

Osoby z ograniczeniem sprawności na rynku pracy

Redakcja naukowa serii:

Anna Izabela Brzezińska

Tom 1

Anna Izabela Brzezińska
i Konrad Piotrowski

*Aktywność zawodowa osób
z ograniczeniem sprawności:
wyznaczniki społeczno-demograficzne
i osobowościowe*

Tom 2

Anna Izabela Brzezińska
i Konrad Piotrowski

*Wyznaczniki satysfakcji
z wykonywanej pracy osób
z ograniczeniem sprawności:
kompetencje i relacje*

Tom 3

Anna Izabela Brzezińska
i Radosław Kaczan

*Wychowanie do samodzielności:
kluczowy czynnik sukcesu zawodowego
osób z ograniczeniem sprawności*

Tom 4

Radosław Kaczan i Kamil Sijko
*Psychospołeczne skutki transformacji
ustrojowej a radzenie sobie osób
z ograniczeniem sprawności
na rynku pracy*

Tom 5

Iwona Bąbiak, Radosław Kaczan
i Karolina Smoczyńska

*Jaka pomoc i dla kogo?
Wsparcie indywidualne
i instytucjonalne a aktywizacja
zawodowa osób z ograniczeniem
sprawności*

Tom 6

Dorota Wiszejko-Wierzbicka

*Od samoakceptacji do aktywności?
Postawy wobec własnej
niepełnosprawności a aktywność
zawodowa*

Tom 7

Wojciech Łukowski
i Dorota Wiszejko-Wierzbicka

*Wizerunek aktywności zawodowej
osób z ograniczeniem sprawności.
Perspektywa biograficzna*

Tom 8

Anna Małgorzata Chodynicka,
Piotr Rycielski

*Inni czy podobni?
Charakterystyka osób
z ograniczeniem sprawności*

Dorota Wiszejko-Wierzbicka

Od samoakceptacji do aktywności?
Postawy wobec własnej niepełnosprawności
a aktywność zawodowa

Seria

Osoby z ograniczeniem sprawności na rynku pracy

tom 6



Warszawa 2008

Dorota Wiszejko-Wierzbička – *Od samoakceptacji do aktywności? Postawy wobec własnej niepełnosprawności a aktywność zawodowa*

© Copyright by the authors and for this edition by Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa 2008
All rights reserved.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie w całości lub we fragmentach jakąkolwiek techniką bez pisemnej zgody wydawcy zabronione.

Recenzenci:

prof. dr hab. *Stanisław Kowalik*, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu
dr *Krzysztof Puchalski*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera w Łodzi

Redaktor prowadzący: *Andrzej Łabędzki*

Korekta językowa: *Maria Laskowska*

Korekta: *Mariola Niedbał*

Redakcja techniczna: *Małgorzata Chmielewska*

Skład, łamanie, przygotowanie do druku: *Mater*

Projekt okładki: *Paweł Rosołek*



Publikacja powstała w ramach projektu
finansowanego przez Europejski Fundusz
Społeczny i Szkołę Wyższą Psychologii
Społecznej w Warszawie nr WUE/0041/IV/05
pt: *Psychospołeczne uwarunkowania aktywności
zawodowej osób niepełnosprawnych*



Serie wydawnicze przygotowane w ramach projektu pod redakcją prof. dr hab. Anny Izabeli Brzezińskiej – kierownika projektu:

Seria I *Osoby niepełnosprawne*

Seria II *Przeciw wykluczeniu z rynku pracy*

Seria III *Osoby z ograniczeniem sprawności na rynku pracy*

Wszystkie publikacje dostępne pod adresem: www.swps.edu.pl/new_www/efs/

ISBN 978-83-89281-49-4

Wydanie I

Wydawca:

Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”

ul. Chodakowska 19/31

03-815 Warszawa

tel. (+ 48 22) 870 62 24

e-mail: academica@swps.edu.pl

Spis treści

Wstęp	7
1. Postawy wobec własnej niepełnosprawności	11
1.1. Wprowadzenie	11
1.2. Postawa wobec własnej niepełnosprawności jako element obrazu samego siebie	12
1.3. Stosunek do własnej niepełnosprawności	17
1.4. Wyróżnione typy postaw wobec własnej niepełnosprawności	19
1.4.1. Postawa akceptacji	23
1.4.2. Postawa ambiwalentna	23
1.4.3. Postawa braku akceptacji w stosunku do własnej niepełnosprawności	24
1.5. Podsumowanie	25
2. Uwarunkowania postawy wobec własnej niepełnosprawności	27
2.1. Wprowadzenie	27
2.2. Czynniki wpływające na kształtowanie się postawy wobec własnej niepełnosprawności	27
2.2.1. Zmienne demograficzne a postawy wobec własnej niepełnosprawności	28
2.2.2. Cechy niepełnosprawności a postawy wobec własnej niepełnosprawności	31
2.2.3. Wychowanie jako źródło kształtowania się postaw wobec własnej niepełnosprawności	38
2.2.4. Kompetencje osobiste a postawy wobec własnej niepełnosprawności .	42
2.2.5. Aspiracje i chęć rozwoju a postawy wobec własnej niepełnosprawności	45
2.3. Podsumowanie	46
3. Postawy wobec własnej niepełnosprawności a aktywność zawodowa	47
3.1. Wprowadzenie	47
3.2. Obraz samego siebie jako źródło motywacji	51
3.3. Aktywność zawodowa a zadowolenie z życia	56
3.4. Przyczyny niepodejmowania pracy	57
3.5. Podsumowanie	60
4. Rekomendacje	63
4.1. Wprowadzenie	63
4.2. Zalecenia dla rodziców	64
4.3. Zalecenia dla lekarzy, psychologów, terapeutów	65

6 SPIS TREŚCI

4.4. Zalecenia dla doradców zawodowych i rehabilitantów	67
4.5. Zalecenia dla doradców życiowych	68
4.6. Zalecenia dla osób z ograniczoną sprawnością	69
Zakończenie	71
Literatura	72
Aneks: Podstawowe dane na temat projektu	73

Wstęp

Samoakceptacja może oznaczać zgodę na siebie takim, jakim się jest. Może także świadczyć o znajomości własnych mocnych i słabych stron. Wiedza ta jednak nie jest dana jednostce „z góry”. Ważnym jej źródłem jest otoczenie społeczne. Można powiedzieć, że człowiek poznaje siebie w toku codziennych interakcji, w kontaktach z innymi ludźmi. Przyjaciele, rodzina, znajomi są niczym lustro, w którym widzimy własne odbicie. Zdobywana w ten sposób wiedza, wzbogacana o autorefleksję, staje się fundamentem konstrukcji obrazu samego siebie. Powstawanie tego obrazu oraz jego podtrzymywanie jest ciągłym procesem definiowania własnego „ja”. Proces ten wiedzie przez meandry kryzysów oraz punktów zwrotnych, jakie napotykamy na drodze własnego rozwoju.

„Tożsamość jest projektem refleksyjnym, za który jednostka jest odpowiedzialna (...). **Jesteśmy nie tym, czym jesteśmy, ale tym, co z siebie zrobimy** (podkreślenie moje – D.W-W.). (...) istnieją psychologiczne procesy kształtowania własnej osobowości i potrzeby psychologiczne, które dostarczają kryteriów reorganizacji osobowości. Jednakże poza tym to, kim stanie się jednostka, wynika ze starań zmierzających do jej rekonstrukcji. Oznacza to więcej niż po prostu «lepsze poznanie samego siebie». Samopoznanie jest podporządkowane szerszemu i bardziej funkcjonalnemu celowi, jakim jest wytwarzanie i odtwarzanie spójnego i satysfakcjonującego poczucia tożsamości.”

Giddens, 2006, s. 106

Ważnym kontekstem, na tle którego może być kształtowany, a także podtrzymywany obraz samego siebie, jest środowisko pracy. Praca w życiu współczesnego człowieka odnosi się do wielu sfer codziennego funkcjonowania. Zaspokaja potrzeby – zarówno te, które są uważane za podstawowe, np. bezpieczeństwo, potrzeba przynależności (por. Maslow, 2007), jak i „wyższe”, np. zdobywanie szacunku czy możliwość rozwoju osobistego.

Aktywność zawodowa, jako ważna sfera życia człowieka, doceniana jest również w procesie rehabilitacji osób z ograniczoną sprawnością. Zatrudnienie w przypadku tych osób, a zwłaszcza, jak akcentują niektórzy (m.in. Saunders, Leahy, Frank, 2000) – towarzyszenie im w zdobywaniu i utrzymaniu pracy może być traktowane jako główne źródło sukcesu rehabilitacji.

Podjęcie aktywności zawodowej w przypadku osób z niepełnosprawnością wrodzoną lub nabytą w dzieciństwie czy w okresie dorastania pozwala (zwłaszcza jeśli odnosi się ona do otwartego rynku pracy) na realizację postulatów integracji społecznej oraz budowanie własnej tożsamości. Z kolei w odniesieniu do osób, które później stały się niepełnosprawne i mają już za sobą doświadczenie zawodowe, powrót do pracy (choć często na innych niż wcześniej warunkach) umożliwia rekonstrukcję własnej tożsamości.

Co osoba niepełnosprawna zyskuje dzięki aktywności zawodowej i czego może dowiedzieć się o sobie samej podejmując pracę?

*To chyba to, że... jeśli chodzi o ewaluację (praca respondentki polega na przeprowadzaniu ewaluacji programów unijnych – przyp. autorki), to to, że ktoś tak naprawdę docenia to, co robię, i uważa, że robię to dobrze, prawda. To jest dla mnie taka **satysfakcja**, że nie mając doświadczenia w zakresie ewaluacji potrafiłam zrobić ewaluację (śmiech), krótko mówiąc, bo to był dla mnie sprawdzian, no i tak jak mówię, w tej chwili **zdozymałam doświadczenie**, i w przyszłości, no wiadomo, w momencie, kiedy wykażę, że mam... (...). No, bo przy żadnej pracy nie miałam doświadczenia, to było **wyzwanie** dla mnie, żeby się sprawdzić..., żeby się móc..., żeby pokazać... żeby zdobyć raz – doświadczenie, a dwa – **pokazać sobie samej**, że mogę (...). Informacja dla mnie, że nie ma rzeczy niemożliwych, że **wszystkiego się można nauczyć w życiu**, jeżeli się tego bardzo chce.*

Fragment wypowiedzi z wywiadu indywidualnego,
przeprowadzonego podczas badania.
Kobieta, lat 27, wykształcenie wyższe,
osoba z ograniczoną sprawnością ruchową

W takim rozumieniu aktywność zawodowa może odgrywać ważną rolę w kształtowaniu się i podtrzymywaniu wizerunku własnego „ja”. Aktywizację zawodową można zatem rozpatrywać jako „dobry kontekst” do tego, aby osoba z ograniczoną sprawnością miała możliwość zbudowania pozytywnego wizerunku własnej osoby, przekonując się o własnych umiejętnościach czy zaradności. Idąc zaś dalej tym tropem – być może nawet łatwiej jej zaakceptować własną niepełnosprawność wtedy, gdy pracuje.

W wyniku przeprowadzonego badania¹ okazało się, że **ponad połowa osób, które pracują zawodowo, akceptuje swoją niepełnosprawność, podczas gdy wśród osób biernych zawodowo jest to tylko 19%**.

W opracowaniu tym zamierzam skoncentrować się na przedstawieniu związków, jakie zachodzą pomiędzy różnymi postawami wobec własnej niepełnosprawności a niektórymi własnościami objętych badaniem osób z ograniczeniem sprawności.

¹ Opis wszystkich etapów naszych badań zawiera *Aneks*. Patrz także: nasza strona internetowa www.swps.edu.pl/new_www/efsl/

Zanim przejdę do omówienia planu niniejszej książki, chciałabym zaznaczyć, że jest ona adresowana do osób profesjonalnie zajmujących się problematyką niepełnosprawności: personelu medycznego, rehabilitantów, doradców zawodowych, ale także do osób z ograniczoną sprawnością oraz ich otoczenia: rodzin, partnerów, bliskich. Przedstawione zaś w niej wyniki są punktem wyjścia do sformułowania konkretnych zaleceń praktycznych.

Na początku odniosę się do czynników, które mogą mieć wpływ na powstanie oraz charakterystykę obrazu samego siebie:

- a) **czynniki demograficzne:** wiek, wykształcenie, stan cywilny,
- b) **cechy niepełnosprawności:** moment nabycia niepełnosprawności, jej rodzaj i stopień – umiarkowany lub znaczny,
- c) **cechy osobowości:** umiejscowienie kontroli, impulsywność, wytrzymałość oraz aspiracje i chęć rozwoju.

Analizie poddam również pewne aspekty wychowania, które mogą, jak sądzę, mieć wpływ na ukształtowanie się określonej postawy względem własnej niepełnosprawności.

Wszystkie te czynniki wydają się ważne w procesie kształtowania się wizerunku własnego „ja”. Mimo że w indywidualnych przypadkach różne kombinacje powyższych czynników prowadzą do powstania niepowtarzalnej konstrukcji obrazu samego siebie, postaram się uwydatnić pewne prawidłowości, które ważą na pojawieniu się takiej, a nie innej postawy względem siebie i własnej niepełnosprawności (rozdziały 1 i 2).

W rozdziale 3 odniosę się do aktywności zawodowej i w tym kontekście będę chciała sprawdzić, w jakim stopniu określone postawy wobec własnej niepełnosprawności korespondują z takimi zmiennymi, jak: aspiracje, chęci rozwoju i pracy. Przedstawię także najczęściej wymieniane powody, dla których osoby z ograniczoną sprawnością nie podejmują aktywności zawodowej.

Na koniec zaś będę chciała sprawdzić, jaki jest związek między postawą akceptacji oraz aktywnością zawodową a zadowoleniem z życia:

- czy zatrudnienie i aktywność w sferze zawodowej jest koniecznym warunkiem szczęścia i akceptacji samego siebie?
- czy osobom, które akceptują siebie takimi, jakimi są, łatwiej jest odnaleźć się na rynku pracy?
- a może to fakt zatrudnienia powoduje, że łatwiej jest zaakceptować własną niepełnosprawność?

Na te i inne pytania, jakie wyłoniły się w trakcie prezentowanych analiz, postaram się odpowiedzieć w niniejszej pracy.

Dorota Wiszejko-Wierzbicka

Warszawa, styczeń 2008 roku

Postawy wobec własnej niepełnosprawności

1.1. Wprowadzenie

Niepełnosprawność przyczynia się do określonego postrzegania własnego ciała, co w sposób bezpośredni wpływa na kształtowanie ja-cieleśnego (szerzej: Kowalik, 2007). Choroba bądź uszkodzenie ciała wiąże się jednak nie tylko ze specyficzną percepcją organizmu. Przyczynia się do kształtowania bardziej uogólnionego pojęcia własnego „ja”. Jest to zarówno wiedza na temat własnych możliwości, jak i emocjonalny stosunek do samego siebie. Fakt ograniczenia sprawności może być „oswojonym” i akceptowanym elementem tej wiedzy. Z drugiej natomiast strony – niechcianym i odrzucanym. Te dwie bardzo różne sytuacje stanowią przejaw odmiennych postaw wobec własnej niepełnosprawności.

Definicje „ja”

W literaturze przedmiotu terminologia związana z „ja” obejmuje: koncepcję „ja” (*self concept*), wizerunek „ja” (*self image*), samoocenę (*self-esteem*), obraz samego siebie (*self-representation*), schematy „ja” (*self-schemas*) oraz samoakceptację i jeszcze kilka innych terminów, które nie zostały tutaj wymienione. Niektóre z nich stosowane są zamiennie, jak na przykład – obraz samego siebie oraz wizerunek „ja”. Inne znów odnoszą się do koncepcji, z których się wyłoniły (np. koncepcja *possible selves* Markus).

Wielość definicji tych terminów prowadzi niekiedy do dezorientacji, jak pisze Susan Hunter (Hunter, 1999, s. 3), jedna z badaczek przedmiotu. Jej propozycja dotyczy rozróżnienia pomiędzy terminami odnoszącymi się do opisu „ja” (kim jestem) oraz tymi, które stosowane są w kategoriach oceny (jaki/jaka jestem, np. na ile „w czymś dobry/dobra”).

Odnosząc się do powyższego rozróżnienia (opis *versus* ocena), chciałabym zaznaczyć, że w dalszej części tego opracowania terminy: obraz samego siebie, wizerunek „ja” oraz postrzeganie samego siebie – jako terminy

opisujące „ja” – będą stosowała zamiennie, podobnie jak pojęcia: samoakceptacja, akceptacja samego siebie, które dotyczą oceny, czyli stosunku emocjonalnego do samego siebie.

1.2. Postawa wobec własnej niepełnosprawności jako element obrazu samego siebie

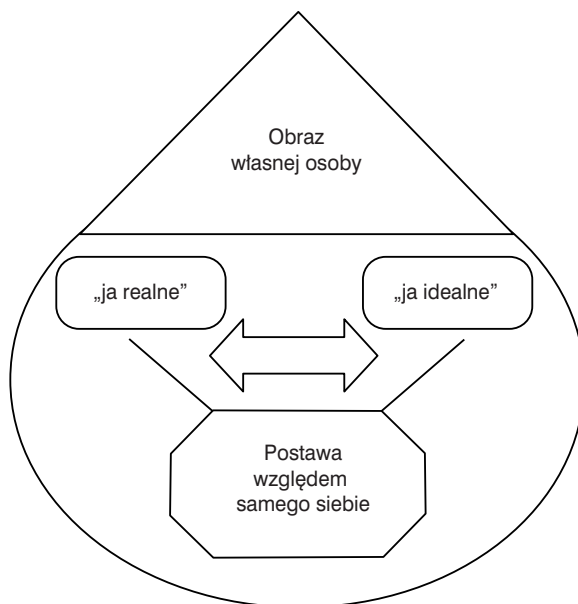
Obraz samego siebie można scharakteryzować jako system poglądów i zbiór informacji o posiadanych cechach, możliwościach, zdolnościach czy umiejętnościach, któremu towarzyszą: samoocena, poczucie własnej wartości oraz informacje tworzące ideał własnej osoby – „ja idealne” (por. Majewicz, 2002). Z przytoczonego opisu wynika, że obok „ja realnego”, czyli zasobu wiedzy na temat własnej osoby, jednostka konstruuje jeszcze jeden, wyidealizowany obraz siebie, nazywany „ja idealne”. Odnosi się ono do tego, kim osoba chciałaby być – jakie cechy posiadać, w jaki sposób wyglądać i jak się zachowywać (rys. 1.).

W jaki sposób dochodzi do wyłonienia się „ja idealnego”?

W trakcie socjalizacji dziecko internalizuje, czyli włącza do systemu „ja” oczekiwania ważnych osób bliskich. Stają się one czymś w rodzaju „przewodnika”, który umożliwia porównania pomiędzy tym, jakim się jest, a tym, jakim chce się być. Biorąc pod uwagę ów mechanizm łatwo sobie wyobrazić, że zbyt wysokie oczekiwania rodziców w stosunku do dziecka mogą skutkować ukształtowaniem się wysokich standardów „ja idealnego”, przy równoczesnym poczuciu bezradności dziecka wobec niskich możliwości ich realizacji. Owe standardy mogą ukształtować się także pod wpływem oczekiwań ze strony szerszej rozumianego otoczenia społecznego.

Z badań Susan Harter (1993) wynika, że wysokie oczekiwania kulturowe co do atrakcyjności wyglądu zewnętrznego przyczyniają się do powstania dużego dystansu pomiędzy „ja realnym” i „ja idealnym”, co z kolei może obniżyć poczucie własnej wartości i doprowadzić do wystąpienia negatywnych reakcji emocjonalnych (za: Harter, 1999, s. 144).

Zwykle „ja realne” i „ja idealne” dzieli pewna odległość. Dystans pomiędzy tymi dwoma obrazami u różnych osób jest inny. Im rozbieżność pomiędzy „ja realnym” i „ja idealnym” jest większa, tym mniejszej można spodziewać się samoakceptacji oraz niższej samooceny. Niski poziom akceptacji samego siebie może zatem wskazywać na dużą rozbieżność pomiędzy „ja realnym” i „ja idealnym”. Innymi słowy – niezadowoleniu z obrazu własnej osoby zwykle towarzyszy wyobrażenie na temat tego, jakim chciałoby się być. Pożądanym obrazem siebie samego



Rys. 1. Elementy składające się na obraz samego siebie

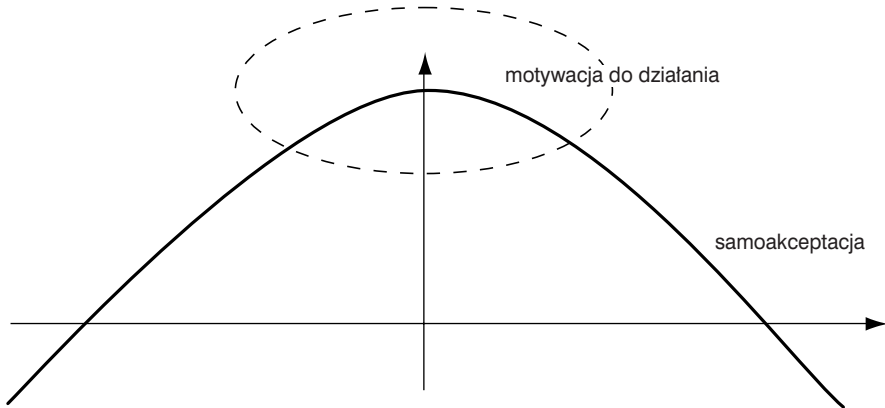
Źródło: opracowanie Dorota Wiszejko-Wierzbicka

może stać się wyzwaniem dla jednostki, która formułując cele i podejmując aktywność, nakierowaną na ich realizację, zbliża się do jego spełnienia.

Można zatem mówić o regulacyjnym aspekcie samoakceptacji (Reykowski, 1986). Poziom samoakceptacji może wyzwalać motywację do działań, mających na celu poprawę własnego wizerunku. Przeprowadzone badania w tym zakresie wskazują:

Zarówno zbyt duża, jak i zbyt mała rozbieżność pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym” hamuje motywację do działania, zmieniającego własny wizerunek na bardziej korzystny ze względu na nieoptymalne napięcie, jakie ta różnica wywala.

W pierwszym wypadku można powiedzieć, że „poprzeczka” stawiana jest zbyt wysoko, co powoduje, że szanse na sukces i oczekiwaną zmianę obrazu samego siebie oceniane są nisko. W sytuacji zaś zbyt małej rozbieżności pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym”, czyli w przypadku wysokiej samooceny i dużej akceptacji samego siebie, napięcie jest za słabe, aby wyzwolić aktywność jednostki. Tę krzywoliniową zależność przedstawia rys. 2.



Rys. 2. Poziom samoakceptacji a motywacja do działania

Źródło: opracowanie Dorota Wiszejko-Wierzbicka

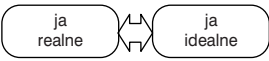
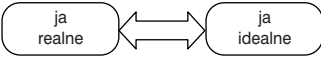
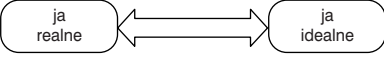
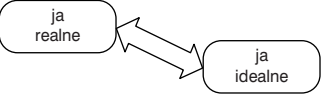
Z powyższych rozważań wynika, że zbyt niski lub za wysoki poziom samoakceptacji może przyczynić się do zmniejszenia bądź zaniechania aktywności jednostki w kierunku jej dalszego rozwoju.

Reasumując, można powiedzieć, że każdy ma określony obraz samego siebie, do którego ma stosunek emocjonalny – może się akceptować bądź nie. Obraz ten kształtuje się od najmłodszych lat w kontekście zdobywania kolejnych doświadczeń oraz interakcji interpersonalnych, które dostarczają nam wiedzy na temat samych siebie. Od tego, w jaki sposób spostrzegamy siebie i czy to, co wiemy na swój temat, daleko odbiega od tego, jakimi chcielibyśmy być, zależy, jak wiele wkładamy trudu w swój rozwój.

Do tego, by nasz rozwój przebiegał bez zakłóceń, najbardziej pożądanym jest optymalny (czyli nie za wysoki ani też nie za niski) poziom samoakceptacji. Skąd wiadomo jednak, jaki poziom samoakceptacji jest optymalny? Zapewne w poszczególnych wypadkach wygląda to odmiennie, ogólnie jednak można przypuszczać, że „optymalny” w tym wypadku oznacza taki, który wyzwala motywację do działania. Ponadto należałoby zastanowić się, jakie cechy powinien zawierać obraz samego siebie, do którego dążymy, owo „idealne ja”, aby z jednej strony nie wydawał się on nieosiągalny, z drugiej zaś – zbyt banalny.

Rozbieżność pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym”

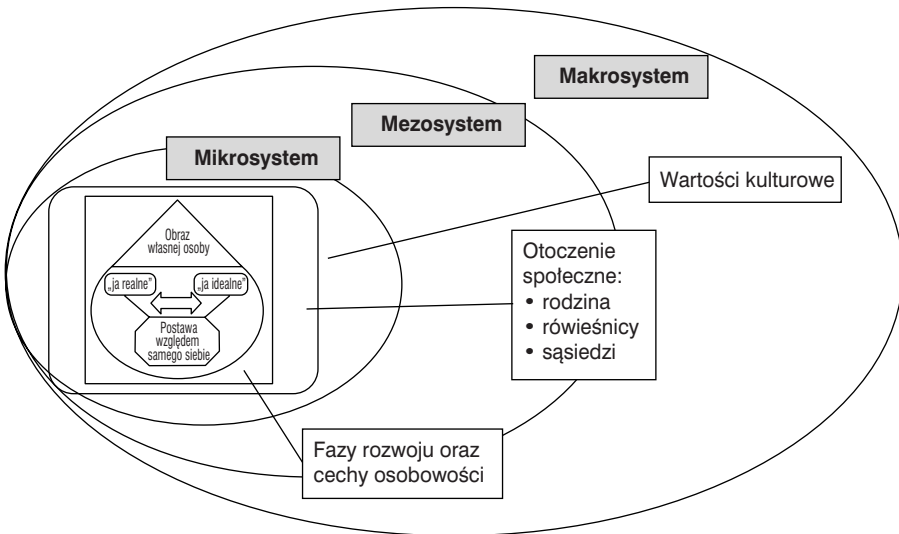
Obraz samego siebie odnosi się zarówno do stanu obecnego „ja”, opisywanego w kategoriach posiadanych przez podmiot atrybutów, jak i wyobrażenia stanu pożądanego „ja”, czyli do tego, jaką jednostką chciałaby być. Odległość pomiędzy obecnym a pożądanym stanem może być różna w indywidualnych przypadkach. Ogólnie można mówić o „różnych odległościach” rozciągających się pomiędzy stanem braku takiej różnicy, czyli: „jestem jaki jestem i nie zamierzam nic zmieniać” (wysoka samoakceptacja), a sytuacją, gdzie różnica ta jest duża: „chcę być zupełnie inny, niż jestem obecnie”, co implikuje brak akceptacji dla siebie takiego, jakim się jest w czasie teraźniejszym. Z opisu tego można wnioskować, że osoba, która mogłaby wypowiedzieć pierwsze zdanie, nie zamierza nic zmieniać w obrazie samego siebie. Wydaje się natomiast, że osoba wypowiadająca drugie zdanie chciałaby zmienić w sobie wszystko. Obydwie sytuacje można odczytać jako swego rodzaju skrajności. W pierwszej bowiem trudno mówić o jakiegokolwiek rozbieżności, podczas gdy w drugiej – jest ona bardzo duża. Ma to swoje implikacje w motywacji do działania. „Zupełny brak «rozbieżności» daje w efekcie stan, który znamy jako monotonię czy nudę. (...) Człowiek jest tak urządzony, że dla prawidłowego funkcjonowania musi pozostawać w stanie pewnego pobudzenia, a takie pobudzenie powstaje dzięki «rozbieżności»”. (Reykowski, 1970, s. 100). Przytoczony cytat odnosi się wprawdzie do powstawania motywacji w kontekście potrzeb, wydaje się jednak, że brak rozbieżności w przypadku obecnego i pożądanego stanu „ja” może przyczyniać się do braku motywacji w kierunku własnego rozwoju. Z drugiej strony, zbyt duża odległość pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym” może zniechęcać do podjęcia jakiegokolwiek działania. W jaki sposób dochodzi do ustalenia się owych różnic i jaka może być ich geneza w poszczególnych przypadkach? Hipotetyczne kierunki w zakresie wychowania, które – jak wynika z literatury przedmiotu (np. Harter, 1999) – przekłada się na formowanie obrazu samego siebie oraz konsekwencje różnych konfiguracji na płaszczyźnie relacji „ja realne”/„ja idealne”, przedstawia poniższy schemat:

Fundamenty	Obraz samego siebie	Konsekwencje
<ul style="list-style-type: none"> - nadopiekuńczość rodziców - brak wzorców, mogących stanowić wyzwanie 	 <p style="text-align: center;">Mała różnica pomiędzy „ja realne” a „ja idealne”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - brak motywacji - wysoka samoocena - niechęć do zmiany
<ul style="list-style-type: none"> - zachęcanie przez rodziców do podejmowania wyzwań 	 <p style="text-align: center;">Optymalna różnica pomiędzy „ja realne” a „ja idealne”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - wysoka motywacja - umiarkowana samoocena
<ul style="list-style-type: none"> - krytyczni rodzice - zawyżone standardy, którym trudno sprostać 	 <p style="text-align: center;">Zbyt duża różnica pomiędzy „ja realne” a „ja idealne”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - niska motywacja (w skrajnych przypadkach – depresja) - niska samoocena
<ul style="list-style-type: none"> - brak wsparcia ze strony otoczenia - deprecjacja/niechęć do kształtowanego wizerunku „ja” 	 <p style="text-align: center;">Zadowolenie z „ja realnego” przewyższa „ja idealne”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nieadekwatność - „sztuczne” podtrzymywanie samoakceptacji

Obraz samego siebie zmienia się w ciągu życia, podobnie jak zmienia się otoczenie, a także sam człowiek w toku indywidualnego rozwoju.

Postawa względem samego siebie może zmieniać się w zależności od nabywanych przez jednostkę indywidualnych doświadczeń.

Doświadczenia te mogą zrodzić się w relacjach z rodziną, rówieśnikami, partnerem, środowiskiem zawodowym, otoczeniem społecznym itp. Na definiowanie obrazu samego siebie mogą oddziaływać także szeroko rozumiane zmiany społeczne oraz kulturowe. Ogólnie rzecz biorąc można powiedzieć, że na kształtowanie się oraz podtrzymanie obrazu własnej osoby oddziałują czynniki związane z mikrosystemem, mezosystemem oraz makrosystemem, w jakich funkcjonuje jednostka (rys. 3).



Rys. 3. Czynniki wpływające na kształtowanie się obrazu samego siebie

Źródło: opracowanie Dorota Wiszejko-Wierzbicka

Z rysunku 3. wynika, że na kształtowanie się obrazu samego siebie oddziałuje wiele różnych czynników, które, mimo że nazwane wspólną etykietą, np. „rodzina” czy „wartości kulturowe”, mogą oddziaływać w bardzo indywidualny sposób. Ich działanie w poszczególnych przypadkach przyczynia się do powstania niepowtarzalnego **obrazu „ja”**.

Obraz „JA” to zbiór uporządkowanych informacji, przekonań i poglądów na własny temat, zawierający również komponent emocjonalnego stosunku do siebie samego.

Na kształtowanie się obrazu samego siebie obok czynników wymienionych powyżej mogą mieć wpływ także indywidualne doświadczenia jednostki. Takim doświadczeniem może być pojawienie się w jej życiu niepełnosprawności. Fakt ograniczenia sprawności można wpisać w krąg zmiennych, przynależących do obszaru mikrosystemu, który w sposób bezpośredni wpływa na kształtowanie się obrazu samego siebie. Pośrednio zaś rzutuje na charakter relacji z pozostałymi dwoma obszarami: mezo- i makrosystemem. Można tu mówić o swego rodzaju „sprzężeniu zwrotnym”. Z jednej strony jednostka czerpie z wymienionych dwóch systemów wiedzę na temat samej siebie, by zbudować obraz własnego „ja”. Z drugiej strony ów obraz powoduje, że w określony sposób postrzega ona to, co ją otacza. To z kolei determinuje sposób, w jaki funkcjonuje w świecie.

Przykładowo, jeżeli osoba otrzymuje w przeważającej części pozytywne informacje na swój temat, taki też buduje swój wewnętrzny wizerunek. Powoduje to, że jej stosunek do świata jest również pozytywny, co pozwala jej podejmować działania i w ich efekcie spodziewać się raczej pozytywnych wyników. Postawa względem samego siebie jest zatem po części efektem oddziaływania otoczenia, które ją w nas kształtuje i umacnia.

1.3. Stosunek do własnej niepełnosprawności

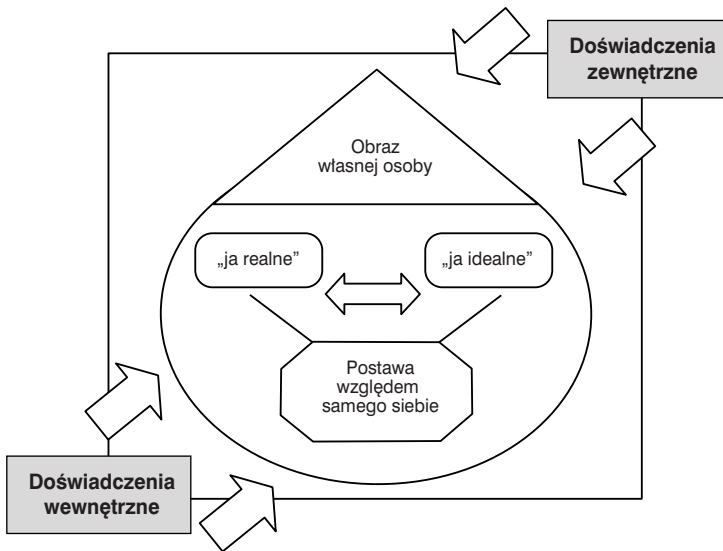
Osoby z ograniczoną sprawnością w różny sposób odnoszą się do swojej sytuacji zdrowotnej. Ich stosunek do własnej niepełnosprawności zwykle jest wypadkową wielu czynników. Pytając o poziom samoakceptacji trzeba mieć na uwadze zarówno sytuację związaną z ogólnymi prawami, np. rozwojowymi, które dotyczą zarazem pełnosprawnych i niepełnosprawnych (np. w okresie dojrzewania można spodziewać się ogólnie niskiego poziomu samoakceptacji), jak i kwestie związane z samą niepełnosprawnością, np. momentem nabycia niepełnosprawności (być może osoba niedawno nabyła niepełnosprawność i jeszcze nie zaadaptowała się do nowej sytuacji).

Tematyka akceptacji własnej niepełnosprawności nie jest szczególnie bogato opisywana w literaturze przedmiotu. „W ramach psychologii rehabilitacji nie prowadzono zbyt wielu badań empirycznych nad problemem akceptacji siebie i samocena osób niepełnosprawnych. Większość z nich wykonano w latach sześćdziesiątych, a wnioski, jakie z nich wynikały, okazały się niejednoznaczne” – pisze Stanisław Kowalik (2007, s. 86). Z pracy tego autora można dowiedzieć się także, że badania wykazywały, iż osoby niepełnosprawne posiadają czasem niższy, a innym razem znów wyższy poziom samoakceptacji w porównaniu z populacją osób

pełnosprawnych. Wyjaśnieniem tej niejednoznaczności w doniesieniach z badań może być fakt ulegania obrazu „ja” ciągłym modyfikacjom (np. pod wpływem nowo nabytych doświadczeń czy dynamiki zmian osobowościowych).

Obraz samego siebie powstaje w procesie ciągłych zmian, jakie zachodzą na styku zewnętrznych doświadczeń i wewnętrznej ewolucji jednostki.

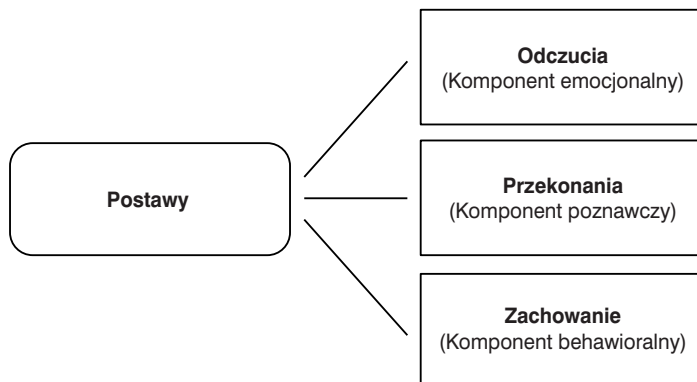
Doświadczenie niepełnosprawności zastaje jednostkę w różnych sytuacjach, na różnych etapach jej życia (rys. 4).



Rys. 4. Źródła doświadczeń oddziałujących na kształtowanie się obrazu samego siebie
Źródło: opracowanie Dorota Wiszejko-Wierzbicka

Wpływ różnych czynników powoduje ukształtowanie się specyficznej postawy². Zawiera ona komponent emocjonalny, poznawczy oraz behawioralny. Stosunek do własnej niepełnosprawności może zatem przejawiać się na trzech różnych płaszczyznach odnoszących się do tego, co osoba czuje w związku ze swoją niepełnosprawnością, co na ten temat myśli, czyli jakie formułuje osobiste przekonania, a także, w jaki sposób wpływa to na jej zachowanie i działania.

² Według definicji G. W. Allporta postawa jest „umysłowym i nerwowym stanem gotowości, zorganizowanym przez doświadczenie, a wywierającym kierowniczy czy też dynamiczny wpływ na reakcję jednostki w stosunku do wszystkich przedmiotów i sytuacji, z którymi jest związana”. (Attitudes, w: G. Murchison (red.). (1935). *Handbook of social psychology*, Worcester, s. 810). Szersze omówienie tego terminu można znaleźć w: Mika, 1984.



Rys. 5. Komponenty postaw

Źródło: opracowanie Dorota Wiszejko-Wierzbicka

Postawy w takim rozumieniu można traktować jako uwewnętrzniony mechanizm reagowania na określone sytuacje zewnętrzne, zbiór cech psychicznych, które predysponują osobę do określonego stylu reagowania w różnych sytuacjach. To, w jaki sposób osoba myśli na temat swojej niepełnosprawności, co odczuwa, wpływa na jej funkcjonowanie: „Przystosowanie się jednostki do życia z niepełnosprawnością łączy się ściśle z wytyczaniem przez nią odpowiednich celów i podejmowaniem działań dla ich osiągnięcia. To, jakie cele jednostka przyjmie, do czego będzie dążyć, zależy przede wszystkim od tego, jakie jest jej pojęcie o sobie i własnych możliwościach.” (Drozd, 1999).

1.4. Wyróżnione typy postaw wobec własnej niepełnosprawności

Wśród osób z ograniczeniem sprawności można zaobserwować trzy różne postawy wobec własnej niepełnosprawności: postawę akceptacji, ambiwalencji oraz braku akceptacji. Postawy te wyłoniły się w wyniku przeprowadzonej analizy³ w odniesieniu do bloku stwierdzeń poświęconych ocenie swojego stanu zdrowia.

³ Trzy typy postaw wyłoniły się na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej – zastosowano metodę analizy skupień wg procedury k-średnich.

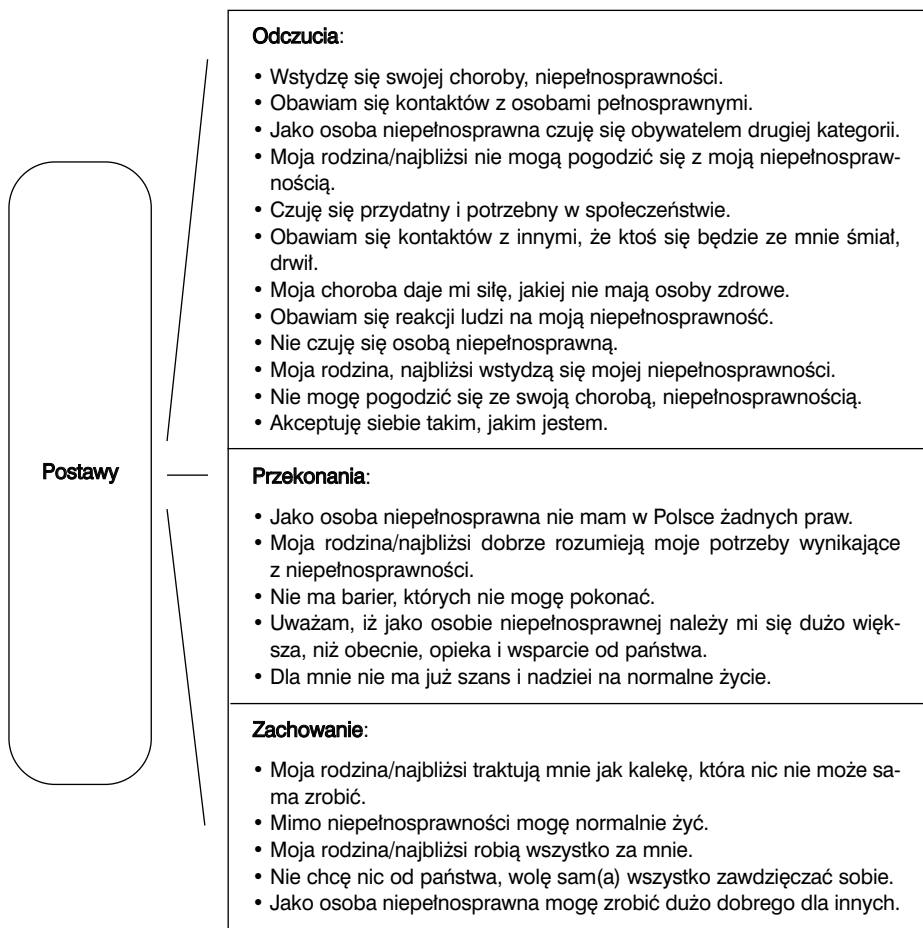
Pytanie zadawane wszystkim respondentom:

Osoby niepełnosprawne różnie oceniają swoją chorobę i swój stan zdrowia. W jakim stopniu zgadza się Pan(i) lub nie zgadza z następującymi stwierdzeniami (Ocena dokonywana na 4-stopniowej skali, gdzie 1 – „Zdecydowanie się nie zgadzam”, natomiast 4 – „Zdecydowanie się zgadzam”):

- Wstydzę się swojej choroby, niepełnosprawności.
- Moja rodzina/najbliżsi traktują mnie jak kalekę, która nic nie może sama zrobić.
- Jako osoba niepełnosprawna nie mam w Polsce żadnych praw.
- Obawiam się kontaktów z osobami pełnosprawnymi.
- Moja rodzina/najbliżsi dobrze rozumieją moje potrzeby wynikające z niepełnosprawności.
- Nie ma barier, których nie mogę pokonać.
- Jako osoba niepełnosprawna czuję się obywatelem drugiej kategorii.
- Moja rodzina/najbliżsi nie mogą pogodzić się z moją niepełnosprawnością.
- Mimo niepełnosprawności mogę normalnie żyć.
- Czuję się przydatny i potrzebny w społeczeństwie.
- Uważam, iż jako osobie niepełnosprawnej należy mi się dużo większa, niż obecnie, opieka i wsparcie od państwa.
- Moja rodzina, najbliżsi robią wszystko za mnie.
- Nie chcę nic od państwa, wolę sam(a) wszystko zawdzięczać sobie.
- Dla mnie nie ma już szans i nadziei na normalne życie.
- Obawiam się kontaktów z innymi, że ktoś się będzie ze mnie śmiał, drwił.
- Moja choroba daje mi siłę, jakiej nie mają osoby zdrowe.
- Obawiam się reakcji ludzi na moją niepełnosprawność.
- Jako osoba niepełnosprawna mogę zrobić dużo dobrego dla innych.
- Nie czuję się osobą niepełnosprawną.
- Nie mogę pogodzić się ze swoją chorobą, niepełnosprawnością.
- Moja rodzina, najbliżsi wstydzą się mojej niepełnosprawności.
- Akceptuję siebie takim, jakim jestem.

Powyższe stwierdzenia można uporządkować w odniesieniu do trzech wymienionych wcześniej obszarów, które konstytuują postawę: emocjonalnego, poznawczego oraz behawioralnego. W celu lepszego opisanego każdej z wyróżnionych trzech postaw sporządzony został schemat przyporządkowania⁴ poszczególnych stwierdzeń do obszaru odczuć, myśli oraz zachowań, jakie deklarowali respondenci (patrz rys. 6).

⁴ Przedstawione przyporządkowanie opracowałam na potrzeby niniejszej analizy *post factum*, co oznacza, że w momencie przeprowadzania badania blok zadawanych pytań nie został ułożony pod kątem wspomnianych 3 komponentów (poznawczego, emocjonalnego oraz behawioralnego). Stąd zbiory stwierdzeń nie są równoliczne. Dla każdego zbioru został przeprowadzony test rzetelności (Alfa-Cronbacha). Dla komponentu „odczucia” wynosi: 0,874; dla „przekonań”: 0,574, oraz dla „zachowania”: 0,633.



Rys. 6. Stwierdzenia użyte w badaniu pogrupowane według trzech komponentów postawy
Źródło: opracowanie na podstawie badania

Jak widać z rys. 6, wśród stwierdzeń znajdują się zarówno stwierdzenia pozytywne, jak i negatywne. Odnoszą się do tego, w jaki sposób osoba spostrzega swoją niepełnosprawność oraz co z faktu ograniczonej sprawności wynika dla niej w relacjach z otoczeniem społecznym i rodziną. Respondenci w różnym stopniu zgadzali się z powyższymi stwierdzeniami, co pozwoliło wyłonić wspomniane wcześniej postawy (tab. 1).

Tabela 1. Wyróżnione postawy wraz z odpowiadającymi im stwierdzeniami

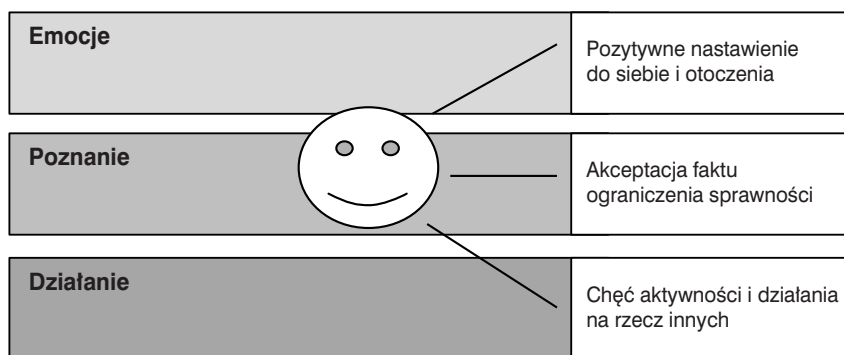
Postawa akceptacji	Postawa ambiwalentna	Postawa braku akceptacji
Odczucia		
<ul style="list-style-type: none"> • Czuję się przydatny i potrzebny w społeczeństwie. • Moja choroba daje mi siłę, jakiej nie mają osoby zdrowe. • Nie czuję się osobą niepełnosprawną. • Akceptuję siebie takim, jakim jestem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jako osoba niepełnosprawna czuję się obywatelem drugiej kategorii. • Czuję się przydatny i potrzebny w społeczeństwie. • Moja choroba daje mi siłę, jakiej nie mają osoby zdrowe. • Nie mogę pogodzić się ze swoją chorobą, niepełnosprawnością. • Nie czuję się osobą niepełnosprawną. 	<ul style="list-style-type: none"> • Wstydzę się swojej choroby, niepełnosprawności. • Obawiam się kontaktów z osobami pełnosprawnymi. • Jako osoba niepełnosprawna czuję się obywatelem drugiej kategorii. • Moja rodzina/najbliżsi nie mogą pogodzić się z moją niepełnosprawnością. • Obawiam się kontaktów z innymi, że ktoś się będzie ze mnie śmiał, drwił. • Obawiam się reakcji ludzi na moją niepełnosprawność. • Nie mogę pogodzić się ze swoją chorobą, niepełnosprawnością. • Moja rodzina/najbliżsi wstydzą się mojej niepełnosprawności.
Przekonania		
<ul style="list-style-type: none"> • Nie ma barier, których nie mogę pokonać. • Moja rodzina/najbliżsi dobrze rozumieją moje potrzeby wynikające z niepełnosprawności. 	<ul style="list-style-type: none"> • Moja rodzina/najbliżsi dobrze rozumieją moje potrzeby wynikające z niepełnosprawności. • Uważam, iż jako osobie niepełnosprawnej należy mi się dużo większa, niż obecnie, opieka i wsparcie od państwa. • Dla mnie nie ma już szans i nadziei na normalne życie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jako osoba niepełnosprawna nie mam w Polsce żadnych praw. • Dla mnie nie ma już szans i nadziei na normalne życie.
Zachowanie		
<ul style="list-style-type: none"> • Mimo niepełnosprawności mogę normalnie żyć. • Nie chcę nic od państwa, wolę sam(a) wszystko zawdzięczać sobie. • Jako osoba niepełnosprawna mogę zrobić dużo dobrego dla innych. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mimo niepełnosprawności mogę normalnie żyć. • Nie chcę nic od państwa, wolę sam(a) wszystko zawdzięczać sobie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Moja rodzina/najbliżsi traktują mnie jak kalekę, która nic nie może sama zrobić. • Moja rodzina/najbliżsi robią wszystko za mnie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania

1.4.1. Postawa akceptacji

Postawa, którą charakteryzuje **akceptacja** w stosunku do własnej niepełnosprawności, generuje również **pozytywne nastawienie do otoczenia**. Osoby, które zostały wyodrębnione w ramach tej grupy, deklarowały, że akceptują się takimi, jakimi są. Ponadto, w odróżnieniu od osób wykazujących postawę braku akceptacji, nie akcentowały faktu ograniczonej sprawności. Wręcz przeciwnie, zgadzały się ze stwierdzeniem, że nie czują się osobami niepełnosprawnymi. Choroba, w ich przypadku, traktowana jest jako jedna z charakterystyk ich obrazu samego siebie (jednak nie najważniejsza) bądź jest uważana za pozytywny aspekt „ja”, doświadczenie, które odróżnia je od osób pełnosprawnych – „Moja choroba daje mi siłę, jakiej nie mają osoby zdrowe”. Wydaje się, że te osoby wcieliły element niepełnosprawności do obrazu samego siebie i traktują go jako integralną część własnego „ja”. W ich przypadku można powiedzieć, że zaszła **pozytywna interpretacja faktu nabycia niepełnosprawności**, która została wpisana w szersze *spectrum* wartości (za: Kowalik, 2007, s. 86).

Osoby reprezentujące postawę akceptującą deklarowały samodzielność i niezależność. Ponadto twierdziły, że mogą zrobić wiele dobrego dla innych. Można zatem powiedzieć, że ich postawa, poza akceptacją samego siebie, predysponuje je do działania na rzecz innych. Nie jest pasywna i wyczekująca, ale **aktywna i allocentryczna**.

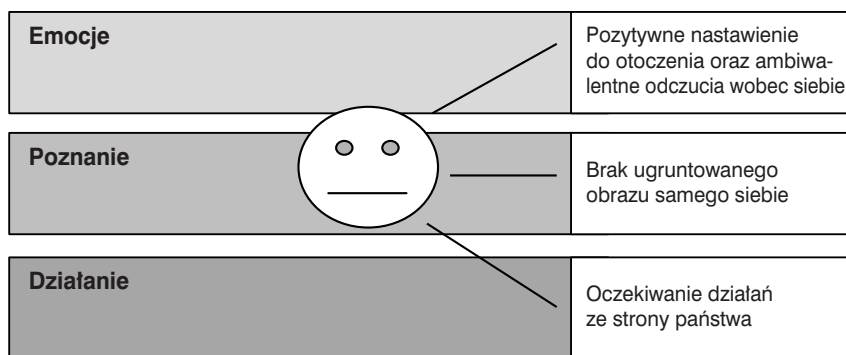


1.4.2. Postawa ambiwalentna

Kolejna z wyróżnionych postaw została nazwana ambiwalentną, ze względu na niekiedy **sprzeczne odczucia, przekonania czy zachowania**, jakie ją charakteryzują. Osoby, które ją prezentowały, z jednej strony twierdziły, że choroba daje im siłę, jakiej nie mają osoby zdrowe. Z drugiej zaś deklarowały, że nie czują się osobami niepełnosprawnymi i nie mogą pogodzić się z faktem ograniczenia swej sprawności. Twierdziły także, iż czują się przydatne i potrzebne innym, jednak społeczeństwo odsuwa je i traktuje jako „obywateli drugiej kategorii”.

Podsumowując, można powiedzieć, że doświadczenie związane z niepełnosprawnością jest dla **osób wykazujących postawę ambiwalentną źródłem siły, którą kierują na walkę z własnymi ograniczeniami**. Osoby te, jak się wydaje, oczekują wsparcia ze strony państwa i najbliższego otoczenia, chociaż, jak deklarują, mimo niepełnosprawności mogą normalnie żyć i wolałyby wszystko zawdzięczać wyłącznie sobie.

Wydaje się, że w grupie tej znalazły się osoby, które jeszcze nie zaakceptowały (być może nie zaakceptują nigdy) faktu niepełnosprawności, ale w związku z tym **nie mają jeszcze ugruntowanego obrazu samego siebie**. Ich postawa może zmienić się w kierunku samoakceptacji bądź jej braku. Warto zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt uzyskanych wyników. Osoby wykazujące tę postawę, mimo że mają ambiwalentny stosunek do własnej niepełnosprawności, **raczej pozytywnie oceniają swoje relacje z otoczeniem i rodziną** (a przynajmniej brak jest negatywnych stwierdzeń). Ich pesymizm, jeśli się pojawia, dotyczy głównie obrazu samego siebie, własnej niepełnosprawności oraz niedostatecznych działań ze strony państwa. Formułowane przez te osoby roszczenia skierowane są przede wszystkim pod jego adresem.

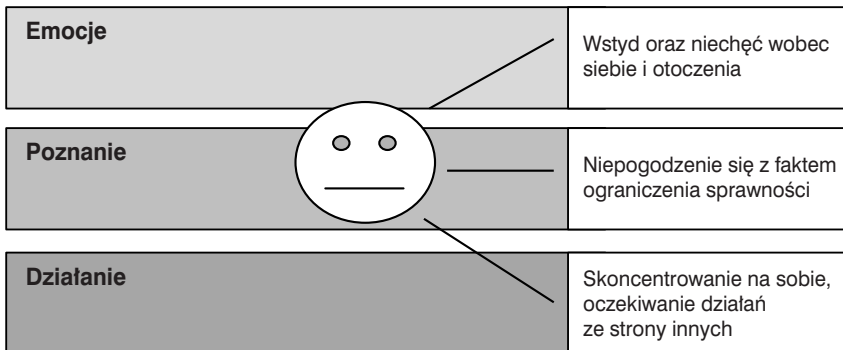


1.4.3. Postawa braku akceptacji w stosunku do własnej niepełnosprawności

Postawę charakteryzują **przede wszystkim następujące** czynniki – izolacja i wycofanie z relacji społecznych oraz niepowodzenie się z faktem ograniczenia sprawności. Ich negatywny stosunek do samych siebie znajduje odzwierciedlenie w relacjach z innymi. Osoby te obawiają się kontaktów z otoczeniem. Przypisują innym ludziom postawy nieprzychylnie i nie oczekują od nich niczego pozytywnego. Kontakty z otoczeniem napawają osoby reprezentujące tę postawę strachem, niechęcią oraz niepewnością. Dotyczy to zarówno rodziny, która – według nich – „wstydzi” się ich jako osób niepełnosprawnych, jak i ludzi obcych, będących potencjalnym zagrożeniem dla ich samooceny. Inni spostrzegani są jako źródło przykrości i niezrozumienia.

Rozgoryczenie i negatywizm, jaki można zaobserwować w ramach opisywanej postawy, dotyczą zarówno odczuć, przekonań, jak i zachowań. Ponadto dotyczą wielu płaszczyzn: obrazu i **stosunku do samego siebie, relacji z rodziną, a także najbliższymi osobami i otoczeniem społecznym**. Można przypuszczać, że działa tutaj **mechanizm samozwrotny**, który powoduje zapętlenie pomiędzy tym, co wewnętrzne i zewnętrzne, czyli postawą osoby a jej stosunkiem do otoczenia. Można wnioskować, że w sytuacji, kiedy rodzina i najbliżsi nie mogą pogodzić się z faktem niepełnosprawności jej członka, również i jemu samemu będzie trudno zaakceptować swoją sytuację. Sposób spostrzegania niepełnosprawności przez najbliższe otoczenie nie jest zapewne bez znaczenia dla kształtowania się obrazu samego siebie. Ten zaś powoduje utrwalenie się postawy nacechowanej negatywnymi przekonaniami i odczuciami na swój temat, która przejawia się w relacjach z innymi.

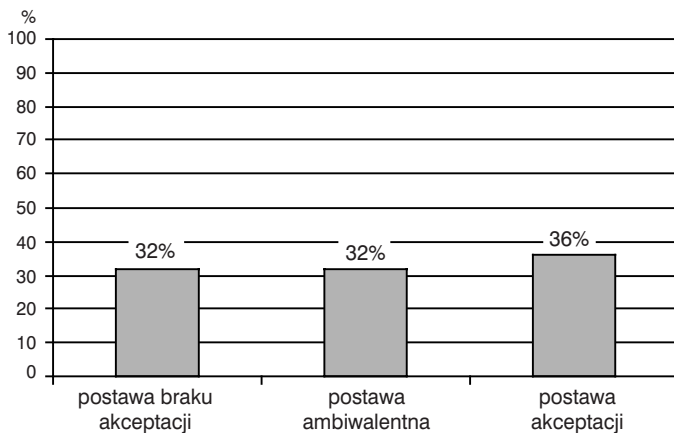
Osoba przejawiająca postawę braku akceptacji w stosunku do samej siebie, wchodząc w kontakt interpersonalny, prawdopodobnie tego samego spodziewa się od innych. W języku psychologii można mówić o działaniu **mechanizmu przeniesienia**, czyli przypisywaniu własnych negatywnych odczuć innym. Postawa braku akceptacji w swym wyłącznie negatywnym wyrazie może przypominać chorobę zakaźną – osoba nią zarazona zaraza innych bądź wchodząc w kontakt z innymi myśli przede wszystkim o tym, że jest ciężko chora. U osób tych **fakt niepełnosprawności wydaje się centralnym elementem obrazu własnego „ja”**. Pełni funkcję głównego filtra, przez który przepływają ich odczucia, przekonania, który ma wpływ na sposób spostrzegania otoczenia. Osoby reprezentujące tę postawę wydają się **skoncentrowane na sobie i własnych przeżyciach**. Negatywna postawa w ich przypadku dotyczy więc zarówno samego siebie, jak i relacji z rodziną oraz otoczeniem.



1.5. Podsumowanie

W wyniku przeprowadzonej analizy wyłoniły się trzy rodzaje postaw: akceptująca, ambiwalentna oraz braku akceptacji względem własnej niepełnosprawności (rys. 7).

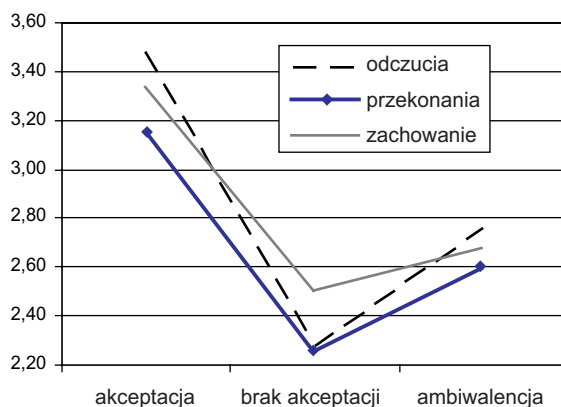
Ogólnie można powiedzieć, że postawy, jakie wyłoniły się w wyniku badania, przejawiają się różnym nasileniem akceptacji na płaszczyźnie: odczuć, przekonań



Rys. 7. Rozkład postaw w badanej próbie

Źródło: opracowanie na podstawie badania

oraz zachowań. Osoby reprezentujące owe postawy znacząco różnią się między sobą w zakresie tego, co czują i w jaki sposób myślą na własny temat oraz swojego otoczenia. Odmiennie spostrzegają też zachowanie najbliższych oraz działania państwa i społeczeństwa. Jak wynika z wykresu zamieszczonego na rys. 8, najmniej pozytywnych odczuć i przekonań odnajdujemy u osób nieakceptujących własnej niepełnosprawności. Spośród trzech wymienionych postaw to właśnie u tej grupy zdecydowanie najbardziej zaznaczają się negatywne emocje, którym wtórują negatywne przekonania na temat siebie oraz otoczenia.



Rys. 8. Różnice między postawami na płaszczyźnie: odczuć, przekonań oraz zachowania

Źródło: opracowanie na podstawie badania

Uwarunkowania postawy wobec własnej niepełnosprawności

2.1. Wprowadzenie

Ukształtowanie się określonej postawy wobec własnej niepełnosprawności można rozpatrywać jako proces, na który wpływa wiele różnych czynników – zarówno tych związanych z indywidualnymi własnościami podmiotu (czynniki wewnętrzne, np. cechy osobowości), jak i te, których źródło tkwi poza jednostką, takie jak: wychowanie, doświadczenia związane z niepełnosprawnością czy cechy samej niepełnosprawności.

2.2. Czynniki wpływające na kształtowanie się postawy wobec własnej niepełnosprawności

W rozdziale tym będę rozpatrywać związki pomiędzy trzema wymienionymi rodzajami postaw wobec niepełnosprawności (postawą akceptacji, ambiwalencji oraz braku akceptacji) a następującymi czynnikami:

- zmiennymi demograficznymi, takimi jak: wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny,
- czynnikami związanymi z niepełnosprawnością, takimi jak: rodzaj niepełnosprawności, jej stopień oraz moment nabycia niepełnosprawności,
- niektórymi aspektami wychowania: charakterem relacji z rodzicami, możliwością podejmowania samodzielnych decyzji, swobodą,
- cechami osobowości, takimi jak: impulsywność, wytrzymałość, umiejscowienie kontroli, a także aspiracje oraz chęć rozwoju.

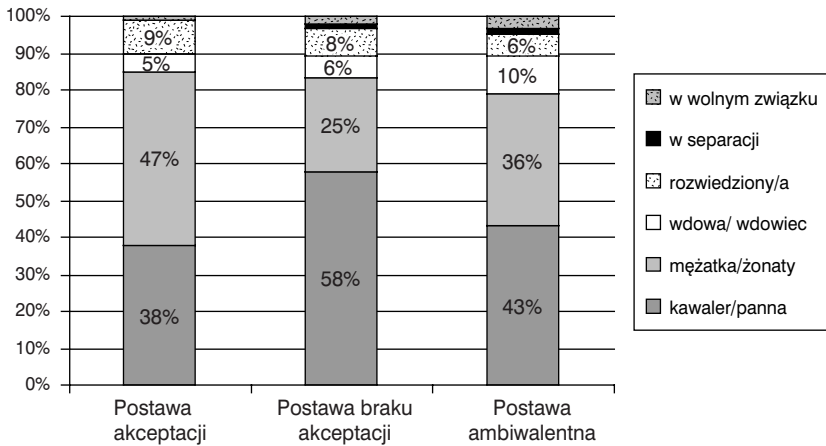
Wszystkie analizy przeprowadzone zostaną w odniesieniu do danych, uzyskanych w wyniku przeprowadzonego badania (opis badania w *Aneksie*).

2.2.1. Zmienne demograficzne a postawy wobec własnej niepełnosprawności

Okazało się, że postawy nie mają istotnego związku z wiekiem oraz płcią. Natomiast czynniki, które na nie wpływają, to stan cywilny i wykształcenie.

A. Stan cywilny

Stan cywilny okazał się ważnym czynnikiem różnicującym⁵ postawy. Jak wynika z rys. 9, **postawa akceptująca najczęściej prezentowana była przez osoby pozostające w związkach małżeńskich (47%)**. Wynik ten może wskazywać na pozytywny wpływ, jaki ma obecność partnera na akceptację własnej niepełnosprawności. Postawa ta dominowała także (nieznacznie przewyższając postawę ambiwalentną) wśród osób rozwiedzionych. Negatywne nastawienie w stosunku do samego siebie oraz otoczenia, charakterystyczne dla postawy braku akceptacji, można natomiast zaobserwować wśród osób będących w separacji, owdowiałych oraz kawalerów i panien.

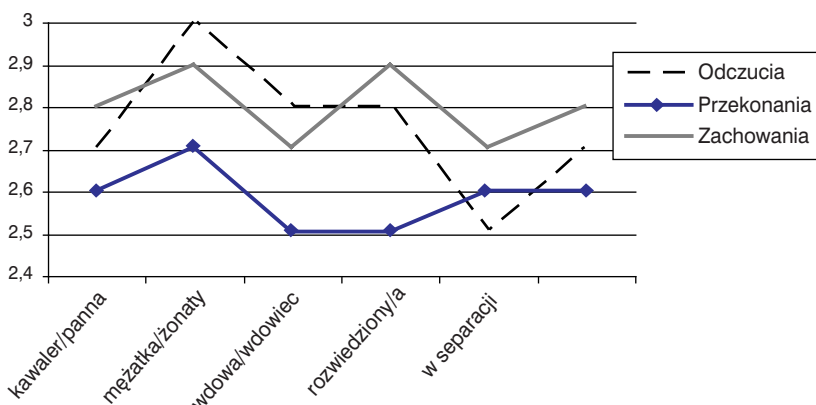


Rys. 9. Rozkład postaw ze względu na stan cywilny

Źródło: opracowanie na podstawie przeprowadzonego badania

Można przypuszczać, że osoby będące w separacji są przede wszystkim w złej kondycji emocjonalnej. Ich negatywne nastawienie w stosunku do siebie i otoczenia rozgrywa się głównie na płaszczyźnie odczuć (rys. 10). Ich przeciwieństwem są osoby pozostające w związku małżeńskim. Na tle pozostałych osób odznaczają się one najbardziej pozytywnym stosunkiem wobec siebie oraz swojego otoczenia.

⁵ Obliczenia przeprowadzone za pomocą testu Chi-kwadrat dla $p < 0,001$.



Rys. 10. Stan cywilny a odczucia, przekonania i zachowania

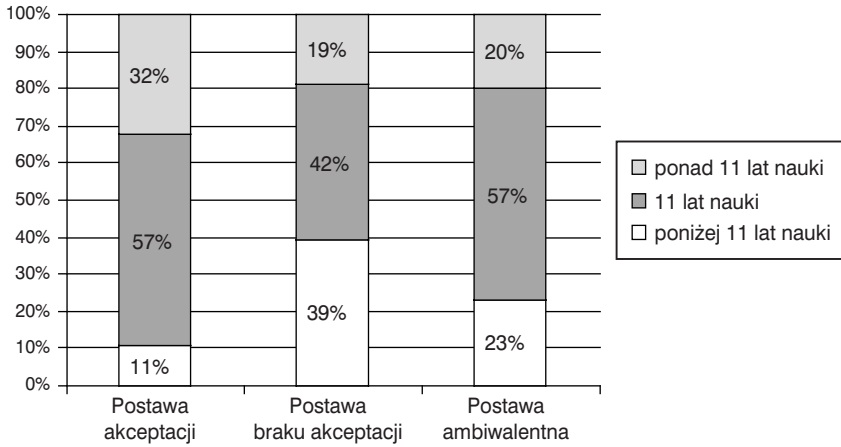
Źródło: opracowanie na podstawie badania

B. Wykształcenie

Postawy są związane także z wykształceniem. Jak wynika z badania, im więcej lat nauki, tym większe prawdopodobieństwo⁶, że osoba będzie prezentowała postawę akceptacji dla własnej niepełnosprawności. Blisko 90% osób, prezentujących postawę akceptacji, to osoby, które na własną edukację poświęciły co najmniej 11 lat. W przypadku postawy braku akceptacji jest to już tylko około 60% (rys. 11).

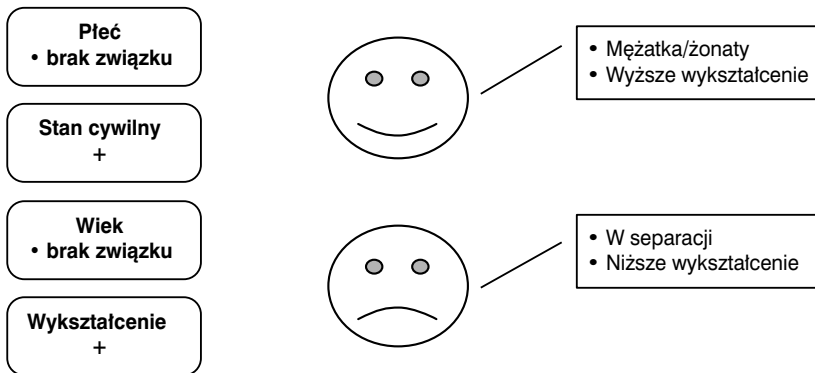
W tym miejscu można by zatrzymać się i zastanowić, w jakim sensie wykształcenie może „pomóc” w zaakceptowaniu niepełnosprawności. Wydaje się, że po pierwsze, pomagają w tym nabywane w trakcie edukacji kompetencje w zakresie rozumienia otaczającego świata, jak i interpretacji osobistych doświadczeń. Po drugie, możliwość kształcenia się, o ile odbywa się w środowisku szkolnym czy studenckim, oznacza sposobność do budowania relacji społecznych. Lepsze wykształcenie w przypadku osób niepełnosprawnych przyczynia się także do podniesienia ich samooceny oraz zwiększenia szans na dobre funkcjonowanie w środowisku zawodowym.

⁶ Obliczenie przeprowadzone za pomocą testu Chi-kwadrat dla $p < 0,001$.



Rys. 11. Rozkład postaw ze względu na wykształcenie
Źródło: opracowanie na podstawie badania

Badania pokazały, że postawy nie mają związku z wiekiem oraz płcią osób niepełnosprawnych. Ważnymi natomiast czynnikami, które mogą mieć wpływ na akceptację własnej niepełnosprawności, są: stan cywilny oraz wykształcenie (mierzone liczbą lat poświęconych nauce). Osoby wykazujące pozytywne nastawienie w stosunku do siebie i otoczenia to najczęściej osoby lepiej wykształcone i pozostające w związku małżeńskim.



Rys. 12. Zmienne demograficzne a postawy wobec własnej niepełnosprawności
Źródło: opracowanie Dorota Wiszejko-Wierzbicka

2.2.2. Cechy niepełnosprawności a postawy wobec własnej niepełnosprawności

W niniejszym rozdziale zostaną przedstawione związki postaw, które zostały scharakteryzowane wcześniej (patrz rozdz. 1.1.), z cechami niepełnosprawności, takimi jak: moment nabycia niepełnosprawności, rodzaj oraz stopień niepełnosprawności.

A. Moment nabycia niepełnosprawności

Ograniczona sprawność może towarzyszyć osobie od jej narodzin (niepełnosprawność wrodzona) – wówczas już od początku wpisana jest w obraz, jaki kształtuje jednostka na swój temat. W przypadku osób z wrodzoną niepełnosprawnością można powiedzieć, że kształtowanie się postawy względem własnej sytuacji zdrowotnej ma charakter ciągły. Proces ten przeplata się z kolejnymi fazami rozwoju indywidualnego, w którym „uwzględniana” jest niepełnosprawność. Stanowi stały element obrazu samego siebie. Oddziaływanie otoczenia wraz z „wewnętrznym naciskiem” rozwojowym powoduje przekształcanie się całego systemu „ja” w kluczowych momentach życia jednostki.

Inaczej wygląda sytuacja w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością nabytą. W ich przypadku fakt ograniczenia sprawności jest początkowo czynnikiem całkowicie zewnętrznym. Dotychczasowy obraz samego siebie nie zawierał bowiem u tych osób elementu niepełnosprawności. Stąd wykształcenie jakiegokolwiek postawy względem własnej sytuacji zdrowotnej wymaga wprawdzie włączenia go do systemu „ja”. Dalszą kwestią jest uformowanie nowego obrazu „ja idealnego”, który zapewne, jeśli dotąd istniał, nie uwzględniał faktu niepełnosprawności. W przypadku osób, które nabyły niepełnosprawność, można zatem mówić o podwójnej trudności – jednej, związanej z włączeniem niepełnosprawności do obrazu samego siebie i redefinicją pod tym kątem swojego „ja”; drugiej zaś, dotyczącej skonstruowania nowego „ja idealnego”, w którym jednostka uwzględni fakt ograniczonej sprawności.

Koncepcja strefy utraconego rozwoju

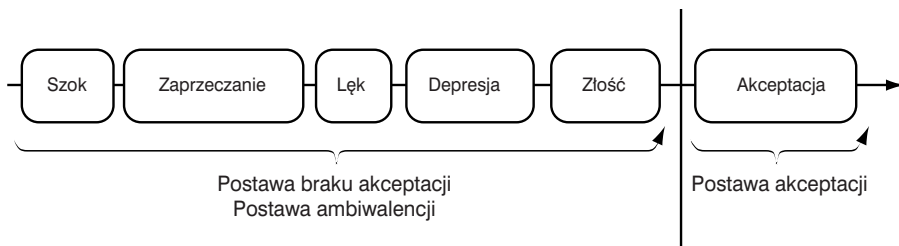
Pojęcie „strefy utraconego rozwoju” nawiązuje do teorii rozwoju Lwa Wygotskiego (1971), który wyróżnił i opisał „strefę najbliższego rozwoju” (ang. *zone of proximal development* – ZPD). ZPD odnosi się do potencjalnych umiejętności dziecka, których „przebłyśki” jako zapowiedź rozwijanych kompetencji odnajdujemy w „strefie aktualnego rozwoju”.

Strefa utraconego rozwoju dotyczy osób dorosłych, które napotykają w swoim życiu niepełnosprawność. Ograniczenie sprawności na jakimkolwiek etapie dorosłego życia powoduje, że dotąd podejmowane zadania i plany zostają przerwane. Posiadane zaś zasoby, które w niezakończonym planie rozwojowym wykorzystane byłyby na wsparcie rozwoju i realizację

zaplanowanych działań, teraz muszą zostać spożytkowane w celu zabezpieczenia przed regresem, cofnięciem się do wcześniejszych faz rozwojowych. Im uszkodzenie i choroba są głębsze, tym więcej zasobów zostaje uruchomionych i – w rezultacie – wyeksploatowanych. Zasobami tymi są: więzi społeczne (rodzina, przyjaciele), posiadane dobra materialne, wykształcenie czy odporność na stres (za: Kowalik, 2007).

Obraz sytuacji, jaki napotyka osoba dorosła dotknięta niepełnosprawnością, S. Kowalik przedstawia jako obejmujący różne sfery funkcjonowania: „Dalszy bieg dorosłego życia uległ gwałtownej redukcji. Nastąpiło nagłe przejście do stanu, który przypomina starość. W wymiarze egzystencjalnym własne życie utraciło jakikolwiek sens. W wymiarze kondycyjnym dysfunkcje organizmu traktowane są jako źródło dodatkowych, szybko postępujących zmian biologicznych, których nie można odwrócić. W posiadanym światopoglądzie – na poziomie relacji wpływów – zaczyna dominować przekonanie o własnej bezradności. W wymiarze poznawczym deformacji podlega przede wszystkim koncepcja własnej osoby. Poza tym następuje redukcja wszelkich zainteresowań i tendencja do wycofania się z normalnego życia. W wymiarze estetycznym można mówić o pojawieniu się stanu nazwanego «opłakiwaniem powstałej straty» oraz brakiem akceptacji uszkodzonego organizmu”. (Kowalik, 2003)

Z literatury przedmiotu można dowiedzieć się, że proces „oswajania się” i przystosowania do niepełnosprawności prowadzi przez kolejne fazy: szoku, zaprzeczania, lęku, depresji i złości (Livneh, Antonak, 1997) (rys. 13).



Rys. 13. Fazy adaptacji do nabytej niepełnosprawności

Źródło: opracowanie na podstawie Livneh, Antonak, 1997

We wszystkich pięciu początkowych fazach osoba nie akceptuje siebie, odrzuca fakt niepełnosprawności. Faza akceptacji opisywana jest przez Livneh i Antonaka (tamże) jako ta, w której dochodzi do redefinicji własnej tożsamości oraz internalizacji nowych elementów do koncepcji własnego „ja”, związanych z niepełnosprawnością. Autorzy przytaczanego modelu twierdzą także, iż zachodzące na tym etapie zmiany dotyczą trzech płaszczyzn: poznawczej, emocjonalnej

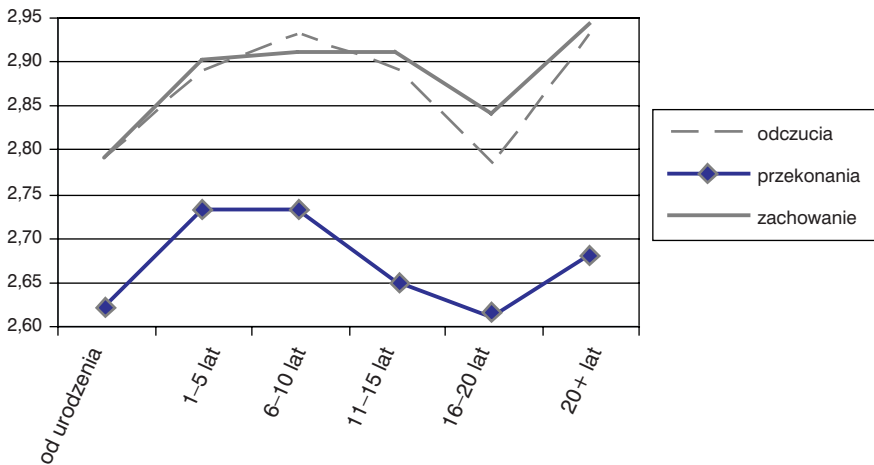
oraz behawioralnej (porównaj z rys. 5, rozdz. 1.3.). Na płaszczyźnie emocjonalnej pojawiają się odczucia wskazujące na akceptację własnej niepełnosprawności. W sferze poznawczej dochodzi do pogodzenia się z różnymi aspektami sytuacji zdrowotnej oraz wynikającymi z niej konsekwencjami. W odniesieniu zaś do działania jednostka stara się osiągać na nowo wytyczone cele osobiste, zawodowe i społeczne oraz pokonywać związane z tym bariery.

Z naszego badania wynika, że wiek, w którym osoba nabywa niepełnosprawność, ma znaczenie dla kształtowania się określonej postawy.

Istnieją dwa momenty krytyczne dla kształtowania się negatywnej postawy względem własnej niepełnosprawności:

- (1) niepełnosprawność towarzyszy osobie od urodzenia,**
- (2) niepełnosprawność została nabyta w okresie dorastania.**

Osoby, które urodziły się z niepełnosprawnością, podobnie jak te, które nabyły ją w wieku 16–20 lat, są najbardziej podatne na brak samoakceptacji. W pierwszej z wymienionych sytuacji można powiedzieć, że nowo narodzone dziecko „złe trafiło”. Prawdopodobnie już od momentu urodzenia narażone było na destrukcyjne oddziaływanie najbliższego otoczenia (rodziny), które nie pomogło **mu w ukształtowaniu** pozytywnego wizerunku „ja”. Można **ponadto** przypuszczać, że **rodzice tych osób nie byli przygotowani na wspieranie rozwoju swoich dzieci, bądź nie dysponowali odpowiednimi zasobami, które by im to umożliwiły.** Osoby te, jak wynika z badania, w wieku dorosłym przejawiają brak akceptacji dla swojej niepełnosprawności (rys. 14).



Rys. 14. Moment nabycia niepełnosprawności a odczucia, przekonania i zachowania

Źródło: opracowanie na podstawie badania

Drugim krytycznym momentem dla ukształtowania się postawy jest okres dojrzewania (rys. 14.). Wkraczanie we wczesną dorosłość wiąże się z przeżywaniem kryzysu związanego z tożsamością. U młodzieży w tym wieku pojawiają się pytania typu: „Kim jestem?”. Okres ten traktowany jest jako rodzący niepewność, niekiedy lęk, co w oczywisty sposób wpływa na poziom samooceny.

Wyniki przeprowadzonego badania pokazują, że w szczególności nabycie niepełnosprawności w wieku dojrzewania skutkuje ukształtowaniem się postawy, którą charakteryzują negatywne odczucia i przekonania, związane z niesatysfakcjonującymi relacjami z otoczeniem. Zarówno pierwsze miesiące życia, jak i okres dojrzewania, przedstawiane są w literaturze przedmiotu (patrz np. Bee, 2004) jako momenty krytyczne w uniwersalnym planie rozwoju jednostki. W obu tych okresach kluczową rolę odgrywa otoczenie. Przyjście na świat dziecka z wadą wrodzoną może nie spotkać się z akceptacją najbliższych. Fakt niepełnosprawności dziecka może wywołać u rodziców szok i lęk przed trudnościami związanymi ze sprawowaniem opieki nad nim. Dziecko z wrodzoną niepełnosprawnością może zostać odrzucone przez matkę⁷, stać się źródłem jej poczucia winy. W warunkach braku akceptacji ze strony najbliższych, zwłaszcza jeżeli towarzyszą one osobie niepełnosprawnej od urodzenia, trudno jest mówić o kształtowaniu się postawy akceptacji wobec własnej niepełnosprawności.

Studium przypadku osoby niepełnosprawnej (choć do końca nie wiadomo, na czym niepełnosprawność tej osoby polega, co również otwiera przestrzeń do dyskusji nad definicją niepełnosprawności), która nie została zaakceptowana już od momentu poczęcia, przedstawia autorka utworu: „Piąte dziecko”.

Doris Lessing wnikliwie opisuje relacje dziecka z matką oraz najbliższym otoczeniem:

„Harriet czekała na wymianę spojrzeń ze stworzeniem, które, była pewna, próbowało ją skrzywdzić, ale między matką i dzieckiem nie przeskoczyła iskra rozpoznania. Serce Harriet skurczyło się z litości do syna: biedna bestyjka, rodzona matka tak go nie lubi...”.

Lessing, 2007, s. 54

Warto, jak się wydaje, zwrócić także uwagę na fakt wysokiego prawdopodobieństwa uformowania się pozytywnej postawy względem własnej niepełnosprawności, jeżeli utrata sprawności nastąpiła w wieku wczesnoszkolnym, a także powyżej 20 roku życia. Może to wskazywać na wagę posiadania ukształtowanego obrazu samego siebie w momencie nabycia niepełnosprawności. Zarówno dzieci, funkcjonujące w środowisku przedszkolnym czy szkolnym, jak i młodzi dorośli

⁷ Warto pamiętać, że respondentami były osoby powyżej 18 roku życia, toteż w okresie, kiedy się narodziły, nie były jeszcze popularne badania prenatalne, których wykonanie mogłoby przygotować psychicznie ich rodziców do przyjścia na świat dziecka z ograniczoną sprawnością.

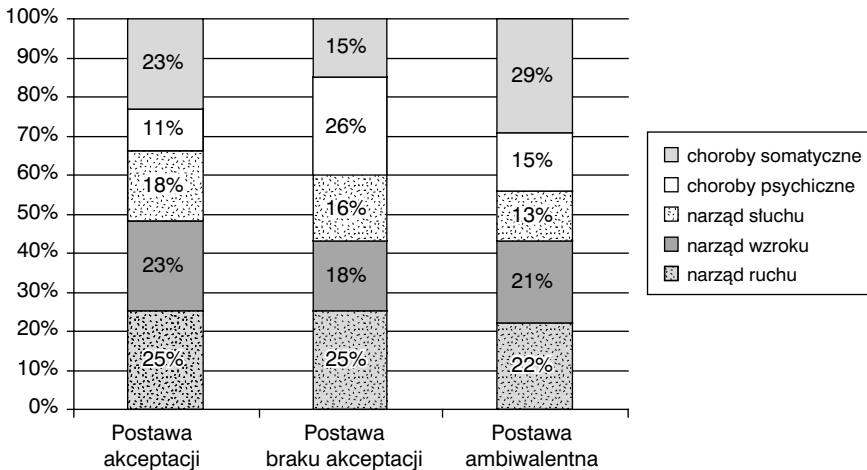
(uczący się lub pracujący) mają możliwość ukształtowania obrazu samego siebie, jako osób „sprawnie funkcjonujących” w otoczeniu społecznym.

Ów pozytywny obraz samego siebie w połączeniu ze stabilnym momentem rozwoju (wiek: 6–15 lat oraz powyżej 20 roku życia) wydaje się dobrym fundamentem, na którym osoba może nadal budować wizerunek samego siebie – „po nabyciu niepełnosprawności”. Osoby, które „źle trafiły”, prawdopodobnie nie mają możliwości stworzenia tych fundamentów. Nie mają do czego wrócić również ci, których niepełnosprawność zastała w trakcie redefinicji własnego „ja”, czyli w okresie dojrzewania.

B. Rodzaj niepełnosprawności

Ograniczenie sprawności człowieka może nastąpić w wyniku uszkodzenia różnych narządów, np. narządu ruchu, wzroku czy słuchu. Niepełnosprawność obejmuje także choroby psychiczne, takie jak: nerwica, depresja czy schizofrenia. Sprawność jednostki jest ograniczona również w wyniku przewlekłych chorób typu: cukrzyca, choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, o czym często się zapomina. Wachlarz przyczyn niepełnosprawności jest szeroki. Można je pogrupować na te bardziej widoczne (np. ruchowe) oraz ukryte (np. choroba nowotworowa). Stopień widoczności niepełnosprawności, a także sposób jej odbioru przez otoczenie, ma – wydaje się – duży wpływ na kształtowanie się obrazu własnego „ja”.

Wyniki przeprowadzonego badania potwierdzają ten kierunek myślenia. Rodzaj niepełnosprawności ma związek z postawą wobec własnej niepełnosprawności⁸. Na rysunku 15 widzimy, że postawa akceptacji najczęściej prezentowana jest wśród osób z niepełnosprawnością ruchu, wzroku oraz słuchu. Najrzadziej zaś



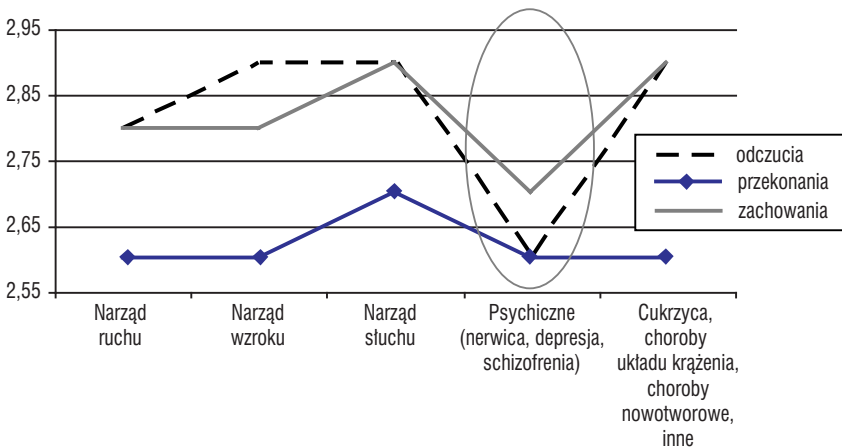
Rys. 15. Rozkład różnych rodzajów niepełnosprawności a postawy
Źródło: opracowanie na podstawie badania

⁸ Obliczenie przeprowadzone za pomocą testu Chi-kwadrat dla $p < 0,001$.

przejawiana jest przez osoby z chorobami psychicznymi. Wśród nich odnajdujemy też najczęściej osób reprezentujących postawę braku akceptacji. Postawa ambiwalentna najczęściej występowała wśród osób dotkniętych przewlekłą chorobą somatyczną.

Istotne różnice pomiędzy osobami o różnym rodzaju niepełnosprawności odnajdujemy także w odniesieniu do tego, jak myślą, czują i spostrzegają zachowanie własne oraz otoczenia. Najmniej pozytywnych emocji, związanych z własną niepełnosprawnością, odczuwają osoby dotknięte chorobą psychiczną, najgorzej też postrzegają one własne możliwości działania i najniżej oceniają wsparcie ze strony otoczenia. Najbardziej pozytywne nastawienie do siebie oraz otoczenia mają natomiast osoby z niepełnosprawnością związaną ze wzrokiem, słuchem oraz przewlekłymi chorobami somatycznymi. W przypadku tych ostatnich można powiedzieć, że ich ambiwalentny bądź negatywny stosunek do własnej niepełnosprawności wynika przede wszystkim z negatywnych przekonań.

Szczególnego wsparcia w budowaniu pozytywnego obrazu samego siebie na płaszczyźnie emocji, przekonań oraz zachowania wymagają osoby dotknięte chorobą psychiczną.



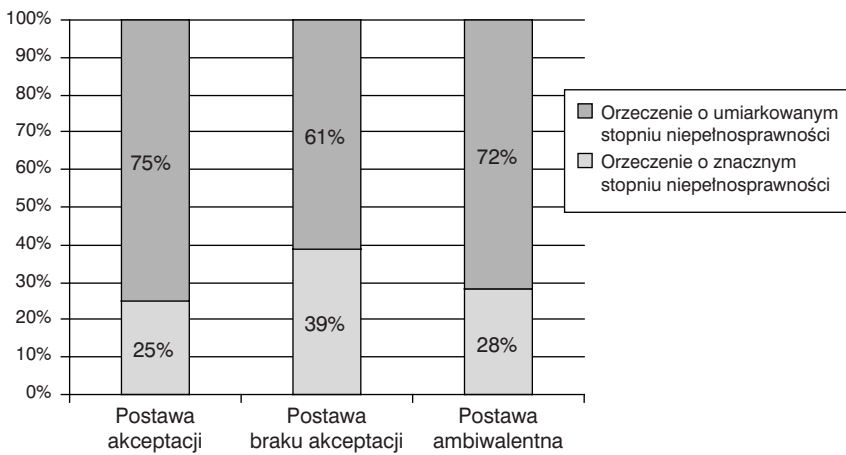
Rys. 16. Rodzaj niepełnosprawności a odczucia, przekonania oraz zachowania

Źródło: opracowanie na podstawie badania

C. Stopień niepełnosprawności

Typ prezentowanej postawy – jak się okazało – ma związek⁹ ze stopniem niepełnosprawności. W badaniu wzięły udział osoby posiadające orzeczenie lekarskie o znacznym bądź umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w próbie nie uwzględniano osób z lekkim stopniem niepełnosprawności). Wyniki wskazują na to, że:

Wśród osób prezentujących postawę akceptacji jest najwięcej osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.



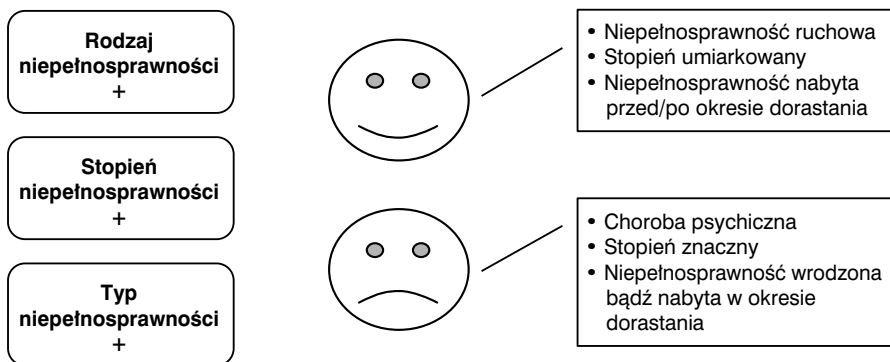
Rys. 17. Rozkład postaw ze względu na stopień niepełnosprawności

Źródło: opracowanie na podstawie badania

Z przeprowadzonego badania wynika, że istnieje istotny związek pomiędzy postawami a rodzajem, stopniem oraz typem niepełnosprawności. Postawy akceptacji najczęściej przejawiane są przez osoby o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, która ma widoczny charakter – dotyczy sprawności ruchowej, wzrokowej bądź słuchowej. Ważne jest także to, czy niepełnosprawność jest wrodzona czy nabyta.

Najbardziej narażone na ukształtowanie negatywnej postawy względem własnej niepełnosprawności są osoby, które się z nią urodziły lub nabyły ją w okresie dorostania.

⁹ Obliczenia przeprowadzono za pomocą analizy wariancji jednoczynnikowej ANOVA dla $p < 0,005$.



Rys. 18. Cechy niepełnosprawności mające wpływ na postawę wobec własnej niepełnosprawności

Źródło: opracowanie Dorota Wiszejko-Wierzbicka

2.2.3. Wychowanie jako źródło kształtowania się postaw wobec własnej niepełnosprawności

„Moje sportowe początki zawdzięczam tacie, który od małości zachęcał mnie do jazdy na nartach. Przed wypadkiem jeździłam i po wypadku ojciec też postawił mnie na nartach. Długo z tym zjeżdżaniem nic konkretnego nie robiłam, ale w okresie studiów, kiedy skończyły się aktywności, które wypełniały mi dzień, zaczęłam szukać klubu narciarskiego. Usłyszałam o narciarstwie biegowym w Nowym Sączu. Postanowiłam spróbować i tak się zaczęło. To są zwycięstwa tak naprawdę nad samym sobą.”

fragment wywiadu z Katarzyną Rogowską, paraolimpijką,

źródło: portal internetowy www.niepelnosprawni.pl;

ścieżka: <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/14075>, dostęp grudzień, 2007

Wypowiedź przytoczona powyżej, a pochodząca od osoby, która nabyła niepełnosprawność we wczesnym dzieciństwie, uzmysławia dwie kwestie. **Pierwsza odnosi się do niebagatelnej roli, jaką odgrywają rodzice w formowaniu się osobowości, w tym także stosunku do samego siebie. Druga natomiast dotyczy zachęcania do aktywności i podejmowania wyzwań. Wychowanie¹⁰ w przypadku osób niepeł-**

¹⁰ Więcej na ten temat można dowiedzieć się w tomie 3 naszej serii: A. Brzezińska, R. Kazan: *Wychowanie do samodzielności: kluczowy czynnik sukcesu zawodowego osób z ograniczoną sprawnością*.

nosprawnych wydaje się jednym z kluczowych czynników, które mogą zaważyć na ukształtowaniu się określonej postawy względem siebie i świata. Człowiek w dzieciństwie nabywa wzorce, które towarzyszą mu przez całe późniejsze życie.

Dla prawidłowego rozwoju psychicznego, który ma stać się podstawą funkcjonowania w dojrzałym życiu, niezbędne są poczucie bezpieczeństwa i miłość, ale także stymulacja do podejmowania aktywności. Dziecko, aby się rozwijać, musi pokonywać kolejne wyzwania. Początkowo mają one charakter ruchowy (patrz np. Piaget, 1966) i dotyczą rozwiązywania prostych (z punktu widzenia osoby dorosłej) zadań, np. tego, w jaki sposób dopasować klocek do odpowiedniego otworu, aby wpadł do środka. Z czasem zadania, przed jakimi staje dziecko, komplikują się i musi ono samodzielnie podjąć decyzję, np.: do jakiej szkoły się uda. Na każdym z etapów rozwoju człowiek napotyka inne przeszkody. Pokonanie ich prowadzi niezmiennie do osobistej satysfakcji i wiary we własne możliwości. Wyzwania, jakich wymaga proces rozwoju, są tak samo potrzebne dzieciom pełnosprawnym, jak i tym z ograniczoną sprawnością. Stwarzają bowiem możliwość poznawania samego siebie oraz umocnienia w sobie poczucia kompetencji. To, w jaki sposób spostrzegamy swoje możliwości, wpływa na naszą samoocenę i staje się podstawą kształtowania określonej postawy względem samego siebie i otaczającego świata.

Wypowiedź osoby z ograniczeniem sprawności ruchowej na temat sposobu traktowania przez otoczenie oraz wychowania:

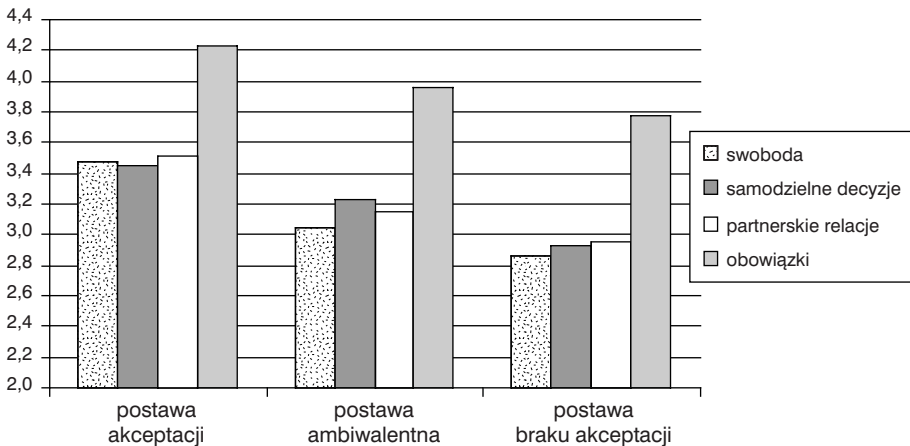
„(...) jeżeli niepełnosprawność jest od urodzenia, bądź nastąpiła we wczesnym dzieciństwie, czy w ogóle w dzieciństwie, do 10.–11. roku życia, tak było w moim przypadku, ja miałem wypadek w drugim roku życia, to tutaj duży wpływ na rozwój osoby niepełnosprawnej i jej życie mają rodzice. Ja mogę powiedzieć na swoim przykładzie, ja trafiłem..., w drugim roku życia miałem wypadek komunikacyjny, przez trzy lata byłem leczony w centrum rehabilitacji (...) i trafiłem na oddział ordynatorki, która była przed emeryturą. Ja w momencie przyścia do szpitala byłem jej ostatnim pacjentem i ona pierwsza moim rodzicom, to mój tata opowiadał, ona pierwsza powiedziała moim rodzicom, że ja już do końca życia nie będę chodził, będę jeździł na wózku. Może kiedyś będę chodził o kulach, jak medycyna pójdzie do przodu, ale teraz na pewno będę jeździł. I powiedziała jedną ważną rzecz, żeby zawsze rodzice traktowali mnie jak normalnego, zdrowego człowieka. Tata to sobie wziął do serca, mama..., no zawsze jak to matka, trochę tak z tym synkiem, który prawda, jeździ na wózku i potrzebuje tej matczynej opieki..., to znaczy nie wzięła sobie tego do serca tak w pełni. Ja jak później do piątego roku życia tułałem się po szpitalach, później już przebywałem więcej w domu, tak naprawdę tata pracował, mama też pracowała, brat starszy chodził do szkoły, do podstawówki, natomiast ja musiałem zaopiekować się młodszą o 3 lata siostrą, mało tego, musiałem jeszcze zaopiekować się 6 lat od siebie młodszym bratem. Czyli jak miałem dziesięć lat, miałem pod opieką siostrę, która miała 7 lat, i brata, który miał 4 lata. Młodszy brat też był osobą niepełnosprawną, bo urodził się z wadą serca. To było tak, że ja musiałem i odgrzać

im jedzenie, ugotować herbatę, no nie wiem, przygotować, nakarmić, zaopiekować się nimi w domu czy na podwórku. Pamiętam, że jak ten młodszy brat często chorował, to i leki trzeba było podać. I mówię, mnie tak rodzice starali się traktować, zwłaszcza tata... mój tata dużo ode mnie wymagał. Ja mu pomagałem w takich różnych codziennych sprawach, to było gdzieś tam w garażu, do tego stopnia, że, mimo że w trakcie wypadku, jak jechałem na ciągniku, to spadłem i ciągnik mnie przejechał, to ja skończywszy 10 lat całe wakacje spędzałem u babci, lub u chrzestnego na wsi i sam ciągnikiem podjeżdżałem. Sam ciągnikiem podjeżdżałem, ja sprzęgło ręką wciskałem. No to mówię, to jest kwestia, że jak ktoś we wczesnym dzieciństwie nabył tę niepełnosprawność, bądź ma ją od urodzenia, to jest kwestia rodziców”.

Fragment wypowiedzi z wywiadu indywidualnego, przeprowadzonego w trakcie badania.

Mężczyzna, lat 26, wykształcenie wyższe, niepełnosprawność ruchowa

Podczas przeprowadzanego badania osoby nim objęte były pytane, jak wspominają swoje dzieciństwo pod kątem relacji z rodzicami oraz dawanej im swobody i niezależności. Wymienione aspekty wychowawcze miały, jak się okazało, związek z postawami wobec własnej niepełnosprawności. Osoby pozytywnie nastawione wobec siebie oraz otoczenia, czyli wykazujące postawę akceptacji, najczęściej określały swoje relacje z rodzicami jako partnerskie (rys. 19). Partnerskie



Rys. 19. Porównanie postaw ze względu na rozkład różnych aspektów wychowania¹¹

Źródło: opracowanie na podstawie badania

¹¹ Wszystkie zmienne wychowawcze, poza „obowiązkami”, oceniane były na skali: od 1 do 5. „Obowiązki” oceniane były na skali od 1 do 6, co powoduje, że średnie z tej skali w widoczny sposób odbiegają od pozostałych.

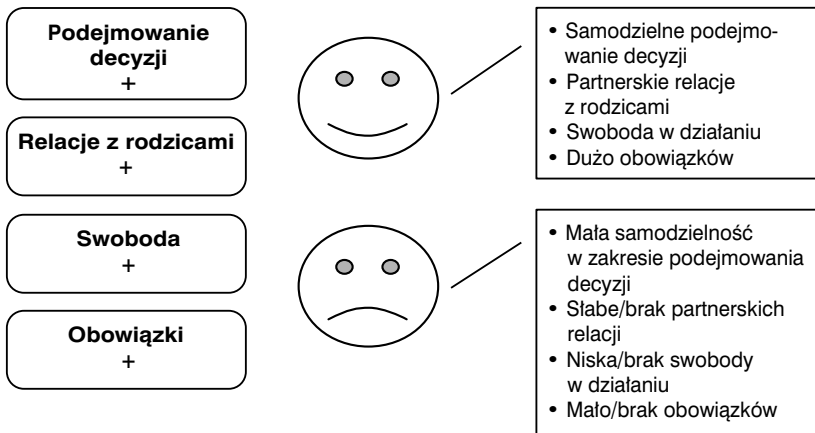
relacje, w obszarze których liczą się zarówno interesy rodziców, jak i dziecka, przyniosły zadowolenie w dorosłym życiu tych osób. Przygotowały je do pozytywnego spostrzegania siebie i innych.

Osoby odznaczające się pozytywną postawą względem samego siebie i akceptujące swoją niepełnosprawność zwykle ponadto twierdziły, że w dzieciństwie cieszyły się dużą swobodą i niezależnością. Partnerskie relacje z rodzicami oraz swoboda w działaniu idą w parze w przypadku tych osób z samodzielnością w podejmowaniu decyzji oraz dużą liczbą obowiązków nakładanych na nie w dzieciństwie.

Podsumowując, można zauważyć, że:

Fundamenty postaw wobec własnej niepełnosprawności kształtowane są już w dzieciństwie.

Ich źródłem jest wychowanie, a ściślej, sposób, w jaki traktowana jest osoba od wczesnych lat swojego życia. Stawianie wymagań dziecku i nakładanie na nie obowiązków, przy równoczesnym przyzwoleniu na budowanie jego własnej, wewnętrznej autonomii, stwarza odpowiednie warunki do tego, by w dorosłym życiu mogło ono podejmować odpowiedzialne zadania. Osobie, która nabyła pewne kompetencje w dzieciństwie i na ich podstawie zbudowała własną samoocenę, prawdopodobnie łatwiej jest także zaakceptować sytuację ograniczenia sprawności.



Rys. 20. Postawy a wybrane aspekty wychowania
Źródło: opracowanie Dorota Wiszejko-Wierzbicka

2.2.4. Kompetencje osobiste a postawy wobec własnej niepełnosprawności

Stosunek do niepełnosprawności, jak wynika z wcześniejszych analiz, może być różny – począwszy od jej akceptacji, poprzez ambiwalencję, po brak akceptacji. Podatność na ukształtowanie się którejs z wymienionych postaw może zależeć, między innymi, od wspomnianych już we wcześniejszych rozdziałach – charakterystyk demograficznych, cech niepełnosprawności, a także pewnych aspektów wychowania. Innym, niewątpliwie ważnym czynnikiem wpływającym na proces kształtowania się określonego stosunku do własnej niepełnosprawności są kompetencje osobiste, czyli indywidualna kondycja psychiczna podmiotu.

Niepełnosprawność może towarzyszyć osobie od jej najwcześniejszych lat życia. Staje się wówczas jedną ze stałych jej charakterystyk, która uczestniczy w kształtowaniu się jej kompetencji osobistych. Z drugiej strony ograniczenie sprawności może dotyczyć osób dojrzałych, z ukształtowaną już osobowością. Pierwsza z sytuacji przypomina proces budowy domu, w trakcie którego niepełnosprawność w naturalny sposób brana jest pod uwagę i „dopasowywana” czy też konfrontowana z innymi elementami osobowości (nie znaczy to, że musi stać się jej centralnym elementem). W przypadku zaś nabycia niepełnosprawności fakt ten początkowo traktowany jest jako zewnętrzne doświadczenie, element „obcy”, który natrafia na względnie trwałą, ugruntowaną już konstrukcję. Włączenie faktu niepełnosprawności do systemu wiedzy i obrazu samego siebie wymaga uruchomienia procesu rekonstrukcji dotychczasowego wizerunku „ja”. Wydaje się, że pewne cechy mogą sprzyjać uformowaniu się postawy akceptacji, podczas gdy inne – temu przeszkadzać.

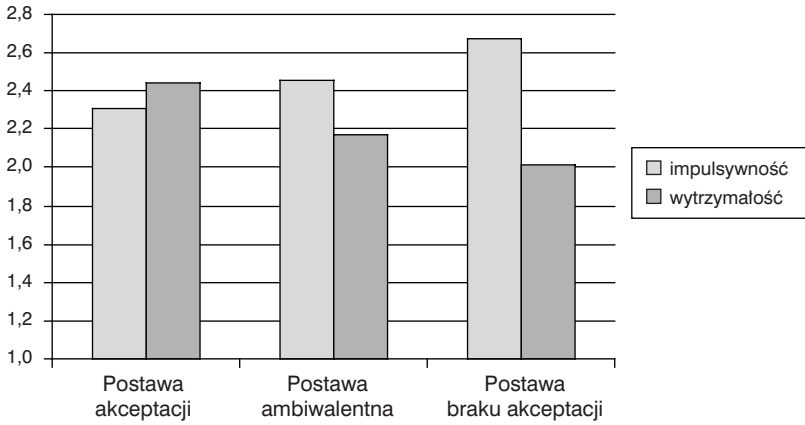
Wyniki przeprowadzonego badania potwierdzają ten kierunek przypuszczeń. Biorąc pod uwagę takie cechy, jak impulsywność, wytrzymałość oraz umiejscowienie kontroli można zauważyć, że osoby prezentujące odmienne postawy (akceptacji, jej braku oraz ambiwalencję) w istotny sposób różnią się między sobą pod względem posiadanych kompetencji osobistych, przy czym:

- **impulsywność** charakteryzowały stwierdzenia odnoszące się do braku cierpliwości, poczucia nadmiaru obowiązków oraz emocjonalnego reagowania w różnych sytuacjach, w tym krytyki;
- **wytrzymałość** dotyczy męczyliwości oraz złego funkcjonowania pod presją czasu;
- **umiejscowienie kontroli** nawiązuje natomiast do teorii Juliana Rottera, według której jednostka może mieć poczucie, że wynik jej działania zależy od niej samej (wewnętrzne umiejscowienie kontroli) bądź też że jest od niej niezależny (zewnętrzne poczucie kontroli).

I tak:

- (1) **osoby akceptujące własną niepełnosprawność charakteryzują się¹²: niższą impulsywnością i większą wytrzymałością (rys. 21) w stosunku do osób, które prezentują postawę braku akceptacji,**

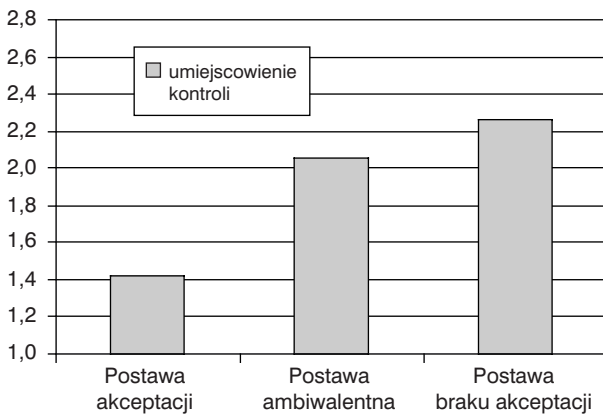
¹² Obliczenia przeprowadzone w modelu ANOVA (Test Bonferroniego) dla $p < 0,05$.



Rys. 21. Porównanie postaw ze względu na rozkład cech: impulsywności oraz wytrzymałości

Źródło: opracowanie na podstawie badania

- (2) osoby o postawie akceptacji istotnie¹³ różnią się od osób wykazujących postawę braku akceptacji pod względem poczucia kontroli; osoby akceptujące się wykazują wewnętrzne poczucie kontroli, podczas gdy osoby nieakceptujące się – zewnętrzne (rys. 22),
- (3) osoby o postawie ambiwalentnej najczęściej osiągały średnie wyniki na skalach.



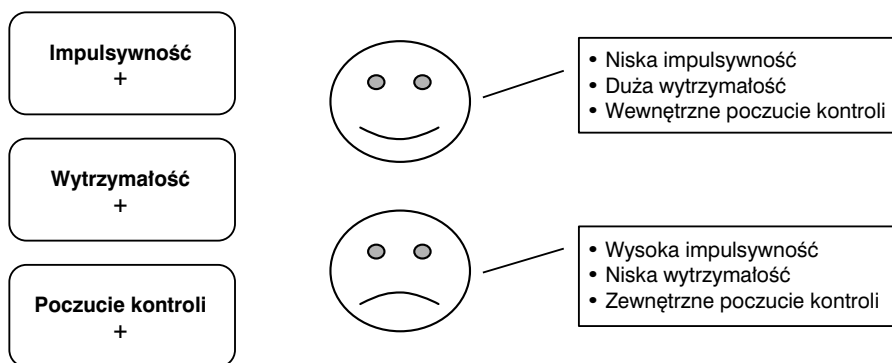
Rys. 22. Postawy a umiejscowienie kontroli (na skali od 1 do 5, gdzie 5 – zewnętrzne umiejscowienie kontroli)

Źródło: opracowanie na podstawie badania

¹³ Obliczenia przeprowadzone w modelu ANOVA (Test Bonferroni) dla $p < 0,05$.

Na podstawie przeprowadzonej analizy nie można stwierdzić zależności przyczynowo-skutkowych. Interesujące natomiast byłoby określenie tego, czy osoby impulsive, charakteryzujące się także niską wytrzymałością oraz zewnętrznym umiejscowieniem kontroli nie akceptują swojej niepełnosprawności za sprawą takiej, a nie innej konstrukcji osobowości, czy też doświadczenia, związane z nabyciem niepełnosprawności pociągnęły za sobą zmiany w zakresie ich kompetencji osobistych.

Opisana konfiguracja cech, charakteryzująca osoby, które nie potrafią zaakceptować własnej niepełnosprawności, wydaje się zgodna z wymienionymi w rozdziale wcześniejszym niektórymi aspektami wychowania. Można powiedzieć, że oba te wymiary – wychowanie i kompetencje osobiste – są ze sobą nierozzerwalnie splecione, wpływają wzajemnie na siebie. Stąd trudno ustalić, który z nich odgrywa nadrzędną rolę w uformowaniu się określonej postawy. Warto natomiast zauważyć, że niska wytrzymałość oraz wysoka impulsywność, połączone z brakiem zewnętrznej struktury w postaci obowiązków i odpowiedzialności za własne decyzje, nie sprzyjają uformowaniu się postawy akceptacji wobec własnej niepełnosprawności. Co więcej, utrudniają dostrzeganie własnej sprawczości.

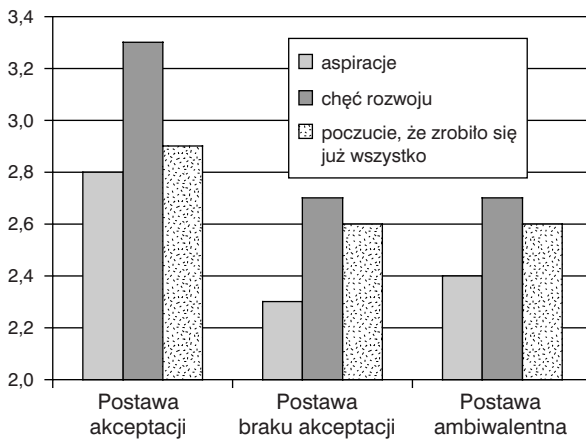


Rys. 23. Postawy a wybrane aspekty kompetencji osobistych

Źródło: opracowanie Dorota Wiszejko-Wierzbicka

2.2.5. Aspiracje i chęć rozwoju a postawy wobec własnej niepełnosprawności

Wyniki¹⁴ badania wskazują na to, że zarówno największe aspiracje¹⁵, jak i chęć rozwoju¹⁶ wykazują osoby, które akceptują swoją niepełnosprawność. One też najczęściej deklarowały, że mają poczucie, iż zrobiły wszystko, co w ich mocy, aby osiągnąć to, do czego dążą. Poczucia takiego nie mają ani osoby prezentujące postawę ambiwalentną, ani te, które nie akceptują swojej niepełnosprawności (rys. 24). Można zatem powiedzieć, że postawa akceptacji samego siebie związana jest z wysokimi aspiracjami oraz deklaracją dalszego rozwoju.



Rys. 24. Postawy a aspiracje, chęć rozwoju oraz poczucie, że zrobiło się wszystko, oceniane na skali od 1 do 4

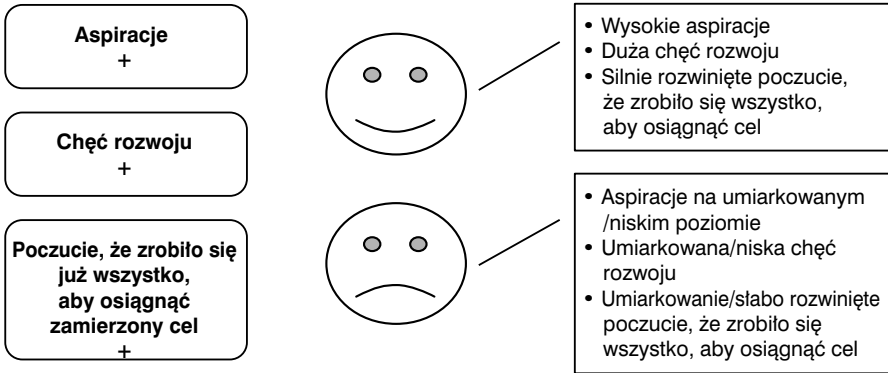
Źródło: opracowanie na podstawie badania

Interpretując uzyskane wyniki warto powrócić do modelu przedstawionego na wstępie, a dotyczącego odległości pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym”. Wydaje się, że aspiracje można traktować jako przejaw pozytywnego patrzenia w przyszłość oraz wiarę w możliwość osiągnięcia tego, co jest zawarte w „ja idealnym”. Można przypuszczać, że osoby, które mają najwyższe aspiracje (czyli akceptujące również swoją niepełnosprawność) i wykazują największą chęć dalszego rozwoju, będą miały też największą motywację do tego, by realizować swoje cele. Ważnym polem, na którym mogą do tego dążyć, jest aktywność zawodowa.

¹⁴ Obliczenia przeprowadzone w modelu jednoczynnikowej ANOVA dla $p < 0,001$.

¹⁵ Zmienna „aspiracje” rozumiana jest tutaj jako chęć „postawienia na swoim”, odporność na porażki oraz stawianie sobie trudnych i ambitnych celów.

¹⁶ Zmienna „chęć rozwoju” odnosiła się do stwierdzeń mówiących o łatwości przystosowania do nowych warunków oraz nawiązywania kontaktów interpersonalnych, a także umiejętności pracy w zespole i rozwiązywania konfliktów.



Rys. 25. Postawy a aspiracje i chęć rozwoju
 Źródło: opracowanie Dorota Wiszejko-Wierzbicka

2.3. Podsumowanie

Jak wynika z powyższych analiz, postawy wobec niepełnosprawności mogą przyjmować różne formy w związku z wykształceniem, posiadanymi cechami osobowości czy tym, w jaki sposób przebiegały relacje między osobą dotkniętą niepełnosprawnością a jej rodzicami.

Bardziej ogólne spojrzenie na te zmienne sugeruje, że **ważnym aspektem życia osoby z ograniczoną sprawnością, mogącym mieć wpływ na ukształtowanie się i podtrzymywanie określonej postawy względem samego siebie, są relacje z innymi (kontekst społeczny)**. Można doszukiwać się go w odniesieniu do zmiennych demograficznych (stan cywilny, edukacja). O wadze relacji z innymi można wnioskować także w kontekście czynników związanych z wychowaniem i osobowością.

Osoby bowiem, które wykazują postawę akceptacji wobec własnej niepełnosprawności, najczęściej są w związkach małżeńskich, skąd mogą czerpać wsparcie. Odnaczają się dłuższym okresem edukacji, co wskazuje na umiejętność, a także potrzebę podtrzymywania kontaktów z innymi ludźmi. Ich niepełnosprawność jest raczej widoczna, nie dotyczy choroby psychicznej, która może wzbudzać lęk otoczenia. Osoby te mają także cechy osobowości, które można uważać za akceptowane społecznie i ułatwiające kontakty z otoczeniem (niska impulsywność, wysokie aspiracje, chęć rozwoju). Ogólnie są przygotowane do tego, by móc funkcjonować w satysfakcjonujący sposób w relacjach z innymi – są obowiązkowe i uporządkowane.

Owa charakterystyka osób, które pozytywnie myślą o sobie i chcą się realizować, powinna je predysponować do sprawnego funkcjonowania w środowisku zawodowym. Czy jest tak w rzeczywistości? Czy pozytywny obraz samego siebie stanowi podstawę do podjęcia aktywności zawodowej? W jaki sposób osoby te odnoszą się do pracy i czy chcą pracować? Na pytania te postaram się odpowiedzieć w kolejnym rozdziale.

Postawy wobec własnej niepełnosprawności a aktywność zawodowa

3.1. Wprowadzenie

Jeden z czołowych socjologów naszych czasów Anthony Giddens (2007, s. 396) pisze: „Pojęcie pracy często kojarzy się nam z trudem się – z zajęciem, które ograniczylibyśmy do minimum (...). W nowoczesnych społeczeństwach posiadanie pracy jest ważne dla zachowania poczucia własnej wartości”.

Anthony Giddens jako ważne aspekty pracy wymienia:

- **Pieniądze** – jako źródło utrzymania;
- **Poziom aktywności** – możliwość wykorzystania własnych umiejętności, a także „dania upustu swojej energii”;
- **Urozmaicenie** – praca jako alternatywa w stosunku do przebywania w domu;
- **Strukturę czasu** – uporządkowanie planu dnia;
- **Kontakty społeczne** – możliwość poznawania ludzi, nawiązywania kontaktów interpersonalnych;
- **Poczucie własnej tożsamości** – związane z poczuciem własnej wartości i przynależności do określonej grupy zawodowej.

Źródło: opracowano na podstawie Giddens, 2006

Aktywność zawodowa jest zatem nie tylko sposobem na zdobycie zabezpieczenia finansowego. Praca we współczesnym świecie jest ważnym wymiarem życia, mającym wpływ na postrzeganie samego siebie. Osoba podejmująca pracę zawodową ma możliwość „sprawdzenia siebie” i swoich możliwości w kontakcie z innymi ludźmi. Z tego względu aktywność zawodową można rozpatrywać jako element szeroko rozumianego planu rozwoju osobistego jednostki oraz kształtowania czy podtrzymywania jej poczucia własnej tożsamości. Z tej perspektywy praca staje się źródłem oceny własnych umiejętności, ważnym elementem obrazu samego siebie.

Wypowiedź osoby bliskiej na temat posiadania pracy przez osobę z ograniczoną sprawnością oraz dostrzeganych różnic w zakresie jej funkcjonowania:

- *Czy widzisz różnicę w jego (męża) funkcjonowaniu w sytuacji, jak nie miał pracy i jak ma pracę? Pod jakimi względami?*
- *Pod wszystkimi. (...) Ma satysfakcję, że nie jest pasożytem, że zarabia. Pominąwszy satysfakcję, że wychodzi, się spotyka, że nie jest jakiś dzikus siedzący w domu. On jest taki otwarty. Ma w pracy swoich przyjaciół. Są tam radości i smutki... wiesz, czuje się takim dowartościowanym, pełnym człowiekiem.*

Fragment wypowiedzi z wywiadu indywidualnego, przeprowadzonego w ramach badania.

Kobieta, lat 31, wykształcenie wyższe, żona osoby niedowidzącej.

Aktywność zawodowa we współczesnym świecie, definiowanym w kategoriach globalizacji, informacji oraz migracji, pojmowana jest inaczej aniżeli chociażby pięćdziesiąt lat temu. Wśród najważniejszych zmian wymienia się między innymi: przejście z teorii mówiących o wyborze zawodu do teorii skoncentrowanych na projektowaniu karier, gdzie procesy karier są powtarzalne i odwracalne; zróżnicowanie ścieżek i procesów przechodzenia z edukacji do rynku pracy, gdzie granice są coraz bardziej umowne (raczej mentalne aniżeli geograficzne). Jak pisze Augustyn Bańka (2007): „Zmiana ta odzwierciedla przechodzenie od karier realizowanych w strukturach biurokratycznych w kierunku karier opartych na indywidualistycznie postrzeganych ścieżkach rozwoju oraz karier, których granice organizacyjne ulegają rozmyciu” (Bańka, tamże, s. 35).

Konsekwencją tych zmian jest odejście od „tradycyjnie” pojmowanych ścieżek kariery, wytyczonych z góry i przewidywalnych (przynajmniej w stopniu, jaki wiązany jest z karierą w ramach określonego zawodu) na rzecz indywidualnie projektowanych ścieżek kariery, których rozwój obejmuje całe życie. Zmiana ta pociąga pewne konsekwencje również dla osób niepełnosprawnych. Obecne pojmowanie kariery zawodowej opiera się bowiem na ciągłych zmianach, przechodzeniu ze stanu zatrudnienia w bezrobocie, z pracy do pracy, z niepełnosprawności w pełnosprawność (za: Bańka, tamże, s. 24). Otwiera to pewne możliwości, które wpisane są w ów nowy sposób myślenia na temat kariery zawodowej. Zmiana sytuacji życiowej nie musi być bowiem postrzegana jako katastrofa zawodowa, ale otworenie się nowych możliwości i szansa na zdobycie nowych kwalifikacji. Owo projektowanie własnej kariery zawodowej w kontekście całego życia i z uwzględnieniem różnych doświadczeń, jakie jednostka napotyka, wymaga jednak od niej posiadania pewnych kompetencji: chęci rozwoju, motywacji oraz gotowości do podejmowania ryzyka i odpowiedzialności za własne działanie.

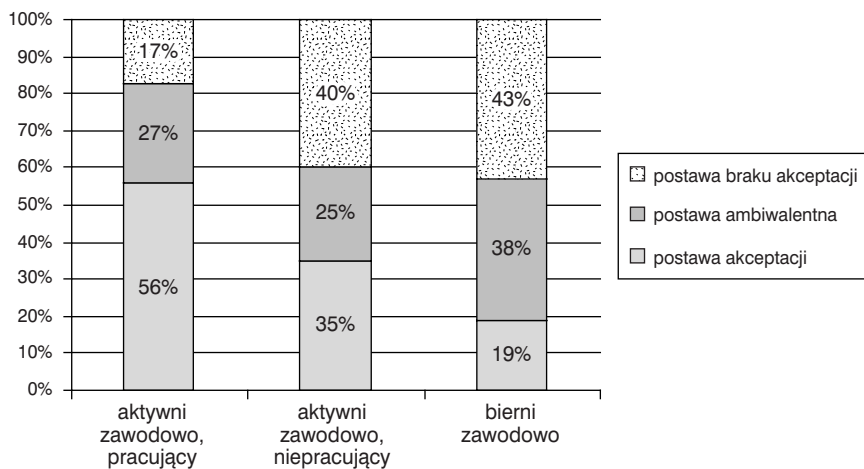
Przechodząc do wyników naszego badania ważne jest, aby pamiętać o opisanych powyżej zmianach w zakresie postrzegania i planowania kariery zawodowej. Kontekst ten wnosi bowiem nowe spojrzenie na aktywność zawodową osób z ograniczoną sprawnością, która winna „wkomponowywać się” w szerszy plan

rozwojowy, czyli – innymi słowy – stwarzać możliwości kształtowania i podtrzymywania pozytywnego obrazu samego siebie.

W przeprowadzonym badaniu wzięły udział osoby niepełnosprawne o różnym statusie zawodowym:

- 1) pracujące w momencie przeprowadzania badania (określane dalej jako „aktywne zawodowo pracujące”),
- 2) niepracujące w momencie przeprowadzania badania, ale aktywnie poszukujące pracy (określane dalej jako: „aktywne zawodowo niepracujące”),
- 3) niepracujące, które deklarowały, że nie poszukują pracy („bierne zawodowo”).

Osoby te prezentowały zróżnicowane postawy względem własnej niepełnosprawności. Ważny natomiast okazał się związek postawy akceptującej z aktywnością zawodową. **Osoby aktywne zawodowo pracujące najczęściej (56% tej grupy) prezentowały postawę akceptacji (rys. 26). Postawa braku akceptacji dominowała natomiast wśród osób niepracujących – zarówno biernych zawodowo (43%), jak i poszukujących pracy (40% tej grupy). Ambiwalentny stosunek do swojej niepełnosprawności przejawiały przede wszystkim osoby bierne zawodowo, czyli te, które nie poszukują pracy.**



Rys. 26. Postawy a status zawodowy

Źródło: opracowanie na podstawie badania

Wyniki przeprowadzonego badania wskazują na obecność związku pomiędzy akceptacją własnej niepełnosprawności a aktywnością zawodową w sensie zarówno posiadania pracy, jak i jej poszukiwania. Trudno określić na podstawie przedstawionych wyników, w jaki sposób dochodzi do ustalenia się owej zależności, tzn. czy akceptacja zwiększa szanse na uzyskanie pracy, czy też fakt posiadania pracy zwiększa poczucie własnej wartości, a co za tym idzie – podnosi poziom samoakceptacji. Zapewne można mówić tu o zwrotnym działaniu obu wymienionych czynników, tzn. akceptacji samego siebie oraz aktywności zawodowej.

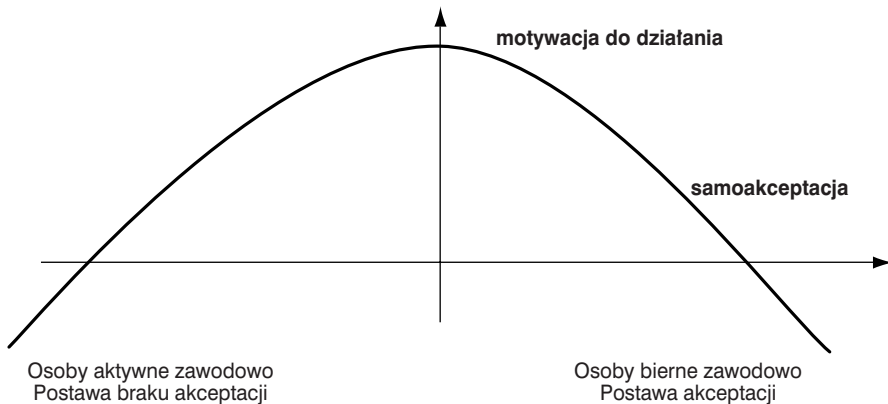
Wyższy poziom samoakceptacji prawdopodobnie ułatwia uzyskanie pracy, natomiast fakt posiadania pracy wzmacnia samoocenę i ułatwia akceptację własnej niepełnosprawności.

W tym miejscu można by pokusić się o prostą rekomendację: praca nad samoakceptacją oraz podniesieniem poziomu akceptacji własnej niepełnosprawności pozwoli – w przypadku osób z ograniczoną sprawnością – na zwiększenie ich aktywności zawodowej. Czy jednak na pewno? Czy zależność ta jest taka prosta? Bardziej wnikliwa analiza zdaje się temu przeczyć.

W dalszej części niniejszego opracowania chciałabym skoncentrować się na pytaniu bardziej precyzyjnym, a mianowicie – **czy należy dążyć do aktywizacji zawodowej wszystkich osób niepełnosprawnych? Czy aby na pewno ich zadowolenie z życia zależy od aktywności zawodowej?**

Wśród osób aktywnych zawodowo pracujących jest bowiem znaczny odsetek osób, które nie akceptują się bądź mają problemy z pełną akceptacją własnej niepełnosprawności (44% – postawa braku akceptacji oraz ambiwalentna – łącznie). Z drugiej strony wśród osób biernych zawodowo oraz niepracujących znajdują się jednak osoby, które się akceptują. W dalszej części tego opracowania chciałabym skoncentrować się na analizie związków pomiędzy postawami, statusem zawodowym (aktywni zawodowo pracujący, aktywni zawodowo niepracujący, ale poszukujący pracy, bierni zawodowo, czyli niepracujący i nieposzukujący pracy) a ich obrazem samego siebie oraz zadowoleniem z życia.

Można przypuszczać, że zarówno osoby biernie zawodowo akceptujące się, jak i aktywne zawodowo nieakceptujące się, stanowią krańce kontinuum na osi samoakceptacji (rys. 27).



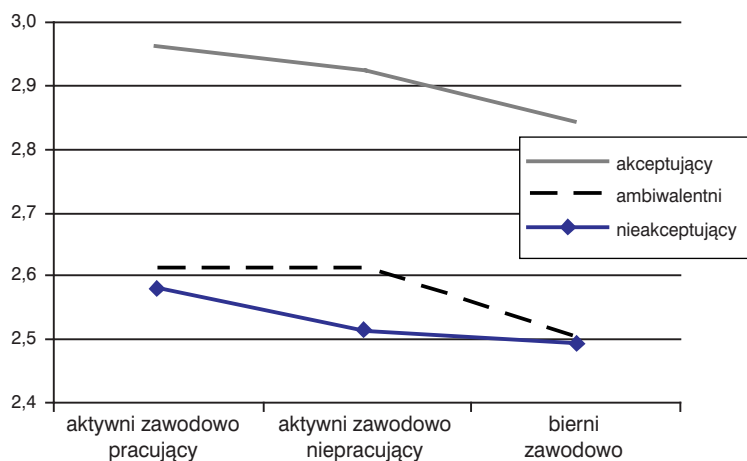
Rys. 27. Samoakceptacja a poziom motywacji wśród osób biernych zawodowo, akceptujących własną niepełnosprawność oraz nieakceptujących jej

Źródło: opracowanie Dorota Wiszejko-Wierzbicka na podstawie badania

3.2. Obraz samego siebie jako źródło motywacji

Aspiracje często traktowane są w literaturze przedmiotu jako część „ja idealnego” (Łukaszewski, 1974). Wiązane są także często z motywacją. Motywacja jest jednak czymś odrębnym w stosunku do aspiracji. Osoba może mieć wysokie aspiracje oraz w pełni się akceptować przy równocześnie niskiej motywacji do działania. W myśl teorii motywacji osiągnięć J. W. Atkinsona i N. F. Feathera (za: Lewowicki, 1987), w której rozróżnia się motywację osiągnięć i motywację unikania, osoby o silnej motywacji osiągnięć zazwyczaj odznaczają się umiarkowanymi aspiracjami. Podejmują one zadania o średnim poziomie trudności, gdzie duże jest prawdopodobieństwo osiągnięcia sukcesu. Osoby o słabej motywacji podejmują się na ogół zadań bardzo łatwych albo bardzo trudnych (porażkę w takim wypadku łatwo jest uzasadnić).

Z rysunku 28 wynika, że największe aspiracje mają osoby akceptujące swoją niepełnosprawność. Wśród nich zaś – osoby, które są aktywne zawodowo. Tuż jednak za nimi plasują się osoby poszukujące pracy oraz biernie zawodowo (akceptujące się).



Rys. 28. Aspiracje (skala 1–4) a status zawodowy wśród osób prezentujących różne postawy
Źródło: opracowanie na podstawie badania

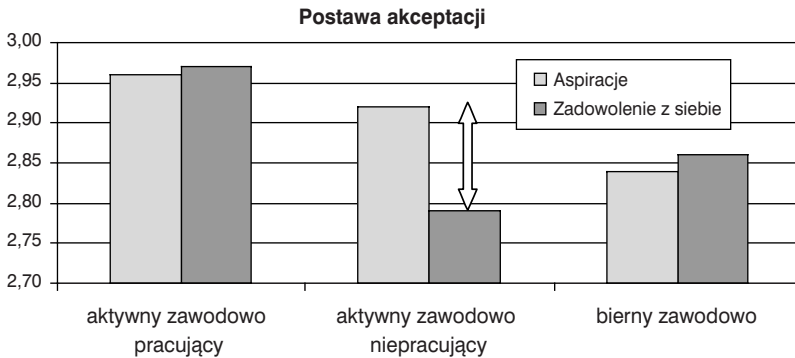
Warto zatem zauważyć, że wysokie aspiracje przejawiają przede wszystkim osoby akceptujące się. Aktywność zawodowa stanowi natomiast czynnik pozostający niejako w tle, jeśli chodzi o aspiracje. Innymi słowy, można przypuszczać, że za ukształtowaniem się „ja idealnego”, którego wyrazem są aspiracje, kryje się przede wszystkim akceptacja samego siebie. To, czy osoba z wysokimi aspiracjami będzie chciała je realizować w sferze zawodowej, jest natomiast odrębną kwestią. Osoba akceptująca się, ale bierna zawodowo, charakteryzuje się bowiem zna-

cząco¹⁷ wyższymi aspiracjami aniżeli osoba aktywna zawodowo, ale wykazująca postawę braku akceptacji. Najgorzej zaś pod tym względem wypadają osoby bierne zawodowo nieakceptujące się.

A. Postawa akceptacji a motywacja do działania

Jeśli przyjąć, że aspiracje dają wyraz idealnemu wyobrażeniu ja („ja idealne”), natomiast za ocenę „ja realnego” przyjąć poziom zadowolenia z siebie, który także był mierzony podczas badania, to okazuje się, że:

Wysokim aspiracjom w przypadku osób biernych zawodowo akceptujących się towarzyszy wysokie zadowolenie z własnych umiejętności (rys. 29).



Rys. 29. „Ja realne” (zadowolenie z siebie) a „ja idealne” (aspiracje)

Źródło: opracowanie na podstawie badania

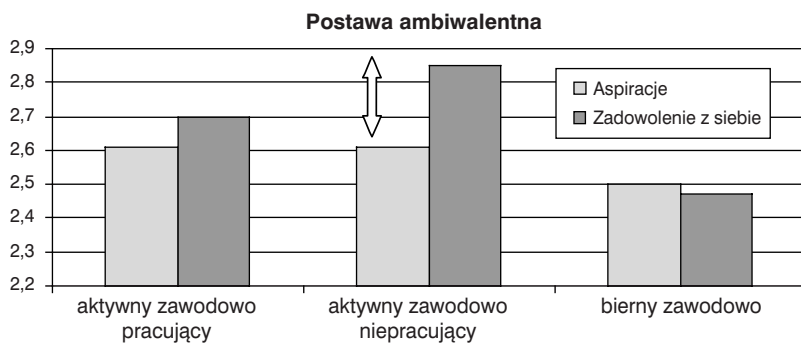
Wysokie aspiracje w przypadku osób biernych zawodowo akceptujących się w zestawieniu z dużym zadowoleniem z własnych umiejętności sugerują, że odległość pomiędzy ich „ja realnym” a „ja idealnym” jest mała, co w oczywisty sposób nie wywala w nich motywacji do działania. Są one zadowolone z obecnego stanu swoich kompetencji, akceptują się takimi, jakie są, i nie dążą do tego, by stawić sobie trudne i ambitne cele, mogące zmienić ów stan rzeczy.

Niskiej motywacji można dopatrywać się także wśród osób akceptujących się pracujących. Jak wynika z rys. 29, ich zadowolenie z samych siebie jest wyższe niż w przypadku osób biernych zawodowo i ogólnie wykazują one wyższe aspiracje; jednak rozbieżność pomiędzy stanem obecnym a pożądanym jest na tyle mała, iż wydaje się, że nie wywołuje u tych osób szczególnego napięcia motywacyjnego. Można przypuszczać, że realizują się one w pracy zawodowej, która przynosi im zadowolenie z siebie. Największą motywację mają osoby, które poszukują pracy. Ich zadowolenie z siebie istotnie odbiega od aspiracji, które, należy pamiętać, są dość wysokie. Stawiają sobie one ambitne cele i deklarują wytrwałość w dążeniu do ich realizacji.

¹⁷ Obliczenie istotności różnic za pomocą testu – jednoczynnikowa ANOVA dla $p < 0,01$.

B. Postawa ambiwalentna a motywacja do działania

W odniesieniu do grupy osób prezentujących postawę ambiwalentną (rys. 30) można zauważyć, że największa różnica pomiędzy stanem obecnym (zadowolenie z siebie) a aspiracjami dotyczy osób poszukujących pracy.



Rys. 30. „Ja realne” (zadowolenie z siebie) a „ja idealne” (aspiracje)

Źródło: opracowanie na podstawie badania

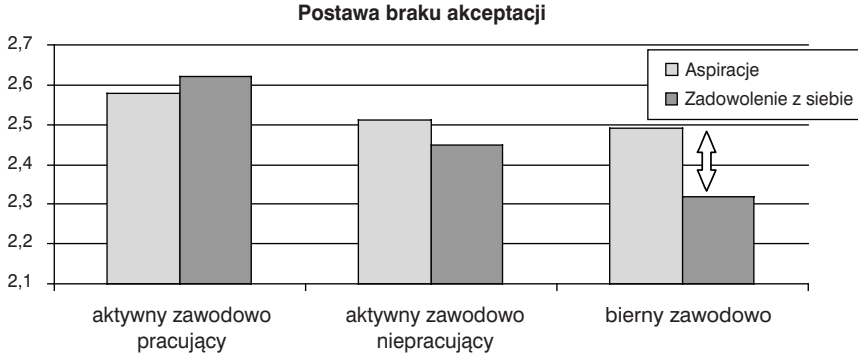
W ich przypadku jednak zadowolenie z siebie jest znacząco wyższe aniżeli poziom aspiracji. Rozbieżność tego rodzaju, gdzie stan antycypowany jest niższy niż ten, który jest aktualny, oddaje sytuację opisaną wcześniej w hipotetycznych konfiguracjach pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym” (patrz rozdział 1.2.). W przypadku tych osób, które mają ambiwalentny stosunek do własnej niepełnosprawności, można przypuszczać, że charakter owej rozbieżności może wywoływać napięcie, jednak trudno jest wnioskować o kierunku tak wzbudzonej motywacji. Być może kanalizowana jest ona w kierunku „sztucznego” podtrzymywania własnej samooceny.

Podobny charakter rozbieżności pomiędzy stanem obecnym (zadowolenie z siebie) a antycypowanym (aspiracje) odnajdujemy wśród osób pracujących. W odniesieniu do obydwu grup można zastanawiać się, czy obraz samego siebie w tym przypadku (ambiwalencja w stosunku do własnej niepełnosprawności) jest adekwatny i czy wyzwala on motywację do działania czy też może do „przetrwania”. Bardziej szczegółowe rozważania na ten temat wychodzą jednak poza ramy niniejszego opracowania. Wydaje się jednak, iż warto odnotować występowanie u osób z ograniczoną sprawnością obrazu samego siebie, w którym zadowolenie z obecnych umiejętności i wykształcenia („ja realne”) przewyższa aspiracje i chęć stawiania sobie ambitnych celów („ja idealne”).

C. Postawa braku akceptacji a motywacja do działania

W przypadku osób nieakceptujących się aktywnych zawodowo zauważalna jest mała odległość pomiędzy ich „ja realnym” a „ja idealnym” (rys. 31). Ogólnie ich aspiracje oraz zadowolenie z siebie są na dość wysokim poziomie. Wydawać się jednak może, że ich „ja idealne” jest słabo ukształtowane. Aktywność zawodo-

wa może dawać im poczucie kompetencji i zadowolenia z siebie, nie stymuluje jednak do rozwoju. Osoby te zdają się mówić: „wiele osiągnąłem (wysokie zadowolenie z siebie) jak na kogoś, kim jestem (brak samoakceptacji) i nie mam większych aspiracji (brak motywacji do działania)”.



Rys. 31. „Ja realne” (zadowolenie z siebie) a „ja idealne” (aspiracje)

Źródło: opracowanie Dorota Wiszejko-Wierzbicka na podstawie przeprowadzonego badania

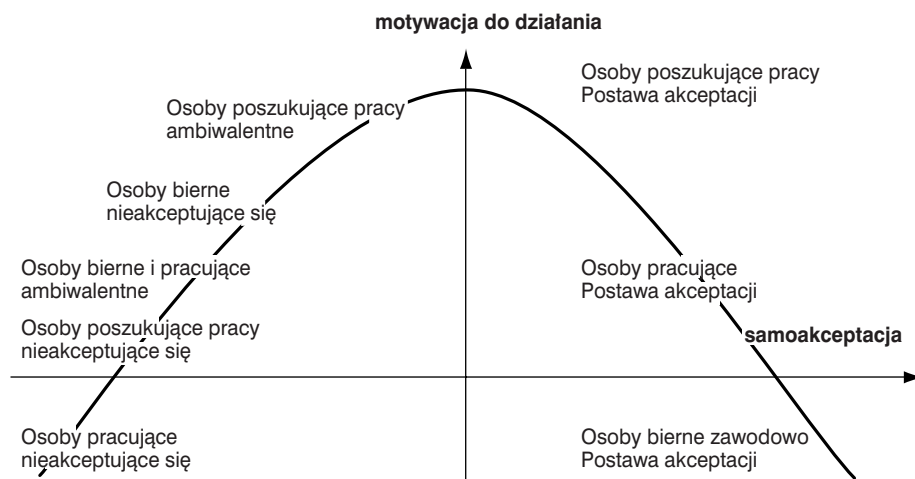
Inna sytuacja występuje w przypadku osób poszukujących pracy oraz biernych zawodowo. Można powiedzieć, że ich obraz samego siebie jest adekwatny i motywujący do działania (aspiracje przewyższają poziom zadowolenia z siebie), lecz najmniej optymistyczny. Spośród wszystkich badanych mają one najgorsze zdanie na temat własnych kwalifikacji, umiejętności, a także najniższe aspiracje. Wprawdzie osoby te chciałyby realizować swoje zamierzenia, jednak brak akceptacji samego siebie oraz stosunkowo niska samoocena może im to poważnie utrudniać.

Poczucie własnej wartości jako kombinacja różnicy pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym” oraz wagi przypisywanej danemu obszarowi kompetencji

Zgodnie z koncepcją Susan Hunter (1999), która poparta została licznymi badaniami na ten temat, poziom samooceny, a zatem także akceptacja samego siebie, wynika z kombinacji dwóch czynników: po pierwsze wielkości różnicy pomiędzy stanem obecnym a wyobrażonym; po drugie wagi, jaka przypisywana jest danemu obszarowi „ja”, czyli tego, na ile określona domena jest istotna i jakie zajmuje miejsce w konstelacji „ja” (centralne bądź peryferyczne). Z ustaleń, jakie poczyniła autorka w czasie przeprowadzonych przez siebie badań (Harter, tamże), wynika, że relatywnie niska samoocena dotyczy osób, które nie mają wystarczających kompetencji bądź własności w obszarach, uważanych przez nie za ważne. Przykładowo u osoby, dla której aktywność zawodowa jest bardzo ważna, a równocześnie nie ma

ona pracy, można spodziewać się niskiej samooceny. Z obserwacji tych wyników ważna implikacja praktyczna: praca nad pozytywnym obrazem samego siebie oraz własną samooceną, aby była skuteczna, musi odnosić się do kluczowych i ważnych dla jednostki obszarów „ja”.

Podsumowując, można zauważyć, że największą motywację do działania, ujmowaną w kategoriach rozbieżności pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym”, wykazują osoby poszukujące pracy, które się akceptują (rys. 32). Duże napięcie motywacyjne mogą odczuwać także osoby poszukujące pracy i mające ambiwalentny stosunek do swojej niepełnosprawności. Ich wizerunek samego siebie wydaje się jednak nieadekwatny z uwagi na to, że zadowolenie z siebie przewyższa w ich przypadku aspiracje. Najmniejszą motywację do działania można zaś przypisać z jednej strony osobom, które nie akceptują się i pracują bądź poszukują pracy, z drugiej – akceptującym się, lecz biernym zawodowo bądź pracującym.



Rys. 32. Poziom motywacji do działania u osób prezentujących odmienne postawy oraz status zawodowy

Źródło: opracowanie Dorota Wiszejko-Wierzbicka na podstawie badania

W tym miejscu można zastanowić się, jak odpowiedzieć na pytanie sformułowane w tytule książki: „Od samoakceptacji do aktywności”? Czy samoakceptacja wystarczy, aby podjąć działanie? W kontekście powyższej analizy właściwa odpowiedź jest przecząca.

Akceptacja samego siebie i własnej niepełnosprawności nie zawsze musi motywować do działania, przynajmniej w obszarze sfery zawodowej.

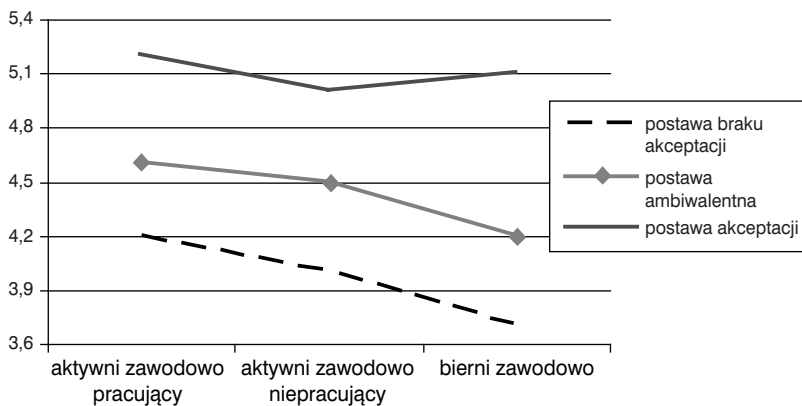
Z drugiej zaś strony, **samoakceptacja stanowi dobry punkt wyjścia dla tych, którzy poszukują pracy.**

3.3. Aktywność zawodowa a zadowolenie z życia

W tym rozdziale chciałabym omówić ogólny poziom zadowolenia z życia u osób o zróżnicowanym statusie zawodowym, mających odmienne postawy wobec własnej niepełnosprawności.

Aspiracje, ujęte przez mnie wcześniej jako wyraz „ja idealnego”, uważane są także za kryterium oceny własnego życia oraz dobrostanu (np. Michalos, 1985). Rosną, kiedy podnosi się poziom życia, maleją zaś w sytuacji jego pogorszenia się. Aspiracje można uznać za coś w rodzaju **barometru jakości życia**, który rządzi się ogólnym prawem, formułowanym w języku potocznym w słowach: „W miarę jedzenia apetyt rośnie”.

Na podstawie uzyskanych wyników można powiedzieć, że zadowoleniem z życia powinny cieszyć się przede wszystkim osoby akceptujące się, ponieważ to właśnie one wykazują najwyższy poziom aspiracji. Aby to sprawdzić, odniosłam się do zmiennej „zadowolenie z życia”. Wszystkim respondentom zadawane było następujące pytanie: „*Jak ocenia Pan/i swoje dotychczasowe życie, czy mógł(a)by Pan/i powiedzieć, że było ono...?*” (ocena na skali od 1 do 7, gdzie 7 – wspaniałe, 1 – okropne). Rozkład średnich ocen przedstawia rys. 33.



Rys. 33. Zadowolenie z życia i status zawodowy wśród osób prezentujących różne postawy wobec własnej niepełnosprawności

Źródło: opracowanie na podstawie badania

Z rys. 33 wynika, że zadowolenie z życia oceniane było przez zdecydowaną większość respondentów zawsze powyżej średniej, oznaczającej: „ani dobrze, ani źle”. Najbardziej pozytywnie oceniły swoje życie osoby prezentujące postawę ak-

ceptacji. Warto zwrócić uwagę na fakt, że największe zadowolenie z życia deklaryowały osoby akceptujące swoją niepełnosprawność bez względu na status zawodowy. Najmniej z życia zadowolone są natomiast osoby, które się nie akceptują. Tutaj jednak warto zaznaczyć, że najniżej oceniały swoje zadowolenie z życia osoby, które są bierne zawodowo.

Osoby bierne zawodowo, a do tego wykazujące negatywną postawę względem własnej niepełnosprawności, okazały się najbardziej niezadowolone ze swojego życia oraz obrazu samego siebie.

Wydaje się, że brak aktywności zawodowej w ich przypadku może stanowić dodatkowy czynnik negatywnie wpływający na ich samopoczucie oraz samoocenę. Łatwo bowiem zauważyć, że sam fakt posiadania pracy w przypadku osób nieakceptujących się znacząco podnosi ocenę zadowolenia z życia. Osoby aktywne zawodowo akceptujące się, podobnie jak bierne zawodowo akceptujące się, wykazują zarówno wysokie aspiracje, jak i wysokie zadowolenie z siebie i swojego życia. Z uwagi na to, że odległość pomiędzy ich „ja realnym” a „ja idealnym” nie wzbudza w nich szczególnego napięcia, które miałyby stanowić motywację do działania, można przypuszczać, że osobom tym „jest dobrze w miejscu, w którym się znajdują”: osobom pracującym w pracy, osobom niepracującym i nieposzukującym pracy być może na niwie rodziny bądź w innym obszarze życia.

Z obserwacji tej można wysnuć ogólny wniosek:

Samoakceptacja sprzyja wysokim aspiracjom oraz zadowoleniu z życia – bez względu na posiadanie pracy.

Jeśli brakuje samoakceptacji – praca może być czynnikiem podnoszącym poziom zadowolenia z życia.

3.4. Przyczyny niepodjęcia pracy

Na koniec chciałabym uzupełnić powyższe analizy o najczęściej podawane przyczyny niepodjęcia pracy. W ramach przeprowadzonego badania osoby niepracujące, a zatem bierne zawodowo oraz aktywne, ale niepracujące, proszone były o wymienienie trzech najważniejszych powodów, dla których nie pracują. Pytanie brzmiało następująco:

Ludzie z różnych przyczyn nie pracują. Proszę powiedzieć, jak jest w Pana(i) przypadku.

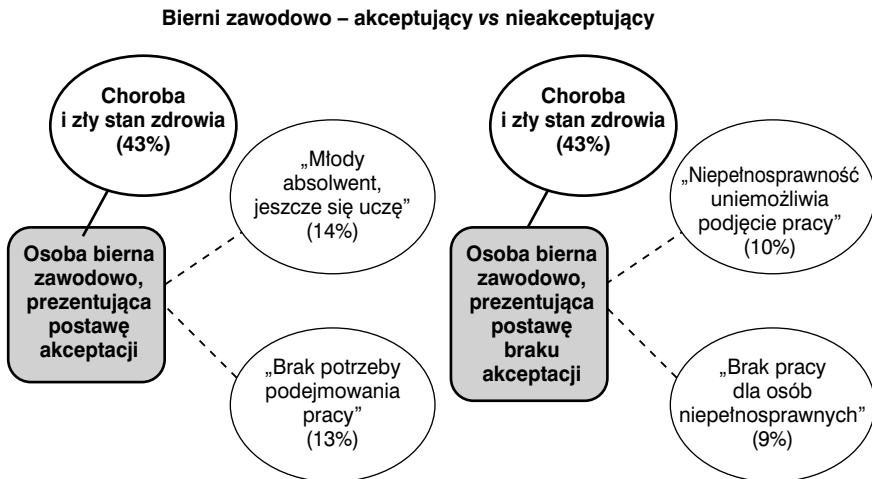
Dlaczego Pan(i) nie pracuje? Proszę podać trzy najważniejsze powody.

Najczęściej podawane przyczyny niepodejmowania pracy przez osoby niepełnosprawne niepracujące to:

- 1) choroba i stan zdrowia (23% odpowiedzi),
- 2) brak pracy (9% odpowiedzi),
- 3) brak ofert pracy dla osób niepełnosprawnych (6% odpowiedzi).

W przypadku osób biernych zawodowo akceptujących i nieakceptujących się można było jednak zauważyć pewne różnice. Wprawdzie zarówno jedne, jak i drugie, podobnie do ogółu osób niepracujących, za najważniejszą przyczynę podawały „stan zdrowia” (43% oraz 49% – odpowiednio). Osoby bierne akceptujące się w drugiej i trzeciej kolejności wymieniały jednak „fakt kontynuowania nauki” (14%) oraz „brak potrzeby podejmowania pracy” (13%), podczas gdy osoby bierne zawodowo nieakceptujące się: „niepełnosprawność uniemożliwia podjęcie pracy” (10% odpowiedzi) oraz „brak pracy dla osób niepełnosprawnych” (9% odpowiedzi) (rys. 34). W przypadku osób niepracujących, ale aktywnych zawodowo, czyli poszukujących pracy, najczęściej podawaną przyczyną niepodejmowania pracy był „brak ofert pracy dla osób niepełnosprawnych”.

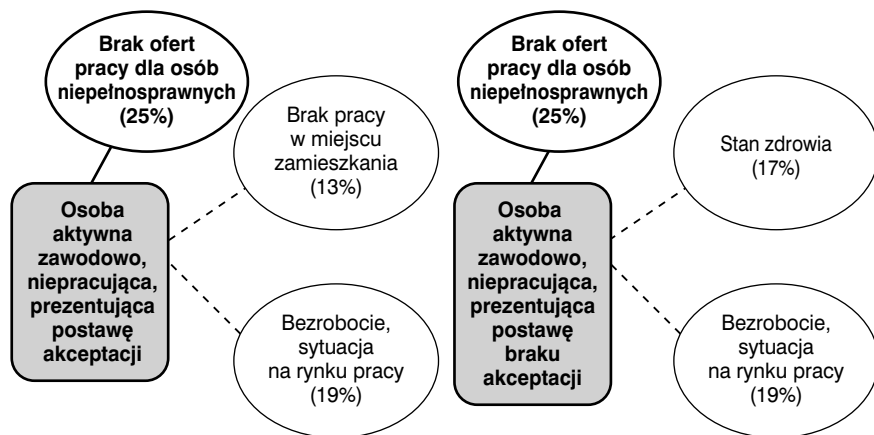
Osoby poszukujące pracy (aktywne zawodowo) i nieakceptujące się różniły się od osób akceptujących się tym, że – podobnie jak osoby bierne zawodowo – podkreślały fakt złego stanu zdrowia.



Rys. 34. Najczęściej wymieniane powody niepodejmowania pracy

Źródło: Opracowanie na podstawie badania

Poszukujący pracy – akceptujący vs nieakceptujący



Rys. 35. Najczęściej wymieniane powody niepodejmowania pracy

Źródło: opracowanie na podstawie badania

Z powyższej analizy wynika, że w odczuciu osób z ograniczoną sprawnością, które nie pracują, największą barierą w podjęciu pracy jest ich stan zdrowia. Powód ten akcentowany jest w szczególności przez osoby nieakceptujące swojej niepełnosprawności, ale także przez biernie zawodowo, które wykazują postawę akceptacji. Fakt ten może być różnie interpretowany.

Jedną z interpretacji może być obserwacja poczyniona w ramach niniejszego opracowania, wskazująca na to, że osoby nieakceptujące się to w większości osoby z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (patrz rozdział „Cechy niepełnosprawności”). **Akcentowanie zwłaszcza tego powodu, jeśli chodzi o niepodejmowanie pracy, może także świadczyć o silnej koncentracji na niepełnosprawności, jako centralnym aspekcie obrazu własnej osoby.**

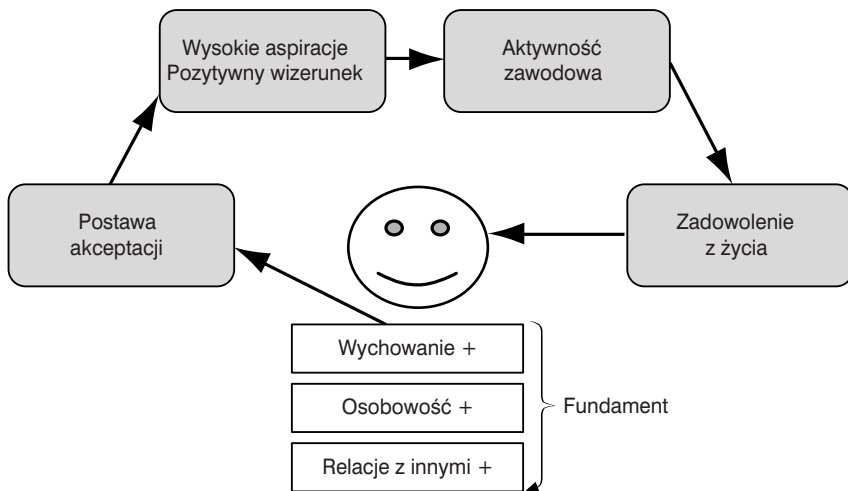
Wydaje się, że w przypadku osób biernych zawodowo choroba może być zarówno czynnikiem, który obiektywnie uniemożliwia sprawne funkcjonowanie w środowisku zawodowym (np. częste pobyty w szpitalu, trudności w komunikacji itp.), jak i rodzajem wymówki.

Ostatnia z interpretacji może odnosić się do osób biernych zawodowo, które akceptują swoją niepełnosprawność, zwłaszcza jeżeli weźmie się pod uwagę wymieniane przez nie powody, dla których nie podejmują aktywności zawodowej (dla przypomnienia: „brak potrzeby podejmowania pracy”, „jeszcze się uczyć”). W przypadku osób aktywnie poszukujących pracy oraz akceptujących własną niepełnosprawność podawane powody miały charakter „zewnętrzny”. Powoływały się one na ogólnie niekorzystną sytuację na rynku pracy, jak również brak odpowiedniej oferty pracy dla osób niepełnosprawnych. Dla tej grupy osób stan zdrowia nie stanowi poważnej bariery uniemożliwiającej podjęcie pracy zawodowej.

3.5. Podsumowanie

Przeprowadzona analiza pozwala spojrzeć na osoby niepełnosprawne jako grupę bardzo zróżnicowaną zarówno pod względem postrzegania swojej niepełnosprawności, jak i pod kątem motywacji do podejmowania pracy oraz ogólnego zadowolenia z życia. Z jednej strony dostrzec można istotny związek pomiędzy akceptacją własnej niepełnosprawności a aktywnością zawodową (większość osób pracujących zawodowo wykazuje postawę akceptacji). Z drugiej natomiast okazuje się, że **zadowolenie z życia wynika przede wszystkim z postawy akceptacji samego siebie**. Praca zawodowa jest czynnikiem, który może to zadowolenie wzmacniać.

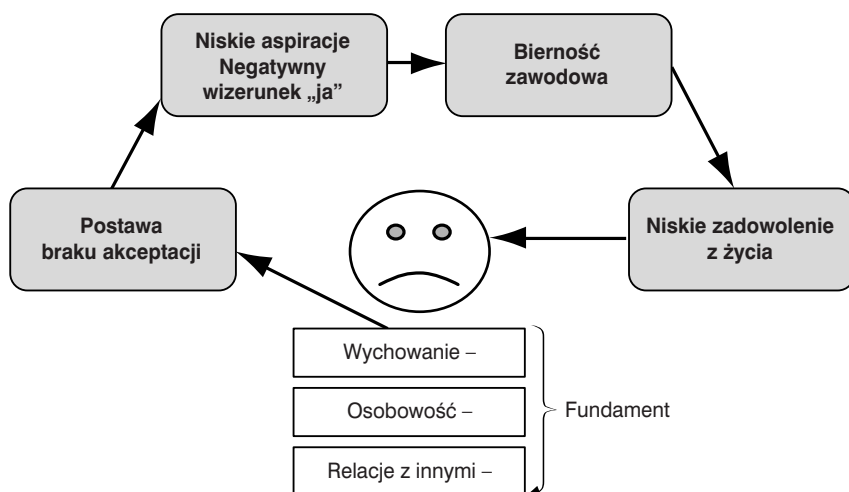
W wyniku badania zarysowały się dwa „typy idealne”, które, jak się wydaje, stanowią formę wyjściową dla pozostałych konfiguracji zmiennych, mających związek z postawami wobec własnej niepełnosprawności. Wyróżnione typy w swojej skrajnej formie najbardziej odpowiadają postawie akceptacji w odniesieniu do osób aktywnych zawodowo, z drugiej zaś strony – postawie braku akceptacji w sytuacji bierności zawodowej. Pierwszy typ przedstawia „pozytywny krąg”, czyli konfigurację zmiennych, które w istotny sposób podnoszą zadowolenie z życia (rys. 36). Drugi z rysunków przedstawia natomiast konfigurację zmiennych związanych z obniżeniem oceny zadowolenia z życia. Analogicznie można ów układ zmiennych nazwać „negatywnym kręgiem” (rys. 37).



Rys. 36. „Pozytywny krąg”: konfiguracja zmiennych wpływająca na podwyższenie poziomu zadowolenia z życia

Źródło: opracowanie Dorota Wiszejko-Wierzbicka

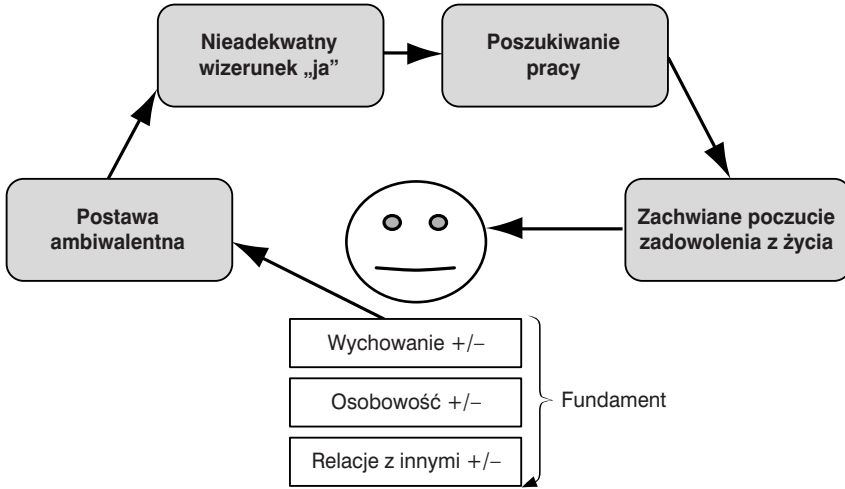
Z badania wiadomo jednak, że pomiędzy owymi idealnymi typami znajduje się szerokie *spectrum* różnych konfiguracji, które także mogą prowadzić do zadowolenia z życia bądź jego braku. Istotnym elementem owej konfiguracji są czynniki nazwane „fundamentem” (wychowanie, osobowość, relacje z innymi), które stanowią punkt wyjścia dla kształtowania się określonej postawy. To od nich zależy, w jaki sposób osoba będzie funkcjonowała w dorosłym życiu, w środowisku zawodowym oraz otoczeniu społecznym. Czynniki te już od najmłodszych lat wpływają na ukształtowanie się określonej postawy względem samego siebie, na poziomie emocji, wiedzy oraz zachowania.



Rys. 37. „Negatywny krąg”: konfiguracja zmiennych wpływająca na obniżenie zadowolenia z życia

Źródło: opracowanie Dorota Wiszejko-Wierzbicka

Z drugiej strony można przyjąć jednak, że bez względu na to, czy owe fundamenty są mocne czy chwiejne, doświadczenie związane z nabyciem niepełnosprawności może nimi wstrząsnąć. U jednych osób „dochodzenie do siebie” i rekonstrukcja wizerunku własnego „ja” może trwać krótko, podczas gdy u innych dłużej, niezmiennie jednak wprowadza „zamęt psychiczny”, który może objawiać się ambiwalentnym stosunkiem do własnej niepełnosprawności. Stąd wydaje się, że warto, aby pomiędzy tymi dwoma „typami idealnymi” naszkicować jeszcze jeden krąg, który można nazwać „kręgiem pośrednim”, bądź bardziej adekwatnie do tematu obrazu samego siebie – „krzywym zwierciadłem”. Odnosi się on do postawy ambiwalentnej (rys. 38).



Rys. 38. „Krzywe zwierciadło”: konfiguracja zmiennych wpływająca na zachwianie zadowolenia z życia

Źródło: opracowanie Dorota Wiszejko-Wierzbicka

Schemat zamieszczony na rys. 38 wymaga komentarza. Jak widać, obrazuje on sytuację, w której punktem wyjścia może być zarówno mocny, jak i słaby fundament. Kluczowym aspektem jest natomiast ambiwalentna postawa względem własnej niepełnosprawności, która wiąże się z nieadekwatnym wizerunkiem samego siebie („ja realne” wyżej oceniane niż „ja idealne”). W przypadku tych osób opisany stan może pełnić funkcję ochronną „ja”, pozwalając na zachowanie poczucia własnej wartości, które niezbędne jest do tego, aby ukształtować nowe „ja idealne”. Wydaje się, że u tych osób niemożność znalezienia pracy jest czynnikiem, który dodatkowo obniża poziom zadowolenia z życia.

W kontekście powyższych rozważań można zastanowić się nad rolą aktywności zawodowej: czy jest ona jedyną drogą zdobycia szczęścia i czerpania zadowolenia z życia w przypadku osób niepełnosprawnych? Otrzymane wyniki wydają się przynajmniej w części temu przeczyć. Wśród osób biernych zawodowo również można odnaleźć osoby, które nie ustępują pod względem oceny zadowolenia z życia osobom pracującym. Nie można negować doniosłej roli aktywności zawodowej w procesie kształtowania wizerunku samego siebie, z drugiej jednak strony, czy monotonna praca, niezgodna z posiadanymi przez osobę niepełnosprawną kwalifikacjami oraz jej osobistymi aspiracjami, rzeczywiście korzystnie wpłynie na jej samoocenę?

Rekomendacje

4.1. Wprowadzenie

W tytule książki zostało sformułowane pytanie: „Od samoakceptacji do aktywności?”. W rzeczy samej, jeśli chodzi o aktywność zawodową, istnieje silny związek pomiędzy akceptacją własnej niepełnosprawności a byciem czynnym zawodowo. Gdyby natomiast zadać pytanie, **czy aktywność zawodowa jest warunkiem zadowolenia z życia**, odpowiedź byłaby przecząca. Z przeprowadzonej analizy wynika, że aby być szczęśliwym, najpierw trzeba zaakceptować siebie. Aktywność zawodowa może natomiast być ważnym czynnikiem, który wzmacnia zadowolenie z życia. W tym kontekście nasuwają się pewne zalecenia, które mogą być skierowane do specjalistów zajmujących się rehabilitacją osób z ograniczoną sprawnością, a także do ich rodzin.

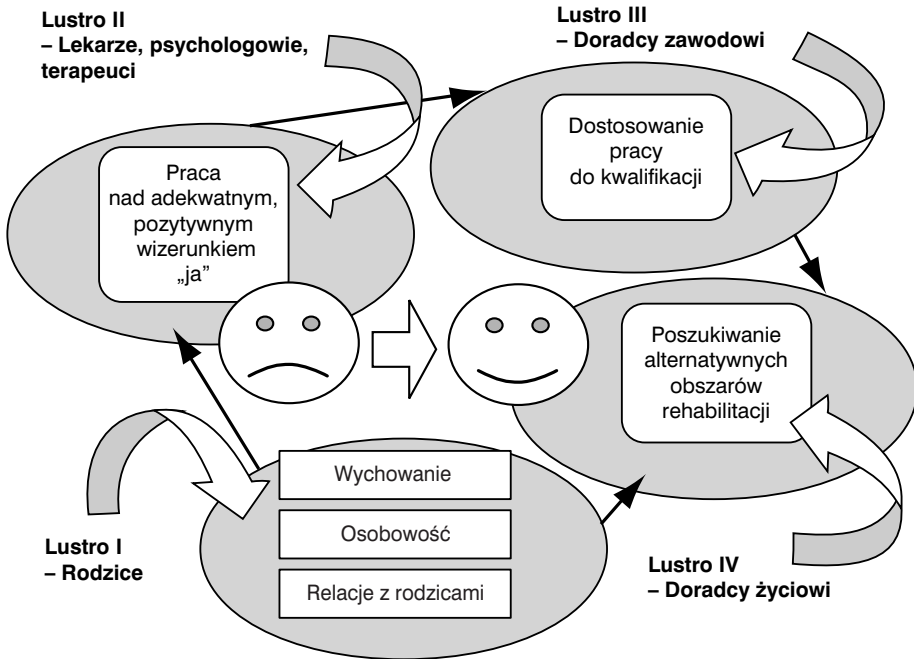
Z przeprowadzonego badania wynika, że osoby z ograniczoną sprawnością noszą w sobie różne przekonania na swój temat, którym towarzyszą odmienne emocje. Sposób, w jaki postrzegają siebie, rzutuje na relacje z innymi. Otoczenie może postawę tę wzmacniać bądź osłabiać, działając w sposób podobny do lustra. Wiele jednak zależy od samej jednostki, od tego, jakie sygnały na swój temat będzie wysyłać pod adresem innych osób ze swojego otoczenia. Można tu zatem mówić o działaniu mechanizmu sprzężenia zwrotnego bądź – używając bardziej metaforycznego porównania – odbicia w lustrze, którym jest otoczenie zewnętrzne.

Wypowiedź osoby z ograniczoną sprawnością, obrazująca metaforę lustra:

(...) inni ludzie akceptują osoby niepełnosprawne pod tym warunkiem, jeżeli osoby niepełnosprawne akceptują siebie. Bo nie da się ukryć... jest taka zależność... co człowiek do siebie czuje i jak się do siebie odnosi samego, to inni ludzie go takim postrzegają.

Fragment wypowiedzi z wywiadu indywidualnego, przeprowadzonego w czasie badania.

Wydaje się zatem, że brak intencjonalnego działania otoczenia na rzecz przewrnięcia tego „negatywnego kręgu” (patrz rozdział poprzedni), który może otaczać osobę z ograniczoną sprawnością, nie przyniesie zmiany postawy. Na rysunku 39 zaznaczono obszary, które można nazwać lustrami. Każde z przedstawionych lustro odpowiada innemu rodzajowi interwencji. W odniesieniu do każdego lustro może zostać podjęta interwencja, mająca na celu podwyższenie poziomu samoakceptacji, a tym samym zadowolenia z życia.



Rys. 39. Obszary wymagające interwencji
Źródło: opracowanie Dorota Wiszejko-Wierzbicka

4.2. Zalecenia dla rodziców

Fundamentem wizerunku samego siebie jest wczesna socjalizacja oraz wychowanie. Bez względu na to, czy osoba urodziła się z niepełnosprawnością czy ją nabyła, fundamenty te stanowią rodzaj „szczepionki”, który osoba wynosi na całe swoje życie z domu rodzinnego. Jest to też punkt wyjścia do samoakceptacji. Stąd nie sposób przecenić roli rodziców, którzy jako najbliższe otoczenie mogą „zaszczepić” pozytywną postawę poprzez odpowiednie wychowanie i obdarzanie dziecka akceptacją. Z przeprowadzonego badania wynika, że osoby,

które w dzieciństwie miały dobre relacje z rodzicami (przynajmniej tak je wspominają z perspektywy swojego dorosłego życia) i które rodzice traktowali w sposób partnerski i odpowiedzialny – mają większe szanse na zaakceptowanie swojej niepełnosprawności. Wszystkie te aspekty wychowania wskazują na potrzebę uczenia dzieci – już od najwcześniejszych lat życia – budowania konstruktywnych relacji z innymi oraz odpowiedzialności za własne działanie. Obydwa z wymienionych aspektów wychowania mogą ułatwić wchodzenie w związki partnerskie oraz funkcjonowanie w sferze zawodowej czy w relacjach społecznych.

Lustro I: Rodzice

- ❖ starajcie się traktować dziecko w sposób partnerski, tzn. budujcie w nim poczucie własnej wartości poprzez stawianie przed nim wyzwań i wyznaczanie obowiązków

CEL: dążenie do wzbudzenia aspiracji

- ❖ uczcie, w jaki sposób tworzyć satysfakcjonujące relacje z ludźmi, aby w przyszłości potrafiło nawiązywać kontakty

CEL: budowanie związków partnerskich, zakładanie własnej rodziny

- ❖ dajcie dziecku możliwość kształcenia się i przebywania wśród rówieśników

CEL: budowanie relacji z innymi, nawiązywanie kontaktów

- ❖ akceptujcie swoje dziecko

CEL: kształtowanie pozytywnego wizerunku samego siebie

4.3. Zalecenia dla lekarzy, psychologów, terapeutów

Drugie z luster (patrz rys. 39) odnosi się do pracy nad akceptacją własnej niepełnosprawności. Z badania wynika, że na brak akceptacji własnej niepełnosprawności bądź ambiwalentny do niej stosunek narażone są przede wszystkim osoby dotknięte chorobą psychiczną, a także impulsywne i wrażliwe, o niskiej wytrzymałości. To właśnie one stanowią grupę ryzyka. Choroba psychiczna wzbudza wiele negatywnych emocji w otoczeniu, co prawdopodobnie powoduje, że właśnie ta grupa osób niepełnosprawnych jest najbardziej odtrącona przez resztę społeczeństwa. Mechanizm ten dodatkowo może utrudniać akceptację własnej niepełnosprawności. Wydaje się zatem, że intencjonalne działanie czy też interwencja w zakresie budowania pozytywnego wizerunku samego siebie powinny być – w przypadku osób dotkniętych chorobą psychiczną – inicjowane w pierwszej kolejności przez lekarzy i terapeutów.

Z naszego badania wynika, że negatywny obraz samego siebie prezentują w większości osoby mające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. Niepełnosprawność w przypadku tych osób może stanowić poważną obiektywną przeszkodę w funkcjonowaniu w życiu społecznym i zawodowym. Nie mogą one liczyć na „pozytywne wzmocnienia”, których prawdopodobieństwo pojawienia się zwiększa obecność w różnych kontekstach społecznych. Stąd ewentualnego źródła pomocy należałoby poszukiwać wśród personelu medycznego. W związku z tym zasadne wydaje się uwrażliwienie środowiska lekarskiego na wagę kondycji psychicznej, w jakiej znajduje się osoba z ograniczoną sprawnością. Należy zwrócić uwagę na przygotowanie lekarzy, którzy w niektórych przypadkach są ich jedynym kontaktem ze światem zewnętrznym, w zakresie udzielania „pierwszej pomocy psychologicznej”.

Rola lekarzy oraz psychologów w budowaniu akceptacji dla niepełnosprawności jest także bardzo duża w kontekście udzielania „pierwszej pomocy” zarówno osobie, której sprawność właśnie uległa ograniczeniu (np. wskutek nieszczęśliwego wypadku), jak i jej rodzinie. Postawa lekarza oraz udzielone przez niego informacje mogą stanowić punkt wyjścia do uruchomienia procesu akceptacji własnej niepełnosprawności.

Nie sposób przecenić także roli specjalistów (lekarzy, psychologów, terapeutów) w zakresie udzielania wsparcia i „pierwszej pomocy” w stosunku do rodziców dzieci z wrodzoną bądź nabytą niepełnosprawnością (szczególnie, jeśli nabywana jest w okresie dorastania). Pomoc rodzicom ze strony specjalistów może sprzyjać przywróceniu zachwianej równowagi oraz nakierowaniu na odbudowę (bądź budowę od momentu samych narodzin dziecka) pozytywnego wizerunku samego siebie. W przeciwnym razie, brak okazywanej akceptacji ze strony rodziców, jako osób stanowiących bezpośrednie źródło kształtowania się wizerunku samego siebie (Lustro I), może skutkować postawą braku akceptacji u dziecka.

Lustro II: lekarze, psychologowie, terapeuci

- ❖ zwracajcie szczególną uwagę na osoby dotknięte chorobą psychiczną, a także te, które odznaczają się wysoką impulsywnością

CEL: praca nad akceptacją niepełnosprawności oraz poczuciem kontroli

- ❖ bądźcie gotowi na udzielenie „pierwszej pomocy psychologicznej” dla osób, które właśnie nabyły niepełnosprawność, oraz ich rodzin

CEL: uruchomienie procesu prowadzącego do akceptacji własnej niepełnosprawności

- ❖ nie koncentrujcie się wyłącznie na fizycznych aspektach niepełnosprawności, nie zapominajcie o psychicznej kondycji pacjenta, dla którego jesteście niekiedy jedynym kontaktem ze światem zewnętrznym

CEL: wsparcie psychologiczne osób o znacznym stopniu niepełnosprawności w dążeniu do samoakceptacji

4.4. Zalecenia dla doradców zawodowych i rehabilitantów

Środowisko zawodowe jest ważnym kontekstem rehabilitacji. Wynika to z tego, iż odnosi się ono do różnych aspektów funkcjonowania człowieka. Pozwala kształtować i wykorzystywać różnorodne kompetencje: samodzielności, odpowiedzialności, współpracy, umiejętność nawiązywania kontaktów interpersonalnych itp. Aktywność zawodowa jest sferą odgrywającą rolę lustra, w którym można dostrzec własne mocne i słabe strony. Kontekst pracy zawodowej stwarza wiele okazji do redefinicji obrazu „ja”. Trzeba jednak wziąć pod uwagę to, że może zadziałać zarówno w kierunku pozytywnym (jak z naszego badania wynika – najczęściej samoakceptacja wiąże się z aktywnością zawodową), jak i negatywnym. Praca zawodowa nieadekwatna do aspiracji oraz kwalifikacji może obniżyć poziom zadowolenia z życia, a także negatywnie wpływać na proces akceptacji samego siebie. Dzieje się tak zwłaszcza wtedy, gdy pogorszenie się warunków pracy wynika z faktu nabycia niepełnosprawności, a osoba jeszcze go „nie oswoiła” i nie zaakceptowała ograniczeń z tego wynikających.

Biorąc pod uwagę powyższe zastrzeżenia, ogólnie można powiedzieć, że praca dostosowana do kwalifikacji oraz – co ważne – aspiracji, może pozytywnie wpływać na poziom samoakceptacji, a także stanowić ważny element w procesie rehabilitacji. Z drugiej strony nie przyniesie ona oczekiwanych pozytywnych rezultatów, jeśli nie jest dostosowana do aspiracji i kwalifikacji, a dodatkowo zostanie podjęta przez osobę, która nie akceptuje swojej niepełnosprawności.

Warto zatem zwrócić uwagę na to, jaką funkcję ma pełnić aktywizacja zawodowa w przypadku osób z ograniczoną sprawnością, a także rozróżnić sytuację „umieszczania w miejscu pracy” od indywidualnego „planowania kariery zawodowej” (za: Akridge, 1985, s. 24). Jeśli praca zostanie dobrze dobrana do kwalifikacji i oczekiwań – wzmocni poczucie samoakceptacji, w przeciwnym wypadku może je obniżyć. Mówiąc o roli rehabilitacji zawodowej w kontekście kształtowania pozytywnego wizerunku samego siebie i akceptacji własnej niepełnosprawności, musi być spełniony wariant drugi, mówiący o planowaniu kariery zawodowej w szerszym kontekście życia i potrzeb osoby z ograniczoną sprawnością. W tym momencie dochodzimy do konkluzji:

Aktywizacja zawodowa może odegrać ważną rolę w procesie akceptacji własnej niepełnosprawności, o ile uwzględni szerszy kontekst życia, potrzeb i aspiracji osób z ograniczoną sprawnością.

Odnosząc się do wyników naszego badania, warto zaznaczyć, że wsparcie ze strony doradców zawodowych powinny otrzymać przede wszystkim osoby, które się akceptują i aktywnie poszukują pracy. To one uskarżały się przede wszystkim na złą sytuację na rynku pracy oraz brak ofert pracy dostosowanych do potrzeb osób z ograniczoną sprawnością. Wsparcie ze strony doradców za-

wodowych zapewne mogłoby być pomocne także w odniesieniu do osób ambiwalentnych, poszukujących pracy. Ich obraz samych siebie, jak wskazują wyniki, jest nieadekwatny, co może wynikać z nieustalonego jeszcze wizerunku własnego „ja”.

W przypadku osób, które znalazły się w grupie osób biernych zawodowo, ale akceptujących się, można domniemywać, że nie pracują one z własnego wyboru. Mogą one realizować się na innym polu (wszak posiadają wysokie aspiracje) bądź nie podjęły jeszcze pracy zawodowej ze względu na młody wiek. W każdym razie nie oczekują one wsparcia i interwencji. Stąd nie wydaje się, aby niezbędna była ich aktywizacja zawodowa, tym bardziej że jest to niewielka grupa osób, która dodatkowo często nadmienia, że nie ma potrzeby podejmowania pracy.

Lustro III: doradcy zawodowi

- ❖ udzielcie pomocy przede wszystkim tym osobom, które chcą pracować (wykazują silną motywację do tego) i poszukują pracy
- ❖ starajcie się dopasowywać pracę do kwalifikacji i aspiracji osób z ograniczoną sprawnością
- ❖ zwracajcie uwagę na stan psychiczny osoby niepełnosprawnej – być może potrzebuje ona innego rodzaju interwencji aniżeli aktywizacja zawodowa, jak np. skierowania do rehabilitantów i terapeutów
- ❖ nie starajcie się aktywizować zawodowo wszystkich osób z ograniczoną sprawnością, bo nie wszystkie są w takim stopniu gotowe i zdolne do pracy zarówno ze względu na stan zdrowia, jak i motywację czy aktualny stan psychiczny

4.5. Zalecenia dla doradców życiowych

Na uwagę i wsparcie ze strony doradców życiowych zasługują przede wszystkim osoby zdradzające ambiwalentny stosunek do własnej sytuacji zdrowotnej (bierne zawodowo oraz pracujące) i nieakceptujące się. Ich postawa wobec własnej niepełnosprawności, jak się wydaje, nie rokuje dobrze ani w zakresie poszukiwania pracy, ani też w sytuacji zatrudnienia (osoby nieakceptujące się pracujące). Szczególnie zaś niepokojąca wydaje się sytuacja tych, którzy nie akceptują się i nie szukają pracy. W odniesieniu do wymienionych grup sama aktywność zawodowa może nie wystarczać. Wydaje się, że w stosunku do nich powinna zostać zastosowana zasada „od akceptacji do aktywności”, która mogłaby stać się punktem wyjścia do udzielenia pomocy nie tylko w zakresie aktywizacji zawodowej, ale obejmującej szerszy kontekst ich życia.

Lustro IV: doradcy życiowi

- ❖ zainteresujcie się przede wszystkim osobami, które są bierne i wykazują negatywny obraz samego siebie
- ❖ zwróćcie uwagę na osoby, które pracują, ale nie akceptują swojej niepełnosprawności
- ❖ rozważcie zastosowanie zasady „od akceptacji do aktywności”
- ❖ wspierajcie je w procesie akceptowania własnej niepełnosprawności i pozwólcie samodzielnie ukształtować swój pozytywny wizerunek „ja”
- ❖ motywujcie do uformowania dążeń i pragnień, czyli „ja” idealnego
- ❖ pomóżcie zbudować „pozytywny krąg” w oparciu o różne środowiska i grupy społeczne

4.6. Zalecenia dla osób z ograniczoną sprawnością

Mimo że zalecenia dla tej grupy osób, czyli będącej podmiotem rozważań podjętych w tej książce, powinny pojawić się na początku niniejszych rekomendacji, znajdują się one na końcu głównie ze względu na trudność w ich sformułowaniu. Akceptacja własnej niepełnosprawności nie jest bowiem do końca zależna od samej osoby nią dotkniętej. Wszelkie „porady” w kierunku zaakceptowania mogą zabrzmieć banalnie bądź wręcz arogancko. Aby jednak nie godzić się na pesymistyczny model, w którym samoakceptacja zależy wyłącznie od warunków zewnętrznych, wydaje się, że warto pamiętać o samozwrotnym mechanizmie, opisanym już wcześniej. „Negatywny krąg”, jaki wytwarza się wokół osoby nieakceptującej swojej niepełnosprawności, może zostać przerwany nie tylko poprzez zewnętrzne interwencje, ale również przez działania podejmowane przez nią samą. Zasadne zatem wydaje się zachęcanie osób niepełnosprawnych do współpracy z osobami, które mogą okazać się pomocne w przerwaniu „negatywnego kręgu”, do poszukiwania ich w różnych środowiskach społecznych, różnymi drogami. Warto, aby osoby, które nie akceptują swojej niepełnosprawności, poszerzały kręgi swoich znajomych w myśl zasady: od jakiegokolwiek aktywności, która pozwoli nawiązać nowe kontakty, poprzez zwiększanie szans na odnalezienie akceptacji wśród innych ludzi (poszukiwanie pozytywnych luster) i po aktywność, która pozwoli się realizować i podnieść poziom zadowolenia z życia.

Lustro V: osoba z ograniczoną sprawnością „SAMA dla siebie”

- ❖ próbuj nawiązywać nowe kontakty, w ten sposób zwiększysz prawdopodobieństwo znalezienia osób, które ułatwią ci zbudowanie „pozytywnego kręgu”
- ❖ staraj się podejmować różne rodzaje działań
- ❖ jeśli nie możesz poruszać się samodzielnie – spróbuj nawiązać nowe znajomości za pośrednictwem Internetu
- ❖ spróbuj zastanowić się, kim jesteś, do czego dążysz i kto lub co może Ci pomóc w osiągnięciu tego

Zakończenie

Postrzeganie własnej niepełnosprawności przez osobę nią dotkniętą wynika z kombinacji wielu czynników – zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych. Ponadto stanowi jeden z elementów szerzej rozumianego obrazu samego siebie. Postawa wobec własnej niepełnosprawności ma istotny związek z tym, w jaki sposób osoba z ograniczoną sprawnością odbiera siebie, jak ocenia swoje umiejętności i życie w ogóle. Wpływa także na to, jakie sygnały wysyła na swój temat do otoczenia i jakie komunikaty na swój temat zwrotnie odbiera. Działanie tego mechanizmu można porównać do przeglądania się w lustrze, które odbija obraz samego siebie.

Konstatacja ta może wydawać się pesymistyczna, zwłaszcza jeśli bierze się pod uwagę negatywną postawę względem samego siebie. Można by w tym miejscu wysnuć wniosek, że osoba, która się nie akceptuje, nie ma już szans na zmianę swojej postawy. Wydaje się jednak, że tak być nie musi, a zmiana jest możliwa w ramach szeroko rozumianych interwencji zewnętrznych. Im więcej „luster”, czyli kontekstów społecznych, w których osoba z ograniczoną sprawnością ma możliwość poznawania siebie, tym więcej szans na rozwój osobisty i pozyskanie akceptacji ze strony otoczenia.

Pierwszym takim lustrem, z jakim człowiek ma do czynienia od najwcześniejszych lat dziecięcych, jest jego najbliższe otoczenie – początkowo są to oczy matki, następnie rówieśnicy, przyjaciele, partnerzy. Ważnym kontekstem, w którym osoba z ograniczeniem sprawności może się rozwijać i pracować nad samoakceptacją, jest także środowisko zawodowe. Aby jednak mogło ono odegrać pozytywną rolę w procesie kształtowania postawy akceptacji, musi spełniać pewne warunki. Przede wszystkim musi być lustrem, w którym osoba z ograniczoną sprawnością będzie miała szanse dostrzec swoje **mocne strony** (dostosowanie pracy do możliwości i kwalifikacji osób z ograniczoną sprawnością). Po drugie, nie może to być „krzywe zwierciadło”, a zatem musi oddawać **rzeczywistą sytuację** i relacje, jakie panują na rynku pracy (otwarty rynek pracy). W takim rozumieniu środowisko pracy może odegrać ważną rolę w procesie akceptacji własnej niepełnosprawności w myśl zasady „od aktywności do samoakceptacji”.

Literatura

- Akridge, R. L. (1985). Rehabilitation, career development and self-awareness. *Journal of Rehabilitation*, 51 (2), 24–30.
- Antle, B. (2004). Factors associated with self-worth in young people with physical disabilities. *Health and Social Work*, 29 (3), 167–175.
- Bańka, A. (2007). *Psychologiczne doradztwo karier*. Poznań: PRINT-B.
- Bee, H. (2004) *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Boekaerts, M., Pintrich, P. R., Zeidner, M. (2000). *Handbook of Self-Regulation*. London: Academic Press.
- Czapiński, J. (red.). (2005). *Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: PWN.
- Drozd, E. (1999). Samoocena i aspiracje młodzieży niepełnosprawnej. *Edukacja i Dialog*, 2, 27–32.
- Giddens, A. (2006). *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Warszawa: PWN.
- Giddens, A. (2007). *Socjologia*. Warszawa: PWN.
- Harter, S. (1999). *The Construction of The Self*. New York: The Guilford Press.
- Majewicz, P. (2002). *Obraz samego siebie a zachowanie młodzieży niepełnosprawnej ruchowo*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Maslow, A. (2007). *Motywacja i osobowość*. Warszawa: PWN.
- Michalos, A. C. (1985). Multiple discrepancy theory. *Social Indicators Research*, 16, 347–413.
- Mika, S. (1984). *Psychologia społeczna*. Warszawa: PWN.
- Kopaliński, W. (1989). *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Kowalik, S. (2003) „Dorosłość osób niepełnosprawnych w świetle koncepcji strefy utraconego rozwoju” w: K., D. Radzicka, A. Kobyłańska (red.). *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kowalik, S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: WAIp.
- Lessing, D. (2007). *Piąte dziecko*. Warszawa: PIW.
- Lewowicki, T. (1987) *Aspiracje dzieci i młodzieży*. Warszawa: PWN.
- Livneh, H., Antonak R. F. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a primer for counselors. *Journal of Counseling and Development*, 83 (1), 12–20.
- Łukaszewski, W. (1974) *Osobowość: struktura i funkcje regulacyjne*. Warszawa: PWN.
- Piaget, J. (1966). *Studia z psychologii dziecka*. Warszawa: PWN.
- Saunders, J. L., Leahy, M. J., Frank, K. A. (2000). Improving the employment self-concept of persons with disabilities: a field-based experiment. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 43 (3), 142–149.
- Reykowski, J. (1986). *Motywacja, postawy prospołeczne a osobowość*. Warszawa: PWN.
- Reykowski, J. (1970). *Z zagadnień psychologii motywacji*. Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.

Aneks

Podstawowe dane na temat projektu

Temat:	<i>Psychospołeczne uwarunkowania aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych</i>
Numer projektu:	WUE/0041/IV/05
Czas trwania:	2005 – 2008
Kierownik projektu:	prof. dr hab. Anna Izabela Brzezińska
Projekt jest realizowany:	w ramach Sektorowego Programu Operacyjnego Rozwój Zasobów Ludzkich
Priorytet 1 pt.:	Aktywna polityka rynku pracy oraz integracji zawodowej i społecznej
Działanie 1.4. pt.:	Integracja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych
Miejsce realizacji:	Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie, Wydział Psychologii

Charakterystyka ogólna

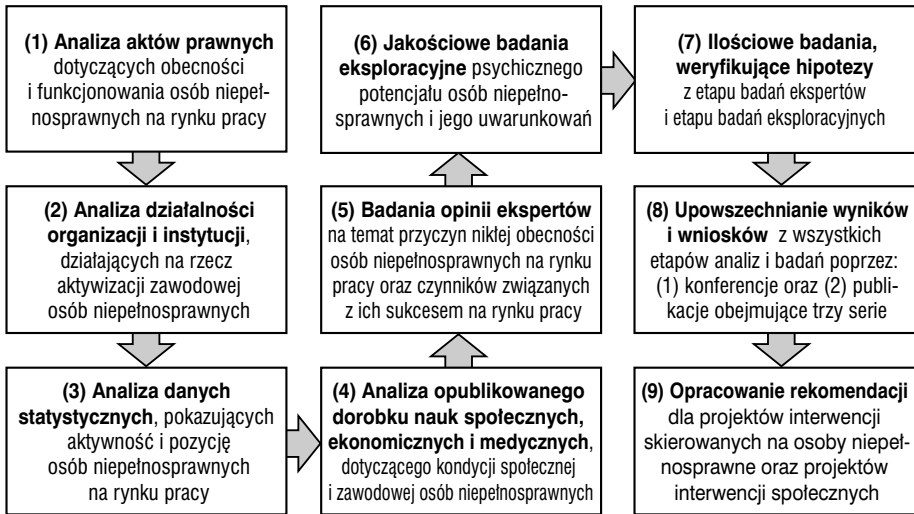
Projekt ma charakter badawczy i dotyczy pięciu grup osób dorosłych o umiarkowanym i znacznym stopniu niepełnosprawności, u których występują:

- deficyty percepcyjne w zakresie wzroku
- deficyty percepcyjne w zakresie słuchu
- deficyty motoryczne
- choroby psychiczne
- przewlekłe choroby somatyczne

Pod względem treści projekt dotyczy:

1. kompetencji psychospołecznych osób z ograniczoną sprawnością w zakresie podejmowania i prowadzenia aktywności zawodowej,
2. psychologicznych i społeczno-kulturowych czynników ryzyka, ograniczających korzystanie z wewnętrznych zasobów przez osoby z ograniczoną sprawnością,
3. psychologicznych i społeczno-kulturowych czynników wzmacniających zasoby osób z ograniczoną sprawnością oraz wpływających pozytywnie na ich funkcjonowanie na rynku pracy.

Projekt obejmował w kolejnych dziewięciu etapach czynności zilustrowane na rys. A1.



Rys. A1. Etapy realizacji badań w ramach projektu

Źródło: opracowanie własne

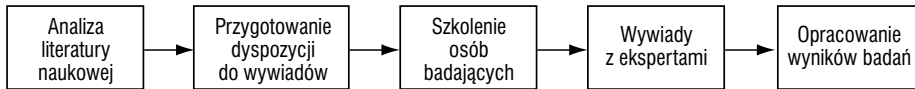
ETAP I: BADANIE EKSPERTÓW*

Cele: głównym celem badań prowadzonych na tym etapie było uzyskanie opinii na temat uwarunkowań aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych. Dane zebrane na podstawie wywiadów z ekspertami miały posłużyć do:

1. ustalenia listy czynników ryzyka i czynników wspomagających aktywność zawodową osób niepełnosprawnych,
2. wyłonienia źródeł stereotypów i uprzedzeń wobec osób niepełnosprawnych tkwiących w nich samych oraz w członkach ich rodzin i pracodawcach,
3. modyfikacji hipotetycznego profilu psychospołecznych uwarunkowań aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych.

Kolejne zadania w badaniu ekspertów przedstawia rys. A2.

* Przygotowane na podstawie: Brzezińska, A. I., Woźniak, Z., Maj, K. (red.). (2007). *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy*. Warszawa: *Academica* Wydawnictwo SWPS/EFS. Badanie przygotowano i zrealizowano w Zespole Organizacyjnym projektu pod kierunkiem prof. dr hab. Anny Izabeli Brzezińskiej.



Rys. A2. Etapy realizacji badania ekspertów

Źródło: opracowanie własne

Narzędzie badawcze: badania zostały zrealizowane za pomocą wywiadu, który obejmował obszary uznane przez nas za istotne na podstawie wcześniejszej analizy literatury naukowej, dotyczącej osób niepełnosprawnych, analizy różnego rodzaju dokumentów, stron internetowych organizacji pozarządowych oraz programów szkoleń dla osób niepełnosprawnych.

Rozmowy z ekspertami obejmowały następujące obszary:

1. Historia niepełnosprawności i jej wpływ na aktualne życie osób niepełnosprawnych.
2. Edukacja osób niepełnosprawnych w okresie dzieciństwa i dorastania.
3. Wykształcenie i jego związek z aktualną sytuacją osób niepełnosprawnych.
4. Historia poszukiwania pracy i historia bycia pracownikiem.
5. Zadowolenie z życia.
6. Bariery w podjęciu i utrzymaniu pracy przez osoby niepełnosprawne.
7. Przyczyny sukcesów i przyczyny niepowodzeń.
8. Zmiany w Polsce w ostatnich 2 – 3 latach dotyczące osób niepełnosprawnych.
9. Konieczne zmiany w odniesieniu do osób niepełnosprawnych na rynku pracy.
10. Korzyści z zapewnienia pracy osobom niepełnosprawnym.

Osoby badane: osoby badane zostały dobrane w taki sposób, aby każda z podgrup była jak najbardziej zróżnicowana, co pozwoliłoby uzyskać bogaty materiał do prowadzenia dalszych analiz. Strukturę próby badanych ekspertów przedstawia tab. A1.

Tabela A1. Struktura próby badanych ekspertów

Typ eksperta	Charakterystyka		Liczba osób badanych
1. Osoby niepełnosprawne	Rodzaj niepełnosprawności	Wzrokowa	9
		Słuchowa	7
		Ruchowa	7
		Somatyczna	8
2. Osoby pomagające osobom niepełnosprawnym	Osoby pracujące w instytucjach i organizacjach działających na rzecz aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych		12
3. Pracodawcy osób niepełnosprawnych	Osoby mające doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością psychiczną, wzrokową, słuchową, ruchową oraz z osobami upośledzonymi umysłowo		6
4. Pracownicy naukowci	Osoby badające sytuację osób niepełnosprawnych w społeczeństwie		10
Łączna liczba przebadanych osób			59

Źródło: opracowanie na podstawie badania

Osoby przeprowadzające badanie: badania w grupach ekspertów prowadzone były przez psychologów, socjologa i studentów psychologii Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie. Wszystkie osoby badające zostały do tego celu specjalnie przeszkolone oraz otrzymały materiały ułatwiające im przeprowadzenie badania.

Organizacja badań: badania zostały przeprowadzone w okresie od 1 kwietnia do 30 maja 2006 roku. Odbyły się, w zależności od preferencji osób badanych, w miejscu ich zamieszkania lub miejscu pracy. Wywiady trwały średnio od 60 minut (w grupie osób pomagających niepełnosprawnym) do 75 minut (w grupie osób niepełnosprawnych).

Efekt badań: wyniki badania ekspertów przyniosły następujące efekty:

1. Poznanie czynników ryzyka i różnych ograniczeń powodujących niską aktywność osób niepełnosprawnych na rynku pracy.
2. Poznanie czynników wspomagających aktywność osób niepełnosprawnych na rynku pracy.
3. Zwrócenie uwagi na kluczową rolę edukacji (domowej i szkolnej) jako czynnika decydującego o aktywności zawodowej lub jej braku w grupie osób niepełnosprawnych.
4. Ukazanie wpływu czynników makrostrukturalnych (warunków pracy, dostępności ofert pracy, systemu rentowego, regulacji prawnych) na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych.
5. Sformułowanie wstępnych propozycji dotyczących ewentualnych projektów społecznych, mogących zwiększyć udział osób niepełnosprawnych w rynku pracy.
6. Sformułowanie wstępnych hipotez dla etapu badań jakościowych.

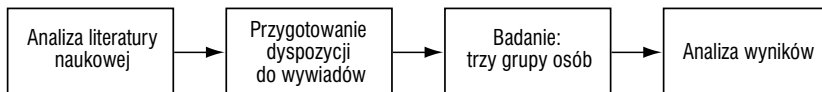
Etap II: badanie jakościowe**

Cele: badanie jakościowe miało za zadanie osiągnięcie dwóch celów:

1. Zebranie wiedzy, która została później wykorzystana przy konstrukcji i modyfikacji narzędzi do badań ilościowych.
2. Zebranie wiedzy opisującej populację osób z ograniczoną sprawnością, ze szczególnym uwzględnieniem psychospołecznych uwarunkowań ich aktywności zawodowej.

Czas trwania: wszystkie wywiady przeprowadzono w okresie od lipca do grudnia 2006 roku.

Metoda i etapy: kolejne zadania w etapie badań jakościowych przedstawia rys. A3.



Rys. A3. Etapy realizacji badań jakościowych

Źródło: opracowanie własne

Zadania wykonane w kolejnych etapach badań były następujące:

1. **Przeszkolenie osób przeprowadzających badanie pilotażowe oraz badania właściwe:**
 - a. dokładny instruktaż badania (wywiadu)
 - nacisk na dialogowy charakter wywiadu
 - przekazanie standardów przeprowadzania wywiadów
 - b. wiedza na temat komunikacji z osobami niepełnosprawnymi
 - c. szkolenie dotyczące kodowania wywiadów za pomocą programu *Maxqda 2*
2. **Badanie pilotażowe na 10 osobach:**
 - a. weryfikacja narzędzia badawczego – scenariusza wywiadu
 - b. scenariusz miał charakter półotwarty – ankieter miał listę tematów, które należało poruszyć, jednak nacisk położony był na podążanie za sposobem myślenia osoby badanej (Smoczyńska, Sijko, 2006)
3. **Badanie właściwe:**
 - a. zbadane zostały trzy grupy osób: osoby niepełnosprawne, członkowie ich rodzin, osoby z ich środowiska zawodowego
 - b. dobór osób był celowy wg ustalonych kryteriów, w tym według:
 - rodzaju niepełnosprawności
 - stopnia niepełnosprawności
 - wielkości miejscowości zamieszkania

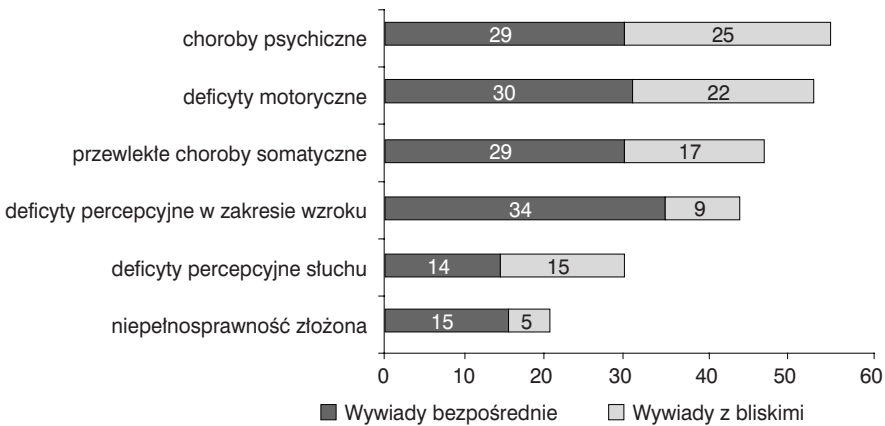
** Badanie przygotowano i zrealizowano w Zespole Organizacyjnym projektu pod kierunkiem prof. dr. hab. Wojciecha Łukowskiego.

- c. badanie polegało na przeprowadzaniu wywiadów, ich transkrypcji oraz kodowaniu za pomocą programu *Maxqda 2*

4. Całościowa analiza zebranych danych:

- a. wyniki badań jakościowych zostały przeanalizowane za pomocą pakietu *Maxqda 2* zgodnie z regułami teorii ugruntowanej i poddane szczegółowemu opisowi (Łukowski, 2007)
- b. sformułowano wnioski dla etapu badań ilościowych, dotyczące doboru próby, konstrukcji narzędzia badawczego oraz badanych obszarów.

Charakterystyka próby: procesowi kodowania i analizy poddano 311 wywiadów. Pierwotnie planowano analizę na próbie trzystu wywiadów, jednak wysoka jakość wywiadów pilotażowych sprawiła, że również i one zostały włączone do puli; ponadto włączony został jeszcze jeden dodatkowy wywiad, stąd całkowita liczba wywiadów jest większa o jedenaście w stosunku do planowanej. Wszystkie wywiady przeprowadzone zostały w okresie od lipca do grudnia 2006 roku. Największą liczbę wywiadów, bo aż 48,9% (152), stanowiły wywiady z osobami z ograniczoną sprawnością, drugą co do liczebności była grupa osób bliskich, stanowiła ona 29,9% całości (93), najmniejszą grupą byli pracodawcy – zakodowanych i zanalizowanych zostało 66 wywiadów, co stanowi 21,2% całej puli. Strukturę najliczniejszej grupy ze względu na rodzaj niepełnosprawności przedstawia rys. A4.



Ze względu na stopień niepełnosprawności – przebadano 68 osób o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności i 56 o znacznym stopniu niepełnosprawności. 28 osób nie udzieliło informacji o stopniu swej niepełnosprawności.

Etap III: badanie ilościowe***

Czas trwania etapu terenowego: 9–24 lipca 2007

Badana populacja: badaniem objęta została populacja osób niepełnosprawnych prawnie, aktywnych i biernych zawodowo o umiarkowanym i znacznym stopniu niepełnosprawności, w wieku 18–60/65 lat. Ze względu na dostępność danych statystycznych dotyczących środowiska osób niepełnosprawnych definicja badanej populacji oparta została na założeniach metodologicznych przyjętych w *Narodowym Spisie Powszechnym Ludności i Mieszkań* (por. Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe, *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań* oraz *Powszechny Spis Rolny*, 2002; Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2003).

- 1. Za osobę niepełnosprawną prawnie** (w odróżnieniu od osoby niepełnosprawnej biologicznie) uznawano osobę posiadającą odpowiednie orzeczenie wydane przez uprawniony do tego organ (powiatowy, wojewódzki lub były krajowy zespół orzekający o stopniu niepełnosprawności).
- 2. Za osobę aktywną zawodowo** uznawano osoby w wieku 18 lat i więcej, obecnie pracujące lub bezrobotne.
- Przyjęto, iż **osoby bezrobotne** to takie, które w okresie badanego tygodnia nie były osobami pracującymi, lecz aktywnie poszukiwały pracy i były gotowe ją podjąć.
- 4. Za osobę bierną zawodowo** uznawano osoby w wieku 18 lat i więcej, które nie zostały zaklasyfikowane jako pracujące lub bezrobotne, tzn. osoby, które w ciągu ostatnich czterech tygodni nie pracowały, nie miały pracy i jej nie poszukiwały.

Przyjęto następujący wskaźnik, na podstawie którego klasyfikowano osoby badane do próby:

W ciągu ostatniego tygodnia wykonywał(a) Pan(i) przez co najmniej godzinę pracę przynoszącą zarobek. To znaczy, w ostatnim tygodniu był(a) Pan(i) zatrudniony(a) w charakterze pracownika najemnego, prowadził(a) Pan(i) własną działalność gospodarczą lub rolniczą lub pomagał(a) Pan(i) w prowadzeniu rodzinnego gospodarstwa rolnego lub rodzinnej działalności gospodarczej. Jeżeli w tym czasie nie pracował(a) Pan(i) czasowo (z powodu choroby, urlopu, strajku), ale ma pracę – proszę wskazać tę odpowiedź.	1	AKTYWNY ZAWODOWO PRACUJĄCY
W ciągu ostatniego miesiąca nie wykonywał(a) Pan(i) żadnej pracy zarobkowej, lecz aktywnie jej poszukiwał(a). Podjął(ęła) Pan(i) konkretne działania w celu znalezienia pracy i gdyby znalazł(a) Pan(i) pracę, był(a)by Pan(i) w stanie ją podjąć w tym lub w następnym tygodniu.	2	AKTYWNY ZAWODOWO BEZROBOTNY
W ciągu miesiąca nie wykonywał(a) Pan(i) żadnej pracy zarobkowej ani jej Pan(i) aktywnie nie poszukiwał(a).	3	BIERNY ZAWODOWO

*** Badanie przygotowano w Zespole Organizacyjnym projektu pod kierunkiem prof. dr hab. Anny Izabeli Brzezińskiej i prof. dr. hab. Wojciecha Łukowskiego, a zrealizowała je firma PENTOR Research International S.A. na terenie całej Polski.

Zgodnie z *Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej, społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych* za osobę o:

- **umiarkowanym stopniu niepełnosprawności** uznawano osobę mającą orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub o całkowitej niezdolności do pracy lub o II grupie inwalidzkiej (wydane przez uprawniony do tego organ),
- **znacznym stopniu niepełnosprawności** uznawano osobę mającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji lub o I grupie inwalidzkiej.

Zastosowano następujący wskaźnik kwalifikujący do próby:

<i>Czy ma Pan(i) ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, niezdolności do pracy lub grupie inwalidzkiej?</i>	Decyzja
• Nie	1 >>> ZAKOŃCZYĆ
• Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji lub o I grupie inwalidzkiej	2
• Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub o całkowitej niezdolności do pracy lub o II grupie inwalidzkiej	3
• Orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności lub o częściowej niezdolności do pracy lub o celowości przekwalifikowania zawodowego bądź o III grupie inwalidzkiej	4 >>> ZAKOŃCZYĆ

Sposób realizacji badania: wywiady realizowane były w domach osób niepełnosprawnych przy wykorzystaniu techniki kwestionariusza papierowego (PAPI). Wywiad przeprowadzany był z osobą niepełnosprawną. Każdorazowo ankieter weryfikował niepełnosprawność na podstawie orzeczenia posiadanego przez osobę niepełnosprawną. W sytuacji, gdy komunikacja z osobą niepełnosprawną była utrudniona, wywiad przeprowadzany był przy wsparciu opiekuna osoby niepełnosprawnej. Wywiad średnio trwał 50 minut. Ze względu na trudny charakter realizowanej próby założono wielorakie metody dotarcia do respondentów na poziomie województw:

- metodą wyjściową była „metoda kuli śniegowej” – badane osoby niepełnosprawne kierowały ankieterów do innych osób niepełnosprawnych,
- ankieterzy korzystali również z pomocy organizacji pozarządowych oraz ośrodków pomocy społecznej.

Badanie realizowane było przez 220 przeszkolonych i kwalifikowanych ankieterów. Wszystkie zrealizowane ankiety poddane zostały weryfikacji w Dziale Weryfikacji i Kontroli firmy PENTOR Research International S.A. Dodatkowo 10% ankiet poddanych zostało kontroli terenowej.

Dobór próby badawczej: zrealizowanych zostało 1498 wywiadów z osobami niepełnosprawnymi ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, w tym 791 wywiadów z osobami aktywnymi zawodowo oraz 707 wywiadów z osobami biernymi zawodowo. W celu zachowania porównywalności obie powyższe grupy traktowane były jako osobne próby, dobierane według tych samych kryteriów. Próby dobierane były w sposób kwotowo-celowy. W przypadku obydwu prób wszystkie kwoty były nakładane nie na poziomie całego kraju, lecz na poziomie województwa. Przy doborze próby stosowano następujące kryteria:

1. Kryteria **lokalizacyjne**

- Województwo
- Miejsce zamieszkania (wieś/miasto)

2. Kryteria **demograficzne**

- Płeć
- Wiek (18–29, 30–49, 50+)

3. Kryteria **związane z niepełnosprawnością**

- Stopień niepełnosprawności (umiarkowany i znaczny).
- Rodzaj niepełnosprawności (niepełnosprawność słuchowa, ruchowa, wzrokowa, psychiczna, somatyczna).

Na poziomie każdego z województw nałożono kwoty zgodne z danymi GUS na miejsce zamieszkania (wieś/miasto), płeć oraz stopień niepełnosprawności. W przypadku wieku nałożono kwoty niezgodne z danymi GUS. Celem takiego doboru było zwiększenie liczby wywiadów z osobami młodszymi – do 44 roku życia. Rodzaj niepełnosprawności był tylko częściowo kontrolowany w próbie. Dążyliśmy do zrealizowania minimum 100 wywiadów w każdej próbie z reprezentantami danego typu niepełnosprawności. W przypadku próby osób aktywnych zawodowo kontrolowano również miejsce pracy. Nałożone kwoty na miejsce pracy oparte były na podstawie badania Pentor Research International S.A. pt.: *Gmino, jaka jesteś?*, zrealizowanego na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w latach 2005–2007.

Charakterystyka próby: w celu wyeliminowania celowych przesunięć w rozkładzie obydwu prób oraz przesunięć wynikających z doboru próby uzyskane wyniki poddane zostały procedurze ważenia. Wagi opracowane zostały osobno dla próby osób aktywnych zawodowo oraz dla próby osób biernych zawodowo. Wagi opracowane zostały na podstawie danych pochodzących z *Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2002*. W procedurze ważenia uwzględniono następujące zmienne: województwo, miejsce zamieszkania (wieś/miasto) oraz wiek (18–44 oraz 45–60/65). Rozkład prób ze względu na płeć oraz stopień niepełnosprawności jest znacznie zbliżony do rzeczywistego. W wyniku przyjętych przy dobrze próby kwot oraz zastosowanej procedury ważenia uzyskane wyniki są reprezentatywne dla populacji osób niepełnosprawnych biernych zawodowo oraz populacji osób niepełnosprawnych aktywnych zawodowo pod względem następujących zmiennych: województwo, miejsce zamieszkania, wiek, płeć, stopień niepełnosprawności (patrz: tab. 2.).

Tabela 2. Struktura próby osób niepełnosprawnych biorących udział w badaniach ilościowych

	Dane nieważone				Dane ważne			
	Aktywni		Bierni		Aktywni		Bierni	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Wielkość miejscowości								
Wieś	318	40	292	41	348	44	286	40
Miasto do 50 tys.	180	23	172	24	175	22	159	22
Miasto powyżej 50 tys.	293	37	243	34	268	34	263	27
Województwo								
Dolnośląskie	50	6	44	6	113	8	59	8
Kujawsko-Pomorskie	53	7	41	6	83	6	39	6
Lubelskie	50	6	43	6	120	8	52	7
Lubuskie	45	6	48	7	48	3	23	3
Łódzkie	50	6	44	6	104	7	46	7
Małopolskie	52	7	42	6	158	11	78	11
Mazowieckie	53	7	41	6	157	10	75	11
Opolskie	46	6	42	6	27	2	14	2
Podkarpackie	44	6	49	7	91	6	38	5
Podlaskie	54	7	40	6	44	3	20	3
Pomorskie	58	7	54	8	82	5	38	5
Śląskie	45	6	48	7	150	10	75	11
Świętokrzyskie	50	6	45	6	54	4	23	3
Warmińsko-Mazurskie	47	6	47	7	55	4	28	4
Wielkopolskie	49	6	44	6	152	10	67	9
Zachodniopomorskie	45	6	35	5	58	4	31	4
Wiek								
18–44	410	52	387	55	264	33	169	24
45 +	381	48	320	45	527	67	538	76
Posiadanie orzeczenia								
Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	156	20	307	43	149	19	303	43
Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	635	80	400	57	642	81	404	57

cd. tabeli 2

	Dane nieważone				Dane ważne			
	Aktywni		Bierni		Aktywni		Bierni	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Na które z tych schorzeń otrzymał(a) Pan(i) orzeczenie o niepełnosprawności?								
narządu ruchu	199	25	170	24	188	24	170	24
narządu wzroku	161	20	145	21	170	21	146	21
narządu słuchu	125	16	111	16	111	14	114	16
psychiczne (nerwica, depresja, schizofrenia itp.)	130	16	126	18	124	16	112	16
cukrzyca, choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, inne przewlekłe choroby	176	22	155	22	197	25	165	23
Gdzie Pan(i) pracuje?/gdzie poszukuje Pan(i) pracy?								
Na otwartym rynku pracy	518	65	10	1	516	65	7	1
Na chronionym rynku pracy, w zakładzie pracy chronionej, spółdzielni inwalidzkiej	254	32	6	1	259	33	3	0

Źródło: dane z badań własnych

Literatura

- Brzezińska, A., Woźniak, Z., Maj, K. (red.). (2007). *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy*. Warszawa: *Academica* Wydawnictwo SWPS/EFS (tom 1 w serii *Osoby niepełnosprawne*).
- Łukowski, W. (red.). (2007). *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy – portret środowiska*. Warszawa: *Academica* Wydawnictwo SWPS/EFS (tom 2 w serii *Osoby niepełnosprawne*).
- Smoczyńska, K., Sijko, K. (2006). Wyniki badań pilotażowych nad aktywnością zawodową osób z ograniczoną sprawnością. W: A. Brzezińska, Z. Woźniak, K. Maj (red.), *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy* (s. 379–396). Warszawa: *Academica* Wydawnictwo SWPS/EFS.