnych ograniczeń sprawności to przede wszystkim następujące pytania:

- jak fakt nabycia niepełnosprawności na różnych etapach dzieciństwa i dorastania oraz wczesnej dorosłości wpływa na zmianę systemu przekonań, dotyczących świata i siebie, kształtujących się od okresu niemowlęcego?
- co powoduje, iż osoby z niepełnosprawnością wrodzoną lub nabytą w bardzo wczesnym dzieciństwie, objętym niepamięcią, różnią się od siebie przekonaniami na temat siebie, innych ludzi i świata?
- który okres dzieciństwa bądź dorastania ma kluczowe znaczenie dla kształtowania się systemu przekonań i w jakim stopniu utrata sprawności lub szczególnie nagłe nabycie niepełnosprawności zakłóca ten proces?
- jaka jest rola osób znaczących w procesie kształtowanie się przekonań?
- w jakich warunkach społeczno-kulturowych kształtuje się spójny, ale elastyczny system przekonań, a kiedy system ten jest ubogi bądź sztywny, zamknięty na to, co nowe i utrudniający adaptację do nowych sytuacji?

Druga interesująca nas kwestia to treść przekonań, czyli obszary i temat, których dotyczą, na przykład Ja i moje podobieństwo (lub jego brak) do rówieśników, bieg własnego rozwoju, inni ludzie, moje relacje z innymi, relacje ludzi między sobą, wydarzenia życiowe i poczucie „terminowości" ich pojawiania się, reguły rządzące bliższym i dalszym otoczeniem, reguły funkcjonowania grup i społeczności.

W odniesieniu do osób z ograniczeniami sprawności stawiamy takie oto pytania:

- czy fakt nabycia niepełnosprawności – w zależności od okresu życia, w jakim to nastąpiło – wpływa na treść przekonań i powoduje dominację jednych (np. przekonań dotyczących siebie) oraz brak lub słabość innych (np. przekonań dotyczących funkcjonowania systemu politycznego)?
- czym różnią się przekonania – w różnych obszarach i tematach – osób sprawnych i osób z różnymi ograniczeniami sprawności?
- czy różnice dotyczą bardziej treści, związanej z zakresem doświadczeń życiowych (bogate–ubogie; zróżnicowane–jednolite, podobne do siebie; indywidualne – podzielane z innymi) czy formy, w jakiej przekonania są ujawniane (konkretne–abstrakcyjne; uporządkowane–chaotyczne; uzasadniane argumentami odwołującymi się do racji rozumu – uzasadniane emocjami, odczuciami, chwilowym nastrojem)?

I wreszcie trzecia kwestia to konsekwencje przekonań, czyli ich wpływ na funkcjonowanie człowieka w różnych dziedzinach. Wpływ ten widoczny jest w: (1) nastawieniach percepcyjnych, jak niedostrzeganie czegoś albo nadmierna wrażliwość na określone bodźce, i poznawczych, ujawniających się w postaci zniekształceń poznawczych czy wybiórczej pamięci; (2) tendencji do dominacji określonych odczuć: dominacja negatywnego nastroju przy ogólnie pesymistycznej wizji świata bądź gniewu, złości, nawet nienawiści przy silnym poczuciu krzywdy i społecznej niesprawiedliwości; (3) sposobie postępowania w różnych codziennych sytuacjach (przywiązywaniu wielkiej wagi do powtarzalności pewnych sposobów działania, czyli postępowaniu rutynowym, wykonywaniu sekwencji czynności zawsze w tej samej kolejności albo przeciwnie – przy pozytywnej wizji świata i optymistycznym doń nastawieniu chętnym podejmowaniu działań ryzykownych, ciekawości i otwartości na wszystko, co nowe, nieznane); (4) podejmowaniu pewnych form aktywności i odrzucaniu innych bez choćby wstępnego rozpoznania.

To wszystko może w dłuższej perspektywie prowadzić do powstawania różnic między poszczególnymi osobami w sposobie pełnienia różnych ról społecznych i w charakterze działań w obszarze zobowiązań rodzinnych, edukacyjnych i zawodowych oraz towarzyskich. Pojawia się tutaj pytanie o to, w jakim stopniu, i w jakich warunkach, wrodzona bądź nabyta niepełnosprawność może być czynnikiem sprzyjającym powstawaniu i utrwalaniu się obronnych nastawień, nasycaniu przekonań negatywnymi emocjami lub też czynnikiem zmieniającym je tak, iż człowiek staje się coraz bardziej bierny i uległy wobec otoczenia. Ponadto, warto ustalić, kiedy wrodzona lub nabyta niepełnosprawność może stanowić wyzwanie i w efekcie osiąganych przez osobę sukcesów modyfikować system jej przekonań na temat własnej osoby, innych ludzi i świata.

O kluczowej roli przekonań w życiu tak jednostek, jak i grup piszą A. Cisłak, K. Henne i K. Skarżyńska (2009, s. 14), którzy zauważają, że:

> przekonania społeczne mogą być rodzajem barometru, odzwierciedlając dokonującą się zmianę społeczną, ale jednocześnie ich funkcja daleko wykracza poza pomiar społecznego „tu i teraz" – także zmiana przekonań, dotycząca choćby różnych kategorii wykluczonych, może uruchamiać społeczne przemiany.

Ci sami autorzy zwracają uwagę na ogromne wartości aplikacyjne dociekań prowadzonych z wykorzystaniem pojęcia *przekonania* pisząc, iż:

> niezwykle istotne jest więc poznanie zależności rządzących tą dynamiką: powstawaniem, utrzymywaniem się i zmianą społecznych przekonań.

Znaczenie przekonań dla aktywności i jakości życia ludzi w różnym wieku skłoniło nas do podjęcia próby spojrzenia na wyniki badań, które przeprowadziliśmy, pod kątem identyfikacji przekonań występujących w grupach osób z ograniczeniami sprawności. Zakładamy bowiem, iż identyfikacja przekonań zarówno adaptacyjnych, jak i nieadaptacyjnych pozwoli na budowanie na ich podstawie bardziej skutecznych – lepiej dostosowanych do rzeczywistych potrzeb – programów pomocy dla tej grupy osób.

Zgromadzone przez nas wyniki – dotyczące przywiązania (Rycielska, 2009a), poczucia punktualności realizacji zadań rozwojowych oraz spostrzegania ważnych wydarzeń w swym życiu jako punktów zwrotnych (Kaczan, 2009a) – traktujemy jako wskaźniki szerszej grupy przekonań na temat samego siebie, przebiegu własnego życia i biegu procesu rozwoju. W takim ujęciu możemy też posługiwać się wynikami badań i ustaleniami dotyczącymi przekonań pochodzącymi z innych badań jako swoistym tłem i punktem odniesienia dla naszych własnych wyników i przemyśleń.

1.2. Przekonania na temat świata społecznego i siebie

Najbardziej rozpowszechnione w psychologii są dociekania nad dwoma rodzajami przekonań (za: Skarżyńska, 2009, s. 105). Pierwsze z nich to przekonania o możliwości kontrolowania otoczenia (świata) i spostrzeganiu go jako sensownego i uporządkowanego. Wiąże się z nimi poczucie, że można skutecznie wpływać na to, co się dzieje w naszym życiu oraz w bliższym i dalszym otoczeniu. Ich przeciwieństwem są przekonania o przypadkowości zachodzących wokół zdarzeń i o niemożności sprawowania osobistej i świadomej kontroli nad nimi (np. koncepcja Alberta Bandury, 2009). Drugi rodzaj przekonań, budzący żywe zainteresowanie badaczy, to przekonania dotyczące świata i natury ludzkiej. Tę grupę również można ująć biegunowo. Z jednej strony będą to przekonania, w których zawiera się pozytywna wizja innych ludzi i procesów rządzących światem, z drugiej – przekonania o wrogości i nieprzychylności ludzi oraz o egocentrycznej naturze świata.

W badaniach społecznych jednym z ważnych wskaźników pozwalających ocenić charakter przekonań dotyczących świata „jako takiego" i ludzi „w ogóle" jest stopień zaufania wobec innych. Robert Putnam (2000) wykazał w swo-

ich badaniach, że przekonanie o zgeneralizowanym zaufaniu do ludzi (mierzone za pomocą reakcji na zdanie: „Większości ludzi można zaufać") koreluje silnie z różnymi wskaźnikami kapitału społecznego. Zaufanie do innych jest zatem ważnym czynnikiem współwystępującym z kapitałem społecznym (Sztompka, 2007).

Innym wskaźnikiem charakteru przekonań jest wiara w sprawiedliwość świata *versus* przekonanie, że życie jest grą o sumie zerowej. Koncepcja wiary w sprawiedliwy świat (Lerner i Miller, 1978; Rubin i Peplau, 1973, 1975; za: Fiske, 2004) opiera się na przekonaniu, że ludzie dostają to, na co zasługują, oraz że świat jest w swej istocie miejscem sprawiedliwym. W takim świecie ludzie sukcesu są uczciwi i pracowici, a ci, których spotykają niepowodzenia, na pewno oszukują i są leniwi. Innymi słowy, jeśli komuś się nie wiedzie, to oznacza, że musiał zrobić coś złego, by tak się stało. Ludzie, którzy wierzą w sprawiedliwy świat, będą obwiniać i deprecjonować osoby pochodzące z grup nieuprzywilejowanych lub takie, którym gorzej się w życiu układa. Dariusz Doliński (1992, s. 70) podkreśla, iż:

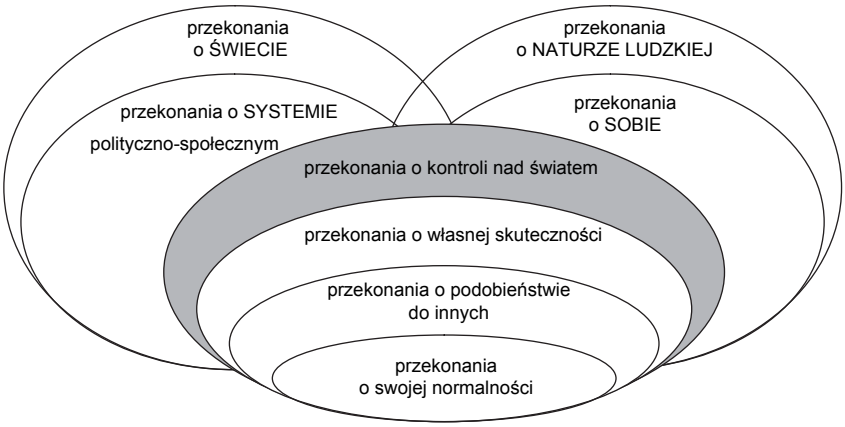
> Przekonanie, że świat jest sprawiedliwy, pozwala ludziom na traktowanie fizycznego i społecznego środowiska, w którym żyją, jako stabilnego i przewidywalnego, a także w dużym stopniu kontrolowalnego.

Podzielanie wiary w sprawiedliwy świat może być wskaźnikiem pewnego rodzaju sztywności poznawczej, sprawiającej, że ten, kto ma taką wiarę, redukuje lęk związany z nieprzewidywalnością świata. Ponadto, w perspektywie „sprawiedliwego świata" ocenia on także samego siebie, co w w sytuacji na przykład niepowodzenia lub porażki sprowadza się do wniosku: „skoro spotkała mnie porażka, to znaczy, że jestem złym człowiekiem; nie dość, że spotkało mnie nieszczęście, to jeszcze jestem zły". Wiara w sprawiedliwy świat jest również jednym z mechanizmów stygmatyzacji grup mniejszościowych, na przykład jeżeli osoba z ograniczeniem sprawności miała wypadek, to znaczy, „że pewnie sobie na to zasłużyła, bo dobrych ludzi nie spotykają w życiu złe rzeczy".

Gra o sumie zerowej zakłada zero-jedynkowy rozkład wyników dla graczy: „albo wygrywasz, albo przegrywasz", czyli „ty albo ja". Wynik jednej strony może być pomniejszony lub powiększony o tyle, ile druga strona straci lub zyska. Ludzie, którzy uważają, że życie jest grą o sumie zerowej, spostrzegają świat jako pole walki dla różnych współzawodniczących ze sobą grup społecznych, pozostających w stanie silnego konfliktu interesów, na przykład walczą o ograniczone zasoby, takie jak dostęp do lepiej płatnej pracy (Wojciszke, 2002). Rywalizacja między grupami o cenne zasoby skutkuje nasileniem wzajemnych uprzedzeń, a ostatecznie może zakończyć się otwartą agresją (Stephan, Stephan, 1999). Według tej teorii konfliktu taka rywalizacja jest zawsze nierówna, a grupa większościowa zaangażowana w nią traktuje nierówny rozdział dóbr jako słuszny i popiera dyskryminujące zachowania wobec grup nieuprzywilejowanych, chroniąc tym samym swój *status quo*.

Mariola Łaguna (2010, s. 80–82) wyróżnia z kolei nie dwa, lecz trzy typy przekonań dotyczące: (1) świata fizycznego; (2) innych ludzi oraz (3) samego siebie. Dwa pierwsze typy przekonań mogą tworzyć bardziej ogólną kategorię, określaną jako „potoczne teorie rzeczywistości". Natomiast przekonania na temat samego siebie wraz z pojęciem Ja stanowią centralne konstrukty w systemie wiedzy osobistej. Przekonania różnią się pod względem treści, czyli obiektu, jakiego dotyczą (np. ja lub inni ludzie bądź świat jako taki) oraz rozległości (zasięgu) obszarów, których dotyczą (np. uogólnione przekonanie o własnej skuteczności lub przekonanie o własnej skuteczności jako przedsiębiorcy, matki, przełożonego, przyjaciela lub nawet przekonanie o własnej skuteczności w pewnych tylko sytuacjach czy okolicznościach – typowych bądź wyjątkowych).

Czy mam poczucie wpływu? Tak, mam poczucie wpływu, dlatego, że kosztuje mnie to niesamowicie dużo. Gdybym ja tego nie ruszyła to nikt tego za mnie nie zrobi. Więc absolutnie, to ja wręcz sama siebie gdzieś tam wewnętrznie mobilizuję, bo wiem, że no albo wóz, albo przewóz, nikt się tym nie zainteresuje, jeżeli ja tego nie zrobię (K 28, ON[1]; badania własne, Rycielska 2009c).



Rycina 2. System i treść przekonań człowieka
Źródło: opracowanie Anna I. Brzezińska i Radosław Kaczan na podstawie Skarżyńska, 2009.

Przy uwzględnieniu tak wielkiej różnorodności obszarów i tematów oraz zasięgu przekonań wielu badaczy i teoretyków z nurtu społeczno-poznawczego podejścia do osobowości Autorka uznaje, „że przekonania mogą być połączone ze sobą, tworząc system" (Łaguna, 2010, s. 81). Wzajemnie powiązane ze sobą przekonania, o różnym poziomie ogólności i różne w treści, tworzą złożony system poznawczo-motywacyjno-afektywny (por. ryc. 2), regulujący nasze postępowanie i „odpowiadający" za to, jak spostrzegamy świat, innych

[1] ON – osoba z ograniczeniem sprawności, K – kobieta, M – mężczyzna, liczby oznaczają wiek osoby udzielającej wywiadu.

ludzi i siebie, jak ich i siebie oceniamy, jakie znaczenie nadajemy swoim różnym doświadczeniom i wreszcie, jak planujemy swoje działania i jak te plany realizujemy.

1.3. Wpływ przekonań na zachowanie

Rozważając kwestię natury przekonań dochodzimy do pytania o związki różnych przekonań z innymi charakterystykami funkcjonowania oraz z podejmowanymi przez ludzi działaniami. Skarżyńska (2009, s. 106), przedstawiając przegląd badań na temat przekonań, skłania się ku twierdzeniu, iż pozytywne przekonania na temat otaczającej nas rzeczywistości (np. przekonania o sprawiedliwości systemu społeczno-politycznego), innych ludzi (np. pozytywny charakter natury ludzkiej) oraz nas samych (np. kontrolowalność świata i możliwość wpływania na zdarzenia) sprzyjają większej aktywności i większemu zadowoleniu z życia.

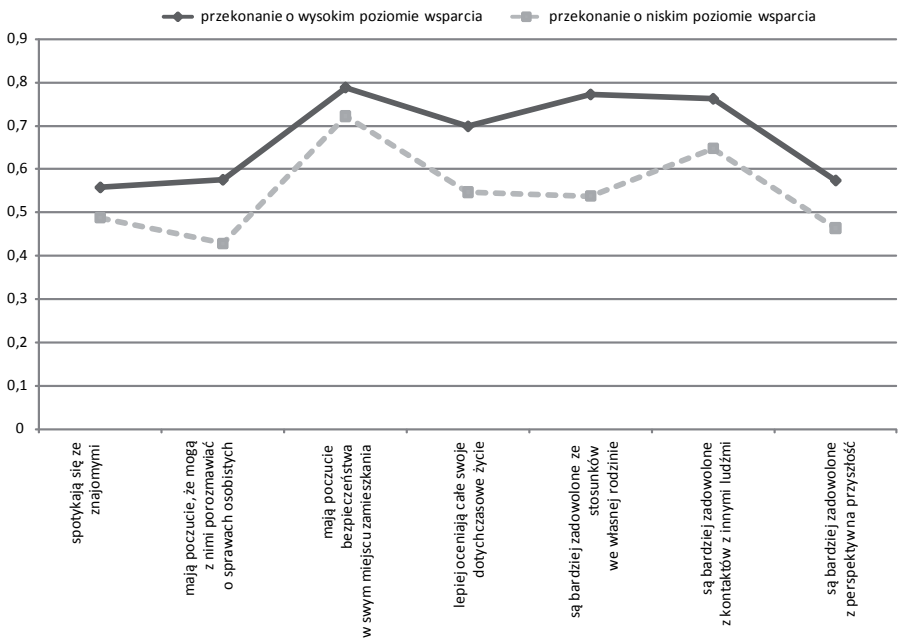
Pozytywne przekonania na swój własny temat, takie jak przekonanie o własnej skuteczności, optymizm i wysoka samoocena, przyczyniają się do lepszych osiągnięć w nauce, sukcesów sportowych oraz do lepszego radzenia sobie z chorobą (Łaguna, 2010, s. 84). Z badań M. Łaguny (2010, s. 89–93) wynika, że osoby przekonane o własnej skuteczności częściej podejmują zadania o wyższym stopniu trudności i stawiają sobie bardziej ambitne cele, w których realizację wkładają więcej wysiłku, podczas realizacji trudnych zadań są bardziej spokojne, zaś w sytuacjach, w których przeżywają lęk, nie rezygnują z działania, traktują wydarzenia stresujące raczej jako wyzwania, a nie zagrożenia, podejmują zachowania prozdrowotne i są w nich wytrwali.

Nasze badania przeprowadzone w roku 2009 na ogólnopolskiej próbie 100 000 osób z różnymi ograniczeniami sprawności (por. opis badań w załączniku) pokazują, iż osoby, które mają silne przekonanie o wsparciu ze strony innych ludzi, istotnie różnią się od osób pozbawionych takiego przekonania pod względem różnych wskaźników funkcjonowania psychospołecznego. Osoby o tak silnym pozytywnym przekonaniu są przede wszystkim znacznie częściej aktywne zawodowo – w tej grupie pracuje 36,2% osób, w porównaniu z grupą osób bez takiego przekonania – 2,4%. Ponadto osoby o pozytywnym przekonaniu co do wsparcia istotnie częściej spotykają się ze znajomymi, mają też poczucie, że mogą z nimi porozmawiać o sprawach osobistych, czują się bezpiecznie w swym miejscu zamieszkania. Jeśli chodzi o wskaźniki poczucia jakości życia, lepiej oceniają swoje dotychczasowe życie, są bardziej zadowolone ze stosunków we własnej rodzinie i z kontaktów z innymi ludźmi oraz z perspektyw na przyszłość (tab. 1 i ryc. 3).

Tabela 1. Różnice między osobami niepełnosprawnymi o silnym i słabym przekonaniu co do wsparcia ze strony innych ludzi

Charakterystyka funkcjonowania psychospołecznego	Silne przekonanie o wsparciu ze strony innych ludzi		Słabe przekonanie o wsparciu ze strony innych ludzi	
	średnia	% w stos. do max	średnia	% w stos. do max
Spotykają się ze znajomymi	2,79	55,80	2,44	48,80
Mają poczucie, że mogą z nimi porozmawiać o sprawach osobistych	4,03	57,57	3,00	42,86
Mają poczucie bezpieczeństwa w swym miejscu zamieszkania	3,94	78,80	3,61	72,20
Lepiej oceniają całe swoje dotychczasowe życie	4,89	69,86	3,83	54,71
Są bardziej zadowolone ze stosunków we własnej rodzinie	3,86	77,20	2,69	53,80
Są bardziej zadowolone z kontaktów z innymi ludźmi	3,81	76,20	3, 24	64,80
Są bardziej zadowolone z perspektyw na przyszłość	2,87	57,40	2,32	46,40

Źródło: opracowanie Ludmiła Rycielska na podstawie ogólnopolskich badań sondażowych w projekcie.

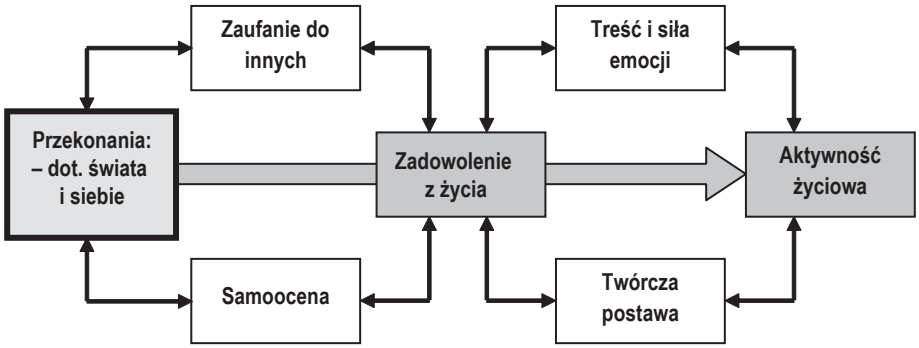


Rycina 3. Różnice między osobami niepełnosprawnymi o silnym i słabym przekonaniu co do wsparcia ze strony innych ludzi

Źródło: opracowanie Ludmiła Rycielska na podstawie ogólnopolskich badań sondażowych w projekcie.

Moje mocne strony, które uważam, że są większe niż w przypadku moich rówieśników, osób w moim wieku, z którymi się zadaję. To jest inteligencja. Ja nie mówię, że zadaję się z nieinteligentnymi osobami, aczkolwiek uważam się za człowieka inteligentnego, który ma zdolności analityczne i bardzo łatwo potrafi łączyć pewne fakty i wyciągać z nich odpowiednie wnioski. Odpowiednie znaczy właściwe. W 100% właściwe. Empatia. Empatię bym połączył z punktem trzecim, tj. z pewną znajomością ludzkich zachowań i takim wyczuciem, tzn. z łatwością jest mi dane to, że potrafię zdiagnozować drugą osobę i odpowiednio dostosować swoje zachowanie do tej drugiej osoby, tak żeby poczuła do mnie sympatię (M30, ON; badania własne, Rycielska, 2009c).

Szczególnie interesujące mogą być dla nas związki przekonania o własnej skuteczności z różnymi cechami i sposobem funkcjonowania człowieka. Rycina 4 ilustruje cyrkularne powiązanie między systemem przekonań człowieka na temat świata i siebie a poziomem jego zadowolenia z życia i charakterem aktywności życiowej, w tym różnych podejmowanych przez niego działań.



Rycina 4. Przekonania jako wyznacznik aktywności życiowej człowieka
Źródło: opracowanie Anna I. Brzezińska i Radosław Kaczan.

Można przypuszczać, iż przekonania generujące pozytywny stosunek do otoczenia i siebie sprzyjają aktywności, a tym samym lepszemu zaspokajaniu własnych potrzeb – jest to tak zwana *osobista funkcja zachowania* (por. Lewicki, 1969). Jednocześnie sprzyjają one spełnianiu wymagań otoczenia, związanych z pełnionymi rolami, zadaniami zawodowymi czy nie zawsze zwerbalizowanymi oczekiwaniami innych ludzi – jest to *społeczna funkcja zachowania* (Lewicki, 1969). System przekonań pozbawiony lęku, czyli pełen ufności wobec świata, daje odwagę w kontakcie z otoczeniem. Uruchamia się wtedy wiele zróżnicowanych co do treści i formy rodzajów działań, co zwrotnie pozwala na osiąganie równowagi między osobistą a społeczną funkcją zachowania. Oznacza to, że człowiek zaspokaja swoje indywidualne potrzeby w formach akceptowanych przez otoczenie i jednocześnie, spełniając wymagania czy oczekiwania otoczenia, nie musi tych potrzeb tłumić. Może też oto-

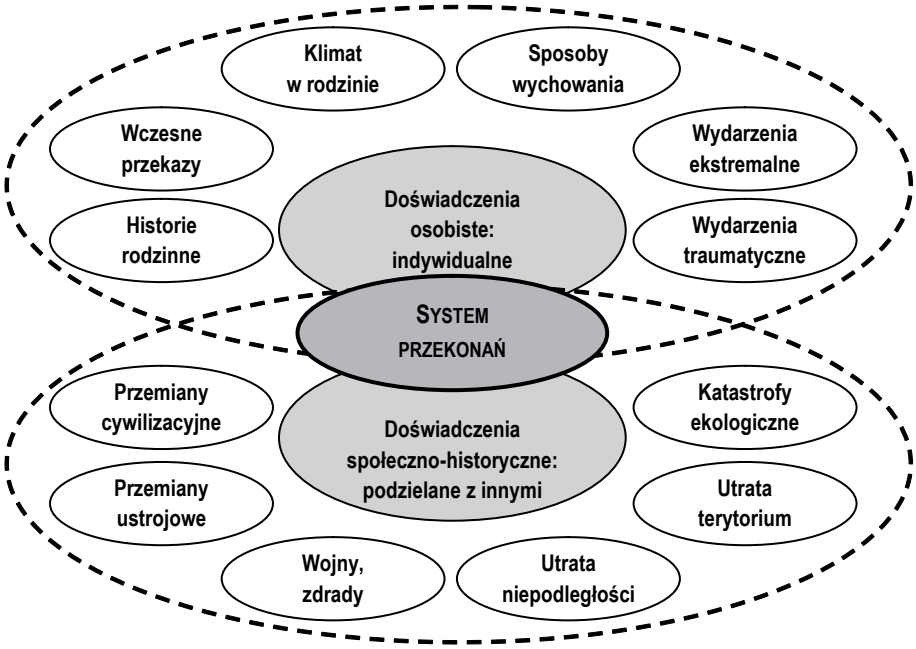
czenie dostosowywać do siebie, czyli modyfikować stosownie do swoich potrzeb.

Ma to szczególne znaczenie w przypadku osób doświadczających ograniczeń sprawności utrudniających, a czasami nawet uniemożliwiających zaspokajanie indywidualnych potrzeb. Wtedy modyfikacja otoczenia jest konieczna, a to właśnie system przekonań będzie miał wpływ na to, czy osoba taka przyjmie postawę aktywną, czy też biernie podda się zabiegom opiekujących się nią osób, bądź – co jeszcze gorsze – będzie biernie na ową pomoc oczekiwała:

> Mogę powiedzieć tak, że ogólne wrażenie co do mojego życia jest takie, że nie jest ono łatwe. Jeden może powie, że jest to jakieś użalanie się nad sobą, że ludzie mają gorzej, ale to moja rzeczywistość, ale dla mnie moje dzieciństwo i życie nie było proste. Ostatnie dwa lata, po tej terapii, jest lepiej. No i że mam nadzieję, chciałbym, żeby moje życie było bardziej spokojne, stabilne. Ja mam wrażenie takiej niestabilności. To się wiąże w dużej mierze z finansami. Wiem, że jak lepiej stoję finansowo, bo już miałem takie sytuacje, to ogólnie jest lepiej, jak człowiek ma zaspokojone wszystkie potrzeby. To tyle (M23, ON; badania własne, Ludmiła Rycielska, 2009c).

1.4. Uwarunkowania przekonań na temat świata społecznego i siebie

Powiązanie powstawania przekonań z doświadczeniami (geneza przekonań) z jednej strony oraz z funkcjonowaniem w różnych obszarach aktywności (konsekwencje przekonań) – z drugiej, pozwala nam wyjść poza proste opisy zakresu i struktury przekonań i spojrzeć na ich genezę. Badacze wskazują na dwa źródła przekonań: doświadczenia osobiste, czyli indywidualne, oraz doświadczenia podzielane z innymi osobami, w tym doświadczenia pokoleniowe (ryc. 5).



Rycina 5. Doświadczenie wpływające na kształtowanie się przekonań
Źródło: opracowanie Anna I. Brzezińska i Radosław Kaczan na podstawie Skarżyńska, 2009.

1.4.1. Doświadczenia uniwersalne, wspólne i indywidualne

Helen Bee (2004) wyróżniła trzy rodzaje zmian rozwojowych: *uniwersalne*, *wspólne* dla danej grupy osób i *indywidualne*. Zmianom *uniwersalnym*, zwanym także *powszechnymi*, podlegają wszyscy ludzie w danej warstwie wiekowej. Są one determinowane biologicznymi procesami dojrzewania oraz jakością oddziaływania ze strony fizycznego i społecznego środowiska życia człowieka. Można powiedzieć, iż zmiany uniwersalne dokonują się dzięki uniwersalnym doświadczeniom, takim samym dla grup mężczyzn i dla grup kobiet w podobnym wieku, a czasem podobnym niezależnie od płci. Nasze organizmy ulegają w kolejnych fazach życia podobnym przekształceniom, a otoczenie oczekuje od nas, że zrealizujemy określone zadania według przyjętych standardów. Każdy okres życia wiąże się również z koniecznością przyjęcia nowych ról społecznych, co dostarcza kolejnych nowych doświadczeń.

Poza doświadczeniami uniwersalnymi nasze przekonania kształtowane są również przez znaczące doświadczenia zdobywane w określonym kontekście społecznym i historycznym. Zmianom *wspólnym* podlegają ludzie podzielający podobne doświadczenia i przeżycia. Są one efektem interakcji wpływów środowiska społeczno-kulturowego ze specyficznym momentem czasu histo-

rycznego. Hanna Świda-Ziemba (2009, s. 21) pisze o tych związkach w sposób następujący:

> Charakter i funkcja przekonań zarówno w osobowości, jak w relacjach interpersonalnych są w znacznym stopniu wyznaczane przez kontekst społeczno-kulturowy, w ramach którego przekonania takie się rodzą.

Całe grupy osób żyjące w tym samym czasie historycznym i w tym samym miejscu (regionie) podlegają wpływom zdarzeń, które mają znaczenie dla ich późniejszego sposobu patrzenia na świat i innych ludzi. Oczywiście, sam fakt życia w określonym czasie i miejscu nie powoduje w sposób automatyczny ukształtowania się podobnych przekonań w danej grupie osób. Dodatkowo należy brać pod uwagę zasięg (powszechność) danego zjawiska, ale przede wszystkim jego znaczenie dla dalszego życia oraz stopień osobistego zaangażowania w to zdarzenie. W takim kontekście możemy analizować rolę takich zdarzeń, jak: druga wojna światowa i czas po jej zakończeniu, a szczególnie pierwsze lata powojenne, w których kształtowała się nowa socjalistyczna rzeczywistość, wydarzenia czerwca 1956, marca 1968, grudnia 1970 i powstanie Solidarności oraz przemiany następujące po roku 1989. Obecnie, jak pisze Krystyna Skarżyńska (2009, s. 107), w kształtowaniu się przekonań grup społecznych coraz mniejszą rolę odgrywają bezpośrednie doświadczenia pokoleniowe, a bardziej znaczący staje się przekaz „upośredniony" przez media.

Trzeci rodzaj zmian – zmiany indywidualne – jest efektem specyficznych, jednostkowych zdarzeń życiowych, których doświadcza tylko dana osoba (por. ryc. 5). Zdarzenia te mogą być niepunktualne w sensie biologicznym (przyspieszone lub opóźnione dojrzewanie, chroniczna, nawracająca choroba, niedożywienie i jego skutki, długofalowe konsekwencje leczenia) i w sensie społecznym (wymagania i oczekiwania innych ludzi znacznie wyższe lub znacznie niższe niż posiadane kompetencje i pojawiające się znacznie wcześniej lub znacznie później niż u rówieśników). Mogą to być także zdarzenia o charakterze gwałtownym i niespodziewanym, nawet traumatycznym, zmieniające od razu albo po pewnym czasie bieg życia. Przykłady takich zdarzeń krytycznych, a nawet traumatycznych (por. Sęk, Brzezińska, 2010) to: śmierć bliskiej osoby, katastrofa, wypadek, kataklizm, doświadczenie wykorzystywania seksualnego, nagła utrata sprawności w wyniku błędu lekarskiego. Wydarzenia te dostarczają specyficznych doświadczeń i czasem mogą radykalnie zmienić istniejący system przekonań i w konsekwencji związany z nim styl działania. Z tego punktu widzenia ważne jest poczucie, o jakim mówią ludzie, gdy patrzą wstecz na swoje życie, że pewne zdarzenia zmieniły bieg ich życia i nadały mu nowe znaczenie.

Przebieg procesu rozwoju u każdego człowieka kształtuje się w dużym stopniu pod wpływem jednostkowej kombinacji indywidualnych doświadczeń: pozytywnych i negatywnych, neutralnych i ambiwalentnych. Mamy więc do czynienia z niepowtarzalnością i nieporównywalnością tych indywidualnych

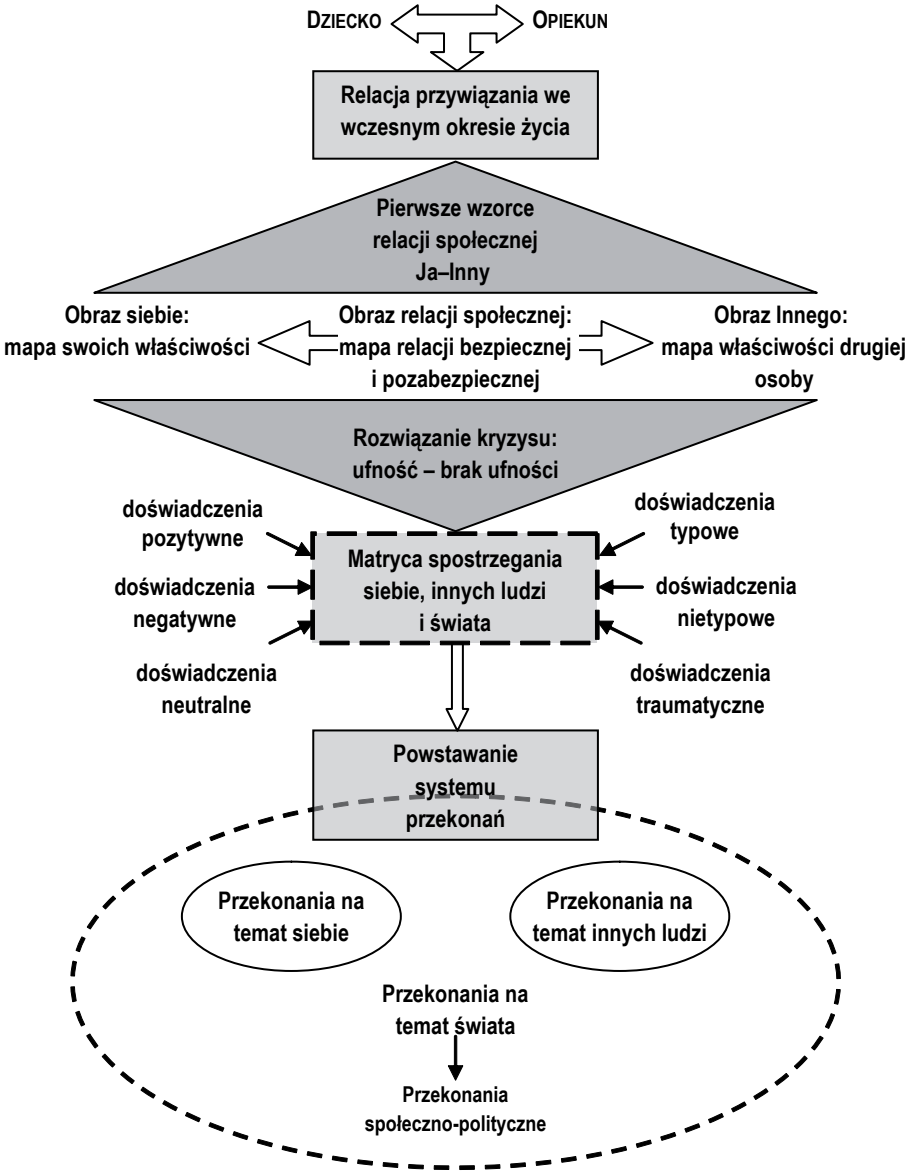
doświadczeń. W analizie czynników inicjujących i podtrzymujących zmiany rozwojowe oraz efektów zmian indywidualnych, tj. charakterystycznych tylko dla danej jednostki, a nie dla innych osób w jej wieku, zwraca się uwagę na to (Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2010): (1) jaki charakter ma dane doświadczenie; (2) kiedy się pojawia; (3) czy osoba jest gotowa do przyjęcia i przepracowania go i (4) czy posiada odpowiednie ku temu kompetencje. Jeśli nie ma odpowiednich kompetencji, adekwatnych do zadania, przed którym staje, to nawet w bogatym i różnorodnym środowisku jej rozwój nie będzie przebiegał prawidłowo, a doświadczenie nie zostanie zasymilowane.

Tym, co stabilizuje system naszych przekonań, może być poczucie, że „moje życie biegnie podobnie, jak życie moich rówieśników". Im więcej zdarzeń podobnych do tego, czego doświadczają inni ludzie, szczególnie z podobnej grupy wiekowej, doświadcza człowiek, tym silniejsze ma przeświadczenie, że jest podobny do innych. Możemy zatem uznać, że trajektorie życia ludzi są do siebie podobne dzięki występowaniu w nich wydarzeń o charakterze uniwersalnym oraz o charakterze wspólnych doświadczeń pokoleniowych. Natomiast tym, co te ścieżki różnicuje, są wydarzenia niepunktualne, pojawiające się znacznie wcześniej lub znacznie później niż w przypadku rówieśników, zdarzenia krytyczne i, przede wszystkim, zdarzenia traumatyczne (por. Sęk, Brzezińska, 2010).

1.4.2. Rola wczesnych doświadczeń w kształtowaniu się przekonań

Na szczególną uwagę zasługuje rola wczesnych doświadczeń nabywanych w rodzinie, co podkreślają badania nad przywiązaniem. Według badaczy zajmujących się tą problematyką (np. Bretherton, 2005; Collins, Allard, 2001; Mikulincer, 1995, 1997, 1998; Mikulincer, Shaver, Sapir-Lavid, Avihou-Kanza, 2009; Mikulincer, Shaver, Bar-On, Ein-Dor, 2010; Plopa, 2005) wczesne doświadczenia związane z interakcjami z ważnymi, znaczącymi osobami dorosłymi przyczyniają się do ukształtowania tak zwanych *wewnętrznych modeli operacyjnych*, które są swego rodzaju matrycami poznawczo-emocjonalno-behawioralnymi. Są w nich zapisane informacje o sobie, o partnerach interakcji, o jakości relacji z nimi oraz o przebiegu tych interakcji. Te wczesne relacje, szczególnie relacja z osobą najbardziej znaczącą dla dziecka, stają się matrycami dla relacji późniejszych (ryc. 6). Owa podstawowa matryca powoduje, iż wszystkie kolejne doświadczenia dziecka są w specyficzny sposób porządkowane, a na ich podstawie kształtują się zręby jego przekonań o innych ludziach, o sobie samym, wreszcie o świecie jako takim (por. rozdz. 3).

Te wczesnodziecięce matryce ulegają modyfikacjom pod wpływem kolejnych doświadczeń, zdobywanych w następnych okresach życia: w wieku przedszkolnym, w wieku szkolnym, w pierwszej i drugiej fazie dorastania. Także doświadczenia okresu dorosłości nieustannie modyfikują ukształtowane wcześniej systemy przekonań.



Rycina 6. Rola wczesnych doświadczeń w kształtowaniu się systemu przekonań jednostki

Źródło: opracowanie Anna I. Brzezińska.

Problem polega na tym, że jeśli ta pierwsza matryca będzie ukształtowana na podstawie takiej bliskiej relacji dziecka i jego opiekuna, która nie będzie dawała dziecku podstawowego poczucia bezpieczeństwa, to jego „wczesne" przekonanie o świecie będzie zawierało pierwiastek lęku i nieufności. Świat

będzie mu się jawił jako mało przewidywalny lub wcale nieprzewidywalny, a dorośli jako osoby, którym nie można ufać. To w konsekwencji spowoduje, iż dziecko będzie mało aktywne, nie będzie eksplorowało swego najbliższego otoczenia, co z kolei ograniczy jego doświadczenia. Dalej działa już mechanizm błędnego koła: ubogie albo nadmiernie jednolite doświadczenia nie będą miały mocy sprawczej i nie przebudują pierwotnego systemu przekonań. Postawa nieufności może się utrwalać, będzie się także utrwalała postawa bierności. To dlatego tak szczególnego, wręcz krytycznego znaczenia nabiera sposób opiekowania się, socjalizacja oraz system edukacji i rehabilitacji dziecka z wrodzoną lub nabytą niepełnosprawnością (por. Brzezińska, Kaczan, 2008; Brzezińska i in., 2009) we wczesnym okresie jego życia, to znaczy od narodzin do końca 3. roku życia. Zarówno nadmierna troska i opieka, jak i zaniedbanie dziecka nie doprowadzą do powstania matrycy relacji społecznych opartych na poczuciu bezpieczeństwa, jakie daje kontakt z drugą osobą.

W przypadku pierwszym – stałej obecności dorosłych, wspierania wszelkich wysiłków dziecka, udzielania mu pomocy, gdy tylko natrafia na przeszkodę, eliminowania sytuacji, które mogą wywoływać u niego silne negatywne reakcje emocjonalne – może dojść do powstania przekonania, że świat jest bezpieczny i całkowicie przewidywalny „sam z siebie", taki po prostu jest niezależnie od tego, jak się zachowam. Skoro każda potrzeba dziecka jest szybko zaspokajana i nie ma ono możliwości przeżycia stanu frustracji, nie musi opanowywać różnych sposobów sygnalizowania swoich potrzeb czy przywoływania dorosłych. Nie kształtuje się więc u niego poczucie sprawstwa, czyli własnej skuteczności.

W drugim przypadku – zaniedbania – potrzeby dziecka są lekceważone, nierozpoznawane lub rozpoznawane niewłaściwie, a ich zaspokajanie zależy w dużym stopniu od czynników niezależnych dziecka, na przykład nastroju dorosłego lub czasu, jakim akurat dysponuje. U dziecka kształtuje się bardziej konkretne przekonanie o nieprzewidywalności zachowania dorosłego, jego opiekuna, oraz bardziej ogólne przekonanie o nieprzewidywalności świata wokół niego. Najlepszą strategią jest wtedy obserwacja i czekanie albo wymuszanie różnych zachowań na osobach z otoczenia.

W przypadku tak zwanej *bezpiecznej relacji dorosły–dziecko* kształtuje się przekonanie, ze świat jest bezpieczny. a ludzie przewidywalni, ale to, czy i jak moje potrzeby zostaną zaspokojone, zależy w dużym stopniu od tego, jak ja się zachowuję w różnych sytuacjach. Poczucie własnej skuteczności i obraz samego siebie jako sprawcy ma swe korzenie w bardzo wczesnym okresie życia i od lat dziecięcych rzutuje w dużym stopniu na rodzaj naszej aktywności w relacjach z otoczeniem fizycznym i społecznym.

Dziecko z matrycą świata przewidywalnego i wieloma doświadczeniami sukcesu oraz niepowodzeń we własnym działaniu oraz wzmacnianym przez opiekunów poczuciem kompetencji („wiem, że umiem, że potrafię"; „wiem, co umiem i czego jeszcze nie umiem") jest bardziej aktywne i w konsekwencji

może zgromadzić więcej doświadczeń modyfikujących tę pierwszą matrycę. Dzięki swojej aktywności może odkryć i to, że świat jest bezpieczny i przewidywalny, i to, że w pewnych okolicznościach jest on niebezpieczny i nieprzewidywalny. Dzieci nadmiernie chronione widzą otoczenie i obecnych w nim ludzi jednowymiarowo – nie odkryją niebezpiecznych rejestrów i będą wzrastały w fałszywym przekonaniu, że ich potrzeby będą zawsze zaspokajane. Dzieci zaniedbywane bądź doświadczające przemocy też widzą świat jednowymiarowo – jako niebezpieczny i nieprzewidywalny.

1.5. Powstawanie przekonań nieadaptacyjnych

Powstawanie i utrzymywanie się przekonań, szczególnie tych wysoce nieadaptacyjnych, jest przedmiotem zainteresowania teorii i praktyki psychoterapii w ujęciu poznawczo-behawioralnym (por. np. Kokoszka, 2009). Zwolennicy tego nurtu skłaniają się do ujmowania całości ludzkiego doświadczenia jako wyniku nadawania wydarzeniom osobistych znaczeń. Proces ten może prowadzić do zaburzeń funkcjonowania, które są wynikiem błędów w myśleniu, a nie prostym efektem na przykład ubogiego czy pełnego przemocy otoczenia. Za podstawę takich błędów i myśli automatycznych, prowadzących do dezadaptacyjnych zachowań, uznaje się funkcjonujące w umyśle człowieka przekonania.

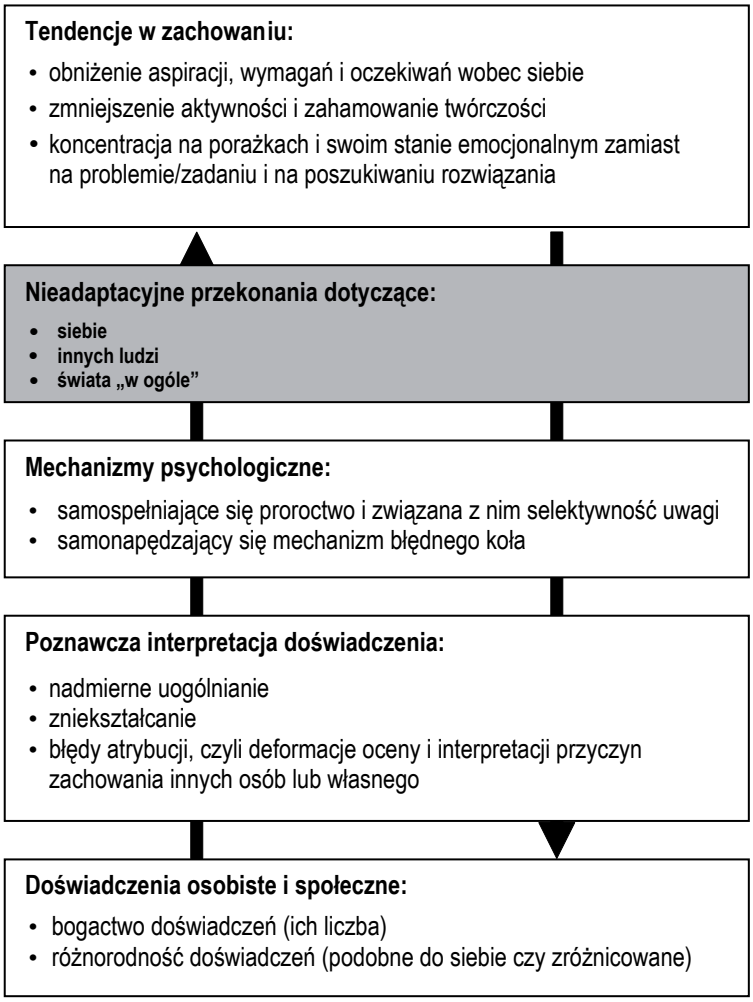
Andrzej Kokoszka (2009, s. 90) wyróżnia, za Judith Beck, przekonania kluczowe i przekonania pośredniczące. Charakteryzuje je w sposób następujący:

> Przekonania kluczowe, w odróżnieniu od pozostałych przekonań dotyczących innych ludzi i świata, to nasze najważniejsze poglądy o nas samych, które kształtują się w dzieciństwie w kontaktach z ważnymi osobami i sytuacjami. Można je podzielić na pozytywne, czyli takie, które pomagają w funkcjonowaniu (np. „większość rzeczy dobrze robię, jestem wartościową osobą") oraz negatywne, które utrudniają życie i można je podzielić na dwie grupy: o bezradności [np. nie jestem dość dobry(-a), jestem słaby(-a), głupi(-a), nieadekwatny(-a), niekompetentny(-a)] oraz niezasługiwaniu na miłość [np. nie da się mnie kochać, lubić, pożądać; jestem zły(-a), nikogo nie obchodzę, na pewno zostanę sam(-a)]. Negatywne przekonania kluczowe mogą się utrzymywać przez cały czas albo ujawniać się okresowo tylko w pewnych trudnych dla jednostki sytuacjach. Mają one zazwyczaj charakter globalny, ogólnikowy i absolutny.

W opisywanym tu podejściu poznawczo-behawioralnym kładzie się szczególny nacisk na rozpoznanie tych nieadaptacyjnych przekonań i związanych z nimi myśli automatycznych, które prowadzą do pogorszenia nastroju i podejmowania zachowań niekorzystnych (destrukcyjnych) dla otoczenia i niekorzystnych (autodestrukcyjnych) dla siebie samego. Mniejszy nacisk kładzie się natomiast na rozpoznanie przyczyn powstawania przekonań, czyli na ich genezę, ponieważ w tym nurcie terapeutycznym zakłada się, że kluczowa jest

koncentracja na problemie *tu i teraz* i udzielenie pomocy pacjentowi w poradzeniu sobie z tym właśnie problemem.

Część badaczy i praktyków dostrzegła jednak konieczność włączenia do modelu teoretycznego oraz sposobu pracy analizy historii życia klienta. Ten krok wskazuje na potrzebę odpowiedzi na pytanie o przyczyny powstawania negatywnych przekonań. Podkreśla się szczególną rolę wczesnych doświadczeń kontaktów z ważnymi osobami, zarówno w domu rodzinnym, jak i w najbliższym otoczeniu, w którym przebywamy we wczesnych latach naszego życia (np. doświadczenia szkolne i ich związek z kształtowaniem się bezradności intelektualnej) (Sędek, 2000).



Rycina 7. Jak powstają i jak działają przekonania nieadaptacyjne
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan na podstawie Skarżyńska 2009, Kokoszka, 2009.

Włączenie do analizy procesu powstawania przekonań mających swe podłoże we wczesnych doświadczeniach okazało się wręcz niezbędne w terapii osób dorosłych, cierpiących z powodu problemów z nawiązywaniem i utrzymywaniem bliskich oraz satysfakcjonujących dla siebie i partnera relacji z innymi ludźmi. Za przyczynę tych problemów uważa się ukształtowanie się tak zwanych *wczesnych dysfunkcjonalnych schematów* (*Early Maladaptive Schema* – EMS). Są to emocjonalno-poznawcze wzorce funkcjonowania, które – choć ukształtowane we wczesnych stadiach rozwoju – mają tendencję do utrzymywania i ujawniania się przez całe dorosłe życie (Kokoszka, 2009, s. 107).

Uważa się również, iż określone typy przekonań i biorące się z nich myśli, postawy i sposoby doświadczania rzeczywistości związane mogą być z podatnością na zachorowanie na określone choroby psychiczne. Jeśli chodzi na przykład o depresję, jest to tak zwana *negatywna triada depresyjna*, czyli: (1) negatywna ocena siebie i swoich możliwości w odniesieniu do zadań i problemów, ale również globalnie wobec całości swojego funkcjonowania; (2) negatywna ocena otaczającej rzeczywistości i (3) negatywna ocena własnej przyszłości (Kokoszka, 2009).

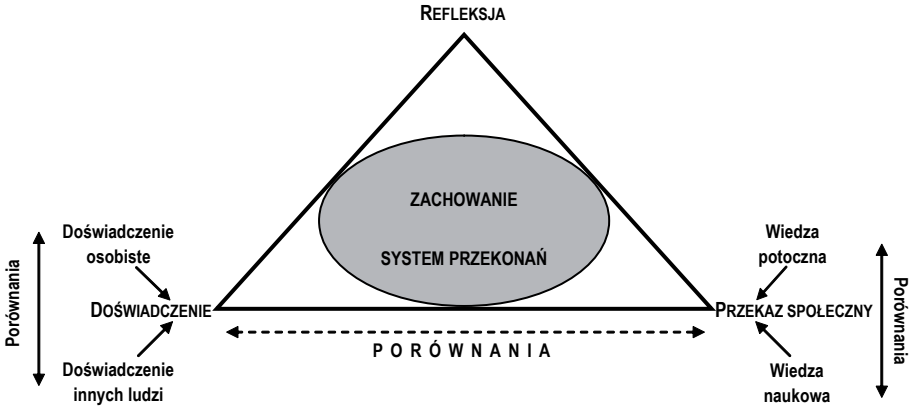
1.6. Zmiana przekonań nieadaptacyjnych

Analiza rodzajów przekonań oraz ich genezy doprowadziła nas do postawienia pytania o możliwości modyfikacji tych przekonań, które są nieadaptacyjne i wywołują dyskomfort w codziennym życiu oraz przyczyniają się do obniżania jakości życia poprzez zahamowanie aktywności życiowej i twórczości, wycofywanie się z relacji społecznych, niepodejmowanie pracy albo jej porzucanie itp. Przekonania mogą podlegać zmianom i modyfikacjom pod wpływem zarówno nowych doświadczeń, jak również, co ważniejsze, poznawczej rekonstrukcji i zmiany przypisywanego znaczenia doświadczeniom „starym".

Weryfikacja i modyfikacja przekonań mogą następować różnymi drogami: poprzez działania – jest to problem rodzaju i natężenia aktywności własnej, poprzez porównania z innymi – chodzi tu o porównania i odniesienia do znaczących osób i grup w swoim otoczeniu społecznym, wreszcie poprzez komunikaty otrzymywane od innych osób, szczególnie od osób znaczących. Jeśli wszystkie te trzy drogi zdobywania nowych doświadczeń pozostają we wzajemnej równowadze i doświadczenia zdobywane w jeden sposób są weryfikowane przez pozostałe dwa, jest duża szansa na to, iż posiadany system przekonań będzie coraz bardziej adaptacyjny. Zależy to jednak w dużym stopniu od jakości środowiska rozwoju.

W otoczeniu ubogim i nadmiernie jednolitym (homogenicznym) jest niewiele możliwości podejmowania różnych rodzajów działań, pojawia się mało okazji do zróżnicowanych porównań społecznych oraz do kontaktów z osobami znaczącymi. Ubogie bądź homogeniczne – poznawczo i społecznie – do-

świadczenia nie stanowią wystarczającej podstawy ani do osobistych refleksji, gdyż nie ma czego z czym porównywać, ani do wymiany w toku interakcji z innymi ludźmi (por. ryc. 8). Uruchamia się tutaj błędne koło, powodujące w efekcie dystrofię kolejnych umiejętności – nie da się ich w żaden sposób wykorzystać i wzbogacić. W efekcie zamyka się droga prowadząca do modyfikacji posiadanego systemu przekonań.



Rycina 8. Czynniki determinujące kształtowanie się systemu przekonań i zachowanie

Źródło: zmodyfikowany schemat z pracy Brzezińska (w druku).

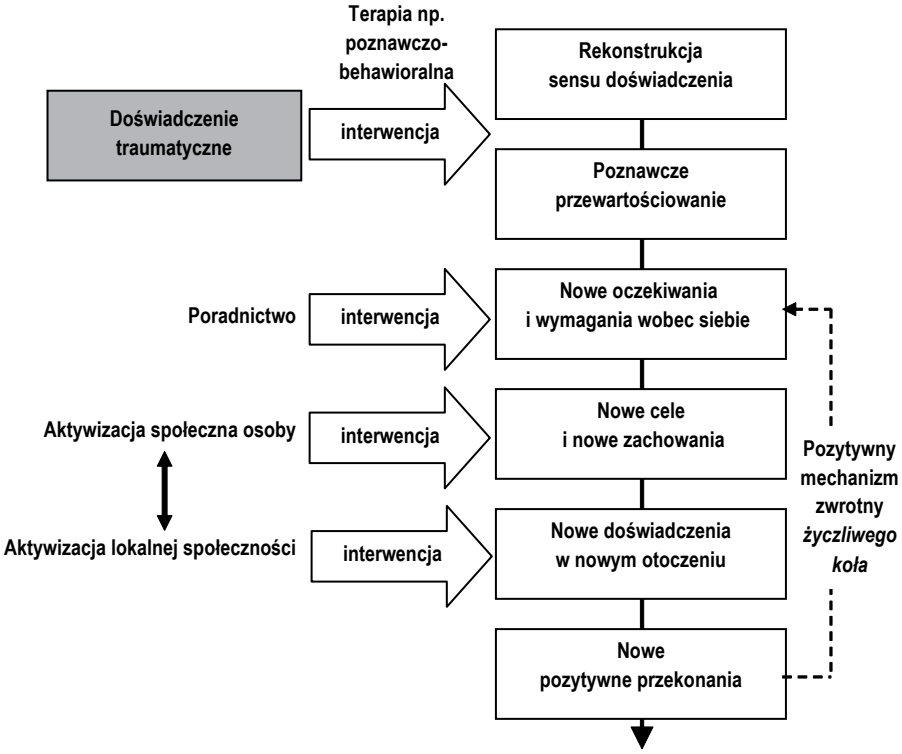
Wyróżnia się zatem trzy ścieżki prowadzące do zmiany przekonań (Brzezińska, w druku):

1) **własne doświadczenia** – są efektem podejmowanych działań, porównywania się z innymi ludźmi i porównywania ich między sobą oraz zestawiania tego, co dzieje się *tu i teraz*, z tym, co wydarzyło się kiedyś w naszym własnym życiu, gdy byliśmy dziećmi i nastolatkami, oraz w życiu innych ludzi; wszystkie nasze doświadczenia, zarówno te dotyczące nas, jak i innych ludzi są podstawą kształtowania się przekonań regulujących wszystkie nasze zachowania profesjonalne i codzienne;
2) **wiedza potoczna i wiedza naukowa** – informacje zdobyte samodzielnie lub uzyskane od innych ludzi, drogą bezpośrednią poprzez kontakt i komunikację lub drogą pośrednią przez pismo (książki naukowe i popularnonaukowe, poradniki, encyklopedie, materiały w Internecie, gazety i czasopisma, ulotki itd.);
3) **refleksja** nad doświadczeniem osobistym, nad wynikami porównań społecznych, nad przebiegiem i efektami własnych działań oraz nad zdobytą różnymi drogami wiedzą tak potoczną, jak i naukową.

Obserwacje, własne doświadczenie, doświadczenia innych ludzi, obiegowe opinie, nawet opinie osób uznawanych za autorytety oraz wiedza potocz-

na to dobre źródło hipotez, wskazówek. Trzeba jednak podkreślić, że dopiero rzetelna wiedza naukowa, wynikająca z krytycznej analizy koncepcji teoretycznych (wyjaśniających, a nie tylko opisujących proces rozwoju i mechanizmy funkcjonowania człowieka) oraz z przeprowadzonych zgodnie z regułami metodologicznymi badań może być podstawą do formułowania odpowiedzi o większym zakresie ogólności niż „dobra rada" i „święta prawda" czy prosta intuicja.

Rycina 9 pokazuje schemat postępowania w przypadku zmiany przekonań według założeń terapii poznawczo-behawioralnej. W toku tego procesu doświadczenie traumatyczne, które może być rdzeniem nieadaptacyjnych przekonań i powodem znacznych zaburzeń zachowania w obu jego funkcjach – osobistej i społecznej, zostaje przepracowane i nabiera, w świetle nowych doświadczeń, nowego znaczenia.



Rycina 9. Etapy zmiany nieadaptacyjnych przekonań i formy interwencji

Źródło: opracowanie Anna I. Brzezińska i Radosław Kaczan na podstawie Skarżyńska (2009) i Benight, Bandura (2004).

Schemat ten pokazuje także, jak można przerwać mechanizm działania błędnego koła oraz uruchomić mechanizm tak zwanego *życzliwego koła*.

Warunkiem jest tutaj taka modyfikacja otoczenia, aby było ono nie tylko bogate w sytuacje, osoby czy wydarzenia, ale przede wszystkim, by było zróżnicowane (heterogeniczne). Tylko wtedy bowiem pojawią się okazje do podejmowania nowych rodzajów działań, kontaktów z nowymi osobami, doświadczania sukcesów lub porażek w nowych dla siebie obszarach aktywności. To wszystko dostarczy nowych doświadczeń jako materiału do porównań z już posiadanymi doświadczeniami, czyli materiału do refleksji nad zachowaniami innych ludzi, nad regułami funkcjonowania otoczenia czy świata „w ogóle", wreszcie do autorefleksji.

1.7. Podsumowanie

Z naszym tokiem rozumowania, ukazującym wczesnodziecięcą genezę systemu przekonań oraz czynniki sprzyjające ich zmianie lub tę zmianę blokujące, współbrzmi konkluzja Krystyny Skarżyńskiej (2009, s. 117–118):

> ani skumulowane doświadczenia osobiste (bilans dobrych i złych doświadczeń), ani bieżące przeżycia (aktywizowane wspomnienia pozytywnych i negatywnych doświadczeń) nie wyjaśniają w pełni treści naszych przekonań o świecie i ludziach. Więcej niż bezpośrednie doświadczenia wyjaśniają inne przekonania, które są jakimś przetworzeniem doświadczeń, najprawdopodobniej związanym z poznawczymi i bardziej podstawowymi emocjonalnymi i temperamentalnymi właściwościami człowieka, a także te przekonania, które powstały na podstawie doświadczeń emocjonalnych, na przykład style przywiązania, które odzwierciedlają zarówno samoocenę, jak i ewaluację innych ludzi.

Nasze badania, których wybrane wyniki prezentujemy w kolejnych rozdziałach, dobitnie pokazują, iż system przekonań dotyczących siebie, swojego życia i innych ludzi jest czynnikiem istotnie różnicującym osoby sprawne i osoby doświadczające rozmaitych skutków swojej niepełnosprawności. Jest też czynnikiem w znacznym stopniu odpowiedzialnym za poziom i rodzaj aktywności, w tym społecznej i zawodowej, oraz za poziom zadowolenia ze swojego życia.

Rozdział 2

Cele i program badań

2.1. Wprowadzenie

W tej części przedstawimy najważniejsze założenia analiz, przeprowadzonych w dwóch modułach, których wybrane wyniki omawiamy: (1) moduł *Historia życia osób z ograniczeniami sprawności* oraz (2) moduł *Autonarracje – indywidualne historie życia*. Następnie opiszemy osoby biorące udział w badaniach pod względem danych socjodemograficznych oraz uzyskanych informacji o cechach ich niepełnosprawności i aktywności zawodowej. Ta charakterystyka przeprowadzona zostanie oddzielnie dla każdego modułu, tak aby dokładnie zaprezentować strukturę cech uczestników badania oraz dać możliwość odnoszenia przedstawionych w kolejnych rozdziałach wyników do tych danych. W dalszej kolejności omówimy wybrane wyniki: w rozdziale 3 – uzyskane w module koordynowanym przez Ludmiłę Rycielską (2009a), a w rozdziałach 4 i 5 – uzyskane w module koordynowanym przez Radosława Kaczana (2009a).

2.2. Cele badań

2.2.1. Cele badania w module Historia życia osób z ograniczeniami sprawności

Badania realizowane w tym module osadzone były w paradygmacie psychologii rozwoju w pełnym cyklu życia (tzw. podejście *life-span*). W najbardziej ogólnym zarysie poszukiwaliśmy odpowiedzi na następujące pytania:

- jak ludzie dorośli w różnym wieku i z różnymi typami ograniczeń sprawności, a więc także o różnym zasobie doświadczeń życiowych, spostrzegają zdarzenia w swoim życiu?
- które ze zdarzeń życiowych uznają za punkty zwrotne?
- jakie przypisują znaczenie punktom zwrotnym?
- jak widzą wpływ punktów zwrotnych w swoim życiu na swoje aktualne funkcjonowanie?

Analizując znaczenie poszczególnych czynników kształtujących przebieg ścieżki życia staraliśmy się rozwikłać problem tego, na ile uwarunkowania podmiotowe, czyli charakterystyczne cechy osoby, w tym te związane z niepełnosprawnością, odpowiadają za to, czy badane osoby są potencjalnie zagro-

żone zjawiskiem wykluczenia i marginalizowania, a na ile czynniki te w pewnych charakterystycznych dla nich konfiguracjach pełnią rolę ochronną bądź aktywnie wspierającą. Zakładamy bowiem, że:

> różnice w doświadczeniach oraz ukształtowanych na ich podstawie przekonaniach i związane z nimi różnice w przeżywaniu siebie i świata skutkować będą odmiennym poziomem gotowości do zmiany i zapotrzebowania na oddziaływania edukacyjne, wspierające rozwój i aktywizujące w różnych obszarach życia, w tym w sferze zawodowej.

Wyodrębnienie różnych rodzajów profilu (układu) czynników odmiennie opisujących przekonania na temat swojego rozwoju osób w poszczególnych grupach wiekowych bądź pokoleniowych znacznie ułatwi projektowanie rekomendacji odpowiadających potrzebom poszczególnych odbiorców czy specyficznych ich grup.

Wnioski z analizy wyników badań dostarczyły podstaw do budowania całościowej koncepcji poradnictwa życiowego dla osób z ograniczeniami sprawności i ich najbliższego otoczenia, zarówno rodzinnego, towarzyskiego, jak i instytucjonalnego. Poradnictwo życiowe budowane na danych dotyczących ścieżek życiowych i uwarunkowań sukcesu bądź niepowodzenia życiowego musi silnie akcentować konieczność zrównoważonego rozwoju w zrównoważonym środowisku (por. Kazdin, 2009) w każdym z trzech obszarów aktywności ludzi dorosłych: (1) aktywności zawodowej; (2) rodziny i bliskich związków; (3) rozwoju osobistego i czasu wolnego. Tylko takie podejście daje szansę na kompensację sfery utraconego rozwoju (Kowalik, 2007) oraz na budowanie wysokiego i stabilnego poczucia jakości życia.

2.2.2. Cele badania w module Autonarracje – indywidualne historie życia

Badania realizowane w ramach modułu *Autonarracje – indywidualne historie życia* miały na celu uzyskanie subiektywnej diagnozy (autodiagnozy) sytuacji życiowej osób z ograniczeniem sprawności. Zbieranie danych, głównie w formie autonarracji (por.: Bruner, 2004; Trzebiński, 2002a, 2002b) oraz narracyjnych wywiadów indywidualnych (Ayres, 2008), stworzyło możliwość wypowiedzenia się osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności na temat siebie samych oraz ich sytuacji społeczno-psychologicznej przy minimalnej ingerencji badaczy, co pozwoliło zrealizować zasadę *empowerment* (Beresford, 2005)[1].

W badaniach poszukiwano odpowiedzi między innymi na pytania:

- czy zasoby psychologiczno-społeczne badanych osób mogą być bezpieczną i wystarczającą podstawą do zbudowania gotowości na przyjęcie skiero-

[1] *Empowerment* oznacza tworzenie warunków do angażowania się w podejmowanie decyzji, w osiąganie rzeczywistego osobistego wpływu na funkcjonowanie swoje i swego otoczenia, i zachęcanie do takiej aktywności.

wanej do nich oferty w zakresie aktywizacji zawodowej (lub innego rodzaju)?

- czy aktywność zawodowa osób z ograniczeniem sprawności lub brak tej aktywności wiąże się z ich subiektywnie spostrzeganą sytuacją społeczno-psychologiczną?

W analizie zebranych autonarracji skupiano się przede wszystkim na: specyfice subiektywnego opisu własnego życia, obrazie świata społecznego, obrazie relacji społecznych w przeszłości i obecnie, relacjach ze znaczącymi osobami, spostrzeganiu własnych mocnych stron, obszarach zaangażowania z uwzględnieniem aktywności zawodowej, sposobach radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych oraz planowania (Rycielska, 2009a).

Zebrany w tym module materiał badawczy obejmuje głównie dane jakościowe, czyli autonarracje mówione i pisane oraz wywiady narracyjne zrealizowane w formie półustrukturalizowanej, a także dane ilościowe w formie zakodowanych arkuszy roboczych oraz dane kwestionariuszowe. Analiza danych otrzymanych w module objęła zatem zarówno analizę jakościową, jak i ilościową, dzięki czemu uzyskano pełniejszy, wielowymiarowy obrazu sytuacji osób z ograniczeniem sprawności. Takie podejście analityczne mieści się w metodologii badań typu *mixed methods* (Creswell, 2008), pozwalającej na jednoczesne zbieranie, porównywanie i uwzględnianie w analizach i interpretacjach danych jakościowych i ilościowych.

Kolejnym celem opisywanego modułu było wzbogacenie materiału badawczego o dodatkowe dane jakościowe na potrzeby realizowanych w ramach tego samego projektu modułów: *Historia życia osób z ograniczeniami sprawności*, *Radzenie sobie z utratą sprawności*, *Proces wkraczania w dorosłość* oraz *Społeczności lokalne i wirtualne* (patrz opis całego projektu w Załączniku).

Wykorzystane w badaniach podejście narracyjne w istotny sposób poszerzyło spektrum metod badawczych w całym projekcie, dzięki czemu dokonała się triangulacja metodologiczna na poziomie wszystkich badań indywidualnych (Denzin, 1978; za: Konecki, 2000, 2008; por. także Silverman, 2008b) – uwzględniono różnorodne metody badawcze do studiowania jednego zagadnienia, w tym przypadku sytuacji życiowej i zawodowej osób z ograniczeniem sprawności; oraz triangulacja danych – połączono dane z różnych źródeł na temat badanych osób z ograniczoną sprawnością.

Wyniki zebrane w tym module – dotyczy to także pozostałych modułów – są podstawą formułowania rekomendacji dotyczących dwóch obszarów: integracji społecznej i aktywizacji zawodowej w odniesieniu do osób ze specyficznymi ograniczeniami sprawności. Specyfiką tego modułu jest przy tym ich osadzenie w historiach osób z ograniczeniem sprawności ujmowanych wyłącznie z perspektywy podmiotu, a nie badacza. Dzięki temu można przypuszczać, iż formułowane w wyniku analizy otrzymanych układów danych wnioski, ich interpretacje i budowane na ich podstawie rekomendacje spełnią podstawowy warunek formułowany przez Aronsona (Aronson, Wilson i Akert, 1997) – re-

alizm psychologiczny i realizm życiowy. Innymi słowy, będą może mniej reprezentatywne, ale z pewnością bardziej ekologicznie trafne.

2.3. Opis programu badań

2.3.1. Opis badań w module Historia życia osób z ograniczeniami sprawności

Przed rozpoczęciem badań właściwych przeprowadzono działania przygotowawcze, mające na celu zapewnienie rzetelności przebiegu procedury badawczej: przygotowano wstępne wersje narzędzi badawczych, badania pilotażowe z udziałem sędziów kompetentnych oraz zmodyfikowano narzędzia na podstawie wyników uzyskanych w badaniach pilotażowych.

Przygotowanie narzędzi

Z uwagi na specyfikę badanej grupy i podejmowane problemy trzeba było stworzyć oryginalne bądź zaadaptować już istniejące narzędzia na potrzeby badań w module *Historia życia osób z ograniczeniami sprawności* (por. Kaczan, 2009b). Kolejne kroki podejmowane w celu stworzenia narzędzi do badań przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Etapy przygotowania narzędzi w module *Historia życia osób z ograniczeniami sprawności*

Narzędzie	Wykonane działania przygotowawcze
***Kwestionariusz Poczucia Punktualności Zdarzeń Życiowych* (PPZŻ)** **Narzędzie własne**	1) analiza literatury psychologicznej dotyczącej rozwoju dorosłych – poszukiwanie zadań rozwojowych przypisanych określonym etapom dorosłości (m.in. Havighurst, 1981; Brzezińska, 2007; Glover, 2000; Bee, Bjorklund, 2004) 2) wyłonienie wstępnej grupy stwierdzeń i podanie ich analizie językowej i teoretycznej, po której odrzucono stwierdzenia wieloznaczne, zbyt ogólne, powtarzające się 3) przygotowanie wstępnej wersji narzędzia i poddanie go procedurze oceny przez trzech sędziów kompetentnych 4) analiza treści pozycji pozostawionych przez sędziów kompetentnych i usunięcie tych, które według nich miały najniższą trafność 5) formalne opracowanie i zastosowanie narzędzia w badaniach właściwych
Kwestionariusz wywiadu i skale szacunkowe *Percepcja Punktów Zwrotnych w Życiu* (PPZ) **Narzędzie własne**	1) analiza literatury psychologicznej dotyczącej problematyki punktów zwrotnych (Rönkä, Oravala i Pulkkinen, 2002; Perrig-Chiello, Perren, 2005; Nurmi, 1992) 2) przygotowanie opisu procedury i dyspozycji do wywiadu oraz wstępnej wersji skal szacunkowych 3) badanie pilotażowe wstępną wersją narzędzia z udziałem sędziów kompetentnych 4) analiza wyników oraz informacji zwrotnych uzyskanych od sędziów kompetentnych i stworzenie ostatecznej wersji narzędzia 5) zastosowanie narzędzia w badaniach właściwych

Narzędzie	Wykonane działania przygotowawcze
***Kwestionariusz Badań Sondażowych* (KBS)** **Autorzy: członkowie Zespołu Badawczego SWPS pod kierunkiem Kamila Sijko**	1) wyodrębnienie podstawowych wątków, stanowiących strukturę narzędzia 2) stworzenie puli pytań testowych odpowiadających każdemu z wyodrębnionych wątków 3) wybór pozycji testowych, które znalazły się w pilotażowej wersji kwestionariusza KBS 4) zastosowanie kwestionariusza KBS w badaniach pilotażowych

Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Badania pilotażowe

W celu podniesienia trafności i rzetelności, a więc wiarygodności, stworzonych wstępnych wersji narzędzi własnych (kwestionariusze PPZŻ i PPZ) poddano je ocenie sędziów kompetentnych. Były to trzy osoby: psychologowie z przygotowaniem z zakresu psychologii rozwoju oraz psychologii klinicznej, pracownicy naukowi, a jednocześnie praktycy. Wszystkie czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem sesji z udziałem sędziów kompetentnych prowadził mgr Radosław Kaczan, koordynator prac w module. Trwały one od stycznia do marca 2009 roku.

Badania właściwe

Badania przeprowadziło 20 badaczy (psychologów i studentów ostatniego roku psychologii, pedagogów i socjologów), którzy przed rozpoczęciem całej procedury zostali przeszkoleni przez kierownika modułu (por. Kaczan, 2009b). Badania prowadzono od kwietnia do sierpnia 2009 roku w następujących miejscach i miejscowościach:

- Domy Pomocy Społecznej w Warszawie i Poznaniu;
- Dom Dziennego Pobytu Zespołu Opieki Zdrowotnej Warszawa – Praga Północ;
- Specjalne Ośrodki Szkolno-Wychowawcze dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej w Poznaniu i Wrocławiu;
- Zakłady Pracy Chronionej w Zduńskiej Woli i Wrocławiu;
- warsztaty terapii zajęciowej w Zduńskiej Woli;
- stowarzyszenia zrzeszające osoby niepełnosprawne: Polski Związek Niewidomych, Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem, Kluby Amazonek z terenu Zduńskiej Woli;
- Biblioteka Książki Mówionej dla Niewidomych (filia nr 66) w Poznaniu;
- Szpital Rehabilitacyjny w Konstancinie-Jeziornie.

Każda z osób badanych została poinformowana przez badacza o celu badania, jego przebiegu, o jego anonimowości i naukowym charakterze. Badani

otrzymywali pisemną informację na temat badań wraz z listem zawierającym podziękowania za udział. Większość badań odbywała się w różnego rodzaju placówkach i miejscach publicznych, które były proponowane przez samych badanych, pewien procent odbywał się również w domach samych badanych, na ich życzenie.

2.3.2. Opis badań w module Autonarracje – indywidualne historie życia

Badania w module *Autonarracje – indywidualne historie życia* realizowano w formie narracyjnego wywiadu indywidualnego (Ayres, 2008; Silverman, 2008b). Wywiad ten był częściowo ustrukturalizowany (*semi-structured*) – zawierał z góry ustalone elementy, takie jak schemat i sekwencję narzędzi oraz treść części pytań, jednak sam badacz mógł aktywnie wpływać na jego przebieg (Stemplewska-Żakowicz, 2005).

Każdy wywiad składał się z sekwencji pytań otwartych i zamkniętych. Dotyczyły one następujących tematów: historia życia, otoczenie społeczne w przeszłości i obecnie, obraz osoby znaczącej w przeszłości i obecnie, mocne strony, obszary zaangażowania/aktywności, wyzwania i radzenie sobie z nimi, planowanie. Do każdego z tematów stosowano procedurę autonarracji oraz autorskie arkusze robocze[2]. Ponadto, w trakcie wywiadu osoby badane miały za zadanie wypełnienie kilku narzędzi kwestionariuszowych: *Skróconego Kwestionariusza Stylów Przywiązania* (SKSP), *Ankiety Wymagania–Wsparcie i Ankiety Zaufanie* oraz *Kwestionariusza Badań Sondażowych* (KBS, wersja pilotażowa; Rycielska, 2009b).

Wywiady odbywały się w domach osób badanych lub w przestrzeni publicznej, zawsze w warunkach zapewniających prywatność i pozwalających na szczerą rozmowę. Cały wywiad nagrywano na dyktafon cyfrowy za zgodą osoby badanej. Wywiady przeprowadzali przeszkoleni psychologowie lub doradcy zawodowi, według standardowego, autorskiego scenariusza (Rycielska, 2009b). Arkusze robocze oraz kwestionariusze były wypełniane samodzielnie przez osoby badane, a jeżeli osoba badana nie była w stanie ich wypełniać, na przykład ze względu na rodzaj swej niepełnosprawności, czynił to za nią badacz.

Transkrypcja wywiadów była pierwszym etapem interpretacji danych. W tych badaniach transkrypcja była dokonywana przez badaczy realizujących wywiady i polegała na literalnym przekształceniu dźwiękowego zapisu rozmowy na tekst w elektronicznym formacie .rtf. Kodowanie transkrypcji zostało dokonane przez wykwalifikowanego i doświadczonego kodera za pomocą programu *QDA Miner v3.2*. Kodowanie miało charakter półotwarty, wykorzy-

[2] Arkusze robocze zostały skonstruowane w ramach prac przygotowawczych w module i sprawdzone przez ich autorkę w badaniach prepilotażowych i pilotażowych (Rycielska, 2009b).

stano w nim autorskie drzewo kodowe. Do analizy danych jakościowych z wywiadów wykorzystano program do analiz jakościowych *QDA Miner v3.2*, a do analizy pozostałych danych – statystyczny pakiet *SPSS Statistics 17.0*.

2.4. Charakterystyka badanych osób

Uczestnikami badań były zarówno osoby z różnymi ograniczeniami sprawności, jak i osoby sprawne. Łączna liczba uczestników badań wynosiła: w module *Historia życia osób z ograniczeniami sprawności* – 432 osoby (por. Kaczan 2009c), a w module *Autonarracje – indywidualne historie życia* – 67 osób (por. Rycielska, 2009c).

2.4.1. Zmienne demograficzne: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie i stan cywilny

W tym miejscu zaprezentujemy liczebność badanych osób w pięciu grupach wiekowych, tak aby dokładniej przedstawić charakterystykę grup pod względem tego czynnika. Jednocześnie wraz z wiekiem zostanie przedstawiony podział na płeć (tab. 3).

Tabela 3. Grupy wiekowe i płeć w obu modułach badawczych

Przedziały wiekowe w latach	**Płeć**	**Moduł *Historia życia osób z ograniczeniami sprawności***				**Moduł *Autonarracje – indywidualne historie życia***	
		osoby niepełnosprawne ON		**osoby sprawne OS**		**osoby niepełnosprawne ON**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
20–29	kobiety	30	17,8	13	23,6	13[*)]	20
	mężczyźni	27	18,2	11	18,3	7[*)]	10,8
30–39	kobiety	25	14,8	7	12,7	11	16,9
	mężczyźni	24	16,2	9	15,0	8	12,3
40–49	kobiety	24	14,2	6	10,9	4	6,2
	mężczyźni	21	14,2	8	13,3	7	10,8
50–64	kobiety	59	34,9	20	36,4	10	15,4
	mężczyźni	43	29,1	20	33,3	5	7,7

Przedziały wiekowe w latach	Płeć	Moduł *Historia życia osób z ograniczeniami sprawności*				Moduł *Autonarracje – indywidualne historie życia*	
		osoby niepełnosprawne ON		osoby sprawne OS		osoby niepełnosprawne ON	
		n	%	n	%	n	%
65 i więcej	kobiety	31	18,3	9	16,4	0	0
	mężczyźni	33	22,3	12	20,0	0	0
Razem	kobiety	169	53,3	55	47,8	39	59
	mężczyźni	148	46,7	60	52,2	27	41
Razem		317	100	115	100	66	100

Źródło: na podstawie badań własnych – dane z raportów: Kaczan, 2009c i Rycielska, 2009c.

Uwaga: w Module *Autonarracje – indywidualne historie życia* pierwszy przedział wiekowy obejmuje osoby w wieku 18–29 lat. W tej i w kolejnych tabelach suma nie jest zawsze równa liczbie zbadanych osób – niektórzy badani nie podali wszystkich informacji o sobie.

Kolejną zmienną istotną dla charakterystyki badanej grupy jest miejsce zamieszkania respondentów – tabela 3.

Tabela 4. Miejsce zamieszkania badanych osób

Kategorie	Moduł *Historia życia osób z ograniczeniami sprawności*				Moduł *Autonarracje – indywidualne historie życia*	
	osoby niepełnosprawne ON		osoby sprawne OS		osoby niepełnosprawne ON	
	n	%	n	%	n	%
Wieś	48	15,1	19	16,5	13	19,7
Małe miasta (do 50 000 mieszk.)	66	20,8	24	20,9	13	19,7
Średnie miasta (do 500 000 mieszk.)	65	20,5	7	6,1	26	39,4
Duże miasta (pow. 500 000 mieszk.)	138	43,5	65	56,5	14	21,2
Razem	317	100,0	115	100,0	66	100

Źródło: na podstawie badań własnych.

Aby ustalić, jaki jest poziom wykształcenia osób badanych, zapytano ich o rodzaj ukończonej szkoły – tabela 5.

Tabela 5. Ukończona szkoła – uzyskany poziom wykształcenia

Kategorie	Moduł *Historia życia osób z ograniczeniami sprawności*				Moduł *Autonarracje – indywidualne historie życia*	
	osoby niepełnosprawne ON		osoby sprawne OS		osoby niepełnosprawne ON	
	n	%	n	%	n	%
Szkoła podstawowa	36	11,4	7	6,1	5	7,7
Gimnazjum	2	0,6	1	0,9	1	1,5
Zasadnicza szkoła zawodowa	92	29,0	25	21,7	7	10,8
Liceum	65	20,5	19	16,5	15	23,1
Technikum	41	12,9	26	22,6	6	9,2
Szkoła policealna	27	8,5	6	5,2	0	-
Uczelnia wyższa pierwszego stopnia (licencjat)	14	4,4	8	7,0	3	4,6
Uczelnia wyższa drugiego stopnia (magister)	37	11,7	23	20,0	23	35,4
Uczelnia wyższa trzeciego stopnia (doktor)	3	0,9	0	–	5	7,7
Razem	317	100,0	115	100,0	65	100

Źródło: na podstawie badań własnych.

Trzy zmienne, charakteryzujące sytuację rodzinno-domową, zostaną przedstawione obok siebie, aby dopełnić charakterystyki socjodemograficznej badanej grupy. Pierwsza z nich informuje nas o stanie cywilnym badanego i składa się z sześciu możliwych do wyboru kategorii. Druga zmienna dotyczy posiadania dzieci, trzecia natomiast prezentuje aktualną sytuację mieszkaniową definiowaną poprzez odpowiedź na pytanie, z kim aktualnie badany mieszka. Wyniki prezentujemy w tabeli 6, 7 i 8.

Tabela 6. Stan cywilny badanych osób

Kategorie	Moduł *Historia życia osób z ograniczeniami sprawności*				Moduł *Autonarracje – indywidualne historie życia*	
	osoby niepełnosprawne ON		osoby sprawne OS		osoby niepełnosprawne ON	
	n	%	n	%	n	%
Małżeństwo	146	46,1	54	47,0	18	27,7
Wolny związek	29	9,1	15	13,0	10	15,4
Samotny	65	20,5	20	17,4	29	44,6
Separacja	3	0,9	0	–	0	–
Rozwód	35	11,0	11	9,6	5	7,7
Wdowieństwo	39	12,3	15	13,0	3	4,6
Razem	317	100,0	115	100,0	65	100

Źródło: na podstawie badań własnych.

Tabela 7. Posiadanie dzieci przez badane osoby

Kategorie	Moduł *Historia życia osób z ograniczeniami sprawności*				Moduł *Autonarracje – indywidualne historie życia*	
	osoby niepełnosprawne ON		osoby sprawne OS		osoby niepełnosprawne ON	
	n	%	n	%	n	%
Posiada	192	60,8	77	67	24	37
Nie posiada	124	39,2	38	33	41	63
Razem	316	100	115	100	65	100

Źródło: na podstawie badań własnych.

Tabela 8. Sytuacja mieszkaniowa badanych osób

Kategorie	Moduł *Historia życia osób z ograniczeniami sprawności*				Moduł *Autonarracje – indywidualne historie życia*	
	osoby niepełnosprawne ON		osoby sprawne OS		osoby niepełnosprawne ON	
	n	%	n	%	n	%
Mieszka sam	64	20,3	25	21,7	12	18,5
Mieszka z rodzicami	66	20,9	16	13,9	23	35,4
Mieszka z partnerem/ partnerką	155	49,1	67	58,3	19	29,2
Mieszka ze znajomymi/ rodzeństwem	31	9,8	7	6,1	3	4,6
Mieszka w domu pomocy społecznej lub w domu dziennego pobytu	0	–	0	–	8	12,3
Razem	316	100,0	115	100,0	65	100

Źródło: na podstawie badań własnych.

2.4.2. Rodzaj i stopień niepełnosprawności

W tej części przedstawiamy dane dotyczące poziomu niepełnosprawności, a następnie jej rodzaju. Poziom niepełnosprawności związany jest z informacją dotyczącą tego, czy i jakie orzeczenie o niepełnosprawności posiada osoba biorąca udział w badaniu. Rozkład odpowiedzi zawiera tabela 9.

Tabela 9. Orzeczenie o niepełnosprawności

Rodzaj orzeczenia o niepełnosprawności	Moduł *Historia życia osób z ograniczeniami sprawności*		Moduł *Autonarracje* – indywidualne historie życia	
	n	%	n	%
Brak orzeczenia	7	2,2	24	36,4
Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	110	34,7	21	31,8
Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	136	42,9	15	22,7
Orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności	64	20,	6	9,1
Razem	317	100	66	100

Źródło: na podstawie badań własnych.

Tabela 10 przedstawia rozkład odpowiedzi na pytanie o rodzaj schorzenia, w związku z którym badana osoba uzyskała orzeczenie o niepełnosprawności.

Tabela 10. Rodzaj schorzenia, którego dotyczy orzeczenie o niepełnosprawności

Schorzenie	Moduł *Historia życia osób z ograniczeniami sprawności*		Moduł *Autonarracje* – indywidualne historie życia	
	n	%	n	%
1) Narządu ruchu	139	46,0	26	65
2) Narządu wzroku	52	17,2	1	3
3) Zaburzenia mowy, głosu i choroby słuchu	28	9,3	3	8
4) Choroby psychiczne (nerwica, depresja itp.)	3	1,0	0	–
5) Choroby nowotworowe	9	3,0	0	–
6) Choroby układu krążenia i oddechowego	23	7,6	1	3
7) Choroby układu moczowo-płciowego	1	0,3	1	3
8) Epilepsja	12	4,0	0	–
9) Choroby układu pokarmowego	5	1,7	0	–
10) Cukrzyca	8	2,6	1	3
11) Inne przewlekłe ograniczenia sprawności	22	7,3	7	18
Razem	302	100,0	40	100

Źródło: na podstawie badań własnych.

Zadaliśmy również pytanie o doświadczanie ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu. Uzyskane odpowiedzi mogą świadczyć o ograniczeniu sprawności w różnych obszarach niezależnie od tego, czy osoby te mają orzeczenie i czy możemy traktować je jako osoby niepełnosprawne od strony formalno-prawnej. Ten sposób zdefiniowania niepełnosprawności będziemy określać jako *wskaźnik niepełnosprawności biologicznej* lub *funkcjonalnej* (tab. 11).

Tabela 11. Niepełnosprawność biologiczna

Odczuwanie ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności	Moduł *Historia życia osób z ograniczeniami sprawności*				Moduł *Autonarracje* – indywidualne historie życia	
	osoby niepełnosprawne ON		osoby sprawne OS		osoby niepełnosprawne ON	
	n	%	n	%	n	%
Nie odczuwam ograniczeń	140	44,4	106	91,4	25	38,5
Odczuwam poważne ograniczenia	141	44,8	10	8,6	28	43,1
Odczuwam całkowite ograniczenia	34	10,8	0	–	12	18,5
Razem	315	100	116	100	65	100

Źródło: na podstawie badań własnych.

2.4.3. Aktywność zawodowa i sytuacja materialna

Dla analizy sytuacji zawodowej osób badanych stworzono pięć kategorii opisujących ich aktualny status zawodowy (tab. 12), a mianowicie:

1) badany nie pracował, nie pracuje obecnie i nie poszukuje pracy (‘np/np/np’);
2) badany kiedyś pracował, nie pracuje obecnie i nie poszukuje pracy (‘p/np/np’);
3) badany nigdy nie pracował i obecnie nie pracuje ale poszukuje pracy (‘np/np/p’);
4) badany kiedyś pracował, obecnie nie pracuje ale poszukuje pracy (‘p/np/p’);
5) badany pracuje (‘-/p/-’).

Tabela 12. Status zawodowy badanych osób

Kategorie	Moduł *Historia życia osób z ograniczeniami sprawności*				Moduł *Autonarracje – indywidualne historie życia*	
	osoby niepełnosprawne ON		osoby sprawne OS		osoby niepełnosprawne ON	
	n	%	n	%	n	%
Badany nie pracował, nie pracuje obecnie i nie poszukuje pracy ('np/np/np')	21	6,7	1	0,9	7	11,5
Badany kiedyś pracował, nie pracuje obecnie i nie poszukuje pracy ('p/np/np')	102	32,4	30	26,1	13	21,3
Badany nigdy nie pracował i obecnie nie pracuje, ale poszukuje pracy ('np/np/p')	13	4,1	0		1	1,6
Badany kiedyś pracował, obecnie nie pracuje, ale poszukuje pracy ('p/np/p')	48	15,2	10	8,7	8	13,1
Badany pracuje ('-/p/-)	131	41,6	74	64,3	32	52,5
Razem	315	100,0	115	100,0	61	100

Źródło: na podstawie badań własnych.

Sprawdziliśmy również, jak badani oceniają sytuację materialną swoją i swoich najbliższych. Postawiliśmy im pytanie: „Co najlepiej charakteryzuje sposób gospodarowania dochodem w Pana(-i) gospodarstwie domowym?" (tab. 13).

Tabela 13. Sytuacja materialna osób biorących udział w badaniu

Kategorie	Moduł *Historia życia osób z ograniczeniami sprawności*				Moduł *Autonarracje – indywidualne historie życia*	
	osoby niepełnosprawne ON		osoby sprawne OS		osoby niepełnosprawne ON	
	n	%	n	%	n	%
Pieniędzy nie starcza nawet na najtańsze jedzenie	13	4,2	2	3,6	2	3,1
Pieniędzy starcza tylko na najtańsze jedzenie, ale nie starcza na ubranie	11	3,6	3	3,4	1	1,6
Pieniędzy starcza tylko na najtańsze jedzenie i ubranie, ale nie starcza na opłatę za mieszkanie	14	4,6	2	3,8	2	3,1
Pieniędzy starcza na najtańsze jedzenie, ubranie oraz opłatę za mieszkanie, ale nie starcza na spłatę kredytu	11	3,6	1	2,9	0	–
Pieniędzy starcza na najtańsze jedzenie, ubranie i opłatę za mieszkanie oraz spłatę kredytu	20	6,5	5	6,0	3	4,7
Żyjemy bardzo oszczędnie, aby odłożyć na poważniejsze zakupy	57	18,6	15	17,3	4	6,3
Żyjemy oszczędnie i dzięki temu starcza na wszystko	109	35,5	33	34,1	23	35,9
Starcza na wszystko bez specjalnych wyrzeczeń, lecz nie oszczędzamy na przyszłość	42	13,7	23	15,6	11	17,2
Starcza na wszystko i jeszcze oszczędzamy na przyszłość	30	9,8	25	13,2	18	28,1
Razem	307	100,0	109	100,0	64	100

Źródło: na podstawie badań własnych.

2.5. Podsumowanie

Zaprezentowane informacje na temat tego, kto został zbadany, dają Czytelnikowi możliwość zapoznania się z charakterystyką grupy i kierują uwagę na podstawowe zmienne, które w dalszej części książki będą wykorzystywane przy opisie i analizie zmiennych psychologicznych. Istotne bowiem będzie, kiedy i na ile te opisywane charakterystyki osób badanych będą istotnie korelowały z pozostałymi zmiennymi. Ponieważ prezentujemy dane na temat osób zbadanych w dwóch odrębnych badaniach (przy czym należy przypomnieć, iż w module *Historia życia*... wzięły udział zarówno osoby z ograniczeniami sprawności, jak i osoby sprawne, zaś w module *Autonarracje*... tylko osoby z ograniczeniami sprawności), nie możemy porównywać obu tych grup. Różnice pomiędzy osobami sprawnymi i z ograniczeniami sprawności w module *Historia życia*..., choć ujawniające się na poziomie liczebności w przeprowadzanych analizach, w większości nie były istotne statystycznie.

Rozdział 3

Przekonania na temat relacji z innymi: style przywiązania

3.1. Wprowadzenie

Choroba czy nabycie niepełnosprawności są sprawdzianem umiejętności radzenia sobie w trudnych, stresujących sytuacjach. Takie wydarzenia można traktować jako wyzwania niedające się udźwignąć lub jako niecodzienną szansę na osobisty wzrost i rozwój. To, jak ludzie postrzegają takie trudne wyzwania, zależy między innymi od ich „sił biograficznych", definiowanych jako wczesne doświadczenia, na których podstawie budowane są wewnętrzne modele operacyjne i styl przywiązania (Carr, 2004).

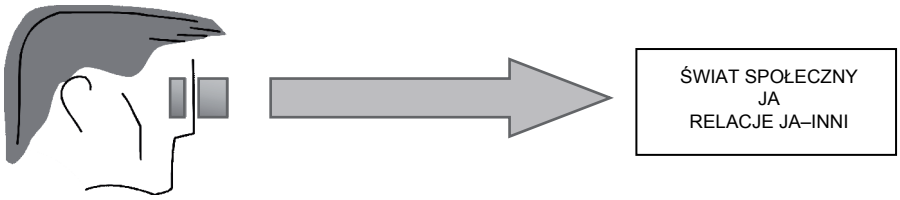
3.2. Wewnętrzne modele operacyjne a przekonania o sobie i o świecie społecznym

John Bowlby (2007) zakładał w swoich rozważaniach na temat istoty przywiązania, że u ludzi kształtują się tak zwane *wewnętrzne modele operacyjne* (*internal working models*) czy, innymi słowy, poznawcze reprezentacje świata społecznego oraz swojego funkcjonowania i swojej roli w tym świecie. Zgodnie z teorią przywiązania poznawcza reprezentacja świata jednostki jest kształtowana w toku wczesnych doświadczeń ze znaczącymi dorosłymi i dzięki nim (Collins, Allard, 2001; Plopa, 2005). Podstawą tej reprezentacji jest utrwalony w dzieciństwie obraz znaczących dorosłych: to, kim oni są, gdzie można ich znaleźć, na ile można oczekiwać od nich jakiejś reakcji. Osoba, której reprezentacja świata, powstała w dzieciństwie, opiera się na kontakcie z osobą wrażliwą na jej potrzeby, może w życiu dorosłym wykazywać dużą pewność siebie i samodzielnie szukać pomocy w trudnych dla siebie sytuacjach. Przeciwnie, ludzie pozbawieni w dzieciństwie kontaktu z wrażliwymi na ich potrzeby dostępnych osobami znaczącymi będą prawdopodobnie postrzegać świat jako nieprzewidywalny i niezrozumiały. Wykształcą w sobie postawę obronną wobec tego świata, będą mieli poczucie, że o wszystko trzeba walczyć, lub wypracują w sobie postawę ucieczkową – zamiast radzić sobie z wyzwaniami, będą ich unikać, nie będą też chcieli ani umieli szukać pomocy w sytuacjach, gdy będą tego potrzebowali.

Przekonania dziecka o świecie i sobie, mające u swego podłoża przewidywalne i pozytywne relacje z dorosłymi, generalizują się na nowe sytuacje

i w rezultacie owocują nawiązywaniem przyjacielskich i serdecznych stosunków z osobami nowo poznawanymi, na przykład spoza rodziny. Z kolei dziecko, które często doświadczało wrogości i nauczyło się jej spodziewać od najbliższych, będzie doszukiwało się takiego samego nastawienia do siebie nawet w całkiem neutralnych kontaktach z innymi osobami i w efekcie nie tylko nie będzie do takiego kontaktu dążyło, ale zacznie go unikać. Podsumowując, możemy powiedzieć, że wewnętrzne modele operacyjne to zestawy oczekiwań wobec osób znaczących i subiektywnie postrzegane prawdopodobieństwo otrzymania od nich wsparcia w trudnych momentach. Taka wizja znaczących dorosłych, ukształtowana w okresie dzieciństwa, staje się w późniejszym życiu modelem, przewodnikiem oraz wzorcem relacji i związków z innymi ludźmi.

Modele operacyjne są podobne pod wieloma względami do innych struktur poznawczych, którymi zajmuje się społeczna psychologia poznania (*social cognition*), takich jak schematy, skrypty czy prototypy, ale różnią się od nich tym, że mają charakter interpersonalny i relacyjny (Collins, Allard, 2003). Dzięki modelom operacyjnym człowiek tworzy zatem wewnętrzny, umysłowy obraz świata społecznego, obraz osób dla niego znaczących (*significant others*), obraz siebie, a także obraz charakteru relacji między sobą a innymi ludźmi, co schematycznie ilustruje rycina 6 w rozdziale 1. Zespół takich modeli stanowi subiektywny system interpretacji natury świata i różnych zachodzących w nim zdarzeń, czyli system przekonań o świecie społecznym.



Rycina 10. System przekonań w postaci wewnętrznych modeli operacyjnych rzutuje na subiektywny obraz świata społecznego i roli Ja w tym świecie
Źródło: opracowanie Ludmiła Rycielska.

Oznacza to, że skutki jakiegoś zdarzenia w środowisku, na przykład skutki nabytej niepełnosprawności, zależą charakterystyki tego zdarzenia, jak jest ono interpretowane przez otoczenie, ale przede wszystkim od tego, jak jest ono interpretowane przez samą jednostkę (Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008). Modele operacyjne są pryzmatem, przez który jednostka spostrzega następne doświadczenia życiowe i dzięki którym automatycznie interpretuje napływające nowe informacje – modele operacyjne stanowią dla człowieka wewnętrzny drogowskaz zachowania w różnych, zwłaszcza wymagających dużego wysiłku czy zaangażowania, sytuacjach, na przykład w sytuacji po-

szukiwania pracy, w chorobie, bólu (Collins, Feeney, 2004; Epstein, 1991; za: Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008).

3.3. Modele operacyjne a funkcjonowanie społeczne

Jedną z najważniejszych funkcji modeli operacyjnych opisanych przez Bowlby'ego (2007; por. Collins, Allard, 2003) jest możliwość przewidywania na ich podstawie zachowania innych ludzi oraz planowania własnego zachowania w toku interakcji społecznych. Osoba chcąca osiągnąć jakiś cel, wykonać jakiś plan, na przykład znaleźć pracę, powinna dysponować modelem operacyjnym swego środowiska społecznego, a także posiadać odpowiednią reprezentację – zinternalizowaną wiedzę na temat własnych możliwości i umiejętności. Modele operacyjne są dynamiczne i, aby były użyteczne, powinny być stale aktualizowane pod wpływem zmian rozwojowych człowieka lub zmian w środowisku (Bowlby, 2007; Collins, Allard, 2003). Bowlby (2007, s. 107) pisał:

> Osoba niepełnosprawna fizycznie lub niewidoma musi tworzyć plany inne niż te, które tworzy osoba sprawna i widząca. Ktoś, kto prowadzi samochód lub jedzie na rowerze, ma zasób potencjalnych planów większy niż ten dostępny komuś, kto nie może wykonywać żadnej czynności.

Jeśli model jest nieadekwatny lub nieprecyzyjny, ponieważ jest przestarzały, niedostatecznie skorygowany, niepełny, niespójny i niejasny, to staje się bezużyteczny, nieadaptacyjny.

Podstawową psychologiczną funkcją przywiązania jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa (Schaffer, 2006). Doświadczanie ciepła, wsparcia i akceptacji ze strony znaczącej osoby daje początek modelowi operacyjnemu, zgodnie z którym człowiek początkowo opisuje znaczącą osobę jako źródło wsparcia i bezpieczeństwa, a potem przenosi to na innych ludzi i szerzej – na świat społeczny. Tak tworzy się podstawowy zasób człowieka, jakim jest bazowe poczucie bezpieczeństwa, zwane inaczej, w teorii rozwoju psychospołecznego według Erika H. Eriksona, *bazową ufnością* (za: Brzezińska, 2007). Przy okazji powstawania bazowego poczucia bezpieczeństwa nabywana jest nadzieja, zaufanie do ludzi, wiara we własne zdolności, poczucie sprawstwa, gotowość do wzajemności i wymiany w relacjach z innymi (Boyd, Bee, 2007). U ludzi, którzy doświadczyli zaniedbania lub zbyt surowej opieki czy też niekonsekwentnego, nieadekwatnego wychowania, może rozwinąć się nieufność (Boyd, Bee, 2007; Brzezińska, 2007). Nie powstanie wtedy bezpieczna podstawa do dalszego rozwoju i funkcjonowania społecznego, jaką jest bazowe poczucie bezpieczeństwa, co może stanowić zagrożenie dla dobrostanu jednostki w postaci niewykształcenia wszystkich elementów decydujących o jakości całokształtu jej funkcjonowania (Brzezińska, 2007).

Modele operacyjne składają się z czterech komponentów (Collins i Read, 1994; za: Collins i Allard, 2003):

1) wspomnień i doświadczeń związanych z przywiązaniem,
2) przekonań, postaw i oczekiwań wobec siebie i innych ludzi,
3) celów i potrzeb uwarunkowanych przywiązaniem,
4) strategii i planów działania powiązanych z osiąganiem celów.

Zawartość i jakość każdego z komponentów może się różnić w zależności od reprezentowanych przez ludzi różnych stylów przywiązania (Collins i Allard, 2003). Badacze zajmujący się teorią przywiązania wymieniają trzy podstawowe style przywiązania: bezpieczny, lękowo-ambiwalentny i unikający (Collins, Allard, 2001; Collins, Allard, 2003; Czub, 2005; Plopa, 2005; Wojciechowska, 2005). Style te można podzielić na dwie grupy:

1) bezpieczne – wspierające jednostkę w radzeniu sobie w różnych sytuacjach;
2) pozabezpieczne – dysfunkcyjne zwłaszcza w sytuacjach wyzwań czy zagrożenia.

Wytworzone bezpieczne lub pozabezpieczne style przywiązania wpływają istotnie na jakość tworzonych przez jednostkę relacji społecznych i – w dalekiej perspektywie – na jej poczucie bezpieczeństwa w dorosłości (Pietromonaco, Barrett, 2000). Zależności między wytworzeniem odpowiedniej jakości relacji przywiązaniowej a rozwojem emocjonalno-społecznym opisuje między innymi Mieczysław Plopa (2005). Wytworzenie relacji z obiektem przywiązania, znaczącym dorosłym, aktywizuje struktury mózgowe odpowiedzialne za funkcjonowanie emocjonalne i społeczne. Ten neurologiczny mechanizm aktywowany jest właśnie przez powstanie relacji, czyli przywiązania, i może przybierać modele czy wzorce (*patterns*) bezpieczne i pozabezpieczne.

Sroufe, autor jednego z pierwszych podłużnych badań nad przywiązaniem, opisał (Sroufe i in., 2005), w jaki sposób bezpieczny styl przywiązania wspiera rozwój przekonań związanych z relacjami z innymi ludźmi, zwłaszcza z rówieśnikami. Bezpieczne przywiązanie daje pięć podstaw skutecznego funkcjonowania z rówieśnikami, a są to:

1) motywacja: pozytywne przekonania o związkach z ludźmi, podstawowe poczucie bycia częścią czegoś większego czy przynależności do grupy, przekonanie o nagradzającej naturze relacji;
2) postawy: przekonanie, że inni są wrażliwi i reagują na nasze potrzeby, oczekiwanie mistrzostwa w świecie społecznym;
3) podstawa instrumentalna: zdolność do czerpania zadowolenia z zabawy i odkrywania;
4) emocje: regulowane pobudzenie, samoregulacja emocji;
5) relacje: oczekiwanie wzajemności, empatyczne reagowanie wywodzące się z empatycznej opieki.

Związek stylu przywiązania i obrazu siebie (przekonań na temat siebie) był przedmiotem badań Mikulincera (1995). Przyświecało im założenie Bowlby'ego, że doświadczenia przywiązaniowe kształtują obraz siebie. Oznacza to, że są one źródłem informacji o samym sobie i kształtujących się na

ich podstawie przekonań na temat własnej osoby. Obraz siebie ma więc u podstawy obraz osób znaczących (Sroufe i Fleeson, 1986; za: Mikulincer, 1995).

Z kolei wzorzec relacji społecznych kształtuje się następująco: im bezpieczniej czują się ludzie w swoich związkach z innymi, tym bardziej czują się doceniani przez innych, wartościowi i szczególni. I odwrotnie – ludzie, którzy czują się odrzuceni przez innych, mogą czuć się bezwartościowi. W badaniach dowiedziono, że dorośli reprezentujący przywiązanie bezpieczne mają wyższe poczucie własnej wartości niż osoby o lękowo-ambiwalentnym stylu przywiązania. Badania nie pokazują natomiast jednoznacznie różnicy między osobami o unikowym stylu przywiązania a ludźmi o bezpiecznym stylu przywiązania – niektóre wskazują na to, że unikowy styl przywiązania współwystępuje częściej z negatywnym obrazem Ja niż styl bezpieczny (np. Griffin i Bartholomew, 1994), inne opisują brak różnic pomiędzy tymi dwoma grupami osób (np. Collins i Read, 1990).

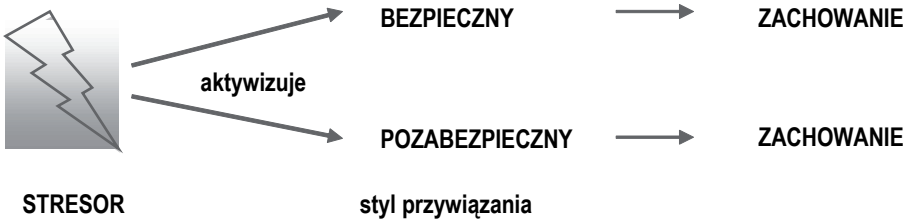
3.4. Przywiązanie a trudne sytuacje życiowe

Wzory przywiązania definiuje M. Plopa (2005) jako behawioralne strategie reakcji na obciążenia wewnętrzne i zewnętrzne, czyli na stres. U małych dzieci zachowanie przywiązaniowe, widoczne np. w przytulaniu się, jest wywoływane na przykład przez głośne dźwięki, nagłe pojawienie się dziwnego lub nieprzyjemnego obiektu i inne czynniki mogące potencjalnie łączyć się ze strachem. Bowlby zaobserwował wzrost zachowań przywiązaniowych w trudnych sytuacjach, w chorobie, bólu i innych okolicznościach wymagających zwiększonej opieki. Ramki poniżej zawierają przykłady badań nad związkiem stylu przywiązania z zachowaniem w trudnych sytuacjach życiowych, a konkretnie w sytuacjach doświadczania bólu i odczuwania symptomów choroby.

Ból
Wyniki badania z udziałem 152 pacjentów kliniki leczenia bólu, cierpiących z powodu chronicznego bólu i doświadczających z tego powodu ograniczenia sprawności, wskazują na związek pomiędzy lękowym stylem przywiązania a niskim poziomem radzenia sobie z bólem (*pain self-efficacy*) oraz na korelację wysokich wyników na wymiarze bezpiecznego przywiązania z wysokim poziomem radzenia sobie z bólem, zwłaszcza u mężczyzn.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Meredith, Strong, Feeney, 2006.

Medycznie niewytłumaczalne symptomy
W badaniu Ciechanowskiego i współpracowników (2002) zaobserwowano istotny związek pomiędzy liczbą symptomów niewytłumaczalnych medycznie a stylem przywiązania u pacjentów z wirusowym zapaleniem wątroby typu C. Okazało się, że pacjenci charakteryzujący się pozabezpiecznym stylem przywiązania częściej deklarowali występowanie w swoim życiu symptomów niewytłumaczalnych z punktu widzenia medycyny niż osoby z bezpiecznym stylem przywiązania.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Ciechanowski i in., 2002.

Styl przywiązania daje o sobie zatem znać w trudnych momentach, wywołujących napięcie, strach czy lęk (ryc. 11).



Rycina 11. Wywoływanie przez stresor zachowania uwarunkowanego stylem przywiązania
Źródło: opracowanie własne.

Bezpieczny styl przywiązania cechuje się ufnością wobec otaczającego świata i pewnością siebie, zaś style pozabezpieczne – obojętnością bądź wrogością w stosunku do świata i subiektywnie postrzeganą nieprzewidywalnością otoczenia. Możemy założyć, że osoby o bezpiecznym stylu przywiązania wytwarzają wewnętrzny model operacyjny na podstawie relacji opartej na obserwowanym zachowaniu i interpretacji jego intencji, co w późniejszym funkcjonowaniu przekłada się na skuteczną regulację zachowania i pozwala na tworzenie satysfakcjonujących relacji społecznych oraz efektywne funkcjonowanie w innych obszarach życia. Osoby, które reprezentują pozabezpieczny styl przywiązania, wytwarzają natomiast wewnętrzny model operacyjny niedający możliwości kontroli własnych działań, przez co mają tendencję do tworzenia tzw. pozabezpiecznych relacji społecznych i nie funkcjonują skutecznie w innych obszarach życia (por. Rycielska, 2009a).

Zakres badanych współzależności pomiędzy bazowym poczuciem bezpieczeństwa lub jego brakiem, operacjonalizowanym jako „styl bezpieczny" lub „styl pozabezpieczny", a subiektywnie opisywanym i ocenianym funkcjonowaniem psychologiczno-społecznym badanych przez nas osób z ograniczeniamim sprawności, przedstawiamy w tabeli 14.

Tabela 14. Style przywiązania a funkcjonowanie społeczno-psychologiczne

Kategorie analizy	Styl bezpieczny	Styl pozabezpieczny
Moje życie w autonarracji	• występują zarówno ludzie, jak i zdarzenia • równowaga pomiędzy przeszłością, teraźniejszością i przyszłością • pozytywne emocje i nadzieja • duża aktywność	• dominują zdarzenia • skupienie tylko na przeszłości lub teraźniejszości lub przyszłości • negatywne emocje • brak nadziei • brak aktywności
Obraz innych ludzi	• rozbudowane kontakty społeczne	• ograniczone kontakty społeczne
Obraz osoby znaczącej	• osoba znacząca – ciepła, godna zaufania, bliska, przewidywalna i jednocześnie autonomiczna w swych działaniach • zrównoważona relacja więzi i bliskości oraz niezależności i autonomii	• osoba znacząca zimna lub zmienna emocjonalnie (niestabilna), niekonsekwentna na wymiarze ciepło–zimno, nieprzewidywalna, odrzucająca lub nadmiernie skoncentrowana, zaabsorbowana partnerem w interakcji • niezrównoważona relacja więzi i bliskości oraz niezależności i autonomii
Wymaganie – wsparcie od rodziców	• układ wymagania–wsparcie zrównoważony, ale dynamiczny • otwartość na zmiany	• układ wymagania–wsparcie niezrównoważony, statyczny • opór wobec zmiany
Obraz siebie	• umiejętność rozpoznania swoich mocnych stron • postrzeganie siebie jako osoby kompetentnej	• niska świadomość własnych mocnych stron • poczucie własnej niekompetencji w wielu obszarach
Stres i wyzwania	• korzystanie z zasobów własnych i zasobów innych ludzi/otoczenia • umiejętność aktywnego, wytrwałego poszukiwania wsparcia u innych ludzi/ w otoczeniu w sytuacjach trudnych	• nieumiejętność korzystania z zasobów własnych i zasobów innych ludzi/otoczenia • unikanie emocjonalne i niepodejmowanie wyzwań, tendencja do wycofywania się z sytuacji

Źródło: opracowanie własne.

3.5. Przywiązanie a ograniczenie sprawności

Styl przywiązania aktywizuje się najbardziej i najwyraźniej w stresujących, trudnych dla osoby okolicznościach. Badania wskazują na to, że styl przywiązania łączy się z licznymi zmiennymi dotyczącymi stanu zarówno zdrowia fizycznego, jak i psychicznego (np. Ciechanowski i in., 2004; Oliveira i Costa, 2009; Rossi i in., 2005). Związek stylu przywiązania z odczuwanym bólem migrenowym został opisany w ramce na stronie 55.

Migrena
Niepełnosprawność zdefiniowana jako ograniczenie lub brak możliwości bycia aktywnym w sposób lub w zakresie postrzeganym jako normalny dla ludzi była miarą oszacowania wpływu bólu migrenowego na zdrowie i funkcjonowanie pacjentów w badaniach Rossi i in. (2005). Poziom tak rozumianej niepełnosprawności był większy u tych pacjentów cierpiących na migrenę, którzy jednocześnie mieli objawy depresji i doświadczali intensywniej bólu oraz przejawiali pozabezpieczny styl przywiązania. U pacjentów, u których stwierdzono epizodyczną postać migreny, pozabezpieczny styl przywiązania był najbardziej istotnym predyktorem niepełnosprawności.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Rossi i in., 2005.

Warto w tym miejscu wspomnieć o biopsychologicznym modelu zwiększonej podatności na choroby, uwzględniającym wpływ pozabezpiecznego stylu przywiązania na fizjologię stresu oraz wzrost zewnętrznych regulatorów stresu, takich jak alkohol czy nieracjonalne odżywianie oraz zachowania profilaktyczne (Maunder, Hunter, 2001).

Styl przywiązania wchodzi w wiązkę zmiennych opisujących stan psychiczny osób cierpiących z powodu ograniczenia sprawności. Dobrostan psychiczny jest często jedynym filarem funkcjonowania społecznego i psychicznego. Osoby, które zapadły na jakąś chorobę lub utraciły sprawność, są narażone na stres, co wywołuje różne ich reakcje. Rodzaj i jakość tych reakcji w znacznym stopniu uwarunkowane są stylem przywiązania.

Chorzy charakteryzujący się bezpiecznym przywiązaniem będą czerpać ze swoich przeszłych doświadczeń, umacniając się w pozytywnym przekonaniu na temat siebie oraz świata społecznego, oczekując z nadzieją wsparcia od innych, pozytywnie postrzeganych ludzi. Taka reakcja i zachowania mogą sprzyjać powodzeniu ewentualnej rehabilitacji czy ponownej socjalizacji zaburzonej przez chorobę.

Osoby, które wykształciły pozabezpieczny styl przywiązania, nie będą potrafiły korzystać z pokładów swoich zasobów, będą patrzyły na otaczający je świat z nieufnością i negatywnymi emocjami. Takie przekonania będą prawdopodobnie stanowiły barierę dla gotowości do podjęcia działań zmierzających ku redukcji ograniczeń sprawności czy poszerzania kontaktów społecznych, co mogłoby doprowadzić do zmniejszenia stresu spowodowanego utratą zdrowia. Poniżej zamieściliśmy opis badań nad związkiem stylu pozabezpiecznego z brakiem dobrostanu psychicznego u chorych na fibromialgię.

Fibromialgia
Badania z udziałem 128 portugalskich pacjentek cierpiących na fibromialgię przyniosły wyniki wskazujące na korelację dobrostanu psychicznego chorych z zaufaniem, a odwrotną korelację z pozabezpiecznym stylem przywiązania, zależnością od innych, zamartwianiem się.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Oliveira i Costa (2009).

Przedmiotem innych badań był brak dbałości o własne zdrowie fizyczne u diabetyków charakteryzujących się przywiązaniem pozabezpiecznym (ramka).

Diabetycy
Styl przywiązania istotnie wiąże się z czynnościami samoobsługowymi u diabetyków (Ciechanowski i in., 2004). Diabetycy o pozabezpiecznym stylu przywiązania rzadziej ćwiczyli, gorzej dbali o stopy i słabiej przestrzegali zalecanej diety w porównaniu z pacjentami charakteryzującymi się bezpiecznym stylem przywiązania.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Ciechanowski i in. (2004).

Podsumowując, niepełnosprawność, ból, choroba czy wypadek są stresorami, wobec których może ujawnić się zachowanie uwarunkowane stylem przywiązania. Oznacza to, iż obserwując zachowania osób z ograniczeniami sprawności w takich sytuacjach lub rozmawiając z nimi o tym, jak się w takich sytuacjach zachowują, uzyskujemy wiele informacji na temat tego, jaki jest system ich przekonań dotyczących siebie samego, świata, ludzi i relacji z nimi.

3.6. Wyniki

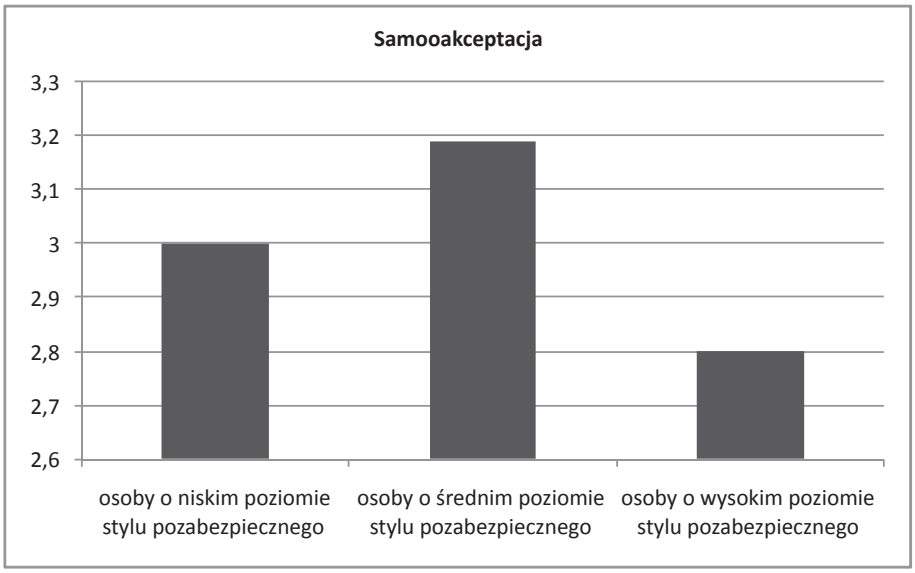
3.6.1. Przywiązanie a przekonania o sobie i o świecie społecznym

3.6.1.1. Przywiązanie a akceptacja siebie jako osoby z ograniczeniem sprawności

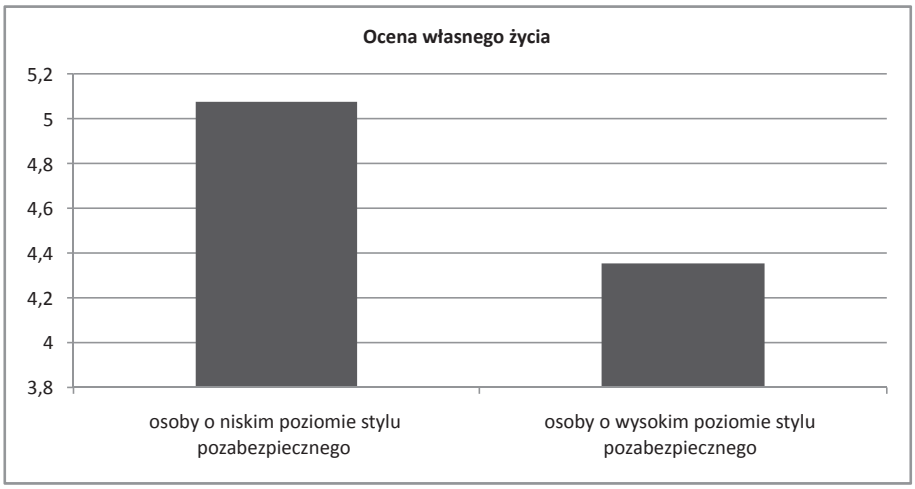
Osoby z ograniczeniem sprawności, które wzięły udział w badaniach w module *Autonarracje – indywidualne historie życia*, zostały scharakteryzowane pod względem natężenia stylu bezpiecznego i pozabezpiecznego. Przyjęliśmy dwa wskaźniki przekonania na temat siebie jako osoby z ograniczeniem sprawności: (1) poziom samoakceptacji i (2) ocena swojego dotychczasowego życia. Poziom samoakceptacji był mierzony za pomocą pytania kwestionariuszowego: „Akceptuję siebie takim, jakim jestem".

Osoby z ograniczeniem sprawności cechujące się niskim poziomem stylu pozabezpiecznego deklarowały wyższą samoakceptację częściej niż osoby o wysokim natężeniu stylu pozabezpiecznego (ryc. 12). Oznaczać to może prawdopodobnie, że osoby o pozabezpiecznym stylu przywiązania mają niższą akceptację dla siebie jako osób z ograniczeniem sprawności.

Osoby z ograniczeniem sprawności o niskim poziomie stylu pozabezpiecznego oceniały własne dotychczasowe życie lepiej niż osoby o wysokim poziomie stylu pozabezpiecznego.



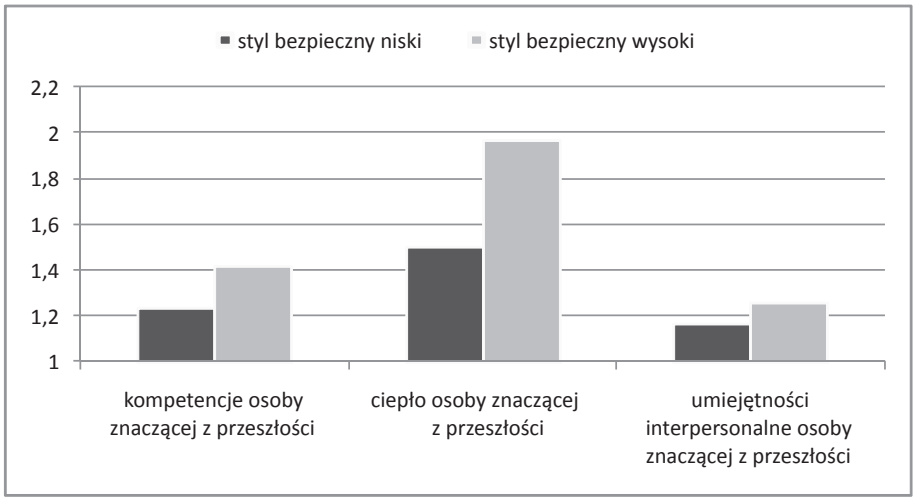
Rycina 12. Średni poziom samoakceptacji u osób o różnym natężeniu stylu pozabezpiecznego
Źródło: badania własne.



Rycina 13. Uśredniona ocena własnego życia u osób o różnym natężeniu stylu pozabezpiecznego
Źródło: badania własne.

3.6.1.2. Przekonania o świecie społecznym

Przekonania o świecie społecznym dotyczyły: obrazu osoby znaczącej, wątku większej obecności ludzi *versus* zdarzeń pojawiających się w autonarracji (opowieści o swej historii życia) oraz obecnej struktury ludzi z otoczenia osób z ograniczeniem sprawności. Osoba znacząca, którą u większości osób badanych była matka, była opisywana w ramach wywiadu częściowo ustrukturalizowanego. Wypowiedzi dotyczące osoby znaczącej zostały zakodowane na kilku wymiarach, takich jak między innymi: kompetencje, ciepło, umiejętności interpersonalne – a następnie skwantyfikowane. Wzór wyników dla osób charakteryzujących się wysokim poziomem stylu bezpiecznego był następujący: opisywana przez nich osoba znacząca była średnio bardziej kompetentna, bardziej ciepła i średnio częściej była opisywana jako osoba posiadająca rozwinięte umiejętności interpersonalne niż osoba znacząca opisywana przez osoby o niskim natężeniu stylu bezpiecznego (ryc. 14).

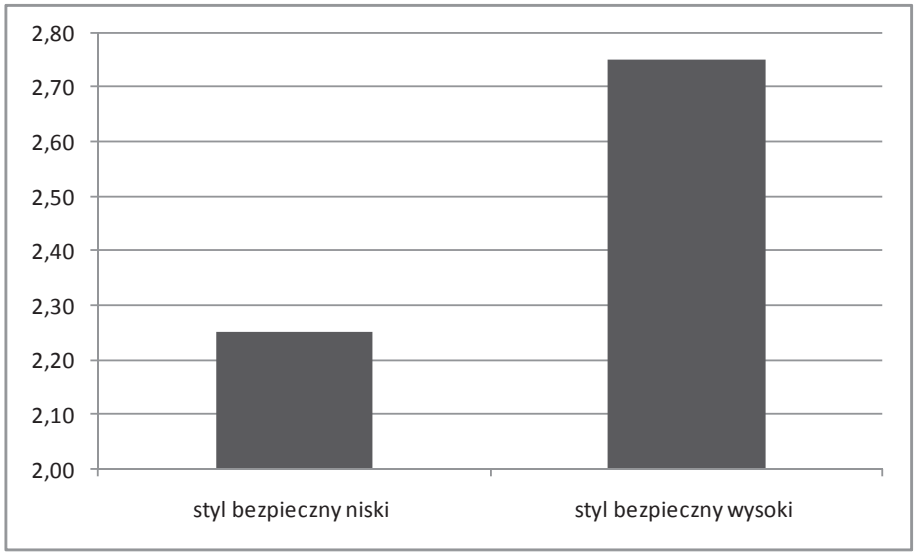


Rycina 14. Osoba znacząca opisywana przez osoby badane o niskim i wysokim poziomie bezpiecznego stylu przywiązania
Źródło: badania własne.

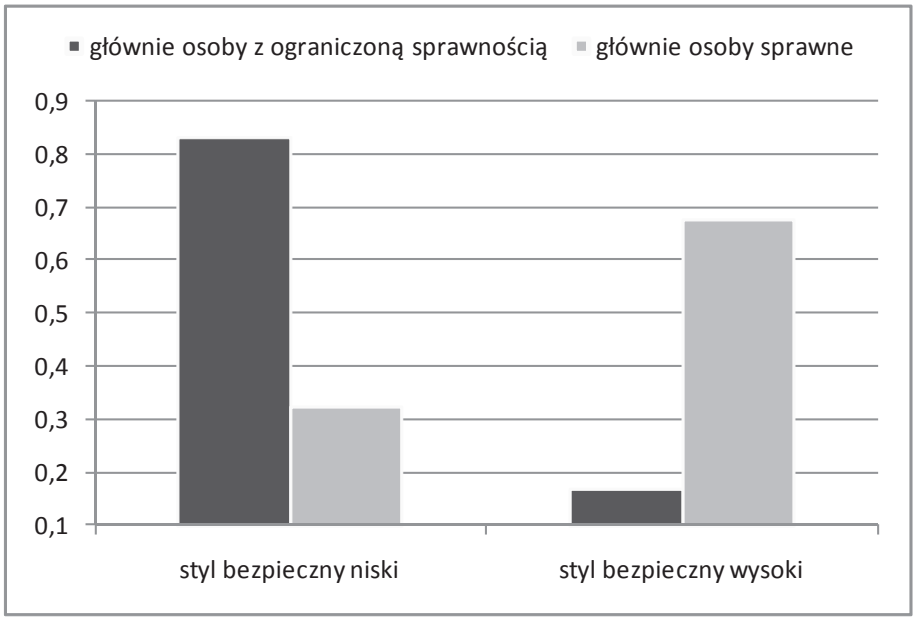
Przytoczony dalej cytat pochodzi od osoby z ograniczeniem sprawności fizycznej, poruszającej się na wózku, charakteryzującej się wysokim poziomem bezpiecznego stylu przywiązania, a dotyczy osoby znaczącej. Z tej wypowiedzi wyłonił się obraz matki, która mimo stygmatyzacji społecznej, ograniczeń architektonicznych i trudnych warunków bytowych zagwarantowała udział córki z ograniczeniem sprawności w życiu publicznym, poza własnym domem. Osoba badana prawdopodobnie zbudowała swoje poczucie sprawstwa dzięki udzielanemu jej w dzieciństwie wsparciu i modelowemu podejmowaniu życiowych wyzwań przez osobę znaczącą.

Nie przeżywała z takim obnoszeniem się tego nieszczęścia, jakim było posiadanie dziecka tak chorego, bez możliwości wyleczenia, dziecka, które posługiwało się wózkiem, które woziła. Więc to to było na tamte czasy, proszę pamiętać, że to były lata 60. W 71' poszłam do szkoły, to były lata 60., więc no i charakter życia na wsi, ja bym powiedziała, był taki zaściankowy, było trochę i nietolerancji, ale mama w tamtym środowisku to miała taki trochę autorytet, jako osoba, która mając dziecko wymagające tyle opieki, ona go nie trzymała w domu. **Ona z nim szła między ludzi.** I to właśnie pozwalało na uzyskiwanie takiego uznania czy jej koleżanek, czy jakichś innych osób. Na przykład trzeba było iść do lekarza, to nie przyjeżdżał do mnie, tylko mama mnie brała na wózek i szłam do lekarza, albo do dentysty – na wózek po schodach do dentysty. Pamiętam, że była taka historia, że dentysta przyjmował w takim starym domu, drewnianym, zaadoptowanym strychu i na ten strych szło się po pionowych prawie schodach, Pan sobie wyobrazi, że mama mnie brała na ręce i szła ze mną po tych schodach, przecież to graniczyło z tym, że mogła runąć połamać siebie i byłoby finito. Prawda? I właśnie to było takie, może **taka postawa mamy nauczyła mnie, że nie można się poddawać**, bo pracowała i żyła w gorszych warunkach (K51, ON).

Autonarracja osób z ograniczeniem sprawności była również źródłem informacji na temat historii życia. Okazało się, że osoby o wysokim natężeniu stylu bezpiecznego częściej opisywały swe życie w kategoriach zdarzeń i ludzi w przeciwieństwie do osób o niskim natężeniu tego stylu. Osoby charakteryzujące się niskim poziomem stylu bezpiecznego średnio rzadziej wspominały innych ludzi, opowiadając o swoim życiu (ryc. 15).



Rycina 15. Częstość pojawiania się ludzi w autonarracji mówionej w podziale na osoby o niskim i wysokim poziomie bezpiecznego stylu przywiązania
Źródło: badania własne.



Rycina 16. Struktura społeczna przyjaciół i znajomych wśród osób o niskim i wysokim poziomie bezpiecznego stylu przywiązania
Źródło: badania własne.

Badane osoby z ograniczeniem sprawności udzieliły odpowiedzi na pytanie kwestionariuszowe o udział osób niepełnosprawnych w strukturze społecznej ich najbliższego otoczenia. Wyniki wskazują na deklarowany większy udział osób sprawnych w otoczeniu osób z ograniczeniem sprawności charakteryzujących się wysokim natężeniem stylu bezpiecznego oraz na większy udział osób z ograniczoną sprawnością u osób charakteryzujących się niskim natężeniem stylu bezpiecznego (ryc. 16).

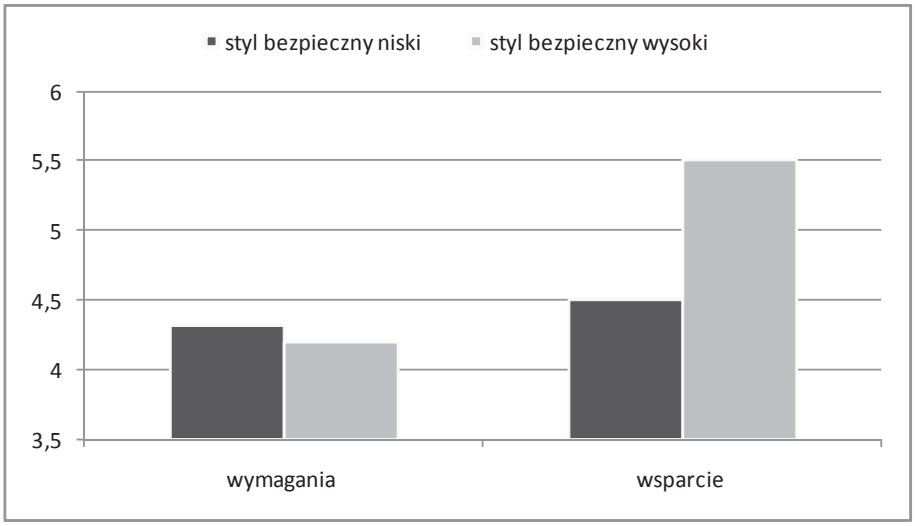
3.6.2. Przywiązanie a funkcjonowanie społeczne osób z ograniczeniem sprawności

3.6.2.1. Przywiązanie a układ „wymaganie – wsparcie od rodziców”

Lubię podejmować zadania trudne i im trudniej jest mi je wykonać, tym bardziej mnie one fascynują, choć inni już dawno machnęliby na to ręką i powiedzieli: „daj se spokój”. Dają mi wówczas wiele satysfakcji, więcej satysfakcji niż jakieś proste sprawy (K51, ON, osoba o wysokim poziomie stylu bezpiecznego).

Czynnikiem łączącym się z funkcjonowaniem społecznym, a dopełniającym wiedzy o przekonaniach na temat osób znaczących, jest układ „wymagania – wsparcie” kontrolowany przez opiekunów, najczęściej rodziców. Badane

osoby z ograniczeniem sprawności deklarowały, że udzielane im w dzieciństwie wsparcie raczej było znacznie wyższe w stosunku do wymagań stawianych im przez rodziców niż to, którego faktycznie potrzebowały. Jednak osoby o niskim natężeniu stylu bezpiecznego częściej deklarowały wyższe wymagania i mniejsze wsparcie niż osoby o wysokim natężeniu stylu bezpiecznego (ryc. 17).



Rycina 17. Poziom doświadczanego wsparcia i poziom stawianych wymagań w przeszłości w podziale na grupy o niskim i wysokim poziomie bezpiecznego stylu przywiązania
Źródło: badania własne.

3.6.2.2. Przekonania na temat aktywności społecznej i doświadczeń życiowych

Nie to, mhm, też staram się w miarę możliwości, nie wiem, chodzić do kina, do teatru, no korzystać z życia po prostu, tam gdzie nie ma żadnych jakiś trudności czy barier, żebym się mogła gdzieś dostać, czy finansowo mnie na to stać, po prostu staram się być, bo wychodzę z takiego założenia, że to co przeżyję, zobaczę w moim życiu, to jest moje i tego mi nikt nie zabierze, i po prostu, i to jest i radość i sprawdzian, i w ogóle staram się w miarę możliwości swoich pokazywać ludziom zdrowym i ludziom niepełnosprawnym, że ludzie niepełnosprawni mogą coś w życiu dać i po prostu też im się należy, że tak powiem, właśnie kultura, czy w ogóle dostęp gdziekolwiek, że nie, nie powinni być dyskryminowani (K38, ON).

Tabela 15 zawiera fragmenty wywiadów przeprowadzonych w ramach badań w module *Autonarracje – indywidualne historie życia*, ilustrujące postrzeganie doświadczeń życiowych związanych z życiem prywatnym i zawodowym przez osoby z ograniczeniem sprawności charakteryzujące się przywiązaniem bezpiecznym i pozabezpiecznym. Natężenie przywiązania bezpiecznego i pozabezpiecznego mierzono przy pomocy kwestionariusza (Rycielska, 2009b).

Jedna z badanych osób, którą cechowało przywiązanie bezpieczne, przedstawiła matkę jako wspierającego i zarazem stawiającego wyzwania opiekuna. Opis późniejszych doświadczeń życiowych tej osoby jest nacechowany pozytywnymi emocjami. Zarówno życie zawodowe, jak i prywatne jest postrzegane przez nią jako pozytywne, nawet jeśli nie zawsze proste. Określenia opisujące jej obraz siebie odnoszą się do samorealizacji, poczucia sprawstwa i kompetencji. Zarówno w opowieści dotyczącej pracy, jak i życia prywatnego mowa jest o innych ludziach. Trudności są dla tej osoby wyzwaniami dającymi się pokonać.

Osoba cechująca się przywiązaniem pozabezpiecznym opisała natomiast swoich opiekunów jako izolujących się od niej, unikających, odrzucających, tych, którzy oddali ją na wychowanie innym ludziom. Późniejsze doświadczenia życiowe zostały ujęte przez nią w kategoriach niespełnienia cudzych oczekiwań, porażki i poczucia winy.

Zestawienie tych historii życiowych miało na celu pokazanie, jak osoby podobne pod względem obiektywnych charakterystyk socjodemograficznych, takich jak wiek, płeć, status zawodowy i ograniczenie sprawności, mogą różnić się pod względem postaw i przekonań na temat własnego życia prywatnego i zawodowego współwystępujących z rodzajem zinternalizowanego wzorca przywiązania.

Tabela 15. Styl przywiązania a postrzeganie innych doświadczeń życiowych

PRZYWIĄZANIE BEZPIECZNE
Mama była bardziej ukierunkowana na zajmowanie się i ułatwianie mi życia, a wszystko po to, żebym ja była jak najbardziej samodzielna, żebym później w przeszłości nie była ciężarem dla tych, którzy przy mnie pozostaną (K51, ON).
⇩
POZYTYWNE SPOSTRZEGANIE INNYCH DOŚWIADCZEŃ ŻYCIOWYCH
Przekonania na temat życia zawodowego Więc praca jest dla mnie, może jak dla niewielu ludzi, może nie dla wszystkich… Powiem tak: jest dla mnie źródłem radości, na pewno satysfakcji, na pewno dochodów, bo to też, ale źródłem radości i jak by ktoś to już usłyszał, ja przy pracy odpoczywam. Wypoczywam psychicznie, bo ja się realizuję. Ja wykorzystuje swoją wiedzę, ja ją poszerzam. Ja ją praktycznie widzę. Ja widzę te efekty, jak mi się nie podoba, to ja udoskonalam. Ja wiem, że w ten sposób mam komunikowanie się z innymi ludźmi (K51, ON). **Przekonania na temat życia prywatnego** Dzielenie się życiem, dzielenie się sobą, są i trudnością… ale powiem Panu, że jak by nie będzie tych trosk o drugą osobę będzie spokojniej, ja bym nie chciała. W tym zawiera się tak pełnia człowieczeństwa, tak pełność. Że nie ma.. człowiek jest jak gdyby sam, to ma święty spokój, nieprawda właśnie, troska o drugiego człowieka, to dzielenie się wzajemnie życiem, nawet jeśli jest ono czasami bolesne, bo to się czasami trzeba się na siebie troszkę najeżyć. Prawda? I pokłócić, ale potem są piękne przeprosiny. I wie Pan, to jest wszystko takie, że czasem życie jest trudem i w tym trudzie tkwi to piękno (K51, ON).

PRZYWIĄZANIE POZABEZPIECZNE
Jak tak wstecz patrzę, to sobie myślę gdzieś tak trochę przeszkadzałam tym moim rodzicom, trochę mojej matce, bo miała chorego męża, czyli mojego ojca, chorował na gruźlicę i starszego brata nawet trzeba było izolować tak dalece, że wychowywał się przez wiele lat u babci w innymi mieście, a ja byłam jakoś tak pożyczona jakimś znajomym (K59,ON).

⇩

NEGATYWNE POSTRZEGANIE INNYCH DOŚWIADCZEŃ ŻYCIOWYCH
Przekonania na temat życia zawodowego i prywatnego Pewnie ja nie spełniłam pewnie jej oczekiwań. Powinnam była dostać się na medycynę, ale się nigdy nie dostałam. Powinnam była wyjść za księcia z bajki, a wyszłam nie za księcia z bajki, no i właściwie ona mi to do końca życia mi to okazywała, że ja nie spełniłam jej oczekiwań i że właściwie jestem jej coś winna i jestem jakaś taka zobowiązana i ona mnie odrzuciła, ja tak to widzę (K59,ON).

3.7. Podsumowanie

Funkcjonowanie społeczne osób z ograniczeniami sprawności wiąże się z wieloma utrudnieniami i koniecznością pokonywania rozmaitych przeszkód:

1) natury psychologicznej, na przykład autostereotypizacja, zaniżone poczucie własnej wartości, niestabilna samoocena, poczucie bezradności, nieświadomość własnych potrzeb, nieumiejętność poszukiwania pomocy w sytuacjach krytycznych;
2) natury społecznej, na przykład stygmatyzacja, ograniczanie dostępu do rozmaitych dóbr, marginalizowanie potrzeb, negatywne nastawienia, błędy atrybucji, wykluczanie z grupy;
3) strukturalnej czy środowiskowej, na przykład bariery architektoniczne.

Te wszystkie utrudnienia mogą być źródłem silnych emocji negatywnych i chronicznego stresu jako skutku niezaspokajania lub zaspokajania niepełnego bądź niewłaściwego osobistych i społecznych potrzeb. Pokonywanie tych przeszkód będzie traktowane jako nietypowa szansa na rozwój, a nie jako przerastające siły jednostki wyzwanie i zagrożenie, jedynie przez te osoby, które zostały wyposażone w procesie socjalizacji i wczesnej edukacji w takie doświadczenia, na których podstawie mógł ukształtować się system pozytywnych przekonań na temat siebie i innych ludzi.

Pozytywne przekonania dotyczące siebie uwidaczniają się w silnym poczuciu sprawstwa i możliwości sprawowania kontroli nad otoczeniem, a pozytywne przekonania dotyczące innych ludzi – w poczuciu istnienia i możliwości otrzymania od nich wsparcia oraz w poziomie zaufania wobec nich i świata „w ogóle". Te wszystkie przekonania składają się na bezpieczny styl przywiązania, pozwalający w sposób konstruktywny mierzyć się z wyzwaniami stawianymi przez życie osobom z ograniczeniami sprawności.

Pierwszym wyzwaniem jest praca – dla mnie największym wyzwaniem jest znaleźć taką pracę, która będzie opowiadać moim zainteresowaniom, będzie sprawiać mi przyjemność, a jednocześnie będzie dobrze płatna, tak żeby w życiu dorosłym niczego nie brakowało mi i najbliższym. Mam pewnego rodzaju pomysły i ukierunkowania, rozważam na przykład pracę w reklamie, gdzie można się realizować, myślę też o kosmetologii – to też z racji zdrowotnych, bo mam problemy z twarzą. Kolejne wyzwanie – nauka, osiągnięcie zadowalających wyników, rozważam też pojechanie za granicę, czyli nauka języka, *public relations*, stosunki międzynarodowe, na to też trzeba poświęcić wiele energii, a nie siedzieć w domu i nie działać. No i kolejnym wyzwaniem jest dom – ja to rozumiem na dwóch płaszczyznach, czyli ten dom, który już posiadam, żeby mieć jakiś swój wkład, ale też pod innym aspektem – jako mój dom, który chcę stworzyć; żebym potrafiła rozgraniczyć to życie zawodowe i te swoje ambitne cele od tego poświęcenia się tej kochającej osobie – czyli mąż, później dzieci. Żeby jednocześnie być dobrą córką, a kiedyś żoną i matką (K19, ON).

Przeprowadzone przez nas analizy treści wywiadów wskazują na to, że osoby z ograniczeniem sprawności cechujące się bezpiecznym stylem przywiązania mają wyższą samoakceptację i oceniają lepiej swoje dotychczasowe życie. Ponadto wspominają osoby znaczące pozytywnie, jako osoby ciepłe, kompetentne i posiadające rozwinięte umiejętności interpersonalne. Ich otoczenie społeczne nie jest homogeniczne i składa się zarówno z osób z ograniczoną sprawnością, jak i z osób sprawnych. Opowiadając o swym życiu, tworzą historię wypełnioną wydarzeniami oraz innymi ludźmi biorącymi w nich udział. Są to osoby, które doświadczyły od swych opiekunów, w swym mniemaniu, więcej wsparcia niż wymagań, ale jednocześnie opisują swoje doświadczenia życiowe jako pozytywne w kontekście wyzwań i mierzenia się z nimi. Tabela 16, zawierająca zestawienie cytatów z wywiadów z dwiema osobami o różnych stylach przywiązania, jest ilustracją różnic w przekonaniach na temat siebie i świata społecznego.

Tabela 16. Style przywiązania a funkcjonowanie społeczno-psychologiczne na przykładzie dwóch autonarracji osób z ograniczeniami sprawności

Kategorie analizy	Styl bezpieczny	Styl pozabezpieczny
Moje życie w autonarracji	• występują zarówno ludzie, jak i zdarzenia *Udało im się posłać mnie do szkoły w końcu i… no i tam to ci ludzie, których spotkałem w szkole i zaczęli mnie, zaczęli mnie pewnie tak troszkę kształtować.* • równowaga pomiędzy przeszłością, teraźniejszością i przyszłością *I mam nadzieję, że to będzie, będzie się tak nadal rozwijało, stawiam przed sobą… staram się stawiać przed sobą różne, różne cele i realizować je stopniowo, bo wszystko na raz to się tak nie da, ale stopniowo i jak do tej pory z osiągnięć, które udało mi się osiągnąć, jestem z siebie zadowolony, gdzieś na horyzoncie pojawiają się następne cele, następne pomysły na realizację, co z tym dalej będzie, czas pokaże, na razie na szczęście wszystko idzie w dobrą stronę.* • pozytywne emocje i nadzieja *Oczywiście, oczywiście zdarzyło mi się, zdarzyło się w moim życiu parę takich ciekawych zakrętów, no ale ja jestem zdania, że po każdym zakręcie przychodzi kawałek dobrej prostej, na której można się dobrze rozwinąć i wszystko pójdzie do przodu dobrze i wszystko się będzie układać tak jak, tak jak trzeba.* • duża aktywność *Praca, bo jednak praca jest jakimś, jakimś tam zadaniem do wykonania i jednak zajmuje mi procentowo no najwięcej czasu. To się łączy poza tym czasem pracowym wszystkie te kwestie związane z dojazdem do pracy, z przygotowaniem jakby wszystkich, wszystkich kwestii, kwestii związanych z codziennymi, z codziennymi, że tak powiem służbowymi.*	• dominują zdarzenia *Wychowywała mnie matka. A później, jakżem zwichnął nogę, no na podwórzu się przewróciłem… I jak zaczęło lecieć, to tak do tej pory od tego. Całe życie w szpitalu jestem. Teraz tu w zakładzie już 40 lat. Prawie.* • skupienie tylko na przeszłości lub teraźniejszości lub przyszłości *Tutaj czas leci przy krzyżówce. W zimę, no zjem śniadanie, siadam… i te krzyżówki rozwiązuję… o tak mi zleci czas – patrzę, już obiad dają.* • negatywne emocje *Nie… Dla mnie to nie ma nic. Tyle, że się upić.* • brak nadziei *A teraz to żadnych planów nie mam… Bo człowiek stracił nadzieję.* • brak aktywności *Później tak w Domu Dziecka przez ten rok przesiedziałem i w ‘71 roku to mnie tutaj przewieźli. No i… cały czas tutaj wegetuję…* *No od dwóch lat nie jeżdżę nigdzie.* *Siedzę, siedzę, nie interesuje mnie ta telewizja nawet.*

Kategorie analizy	Styl bezpieczny	Styl pozabezpieczny
Obraz innych ludzi	• rozbudowane kontakty społeczne *Poznawanie nowych ludzi, tak jak mówię, lubię, lubię spędzać czas ze znajomymi w różnych miejscach gdzie, gdzie, gdzie coś się dzieje, gdzie są tłumy, to się wiąże jednocześnie z poznawaniem nowych ludzi w… czasem też wnikanie w nowe środowiska i lubię to…*	• ograniczone kontakty społeczne *Nie no, tylko tyle, że się spotykamy, „dzień dobry" się powie i wszystko.* *No tam od czasu do czasu zadzwonię… Przyjedzie raz do roku… No to ta siostrzyczka najmłodsza.*
Obraz osoby znaczącej	• osoba znacząca ciepła, godna zaufania, bliska, przewidywalna i jednocześnie autonomiczna w swych działaniach, czyli zrównoważona relacja więzi, bliskości i niezależności, autonomii *W tamtym okresie, w tamtym okresie na pewno, bo z tego, co pamiętam, no to wtedy oboje siedzieliśmy w domu, oboje jeździliśmy po lekarzach, żeby mnie jakoś wyprostować i to z nią wtedy najwięcej czasu spędzałem. Nie no relacje myślę, że bardzo dobre się jakby nie… No zawsze, zawsze starała się, żeby jak najmniej, jak najmniej moja choroba wpływała gdzieś na to, co się dzieje dookoła i co się działo ze mną, i dookoła mnie, i żebym, żebym nie czuł się z tego względu jakoś inaczej.*	• osoba znacząca zimna lub zmienna emocjonalnie (niestabilna), niekonsekwentna na wymiarze ciepło-zimno, nieprzewidywalna, odrzucająca lub nadmiernie skoncentrowana *Matka była w szpitalu, to babka miała ziemię, tego… i oddała mnie do domu dziecka po prostu.* • zaabsorbowana partnerem w interakcji czyli niezrównoważona relacja więzi, bliskości i niezależności, autonomii *No i cały czas w domu nie byłem.*
Wymaganie – wsparcie od rodziców	• układ wymagania–wsparcie zrównoważony, ale dynamiczny *No moja matka na pewno zawsze starała się, żebym jak najmniej odczuwał problemy, problemy ze swoim zdrowiem i żeby, żeby mimo tych zawirowań, które się działy przez.. i wtedy, i wtedy, i później żeby jakoś wyjść na ludzi, i żeby to jakoś wyglądało ze mną…*	• układ wymagania – wsparcie niezrównoważony, statyczny, opór wobec zmiany *I robić trzeba było, i dzieciaka pilnować, no to oddała po prostu do Domu Dziecka i dobra. I tam, w tym domu dziecka byłem 10 lat – do 18. roku życia.*

Kategorie analizy	Styl bezpieczny	Styl pozabezpieczny
Obraz siebie	• umiejętność rozpoznania swoich mocnych stron *Staram się, staram się jakby stawiać przed sobą cele jakby realne i jakby osiągalne w pewnym odstępie czasu, i jak dotąd mi się to udaje i jestem, jestem bardzo zadowolony z tego.* • postrzeganie siebie jako osoby kompetentnej *Moja praca polega w dużym stopniu na pomaganiu ludziom i przynajmniej, przynajmniej w sposób tam informacyjny i cieszę się, jeżeli, to jeżeli to przynosi obu stronom oczekiwane, oczekiwane efekty… Zarówno ludziom, bo wiedzą, co dalej, co dalej robić i jak postąpić, i mi że udało się komuś pomóc, i że komuś będzie – może nie już, może za chwilę – ale być może lepiej.*	• niska świadomość własnych mocnych stron *Jakie mocne strony? Chyba tych mocnych stron nie ma.* • poczucie własnej niekompetencji w wielu obszarach *Człowiek nigdzie, nie tego, do szkoły. Skończyłem tę podstawówkę. I tu wszystko.*
Stres i wyzwania	• korzystanie z zasobów własnych i zasobów innych ludzi / otoczenia *Pracuję myślę, że w bardzo fajnym zespole, który jeszcze cały czas, cały czas jakoś tam ewoluuje, cały czas buduje swoje relacje, myślę, że to jest fajne, można się wielu fajnych, ciekawych rzeczy nauczyć i dowiedzieć paru rzeczy o sobie i o innych.* • umiejętność aktywnego, wytrwałego poszukiwania wsparcia u innych ludzi / w otoczeniu *Jakby tego wszystkiego nie udałoby się, nie udałoby się osiągnąć, gdyby nie ludzie, których spotykam na swojej drodze, na szczęście więcej jest tych dobrych niż tych, niż tych złych i mam nadzieję w dalszym ciągu poznawać różnych, różnych ciekawych ludzi i brać od nich to, co najlepsze, żeby jak naj, jak najlepiej się w dalszym, dalszym ciągu rozwijać i realizować swoje marzenia.*	• nieumiejętność korzystania z własnych i zasobów innych ludzi / otoczenia *No jak poszedłem do szkoły, to byłem w szpitalu od '57 roku. Cały czas przebywam na utrzymaniu państwa.* • unikanie emocjonalne i niepodejmowanie wyzwań, tendencja do wycofywania się z sytuacji *W grupie żeśmy jeździli, ja to się wstydziłem, jestem taki wstydliwy.* *Mnie na wesele… Ja mówię „nie przyjeżdżajcie, ja nie chodzę", co ja będę na tym weselu… Tylko kłopot będę miał. Będą miały ze mną. I z dojściem do stołu, i do tego… „Na cholerę mi to" – mówię.*

Źródło: opracowanie własne.

Rozdział 4

Przekonania na temat punktualności zdarzeń życiowych

4.1. Wprowadzenie

Rozwój każdego człowieka wyznaczany jest od początku jego życia „tykaniem" dwóch zegarów: zegara biologicznego i zegara społecznego. Zegar biologiczny wyznacza tempo wzrostu organizmu, kolejność kształtowania się kolejnych układów, czas ich powstawania oraz jakość powiązań między nimi, tempo i rytm zmian. Wiąże się także z osiąganiem funkcjonalnej dojrzałości przez centralny układ nerwowy, zawiadujący działaniem całego organizmu i odpowiadający za jakość i rezultaty kontaktu z otoczeniem.

Działanie zegara biologicznego powoduje, iż wszyscy rozwijamy się mniej więcej tak samo. W podobnym okresie życia osiągamy sprawność działania w jakimś obszarze, w podobnym czasie przechodzimy z okresu dzieciństwa do okresu dorastania, potem wkraczamy w dorosłość, by następnie osiągnąć ostatni etap życia – wiek senioralny (inaczej: późną dorosłość, wiek podeszły). Również za sprawą zegara biologicznego każde społeczeństwo wyraźnie rozróżnia tak zwane warstwy/grupy wiekowe. Ludzie zaliczeni do jednej warstwy wiekowej są podobni do siebie pod względem tempa i rytmu zmian oraz przejawianych właściwości, stąd też zmiany naszego funkcjonowania wyznaczane działaniem zegara biologicznego Helen Bee (2004) określa mianem *zmian uniwersalnych*.

Zegar społeczny, z kolei, wyznacza to, jakim oczekiwaniom społecznym podlegamy w kolejnych okresach naszego życia. Inne są one w odniesieniu do dzieci, młodzieży i osób dorosłych, inne w stosunku do małego i nieco starszego dziecka, czasami całkowicie odmienne w stosunku do kobiet i mężczyzn w tym samym wieku. Oczekiwania i związane z nimi zadania, jakie człowiek ma do spełnienia, powodują, iż w trakcie naszego życia stajemy kolejno przed różnymi wyzwaniami, z czym innym musimy się zmagać, inaczej oceniane są nasze osiągnięcia. Zmiany wywoływane działaniem zegara społecznego H. Bee (2004) określa jako *zmiany wspólne*, *pokoleniowe*. Ludzie podlegający tym samym oczekiwaniom społecznym, uczestniczący w podobnych wydarzeniach społecznych i podejmujący zbliżone zadania, stają się bardziej do siebie podobni niż osoby wykonujące inne zadania czy uczestniczący w innych sytuacjach, nawet jeżeli pochodzą z tej samej grupy wiekowej (zob. też Trempała, 2000, s. 23).

4.2. Zegar biologiczny i zegar społeczny a funkcjonowanie i rozwój człowieka

4.2.1. Punktualność i niepunktualność zdarzeń życiowych

Działania zegara biologicznego i społecznego są zwykle skoordynowane ze sobą. Szczególnie wyraźnie widać to w okresie dzieciństwa, gdy otoczenie społeczne stawia przed rozwijającym się dzieckiem nowe zadania w taki sposób, aby uwzględniać jego kształtującą się gotowość do ich podjęcia i wykonania. Im dziecko jest młodsze, tym częściej dorośli z nim przebywają, co daje im więcej okazji do podejmowania razem z nim różnych działań oraz obserwowania, jak radzi sobie w rozmaitych sytuacjach. Pozwala to opiekunom częściej modyfikować swoje oczekiwania, przede wszystkim wtedy, gdy dziecko sobie nie radzi, lub też udzielać mu większej pomocy, gdy musi ono wykonać określone zadanie (Brzezińska, 2007).

Nasz rozwój, wyznaczany tykaniem obu zegarów, przebiega według pewnego planu, swoistego „rozwojowego rozkładu jazdy", co oznacza, iż różne zdarzenia i doświadczenia w życiu człowieka pojawiają się punktualnie, zgodnie z kolejnymi fazami rozwoju. Większość ludzi jest w stanie wypełnić zadania i zaspokoić oczekiwania, jakie przed nimi stoją, gdyż jest do tego przygotowana przez „naturę". Innymi słowy, człowiek na odpowiednim poziomie dojrzałości biologicznej może wykonać należne do niego zadanie, jednocześnie podlega on podobnym w danej kulturze, społeczeństwie i społeczności oczekiwaniom, np. normom zachowania się przypisanym do płci.

Proces dojrzewania biologicznego, owocujący gotowością jednostki do podjęcia odpowiedniego zadania, i zmieniające się wraz z wiekiem oczekiwania, wymogi i zadania stawiane przez otoczenie społeczne – to dwa konteksty, których jakość w dużym stopniu wyznacza przebieg procesu rozwoju i poziom osiągnięć rozwojowych. Jeżeli oba te procesy – dojrzewanie i stawianie wymagań – przebiegają punktualnie, a dodatkowo wymagania te są adekwatne do poziomu gotowości osoby (nie są zbyt wysokie, ale i nie za niskie), to możemy się spodziewać, iż rozwój będzie przebiegał prawidłowo, a poziom osiągnięć w kolejnych fazach rozwoju będzie wysoki (por. tab. 17).

Skoro proces rozwoju człowieka uwarunkowany jest z jednej strony przebiegiem procesów dojrzewania biologicznego, a z drugiej – jakością oddziaływań socjalizacyjnych oraz edukacyjnych, to w tych dwóch obszarach możemy poszukiwać źródeł zakłóceń tego procesu. Czynniki zakłócające tok rozwoju, hamujące go lub nienaturalnie przyspieszające są źródłem wydarzeń niepunktualnych, czyli takich, które „przytrafiają się" jednostce jeszcze zanim dojrzeje ona do nich biologicznie i psychicznie, znacznie wcześniej niż jest ona dojrzała biologicznie i psychicznie do ich przyjęcia lub też znacznie później (jej energia jest już ukierunkowana na inne cele i nowe zadanie może wejść w konflikt z zadaniem aktualnie realizowanym).

Tabela 17. Konsekwencje rozwojowe wydarzeń punktualnych

WARUNEK 1: przebiegający bez zakłóceń proces dojrzewania biologicznego

WARUNEK 2: dopasowane do możliwości osoby oczekiwania społeczne

WARUNEK 3: atrakcyjne intelektualnie i motywacyjnie zadania/wyzwania

Konsekwencje:

- wysoki poziom kompetencji osobistych i społecznych
- wysoki poziom poczucia kompetencji, co pozwala na efektywne radzenie sobie z oczekiwaniami społecznymi w kolejnych okresach dzieciństwa, dorastania i dorosłości
- wzrastająca samodzielność nie tylko w procesie radzenia sobie z zadaniami, ale w ich dostosowywaniu do siebie
- wysoki poziom gotowości do podejmowania nowych, trudniejszych zadań (efektywny transfer)
- wzrastająca gotowość do samodzielnego stawiania sobie zadań

Źródło: opracowanie Anna I. Brzezińska.

4.2.2. Konsekwencje punktualności i niepunktualności zegara biologicznego oraz społecznego

Niepunktualność w sferze dojrzewania biologicznego, często uwarunkowana genetycznie i/lub niewłaściwymi warunkami rozwoju (np. niedożywienie) we wczesnym okresie życia, oznacza, iż proces ten jest:

- znacznie opóźniony w stosunku do rówieśników, na przykład dziecko zaczyna wstawać i chodzić znacznie później niż „przeciętne" dzieci, co bywa źródłem dużego niepokoju rodziców; pierwsza menstruacja oraz zewnętrzne oznaki dojrzewania płciowego pojawiają się u dziewczynki znacznie później niż u jej koleżanek, co może być czynnikiem z jednej strony istotnie obniżającym poziom samoakceptacji, z drugiej zaś – powodującym wykluczenie z grupy rówieśniczej; przewlekła choroba może powodować, iż wzrost i masa ciała dziecka będą znacząco odbiegały w dół od przeciętnego dla jego grupy wiekowej, a proces dojrzewania poszczególnych funkcji psychomotorycznych u małego dziecka czy psychicznych u nieco starszego będzie znacznie spowolniony;
- znacznie przyspieszony w stosunku do rówieśników, na przykład wyjątkowo szybkie pojawienie się menstruacji u dziewczynki nieprzygotowanej na jej nadejście od strony poznawczej, emocjonalnej, jak i społecznej (obawa przed utratą akceptacji grupy albo odwrotnie – ciągłe manifestowanie przed nią swojej odmienności).

Niepunktualność w zakresie spełniania wymagań społecznych, z kolei, jest powodowana takimi czynnikami, jak:

- niskie kompetencje osób ważnych w życiu jednostki: niska wrażliwość na jej potrzeby, zaniedbywanie, stosowanie przemocy i wykorzystywanie itp.;

- trudne warunki ekonomiczne i socjalne jego rodziny;
- wadliwie zorganizowany system opieki i wsparcia: nieprawidłowe ze społecznego punktu widzenia wzorce socjalizacyjne, rygorystyczny system kar i nagród, nadmiernie wysokie bądź za niskie wymagania, nieczytelność sytuacji społecznych, brak kontaktu z osobami znaczącymi, nadmierna jednolitość środowiska znajomych czy przyjaciół itp.

4.2.3. Obszary aktywności człowieka dorosłego a zadania rozwojowe

Kiedy analizujemy rozwój osób dorosłych, musimy przyjąć założenie, iż wraz z upływem lat będzie coraz trudniej ująć go w ramy norm ściśle związanych z wiekiem. Bardziej użyteczne jest wskazanie obszarów, zadań i zdarzeń ważnych i znaczących dla rozwoju na przestrzeni całej dorosłości. Silne różnicowanie się ścieżek rozwojowych w okresie dorosłości będzie powodować ogromną różnorodność w sposobach i wynikach rozwoju poszczególnych osób. Proces ten, nazywany *indywidualizacją ścieżki życia* (Grob, Krings, Bangerter, 2001), wiąże się ze wzrostem możliwości dokonywania wyborów i kształtowania biegu życia przez samą jednostkę.

Wymiar czasowy rozwoju nie przestaje być ważny, choć musimy spojrzeć nań z innej perspektywy. Osoba dorosła musi sama ocenić, czy i w jakim stopniu postrzega zdarzenie ze swego życia jako punktualne oraz czy była na nie przygotowana, czy przeciwnie – wywołało ono u niej poczucie kompletnego chaosu i dezorganizacji dotychczasowego życia.

Punktualność pojawiania się zdarzeń życiowych i powiązanych z nimi zadań rozwojowych konstruowana jest w umyśle ludzi na podstawie porównywania przebiegu własnego życia z życiem innych osób. Zdarzenia, które podzielamy z naszymi rówieśnikami i które wydarzyły się w naszym życiu w podobnym czasie, jesteśmy skłonni uznawać za punktualne. Kiedy natomiast spostrzegamy duży rozdźwięk pomiędzy tym, czego sami doświadczamy, a tym, co spostrzegamy jako „normalnie" przypisane do naszego wieku i w związku z tym podzielane przez naszych rówieśników, możemy mówić o braku poczucia punktualności w rozwoju (zob. Trempała, 2000).

Zadania charakterystyczne dla danych etapów rozwoju to *zadania rozwojowe* – w określeniu tym mieści się także pojęcie punktualności i niepunktualności w ich realizacji. Robert Havighurst (1981) zwrócił uwagę na to, iż zmienność zadań w ciągu życia wynika z trzech wzajemnie wpływających na siebie czynników: nacisków biologicznych, związanych z dojrzewaniem organizmu, nacisków społecznych, związanych z coraz to nowymi wymaganiami kierowanymi do jednostki z otoczenia społecznego, i nacisków psychicznych, związanych z nowymi potrzebami, zmianami w spostrzeganiu i rozumieniu siebie i świata. Zadania charakterystyczne dla trzech etapów rozwoju w dorosłości przedstawia tabela 18.

Tabela 18. Zadania rozwojowe w dorosłości

Etapy rozwoju w dorosłości	Zadania rozwojowe i najważniejsze role w trzech obszarach		
	dom/rodzina: role rodzinne	praca/zajęcie: role zawodowe	czas wolny/aktywność nastawiona na siebie
Wczesna dorosłość 20.–35. rok życia	• uniezależnienie się od rodziców (materialne i emocjonalne) • wybór partnera życiowego • uczenie się życia z partnerem • założenie rodziny • opieka nad dziećmi i ich wychowanie • zarządzanie domem	• start w karierze zawodowej • opanowanie wymagań i umiejętności niezbędnych w pracy i w kontaktach ze współpracownikami oraz przełożonymi	• znalezienie dla siebie odpowiedniej grupy towarzyskiej • kształtowanie indywidualnego stylu życia (łączenie zadań z różnych obszarów życia: rodzinnego, zawodowego, osobistego)
Średnia dorosłość 35.–65. rok życia	• ustanowienie satysfakcjonujących związków z własnymi dziećmi • zaakceptowanie dorastania dzieci i ich usamodzielniania się • ustalenie nowych relacji ze starzejącymi się rodzicami	• osiąganie satysfakcji z wykonywanej pracy • łączenie ról zawodowych i rodzinnych oraz podejmowanie nowych zadań	• akceptacja zachodzących zmian (w obszarze funkcjonowania biologicznego, jak i społecznego) i podejmowanie wysiłku twórczej adaptacji do nich • zyskiwanie niezależności i samodzielności w myśleniu i działaniu • podejmowanie działań na rzecz innych i troszczenia się nie tylko o najbliższą rodzinę, ale i o inne osoby
Późna dorosłość powyżej 65. roku życia	• podejmowanie nowych ról w obszarze rodzinnym (babcia, dziadek) • przystosowanie się do śmierci najbliższych • zapewnienie satysfakcjonującego standardu życia	• podejmowanie nowych ról w obszarze zawodowym (doradca, mentor)	• radzenie sobie z fizycznymi zmianami organizmu i przystosowanie się do ograniczeń z nich wynikających • poszukiwanie nowych i satysfakcjonujących form aktywności • podtrzymywanie kontaktów z osobami z własnej grupy wiekowej i poszukiwanie nowych znajomości wśród ludzi w różnym wieku • akceptacja własnego życia, refleksja nad jego biegiem, znalezienie własnej filozofii życiowej • kształtowanie poglądu dotyczącego śmierci

Źródło: opracowanie Radosław Kaczan na podstawie Brzezińska (2007), Bee, Bjorklund (2004), Havighurst (1981), McCrae, Costa (2005).

4.2.4. Czynniki sprzyjające realizacji zadań rozwojowych i utrudniające ją

Podstawowy warunek pomyślnego rozwoju to dopasowanie wymagań zewnętrznych do możliwości osoby. Życie każdego człowieka, niezależnie od wieku, stanu zdrowia i sprawności, rozgrywa się w przestrzeni wyznaczanej przez trzy „siły":

1) determinowane biologicznie możliwości oraz wielkość zasobów z poprzednich okresów życia;
2) naciski biologiczne i społeczne, czyli aktualnie doznawane potrzeby organizmu oraz wymagania społeczne;
3) pomoc, jakiej doświadcza ze strony osób w swym najbliższym otoczeniu.

Jeżeli siły te będą do siebie dopasowane, to mimo trudnych warunków życia bądź „słabego" wyposażenia genetycznego, osoba może odnosić sukcesy w realizacji zadań rozwojowych przypisanych zarówno jej grupie wiekowej, jak i jej indywidualnie. Jeżeli jednak nie będą dopasowane, to nawet w dobrych warunkach zewnętrznych i przy „hojnym" wyposażeniu przez naturę jej rozwój nie będzie przebiegał pomyślnie. Im młodsze dziecko, tym ważniejsze staje się, kto dba o to dopasowanie. To nie zdarzenia w życiu są punktualne czy niepunktualne. Niepunktualna bywa pomoc i wsparcie, jakie otrzymujemy od najbliższych sobie osób.

4.2.5. Konsekwencje punktualnej i niepunktualnej realizacji zadań rozwojowych dla osobistego i społecznego funkcjonowania człowieka

Konsekwencje doświadczania niepunktualności wydarzeń życiowych, a więc sytuacja, gdy zmiany w organizmie pojawiają się zbyt wcześnie lub zbyt późno w stosunku do rówieśników bądź oczekiwania społeczne przerastają możliwości osoby lub nie są dla niej pociągające, mają dwa oblicza. Z jednej strony są to natychmiastowe konsekwencje widoczne w aktualnym zachowaniu, z drugiej – konsekwencje „ukryte", ujawniające się później, w kolejnych fazach rozwoju (tab. 19).

Tabela 19. Konsekwencje rozwojowe wydarzeń niepunktualnych

Konsekwencje natychmiastowe	Konsekwencje długofalowe
• zakłócenie tempa rozwoju – opóźnienie lub przyspieszenie	• utrudniona realizacja zadań rozwojowych w kolejnych okresach życia
• zakłócenie rytmu funkcjonowania	• niski poziom kompetencji w różnych obszarach, co utrudnia planowanie i następnie realizację celów życiowych
• niskie kompetencje – luki w wiedzy, niski poziom różnych typowych dla wieku sprawności	• utrwalanie się strategii radzenia sobie ze stresem nastawionych na redukcję napięcia, a nie na rozwiązanie problemu
• zaburzony proces socjalizacji, opóźnione przyswajanie norm i zasad moralnych	• bardzo niski albo bardzo wysoki poziom samoakceptacji, co utrudnia nawiązywanie relacji z innymi oraz zaburza kontakty interpersonalne
• obniżanie się samooceny i poczucia kompetencji	• zakłócony proces budowania tożsamości osobistej i społecznej, co utrudnia zaspokajanie potrzeby sensu życia

Źródło: opracowanie Anna I. Brzezińska.

4.3. Metoda badań

W tej części rozdziału przedstawiamy narzędzie, które posłużyło do zbadania indywidualnej percepcji punktualności zdarzeń życiowych. Stworzony przez Radosława Kaczana i Annę I. Brzezińską kwestionariusz *Poczucie Punktualności Zdarzeń Życiowych* (PPZŻ) został wykorzystany w badaniach, które szczegółowo charakteryzowaliśmy w rozdziale drugim. Teraz przedstawimy konstrukcję tego kwestionariusza oraz sposoby obliczania i interpretacji wyników.

4.3.1. Budowa kwestionariusza

W celu zbadania indywidualnej percepcji przekonań na temat punktualności własnego rozwoju stworzyliśmy kwestionariusz, który posłużył do badania osób w trzech różnych grupach wiekowych. Ze względu na odmienność treści zadań dla różnych okresów dorosłości powstała konieczność stworzenia trzech wersji narzędzia dla trzech grup osób dorosłych: młodszych, średnich i starszych. W wyniku przeprowadzonej procedury (Brzezińska, Kaczan, 2010a – w druku, 2010b – w druku) do ostatecznej wersji kwestionariusza zakwalifikowano 20 pozycji w wersji dla osób w okresie wczesnej dorosłości, 24 – w wersji dla osób w okresie średniej dorosłości i 23 – w wersji dla osób w okresie późnej dorosłości. W tabeli 20 przedstawiono czynniki wyodrębnione dla trzech wersji narzędzia badającego poczucie punktualności zdarzeń życiowych – odpowiednio dla trzech okresów dorosłości.

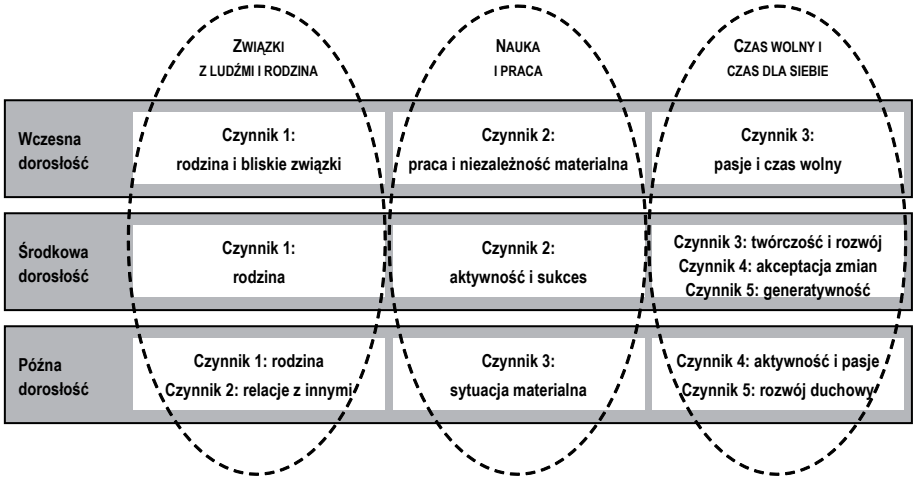
Tabela 20. Charakterystyka skal wchodzących w skład kwestionariusza PPZŻ

Wersja wiekowa PPZŻ	Liczba pozycji	Nazwa skali (wyodrębnionego czynnika)	Liczba pozycji	Charakterystyka
Wczesna dorosłość	16	1) **Rodzina i bliskie związki**	6	nawiązanie i utrzymanie bliskich relacji intymnych, w tym o charakterze erotycznym; założenie rodziny
		2) **Praca i materialna niezależność**	5	podjęcie pracy i osiąganie niezależności materialnej (instrumentalnej) od rodziny pochodzenia
		3) **Pasje i czas wolny**	5	wykorzystanie czasu wolnego, inwestowanie w siebie, ale też pomaganie rodzinie
Środkowa dorosłość	23	1) **Twórczość i rozwój**	4	bycie otwartym i twórczym wobec wyzwań, refleksja nad dotychczasowym przebiegiem życia
		2) **Rodzina**	5	relacje z partnerem i dorosłymi dziećmi
		3) **Aktywność i sukces**	7	poczucie spełnienia i zadowolenia, osiągnięcie satysfakcjonującej pozycji zawodowej i społecznej
		4) **Akceptacja zmian**	4	dostrzeganie i godzenie się z faktem upływu czasu
		5) **Generatywność**	3	afiliacja do własnej grupy wiekowej, postawa mentorska wobec młodszych
Późna dorosłość	23	1) **Rodzina**	3	relacje intymne, w tym erotyczne, z partnerem
		2) **Relacje z innymi**	8	relacje z innymi ludźmi, w tym z dziećmi, wnukami i dalszą rodziną oraz sąsiadami i znajomymi
		3) **Aktywność i pasje**	3	utrzymanie dobrej kondycji i dbanie o sprawność
		4) **Rozwój duchowy**	4	rozwój w obszarze duchowym i akceptacja swojego wieku
		5) **Sytuacja materialna**	5	radzenie sobie z sytuacją materialną przez wykorzystanie dostępnych i zdobycie nowych środków materialnych

Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Narzędzie posłużyło do zbadania poczucia punktualności zdarzeń życiowych, powiązanych z realizacją zadań rozwojowych, w związku z tym ma w założeniu ujmować wszystkie ważne i znaczące obszary aktywności człowieka dorosłego. Sprawdzono zatem, czy i na ile obszary (domeny) wyodrębnione w każdej fazie dorosłości – mimo różnic w zawartości, czyli w treści pozycji, co jest nieuniknione, jeśli mają one być adekwatne do zmieniających się potrzeb rozwojowych każdego z etapów życia – są podobne na poziomie głębszej struktury. Zakładamy bowiem, że mimo zmieniających się sposobów wyrażania i zaspokajania potrzeb we wszystkich okresach dorosłości, można

je podzielić na trzy najbardziej ogólne kręgi aktywności każdego człowieka – na trzy domeny: (1) związki z ludźmi i rodzina, (2) nauka i praca, (3) czas wolny i czas dla siebie. Rycina 18 prezentuje ten podział.



Rycina 18. Struktura czynnikowa kwestionariusza PPZŻ w trzech okresach dorosłości

Źródło: opracowanie Anna I. Brzezińska i Radosław Kaczan na podstawie Brzezińska, Kaczan 2010a.

4.3.2. Obliczanie i interpretacja wyników

Zadaniem osób badanych była ocena każdego wskazanego przez siebie wydarzenia na skali pięciopunktowej, w której każdy punkt opisano w sposób podany niżej. Odpowiedzi udziela się przez postawienie znaku „X" w wybranym przez siebie polu:

Dużo wcześniej niż u moich rówieśników	Nieco wcześniej niż u moich rówieśników	Podobnie jak u moich rówieśników	Nieco później niż u moich rówieśników	Dużo później niż u moich rówieśników	Ta sprawa dotąd nie pojawiła się

Badani określali, po pierwsze, czy jakieś zdarzenie miało miejsce w ich życiu, a po drugie odnosili się do jego punktualności, oceniając, na ile w porównaniu z rówieśnikami ich zdaniem dane zdarzenie było punktualne bądź niepunktualne. Dla każdej osoby badanej, która wypełniała Kwestionariusz PPZŻ, obliczano cztery wskaźniki punktualności – razem i oddzielnie dla każdej z domen, skrótowo określanych jako praca, rodzina i czas wolny. Poniżej znajdują się charakterystyki poszczególnych wskaźników:

- pierwszy wskaźnik (W1) pokazuje, ile razy w danej skali (kategorii) badany udzielił odpowiedzi diagnostycznej, czyli określił punktualność danego zdarzenia; wynik ten wyrażany jest w procentach jako stosunek liczby odpowiedzi diagnostycznych do wszystkich możliwych odpowiedzi;
- drugi wskaźnik (W4) powstaje ze zliczenia, ile razy badany wykorzystał odpowiedź „podobnie, jak u moich rówieśników"; wynik ten wyrażany jest w procentach jako stosunek liczby tych odpowiedzi do wszystkich możliwych odpowiedzi diagnostycznych;
- pozostałe dwa wskaźniki (W3 i W5) powstają ze zliczenia liczby odpowiedzi, które informują nas o niepunktualności zdarzeń (dużo wcześniej i wcześniej lub dużo później i później); wynik ten wyrażany jest w procentach jako stosunek liczby tych odpowiedzi do wszystkich możliwych odpowiedzi diagnostycznych.

Zgodnie z opisanymi powyżej procedurami obliczania wyników przyjęto ich następującą interpretację:

- wskaźnik W1 – im wyższy procent, tym więcej diagnostycznych odpowiedzi udzielił badany i tym rzadziej sięgał po odpowiedź „Ta sprawa mnie nie dotyczy";
- wskaźnik W4 – jest wskaźnikiem punktualności realizacji zadań rozwojowych: im wyższy, tym częściej badani w danym obszarze wskazywali na to, że czują, iż realizują zadania rozwojowe podobnie, jak ich rówieśnicy;
- wskaźnik W3 – wskaźnik niepunktualności realizacji zadań: im wyższy, tym częściej badani stwierdzali, że w danym obszarze zdarzenia przytrafiały im się wcześniej niż rówieśnikom, mieli poczucie przyspieszenia ich realizacji;
- wskaźnik W5 – wskaźnik niepunktualności realizacji zadań: im wyższy, tym częściej badani stwierdzali, że w danym obszarze zdarzenia przytrafiały im się później niż rówieśnikom, mieli poczucie opóźnienia ich realizacji.

Szerszą informację na temat budowy kwestionariusza, jego podstaw teoretycznych oraz analizy wyników uzyskanych przy użyciu zaprezentowanych wskaźników można znaleźć w naszych publikacjach (Brzezińska, Kaczan, 2010a – w druku, 2010b – w druku, 2010c – w druku).

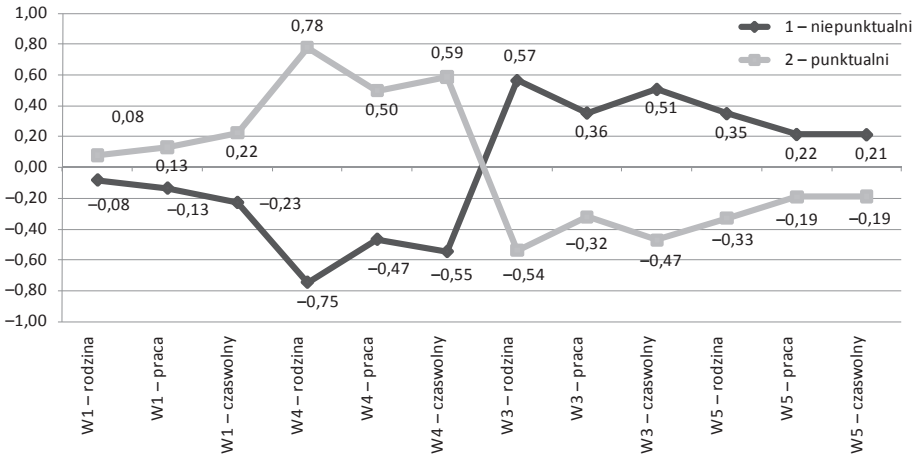
4.4. Wyniki

Skonstruowane przez nas wskaźniki punktualności stanowią cenne źródło informacji, dotyczących spostrzegania punktualności zdarzeń życiowych, w odniesieniu do zarówno poszczególnych czynników, jak i domen. Zadaliśmy sobie jednak pytanie, na ile możliwe jest ujęcie tych wyników w sposób, który pozwoliłby nam spojrzeć na badaną grupę pod kątem globalnej oceny ich po-

czucia punktualności przy jednoczesnym wykorzystaniu wszystkich wskaźników. Interesowało nas, na ile badane osoby są – w swym odczuciu – podobne bądź różne od siebie pod względem punktualności i czy tworzą możliwe do wyodrębnienia i opisania podgrupy.

4.4.1. Podgrupy osób wyodrębnione ze względu na poczucie punktualności

Na wszystkich wskaźnikach punktualności we wszystkich domenach przeprowadzono analizy skupień metodą dwustopniowego grupowania. Użyliśmy do tego celu wyników standaryzowanych (z)[1]. Przeprowadzona analiza pozwoliła wyodrębnić dwa skupienia osób różniących się od siebie w sposób istotny wszystkimi wskaźnikami punktualności. Szczegółowe wyniki przedstawiają rycina 19 i tabela 21. Układ wyników wskazuje na to, iż w skupieniu 1 znalazły się osoby spostrzegające swoje życie jako niepunktualne, a w skupieniu 2 osoby spostrzegające je jako punktualne.



Rycina 19 . Charakterystyka wyodrębnionych dwóch podgrup osób pod względem wskaźników poczucia punktualności
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

[1] Standaryzowanie wyników zachowuje informacje o właściwościach rozproszenia danych (odchylenia standardowe), a ponadto wzbogaca je o dodatkowe informacje dotyczące parametrów wyniku na tle próby.

Tabela 21. Charakterystyka wyodrębnionych podgrup pod względem wskaźników poczucia punktualności

Wyodrębnione podgrupy	W1 rodzina	W1 praca	W1 czas wolny	W4 rodzina	W4 praca	W4 czas wolny	W3 rodzina	W3 praca	W3 czas wolny	W5 rodzina	W5 praca	W5 czas wolny
Nr 1 niepunktualni	–0,08	–0,13	–0,23	–0,75	–0,47	–0,55	0,57	0,36	0,51	0,35	0,22	0,21
Nr 2 punktualni	0,08	0,13	0,22	0,78	0,50	0,59	–0,54	–0,32	–0,47	–0,33	–0,19	–0,19

W dalszych analizach chcieliśmy odpowiedzieć na pytanie o charakterystykę wyłonionych ze względu na wskaźniki punktualności grup oraz zastanowić się, co mogło zdecydować o przynależności poszczególnych osób do jednej lub drugiej podgrupy. Osoby ze skupienia 1 (n = 212) określone zostały jako **niepunktualne**, ponieważ osiągały istotnie wyższe wyniki zarówno we wskaźnikach przyspieszenia, jak i opóźnienia realizacji zdarzeń (W3 i W5). W tej grupie znalazły się również osoby, które spostrzegały się jednocześnie jako mniej punktualne (W4) we wszystkich domenach. Oznacza to, że osoby te rzadziej deklarowały, iż określone zdarzenia pojawiły się w ich życiu w czasie podobnym do ich rówieśników. Jeśli spojrzymy na wskaźnik realizacji zdarzeń (W1), to różnice pomiędzy grupami są mniejsze, ale istotne szczególnie w przypadku domen „praca" i „czas wolny". Osoby z grupy niepunktualnych odniosły się do istotnie mniejszej liczby zdarzeń w obu tych domenach, co możemy traktować jako informację, iż poszczególne zdarzenia do tej pory nie pojawiły się w ich życiu.

Osoby, które znalazły się w skupieniu 2 (n = 215) określone zostały jako **punktualne** ze względu na wyższe wyniki w porównaniu z grupą osób niepunktualnych we wskaźniku punktualności (W4) oraz niższe wyniki we wskaźnikach przyspieszenia i opóźnienia (W3 i W5). Osoby te spostrzegają siebie jako bardziej podobne do swoich rówieśników pod względem momentu występowania zdarzeń życiowych. Prawidłowość ta dotyczy wszystkich trzech domen aktywności. W przypadku wskaźnika realizacji zdarzeń (W1) osoby te częściej deklarowały, iż poszczególne zdarzenia w domenach „praca" i „czas wolny" już pojawiły się w ich życiu, a co za tym idzie – mogą oceniać je pod względem ich punktualności. Wyłania się zatem obraz grupy osób spostrzegających się jako podobne do rówieśników i z poczuciem punktualności, czyli z ukształtowanym przekonaniem o „normatywnym" przebiegu realizacji własnych zadań rozwojowych.

W przypadku osób z pierwszej grupy – **niepunktualnych** – możemy domyślać się, iż ukształtowało się u nich przekonanie o odmienności przebiegu ich życia w porównaniu z rówieśnikami. Spostrzegają one swoje życie jako bardziej niepunktualne i w wyniku porównania z życiem innych osób, będących w tym samym wieku, jako do pewnego stopnia niestandardowe. Natomiast u osób z drugiej grupy – **punktualnych** – można wnioskować o obecności przekonania na temat „standardowości" i punktualności przebiegu własnego życia. Spostrzeganie siebie jako kogoś podobnego do rówieśników wskazuje na to, iż osoby te są przekonane, że pojawiające się w ich życiu zdarzenia są tak naprawdę podobne w swej treści i pod względem czasu wystąpienia do sytuacji rówieśników.

W obu grupach subiektywną ocenę punktualności zdarzeń wiązać będziemy z bardziej ogólnym przekonaniem na temat przebiegu własnego rozwoju, w szczególności realizacji zadań rozwojowych. Normatywne zadania rozwojowe, czyli takie, które przytrafiają się większości ludzi w określonym – i po-

dobnym, jak u innych osób w tym samym wieku – czasie są ważnym wyznacznikiem przebiegu procesu rozwoju i jakości jego efektów (por. klasyczna praca Havighursta z 1948 r.; patrz: Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2010). Możemy więc oczekiwać, iż w pierwszej grupie ukształtowało się przekonanie o braku punktualności realizacji zadań rozwojowych, natomiast w przypadku grupy drugiej – przekonanie o „normatywności" realizacji zadań rozwojowych, a co za tym idzie również ich punktualności. W obu grupach możemy to wyrazić poprzez takie wysoce prawdopodobne formy wypowiedzi, jak:

- u osób niepunktualnych:

  znów mi się coś przytrafia w najgorszym możliwym momencie; nie byłem na to przygotowany; chyba nigdy się tego nie doczekam; dla mnie jest już za późno; niestety, nie zdążyłem tego zrealizować;

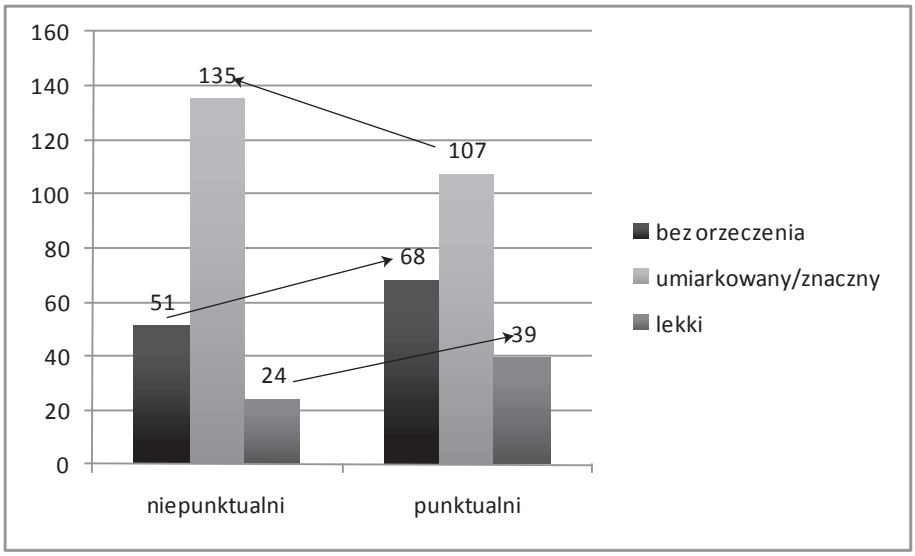
- u osób punktualnych:

  to był/jest dobry moment; tego się właśnie teraz spodziewałem; u mnie to wygląda podobnie, jak u innych; to był/jest najwłaściwszy na to czas; chętnie się za to teraz zabiorę; byłem/jestem na to przygotowany.

W kolejnych krokach dokonamy analizy wyłonionych podgrup osób pod względem charakterystyk związanych z ograniczeniami sprawności, zmiennych socjodemograficznych, spostrzegania własnego zdrowia i satysfakcji z życia oraz aktywności społecznej i zawodowej.

4.4.2. Charakterystyka pod względem ograniczeń sprawności

W badaniu udział wzięły zarówno osoby sprawne, jak i te, które doświadczały różnorodnych ograniczeń sprawności. Nie stwierdziliśmy, aby w którejś z grup (punktualni *versus* niepunktualni) przeważały osoby sprawne albo osoby z ograniczeniami sprawności. Różnice okazały się nieistotne statystycznie [$\chi^2(1) = 2{,}397$; $p = 0{,}122$]. Interesujące było jednak również to, czy grupy osób punktualnych i niepunktualnych różnią się pod względem liczebności osób z różnymi poziomami ograniczeń sprawności, ze względu na które osoby te otrzymały orzeczenie. W tym przypadku różnice okazały się istotne [$\chi^2(2) = 9{,}203$; $p = 0{,}010$], co przedstawia rycina 20, na której różnice istotne oznaczono strzałkami.

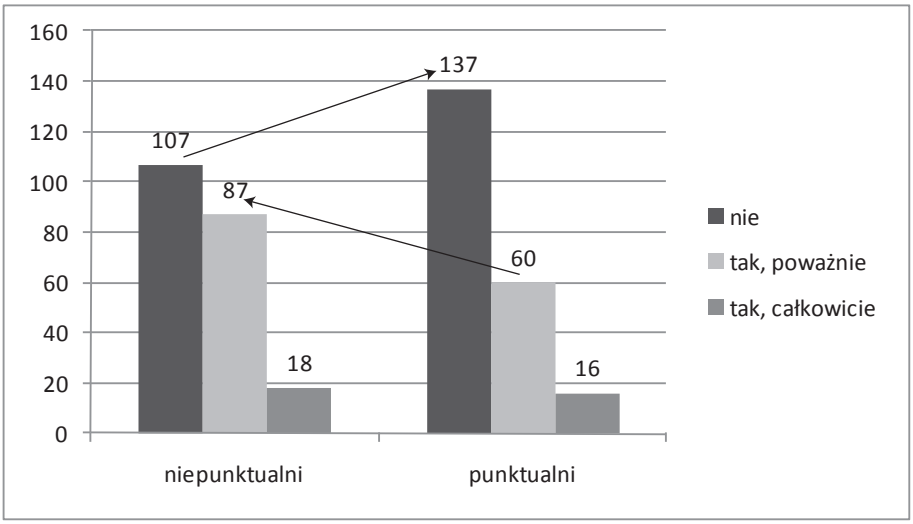


Rycina 20. Charakterystyka wyodrębnionych dwóch podgrup osób pod względem wskaźników poczucia punktualności
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

W grupie punktualnych w porównaniu z grupą niepunktualnych stosunkowo więcej było osób nieposiadających orzeczenia oraz osób z lekkim stopniem ograniczenia sprawności. W grupie niepunktualnych stosunkowo więcej było osób z umiarkowanym lub znacznym stopniem ograniczenia sprawności.

Badani odpowiadali również na pytanie o to, czy i w jakim stopniu w swoim codziennym życiu doświadczają różnorodnych trudności i ograniczeń w wykonywaniu czynności i podejmowaniu zadań, które są charakterystyczne dla osób w ich wieku[2]. W tym przypadku różnice również okazały się istotne [$\chi^2(2) = 8{,}763$; $p = 0{,}013$], co przedstawia rycina 21, na której istotne różnice oznaczono strzałkami. Osoby z grupy punktualnych stosunkowo rzadziej doświadczają poważnych ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności i częściej deklarują, iż takich ograniczeń nie ma wcale lub są bardzo niewielkie. Natomiast osoby niepunktualne określają swoją sytuację jako trudniejszą poprzez to, iż w ich doświadczeniu pojawia się więcej różnorodnych ograniczeń i utrudnień.

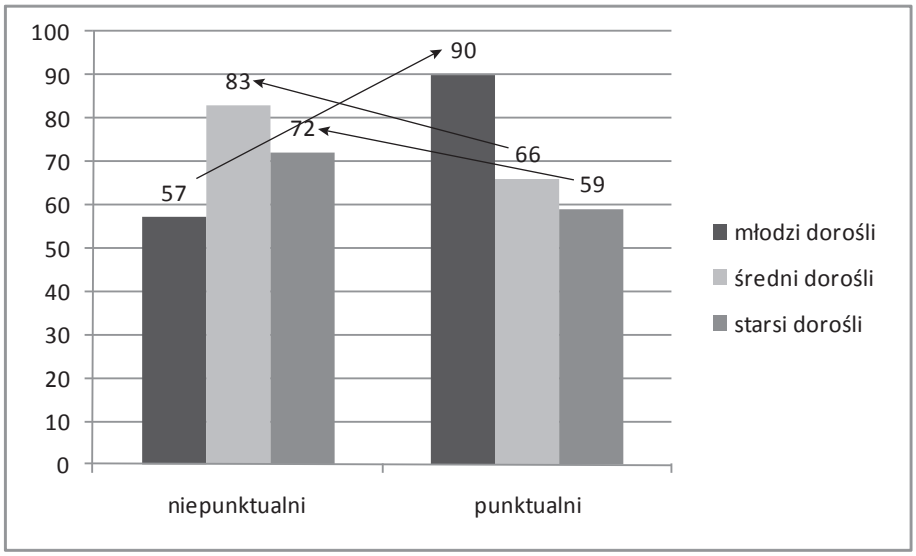
[2] Tak sformułowane pytanie jest wskaźnikiem dla tzw. *funkcjonalnej definicji niepełnosprawności*; por. Brzezińska, Rycielski, Sijko, 2010.



Rycina 21. Liczba osób w podziale ze względu na percepcję ograniczeń sprawności w obu podgrupach
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

4.4.3. Charakterystyka pod względem zmiennych socjodemograficznych

Charakterystyka wyłonionych grup pod względem cech socjodemograficznych prowadzi nas do przedstawienia portretów osób w obu grupach – portrety te ułatwią nam na koniec odpowiedź na pytanie, jakie są i czym się charakteryzują osoby punktualne i niepunktualne. Pierwszą ważną informacją o tych osobach jest ich wiek. Będziemy go ujmować nie jako wiek wyrażony w latach życia, ale jako przynależność do jednej z trzech warstw, tj.: dorosłych młodszych (23–39 lat), środkowych (41–60) i starszych (61–85).



Rycina 22. Liczba osób w podziale ze względu na wiek w obu podgrupach
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

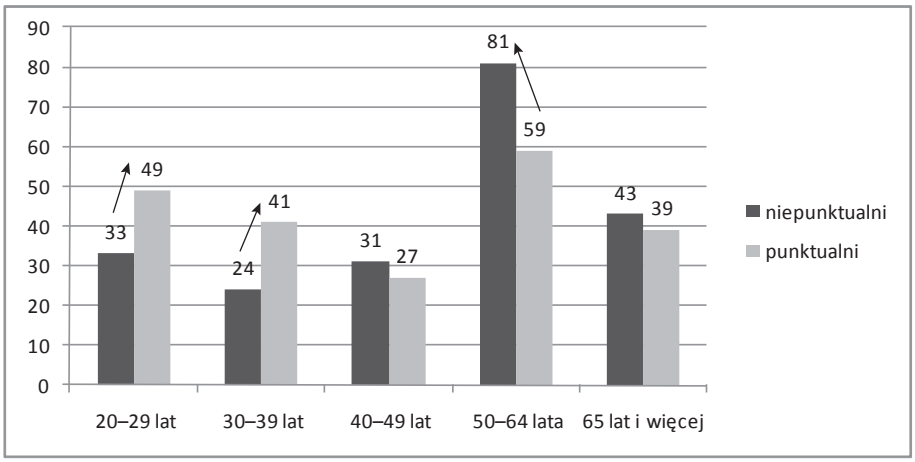
Wykonana analiza wykazała istotne różnice pomiędzy tymi warstwami [$\chi^2(2) = 10{,}617$; $p = 0{,}005$], co przedstawia rycina 22, na której istotne różnice oznaczono strzałkami. Wśród punktualnych było stosunkowo więcej młodych dorosłych, a w grupie niepunktualnych – średnich i starszych dorosłych.

W celu dokładniejszego określenia powiązań między spostrzeganiem punktualności a wiekiem wykonaliśmy jeszcze dwie dodatkowe analizy. Pierwsza z nich dotyczyła wieku wyrażonego w latach i potwierdziła różnice pomiędzy osobami punktualnymi a niepunktualnymi [$t(422{,}821) = 2{,}417$; $p = 0{,}016$]. W tej pierwszej grupie średnia wieku wynosiła 46,7 lat, a w drugiej – 50,5. Następnie dokonaliśmy bardziej szczegółowego podziału na większą liczbę grup wiekowych, aby sprawdzić, gdzie występują największe różnice. Tak jak się spodziewaliśmy, tu również różnice pomiędzy osobami punktualnymi i niepunktualnymi w kolejnych grupach wiekowych były istotne [$\chi^2(4) = 11{,}476$; $p = 0{,}022$], co przedstawia rycina 23, na której istotne różnice oznaczono strzałkami. Spójrzmy teraz na dwie pierwsze grupy wiekowe. Zarówno dwudziesto-, jak i trzydziestolatkowie stosunkowo częściej spostrzegali swoje życie jako punktualne. Istotna zmiana następuje dopiero w przypadku grupy osób w wieku pomiędzy 50. a 64. rokiem życia – stosunkowo więcej spostrzegało siebie jako niepunktualnych.

Wyniki te skłaniają do postawienia pytania o przyczyny zaobserwowanych różnic. Czy mamy tu do czynienia z czynnikami rozwojowymi, które powodują, iż młodsi ogólnie sądzą, że wszystko to, co się im przydarza, następuje

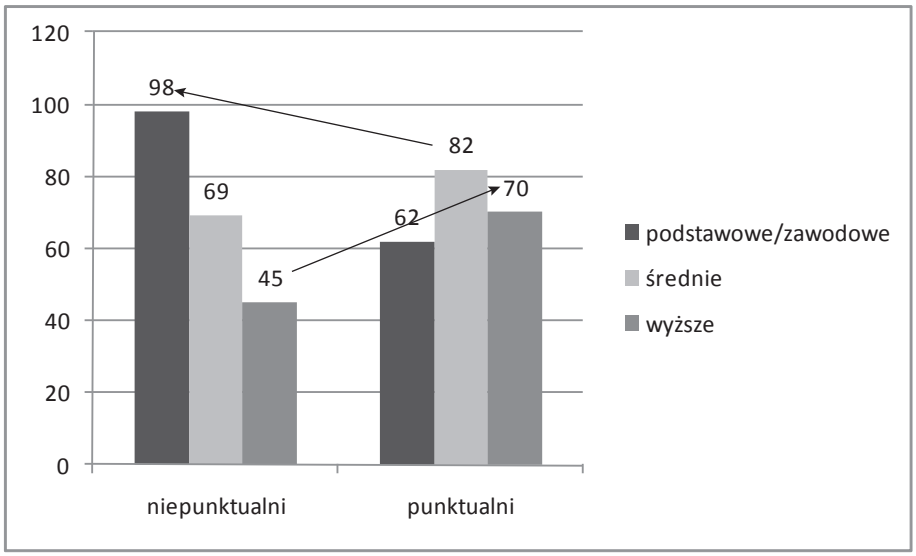
raczej o czasie, a następująca zmiana wynika z pojawiających się w kolejnych etapach dorosłości nowych zadań i wyzwań? Odpowiedzią byłby wówczas wniosek, iż młodsze osoby są przekonane o swoim podobieństwie do rówieśników i większej punktualności wydarzeń życiowych. Osoby starsze, jako bardziej obciążone wymaganiami, ograniczeniami i oraz brakiem sił i wydolności psychofizycznej, aby im podołać, spostrzegają to, co się im przydarza, jako „pojawiające się nie o czasie", a zatem są przekonane o swojej niepunktualności.

Możliwe są również alternatywne wyjaśnienia, które odwołują się do czasu społeczno-historycznego i wskazują na odrębne warunki życia i rozwoju tych dwóch grup wiekowych, co czyni z nich odrębne grupy pokoleniowe. W konsekwencji wskazuje się na znaczącą rolę wydarzeń z kontekstu życia, takich jak zmiany społeczne, ustrojowe i kulturowe oraz pojawiające się nowe style życia w kształtowaniu się przekonań o własnej punktualności (por. Krings, Bangerter, Gomez, Grob, 2008, którzy donoszą o różnicach pomiędzy młodszymi i starszymi pokoleniami w percepcji ważności celów i poczucia ich podzielania z rówieśnikami).



Rycina 23. Liczba osób w podziale ze względu na wiek w obu podgrupach (w podziale na pięć podgrup)
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Kolejne zmienne socjodemograficzne, takie jak płeć [$\chi^2(2) = 0{,}334$; $p = 0{,}563$], stan cywilny [$\chi^2(2) = 0{,}694$; $p = 0{,}707$] i miejsce zamieszkania [$\chi^2(2) = 0{,}535$; $p = 0{,}765$] okazały się nieistotne dla rozważanych przez nas różnic pomiędzy osobami punktualnymi i niepunktualnymi.



Rycina 24. Liczba osób w podziale ze względu na wykształcenie w obu podgrupach
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

W dalszej kolejności sprawdziliśmy, czy poziom wykształcenia ma istotne związki z przekonaniami na temat punktualności realizacji zdarzeń. Wykształcenie ujęliśmy na potrzeby naszych analiz w trzy kategorie: wykształcenie podstawowe lub zawodowe, wykształcenie średnie oraz pomaturalne i wyższe. Różnice pomiędzy grupami okazały się istotne [$\chi^2(2) = 14{,}645$; $p = 0{,}001$], co przedstawia rycina 24, na której istotne różnice oznaczono strzałkami. Osoby punktualne stosunkowo częściej deklarowały wyższe wykształcenie, a osoby niepunktualne częściej miały wykształcenie podstawowe lub zawodowe. Wynik ten wskazuje na istotną rolę wykształcenia dla kształtowania się przekonania na temat punktualności wydarzeń życiowych.

Otwartą sprawą pozostaje interpretacja tych ustaleń, która oczywiście musi być oparta na analizie zebranego materiału, ale również uwzględniać prawidłowości rozwoju. Wykształcenie, które stanowi swego rodzaju „wyposażenie", kapitał osoby i zapewnia niezbędne narzędzia umysłowe do rozumienia siebie i świata, niewątpliwie może przyczyniać się do odmiennego patrzenia na własne życie i przebieg swojego rozwoju, co z kolei ma istotny związek z kształtowaniem się przekonań. Trzeba jednak podkreślić, że zdobywanie wykształcenia samo w sobie stanowi realizację normatywnego zadania rozwojowego oraz daje możliwość szerszego uczestnictwa w różnych zdarzeniach i szansę na poznawanie nowych ludzi, co z kolei może przyczyniać się do większej gotowości do realizacji zadań z innych obszarów, na przykład czasu wolnego i hobby. Wzajemny wpływ „narzędzi umysłowych", myślenia abs-

trakcyjnego oraz gotowości i otwartości w stosunku do różnych zdarzeń, z jednej strony oraz możliwości i umiejętności radzenia sobie z ograniczeniami, na przykład wynikającymi z choroby itp., z drugiej przyczynia się do ukształtowania poczucia punktualności.

4.4.4. Charakterystyka pod względem oceny ograniczeń sprawności i stanu zdrowia

Charakterystykę dwóch wyłonionych podgrup chcielibyśmy uzupełnić o informacje dotyczące oceny stanu zdrowia i spostrzegania siebie. Zadaliśmy badanym szereg pytań, które w naszym założeniu miały pozwolić na uchwycenie tego, jak spostrzegają swoją sytuację w kontekście zdrowia i sprawności, na ile uważają, że jest ona podobna do sytuacji innych ludzi, zarówno ich rówieśników, jak i osób z najbliższego otoczenia. Okazało się, że osoby punktualne stosunkowo częściej w porównaniu z osobami niepunktualnymi deklarują dobry stan zdrowia (tab. 22).

Tabela 22. Samoocena zdrowia w wyodrębnionych grupach

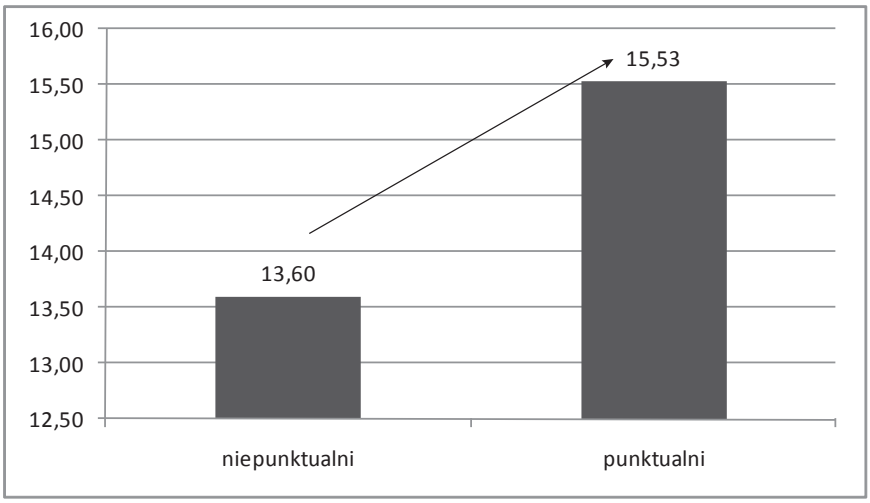
Pytania	Niepunktualni	Punktualni	Test χ^2
1) Jak ogólnie ocenia Pan(Pani) stan swojego zdrowia na dziś? (0 – „złe”, 1 – „dobre”)	„zły” = 56,4% „dobry” = 47%	„zły” = 43,6% „dobry” = 53%	$\chi^2(1) = 2{,}996$ $p = 0{,}083$
2) Czy jest Pan(Pani) w gorszej formie niż ludzie w Pana(Pani) otoczeniu? (0 – „nie”, 1 – „tak”)	brak istotnych różnic		
3) Czy jest Pan(Pani) w gorszej formie niż ludzie w Pana(Pani) wieku? (0 – „nie”, 1 – „tak”)	Brak istotnych różnic		
4) Czy powiedział(a)by Pan(Pani), że ma ograniczoną sprawność w jakimś zakresie? (0 – „nie”, 1 – „tak”)	„nie” = 40% „tak” = 54,5%	„nie” = 60% „tak” = 45,5%	$\chi^2(1) = 8{,}097$ $p = 0{,}004$
5) Czy nazwał(a)by Pan(Pani) siebie osobą niepełnosprawną? (0 – „nie”, 1 – „„tak””)	„nie” = 41,5% „tak” = 55,8%	„nie” = 58,5% „tak” = 44,2%	$\chi^2(1) = 8{,}051$ $p = 0{,}005$
6) Czy nazwał(a)by Pan(Pani) siebie inwalidą? (0 – „nie”, 1 – „„tak””)	„nie” = 44,4% „tak” = 63,6%	„nie” = 55,6% „tak” = 36,4%	$\chi^2(1) = 10{,}100$ $p = 0{,}001$

Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Ciekawe, naszym zdaniem, prawidłowości ujawniła analiza dalszych pytań (tab. 22, pytania 4, 5, 6). Osoby punktualne stosunkowo rzadziej patrzą na siebie jak na osoby z ograniczeniami sprawności, rzadziej też używają w odniesieniu do siebie etykiety „niepełnosprawny” lub „inwalida”. Różnice te mogą wskazywać na powiązania pomiędzy kształtowaniem się przekonania na temat punktualności a obrazem siebie. Być może osoby punktualne, które mają

przekonanie, że ich życie jest bardziej podobne do życia ich rówieśników, rzadziej używają autocharakterystyk, w których zawarte są negatywne etykiety związane z niepełnosprawnością. Dotyczy to szczególnie takich określeń, jak „inwalida" czy „osoba niepełnosprawna", które coraz częściej uważane są za negatywnie naznaczające. W takiej sytuacji osoby z ograniczeniami sprawności poprzez swoje przekonania o punktualności oraz zgodne z tym schematy Ja są w stanie radzić sobie z negatywnym stereotypem i autostereotypem (por. Rycielski, Bedyńska, 2010).

Wcześniej przedstawiane analizy dotyczyły subiektywnego spostrzegania zdrowia i sprawności, ale pytaliśmy również o konkretne dolegliwości oraz ich liczbę. W tym wypadku różnice pomiędzy grupami były nieistotne: $t(425) = 0{,}424$; $p = 0{,}627$. Zarówno punktualni, jak i niepunktualni doświadczają podobnej liczby objawów somatycznych. Istotne okazały się różnice na skali akceptacji choroby: $t(425) = -4{,}122$; $p < 0{,}001$; co widoczne jest na rycinie 25. Osoby punktualne w większym stopniu akceptują swój stan, który nie jest dla nich kłopotem i przeszkodą w kontaktach z innymi ludźmi, czują się mniej skrępowane i rzadziej deklarują, że stanowią ciężar dla innych – bliskich lub przyjaciół. Odmienny sposób patrzenia na swoją chorobę w grupie osób niepunktualnych może wynikać z doświadczania większych ograniczeń powiązanych z gorszym stanem zdrowia oraz z procesu porównywania się z rówieśnikami, którego rezultaty wypadają na ich niekorzyść. Dostrzegając swoją odmienność przy jednoczesnym przekonaniu, że ich życie jest kompletnie inne, przebiegające po innym torze, dużo bardziej koncentrują się na swoich brakach i deficytach, wynikających z sytuacji ograniczonej, czasami znacznie, sprawności.

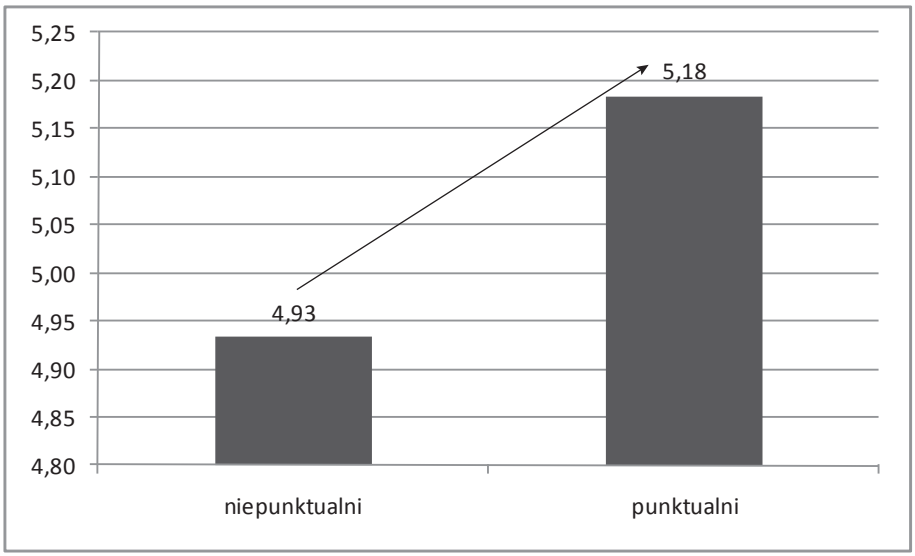


Rycina 25. Średnie wyniki na skali Akceptacji własnej choroby (0–24 punktów) w obu podgrupach

Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

4.4.5. Osoby punktualne i niepunktualne: charakterystyka pod względem oceny jakości życia i samooceny

Procesy kształtowania się przekonań dotyczących punktualności własnego rozwoju zawierają w sobie również element oceny jego jakości. Co prawda nie pytaliśmy badanych, czy są zadowoleni ze swojego rozwoju i jego efektów, ale zadaliśmy im pytanie o ocenę całego swojego dotychczasowego życia. Różnice pomiędzy osobami punktualnymi i niepunktualnymi okazały się istotne: $t(419) = -2{,}237$; $p = 0{,}026$, co widoczne jest na rycinie 26.



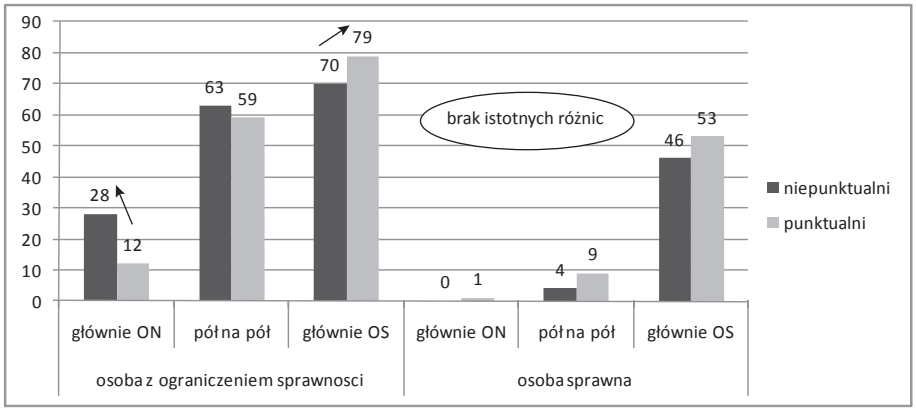
Rycina 26. Ocena jakości życia (0–7) w obu podgrupach
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Punktualni są ogólnie bardziej zadowoleni i lepiej oceniają swoje dotychczasowe życie. Przypuszczamy, że przekonanie o tym, iż „moje życie przebiega w zasadzie podobnie do życia moich rówieśników" oraz poczucie, iż „to, co mnie spotyka, dzieje się we właściwym czasie" może mieć związki z globalną oceną życia.

Różnic pomiędzy skupieniami nie zaobserwowaliśmy ani w odniesieniu do samoakceptacji, ani w przypadku pytań, które dotyczyły konsekwencji pojawienia się niepełnosprawności i zmian w życiu, jakie ona ze sobą niosła.

4.4.6. Charakterystyka pod względem aktywności społecznej i zawodowej oraz sytuacji materialnej

Kolejną interesującą kwestią są powiązania między poczuciem punktualności a aktywnością społeczną i zawodową. Zbadaliśmy, czy przekonanie o punktualności ma związki z aktywnością społeczną, którą ujmowaliśmy poprzez ocenę „struktury" swoich przyjaciół. Sprawdzono, czy i na ile osoby w skupieniach różnią się pod względem deklaracji odnośnie do tego, jakich mają przyjaciół. Zadaliśmy badanym pytanie: „Czy wśród Pani/Pana znajomych są: (1) tylko osoby z ograniczeniami sprawności, (2) w większości osoby z ograniczeniami sprawności i nieliczne sprawne, (3) podobna liczba osób z ograniczeniami sprawności i sprawnych, (4) w większości osoby sprawne i nieliczne z ograniczeniami sprawności, (5) tylko osoby sprawne?".



Rycina 27. Struktura przyjaciół w obu podgrupach (podział na ON i OS)
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

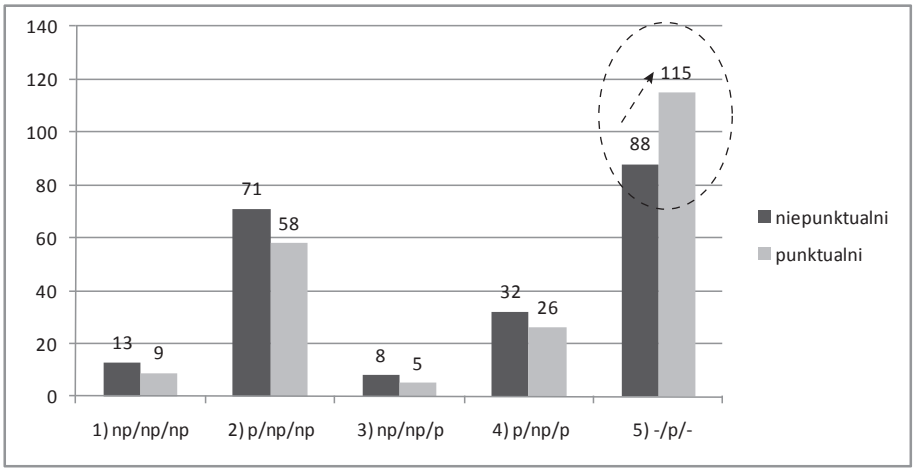
Podzieliliśmy odpowiedzi badanych na trzy kategorie: osoby mające głównie lub jedynie przyjaciół z ograniczeniami sprawności (głównie ON); osoby deklarujące, że mają tyle samo przyjaciół w każdej z grup (pół na pół) oraz badani, którzy maja jedynie lub w większości znajomych sprawnych (głównie OS). Wydało się nam również istotne, aby sprawdzić te zależności przy uwzględnieniu podziału na osoby sprawne i osoby z ograniczeniami sprawności. O ile w przypadku osób sprawnych różnice pomiędzy skupieniami okazały się nieistotne, o tyle w grupie osób z ograniczeniami sprawności różnice pomiędzy skupieniami były istotne [$\chi^2(2) = 6{,}694$; $p = 0{,}035$]. Istotne różnice zostały przedstawione na rycinie 27. Widzimy, że w grupie osób z ograniczeniami sprawności osoby punktualne mają bardziej zróżnicowaną grupę przyjaciół, w której są zarówno osoby sprawne, jak i osoby z ograniczeniami sprawności. Poziom zróżnicowania grupy przyjaciół i znajomych to jeden ze wskaźników heterogeniczności bądź homogeniczności środowiska społeczne-

go, w jakim funkcjonuje dana osoba. Osoby, które żyją w środowiskach bardziej otwartych i różnorodnych, a więc mają więcej kontaktów zarówno z osobami sprawnymi, jak i z osobami z ograniczeniami sprawności, są częściej aktywne społecznie. Problem ten został szerzej omówiony w pracy Karoliny Smoczyńskiej (2010).

Poza aktywnością społeczną interesowała nas również aktywność zawodowa, którą ujmowaliśmy w następujących kategoriach:

1) badany nie pracował, nie pracuje obecnie i nie poszukuje pracy (‘np/np/np’),
2) badany kiedyś pracował, nie pracuje obecnie i nie poszukuje pracy (‘p/np/np’),
3) badany nigdy nie pracował i obecnie nie pracuje ale poszukuje pracy (‘np/np/p’),
4) badany kiedyś pracował, obecnie nie pracuje ale poszukuje pracy (‘p/np/p’),
5) badany pracuje (‘-/p/-’).

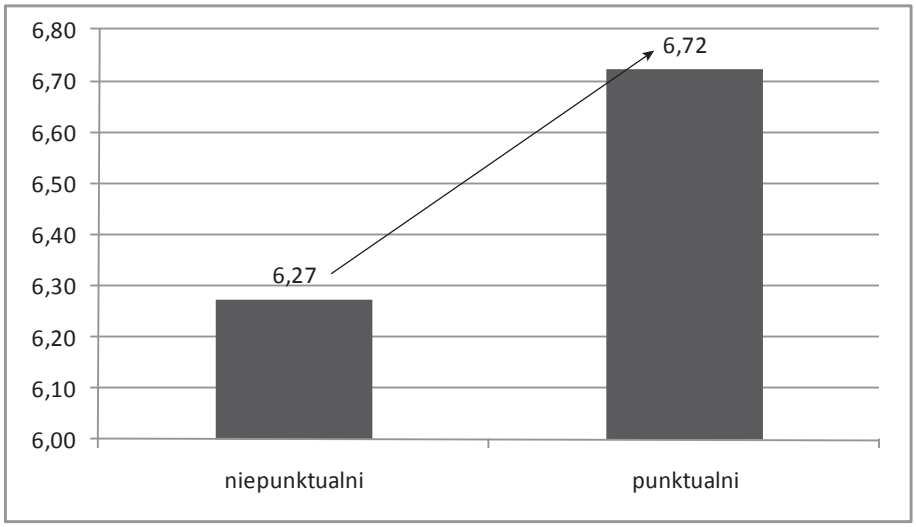
Różnice pomiędzy grupami okazały się nieistotne. Można jednak zaobserwować wyraźne tendencje w poszczególnych typach aktywności zawodowej, dlatego przedstawiamy je na rycinie 28.



Rycina 28. Typy aktywności zawodowej w obu podgrupach
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Sprawdziliśmy również, jak badani w wyłonionych dwóch grupach spostrzegają swoją sytuację materialną. Mogli ją określać na siedmiostopniowej skali, gdzie „1” oznaczało „pieniędzy nie starcza mi nawet na zaspokojenie podstawowych potrzeb”, a „7” – sytuację, w której w ich odczuciu zasoby materialne pozwalają na zaspokojenie wszystkich potrzeb oraz oszczędzanie na

przyszłość. Różnice pomiędzy grupami okazały się istotne [t(408) = –2,325; p = 0,021]. Osoby punktualne lepiej oceniały swoją sytuację materialną, uważały, że to, czym dysponują, pozwala im zaspokajać swoje potrzeby (patrz ryc. 29).



Rycina 29. Ocena sytuacji materialnej w obu podgrupach (1–7 punktów)
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

4.5. Podsumowanie

Wyłonione prze nas grupy osób punktualnych i niepunktualnych różnią się między sobą na wielu wymiarach – przedstawiamy je w sposób syntetyczny na rycinie 30. Dokonane podsumowanie i syntetyczny przegląd wyników jest też dla nas punktem wyjścia do zaprezentowania portretów obu grup i naszych sugestii co do pomocy udzielanej każdej z nich. Przekonanie o punktualności własnego rozwoju wiąże się z doświadczaniem podobieństwa do swoich rówieśników, które pojawia się wtedy, gdy dokonujemy porównań społecznych i patrzymy, na ile realizowane przez nas zadania, cele i pojawiające się zdarzenia życiowe są podobne do tego, co – naszym zdaniem – przytrafia się ludziom w tym samym wieku. To przekonanie może zwrotnie modyfikować nasze sposoby patrzenia na siebie i na kolejne pojawiające się na naszej drodze wyzwania rozwojowe. Sądzimy, że u osób punktualnych przeważać będzie postawa skłaniająca do podjęcia tych wyzwań właśnie ze względu na ukształtowane przeświadczenie, że ich życie podąża we właściwym kierunku.

PUNKTUALNI	NIEPUNKTUALNI	
• zarówno sprawni, jak i osoby z ograniczoną sprawnością • więcej osób bez orzeczenia lub z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności • więcej osób niedoświadczających na co dzień ograniczeń sprawności	• zarówno sprawni, jak i osoby z ograniczoną sprawnością • więcej osób z umiarkowanym lub znacznym ograniczeniem niepełnosprawności • więcej osób doświadczających na co dzień poważnych ograniczeń sprawności	Ograniczenia sprawności
• więcej młodych dorosłych • płeć, stan cywilny i miejsce zamieszkania okazały się nieistotne dla przynależności do wyłonionych grup • więcej osób z wyższym wykształceniem	• więcej średnich i starszych dorosłych • płeć, stan cywilny i miejsce zamieszkania okazały się nieistotne dla przynależności do wyłonionych grup • więcej osób z podstawowym lub zawodowym wykształceniem	Charakterystyki socjodemograficzne
• więcej osób deklarujących dobry stan zdrowia • mniej osób deklarujących ograniczenia sprawności oraz mniej osób określających siebie jako niepełnosprawnych lub inwalidów • wyższa akceptacja własnej choroby	• więcej osób deklarujących zły stan zdrowia • więcej osób deklarujących ograniczenia sprawności oraz więcej osób określających siebie jako niepełnosprawnych lub inwalidów • niższa akceptacja własnej choroby	Subiektywna ocena stanu zdrowia i własnej sprawności
• wyższa ocena satysfakcji z całości dotychczasowego życia	• niższa ocena satysfakcji z całości dotychczasowego życia	Subiektywna ocena całości życia
• bardziej zróżnicowana grupa przyjaciół (efekt istotny tylko w grupie osób z ograniczoną sprawnością) • więcej osób pracujących • lepsza ocena sytuacji materialnej	• mniej zróżnicowana, bardziej homogeniczna grupa przyjaciół (efekt istotny tylko w grupie osób z ograniczoną sprawnością) • mniej osób pracujących • gorsza ocena sytuacji materialnej	Aktywność społeczna i zawodowa

Rycina 30. Różnice pomiędzy osobami punktualnymi i niepunktualnymi
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Na zakończenie tego rozdziału proponujemy spojrzeć jeszcze raz na obie grupy – ich charakterystyka staje się teraz dla nas punktem wyjścia do wskazania najwłaściwszych form pomocy. W tym miejscu formułujemy kilka podstawowych zaleceń i najważniejszą regułę, wrócimy do nich w rozdziale poświęconym rekomendacjom.

Tabela 23. Portrety osób punktualnych i niepunktualnych

Kto jest punktualny	Kto jest niepunktualny
Są to osoby raczej młodsze (młodzi dorośli) i lepiej wykształcone. W grupie tej znalazły się również osoby, które są obecnie aktywne zawodowo i bardziej zadowolone ze swojej sytuacji materialnej. Osoby te lepiej oceniają swoje dotychczasowe życie i spostrzegają je jako bardziej udane Osoby punktualne deklarują, iż doświadczają mniej ograniczeń w swoim codziennym funkcjonowaniu, i lepiej oceniają swój stan zdrowia. Należy zaznaczyć, iż ocena stanu zdrowia i ograniczeń była oparta na subiektywnych deklaracjach badanych, a miara pokazująca liczbę objawów somatycznych nie różnicowała badanych z obu grup.	Są to raczej osoby starsze (starsi dorośli) i w średnim wieku (średni dorośli), które doświadczają więcej ograniczeń i spostrzegają swój stan zdrowia jako gorszy. Osoby te mają niższy poziom wykształcenia i są mniej aktywne zawodowo co, jak sądzimy, łączy się z negatywną oceną sytuacji materialnej. Spostrzegają swoje dotychczasowe życie jako mniej udane. W przypadku osób niepełnosprawnych, które znalazły się w tej grupie, mamy również do czynienia z większą homogenicznością ich środowiska społecznego – deklarują, że wśród przyjaciół i znajomych przeważają osoby z ograniczeniami sprawności.
Co z tego wynika	
Pomoc osobom z tej grupy, które nie doświadczają dużych utrudnień i ograniczeń, powinna być kierowana według **zasady minimalnego i wycofującego się wsparcia** oraz powinna bazować na ich własnych zasobach.	Osoby niepunktualne mają większe zapotrzebowanie na pomoc w codziennych sytuacjach, skoncentrowaną na zaspokajaniu potrzeb oraz kompensowaniu niedoborów. Ze względu na bardziej rozległe ograniczenia być może część z nich wymaga stałej obecności opiekuna. Nie można jednak zapominać, że osoby z tej grupy powinny mieć jak największy wpływ na planowanie kierowanej do nich pomocy i na sposób jej udzielania.
Główna zasada: WYKORZYSTANIE I AKTYWIZOWANIE ZASOBÓW PRZY MINIMALNEJ POMOCY	Główna zasada: BUDOWANIE ZASOBÓW ORAZ ZASPAKAJANIE POTRZEB

Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Rozdział 5

Przekonania na temat przełomowych momentów w życiu: punkty zwrotne

5.1. Wprowadzenie

Znaczenie zdarzeń życiowych i ich percepcji jako elementów kształtujących bieg życia ludzkiego zostało uwypuklone w tych pracach psychologicznych, które zwracają uwagę na możliwość transformacji biegu życia pod wpływem specyficznych (krytycznych, nawet traumatycznych, por. Sęk, Brzezińska, 2010) wydarzeń. Takie ujęcie można również odnaleźć w podejściu wskazującym na te zdarzenia w biografiach ludzi, które w szczególny sposób oddziaływały na nich i wpłynęły na ich dalsze życie. To, czy z perspektywy czasu jakieś zdarzenie zostanie uznane za szczególnie ważne i zmieniające bieg rozwoju, zależy od wielu czynników. Każdy z nas ma jakieś wyobrażenie swojego życia, porównuje się też z innymi osobami, odbiera od nich różnego typu informacje zwrotne na temat swojego zachowania, poznaje ich opinie i z nimi konfrontuje swoje.

Często dopiero po wielu latach na skutek aktualnie emocjonalnie znaczącego wydarzenia powracają wspomnienia i wtedy człowiek uświadamia sobie dokładniej nie tylko to, co kiedyś przeżył, lecz także to, że niektóre osoby, sytuacje czy wydarzenia wywarły na niego szczególny wpływ – pozytywny lub wysoce negatywny. Zdarza się, że trudno jednoznacznie ocenić wagę jakiegoś zdarzenia, w czyimś odczuciu miało ono bowiem zarówno znacząco pozytywny, jak i negatywny wpływ na jej życie.

W przypadku osób z różnymi ograniczeniami sprawności dużego znaczenia nabierają osoby, sytuacje i zdarzenia związane z doświadczaniem skutków niepełnosprawności w różnych obszarach aktywności i z jakością pomocy czy wsparcia ze strony najbliższego otoczenia. Z punktu widzenia aktualnego funkcjonowania, a także dalszego rozwoju, ważne jest, jakie znaczenie nadaje się przeszłym zdarzeniom, jak ocenia ich wpływ na siebie, jakie emocje – pozytywne czy negatywne, czy też jedne i drugie – są z nimi w jej pamięci powiązane. Pojawia się tu zatem pytanie, ile wydarzeń ze swego życia i jakie wydarzenia osoby niepełnosprawne uznają nie tylko za ważne, ale przede wszystkim za takie, które wpłynęły znacząco na jakość ich aktualnego funkcjonowania, ponieważ zmieniły bieg ich życia. Takim wydarzeniem dla niewidomego dziecka mógł być wyjazd z domu do szkoły z internatem, dla na-

stolatka z trudnościami w poruszaniu się – spotkanie nauczyciela w szkole zawodowej, który ukierunkował jego dalszą naukę, dla niedosłyszącej absolwentki – odmowa przyjęcia do wcześniej obiecanej pracy itp.

Rozpoznanie tego, co dla każdej z osób jest takim znaczącym życiowym wydarzeniem, z pewnością ułatwia udzielanie jej bardziej skutecznej pomocy, szczególnie psychologicznej, ale także umożliwia zastosowanie takich metod, jak aktywizacja zawodowa, adekwatnych nie tylko do jej potrzeb, ale przede wszystkim do jej poziomu gotowości do zmiany. Gotowość do zmian zależy w dużym stopniu od tego, jak osoba spostrzega swoje życie i swoje w nim miejsce.

5.2. Pojęcie *punktów zwrotnych w życiu*

Pojęcie *punktów zwrotnych* jest używane, jako kategoria interpretacji, w badaniach, w których szuka się powiązań między zdarzeniami życiowymi, czynnikami ryzyka i przebiegiem oraz jakością dalszego rozwoju. Badacze – Elder (1986, Elder i in. 1991), Hareven i Masaoka (1988) czy Rutter (1996) – wskazują w biografiach badanych przez nich osób na takie wydarzenia życiowe, które z perspektywy czasu mogą zostać zaklasyfikowane jako „wybijające się" spośród innych zdarzeń i mające znaczący wpływ na dalsze życie danej osoby. Zdarzenia te nazywane są *punktami zwrotnymi* i można za wyżej wymienionymi autorami charakteryzować je w sposób następujący:

- są indywidualne, nie normatywne, stąd nie możemy wyznaczyć ich dla ludzi „w ogóle", a tylko poszukiwać ich w indywidualnych biografiach;
- powodują zmianę w dotychczasowej trajektorii życia, co oznacza, że po ich wystąpieniu można zaobserwować wyraźne zmiany w sposobie funkcjonowania, spostrzegania i przeżywania świata oraz w obszarze relacji z innymi ludźmi;
- ich konsekwencje mogą być tylko pozytywne, dwoiste – negatywne i pozytywne lub tylko negatywne;
- nie mogą zostać zredukowane do roli stresowych wydarzeń życiowych, ponieważ powodują dużo głębszą przemianę, zarówno na poziomie struktury aktywności życiowych, jak i na poziomie funkcjonalnym, zatem nie można ich wyjaśnić ani działaniem stresu, ani procesem dojrzewania biologicznego,
- punkty zwrotne przynoszą względnie trwałe efekty, których nie można zredukować do chwilowego zachwiania równowagi; powodują przerwanie ciągłości dotychczasowego rozwoju i zmianę jego biegu;
- ich działanie może być bodźcem do rozwoju lub rozwój hamować, mają zatem charakter „otwierający" lub „zamykający", są szansą na pomyślne zmiany lub barierą dla nich;

- doświadczenia te związane są ze względnie trwałymi zmianami w środowisku życia i wpływają na obraz siebie, a także na spostrzeganie i oczekiwania kierowane wobec innych ludzi.

Punkty zwrotne możemy też ująć jako obiektywne zdarzenia życiowe, które miały miejsce w określonym czasie i – jak wskazują badania – były często powiązane z wydarzeniami historycznymi, na przykład z wielkim kryzysem w latach 20. w USA, drugą wojną światową (Elder i in. 1991; Hareven, Masaoka, 1988) lub ze zdarzeniami życiowymi w pewnym pokoleniu, na przykład ze służbą wojskową (Elder i in. 1991). Z tej perspektywy szczególnie istotne jest poszukiwanie przejawów drobnych zmian i radykalnych transformacji dotychczasowego biegu życia pod wpływem ważnych zdarzeń mających miejsce w danym czasie społeczno-historycznym (wojna, powstanie, kryzys ekonomiczny, katastrofa ekologiczna). Ważne jest też poszukiwanie ich uwarunkowań, które spowodowały, iż dla jednych osób właśnie one stały się punktami zwrotnymi, a dla innych nie. Nie oznacza to, iż badacze rezygnują z poszukiwania bardziej indywidualnych i mniej powszechnych zdarzeń, które mogłyby stać się punktami zwrotnymi. Wskazuje to jednak na próbę ujęcia zmian w przebiegu ścieżek rozwojowych ludzi w sposób obiektywny.

Podsumowując rozważania na temat punktów zwrotnych i ich natury, możemy podzielić je na dwa nurty. Pierwszy z nich podkreśla rolę ogólnie podzielanych zdarzeń związanych z przemianami społeczno-historycznymi i ich wpływem na ścieżki życiowe osób dorosłych. Do takich zdarzeń zaliczamy na przykład wojny, zmiany systemowe, transformację ustrojową. Drugi z nurtów koncentruje się na unikatowości i ważności jednostkowej danego zdarzenia, innymi słowy – bierze pod uwagę to, co osoba uznaje za ważne wydarzenie życiowe i sama określa jako punkt zwrotny w swoim życiu. W tym ujęciu punkty zwrotne mogą być powiązane zarówno z ważnymi wydarzeniami z kontekstu społecznego, jak również pochodzić z osobistej historii życia. Kryterium, jakie decyduje o istotności danego zdarzenia i możliwości uznania go za punkt zwrotny, jest subiektywne poczucie danej osoby, a nie opinia czy poczucie innej osoby – członka rodziny czy badacza.

5.3. *Punkty zwrotne* w świetle wyników badań

Badacze, przypatrując się życiu osób dorosłych, temu, jak przebiegają ich ścieżki rozwoju i trajektorie ich zmian z perspektywy lat, wskazują na te zdarzenia, które odegrały znaczącą rolę w transformacji drogi życiowej, jak na przykład zmiana miejsca zamieszkania czy pracy (patrz: Rutter, 1996). W tabeli 24 zaprezentowano opis i wnioski z najważniejszych badań dotyczących punktów zwrotnych.

Tabela 24. Przegląd wybranych prac empirycznych nad punktami zwrotnymi w życiu

Autor, rok publikacji	Problem	Badani, narzędzia	Wyniki i wnioski
Glen Elder, Cynthia Gimbel, Rachel Ivie (1991)	Badaczy interesowało, czy służba wojskowa była dla mężczyzn subiektywnie odczuwanym punktem zwrotnym w ich życiu. Kolejne pytanie, jakie sobie postawili, dotyczyło uwarunkowań spostrzegania służby wojskowej jako punktu zwrotnego.	• W badaniu udział wzięli mężczyźni urodzeni pomiędzy rokiem 1904 a 1930, odbywający służbę wojskowa pomiędzy rokiem 1940 a 1955. • Dane pochodziły z czterech badań podłużnych: The Stanford-Terman Longitudinal Study, The Oakland Growth Study, The Berkeley Guidance oraz Growth Samples. • Mężczyznom zadawano pytania dotyczące ich życia i występujących w nim punktów zwrotnych. W badaniu Stanford-Terman pytania dotyczyły całego życia, a zadaniem badanych było wybranie z przedstawionej im listy zdarzeń, które uważają za punkt zwrotny. • W badaniu Berkeley/Oakland pytanie dotyczyło wprost służby wojskowej i spostrzegania jej przez badanych jako punktu zwrotnego.	• W badaniu Stanford-Terman najczęściej wskazywanymi punktami zwrotnymi były: edukacja, małżeństwo, nowa praca, emerytura i druga wojna światowa. Spośród mężczyzn, którzy odbywali służbę wojskową, aż 48% wskazało drugą wojnę światową jako punkt zwrotny • W badaniu Berkeley/Oakland trzy piąte badanych stwierdziło, iż służba wojskowa była dla nich punktem zwrotnym. Podawali oni następujące powody: dzięki służbie stali się bardziej dojrzali, mogli się kształcić i zdobywać nowe umiejętności, podróżować i przeżyć przygody, zyskali niezależność i nowe spojrzenie na własne życie. • Kolejną kwestią, jaką rozważali badacze, były uwarunkowania spostrzegania służby wojskowej jako punktu zwrotnego. Ustalono, że następujące zdarzenia życiowe sprzed wstąpienia do służby miały znaczenie: trudności, jakie przeżywała rodzina w wyniku wielkiego kryzysu, wczesne wstąpienie do służby (21 lat i mniej) i uzyskanie wyższego stopnia wojskowego. • Badacze dowiedli, że spośród wszystkich czynników najbardziej znaczący był wiek rozpoczęcia służby i sytuacja rodzinna, które w połączeniu pozwalały w dużym stopniu przewidzieć, na ile służba wojskowa będzie spostrzegana przez mężczyzn jako pozytywny punkt zwrotny w ich życiu.

Autor, rok publikacji	Problem	Badani, narzędzia	Wyniki i wnioski
Anna Rönka, Sanna Oravala, Lea Pulkkinen (2002)	Badaczki postawiły następujące pytania: 1) jaki rodzaj doświadczeń wskażą jako najważniejsze punkty zwrotne te osoby badane, w których dzieciństwie i dorastaniu występowało wiele czynników ryzyka? 2) jak te osoby spostrzegają punkty zwrotne? 3) czy różnią się pod względem punktów zwrotnych od ludzi, którzy mieli mniej „problemowe" dzieciństwo?	• Pierwsze badanie odbyło się w 1968 roku (brało w nim udział 196 chłopców i 173 dziewczynki w wieku 8 lat), kolejne w 1974 roku (189 chłopców i 167 dziewczynek w wieku 14 lat), a ostatnie w 1995 roku (161 mężczyzn i 152 kobiety w wieku 36 lat). • Badanie punktów zwrotnych odbyło się za pomocą wywiadu, podczas którego proszono o wskazanie trzech najważniejszych punktów zwrotnych. Wypowiedzi kodowane były przez sędziów kompetentnych do wcześniej przygotowanych kategorii.	• Wypowiedzi badanych zostały zaklasyfikowane do 12 kategorii: edukacja, praca, rodzina, zdrowie, związki międzyludzkie, poszukiwanie tożsamości, utrata, standard życia, zmiany społeczne, świat, styl życia, inne. • Badani wymieniali od 0 do 9 punktów zwrotnych, średni wiek, w którym ich doświadczyli, wynosił 24 lata. • Najczęstszymi punktami zwrotnymi były te związane z rodziną (82,6%), następnie z edukacją (50,4%) i pracą (40,2%) oraz zmianami społecznymi (39,5%). • Badani w grupie odpornych i podatnych rzadziej niż pozostali wymieniali punkty zwrotne z obszarów: edukacja, zmiana społeczna i praca. • Badani z grupy podatnych najczęściej spośród wszystkich innych badanych wymieniali punkty zwrotne związane z obszarem utrata (np. śmierć bliskiej osoby). • Badani z grupy odpornych częściej wymieniali (w porównaniu z podatnymi) punkty zwrotne z obszarów: standard życia i relacje międzyludzkie. Wszyscy uczestnicy znacznie częściej wymieniali jako punkty zwrotne zdarzenia, które miały miejsce w okresie przejścia do wczesnej dorosłości. • Badani, którzy dobrze radzili sobie w dorosłości, relacjonowali więcej pozytywnych zdarzeń uznanych za punkty zwrotne niż badani z grupy podatnych (oni zaś częściej wymieniali zdarzenia negatywne jako punkty zwrotne).

Autor, rok publikacji	Problem	Badani, narzędzia	Wyniki i wnioski
Anna Rönka, Sanna Oravala, Lea Pulkkinen (2003)	Badaczki postawiły sobie następujące pytania: 1) czy istnieją różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami w percepcji punktów zwrotnych (ich treści)? 2) jaki wpływ na ocenę punktów zwrotnych miała możliwość dokonywania wyboru w momencie, kiedy to zdarzenie miało miejsce?	• Podczas wywiadów badani pytani byli o punkty zwrotne, a następnie ich zadaniem była ocena tych zdarzeń: pod kątem możliwości wpływu, ocena ich wymiaru emocjonalnego (przeżywane emocje pozytywne *versus* negatywne) oraz ocena wpływu na dalsze życie i znaczenie dla jego przebiegu.	• Kobiety częściej niż mężczyźni wskazywały budowanie rodziny, np. urodzenie dziecka (57,7%), podróżowanie, a szczególnie czasową przeprowadzkę do innego kraju (13,9%) i choroby bliskich (4,4%) jako punkty zwrotne[1]. Mężczyźni częściej niż kobiety wskazywali pracę (49,3%), a szczególnie pierwsze zatrudnienie, służbę wojskową (11%) i zmiany w stylu życia (13,7%)[2]. • Najbardziej pozytywnie oceniane zarówno przez kobiety, jak i przez mężczyzn (ocena przeszłości, jak i spojrzenie z obecnego punktu widzenia) punkty zwrotne dotyczyły doświadczeń religijnych i zmian w spostrzeganiu własnego życia[3], rodziny, standardu życia, pracy i edukacji. • W sposób ambiwalentny były spostrzegane zdarzenia dotyczące: stylu życia, zmian społecznych i relacji interpersonalnych. Negatywnie oceniane były zdarzenia związane z chorobami, utratą bliskich osób i innymi unikatowymi zdarzeniami. • Różnice w ocenie punktów zwrotnych (w przeszłości, wtedy, kiedy miały miejsce) pomiędzy kobietami i mężczyznami wystąpiły w następujących obszarach: samozatrudnienie (bardziej pozytywna ocena kobiet)[4], budowanie rodziny (bardziej pozytywna ocena mężczyzn), szukanie pracy, utrata pracy, emerytura (bardziej pozytywna ocena mężczyzn). • Stwierdzono natomiast korelacje pomiędzy możliwością wyboru a odczuwaniem (oceną) punktów zwrotnych w tym monecie, kiedy miały one miejsce. Im więcej możliwości wyboru stwierdzali badani, tym pozytywniej oceniali punkt zwrotny. Relacja ta utrzymywała się również w ocenie konsekwencji tych zdarzeń dla obecnego życia.

Autor, rok publikacji	Problem	Badani, narzędzia	Wyniki i wnioski
Rosemary Leonard, Alisa Burns, (2006)	Autorki w dwóch badaniach sprawdzały, jakie punkty zwrotne w swoim życiu wskażą kobiety z trzech różnych pokoleń. Następnie zaś porównywały wyniki obu badań. Postawiły następujące pytania: 1) czy uczestniczki, dostrzegają nadal te same punkty zwrotne? 2) jakie nowe punkty zwrotne pojawiły się w życiu badanych w ciągu ostatnich pięciu lat? 3) jakie można zaobserwować zmiany, gdy porówna się wyniki z pierwszego i z drugiego badania?	• W pierwszym badaniu (1996) uczestniczyło 60 kobiet urodzonych w latach 1931–1936, 1941–1946 i 1951–1956 i podzielonych na trzy równoliczne grupy. W drugim badaniu przeprowadzonym w 2001 uczestniczyło 48 kobiet z pierwszego badania. • W obu badaniach zastosowano metodę wywiadu opierającą się na procedurze „osobistej historii życia" McAdamsa.	• W pierwszym badaniu uzyskano następujące wyniki: punkty zwrotne związane z przemianami pełnionych ról społecznych i trudnościami (kłopotami) miały miejsce w życiu badanych kobiet pomiędzy 21. a 40. rokiem życia. Punkty zwrotne związane z rozwojem osobistym pojawiały się częściej po połowie życia. Wykryto również jedną znaczącą różnicę pomiędzy pokoleniami: młodsze kobiety zdecydowanie częściej relacjonowały punkty zwrotne związane z trudnościami (kłopotami) niż starsze. • W ciągu pięciu lat dzielących oba badania zdaniem uczestniczek wystąpiły nowe punkty zwrotne: – zmiany pełnionych ról społecznych – 17,8% (najczęściej wymienianymi zdarzeniami było opuszczenie domu przez dzieci i wejście w rolę babci); – przeżywane trudności, które wskazało 39,3% badanych: śmierć osób bliskich z rodziny lub przyjaciela (najwięcej tych zdarzeń wystąpiło w grupie najmłodszej), choroby zarówno te dotykające samych uczestniczek, jak i ich bliskich[5]; – rozwój osobisty (42,9%). Badane najczęściej mówiły o zdarzeniach związanych z pracą nad sobą (rozumienie siebie, podejmowanie decyzji). • Zdarzeniem, które nie występowało w pierwszym badaniu, a pojawiło się w drugim jako punkt zwrotny związany z rozwojem osobistym był sukces po długotrwałym zmaganiu się z trudnościami[6]. • Istotne statystycznie są następujące różnice: w drugim badaniu znacząco częściej relacjonowane były punkty zwrotne związane z rozwojem osobistym, a w pierwszym – ze zmianami w pełnieniu ról społecznych. Nie było różnic w kategorii trudności. • Badaczki stwierdziły, iż w obu badaniach we wszystkich grupach do 40. roku życia dominowały punkty zwrotne związane z rolami społecznymi, natomiast po 40. roku życia znacząco wzrastała rola tych związanych z rozwojem osobistym.

[1] Dotyczy to różnic istotnych statystycznie pomiędzy kobietami a mężczyznami; [2] Jak wyżej; [3] Można przypuszczać, iż kategoria „zmiana punktu widzenia" (zmiana sposobu spostrzegania własnego życia) jest bardziej ogólna niż inne kategorie i zawiera w sobie zmiany, które dokonały się pod wpływem jednostkowych zdarzeń, ale z perspektywy czasu złożyły się w całościowe doświadczenie przewartościowania, zmiany sposobu przeżywania siebie i świata; [4] Ten sposób zatrudnienia, szczególnie w warunkach fińskich, prawdopodobnie dawał kobietom możliwość łączenia satysfakcjonującej pracy zawodowej z obowiązkami związanymi z opieką nad dziećmi.
[5] Tego rodzaju zdarzenia stawały się punktami zwrotnymi poprzez reakcje i konsekwencje, jakie ze sobą niosły. Niektóre kobiety relacjonowały, iż zaczęły w inny sposób spostrzegać relacje z ludźmi, stały się bardziej refleksyjne, musiały zmienić swój styl życia, stały się bardziej odpowiedzialne.
[6] Badaczki stwierdziły, iż prawdopodobnie część zdarzeń związanych z trudnościami, które uczestniczki relacjonowały w pierwszym badaniu, w wyniku poczucia odniesionego sukcesu w zmaganiu się z nimi zaczęła być spostrzegana jako punkt zwrotny (impuls) w rozwoju osobistym.
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Tamara Hareven i Kanji Masaoka (1988) dostrzegli czynniki, pod których wpływem normatywne zdarzenia rozwojowe, takie jak urodzenie pierwszego dziecka, stawały się punktami zwrotnymi. Działo się tak, po pierwsze, wtedy, gdy pojawienie się tych zdarzeń nakładało się z innymi zdarzeniami kryzysowymi, na przykład utratą pracy. Po drugie, kiedy zdarzeniom rozwojowym w życiu jednostki towarzyszyły duże zmiany w funkcjonowaniu rodziny. Badacze wskazują tu na zjawisko zazębiania się dwóch ścieżek rozwoju i splatanie momentów szczególnie trudnych w życiu pojedynczych osób w różnym wieku i całej rodziny. Po trzecie, kiedy normatywne zdarzenia rozwojowe miały miejsce „poza" czasem uznanym za „typowy", czyli były niepunktualne. Po czwarte, kiedy normatywne zdarzenia miały negatywne skutki, których nie można dostrzec w momencie, kiedy zachodzą, ale widać je z pewnej perspektywy i wtedy też są wskazywane jako punkty zwrotne.

5.4. Metoda badań

Punkty zwrotne są ważnymi wydarzeniami życiowymi, które powodują znaczące zmiany w dotychczasowym przebiegu życia i skutkują pojawieniem się nowych form zachowania, myślenia i przeżywania świata. Ich badanie wymaga użycia specjalnie skonstruowanego narzędzia łączącego pogłębiony wywiad kliniczny ze skalami szacunkowymi, na których badany sam dokonuje oceny siły i znaczenia danego wydarzenia. Jednak, aby było to możliwe, konieczne jest przeanalizowanie w trakcie rozmowy wielu wydarzeń i zachęcenie badanego do wskazywania tych najbardziej znaczących dla niego oraz łączenia ich w szersze wątki i obszary.

Nasze narzędzie do badania percepcji punktów zwrotnych ma charakter częściowo ustrukturalizowanej rozmowy z wykorzystaniem skal szacunkowych. Badacz posługujący się tym narzędziem musi dokładnie zapoznać się z instrukcją przygotowaną przez autora badań (Radosław Kaczan) oraz uczestniczyć w specjalnie przygotowanym szkoleniu. Opis procedury znajduje się w pracy R. Kaczana (2009a, 2009b). Narzędzie składa się z instrukcji do rozmowy, którą podaje badacz, arkuszy, wypełnianych przez niego wraz z badanym, i skal szacunkowych, na których zaznacza miejsca wskazane przez badanego, gdy nie może on tego wykonać sam.

Skala szacunkowa służąca do zaznaczenia przez badanych momentu w ich życiu, kiedy wystąpił punkt zwrotny (Kaczan, 2009a) została podzielona na przedziały po pięć lat, tak aby badanemu było łatwiej umiejscowić w czasie dane wydarzenie uznane przez niego za punkt zwrotny. W kolejnym kroku badani proszeni są o dłuższą wypowiedź – mają za zadanie uzasadnić w niej swój wybór punktów zwrotnych oraz podać swoją definicję tego, dlaczego akurat to wydarzenie uznali za punkt zwrotny.

Następne arkusze (Kaczan, 2009a) służą do umiejscowienia danego zdarzenia w którejś z zaproponowanych kategorii lub podania przez badanego wła-

snej propozycji kategorii i sporządzenia hierarchii najważniejszych wydarzeń. Skale szacunkowe do oceny wpływu zdarzenia uznanego za punkt zwrotny, znaczenia emocjonalnego oraz konsekwencji powstały na podstawie wymiarów, jakie wykorzystywały Rönkä i in. (2002, 2003). Ocena emocjonalnego wymiaru zdarzenia odbywa się na dwóch skalach, tak aby badani mogli wskazać na emocje zarówno pozytywne, jak i negatywne. Do oceny konsekwencji zdarzeń również zastosowano dwie skale, aby uchwycić zarówno pozytywne, jak i negatywne ich skutki. Wszystkie te skale zawarte są na arkuszu – badany musi wskazać właściwe miejsce na odcinku, które odpowiada natężeniu mierzonego zjawiska, a badacz zaznacza jego odpowiedź.

Wyniki powstają po obliczeniu kilku miar. Dla każdego badanego otrzymuje się następujący zestaw wyników:

- liczba wszystkich wymienionych punktów zwrotnych;
- liczba punktów zwrotnych wskazanych dla każdego przedziału wiekowego na linii życia;
- liczba punktów zwrotnych zaliczonych do podanych przez badacza kategorii;
- rangi przypisane punktom zwrotnym, gdzie „5" oznacza najważniejszy (najbardziej znaczący) punkt zwrotny, a „1" – najmniej ważny;
- wyniki oceny zdarzeń uznanych przez badanych za punkty zwrotne na skalach szacunkowych: każdy wynik (wyrażony w milimetrach) powstaje z pomiaru długości odcinka, jaki zaznaczył badany na przedstawionej mu skali.

Ostatnia z zaprezentowanych miar punktów zwrotnych służyła do zbadania indywidualnej oceny danego zdarzenia. Każda z zaproponowanych skal dotyczyła oceny zdarzenia na innym wymiarze:

- poczucia wpływu: im wyższy wynik, tym wyższe poczucie możliwości wyboru;
- odczuwanych emocji pozytywnych: im wyższy wynik, tym większe natężenie przeżywanych emocji pozytywnych;
- odczuwanych emocji negatywnych: im wyższy wynik, tym większe natężenie przeżywanych emocji negatywnych;
- oceny konsekwencji zdarzeń – pozytywnej: im wyższy wynik, tym bardziej pozytywna ocena konsekwencji zdarzeń;
- oceny konsekwencji zdarzeń – negatywnej: im wyższy wynik, tym bardziej negatywna ocena konsekwencji zdarzeń.

5.5. Wyniki

W tej części rozdziału prezentujemy analizy dotyczące charakterystyki punktów zwrotnych, w tym momentu ich pojawienia się, kategorii, do której zostały przypisane, oraz oceny dokonanej przez badane osoby. Rozpatrywać będziemy ich związki z takimi właściwościami osoby, jak jej wiek, płeć, po-

ziom sprawności i wykształcenie. Przyjrzymy się również związkom aktywności społecznej i zawodowej z percepcją ważnych wydarzeń życiowych.

5.5.1. Percepcja punktów zwrotnych w życiu a ograniczenie sprawności

Pytanie o to, czy i na ile ograniczenia sprawności wiążą się z odmiennymi wzorcami przekonań na temat własnego życia, jest kluczowe dla naszych rozważań w całej książce. Sprawdziliśmy różnice pomiędzy grupami osób z ograniczeniami sprawności (ON) i sprawnymi (OS) pod względem momentu pojawienia się danego zdarzenia. Badani podawali swój wiek (w latach) w momencie, kiedy dane zdarzenie miało miejsce, a my dokonaliśmy kodowania do kategorii zgodnych z okresami rozwojowymi, co przedstawia tabela 25.

Tabela 25. Wiek wystąpienia zdarzenia uznanego za punkt zwrotny (PZ) w podziale na okresy rozwojowe

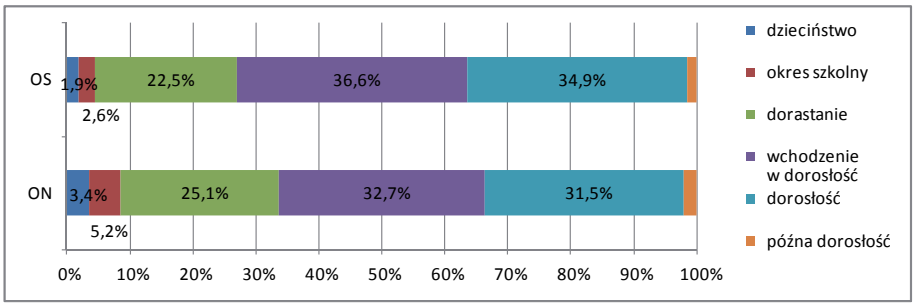
Wiek wystąpienia punktu zwrotnego	Okres rozwojowy
Od 0 do 6 lat	dzieciństwo
Od 7 do 11 lat	okres szkolny
Od 12 do 20 lat	dorastanie
Od 21 do 35 lat	wchodzenie w dorosłość
Od 36 do 60 lat	dorosłość
Od 61 lat	późna dorosłość

Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Różnice pomiędzy osobami sprawnymi i z ograniczeniami sprawności okazały się istotne [$\chi^2(5) = 12{,}510$; $p = 0{,}028$]. W grupie osób sprawnych stosunkowo więcej zdarzeń przypadało na okres wchodzenia w dorosłość i dorosłość, natomiast w grupie osób z ograniczeniami sprawności więcej zdarzeń pojawiało się w okresie dzieciństwa i w okresie szkolnym, co ukazuje rycina 31 (istotne różnice zaznaczono strzałkami).

Zbadane przez nas osoby przypominały sobie najwięcej wydarzeń z okresu wchodzenia w dorosłość i z okresu dorosłości. Jest to zgodne z wynikami, jakie uzyskiwali Grob, Krings Bangerter (2001), opisując tak zwany *szczyt reminiscencji*, przypadający na lata pomiędzy 20. a 29. rokiem życia, oznaczający największe nagromadzenie ważnych zdarzeń życiowych, o których wspominają ludzie. Badacze ci wykazali również, że wzrost ten jest obserwowany na podobnym poziomie niezależnie od tego, czy relacjonują go osoby badane będące aktualnie w wieku 35, 50 czy 75 lat. My obserwujemy to zjawisko u naszych badanych, ale również dostrzegamy różnice pomiędzy grupami osób sprawnych i z ograniczeniami sprawności. Różnice, być może, wynikają z odmiennego patrzenia na własne życie, co związane jest z wcześniejszym poja-

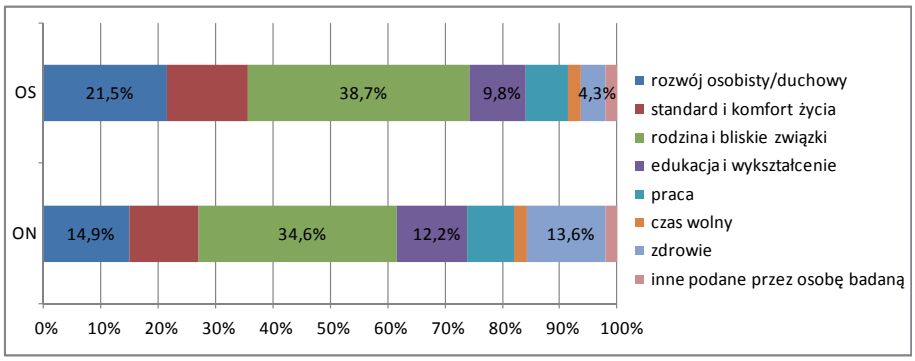
wieniem się różnego rodzaju zdarzeń o znaczeniu przełomowym, związanych właśnie z ujawnieniem się niesprawności lub utratą sprawności.



Rycina 31. Liczba punktów zwrotnych a wiek ich wystąpienia w podziale na ON i OS (tylko starsi dorośli)
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Moment pojawienia się PZ jest niewątpliwie jest ważną informacją, która pozwala nam zastanawiać się nie tylko nad wysyceniem poszczególnych etapów życia zdarzeniami, ale również nad sposobem ich interpretacji i włączania do indywidualnej historii życia. Jednak poza informacjami, kiedy dane zdarzenie się pojawia, nie mniej ważne jest pytanie o to, co to jest za zdarzenie. W naszych badaniach 433 osoby opowiedziały nam o ponad 2000 zdarzeń ze swojego życia. Liczba oraz różnorodność tych zdarzeń skłoniły nas do próby umieszczenia ich w bardziej ogólnych kategoriach, które mogą służyć jak swego rodzaju „wizytówki" danej grupy zdarzeń.

Dopasowania zdarzeń do kategorii dokonywali sami badani. Zaproponowano im osiem kategorii, które naszym zdaniem, z jednej strony, są ogólne, ale z drugiej – wynikają z analizy literatury dotyczącej obszarów aktywności ludzi dorosłych (patrz przegląd zadań rozwojowych w rozdz. 4) i punktów zwrotnych. Różnice pomiędzy grupami ON i OS okazały się istotne [$\chi 2(7) = 40{,}508$; $p < 0{,}000$] i zostały przedstawione na rycinie 32. Osoby z ograniczeniami sprawności istotnie częściej przypisywały wydarzenie do kategorii „edukacja i wykształcenie" oraz „zdrowie". Natomiast osoby sprawne częściej umieszczały swoje punkty zwrotne w kategoriach: „rozwój osobisty" oraz „rodzina i bliskie związki" (ta ostatnia kategoria był najbardziej liczna: 695 zdarzeń na 1954 ogółem, czyli 36%).



Rycina 32. Liczba punktów zwrotnych dla grup ON i OS w kategoriach
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

W kolejnym kroku sprawdziliśmy, czy osoby z ograniczeniami sprawności i osoby sprawne różnią się w ocenie punktów zwrotnych dokonywanej na pięciu skalach (patrz punkt 6.2.) – do tego celu zastosowano test U Manna-Whitneya (tab. 26). Osoby z ograniczeniami sprawności miały w swojej ocenie mniejsze możliwości kontroli nad zdarzeniami i wpływu na nie w czasie ich trwania. Jednocześnie ci sami badani relacjonowali mniej negatywnych konsekwencji tych zdarzeń niż osoby sprawne. Różnice te wiążą się być może z procesem radzenia sobie i przepracowywania doświadczeń związanych z utratą sprawności. Podczas tego procesu trudne zdarzenia nabierają nowych znaczeń właśnie w kontekście swoich następstw, dzięki czemu osoby z ograniczeniami sprawności dostrzegają mniej negatywnych skutków. Jednak aby proces ten był zakończony sukcesem, przewartościowanie powinno nastąpić również w obszarze dostrzegania konsekwencji pozytywnych. Natura punktów zwrotnych kryje się bowiem w ich dwoistości, to znaczy jednoczesnej pozytywnej i negatywnej ocenie. Nie wiemy zatem, czy w przypadku osób z ograniczeniami sprawności ta ocena wynika z procesu przepracowywania doświadczeń czy raczej z uruchomionych pod wpływem pytania mechanizmów obronnych.

Tabela 26. Ocena punktów zwrotnych w grupach ON i OS

Statystyki	Możliwości kontroli	Emocje pozytywne	Emocje negatywne	Konsekwencje pozytywne	Konsekwencje negatywne
U Manna-Whitneya	197 350,500	210 499,000	208 251,500	216 872,500	199 568,500
Z	–3,005	–1,273	–1,529	–,396	–2,634
p	0,003	0,203	0,126	0,692	0,008
ON *versus* OS	OS > ON	n.i.	n.i.	n.i.	OS > ON

Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

5.5.2. Percepcja punktów zwrotnych w życiu a stopień niepełnosprawności i percepcja ograniczeń

Sprawdziliśmy też, czy w grupach osób różniących się stopniem ograniczenia sprawności, ze względu na które osoby te otrzymały orzeczenie, występują różnice w percepcji punktów zwrotnych. Wyniki przeprowadzonych analiz przedstawiają tabela 27 i tabela 28. Osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności częściej podawały punkty zwrotne pojawiające się w dzieciństwie i okresie szkolnym, jednocześnie stosunkowo więcej tych punktów należało do kategorii „edukacja i wykształcenie" oraz „zdrowie". Warto zauważyć, iż w tej grupie panuje też przekonanie, iż nie miały one możliwości wpływu na bieg zdarzeń i decydowania o nich, a konsekwencje tych zdarzeń są mniej pozytywne niż w grupie osób z lekkim stopniem niepełnosprawności. Największe przekonanie o możliwości wpływania i poczucie kontroli nad zdarzeniami uznanymi za punkt zwrotny miały osoby z grupy bez orzeczenia. W przypadku tej grupy dominowały zdarzenia z kategorii „rozwój osobisty", „standard życia" i „bliskie związki". Przypuszczamy, iż są to takie obszary aktywności, które potencjalnie dają najwięcej możliwości osobistego zaangażowania i decydowania, a co za tym idzie wpływania na przebieg zdarzeń.

Tabela 27. Moment pojawienia się i kategoria punktu zwrotnego a stopień niepełnosprawności

Stopień ograniczenia sprawności / **Spostrzeganie punktów zwrotnych**	**Osoby nieposiadające orzeczenia (sprawne lub z funkcjonalnymi ograniczeniami sprawności)**	**Osoby posiadające orzeczenie o lekkimi stopniu niepełnosprawności**	**Osoby posiadające orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności**	**Wartość statystyki testującej istotność różnic pomiędzy grupami χ^2**
Moment pojawienia się punktu zwrotnego	stosunkowo więcej punktów, które nastąpiły w okresie wchodzenia w dorosłość	stosunkowo więcej punktów zwrotnych, które pojawiły się w okresie dorosłości	stosunkowo więcej punktów zwrotnych, które pojawiły się w okresie dzieciństwa i szkolnym	$\chi^2(10) = 22{,}708$; $p = 0{,}012$
Kategorie punktów zwrotnych	stosunkowo więcej punktów zwrotnych, które należą do kategorii „rozwój osobisty", „standard i komfort życia", „rodzina i bliskie związki"	stosunkowo więcej punktów zwrotnych, które należą do kategorii „rodzina i bliskie związki"	stosunkowo więcej punktów zwrotnych, które należą do kategorii „edukacja i wykształcenie", „zdrowie"	$\chi^2(14) = 60{,}413$; $p < 0{,}000$

Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Poczucie osobistego wpływu i sprawstwa jest mniejsze u osób z grupy ze znacznym stopniem niepełnosprawności, gdzie występowało stosunkowo więcej zdarzeń z obszaru „zdrowie" (tab. 27 i tab. 28). Warto przytoczyć przykładowe charakterystyki tych zdarzeń podawane przez badanych:

pogorszenie stanu zdrowia (choroby oczu), utrata pracy i amputacja lewego oka;
przeszłam 3 operacje w ciągu roku, przeszłam na rentę inwalidzką;
utrata wzroku w wyniku guza, a następnie – 19 lat – operacja (strach i niepewność związane z operacją);
pobyt w szpitalu i stwierdzenie poważnej choroby, utrata wzroku (i później oka);
choroba powodująca skończenie pracy;
psychiczna walka ze sobą po operacji i trafienie do DPS.

Tabela 28. Statystyki χ^2 dla testu rang Kruskalla-Wallisa (ocena punktów zwrotnych a stopień niepełnosprawności)

	Możliwości kontroli	Emocje pozytywne	Emocje negatywne	Konsekwencje pozytywne	Konsekwencje negatywne
χ^2	7,546	3,874	4,338	5,644	11,254
Df	2	2	2	2	2
p (poziom istotności)	0,023	0,144	0,114	0,059	0,004
Stopień niepełnosprawności	bez orzeczenia > lekki i znaczny/umiarkowany	n.i.	n.i.	lekki > bez orzeczenia i znaczny/umiarkowany	bez orzeczenia > lekki i znaczny/umiarkowany

Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności jest traktowane jako wskaźnik tak zwanej *niepełnosprawności prawnej*, jednak zmieniające się sposoby definiowania i społecznego konstruowania pojęcia niepełnosprawności skłaniają nas do stosowania nie tylko definicji prawnej, ale również *funkcjonalnej* (por. Brzezińska, Rycielski, Sijko, 2010). W naszych badaniach zastosowaliśmy pytanie o odczuwanie ograniczeń i utrudnień w wykonywaniu codziennych czynności. Gdy bierzemy pod uwagę moment pojawienia się punktu zwrotnego, różnice okazują się nieistotne (tab. 29). Kiedy jednak bierzemy pod uwagę kategorie punktów oraz ich ocenę, dostrzegamy istotne różnice (tab. 29 i 30).

Osoby, które nie doświadczają na co dzień ograniczeń, deklarują większe poczucie wpływu na opisywane przez siebie wydarzenia oraz dostrzegają więcej pozytywnych konsekwencji tych zdarzeń dla swojego obecnego życia niż osoby, które relacjonują poważne lub nawet całkowite ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności. Kiedy bierzemy pod uwagę kategorie punktów zwrotnych, osoby, które nie odczuwają ograniczeń, częściej relacjonują wydarzenia z obszaru pracy, edukacji i rozwoju osobistego. Pozostałe dwie grupy stosunkowo częściej przypisywały punkty zwrotne do kategorii „zdrowia".

Tabela 29. Moment pojawienia się i kategoria punktu zwrotnego a odczuwanie ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu

Ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności / Spostrzeganie punktów zwrotnych	„Nie odczuwam takich ograniczeń”	„Odczuwam poważne”	„Odczuwam całkowite ograniczenia”	Wartość statystyki testującej istotność różnic pomiędzy grupami χ^2
Moment pojawienia się punktu zwrotnego	różnice nieistotne			$\chi^2(10) = 13{,}305$ $p = 0{,}207$
Kategorie punktów zwrotnych	stosunkowo więcej punktów zwrotnych, które należą do kategorii „rozwój osobisty”, „edukacja i wykształcenie”, „praca”	stosunkowo więcej punktów zwrotnych, które należą do kategorii „standard i komfort życia”, „zdrowie”	stosunkowo więcej punktów zwrotnych, które należą do kategorii „zdrowie”	$\chi^2(14) = 27{,}410$ $p < 0{,}017$

Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Tabela 30. Statystyki χ^2 dla testu rang Kruskalla-Wallisa (ocena punktów zwrotnych a odczuwanie ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu)

	Możliwości kontroli	Emocje pozytywne	Emocje negatywne	Konsekwencje pozytywne	Konsekwencje negatywne
χ^2	12,379	3,724	1,219	10,419	1,483
Df	2	2	2	2	2
p (poziom istotności)	0,002	0,155	0,544	0,005	0,476
Ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności	brak ograniczeń > poważne i całkowite	n.i.	n.i.	brak ograniczeń > poważne i całkowite	n.i.

Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

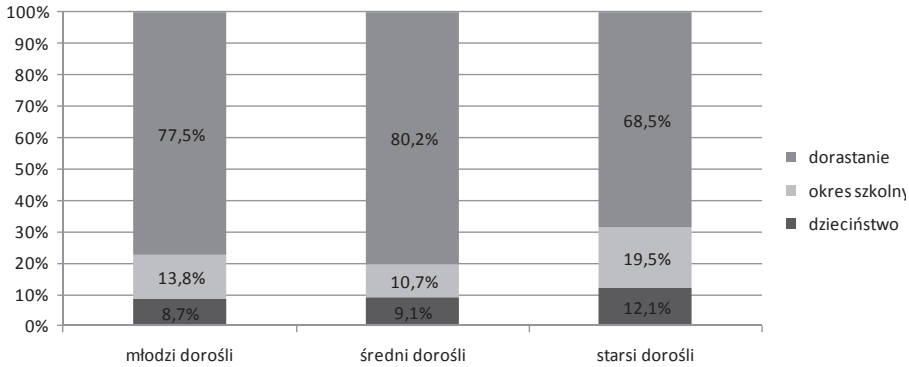
Z przeprowadzonych w tej części rozdziału analiz wyłania się obraz związków pomiędzy percepcją punktów zwrotnych a zdrowiem i ograniczeniami sprawności. Ci badani, którzy doświadczają poważnych ograniczeń, spostrzegają swój stan zdrowia jako gorszy od osoby w podobnym wieku i częściej podają punkty zwrotne, które zaliczają do kategorii zdrowia. Natomiast badani, którzy deklarują mniej ograniczeń i lepszy lub podobny do innych osób stan zdrowia, częściej przypominali sobie zdarzenia z kategorii „rozwój osobisty i duchowy” oraz „edukacja i wykształcenie”.

Zastanawiające jest, na ile obecna percepcja swojej sytuacji zdrowotnej wpływa na proces konstruowania opowieści o ważnych wydarzeniach życiowych. Czy możemy postawić taką hipotezę: nasz aktualny stan sprawia, że nakładamy swego rodzaju filtry związane z ograniczeniami sprawności i zdrowiem na postrzeganie minionego życia? Czy to z kolei powoduje przywoływanie zdarzeń i momentów w życiu, które w umyśle badanego łączą się z jego obecnym stanem jako coś, co, być może, do niego doprowadziło?

W kontekście postawionego przez nas problemu wagi przekonań na temat ważnych wydarzeń życiowych najbardziej istotne wydaje się spostrzeżenie, iż występują wzajemne zależności pomiędzy sprawnością, stanem zdrowia a podawanymi punktami zwrotnymi. Prawdopodobnie przekonania kształtujące się na podstawie doświadczeń życiowych, na przykład związanych z utratą sprawności, zwrotnie mogą wpływać na sposoby spostrzegania i relacjonowania własnego życia w postaci przypominanych sobie punktów zwrotnych.

5.5.3. Percepcja punktów zwrotnych w życiu a zmienne socjodemograficzne

Rozpatrywane do tej pory związki punktów zwrotnych z ograniczeniami sprawności poszerzyliśmy o analizy uwzględniające charakterystyki socjodemograficzne zbadanych przez nas osób. Istotne pytanie, jakie sobie postawiliśmy, dotyczyło różnic w percepcji punktów zwrotnych między grupami wiekowymi. Ponieważ chcemy porównać wiek wystąpienia punktu zwrotnego w trzech grupach osób dorosłych (młodych, średnich i starszych), musimy ograniczyć brane pod uwagę okresy, z których mogą pochodzić punkty zwrotne, do trzech: dzieciństwa, okresu szkolnego i dorastania. Zabieg ten pozwoli nam rzetelnie porównywać te grupy, ponieważ każda ze zbadanych osób ma już za sobą te etapy życia. Różnice pomiędzy grupami okazały się nieistotne [$\chi^2(4) = 7{,}601$; $p = 0{,}107$], zarysowała się jednak wyraźna tendencja, zaprezentowana na rycinie 33, na której największe różnice zaznaczono strzałkami.



Rycina 33. Liczba punktów zwrotnych a wiek ich wystąpienia w podziale na trzy grupy wiekowe

Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Badani z grupy starszych dorosłych stosunkowo częściej podawali ważne zdarzenia z okresu dzieciństwa i okresu szkolnego. Warto wspomnieć, iż okres pomiędzy urodzeniem a 11. rokiem życia w najstarszej grupie badanych przypadał na lata 1932–1959, zatem na czas dwudziestolecia międzywojennego, drugiej wojny światowej i gwałtownych przemian ustrojowych i społecznych związanych z wprowadzaniem ustroju socjalistycznego i powstaniem PRL. W wypowiedziach osób badanych wyraźne były odniesienia do tych zdarzeń, szczególnie dotyczących drugiej wojny światowej i okresu zaraz po wojnie:

- powrót do Warszawy;
- przeżycia wojenne chłopca – spotkanie wojsk niemieckich;
- przeżywanie okupacji i zakończenie wojny;
- przyjazd do Polski z Francji;
- Szklarska Poręba, sanatorium – poniemieckie chemikalia – pogorszenie wzroku;
- Szklarska Poręba, sanatorium – świadek rozstrzelania polskich partyzantów;
- wojna – spalenie domu, przeprowadzka do Łodzi, zabranie ojca;
- wysiedlenie i szukanie miejsca swojego na Ziemiach Odzyskanych;
- wybuch drugiej wojny światowej;
- doświadczenie wojenne rodziny – przesiedlenie.

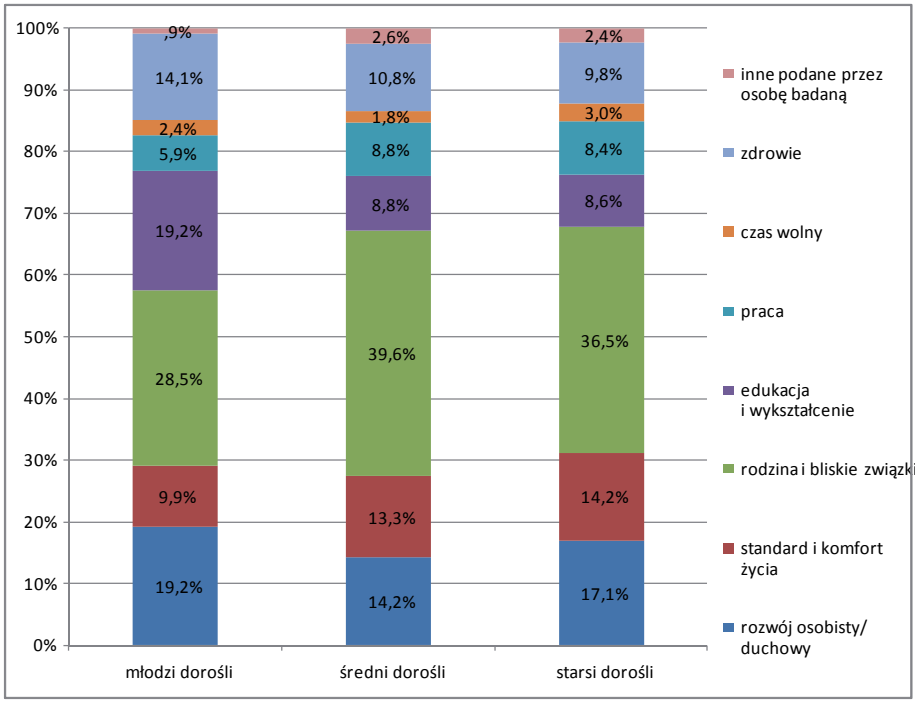
W kolejnym kroku sprawdziliśmy, czy badani w grupach wiekowych różnią się liczbą punktów zwrotnych przypisanych do danej kategorii. Różnice pomiędzy grupami okazały się istotne [$\chi^2(14) = 74{,}235$; $p < 0{,}001$] – por. rycina 34:

- osoby najmłodsze (młodzi dorośli) stosunkowo częściej przypisywały swoje punkty zwrotne do kategorii: „rozwój osobisty i duchowy", „edukacja i wykształcenie" oraz „zdrowie";
- osoby w środkowym okresie dorosłości stosunkowo częściej przypisywali swoje punkty zwrotne do kategorii: „rodzina i bliskie związki" oraz „praca";
- natomiast najstarsi (starsi dorośli) stosunkowo częściej wybierali kategorię: „standard i komfort życia" oraz „czas wolny".

Taką samą analizę wykonaliśmy ponownie, ale osobno, w grupie osób z ograniczeniami sprawności i w grupie osób sprawnych. W obu grupach, ON i OS, różnice pomiędzy grupami wiekowymi okazały się istotne, ale ich wzorce wyglądały nieco inaczej:

- osoby najmłodsze (młodzi dorośli) w grupie ON stosunkowo częściej przypisywały swoje punkty zwrotne do kategorii: „rozwój osobisty i duchowy", „edukacja i wykształcenie" oraz „zdrowie", natomiast w grupie OS – do kategorii „edukacja i wykształcenie";
- osoby w środkowym okresie dorosłości w grupie ON stosunkowo częściej przypisywały swoje punkty zwrotne do kategorii: „rodzina i bliskie związki", natomiast w grupie OS – do kategorii: „praca" oraz „zdrowie";

- najstarsi (starsi dorośli) w grupie ON stosunkowo częściej wybierali kategorię: „standard i komfort życia”, „praca” oraz „czas wolny”, natomiast w grupie OS – kategorię: „rodzina i bliskie związki”.



Rycina 34. Liczba punktów zwrotnych w poszczególnych kategoriach w podziale na trzy grupy wiekowe
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Osoby należące do różnych grup wiekowych w odmienny sposób spostrzegają ważne wydarzenia w swoim życiu zarówno pod względem ich treści, jak i momentu pojawienia się. Przeprowadzone analizy uzupełnimy jeszcze o informacje dotyczące oceny punktów zwrotnych i ewentualnych różnic pomiędzy osobami w grupach wiekowych – obliczenia wykonaliśmy oddzielnie dla osób z ograniczeniami sprawności i dla osób sprawnych (tab. 31).

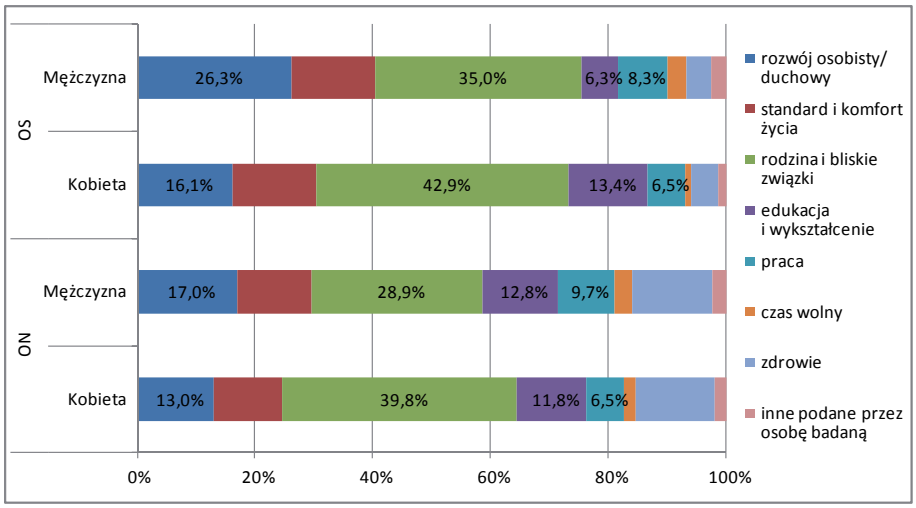
Tabela 31. Statystyki χ^2 dla testu rang Kruskalla-Wallisa (ocena punktów zwrotnych w trzech grupach wiekowych)

	Możliwości kontroli	Emocje pozytywne	Emocje negatywne	Konsekwencje pozytywne	Konsekwencje negatywne
Osoby z ograniczeniami sprawności					
χ^2	16,907	,244	5,047	1,329	4,105
Df	2	2	2	2	2
p (poziom istotności)	0,001	0,885	0,080	0,515	0,128
Grupy wiekowe	młodzi i starsi dorośli > średni dorośli	n.i.	młodzi i starsi dorośli > średni dorośli	n.i.	młodzi dorośli < starsi i średni dorośli
Osoby sprawne					
χ^2	2,315	,312	4,500	3,147	1,812
Df	2	2	2	2	2
p (poziom istotności)	0,314	0,856	0,105	0,207	0,404
Grupy wiekowe	różnice nieistotne				

Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Ujawnione różnice pomiędzy grupami wiekowymi były istotne tylko w grupie osób z ograniczeniami sprawności. Młodsi i starsi dorośli spostrzegali większe możliwości kontroli oraz więcej emocji negatywnych. Osoby ze środkowego okresu dorosłości spostrzegały mniej możliwości kontroli i mniej emocji negatywnych, wiążących się z opisywanymi zdarzeniami. Wydaje się, że istotniejsze związki zachodzą pomiędzy wiekiem badanych (przynależnością do grupy wiekowej) a treścią punktów zwrotnych (kategoria) niż ich oceną. Osoby w różnym wieku podają zatem inne zdarzenia jako punkty zwrotne, natomiast mniej różnią się od siebie pod względem oceny tych zdarzeń.

Sprawdziliśmy również, czy kobiety różnią się od mężczyzn pod względem spostrzegania punktów zwrotnych. Zaobserwowaliśmy istotne różnice pod względem liczby wskazywanych punktów zwrotnych w poszczególnych kategoriach [$\chi^2(7) = 32{,}993$; $p < 0{,}001$]. W kolejnym kroku przeprowadziliśmy taką analizę w podziale na osoby z ograniczeniami sprawności i osoby sprawne. Wyniki przedstawia rycina 35.



Rycina 35. Liczba punktów zwrotnych w poszczególnych kategoriach w podziale ze względu na płeć (w grupach ON i OS)
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

W grupie osób z ograniczeniami sprawności różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami układały się w sposób następujący:

- kobiety stosunkowo częściej zaliczały swoje punkty zwrotne do kategorii „rodzina i bliskie związki";
- mężczyźni stosunkowo częściej zaliczali swoje punkty zwrotne do kategorii „rozwój osobisty", „praca" oraz „czas wolny".

W grupie osób sprawnych różnice przedstawiają się następująco:

- kobiety stosunkowo częściej zaliczały swoje punkty zwrotne do kategorii „rodzina i bliskie związki" oraz kategorii „edukacja";
- mężczyźni stosunkowo częściej zaliczali swoje punkty zwrotne do kategorii „rozwój osobisty" i kategorii „czas wolny".

Poza różnicami, które dotyczyły treści punktów zwrotnych, sprawdziliśmy też, czy płeć jest istotnym czynnikiem różnicującym ocenę punktów zwrotnych. Okazało się, że wzorce różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami są nieco inne w grupach osób sprawnych i osób z ograniczeniami sprawności (tab. 32). Kobiety z ograniczeniami sprawności przeżywały więcej negatywnych emocji w związku z opisywanymi przez siebie wydarzeniami, natomiast mężczyźni z tej grupy relacjonowali większe możliwości kontroli nad zdarzeniami, które określili jako punkty zwrotne. W grupie osób sprawnych kobiety, podobnie jak w grupie z ograniczeniami sprawności, przeżywały więcej emocji negatywnych, natomiast mężczyźni wiązali wymieniane przez siebie zdarzenia z bardziej pozytywnymi konsekwencjami.

Tabela 32. Statystyki testu U Manna-Whitneya (ocena punktów zwrotnych a płeć w podziale na ON i OS)

	Możliwości kontroli	Emocje pozytywne	Emocje negatywne	Konsekwencje pozytywne	Konsekwencje negatywne
Osoby z ograniczeniami sprawności					
U Manna-Whitneya	147 245,000	165 608,000	149 552,500	158 912,000	163 124,500
Z	–3,377	–,177	–2,950	–1,313	–,347
p	0,001	0,859	0,003	0,189	0,729
Płeć	M > K	n.i.	K > M	n.i.	n.i.
Osoby sprawne					
U Manna-Whitneya	17 409,500	16 927,500	15 545,000	15 887,000	16 109,500
Z	–,328	–,785	–2,094	–1,771	–1,561
p	0,743	0,433	0,036	0,077	0,119
Płeć	n.i.	n.i.	K > M	M >K	n.i.

Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Opisywane przez nas związki płci z percepcją punktów zwrotnych wnoszą ważną informację o możliwych powiązaniach między społecznymi regułami przypisanymi do roli związanej z płcią a tym, w jaki sposób spostrzegamy swoje życie. W tym miejscu można postawić pytanie o to, na ile różnice w spostrzeganiu punktów zwrotnych wynikają z różnic w biografiach kobiet i mężczyzn, a na ile z odmiennie ukształtowanych przekonań na temat własnego życia – przekonania te, ukierunkowując uwagę, przyczyniają się do wydobywania z pamięci autobiograficznej takich, a nie innych zdarzeń. Nie możemy rozstrzygnąć tego problemu w tym miejscu również dlatego, że wzorce obserwowanych przez nas różnic są nieco inne w przypadku osób sprawnych i osób z ograniczeniami sprawności.

Ostatnią z analizowanych przez nas w tej części rozdziału zmiennych jest wykształcenie. Ujmujemy je na trzech poziomach: podstawowe lub zawodowe, średnie i wykształcenie, do którego zdobycia niezbędna jest matura, czyli pomaturalne i wyższe. Wykształcenie jest istotnie powiązane z liczbą punktów zwrotnych w danych kategoriach zarówno w grupie osób z ograniczeniami sprawności [$\chi^2(14) = 54{,}322$; $p < 0{,}001$], jak i w grupie osób sprawnych [$\chi^2(14) = 37{,}625$ $p < 0{,}001$]. Dla osób z ograniczeniami sprawności różnice przedstawiają się w sposób następujący:

- osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym przypisywały stosunkowo więcej punktów zwrotnych do kategorii „rodzina i bliskie związki”,

- osoby z wykształceniem średnim przypisywały stosunkowo więcej punktów zwrotnych do kategorii „zdrowie”,
- osoby z wykształceniem pomaturalnym lub wyższym przypisywały stosunkowo więcej punktów zwrotnych do kategorii „rozwój osobisty”, „edukacja i wykształcenie”, „praca” oraz „czas wolny”.

Dla osób sprawnych różnice przedstawiają się następująco:

- osoby z wykształceniem średnim przypisywały stosunkowo więcej punktów zwrotnych do kategorii „rodzina i bliskie związki”,
- osoby z wykształceniem pomaturalnym lub wyższym przypisywały stosunkowo więcej punktów zwrotnych do kategorii „edukacja i wykształcenie” oraz „praca”.

Wnioski z analiz dotyczących wykształcenia wydają się zgodne z intuicją i wskazują na fakt, iż dłuższy czas nauki i wyższe zdobyte wykształcenie wiążą się ze spostrzeganiem swojego życia poprzez pryzmat wydarzeń zachodzących w takich obszarach aktywności, jak nauka, praca i czas dla siebie (w tym czas wolny i rozwój osobisty). Sądzimy, że szczególnie w przypadku osób z ograniczeniami sprawności wyższe wykształcenie daje szersze możliwości uczestniczenia w różnych sytuacjach z wieloma, często bardzo odmiennymi, osobami, co znacznie wzbogaca doświadczenia i przyczynia się do większej różnorodności zdarzeń, opisywanych jako punkty zwrotne.

Tabela 33. Statystyki χ^2 dla testu rang Kruskalla-Wallisa (ocena punktów zwrotnych a wykształcenie w grupach ON i OS)

	Możliwości kontroli	Emocje pozytywne	Emocje negatywne	Konsekwencje pozytywne	Konsekwencje negatywne
Osoby z ograniczeniami sprawności					
χ^2	12,416	0,661	4,103	11,750	4,419
Df	2	2	2	2	2
p (poziom istotności)	0,002	0,719	0,129	0,003	0,110
Wykształcenie	3 > 2 > 1	n.i.	n.i.	3 > 2 > 1	n.i.
Osoby sprawne					
χ^2	18,689	8,410	2,612	3,975	5,899
Df	2	2	2	2	2
p (poziom istotności)	0,001	0,015	0,271	0,137	0,052
Wykształcenie	3 > 1 i 2	3 > 1 i 2	n.i.	n.i.	2 > 1 i 3

Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Poziom wykształcenia wiązał się istotnie z oceną punktów zwrotnych zarówno w grupie osób z ograniczeniami sprawności, jak i osób sprawnych (tab. 33). Dla obu grup wyższe wykształcenie wiązało się z większymi możliwościami sprawowania kontroli nad zdarzeniami, a dodatkowo w grupie osób z ograniczeniami sprawności – również ze spostrzeganiem bardziej pozytywnych konsekwencji punktów zwrotnych.

5.5.4. Percepcja punktów zwrotnych w życiu a aktywność zawodowa i społeczna oraz jakość życia

W naszych dotychczasowych poszukiwaniach koncentrowaliśmy się na szukaniu korelacji pomiędzy percepcją punktów zwrotnych a takimi właściwościami osoby, które mogą wiązać się z odmiennymi doświadczeniami życiowymi – stanem zdrowia i ograniczeniami w wykonywaniu codziennych czynności. Zakładaliśmy również, że pewne charakterystyki osób biorących udział w badaniu mogą przyczyniać się do ukształtowania określonych przekonań nie tylko poprzez generowanie specyficznych doświadczeń, lecz także poprzez wywoływanie zmian w sposobach myślenia i przeżywania – dotyczy to wieku i wykształcenia.

Analizowane zależności chcielibyśmy poszerzyć o informacje dotyczące aktywności zarówno zawodowej, jak i społecznej osób badanych. Te charakterystyki stanowią dla nas szczególnie ważne źródło informacji, ponieważ mogą wiązać się z możliwościami przeżycia nowych doświadczeń, które potencjalnie mogą stać się punktami zwrotnymi, na przykład ze znalezieniem pracy, uzyskaniem nowych kwalifikacji, z awansem na stanowisko kierownicze, utratą pracy, przejściem na emeryturę.

Aktywność ludzi, w tym aktywność społeczną i zawodową, możemy jednak rozumieć też jako pochodną posiadanych przez nich przekonań. W takim ujęciu wewnętrzne struktury poznawcze – przekonania i ich systemy – działają jak swego rodzaju „okulary" czy „filtr" i powodują specyficzne spostrzeganie własnego życia. Przyczyniają się nawet być może do podejmowania lub porzucania pewnych aktywności, do przyjmowania postawy aktywnej i poszukującej lub biernej i wyczekującej. Aktywność zawodową ujmowaliśmy w następujących kategoriach: badany nie pracował, nie pracuje obecnie i nie poszukuje pracy ('np/np/np') (kategoria 1); badany kiedyś pracował, nie pracuje obecnie i nie poszukuje pracy ('p/np/np') (kategoria 2); badany nigdy nie pracował i obecnie nie pracuje, ale poszukuje pracy ('np/np/p') (kategoria 3); badany kiedyś pracował, obecnie nie pracuje, ale poszukuje pracy ('p/np/p') (kategoria 4); badany pracuje ('-/p/-') (kategoria 5).

Jako pierwsze sprawdziliśmy liczby punktów zwrotnych w poszczególnych kategoriach – różnice okazały się istotne tylko w grupie osób z ograniczeniami sprawności [$\chi^2(28) = 89{,}739$; $p < 0{,}001$]. Przedstawiają się one następująco:

- osoby, które nie pracują i nie poszukują pracy oraz nigdy wcześniej nie pracowały, stosunkowo częściej przypisywały punkty zwrotne do kategorii „edukacja i wykształcenie" oraz „zdrowie" – są to tylko osoby z ograniczeniami sprawności należące do grupy młodych dorosłych; w całej zbadanej grupie było takich osób 21;
- osoby, które kiedyś pracowały, ale obecnie już nie są aktywne zawodowo, częściej przypisywały punkty zwrotne do kategorii „praca" i „czas wolny" – były to w większości osoby z trzeciej grupy wiekowej, czyli starsi dorośli (w całej grupie ON były 102 takie osoby, w tym z grupy starszych dorosłych 70 osób);
- wśród tych, którzy obecnie szukają swojej pierwszej pracy, najczęstszymi kategoriami punktów zwrotnych były „edukacja i wykształcenie", „zdrowie" oraz „czas wolny" – w tej grupie znalazły się jedynie osoby z ograniczeniami sprawności: na 13 takich osób aż 12 to byli młodzi dorośli;
- w grupie osób, które kiedyś pracowały, a obecnie poszukują swojej kolejnej pracy, dominowała kategoria „standard i komfort życia"; w grupie ON było takich osób 48, w tym 24 osoby ze środkowego okresu dorosłości;
- wreszcie w grupie osób obecnie pracujących (najliczniejsza grupa – 131 osób) dominowała kategoria „rodzina i bliskie związki" – byli to głównie młodzi (55 osób) i dorośli w środkowym okresie życia (60 osób).

Obecna lub przeszła aktywność zawodowa były powiązane z treścią punktów zwrotnych, choć wykryte przez nas związki nie zawsze układały się w taki wzorzec, który podpowiadałaby nam intuicja. Można zauważyć, że zarówno aktywność zawodowa, jak i treść punktów zwrotnych są powiązane z wiekiem i poziomem sprawności.

Okazało się, że najstarsi badani, którzy już nie są aktywni zawodowo, jako jedyni częściej przypisywali ważne zdarzenia do kategorii „praca", natomiast osoby obecnie pracujące, a byli to w większości dorośli młodzi i w średnim wieku, lokowali istotne dla siebie, przełomowe zdarzenia, w kategorii „rodzina i bliskie związki". Nie możemy jednak zapominać, że istotne różnice zaobserwowaliśmy jedynie w grupie osób z ograniczeniami sprawności, co każe nam zadać pytanie o to, czy aktywność zawodowa jest szczególnie istotna dla sposobu spostrzegania przez nie swojego życia. Otwarte pozostaje pytanie, dlaczego związki te nie były istotne dla osób sprawnych.

Aktywność zawodowa była również powiązana z oceną punktów zwrotnych. Zaobserwowaliśmy różnice zarówno w grupie osób sprawnych, jak i z ograniczeniami sprawności (tab. 34). W grupie osób z ograniczeniami sprawności pracujący dostrzegali najwięcej konsekwencji pozytywnych oraz mniej negatywnych niż osoby, które kiedyś pracowały, ale obecnie pozostają bez pracy. To właśnie ci badani (kiedyś pracujący, a obecnie niepracujący, poszukujący pracy lub bierni) wiązali z przytaczanymi zdarzeniami najwięcej negatywnych emocji. W grupie sprawnych osoby pracujące i poszukujące kolejnej pracy spostrzegały więcej możliwości kontroli oraz wiązały z przytaczanymi przez

siebie punktami zwrotnymi więcej emocji pozytywnych oraz mniej negatywnych konsekwencji. Natomiast ci badani, którzy nie są już aktywni zawodowo, dostrzegali więcej emocji negatywnych i najmniej pozytywnych konsekwencji. Możemy przypuszczać, iż w przypadku osób sprawnych w opisywanych grupach mamy do czynienia z odmiennym spostrzeganiem ważnych wydarzeń życiowych – osoby aktywne zawodowo (głównie młodzi i w średnim wieku) odbierają je bardziej pozytywnie niż osoby bierne zawodowo (głównie starsi dorośli). Przypuszczamy, że mamy tu do czynienia głównie z efektem wieku i odmienności doświadczeń osób przynależących do tych grup.

Tabela 34. Statystyki χ^2 dla testu rang Kruskalla-Wallisa (ocena punktów zwrotnych a aktywność zawodowa w grupach ON i OS)

	Możliwości kontroli	Emocje pozytywne	Emocje negatywne	Konsekwencje pozytywne	Konsekwencje negatywne
Osoby z ograniczeniami sprawności					
χ^2	6,236	5,342	8,022	23,716	21,725
Df	4	4	4	4	4
p	0,182	0,254	0,091	0,000	0,000
Aktywność zawodowa*	n.i	n.i.	2 i 4 > 1 i 3 i 5	5 > 2 i 3 > 1 i 4	2 i 4 > 5 i 1 > 3
Osoby sprawne					
χ^2	6,269	6,092	4,725	14,684	5,377
Df	2	2	2	2	2
p	0,044	0,048	0,094	0,001	0,068
Aktywność zawodowa	5 i 4 > 2	5 i 4 > 2	2 > 5 i 4	5 > 4 > 2	2 > 5 i 4

* kategoria 1 – badany nie pracował, nie pracuje obecnie i nie poszukuje pracy ('np/np/np');
kategoria 2 – badany kiedyś pracował, nie pracuje obecnie i nie poszukuje pracy ('p/np/np');
kategoria 3 – badany nigdy nie pracował i obecnie nie pracuje ale poszukuje pracy ('np/np/p');
kategoria 4 – badany kiedyś pracował, obecnie nie pracuje ale poszukuje pracy ('p/np/p');
kategoria 5 – badany pracuje ('-/p/-').

Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Poza aktywnością zawodową interesowała nas również aktywność społeczna, będąca częścią składową kapitału społecznego osób z ograniczeniami sprawności. Ujmowaliśmy ją w postaci pytania: „czy wśród Pani/Pana znajomych są: (1) tylko osoby z ograniczeniami sprawności; (2) głównie osoby z ograniczeniami sprawności i nieliczne sprawne; (3) podobna liczba osób z ograniczeniami sprawności i osób sprawnych; (4) głównie osoby sprawne i nieliczne osoby z ograniczeniami sprawności; (5) tylko osoby sprawne?".

Różnice pomiędzy osobami odmiennie odpowiadającymi na to pytanie były obecne tylko w grupie osób z ograniczeniami sprawności [$\chi^2(28) = 58{,}846$; $p < 0{,}001$] i przedstawiają się w sposób następujący:

- tylko osoby z ograniczeniami sprawności: osoby z tej grupy stosunkowo częściej wskazywały na kategorie „edukacja i wykształcenie" – takich osób było 9, w tym z grupy ON 8, byli to głównie dorośli w średnim wieku;
- głównie osoby z ograniczeniami sprawności i nieliczne sprawne: osoby z tej grupy stosunkowo częściej wskazywały na kategorie „standard i komfort życia" oraz „praca" – 33 osoby tylko w grupie ON, głównie dorośli w średnim wieku i starsi;
- podobna liczba osób z ograniczeniami sprawności i osób sprawnych: osoby z tej grupy stosunkowo częściej wskazywały na kategorię „rozwój osobisty" – takich osób było 139, w tym 126 z grupy ON; proporcjonalnie równe liczności w grupach wiekowych;
- głównie osoby sprawne i nieliczne osoby z ograniczeniami sprawności: osoby z tej grupy stosunkowo częściej wskazywały na kategorie „rodzina i bliskie związki" – takich osób było 186, proporcjonalnie więcej w grupie OS; niewielka przewaga osób z grupy młodych dorosłych;
- tylko osoby sprawne: osoby z tej grupy stosunkowo częściej wskazywały na kategorie „praca i zdrowie" – było takich osób 62, proporcjonalnie więcej z grupy OS; byli to głównie dorośli młodzi i w średnim wieku.

W kolejnym kroku sprawdziliśmy, na ile sposób odpowiadania na pytanie dotyczące przyjaciół wiązał się z oceną punktów zwrotnych. Różnice okazały się istotne tylko w grupie ON i tylko w przypadku oceny konsekwencji pozytywnych i negatywnych (tab. 35). Osoby, które mają bardziej zróżnicowaną grupę przyjaciół (odpowiedzi nr 3 i 4), relacjonowały bardziej pozytywne konsekwencje wydarzeń. Ciekawa zależność dotyczy konsekwencji negatywnych. Osoby, które zadeklarowały, że mają jedynie przyjaciół sprawnych, oraz osoby, które mówiły, że mają głównie przyjaciół z ograniczeniami sprawności, doświadczały więcej negatywnych konsekwencji wydarzeń uznanych za punkty zwrotne.

Przypuszczaliśmy, że w grupie osób z ograniczeniami sprawności, które mają przyjaciół jedynie wśród osób sprawnych, znaleźli się ci badani, którzy utracili sprawność w okresie dorosłości. Sprawdziliśmy to – dla tej grupy średni wiek utraty sprawności wynosił 32 lata, a średni wiek w momencie badania – 48 lat, należy też pamiętać, że jedną z dominujących kategorii punktów zwrotnych było w ich przypadku „zdrowie". W takiej sytuacji można przypuszczać, że konsekwencje wydarzeń związanych z utratą sprawności oceniane są negatywnie, a w procesie porównań społecznych grupą odniesienia dla tych badanych są ich w pełni sprawni znajomi.

Tabela 35. Statystyki χ^2 dla testu rang Kruskalla-Wallisa (ocena punktów zwrotnych a aktywność zawodowa w grupach ON i OS)

	Możliwości kontroli	Emocje pozytywne	Emocje negatywne	Konsekwencje pozytywne	Konsekwencje negatywne
Osoby z ograniczeniami sprawności					
χ^2	8,090	8,325	4,597	13,053	10,650
Df	4	4	4	4	4
p (poziom istotności)	0,088	0,080	0,331	0,011	0,031
Przyjaciele	n.i	n.i.	n.i	3 i 4 > 1, 2 i 5	5 i 2 > 1, 3 i 4

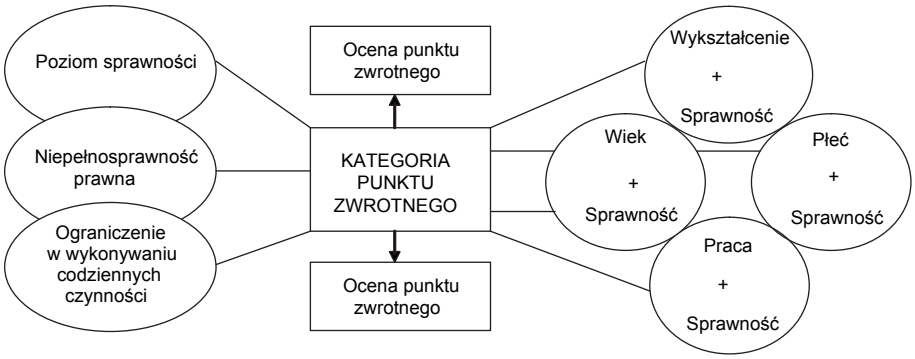
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

5.6. Wnioski

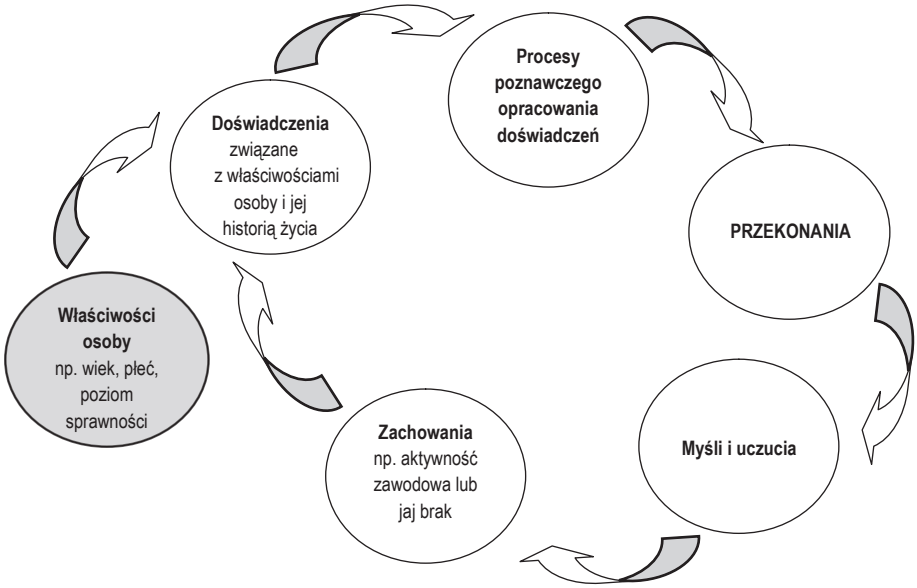
Przeanalizowaliśmy związki łączące percepcję punktów zwrotnych z charakterystykami zbadanych osób. Na tej podstawie chcielibyśmy zaproponować ujęcie odkrytych zależności w postaci następujących stwierdzeń:

1) najbardziej istotnym wskaźnikiem na tym etapie poszukiwań okazała się kategoria (np. „zdrowie", „praca", „rodzina…") punktu zwrotnego, do którego badany przypisał wymieniane przez siebie zdarzenia życiowe;
2) kategoria była powiązana zarówno z momentem wystąpienia, jak i sposobem oceny punktów zwrotnych;
3) treść punktu zwrotnego ujęta w postaci kategorii była istotnie powiązana z formalnymi charakterystykami punktów zwrotnych (skale oceny);
4) liczba punktów zwrotnych w danej kategorii (jej wysycenie) istotnie wiązała się z charakterystykami osoby, takimi jak: poziom sprawności, wiek, płeć, wykształcenie i aktywność zawodowa – rycina 36.

Punkty zwrotne, jako ważne wydarzenia o charakterze przełomowym, odgrywają niewątpliwie istotną rolę w naszych analizach dotyczących dróg kształtowania się przekonań na temat własnego życia, przebiegu rozwoju i jego jakości. Otwartym pozostaje pytanie, czy analizowane przez nas zdarzenia mówią nam o faktycznym przebiegu życia osób badanych i ich historii, czy są może bardziej są wynikiem ukształtowanych przekonań i jako takie możemy traktować je jako wskaźniki tych przekonań.



Rycina 36. Związki pomiędzy doświadczeniami, przekonaniami i zachowaniami
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.



Rycina 37. Powstawanie i konsekwencje przekonań osób z ograniczeniami sprawności
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Proces powstawania przekonań oparty jest na doświadczeniach i ich poznawczym opracowywaniu (por. Bandura, 2009; Skarżyńska, 2009). Ukształtowane przekonanie ma moc ukierunkowywania uwagi w procesie spostrzegania nowych doświadczeń oraz wydobywania tych przeszłych z pamięci autobiograficznej. Badani, którzy różnią się pod względem spostrzegania punktów zwrotnych, różnią się również charakterystykami związanymi na przykład

z poziomem sprawności, wiekiem czy wykształceniem. Te różnice niewątpliwie przyczyniają się do różnic w doświadczeniach: młode osoby nie mają przeżyć wojennych, sprawni nie odczuwają ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu itd. Jednocześnie te doświadczenia ukształtowały w ich umysłach odmienne przekonania na temat ich życia, co z kolei może wpływać na sposób bieżącego funkcjonowania, wyrażający się w aktywności społecznej i zawodowej. Procesy te przedstawia rycina 37.

Zakończenie

Na początku tego opracowania zaproponowaliśmy schemat (por. ryc. 1 w rozdz. 1) wskazujący związki pomiędzy, z jednej strony, doświadczeniami a przekonaniami, a z drugiej – doświadczeniami a ich efektami w postaci myśli i zachowań. W całej książce, prezentując wyniki badań, staraliśmy się rekonstruować systemy przekonań, jakimi posługiwali się nasi badani, po to, aby odpowiedzieć na trzy pytania:

- jak owe przekonania powstały, na bazie jakich doświadczeń?
- jakie są związki tych przekonań, które zidentyfikowaliśmy, z aktualnym funkcjonowaniem badanych osób w różnych obszarach?
- czy, w jakim zakresie i jak można modyfikować systemy nieadaptacyjnych przekonań?

Analizowaliśmy wczesne doświadczenia i ich związki ze stylami przywiązania oraz ze sposobem spostrzegania innych ludzi, jak również spostrzeganie siebie i przekonania o punktualności swojego rozwoju w odniesieniu do tego, jak rozwijają się inni ludzie, przede wszystkim rówieśnicy. Przypatrywaliśmy się także historiom życia, jakie opowiadali badani, przez pryzmat ważnych wydarzeń w ich życiu. Zebrany przez nas materiał stanowi przyczynek do wyciągnięcia wniosków i wskazania ważnych obszarów interwencji i dalszych badań.

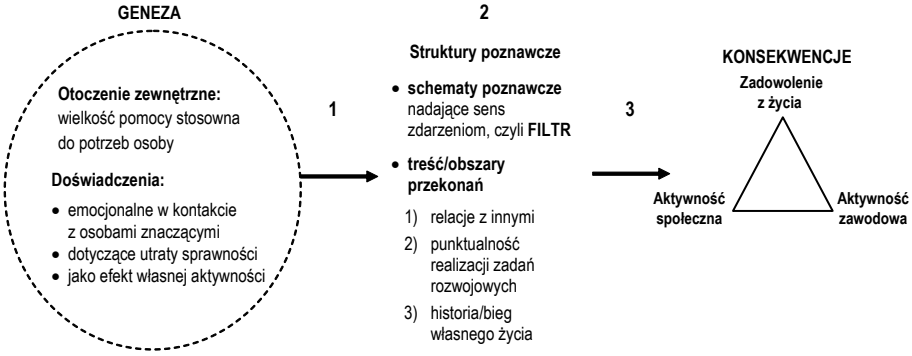
1. Podsumowanie: od doświadczeń do przekonań i zachowań

Punkt wyjścia w naszych rozważaniach stanowią różnorodne doświadczenia życiowe, które – potencjalnie – we wczesnych etapach życia, okresie dorastania i w dorosłości mogą przyczyniać się do powstania i podtrzymywania systemu przekonań. Przypuszczamy, choć aspekt ten nie był badany, że pewne rodzaje doświadczeń są bardziej znaczące niż inne. Mamy tu na myśli przede wszystkim (por. Logan, 1986):

- wczesne emocjonalnie nacechowane relacje z innymi ważnymi osobami (wątek bazowego poczucia bezpieczeństwa i przywiązania);
- różne przejawy własnej, autonomicznej, wewnętrznie motywowanej aktywności, przeżywanie sukcesów i porażek, okazje do nieskrępowanej zabawy i twórczości (wątek instrumentalny).

W przypadku zbadanej przez nas grupy osób z ograniczeniami sprawności niezwykle ważne są również doświadczenia związane ze zdrowiem, samopoczuciem fizycznym i konsekwencjami pojawiających się ograniczeń, które

w znacznym stopniu mogą modyfikować zakres i rodzaj gromadzonych w różnych sytuacjach doświadczeń, a co za tym idzie – kształtować odpowiednie przekonania (ryc. 38).



Rycina 38. Powstawanie i konsekwencje przekonań osób z ograniczeniami sprawności
Źródło: opracowanie Radosław Kaczan.

Wzajemne relacje pomiędzy doświadczeniami a przekonaniami i aktywnością wymagają niewątpliwie dalszych badań, ale już teraz na podstawie przeprowadzonych analiz można wskazać na ich kierunki. Naszym zdaniem związki przekonań z aktywnością na różnych polach w życiu dorosłym oraz z oceną jakości życia otwierają przed nami ważne obszary poszukiwań najskuteczniejszych metod modyfikacji przekonań, tak aby sprzyjały one zachowaniom proaktywnym i przyczyniały się do większego zadowolenia z życia.

Ciągle otwarty pozostaje wątek związków pomiędzy doświadczeniami a przekonaniami nieadaptacyjnymi. W tym obszarze, naszym zdaniem, potrzeba najwięcej badań, i to o charakterze podłużnym (Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2010) albo według modelu *ex post facto* (rekonstrukcja historii życia), czy też badań towarzyszących osobie niepełnosprawnej, monitorujących proces jej rozwoju. Monitorowanie procesu kształtowania się przekonań i poszukiwanie momentów krytycznych dla pojawienia się przekonań nieadaptacyjnych z punktu widzenia tak potrzeb jednostki, jak i oczekiwań jej otoczenia pozwoli w sposób rzetelny projektować i wprowadzać działania profilaktyczne oraz edukacyjne, w tym aktywizacyjne, mające na celu zwiększenie szans na to, że w najważniejszych (krytycznych) momentach rozwoju takie „dobre" doświadczenia będą miały okazję się pojawić.

2. Kierunki dalszych badań

Dalsze kierunki badań nad przekonaniami powinny mieć na celu udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

- jaki rodzaj doświadczeń: (a) związanych z kontaktami z osobami znaczącymi, (b) związanych z doświadczaniem objawów i konsekwencji własnej niepełnosprawności, (c) związanych z doświadczaniem efektów własnej aktywności, przyczynia się do ukształtowania przekonań adaptacyjnych?
- jaki rodzaj przekonań przyczynia się do aktywności życiowej optymalnie zaspokajającej potrzeby indywidualne i społeczne osoby niepełnosprawnej oraz, w rezultacie, do wysokiego poczucia jakości życia?
- jakie są okresy krytyczne dla powstania przekonań adaptacyjnych i jaki rodzaj doświadczeń jest wtedy najbardziej właściwy?
- czy doświadczenie utraty sprawności w znaczący sposób modyfikuje przekonania na temat własnej osoby w każdym okresie życia, czy też modyfikacja ta jest znacząca, gdy niepełnosprawność ujawnia się bądź pojawia w okresach krytycznych w procesie rozwoju?

Tak postawione pytania wymagają weryfikacji w dobrze zaplanowanych badaniach podłużnych. Na ich podstawie będzie można opisywać takie doświadczenia, które istotnie modyfikują przekonania. Śledzenie procesu kształtowania się i modyfikacji przekonań w czasie da możliwość wiązania ich nie tylko z doświadczeniami (tzw. poprzedniki), ale również z efektami (następniki), co z kolei otwiera drogę do odpowiedzi na pytanie o to, jakie rodzaje interwencji są najbardziej skuteczne w przypadku osób z ograniczeniami sprawności, gdy podstawą ich zachowania są przekonania nieadaptacyjne.

Pytamy przede wszystkim o to, czy powinniśmy się skupić na:

- dostarczeniu nowych doświadczeń i kształtowaniu na ich podstawie nowych przekonań?
- dostarczaniu takich doświadczeń, które miałyby „siłę" zmiany znaczenia starych doświadczeń i modyfikowania przekonań ukształtowanych na ich podstawie?
- czy może raczej na działaniach profilaktycznych, mających zapobiegać powstawaniu tych przekonań, które uznamy za nieadaptacyjne z zarówno osobistego, jak i społecznego punktu widzenia?

Osobnym wątkiem badań nad przekonaniami jest problem nieadaptacyjnych przekonań jako swego rodzaju mechanizmów obronnych osobowości, którymi w sposób nieuświadomiony posługują się, podobnie zresztą jak inni ludzie, osoby z ograniczeniami sprawności. Kiedy tak spojrzymy na część przekonań, na przykład na te dotyczące poczucia punktualności wydarzeń we własnym życiu, możemy postawić hipotezę, iż są one w pewien sposób adaptacyjne dla tych osób. Powstały jako wynik ich doświadczeń i odpowiedź na warunki, w których żyją. Z zewnątrz możemy oceniać je jako nieadaptacyjne, ponieważ hamują aktywność i nie przyczyniają się do rozwoju, ale dla danej

osoby stanowią mechanizm chroniący ją przed konfrontacją z ograniczeniami i zabezpieczający przed kolejnymi porażkami.

W takim ujęciu nasze poszukiwania powinny koncentrować się na odkrywaniu czynników tkwiących w jednostce i jej środowisku, które przyczyniają się do tego, że powstanie „adaptacyjnych" przekonań nieadaptacyjnych było jedynym dostępnym sposobem poradzenia sobie z trudną sytuacją, na przykład z własnymi ograniczeniami sprawności i reakcjami otoczenia na nie. Idąc krok dalej, musimy zatem poszukiwać również takich czynników, które potencjalnie mogłyby przyczyniać się do takiego wspierania osoby z ograniczeniami sprawności, aby nie musiała korzystać z tego typu mechanizmów obrony dobrego mniemania o sobie.

Pojawia się tu istotne pytanie o najbardziej właściwe metody wspierania nie tylko osób z ograniczeniami sprawności, ale także osób z ich najbliższego otoczenia – członków rodziny, dalszych krewnych, sąsiadów. Osobną kwestią jest wspieranie i edukacja rodzin dzieci i nastolatków z ograniczeniami sprawności, tak aby oddziaływania wychowawcze rodziców i nauczycieli sprzyjały jak największej samodzielności dziecka oraz ukształtowaniu się u niego przekonania o własnej skuteczności i osobistej sprawczości. Podstawą takich badań mogłaby być koncepcja „wychowania do samodzielności" Brzezińskiej i Kaczana (2008), w której wskazuje się na znaczenie rodzaju i zakresu wczesnych doświadczeń przyczyniających się do ukształtowania u dziecka postawy proaktywnej. Postawa ta u dorosłej osoby owocuje przekonaniami na temat możliwości skutecznego działania i wiary w realizację podjętych zamierzeń.

3. Cele i formy interwencji

Dokonane analizy skłaniają nas do wyłonienia dwóch typów interwencji, które mogą zostać podjęte w celu modyfikacji starych i kształtowania nowych przekonań:

1) pierwszy typ to interwencje o różnej perspektywie czasowej, adresowane do poszczególnych osób, nastawione na łagodzenie skutków już ukształtowanych przekonań, przede wszystkim tych, które w sposób najbardziej znaczący blokują lub zakłócają jej aktywność;
2) drugi typ to działania długofalowe, oparte na założeniach tak zwanej *wczesnej interwencji*, skoncentrowane na kształtowaniu środowiska, w którym rozwija się osoba niepełnosprawna, czyli na tworzeniu warunków nabywania przez nią odpowiednich kompetencji. Środowisko to ma funkcjonować w taki sposób, aby możliwe było kształtowanie się i wzmacnianie osobistych kompetencji bazowych. Kompetencje te stanowią kapitał psychologiczny jednostki, jej swoiste wyposażenie, pozwalające na samodzielne podejmowanie zadań i zmaganie się z przeszkodami w toku ich realizacji. W skład tego osobistego kapitału wchodzą m.in. przekonania o własnej skuteczności, optymizm i nadzieja, prężność osobowości (Luthans,

Youssef, Avolio, 2007), ale także umiejętność stawiania sobie zadań dalekich (Obuchowski, 1983, 1985, 1997) oraz projektowania swego życia (Kuźnik, 2002).

3.1. Interwencje nastawione na osobę

Interwencje o różnej perspektywie czasowej, a także interwencje nagłe, podejmowane w sytuacjach kryzysowych, kierowane są do osób, których przekonania w znaczący sposób przyczyniają się do ograniczenia ich aktywności, zahamowania procesu rozwoju i spadku jakości życia w sensie obiektywnym, jak i subiektywnym. Ze względu na cel interwencji podzieliliśmy je na dwa rodzaje: typ A – nastawione na zmianę schematów poznawczych związanych z określonymi zachowaniami i typ B – nastawione na przemodelowanie systemu przekonań, czyli na zmiany o charakterze głębszym i wymagające dłuższego czasu.

Interwencje typu A

Są to oddziaływania krótkoterminowe, oparte na poznawczo-behawioralnym modelu pomocy psychologicznej oraz poradnictwie życiowym i zawodowym. Koncentrują się one na zmianie pojedynczych przekonań lub na przeformułowaniu ich w kierunku bardziej adaptacyjnym. Można je kierować do dwóch typów osób.

Po pierwsze do tych, które potrzebują tylko niewielkiej pomocy i doradztwa w niektórych sytuacjach życiowych, związanych z koniecznością adaptacji do nowych okoliczności bądź z niewielką zmianą stylu życia w wyniku na przykład niespodziewanego szybkiego uzyskania pracy, zmiany miejsca zamieszkania, pogorszenia się stanu zdrowia, pojawienia się atrakcyjnej, ale ryzykownej oferty działania. To osoby ogólnie dobrze funkcjonujące i posiadające wiele różnych zasobów psychologicznych, które można wykorzystać w procesie zmiany. W grupie tej mieszczą się też osoby o wysokim poczuciu punktualności oraz spostrzegające siebie i swoje życie jako podobne do rówieśników.

Drugi typ osób, którym można zaproponować krótko- i średnioterminowe oddziaływania nastawione na poprawę ich aktualnego funkcjonowania, to te, które w przeciwieństwie do pierwszej grupy mają mało zasobów, a ich gotowość do zmiany systemu przekonań jest niewielka. Wymagają one dłuższego wspierania i pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb. Zwykle najpierw konieczne jest zrekompensowanie istotnych braków (deficytów), a dopiero w kolejnych krokach podejmowanie działań zamierzających do zmiany ich położenia poprzez uruchomienie wewnętrznej motywacji do zmiany i opanowanie nowych sposobów rozwiązywania problemów życiowych.

Interwencja typu A to pomoc doraźna i obliczona na szybkie, a czasami być może mało trwałe zmiany, które dają jednak możliwość podjęcia bardziej kompleksowych działań długoterminowych.

Interwencje typu B

Są to głównie oddziaływania terapeutyczne, mające na celu znaczące przemodelowanie systemu przekonań osoby, połączone z poradnictwem i interwencjami mającymi zapewnić zdobycie nowych, o charakterze korektywnym, doświadczeń w najbliższym środowisku. Nowe doświadczenia mogą pochodzić z procesu dokonującej się stopniowo i coraz bardziej wnikliwej poznawczej reinterpretacji zdarzeń, które doprowadziły do powstania określonego nieadaptacyjnego przekonania. Mogą jednak także być efektem zmian, jakie zachodzą w środowisku życia, i uruchomienia mechanizmu *życzliwego koła* (patrz ryc. 9 w rozdziale pierwszym).

3.2. Interwencje nastawione na otoczenie

Interwencje, najczęściej długoterminowe, kierowane do otoczenia osób, koncentrują się na warunkach umożliwiających podejmowanie działań mających prowadzić do budowania przez nie osobistego kapitału psychologicznego i społecznego. Wydaje się nam, iż kluczowym zadaniem jest tutaj budowanie gotowości do podejmowania w okresie dorosłości różnych rodzajów aktywności, w tym edukacyjnej, zawodowej, także o charakterze twórczym. Na taką gotowość składa się kilka kluczowych przekonań dotyczących siebie i świata, których podwaliny kształtują się we wczesnych etapach rozwoju, tj. w wieku przedszkolnym, we wczesnych latach szkolnych i w okresie dorastania.

Działania „wczesno-interwencyjne" powinny być adresowane do kluczowych osób związanych z opieką, socjalizacją i edukacją dzieci i młodzieży. Aby dorośli chcieli i potrafili tworzyć dzieciom warunki do podejmowania różnych działań, sami muszą być osobami aktywnymi, także twórczymi, a to oznacza, że ich podstawową kompetencją powinna być umiejętność organizowania środowiska uczenia się tak fizycznego, jak i społecznego. Celem nie jest tu jednak tworzenie środowiska w pełni dostosowanego do ograniczonych możliwości działania w przypadku wystąpienia niepełnosprawności, ponieważ takie środowisko traci swą moc stymulowania rozwoju. Chodzi o dostosowanie środowiska działania do potrzeb i planów osoby o ograniczonej w jakimś obszarze sprawności, a te można kształtować, kreować i uświadamiać już dzieciom, nie zaś dopiero młodzieży czy młodym dorosłym. Podstawowym jednak warunkiem jest wiedza o rozwoju w kolejnych okresach życia, o tym, ku czemu zmierza i jakie jest „zapotrzebowanie" na określone formy stymulacji i wsparcia ze strony otoczenia.

Wiek przedszkolny

- kształtuje się inicjatywa, pomysłowość, fantazja i odwaga podejmowania różnorodnych działań, w tym korzystania z zasobów całego dostępnego środowiska oraz twórczego przekształcenia go zgodnie z własną wolą;
- szczególnie ważne są takie doświadczenia, jak zabawa z rówieśnikami w czasie i miejscu nie w pełni kontrolowanym przez dorosłych;
- ważne jest nie tyle bogate, ile różnorodne środowisko fizyczne;
- kluczowe jest przyzwolenie dorosłych na wprowadzanie w życie swoich pomysłów, samodzielne doświadczanie sukcesów i bezpieczne przeżywanie porażek.

U osób, które mają dużo tego typu doświadczeń, kształtują się przekonania o sobie jako o kimś twórczym i mającym inicjatywę oraz mogącym wpływać na otaczający go świat.
Na drugim biegunie są osoby, które mają przekonanie, że nie są w stanie zmieniać rzeczywistości i siebie, a ich wysiłek i zaangażowanie albo nie przynoszą zamierzonych skutków, albo koncentrują się tylko na utrzymaniu obecnego stanu rzeczy.

Wiek szkolny

- kształtuje się postawa odpowiedzialności za wykonane zadanie, dziecko oczekuje, że podejmowanie inicjatywy doprowadzi do pożądanego i społecznie akceptowanego rezultatu;
- kształtuje się postawa przedsiębiorczości, rozwija poczucie kompetencji w różnych obszarach;
- działania te mają także swój wątek społeczny, ponieważ realizowane są w ramach grupy rówieśniczej, zatem ważnymi doświadczeniami są przeżycia związane ze wspólnymi z innymi działaniami i koordynowaną oraz kontrolowaną przez siebie działalnością;
- dziecko doświadcza grupowych sukcesów i porażek w zetknięciu z nowymi, już niezwiązanymi z zabawą, zadaniami, takimi jak nauka w szkole, działalność w organizacjach, udzielanie pomocy innym, obowiązki domowe.

Osoby, które mają dużo pozytywnych doświadczeń z tego okresu życia, nabywają przekonania o swojej kompetencji i zaradności, są gotowe podejmować wysiłek zarówno samodzielnie, jak i grupowo bez nadmiernego lęku przed porażką i bez obawy o własną samoocenę. Solidny trening w działaniach dotyczących różnych obszarów rzeczywistości społecznej kształtuje proaktywną postawę wobec nowych zadań, co oznacza, iż traktowane są one raczej jako wyzwania, a nie jako zagrożenia.
Osoby z ubogimi, negatywnymi lub mało zróżnicowanymi doświadczeniami z tego okresu życia będą miały ukształtowane przekonania o swoich niewielkich kompetencjach, małej zaradności i braku umiejętności współdziałania z innymi. W obliczu konieczności podjęcia się jakiegoś zadania grupowego czy nowego albo w trudnej sytuacji będą reagować raczej lękiem i chęcią wycofania się lub „ukrycia" się za innymi.

Okres dorastania

- kształtują się zręby dojrzałej tożsamości i rozpoczyna się trudny proces przechodzenia z dzieciństwa do dorosłości;
- młodzi ludzie stają przed ważnymi życiowymi pytaniami i wyborami;
- na plan pierwszy wysuwają się próby określenia siebie wobec zmian, jakie zachodzą we własnym ciele i psychice, jak również określenia się wobec innych ludzi – tych najbliższych, od których należy się odseparować, i tych dalszych, na przykład rówieśników lub pierwszych partnerów, do których trzeba się zbliżyć;
- ważnym doświadczeniem staje się budowanie poczucia przynależności do grupy rówieśniczej, w której ramach zaspokaja się coraz więcej potrzeb;
- młodzi ludzie, przechodząc przez fazy eksperymentowania zarówno z własnym ciałem, jak i z różnymi społecznymi oraz kulturowymi ideami (ideologiami, systemami wartości),

starają się odnaleźć siebie i wybrać choć na chwilę jakiś układ odniesienia, który będzie im najbliższy.

Różnorodne, ale w większości pozytywne doświadczenia z tego okresu dają w życiu dorosłym przekonanie co do tego, że „wiem, kim jestem i sprawdziłem siebie w różnych sytuacjach i rolach". Proces konstruowania własnej tożsamości nie kończy się w okresie dorastania, ale to na tym etapie kształtuje się przekonanie, że można doświadczać różnych zmian bez obawy o zagubienie się w nich i rozmycie własnej tożsamości.

Osoby bez takich doświadczeń mogą obawiać się utraty tożsamości w wyniku nowych nieprzewidzianych doświadczeń. Kształtuje się u nich przekonanie o konieczności obrony i zachowania „aktualnego stanu posiadania", często za wszelką cenę, a co za tym idzie – są one niechętne wobec nowych doświadczeń, ich schematy działania są sztywne i często nieprzystające do rzeczywistości. Nadmierna koncentracja na dążeniu do zachowania stanu posiadania powoduje zablokowanie energii, która mogłaby zostać poświęcona na działania twórcze.

Każdy z okresów dzieciństwa i dorastania wnosi ważny wkład w nabywanie doświadczeń i kształtowanie się na ich podstawie przekonań na swój temat oraz na temat otaczającej rzeczywistości. Działania, które należy, naszym zdaniem, podejmować w ramach interwencji długofalowych nastawionych na środowisko, adresowanych do rodziców, nauczycieli i innych znaczących dorosłych, to przede wszystkim dostarczanie wiedzy, kształtowanie kompetencji społecznych i organizacyjnych oraz umiejętności w zakresie komunikacji.

Przydatne w planowaniu działań interwencyjnych mogą okazać się różne teorie psychologiczne i socjologiczne. J. Ecknerode i S. Hamilton (2000) rekomendują szczególnie:

- koncepcje wsparcia społecznego (*social provision*): podejście to zakłada rozpoznanie specyficznych potrzeb wsparcia;
- ekologiczne teorie rozwoju: nacisk na szerszy społeczny kontekst interwencji, czyli na społeczność i kontekst kulturowy, a także podkreślanie dynamiki wzajemnych powiązań między elementami systemu społecznego;
- teoria sprawstwa, samoskuteczności (*self-efficacy*): podkreślanie wagi przekonań dotyczących własnej skuteczności i sensu uzyskiwania biegłości (mistrzostwa) w procesie zmiany zachowania; nacisk kładzie się na wspieranie w osiąganiu serii małych sukcesów i umacnianie w przeświadczeniu, że można sobie poradzić z przeszkodami na drodze ku zakładanym celom;
- teoria przywiązania: zwrócenie uwagi na kluczową rolę wczesnych doświadczeń i powtarzalność problemu budowania bliskich relacji w każdym kolejnym okresie życia, podkreśla się tu też znaczenie jakości relacji pomiędzy osobami pomagającymi a otrzymującymi wsparcie.

Te wszystkie koncepcje i teorie będą jednak przydatne tylko o tyle, o ile osoba konstruująca projekt działań społecznych potrafi z jednej strony wskazać adekwatnie do potrzeb jego potencjalnych odbiorców trapiące ich problemy i możliwe rozwiązania, z drugiej zaś – będzie gotowa do przeprowadzenia i zweryfikowania jego wstępnej diagnozy. Wybór określonej koncepcji teoretycznej ułatwi jej wtedy porządkowanie zebranych informacji, naprowadzi ją na czynniki, które mogą okazać się istotne dla zrozumienia charakteru pro-

blemu, i wreszcie pomoże jej wybrać te czynniki. które należy „uruchomić”, aby zainicjować i podtrzymać zmianę w osobie i/lub w jej otoczeniu społecznym.

Bibliografia

Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M. (1997). *Psychologia społeczna. Serce i umysł.* Poznań: Zysk i S-ka.

Ayres L., (2008). Narrative interview. W: *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*.2008. SAGE Publications, www.sage-ereference.com/research/Article_n277.html (uzyskano 30 września 2009).

Bandura A. (2009). *Teoria społecznego uczenia się.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Bee H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka.* Poznań: Zysk i S-ka.

Bee H., Bjorklund B.R. (2004). *The Journey of Adulthood*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Benight C.C., Bandura A., (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, *42(10)*, 1129–1148.

Beresford P. (2005). Empowerment and emancipation. W: *Encyclopedia of Disability*. SAGE Publications, www.sage-ereference.com/disability/Article_n292.html (uzyskano 30 września 2009).

Bowlby J. (2007). *Przywiązanie.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Boyd D., Bee H. (2007). *Psychologia rozwoju człowieka.* Poznań: Zysk i S-ka.

Bretherton I. (2005). In pursuit of the internal working model construct and its relevance to attachment relationships. W: K. Grossmann, K. Grossmann, E. Waters (red.), *Attachment from Infancy to Adulthood* (s. 13–47). New York, London: Guilford Press.

Bruner J. (2004). Life as narrative. *Social Research*, *71(3)*, 691–710.

Brzezińska A.I. (2005). Jak skutecznie wspomagać rozwój?. W: A.I. Brzezińska (red.), *Portrety psychologiczne człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 683–708). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Brzezińska A.I. (2007). *Społeczna psychologia rozwoju.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Brzezińska A.I. (w druku). Ukryta filozofia rehabilitacji dzieci z zaburzeniami rozwoju.

Brzezińska A.I. (2003). Wydarzenie punktualne i niepunktualne w okresie dzieciństwa i dorastania. *Remedium*, *12(130)*, 47–48.

Brzezińska A.I., Appelt K., Ziółkowska B., (2010). Psychologia rozwoju człowieka. W: J. Strelau D., Doliński (red.), *Psychologia akademicka. Podręcznik* (tom 2, s. 95–292). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Brzezińska A.I., Kaczan R., (2008). *Wychowanie do samodzielności: kluczowy czynnik sukcesu zawodowego osób z ograniczeniem sprawności* (Osoby z Ograniczeniem Sprawności na Rynku Pracy, t. 3). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SWPS Academica / EFS.

Brzezińska A.I., Kaczan R. (2010a – w druku). Kwestionariusz *Poczucie Punktualności Zdarzeń Życiowych* (PPZŻ): konstrukcja i analiza właściwości psychometrycznych. *Polskie Forum Psychologiczne*.

Brzezińska A.I., Kaczan R., (2010b – w druku). Kwestionariusz *Poczucie Punktualności Zdarzeń Życiowych* (PPZŻ): podstawy teoretyczne. W: W. Zeidler (red.), *Kwestionariusze w psychologii. Postępy, zastosowania, problemy.* Warszawa: Vizja Press & IT.

Brzezińska A.I., Kaczan R. (2010c – w druku). Kwestionariusz *Poczucie Punktualności Zdarzeń Życiowych* (PPZŻ): konstrukcja, stosowanie, aplikacje. W: W. Zeidler (red.), *Kwestionariusze w psychologii. Postępy, zastosowania, problemy.* Warszawa: Vizja Press & IT.

Brzezińska A.I., Kaczan R., Ohme M., Resler-Maj A., Wiliński M. (2009). *Od zależności do samodzielności. Wspomaganie rozwoju dzieci z ograniczeniami sprawności*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Brzezińska A.I., Kaczan R., Piotrowski K., Rycielski P. (2008). *Aktywność osób z ograniczeniami sprawności na rynku pracy: czynniki wspomagające i czynniki ryzyka* (Osoby Niepełnosprawne, t. 4). Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica / EFS.

Brzezińska A.I., Piotrowski K. (2008a). *Aktywność zawodowa osób z ograniczoną sprawnością: wyznaczniki społeczno-demograficzne i osobowościowe* (Osoby z Ograniczeniem Sprawności na Rynku Pracy, t. 1). Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica / EFS.

Brzezińska A.I., Piotrowski K. (2008b). *Wyznaczniki satysfakcji z wykonywanej pracy osób z ograniczeniem sprawności: kompetencje i relacje* (Osoby z Ograniczeniem Sprawności na Rynku Pracy, t. 2). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SWPS Academica/EFS.

Brzezińska A., Rycielski P., Sijko K. (2010). *Wyzwania metodologiczne. Diagnoza potrzeb i ewaluacja wsparcia wśród osób z ograniczeniami sprawności.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Carr A. (2004). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach*. Poznań: Zysk i S-ka.

Ciechanowski P.S., Russo J.E., Katon W.J., Von Korff M., Ludman E., Lin E., Simon G., Bush T. (2004). Influence of patient attachment style on self-care and outcomes in diabetes. *Psychosomatic Medicine*, *66*, 720–728.

Ciechanowski P.S., Katon W.J., Russo J.E., Dwight-Johnson M.M. (2002). Association of attachment to lifetime medically unexplained symptoms in patients with hepatitis C. *Psychosomatics*, *43*, 206–212.

Cisłak A., Henne K., Skarżyńska K. (2009). Wstęp. W: A. Cisłak, K. Henne, K. Skarżyńska (red.), *Przekonania w życiu jednostek, grup, społeczności* (s. 13–17). Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica.

Coates S.W. (2004). John Bowlby and Margaret S. Mahler: Their lives and theories. *Journal of American Psychoanalytical Association*, *52*, 571–601.

Collins N.L., Allard L.M. (2001). Cognitive representations of attachment: The content and function of working models. W: G.J.O. Fletcher M.S. Clark (red.), *Blackwell Handbook of Social Psychology: Interpersonal Processes* (s. 60–85). Oxford: Blackwell Publishing.

Collins N.L., Allard L.M. (2003). Cognitive representations of attachment: The content and function of working models. W: M.B. Brewer M., Hewstone (red.), *Social Cognition* (s. 75–101). Oxford: Blackwell Publishing.

Collins N.L., Read S.J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*, 644–663.

Collins N.L., Feeney B.C. (2004). Working models of attachement shape perceptions of social support: Evidence from experimental and observational studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, *3*, 363–383.

Collins N.L., Read S.J. (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. Attachment processes in adulthood. W: K. Bartholomew, D. Perlman (red.), *Attachment Processes in Adulthood. Advances in Personal Relationships* (t. 5, s. 53–90). London: Jessica Kingsley Publishers.

Creswell J.W. (2008). Mixed methods research. W: *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. 2008. SAGE Publications, www.sage-ereference.com/research/Article_n269.html (uzyskano 30 września 2009).

Czub T. (2005). Wiek niemowlęcy. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?. W: A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 67–93). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Doliński D. (1992). *Przypisywanie moralnej odpowiedzialności.* Warszawa: Wydawnictwo Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk.

Eckenrode J., Hamilton S., (2000). One-to-one support interventions. W: S. Cohen, L.G. Underwood, B.H. Gottlieb (red.), *Social Support Measurement and Intervention. A Guide for Health and Social Scientists* (s. 246–277). Oxford: University Press.

Elder G.H. Jr. (1986). Military times and turning points in men's lives. *Developmental Psychology*, *22*, 233–245.

Elder G.H. Jr., Gimbel C., Ivie R. (1991). Turning points in life: The case of military service and war. *Military Psychology*, *3(4)*, 215–231.

Epstein S. (1991). Cognitive-experiential self theory: Implications for developmental psychology. W: M.R. Gunnar, L.A. Sroufe (red.), *Self Process and Development. The Minnesota Symposia on Child Development* (t. 23, s. 79–123).

Fiske S., (2004). *Social Beings. A Core Motives Approach to Social Psychology*. New York: Wiley.

Glover R.J. (2000). Developmental tasks of adulthood: Implications for counseling community college students. *Comunity College Journal of Research and Practice*, *24*, 505–514.

Griffin D., Bartholomew K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*, 430–445.

Grob A., Krings F., Bangerter A. (2001). Life markers in biographical narratives of people from three cohorts: A life span perspective in its historical context. *Human Development*, *44(4)*, 171–190.

Hareven T.K., Masaoka K. (1988). Turning points and transitions: Perceptions of the life course. *Journal of Family History*, *13*, *271–289.*

Havighurst R.J. (1981). *Developmental Tasks and Education*. New York: Longman.

Kaczan R. (2009a). *Koncepcja modułu badawczego* nr *3a pt.: Historia życia i trajektorie życiowe*. Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej (maszynopis niepublikowany przygotowany w ramach projektu systemowego PFRON/EFS/SWPS nr WND-POKL-01.03.06–00–041/08 pt.: *Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych* na lata 2008–2010).

Kaczan R. (2009b). *Koncepcja narzędzi badawczych dla modułu 3a pt.: Historia życia i trajektorie życiowe*. Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej (maszynopis niepublikowany przygotowany w ramach projektu systemowego PFRON/EFS/SWPS nr WND-POKL-01.03.06–00041/08 pt.: *Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych* na lata 2008–2010).

Kaczan R. (2009c). *Raport z badań w module nr 3a pt.: Historia życia i trajektorie życiowe osób niepełnosprawnych – psychologiczne uwarunkowania spostrzegania własnego życia.* Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej (maszynopis niepublikowany przygotowany w ramach projektu systemowego PFRON/EFS/SWPS nr WND-POKL-01.03.06–00–041/08 pt.: *Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych* na lata 2008–2010).

Kazdin A. (2009). Psychological science's contributions to a sustainable environment. *American Psychologist*, *64(5)*, 339–356.

Kokoszka A. (2009). *Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Konecki K.T. (2000). *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Konecki K.T. (2008). Triangulation and dealing with the realness of qualitative research. *Qualitative Sociology Review*, *IV(3)*, 7–28.

Kowalik S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Krings F., Bangerter A., Gomez V., Grob A. (2008). Cohort differences in personal goals and life satisfaction in young adulthood: Evidence for historical shifts in developmental tasks. *Journal of Adult Development*, *15*, 93–105.

Kuźnik M. (2002). Projektowanie własnego życia jako forma działalności u progu dorosłości. W: A. Brzezińska K., Appelt J., Wojciechowska (red.). *Szanse i zagrożenia rozwoju w okresie dorosłości* (s. 137–160). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Leonard R., Burns A. (2006). Turning points in the lives of midlife and older women: Five-year follow-up. *Australian Psychologist*, *41(1)*, 28–36.

Lewicki A. (1969). Co to jest psychologia kliniczna?. W: A. Lewicki, (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 10–20). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Logan R.D. (1986). A reconceptualization of Erikson's theory: The repetition of existential and instrumental themes. *Human Development*, *29*, 125–136.

Luthans F., Youssef C.M., Avolio B.J. (2007). *Psychological Capital: Developing the Human Competitive Edge*. New York: Oxford University Press.

Łaguna M., (2010). *Przekonania na własny temat i aktywność celowa. Badania nad przedsiębiorczością.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Maunder R.G., Hunter J.J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, 65, 556–567.

McCrae R.R., Costa Jr.P.T. (2005). *Osobowość dorosłego człowieka.* Kraków: Wydawnictwo WAM.

Meredith P., Strong J., Feeney J.A. (2006). Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain*, *123(1)*, 146–154.

Mikulincer M. (1995). Attachment style and the mental representation of the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*, 1203–1215.

Mikulincer M. (1997). Adult attachment style and information processing: Individual differences in curiosity and cognitive closure. *Journal of Personality and Social Psychology*, *72*, 1217–1230.

Mikulincer M. (1998). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*, 513–524.

Mikulincer M., Shaver P.R., Bar-On N., Ein-Dor T. (2010). The pushes and pulls of close relationships: Attachment insecurities and relational ambivalence. *Journal of Personality and Social Psychology*, *98*, 450–468.

Mikulincer M., Shaver P.R., Sapir-Lavid Y., Avihou-Kanza N. (2009). What's inside the minds of securely and insecurely attached people? The secure-base script and its associations with attachment-style dimensions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *97(4)*, 615–633.

Nurmi J. (1992). Age differences in adult life goals, concerns, and their temporal extension. A life course approach to future oriented motivation. *International Journal of Behavioral Development*, *15*, 487–508.

Obuchowski K. (1983). *Psychologia dążeń ludzkich* (wyd. 4). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Obuchowski K. (1985). *Adaptacja twórcza*. Warszawa: Książka i Wiedza.

Obuchowski K. (1997). Zmiana osobowości – założenia i tezy. *Forum Psychologiczne*, *2*, 21–34.

Oleś P. (2009). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Oleś P., Drat-Ruszczak K. (2008). Osobowość. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 1, s. 799–816). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Oliveira P., Costa M.E. (2009). Interrelationships of adult attachment orientations, health status and worrying among fibromyalgia patients. *Journal of Health Psychology*, *14*, 1184–1195.

Perrig-Chiello P., Perren S. (2005). Biographical transitions from a midlife perspective. *Journal of Adult Development*, *12(4)*, *169–181.*

Pervin L.A., John O.P. (2002). *Osobowość – teoria i badania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Pietromonaco P.R., Barrett L.F. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? *Review of General Psychology*, *2*, 155–175.

Plopa M. (2005). *Psychologia rodziny: teoria i badania.* Elbląg: Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej.

Popiel A., Pragłowska E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Paradygmat.

Putnam D.R. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community.* New York: Simon and Schuster.

Rönkä A., Oravala S., Pulkkinen L. (2002). „I met this wife of mine and things got onto a better track". Turning points in risk development. *Journal of Adolescence*, *25*, 47–63.

Rönkä A., Oravala S., Pulkkinen L. (2003). Turning points in adults' lives: The effects of gender and the amount of choice. *Journal of Adult Development*, *10(3)*, 203–215.

Rossi P., i in. (2005). Depressive symptoms and insecure attachment as predictors of disability in a clinical population of patients with episodic and chronic migraine. *The Journal of Head and Face Pain*, *45(5)*, 561–570.

Rutter M. (1996). Transitions and turning points in developmental psychopathology: As applied to the age span between childhood and mid-adulthood. *International Journal of Behavioral Development*, *19(3)*, 603–626.

Rycielska L. (2009a). *Koncepcja modułu badawczego* nr *7 pt.: Autodiagnoza indywidualna – autonarracje*. Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej (maszynopis niepublikowany przygotowany w ramach projektu systemowego PFRON/EFS/SWPS nr WND-POKL-01.03.06-00-041/08 pt.: *Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych* na lata 2008–2010).

Rycielska L. (2009b). *Koncepcja narzędzi badań w ramach modułu badawczego nr 7 pt.: Autodiagnoza indywidualna – autonarracje.* Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej (maszynopis niepublikowany przygotowany w ramach projektu systemowego PFRON/EFS/SWPS nr WND-POKL-01.03.06-00-041/08 pt.: *Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych* na lata 2008–2010).

Rycielska L. (2009c). *Raport z badań w module nr 7 pt.: Autodiagnoza indywidualna – autonarracje.* Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej (maszynopis niepublikowany – przygotowany w ramach projektu systemowego PFRON/EFS/SWPS nr WND-POKL-01.03.06-00-041/08 pt.: *Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych* na lata 2008–2010).

Rycielski P., Bedyńska S. (2010). *Kim jestem? Wsparcie funkcjonowania psychospołecznego osób z ograniczeniami sprawności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe *Scholar.*

Schaffer H.R. (2006). *Rozwój społeczny. Dzieciństwo i młodość*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Sędek G., (2000). Psychologia kształcenia. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 259–280). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Sęk H., Brzezińska A.I. (2010). Podstawy pomocy psychologicznej. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia akademicka. Podręcznik* (t. 2, s. 735–784). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Silverman D. (2008a). *Interpretacja danych jakościowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Silverman D. (2008b). *Prowadzenie badań jakościowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Skarżyńska K. (2009). Doświadczenia a przekonania o świecie społecznym. *Studia Psychologiczne*, *47(1–2)*, 105–122.

Smoczyńska K. (2010). *Przestrzenie relacji społecznych. Osoby z ograniczeniami sprawności w społecznościach lokalnych i wirtualnych.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Sroufe L.A., Egeland B., Carlson E., Collins W.A. (2005). Placing early attachment experiences in developmental context. The Minnesota Longitudinal Study. W: K.E. Grossmass, K. Grossmann, E. Waters (red.), *Attachment from Infancy to Adulthood. The Major Longitudinal Studies* (s. 48–70). New York – London: The Guilford Press.

Stemplewska-Żakowicz K. (2005). Metoda wywiadu w psychologii. W: K. Stemplewska-Żakowicz, K. Krejtz (red.), *Wywiad psychologiczny 1. Wywiad jako postępowanie badawcze* (s. 31–89). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Stephan W.G., Stephan C.W. (1999). *Wywieranie wpływu przez grupy. Psychologia relacji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Sztompka P. (2007). *Zaufanie. Fundament społeczeństwa.* Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak.

Świda-Ziemba A. (2009). Społeczno-kulturowa geneza charakteru i funkcji przekonań. W: A. Cisłak, K. Henne, K. Skarżyńska (red.), *Przekonania w życiu jednostek, grup, społeczności* (s. 21–31). Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica.

Trempała J. (2000). Model rozwoju psychicznego. Czas i zmiana. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.

Trzebiński J. (2002a). Narracyjne konstruowanie rzeczywistości. W: J. Trzebiński (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata* (s. 17–42). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Trzebiński J. (2002b). Autonarracje nadają kształt życiu człowieka. W: J. Trzebiński (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata* (s. 43–80). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Wojciechowska J. (2005). Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?. W: A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 469–502). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Wojciszke B. (2002). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Aneks

Charakterystyka systemowego projektu badawczego finansowanego ze środków Unii Europejskiej – nr WND-POKL-01.03.06-00-041/08: *Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych*

Opracowanie:
Anna Izabela Brzezińska, Piotr Rycielski, Kamil Sijko, Jacek Pluta

Podstawowe informacje o projekcie

Okres realizacji projektu:
1 grudnia 2008 – 31 maja 2010 roku

Lider projektu:
Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, kierownik projektu po stronie lidera: dr Jacek Pluta, Instytut Socjologii Uniwersytetu Wrocławskiego

Partner naukowy:
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie, koordynator zespołu badawczego SWPS: prof. dr hab. Anna Izabela Brzezińska
Informacje o projekcie: www.aktywizacja2.swps.pl

Cel ogólny projektu

Celem projektu jest opracowanie rekomendacji dla *Ogólnokrajowej Strategii* na rzecz zwiększenia aktywności społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych z rzadko występującymi postaciami niepełnosprawności (ONR, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi – ONS) w oparciu o diagnozę przeprowadzoną na próbie 100 tysięcy osób niepełnosprawnych, jak również rekomendacji dla projektu *Planu Działania POKL dla Priorytetu I Zatrudnienie i integracja społeczna.*

Cele szczegółowe projektu

1. Analiza porównawcza regulacji prawnych dotyczących osób z grup ONR oraz ONS w Polsce, w Unii Europejskiej (UE) i na świecie w celu określenia podstawowych kierunków działań ograniczających ich marginalizację z jednej strony, a ułatwiających inkluzję z drugiej.

2. Oszacowanie liczby osób doświadczających rzadko występujących postaci niepełnosprawności (ONR) oraz szczególnie niepełnosprawności sprzężonych (ONS) w próbie 100 tysięcy badanych osób niepełnosprawnych.
3. Klasyfikacja przyczyn rzadko występujących postaci niepełnosprawności oraz niepełnosprawności sprzężonych w obu wyodrębnionych grupach na tle przyczyn pozostałych typów niepełnosprawności.
4. Charakterystyka właściwości osób z grup ONR oraz ONS na tle całej badanej grupy osób niepełnosprawnych: czynniki socjodemograficzne, sytuacja ekonomiczna na podstawie jej samooceny, aktualny stan zdrowia na podstawie jej samooceny, czynniki osobowościowe, kapitał społeczny, aktywność edukacyjna, aktywność zawodowa.
5. Ocena jakości życia oraz poczucia jakości życia osób z grup ONR i ONS na tle całej badanej grupy osób niepełnosprawnych.
6. Całościowa diagnoza sytuacji psychospołecznej obu grup osób – ONR i ONS – na tle całej badanej grupy osób niepełnosprawnych.
7. Określenie kluczowych czynników mających wpływ na jakość życia oraz poczucie jakości życia osób w obu grupach, w tym wyodrębnienie czynników:
   (a) specyficznych dla grupy ONR,
   (b) specyficznych dla grupy ONS,
   (c) wspólnych dla obu grup łącznie, ale różnych od czynników charakterystycznych dla pozostałych osób niepełnosprawnych,
   (d) niespecyficznych ogólnych, czyli ważnych dla jakości życia i poczucia jakości życia niezależnie od rodzaju/poziomu niepełnosprawności.
8. Wyodrębnienie układu czynników:
   (a) chroniących przed marginalizacją i wykluczeniem społecznym,
   (b) zwiększających ryzyko marginalizacji i wykluczenia osób z grup ONR i ONS.
9. Wyodrębnienie układu czynników:
   (a) sprzyjających inkluzji (włączaniu),
   (b) utrudniających inkluzję osób z grup ONR i ONS w system edukacji i rynek pracy.
10. Opracowanie zasad tworzenia projektów działań zmierzających do przywrócenia osób z grup ONR i ONS na rynek pracy oraz usprawnienia efektywnego wydatkowania środków publicznych na ich potrzeby.
11. Przygotowanie ramowych projektów badań nad uwarunkowaniami i mechanizmami ekskluzji i inkluzji, czyli wykluczania oraz efektywnego włączania osób z grup ONR i ONS w – szczególnie otwarty – rynek pracy.

Wykonawcy projektu

Zespół Badawczy SWPS w Warszawie

koordynator Zespołu:
prof. dr hab. Anna Izabela Brzezińska

koordynatorzy modułów badawczych:

mgr Jakub M. Iwański

mgr Radosław Kaczan

mgr Konrad Piotrowski

mgr Ludmiła Rycielska

mgr Piotr Rycielski

mgr Kamil Sijko

mgr Karolina Smoczyńska

dr Dorota Wiszejko-Wierzbicka

mgr Paweł Wolski

Zespół przygotowujący ekspertyzy na potrzeby projektu

dr Karolina Appelt
Instytut Psychologii UAM w Poznaniu

dr Maciej Błaszak
Instytut Filozofii UAM w Poznaniu

mgr Piotr Brycki
Rzecznik Osób Niepełnosprawnych w GK Impel

mgr Tomasz Chudobski
radca prawny

mgr Szymon Hejmanowski
Instytut Psychologii UAM w Poznaniu

dr Sławomir Jabłoński
Instytut Psychologii UAM w Poznaniu

dr Mariola Kłos
Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Niesłyszących we Wrocławiu

mgr Katarzyna Linda
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UAM w Poznaniu

mgr Małgorzata M. Kulik
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

dr Joanna Matejczuk
Instytut Psychologii UAM w Poznaniu

mgr Piotr Matejczuk
prawnik, niezależny ekspert

mgr Łukasz Przybylski
Instytut Filozofii UAM w Poznaniu

mgr Małgorzata Tomaszewska
Fundacja Aktywnej Rehabilitacji, Ośrodek Kultury Ochota

dr Joanna Urbańska
Instytut Psychologii UAM w Poznaniu

dr Grzegorz Wiącek
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

mgr Michał Wierzbicki
niezależny ekspert rynku mediów i marketingu sportowego w Polsce
i na świecie

dr Maciej Wilski
Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

dr Julita Wojciechowska
Instytut Psychologii UAM w Poznaniu

mgr Agnieszka Wolska
Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji

dr Beata Ziółkowska
Instytut Psychologii UAM w Poznaniu

Recenzenci ekspertyz i publikacji przygotowanych w ramach projektu

prof. SGH dr hab. Piotr Błędowski
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

prof. dr hab. Barbara Gąciarz
Akademia Górniczo-Hutnicza w Krakowie

prof. UŚl dr hab. Małgorzata Górnik-Durose
Uniwersytet Śląski w Katowicach

prof. dr hab. Elżbieta Hornowska
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

prof. dr hab. Zofia Kawczyńska-Butrym
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

prof. dr hab. Stanisław Kowalik
Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

prof. dr hab. Ryszard Łukaszewicz
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

prof. dr hab. Piotr Oleś
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

prof. dr hab. Roman Ossowski
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

doc. dr hab. Włodzimierz Pańków
Instytut Filozofii i Socjologii PAN

dr Dariusz Rosiński
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

prof. dr hab. Grzegorz Sędek
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

prof. dr hab. Helena Sęk
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy we Wrocławiu

prof. dr hab. Zbigniew Woźniak
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

prof. dr hab. Bogdan Zawadzki
Uniwersytet Warszawski

Struktura projektu

Projekt badawczy był realizowany w trzech etapach:

I.	1 grudnia 2008 – 30 czerwca 2009 roku	pogłębione kompleksowe badania indywidualne;
II.	1 lipca 2009 – 31 grudnia 2009 roku	badania kwestionariuszowe na próbie ogólnopolskiej;
III.	1 stycznia 2010 – 31 marca 2010 roku	całościowa analiza wyników i rekomendacje.

Pierwszy etap badań składał się z dziewięciu niezależnych modułów. Każdy z nich miał swoją specyfikę i odrębne metody badawcze, wszystkie zaś łączyli uczestnicy badań: osoby z powszechnie występującymi ograniczeniami sprawności (ONP), osoby z rzadko występującymi niepełnosprawnościami (ONR), osoby z niepełnosprawnością sprzężoną (ONS) oraz – jako grupa porównawcza – osoby sprawne (OS). Na tym etapie osoby dobierane były do badań według zasad doboru celowego na podstawie kryteriów ustalanych odrębnie w każdym module i zweryfikowanych przez ekspertów. Charakterystyka wszystkich modułów badawczych realizowanych na pierwszym etapie projektu dostępna jest na stronie internetowej projektu pod adresem: www.aktywizacja2.swps.pl.

Dwa główne cele działalności na etapie pierwszym to pogłębiona diagnoza zasobów indywidualnych i zasobów środowiska osób z ograniczeniami sprawności oraz przygotowanie i pilotaż kwestionariusza, który był narzędziem badań w etapie drugim. Głównym zaś celem etapu drugiego było ilościowe, wielowymiarowe oszacowanie skali zjawiska niepełnosprawności rzadkiej i sprzężonej. Na etapie trzecim zostały zintegrowane wyniki badań z obu etapów oraz stworzone rekomendacje dla osób i instytucji realizujących programy skierowane do środowiska osób z ograniczeniem sprawności oraz

bezpośrednio do nich, ze szczególnym uwzględnieniem grup i podgrup ONR i ONS.

Tabela 1. Etapy i zadania badawcze

Etap I	Etap II	Etap III
grudzień 2008 – czerwiec 2009	lipiec 2009 – grudzień 2009	styczeń–marzec 2010
zespół badawczy SWPS	Instytut Badania Rynku i Opinii Millward Brown SMG/KRC i zespół badawczy SWPS	zespół badawczy SWPS
Efekty: ▪ Uporządkowana na podstawie 16 ekspertyz wiedza o różnych obszarach funkcjonowania grup ONR i ONS na tle ONP ▪ Opracowany psychometrycznie kwestionariusz do badań sondażowych KBS (moduł 1) ▪ Opracowane zasady prowadzenia szkoleń dla osób prowadzących badania sondażowe ▪ Zrealizowane badania w 8 modułach badawczych ▪ Przygotowane raporty prezentujące wyniki, wnioski i wstępne rekomendacje w 8 modułach badawczych **Upowszechnianie wyników projektu:** ▪ Udostępnione na stronie internetowej projektu wybrane wyniki badań w 8 modułach badawczych ▪ Artykuły naukowe i popularno-naukowe	**Efekty:** ▪ Dobrana do badań próba 100 tyś. ON reprezentatywna dla populacji ON ▪ Przeszkolony zespół ankieterów realizujących badania sondażowe ▪ Przeprowadzone badania na próbie 100 tyś. ON ▪ Wyniki surowe opracowane wg wzorca przygotowanego przez ZB SWPS **Upowszechnianie wyników projektu:** ▪ Przygotowanie monograficznego numeru czasopisma *Polish Psychological Bulletin* ▪ Przygotowanie 11 monografii oraz 2 prac zbiorowych, prezentujących efekty badań prowadzonych w ramach modułów 2–8 w etapie 1 ▪ Artykuły naukowe ▪ Prezentacje na konferencjach naukowych i konferencjach organizacji pozarządowych	**Efekty:** ▪ Opracowany raport z badań sondażowych oraz wnioski i rekomendacje z nich wynikające ▪ Opracowane całościowe rekomendacje – integracja rekomendacji z etapu pierwszego i drugiego **Upowszechnianie wyników projektu:** ▪ Przygotowanie prezentacji wyników analiz z etapu 1 i etapu 2 na stronę internetową projektu ▪ Przygotowanie prezentacji na konferencję podsumowującą projekt w kwietniu 2010 roku ▪ Artykuły naukowe w czasopismach psychologicznych i socjologicznych ▪ Monograficzny numer czasopisma *Polityka Społeczna* ▪ Dwie prace zbiorowe przygotowane przez autorów ekspertyz ▪ Przygotowane materiały do wszczęcia sześciu przewodów doktorskich w SWPS

Źródło: opracowanie Anna I. Brzezińska.

Dodatkowo zaplanowano wykonanie 16 ekspertyz, przygotowywanych przez specjalistów i opiniowanych przez zewnętrznych recenzentów (*blind review*), a dotyczących różnych problemów związanych z funkcjonowaniem osób niepełnosprawnych, szczególnie z grup ONR i ONS. Ekspertyzy zostały wykorzystane jako pomoc w ustaleniu kryteriów i zasad doboru osób do grup porównawczych: ONP–ONR–ONS w etapie I, wyselekcjonowaniu pytań do kwestionariusza badań sondażowych (KBS) w etapie II, a także w ocenie traf-

ności przyjętych założeń i zastosowanych narzędzi oraz słuszności wstępnych rekomendacji w każdym module badawczym.

Podstawowym celem całego projektu, oprócz identyfikacji ilościowej, była zatem – w wymiarze badawczym – pogłębiona diagnoza sytuacji, nastawiona na genezę problemu oraz wykrycie mechanizmów psychologicznych, powiązanych bądź nawet determinujących aktualną sytuację psychospołeczną osób z ograniczeniami sprawności, szczególnie z grup ONR i ONS.

Hipotezy

Nasze podstawowe hipotezy skupiały się na specyficznej sytuacji osób z rzadko występującymi ograniczeniami sprawności i niepełnosprawnością sprzężoną (złożoną), która może wywoływać poczucie wyraźnej odmienności w grupie niepełnosprawnych. W życiu codziennym osoby te mogą doświadczać specyficznych problemów, wynikających na przykład z braku wiedzy medycznej, niskiej świadomości najbliższych czy braku odpowiednich rozwiązań systemowych. Borykają się także z problemem „sierocych" procedur medycznych, w tym konieczności zażywania sierocych leków (*orphant drugs*). Przypuszczaliśmy zatem, iż marginalizacja i wykluczenie społeczne, a także autodyskryminacja i dyskryminacja w różnych dziedzinach życia, w stopniu najwyższym dotyczą grupy osób niepełnosprawnych z rzadko występującymi postaciami niepełnosprawności, w tym/lub z niepełnosprawnościami sprzężonymi.

Przypuszczaliśmy też, że czynniki zaradcze tkwią w zrównoważonej interakcji jednostki z otoczeniem. Pomoc niezrównoważona, nieuwzględniająca relacji między rodzajem i jakością zasobów osobistych a rodzajem i jakością zasobów społecznych (bogactwo vs. ubóstwo oraz ich heterogeniczność vs. homogeniczność) nasila tendencje dyskryminacyjne i autodyskryminacyjne. Może też zwrotnie utrudnić inkluzję społeczną, która wiąże się nie tylko z dostępem do różnych dóbr czy równością szans, lecz także z jakością funkcjonowania osób niepełnosprawnych w systemie edukacji i na rynku pracy. Innymi słowy, pomoc niezrównoważona i nieadekwatna (wobec z jednej strony zasobów tych osób, a z drugiej – ich specyficznych potrzeb) nie może być efektywna.

Beneficjenci projektu

Bezpośrednimi beneficjentami projektu są instytucje związane z projektowaniem i realizacją działań w obszarze polityki społecznej wobec osób niepełnosprawnych (ON) na szczeblu centralnym, regionalnym i lokalnym. Jednakże beneficjentami ostatecznymi – w dłuższej perspektywie – są jako grupa docelowa osoby z różnymi ograniczeniami sprawności.

Badania na pierwszym etapie dotyczyły osób w wieku 18–60 (kobiety) i 18–65 (mężczyźni) lat oraz porównawczo osób w grupach 15–17 lat i 60/65–75 lat dobieranych według zasad doboru celowego. Na etapie drugim w ogólnopolskich badaniach masowych zasadniczą grupę stanowiły osoby w wieku aktywności zawodowej (produkcyjnym), to jest od ukończonego 15. do ukończonego 60. (kobiety) i ukończonego 65. (mężczyźni) roku życia, a porównawczo – dzieci do ukończenia 15 lat oraz osoby po 60./65. roku życia.

Obszary badań i narzędzia badawcze w etapie I

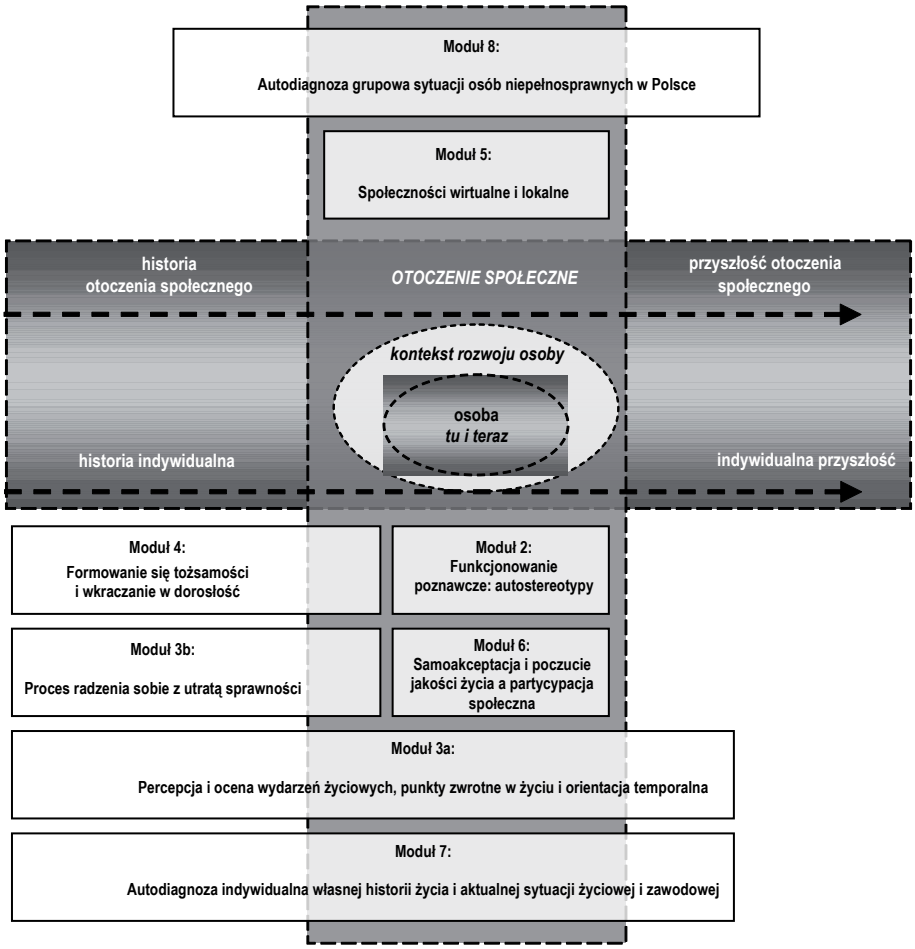
W każdym module stosowano odmienne, specjalnie – ze względu na cele modułu – opracowane narzędzia badawcze. Była to albo adaptacja narzędzi stosowanych w innych krajach, albo własna konstrukcja. Relacje między obszarami badanymi w poszczególnych modułach na I etapie projektu pokazuje rycina1.

- **Moduł 1. Kwestionariusz KBS**: konstrukcja kwestionariusza do badań sondażowych (KBS) oraz przeprowadzenie badań prepilotażowych (n = 50), pilotażowych 1^0 (n = 2 300) i pilotażowych 2^0 (n = 10 i n = 50) osób niepełnosprawnych; kwestionariusz zawierał moduły dotyczące cech gospodarstwa domowego, cech osoby niepełnosprawnej (w tym blok dotyczący rodzaju i poziomu, momentu nabycia oraz przyczyn niepełnosprawności), sytuacji psychospołecznej, w tym edukacyjnej i zawodowej oraz systemu wsparcia;
- **Moduł 2. Funkcjonowanie poznawcze – autostereotypy**: badanie przebiegało w trzech etapach i dotyczyło za każdym razem osób z grup ONP, ONR i ONS: (1) n = 120 osób: diagnoza treści i wymiarów autostereotypów; (2) n = 90 osób: rozpoznanie wpływu aktywizacji autostereotypu na funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne; (3) n = 60 osób: badanie skuteczności programów interwencyjnych wspierających funkcjonowanie społeczne, poznawcze i emocjonalne osób z ograniczoną sprawnością;
- **Moduł 3a. Historia życia, punkty zwrotne i trajektorie życiowe**: przebadano łącznie 430 osób, w tym 315 osób z ograniczeniami sprawności i 115 osób sprawnych; kluczowym kryterium doboru był wiek badanych, których dobierano do trzech grup: wczesna dorosłość (23–39 lat; n = 105 ON oraz n = 40 OS); środkowy okres dorosłości (41–60 lat; n = 112 ON oraz n = 39 OS); późna dorosłość (61–85 lat; n = 98 ON oraz n = 36 OS). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano kwestionariusze do oceny poczucia punktualności wydarzeń życiowych i orientacji temporalnej oraz wywiad kliniczny ze skalami szacunkowymi, który służył do badania punktów zwrotnych w życiu.
- **Moduł 3b. Radzenie sobie z utratą sprawności**: zastosowano dwa kryteria doboru osób do badań**:** niepełnosprawność nabyta 6–10 lat temu lub 0–5 lat temu oraz aktualne uczestnictwo w procesie aktywizacji zawodo-

wej; łącznie przebadano 274 osoby z ograniczeniami sprawności, w tym ONP: n = 91 osób, ONR: n = 92 osób i ONS: n = 91osób oraz n = 120 osób sprawnych; zastosowano baterię siedmiu standaryzowanych kwestionariuszy, dwa autorskie kwestionariusze oraz wywiad kliniczny.

- **Moduł 4. Formowanie się tożsamości i wkraczanie w dorosłość**: łącznie przebadano 995 osób, w tym n = 528 osób w grupie ON oraz n = 467 osób w grupie OS; wszystkie badane osoby były w wieku od 18 do 35 lat; zastosowano baterię trzech kwestionariuszy, w tym jeden po przekładzie i adaptacji kulturowej; kwestionariusze przygotowano w wersji komputerowej lub papierowej – do wyboru przez osobę badaną.
- **Moduł 5. Społeczności lokalne i wirtualne**: przebadano łącznie 80 osób, w tym n = 60 osób z ograniczeniami sprawności (ONP, ONR i ONS) oraz n = 20 osób sprawnych; zastosowano indywidualny wywiad narracyjny według przygotowanych i zweryfikowanych w badaniu pilotażowym dyspozycji; analiza danych została przeprowadzona z wykorzystaniem procedury otwartego kodowania (z użyciem pakietu do komputerowego wspomagania analiz jakościowych *Maxqda2007*).
- **Moduł 6. Samoakceptacja, poczucie jakości życia i partycypacja społeczna**: przebadano łącznie 120 osób (ONP, ONS, ONR i OS); zastosowano pogłębione wywiady indywidualne, wywiady w diadach, osiem zogniskowanych wywiadów grupowych z udziałem osób bliskich dla ON, zaproszonych przez nie same, oraz skróconą wersję *Kwestionariusza Samooceny* A. I. Brzezińskiej i P. Krzywickiego; analiza danych została przeprowadzona z wykorzystaniem procedury otwartego kodowania (z użyciem pakietu do komputerowego wspomagania analiz jakościowych: *Maxqda2007*).
- **Moduł 7. Autodiagnoza indywidualna – autonarracje**: przebadano łącznie 67 osób z ograniczoną sprawnością, w tym osoby z rzadkimi i sprzężonymi ograniczeniami sprawności; za pomocą indywidualnych, częściowo strukturalizowanych, pogłębionych wywiadów od każdej osoby uzyskano opowieść (narrację) o jej historii życia; narracje te poddano analizie z punktu widzenia stylów przywiązania w okresie dzieciństwa i aktualnie; ponadto w badaniu wykorzystano techniki projekcyjne, skale szacunkowe i baterie arkuszy roboczych własnego autorstwa.
- **Moduł 8. Autodiagnoza grupowa – fokusy**: zogniskowany wywiad grupowy dotyczący sytuacji życiowej osób niepełnosprawnych; badanie miało charakter eksperymentalny (połowa grup poddawana była treningowi umiejętności komunikacji interpersonalnej) z pre- i posttestem; grupy uczestniczące w badaniach były homogeniczne lub heterogeniczne pod względem płci oraz niepełnosprawności – osoby z różnymi rodzajami niepełnosprawności (ONP, ONR i ONS) *versus* różne rodzaje niepełnosprawności i osoby sprawne (ON i OS); łącznie badanie objęło 113 osób: 20 grup – od czterech do ośmiu osób w każdej grupie.

Zakończeniem działań w każdym module było przygotowanie raportu z badań z wnioskami i założeniami do projektu rekomendacji dla instytucji realizujących politykę społeczną na różnych szczeblach i tworzących programy wsparcia dla osób z ograniczeniami sprawności, zgodnie z przygotowanymi wcześniej i zweryfikowanymi przez sędziów kompetentnych ramowymi zaleceniami.



Ryc. 1. Badane obszary i powiązania między nimi: perspektywa horyzontalna (kontekst czasu) i wertykalna (kontekst otoczenia)
Źródło: opracowanie Anna I. Brzezińska.

Obszary badań i narzędzia badawcze w etapie II

Narzędzie badań – kwestionariusz KBS

KBS to narzędzie opracowane przez członków Zespołu Badawczego SWPS na potrzeby badań: na etapie I – w poszczególnych modułach oraz na etapie II – w ogólnopolskim badaniu sondażowym na próbie 100 tysięcy osób niepełnosprawnych. Badania pilotażowe przeprowadzone z użyciem wyjściowej – pełnej – wersji kwestionariusza KBS pokazały, że średni czas jego wypełniania wynosił 60 minut, w dodatku przy założeniu prowadzenia wywiadu metodą CAPI (*Computer Assisted Personal Interviewing*) z udziałem i przy pomocy ankietera. W związku z tym skonstruowano specjalną, skróconą wersję kwestionariusza KBS specjalnie na potrzeby badań modułowych na I etapie projektu (ryc. 2). W tej wersji kwestionariusz składał się z 31 pozycji, a czas badania wynosił średnio 15 minut.

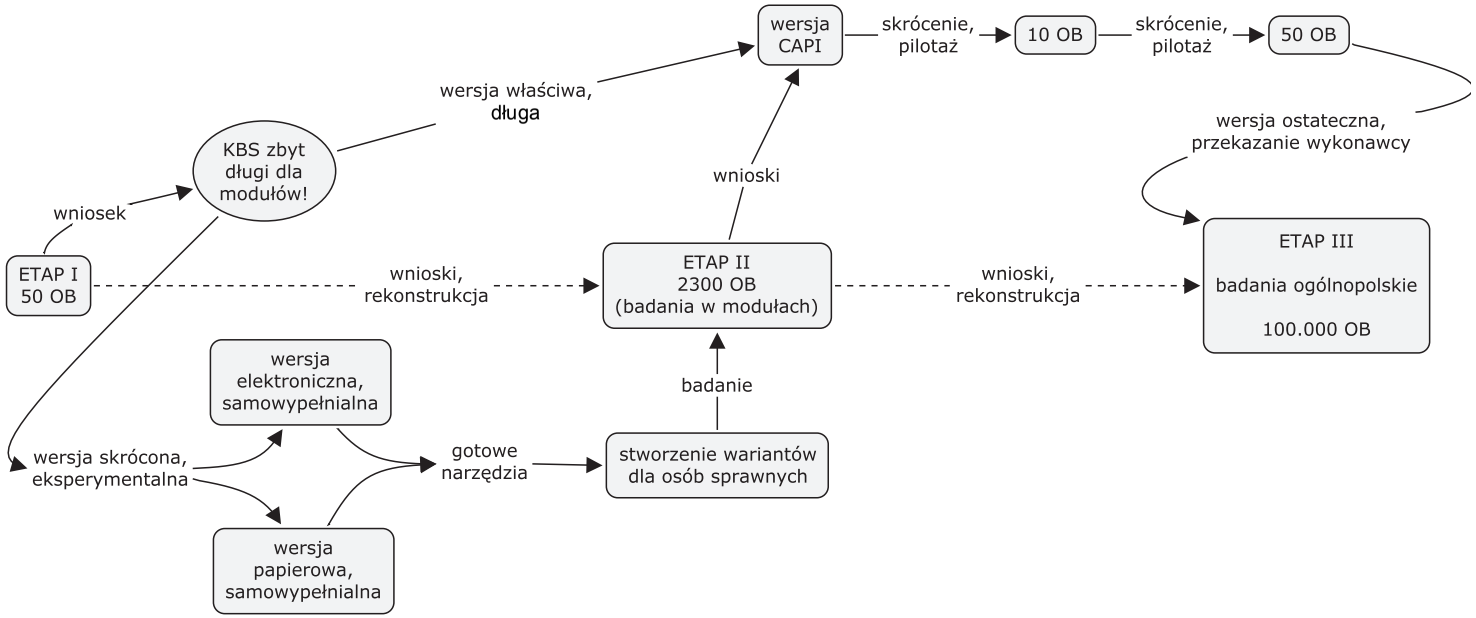
Obie wersje – dłuższa i krótsza – pozwalały na uzyskanie danych metryczkowych oraz szczegółowych informacji na temat niepełnosprawności (m.in. rodzaju i stopnia niepełnosprawności, wieku nabycia niepełnosprawności, jej odczuwanych skutków i doświadczanych w związku z tym problemów), aktywności społecznej, otrzymywanego wsparcia, pracy zawodowej, edukacji, satysfakcji z życia i stosunku do siebie oraz do własnych ograniczeń sprawności.

Kwestionariusz KBS w finalnej wersji składał się ze 121 pytań. Podzielony był na dwie części, które (w przypadku ankiety papierowej – PAPI) są od siebie fizycznie oddzielone. Są to części dotyczące gospodarstwa domowego (część I KBS) oraz pogłębiony wywiad indywidualny (część II KBS). Dodatkowo część dotycząca gospodarstwa domowego zawiera ruchomy moduł odnoszący się do osoby niepełnosprawnej, z którego pytania zadaje się – lub nie – w zależności od wieku i stanu psychofizycznego osób niepełnosprawnych zamieszkujących gospodarstwo domowe (szczegółowy opis warunków, na jakich się to dzieje, zawierał załącznik do kwestionariusza). W związku z tym można mówić o trzech podstawowych modułach kwestionariusza, które wyznaczają jego strukturę:

(1) Oznaczenie gospodarstwa domowego – część I KBS
- 1a1. Gospodarstwo indywidualne lub
- 1a2. Gospodarstwo zbiorowe

(2) Wywiad skrócony: oznaczenie osoby niepełnosprawnej – część I KBS
- 1b. Cechy niepełnosprawności
- 1c. Cechy osoby niepełnosprawnej

(3) Wywiad pogłębiony – część II KBS
- 2a. Cechy niepełnosprawności
- 2b. Cechy osoby niepełnosprawnej
- 2c. Cechy psychospołeczne
- 2d. Rynek pracy



Ryc. 2. Etapy konstruowania kwestionariusza KBS

Źródło: opracowanie Kamil Sijko.

Uwaga: linie przerywane – pierwotny plan pracy; linie ciągłe – tok pracy wykonanej w rzeczywistości.

W badaniu na próbie ogólnopolskiej narzędzie podzielone zostało na dwie części: 1) blok dotyczący gospodarstwa domowego oraz 2) część indywidualną. Część pierwsza była realizowana tylko raz w każdym gospodarstwie domowym, a część indywidualną przeprowadzano z każdą osobą niepełnosprawną w opisywanym gospodarstwie domowym. Z uwagi na przewidywane trudności komunikacyjne związane z niepełnosprawnością dozwolona była realizacja fragmentu części indywidualnej przy udziale opiekuna lub nawet wyłącznie z opiekunem osoby niepełnosprawnej.

Harmonogram II etapu projektu

Badania w etapie II zostały zrealizowane w 12 krokach.

1. 15.06.2009: spotkanie rozpoczynające współpracę wykonawcy z zamawiającym – uzgodnienie zasad współpracy, przekazanie wykonawcy wzoru narzędzia badawczego oraz materiałów pomocniczych.
2. 03.07.2009: wstępny *Raport metodologiczny*, zawierający koncepcję badawczą, opis materiałów oraz narzędzi badawczych, zakres odpowiedzialności poszczególnych uczestników projektu, a także szczegółową prezentację metodologii badawczej i sposobu doboru próby.
3. Od 03.07 do 06.07.2009: przygotowanie narzędzi badawczych i materiałów pomocniczych.
4. 03.07.2009: rozpoczęcie dwufazowego procesu szkolenia Zespołu Badań Terenowych, odpowiedzialnego za terenową realizację projektu.
5. Od 10.07.2009: organizacja badania na poziomie oddziałów terenowych.
6. Od 17.07.2009: realizacja terenowa wywiadów ankieterskich.
7. 31.07.2009: rozpoczęcie kontroli terenowej.
8. 07.08.2009: przekazanie danych z pierwszego międzyspływu.
9. 16.10.2009: przekazanie danych z drugiego międzyspływu.
10. 18.11.2009: zakończenie kontroli.
11. 11.12.2009: zakończenie realizacji badania (faza terenowa).
12. 14.12.2009: przekazanie bazy danych.

Dobór i struktura zrealizowanej próby

Próba w badaniu ogólnopolskim na etapie II obejmowała 100 tysięcy osób niepełnosprawnych dobranych z zachowaniem reprezentatywności na obszarze całego kraju z uwzględnieniem wszystkich powiatów. Wobec braku ogólnopolskiego spisu osób niepełnosprawnych, mogącego stanowić operat losowania próby, za podstawę badania przyjęto dane dotyczące populacji wszystkich mieszkańców Polski. Reprezentatywność próby osiągnięto przez zastosowanie losowego doboru respondenta w badaniu. Do celu badania wylosowano 100 tysięcy adresów startowych służących za podstawę poszukiwań osób niepełnosprawnych techniką *random route* (ustalonej ścieżki). Operatem loso-

wania adresów był rejestr PESEL, administrowany przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji. Warstwowanie próby oparto na rozkładzie populacji mieszkańców Polski, podanym przez GUS na dzień 30 czerwca 2008 roku, czyli na najbardziej aktualnym rozkładzie dostępnym w dniu badania.

Zgodnie z przyjętymi założeniami, na podstawie powyższych danych dokonano warstwowania próby z uwzględnieniem powiatów i wydzielonych w ich ramach wsi i miast. Procedura ta pozwoliła na uzyskanie losowej, ogólnopolskiej próby adresowej o liczebności 100 tysięcy adresów, uwzględniającej warstwowanie terytorialne w podziale na warstwę wsi i miast w każdym powiecie w skali kraju. Wyznaczone adresy startowe były bazą do doboru respondentów. Technika ta jest powszechnie stosowana[1] i ugruntowana w badaniach społecznych w sytuacjach braku operatu losowania próby osób o określonych cechach (np. osób o określonych zainteresowaniach bądź statusie finansowym).

Przyjęta technika *random route* sprowadza się do odwiedzania kolejno wszystkich mieszkań (domów), począwszy od wskazanego adresu, zgodnie ze ściśle określoną regułą poruszania się w terenie, polegającą na przechodzeniu do kolejnego mieszkania znajdującego się po prawej stronie od drzwi mieszkania opuszczanego przez ankietera. Zasada ta nie pozostawia ankieterowi możliwości żadnego wyboru. Procedura powtarza się w kolejnych mieszkaniach aż do odnalezienia osoby spełniającej kryteria doboru – w tym przypadku osoby niepełnosprawnej (biologicznie lub prawnie).

Kwalifikacja respondenta do badanej zbiorowości odbywała się na podstawie pytań o niepełnosprawność biologiczną lub prawną. Były to pytania w kwestionariuszu w części dotyczącej GD – gospodarstwa domowego:

- „Czy z powodu problemów zdrowotnych ta osoba ma ograniczoną zdolność wykonywania codziennych czynności trwającą sześć miesięcy lub dłużej?";
- „Czy posiada ważne orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne ?".

Ankieterzy zostali wyposażeni w instrukcję doboru osób niepełnosprawnych do badania, stanowiącą uściślenie ogólnej instrukcji *random route*, pozwalającą na prawidłowe dobranie poszczególnych osób. Przeprowadzono też szkolenie ze wszystkimi ankieterami biorącymi udział w badaniu.

Uwagi końcowe

Wnioski z badań przeprowadzonych we wszystkich modułach nr 2–8 były podstawą do interpretacji prawidłowości wykrytych w odniesieniu do różnych podgrup ONR i ONS na etapie II. Z kolei wstępne rekomendacje w modułach

[1] Patrz: P. Sztabiński, Z. Sawiński, F. Sztabiński (red.). (2005). *Fieldwork jest sztuką*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk; W.G. Ochran (1977). *Sampling techniques*. New York: John Willey and Son.

2–8 były weryfikowane na podstawie rekomendacji opracowanych w oparciu o wnioski z badań na etapie II. Projekt zakończył się opracowaniem pakietu rekomendacji dla ogólnokrajowej strategii na rzecz zwiększenia aktywności społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych, szczególnie z grup ONR i ONS.

Projekt został przygotowany i zrealizowany przez zespół psychologów różnych specjalności (psychologia rozwoju i edukacji, kliniczna i zdrowia, społeczna, międzykulturowa, pracy i organizacji), socjologów i metodologów (w zakresie planowania i realizacji badań w naukach społecznych). Zespół badawczy konsultował swoje działania ze specjalistami z następujących dziedzin: psychologia rehabilitacji, socjologia zdrowia, psychiatria, geriatria, gerontologia społeczna, kognitywistyka, w tym neurokognitywistyka i językoznawstwo kognitywne, statystyka, matematyka i informatyka. Wszyscy członkowie zespołu badawczego na czas trwania projektu byli zatrudnieni w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie jako pracownicy naukowo-badawczy.

The description of a systemic research project funded by the European Union – N° WND-POKL-01.03.06-00-041/08 titled: *A national study of the situation, needs and opportunities of persons with disabilities in Poland*

Anna Izabela Brzezińska, Piotr Rycielski, Kamil Sijko, Jacek Pluta

Project overview

Research Project Timetable:
1 December 2008 – 31 May 2010

Research Project Leader:
State Fund for Rehabilitation of the Disabled People Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, PFRON
The representative of the Research Project Leader: Jacek Pluta, PhD, University of Wrocław, Institute of Sociology

Scientific Partner:
Warsaw School of Social Sciences and Humanities Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie, SWPS
SWPS Research Team Coordinator: Professor Anna Izabela Brzezińska, PhD

Project details: www.aktywizacja2.swps.pl

The overall aim of the project

The overall aim of the project is to set out recommendations for the National Strategy to increase social and vocational activity of people with rare disabilities (ONR), including multiple disabilities (ONS) according to a diagnosis made on a sample of 100,000 persons with disabilities, as well as to set out recommendations for the Human Capital – Operational Programme *(part of the National Strategic Reference Framework), Disability Action Plan for Priority I: Employment and Social Integration*

Detailed objectives of the project

1. To conduct a comparative analysis of the legal regulations concerning people from the ONR and ONS groups in Poland, the EU and worldwide in order to determine fundamental actions needed, on the one hand, to prevent marginalisation and, on the other hand, to facilitate inclusion of those groups.

2. To assess the number of people with rare forms of disabilities (ONR) as well as multiple disabilities (ONS) on the basis of a national study sample of 100,000 people with disabilities participating in the study.
3. To classify the causes of rare and multiple forms of disability for both these groups (ONR and ONS) and to compare them with the causes of the remaining forms of disability.
4. To identify the characteristics of persons from the ONR and ONS groups compared to the whole group of people with disabilities participating in the study: socio-demographic factors, self-perceived economic situation, self-perceived health condition, personality factors, social capital, educational activity, vocational activity.
5. To assess the quality of life and the feeling of quality of life of people from the ONR and ONS groups in comparison with the whole group of people with disabilities participating in the study.
6. To carry out a comprehensive diagnosis of psychosocial situation of the ONR and ONS groups compared to the whole group of people with disabilities participating in the study.
7. To identify key factors influencing the quality of life and the feeling of quality of life in both groups, including the identification of the following:
   a. specific factors, characteristic of the ONR group,
   b. specific factors, characteristic of the ONS group,
   c. factors common to both groups but different from the factors characteristic of the remaining groups of persons with disabilities,
   d. non-specific, general factors, which are essential for the quality of life and the feeling of quality of life irrespective of the type/level of disability.
8. To identify sets of factors:
   a. which protect against marginalisation and social exclusion,
   b. which increase the risk of marginalisation and social exclusion for people from the ONR and ONS groups.
9. To identify sets of factors:
   a. which are conducive to social inclusion,
   b. which impede inclusion of persons from the ONR and ONS groups in the education system and the labour market.
10. To draw up development rules of action programmes aimed at facilitating the return to the labour market for people from the ONR and ONS groups, and to propose rules to streamline the procedures of spending public financial resources on the needs of these groups.
11. To develop a framework of research projects devoted to analysing the determinants and mechanisms of exclusion and inclusion of people from the ONR and ONS groups within – specifically open – labour market.

Project structure

The research project was implemented in three stages:

I.	1 December 2008 – 30 June 2009	Detailed extensive individual research
II.	1 July 2009 – 31 December 2009	A National Sample Survey
III.	1 January 2010 – 31 March 2010	Outcome analysis and recommendations

The first stage of the research consisted of nine independent modules, using distinct research methods. All the modules used the same research subjects; persons with most prevalent types of disability (ONP), persons with rare disabilities (ONR), individuals with multiple disability (ONS) and – as a control group – non-disabled people (OS). At this stage subjects were selected following a purposive sampling on the basis of a number of criteria determined individually for each module and verified by experts. The description of the modules adopted for the first stage of the project is available on the project's website: www.aktywizacja2.swps.pl.

Two main objectives of the first stage of the project were: a detailed diagnosis of resources, both individual and concerning the environment in which persons with disabilities function, as well as developing and piloting a questionnaire which was employed at the second stage of the project. The main aim of the second stage was to assess the frequency of prevalence of rare and multiple disability and determine territorial saturation of the phenomenon at the poviat level (NUTS 4). Finally, the third stage was devoted to the integration of the research results from the previous stages and proposing a number of recommendations for persons and institutions involved in implementation of programmes targeting people with disabilities, with a special emphasis laid on the ONR and ONS groups and subgroups.

Additionally, 16 expert opinions concerning various issues relating to the functioning of the disabled, especially those from the ONR and ONS groups, were submitted by specialists and subjected to blind reviews. The opinions were helpful in determining criteria and selection procedures for the control groups (ONP – ONR – ONS) during stage I, selecting questions for a questionnaire survey (KBS) at stage II and in assessing the accuracy of assumptions and instruments used as well as the pertinence of the initial recommendations presented in each research module.

Thus, the basic objective of the project, apart from quantitative identification, was – in research dimension – a detailed diagnosis of the situation, aimed at determining the genesis of the problem and discovering psychological mechanisms which are linked to or even responsible for the present situation of persons with disabilities, especially those from the ONR and ONS groups.

Tab. 1. Research stages and activities

Stage I	Stage II	Stage III
December 2008 – June 2009	July 2009 – December 2009	January – March 2010
SWPS Research Team	Millward Brown SMG/KRC and SWPS Research Team	SWPS Research Team
Effects: ▪ Knowledge of various areas of functioning of ONR and ONS in relation to ONP systemized by expert opinions ▪ Psychometric survey questionnaire KBS (module 1) ▪ Established rules of conducting training for people carrying out surveys ▪ Research conducted in 8 modules ▪ Reports presenting results, conclusions, initial recommendations in 8 research modules **Dissemination of project results:** ▪ Selected research results from 8 modules available on the project's website ▪ Scientific and popular scientific articles	**Effects:** ▪ A representative sample of 100,000 ON selected for the research ▪ Trained survey team to conduct the survey ▪ Survey conducted on the sample of 100,000 of ON ▪ Raw results drawn up according to a model prepared by SWPS research team **Dissemination of project results:** ▪ Preparation of a monograph for *Polish Psychological Bulletin* ▪ Preparation of 11 monographs and 2 collective papers presenting research results from modes 2–8 at stage I ▪ Scientific articles ▪ Presentations given at scientific and NGO conferences	**Effects:** ▪ Report from the survey and conclusions and recommendations resulting from it ▪ Comprehensive recommendations – integration of the stage I and stage II recommendations **Dissemination of project results:** ▪ Preparation of the analyses results from stage I and II to be presented on the project's website ▪ Preparation of the presentation to be given during a conference summarizing the project in April 2010 ▪ Scientific articles in psychological journals ▪ Monographic edition of the journal *Polityka Społeczna (Social Politics)* ▪ Two collective papers prepared by the experts providing opinions ▪ Materials collected to be used in six doctoral dissertations at SWPS

Hypotheses

Our primary hypotheses focused on a specific situation of people with rare and multiple disabilities, which may lead to experiencing a sense of distinctness within a group of people with disabilities in general. In everyday life they may encounter specific problems resulting from, for instance, lack of medical knowledge, low awareness of their relatives or absence of certain systemic solutions. They also have to cope with the problem of being subjected to "orphan" medical procedures, including the necessity to take so called orphan drugs. Therefore, we assume that rare disabilities and/or multiple disabilities can lead to marginalisation, social exclusion, self-discrimination and discrimination present in various domains of life. We also posit that remedial measures consist in sustainable interaction of the individual with the environment. Unsustainable aid which does not take into consideration

the relation between the type and quality of personal resources and the kind and quality of social resources (wealth vs. poverty and their heterogeneity vs. homogeneity) intensifies discriminatory and self-discriminatory tendencies. It may also further impede social inclusion, which is related not only to the accessibility of various resources or equal opportunities but also to the quality of functioning of the disabled in the educational system and the labour market. In other words, unsustainable and inaccurate help (as far as the resources and specific needs of those persons are concerned) cannot be effective.

Project beneficiaries

The immediate beneficiaries of the project are institutions involved in developing and implementing actions in the area of social policy targeting the disabled (ON) at a central, regional and local level. However, the ultimate beneficiaries – in the long term – are people with various types of disabilities. The first stage of the research concerned people from the age groups 18–60 (women) and 18–65 (men) compared with control age groups 15–17 and 60/65–75 chosen following the procedure of purposive sampling. People at working age, i.e. from 15 to 60 years of age (women) and to 65 years of age (men), and – as a control group – children below 15 and people above 60/65 constituted the main group at the second stage in a nationwide mass research programme.

The results of groups at high risk of double exclusion (disability + age and/or gender and/or minority status and/or level/type of disability), which hence require a so called cross-cutting approach[1], were analysed particularly thoroughly.

Area of research and research instruments – stage I

Each module exploited different research instruments – they were either adjusted or constructed especially for the module. The sample size and the criteria of purposive sampling also varied.

- **Module 1: *KBS questionnaire*:** drawing up a survey questionnaire (KBS) and conducting a pre-pilot study (n = 50), 1^0 pilot study (n = 2,300) and 2^0 pilot study (n = 10 and n = 50) followed by the final study on the national sample (n = 100,000) of persons with disabilities; the questionnaire contained modules concerning household features, the features of the person (including a section devoted to the type and level of the disability, its causes

[1] Pursuant to the document: *Council of Europe, Committee of Ministers, Recommendation Rec (2006) 5 of the Committee of Ministers to member states on the Council of Europe Action Plan to promote the rights and full participation of people with disabilities in society: improving the quality of life of people with disabilities in Europe 2006–2015 (adopted by the Committee of Ministers on 5 April 2006 at the 961st meeting of Ministers' Deputies)* – cp. p. 67–72.

and the moment of its onset) and his or her psychosocial situation, including education and vocation as well as the support system;

- **Module 2: *Cognitive functioning – self-stereotypes*:** the survey consisted of three stages and each stage focused on persons from the ONP, ONR, and ONS groups: (1) n = 120 subjects: the diagnosis of self-stereotypes, their meaning and dimensions, (2) n = 90 subjects: the identification of the extent of the impact of the activation of self-stereotypes on cognitive and emotional functioning; (3) n = 60 subjects: effectiveness evaluation of intervention programmes which endorse social, cognitive and emotional functioning of persons with limited abilities;
- **Module 3a: *Life history, turning points and life trajectories*: a** total number of 430 persons were studied, of whom 315 had limited abilities and 115 had no disabilities; the key selection criterion was the age of the subjects, who were divided into three groups: early adulthood (23–39 years; n = 105 ON and n = 40 OS); middle adulthood (41–60 years; n = 112 ON and n = 39 OS); late adulthood (61–85 years; n = 98 ON and n = 36 OS). In the survey questionnaires were used, by means of which participants assessed their sense of timing of life events and temporal orientation. Additionally, we conducted a clinical interview with evaluation scales which served to investigate so called turning points in life;
- **Module 3b: *Coping with loss of ability*:** two selection criteria were applied – disability acquired 6–10 years prior to the study or 0–5 years prior to the study as well as present participation in a vocational activation process; the total number of 274 persons with limited abilities participated in the study, of whom ONP subgroup: n = 91 participants, ONR subgroup: n = 92 participants and ONS subgroup: n = 91 participants and n = 120 persons without disabilities; seven standardised questionnaires, two proprietary questionnaires and a clinical interview were used;
- **Module 4: *Forming of identity and entering adulthood*: a** total number of 995 persons participated in the study, of whom n = 528 subjects in the ON group and n = 467 subjects in the OS group; all subjects were between 18 and 35 years of age; three questionnaires were used, including one which underwent translation and cultural adaptation; the questionnaires were prepared in electronic and paper version – to be chosen by the subjects;
- **Module 5: *Local and virtual communities***: a total number of 80 persons participated in the study: n = 60 persons with disabilities (ONP, ONR and ONS) and n = 20 non-disabled persons; an individual narrative interview, made according to instructions prepared and verified in a pilot study, was used; data analysis was carried out employing an open coding procedure (using the computer assisted qualitative data analysis software package *Maxqda2007*);
- **Module 6: *Self-acceptance, feeling of quality of life, and social participation***: a total number of 120 persons participated in the study (ONP,

ONS, ONR and OS); a number of interviews were conducted: detailed individual interviews, diad interviews, eight focused group interviews in which participated relatives of ON, who had been invited by the ON subjects; also, a shortened version of the *Self-assessment Questionnaire* by A. I. Brzezińska and P. Krzywicki was employed; data analysis was carried out using an open coding procedure (with the use of the computer assisted qualitative data analysis software package *Maxqda2007*);

- **Module 7: *Individual self-diagnosis – auto-narrations***: a total number of 67 subjects with disabilities, including rare and multiple disabilities, participated in the study; as a result of individual, partially structured, detailed interviews each participant provided a story (narration) of his/her life; the narrations were then subjected to an analysis of attachment styles manifested in childhood and presently; moreover, projection techniques, assessment scales and proprietary worksheets were employed;
- **Module 8: *Group self-diagnosis – FGI (focus group interview)***: focused group interviews concerning the life situation of the disabled; the study is of an experimental nature (half of the groups undergo interpersonal communication skills training) and it is accompanied by pre- and post-tests; the groups taking part in the study are homogeneous or heterogeneous as far as their gender and disability is concerned – persons with various forms of disability (ONP, ONR and ONS) vs. disabled and non-disabled persons (ON and OS); the study encompasses 113 subjects divided into 20 groups – from 4 to 8 persons per group.

The relations between research areas in the modules of stage I are presented in fig.1. Each module ended with a report containing conclusions and assumptions for the recommendation project destined for institutions responsible for social policy at various levels and for the development of support programmes for people with disabilities, following a framework of recommendations, which were provided and verified by competent judges.

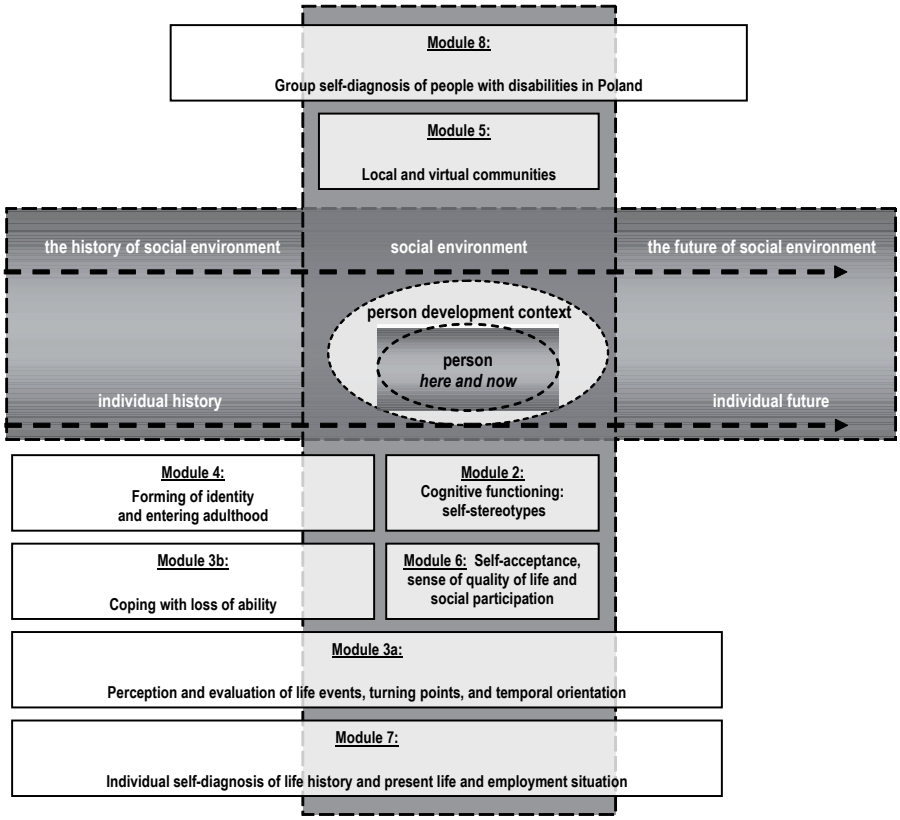


Fig. 1. Investigated areas and connections between them: horizontal (time context) and vertical perspective (environment context)

Area of research and research instruments – stage II

Research instrument – KBS questionnaire

KBS questionnaire is a research instrument designed by the members of the SWPS Research Team for the needs of the research at stage I – in all modules – and at stage II – in a nationwide survey on a sample of 100 thousand respondents with disabilities. A pilot study carried out using a full version of the KBS questionnaire revealed that the average time necessary to fill in the questionnaire was 60 minutes, assuming that it was completed using CAPI (*Computer Assisted Personal Interviewing*) method with the assistance of a research interviewer. Therefore, a modified, shortened version of the questionnaire was developed to be used in the modules at stage I (fig. 2). This modified version of the KBS questionnaire consisted of 31 items and the time necessary to complete the survey was, on average, 15 minutes.

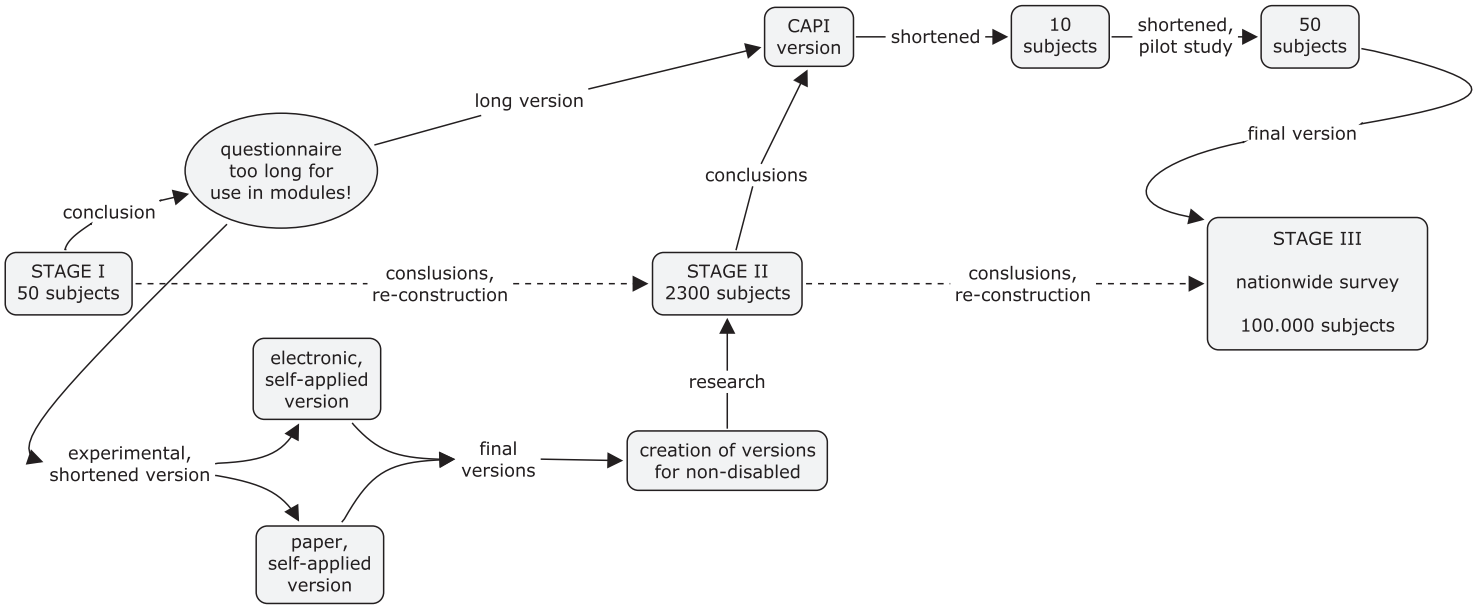


Fig. 2. Stages of questionnaire construction

by Kamil Sijko

Attention: dotted line – original work plan; continuous line marks the work actually carried out.

Both versions of the survey – the full and the shortened one – served as a means of obtaining so called social-demographic data and detailed information about disability (among others the type and the level of disability, the age of the onset of disability, the experienced effects and problems related to it), social activity, the support received, vocational activity, education, satisfaction with life, self-perceptions and one's own ability limitations.

The KBS questionnaire in its final version consisted of 121 questions from which 500 variables were derived. It was divided into two parts which (in the case of the paper version – PAPI) were physically separated. These were: a part concerning the household (KBS Part I) and an Individual In-Depth Interview (KBS Part II). Moreover, the part devoted to the household included an optional module concerning the disabled person, with questions which could be asked or omitted depending on the age and psychophysical state of the respondent living in the household (a detailed description of the conditions in which this procedure was to be applied was attached as an annex to the questionnaire). Thus, three basic modules of the questionnaire determining its structure may be identified:

(1) information about household type – KBS Part I
    - 1a1. family household or
    - 1a2. non-family household (e.g. residential care homes)
(2) Shortened interview: information about the disabled person – KBS Part I
    - 1b. Disability features
    - 1c. The characteristics of the person with disabilities
(3) In-depth interview – KBS Part II
    - 2a. Disability features
    - 2b. The characteristics of the person with disabilities
    - 2c. Psychosocial features
    - 2d. Labour market

In the study on a nationwide sample the research instrument was divided into two parts: 1) a block devoted to the household and 2) an individual part. The first part was used only once in each household, whereas the individual part was employed for each disabled person in the household studied. Due to expected communicative difficulties linked to disability, it was permitted to complete the individual part with the assistance of the carer of the disabled person or with the carer alone.

Research project stage II timetable

Research was conducted in twelve steps.

1. 15.06.2009: the meeting commencing the cooperation between the SWPS Research Team and the Survey Contractor – establishing the rules of co-operation, presentation of the research instrument model and additional materials.

2. 03.07.2009: initial *Methodological Report*, containing the research concept, the description of the research materials and instruments, the extent of responsibility of individual project participants, as well as a detailed description of the methodology applied in the research and the mode of sample selection.
3. From 03.07.2009 to 6.07.2009: preparation of research instruments and additional materials.
4. From 03.07.2009: beginning of a two-stage training programme of the Fieldwork Research Team responsible for the field part of the project.
5. From 10.07.2009: organising the research at the field level.
6. From 17.07.2009: completing field survey.
7. From 31.07.2009: beginning of field inspection.
8. 07.08.2009: first data collection.
9. 16.10.2009: second data collection (submitted to the Commissioner).
10. 18.11.2009: end of inspection.
11. 11.12.2009: completion of research (field research stage).
12. 14.12.2009: submission of database.

The selection and the structure of the research sample

The sample in the Nationwide Study encompassed 100 000 persons with disabilities chosen from across the country and representing all poviats (NUTS 4). Because of lack of a national census of the disabled, which might have served as a sampling frame, it was decided that the data concerning the whole population in Poland would be used. The representativeness of the sample was achieved following a random sampling of respondents for the study. 100 000 addresses were selected serving as the foundation for the subsequent search for people with disabilities using the technique of *random route.* The sampling frame was drawn from the PESEL System (Universal Electronic System of Population Register) run by the Ministry of the Interior and Administration. Stratified sampling was based on the population distribution of Poles as noted by GUS (General Statistics Office) on 30 June 2008, i.e. the most recent population distribution available on the day of the research. It served as the basis of demographic estimations carried out by MB SMG/KRC in 2009.

Following the adopted assumptions, stratified sampling was conducted on the basis of the data discussed above, taking into consideration all poviats with villages and towns/cities located within their borders. This procedure allowed the researchers to obtain a random national sample of 100 000 persons, taking into account territorial distribution with the division into villages and towns/cities in each poviat in the country. The selected addresses constituted the basis for the selection of respondents. This technique is commonly used[2] and well-

[2] See: P. Sztabiński, Z. Sawiński, F. Sztabiński (red.). (2005). *Fieldwork jest sztuką*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN; W. G. Ochran (1977). *Sampling techniques*. New York: John Willey and Son.

founded in social studies when a sampling frame of persons with particular characteristics (e.g. people with particular interests, financial status, etc.) is not available.

The employed *random route* technique consists in visiting all flats (houses) starting with the address indicated – following the rules of operating in the field, which means visiting the house located to the right of the house the interviewer has just left. This rule leaves no scope for choice for the research interviewer. The procedure is repeated until a person meeting the selection criteria – in this case a disabled person (either biologically or legally) – is found.

Respondents were classified into the studied groups on the basis of questions about their biological or legal disability. These questions were included in the part of the questionnaire devoted to GD – the household:

– "Are everyday activities of the person limited for the duration of six months or more because of health problems?"
– "Does the person possess a valid disability certificate, a certificate stating the level of disability or an equivalent document?"

The interviewers received an instruction how to select disabled respondents, which was an extension of the general instruction concerning the *random route* method, allowing them to select the right respondents. Moreover, all interviewers participated in a training programme.

Final remarks

The conclusions of the research conducted in all modules 2–8 constituted the basis for an interpretation of regularities revealed in relation to various ONR and ONS subgroups at stage II. Furthermore, the initial recommendations in modules 2–8 were verified on the basis of recommendations developed as a result of the research conclusions made at stage II. Finally, the project ended with a series of recommendations for the national strategy to increase socio-vocational activity of the disabled, in particular those from the ONR and ONS groups.

The project was developed and implemented by a multidisciplinary team of psychologists specialising in various fields (developmental and educational psychology, health and clinical psychology, social psychology, intercultural psychology, occupational and organizational psychology), sociologists and methodologists (involved in planning and implementation of research in social sciences). The research team consulted their actions with persons specializing in psychology of rehabilitation, sociology of health, psychiatry, geriatrics, social gerontology, cognitivism, including neurocognitivism and cognitive linguistics, statistics, mathematics, and informatics. For the duration of the project all team members were employed at Warsaw School of Social Sciences and Humanities (SWPS) as academic researchers.

Streszczenie

Przekonania o swoim życiu. Spostrzeganie historii życia przez osoby z ograniczeniami sprawności

Słowa kluczowe: przekonania, punktualność zdarzeń życiowych, punkty zwrotne, wewnętrzne modele operacyjne.

Jaką wizję świata i siebie mają osoby z ograniczeniami sprawności? Wizja świata wrogiego, nieprzyjaznego, zamkniętego na ich potrzeby może powodować, że są bierne, unikają kontaktu z innymi ludźmi, nie wierzą w zmianę swojej sytuacji. Jeżeli natomiast widzą świat jako pełen niespodzianek, pomocnych ludzi, ciekawych wydarzeń, a jednocześnie wierzą, że mogą na ten świat wywierać jakiś wpływ, to ich aktywność będzie nie tylko duża, lecz także zróżnicowana. Analiza ilościowych wyników badań oraz wywiadów przeprowadzonych z osobami z różnymi ograniczeniami sprawności pokazała, że to, jak ludzie spostrzegają siebie i otaczający ich świat, ma niezwykły wpływ na ich zachowanie i emocje, a także że bariery, które mogą utrudniać lub nawet uniemożliwiać codzienne funkcjonowanie i budowanie planów na przyszłość, bardzo często tkwią w głowie – właśnie w przekonaniach, u których podstaw leżą wewnętrzne modele operacyjne. Wizja siebie (np. ja jako osoba z ograniczeniem sprawności, jako pracownik, jako przyjaciółka, jako córka), swojego życia (zwłaszcza punktów zwrotnych) i postrzeganie innych (np. swoich współpracowników, przełożonego, klientów, sąsiadów) oraz porównywanie siebie z innymi (poczucie punktualności zdarzeń życiowych) w dużym stopniu rzutują na treść przekonań o własnej skuteczności i możliwościach zmiany swojej sytuacji życiowej, w tym na ocenę szans znalezienia i utrzymania pracy, pozyskania nowych znajomych, poszerzenia kwalifikacji. Rozpoznanie tych przekonań – o sobie, swoim życiu i o świecie – umożliwia trafniejsze zidentyfikowanie potrzeb, a tym samym zdiagnozowanie psychologicznej gotowości do zmiany swojej sytuacji. Treść przekonań określa zatem swoisty „punkt startowy". Przekonania o negatywnym ładunku emocjonalnym stanowią barierę mentalną i sprawiają, że większość trudnych sytuacji jest spostrzegana jako zagrożenie. Z kolei przekonania o ładunku pozytywnym pozwalają patrzeć na świat w kategoriach wyzwań, zachęt, okazji czy szans.

Summary

Beliefs about one's life. Life history as perceived by people with disabilities

Key words: attachment styles, beliefs, internal working models, timing of life events, turning points.

What is the image of the world and of themselves do of people with disabilitiespossess? The image of a world whichIf the world is seen asis hostile, unfriendly, and ignoring the needs of disabled persons, it may cause these people to become passive, avoid contacts with others, and doubt that any change of their situation is possible. If, however, people with impairments perceive the world as being full of surprises, helpful people, interesting events, and see themselves as possessing the ability able to exert influenceon it, their active participation will not only increase, but it will also be more diverse. The analysis of quantitative research results and the interpretation of interviews conducted with disabled people revealed that the way in which people perceive themselves and the surrounding world hasa a profound impact on how they behave and what emotions they experience. It also proved that barriers which may impede or even prevent daily functioning and making plans for the future very often exist only in their heads – in the form of beliefs based on their internal working models. The beliefs about one's effectiveness and about the possibilities of changing one's situation – which basically translate into the likelihood of finding and maintaininga a job, making new friends, or improving one's qualifications – are significantly influenced by tThe image of oneself (e.g. asa a person with disabilities, asa a worker, asa a friend, asa a daughter) and, of one's life (in particular of turning points)and , the perception of others (e.g. as one's co-workers, superiors, customers, or neighbours) as well as by making comparisons between oneself and others (timing of life events) influences significantly the content of the beliefs about one's effectiveness and about the possibilities of changing one's life situation, which basically means the likelihood of finding and maintaining a job, making new friends, or improving one's qualifications. The recognition of the beliefs – about oneself, one's life and the world – allows helps toa better identification identifyof the needs and a diagnosiseof psychological readiness of people with disabilities to change their situation. Thus, the content of the beliefs constitutesa a kind ofa a "starting point". The beliefs with which have negative emotional charges createa a mental barrier and cause the majority of difficult situations to be perceived asa threats. The emotionally positive beliefswith positive emotional charges, in turn, encourage the disabled to see the world in terms ofvarious events as challenges, incentives, opportunities or chances.