Wkraczanie w dorosłość

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

Konrad Piotrowski

Wkraczanie w dorosłość

Tożsamość i poczucie dorosłości młodych osób 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. Helena Sęk, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy we Wrocławiu
prof. dr hab. Piotr Oleś, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Instytut Psychologii

Redakcja i korekta: *Anna Sterczyńska*

Projekt okładki: *Katarzyna Juras*

Copyright © by Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa 2010

ISBN: 978-83-7383-424-8

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 7

Rozdział 1
Dorosłość we współczesnym świecie 9
1.1. Obiektywne kryteria dorosłości 9
1.2. Subiektywne kryteria dorosłości 12
1.3. Wyłaniająca się dorosłość – odpowiedź na współczesność 14
1.4. Niepełnosprawność w okresie wyłaniającej się dorosłości 18
1.5. Podsumowanie 20

Rozdział 2
Tożsamość i jej znaczenie w rozwoju człowieka 22
2.1. Czym jest tożsamość? 22
2.2. Formowanie się tożsamości 23
2.3. Eksploracja i zobowiązanie we współczesnych czasach 25
2.4. Model podwójnego cyklu formowania się tożsamości 27
2.5. Podsumowanie 30

Rozdział 3
Cel i metodyka prowadzonych badań 32
3.1. Cel badań 32
3.2. Uczestnicy badań 33
3.3. Zastosowane narzędzia 35
3.3.1. Skala Wymiarów Rozwoju Tożsamości 35
3.3.2. Skala Poczucia Dorosłości 36
3.3.3. Kwestionariusz Badań Sondażowych (KBS) 37

Rozdział 4
Wyniki badań: zadania rozwojowe okresu dorosłości 38
4.1. Okres dorastania (18–20 lat) 38
4.2. Okres wyłaniającej się dorosłości (21–26 lat) 39
4.3. Okres wczesnej dorosłości (27–35 lat) 42
4.4. Podsumowanie 43

Rozdział 5
Wyniki badań: tożsamość 45
5.1. Wymiary tożsamości a wiek 45
5.1.1. Cykl formowania zobowiązań 45
5.1.2. Cykl ewaluacji zobowiązań 47
5.1.3. Trudności z podejmowaniem zobowiązań 49
5.2. Tożsamość a zadania rozwojowe 50
5.3. Tożsamość a charakterystyka niepełnosprawności 52
5.4. Tożsamość a jakość życia 58
5.5. Podsumowanie 60

Rozdział 6
Wyniki badań: poczucie dorosłości 62
6.1. Poczucie dorosłości a wiek 62
6.1.1. Poczucie samodzielności 62
6.1.2. Intymność i gotowość do zawarcia małżeństwa 64
6.1.3. Subiektywne poczucie dorosłości 66
6.2. Poczucie dorosłości a zadania rozwojowe 68
6.3. Poczucie dorosłości a charakterystyka niepełnosprawności 70
6.4. Poczucie dorosłości a jakość życia 73
6.5. Podsumowanie 74

Rozdział 7
Wyniki badań: tożsamość a poczucie dorosłości 77

Rozdział 8
Wnioski z przeprowadzonych badań 82
8.1. Sprawność i niepełnosprawność na drodze ku dorosłości 82
8.2. Niepełnosprawność: grupy ryzyka 88

Zakończenie 90

Bibliografia 91

Załącznik 1
Wskaźniki dorosłości w grupach wiekowych 96

Aneksy
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* 102

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* 117

Streszczenie 129

Summary 131

Wstęp

Współcześnie w wyniku głębokich przemian społecznych, demograficznych i kulturowych proces stawania się dorosłym członkiem społeczeństwa stał się dla młodych ludzi poważnym wyzwaniem. Wraz z rozwojem społeczeństw oraz globalizacją rynku pracy i edukacji pojawiła się ogromna możliwość wyboru własnej ścieżki rozwoju. Jednocześnie nacisk na podmiotowość i indywidualizm oraz niewielkie wsparcie ze strony innych ludzi zwiększyły prawdopodobieństwo doświadczania niepewności, lęku i trudności z jednoznacznym samookreśleniem. Trudnościami tymi zagrożone są zwłaszcza te osoby, których możliwości samodzielnego radzenia sobie są ograniczone.

Satysfakcjonujące podążanie ścieżką prowadzącą od dzieciństwa przez okres dorastania aż do dorosłości wymaga tego, by jednostka posiadała szereg zasobów, zarówno wewnętrznych (osobowościowych, biologicznych), jak i zewnętrznych (wsparcie społeczne, wykształcenie, praca zawodowa, przystosowane do potrzeb otoczenie fizyczne, dostępność i sprawność działania różnych instytucji użyteczności publicznej), które zwiększają jej szanse radzenia sobie z pojawiającymi się oczekiwaniami.

Zarówno w Polsce, jak i w wielu innych krajach (Arnett, 2000; Lanz, Tagliabue, 2007), obserwuje się obecnie odraczanie w czasie momentu wejścia w dorosłość młodych ludzi, którzy coraz później decydują się na założenie rodziny, posiadanie dzieci czy opuszczenie domu rodzinnego. Można powiedzieć, że w porównaniu z sytuacją sprzed kilkunastu czy kilkudziesięciu lat mamy obecnie do czynienia z coraz dłuższym okresem dorastania, a tym samym – z wydłużeniem czasu kształtowania się podstawowych dla dalszego funkcjonowania kompetencji, takich jak odpowiedzialność za własne działania, uzyskanie autonomii czy zbudowanie własnej tożsamości – otwartej, elastycznej, ale jednocześnie wyrazistej i stabilnej.

W ostatnich latach zainteresowanie badaczy i praktyków koncentruje się na czynnikach związanych z procesem przechodzenia z okresu dzieciństwa i dorastania do okresu dorosłości przez członków grup zagrożonych społeczną marginalizacją. Jedną z takich grup jest populacja osób niepełnosprawnych, które w tym procesie napotykają szereg trudności (Hudson, 2003), polegających w dużej mierze na kłopotach z podejmowaniem zadań i ról społecznych

okresu dorosłości bądź realizowaniem ich w sposób niepunktualny (tj. wcześniej lub później; por. Brzezińska, 2007) w porównaniu z osobami sprawnymi.

Badania, których wyniki przedstawiamy, miały na celu określenie obszarów funkcjonowania społecznego, w których realizacja konkretnych ról przez osoby niepełnosprawne jest najbardziej utrudniona, i uzyskanie odpowiedzi na pytanie o potencjalne konsekwencje tych trudności.

Planowanie oddziaływań praktycznych skierowanych do osób z ograniczeniami sprawności czy do jakiejkolwiek innej grupy społecznej nie powinno odbywać się w oderwaniu od naukowej wiedzy na temat mechanizmów funkcjonowania tych grup. Programy edukacji, rehabilitacji, resocjalizacji czy aktywizacji muszą stanowić odpowiedź na rzeczywiste potrzeby beneficjentów. Warunkuje to skuteczność tych programów, czyli możliwość faktycznego wpływania na funkcjonowanie osób nimi objętych, w tym także na ich umiejętność radzenia sobie z trudnościami i ograniczeniami. Dlatego też pierwszym krokiem w planowaniu jakichkolwiek oddziaływań powinno być rzetelne rozpoznanie potrzeb grupy odbiorców przy zastosowaniu metod poznania naukowego. Taki też cel przyświecał realizacji badań stanowiących część systemowego projektu badawczego *Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych.*

Konrad Piotrowski

Warszawa, luty 2010 roku

Rozdział 1

Dorosłość we współczesnym świecie

Zagadnieniem specyfiki dorosłości i wkraczania w dorosłość zajmują się przedstawiciele różnych nauk o człowieku (m.in. psychologii, socjologii, pedagogiki, antropologii kulturowej i etnologii, historii), stąd też różne rozumienie tych kategorii oraz odmienne postrzeganie wskaźników czy wyznaczników dorosłości.

W naukach społecznych (por. Czerka, 2007) można wyróżnić podejście prakseologiczne, w którym podkreśla się istotną rolę realizowanych zadań i społecznych oczekiwań wobec człowieka dorosłego. Od stopnia spełnienia tych wymagań zależy przyznanie komuś statusu jednostki dorosłej. Odwoływanie się do takich obiektywnych wyznaczników dorosłości ma swoją długą historię i jest głęboko zakorzenione w większości społeczeństw, zarówno tradycyjnych (np. rytuały przejścia w społecznościach plemiennych), jak i wyżej rozwiniętych (np. granica 18. roku życia w naszym kraju, posiadanie dziecka, zawarcie związku małżeńskiego).

Wyróżnić można także podejście akcentujące dorosłość jako kategorię subiektywną (Côté, 1997), związaną raczej z poczuciem bycia dorosłym, które może być względnie niezależne od statusu społecznego, rozumianego jako spełnianie obiektywnych kryteriów „bycia dorosłym członkiem społeczeństwa".

1.1. Obiektywne kryteria dorosłości

Obiektywne kryteria, na podstawie których możemy wnioskować o uzyskaniu przez jednostkę statusu osoby dorosłej, są w dużej mierze uzależnione od podejmowania i realizacji ról oraz zadań charakterystycznych dla osób w określonym wieku, żyjących w konkretnej kulturze (Brzezińska, 2007). Z tej perspektywy rozwój to przechodzenie do kolejnych zadań po zrealizowaniu wymagań poprzedniej fazy. Chcąc ocenić położenie człowieka na kontinuum „dziecko – dorosły", należy stworzyć listę zadań rozwojowych dla kolejnych etapów życia, a następnie sprawdzić, które z nich zostały już zrealizowane, a które są aktualnie w trakcie realizacji lub nie zostały jeszcze przez jednostkę podjęte. Dzięki porównywaniu osiągnięć różnych grup osób z istniejącymi normami (rozumianymi jako przeciętny wiek podejmowania określonych zadań rozwojowych) możemy także analizować punktualność *versus* niepunktualność ich realizacji (Bee, 2004). Klasyczne już dzisiaj koncepcje zadań rozwojowych stworzyli między innymi Erik H. Erikson oraz Robert Havighurst

(por. tab. 1.). Z perspektywy niniejszych badań najistotniejsze są ich ustalenia dotyczące okresów dorastania oraz wczesnej dorosłości.

Tab. 1. Zadania rozwojowe okresu dorastania i wczesnej dorosłości w koncepcjach Erika H. Eriksona i Roberta Havighursta

Faza życia	Erik H. Erikson	Robert Havighurst
Okres dorastania (12/13–18/20 r. ż)	Zbudowanie względnie trwałej struktury tożsamości, czyli uzyskanie odpowiedzi na pytania: kim jestem? kim mogę być? w co chcę się zaangażować?	• budowanie bardziej dojrzałych związków z rówieśnikami obu płci • osiąganie emocjonalnej niezależności od rodziców • osiąganie bezpieczeństwa i niezależności ekonomicznej • wybór zawodu • osiąganie społecznie odpowiedzialnego zachowania
Okres wczesnej dorosłości (18/20–30/34 r. ż)	Nabycie zdolności do tworzenia związków intymnych, odczuwania miłości bez ryzyka utraty własnej tożsamości	• wybór partnera życiowego • uczenie się życia z partnerem • start w rolach rodzinnych • zarządzanie domem • start w karierze zawodowej • wzięcie za siebie odpowiedzialności • znalezienie odpowiedniej grupy towarzyskiej

Źródło: opracowanie własne na podstawie Brzezińska, 2007.

Okres dorastania to moment, w którym młody człowiek zaczyna stawiać pierwsze kroki w świecie dorosłych. Odczuwa potrzebę większej niezależności, chce spędzać coraz więcej czasu z rówieśnikami, a coraz mniej z rodzicami, przeżywa pierwsze zauroczenia, coraz ważniejsza zaczyna być dla niego sfera seksualna. Te wszystkie doświadczenia sprawiają, że dorastający uczą się dorosłych ról i sposobów, w jakie należy je pełnić. Wraz z tymi nowymi doświadczeniami pojawia się nie mniej istotna kwestia zmian na poziomie psychicznym (szerzej na ten temat w rozdziale 2).

Nowe zadania podejmowane przez osoby w okresie dorastania prowadzą do zwiększania się ich wiedzy na temat własnych możliwości i oczekiwań. Pozwalają na określenie tego, które z możliwych ról są dla nich odpowiednie, jakie działania sprawiają im radość, a jakie nie, czym chcieliby się w przyszłości zająć, a co jest dla nich nie do przyjęcia. Dzięki temu poszerza się ich wiedza o sobie i buduje obraz własnej osoby, który jest ściśle związany z tożsamością, uzyskiwaną przez udzielenie sobie odpowiedzi na pytania: „Kim jestem?", „Co chcę osiągnąć?". Tak „wyposażona" osoba dorastająca – mająca liczne i zróżnicowane doświadczenia, znająca siebie i własne możliwości, świadoma, co chce osiągnąć – jest według Eriksona gotowa do wejścia w kolejny etap swojego życia, czyli dorosłość.

Zakończenie okresu dorastania nie wynika bynajmniej z tego, że młodzi ludzie mają wewnętrzne poczucie spełnienia i odczuwają silną potrzebę za-

znania czegoś nowego. Na ogół jest to związane z czynnikami społecznymi. W każdej kulturze istnieją normy dotyczące okresu, w którym człowiek powinien przestać być dzieckiem i dołączyć do społeczności dorosłych. Takim momentem może być na przykład zakończenie edukacji, które na ogół wiąże się z oczekiwaniem, że dorastający rozpocznie pracę zawodową i stanie się niezależny finansowo od dotychczasowych opiekunów, najczęściej rodziców. Sytuacja taka jest kolejnym krokiem na drodze do samodzielności. W okresie dorastania uniezależnienie odbywało się na poziomie emocjonalnym, gdyż faktycznie jednostka nadal była na utrzymaniu rodziców. W okresie wczesnej dorosłości samodzielność przyjmuje więc inną jakościowo postać.

Najczęściej stosowanymi wskaźnikami (Fadjukoff, 2007), którymi obecnie posługują się psychologowie analizujący proces wkraczania w dorosłość, są:

(1) **Sytuacja mieszkaniowa:** uniezależnienie się od rodziny pochodzenia, w tym najczęściej zmiana miejsca zamieszkania i rozpoczęcie prowadzenia własnego gospodarstwa domowego, to jeden z ważniejszych wskaźników uzyskanej autonomii i wzięcia odpowiedzialności za skutki własnych działań.

(2) **Edukacja:** na ogół uznaje się (Arnett, 2000), że zakończenie procesu edukacji stanowi ważny dla jednostki moment przejścia, wymagający ponownej adaptacji i rozpoczęcia realizacji nowych wymogów, w tym przede wszystkim podjęcia aktywności zawodowej. Analizując kwestię zakończenia edukacji, należy jednak brać pod uwagę głównie kształcenie w trybie stacjonarnym (na poziomie szkoły średniej czy wyższej), kiedy stanowi to podstawowe zajęcie młodych ludzi. W naszym kraju dużą popularnością cieszą się także studia podyplomowe i niestacjonarne (zaoczne/wieczorowe), które na ogół są łączone z pracą zawodową, jednak z możliwości tej w dużej mierze korzystają osoby nieco starsze.

(3) **Stan cywilny:** to kolejny czynnik, który może być brany pod uwagę w określaniu człowieka jako dorosłego. Jednym z najważniejszych zadań okresu wyłaniającej się i wczesnej dorosłości jest stworzenie trwałego, stabilnego związku intymnego (Havighurst, 1948; Erikson, 1997) z partnerem oraz rozpoczęcie wspólnego z nim/nią prowadzenia gospodarstwa domowego.

(4) **Posiadanie dzieci:** to (najczęściej) konsekwencja zbudowania trwałego związku (często małżeńskiego), ale także jeden z najważniejszych wskaźników dorosłości. W społeczeństwach o wysokim poziomie rozwoju ekonomicznego młodzi ludzie coraz wyraźniej odraczają w czasie posiadanie dzieci (Arnett, 2000; GUS, 2007, 2008) koncentrując się na rozwoju osobistym i zawodowym. Z tego powodu posiadanie dzieci może stanowić wskaźnik społecznej i osobistej dojrzałości jedynie w pewnym zakresie.

(5) **Aktywność zawodowa:** to jeden z najważniejszych (o ile nie najważniejszy) obszar funkcjonowania człowieka dorosłego (Arnett, 2000). Satysfakcjonująca integracja z rynkiem pracy to nadal fundamentalny krok w procesie wkraczania w dorosłość, dający szanse na uniezależnienie się od rodziny, opuszczenie domu rodzinnego, wspomagający także zawieranie związku małżeńskiego czy rodzicielstwo (Guerreiro, Abrantes, 2004).

Powracając na chwilę do wspomnianej kwestii punktualności i niepunktualności podejmowania zadań rozwojowych, moglibyśmy powiedzieć, że osoba, która w wieku lat 40 nadal pozostaje na utrzymaniu rodziców, nie realizuje w sposób punktualny takiego zadania rozwojowego, jakim jest podjęcie aktywności zawodowej i uzyskanie niezależności ekonomicznej. Jeżeli oprócz aktywności zawodowej nasza przykładowa osoba nie podjęła także innych zadań dorosłości (np. nie ma stałego partnera ani dzieci), można na podstawie

obiektywnych kryteriów uznać, że mimo swojego wieku nie jest „pełnoprawnym dorosłym", gdyż jej społeczna rola wciąż jest bardziej charakterystyczna dla okresu dorastania.

Mimo że od sformułowania koncepcji zadań rozwojowych (Havighurst, 1948) minęło wiele lat, badacze nadal posługują się tymi samymi kategoriami ról społecznych charakterystycznych dla osób dorosłych (czy wkraczających w dorosłość). Znaczącej zmianie uległ raczej sposób dochodzenia do pełnienia owych ról: mamy obecnie do czynienia z przesuwaniem się granicy dorosłości w górę oraz ze zmianami w definiowaniu dorosłości i postrzeganiu jej najważniejszych przejawów. Okres dorosłości nie tylko pojawia się więc później niż kilkadziesiąt lat temu, lecz także przyjmuje inną formę (jakość).

Coraz częściej zwraca się także uwagę na to (Luyckx, Schwartz, Goossens, Pollock, 2008), że poza niewątpliwie ważną kwestią satysfakcjonującej (zarówno dla jednostki, jak i dla jej otoczenia) realizacji ról społecznych, bardzo istotnym elementem tożsamości dorosłego człowieka jest subiektywne poczucie bycia dorosłym (Côté, 1997).

1.2. Subiektywne kryteria dorosłości

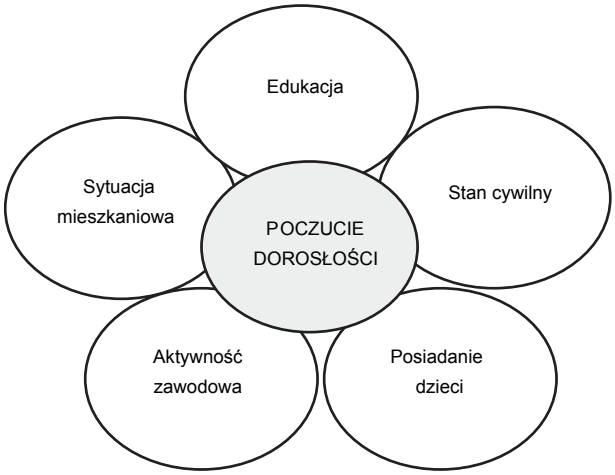
Oprócz zaangażowania jednostki w wypełnianie społecznie przypisanej do wieku roli, kluczową kwestią związaną z rozwojem w okresie dorosłości jest nabywanie subiektywnego poczucia bycia dorosłym, które wiąże się zarówno z czynnikami ulokowanymi w otoczeniu jednostki (kapitał kulturowy, klasa społeczna), jak i z indywidualnymi zobowiązaniami podjętymi przez człowieka (Côté, 1997; Arnett, 2000).

Badania koncentrujące się na poszukiwaniu czynników wpływających na subiektywne poczucie dorosłości są stosunkowo rzadkie. Opierając się na wynikach badań przeprowadzonych na grupie kanadyjskich studentów, James Côté (1997) stwierdził, że związek z nabywaniem tego poczucia mają zarówno cechy jednostki, jak i cechy jej środowiska. Nieliczne są badania, w których sprawdzano, czy nabywanie subiektywnego przekonania o byciu dorosłą jednostką przebiega odmiennie u osób niepełnosprawnych. W jednym z badań nad zbliżoną problematyką (Galambos, Darrah, Magill-Evans, 2007) porównywano subiektywny wiek (czyli to, na ile lat uczestnik badania się czuje) osób z ograniczeniami sprawności i osób sprawnych w wieku 20–30 lat. Nie zarejestrowano żadnych istotnych różnic. Jednak tylko w przypadku osób niepełnosprawnych wyższy subiektywnie postrzegany wiek wiązał się z wyższym poziomem rozwoju psychospołecznego. Może to sugerować, że poczucie dorosłości osób niepełnosprawnych silniej niż wśród osób zdrowych wiąże się z oceną własnych cech i aktywnością społeczną.

Badania Luyckxa i współpracowników (Luyckx, Schwartz, Goossens, Pollock, 2008) koncentrowały się wokół tego, w jaki sposób zmienne psychologiczne (np. poczucie koherencji – por. Antonovsky, 1995) oraz kontek-

stowe (studia *versus* praca zawodowa) różnicują te osoby, które postrzegają siebie jako dorosłych, od tych, które nie postrzegają siebie w ten sposób. Wyniki badań ujawniły, iż poczucie bycia osobą dorosłą było wyższe w grupie osób pracujących niż wśród studentów oraz że nabywaniu poczucia dorosłości sprzyjało wysokie poczucie koherencji. Wyniki te mogą więc wskazywać na pozytywną rolę podjęcia zadań okresu dorosłości dla postrzegania siebie jako dorosłego. Do podobnych wniosków doszli Fadjukoff, Kokko i Pulkkinen (2007), którzy wykazali, że określanie siebie jako osoby dorosłej jest pozytywnie związane z podejmowaniem kolejnych zobowiązań i realizacją zadań rozwojowych. Także Arnett (2000) stwierdza, iż pozytywna odpowiedź na pytanie „Czy czujesz, że osiągnąłeś już dorosłość?" charakteryzuje te osoby, które zdecydowały się na podjęcie ról i zadań okresu dorosłości. Osoby w tak zwanej wyłaniającej się dorosłości (według Arnetta głównie osoby w wieku 18/20–24/25 lat; por. rozdz. 1.3.) znacznie częściej twierdzą, że osiągnęły dorosłość tylko w pewnych obszarach.

Także w badaniach prowadzonych w naszym kraju (Brzezińska, Piotrowski, 2010a) wykazano, że poczucie dorosłości silnie wiąże się z wiekiem oraz aktualną sytuacją życiową jednostki (edukacja, aktywność zawodowa, posiadanie partnera) i intensywnie rozwija się w okresie dorosłości (zaobserwowano liniowy wzrost poczucia dorosłości w okresie od 20–23 lat do 30–40 lat). W tych samych badaniach stwierdzono także, że poczucie dorosłości zwiększa się wraz z gotowością do tworzenia bliskich związków oraz wzrostem poczucia koherencji.



Ryc. 1. Obiektywne i subiektywne kryteria dorosłości

Źródło: opracowanie własne.

Jak więc widać, oba sposoby pojmowania dorosłości – funkcjonowanie w rolach społecznych *versus* poczucie dorosłości – są ze sobą często powiązane. Osoby, które rozpoczęły czy rozpoczynają realizację zadań rozwojowych przypisanych dorosłości, zwrotnie (być może w wyniku samoobserwacji) nabywają także poczucie bycia dorosłym człowiekiem; jednocześnie posiadanie takiego obrazu własnej osoby („Jestem dorosły/dorosła") może ułatwiać wchodzenie w kolejne role.

Opisany tu zwrotny charakter związku pomiędzy subiektywnymi i obiektywnymi kryteriami dorosłości uważa się za przyczynę obserwowanej w ostatnich latach tendencji młodych ludzi w wieku 18–24/25 lat do określania siebie jako znajdujących się pomiędzy dzieciństwem a dorosłością („Nie jestem już nastolatkiem, ale nie jestem jeszcze dorosły"; Arnett, 2000). Odraczanie podejmowania dorosłych ról społecznych, coraz dłuższy proces edukacji i dłuższe pozostawanie w stanie częściowej przynajmniej zależności od rodziców wiążą się także z subiektywną oceną własnej osoby na wymiarze dziecko/nastolatek – dorosły. Okres ten został nazwany wyłaniającą się dorosłością.

1.3. Wyłaniająca się dorosłość – odpowiedź na współczesność

Badania psychologiczne związane z procesem podejmowania dorosłych ról społecznych i rozwojem osobowości pozostają obecnie pod dużym wpływem opracowanej przez Jeffreya Jensena Arnetta (2000) teorii wyłaniającej się dorosłości *(emerging adulthood)*. Autor sugeruje, że w związku ze zmianami społeczno-kulturowymi, zwłaszcza w społeczeństwach rozwiniętych i rozwijających się, pojawiła się nowa, nieobecna wcześniej faza w rozwoju, występująca pomiędzy okresem adolescencji (dorastania) a okresem wczesnej dorosłości. Odróżnia ją to od okresu dorastania, który ma charakter bardziej uniwersalny, występuje bowiem w niemal każdej ze znanych nam społeczności, nawet tych określanych jako tradycyjne, na przykład w plemionach indiańskich.

Faza wyłaniającej się dorosłości występuje w tych krajach, w których dominuje gospodarka oparta na wiedzy, w której ludzie, aby zdobyć satysfakcjonującą pozycję społeczną, muszą poświęcić wiele lat na kształcenie się i zdobywanie doświadczeń, a zadania okresu dorosłości odkładają do momentu zdobycia odpowiedniej – według nich – pozycji społecznej i zawodowej. Przykładowo, w naszych badaniach (Piotrowski, 2009d) gotowość do zawarcia małżeństwa okazała się bardzo niska w grupie osób w wieku poniżej 25 lat i znacząco wzrastała w kolejnych latach, podobnie jak poczucie dorosłości.

Dla wielu młodych ludzi żyjących w obecnych czasach okres pomiędzy 18. a 29./30. rokiem życia (zwłaszcza do 25. roku życia) to czas głębokich zmian. Działania w tym okresie wiążą się z uzyskiwaniem kolejnych szczebli wykształcenia (po ukończeniu szkoły średniej) oraz zdobywaniem pierwszych doświadczeń zawodowych, które będą owocować dopiero w kolejnych

latach. Pod koniec tego okresu, jak twierdzi Arnett (2000), większość ludzi ma już stosunkowo dobrze określone cele życiowe i podejmuje decyzje mające względnie trwałe skutki dla ich funkcjonowania. Ta stosunkowo krótka faza (6–7 lat) stanowi według Arnetta specyficzny okres w rozwoju człowieka, charakteryzujący się wielością i jednoczesnością zmian oraz szeroką eksploracją możliwych stylów życia.

Jako przejawy transformacji dokonującej się w społeczeństwach kultury zachodniej w ostatnich dekadach traktuje się zmiany w zakresie: (1) wieku wchodzenia w związki małżeńskie; (2) wieku, w którym przychodzi na świat pierwsze dziecko; (3) coraz częstszego podejmowania – po ukończeniu szkoły średniej – kształcenia na wyższych szczeblach nauczania (por. tab. 2 i wnioski w tab. 3). Te zmiany wpływają na bieg rozwoju w okresie rozpoczynającym się około 18./19. roku życia, zmniejszając motywację młodych ludzi do angażowania się w dorosłe role społeczne i doprowadzają do ich odraczania w czasie:

> Wyłaniająca się dorosłość jest okresem w życiu, kiedy wiele różnych kierunków jest możliwych, kiedy niewiele zostało już ostatecznie zdecydowane w odniesieniu do przyszłości, kiedy niezależna eksploracja życiowych możliwości jest większa, niż będzie w jakimkolwiek innym okresie życia (Arnett, 2000, s. 469).

Arnett (*ibidem*) uważa, że okres 30–40 lat, jaki upłynął od czasu, kiedy Erikson (1968) czy Havighurst (1948) tworzyli swoje koncepcje rozwoju, struktura społeczna wielu krajów przeszła szereg znaczących przeobrażeń. Zwiększył się nacisk na indywidualizm, a młodzi ludzie mają szanse samodzielnie kształtować bieg swojego życia, nie narażając się na ostracyzm. Tego rodzaju przekształcenia doprowadziły do zmiany ścieżek rozwoju młodych ludzi.

Okres wyłaniającej się dorosłości jest przez Arnetta traktowany jako charakteryzujący się względną niezależnością od przypisanych wiekowi ról społecznych i normatywnych oczekiwań społeczeństwa. Zostawiając za sobą zależność charakterystyczną dla dzieciństwa i dorastania oraz nie podejmując jeszcze trwale dorosłych ról społecznych, osoby w tej fazie poświęcają czas na poznawanie możliwych kierunków aktywności życiowej, głównie w obszarze: (1) związków intymnych, (2) pracy i (3) ideologii.

Ogólnie rzecz biorąc, okres wyłaniającej się dorosłości charakteryzuje się znacznym zróżnicowaniem demograficznym i niestabilnością, odzwierciedlając nastawienie na eksplorację i zmianę („To jedyny okres życia, w którym nic nie jest normatywne demograficznie"; cyt. za: Arnett, 2000, s. 471), dopiero w drugiej połowie trzeciej dekady życia, a często wręcz pod jej koniec (około 30. roku życia) podejmowane są trwałe decyzje w kwestiach relacji partnerskich (np. małżeństwo, macierzyństwo) czy zawodowych (np. podjęcie decyzji o zaangażowaniu się w określoną branżę, firmę).

Tab. 2. Zmiany wieku podejmowania zadań okresu dorosłości w różnych krajach

Kraj	Charakterystyka osób w okresie wyłaniającej się dorosłości
Włochy	• 74,3% osób w wieku 19–25 lat kształci się. • 78% niepracujących osób w wieku 16–30 lat mieszka z rodzicami.
Hiszpania	• 55% osób w wieku 16–29 lat kształci się. • Finansowa niezależność od rodziców pojawia się około 30. roku życia.
Finlandia	• 94% kobiet i 80% mężczyzn w wieku 20–24 lata nie mieszka z rodzicami. • **Średni wiek zawierania małżeństw przez kobiety:** 25,9 lat w roku 1990 29,2 lat w roku 2003 • **Średni wiek zawierania małżeństw przez mężczyzn:** 28,1 lat w roku 1990 31,5 lat w roku 2003 • **Średni wiek urodzenia pierwszego dziecka:** 26,5 lat w roku 1990 27,9 lat w roku 2003
Czechy	• **Średni wiek zawierania małżeństw przez kobiety:** 21.8 lat w roku 1989 26,4 lat w roku 2000 • **Średni wiek zawierania małżeństw przez mężczyzn:** 24,6 lat w roku 1989 28,8 lat w roku 2000 • W badaniach osób w wieku 18–27 lat: (1) 64% badanych stwierdziło, że nie uważa się ani za osobę dorosłą, ani za nastolatka; (2) 30% stwierdziło, że są osobami dorosłymi; (3) większość osób była nadal finansowo zależna od rodziców, nie miała dzieci, mieszkała z rodzicami.
Polska	• W latach 1990–2004 odsetek osób studiujących zwiększył się do 46,4% z 12,9%. Obecnie 34% kobiet i 25% mężczyzn wchodzących w związek małżeński legitymuje się wykształceniem wyższym, podczas gdy w latach dziewięćdziesiątych było to odpowiednio 4% i 5%. • **Średni wiek zawierania małżeństw przez kobiety:** 22,6 lat w roku 1989 25,4 lat w roku 2007 • **Średni wiek zawierania małżeństw przez mężczyzn:** 25,1 lat w roku 1989 27,5 lat w roku 2007 • **Średni wiek urodzenia pierwszego dziecka:** 23,3 lat w roku 1989 24,6 lat w roku 2002 25,6 lat w roku 2005 • W latach dziewięćdziesiątych okres największej płodności kobiet przypadał na wiek 20–24 lata, aktualnie przypada na przedział wieku 25–29 lat.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Macek, Bejcek, Vanickova, 2007; Lanz, Tagliabue, 2007; Arias, Hernandez, 2007; Fadjukoff, Kokko, Pulkkinen, 2007; Buhl, 2007; GUS, 2007; GUS, 2008.

Tab. 3. Dorastanie, wyłaniająca się dorosłość, wczesna dorosłość: charakterystyka demograficzna

DORASTANIE (do 18./20. roku życia) Małe zróżnicowanie z punku widzenia charakterystyk demograficznych	**WYŁANIAJĄCA SIĘ DOROSŁOŚĆ (od 18./20. do 24./26. roku życia) Duże zróżnicowanie z punku widzenia charakterystyk demograficznych**	**WCZESNA DOROSŁOŚĆ (od 24./26. do 35./40. roku życia) Małe zróżnicowanie z punku widzenia charakterystyk demograficznych**
	STAN CYWILNY	
Niewielki odsetek osób w tej fazie życia zawiera związek małżeński.	Duże zróżnicowanie w zakresie związków intymnych: wolne związki, częsta zmiana partnerów, małżeństwo, zdrady.	Większość osób w tej fazie życia zawiera związek małżeński.
	POSIADANIE DZIECI	
Niewielki odsetek osób w tej fazie życia posiada dzieci.	Oprócz osób posiadających dzieci, znajduje się wiele takich, które ich nie posiadają lub nie planują.	Większość osób w tej fazie życia posiada dzieci.
	MIEJSCE ZAMIESZKANIA	
Większość osób w tej fazie życia mieszka z rodzicami lub innymi opiekunami.	Część osób nadal mieszka z rodzicami/opiekunami, popularne są także akademiki, stancje, wynajmowanie mieszkań, zamieszkiwanie z grupą przyjaciół lub z partnerem. Charakterystyczna jest częsta zmiana miejsca zamieszkania.	Większość osób w tej fazie życia nie mieszka z rodzicami, posiada lub wynajmuje mieszkanie, rzadko zmienia miejsce zamieszkania.
	EDUKACJA	
Większość osób w tej fazie życia uczęszcza do szkoły średniej.	Coraz więcej osób po skończeniu szkoły średniej podejmuje studia wyższe, ale duża grupa tego nie robi. Dość często dochodzi do zmiany kierunku studiów, zmiany uczelni, przerwania nauki na jakiś czas.	Większość osób w tej fazie życia kończy edukację.
	AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA	
Większość osób w tej fazie życia nie pracuje zawodowo.	Oprócz pracy na pełen etat częste są: praca w niepełnym wymiarze godzin, łączenie pracy i nauki, praca tymczasowa. Częste są również zmiany miejsca pracy.	Większość osób w tej fazie życia pracuje zawodowo, na ogół na pełen etat.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Arnett, 2000.

Osoby w okresie wyłaniającej się dorosłości nie postrzegają siebie ani jako dorastających (dzieci), ani jako dorosłych. W swoich badaniach Arnett (1997, 2000) zadawał osobom w tej fazie życia pytanie: „Czy czujesz, że jesteś już dorosły?". Większość osób w okresie wyłaniającej się dorosłości wybierała odpowiedź: „W pewnych obszarach tak, a w innych nie". To wskazuje na sposób, w jaki postrzegają siebie osoby w tej fazie. Dla porównania, w okresie dorastania wśród odpowiedzi na tak zadane pytanie przeważa odpowiedź „nie", natomiast pod koniec trzeciej dekady życia zaczyna dominować odpowiedź „tak".

Można by stwierdzić, że taki sposób odpowiadania na powyższe pytanie jest uwarunkowany przez zmienność i niestabilność charakterystyk demograficznych. Trudno jest młodym ludziom poczuć, że są dorośli, zanim będą mieli własne mieszkanie, skończą naukę, zdobędą satysfakcjonującą pracę, wezmą ślub albo chociaż stworzą stabilny, długotrwały związek czy zostaną rodzicami. Okazuje się jednak, że te czynniki (zmiany demograficzne) wcale nie są decydujące w określaniu siebie jako dorosłego. W swoich badaniach Arnett (2001) wykazał, iż decydujące znaczenie ma określenie siebie jako: (1) „biorącego odpowiedzialność za siebie", (2) „podejmującego samodzielne decyzje", (3) „niezależnego finansowo". Przemiana w dorosłego (we własnych oczach) dokonuje się więc w dużej mierze w psychice jednostki i wiąże ze zmianami w postrzeganiu samego siebie.

1.4. Niepełnosprawność w okresie wyłaniającej się dorosłości

Osoby z ograniczeniem sprawności po ukończeniu szkoły średniej stają wobec podobnych oczekiwań społecznych, jak inne młode osoby, ich rówieśnicy. Dokonujące się w kolejnych latach zmiany rozwojowe i podejmowane działania są wynikiem wcześniejszych doświadczeń i zdobytych kompetencji oraz ukształtowanych cech osobowości, a także aktualnego układu czynników kontekstowych, związanych głównie ze środowiskiem społecznym.

Wraz z ukończeniem szkoły średniej osoby z ograniczeniami sprawności doświadczają szeregu trudności związanych z koniecznością podjęcia działań umożliwiających im wejście w dorosłe role społeczne, czyli ze zdobywaniem doświadczeń zawodowych lub kontynuacją kształcenia, które wymagają znacznie większej samodzielności i odpowiedzialności. Trudności te dotyczą zarówno osób doświadczających ograniczeń psychicznych, na przykład trudności w uczeniu się (*learning disability;* Carnaby i in., 2003), jak i osób dotkniętych niepełnosprawnością fizyczną (Wells, Sandefur, Hogan, 2003) czy sensoryczną (Keil, Crews, 2008).

Wydaje się, że osoby niepełnosprawne nie różnią się szczególnie od swoich pełnosprawnych rówieśników w zakresie celów, jakie pragną zrealizować w okresie wyłaniającej się dorosłości oraz w kolejnych etapach życia. W badaniach Hogansen i współpracowników (2008), w których wzięły udział kobie-

ty w wieku 15–23 lata z różnymi rodzajami niepełnosprawności, najczęściej wymienianymi celami na najbliższą przyszłość było: zdobycie zawodu, kontynuacja nauki, małżeństwo, uzyskanie niezależności i rozpoczęcie samodzielnego życia. Różnice pomiędzy osobami sprawnymi i tymi z ograniczeniem sprawności ujawniają się dopiero, kiedy przyglądamy się wynikom ich działań. Z analiz (Newacheck, 1989) porównujących sprawne i niepełnosprawne osoby w wieku 16–24 lata wynika, że w tej drugiej grupie udział w rynku pracy był niższy, bezrobocie wyższe, a średnie zarobki – niższe. Również w obszarze edukacji osoby z ograniczeniem sprawności mają niższe osiągnięcia niż osoby sprawne: uzyskują gorsze oceny, rzadziej uzyskują średnie wykształcenie, a spośród tych, które kończą szkołę średnią, mniejszy odsetek rozpoczyna studia wyższe (Schultz, Liptak, 1998). Zakończenie nauki i przedwczesne wejście na rynek pracy, przy jednoczesnym braku niezależności od rodziców, jest częste wśród osób należących do niższych warstw społecznych (Guerreiro, Abrantes, 2004). Utrudnia to zmianę sytuacji życiowej i podjęcie pracy zawodowej, która umożliwiłaby dalszy rozwój.

Badacze obserwują także różnice w radzeniu sobie z wymaganiami okresu dorosłości pomiędzy różnymi grupami osób niepełnosprawnych. Szeroko zakrojone amerykańskie badania prowadzone w ramach projektu *National Longitudinal Transition Study – 2 (NLTS 2)* pokazały wyraźne różnice w osiągnięciach młodych ludzi z niepełnosprawnościami. Zarówno na polu edukacyjnym, jak i zawodowym, znacznie lepiej radzą sobie mężczyźni oraz osoby, których niepełnosprawność ujawniła się w późniejszym okresie życia. Istotnie wyższe osiągnięcia mają także osoby pochodzące ze średniej lub wyższej klasy społecznej (Wagner i in., 2006).

W badaniach nad podejmowaniem aktywności zawodowej przez osoby z ograniczeniem sprawności wykazano, że jednym z ważniejszych prognostyków sukcesu na rynku pracy było podjęcie pracy dorywczej czy sezonowej w trakcie pobierania nauki (Stodden i in., 2001). Umożliwiało to nie tylko nabywanie nowych kompetencji czy poznanie realiów rynku pracy, lecz także odkrywanie różnych obszarów aktywności, a tym samym kształtowanie poglądów na temat własnego rozwoju zawodowego. To właśnie zróżnicowane doświadczenie, rozumiane jako wykonywanie różnych prac w okresie nauki, wiąże się z sukcesem na rynku pracy w okresie dorosłości (McDonnall, Crudden, 2009). Niestety, jak pokazuje wiele opracowań, osoby niepełnosprawne w mniejszym stopniu niż osoby sprawne angażują się w taką działalność (Nagle, 2001). Z tego powodu już na samym początku swojej drogi zawodowej znajdują się na gorszej pozycji niż ich pełnosprawni rówieśnicy.

Z aktywnością zawodowa osób niepełnosprawnych wiążą się również czynniki wewnętrzne, na przykład poziom samooceny (Dooley, Prause, 1997). Wykazano, że osoby, które w okresie szkoły średniej cechują się wyższą samooceną, rzadziej doświadczają znacznych trudności z wejściem na rynek pracy po ukończeniu edukacji. Decydujące znaczenie w podejmowaniu aktywności

mającej na celu uzyskanie zatrudnienia ma także wewnętrzne poczucie kontroli, czyli przekonanie, że to my sami kształtujemy naszą rzeczywistość.

Wielu badaczy koncentruje się na poszukiwaniu w niepełnosprawnej jednostce i jej środowisku takich cech, które wspierają proces przechodzenia z adolescencji do wyłaniającej się bądź wczesnej dorosłości. Schultz i Liptak (1998) wymieniają wśród nich: (1) wysoką samoocenę; (2) pozytywną orientację społeczną; (3) rodzinę, w której jednostka otrzymuje wsparcie, ale nie jest traktowana w sposób nadopiekuńczy; (4) posiadanie sieci znajomych i przyjaciół, zarówno pełno-, jak i niepełnosprawnych; (5) poczucie, że jest się przydatnym, posiadanie obowiązków i bycie za coś odpowiedzialnym, zarówno w domu, jak i poza nim; (6) przeszłe doświadczenia pozytywnego radzenia sobie z trudnościami.

Ze względu na problemy, jakich doświadczają osoby z ograniczeniem sprawności w momencie przechodzenia do okresu dorosłości, zwiększa się w ich przypadku ryzyko „utknięcia" (tzw. fiksacji) w procesie rozwoju. Można w tym miejscu użyć metafory szklanego sufitu, który na pierwszy rzut oka jest niewidoczny, ale uniemożliwia przekroczenie pewnego poziomu rozwoju i zmusza do trwania w miejscu. W takiej sytuacji pojawia się zagrożenie marginalizacją i niepunktualnym podejmowaniem zadań rozwojowych, które z kolei negatywnie wpływa na budowanie obrazu własnej osoby, w tym także na poczucie przynależności do grupy pokoleniowej czy rówieśniczej (Brzezińska, 2007).

1.5. Podsumowanie

Współczesne społeczeństwa cywilizacji zachodniej silnie koncentrują się na promowaniu indywidualności i umożliwianiu młodym ludziom samodzielnego wyboru stylu życia opartego na stworzonych przez nich planach i wizji własnej przyszłości. Aby tę wizję urzeczywistnić, często niezbędne jest długotrwałe kształcenie, zdobywanie różnorodnych umiejętności i doświadczeń, które mają w przyszłości stanowić podstawę dla satysfakcjonującej i spełniającej oczekiwania jednostki realizacji wybranych ról społecznych. Dotyczy to niemal wszystkich młodych ludzi żyjących w tego typu społeczeństwach, także tych żyjących w naszym kraju.

W ostatnich dekadach wydłużeniu uległ okres eksperymentowania i wstępnego przyuczania się do wykonywania zadań przypisanych osobom dorosłym: pracy zawodowej, założenia rodziny, posiadania dzieci, uzyskania finansowej i emocjonalnej niezależności. Dorastający coraz większą wagę przywiązują do uzyskania wyższego wykształcenia, a dopiero w kolejnych latach decydują się na podjęcie stałej pracy czy założenie rodziny, a więc niejako odkładają na później stanie się dorosłym członkiem społeczeństwa. Ten obserwowany w wielu krajach trend stał się na tyle powszechny, że zaowocował pojawieniem się opisującego go terminu „wyłaniająca się dorosłość".

Trudności, jakich doświadczają osoby niepełnosprawne w tej fazie życia, takie jak wysokie bezrobocie, wczesne kończenie edukacji, problemy ze znalezieniem partnera i założeniem rodziny, pozostawanie na utrzymaniu opiekunów, zagrażają jednoznacznemu określeniu samego siebie na wymiarze dziecko/nastolatek – dorosły. Tym samym zaburzony może zostać proces nabywania poczucia dorosłości i kształtowania się tożsamości.

Rozdział 2

Tożsamość i jej znaczenie w rozwoju człowieka

2.1. Czym jest tożsamość?

Zanim przejdziemy do określenia tego, czym jest konstrukt określany przez psychologów jako tożsamość, jak dochodzi do jego powstania oraz dlaczego lepiej tożsamość mieć, niż jej nie mieć, skrótowo scharakteryzujemy istotną zmianę, jaka dokonuje się w okresie dorastania i ma dla powstania tożsamości zasadnicze znaczenie.

W wieku około 11–12 lat, a więc na początku okresu dorastania, w rozwoju jednostki pojawia się nowy sposób myślenia – myślenie abstrakcyjne, zwane także hipotetyczno-dedukcyjnym (Piaget, 1989). Od tej chwili przed jednostką pojawia się niedostępna wcześniej możliwość myślenia w sposób oderwany od konkretnych przedmiotów lub osób. Nastolatek zyskuje zdolność do wyobrażania sobie różnych stanów rzeczy, także tych nieistniejących w rzeczywistości, i do analizowania różnorodnych ideologii, zaczyna zastanawiać się nad sensem własnego życia, własnym i cudzym zachowaniem i wyglądem. To właśnie ten nowy i złożony sposób myślenia o świecie leży u podstaw intensywnego budowania własnej tożsamości przez dorastających.

Możliwość myślenia abstrakcyjnego sprawia, że niemal każdy nastolatek zaczyna w którymś momencie (nie zawsze w pełni świadomie) interesować się pytaniami: „Kim jestem?”, „Co jest dla mnie ważne?”, „Kim chcę zostać?”. Poszukiwanie odpowiedzi na te fundamentalne dla człowieka pytania oznacza jednocześnie poszukiwanie własnej tożsamości; o osobach, które już sobie na nie odpowiedziały, powiemy, że zbudowały czy uformowały swoją osobistą tożsamość.

Krótka analiza wymienionych powyżej pytań tożsamościowych i poświęcenie im kilku chwil prowadzą na ogół do wniosku, że są to pytania, na które niezwykle trudno jest udzielić jednoznacznej odpowiedzi, zwłaszcza gdy ma się 17–18 lat. Nie dziwi więc fakt, że budowanie tożsamości przyjmuje często dość dramatyczne (zwłaszcza z perspektywy dorosłego obserwatora, który ma to już za sobą) formy.

Tożsamość osobista związana jest z ukształtowaniem się struktury określanej jako „Ja” i wyraża się przez identyfikowanie się z celami i standardami oraz wizją własnej przeszłości, teraźniejszości i przyszłości (Brzezińska, 2007).
Tożsamość jednostki tworzą uczucia, sądy i wyobrażenia, które odnosi ona do siebie (Bokszański, 1989) i uznaje za własne.

Na tożsamość jednostki składają się treści zawarte w koncepcji siebie, te elementy samowiedzy na temat posiadanych cech i uzdolnień, do jakich jednostka przywiązuje znaczenie, istotne dla niej formy aktywności i wydarzenia z jej życia, znaczące relacji z innymi ludźmi, cele, plany, dążenia (Oleś, 2008).
Względnie stały zestaw elementów, które człowiek uznaje za definiujące jego osobę, pozwala uzyskać odpowiedzi na podstawowe pytania tożsamościowe: „Kim jestem?", „Do czego dążę?", „Kim chcę być?".
Psychologiczne badania nad tożsamością osobową koncentrują się na opisywaniu i wyjaśnianiu, w jaki sposób dochodzi do uzyskania przez człowieka odpowiedzi na pytania tożsamościowe.

Skoro określiliśmy już wstępnie, co psychologowie rozumieją przez tożsamość, czas przejść do bliższego scharakteryzowania procesów decydujących o jej powstaniu.

2.2. Formowanie się tożsamości

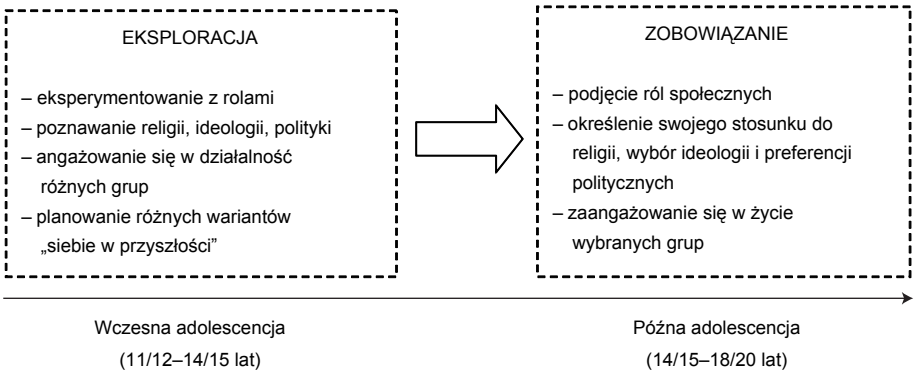
Naukowe badania nad tożsamością człowieka rozpoczęły się w latach pięćdziesiątych XX wieku dzięki Erikowi H. Eriksonowi (1997), który jako pierwszy użył terminu „tożsamość *ego*". Jego odkrycia, jakkolwiek fundamentalne dla psychologii tożsamości, znalazły swoje zastosowanie głównie w praktyce klinicznej, a popularności przysporzyli im głównie kontynuatorzy prac Eriksona.

Najbardziej znanym badaczem, który rozwinął myśli Eriksona, jest James Marcia (1966, 1980). Podobnie jak Erikson, uznał on, że proces kształtowania się tożsamości, choć trwa od dzieciństwa przez całą dorosłość, kulminację osiąga w okresie dorastania. Marcia jest autorem najpopularniejszej teorii opisującej, w jaki sposób młodzi ludzie uzyskują odpowiedź na pytania tożsamościowe, czyli w jaki sposób przebiega formowanie się tożsamości jednostki.

Podstawowy mechanizm formowania się tożsamości zakłada według Marcii (1966, 1980) sekwencyjne następowanie dwóch procesów. Pierwszą z faz, którą określał jako kryzys (można by ją też nazwać „trwaniem w kryzysie"), charakteryzuje zaangażowanie jednostki w eksplorację otoczenia i eksperymentowanie z różnorodnymi rolami, stylami życia, sposobami myślenia; są to według niego zachowania charakterystyczne dla osób w pierwszej fazie okresu dorastania (11/12–14/15 lat). W wyniku procesu eksploracji jednostka uzyskuje szeroką wiedzę na temat samej siebie: swoich zalet, wad, mocnych i słabych stron, oczekiwań, marzeń, jak również na temat swojego otoczenia: dostępnych stylów życia, możliwych ścieżek rozwoju edukacyjnego i zawodowego. Ogólnie rzecz biorąc, faza eksploracji wiąże się z dużą zmiennością zachowania, koncentracją na teraźniejszości i podejmowaniem działań nastawionych na eksperymentowanie.

Drugi etap formowania się tożsamości to podjęcie zobowiązań (*commitment making*) i dokonanie wyboru idei i/lub obszaru działania ważnego dla jednostki ze względu na jej potrzeby, aspiracje i plany życiowe. Ten etap

jest charakterystyczny dla drugiej fazy okresu dorastania (14/15–18/20 lat). Podjęcie zobowiązań jest naturalną konsekwencją wcześniejszej fazy – eksploracji. Jednostka, która we wcześniejszych latach koncentrowała się na poznawaniu siebie i swojego otoczenia oraz podejmowaniu wstępnych decyzji co do własnej osoby, zaczyna świadomie podejmować decyzje dotyczące zaangażowania w ważne dla niej obszary i krystalizuje swój światopogląd.



Ryc. 2. Eksploracja i zobowiązanie w okresie adolescencji według Jamesa Marcii

Źródło: opracowanie własne.

Rozwój tożsamości rozpoczyna się więc od konfrontacji nastolatka z szeregiem możliwości, które przynajmniej w początkowym etapie mają podobny status – są w większości nieznane. Można tę sytuację porównać do zakupów w supermarkecie. Wchodząc do sklepu, widzimy ogromną liczbę różnorodnych artykułów. Najpierw musimy zdecydować, jakie produkty chcemy kupić. Spacerujemy więc pomiędzy półkami, dokładnie je oglądając i zastanawiając się, co jest nam potrzebne. Załóżmy, że nasz wybór padł na makaron i wodę mineralną. Przed nami kolejny dylemat – który spośród kilkunastu rodzajów makaronu i wody mineralnej będzie dla nas odpowiedni? Zapoznajemy się więc z informacjami zamieszczonymi na etykietach, analizujemy ceny i w końcu podejmujemy decyzję. W ten sposób przechodzimy od etapu eksploracji do etapu podjęcia zobowiązania.

Od przebiegu obydwu tych procesów zależy to, czy i jaką tożsamość wypracuje młody człowiek. Zaburzenia na którymkolwiek z etapów mogą mieć bowiem swoje konsekwencje w tworzonym przez nastolatka obrazie siebie. Jeśli z jakichś powodów jednostka nie będzie mogła zdobyć różnorodnych doświadczeń w fazie eksploracji (z powodu przewlekłej choroby, nadopiekuńczych rodziców, zbyt ubogiego środowiska), istnieje zagrożenie, że podjęte później zobowiązania nie będą spełniały jej oczekiwań, gdyż nie będą oparte na wcześniejszym zapoznaniu się z innymi (być może lepszymi) możliwościami.

Może także dojść do sytuacji, w której zobowiązania w ogóle nie zostaną podjęte, a tym samym nastolatek pozostanie na etapie ciągłego poszukiwania. Może się tak stać, gdy w otoczeniu zabraknie kogoś, kto będzie go wspierał, zachęcając jednocześnie do wstępnego choćby zaangażowania w jakieś obszary. Z sytuacją optymalną z punktu widzenia dalszego rozwoju będziemy mieć do czynienia, gdy zobowiązania zostaną poprzedzone intensywną eksploracją we wcześniejszym okresie życia.

2.3. Eksploracja i zobowiązanie we współczesnych czasach

Koncepcja Jamesa Marcii dotycząca przebiegu procesu formowania się tożsamości, jakkolwiek nadal stanowi podstawę badań nad tą problematyką, spotkała się w ostatnich latach z krytyką badaczy (Schwartz, 2001). Wyniki badań podważyły chociażby twierdzenie Marcii o kluczowej roli okresu dorastania dla kształtowania się tożsamości (Waterman, 1999; Bosma, Kunnen, 2001), wskazując, że jej intensywny rozwój dokonuje się także w kolejnych okresach życia i podlega nieustannym zmianom pod wpływem nowych zadań i ról, jakie się wtedy pojawiają (np. jeden lub kilka bliskich związków, małżeństwo, rodzicielstwo, zmiana charakteru i miejsca pracy, kontynuacja kształcenia). Obecnie uważa się, że tożsamość na żadnym etapie życia nie jest czymś ustalonym, podlega zmianom, jest przebudowywana, modyfikowana, może się rozpaść, na przykład pod wpływem wydarzeń krytycznych czy traumatycznych, a następnie zostać ukształtowana czy zintegrowana na nowym poziomie – czasem wyższym, czasem niższym niż poprzedni. Jest to znaczący postęp w stosunku do wcześniejszych założeń, że po okresie dorastania (a więc po 18./20. roku życia) zbiór cech czy poglądów, które nastolatek uznał za własne i określające jego osobę, pozostaje w gruncie rzeczy niezmienny.

Listę czynników mogących doprowadzić do zmiany zbudowanej wcześniej tożsamości stworzył między innymi P. Oleś (2008). Są to:

(1) wydarzenia zmieniające koncepcję siebie (np. wypadek, utrata sprawności);
(2) zmiany dokonujące się w obszarze bliskich związków (np. rozpad związku lub wejście w związek z inną osobą);
(3) znaczące straty (np. śmierć bliskiej osoby) lub sukcesy (np. awans w pracy);
(4) refleksja i autorefleksja, które prowadzą do zakwestionowania wcześniejszej tożsamości;
(5) nowe formy aktywności;
(6) intensywne doświadczenia kulturowe, które prowadzą do zmian w myśleniu lub otwierają nieznane wcześniej możliwości.

Zmiana podejścia do zagadnienia tożsamości wymogła także ponowne przyjrzenie się temu, jaką formę przyjmują obecnie wymiary eksploracji i zobowiązania.

Twórca koncepcji wyłaniającej się dorosłości (Arnett, 2000) zwrócił uwagę na to, że w społeczeństwach indywidualistycznych okres eksploracji uległ znacznemu wydłużeniu w stosunku do okresu sprzed kilkunastu/kilkudziesięciu lat, zwłaszcza w takich obszarach, jak: (1) miłość i związki partnerskie, (2) praca zawodowa, (3) światopogląd. Te trzy obszary, które przede wszystkim podlegają eksploracji w fazie wyłaniającej się dorosłości, są ważne również wcześniej, w okresie dorastania, ale przyjmują wtedy nieco inną postać. Jako przykład podać można różnice pomiędzy związkami intymnymi tworzonymi w okresie dorastania i w okresie wyłaniającej się dorosłości. Dla nastolatków związki są raczej nastawione na wspólne spędzanie czasu, imprezy, pierwsze doświadczenia seksualne, a spotkania często odbywają się w grupach. W okresie wyłaniającej się dorosłości związki są w większym stopniu nastawione na budowanie fizycznej i emocjonalnej intymności w parze, trwają dłużej, częściej wiążą się z odbywaniem stosunków płciowych, wspólnym mieszkaniem. W okresie adolescencji związki intymne mają raczej charakter próbny i przelotny. Jak wykazała Agata Pindur-Dylak (2002), związki w okresie adolescencji odznaczają się także znacznie niższym poziomem intymności niż te tworzone w późniejszym okresie.

Podobnie przedstawia się kwestia doświadczeń zawodowych: w okresie dorastania mają one charakter przejściowy, próbny, a praca jest traktowana jako zajęcie tymczasowe. W okresie wyłaniającej się dorosłości zdobywane doświadczenia zawodowe są częściej związane z przygotowaniami do podjęcia pracy postrzeganej przez jednostkę jako odpowiednia czy pożądana. Podejmowane działania mają więc nie tylko zaspokoić doraźne potrzeby (jak to miało miejsce w okresie adolescencji), lecz także wywołać konkretny skutek, spójny z obrazem własnej przyszłości – najczęściej umożliwić zdobycie doświadczenia, które pozwoli ubiegać się o wymarzoną pracę.

Po okresie dorastania eksploracji podlega także światopogląd, zwłaszcza pod wpływem kontaktów z szerszymi grupami społecznymi. Dane wskazują również na zmiany światopoglądu dzięki edukacji akademickiej (Pascarella, Terenzini; za: Arnett, 2000). Co więcej, badania (Arnett, 1997; Arnett, Jensen, 2002) wskazują, że niezależnie od kontynuacji nauki na studiach, osoby w okresie wyłaniającej się dorosłości twierdzą, że ważnym kryterium decydującym o staniu się osobą dorosłą jest przekształcenie poglądów wyniesionych z domu rodzinnego i wcześniejszych doświadczeń, zintegrowanie ich z nowymi informacjami i nabranie przekonania, iż wyznawane poglądy są wynikiem własnej refleksji. Tak więc tożsamość nie tylko zmienia się po okresie dorastania: młodzi ludzie mogą do tej zmiany aktywnie, choć w większości nieświadomie, dążyć.

Zmiany w postrzeganiu przebiegu formowania się tożsamości w ostatnich latach zaowocowały także nowymi koncepcjami, których autorzy starają się tak zmodyfikować klasyczne teorie, by uwzględniały one obecny stan wiedzy. Jedną z najnowszych koncepcji tożsamości jest opracowany przez bada-

czy z Uniwersytetu Katolickiego w Leuven w Belgii (m.in. Luyckx, Goossens, Soenens, 2006; Luyckx, Goossens, Soenens, Beyers, 2006) model podwójnego cyklu formowania się tożsamości (*Dual-Cycle Model of Identity Formation*). Autorzy, analizując i integrując różne doniesienia badawcze, uznali, że wprowadzone przez Marcię oraz rozwinięte przez innych badaczy pojęcia eksploracji i zobowiązania (Grotevant, 1987; Meeus, Iedema, Maassen, 2002) należy precyzyjniej zdefiniować oraz wyróżnić ich bardziej szczegółowe kategorie, a przede wszystkim połączyć je w jeden model (por. Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2008; Brzezińska, Piotrowski, 2010b).

2.4. Model podwójnego cyklu formowania się tożsamości

Koen Luyckx ze współpracownikami (Luyckx, Goossens, Soenens 2006) poddali analizie niezwykle bogate dane empiryczne, weryfikujące model kształtowania się tożsamości stworzony ponad 40 lat temu przez Marcię. Wysunęli hipotezę, iż zarówno eksploracja, jak i zobowiązanie są złożonymi, wieloetapowymi i dynamicznymi procesami, które nawzajem się przenikają. Oba są obecne i we wczesnej, i w późnej fazie dorastania, tak jak uważał Marcia, ujawniają się jednak także w okresie dorosłości. Jest to podstawowa różnica między dwufazowym modelem Marcii (eksploracja → zobowiązanie) a dwucyklicznym modelem Luyckxa i jego współpracowników.

Tworząc model, badacze uwzględnili także opracowania (Grotevant, 1987; Meeus, Iedema, Maassen, 2002) wskazujące na to, że eksploracja i podejmowanie zobowiązania są procesami bardziej złożonymi, niż wcześniej sądzono. W ten sposób powstał model formowania się tożsamości, na który składa się pięć odrębnych (choć powiązanych ze sobą) wymiarów. Ich skrótowa charakterystyka przedstawiona została w tabeli 4.

Aby lepiej zrozumieć, na czym polegała ta zmiana, posłużmy się przykładem. Jak wspomniano, formowanie się tożsamości jest powiązane z eksploracją różnorodnych możliwości (jest to tak zwana eksploracja wszerz), po której następuje (powinno nastąpić) podejmowanie zobowiązania. Jest to więc opisany w poprzednim rozdziale przebieg budowania tożsamości według koncepcji Marcii. Można jednak zadać sobie następujące pytanie: co dzieje się po podjęciu zobowiązania? Czy młody człowiek przestaje się interesować obszarami, w które właśnie się zaangażował, i po prostu poświęca się ich mechanicznej, bezrefleksyjnej realizacji? Oczywiście, że nie!

Gdy człowiek rozpoczyna jakiś nowy etap swojego życia (podejmuje zobowiązania), przynajmniej w początkowym okresie jest zainteresowany tym, by dowiedzieć się, czy te nowe obszary są dla niego odpowiednie. Szuka więc odpowiedzi na pytania: „Czy to, w co się zaangażowałem, pasuje do mnie?"; „Czy tego właśnie chcę?". Jest to tak zwana eksploracja w głąb. Odbywa się ona dzięki rozmowom z innymi ludźmi, uczeniu się przepisów nowej roli, prowadzeniu wewnętrznych dialogów z samym sobą. Jeśli okaże się, że te nowe

zobowiązania spełniają osobiste oczekiwania, to następuje kolejny etap, czyli identyfikacja z zobowiązaniem. Uznajemy wtedy, że podjęte decyzje były dobre, odpowiadają naszym aspiracjom i chcemy nadal angażować się w wybrane działania.

Aby zbudować własną tożsamość, nie wystarczy zatem po prostu podjąć zobowiązania. Dopiero, gdy będziemy z tego powodu odczuwać satysfakcję, rozwijać się dzięki temu i realizować nasze plany, mamy szansę odnaleźć w tym siebie. Co jednak w sytuacji, gdy efektem eksploracji w głąb będzie stwierdzenie, że zobowiązania, które podjęliśmy, nas nie satysfakcjonują – wymarzone studia okazują się nieinteresujące albo podjęta przez nas praca nie spełnia oczekiwań? W takiej sytuacji może pojawić się ponowna koncentracja na eksploracji wszerz i poszukiwaniach, i cały proces może rozpocząć się od nowa.

Eksploracja wszerz i w głąb jest uważana za działania adaptacyjne (Waterman, 2007; Schwartz i in., 2009). Pierwsza z nich wspomaga podejmowanie zobowiązań, druga stanowi krok w kierunku identyfikacji z nimi lub ich zmiany, gdy jest to pożądane. Jednak w opisywanej tu koncepcji zwrócono także uwagę na to, że proces eksploracji może być wskaźnikiem trudności z formowaniem się tożsamości. W pewnych okolicznościach może bowiem dojść do sytuacji, że pomimo chęci i zaangażowania młody człowiek nie jest w stanie podjąć zobowiązań. Autorzy jako przykład podają za Côté i Levinem (2002) sytuację, w której młodzi ludzie wyznaczają bardzo wysokie standardy własnego funkcjonowania i stawiają sobie bardzo trudne do osiągnięcia cele, które chcieliby zrealizować, ale nie mają odpowiednich zdolności ani wewnętrznej gotowości, by je podjąć, ani świadomości własnych ograniczeń.

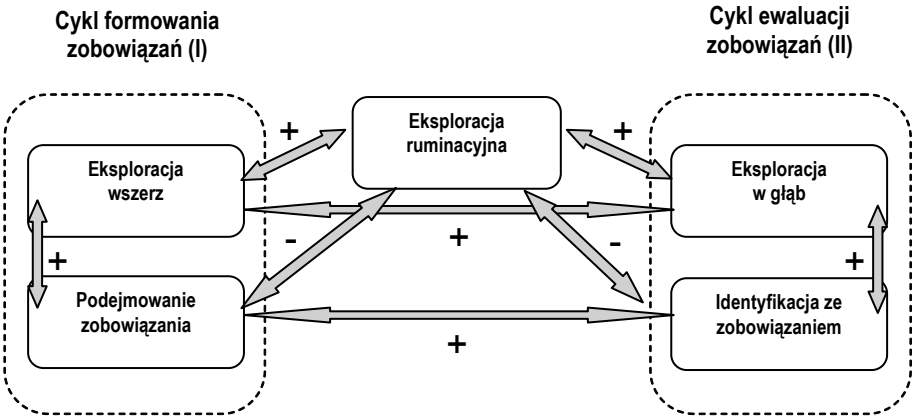
Sytuacja taka może prowadzić do „utknięcia" (fiksacji) w fazie eksploracji i ruminacyjnego (czyli natrętnego) powracania stale do tych samych obszarów funkcjonowania, mimo posiadania już znacznej wiedzy na ich temat. Ten dezadaptacyjny rodzaj eksploracji nazwany został eksploracją ruminacyjną. Wiąże się on z trudnościami z podjęciem zobowiązań i wynikającymi z tego obawami o kształt własnej przyszłości.

Na rycinie 3 przedstawiono związki pomiędzy składowymi modelu. Znaki „+" oraz „–", umieszczone obok strzałek, określają kierunek zależności. Na przykład dodatni związek między eksploracją wszerz i podejmowaniem zobowiązania oznacza, że im wyższe jest natężenie pierwszego wymiaru, tym wyższe wartości przyjmuje drugi (jest to korelacja dodatnia). Im wyższa jest więc eksploracja wszerz, tym wyższe natężenie podejmowania zobowiązań. W przypadku eksploracji ruminacyjnej sytuacja jest odwrotna: im wyższe natężenie tego wymiaru, tym niższe podejmowanie zobowiązań i identyfikacja z nimi (jest to korelacja ujemna).

Tab. 4. Charakterystyka wymiarów tożsamości w modelu podwójnego cyklu

Nazwa skali	Definicja
Eksploracja wszerz *(exploration in breadth)*	**Zakres, w jakim jednostka poszukuje różnych możliwości w odniesieniu do swoich celów, wartości i przekonań, zanim podejmie stosowne zobowiązania.** Odnosi się między innymi do: • stopnia, w jakim jednostka rozmyśla nad własną przyszłością; • odkrywania, jaki styl życia do niej pasuje i będzie dla niej odpowiedni.
Eksploracja w głąb *(exploration in depth)*	**Pogłębiona ocena decyzji i wyborów (czyli już podjętych zobowiązań), mająca na celu stwierdzenie, w jakim stopniu te zobowiązania spełniają osobiste standardy.** Odnosi się między innymi do tego, w jakim stopniu jednostka: • zastanawia się nad już podjętymi zobowiązaniami; • rozmawia na ich temat z innymi ludźmi, aby poznać ich opinię.
Eksploracja ruminacyjna *(ruminative exploration)*	**Natężenie obaw jednostki i doświadczanych przez nią problemów w angażowaniu się w ważne dla rozwoju tożsamości obszary.** Osoby eksplorujące ruminacyjnie mogą mieć kłopoty z uzyskiwaniem satysfakcjonujących odpowiedzi na pytania tożsamościowe, co może owocować pojawianiem się intruzywnych uczuć, takich jak niepewność czy poczucie niekompetencji, a w konsekwencji prowadzić do obniżenia się jakości życia i wzrostu poziomu doświadczanego napięcia. Odnosi się między innymi do: • kłopotów z powstrzymaniem się od myślenia o własnej przyszłości; • trudności z określeniem własnych celów życiowych; • obaw związanych z kształtem przyszłego życia.
Podejmowanie zobowiązania *(commitment making)*	**Zakres, w jakim jednostka dokonała wyborów i zobowiązań w kwestiach ważnych dla rozwoju tożsamości.** Odnosi się między innymi do tego, w jakim stopniu jednostka: • sądzi, że zdecydowała już, w jakim kierunku pragnie podążyć w życiu; • ma jasną wizję swojej przyszłości i wie, co chce osiągnąć.
Identyfikacja ze zobowiązaniem *(identification with commitment)*	**Stopień, w jakim jednostka identyfikuje się z dokonanymi wyborami i podjętymi zobowiązaniami; odnosi się do ich internalizacji oraz poczucia pewności, iż dokonane wybory były/są odpowiednie.** Odnosi się między innymi do: • stopnia, w jakim jednostka sądzi, że podjęte przez nią zobowiązania dają jej poczucie bezpieczeństwa i pewności siebie; • poczucia, że plany na przyszłość faktycznie pasują do jej oczekiwań i stylu życia.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Luyckx, Schwartz, Berzonsky i in., 2008.



Ryc. 3. Model Podwójnego Cyklu Formowania się Tożsamości

Źródło: opracowanie Anna Izabela Brzezińska i Konrad Piotrowski na podstawie Luyckx, Schwartz, Berzonsky i in., 2008.

Uwaga: obok strzałek zaznaczono kierunek zależności pomiędzy składowymi modelu: + oznacza dodatnią korelację, – korelację ujemną.

Zaprezentowany model otwiera szereg nowych możliwości badawczych. Dotyczy to zwłaszcza wprowadzonego pojęcia dezadaptacyjnej (ruminacyjnej) eksploracji. Dzięki temu możliwe stało się odróżnienie od siebie dwóch grup osób: tych, dla których okres dorastania oraz wyłaniającej się dorosłości jest czasem faktycznego poznawania, eksperymentowania i zdobywania doświadczeń, wykorzystywanych do późniejszego angażowania się w ważne dla człowieka obszary; i tych, dla których jest to czas zagubienia, lęku i czasami znacznych trudności z budowaniem koncepcji własnej osoby.

Eksplorację ruminacyjną można uznać także za wskaźnik natężenia doświadczanego kryzysu tożsamości (Brzezińska, Piotrowski, 2010c), czyli trudności młodego człowieka z samookreśleniem. Wymiar ten pozwala więc na identyfikację osób szczególnie zagrożonych zaburzeniami rozwoju tożsamości.

2.5. Podsumowanie

Dotychczasowe badania wskazują na istotne zmiany, jakie dokonują się w ostatnich latach w rozwoju na przełomie faz adolescencji i dorosłości. W związku z coraz większą złożonością świata społecznego, zwiększeniem się liczby dostępnych stylów życia i naciskiem na indywidualne kształtowanie ścieżki własnego rozwoju, młodzi ludzie muszą poświęcić coraz więcej czasu na zdobywanie kompetencji umożliwiających satysfakcjonujący start w dorosłych rolach społecznych. Konsekwencją tego stanu rzeczy jest wydłużanie się fazy przygotowawczej, rozumianej jako poznawanie, czy – lepiej – rozpoznawanie dostępnych możliwości, eksperymentowanie z różnymi ro-

lami społecznymi i „zawieszanie" na jakiś czas podejmowania trwałych zobowiązań co do kształtu własnego życia (tzw. moratorium). Faza ta jest określana jako eksploracja.

Sytuacja ta dotyczy znacznej części osób w naszym kraju, niezależnie od stopnia sprawności. Każdy młody człowiek tworzy plany na przyszłość, poszukując odpowiedzi na pytania „Co chcę osiągnąć?", „Kim chciałbym być?", „Czy to, co robię, pasuje do mnie?". Stawianie sobie tego rodzaju pytań, a przede wszystkim uzyskiwanie na nie odpowiedzi, ma na celu nie tylko poszukiwanie własnego miejsca w społeczeństwie, lecz także budowanie własnej tożsamości, wyznaczającej podejmowane lub niepodejmowane działania czy obszary zaangażowania.

Doświadczanie trudności w realizacji tych zamierzeń, spowodowanych przez zewnętrzne czynniki (np. wysokie bezrobocie w regionie) lub osobiste ograniczenia (np. niepełnosprawność, nieśmiałość), może prowadzić do utknięcia w procesie rozwoju – zawężenia horyzontów, zmniejszenia liczby stawianych sobie celów, wybierania zadań prostych i niewymagających wysiłku (por. zmiany naturalne – Obuchowski, 1985). W takiej sytuacji poszukiwanie własnej tożsamości, jedno z najważniejszych zadań, jakie stoi przed człowiekiem na każdym etapie jego życia, może stać się trudniejsze z powodu silnego lęku, poczucia niespełnienia czy poczucia niezdolności do zmiany swojej sytuacji.

Rozdział 3

Cel i metodyka prowadzonych badań

3.1. Cel badań

Jak wskazują przedstawione wcześniej wyniki badań, osoby z ograniczeniami sprawności doświadczają w okresie przechodzenia z fazy dorastania do dorosłości szeregu problemów, przede wszystkim związanych z podejmowaniem podstawowych dla osób dorosłych ról: ucznia/studenta, pracownika, partnera/małżonka. Jednocześnie literatura przedmiotu wskazuje wyraźnie, że punktualne podejmowanie zadań rozwojowych okresu dorosłości wiąże się z nabywaniem subiektywnego poczucia dorosłości i zmniejsza ryzyko marginalizacji.

Ze względu na ogromną rolę, jaką w życiu człowieka odgrywa bycie (oraz czucie się) częścią jakichś grup społecznych, postanowiliśmy uczynić te kwestie przedmiotem badań. Postawiliśmy więc pytanie o to, czy młode osoby niepełnosprawne w naszym kraju podejmują zadania rozwojowe okresu dorosłości w innymi wieku niż osoby sprawne, a jeśli tak, to kiedy to się dzieje i w których obszarach problemy te są najbardziej wyraźne. Interesowały nas więc opisane wcześniej obiektywne wyznaczniki dorosłości. Wiedza ta stanowiła jednak dopiero wstęp do analiz mających na celu sięgnięcie głębiej, do psychiki uczestników naszych badań.

Oprócz odwoływania się do obiektywnych kryteriów, chcieliśmy więc także uzyskać wiedzę na temat procesów, które leżą u podstaw kształtowania się subiektywnego poczucia dorosłości. Czy istotnym czynnikiem jest wiek? Czy osoby o różnych ograniczeniach sprawności różnią się od siebie pod tym względem? Czy wyprowadzenie się z domu rodzinnego, zakończenie edukacji, podjęcie pracy wiążą się z tym, że młodzi ludzie czują się bardziej dorośli?

Równie ważne były pytania dotyczące tożsamości osób z ograniczeniami sprawności. Przede wszystkim to, czy jej formowanie przebiega w tej grupie inaczej niż wśród osób sprawnych, a jeśli tak, to z czym należy wiązać różnice? Czy w tym procesie ważny jest wiek osób badanych, czy może stan ich zdrowia? Czy akceptacja własnej niepełnosprawności ułatwia budowanie tożsamości? Czy formowanie się tożsamości wiąże się z poczuciem bycia dorosłym?

Powyższe pytania to tylko część spośród tych, na które postaramy się udzielić w tej publikacji choćby cząstkowej odpowiedzi.

3.2. Uczestnicy badań

W badaniach wzięły udział 824 osoby w wieku od 18 do 35 lat, w tym 447 (54,2%) osób z ograniczeniami sprawności (ON) oraz 377 (45,7%) osób sprawnych (OS). Uczestnicy badań zostali podzieleni na pięć grup wiekowych (tab. 5.). W dwóch grupach wiekowych (24–26 lat oraz 30–35 lat) liczebności pomiędzy grupami osób z ograniczeniami sprawności (ON) i osobami sprawnymi (OS) dość znacznie się od siebie różnią (zwłaszcza w grupie 30–35 lat). Liczba ta jest jednak wystarczająca dla wykonywania analiz statystycznych.

Tab. 5. Grupy wiekowe[1]

Przedziały wiekowe	Osoby niepełnosprawne		Osoby sprawne		Razem	
	n	%	n	%	n	%
18–20 lat	90	20,7	66	17,6	156	19,3
21– 23 lata	85	19,6	59	15,8	144	17,8
24–26 lat	64	14,7	155	41,4	219	27,1
27–29 lat	65	15,0	61	16,3	126	15,6
30–35 lat	130	30,0	33	8,8	163	20,2
Razem	**434**	**100,0**	**374**	**100,0**	**819**	**100,0**

Źródło: na podstawie badań własnych.

Podział na takie właśnie grupy wiekowe podyktowany został chęcią szczegółowego przyjrzenia się zależnościom występującym w schyłkowym okresie adolescencji (grupa 18–20 lat), wyłaniającej się dorosłości (grupy wiekowe 21–23 i 24–26 lat) oraz wczesnej dorosłości (grupy wiekowe 27–29 oraz 30–35 lat[2]).

W badaniach kontrolowano także kilka zmiennych społeczno-demograficznych, takich jak płeć, aktywność zawodowa, stan cywilny, posiadanie dzieci, status edukacyjny i sytuacja mieszkaniowa osób badanych[3].

W grupie osób z ograniczeniami sprawności pytano ponadto o rodzaj posiadanego orzeczenia określającego stopień utraty sprawności. Jak przedstawia to tabela 6, w badanej próbie najczęściej występuje umiarkowany oraz znaczny stopień niepełnosprawności (łącznie 79,1% osób w grupie ON). Stosunkowo niewiele jest osób o lekkim stopniu niepełnosprawności oraz takich, które pomimo doświadczania poważnych problemów zdrowotnych orzeczenia nie po-

[1] Uwaga: liczebności przedstawione w tej oraz w kolejnych tabelach mogą się nieznacznie różnić od ogólnej liczby osób badanych (por. tab. 2 i tab. 3). Jest to spowodowane przez braki danych, czyli nieudzielenie przez daną osobę odpowiedzi na którekolwiek z pytań; na przykład w grupie ON 13 osób, a w grupie OS trzy osoby nie podały informacji na temat wieku.

[2] Wiek 30–35 lat nie oznacza końca okresu wczesnej dorosłości, który trwa do około 40. roku życia.

[3] Szczegółową charakterystykę badanej próby można znaleźć w publikacji *Raport z badań w module nr 4: pt. Formowanie się tożsamości i wkraczanie w dorosłość* (Piotrowski, 2009c).

siadają. Osoby z tej grupy (brak orzeczenia) były w momencie badania na etapie starania się o jego przyznanie, posiadały orzeczenie w przeszłości, jednak z jakichś powodów je utraciły, lub też pomimo problemów zdrowotnych nie były dotąd zainteresowane uzyskaniem orzeczenia.

Tab. 6. Orzeczenie o niepełnosprawności

Rodzaj orzeczenia o niepełnosprawności	Osoby niepełnosprane	
	n	%
Brak orzeczenia	53	12,0
Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	160	36,4
Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	188	42,7
Orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności	39	8,9
Razem	**440**	**100**

Źródło: na podstawie badań własnych.

Oprócz informacji na temat rodzaju niepełnosprawności, a więc obiektywnej miary stopnia niepełnosprawności, pytaliśmy respondentów także o to, czy doświadczane przez nich problemy zdrowotne ograniczają ich zdolność do wykonywania codziennych czynności, takich jak: robienie zakupów, sprzątanie, nauka czy praca (tab. 7).

W grupie OS jedynie trzy osoby stwierdziły, że stan ich zdrowia ogranicza w poważnym stopniu ich codzienną aktywność. W stosunku do wszystkich 369 osób sprawnych, które udzieliły odpowiedzi na to pytanie, jest to liczba tak znikoma, iż można ogólnie przyjąć, że badane osoby sprawne oceniają stan swojego zdrowia jako dobry i niezaburzający ich funkcjonowania.

Tab. 7. Ograniczenie zdolności wykonywania codziennych czynności

Kategorie	Osoby niepełnosprawne		Osoby sprawne		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Nie	230	56,4	366	99,2	596	76,7
Tak, poważnie	147	36,0	3	0,8	150	19,3
Tak, całkowicie	31	7,6	0	0	31	4,0
Razem	**408**	**100**	**369**	**100**	**777**	**100**

Źródło: na podstawie badań własnych.

Także w grupie ON znaczna liczba osób (56,4%) stwierdziła, że pomimo problemów zdrowotnych ich zdolność do wykonywania codziennych czynności nie została ograniczona. Może to świadczyć o stosunkowo dużych zdolnościach adaptacyjnych osób z ograniczeniami sprawności. W grupie ON znajduje się jednak duża liczba osób, którym niepełnosprawność utrudnia codzienne życie. Warto przy tym zauważyć, że mimo częstego występowania

orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, zaledwie 7,6% respondentów stwierdziło, że ma całkowicie ograniczoną zdolność wykonywania codziennych czynności.

Uczestnikom badań z grupy ON zadawano także pytanie o to, na które ze schorzeń otrzymały orzeczenie o niepełnosprawności. Osoby te zostały następnie podzielone na pięć grup (tab. 8.):

(1) Posiadający orzeczenie z powodu zaburzenia narządów ruchu;
(2) Posiadający orzeczenie z powodu zaburzenia narządu wzroku;
(3) Posiadający orzeczenie z powodu zaburzenia narządu mowy lub słuchu;
(4) Posiadający orzeczenie z powodu zaburzeń psychicznych;
(5) Posiadający orzeczenie z powodu chorób wewnętrznych: nowotworów, układu krążenia, układu moczowo-płciowego, cukrzycy, układu pokarmowego.

Tab. 8. Rodzaj niepełnosprawności

Orzeczenie	n	%
Zaburzenie narządów ruchu	195	53,3
Zaburzenie narządu wzroku	62	16,9
Zaburzenie narządu mowy/słuchu	33	9,0
Zaburzenia psychiczne	33	9,0
Choroby narządów wewnętrznych	43	11,7
Razem	**366**	**100,0**

Źródło: na podstawie badań własnych.

Większość osób badanych posiada orzeczenie z powodu zaburzeń narządu ruchu, stanowią oni ponad połowę wszystkich uczestników badań z grupy ON. W czterech pozostałych kategoriach liczebności są do siebie zbliżone.

3.3. Zastosowane narzędzia

W badaniach zastosowano trzy narzędzia kwestionariuszowe, z których jedno (zob. punkt 3.3.3) pełniło funkcję metryczki, ale także pozwalało na uzyskanie pogłębionych informacji na temat niepełnosprawności oraz związanych z nią doświadczeń.

3.3.1. Skala Wymiarów Rozwoju Tożsamości

Skala Wymiarów Rozwoju Tożsamości (*Dimensions of Identity Development Scale* – DIDS) została stworzona przez badaczy z Uniwersytetu Katolickiego w Leuven (Luyckx, Schwartz, Berzonsky i in., 2008), a zaadaptowana do warunków polskich przez Annę I. Brzezińską i Konrada Piotrowskiego (2010b). Narzędzie pozwala na pomiar pięciu wymiarów tożsamości będących częścią

opisanego wcześniej modelu podwójnego cyklu formowania się tożsamości (por. rozdz. 2.4.): eksploracji wszerz, eksploracji w głąb, eksploracji ruminacyjnej, podejmowania zobowiązania oraz identyfikacji ze zobowiązaniem.

Pytania składające się na skalę zostały skonstruowane w taki sposób, by dotyczyły tworzonych przez osoby badane planów na przyszłość. Narzędzie to składa się z 25 twierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się na sześciostopniowej skali, od 1 – „Całkowicie się nie zgadzam", do 6 – „Całkowicie się zgadzam". Badanie trwa około 15 minut.

Ustosunkowując się do każdego ze stwierdzeń, można otrzymać od jednego do sześciu punktów. Obliczając wyniki zgodnie z kluczem, uzyskuje się pięć oddzielnych wyników, po jednym dla każdej skali. Wynikiem najniższym jest jeden, najwyższym zaś sześć. Wysokie wyniki uzyskane w poszczególnych skalach oznaczają wysokie natężenie eksploracji bądź zobowiązania (w zależności od skali), wyniki niskie oznaczają niskie ich natężenie.

3.3.2. Skala Poczucia Dorosłości

Jak podają Schwartz, Côté i Arnett (2005), w analizie fazy wyłaniającej się dorosłości należy uwzględnić zmiany dokonujące się w tym okresie na poziomie indywidualnym (psychologicznym). W tym przypadku jako kluczowe dla rozwoju w okresie wyłaniającej się dorosłości wymienia się: budowanie związków intymnych, kształtowanie światopoglądu i uzyskanie niezależności. Na poziomie bardziej ogólnym można powiedzieć, że w tej fazie życia jednym z najważniejszych zadań, jakie stają przed jednostką, jest nabycie poczucia samodzielności i wzięcie odpowiedzialności za własne działania. W zgodzie z opisaną powyżej rolą subiektywnej oceny własnej sytuacji, jak również ważnymi obszarami rozwoju w okresie wyłaniającej się dorosłości, przygotowana została Skala Poczucia Dorosłości (SPD). Jej autorami są Anna I. Brzezińska oraz Konrad Piotrowski (Brzezińska, Piotrowski, 2010c; Piotrowski, 2009b; 2009c).

Narzędzie to składa się z 14 pozycji testowych, tworzących cztery skale:

(1) Subiektywne poczucie dorosłości (PD) pozwala na pomiar poczucia dorosłości odczuwanego przez jednostkę;

(2) Poczucie samodzielności (SD) – skala ta mierzy takie obszary, jak: branie odpowiedzialności za własne działania, poczucie niezależności od rodziców, decydowanie o własnych przekonaniach, które ujęte wspólnie stanowią ogólny wskaźnik poczucia samodzielności osoby badanej;

(3) Intymność (IN) – pod tą nazwą kryje się skala dotycząca poczucia gotowości do budowania bliskich relacji (związków) intymnych. Ustosunkowując się do twierdzeń, które ją tworzą, osoba badana określa między innymi, czy uważa, że jest w stanie związać się z jednym partnerem i czy potrafi się emocjonalnie zaangażować w bliskim związku;

(4) Gotowość do zawarcia związku małżeńskiego (MZ) – jest to skala składająca się z jednego tylko twierdzenia: „Uważam, że jestem już gotowy/

gotowa do zawarcia związku małżeńskiego". Włączenie tego twierdzenia było podyktowane chęcią dokonania rozróżnienia pomiędzy poczuciem bycia gotowym do tworzenia bliskich związków w ogóle a gotowością do pełnego zaangażowania się w relacji z partnerem, czyli do zawarcia z nim/nią związku małżeńskiego.

W przypadku każdego z twierdzeń należących do poszczególnych skal (PD, SD, IN, MZ) osoba badana uzyskuje od jednego („Zdecydowanie się nie zgadzam") do sześciu („Zdecydowanie się zgadzam") punktów. Następnie wyniki są obliczane zgodnie z kluczem, prowadząc do uzyskania czterech odrębnych wyników, po jednym dla każdej skali. Wynik minimalny każdej ze skal równy jest jeden, natomiast wynik maksymalny równy jest sześć. Wysokie wyniki wskazują na wysokie poczucie odpowiednio dorosłości, samodzielności, gotowości do tworzenia bliskich związków intymnych, gotowości do zawarcia małżeństwa.

3.3.3. Kwestionariusz Badań Sondażowych (KBS)

Jest to narzędzie opracowane przez członków Zespołu Badawczego SWPS realizującego projekt, którego wybrane wyniki są tu prezentowane. Pozwala na uzyskanie danych metryczkowych oraz informacji na temat niepełnosprawności: między innymi rodzaju i stopnia niepełnosprawności, wieku nabycia niepełnosprawności, jej odczuwanych skutków i doświadczanych w związku z tym problemów. Kwestionariusz zawiera także bloki poświęcone aktywności społecznej, pracy zawodowej, edukacji, satysfakcji z życia oraz stosunku do siebie i własnych ograniczeń sprawności, w tym akceptacji niepełnosprawności.

Rozdział 4

Wyniki badań: zadania rozwojowe okresu dorosłości

Podejmowane przez ludzi zadania rozwojowe przypisane do danego okresu życia wiążą się ściśle z wiekiem, a mówiąc dokładniej – ze swego rodzaju normami, które określają wiek odpowiedni do ich podjęcia. Z perspektywy jednostki nie bez znaczenia może też być to, jak zachowują się jej rówieśnicy. Dzięki kontaktom społecznym nieustannie docierają do nas informacje o tym, co robią nasi znajomi, rodzeństwo czy kuzyni; wgląd w trendy związane z podejmowaniem różnych aktywności przypisanych do wieku dają także media.

W tym rozdziale przyjrzymy się temu, jak kształtuje się wśród (a) osób w różnym wieku oraz (b) osób sprawnych i niepełnosprawnych podejmowanie następujących zadań rozwojowych okresu dorosłości[1]:

(1) uniezależnienie się od rodziny pochodzenia, rozumiane jako zmiana miejsca zamieszkania; kwestia ta na ogół sprowadza się do rozpoczęcia prowadzenia samodzielnego lub wspólnego z partnerem albo innym rówieśnikiem gospodarstwa domowego;
(2) zakończenie etapu edukacji, które jest istotnym kryterium związanym z wejściem w dorosłość;
(3) stworzenie bliskiego, intymnego związku z inną osobą, czyli posiadanie lub nieposiadanie partnera;
(4) podjęcie aktywności zawodowej, albo w formie pracy dorywczej, wykonywanej w niepełnym wymiarze godzin, albo w formie pracy pełnoetatowej;
(5) posiadanie dzieci.

4.1. Okres dorastania (18–20 lat)

Sprawne i niepełnosprawne osoby w okresie dorastania są do siebie stosunkowo podobne pod względem obiektywnych wskaźników dorosłości. Jest to okres życia, w którym bardzo niewiele osób decyduje się na rozpoczęcie samodzielnego życia. W obu grupach uczestników naszych badań przeważają osoby uczące się i zamieszkujące z rodzicami, nieliczne są osoby, które zawarły związek małżeński lub posiadają dzieci. Jest to okres życia, w którym młodzi ludzie pozostają nadal na utrzymaniu swoich opiekunów i koncentrują się głównie na edukacji, która stanowi najważniejszy obszar ich aktywności.

[1] Informacje znajdujące się w tym rozdziale zostały przygotowane na podstawie Piotrowski, 2009c. Dane procentowe znaleźć można także w załączniku 1.

Jednak w tym czasie można zaobserwować także pewne różnice pomiędzy osobami sprawnymi i z ograniczeniem sprawności. Okazuje się bowiem, że osoby sprawne częściej tworzą związki partnerskie (tzw. wolne związki). Przynajmniej więc w przypadku tej sfery życia można stwierdzić, że osoby niepełnosprawne w mniejszym stopniu angażują się w budowanie społecznych relacji wykraczających poza członków rodziny. Sytuacja ta jest o tyle niepokojąca, że to właśnie dorastanie jest czasem szczególnie intensywnego testowania siebie w relacjach międzyludzkich.

Okres dorastania (18–20 lat)
Osoby z ograniczeniem sprawności (ON): w większości są to osoby zamieszkujące z rodzicami (86,5%), niewielki odsetek osób z tej grupy mieszka z rodzeństwem lub znajomymi (10,1%), bardzo nieliczne są osoby, które mieszkają samotnie bądź z partnerką/partnerem. Znaczna większość osób kontynuowała edukację w momencie badania (83,1%), przede wszystkim w trybie stacjonarnym (93,2%). Znaczna większość osób nie była w żadnym związku intymnym (82,7%), natomiast 16% żyło w wolnym związku. Tylko jedna osoba z tej grupy (1,1%) posiadała dziecko. Niemal wszyscy uczestnicy badań (95,1%) nie pracowali zawodowo i na ogół nie poszukiwali pracy (56,1%), osoby pracujące wykonywały głównie prace dorywcze/w niepełnym wymiarze godzin.
Osoby sprawne (OS): znaczna większość osób z tej grupy zamieszkuje z rodzicami (83,3%), niewielka część mieszka z rodzeństwem lub znajomymi (9,1%), tylko kilka osób z tej grupy mieszka samotnie lub z partnerem/partnerką. Niemal wszystkie osoby należące do tej grupy uczyły się w momencie badania (98,5%), na ogół w trybie stacjonarnym (72,6%). Niemal połowa badanych (41,9%) posiadała partnera (wolny związek), jednak większość osób była samotna (56,5%), jedna osoba zawarła związek małżeński (1,6%). Żadna z osób badanych nie posiadała dzieci. Niemal połowa osób (48,4%) pracowała zawodowo, jednak były to przede wszystkim prace dorywcze (80%).

Niższa wśród osób niepełnosprawnych tendencja do wychodzenia poza doświadczenia rodzinne i edukacyjne dotyczy także zdobywania pierwszych doświadczeń zawodowych. Rzadziej w tej grupie występują takie działania, jak podejmowanie prac dorywczych czy sezonowych.

Należy jednak zaznaczyć, że również wiele spośród osób sprawnych nie posiada partnera i nie zdobywa doświadczeń zawodowych. W tej fazie życia nie są to jeszcze powszechne zachowania. Różnice wskazują natomiast potencjalne pole do działania dla praktyków zaangażowanych bezpośrednio w pracę z młodzieżą niepełnosprawną lub na jej rzecz.

4.2. Okres wyłaniającej się dorosłości (21–26 lat)

Wyłaniająca się dorosłość, zwłaszcza jej początki (21–23 lata) to nadal okres wzmożonej aktywności edukacyjnej. Ponieważ kształcenie w tym okresie odbywa się głównie w trybie stacjonarnym, można uznać, że podobnie jak w przypadku fazy dorastania, to właśnie kształcenie stanowi podstawową i zajmującą najwięcej czasu formę aktywności. W badanej grupie kształciło się ponad trzy czwarte niepełnosprawnych respondentów w tej fazie życia. Pozostaje to w zgodzie z opisywanym w literaturze dążeniem młodzieży

w tym wieku do zdobywania jak najwyższego wykształcenia, mającego pomóc w późniejszym podjęciu aktywności zawodowej.

Początek trzeciej dekady życia wiąże się także z większym zaangażowaniem w obszary aktywności charakterystyczne dla osób dorosłych, choć ze względu na kontynuowanie nauki mają one głównie charakter próbny. Tak dzieje się chociażby w przypadku aktywności zawodowej, podejmowanej przez mniej więcej połowę osób sprawnych, ale często w niepełnym wymiarze godzin. Praca stanowi więc często zadanie dodatkowe, mające na celu uzyskanie potrzebnych funduszy oraz zdobycie pierwszych doświadczeń. Warto jednak zauważyć, że także praca na pełnym etacie nie jest dla osób w tym wieku czymś obcym. O ile w przypadku osób sprawnych zaznacza się w tym obszarze dość znaczna aktywność, o tyle wśród niepełnosprawnych rozpoczęcie aktywności zawodowej w wieku 21–23 lat jest bardzo rzadkie. Jest to więc różnica podobna do tej opisanej w odniesieniu do osób w okresie dorastania.

Podobnie jak w przypadku dorastania przedstawia się również kwestia budowania bliskich związków przez osoby sprawne i z ograniczeniami sprawności. W tej pierwszej grupie około połowy uczestników naszych badań posiadała partnera i funkcjonowała w wolnym związku. Osoby niepełnosprawne rzadko znajdują się w takiej sytuacji. Wyłaniająca się dorosłość nie umożliwia im pełnego odkrywania tej sfery życia.

Początek okresu wyłaniającej się dorosłości (21–23 lata)
Osoby z ograniczeniem sprawności (ON): pod względem sytuacji mieszkaniowej osoby te są podobne do badanych z grupy wiekowej 1. Co prawda w tej grupie nieco mniejszy odsetek osób (76,8%) mieszka z rodzicami, ale nadal jest to kategoria wyraźnie dominująca. Większość osób uczęszcza do szkoły/studiuje (74,1%), głównie w trybie stacjonarnym (85,7%). Stan cywilny osób badanych znajdujących się w tej grupie przedstawia się niemal identycznie, jak w przypadku osób młodszych: 82,9% nie było w żadnym związku, a 13,4% było w wolnym związku. Ogromna większość (95,2%) nie ma dzieci. Zaledwie 9,6% osób z tej grupy pracuje (głównie podejmując prace dorywcze – 77,8%), a niemal połowa (49,4%) nigdy nie pracowała i nie poszukuje pracy.
Osoby sprawne (OS): w grupie tej znacznie mniejszy odsetek niż w przypadku osób młodszych zamieszkuje z rodzicami (44,1%), ponad dwukrotnie – w porównaniu do grupy wiekowej 1 – większy jest odsetek osób zamieszkujących samotnie lub z partnerem/partnerką, a ponad jedna trzecia badanych mieszka ze znajomymi lub rodzeństwem. Znaczna część badanych kontynuuje edukację (91,4%) w trybie stacjonarnym (73,6%). Stan cywilny respondentów jest podobny jak w grupie młodszej. Nieco ponad połowa badanych (57,6%) nie miała żadnego partnera, a 40,7% było w wolnym związku, 94,9% osób nie miało dzieci. Niemal połowa badanych (46,4%) pracowała zawodowo, na pełnym etacie zatrudnionych było 50% z nich, pozostała część wykonywała prace dorywcze. Wśród osób niepracujących 48,2% poszukiwało pracy.

Zasadniczą zmianą (w porównaniu do dorastających), jaka w tym okresie dokonuje się wśród osób sprawnych, jest wyraźny wzrost odsetka osób, które wyprowadziły się z domu rodzinnego. Dużą popularnością cieszy się w tym okresie mieszkanie z grupą rówieśników. Prawdopodobnie ze względu na kontynuację kształcenia ten krok nie oznacza jeszcze pełnego finansowego uniezależnienia się od rodziców, wskazuje jednak na chęć uzyskania większego

zakresu samodzielności i odpowiedzialności. Osoby niepełnosprawne nadal w większości mieszkają w domu rodzinnym. Także wśród nich nieco większa grupa zdecydowała się już na zmianę miejsca zamieszkania, jednak jest ona stosunkowo niewielka.

W pierwszej fazie wyłaniającej się dorosłości dość wyraźnie widać duże zróżnicowanie w zakresie podejmowania/niepodejmowania zadań okresu dorosłości wśród osób sprawnych. Pozostaje to w zgodzie z opisaną wcześniej charakterystyką tej fazy życia. Obserwujemy więc, że – podobnie jak w okresie dorastania – wiele osób pozostaje na utrzymaniu rodziców i uczy się. W grupie badanej są również jednostki, które rozpoczynają aktywność zawodową, zmieniają miejsce zamieszkania, wiążą się z partnerem. Mamy więc do czynienia z grupą wkraczającą w dorosłość wcześniej i z jednostkami, które jeszcze się na to nie zdecydowały. Osoby niepełnosprawne zdecydowanie częściej należą do drugiej z tych grup. W analizowanym tu okresie życia niewiele zmienia się w ich funkcjonowaniu w porównaniu do okresu dorastania.

Koniec okresu wyłaniającej się dorosłości (24–26 lat)
Osoby z ograniczeniem sprawności (ON): w grupie tej znaczna większość osób mieszka z rodzicami (71,4%), podobnie jak w przypadku osób młodszych. Ponad połowa (60,3%) aktualnie się nie kształci, a spośród osób kontynuujących edukację (39,7%) 65,4% uczy się w trybie stacjonarnym, a 34,5% w trybie zaocznym/wieczorowym. Znaczna większość badanych nie miała partnera (78,1%) ani dzieci (98,4%). Prace zawodową wykonywało 29% badanych, w tym ponad połowa (52,6%) na pełnym etacie.
Osoby sprawne (OS): większość badanych z tej grupy wiekowej mieszka z partnerem/partnerką (31%), nieznacznie mniej – z rodzicami (29%) lub znajomymi/rodzeństwem (25,2%). Najmniej jest osób mieszkających samotnie (14,8%). Większość osób badanych kontynuuje edukację (62,6%), głównie w trybie stacjonarnym (75,3%). Niemal połowa (49,3%) osób posiadała partnera (wolny związek), 36,8% nie było w żadnym związku, natomiast 13,1% zawarło związek małżeński. Dzieci nie posiadało 90,4% osób. Większość osób z tej grupy pracowała zawodowo (66,9%), z czego 58,9% na pełnym etacie.

Pod koniec wyłaniającej się dorosłości (w grupie osób w wieku 24–26 lat) wyraźnie, w porównaniu z osobami młodszymi, zwiększa się odsetek młodych ludzi, którzy zakończyli edukację i podjęli aktywność zawodową. Występują jednak dość znaczne różnice pomiędzy osobami sprawnym i z ograniczeniami sprawności. W tej drugiej grupie mniej jest osób, które wyprowadziły się z domu rodzinnego, podjęły pracę i rozpoczęły samodzielne życie, podczas gdy w przypadku osób sprawnych z tej grupy wiekowej zaczynają przeważać jednostki, które w pełni podjęły już role okresu dorosłości.

Widać więc, że w przypadku osób sprawnych zbliżanie się końca etapu edukacji wiąże się z coraz wyraźniejszą dominacją młodych ludzi, których możemy nazwać dorosłymi. W każdej z opisanych dotychczas grup wiekowych można było zauważyć znaczący postęp w kierunku podjęcia pełnoetatowej pracy zawodowej, stworzenia bliskiego związku, rozpoczęcia prowadzenia samodzielnego gospodarstwa domowego. W grupie osób niepełnosprawnych ten ruch w kierunku samodzielności jest znacznie wolniejszy. W zasadzie od

okresu dorastania coraz wyraźniejsze są różnice międzygrupowe pod względem wskaźników dorosłości.

4.3. Okres wczesnej dorosłości (27–35 lat)

Wczesna dorosłość charakteryzuje się tym, że po okresie dorastania i wyłaniającej się dorosłości młodzi ludzie w coraz większym stopniu upodabniają się do siebie pod względem realizowanych zadań rozwojowych. W tym czasie takie działania, jak aktywność zawodowa, założenie rodziny lub chociażby stworzenie bliskiego związku partnerskiego czy opuszczenie domu rodzinnego stają się powszechne (por. tab. 3, rozdz. 1.3). Młodzi ludzie, którzy przeszli okres wstępnego przyuczania się do wykonywania ról okresu dorosłości, powinni już wtedy dysponować szeroką wiedzą na ich temat i zacząć je realizować. Jednym z czynników, które sprawiają, że młodzi ludzie decydują się nie odraczać dłużej wejścia w świat dorosłych, jest zakończenie edukacji w trybie stacjonarnym – działania podstawowego na wcześniejszych etapach życia.

Początek okresu wczesnej dorosłości (27–29 lat)
Osoby z ograniczeniem sprawności (ON): z rodzicami mieszka nieco ponad połowa osób badanych z tej grupy (53,8%), jest to nadal najczęściej występująca kategoria sytuacji mieszkaniowej. W porównaniu do poprzedniej grupy wiekowej znacznie więcej jest osób, które mieszkają z partnerem/partnerką (24,6%). Osoby badane rzadko zamieszkują samotnie (9,2%) lub z rodzeństwem/znajomymi (12,3%). Znaczna większość osób z tej grupy wiekowej zakończyła proces edukacji (76,9%), a spośród 23,1% osób uczących się większość robi to w trybie zaocznym lub wieczorowym (69,2%). Ponad połowa osób z tej grupy nie posiada partnera (55,7%), w wolnym związku było 31,1% osób, 13,1% osób zawarło związek małżeński, dzieci nie posiadało 86,2% osób. Większość osób pracowała zawodowo (57,8%), w tym 43,2% na pełnym etacie, natomiast 56,8% wykonywało prace dorywcze lub na niepełnym etacie.
Osoby sprawne (OS): osoby z tej grupy najczęściej zamieszkują z partnerem/partnerką (54,1%) lub samotnie (19,7%), nieco mniej badanych mieszka z rodzicami (14,8%) lub ze znajomymi/rodzeństwem (11,5%). Większość osób w tym wieku zakończyła już proces edukacji (67,2%). W przypadku osób uczących się 76,5% kształci się w trybie zaocznym/wieczorowym. W grupie tej znalazło się stosunkowo dużo osób, które weszły w związek małżeński (33,3%), choć najwięcej było osób w wolnych związkach (43,3%). Mniej niż jedna czwarta badanych nie posiadała partnera. Znaczna większość osób pracowała zawodowo (88,5%), głównie na pełnym etacie (86%).

Można jednak powiedzieć, że powyższe zależności dotyczą raczej rozwoju społecznego osób sprawnych w tej fazie życia. W przeciwieństwie do nich znaczna część osób niepełnosprawnych nadal nie podejmuje realizacji zadań rozwojowych. Także w tej grupie zauważa się znacząco większe zaangażowanie w aktywność zawodową, bliskie związki czy zmianę miejsca zamieszkania. Jednak duża część osób z ograniczeniami sprawności wciąż pozostaje bez pracy i mieszka z rodzicami (zwłaszcza w grupie wiekowej 27–29 lat), co jest rzadkością wśród osób sprawnych. Warto zwrócić także uwagę na to, że zaledwie połowa aktywnych zawodowo osób niepełnosprawnych wykonuje pracę w pełnym wymiarze godzin.

Wczesna dorosłość (30–35 lat)
Osoby z ograniczeniem sprawności (ON): większość osób z tej grupy mieszka z partnerem/partnerką (41,9%), a 30,2% mieszka z rodzicami. Znacznie mniej jest osób mieszkających z rodzeństwem/znajomymi (14,7%) lub samotnie (13,2%). Niemal wszystkie osoby z tej grupy zakończyły już edukację (90,7%). W grupie wystąpił niemal identyczny odsetek osób, które zawarły związek małżeński (38,7%), oraz osób samotnych (41,2%). Pracę zawodową wykonywała niemal połowa badanych (49,2%), z czego 61,8% pracowało na pełen etat. Spośród osób niepracujących 30,8% poszukiwało pracy.
Osoby sprawne (OS): w grupie tej 63,6% osób mieszka z partnerem/partnerką, a 21,2% z rodzicami. Zarówno mieszkanie z rodzeństwem/znajomymi (6,1%), jak i zamieszkiwanie samotnie (9,1%) należy do rzadkości. Większość osób nie uczyła się w momencie badania (78,8%). Najbardziej liczną grupę osób stanowią osoby w wolnych związkach (46,9%) oraz żyjących w związku małżeńskim (28,1%). Zaledwie 25% osób nie posiadało partnera. Niemal wszystkie osoby z tej grupy pracowały zawodowo (87,9%), głównie na pełnym etacie (92%). Wszystkie osoby niepracujące poszukiwały zatrudnienia w momencie badania.

W okresie wczesnej dorosłości niższy poziom aktywności zawodowej osób z ograniczeniami sprawności wydaje się największym problemem i najważniejszym czynnikiem odróżniającym tę grupę od osób sprawnych. A właśnie posiadanie pracy zawodowej stanowi dla młodych ludzi największą szansę na uzyskanie niezależności, wspierając również tworzenie związków intymnych (Guerreiro, Abrantes, 2004).

4.4. Podsumowanie

Przedstawiona pokrótce charakterystyka osób znajdujących się w różnych okresach rozwojowych wskazuje na istotne podobieństwa i różnice pomiędzy osobami z ograniczoną sprawnością i osobami sprawnymi.

Mimo że prowadzone badania nie opierały się na losowo dobranej próbie, wydaje się, że różnice pomiędzy osobami sprawnymi i z ograniczeniami sprawności odzwierciedlają faktyczne różnice występujące pomiędzy tymi grupami w zakresie charakterystyk społeczno-demograficznych.

Jak wskazują liczne badania, prowadzone zarówno w naszym kraju (m.in. Garbat, Paszkowicz, 2003; Adamowicz-Hummel, Rozborska, 2003), jak i za granicą (m.in. Wells, Sandefur, Hogan, 2003), osoby z ograniczeniami sprawności napotykają szereg trudności w procesie wkraczania w dorosłość. Częściej niż osoby sprawne doświadczają długotrwałego bezrobocia, wcześniej kończą proces edukacji, rzadziej (i później) udaje im się w pełni uzyskać autonomię w stosunku do opiekunów oraz znaleźć partnera, z którym mogą stworzyć długotrwały i stabilny związek partnerski. Taki obraz osób z ograniczeniami sprawności rysuje się także w świetle uzyskanych przez nas wyników. W ich przypadku zarysowuje się szereg rozwojowych „przesunięć" i zmian o charakterze niepunktualnym w porównaniu z osobami sprawnymi.

Na tej podstawie można określić, które zadania rozwojowe oraz w jakim okresie życia mogą stanowić najważniejsze czynniki ryzyka (ryc. 4.). W okre-

sie dorastania, wyłaniającej się dorosłości i wczesnej dorosłości są to sfery aktywności zawodowej i bliskich związków. Począwszy od okresu wyłaniającej się dorosłości pojawia się także kwestia uniezależniania się od rodziny pochodzenia. Są to te obszary, w których szczególnie wyraźnie uwidacznia się proces marginalizacji osób z ograniczeniem sprawności. Problemy ze społeczną aktywnością uwidaczniają się już pod koniec okresu dorastania, aby w następnych latach przybierać na sile. Wydaje się że najskuteczniejszymi formami pomocy mogłyby być w tej sytuacji programy profilaktyczne lub o charakterze wczesnej interwencji skierowane do osób dorastających.

Pierwsze doświadczenia zawodowe	Pierwsze doświadczenia zawodowe	Bezrobocie i praca w niepełnym wymiarze godzin
Bliskie związki partnerskie	Bliskie związki partnerskie	Bliskie związki partnerskie
	Wyprowadzenie się z domu rodzinnego	Wyprowadzenie się z domu rodzinnego
Okres dorastania (18–20 lat)	**Wyłaniająca się dorosłość** (21–26 lat)	**Wczesna dorosłość** (27–29 lat)

Ryc. 4. Podejmowanie zadań rozwojowych okresu dorastania, wyłaniającej się i wczesnej dorosłości – czynniki ryzyka w grupie osób z ograniczeniami sprawności

Źródło: opracowanie własne.

Rozdział 5

Wyniki badań: tożsamość

W rozdziale tym przedstawimy wyniki badań skoncentrowanych na analizach podobieństw i różnic pomiędzy osobami z ograniczeniem sprawności i osobami sprawnymi pod względem pięciu wymiarów tożsamości składających się na model podwójnego cyklu formowania się tożsamości (por. rozdz. 2.4.). Zwrócimy uwagę na związki tych wymiarów z zadaniami rozwojowymi i z różnymi charakterystykami niepełnosprawności. Przedstawimy także dane wskazujące na związek wymiarów formowania się tożsamości z jakością życia osób z ograniczeniem sprawności.

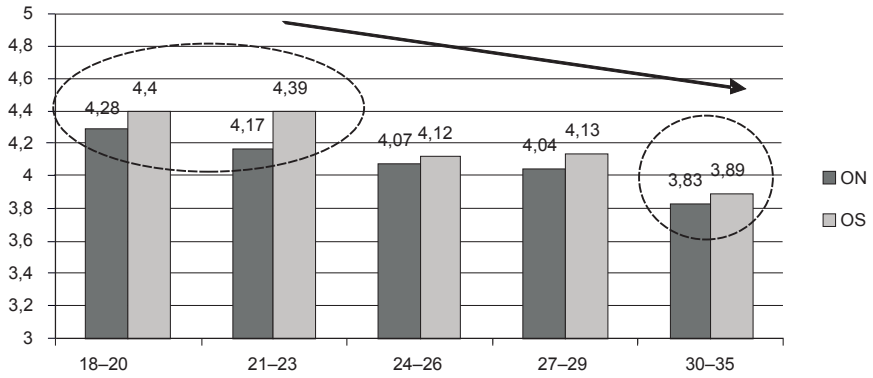
5.1. Wymiary tożsamości a wiek

5.1.1. Cykl formowania zobowiązań

W badaniach, które prowadzono zarówno w naszym kraju (Brzezińska, Piotrowski, 2009), jak i w innych krajach europejskich (Luyckx, Schwartz, Berzonsky i in., 2008; Luyckx, Schwartz, Goossens, Pollock i in., 2008) wykazano, że wraz z wiekiem jednostki oraz podejmowanymi przez nią działaniami zmniejsza się natężenie eksploracji wszerz. Okazało się na przykład, że wśród studentów nastawienie na eksplorację wszerz jest wyższe niż w grupie nieco starszych osób, które skończyły już etap edukacji. Jednocześnie studenci eksplorują wszerz słabiej niż licealiści.

Takie wyniki uzyskano także w naszych badaniach. Zarówno w przypadku osób z ograniczeniami sprawności, jak i osób sprawnych obserwowaliśmy coraz mniejsze nastawienie na eksplorację wszerz w kolejnych grupach wiekowych (ryc. 5.; ON: $F(4,433) = 5,28$; $p<0,001$; OS: $F(4,373) = 3,86$; $p<0,01$). Jednocześnie nie zaobserwowano żadnej istotnej różnicy w tym zakresie pomiędzy grupami ON i OS. Ogólnie rzecz biorąc, obie grupy, niezależnie od wieku, były do siebie podobne pod tym względem.

Świadczyć to może o tym, że niezależnie od podjętych już ról społecznych, młodzi ludzie wraz z wiekiem przestają poszukiwać innych możliwych stylów życia. Można to wiązać z zakresem uzyskanego już doświadczenia. Niezależnie od tego, jakie obszary zostały (lub nie zostały) rozpoznane, ludzie zyskują coraz większą wiedzę na temat otaczającego ich świata, więc – mówiąc kolokwialnie – coraz mniej zostaje im do odkrycia.



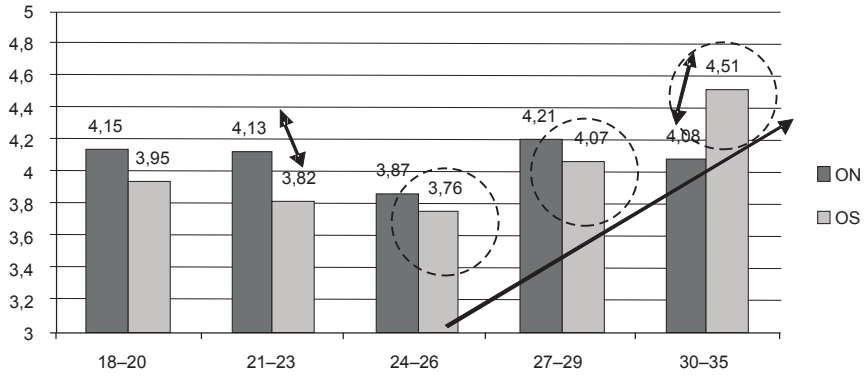
Ryc. 5. Eksploracja wszerz a grupy wiekowe
Źródło: na podstawie badań własnych.
Uwaga: eksploracja wszerz mierzona była na skali 1–6.

Być może jednak osoby sprawne i niepełnosprawne eksplorują inne obszary? Jak pamiętamy, osoby sprawne (zwłaszcza) w okresie adolescencji i wyłaniającej się dorosłości wcześniej podejmują aktywność zawodową i uzyskują względną autonomię. Nie oznacza to jednak, że niepełnosprawność, a tym samym doświadczanie trudności w niektórych obszarach funkcjonowania, uniemożliwia poszukiwanie nowych dróg i innych sposobów na życie. Eksploracja wszerz jest działaniem jak najbardziej sprzyjającym adaptacji i budowaniu tożsamości, może więc wspierać rozwój osób niepełnosprawnych. Są one podobnie jak osoby sprawne zainteresowane eksperymentowaniem, poszukiwaniem, zadawaniem pytań.

Nieco inaczej wygląda jednak sytuacja z podejmowaniem zobowiązań, czyli poczuciem, że dokonało się wyboru ważnych dla siebie obszarów zaangażowania, co stanowi niejako konsekwencje poszukiwań. W grupie sprawnych uczestników naszych badań zaobserwowano coraz wyższe wyniki w kolejnych grupach począwszy od wieku 24–26 lat, czyli od końcowej fazy okresu wyłaniającej się dorosłości [ryc. 6.; $F(4,373) = 5,63$; $p<0,001$]. Wiek 24–26 lat w tej grupie to czas, kiedy znacznie zwiększa się odsetek osób, o których możemy powiedzieć, że podjęły role okresu dorosłości. Większość osób z tej grupy nie mieszka z rodzicami, posiada partnera i pracuje zawodowo. W kolejnych grupach proces ten nasila się – rośnie odsetek osób, które funkcjonują w ten sposób. Biorąc pod uwagę obiektywne kryteria, możemy powiedzieć, że osoby te są dorosłe, co może znajdować odzwierciedlenie właśnie w wyższych wynikach na skali podejmowania zobowiązania. Wśród młodych ludzi w okresie wczesnej dorosłości wyższe jest przekonanie, że wiedzą czego chcą i że zaplanowali już ścieżkę własnego rozwoju (por. Brzezińska, Piotrowski, 2010a).

W grupie osób niepełnosprawnych sprawa ta wygląda odmiennie. W przypadku żadnej grupy wiekowej nie możemy powiedzieć, że istotnie różni się od innych, trudno także powiedzieć o istnieniu jakiegokolwiek trendu wśród osób z ograniczoną sprawnością. Niezależnie od okresu życia są oni w podobnym stopniu przekonani o tym, że dokonali już stosownych wyborów.

Ciekawe wydają się także różnice pomiędzy grupami ON i OS w poszczególnych grupach wiekowych. W dwóch najmłodszych grupach (18–20 lat i 21–23 lata) podejmowanie zobowiązań jest nieco wyższe wśród osób z ograniczoną sprawnością (choć tylko w grupie 21–23 lata jest to różnica istotna statystycznie). W dwóch kolejnych grupach różnice te są znacznie mniejsze, natomiast w grupie osób najstarszych osoby sprawne uzyskały wynik wyraźnie (i istotnie) wyższy.



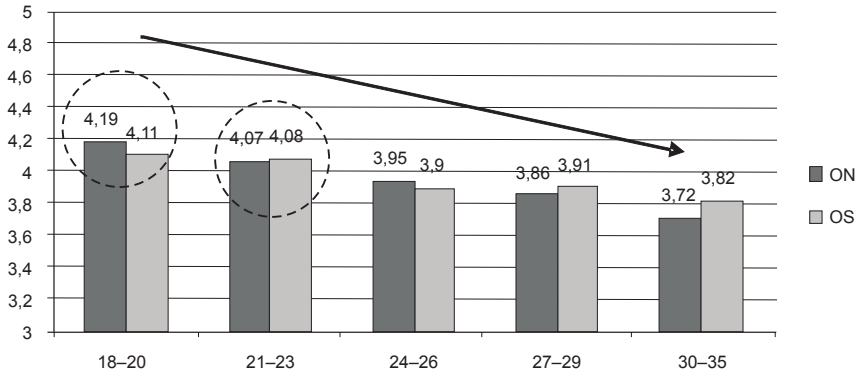
Ryc. 6. Podejmowanie zobowiązań a grupy wiekowe
Źródło: na podstawie badań własnych.
Uwaga: podejmowanie zobowiązania mierzone było na skali 1–6.

Młodsze osoby z ograniczeniami sprawności w większym zakresie niż osoby sprawne podejmują więc decyzje dotyczące obszarów zaangażowania i są bardziej przekonane, że wiedzą, czego chcą. Jednak w późniejszym czasie, gdy młodzi ludzie kończą edukację i wkraczają w świat osób dorosłych, to osoby sprawne lepiej się w tej sytuacji odnajdują.

5.1.2. Cykl ewaluacji zobowiązań

Pomimo pewnych różnic pomiędzy sprawnymi i niepełnosprawnymi, każda z osób w jakimś zakresie zobowiązania jednak podejmuje. Każdy tworzy jakąś wizję własnej przyszłości i w mniejszym lub większym stopniu ma poczucie, że wie, co chce osiągnąć i czemu się poświęcić. Te podjęte już zobowiązania są obiektem przetwarzania w cyklu ewaluacji.

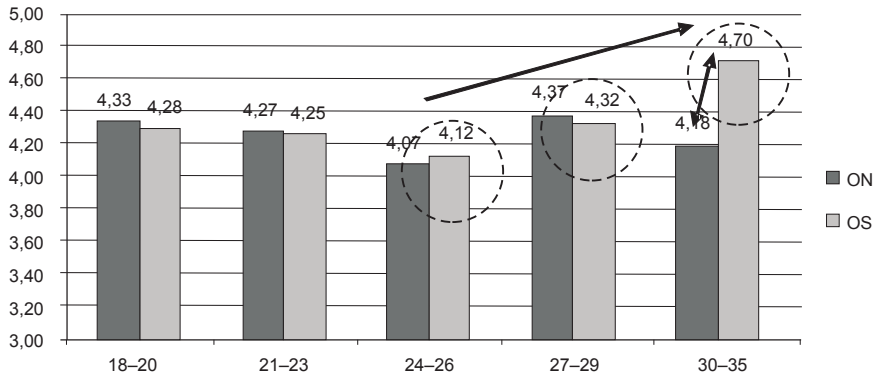
Podobnie jak w przypadku eksploracji wszerz, w odniesieniu do eksploracji w głąb (oceny dokonanych zobowiązań pod kątem ich zbieżności z oczekiwaniami i planami jednostki) nie występują różnice pomiędzy osobami sprawnymi i niepełnosprawnymi (ryc. 7.). W obu tych grupach natężenie eksploracji w głąb zmniejsza się w kolejnych grupach wiekowych (choć w tym przypadku różnice pomiędzy kolejnymi grupami wiekowymi są istotne tylko w grupie ON F (4,433)=5,91; p<0,001). Potwierdzenie zyskuje więc teza, że osoby niepełnosprawne nie różnią się od osób sprawnych pod względem eksploracji. Podjęte przez nie zobowiązania są w takim samym stopniu przedmiotem oceny.



Ryc. 7. Eksploracja w głąb a grupy wiekowe
Źródło: na podstawie badań własnych.
Uwaga: eksploracja w głąb mierzona była na skali 1–6.

Eksploracja w głąb wiąże się z kolejnym wymiarem, czyli identyfikacją ze zobowiązaniami. Niższa lub wyższa identyfikacja oznacza stopień, w jakim człowiek po dokonaniu oceny obszarów, w które się zaangażował, stwierdza, że są one dla niego odpowiednie. Identyfikacja z podjętymi decyzjami sprzyja rozwojowi jednostki. Okazuje się na przykład, że pozytywnie wiąże się z przystosowaniem do wymagań studiów (Luyckx, Schwartz, Berzonsky i in., 2008).

Utożsamienie z dokonanymi wyborami kształtuje się w obu grupach podobnie jak podejmowanie zobowiązań. W okresie wczesnej dorosłości to osoby sprawne mają silniejsze przekonanie, że wybrały właściwie (ryc. 8.; F(4,373)=4,63; p<0,01) i w większym stopniu niż osoby niepełnosprawne chcą się poświęcić realizacji podjętych zobowiązań.



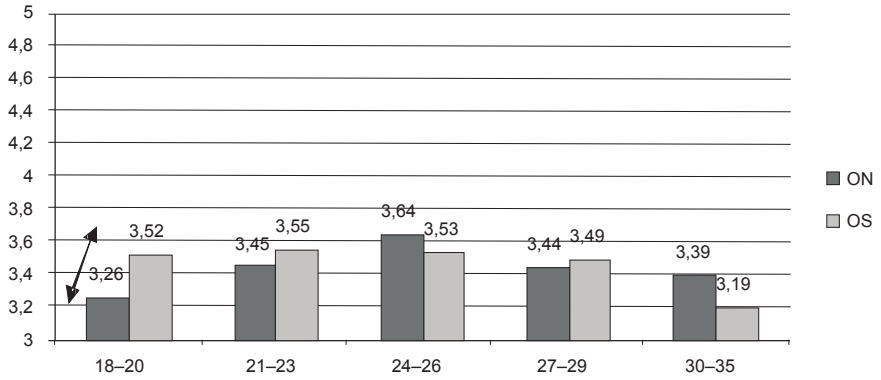
Ryc. 8. Identyfikacja ze zobowiązaniami a grupy wiekowe
Źródło: na podstawie badań własnych.
Uwaga: identyfikacja ze zobowiązaniami mierzona była na skali 1–6.

Zatem osoby z ograniczeniem sprawności nie tylko mają większe trudności ze stworzeniem wizji własnego życia w okresie wczesnej dorosłości, lecz także częściej dochodzą do wniosku, że wybory, których dotąd dokonały, nie są odpowiednie. Jest to sytuacja tym trudniejsza, że wraz z wiekiem zmniejsza się zakres eksploracji wszerz, a więc mniejsze jest nastawienie na poszukiwanie alternatywy.

5.1.3. Trudności z podejmowaniem zobowiązań

Ruminacyjna eksploracja związana z doświadczaniem trudności w podejmowaniu decyzji wydaje się stosunkowo niezależna od wieku osób badanych. Pomiędzy żadnymi grupami wiekowymi nie zaobserwowano statystycznie istotnych różnic (ryc. 9). Jedyną istotną różnicą jest wyższe natężenie eksploracji ruminacyjnej wśród sprawnych osób w wieku 18–20 lat. Problemy z tworzeniem spójnej wizji własnej osoby oraz podejmowaniem decyzji co do kształtu własnego życia mogą być więc bardziej zależne od takich czynników, jak cechy osobowości czy temperament (Brzezińska, Piotrowski i in., 2010), niż od aktywności zawodowej i edukacyjnej, stanu cywilnego czy sytuacji mieszkaniowej.

Wymiar eksploracji ruminacyjnej może jednak także wskazywać na doświadczanie kryzysu tożsamości, związanego z obawami, lękiem, niepewnością co do trafności dotychczasowych wyborów (por. Brzezińska, Piotrowski, 2010c). Taki sposób interpretacji wyników prowadzi do stwierdzenia, że w okresie dorastania osoby sprawne doświadczają tego kryzysu w sposób nieco silniejszy.



Ryc. 9. Eksploracja ruminacyjna a grupy wiekowe
Źródło: na podstawie badań własnych.
Uwaga: eksploracja ruminacyjna mierzona była na skali 1–6.

Wynik ten pozostaje w zgodzie z wcześniej omówionym częstszym podejmowaniem zobowiązań przez najmłodsze osoby niepełnosprawne. Wygląda więc na to, że w okresie dorastania to właśnie osoby niepełnosprawne mają bardziej spójną i jasną wizję własnego życia i samego siebie. Mniej jest w nich także obaw i trudności z dokonaniem wyboru obszarów zaangażowania. Można by powiedzieć, że w okresie dorastania osoby niepełnosprawne są pod tym względem „bardziej dorosłe". Natomiast zmiany na ich niekorzyść pojawiają się po raz pierwszy dopiero około 24.–26. roku życia, kiedy w grę zaczyna wchodzić nie tylko formułowanie planów, lecz także ich realizacja, czyli kiedy ich plany weryfikują rzeczywiste doświadczenia życiowe.

5.2. Tożsamość a zadania rozwojowe

W tym podrozdziale przyjrzymy się temu, czy poszczególne wymiary tożsamości są związane z podejmowaniem lub niepodejmowaniem zadań rozwojowych[1]. Dotychczas prowadzone badania (m.in. Brzezińska, Piotrowski, 2010a; 2010c; Luyckx, Schwartz, Goossens, Pollock, 2008) wykazywały, że zaangażowanie w kolejne obszary dorosłości wiązało się z obniżaniem się eksploracji (wszerz, w głąb i ruminacyjnej) oraz wyższym podejmowaniem zobowiązań. W im większym zakresie młodzi ludzie wchodzą w dorosłe role spo-

[1] W tym celu przeprowadzono serię analiz regresji (oddzielnie w każdej grupie wiekowej), w której jako zmienne wyjaśniane traktowano wymiary tożsamości, natomiast jako predyktory umieszczono w modelu następujące zmienne dwukategorialne: sytuacja mieszkaniowa: 0 – mieszka z rodzicami,oraz 1 – mieszka z partnerem/partnerką lub mieszka sam/a; stan cywilny: 0 – w przypadku osób samotnych (niebędących w żadnym związku w momencie badania), oraz 1 – będących w związku (małżeńskim lub wolnym); aktywność zawodowa: 0 – w przypadku osób bezrobotnych, oraz 1 – w przypadku osób pracujących w momencie badania.

łeczne, tym mniej uwagi poświęcają innym możliwościom i tym bardziej są przekonani o ukształtowaniu się jakiejś wizji własnej osoby.

Także uzyskane przez nas wyniki świadczą o istnieniu tego typu zależności, jednak w kilku przypadkach pojawiły się różnice między osobami sprawnymi i niepełnosprawnymi. Podstawowe wnioski z tych analiz są następujące:

(1) W grupie osób z ograniczeniami sprawności natężenie eksploracji wszerz nie wiązało się istotnie z żadnym z zadań rozwojowych, podczas gdy w grupie osób sprawnych wyższa eksploracja wszerz występowała w sytuacji zamieszkiwania z rodzicami w okresie wyłaniającej się dorosłości oraz braku pracy w okresie wyłaniającej się i wczesnej dorosłości,

(2) Brak pracy wśród osób sprawnych i niepełnosprawnych w wieku 24–26 lat związany był z wyższym natężeniem eksploracji ruminacyjnej.

(3) W grupie osób niepełnosprawnych w wieku 24–26 lat eksploracja ruminacyjna wzrastała w sytuacji zakończenia edukacji.

(4) W grupie osób sprawnych w okresie wczesnej dorosłości natężenie eksploracji ruminacyjnej było wyższe w sytuacji ciągłego zamieszkiwania z rodzicami.

Ogólnie rzecz biorąc, podejmowanie bądź niepodejmowanie zadań rozwojowych częściej wiąże się z natężeniem eksploracji w grupie osób sprawnych niż w grupie osób niepełnosprawnych. Pomiędzy 21. a 29. rokiem życia wyższa eksploracja współwystępuje z niepodejmowaniem ról społecznych okresu dorosłości, czego przejawami są zamieszkiwanie z rodzicami wśród osób młodszych oraz brak pracy w grupie osób nieco starszych. W okresie wczesnej dorosłości eksploracja jest ogólnie wyższa, jeżeli młodzi ludzie nadal funkcjonują w rolach charakterystycznych dla osób młodszych, wciąż się uczą lub mieszkają z rodzicami. Długotrwałe zamieszkiwanie z rodzicami, spowodowane być może brakiem możliwości (np. finansowych) uniezależnienia się, współwystępuje z obawami o własną przyszłość i trudnościami z budowaniem wizji własnego życia, co może owocować problemami w rozwoju tożsamości.

O ile w grupie osób sprawnych podejmowanie ról społecznych okresu dorosłości wiąże się raczej z wymiarami eksploracji, o tyle w odniesieniu do skal zobowiązania wyniki przedstawiają się odmiennie.

(5) W grupie osób sprawnych wystąpiła tylko jedna istotna zależność. W wieku 30–35 lat wyższy wynik na skali podejmowania zobowiązań wiązał się z opuszczeniem domu rodzinnego i zamieszkaniem samotnie bądź z partnerem.

(6) Kontynuowanie edukacji przez osoby niepełnosprawne w okresie wyłaniającej się dorosłości wiązało się z wyższymi wynikami w zakresie podejmowania zobowiązań i identyfikowania się z nimi. Może to sugerować pozytywny wpływ edukacji na tę sferę tożsamości osób z ograniczeniami sprawności, zwłaszcza przy uwzględnieniu wyniku wskazującego na trudności współwystępujące z zakończeniem edukacji (patrz: punkt 3).

(7) W okresie wczesnej dorosłości (27–29 lat) najważniejszym zadaniem rozwojowym związanym z wyższymi wynikami na wymiarach zobowiązania w grupie osób niepełnosprawnych okazała się zmiana sytuacji mieszkaniowej i uniezależnienie się od rodziców/opiekunów dzięki rozpoczęciu prowadzenia samodzielnego gospodarstwa domowego.

Wyraźniejszy związek wymiarów zobowiązania z zadaniami rozwojowymi w grupie osób niepełnosprawnych może być wynikiem trudności, jakich doświadczają one w ich realizacji. Poprzez przekazy medialne, kampanie społeczne czy artykuły prasowe przekazywane są opinii publicznej informacje o trudnej sytuacji osób niepełnosprawnych: wysokim poziomie bezrobocia, trudnościach z uzyskaniem niezależności i tak dalej. Być może w tej sytuacji osoby, które mają pracę albo możliwość samodzielnego zamieszkiwania, bardziej to sobie cenią i silniej wiążą z tym obraz własnej osoby, a tym samym własną tożsamość.

Tak czy inaczej, społeczne role okresu dorosłości wyraźnie wiążą się z wymiarami zobowiązania w grupie osób niepełnosprawnych, co wskazuje na znaczącą rolę działań mających na celu zwiększanie ich poziomu partycypacji społecznej. Brak takich działań może bowiem owocować trudnościami rozwojowymi silniejszymi nawet niż w przypadku osób sprawnych.

5.3. Tożsamość a charakterystyka niepełnosprawności

Przedstawione dotychczas wyniki obejmowały całą badaną grupę osób niepełnosprawnych. W tym miejscu przyjrzymy się natomiast temu, czy odmienne problemy zdrowotne mają związek z różnicami wewnątrz tej grupy. Postaramy się więc odpowiedzieć na pytanie o to, jak ważny dla kształtowania się tożsamości może być stan zdrowia osób niepełnosprawnych.

Zacznijmy od analizy podobieństw i różnic pomiędzy osobami, które dokonały odmiennej samooceny swojego stanu zdrowia (tab. 9).

Najbardziej ogólnie możemy powiedzieć, że osoby, które lepiej oceniają swoją kondycję zdrowotną, doświadczają mniejszych problemów z budowaniem własnej tożsamości. Stan zdrowia jest szczególnie wyraźnie związany z podejmowaniem zobowiązań i identyfikowaniem się z nimi. Wyższa ocena własnej kondycji zdrowotnej współwystępuje więc z przekonaniem jednostki, że dokonała już ważnych wyborów dotyczących tożsamości, oraz z większą identyfikacją z podjętymi decyzjami. Odwołując się w tym miejscu do wyników przedstawionych w poprzednim rozdziale, mówiących o znaczącej roli realizowanych zadań rozwojowych dla położenia na wymiarach zobowiązania, można sformułować dwa wyjaśnienia tej sytuacji: (1) osoby niepełnosprawne, których stan zdrowia jest lepszy, odczuwają mniejsze trudności z realizowaniem się w rolach osób dorosłych, co sprzyja budowaniu koncepcji siebie i własnej tożsamości; lub (2) lepszy stan zdrowia sprzyja rozwojowi

tożsamości, dzięki czemu osoby te posiadają dodatkowy zasób, który wpływa na ich większą aktywność społeczną.

Tab. 9. Samoocena zdrowia a wymiary tożsamości w grupie ON (n = 444)

Samoocena zdrowia	Eksploracja wszerz	Eksploracja w głąb	Eksploracja ruminacyjna	Podejmowanie zobowiązania	Identyfikacja ze zobowiązaniem
Jak ogólnie ocenia Pan/Pani stan swojego zdrowia na dziś?	**p > 0,05**	**p < 0,05**	**p < 0,01**	**p < 0,05**	**p < 0,01**
Dobry	M = 4,09 sd = 0,78	**M = 3,97** sd = 0,77	**M = 3,34** sd = 0,85	**M = 4,16** sd = 0,93	**M = 4,29** sd =0,81
Zły	M = 3,96 sd = 0,77	M = 3,77 sd = 0,81	M = 3,69 sd = 0,96	M = 3,86 sd = 0,89	M = 3,96 sd = 0,87
Czy jest Pan/Pani w gorszej formie niż ludzie w Pana/Pani otoczeniu?	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p < 0,05
Tak	M = 4,04 sd = 0,77	M = 3,92 sd = 0,73	M = 3,49 sd = 0,89	M = 4,01 sd = 0,95	M = 4,14 sd = 0,82
Nie	M = 4,07 sd = 0,78	M = 3,96 sd = 0,81	M = 3,35 sd = 0,86	M = 4,17 sd = 0,93	**M = 4,32** sd = 0,81
Czy jest Pan/Pani w gorszej formie niż inni ludzie w Pana/Pani wieku?	p > 0,05	p > 0,05	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,001
Tak	M = 4,04 sd = 0,77	M = 3,91 sd = 0,75	M = 3,52 sd = 0,86	M = 3,97 sd = 0,93	M = 4,09 sd = 0,81
Nie	M = 4,08 sd = 0,79	M = 3,99 sd = 0,80	**M = 3,28** sd = 0,91	**M = 4,23** sd = 0,94	**M = 4,39** sd = 0,79

Źródło: na podstawie badań własnych.

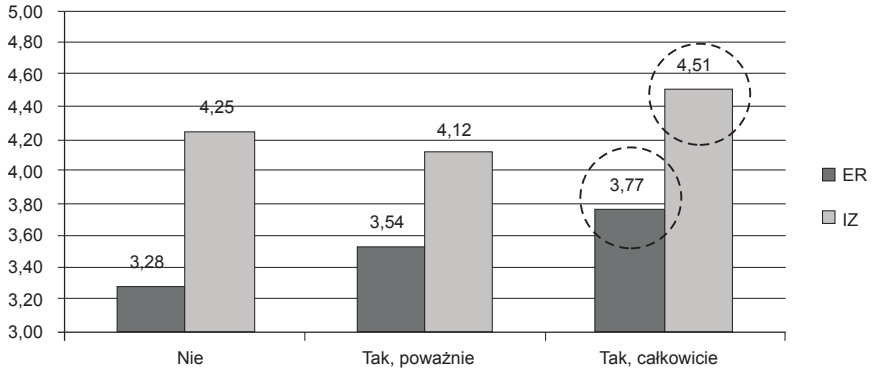
Uwaga: pogrubioną czcionką zaznaczono średnie, pomiędzy którymi wystąpiła różnica istotna statystycznie.

Grupą ryzyka są w tym kontekście osoby doświadczające większych kłopotów ze zdrowiem. W ich doświadczeniach więcej jest lęku i obaw, mniejsza jest także pewność, że decyzje, które podjęły, są odpowiednie. Jednocześnie osoby te wykazują mniejszą skłonność do analizowania dokonanych wyborów, a tym samym zmniejsza się szansa na zmianę, która mogła by przyczynić się do ich lepszego funkcjonowania.

Zależność ta występuje nie tylko wśród osób niepełnosprawnych. Także wśród ich sprawnych rówieśników przekonanie o byciu w gorszej niż inni kondycji zdrowotnej współwystępuje z większym natężeniem problemów związanych z rozwojem tożsamości. Znalazło to swoje odzwierciedlenie w wynikach

na skali eksploracji ruminacyjnej [średnie wyniosły odpowiednio M=3,80, sd=0,79 oraz M=3,46, sd=0,94; t(371)=2,05; p<0,05].

Oprócz stanu zdrowia należy zwrócić uwagę także na konsekwencje niepełnosprawności polegające na utrudnieniach w wykonywaniu codziennych czynności (ryc. 10). Osoby, które twierdzą, że mają całkowicie ograniczoną możliwość samodzielnego radzenia sobie z codziennymi zadaniami, charakteryzują się najwyższym natężeniem eksploracji ruminacyjnej [F(2,407)=6,83; p=0,001] oraz w największym zakresie identyfikują się z podjętymi zobowiązaniami [F(2,407)=3,30; p<0,05]. Oznacza to, że odczuwają wiele obaw związanych z własną przyszłością i mają kłopoty z podejmowaniem zobowiązań, ale jednocześnie sądzą, że te obszary, w które już się zaangażowały, spełniają ich osobiste standardy i dają im satysfakcję. W dotychczas prowadzonych badaniach (np. Brzezińska, Piotrowski, 2010b, 2010c) regularnie wykazywano, że eksploracja ruminacyjna utrudnia identyfikację ze zobowiązaniami. Tutaj jednak uzyskano inny wynik – oba te wymiary mogą w pewnych okolicznościach przyjmować wysokie natężenie.



Ryc. 10. Eksploracja ruminacyjna (ER) i identyfikacja ze zobowiązaniami (IZ) a ograniczenie zdolności wykonywania codziennych czynności

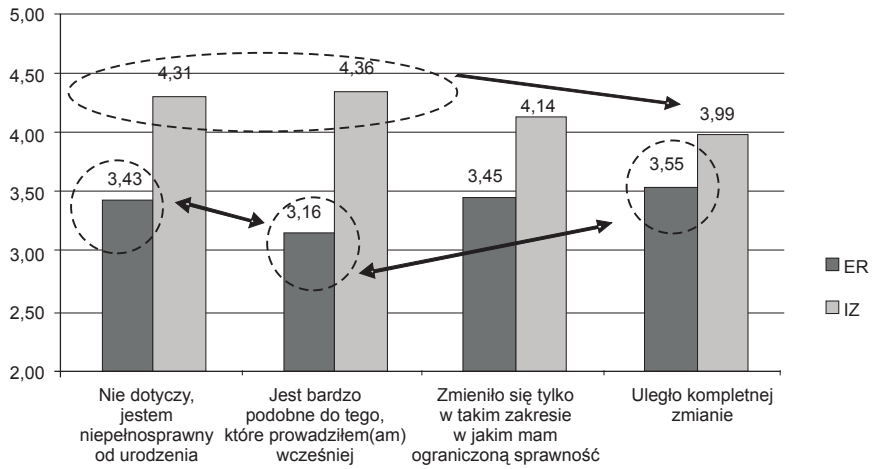
Źródło: na podstawie badań własnych.

UWAGA: eksplorację wszerz i identyfikację ze zobowiązaniami mierzono na skali 1–6.

Można zaryzykować stwierdzenie, że w przypadku niektórych osób z ograniczeniami sprawności identyfikacja ze zobowiązaniami ma charakter dezadaptacyjny. Z jednej bowiem strony osoby niepełnosprawne twierdzą, że decyzje, które podjęły, i wybory, których dokonały, pasują do nich i dają im satysfakcję, z drugiej natomiast odczuwają obawy dotyczące tego, czy ich życie układa się w sposób odpowiedni. Być może ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności powodują, że osoby niepełnosprawne uważają, że obszary, w których funkcjonują, są „lepsze niż nic" albo że to jedyne, co mogą osiągnąć. Dlatego też rośnie ich identyfikacja z podjętymi zobowiązaniami,

która jednak nie obniża lęku przed przyszłością, a więc nie daje poczucia bezpieczeństwa. Ponieważ wynik ten pozostaje w sprzeczności z danymi dotąd zgromadzonymi, niezbędne jest przeprowadzenie dalszych analiz i dalszych badań nad sytuacją tej grupy osób.

Konsekwencje nabycia niepełnosprawności mogą się także przejawiać w ocenie tego, na ile życie jednostki zmieniło się w wyniku tego wydarzenia (ryc. 11).



Ryc. 11. Eksploracja ruminacyjna (ER) i identyfikacja ze zobowiązaniami (IZ) a ocena konsekwencji nabycia niepełnosprawności

Źródło: na podstawie badań własnych.

UWAGA: eksplorację ruminacyjną i identyfikację z zobowiązaniami mierzono na skali 1–6.

Wyróżniają się w tym przypadku trzy grupy osób:

(1) **Osoby, których życie nie uległo dużym zmianom** („Jest bardzo podobne do tego, które prowadziłem(-am) wcześniej"). Doświadczają one najmniejszych trudności z podejmowaniem zobowiązań i w wysokim stopniu się z nimi identyfikują.

(2) **Osoby, których życie uległo bardzo dużym zmianom** („Uległo kompletnej zmianie"). W tej grupie wyraźnie zaznacza się niższa niż w obu pozostałych grupach identyfikacja z podjętymi zobowiązaniami i duże trudności z ich podejmowaniem, co może owocować trudnościami rozwojowymi.

(3) **Osoby niepełnosprawne od urodzenia.** Są w podobnej sytuacji, jak osoby, które doświadczają znacznych trudności z wykonywaniem codziennych czynności: mają wiele obaw i trudności z podejmowaniem zobowiązań, a jednocześnie silnie identyfikują się z obszarami, w które już się zaangażowały.

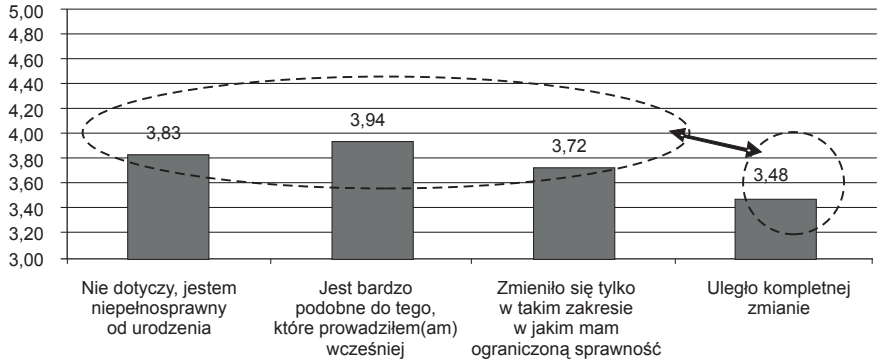
Ocena konsekwencji nabycia niepełnosprawności wiąże się z pojęciem adaptacji do tej nowej sytuacji. Z jednej strony mamy osoby, które w tej sytuacji się odnalazły i kontynuują życie podobne do tego, jakie prowadziły wcześniej, z drugiej natomiast osoby, których funkcjonowanie radykalnie się zmieniło. Lepsze lub gorsze przystosowanie do krytycznych zmian życiowych zależy od wielu czynników.

Warto w tym miejscu, niejako ma marginesie, przywołać pojęcie poczucia koherencji. Jest to osobowościowa dyspozycja, która określa zdolność jednostki do rozpoznawania i wykorzystywania dostępnych zasobów (osobowościowych, temperamentalnych, społeczno-kulturowych, materialnych) w procesie radzenia sobie z wyzwaniami i pojawiającym się stresem (Antonovsky, 1995). Jednostki, które mają silne poczucie koherencji, potrafią te zasoby trafnie zidentyfikować, a następnie użyć ich do rozwiązania występujących trudności.

Według twórcy pojęcia koherencja jest zdolnością jednostki do funkcjonowania w warunkach trudnych i stresowych, które kształtuje się głównie w okresie dzieciństwa i dorastania oraz jest względnie stałe w okresie dorosłości (Antonovsky, 1995).
W badaniach nad uwarunkowaniami poczucia koherencji (Sagy, Antonovsky, 1999) wykazano, że jego natężenie w wieku dorosłym wiąże się z wcześniejszymi doświadczeniami socjalizacyjnymi. Osoby, które miały wysokie poczucie koherencji, doświadczały w okresie dorastania zrównoważonego natężenia wymagań i obciążeń ze strony rodziców. Dzięki temu, że nie były wychowywane w rodzinach nadopiekuńczych, w których rodzice skoncentrowani są na usuwaniu wszelkich przeszkód, ani nie doświadczały nadmiernych wymagań przekraczających ich możliwości, mogły nabyć zdolność do radzenia sobie z pojawiającymi się problemami i ich interpretowania w kategoriach wyzwań, a nie zagrożeń. Taki styl wychowania w rodzinie daje dziecku czy nastolatkowi możliwość aktywnego wpływania na kształt własnego życia i rozwija poczucie sprawstwa, tak ważne w sytuacjach krytycznych.
W innych badaniach nad czynnikami związanymi z rozwojem poczucia koherencji wykazano, że negatywny wpływ na powstanie tej złożonej kompetencji ma doświadczenie odrzucenia przez rodzica (lub rodziców) w okresie dzieciństwa, natomiast pozytywnie wpływają na nie takie cechy rodziny, jak wzajemne zaufanie i doświadczanie wsparcia (Heszen, Sęk, 2007).
W badaniach, które przeprowadzili Lustig i Strauser (2002, 2008), stwierdzono, że poczucie koherencji jest silnie związane z podejmowaniem decyzji w zakresie rozwoju zawodowego wśród studentów, w tym osób z ograniczeniami sprawności. Według tych badaczy wysokie poczucie koherencji sprzyja sprawnemu radzeniu sobie z podejmowaniem zobowiązań związanych z przyszłą karierą zawodową i bardziej aktywnemu podejściu do poszukiwania zatrudnienia. Wynika z tego, że poczucie koherencji prowadzi nie tylko do lepszego znoszenia stresowych doświadczeń, lecz także do bardziej proaktywnych zachowań w sytuacjach problemowych.
Poczucie koherencji w okresie dorosłości jest więc w znacznej mierze wynikiem rozwoju we wcześniejszych okresach życia i ma silny wpływ na zdolności adaptacyjne oraz umiejętność przystosowania się do zmian. Według znawców problematyki poczucia koherencji (Heszen, Sęk, 2007) dyspozycja ta pełni podstawową rolę w procesach (1) osiągania, (2) ochrony i (3) przywracania zdrowia.

Poczucie koherencji wywiera wpływ na zdrowie jednostki w znacznej mierze przez ocenę negatywnych wydarzeń, jakie miały miejsce w życiu człowieka (Pasikowski, Sęk, 2004). Osoby o wysokim poczuciu koherencji rzadziej

oceniają takie wydarzenia jako zagrażające i niedające możliwości działania. W takiej sytuacji doświadczany stres jest mniejszy, a tym samym rosną szanse na to, że na wymiarze zdrowie – choroba jednostka będzie się plasowała bliżej pozytywnego krańca kontinuum. Znalazło to potwierdzenie w wynikach naszych badań (ryc. 12).



Ryc. 12. Poczucie koherencji a ocena konsekwencji nabycia niepełnosprawności
Źródło: na podstawie badań własnych.

Najniższe poczucie koherencji obserwuje się u tych osób, które uważają, że nabycie niepełnosprawności całkowicie zmieniło ich życie [F(3,431 =3,20; p<0,01]. Osoby, które urodziły się z niepełnosprawnością lub w momencie nabycia niepełnosprawności były na tyle małe, że nie pamiętają tego wydarzenia, oraz badani, którzy sądzą, że problemy zdrowotne nie spowodowały radykalnych zmian w ich funkcjonowaniu, charakteryzują się wyższym poczuciem koherencji. Oprócz tego okazało się, że wyższe poczucie koherencji wiąże się także z mniejszą liczbą chorób somatycznych, takich jak duszności, wymioty, bóle, zawroty głowy (r = –0,27; p < 0,01).

Związek poczucia koherencji z lepszym przystosowaniem osób niepełnosprawnych do wymagań niepełnosprawności oraz szeroko pojętą adaptacją każe więc sięgnąć do wcześniejszych etapów życia, w których rozwój tej dyspozycji jest najbardziej intensywny, zwłaszcza zaś do kwestii oddziaływania na osoby niepełnosprawne rodziny pochodzenia[2]. Aby faktycznie prze-

[2] Więcej informacji na temat związków pomiędzy oddziaływaniami wychowawczymi a rozwojem osób niepełnosprawnych znaleźć można w publikacji autorstwa Anny I. Brzezińskiej i Radosława Kaczana *Wychowanie do samodzielności: kluczowy czynnik sukcesu zawodowego osób z ograniczoną sprawnością* oraz pracy zbiorowej pod redakcją Anny I. Brzezińskiej *Zadania rodziny i szkoły: od samodzielności dziecka do efektywności pracownika,* wydanych w 2008 roku przez Wydawnictwo SWPS/Academica. Warto także sięgnąć do pracy *Droga do samodzielności. Jak wspomagać rozwój dzieci i młodzieży z ograniczeniami sprawności* autorstwa Anny I. Brzezińskiej, Małgorzaty Ohme, Anny Resler-Maj, Radosława Kaczana i Mateusza Wilińskiego.

ciwdziałać marginalizacji osób niepełnosprawnych, należy koncentrować się na okresie poprzedzającym pojawienie się wyraźnych symptomów nieprzystosowania.

5.4. Tożsamość a jakość życia

Przedstawiliśmy dotąd zależności pomiędzy wymiarami tożsamości a wiekiem i dokonującymi się wraz z nim zmianami oraz stanem zdrowia osób niepełnosprawnych. Chcielibyśmy jednak zwrócić uwagę także na to, że rozwój tożsamości ściśle zależy od stosunku człowieka do samego siebie. Prawidłowy rozwój tożsamości wymaga aktywności jednostki, jej zaangażowania i motywacji do podejmowania różnorodnych działań. W takiej sytuacji zwiększa się szansa nie tylko na odnalezienie własnego miejsca w świecie społecznym i uzyskanie odpowiedzi na pytanie „Kim jestem?", lecz także na bardziej satysfakcjonujące życie.

Zarówno osoby z ograniczoną sprawnością, jak i osoby sprawne dokonują wyższych ocen całego dotychczasowego życia, gdy w większym zakresie podejmują zobowiązania oraz identyfikują się z nimi (tab. 10). Nieco silniejszy związek pomiędzy tymi zmiennymi w grupie osób niepełnosprawnych może potwierdzać to, że dla nich posiadanie spójnej, dającej satysfakcję wizji siebie i świata oraz świadomość, że zmierzają w pożądanym kierunku, są ważniejsze przy ocenianiu swojego życia niż w przypadku osób sprawnych.

Tab. 10. Wymiary tożsamości a częstość występowania objawów somatycznych, akceptacja choroby/niepełnosprawności i samoakceptacja (ON n = 445; OS n = 372)

Ocena całego życia	Eksploracja wszerz	Eksploracja w głąb	Eksploracja ruminacyjna	Podejmowanie zobowiązania	Identyfikacja ze zobowiązaniem
ON Ocena całego dotychczasowego życia	–0,01	0,12	**–0,21****	**0,30****	**0,30****
OS Ocena całego dotychczasowego życia	**–0,17***	–0,01	**–0,32****	**0,18****	**0,25****

Źródło: na podstawie badań własnych.

* Istotne na poziomie 0,01. ** Istotne na poziomie 0,001.

Jedynie w grupie osób sprawnych ocena całego dotychczasowego życia jest tym wyższa, w im mniejszym zakresie dokonują one eksploracji wszerz. Być może, oceniając własne życie, osoby sprawne zwracają większą uwagę na to, czy osiągnęły jakiś stan docelowy. Jeśli tak się nie stało, to wciąż poświęcają dużo uwagi poszukiwaniom i ich oceny są niższe. Osoby z ograni-

czeniami sprawności nie doświadczają tego typu sytuacji. Dla nich to, czy nadal poszukują siebie i swojego miejsca, nie wiąże się z oceną własnego życia. Jednak zarówno wśród osób sprawnych, jak i niepełnosprawnych trudności z formowaniem własnej tożsamości współwystępują z niższym zadowoleniem z własnego życia. W tym kontekście dodatkowego znaczenia nabierają wyniki wskazujące rzadsze podejmowanie zobowiązań i identyfikowanie się z nimi wśród osób niepełnosprawnych w okresie wczesnej dorosłości. Sytuacja ta przekłada się bowiem na uogólnioną niższą ocenę życia.

Czynnikami, które sprzyjają rozwojowi tożsamości, są także wysoka akceptacja własnej niepełnosprawności oraz samoakceptacja (tab. 11). Są to kategorie związane ze stosunkiem człowieka do samego siebie. Jak nietrudno się domyślić, tożsamość, czyli jeden z najważniejszych dla człowieka zasobów, nie może się rozwijać w oderwaniu od obrazu własnej osoby (Oleś, 2008). To, jak o sobie myślimy, wyznacza to, co robimy, jak się zachowujemy, jak budujemy relacje z innymi ludźmi, a wszystkie te elementy mają związek z tożsamością człowieka.

Tab. 11. Wymiary tożsamości a częstość występowania objawów somatycznych, akceptacja choroby/niepełnosprawności i samoakceptacja (n = 425)

Akceptacja	Eksploracja wszerz	Eksploracja w głąb	Eksploracja ruminacyjna	Podejmowanie zobowiązania	Identyfikacja ze zobowiązaniem
Akceptacja własnej niepełnosprawności	**–0,13***	–0,03	**–0,28****	**0,21****	**0,18****
Samoakceptacja własnej osoby	0,03	0,10	**–0,16***	**0,19****	**0,26****

Źródło: na podstawie badań własnych.

* Istotne na poziomie 0,01. ** Istotne na poziomie 0,001.

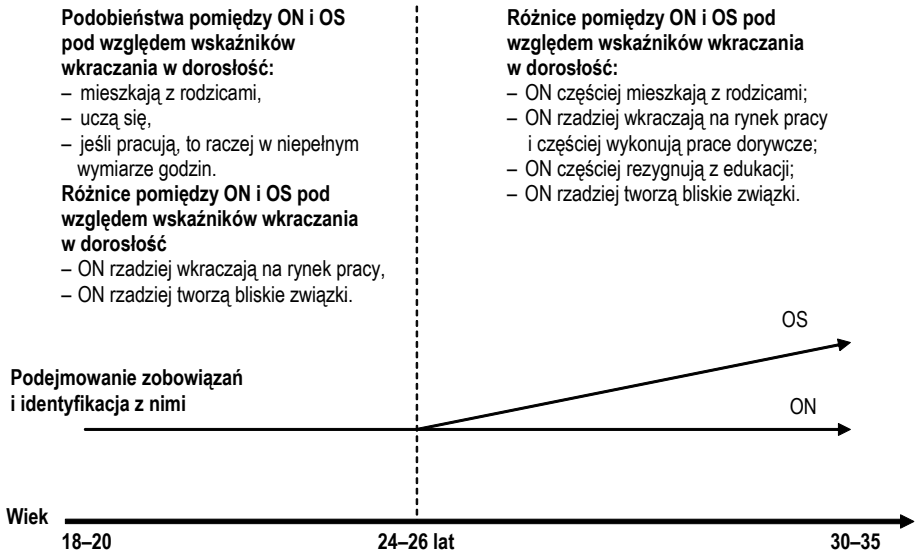
Samoakceptacja jest szczególnie ważna w przypadku sfery zobowiązań: im jest wyższa, tym łatwiej je podejmować, budując poczucie tożsamości. Mniej pojawia się wówczas trudności, a więcej satysfakcji i poczucia spełnienia. Powraca oczywiście pytanie o przyczyny i skutki: czy satysfakcjonujące budowanie własnej tożsamości sprzyja większej akceptacji siebie? Czy też jest tak, że osoby, które akceptują siebie, mogą formować swoją tożsamości bez dodatkowego obciążenia i dzięki temu osiągają na tym polu więcej sukcesów? Trudno to jednoznacznie rozstrzygnąć, ale warto zapamiętać, że ludzka psychika stanowi zespół naczyń połączonych: zmiana jednego elementu pociąga za sobą na ogół zmianę innych.

5.5. Podsumowanie

Formowanie się tożsamości to złożony i wielowymiarowy proces, który dokonuje się w trakcie całego życia człowieka. Na jego przebieg mają wpływ zarówno zasoby, które jednostka zgromadziła na wcześniejszych etapach życia, jak i aktualnie oddziałujące czynniki: relacje społeczne, aktywność życiowa, stan zdrowia, cechy osobowości (Côté, Levine, 1988).

Zaprezentowane powyżej wyniki badań prowadzą do wniosku, że formowanie się tożsamości przebiega inaczej u osób z ograniczeniami sprawności i osób sprawnych. Wskazują także na istnienie istotnego związku tego procesu z cechami niepełnosprawności: osoby w różnym stopniu dotknięte niepełnosprawnością w odmienny sposób pokonują drogę od dorastania do dorosłości oraz od niepewności i rozproszenia do poczucia tożsamości.

Ważnym, a jednocześnie trudnym momentem w tym procesie jest okres, w którym młodzi ludzie zaczynają w większym niż wcześniej zakresie podejmować role i zadania fazy dorosłości, czyli około 24.–26. roku życia. To wtedy zaczynają się zaznaczać różnice pomiędzy osobami sprawnymi a jednostkami z ograniczeniami sprawności, na niekorzyść tych drugich.



Ryc. 13. Wkraczanie w dorosłość w grupach ON i OS a podejmowanie zobowiązań i identyfikacja ze zobowiązaniami
Źródło: opracowanie własne.

W młodszym wieku (w okresie dorastania i w początkach wyłaniającej się dorosłości) nadal występuje wiele podobieństw pomiędzy badanymi grupami. Jest to czas, w którym młodzi ludzie eksperymentują z otaczającą rzeczywi-

stością i uczą się nowych ról. W okresie od 24. do 26. roku życia, kiedy większość młodych ludzi kończy etap formalnej edukacji i wkracza na rynek pracy oraz uzyskuje względną autonomię, osoby z ograniczeniami sprawności pozostają na utrzymaniu rodziców, a ich społeczna i zawodowa aktywność jest na podobnym poziomie, jak w poprzednich latach. Wtedy też podobieństwa pomiędzy obiema grupami ustępują miejsca coraz wyraźniejszym różnicom.

Wydaje się, że to właśnie zmiany, jakie dokonują się na początku wczesnej dorosłości, są najważniejszym punktem zwrotnym w rozwoju tożsamości młodych osób z ograniczeniami sprawności, a powodzenie (lub porażka) w podejmowanych wtedy działaniach może wyznaczać przebieg ich dalszego życia.

Tab. 12. Czynniki ryzyka w formowaniu się tożsamości osób z ograniczeniami sprawności

Wysoka eksploracja ruminacyjna	Niskie podejmowanie zobowiązań	Niska identyfikacja ze zobowiązaniami
	Wiek powyżej 24–26 lat	Wiek powyżej 24–26 lat
Poważne/całkowite ograniczenie zdolności wykonywania codziennych czynności		
Zły stan zdrowia	Zły stan zdrowia	Zły stan zdrowia
		Doświadczenie dużych zmian w wyniku nabycia niepełnosprawności
Niska akceptacja niepełnosprawności	Niska akceptacja niepełnosprawności	Niska akceptacja niepełnosprawności
Niska samoakceptacja	Niska samoakceptacja	Niska samoakceptacja

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 12 ukazano najważniejsze czynniki ryzyka związane z wymiarami formowania się tożsamości, których obecność może owocować wysoką eksploracją ruminacyjną oraz niskim podejmowaniem zobowiązań i identyfikacją z nimi. Ponieważ eksploracja wszerz oraz eksploracja w głąb okazały się stosunkowo słabo związane z charakterystykami niepełnosprawności, zdecydowano się na ich pominięcie w tym miejscu.

Na pierwszy plan wysuwają się dwa podstawowe czynniki: (1) stan zdrowia oraz (2) stosunek jednostki do samej siebie i do własnej niepełnosprawności. Wydaje się, że to właśnie one w największym stopniu utrudniają funkcjonowanie młodym niepełnosprawnym. Jednocześnie wskazują na obszary, na które w sposób szczególny należy zwrócić uwagę, chcąc oddziaływać na prawidłowe (w znaczeniu: podobne jak u innych) formowanie się tożsamości osób z ograniczeniami sprawności.

Rozdział 6

Wyniki badań: poczucie dorosłości

W rozdziale tym zostaną przedstawione wyniki naszych badań dotyczących poczucia dorosłości osób sprawnych i z ograniczoną sprawnością. Najpierw przyjrzymy się temu, jak poczucie dorosłości zmienia się wraz z wiekiem oraz które z zadań rozwojowych okresu dorosłości mają w tym największy udział. Następnie postaramy się odpowiedzieć na pytanie, czy osoby o różnych ograniczeniach sprawności różnią się poczuciem dorosłości i czy znajduje to przełożenie na jakość ich życia.

6.1. Poczucie dorosłości a wiek

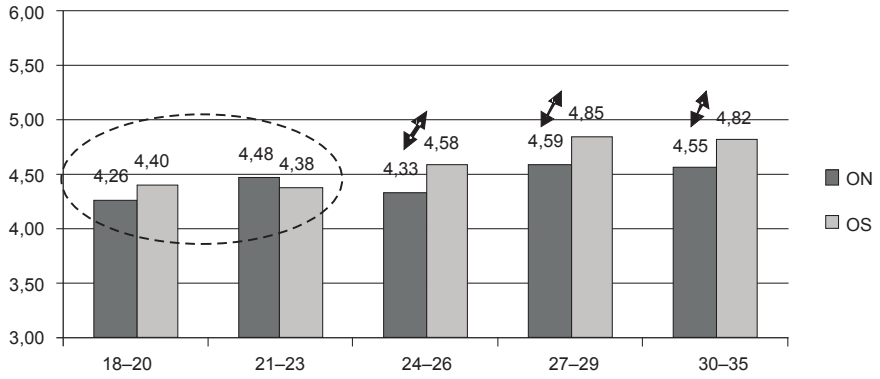
6.1.1. Poczucie samodzielności

Prowadząc badania, zdecydowaliśmy się potraktować poczucie samodzielności dość szeroko. Pod pojęciem tym kryje się stopień przekonania człowieka o tym, że jest w pełni odpowiedzialny za własne działania, potrafi się sam utrzymać i rozwiązywać własne problemy, samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące tego, w co się zaangażować, i na ogół robi to, co sam postanowi. Tak rozumiana samodzielność wiąże się więc z poczuciem niezależności i autonomii. Warto podkreślić, że chodziło nam właśnie o poczucie, czyli subiektywną ocenę jednostki i jej przekonanie o własnej samodzielności (to samo dotyczy pozostałych wymiarów dorosłości analizowanych w kolejnych rozdziałach).

Poczucie samodzielności jest różne w zależności od wieku. W obu grupach osób biorących udział w naszym badaniu stwierdzono, że poczucie samodzielności jest niższe wśród osób młodszych, a wyższe wśród starszych [ryc. 14; ON: $F (4,433) = 3,52$; $p < 0,01$; OS: $F (4,373) = 6,23$; $p < 0,001$]. Wystąpiły jednak pewne różnice między osobami sprawnymi i niepełnosprawnymi.

Wśród osób sprawnych można wyróżnić trzy podgrupy, które różnią się od siebie poczuciem samodzielności. Najniższe jest wśród osób w wieku od 18 do 23 lat, nieco wyższe w grupie 24–26 lat, najwyższe poczucie samodzielności mają natomiast osoby w wieku 27–35 lat. Można to przedstawić w następujący sposób: 18–23 lata < 24–26 lat < 27–35 lat. Pojawiły się więc trzy grupy osób sprawnych różniących się od siebie poczuciem samodzielności. U osób niepełnosprawnych natomiast układ wyników wskazuje na następujące zależności: niższym poczuciem samodzielności charakteryzują się osoby w wieku 18–26 lat, wyższym osoby w wieku 27–35 lat, czyli 18–26 lat < 27–35 lat.

W grupie osób niepełnosprawnych swego rodzaju przeskok na wyższy poziom poczucia samodzielności nastąpił po 26. roku życia, podczas gdy u osób sprawnych po 23., a następnie jeszcze po 26.



Ryc. 14. Poczucie samodzielności w grupie ON i OS

Źródło: na podstawie badań własnych.

Uwaga: poczucie samodzielności mierzono na skali 1–6.

Osoby sprawne w młodszym wieku nabierają przekonania, że coś się zmieniło, że są bardziej samodzielne, niż były jeszcze do niedawna. U osób niepełnosprawnych ta zmiana następuje około dwóch-trzech lat później. Powrócimy do tej kwestii po omówieniu drugiej z zaobserwowanych różnic.

Począwszy od grupy wiekowej 24–26 lat, czyli od końca okresu wyłaniającej się dorosłości, osoby sprawne mają wyższe poczucie własnej samodzielności niż osoby niepełnosprawne, podczas gdy do 23. roku życia takich różnic nie zaobserwowano. Osoby z ograniczeniami sprawności w wieku 24–35 lat w mniejszym stopniu niż osoby sprawne twierdzą, że same decydują o kształcie własnego życia i biorą odpowiedzialność za dokonywane wybory; jednym słowem, ich poczucie samodzielności w tym okresie jest znacząco niższe niż w przypadku osób sprawnych.

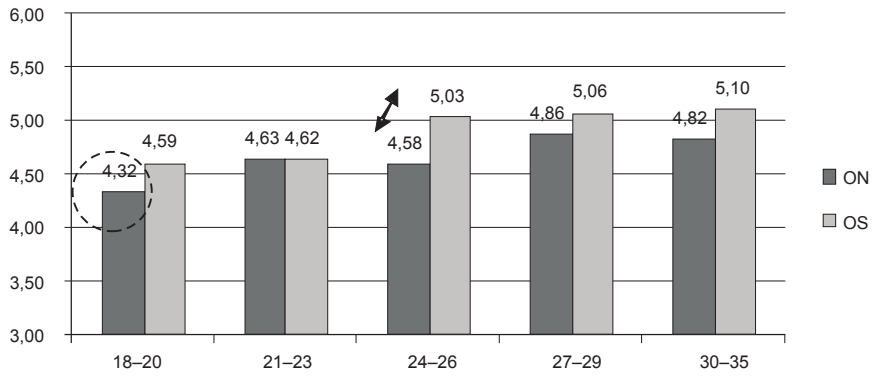
Te podobieństwa i różnice nakładają się na dane, które były przedstawiane w poprzednich rozdziałach. O ile w okresie dorastania i w początkach wyłaniającej się dorosłości obie grupy są do siebie podobne, o tyle około połowy trzeciej dekady życia osoby sprawne przechodzą na inny, wyższy poziom, podczas gdy osoby niepełnosprawne zostają nieco w tyle. Także wśród nich poczucie samodzielności zwiększa się w okresie wczesnej dorosłości, jednak wciąż pozostaje na poziomie niższym niż u sprawnych rówieśników.

6.1.2. Intymność i gotowość do zawarcia małżeństwa

Kolejne wymiary poczucia dorosłości, które uznaliśmy za istotne, są związane z oceną własnej osoby pod względem gotowości do tworzenia bliskich związków (tzw. związków intymnych). Jest to obszar funkcjonowania człowieka dorosłego, który od dawna uważany jest za kluczowy dla rozwoju w okresie (zwłaszcza) wczesnej dorosłości (Erikson, 1968). Wyróżniliśmy dwa wskaźniki związane z rozwojem tej sfery poczucia dorosłości. Pierwszy z nich, nazwany przez nas intymnością (ryc. 15), odnosi się do wyrażanej gotowości do związania się z jednym partnerem, emocjonalnego zaangażowania się w związek, podjęcia długotrwałego zobowiązania wobec partnera. Jest to więc wskaźnik niespecyficzny, dotyczący wszystkich kategorii związków partnerskich. Zdecydowaliśmy się także na analizę gotowości do zawarcia związku małżeńskiego (ryc. 16), czyli wejścia na kolejny, dojrzalszy poziom relacji intymnych.

Zacznijmy od wymiaru intymności. Podobnie jak w przypadku poczucia samodzielności, wystąpiły tu zarówno różnice pomiędzy osobami w różnym wieku [ON: $F(4,432) = 3,80$; $p < 0,01$; OS: $F(4,373) = 3,68$; $p < 0,01$], jak i pomiędzy osobami sprawnymi i niepełnosprawnymi (choć w tym drugim przypadku są one raczej słabe).

Wśród osób z ograniczeniami sprawności jedyną grupą istotnie różną od pozostałych są osoby w wieku 18–20 lat, które uzyskały niższe wyniki. W pozostałych grupach wiekowych nie wystąpiły istotne różnice. W przypadku osób sprawnych wyodrębnić można dwie podgrupy: 18–23 (niższe wyniki) oraz 24–35 lat (wyższe wyniki). Jedyna zaobserwowana różnica pomiędzy osobami sprawnymi i niepełnosprawnymi wystąpiła w wieku 24–26 lat, w której to grupie wyższy wynik uzyskały osoby sprawne.



Ryc. 15. Intymność w grupie ON i OS

Źródło: na podstawie badań własnych.

Uwaga: poczucie samodzielności mierzono na skali 1–6.

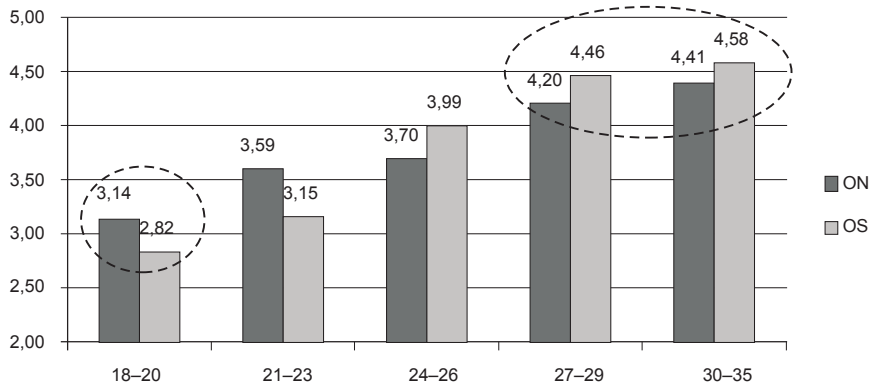
Wśród osób niepełnosprawnych wyższe poczucie gotowości do tworzenia bliskich związków pojawia się zaraz po wejściu w fazę wyłaniającej się dorosłości. W tym okresie osoby sprawne nadal odczuwają tą gotowość na poziomie podobnym jak osoby młodsze. W ich przypadku zmianę obserwuje się dopiero pod koniec wyłaniającej się dorosłości i jest ona na tyle znacząca, że wymiar intymności wśród osób sprawnych zaczyna być wyraźnie wyższy niż w grupie ich niepełnosprawnych rówieśników. Różnica ta utrzymuje się także w okresie wczesnej dorosłości, ale jest wtedy bardzo nieduża i statystycznie nieistotna.

Najciekawszym wynikiem wydają się różnice dotyczące momentu przejścia z niższego do wyższego poziomu intymności w obu grupach. W przypadku poczucia samodzielności w grupie osób sprawnych wzrost wyników nastąpił w młodszej grupie wiekowej (24–26 lat w grupie OS *versus* 27–29 lat w grupie ON). Tutaj sytuacja jest odmienna. Aby uzyskać szerszy obraz tej sytuacji, przejdźmy do kolejnego wymiaru poczucia dorosłości.

W obu grupach gotowość do zawarcia związku małżeńskiego przyjmuje coraz wyższe wartości, począwszy od okresu dorastania aż do wczesnej dorosłości [ON: $F (4,428) = 12,00$; $p < 0,001$; OS: $F (4,372) = 14,16$; $p < 0,001$]. W żadnej z grup wiekowych nie zaobserwowano istotnych różnic pomiędzy osobami sprawnymi i niepełnosprawnymi, jednak na uwagę zasługuje analiza różnic wewnątrz tych grup.

Najniższa gotowość do zawarcia małżeństwa występuje w okresie dorastania. U osób sprawnych podobny jej poziom utrzymuje się w także w początkach wyłaniającej dorosłości (21–23 lata). Następnie obserwuje się zwiększenie wyników pod koniec tej fazy życia (24–26 lat) i po raz kolejny we wczesnej dorosłości. W grupie osób niepełnosprawnych wyższe wyniki pojawiają się już na początku wyłaniającej się dorosłości i ponownie zwiększają się w okresie wczesnej dorosłości. Mamy więc do czynienia z następującą sytuacją: OS: 18–20 i 21–23 < 24–26 < 27–35; ON: 18–20 < 21–23 i 24–26 < 27–29. Jest to sytuacja podobna jak w poprzednim przypadku.

Można z tego wyciągnąć wniosek, że u osób niepełnosprawnych w młodszym wieku następuje przejście od niższego poczucia intymności i gotowości do zawarcia małżeństwa charakterystycznego dla okresu dorastania do wyższego jego natężenia (około 21.–23. roku życia). Wśród osób sprawnych następuje to nieco później (około 24.–26. roku życia). Uwzględniając fakt, że w okresie dorastania i wyłaniającej się dorosłości ponad 80% badanych osób niepełnosprawnych deklarowało, że nie posiada partnera, trudno przypisać to posiadanym doświadczeniom. Być może jest to więc efekt deprywacji? Jak pamiętamy, brak partnera jest tym czynnikiem, który szczególnie wyraźnie odróżnia osoby niepełnosprawne od sprawnych w każdym z analizowanych tu okresów życia. Jednocześnie pełna dojrzałość seksualna osób w tym wieku i dość powszechne występowanie wolnych związków wśród sprawnych rówieśników mogą powodować, że wyrażana gotowość jest motywowana silną potrzebą posiadania partnera.



Ryc. 16. Gotowość do zawarcia małżeństwa w grupie ON i OS
Źródło: na podstawie badań własnych.
Uwaga: poczucie samodzielności mierzono na skali 1–6.

Może się to także wiązać z częstszym niż wśród osób sprawnych podejmowaniem zobowiązań przez osoby niepełnosprawne na początku wyłaniającej się dorosłości (por. rozdz. 5.1.1.). Silniejsze przekonanie jednostki o tym, że zaangażowała się już w ważne dla niej obszary, poprzedzone okresem eksploracji, może po prostu oznaczać, że tuż po zakończeniu okresu dorastania osoby z ograniczoną sprawnością są po prostu bardziej dojrzałe. Lepiej wiedzą, czego chcą, mają jaśniejszą wizję własnej przyszłości, a także wyżej oceniają swoją gotowość do stworzenia związku. Taka interpretacja wydaje się właściwa także w kontekście wyników przedstawionych w kolejnym rozdziale.

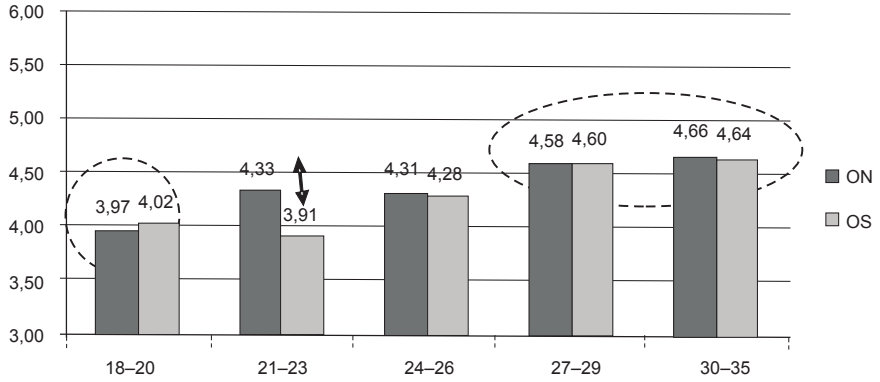
6.1.3. Subiektywne poczucie dorosłości

Nabycie subiektywnego przekonania o byciu dorosłą osobą stanowi ważny element rozwoju człowieka. Jak wykazano w kilku badaniach (m. in. Côté, 1997; Luyckx i in., 2008), jest to ważny zasób, będący wynikiem i jednocześnie wskaźnikiem satysfakcjonującego wkraczania w dorosłość. Zwiększa się na przykład w momencie zakończenia edukacji, gdy uda się młodemu człowiekowi znaleźć zatrudnienie. Według jednego z badaczy tej problematyki, Jamesa Côté (1997), na poczucie dorosłości składają się: (1) określanie własnej osoby jako dorosłej; (2) przekonanie, że inne osoby postrzegają jednostkę jako osobę dorosłą; (3) przekonanie o swojej pełnej dojrzałości. Ten właśnie sposób rozumienia tego pojęcia przyjęliśmy także w naszych badaniach (Brzezińska, Piotrowski, 2010a; Piotrowski, 2009c).

Subiektywne poczucie dorosłości przyjmuje wyraźnie wyższe natężenie w kolejnych grupach wiekowych [ryc. 17.; ON: $F(4,431) = 8,65$; $p < 0,001$; OS: $F(4,373) = 6,23$; $p < 0,001$] i w znaczącej liczbie przypadków nie występują w tym zakresie różnice pomiędzy osobami sprawnymi i niepełnospraw-

nymi. Różnica ta pojawia się jednak w wieku 21–23 lat, a więc podobnie jak w przypadku podejmowania zobowiązań (por. rozdz. 5.1.1.).

Jednocześnie różnice wewnątrz grup są identyczne z omówionymi w poprzednim rozdziale. U osób sprawnych subiektywne poczucie dorosłości jest podobne w okresie dorastania i na początku wyłaniającej się dorosłości (18–23 lata), wyższe w wieku 24–26 lat i najwyższe we wczesnej dorosłości (27–29 lat): 18–23 < 24–26 < 27–35. W drugiej grupie natomiast wyniki układają się w sposób następujący: 18–20 < 21–26 < 27–35.



Ryc. 17. Poczucie dorosłości w grupie ON i OS

Źródło: na podstawie badań własnych.

Uwaga: poczucie dorosłości mierzono na skali 1–6.

Na początku wyłaniającej się dorosłości subiektywne poczucie dorosłości osób niepełnosprawnych jest więc (1) wyższe niż w okresie dorastania oraz (2) wyższe niż u osób sprawnych.

W okresie 18–20 lat i 21–23 lata, a więc w fazie przejściowej pomiędzy okresem dorastania i wyłaniającej się dorosłości, w grupie osób sprawnych wyraźniej występują obawy dotyczące przyszłości oraz realizacji własnych planów. Jednocześnie w mniejszym zakresie niż osoby niepełnosprawne mają one przekonanie, że wiedzą, co chcą osiągnąć i czemu się poświęcić. Może to świadczyć o silniejszym doświadczaniu kryzysu tożsamości przez osoby sprawne pod koniec adolescencji i u progu dorosłości. Osoby niepełnosprawne w tym okresie wydawać się mogą na pierwszy rzut oka lepiej przystosowane i „bardziej dorosłe" – mniej jest w nich lęku, a więcej pewności co do kierunku własnego życia. W tej sytuacji niezbędne jest jednak zadanie sobie pytania o konsekwencje takiego stanu rzeczy oraz o to, czym w dzisiejszych czasach jest kryzys tożsamości i jaka jest jego rola. Jeżeli uznamy, za Erikiem H. Eriksonem (1997), że w okresie dorastania jednostka dąży do określenia własnej osoby ma wymiarze tożsamość *versus* pomieszanie ról, to należałoby stwierdzić, że osoby niepełnosprawne w wieku około 20 lat albo kryzys toż-

samości mają już za sobą, albo nie doświadczają go w takim zakresie, jak osoby sprawne. Czują się bardziej gotowe do rozpoczęcia dorosłego życia. Być może jest to efekt zmagania się z ograniczeniem sprawności? Zabiegi medyczne, rehabilitacja, konieczność przekraczania własnych ograniczeń mogą prowadzić do większej dojrzałości, gdyż życie z niepełnosprawnością wymaga odpowiedzialności. Wygląda jednak na to, że sytuacja ta występuje jedynie do czasu, gdy w życiu osób niepełnosprawnych pojawia się konieczność skończenia edukacji czy podjęcia pracy.

Przyjrzyjmy się zatem, jaki związek z wymiarami poczucia dorosłości mają różne zadania rozwojowe i jak sytuacja ta wygląda wśród osób w różnym wieku.

6.2. Poczucie dorosłości a zadania rozwojowe

Poczucie dorosłości w odniesieniu do czterech analizowanych przez nas wymiarów różni się w zależności od wieku. Ogólnie rzecz biorąc, można stwierdzić, że im człowiek jest starszy, tym wyższe jest jego poczucie dorosłości. Pytania, jakie należy jednak postawić, są następujące: Z czym się to wiąże? Podjęcie których zadań rozwojowych jest w tym zakresie szczególnie ważne?

W badaniach wykazywano na przykład, że podjęcie aktywności zawodowej wpływa na wzrost subiektywnego poczucia dorosłości (Lucykx, Schwartz, Goossens, Pollock, 2008). Badaniami tymi nie objęto jednak osób z ograniczeniem sprawności. Z innych naszych analiz wynika, że ten związek może przyjmować inną formę wśród osób z ograniczeniami sprawności. Okazuje się bowiem, że poczucie samodzielności faktycznie jest wyższe w grupie osób pracujących niż w grupie studentów, ale jedynie wśród osób sprawnych (Piotrowski, 2010). Tak więc różne role społeczne podejmowane przez młodych ludzi nie tylko mogą wiązać się z odmiennymi wymiarami poczucia dorosłości, lecz także związek ten może zależeć od stopnia sprawności. Przyjrzyjmy się więc, jak sytuacja ta przedstawiała się wśród uczestników badań[1].

(1) Wśród osób z ograniczeniem sprawności w okresie dorastania i początkach wyłaniającej się dorosłości (18–23 lata) poczucie samodzielności i subiektywne poczucie dorosłości było dodatnio związane z kontynuowaniem edukacji. Dodatkowo w grupie osób między 21. a 23. rokiem życia aktywność edukacyjna wiązała się także z wyższymi wynikami na skalach intymności i gotowości do zawarcia małżeństwa. Zależność taka nie wystąpiła w grupie osób sprawnych.

[1] Prezentowane wyniki zostały uzyskane przy zastosowaniu analizy regresji, por. przyp. 5, s. 56.

Dodatni związek pomiędzy aktywnością edukacyjną i położeniem na wymiarach poczucia dorosłości może wskazywać na swego rodzaju niebezpieczeństwo czy może trudności, jakie mogą się wiązać z zakończeniem edukacji przez osoby niepełnosprawne w tym wieku. To właśnie kształcenie się sprzyja w okresie dorastania i wyłaniającej się dorosłości budowaniu obrazu siebie jako osoby niezależnej i samodzielnie decydującej o kształcie swojego życia. Zakończenie edukacji wiąże się natomiast, nieco paradoksalnie, z niższą samodzielnością. W momencie zakończenia formalnego kształcenia nie pojawia się przed osobami niepełnosprawnymi alternatywa w postaci wejścia na rynek pracy, a tym samym zmniejszeniu może ulegać poczucie dorosłości młodych ludzi z niepełnosprawnościami.

(2) Posiadanie partnera wiąże się z wyższymi wynikami na wszystkich wymiarach poczucia dorosłości w okresie dorastania i w początkach wyłaniającej się dorosłości (18–23 lata). Jest to zależność, która ujawniła się zarówno u osób sprawnych, jak i niepełnosprawnych.

(3) Tylko w przypadku osób sprawnych w wieku 18–26 lata zaobserwowano dodatni związek pomiędzy aktywnością zawodową a wynikami uzyskanymi na skalach poczucia samodzielności i subiektywnego poczucia dorosłości.

W okresie dorastania i na początku wyłaniającej się dorosłości poczucie samodzielności i subiektywne poczucie dorosłości u osób sprawnych i niepełnosprawnych wiążą się z różnymi czynnikami. Osoby sprawne w tym wieku uważają za szczególnie ważne posiadanie lub nieposiadanie pracy i z tym wiążą obraz siebie na wymiarze dziecko – dorosły. U osób niepełnosprawnych kwestią znacznie ważniejszą jest to, czy się uczą. W tej grupie to edukacja stanowi silniejszy wyznacznik poczucia dorosłości. U osób niepełnosprawnych kwestią znacznie ważniejszą jest to, czy się uczą. W tej grupie to edukacja stanowi silniejszy wyznacznik poczucia dorosłości.

(4) Także pod koniec wyłaniającej się i na początku wczesnej dorosłości (24–29 lat) poczucie dorosłości osób niepełnosprawnych nie wiąże się silnie z aktywnością zawodową. Jest ono natomiast wyższe w sytuacji opuszczenia domu rodzinnego i posiadania partnera. Te same zależności występują w okresie wczesnej dorosłości u osób sprawnych.

Bliski związek jest ważnym kryterium poczucia dorosłości młodych ludzi, począwszy od okresu dorastania aż do wczesnej dorosłości. Dodatkowo pod koniec wyłaniającej się dorosłości dużego znaczenia nabiera kwestia opuszczenia domu rodzinnego i rozpoczęcia samodzielnego życia. W grupie osób niepełnosprawnych aktywność zawodowa okazała się istotna dopiero w grupie wiekowej 30–35 lat. Młodsze osoby niepełnosprawne wiązały swoje poczucie dorosłości z zupełnie innymi zadaniami rozwojowymi.

Nie oznacza to jednak, że aktywność zawodowa wśród młodszych osób w ogóle się z poczuciem dorosłości nie wiąże.

Tab. 13. Poczucie dorosłości a czas pozostawania bez pracy i sytuacja materialna gospodarstwa domowego (ON n = 377; OS n = 349)

Bezrobocie i sytuacja materialna	Poczucie samodzielności	Intymność	Gotowość do zawarcia małżeństwa	Subiektywne poczucie dorosłości
Czas pozostawania bez pracy w trakcie ostatnich 36 miesięcy	–0,20** –0,34***	–0,13* –0,03	–0,22** –0,17**	–0,17** –0,22***
Dochody gospodarstwa domowego	0,13** 0,08	0,02 –0,06	–0,02 –0,01	0,05 0,03

Źródło: na podstawie badań własnych.

* Istotne na poziomie 0,05. ** Istotne na poziomie 0,01.

Uwaga: **w** górnym wierszu podano korelacje w grupie ON, w dolnym w grupie OS.

W obu grupach zaobserwowano bowiem związek wszystkich analizowanych tu wymiarów poczucia dorosłości z długością okresu pozostawania bez pracy (tab. 13). Jednocześnie praktycznie nieistotne są w tym kontekście uzyskiwane dochody, znaczenie ma sam fakt wykonywania pracy.

Im dłużej badani pozostają (lub pozostawali) bez pracy w trakcie ostatnich trzech lat, tym niższe jest ich poczucie samodzielności oraz poczucie dorosłości. W przypadku pierwszej z tych zmiennych brak zatrudnienia może oznaczać przymusową zależność od innych (rodziców, męża, żony itp.), stąd też niższe wyniki. Ponieważ aktywność zawodowa niejako z definicji charakteryzuje osoby dorosłe, niższe natężenie subiektywnego poczucia dorosłości u osób przez długi czas pozostających bez pracy nie powinno dziwić.

Długość trwania okresu/okresów bezrobocia ujemnie wiąże się także z wyrażaną gotowością do zawarcia związku małżeńskiego oraz (słabiej) z ogólną gotowością do tworzenia związków intymnych w grupie osób niepełnosprawnych. Kłopoty z uzyskaniem stałego zatrudnienia mogą więc oddziaływać także na tę sferę.

6.3. Poczucie dorosłości a charakterystyka niepełnosprawności

Większość charakterystyk związanych z ograniczeniem sprawności nie wiązała się z wymiarami poczucia dorosłości. Znamienne, że istotne zależności zaobserwowano w odniesieniu do tych samych kategorii co w przypadku tożsamości (por. rozdz. 5.3.).

Lepsza samoocena stanu zdrowia (tab. 14) wiązała się z silniejszym przekonaniem o własnej dorosłości i samodzielności.

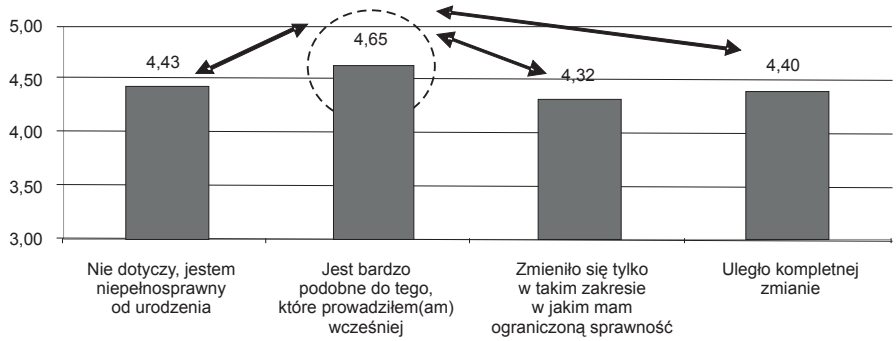
Tab. 14. Samoocena zdrowia a poczucie dorosłości w grupie ON

Samoocena zdrowia	Poczucie samodzielności	Intymność	Gotowość do zawarcia małżeństwa	Subiektywne poczucie dorosłości
Czy jest Pan/Pani w gorszej formie niż inni ludzie w Pana/Pani wieku?	p < 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p < 0,05
Tak	M = 4,38 sd = 0,69	M = 4,70 sd = 1,02	M = 3,90 sd = 1,45	M = 4,29 sd = 0,96
Nie	**M = 4,52** sd = 0,70	M = 4,58 sd = 1,15	M = 3,74 sd = 1,58	**M = 4,49** sd = 0,87

Źródło: na podstawie badań własnych.

Uwaga: pogrubioną czcionką zaznaczono średnie, pomiędzy którymi wystąpiła różnica istotna statystycznie.

Poczucie samodzielności jest także najwyższe w grupie osób, które nie doświadczyły dużych konsekwencji nabycia niepełnosprawności (ryc. 18; F (3,434) = 2,62; p = 0,05).



Ryc. 18. Poczucie samodzielności a konsekwencje nabycia niepełnosprawności

Źródło: na podstawie badań własnych.

Uwaga: poczucie samodzielności mierzono na skali 1–6.

Zarówno ci spośród badanych, którzy są niepełnosprawni od urodzenia, jak i osoby doświadczające niewielkich bądź znacznych zmian charakteryzują się niższym poczuciem samodzielności. Na marginesie warto wspomnieć, że według analiz zamieszczonych w innym miejscu (Piotrowski, 2009) stan zdrowia jednostek, które w najmniejszym zakresie doświadczyły konsekwencji nabycia niepełnosprawności, jest nieco lepszy niż pozostałych osób. Skłania to do sformułowania wniosku, że uzyskany tu wynik stanowi odzwierciedlenie występujących kłopotów zdrowotnych, a także przebiegu procesu adaptacji do ograniczeń sprawności.

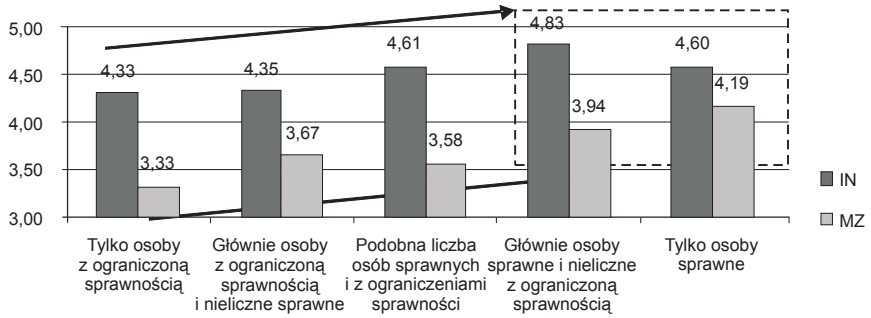
To właśnie na przekonanie młodego człowieka o tym, że sam sobie radzi i jest niezależny, najsilniej wpływa stan jego zdrowia. Im jest on gorszy, tym niższe jest poczucie własnej samodzielności. Nie jest to wynik, który powinien dziwić. Jednak jego znaczenie rośnie, gdy zaczynamy brać pod uwagę, że ta grupa jest także najbardziej zagrożona doświadczaniem problemów z kształtowaniem tożsamości.

Kwestie dotyczące kondycji zdrowotnej nie wiążą się natomiast z wymiarami określającymi gotowość jednostki do tworzenia bliskich związków.

Nieco światła może rzucić na tę kwestię kolejny z uzyskanych wyników. Okazuje się bowiem, że o ile samodzielność i subiektywne poczucie dorosłości różnicują osoby mniej lub bardziej ograniczone fizycznie, o tyle intymność i gotowość do zawarcia małżeństwa odzwierciedlają raczej społeczne funkcjonowanie osób niepełnosprawnych.

Wyższa gotowość do wchodzenia w bliskie relacje partnerskie wiąże się z tym, jaki jest charakter tworzonych przez osoby niepełnosprawne sieci społecznych. Zarówno intymność [$F(4,443) = 2,43$; $p < 0,05$], jak i gotowość do zawarcia małżeństwa [$F(4,439) = 2,98$; $p < 0,05$] są bowiem związane z liczbą osób niepełnosprawnych, które są bliskimi znajomymi uczestników badań.

Im większa jest liczba osób sprawnych w otoczeniu, tym wyższa gotowość do budowania relacji intymnych (ryc. 19).



Ryc. 19. Intymność (IN) i gotowość do zawarcia małżeństwa (MZ) a osoby znajome

Źródło: na podstawie badań własnych.

Uwaga: intymność i gotowość do zawarcia związku małżeńskiego mierzono na skali 1–6.

Zarówno skala intymności, jak i gotowości do wejścia w związek małżeński odnoszą się do specyficznych kategorii związków międzyludzkich, jednak uzyskane wyniki sugerują, że nie są one aż tak odległe od innych rodzajów relacji społecznych. Osoby niepełnosprawne, które zamykają się w gronie innych osób z ograniczoną sprawnością, tworząc sobie swoiste getto niepełnosprawności, mogą mieć mniej okazji do rozwijania umiejętności społecznych, co zwrotnie może utrudniać otwieranie się na innego rodzaju kontakty. Pojawia się tu istotna kwestia homo- i heterogeniczności najbliższego środo-

wiska oraz zdobywanych w tym środowisku doświadczeń (Brzezińska, 2007). Zwiększanie różnorodności dzięki szkoleniom w grupach mieszanych (sprawni i niepełnosprawni), „zwykłym" szkołom zamiast specjalnym, angażowanie się w życie grup, do których należą także osoby sprawne, może w pewnym zakresie przeciwdziałać jednorodności doświadczeń społecznych i zmniejszać ryzyko zaburzeń.

6.4. Poczucie dorosłości a jakość życia

Podobnie jak w przypadku wymiarów tożsamości, także wysokiemu poczuciu dorosłości sprzyja akceptacja niepełnosprawności oraz samego siebie (tab. 15). Szczególnie wyraźnie wiąże się to poczuciem samodzielności osób niepełnosprawnych i z subiektywnym poczuciem dorosłości.

Akceptacja własnych ograniczeń sprawności wiąże się także pozytywnie z oceną gotowości do tworzenia bliskich związków oraz zawarcia małżeństwa, a więc z oceną na wymiarze społecznego funkcjonowania jednostki. W przypadku tych wymiarów poczucia dorosłości nie zaobserwowano istotnego związku z żadną z pozostałych zmiennych będących wskaźnikami jakości życia, co wskazuje na szczególną rolę akceptacji niepełnosprawności. Odnosi się to także do ogólnej oceny swojego życia.

Tab. 15. Poczucie dorosłości a jakość życia osób z ograniczeniami sprawności (n = 424)

Jakość życia	Poczucie samodzielności	Intymność	Gotowość do zawarcia małżeństwa	Subiektywne poczucie dorosłości
Akceptacja własnej choroby/ niepełnosprawności	0,22***	0,14**	0,14**	0,15**
Samoakceptacja	0,17***	0,01	0,03	0,11*
Ocena całego dotychczasowego życia	0,21***	0,07	0,08	0,16**

Źródło: na podstawie badań własnych.

* Istotne na poziomie 0,05. ** Istotne na poziomie 0,01. *** Istotne na poziomie 0,001.

Analiza współczynników korelacji zamieszczonych w tabeli dość jasno pokazuje, że w przypadku każdego ze wskaźników jakości życia najsilniejsze związki występują ze skalą poczucia samodzielności. Jest to właśnie ten wymiar poczucia dorosłości, w przypadku którego pomiędzy osobami sprawnymi i niepełnosprawnymi występują istotne i systematyczne różnice w okresie wyłaniającej się i wczesnej dorosłości. Poczucie samodzielności wiąże się z aktywnością edukacyjną, posiadaniem partnera, stanem zdrowia, adaptacją do ograniczeń sprawności. W tym miejscu widać także, że poczucie samodzielności współwystępuje z tym, jak młodzi ludzie odnoszą się do swoich

ograniczeń: czy traktują je jako znaczny problem, wstydzą się ich, uważają za przeszkodę, czy też traktują jako jedną z wielu swoich cech – ani mniej istotną, ani ważniejszą od pozostałych.

6.5. Podsumowanie

Analizowane w tym rozdziale wymiary poczucia dorosłości określają obraz własnej osoby posiadany przez osoby sprawne i niepełnosprawne. Obejmowały takie składniki obrazu siebie, jak bycie niezależnym, odpowiedzialnym, dorosłym, gotowym do podjęcia wyzwań dorosłości. Według Olesia (2008) koncepcja siebie sprowadza się do odpowiedzi na pytanie: „Jaki/Jaka jestem?". Czy jestem niezależny od rodziców, czy nie? Czy inni uważają mnie za osobę dorosłą, czy nie? Czy ja sam uważam, że jestem dorosły?

Ryc. 20. Czynniki związane z poczuciem dorosłości osób niepełnosprawnych
Źródło: opracowanie własne.

Odpowiedzi na te pytania, podobnie jak te dotyczące tożsamości („Kim jestem?", „Czego chcę?") nie są nam dane raz na zawsze, ale zmieniają się wraz z naszym osobistym rozwojem oraz zmianami dokonującymi się zarówno w nas samych, jak i w naszym otoczeniu.

W tabeli 16 przedstawiono najważniejsze czynniki związane z niskimi wynikami na wymiarach poczucia dorosłości w grupie osób z ograniczeniami sprawności. Określenie okresu pomiędzy 24. a 26. rokiem życia jako czynnika ryzyka dla nabywania poczucia dorosłości odnosi się oczywiście nie do wieku metrykalnego, lecz do zmian, jakie się wtedy dokonują w zakresie spo-

łecznego funkcjonowania jednostki w takich obszarach, jak edukacja, aktywność zawodowa i bliskie związki.

Analiza wyników dotyczących poczucia dorosłości osób niepełnosprawnych potwierdza sugerowaną wcześniej tezę, że okres pomiędzy 24. a 26. rokiem życia stanowi punkt przełomowy na ich drodze ku dorosłości; wtedy pojawiają się wyraźniejsze różnice pomiędzy grupami osób badanych, zwłaszcza na wymiarze poczucia samodzielności.

Tab. 16. Czynniki związane z niskim poczuciem dorosłości osób z ograniczeniami sprawności

Niskie poczucie samodzielności	Niska intymność	Niska gotowość do zawarcia związku małżeńskiego	Niskie subiektywne poczucie dorosłości
Wiek powyżej 24–26 lat			
	Przeważająca liczba osób niepełnosprawnych wśród najbliższych znajomych	Przeważająca liczba osób niepełnosprawnych wśród najbliższych znajomych	
Niska akceptacja własnej niepełnosprawności	Niska akceptacja własnej niepełnosprawności	Niska akceptacja własnej niepełnosprawności	Niska akceptacja własnej niepełnosprawności
Niska akceptacja własnej osoby			Niska akceptacja własnej osoby
Zakończenie edukacji			Zakończenie edukacji
Przedłużające się zamieszkiwanie z rodzicami (powyżej 27. roku życia)	Przedłużające się zamieszkiwanie z rodzicami (powyżej 27. roku życia)	Przedłużające się zamieszkiwanie z rodzicami (powyżej 27. roku życia)	Przedłużające się zamieszkiwanie z rodzicami (powyżej 27. roku życia)
Brak partnera	Brak partnera	Brak partnera	Brak partnera

Źródło: opracowanie własne.

Osoby sprawne należące do tej grupy wiekowej w większym zakresie niż osoby niepełnosprawne podejmują działania służące uzyskaniu autonomii w stosunku do rodziny pochodzenia i umożliwiające wzięcie odpowiedzialności za własne działania (opuszczenie domu rodzinnego, podjęcie stałej pracy zawodowej, związanie się z partnerem/partnerką). Przeszkody, na jakie natrafiają osoby niepełnosprawne (np. stan zdrowia, trudności ze znalezieniem zatrudnienia) wiążą się z niższym poczuciem samodzielności, co zwrotnie może wpływać na ich późniejszą aktywność społeczną oraz odczuwaną jakość życia.

Podczas gdy sprawni rówieśnicy po ukończeniu edukacji znajdują pracę, wyprowadzają się z domu rodzinnego, zakładają rodziny, duża grupa osób niepełnosprawnych konfrontuje się z sytuacją, w której przez długi czas nie może

znaleźć stałego zatrudnienia i napotyka trudności z usamodzielnianiem się, co wiąże się z szeregiem innych problemów, zarówno w obszarze rozwoju psychicznego, jak i społecznego.

Wynika z tego, że sama niepełnosprawność nie jest kryterium istotnym (a w każdym razie nie najważniejszym). Jak pamiętamy, w okresie dorastania oraz na początku wyłaniającej się dorosłości pomiędzy osobami sprawnymi i niepełnosprawnymi występuje bardzo mało różnic; co więcej, część danych wskazuje wręcz na większą dojrzałość niepełnosprawnych w tym okresie. Dopiero gdy nadchodzi czas opuszczenia stabilnego i bezpiecznego środowiska tworzonego przeważnie przez rodzinę i szkołę, w życiu jednostek dotkniętych niepełnosprawnością dochodzi do swego rodzaju kryzysu. Wcześniej osoby te sądziły, że są samodzielne, samowystarczalne, wiedzą, czego chcą i w jaki sposób mogą to zdobyć. Ale w konfrontacji z dorosłym życiem okazuje się, że nie jest to takie proste.

Rozdział 7

Wyniki badań: tożsamość a poczucie dorosłości

Dotychczas zaprezentowane wyniki badań należy uzupełnić o jeszcze jeden aspekt – związki pomiędzy dwiema sferami będącymi przedmiotem analizy: obrazem siebie jako dorosłej jednostki oraz tożsamością (tab. 17).

Podobnie jak w innych badaniach (Luyckx i in., 2008a; Brzezińska, Piotrowski, 2010b) prowadzonych z wykorzystaniem Skali Wymiarów Rozwoju Tożsamości (DIDS), zaobserwowano (w obu grupach): (1) dodatni związek pomiędzy wszystkimi wymiarami eksploracji, (2) dodatni związek pomiędzy wymiarami podejmowania i identyfikacji z zobowiązaniem, (3) dodatni związek pomiędzy eksploracją wszerz i w głąb a wymiarami zobowiązania oraz (3) ujemną korelację pomiędzy eksploracją ruminacyjną i wymiarami zobowiązania. Tak więc w obu grupach występują zależności opisane w modelu podwójnego cyklu formowania się tożsamości. Potwierdza się więc adaptacyjny charakter eksploracji otoczenia i zdobywania różnorodnych doświadczeń (eksploracja wszerz) oraz refleksyjnego podejścia do podjętych zobowiązań (eksploracja w głąb). Trudności z kształtowaniem własnej tożsamości (eksploracja ruminacyjna) znajdują natomiast swoje odbicie w sferze zobowiązań – jest ich mniej oraz słabsza jest identyfikacja z nimi.

Jednocześnie wszystkie wymiary poczucia dorosłości są ze sobą związane pozytywnie (dodatnio), co może wskazywać na ich wzajemne wzmacnianie się w toku rozwoju. Współczynniki korelacji wymiarów dorosłości mają w obu grupach zbliżone wartości. Jedynie w przypadku związku poczucia samodzielności oraz wymiarów intymności i gotowości do zawarcia związku małżeńskiego korelacje w grupie osób niepełnosprawnych są niemal dwukrotnie wyższe niż w grupie osób sprawnych. Tak więc te dwie sfery: samodzielność i budowanie związków intymnych, są wśród osób niepełnosprawnych silniej ze sobą związane. Osoby niepełnosprawne, które sądzą, że nie decydują samodzielnie o kształcie własnego życia, w zakresie większym niż osoby sprawne uważają, że nie są również gotowe na pełne związanie się z partnerem.

W przypadku powiązań wymiarów tożsamości z wymiarami poczucia dorosłości ujawniła się także różnica pomiędzy grupami w zakresie związku eksploracji wszerz i w głąb a gotowością do zawarcia małżeństwa. Osoby sprawne w tym większym stopniu uważają, że są gotowe rozpocząć ten etap swojego życia (zawrzeć związek małżeński), im bardziej czują, że zakończyły etap poszukiwań, a dominującą rolę zaczynają odgrywać podjęte zobowiązania. Dla osób z ograniczeniami sprawności są to kwestie niepowiązane ze sobą, co

może wspierać tezę, iż osoby z obu porównywanych grup przypisują związkowi małżeńskiemu odmienną rolę.

Tab. 17. Wymiary tożsamości i poczucie dorosłości – związki pomiędzy zmiennymi w grupach ON (n = 442) i OS (n = 376)

	EG	ER	PZ	IZ	SD	IN	MZ	PD
EW	0,67*** 0,71***	0,39*** 0,50***	0,14** 0,15**	0,29*** 0,01	0,02 –0,08	0,11* 0,03	–0,01 –0,19***	0,01 –0,06
EG	–	0,23*** 0,39***	0,30*** –0,04	0,45*** 0,12*	0,12* –0,08	0,08 0,04	–0,01 –0,16**	0,04 –0,04
ER		–	–0,48*** –0,70***	–0,32*** –0,54***	–0,26*** –0,38***	–0,07 –0,26***	–0,10 –0,31***	–0,16** –0,35***
PZ			–	0,79*** 0,77***	0,43*** 0,39***	0,26*** 0,24***	0,28*** 0,32***	0,32*** 0,38***
NP.				–	0,46*** 0,40***	0,25*** 0,22***	0,21*** 0,25***	0,32*** 0,41***
SD					–	0,55*** 0,31***	0,50*** 0,27***	0,67*** 0,66***
IN						–	0,58*** 0,59***	0,53*** 0,42***
MZ							–	0,57*** 0,46***

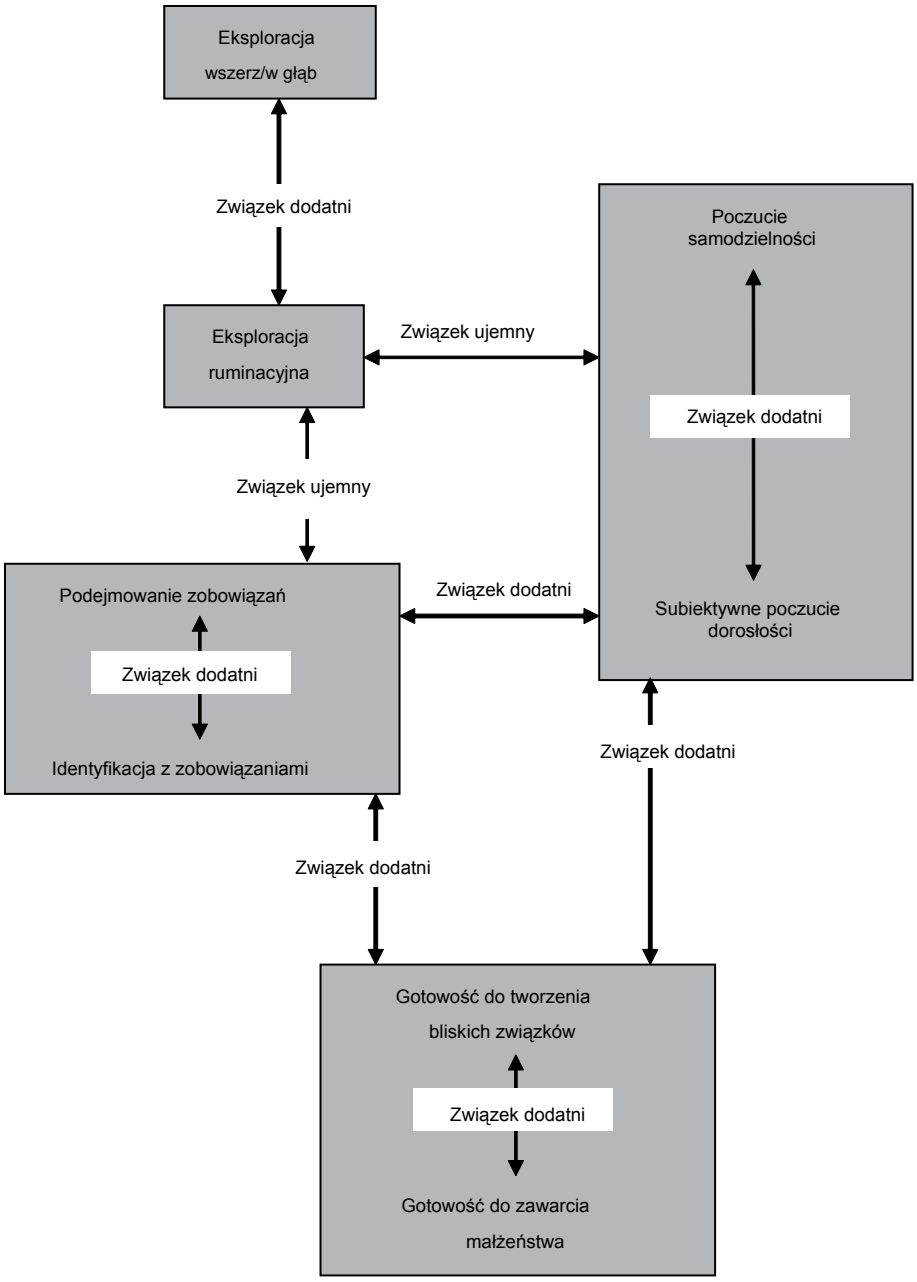
Źródło: na podstawie badań własnych.

Uwaga: w górnym wierszu podano współczynniki korelacji w grupie ON, w dolnym w grupie OS;

EW – eksploracja wszerz, EG – eksploracja w głąb, ER – eksploracja ruminacyjna, PZ – podejmowanie zobowiązania, IZ – identyfikacja z zobowiązaniami, SD – poczucie samodzielności, IN – intymność, MZ – gotowość do zawarcia małżeństwa, PD – subiektywne poczucie dorosłości.

Dla osób sprawnych jest to zobowiązanie, do którego dochodzą powoli, wcześniej poświęcając się realizacji innych zadań (ukończenie edukacji, znalezienie stałej pracy). Osoby niepełnosprawne wydają się traktować małżeństwo jako swego rodzaju „kotwicę", która ma być środkiem do uzyskania jakiegoś celu (np. niezależności, bycia takim jak inni), a nie celem samym w sobie, stanowiącym zwieńczenie procesu społecznego i osobistego dojrzewania. Świadczy o tym także bardzo słaby związek bądź jego brak w grupie osób niepełnosprawnych pomiędzy natężeniem obaw związanych z kształtem własnej przyszłości (eksploracja ruminacyjna) a wymiarami poczucia dorosłości związanymi z gotowością do budowania relacji intymnych. Osoby sprawne, które nie są pewne, w jaką stronę chcą podążyć w swoim życiu, twierdzą jednocześnie, że nie są gotowe do stworzenia poważnego związku partnerskiego. W grupie osób niepełnosprawnych zależność taka nie występuje.

Natomiast w obu grupach poczucie dorosłości w zakresie wszystkich analizowanych tu wymiarów jest pozytywnie związane z podjęciem zobowiązań i identyfikacją z nimi. Poczucie dorosłości osób badanych wiąże się więc przede wszystkim z położeniem na wymiarze: eksploracja ruminacyjna *versus*



Ryc. 21. Wymiary tożsamości i wymiary poczucia dorosłości – powiązania między zmiennymi

Źródło: opracowanie własne.

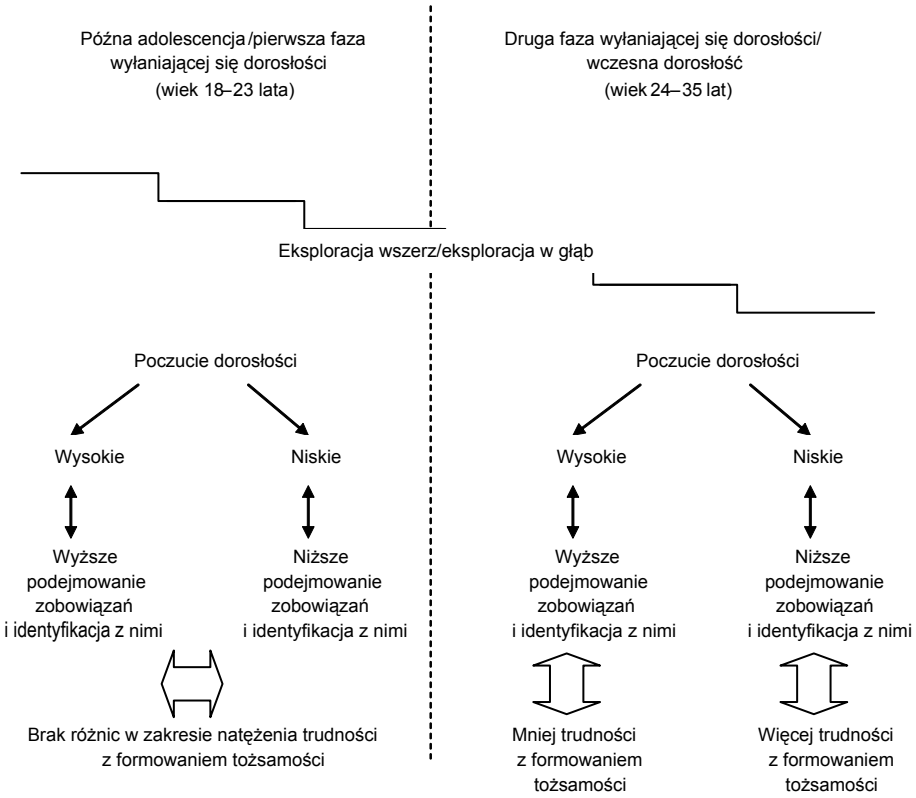
podejmowanie zobowiązań i identyfikacja z nimi. Im mniej niepewności i obaw doświadcza jednostka, im więcej przynoszących satysfakcję zobowiązań podejmuje, im lepiej ukształtowana jest jej wizja przyszłości, tym wyższa ocena własnej dorosłości. Znacznie mniej ważne jest natomiast to, w jakim stopniu młody człowiek koncentruje się na poszukiwaniu i odkrywaniu różnych możliwości. Rzecz w tym, by poszukiwania zakończyły się zaangażowaniem w pożądane obszary aktywności.

Na rycinie 21 przedstawiono powiązania pomiędzy zmiennymi, w przypadku których zaobserwowano najsilniejsze związki. Schemat ten może być przydatny z punktu widzenia praktycznych oddziaływań. Jak już o tym wspominaliśmy, ludzka psychika jest zespołem powiązanych elementów – zmiana jednego z nich pociąga za sobą zmianę innych. Integrując informacje zawarte w tabeli 17 i na rycinie 21 z przedstawionymi w poprzednich rozdziałach czynnikami ryzyka/wsparcia, można dość szczegółowo projektować oddziaływania skierowane do grupy osób niepełnosprawnych. Szczególnie ważne wydaje się dążenie do zmniejszania natężenia ruminacyjnej eksploracji.

Analizując jednak związki pomiędzy tożsamością a poczuciem dorosłości człowieka, nie można pomijać tego, w jakim okresie życia się on znajduje. Okazuje się bowiem[1], że w grupie osób, które dopiero stoją u progu dorosłości, a więc wśród osób dorastających (18–20 lat) i znajdujących się na początku fazy wyłaniającej się dorosłości (21–23 lata) doświadczanie trudności z budowaniem własnej tożsamości (eksploracja ruminacyjna) nie zależy ani od wysokiego lub niskiego poczucia dorosłości, ani od podjętych już zobowiązań (por. ryc. 22).

Może to być spowodowane znacznym zróżnicowaniem stylów życia ludzi w tym okresie. Jedni angażują się już w dorosłe role społeczne, inni jeszcze nie, a każda z tych sytuacji może być uznana za normę. Jak pisał Arnett (2000), w okresie wyłaniającej się dorosłości nic nie jest normatywne lub nienormatywne, gdyż to właśnie zmienność jest kluczową cechą tej fazy życia. Tym samym, młody człowiek, niezależnie od tego, czy ma już ukształtowaną wizję samego siebie, czy też nie, może czuć się pewnie, zwłaszcza, że prawdopodobnie wokół niego znajdują się inne osoby w podobnej sytuacji. Uczestnicy naszych badań w wieku od 18 do 23 lat to przede wszystkim osoby uczące się, dla których pełne wkroczenie w okres dorosłości pozostaje nadal mniej lub bardziej odległą perspektywą. Jest to głównie czas poznawania i eksperymentowania, zobowiązania są zaś domeną kolejnych etapów życia, podobnie jak samodzielność, finansowa niezależność, małżeństwo czy rodzicielstwo.

[1] Akapit ten został opracowany na podstawie Piotrowski, 2009d.



Ryc. 22. Poczucie dorosłości i formowanie tożsamości
Źródło: opracowanie własne.

Kwestia ta ulega jednak zmianie w drugiej fazie wyłaniającej się dorosłości (grupa 24–26 lat) oraz we wczesnej dorosłości (grupa 27–35 lat). W tym okresie życia brak samodzielności czy gotowości do wejścia w bliski związek wiążą się z wyraźnymi kłopotami w formowaniu się tożsamości. Dominuje raczej lęk, poczucie zagubienia, niepewność. W tym czasie dające poczucie bezpieczeństwa otoczenie szkolne czy akademickie na ogół nie jest już dostępne, a młody człowiek mierzy się z wymaganiami, oczekiwaniami i nowymi rolami. Osoby, które nie są w stanie podjąć zobowiązań spełniających ich oczekiwania i standardy, a jednocześnie nie wypracowały sobie „dorosłej tożsamości", odczuwają wyraźnie więcej problemów rozwojowych. Zależności te są względnie niezależne od niepełnosprawności, można więc uznać, że w odniesieniu do osób badanych mają charakter uniwersalny.

Rozdział 8

Wnioski z przeprowadzonych badań

W psychologicznych badaniach nad dorosłością współwystępują dwa podejścia do tej problematyki (Coté, 1997; Fadjukoff, 2007). W pierwszym z nich podkreśla się znaczenie podjęcia i realizowania zadań rozwojowych tej fazy życia, takich jak ukończenie edukacji, opuszczenie domu rodzinnego, rozpoczęcie pracy zawodowej, zawarcie związku małżeńskiego czy posiadanie dzieci. W podejściu tym kładzie się więc nacisk na zmiany na poziomie obserwowalnych zachowań. Drugi nurt odwołuje się raczej do zmian dokonujących się w obrazie własnej osoby, a więc niejako wewnątrz umysłu jednostki, i koncentruje na poczuciu bycia człowiekiem dorosłym, odpowiedzialnym, samodzielnym. Oba te podejścia do zagadnienia wkraczania w dorosłość były przedmiotem prezentowanych w niniejszej publikacji badań i w obu przypadkach zaobserwowano dość wyraźne różnice pomiędzy osobami z ograniczeniem sprawności a osobami sprawnymi. Także w przypadku radzenia sobie z poszukiwaniem odpowiedzi na fundamentalne tożsamościowe pytanie „Kim jestem?" osoby z ograniczeniem sprawności zdają się podążać nieco innymi ścieżkami i w inny sposób radzić sobie z „tożsamościowym zamętem".

8.1. Sprawność i niepełnosprawność na drodze ku dorosłości

Już na etapie tak zwanej późnej adolescencji daje się zaobserwować mniejszą aktywność społeczną osób niepełnosprawnych. Pomimo podobieństw między osobami sprawnymi i niepełnosprawnymi w takich obszarach, jak kontynuowanie edukacji i finansowa zależność od rodziców, wśród osób z różnymi niepełnosprawnościami obserwuje się mniejsze zaangażowanie w pierwsze związki partnerskie i w zdobywanie pierwszych doświadczeń zawodowych. Już na tym etapie życia następuje różnicowanie się życiowych doświadczeń osób sprawnych i niepełnosprawnych.

O znaczeniu ról społecznych w rozwoju osób niepełnosprawnych świadczy to, że możliwość kształcenia się czy posiadanie partnera są związane z wyższym poczuciem samodzielności i subiektywnym poczuciem dorosłości, które w kolejnych etapach życia mogą wspierać pełne fizyczne i emocjonalne usamodzielnienie. Zróżnicowane środowisko rozwoju w okresie adolescencji umożliwia bowiem rozwijanie umiejętności radzenia sobie z różnorodnością i zmianą (Brzezińska, 2007), z którymi przyjdzie się młodym ludziom zmagać przez znaczną część swojego życia, a przede wszystkim w fazie wyłaniającej się dorosłości.

Okres adolescencji jest czasem stosunkowo dużej niezależności od normatywnych oczekiwań społeczeństwa: w tym czasie nie wymaga się jeszcze od jednostki „bycia dorosłym", co sprzyja eksploracji i poznawaniu raczej niż podejmowaniu wiążących decyzji. Wyniki naszych badań wskazują, że w tym czasie rozwój tożsamości jednostki jest stosunkowo niezależny od dorosłych ról społecznych i dokonuje się prawdopodobnie w obrębie grupy rówieśniczej, szkoły, relacji interpersonalnych. W tej fazie rozwoju posiadanie lub nieposiadanie przekonania o własnej dorosłości i odkrycie lub nieodkrycie własnego miejsca w świecie nie stanowią dla młodych ludzi problemu, po pierwsze dlatego, że oni sami nie czują się jeszcze gotowi do podejmowania trwałych zobowiązań, a po drugie dlatego, że nikt tego od nich nie wymaga. Otoczenie jednostki powinno jednak kłaść nacisk na zwiększanie różnorodności doświadczeń, a tym samym na zapobieganie nadmiernemu ujednoliceniu środowiska rozwoju. Być może właśnie mniejsza liczba obszarów aktywności wpływa na słabsze doświadczanie obaw związanych z kształtem własnej przyszłości przez osoby niepełnosprawne. Im bardziej stabilne i przewidywalne jest bowiem środowisko rozwoju, tym mniej pojawia się lęków, niepewności i koniecznych do rozwiązania problemów; mniejsza jest jednak także szansa na uczenie się nowych kompetencji.

Początek trzeciej dekady życia (od 20. roku życia) to okres, w którym nadal dominuje wśród młodych ludzi koncentracja na eksploracji i kształceniu. Osoby niepełnosprawne nie różnią się pod tym względem od osób sprawnych, choć w tej pierwszej grupie większy jest odsetek osób, które decydują się edukację zakończyć. Wśród osób sprawnych wyraźniej niż wśród niepełnosprawnych widać pierwsze działania mające na celu uzyskanie niezależności: częściej wyprowadzają się z domu rodzinnego, pracują zawodowo, wiążą się z partnerem. W kontekście podejmowania dorosłych ról społecznych osoby z niepełnosprawnościami są nadal podobne do osób młodszych, rzadko pracują zawodowo, pozostają na utrzymaniu rodziców. Należy jednak podkreślić, że w tym początkowym okresie wyłaniającej się dorosłości (21–23 lata) także osoby sprawne są jeszcze nastawione na próbne eksperymentowanie z rolami. Wciąż wysoki jest zakres eksploracji, podejmowanie zobowiązań pozostaje na podobnym poziomie jak wśród adolescentów.

CO ZROBIĆ?

Należy objąć osoby z ograniczeniami sprawności w wieku 18–23/24 lata działaniami mającymi na celu zwiększenie ich udziału w rynku edukacyjnym po ukończeniu szkoły średniej/zawodowej.

- Osoby z ograniczeniami sprawności wcześniej niż osoby sprawne kończą proces edukacji, odsetek osób z niepełnosprawnościami kontynuujących naukę na studiach wyższych jest niższy niż wśród osób sprawnych.
- Grupa osób w wieku 18–23/24 lata to ludzie w ogromnej mierze nastawieni na edukację, współczynnik scholaryzacji w tej grupie wiekowej wynosi obecnie ponad 50%. Osoby, które pomimo chęci nie są w stanie podjąć studiów wyższych, mogą więc stanowić grupę marginalizowaną.

- Mniejszy udział osób niepełnosprawnych w rynku edukacyjnym jest podyktowany między innymi nieprzystosowaniem uczelni do ich wymagań. Chodzi tu nie tylko o bariery architektoniczne, które jak wynika z moich osobistych doświadczeń, nadal występują powszechnie nawet na największych i najbardziej prestiżowych uczelniach w kraju, lecz także o bariery sprzętowe, uniemożliwiające samodzielne kształcenie. Niezbędne jest wyposażenie bibliotek uczelnianych między innymi w sprzęt do audiodeskrypcji, programy komputerowe pozwalające na odczytywanie stron internetowych, druk przynajmniej podstawowych lektur w alfabecie Braille'a, zatrudnianie asystentów osoby niepełnosprawnej. Dzięki takim zabiegom zwiększy się odsetek osób z niepełnosprawnościami na studiach wyższych, a tym samym umożliwi się ogromnej rzeszy młodych ludzi nabywanie kompetencji i wiedzy przydatnej w dalszym życiu.

Należy więc objąć uczelnie wyższe programem dostosowywania ich infrakstruktury do potrzeb WSZYSTKICH potencjalnych studentów (*universal design for extreme users*) dzięki przeniesieniu części środków finansowych z działań mających na celu aktywizację zawodową osób w wieku 18–23/24 lata na aktywizację edukacyjną.

Dużą rolę w tym okresie życia odgrywa w grupie osób niepełnosprawnych edukacja. Osoby, które wciąż się uczą, uważają się za bardziej dorosłe, samodzielne i gotowe do wchodzenia w bliskie relacje interpersonalne niż osoby niepełnosprawne, które zakończyły edukację. Korzyści, jakie osoby niepełnosprawne czerpią z kształcenia, są więc większe niż te wynikające z ukończenia edukacji. Wynika z tego, że albo środowisko szkolne/akademickie stanowi dla osób niepełnosprawnych istotny czynnik wspierający budowanie własnego obrazu jako człowieka dorosłego, albo wraz z zakończeniem szkoły pojawia się znaczna liczba czynników obciążających i zaburzających rozwój. Dla porównania warto wspomnieć, że wśród osób sprawnych w tym samym wieku (21–23) najistotniejszym źródłem poczucia dorosłości jest posiadanie pracy oraz partnera. Są to więc te obszary społecznego funkcjonowania, z którymi osoby niepełnosprawne mają największe kłopoty. Kontynuowanie edukacji to także dla osób niepełnosprawnych czynnik związany z wyższym poziomem podejmowania zobowiązań i identyfikacji z nimi.

CO ZROBIĆ?

Należy stworzyć programy praktyk/pracy tymczasowej dla osób kontynuujących edukację na poziomie akademickim oraz rozszerzać ofertę szkoleń zawodowych organizowanych przez biura karier o projekty skierowane do osób z ograniczeniami sprawności.

Osoby z ograniczeniami sprawności w wieku 18–23/24 lata w mniejszym stopniu niż osoby sprawne zdobywają pierwsze doświadczenia zawodowe, podczas gdy wśród osób sprawnych dość powszechne jest wykonywanie tymczasowych prac lub pracy w niepełnym wymiarze godzin. Umożliwienie osobom niepełnosprawnym zdobywania pierwszych doświadczeń zawodowych w trakcie kształcenia sprzyja nabywaniu kompetencji w stosunkowo bezpiecznych warunkach. Jednocześnie doświadczenie zawodowe jest cenną dla pracodawców cechą potencjalnego pracownika. Wsparcie osób niepełnosprawnych w taki sposób może się więc także przyczynić do zmniejszenia nakładów na aktywizację zawodową w okresie późniejszym, ponieważ przynajmniej część osób niepełnosprawnych będzie mogła dzięki posiadanym umiejętnościom poradzić sobie samodzielnie.

Edukacja akademicka, umożliwiająca dalsze zdobywanie kompetencji i eksplorację otoczenia, może stać się swego rodzaju kołem ratunkowym dla

osób, które w okresie adolescencji nie rozwinęły umiejętności niezbędnych do satysfakcjonującego radzenia sobie z wyzwaniami dorosłości. Czas ten daje nie tylko możliwość zdobycia lepszego wykształcenia, zwiększającego szanse na rynku pracy, lecz także szansę na przedłużenie okresu przygotowawczego i lepsze poznanie własnych mocnych i słabych stron, stworzenie wizji własnego życia, odkrycie ról i sposobu ich pełnienia, który najbardziej pasuje do jednostki. Ten okres wchodzenia w dorosłość pozwala na wypracowanie obrazu siebie jako człowieka dorosłego, wspiera dążenie do usamodzielnienia i wzięcia za siebie odpowiedzialności. Pozostaje więc nadal fazą przyuczania. Podjęte w tym okresie zobowiązania oraz identyfikacja z nimi są wprawdzie związane z wyższym poczuciem dorosłości, a więc dają jednostce większą pewność siebie i oddziałują na budowanie „dorosłej tożsamości", jednak nadal nie ma to silnego związku z doświadczanymi przez młodych ludzi trudnościami z budowaniem własnej tożsamości. Podobnie jak w okresie adolescencji, młodzi ludzie mają więc poczucie, że bycie w pełni samodzielną, dorosłą osobą nie jest konieczne, jeżeli więc wciąż nie podejmują dorosłych ról, nie odczuwają w związku z tym lęków ani obaw.

Kwestia ta zmienia się znacząco około połowy trzeciej dekady życia (24–26 lat). W okresie tym dokonuje się bowiem wiele zmian, zarówno na poziomie społecznego funkcjonowania jednostki, jak i w sferze rozwoju psychicznego.

Przede wszystkim jest to czas, kiedy znaczna liczba osób kończy edukację i konfrontuje się z koniecznością zaangażowania w nowe obszary aktywności. W grupie osób sprawnych wyraźnie uwidacznia się wtedy tendencja do opuszczenia domu rodzinnego i podjęcia pełnoetatowej pracy zawodowej, a więc pełnego usamodzielnienia się w stosunku do rodziny pochodzenia i wzięcia odpowiedzialności za dalszy kształt własnego życia. Wśród osób niepełnosprawnych ten ruch w kierunku niezależności jest słabszy: znacznie wyższy pozostaje w tej grupie poziom bezrobocia, większość osób nadal mieszka też z rodzicami.

W tym okresie znacznie ważniejsza staje się możliwość pełnienia ról okresu dorosłości. Zarówno osoby sprawne, jak i niepełnosprawne doświadczają trudności rozwojowych w sytuacji braku zatrudnienia, które wydaje się w tej fazie życia kluczowym zadaniem. Przedłużający się okres bezrobocia wiąże się z niższym subiektywnym poczuciem dorosłości, a zwłaszcza z niższym poczuciem samodzielności.

CO ZROBIĆ?
Opracowanie programu wspierającego usamodzielnianie się osób z ograniczeniami sprawności w trakcie/po zakończeniu edukacji, z naciskiem na umożliwianie osobom niepełnosprawnym rozpoczęcia prowadzenia samodzielnego gospodarstwa domowego.
Osoby z ograniczeniami sprawności z grupy wiekowej 24–35 lat znacznie częściej niż osoby sprawne mieszkają z rodzicami. Osoby sprawne zwykle uzyskują autonomię w stosunku do opiekunów w momencie zakończenia edukacji i rozpoczęcia pracy zawodowej (około 24.–26. roku życia). Jak można sądzić, uniezależnienie się od rodziny pochodzenia pociąga za sobą

nie tylko pojawienie się nowych wymagań, takich jak konieczność wzięcia odpowiedzialności za własne działania i radzenia sobie z wymaganiami, konieczność zdobywania środków finansowych pozwalających na samodzielną egzystencję, lecz także rozwój społeczny związany z nowym środowiskiem życia.
Wspierając usamodzielnianie się osób z ograniczeniami sprawności, warto brać przykład z działań podejmowanych przez Powiatowe/Miejskie Centra Pomocy Rodzinie w stosunku do osób wychowywanych w rodzinach zastępczych, które po okresie szkoły średniej są obejmowane wsparciem w procesie usamodzielnienia i mogą liczyć na dofinansowanie.
Niewątpliwie ważnym czynnikiem w tym procesie jest stan zdrowia osób badanych, który w skrajnych przypadkach może utrudniać usamodzielnienie. Wydaje się jednak, że objęcie młodych ludzi tak skonstruowanymi programami może znacząco zapobiegać marginalizacji osób niepełnosprawnych oraz upodobnić ich ścieżki życiowe do ścieżek osób sprawnych.

W okresie tym można zaobserwować także wzrost poczucia dorosłości wśród osób sprawnych, zwłaszcza na wymiarach poczucia samodzielności i gotowości do tworzenia bliskich związków intymnych. Jedynie w grupie osób sprawnych występuje również wyższe w stosunku do osób młodszych subiektywne poczucie dorosłości. Kwestia poczucia dorosłości między 24. a 26. rokiem życia jest o tyle ważna, że w tym czasie zaczyna zaznaczać się jego wyraźny związek z możliwością podejmowania zobowiązań. O ile wcześniej nie były to kwestie silnie powiązane, o tyle w połowie drugiej dekady życia niskie poczucie dorosłości nie tylko negatywnie wiąże się z podejmowaniem zobowiązań i identyfikacją z nimi, lecz także oznacza wyższy poziom lęku przed przyszłością i zwiększone obawy o kierunek, w którym zmierza życie jednostki.

Zależności te wskazują na dwa istotne czynniki. Po pierwsze, okres 24–26 lat to moment, w którym zadania okresu dorosłości (ich podjęcie lub nie) zaczynają coraz wyraźniej oddziaływać na rozwój osobowości człowieka; po drugie zaś, uwidaczniają się w tym czasie różnice pomiędzy osobami sprawnymi i niepełnosprawnymi, zarówno w odniesieniu do realizacji ról społecznych, jak i do obrazu siebie jako dorosłej jednostki.

Pewne dane mogą także wskazywać na bardziej adaptacyjne radzenie sobie z rozwojem tożsamości przez osoby sprawne w sytuacji doświadczania trudności z podjęciem dorosłych ról. Okazuje się bowiem, że o ile w przypadku osób niepełnosprawnych brak pracy w wieku 24–26 lat wiąże się jedynie ze wzrostem natężenia ruminacyjnej eksploracji, o tyle wśród osób sprawnych powoduje on wzrost zaangażowania we wszystkie analizowane w tym miejscu wymiary eksploracji: wszerz, w głąb i ruminacyjnej. Osoby niepełnosprawne reagują więc na trudności ze znalezieniem pracy wzrostem obaw i lęków, obniżeniem zdolności do podejmowania innych zobowiązań. Ten sam mechanizm występuje także wśród osób sprawnych, jednak w tej grupie wywołuje on dodatkowo nasilenie zaangażowania w działania mające na celu rewizję dotychczasowych zobowiązań i poszukiwanie nowych możliwości.

W kolejnych latach (między 27. a 29. rokiem życia) większość badanych okres edukacji ma już za sobą, a w przypadku osób sprawnych bardzo nie-

wielki odsetek nie uzyskał jeszcze niezależności. Znaczna większość osób mieszka samotnie lub z partnerem i pracuje zawodowo. W grupie osób niepełnosprawnych ten trend także jest widoczny, ale podobnie jak w młodszych grupach wiekowych, nadal znaczny odsetek badanych mieszka z rodzicami, nie pracuje i nie tworzy związku partnerskiego. Także w tym okresie życia osoby sprawne cechują się wyższym poczuciem samodzielności i tylko w ich przypadku obserwuje się wyższy poziom podjętych zobowiązań i identyfikacji z nimi.

Mieszkanie z rodzicami i brak partnera najsilniej wiążą się w tym okresie z niskim poczuciem dorosłości u osób niepełnosprawnych. W przeciwieństwie do osób sprawnych, które w znacznej części można określić jako dorosłe, zarówno na poziomie ról społecznych, jak i subiektywnego poczucia, w grupie z ograniczeniem sprawności wciąż duża jest liczba osób, których poczucie dorosłości i zakres podjętych zobowiązań utrzymuje się na poziomie osób znacznie młodszych. W tej grupie wiekowej, podobnie jak w poprzedniej, zobowiązania silnie wiążą się z poczuciem dorosłości (zwłaszcza na wymiarze poczucia samodzielności), ale również z trudnościami w formowaniu własnej tożsamości. Tak więc niższe poczucie samodzielności osób niepełnosprawnych w połączeniu z rzadszym podejmowaniem zobowiązań i niższą identyfikacją z nimi można uznać za ważny czynnik ryzyka satysfakcjonującego rozwoju w tym i w kolejnych okresach życia.

CO ZROBIĆ?
Stworzenie w ramach instytucji rządowych i pozarządowych (także w szkołach i na uczelniach wyższych) wspierajacych osoby niepełnosprawne funkcji „doradca zawodowy osoby niepełnosprawnej".
Aktywność zawodowa w okresie 24–35 lat wiąże się z odczuwanym przez osoby niepełnosprawne poczuciem samodzielności i zdolności do radzenia sobie z codziennymi wymaganiami oraz wspiera nabywanie subiektywnego poczucia dorosłości. Stanowi więc nie tylko sposób na zapewnienie sobie środków finansowych, lecz także wspomaga kształtowanie „tożsamości osoby dorosłej".
Z tego powodu aktywność zawodowa w tym okresie życia może być uznana za jeden z najważniejszych obszarów funkcjonowania.
Stworzenie funkcji doradcy zawodowego osoby niepełnosprawnej wymaga przeszkolenia tych osób nie tylko pod kątem znajomości rynku pracy (w tym rynku zakładów pracy chronionej), lecz także zdolności do rozpoznawania potrzeb osób z ograniczeniami sprawności i umiejętności odpowiadania na te potrzeby. Powinna to być osoba pełniąca także rolę „banku informacji" związanych z organizowanymi na terenie miasta/powiatu, województwa szkoleniami dla osób niepełnosprawnych, ofertami pracy, miejscami, gdzie można uzyskać pomoc psychologiczną czy terapeutyczną. Dopasowanie oferty do potrzeb osoby niepełnosprawnej oraz umożliwienie jej wyboru odpowiedniej formy wsparcia zwiększy także szanse, że podjęte zobowiązania będą spełniać oczekiwania beneficjenta, przyczyniając się do większego zaangażowania i silniejszej identyfikacji z podjętymi zobowiązaniami.

Zależności występujące w grupie wiekowej 30–35 lat są niejako pogłębieniem procesu, który został opisany na przykładzie osób młodszych, zwłaszcza z grup 24– 26 oraz 27–29 lat. Niska już na tym etapie eksploracja wszerz

i w głąb współwystępuje z wysokim podejmowaniem zobowiązań oraz identyfikacją z nimi, ale jedynie w grupie osób sprawnych. Osoby niepełnosprawne, doświadczające większych trudności na rynku pracy, problemów z uzyskiwaniem niezależności i tworzeniem związków partnerskich, w mniejszym zakresie mają poczucie, że odkryły już swoją życiową drogę, w mniejszym stopniu sądzą także, że są samodzielne i że obszary, w które się zaangażowały, spełniają ich osobiste standardy i oczekiwania. Zależności te, które przynajmniej w pewnej mierze należy wiązać z trudnościami w realizacji zadań rozwojowych, prowadzą (z racji coraz wyraźniejszego różnicowania się osób sprawnych i niepełnosprawnych w kolejnych grupach wiekowych) do wzrastającego wraz z wiekiem zagrożenia społeczną marginalizacją.

Zarówno w przypadku osób sprawnych, jak i niepełnosprawnych zadania rozwojowe, rozwój tożsamości i poczucie dorosłości to kategorie ściśle ze sobą powiązane, a problemy w jednym obszarze mogą prowadzić do większych trudności w pozostałych sferach funkcjonowania.

8.2. Niepełnosprawność: grupy ryzyka

Oprócz opisanych różnic pomiędzy osobami sprawnymi i z ograniczeniami sprawności istotne różnice wystąpiły także wewnątrz grupy osób niepełnosprawnych. Nie wszystkie osoby niepełnosprawne doświadczają takich samych problemów, a przynajmniej nie w takim samym zakresie.

Na pierwszy plan wysuwają się dwa czynniki. Pierwszy z nich jest związany ze stanem zdrowia osób niepełnosprawnych i doświadczanymi w związku z tym problemami. Jest to kwestia szczególnie ważna w przypadku wymiarów tożsamości.

Osoby, które określają swój stan zdrowia jako zły i twierdzą, że na co dzień odczuwają wiele problemów zdrowotnych (bóle, choroby itp.), doświadczają większych trudności z podejmowaniem zobowiązań i słabiej się z nimi identyfikują. Jak wynika z innych naszych analiz (Piotrowski, 2009c), są to jednocześnie osoby mające większe trudności z realizowaniem zadań rozwojowych. W ich przypadku decydujące znacznie mogą więc mieć obiektywne kryteria, które uniemożliwiają im pełne uczestnictwo w życiu społecznym. Nie dziwi więc fakt, iż niezdolność do pełnej partycypacji społecznej wywołuje w tej grupie zwiększone obawy o obecny i przyszły kształt własnego życia. W przypadku tej grupy osób oddziaływania spod znaku aktywizacji zawodowej czy społecznej mogą więc być zupełnie nieefektywne, jeśli nie uwzględnią ich zdrowotnych ograniczeń. Wydaje się, że pierwszym krokiem do poprawy sytuacji tych osób powinno być działanie u podstaw, a więc zapewnienie im długoterminowej i kompleksowej opieki medycznej i rehabilitacyjnej na wysokim poziomie, a dopiero w następnym etapie wspieranie ich zaangażowania w realizację zadań rozwojowych. Grupa ta jest jednak zagrożona także

utknięciem w procesie rozwoju tożsamości i trudnościami z obraniem określonego kierunku w swoim życiu.

Kolejnym ważnym korelatem tożsamości i poczucia dorosłości jest stosunek osób niepełnosprawnych do własnych ograniczeń (akceptacja niepełnosprawności) oraz własnej osoby (samoakceptacja). Akceptacja jest pozytywnie związana z niemal każdym spośród analizowanych w tej pracy wymiarów. Trudno oczywiście rozstrzygać, czy satysfakcjonujący jednostkę rozwój przyczynia się do zwiększenia samoakceptacji, czy też samoakceptacja wspomaga społeczne i psychiczne funkcjonowanie, niemniej jednak jest to ten aspekt niepełnosprawności, którego nie można pomijać w projektowaniu praktycznych działań.

Co ciekawe, nie zaobserwowano istotnych związków pomiędzy formowaniem się tożsamości i poczucia dorosłości w zależności od takich kryteriów, jak stopień niepełnosprawności (lekki, umiarkowany, znaczny) czy jej rodzaj (słuchowa, wzrokowa, ruchowa itp.). Wygląda więc na to, że znacznie istotniejsze są z jednej strony odczuwane trudności w codziennym funkcjonowaniu, a z drugiej – stosunek do własnej niepełnosprawności, względnie niezależny od tego, jaki narząd czy funkcja uległy uszkodzeniu i w jakim stopniu.

Ze względu na te ustalenia można wyróżnić grupę czynników, które w największym stopniu zwiększają ryzyko doświadczania trudności rozwojowych w okresie dorastania, wyłaniającej się dorosłości i wczesnej dorosłości: (1) osoby z niepełnosprawnościami wrodzonymi; (2) osoby, których życie uległo dużym zmianom w momencie nabycia niepełnosprawności; (3) osoby mające trudności z zaakceptowaniem swoich ograniczeń.

Zakończenie

Okres przejściowy pomiędzy dorastaniem a dorosłością jest obecnie przedmiotem szeroko zakrojonych badań prowadzonych w wielu krajach świata. Ze względu na zmiany, jakie dokonują się w stylach życia młodych ludzi w ostatnich dekadach, jest to temat, który należy zgłębiać na nowo, ponieważ zgromadzona dotąd wiedza przestaje być adekwatna wobec nowej rzeczywistości. Coraz dłużej trwa obecnie dochodzenie do momentu, w którym młodzi ludzie uznają, że są dorośli, samodzielni, wiedzą, czego chcą i jacy chcą być. Jest to sytuacja w społeczeństwach rozwiniętych coraz bardziej powszechna.

Jednym z celów projektu badawczego *Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych* było właśnie przyjrzenie się tym zmianom i określenie ich związku z rozwojem młodzieży i młodych dorosłych w naszym kraju, a także (a może przede wszystkim) stwierdzenie, czy niepełnosprawność oraz związane z nią doświadczenia mogą prowadzić do zmian w procesie stawania się dorosłym członkiem społeczeństwa. Wydaje nam się, że cel ten został przynajmniej w części osiągnięty, a przedstawione w tym opracowaniu informacje przyczynią się do lepszego poznania „współczesnej dorosłości" oraz zaowocują kolejnymi pracami.

Bibliografia

Adamowicz-Hummel A., Rozborska A. (2003). Samodzielność – szansą na zatrudnienie, zatrudnienie – szansą na samodzielność. W: K.D. Rzedzicka A. Kobylańska (red.), *Dorosłość*, *niepełnosprawność*, *czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej* (s. 497–505). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Antonovsky A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Arias D.F., Hernandez A.M. (2007). Emerging adulthood in Mexican and Spanish youth: theories and realities. *Journal of Adolescent Research*, *22 (5)*, 476–503.

Arnett J.J. (1997). Young people's conceptions of the transition to adulthood. *Youth and Society*, *29*, 1–23.

Arnett J.J. (2000). Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, *55 (5)*, 469–480.

Arnett J.J. (2001). Conceptions of the Transition to Adulthood: Perspectives From Adolescence Through Midlife. *Journal of Adult Development*, *8 (2)*, 133–143.

Arnett J.J., Jensen L.A. (2002). A congregation of one: individualized religious beliefs among emerging adults. *Journal of Adolescent Research*, *17 (5)*, 451–467.

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

Bokszański Z. (1989). *Tożsamość. Interakcja. Grupa.* Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Bosma H.A., Kunnen S.E. (2001). Determinants and mechanisms in ego identity development: A review and synthesis. *Developmental Review*, *21*, 39–66.

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

Brzezińska A.I., Appelt K., Ziółkowska B. (2008). Psychologia rozwoju człowieka. W: J. Strelau D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (tom 2, s. 95––292). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Brzezińska A.I., Brzeziński J. (2004.). Skale szacunkowe w badaniach diagnostycznych. W: J. Brzeziński (red.), *Wybór tekstów z metodologii badań psychologicznych* (s. 232–306). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Brzezińska A.I., Piotrowski K. (2009). Diagnoza statusów tożsamości w okresie adolescencji, wyłaniającej się dorosłości i wczesnej dorosłości za pomocą *Skali* Wymiarów Rozwoju Tożsamości (DIDS). *Studia Psychologiczne*, *3 (47)*, 93––109.

Brzezińska A.I., Piotrowski K. (2010a). Formowanie się tożsamości a poczucie dorosłości i gotowość do tworzenia bliskich związków. *Czasopismo Psychologiczne*, *16 (1)*, 145–155.

Brzezińska A.I., Piotrowski K. (2010b). Polska adaptacja *Skali Wymiarów Rozwoju Tożsamości* (DIDS). *Polskie Forum Psychologiczne*, *1*.

Brzezińska A.I., Piotrowski K. (2010c – w druku). Formowanie się tożsamości i poczucie samodzielności a niepełnosprawność w okresie wyłaniającej się dorosłości i wczesnej dorosłości. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, *2*.

Brzezińska A.I., Piotrowski K., Garbarek-Sawicka E., Karowska K., Muszyńska K. (2010 – w druku). Wymiary tożsamości a ich podmiotowe i kontekstowe korelaty. *Studia Psychologiczne*, *1 (48)*.

Buhl H.M. (2007). Well-being and the child – parent relationship at the transition from university to work life. *Journal of Adolescent Research*, *22 (5)*, 550–571.

Carnaby S., Lewis P., Martin D., Naylor J., Stewart D. (2003). Participation in transition review meetings: a case study of young people with learning disabilities leaving a special school. *British Journal of Special Education*, *30 (4)*, 187–193.

Côté J.E. (1997). An empirical test of the identity capital model. *Journal of Adolescence*, *20*, 577–597.

Côté J.E., Levine C. (1988). A critical examination of the ego identity status paradigm. *Developmental Review*, *8*, 147–184.

Côté J.E., Levine C.G. (2002). *Identity formation*, *agency*, *and culture: a social psychological synthesis*. Mahwah: Erlbaum.

Czerka E. (2007). *Rodzinne uwarunkowania odraczania dorosłości u młodych mężczyzn.* Kraków: Wydawnictwo Impuls.

Erikson E.H. (1968). *Identity*, *youth and crisis.* New York: Norton.

Erikson E.H. (1997). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.

Fadjukoff P. (2007). *Identity formaton in adulthood*. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

Fadjukoff P., Kokko K., Pulkkinen L. (2007). Implications of timing of entering adulthood for identity achievement. *Journal of Adolescent Research*, *22 (5)*, 504––530.

Galambos N.L., Darrah J., Magill-Evans J. (2007). Subjective age in the transition to adulthood for persons with and without motor disabilities. *Journal of Youth and Adolescence*, *36 (6)*, 825–834.

Garbat M., Paszkowicz M.A. (2003). Współczesne determinanty jakości życia osób niepełnosprawnych. W: K.D. Rzedzicka A. Kobylańska (red.), *Dorosłość*, *niepełnosprawność*, *czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej* (s. 197––205). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Grotevant H.D. (1987). Toward a process model of identity formation. *Journal of Adolescent Research*, *2*, 203–222.

Guerreiro M. das D., Abrantes P. (2004). Moving into adulthood in a southern European country: transitions in Portugal. *Portuguese Journal of Social Science*, *3 (3)*, 191–209.

GUS (2007). Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2007 roku. Materiał dostępny na stronie internetowej: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_Sytuacja_demograficzna_2007.pdf.

GUS (2008). Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2008 roku. Materiał dostępny na stronie internetowej: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_LU_podsta_info_o_rozwoju_demograf_polski_do_2008_r.pdf.

Havighurst R.J. (1948). *Developmental tasks and education*. New York: Longman.

Heszen I., Sęk H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Hogansen J.M., Powers K., Geenen S., Gil-Kashiwbara E., Powers L. (2008). Transition goals and experiences of females with disabilities: youth, parents and professionals. *Exceptional Children*, *74 (2)*, 215–234.

Hudson B. (2003). From adolescence to young adulthood: the partnership challenge for learning disability services in England. *Disability and Society*, *18 (3)*, 259–276.

Keil S., Crews N. (2008). Post-16 and post-18 transitions of young people with visual impairment in Wales. *British Journal of Visual Impairment*, *26 (2)*, 190–201.

Lanz M., Tagliabue S. (2007). DoI Really Need Someone in Order to Become an Adult? Romantic Relationships During Emerging Adulthood in Italy. *Journal of Adolescent Research*, *22 (5*), 531–549.

Levinson D.J. (1986) A conception of adult development. *American Psychologist*, *41 (1)*, 3–13.

Luyckx K., Goossens L., Soenens B. (2006). A developmental contextual perspective on identity construction in emerging adulthood: Change dynamics in commitment formation and commitment evaluation. *Developmental Psychology*, *42*, 366–380.

Luyckx K. Goossens L., Soenens B., Beyers W. i in. (2006). Unpacking commitment and exploration: Validation of an integrative model of adolescent identity formation. *Journal of Adolescence*, *29*, 361–378.

Luyckx K., Schwartz S.J., Goossens L., Pollock S. (2008). Employment, sense of coherence and identity formation: contextual and psychological processes on the pathway to sense of adulthood. *Journal of Adolescent Research*, *23 (5)*, 566–591.

Luyckx K., Schwartz S.J., Berzonsky M.D., Soenens B., Vensteenkiste M., Smits I., Goossens L. (2008). Capturing ruminative exploration: Extending the four-dimensional model of identity formation in late adolescence. *Journal of Research in Personality*, *42*, 58–82.

Luyckx K., Seiffge-Krenke I., Schwartz S.J., Goossens L., Weets I., Hendrieckx C., Groven C. (2008). Identity development, coping and adjustment in emerging adults with a chronic illness: the sample case of type 1 diabetes. *Journal of Adolescent Health*, *43*, 451–458.

Lustig D.C., Strauser D.R. (2002). The relationship between sense of coherence and career thoughts. *Career Development Quarterly*, *51*, 2–11.

Lustig D.C., Strauser D.R. (2008). The impact of sense of coherence on career thoughts for individuals with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, *51 (3)*, 139–147.

Macek P., Bejcek J., Vanickova J. (2007). Contemporary Czech emerging adults: generation growing up in the period of social changes. *Journal of Adolescent Research*, *22 (5)*, 444–475.

Marcia J.E. (1966). Development and validation of ego – identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, *3 (5)*, 551–558.

Marcia J.E. (1980). Identity in adolescence. W: J. Adelson (red.), *Handbook of adolescent psychology* (s. 159–187). New York: John Wiley and Sons.

McDonnall M.C., Crudden A. (2009). Factors affecting the successful employment of transition – age youths with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 329–341.

Meeus W., Iedema J., Maassen G.H. (2002). Commitment and exploration as mechanisms of identity formation. *Psychological Reports*, *90*, 771–785.

Nagle K.M. (2001). Transition to employment and community life for youths with visual impairments: current status and future directions. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 725–738.

Newacheck P.W. (1989). Adolescents with special health needs: Prevalence, severity and access to health services, United States, 1984. *Pediatrics*, *84*, 872–881.

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

Oleś P.K. (2008). O różnych rodzajach tożsamości oraz ich stałości i zmianie. W: P.K. Oleś A. Batory (red.), *Tożsamość i jej przemiany a kultura* (s. 41–84). Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Papalia D.E., Wendkos Olds S. (1986). *Human Development.* New York: McGraw-Hill.

Pindur-Dylak A. (2002). Związki intymne a tożsamość psychospołeczna w okresie dorosłości. W: A. Brzezińska K. Appelt J. Wojciechowska (red.), *Szanse i zagrożenia rozwoju w okresie dorosłości* (s. 85–110). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Piotrowski K. (2009a). *Koncepcja kompleksowych badań indywidualnych dla modułu nr 4 pt.: Formowanie się tożsamości i wkraczanie w dorosłość*. Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej (maszynopis niepublikowany).

Piotrowski K. (2009b). *Koncepcja narzędzi badawczych dla modułu nr 4 pt.: Formowanie się tożsamości i wkraczanie w dorosłość*. Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej (maszynopis niepublikowany).

Piotrowski K. (2009c). *Raport z badań przeprowadzonych w ramach modułu badawczego nr 4 pt.: Formowanie się tożsamości i wkraczanie w dorosłość.* Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej (maszynopis niepublikowany).

Piotrowski K. (2009d). *Tożsamość i poczucie dorosłości a niepełnosprawność.* Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej (maszynopis niepublikowany).

Piotrowski K. (2010 – w druku). The relationship between dimensions of identity and work activity of people with disabilities. *Polish Psychological Bulletin.*

Sagy S., Antonovsky H. (1999). Factors related to development of sense of coherence (SOC) in adolescence. A retrospective study. *Psychological Bulletin*, *30*, 255–262.

Schultz A.W., Liptak G.S. (1998). Helping adolescents who have disabilities negotiate transitions to adulthood. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, *21*, 187–201.

Schwartz S.J. (2001). The evolution of Eriksonian and neo-Eriksonian identity theory and research: A review and integration. *Identity: An international Journal of Theory and Research*, *1*, 7–58.

Schwartz S.J., Coté J.E., Arnett J.J. (2005). Identity and agency in emerging adulthood: two developmental routes in the individualization process. *Youth and Society*, *37*, 201–229.

Schwartz S.J., Zamboanga B.L., Weisskirch R.S., Rodriguez L. (2009). The relationships of personal and ethnic identity exploration to indices of adaptive and maladaptive psychosocial functioning. *International Journal of Behavioral Development*, *33 (2)*, 131–144.

Stodden R.A., Dowrick P., Gilmore S., Galloway L.M. (2001). A *review of secondary school factors influencing postschool outcomes for youth with disabilities.* Honolulu: National Center for the Study of Postsecondary Educational Supports,

University of Hawaii. Materiał dostępny na stronie internetowej: http://www.rrtc.hawaii.edu/documents/products/phase1/043-H01.pdf.

Wagner M., Newman L., Cameto R., Levine P. (2006). *The academic achievement and functional performance of youth with disabilities. A report from the National Longitudinal Transition Study–2 (NLTS2).* Menlo Park, CA: SRI International.

Waterman A. (1999). Identity, identity statuses, and identity status development: a contemporary statement. *Developmental Review*, *19*, 591–621.

Waterman A.S. (2007). Doing well: the relationship of identity status to three conceptions of well-being. *Identity. An International Journal of Theory and Research*, *7 (4)*, 289–307.

Wells T., Sandefur G.D., Hogan D.P. (2003). What happens after the high school years among young persons with disabilities? *Social Forces*, *82 (2)*, 803–832.

Załącznik 1

Wskaźniki dorosłości w grupach wiekowych

Tab. 1. Sytuacja mieszkaniowa a wiek w grupach ON i OS

Osoby niepełnosprawne Sytuacja mieszkaniowa		**18–20**	**21–23**	**24–26**	**27–29**	**30–35**
Mieszka sam	Liczebność	2	7	6	6	17
	% grupy wiekowej	2,2	8,5	9,5	9,2	13,2
Mieszka z rodzicami	Liczebność	77	63	45	35	39
	% grupy wiekowej	86,5	76,8	71,4	53,8	30,2
Mieszka z partnerem/ partnerką	Liczebność	1	3	4	16	54
	% grupy wiekowej	1,1	3,7	6,3	24,6	41,9
Mieszka ze znajomymi/ rodzeństwem	Liczebność	9	9	8	8	19
	% grupy wiekowej	10,1	11,0	12,7	12,3	14,7
Razem	Liczebność	89	82	63	65	129
	% grupy wiekowej	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
OS: Sytuacja mieszkaniowa		18–20	21–23	24–26	27–29	30–35
Mieszka sam	Liczebność	2	4	23	12	3
	% grupy wiekowej	3,0	6,8	14,8	19,7	9,1
Mieszka z rodzicami	Liczebność	55	26	45	9	7
	% grupy wiekowej	83,3	44,1	29,0	14,8	21,2
Mieszka z partnerem/ partnerką	Liczebność	3	8	48	33	21
	% grupy wiekowej	4,5	13,6	31,0	54,1	63,6
Mieszka ze znajomymi/ rodzeństwem	Liczebność	6	21	39	7	2
	% grupy wiekowej	9,1	35,6	25,2	11,5	6,1
Razem	Liczebność	66	59	155	61	33
	% grupy wiekowej	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Źródło: na podstawie badań własnych.

Tab. 2. Kontynuacja nauki a wiek w grupach ON i OS

ON: Kontynuacja nauki		**18–20**	**21–23**	**24–26**	**27–29**	**30–35**
Nie uczy się	Liczebność	15	22	38	50	117
	% grupy wiekowej	16,9	25,9	60,3	76,9	90,7
Uczy się	Liczebność	74	63	25	15	12
	% grupy wiekowej	83,1	74,1	39,7	23,1	9,3
Razem	Liczebność	89	85	63	65	129
	% grupy wiekowej	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
OS: Kontynuacja nauki		18–20	21–23	24–26	27–29	30–35
Nie uczy się	Liczebność	1	5	58	41	26
	% grupy wiekowej	1,5	8,6	37,4	67,2	78,8
Uczy się	Liczebność	64	53	97	20	7
	% grupy wiekowej	98,5	91,4	62,6	32,8	21,2
Razem	Liczebność	65	58	155	61	33
	% grupy wiekowej	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Źródło: na podstawie badań własnych.

Tab. 3. Tryb nauki/studiów a wiek w grupach ON i OS

ON: Tryb nauki/studiów		**18–20**	**21–23**	**24–26**	**27–29**	**30–35**
Tryb stacjonarny	Liczebność	68	54	17	4	3
	% grupy wiekowej	93,2	85,7	65,4	30,8	27,3
Tryb zaoczny/wieczorowy	Liczebność	5	9	9	9	8
	% grupy wiekowej	6,8	14,3	34,6	69,2	72,7
Razem	Liczebność	73	63	26	13	11
	% grupy wiekowej	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
OS: Tryb nauki/studiów		18–20	21–23	24–26	27–29	30–35
Tryb stacjonarny	Liczebność	45	39	67	4	1
	% grupy wiekowej	72,6	73,6	75,3	23,5	14,3
Tryb zaoczny/wieczorowy	Liczebność	17	14	22	13	6
	% grupy wiekowej	27,4	26,4	24,7	76,5	85,7
Razem	Liczebność	62	53	89	17	7
	% grupy wiekowej	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 4. Stan cywilny a wiek w grupach ON i OS

ON: Stan cywilny		**18–20**	**21–23**	**24–26**	**27–29**	**30–35**
Małżeństwo	Liczebność	1	3	3	8	46
	% grupy wiekowej	1,2	3,7	4,7	13,1	38,7
Wolny związek	Liczebność	13	11	11	19	24
	% grupy wiekowej	16,0	13,4	13,4	31,1	20,2
Samotny	Liczebność	67	68	50	34	49
	% grupy wiekowej	82,7	82,9	78,1	55,7	41,2
Razem	Liczebność	81	82	64	61	119
	% grupy wiekowej	100	100	100	100	100
OS: Stan cywilny		18–20	21–23	24–26	27–29	30–35
Małżeństwo	Liczebność	1	1	21	20	9
	% grupy wiekowej	1,6	1,7	13,8	33,3	28,1
Wolny związek	Liczebność	26	24	75	26	15
	% grupy wiekowej	41,9	40,7	49,3	43,3	46,9
Samotny	Liczebność	35	34	56	14	8
	% grupy wiekowej	56,5	57,6	36,8	23,3	25,0
Razem	Liczebność	62	59	152	60	32
	% grupy wiekowej	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Źródło: na podstawie badań własnych.

Tab. 5. Posiadanie dzieci a wiek w grupach ON i OS

ON: Posiadanie dzieci		**18–20**	**21–23**	**24–26**	**27–29**	**30–35**
Nie posiada	Liczebność	88	80	61	56	84
	% grupy wiekowej	98,9	95,2	98,4	86,2	65,1
Posiada	Liczebność	1	4	1	9	45
	% grupy wiekowej	1,1	4,8	1,6	13,8	34,9
Razem	Liczebność	89	84	62	65	129
	% grupy wiekowej	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
OS: Posiadanie dzieci		18–20	21–23	24–26	27–29	30–35
Nie posiada	Liczebność	66	56	140	46	24
	% grupy wiekowej	100,0	94,9	90,3	75,4	72,7
Posiada	Liczebność	0	3	15	15	9
	% grupy wiekowej	0,0	5,1	9,7	24,6	27,3
Razem	Liczebność	66	59	155	61	33
	% grupy wiekowej	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Źródło: na podstawie badań własnych.

Tab. 6. Aktywność zawodowa a wiek w grupach ON i OS

ON: Aktywność zawodowa		**18–20**	**21–23**	**24–26**	**27–29**	**30–35**
Pracuje	Liczebność	4	8	18	37	64
	% grupy wiekowej	4,9	9,6	29,0	57,8	49,2
Nigdy nie pracował, nie poszukuje pracy	Liczebność	46	41	12	2	12
	% grupy wiekowej	56,1	49,4	19,4	3,1	9,2
Kiedyś pracował, nie poszukuje pracy	Liczebność	8	10	7	3	14
	% grupy wiekowej	9,8	12,0	11,3	4,7	10,8
Nigdy nie pracował, poszukuje pracy	Liczebność	19	15	17	9	8
	% grupy wiekowej	23,2	18,1	27,4	14,1	6,2
Kiedyś pracował, poszukuje pracy	Liczebność	5	9	8	13	32
	% grupy wiekowej	6,1	10,8	12,9	20,3	24,6
Razem	Liczebność	82	83	62	64	130
	% grupy wiekowej	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
OS: Aktywność zawodowa		18–20	21–23	24–26	27–29	30–35
Pracuje	Liczebność	30	26	103	54	29
	% grupy wiekowej	48,4	46,4	66,9	88,5	87,9
Nigdy nie pracował, nie poszukuje pracy	Liczebność	5	3	2	0	0
	% grupy wiekowej	8,1	5,4	1,3	0,0	0,0
Kiedyś pracował, nie poszukuje pracy	Liczebność	9	9	15	3	0
	% grupy wiekowej	14,5	16,1	9,7	4,9	0,0
Nigdy nie pracował, poszukuje pracy	Liczebność	2	0	4	0	1
	% grupy wiekowej	3,2	0,0	2,6	0,0	3,0
Kiedyś pracował, poszukuje pracy	Liczebność	16	18	30	4	3
	% grupy wiekowej	25,8	32,1	19,5	6,6	9,1
Razem	Liczebność	62	56	154	61	33
	% grupy wiekowej	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Źródło: na podstawie badań własnych.

Tab. 7. Forma zatrudnienia a wiek w grupach ON i OS

ON: Forma zatrudnienia		**18–20**	**21–23**	**24–26**	**27–29**	**30–35**
Pełny etat	Liczebność	0	2	10	16	34
	% grupy wiekowej	0,0	22,2	52,6	43,2	61,8
Niepełny etat, umowa zlecenie, umowa o dzieło	Liczebność	3	7	9	21	21
	% grupy wiekowej	100,0	77,8	47,4	56,8	38,2
Razem	Liczebność	3	9	19	37	55
	% grupy wiekowej	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
OS: Forma zatrudnienia		18–20	21–23	24–26	27–29	30–35
Pełny etat	Liczebność	6	12	56	43	23
	% grupy wiekowej	20,0	50	58,9	86,0	92,0
Niepełny etat, umowa zlecenie, umowa o dzieło	Liczebność	24	12	39	7	2
	% grupy wiekowej	80,0	50,0	41,1	14,0	8,0
Razem	Liczebność	30	24	95	50	24
	% grupy wiekowej	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Źródło: na podstawie badań własnych.

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

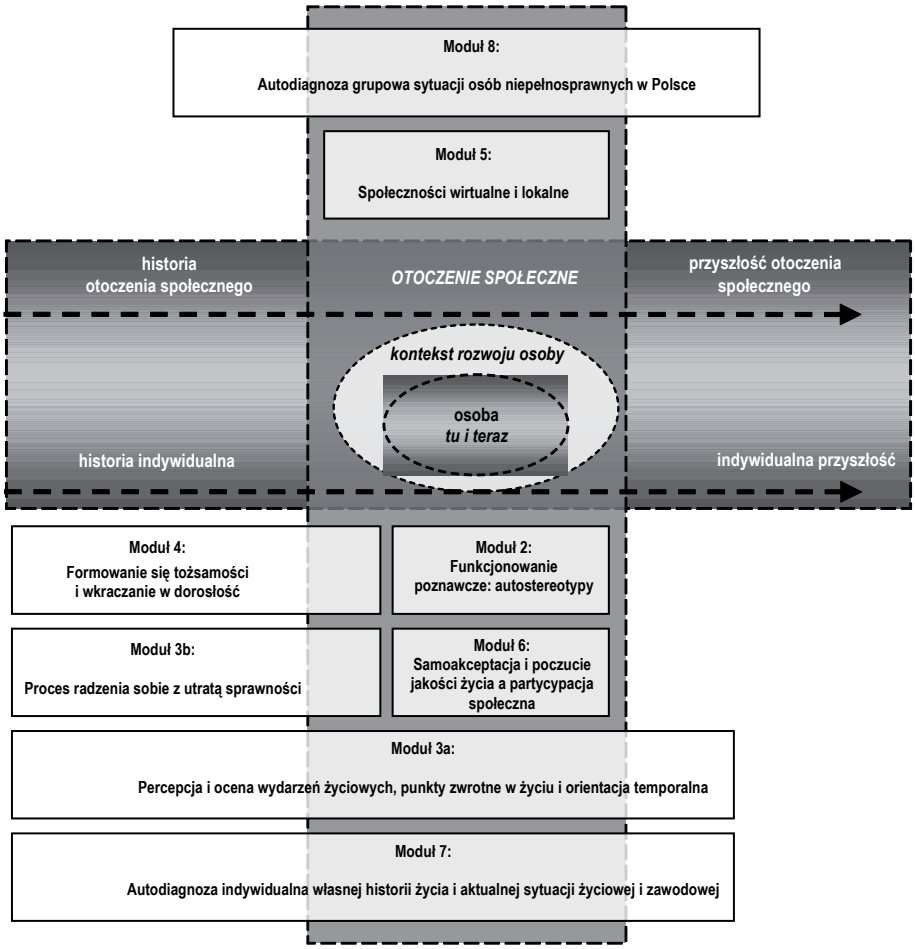
W każdym module stosowano odmienne, specjalnie – ze względu na cele modułu – opracowane narzędzia badawcze. Była to albo adaptacja narzędzi stosowanych w innych krajach, albo własna konstrukcja. Relacje między obszarami badanymi w poszczególnych modułach na I etapie projektu pokazuje rycina1.

- **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.

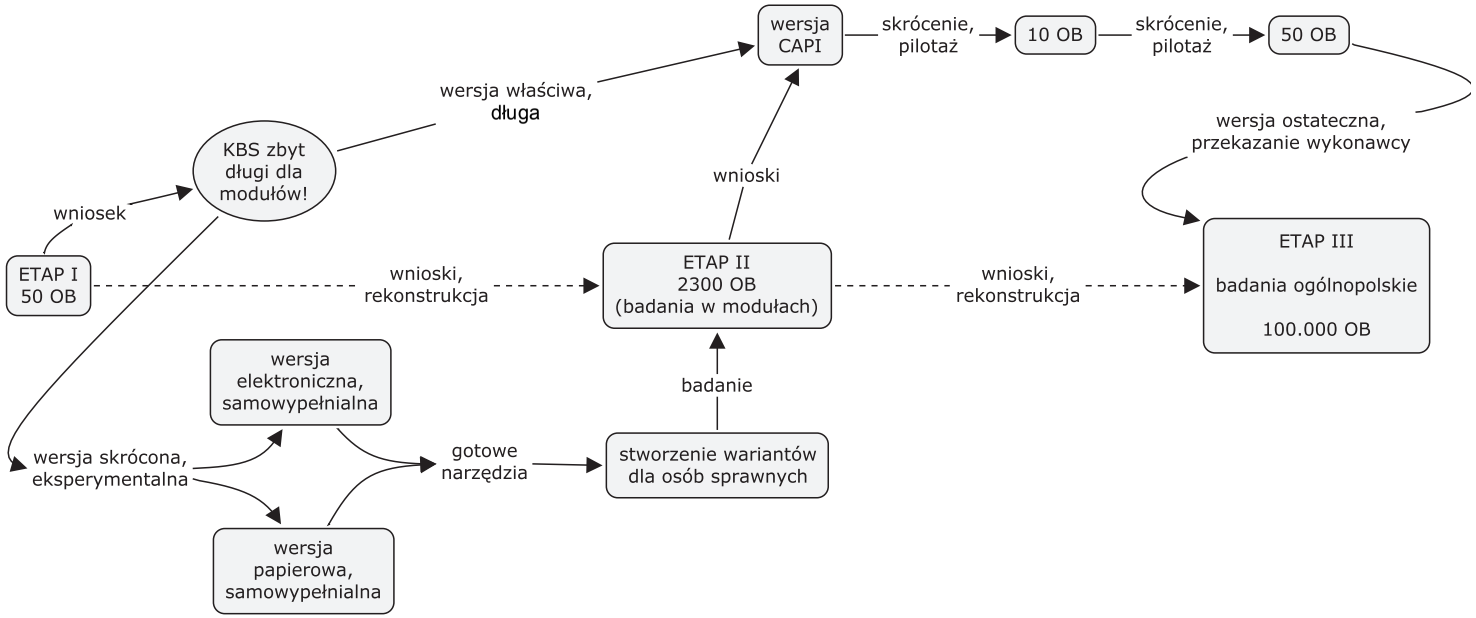
Obie wersje – dłuższa i krótsza – pozwalały na uzyskanie danych metryczkowych oraz szczegółowych informacji na temat niepełnosprawności (m.in. rodzaju i stopnia niepełnosprawności, wieku nabycia niepełnosprawności, jej odczuwanych skutków i doświadczanych w związku z tym problemów), aktywności społecznej, 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.

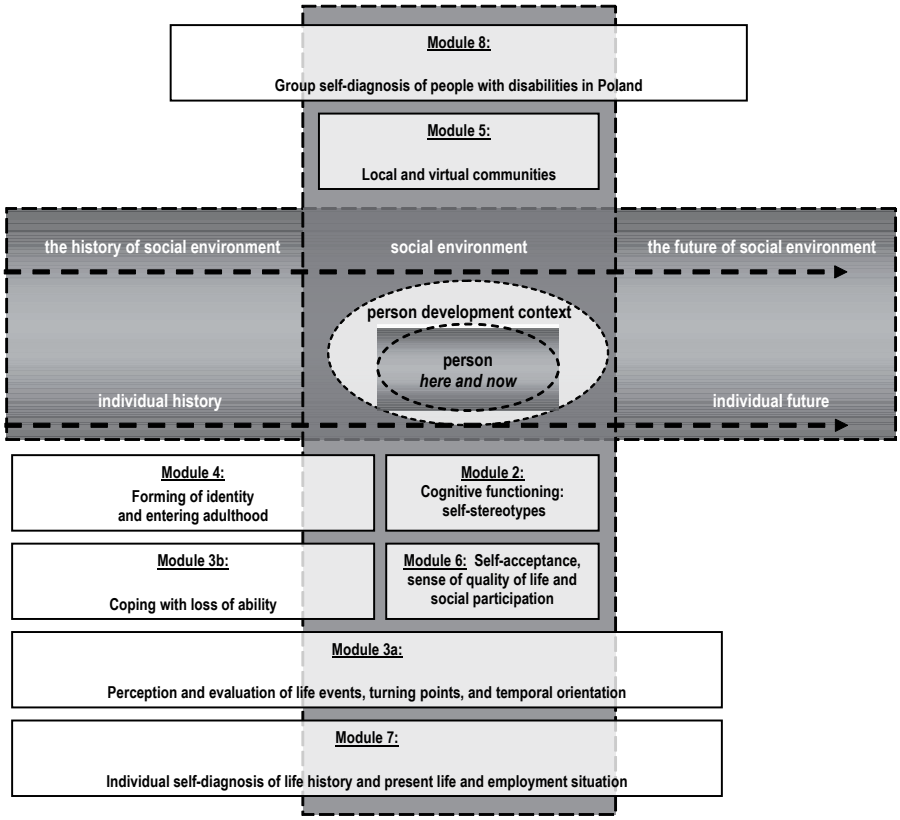


Fig. 1. Investigated areas and connections between them: horizontal (time context) and vertical perspective (environment context)

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.

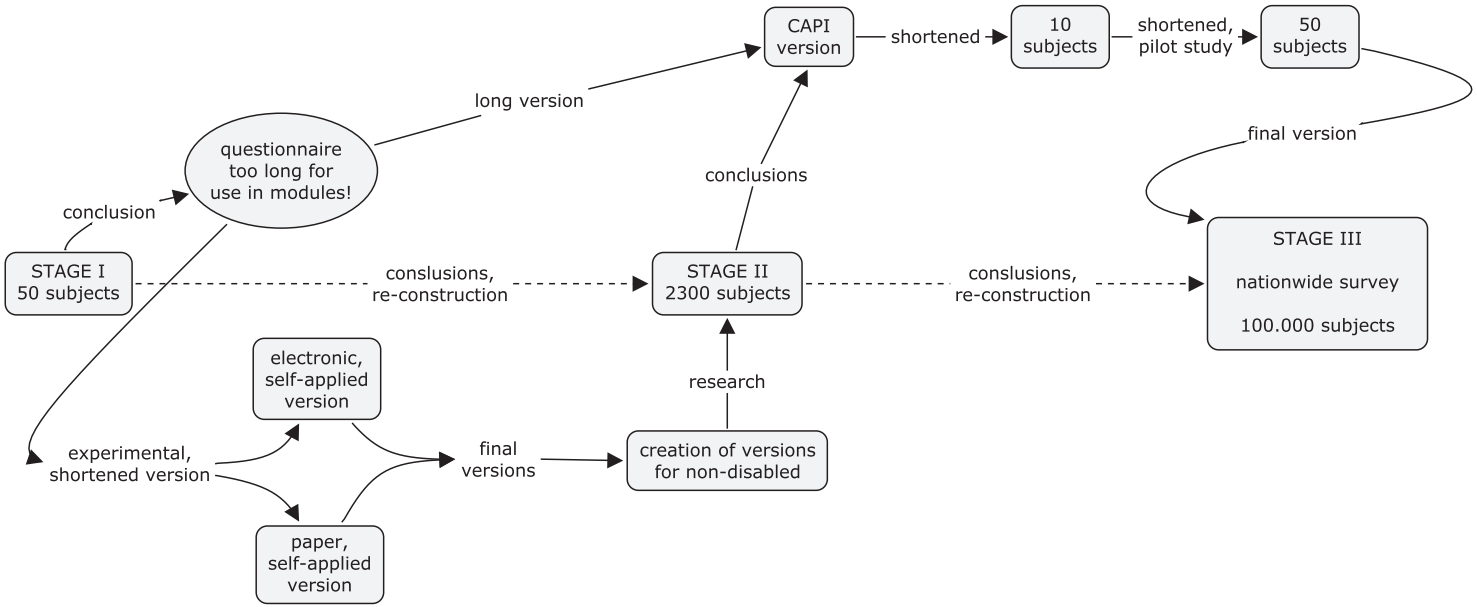


Fig. 2. Stages of questionnaire construction

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

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

Problem. Główną tezą leżącą u podstaw badań, których wyniki zostały tu zaprezentowane, jest twierdzenie, że w okresie przejściowym pomiędzy dzieciństwem a dorosłością najważniejszą kwestią, z jaką muszą sobie poradzić młodzi ludzie niezależnie od stanu ich zdrowia, jest zbudowanie własnej tożsamości oraz przekonania o własnej dorosłości. W rozwój tych kompetencji zaangażowane są zarówno wewnętrzne zasoby nagromadzone w trakcie całego życia, jak i aktualnie występujące czynniki charakteryzujące środowisko życia jednostki, takie jak praca zawodowa, posiadanie partnera, ograniczenie sprawności.

Metoda. W badaniach wzięły udział 824 osoby, w tym 447 z różnymi ograniczeniami sprawności oraz 377 sprawnych, w wieku od 18 do 35 lat. Badanych podzielono na pięć grup wiekowych: 18–20 lat, 21–23 lata, 24–26 lat, 27–29 lat oraz 30–35 lat. Uczestnicy badań zostali poproszeni o wypełnienie trzech kwestionariuszy mierzących: (1) wymiary tożsamości – eksploracja wszerz, eksploracja w głąb, eksploracja ruminacyjna, podejmowanie zobowiązania, identyfikacja ze zobowiązaniem – mierzone za pomocą belgijskiej Skali Wymiarów Rozwoju Tożsamości DIDS w adaptacji A.I. Brzezińskiej i K. Piotrowskiego, (2) wymiary poczucia dorosłości – poczucie samodzielności, gotowość do tworzenia związków intymnych i zawarcia małżeństwa, subiektywne poczucie dorosłości – mierzone za pomocą własnej Skali Poczucia Dorosłości, (3) poczucie koherencji mierzone Kwestionariuszem Orientacji Życiowej SOC-13.

Wyniki. Uzyskane wyniki wskazały, że między obiema grupami osób badanych oprócz licznych podobieństw istnieją także wyraźne różnice. Im starsi byli uczestnicy badań, tym mniejsza była ich koncentracja na eksploracji wszerz i w głąb, ale jedynie w grupie osób sprawnych zaobserwowano liniowy wzrost podejmowania zobowiązań i identyfikowania się z nimi, począwszy od wieku 24–26 lat. Doświadczanie trudności z formowaniem tożsamości (eksploracja ruminacyjna) okazało się niezależne od wieku osób badanych. Osoby niepełnosprawne, począwszy od 24.–26. roku życia, charakteryzowały się istotnie niższym poczuciem samodzielności. Różnice wystąpiły także pomiędzy różnymi grupami osób niepełnosprawnych. Duże nasilenie problemów z formowaniem się tożsamości i poczucia dorosłości związane było z gor-

szym stanem zdrowia oraz trudnościami z adaptacją do ograniczeń sprawności. Czynnikiem ochronnym w tym kontekście okazało się poczucie koherencji (cecha rozwijająca się głównie w okresie dzieciństwa i dorastania), którego wyższe natężenie zaobserwowano wśród osób lepiej zaadaptowanych do ograniczenia sprawności. Szczególnie wyraźnymi czynnikami wsparcia okazały się możliwość kontynuowania kształcenia po ukończeniu szkoły średniej oraz aktywność zawodowa. Silny związek pomiędzy tożsamością a wymiarami poczucia dorosłości wystąpił u osób po 24. roku życia. Tożsamość osób młodszych wydaje się stosunkowo niezależna od poczucia dorosłości.

Wnioski. Wyniki badań pozwoliły na określenie istotnych czynników odgrywających znaczącą rolę w procesie wkraczania w dorosłość. Szczególnie ważna jest akceptacja własnej niepełnosprawności, która współwystępuje z mniejszym natężeniem problemów z formowaniem tożsamości i wyższym poczuciem samodzielności. Oprócz tego subiektywnego stosunku do problemów zdrowotnych także ograniczenie zdolności do wykonywania codziennych czynności stanowi zmienną, którą należy brać pod uwagę, zwłaszcza projektując oddziaływania praktyczne skierowane do młodych osób z ograniczeniami sprawności.

Wnioskiem płynącym z przeprowadzonych badań jest wyodrębnienie okresu pomiędzy 24. a 26. rokiem życia jako ważnego punktu przełomowego w rozwoju młodych ludzi. To właśnie wtedy nasila się zagrożenie marginalizacją osób z ograniczeniami sprawności. W młodszym wieku badani nie przywiązują tak dużej wagi do obrazu siebie jako dorosłej jednostki, jest to czas poznawania, uczenia się i eksplorowania otoczenia. Wsparcie osób z niepełnosprawnościami w podejmowaniu dorosłych ról społecznych powinno więc objąć przede wszystkim osoby w wieku 24–26 lat oraz starsze, podczas gdy w okresie wcześniejszym należy jak największy nacisk położyć na aktywizację edukacyjną.

Abstract

Transition to adulthood. Identity and sense of adulthood in young people with limited abilities

Background. How is the concept of adulthood understood in modern psychology? When can a person be said to have stopped being a child and become an adult? How do Poles seek to answer the question: Who am I? Do people with disabilities encounter different problems on their path to adulthood than their non-disabled peers? The answers to these and many other questions were sought while preparing the present publication. The main thesis underlying the study, the results of which are presented here, is that the key issue which young people have to cope with in the transition period between childhood and adulthood, irrespective of their health condition, is forming a stable identity. Therefore, it is necessary for young adults to accumulate wide experience and extensive knowledge about the surrounding world and to be able to engage in social activities which give them genuine satisfaction. The scientific investigation focused on recognising factors which, on the one hand, might provide support for young people in the process of transition to adulthood or, on the other hand, which could be risky and impede the process.

Method. A total number of 447 persons with limited abilities and 377 persons without disabilities aged from 18 to 35 years participated in the study. The participants were asked to answer three questionnaires designed to assess the following psychological characteristics: (1) identity dimensions, (2) sense of adulthood dimensions, (3) sense of coherence.

Results. The study revealed that the age of 24–26 years constitutes an important period in the development of people with disabilities as differences between them and non-disabled persons begin to emerge. They are less certain what they want and, moreover, their level of self-dependence is lower. The factors which help the development of young disabled adults are in particular: (1) the possibility of continuing education after graduating from secondary school and (2) vocational activity. Persons who find fulfilment in these two areas experience fewer difficulties with the formation of identity and the sense of adulthood.

Conclusions. Our approach to the analysis of the research results of the issues concerning transition to adulthood of people with disabilities was not only scientific, but also aimed at creating practical solutions targeted at this group. Accepting one's disability is of paramount importance for the development of the disabled because it causes fewer problems with identity

formation and gives a higher level of self-dependence. Besides this subjective attitude to one's health condition, limitation of abilities which are needed to perform everyday activities is another variable which has to be taken into consideration when designing practical suggestions for young disabled people. An important conclusion that can be drawn from the study is recognising the time between 24 and 26 years of age as a decisive period in the development of young people. It is the time when the risk of marginalisation of people with disabilities intensifies. Respondents participating in the study who were younger did not attach such profound significance to their self-image as an adult individual since they spent the time getting to know, learning about, and exploring their environment. The support for people with disabilities who are assuming adult social roles should be offered, above all, to people aged 24–26 or older, whereas at earlier stages the emphasis should be laid on educational activation.