



## **Reakcje przystosowawcze a wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością ruchową o różnych typach temporalnej satysfakcji**

### **STRESZCZENIE**

**CEL NAUKOWY:** Celem badań jest ocena związków między wsparciem społecznym a reakcjami przystosowawczymi osób z niepełnosprawnością ruchową, w kontekście moderującej roli temporalnej satysfakcji.

**PROBLEM I METODY BADAWCZE:** Podstawowy problem badawczy zawiera się w pytaniu o związku między wsparciem społecznym a reakcjami przystosowawczymi osób z niepełnosprawnością ruchową o różnym typie temporalnej satysfakcji. Rozwiązano go za pomocą metody sondażu diagnostycznego, składającego się następujących narzędzi badawczych: Kwestionariusz Wsparcia Społecznego (KWS) J.S. Norbeck, Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych (KRP) H. Livneha i R.F. Antonaka oraz Skala Temporalnej Satysfakcji z Życia (TSŻ) W. Pavota, E. Dienera i E. Suha.

**PROCES WYWODU:** Teoretyczny model podjętych badań implikuje ich założenia i procedurę. Trzecim elementem wywodu są analizy i interpretacje zgodnie z przyjętym modelem teoretycznym.

**WYNIKI ANALIZY NAUKOWEJ:** O ile w literaturze przedmiotu dostępne są wyniki badań z zakresu wsparcia społecznego i reakcji przystosowawczych osób z różnymi niepełnosprawnościami, o tyle brakuje takowych wskazujących na istnienie związków pomiędzy tymi zmiennymi w obrębie moderującej roli temporalnej satysfakcji.

**WNIOSKI, INNOWACJE, REKOMENDACJE:** Coraz liczniejsze badania nad psychospołecznym funkcjonowaniem osób z niepełnosprawnością ruchową, w tym nad występowaniem związków między wsparciem społecznym a przystosowaniem psychospołecznym w tej grupie badanych, sprawiają, iż włączane są w nie kolejne zmienne pośredniczące o charakterze moderującym. Wiedza z tego zakresu jest ważnym warunkiem projektowania działań mających na celu rehabilitację tej grupy osób.

→ **SŁOWA KLUCZOWE:** **NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ RUCHOWA, WSPARCIE SPOŁECZNE, REAKCJE PRZYSTOSOWAWCZE, TEMPORALNA SATYSFAKCJA**

**ABSTRACT**

---

*Coping Strategies and Social Inclusion of Physically Disabled Individuals with Different Types of Temporal Satisfaction*

**RESEARCH OBJECTIVE:** the main goal of the research is to evaluate the relations between social inclusion and coping strategies adopted by individuals live with physical disabilities in a context of a moderate role of temporal satisfaction.

---

---

**THE RESEARCH PROBLEM AND METHODS:** the main research problem concerns the question of the relations between social inclusion and coping strategies adopted by physically disabled individuals with different types of temporal satisfaction. The article uses the method of survey which based on the set of research tools: Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ), Livneh & Antonak Multidimensional Attitudes Scale Toward Persons With Disabilities (MAS) and Pavot, Diener & Suh Temporal Satisfaction With Life Scale (TSWLS).

---

---

**THE PROCESS OF ARGUMENTATION:** the theoretical model of the research implies its assumptions and procedure. Third element is to perform analyses and interpretations according to the theoretical model.

---

---

**RESEARCH RESULTS:** although the available literature on social inclusion and coping strategies of disabled individuals presents some results, there is a considerable lack of the research conducted on the relations between them refers to a moderate role of temporal satisfaction.

---

---

**CONCLUSIONS, INNOVATIONS AND RECOMMENDATIONS:** there is an increasing number of research on the psychosocial functions of persons live with physical disabilities, including the relations between social inclusion and psychosocial adaptation with the focus of attention on this group, which contributes to the extension of mediating and moderating variables. The knowledge is a key factor in the construction for professional interventions in providing rehabilitation services.

---

---

→ **KEYWORDS: PHYSICAL DISABILITY, SOCIAL INCLUSION, COPING STRATEGIES, TEMPORAL SATISFACTION**

## Wprowadzenie

Osoby z niepełnosprawnością ruchową stanowią bardzo różnorodną populację, od samodzielnie poruszających się i obsługujących, do zdanych wyłącznie na pomoc innych ludzi. Pomiędzy nimi znajdują się osoby z mniejszym lub większym stopniem utraty sprawności lokomotorycznej (Kirenko, 2002). Niepełnosprawność powoduje upośledzenie niemal wszystkich obszarów życia człowieka, wywołując problemy natury fizycznej,

psychicznej, rodzinnej, zawodowej, społecznej czy ekonomicznej. Zakres ich następstw zależy od rodzaju niepełnosprawności, stopnia uszkodzenia danego narządu i wieku osoby niepełnosprawnej. Konsekwencje te można rozpatrywać w dwóch aspektach: ze względu na to, kogo one dotyczą, oraz z uwzględnieniem ich wpływu na przyszłość i szanse rozwoju osoby niepełnosprawnej, gdy mamy do czynienia ze skutkami pozytywnymi lub negatywnymi.

Przyjmuje się, że w procesie przystosowania do życia z niepełnosprawnością istotną rolę odgrywają czynniki psychologiczne i społeczne, abstrahując oczywiście od aspektu medycznego i ograniczeń organizacyjno-instytucjonalnych. Z psychologicznymi następstwami nierozzerwalnie związane są następstwa społeczne. Oba te uwarunkowania wzajemnie na siebie wpływają.

Mimo wyraźnie wskazywanego istnienia powszechnych reakcji na zdarzenia traumatyczne funkcjonujące przez wiele lat teorie nie pozwalały wyjaśnić ogromnego zróżnicowania danych empirycznych. Co więcej, to znaczące rozproszenie obserwowanych reakcji nie daje powodów do jednoznacznego potwierdzenia teorii stadiów. Zdecydowana większość teorii nie precyzuje bowiem ani czasu trwania danego etapu, ani również tego, kiedy jednostka przechodzi z jednego stadium do drugiego. Większość teorii operuje różnymi uwarunkowaniami, od których zależy osiągnięcie stanu akceptacji i przystosowania, nie mają one jednak istotnej mocy predyktywnej, stąd m.in. daleko idący postulat, aby na nowo rozważyć rozpowszechnione twierdzenie dotyczące równowagi psychicznej po zdarzeniach awersyjnych (Kirenko, 1991; 1995). Modele zaproponowane w ostatnich latach wzbogacone są o założenia związane ze stresem, radzeniem sobie czy jakością życia, co jest swoistym odzwierciedleniem nowych tendencji w wyjaśnianiu sytuacji osoby z niepełnosprawnością (Byra, 2012). Opierają się one na założeniu, że natura tego zjawiska kształtuje się w konsekwencji licznych jego powiązań z czynnikami usytuowanymi na płaszczyźnie socjodemograficznej, osobowościowej, społecznej i bezpośrednio związanej ze specyficznym charakterem dysponowanych dysfunkcji. Efekt zaś przystosowania jednostki uzależnia ją od społeczeństwa, w którym bytuje, zwracając uwagę na elementy środowiska sprzyjające osiągnięciu pozytywnych zachowań adaptacyjnych oraz utrudniające optymalne funkcjonowanie z nabytymi ograniczeniami (zob. Byra, 2012). Znaczenie interakcji między zmiennymi usytuowanymi w wielu różnorodnych obszarach funkcjonowania osoby chorej czy z niepełnosprawnością opiera się na biopsychospołecznej koncepcji człowieka, zakładającej wzajemne warunkowanie się wszystkich obszarów jej życia (Maciarz, 2001).

W interakcyjnym modelu psychospołecznej adaptacji do życia z chroniczną chorobą i niepełnosprawnością, opracowanym przez H. Livneha i R.F. Antonaka (1997), punktem wyjścia było rozróżnienie pojęć adaptacji i przystosowania, gdzie to pierwsze traktowane jest jako proces, którego elementem składowym jest przystosowanie, rozwijające się i kształtujące przez całe życie jednostki doświadczającej trwałych ograniczeń. Składa się na nie określony zespół przeżyć, reakcji w głównej mierze wyrażających się w akceptacji choroby i niepełnosprawności, pozytywnej samoocenie, utrzymaniu psychospołecznej równowagi, przejawianiu konstruktywnych dążeń w realizacji celów życiowych, pozytywnym ustosunkowaniu wobec siebie, innych osób, posiadanej niepełnosprawności

i choroby przewlekłej oraz wysokiej jakości życia analizowanej w odniesieniu do wielu dziedzin funkcjonowania (zob. Byra i Kirenko, 2016).

H. Livneh i R.F. Antonak (2005) w ostatecznej wersji modelu psychospołecznej adaptacji do niepełnosprawności i choroby przewlekłej uwzględnili rozbudowany kontekst zmiennych kształtujących proces reagowania na nabycie niepełnosprawności i choroby przewlekłej, w tym: zmienne poprzedzające, procesy oraz wyniki. Zmienne poprzedzające to czynniki bezpośrednio lub pośrednio przyczyniające się do powstania trwałych ograniczeń psychofizycznej kondycji wraz z kontekstem, w obrębie którego one zadziały. Do zmiennych kontekstualnych, które sprzyjają zrozumieniu oddziaływania samej niepełnosprawności na proces przystosowania jednostki, zaliczono: status biologiczny i biograficzny jednostki (stan zdrowia, typ i źródło pojawienia się niepełnosprawności, wiek, płeć, religijność), status psychospołeczny (osobista i społeczna tożsamość, etap poznawczego, emocjonalnego i moralnego rozwoju, status małżeński i rodzinny), warunki środowiskowe (fizyczne, ekonomiczne, społeczne – odnoszące się głównie do postaw wobec osób niepełnosprawnych w danym otoczeniu) (zob. Byra, 2012). Model ów stanowi podłoże do rozważań teoretycznych oraz planowania i projektowania badań służących wielowymiarowej terapii i rehabilitacji.

Przystosowanie się do życia z niepełnosprawnością, zaakceptowanie takiej sytuacji, nie jest możliwe bez adekwatnego wsparcia społecznego. Przeżywanie go bowiem w kategoriach utraty równowagi, odczuwania potrzeby i konieczności zmiany, natychmiastowych rozwiązań i decyzji wykraczających poza aktualne możliwości wymaga doświadczenia wspierającej obecności innych ludzi. Właśnie wsparcie otaczających ludzi jest jednym ze sposobów radzenia sobie w sytuacji trudnej. Zapotrzebowanie na nie tym bardziej wzrasta, im łatwiej obserwujemy skutki jego braku.

Zainteresowanie problematyką wsparcia społecznego jest wciąż duże. Cieszy się ona popularnością wśród wielu dyscyplin naukowych. Pomimo tego nie udało się jednak, jak do tej pory, stworzyć zadowalającej, uniwersalnej definicji, jednoznacznie oddającej istotę rzeczy. Pojęcie to bowiem wciąż stosowane jest w wielu różnych znaczeniach, najczęściej intuicyjnych lub metaforycznych. Najogólniej można powiedzieć, że jest to szczególnie pomoc udzielana osobom i grupom celem mobilizacji ich sił, zachowanego potencjału i zasobów, by mogły same sobie radzić ze swoimi problemami. W zależności od tego, w jakich znajdujemy się okolicznościach i jakie trudności przeżywamy, potrzebujemy różnego rodzaju wsparcia. Najczęściej jednak wyróżnia się i poddaje badaniom następujące rodzaje i formy wsparcia społecznego: emocjonalne, informacyjne, instrumentalne, rzeczowe i wartościujące. Doświadczenie bliskości z innymi ludźmi, poczucie zrozumienia i akceptacji, możliwość znalezienia oparcia wzmacnia odporność psychiczną, sprzyja wzrostowi samooceny, dzięki czemu łatwiej jest radzić sobie z problemami. Więzy społeczne chronią przed poczuciem alienacji i wywierają pozytywny wpływ na zaspokojenie społecznej integracji, poczucie przynależności, umożliwiają również zachowania opiekuńcze, kształtują poczucie własnej wartości i dają dostęp do nowych kontaktów i informacji. Istnieją również konfliktowe sytuacje, prowadzące do długotrwałego stresu, np. gdy wymagania różnych osób są sprzeczne ze sobą. Nadmierna kontrola

ze strony najbliższych może się przyczynić do pogłębienia stanu depresji i przedłużenia jego trwania. Niedostateczne wsparcie przejawia się w odczuwaniu negatywnych emocji wobec siebie i innych, prowadzi do małej tolerancji na zachowania otoczenia (zob. Kirenko, 2002; Kirenko i Byra, 2011).

Wymiar czasu postrzegany jest natomiast jako rodzaj danych pozwalający na porządkowanie zapamiętywanych informacji. Można go rozpatrywać w aspekcie obiektywnym i subiektywnym, czyli za pomocą zewnętrznych miar lub w kontekście reprezentacji w umyśle człowieka (Zdybek, 2012). Przy czym, już „pobieżna obserwacja wskazuje, iż ludzie przypisują przeszłości, przyszłości bądź teraźniejszości różne znaczenia” (Chodkiewicz i Nowakowska, 2011, s. 177-178). W perspektywach czasowych zawarte są bowiem komponenty emocjonalne, społeczne i poznawcze. Temporalność postrzegania czasu odbierana jest jako proces, podczas którego umiejscowione zostają informacje, czyli świadomość umieszczenia zdarzenia czy podmiotu na osi, zawierającej trzy obszary czasowe: retrospektywę, teraźniejszość i przyszłość (Chodkiewicz i Nowakowska, 2011, s. 178; Zdybek, 2012, s. 115).

Temporalna satysfakcja z życia osób z niepełnosprawnością wzbudza zatem coraz większe zainteresowanie, zwłaszcza w kontekście rozwoju rehabilitacyjnych celów, jako obszaru życia tychże osób w odniesieniu do ich przyszłego ujęcia. Wizja satysfakcji z oczekiwanej przyszłości może bowiem oznaczać akceptację aktualnej sytuacji i pozytywnie wpływać na nastawienie do trudnych wyzwań życiowych (Byra, 2010, s. 76). Reakcje adaptacyjne kształtujące się od momentu nabycia niepełnosprawności w trajektorii dokonywanych zmian następują w sposób naturalny i swoisty, stąd uchwycenie ich zmian w życiu osób z niepełnosprawnością, tych osobistych i w wymiarze wsparcia społecznego, możliwe będzie dzięki uwzględnieniu temporalnego ujęcia przystosowania do życia, co zdaniem S. Byry (2010) odnosi się do satysfakcji z życia postrzeganego w perspektywie przeszłości, teraźniejszości i przyszłości w procesie przystosowania się do życia z niepełnosprawnością.

## Meoda badań

Coraz liczniejsze badania nad psychospołecznym funkcjonowaniem osób z niepełnosprawnością ruchową, w tym nad występowaniem związków między wsparciem społecznym a przystosowaniem psychospołecznym w tej grupie badanych, sprawiają, iż włączane są w nie kolejne zmienne pośredniczące o charakterze moderującym. Wiedza z tego zakresu jest ważnym warunkiem do projektowania działań mających na celu rehabilitację tej grupy osób. O ile w literaturze przedmiotu dostępne są wyniki badań z zakresu wsparcia społecznego i reakcji przystosowawczych osób z różnymi niepełnosprawnościami, o tyle brakuje takowych wskazujących na istnienie związków pomiędzy tymi zmiennymi w obrębie moderującej roli temporalnej satysfakcji. Dlatego podstawowy problem badawczy zawiera się w pytaniu o związki pomiędzy tak przyjętymi zmiennymi, a celem niniejszych badań jest ocena tychże związków.

Postawione pytania badawcze dotyczyły zatem ustalenia poziomów wsparcia społecznego i reakcji przystosowawczych osób z niepełnosprawnością ruchową. Oddzielnie pytano o typ deklarowanej temporalnej satysfakcji oraz o związku pomiędzy poziomami wsparcia społecznego wśród wszystkich badanych osób z niepełnosprawnością ruchową i w obrębie poszczególnych typów temporalnej satysfakcji a ich poziomem reakcji przystosowawczych. Hipotezę ogólną sformułowano zatem do pytań o związku między nasileniem wsparcia społecznego a reakcjami przystosowawczymi, które są różne w poszczególnych wymiarach korelowanych zmiennych, zwłaszcza wśród osób, u których decydujące znaczenie odgrywają poszczególne typy temporalnej satysfakcji. Stąd pożądaną reakcję przystosowawczą (uznanie/pogodzenie się, przystosowanie) wiążą się dodatnio, a reakcje kategoryzowane jako wczesne (np. szok, niepokój, zaprzeczanie) i pośrednie (depresja, uwewnętrzniony gniew, uzewnętrzniona wrogość) negatywnie ze wsparciem społecznym, natomiast stopień odczuwanej satysfakcji temporalnej moderuje związek między reakcjami przystosowawczymi a wsparciem społecznym badanych osób z niepełnosprawnością ruchową.

Materiał badawczy zebrano za pomocą metody sondażu diagnostycznego, w którego skład wchodziły następujące narzędzia badawcze: Kwestionariusz Wsparcia Społecznego (KWS) J.S. Norbeck w opracowaniu J. Kirenki (wersja eksperymentalna), Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych (KRP) H. Livneha i R.F. Antonaka w polskiej adaptacji S. Byry i J. Kirenki oraz Skala Temporalnej Satysfakcji z Życia (TSŻ) W. Pavota, E. Dienera i E. Suha w opracowaniu S. Byry (wersja eksperymentalna). Kwestionariusz Wsparcia Społecznego J.S. Norbeck umożliwia opis źródeł wsparcia społecznego oraz dostarcza informacji o osobach go udzielających, znajdujących się w sieci społecznej, zapewniających emocjonalną i instrumentalną pomoc osobie w jej staraniach o przezwyciężenie trudnej sytuacji. Składa się z trzech części. Pierwsza dotyczy informacji o grupach źródłowych wsparcia wskazanych przez osobę badaną, które odgrywają znaczącą lub ważną rolę w jej życiu, zapewniające byt oraz informacje o charakterze związku łączącego ją z każdą z tych osób. Druga część kwestionariusza składa się z ośmiu pytań, które odnoszą się do osób wyszczególnionych w części pierwszej. Na każde z postawionych pytań osoba badana odpowiadała, używając pięciopunktowej skali typu Likerta. Sześć pierwszych pytań skategoryzowanych jest w trzech wymiarach, dotyczących: emocji, afirmacji i pomocy oraz sumy funkcjonalnej. Pozostałe dwa pytania umożliwiają ustalenie czasu znajomości z wymienioną osobą oraz podanie częstości kontaktów z nią. W trzeciej części kwestionariusza znajdują się pytania dotyczące „częstotliwości kontaktów, czasu trwania znajomości, a także informacji o utracie osoby bliskiej w minionym roku” (Kirenko i Lesiewicz, 2002, s. 82). Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych H. Livneha i R.F. Antonaka zawiera natomiast 60 twierdzeń odwołujących się do zaistniałych reakcji podczas wystąpienia fizycznego uszkodzenia lub stanu powodującego niepełnosprawność. Zadaniem osoby badanej jest zaznaczenie na czterostopniowej skali częstotliwości występowania danej reakcji: 1 – „reakcja nie występuje nigdy”, 2 – „reakcja występuje rzadko, od 1 do 4 razy na miesiąc”, 3 – „reakcja występuje czasem, od 5 do 9 razy na miesiąc” oraz 4 – „reakcja występuje dość często, 10 lub więcej razy na miesiąc”. Na tej podstawie oblicza się wyniki dla poszczególnych reakcji: szok (S),

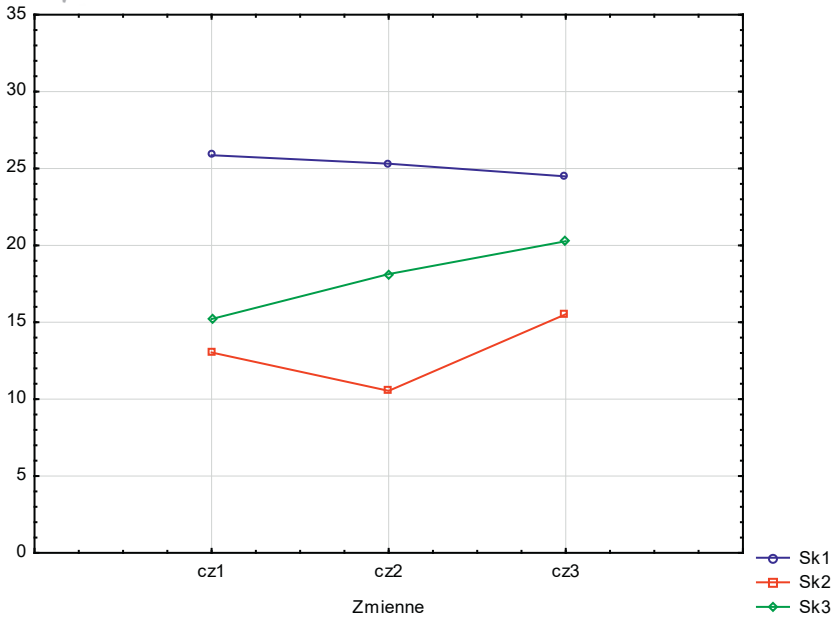
niepokój (N), zaprzeczanie (Z), depresja (D), uwewnętrzniony gniew (UG), uzewnętrzniona wrogość (UW), akceptacja (A) i przystosowanie (P). Trzy pierwsze reakcje należą do grupy reakcji wczesnych (nieadaptacyjnych), trzy kolejne do pośrednich, a dwie ostatnie do reakcji późnych, czyli adaptacyjnych. Wyższy wynik wskazuje na większą częstotliwość ujawniania określonej reakcji przystosowawczej (Byra i Kirenko, 2016). W przypadku zaś zmiennej moderującej, deklarowanej satysfakcji temporalnej, skorzystano ze Skali Temporalnej Satysfakcji z Życia W. Pavota, E. Dienera i E. Suha, pozwalającej pozyskać informacje na temat przystosowania do życia w określonych warunkach, stopnia akceptacji zaistniałej sytuacji i poziomu satysfakcji z życia odczuwanego przez osobę badaną z uwzględnieniem życia na przestrzeni trzech wymiarów czasu (Byra, 2011, s. 64). Składa się ona z 15 twierdzeń podzielonych na trzy części po pięć itemów. Każda dotyczy innego przedziału czasu. Pierwsze pięć twierdzeń odnosi się do przeszłości osoby badanej, następne pięć do sytuacji obecnej i ostatnie pięć do życia w przyszłości. Są one opatrzone siedmiostopniową skalą, gdzie 1 oznacza „stanowczo się nie zgadzam”, 7 – „całkowicie się zgadzam”. Pozostałe określenia sugerują odpowiedzi o mniejszym lub większym nasileniu odczuć, przy czym 4 jest wartością neutralną. Skorzystano również z autorskiego kwestionariusza wywiadu.

Ogółem przebadano 193 osoby z niepełnosprawnością ruchową, w tym 96 kobiet i 97 mężczyzn. Przy czym do analiz włączono 190 osób, 94 kobiety (49,47%) i 96 mężczyzn (50,53%). Wiek badanych mieści się w przedziale od 18 do 38 lat, ze średnią na poziomie 27,32 lat. Wiek nabycia niepełnosprawności wynosi natomiast średnio 22,54 lat. W większości przypadków są to osoby stanu wolnego (78,00%), zamieszkałe w dużych miastach, powyżej 100 tysięcy mieszkańców, z wykształceniem na poziomie wyższym (34,20%), wykonujące zawody preferujące uzdolnienia o charakterze manualnym i technicznym, rzadziej bliski kontakt z innymi ludźmi. Osoby takie stanowią 28,00% ogółu grupy. Niespełna połowa (49,73%) z nich utrzymuje się z pensji małżonka lub innego członka rodziny, zaznaczając przy tym, że swoją sytuację materialną określają mianem stabilnej.

## Wyniki analiz

Ustalenie typów temporalnej satysfakcji przez badane osoby z niepełnosprawnością ruchową było możliwe dzięki określeniu charakteru ich hierarchicznie zorganizowanych struktur, co osiągnięto po zastosowaniu analizy skupień metodą *k-średnich*. Na jej podstawie wyodrębniono zatem trzy skupienia (wykres 1).





Wykres 1. Typy temporalnej satysfakcji badanych osób z niepełnosprawnością ruchową.

Konfiguracje trzech komponentów satysfakcji temporalnej nie są podobne do siebie. Różnicuje je stopień nasilenia analizowanych komponentów, stąd takie, a nie inne ich typy, w czym wyraża się specyfika wyodrębnionych grup badanych osób. Przy czym, otrzymane profile skupień wykazują dużą stabilność. Najwięcej badanych osób, bo 82 (43,16%), wchodzi w skład skupienia nr 3, i jest to dominujący typ nasilenia przejawianej satysfakcji temporalnej wśród badanych osób z niepełnosprawnością ruchową. Charakteryzuje się pozytywną orientacją prezentystyczno-prospektywną, w ujęciu W. Łukaszewskiego (1983), antycypującą satysfakcję i odczuwającą ją w teraźniejszości, z negatywnym odniesieniem do przeszłości. Widoczne jest tutaj znaczenie przyszłości i teraźniejszości, jakże właściwe późniejszym etapom radzenia sobie z niepełnosprawnością oraz pozytywnym nastawieniem wobec nadchodzących zdarzeń. Drugi ze względu na liczebność badanych osób jest typ skupienia nr 2, określony tutaj, za W. Łukaszewskim (1983), mianem pozytywnej orientacji retrospektywno-prospektywnej, podnoszącej znaczenie przeszłości i przyszłości kosztem teraźniejszości. Nastawienie to, zdaniem E. Tarkowskiej (1987, s. 149), towarzyszy osobom wykazującym niestabilność zachowań, przejawiających się w powracaniu do przeszłych zdarzeń, jednakże z częstymi próbami spoglądania w przeszłość, jako mentalne i emocjonalne balansowanie między przeszłością i przyszłością. Zakwalifikowane do niego zostały 63 osoby (33,15%). Typ skupienia nr 1 tworzą osoby akcentujące dwie sfery satysfakcji temporalnej, przeszłą i teraźniejszą, z równoczesnymi obawami odnoszonymi się do przyszłości. Stąd można go nazwać,



według W. Łukaszewskiego (1983), pozytywną orientacją mieszaną retrospektywno-prezentystyczną lub negatywną orientacją prospektywną. Najbardziej bezpiecznym miejscem, wzbudzającym pozytywne odczucia dla tych osób, jest przeszłość. Jest to grupa o najniższej frekwencji badanych osób – 45 (23,68%).

Poziomy wsparcia społecznego, w trzech jego wymiarach i sumy funkcjonalnej, i reakcji przystosowawczych badanych osób o różnym typie satysfakcji temporalnej, określono za pomocą jednoczynnikowej analiza wariancji (ANOVA), której wyniki prezentują się w tabelach 1-2.

Otrzymane wartości testu  $F^{\circ}$  dla trzech jednocześnie porównywanych grup satysfakcji temporalnej nie są istotne statystycznie, co nie pozwala potwierdzić związku pomiędzy trzema kategoriami i sumą funkcjonalną wsparcia społecznego a satysfakcją temporalną badanych osób z niepełnosprawnością ruchową. Występujące jednak zróżnicowanie średnich arytmetycznych wsparcia społecznego w obrębie typów satysfakcji temporalnej u badanych osób może jedynie upoważniać do wnioskowania o charakterze tendencji występowania związków, co niniejszym uczyniono. Najwyższy zatem poziom poczucia wsparcia społecznego, tak w obszarach emocji, afirmacji i pomocy, jak i sumy funkcjonalnej, jest udziałem osób z niepełnosprawnością ruchową z pozytywną orientacją mieszaną retrospektywno-prezentystyczną lub negatywną orientacją prospektywną. Charakteryzują się one silnym przywiązaniem do przeszłości, która ze względu na niemożność modyfikacji i idealizację, wciąż żywe wspomnienia z okresu, gdy były zdrowe i sprawne, wzbudza pozytywne odczucia, zwłaszcza w odniesieniu do grup źródłowych, a w nich osób znaczących, w tym okresie życia im towarzyszących. To właśnie one były wówczas dla nich najważniejsze, stąd i najwyższe wartości w obszarze wsparcia, czy to informacyjnego, emocjonalnego, czy też materialnego, otrzymywane przez te osoby świadczą o tym, że są one spostrzegane jako najbardziej potrzebne. Chociaż trudno tutaj orzec, czy faktycznie doświadczają więcej wsparcia społecznego, czy też jedynie silniej deklarują zapotrzebowanie na nie. Najniższym natomiast natężeniem wsparcia społecznego legitymują się badane osoby z pozytywną orientacją retrospektywno-prospektywną, jako swoiste odniesienie do etapu radzenia sobie z niepełnosprawnością, w którym istnieje przeświadczenie, iż okazywane im wsparcie jest niższe od oczekiwanego, co może wynikać ze specyficznej sytuacji społecznej, socjologicznej, ekonomicznej, materialnej i towarzyskiej osób jej potrzebujących. Nie muszą ubiegać się o pomoc w działaniach fizycznych, chociaż mogą potrzebować wsparcia emocjonalnego, tudzież afirmacyjnego, zwłaszcza ze strony najbliższych osób, pierwszego kręgu społecznego zabezpieczenia. Pomędzy tymi grupami znajdują się osoby z pozytywną orientacją prezentystyczno-prospektywną, gdzie jakże widoczne znaczenie terażniejszości i przyszłości w ich życiu, z negacją przeszłości, przekłada się na umiarkowanie w deklarowanym i oczekiwanym wsparciu społecznym.

Tabela1

*Wsparcie społeczne badanych osób o różnym typie satysfakcji temporalnej – ANOVA*

Zmienne	F	P	Por. wewnątrzgrupowe
Emocje (E)	0,806	0,448	{Sk1} 36,60  {Sk2} 32,16  {Sk3} 33,75
Afirmacja (AF)	0,754	0,472	{Sk1} 35,62  {Sk2} 31,49  {Sk3} 33,95
Pomoc (PO)	0,801	0,450	{Sk1} 37,33  {Sk2} 32,60  {Sk3} 34,48
Suma funkcjonalna (SF)	0,797	0,452	{Sk1} 109,56  {Sk2} 96,262  {Sk3} 102,19

Przyjąć jednak należy, iż brak jest statystycznej zależności pomiędzy wsparciem społecznym o charakterze emocjonalnym, afirmacyjnym i pomocowym a zmienną satysfakcji temporalnej badanych osób. Wynika on przede wszystkim z częstego korzystania z tych form wsparcia przez niemal wszystkie badane osoby, bez względu na deklarowany typ temporalnej satysfakcji, zwłaszcza od rodzinnych grup źródłowych, które na zbliżonym poziomie partycypują we wspieraniu swoich członków.

Tabela 2

Reakcje przystosowawcze badanych osób o różnym typie satysfakcji temporalnej – ANOVA

Zmienne	F	P	Por. wewnątrzgrupowe
Szok (S)	0,37	0,68	{Sk1} 14,13  {Sk2} 14,83  {Sk3} 14,65
Niepokój (N)	0,51	0,59	{Sk1} 14,26  {Sk2} 14,70  {Sk3} 13,93
Zaprzeczanie (Z)	0,19	0,82	{Sk1} 13,75  {Sk2} 13,43  {Sk3} 13,78
Depresja (D)	4,34	0,01*	Sk  {1} 15,02  {2} 17,47  {3} 16,88  1 Sk1 0,00* 0,02*  2 Sk2 0,00*  0,42 3  Sk3 0,02* 0,42

Uwewnętrzny gniew (UG)	1,54	0,21	{Sk1} 17,26  {Sk2} 18,66  {Sk3} 18,63
Uzewewnętrzniiona wrogość (UW)	3,05	0,04*	Sk  {1} 14,44  {2} 15,98  {3} 15,80  1  Sk1 0,02* 0,03*  2  Sk2 0,02*  0,74  3  Sk3 0,03* 0,74
Akceptacja (A)	2,07	0,12	{Sk1}* 19,66  {Sk2} 18,70  {Sk3}* 18,38

Przystosowanie (P)	9,63	0,00*	Sk
			{1}
			24,00
			{2}
			20,61
			{3}
			21,58
			1
			Sk1
			0,00*
			0,00*
			2
			Sk2
0,00*			
0,14			
3			
Sk3			
0,00*			
0,14			

\* –  $p < 0,05$

Przeprowadzona analiza wariacyjna (tabela 2) wskazuje na występowanie zależności między zmiennymi satysfakcji temporalnej i psychospołecznego przystosowania u badanych osób. Poziomy nasilenia reakcji przystosowawczych osób z niepełnosprawnością ruchową w wyodrębnionych typach temporalnej satysfakcji są istotnie statystycznie zróżnicowane w trzech spośród ośmiu wymiarów KRP, a mianowicie: depresji, uzewnętrznionej wrogości i akceptacji, gdzie wartości testu  $F^\circ$  dla trzech jednocześnie porównywanych typów satysfakcji temporalnej okazały się większe od wartości krytycznej na najwyższym jego poziomie, czyli na poziomie statystycznej istotności.

Trzy pierwsze reakcje, tzw. nieadaptacyjne, czyli: szok, niepokój i zaprzeczenie, nie różnicują statystycznie porównywanych typów temporalnej satysfakcji badanych osób, chociaż wskazują na tendencje współwystępowania związku między analizowanymi zmiennymi. Oto bowiem najwyższy poziom nasilenia reakcji szoku i niepokoju wystąpił w grupie osób o pozytywnej orientacji retrospektywno-prospektywnej, eksponującej wagę przeszłości i przyszłości kosztem terażniejszości. Ujawniają one w nieco większym nasileniu w porównaniu do pozostałych typów takie charakterystyczne symptomy szoku i niepokoju, jak: zaburzenie oddychania i pracy serca, konfuzja mentalna, problemy ze spostrzeganiem,

dezorganizacja myślenia, zmniejszenie ruchliwości, ekspresji werbalnej i koncentracja uwagi na doznanej stracie, a także: utrzymująca się dezorganizacja myśli, liczne fizjologiczne symptomy, wzmożona bezcelowa nadaktywność czy też drażliwość. Reakcja zaprzeczania, czyli defensywna mobilizacja przeciw uświadomieniu sobie wielkości straty, czasu jej trwania, przyszłych konsekwencji, wynikających z pojawienia się niepełnosprawności, nieznacznie silniej występuje u osób reprezentujących pozytywną orientację prezentystyczno-prospektywną, ukierunkowaną na przyszłość i terażniejszość, kosztem przeszłości.

Niniejsza konkluzja nie znajduje potwierdzenia w toku kolejnych analiz nad reakcjami pośrednimi, czyli: depresją, uwewnętrznionym gniewem i uzewnętrznioną wrogością, gdzie badane osoby o pozytywnej orientacji retrospektywno-prospektywnej, oscylujące między przeszłością a przyszłością, istotnie częściej niż osoby o mieszanej orientacji retrospektywno-prezentystycznej lub negatywnej orientacji prospektywnej, charakteryzują się większym poczuciem bezradności i bezsilności, a niekiedy beznadziejności. Ujawniają także symptomy rozpacz, izolacji, obniżenia poczucia własnej wartości i samooceny oraz samooskarżania się i autoagresji. Mniej są zainteresowane innymi ludźmi. Wydaje im się, że nie mogą nic zrobić, by sobie pomóc. Istotnie częściej też wykazują buntownicze zachowania przeciw doświadczanym ograniczeniom, przeszkodom napotykanym w procesie leczenia czy terapii. W innych często upatrują winę za wszelkie trudności, nie mają cierpliwości do zalecanego im leczenia, odczuwają potrzebę wyrównywania rachunków oraz złością się, gdy inne osoby próbują im pomagać. W mniejszym zaś nasileniu, bo nie na poziomie statystycznej istotności, ujawniają mechanizm obronny uwewnętrznionego gniewu, przejawiający się odczuwaniem i okazywaniem gniewu, manifestacją oburzenia, goryczy, rozżalenia, a także pretensji skierowanych do siebie, co często związane jest z samoobwinianiem się. Osoby takie wstydzą się swojej choroby i częściej niż pozostałe badane zadają sobie pytanie o sens tego wszystkiego.

Zgoła odmienny rozkład wyników wystąpił w reakcjach adaptacyjnych, akceptacji i przystosowania, gdzie osoby o mieszanej orientacji retrospektywno-prezentystycznej lub negatywnej orientacji prospektywnej istotnie częściej niż pozostałe cechują się wyższym poziomem pogodzenia się z zaistniałą sytuacją, uznania nabytej choroby, poznawczej reorientacji i reorganizacją w ocenie własnej, aktualnej sytuacji, z wyraźnym ukierunkowaniem na zintegrowanie posiadanych ograniczeń, koncepcji siebie i elementów środowiska zewnętrznego. Są zadowolone z posiadanych zdolności, możliwości robienia rzeczy wykonywanych przez ludzi w pełni zdrowych, radzenia sobie z napotykanymi problemami oraz są przeświadczone co do faktu występowania rzeczy ważniejszych niż te, których nie można zrobić z powodu niepełnosprawności, ale też i co do tego, że wciąż jest dużo spraw, które są w stanie podjąć i realizować. Osoby te w dużym stopniu emocjonalnie zaakceptowały swój stan, włączyły go w nowy obraz siebie, co zapewne ułatwia im codzienne funkcjonowanie.

Wyniki analizy poszczególnych stadiów adaptacji psychospołecznej wskazują na ich związek ze zmienną satysfakcji temporalnej, gdzie reakcje wstępne i pośrednie w największym stopniu charakteryzują osoby z niepełnosprawnością ruchową prezentujące

pozytywną orientację retrospektywno-prospektywną, natomiast reakcje adaptacyjne badanych o temporalnej orientacji retrospektywno-prezentystycznej lub negatywnej orientacji prospektywnej.

Dzięki zastosowaniu analizy regresji wielokrotnej scharakteryzowano związki pomiędzy wskaźnikami zmiennych zależnych wsparcia społecznego a zmiennymi niezależnymi reakcji przystosowawczych, w obrębie badanej grupy osób z niepełnosprawnością ruchową i w jej obrębie trzech typów deklarowanej satysfakcji temporalnej (tabela 3).

Tabela 3

Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennej zależnej wsparcia społecznego i zmiennych niezależnych reakcji przystosowawczych i satysfakcji temporalnej w badanych grupach

Zmienna wyjaśniana	Całość			Sk1			Sk2			Sk3		
	Pred.	$\beta$	R2	Pred.	B	R2	Pred.	$\beta$	R2	Pred.	B	R2
Emocje	UW	-0,24*	0,03	Z	-0,35*	0,13	UW	-0,44*	0,13	UG	-0,29	0,05
	N	0,19*		A	-0,45*		UG	0,23		S	0,26	
	Z	-0,08		UG	0,41*		A	0,18		D	-0,18	
				P	0,43*	N	0,19					
Afirmacja	UW	-0,21*	0,02	Z	-0,25	0,04	UW	-0,45*	0,14	UG	-0,20	0,05
	N	0,17*					UG	0,24		N	0,19	
							A	0,19		D	-0,19	
						N	0,21		Z	0,13		
Pomoc	UW	-0,23*	0,03	Z	-0,38*	0,15	UW	-0,41*	0,11	UG	-0,19	0,02
	N	0,19*		A	-0,45*		UG	0,26		S	0,14	
	Z	-0,08		P	0,44*		A	0,16		D	-0,25	
				UG	0,35	N	0,17		P	-0,13		
									N	0,15		
Suma Funk.	UW	-0,23*	0,03	Z	-0,27	0,05	UW	-0,44*	0,13	UG	-0,18	0,04
	N	0,16*					UG	0,25		N	0,21	
							A	0,17		D	-0,16	
						N	0,19					

\* –  $p < 0,05$

W grupie badanych osób z niepełnosprawnością ruchową największy udział, bo na poziomie istotnym statystycznie, w zmienności wyników zmiennych zależnych wsparcia społecznego, w tym komponentów: emocje, afirmacja, pomoc i suma funkcjonalna, ma reakcja niepokoju. Stąd ujawniana przez nie globalna reakcja organizmu na niespodziewaną sytuację, na zakłócenie równowagi w stosunkach z otoczeniem oraz aprobatą, uznanie czegoś lub kogoś, wspieranie, swoisty wysiłek, czy też fizyczne lub moralne działanie, podjęte dla dobra innych ludzi, a także suma funkcjonalna wsparcia ze strony sieci, utworzonej przez osoby znaczące dla badanych, w największym stopniu warunkowana jest ich utrzymującą się dezorganizacją myśli, fizjologicznymi symptomami, wzmożoną bezcelową nadaktywnością czy też drażliwością. Nie wiąże się natomiast istotnie z reakcją uzewnętrznionej wrogości we wszystkich wymiarach wsparcia społecznego i reakcją zaprzeczania w komponentach emocji i pomocy. Natomiast w grupie badanych osób akcentujących dwie sfery satysfakcji temporalnej, przeszłą i teraźniejszą, z równoczesnymi obawami odnoszącymi się



do przyszłości, największy udział w wyjaśnianiu zmienności komponentów emocji i pomocy, na poziomie statystycznej ufności, mają dwie reakcje: przystosowanie i uwewnętrzniony gniew. Dlatego też w realizacji tej dyspozycji w największym stopniu potrzebne jest wyrobienie adekwatnego stosunku do siebie samego, do środowiska społecznego i otoczenia fizycznego, zgodnie z normami moralnymi i społecznymi, jako stanu świadomej weryfikacji swojego zachowania w odpowiedzi na zmieniające się bodźce środowiska. Towarzyszy temu odczuwanie i okazywanie gniewu, manifestacja oburzenia, goryczy, rozżalenia, pretensji skierowanych do siebie, co często związane jest z samoobwinianiem się. W opozycji do niej stoją reakcje zaprzeczania i akceptacji. Pierwsza w każdym z analizowanych modeli regresyjnych, a druga w przypadku komponentów emocji i pomocy. Wśród zaś osób badanych o orientacji akcentującej znaczenie przeszłości i przyszłości kosztem teraźniejszości cztery modele regresyjne zmiennych zależnych wsparcia społecznego warunkowane są reakcjami uwewnętrznionego gniewu, akceptacji i niepokoju, chociaż nie na poziomie statystycznej istotności, czyli z nieprzyjemnym stanem emocjonalnym, obejmującym strach, obawę i lęk, odczuwaniem i okazywaniem gniewu, goryczy, rozżalenia, pretensji skierowanych do siebie, ale i pogodzeniem się z zaistniałą sytuacją, uznaniem nabytej niepełnosprawności, ukierunkowaniem na zintegrowanie posiadanych ograniczeń, koncepcji siebie i elementów środowiska zewnętrznego. W opozycji do niej istotnie stoi reakcja uzewnętrznionej wrogości. Również wśród osób o pozytywnej orientacji prezentystyczno-prospektywnej otrzymane modele regresyjne zawierają od trzech do pięciu reakcji przystosowawczych, ale żadna z nich nie koreluje istotnie statystycznie. Zmienna emocji tworzy tutaj fuzję z reakcją szoku i nie łączy się z reakcjami pośrednimi, depresji i uwewnętrznionego gniewu. Te dwie ostatnie reakcje stoją w opozycji do wszystkich analizowanych komponentów wsparcia społecznego. W wymiarze pomocy uzupełnia ich skład reakcja przystosowania. Pozostałe komponenty wsparcia społecznego skorelowane są z reakcją niepokoju, wsparte reakcją szoku w przypadku pomocy i zaprzeczenia w wymiarze afirmacji.

## Zakończenie

W podjętych badaniach poszukano związków między nasileniem wsparcia społecznego a reakcjami przystosowawczymi u osób z niepełnosprawnością ruchową o różnych typach temporalnej satysfakcji. Z przeprowadzonych analiz wynika, iż uzyskano specyficzną strukturę związków dociekanych zmiennych. Uwypuklano te, które mają znaczne oparcie w empirii, zwłaszcza że konstrukcja opracowania sprowadzała się do takiego zastosowania analiz, szczególnie statystycznych, by margines nadinterpretacji mógł być najmniejszy. Stąd regresja wieloraka, której wyniki umożliwiają przyjęcie w miarę precyzyjnych charakterystyk otrzymanych związków, pretendujących do miana autonomicznych wniosków, chociaż niektóre z nich należy traktować jedynie jako propozycje dalszych analiz, tym bardziej, gdy dotyczą weryfikacji szczegółowych hipotez w odniesieniu do wczesnych, pośrednich i pożądaných reakcji przystosowawczych jako zmiennych niezależnych, rozpatrywanych w kontekście odczuwanej satysfakcji temporalnej. Ukazana tutaj struktura

związków może nie jest bardzo zróżnicowana, co wynika z jej prezentacji. Biorąc jednak pod uwagę wartości dominant w porównywanych wskaźnikach, jest na tyle wyrazista, na ile było to możliwe w wymiarze przeprowadzenia analiz ilościowych.

Istotny zatem udział w procesie integrowania osób z niepełnosprawnością ze społeczeństwem, w znalezieniu przez nie swojego miejsca, ma problematyka przystosowania psychospołecznego tych osób. Wciąż jednak aktualne jest pytanie: czy niepełnosprawność można w pełni zaakceptować i przystosować się do życia z nią? Jest to zadanie niezmiernie trudne i chyba tak do końca niemożliwe do wykonania, jakkolwiek wiele danych wskazuje na optymizm w tym względzie, m.in. w postaci promowania modeli przystosowania i czynników je warunkujących. Wszędzie jednak tam, gdzie pojawia się osoba niepełnosprawna, zachodzi tyle sytuacji, w których dysfunkcyjność daje boleśnie o sobie znać, iż na nic zdają się nabyte w trakcie rehabilitacji umiejętności reagowania w takich okolicznościach czy też po prostu zwyczajne próby ukrycia swego kalectwa lub twierdzenie, iż niepełnosprawność nie istnieje. Niestety istnieje i osoba taka musi zdać sobie sprawę z jej ujemnych skutków. Powinna również uświadomić sobie i przyjąć, że o jakości życia decyduje nie tylko sprawne ciało, ale także inne przymioty i wartości człowieka oraz otoczenie społeczne. Istotne znaczenie ma tu proces dochodzenia do stanu, w którym niepełnosprawność stanie się tylko częścią aktywności życiowej osoby nią dotkniętej (zob. Kirenko, 1995; 2002).

#### BIBLIOGRAFIA

- Byra, S. (2010). Temporalność w przystosowaniu do życia z niepełnosprawnością kobiet i mężczyzn niepełnosprawnych ruchowo. W: J. Kirenko (red.), *Zdrowa szkoła – zdrowy uczeń. Między teorią a praktyką. Wybrane zagadnienia*. Lublin: Wydawnictwo NeuroCentrum, 179-197.
- Byra, S. (2011). Satysfakcja z życia osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w pierwszym okresie nabycia niepełnosprawności – funkcje wsparcia otrzymywanego i oczekiwanego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2, 64-70.
- Byra, S. (2012). *Przystosowanie do życia z niepełnosprawnością ruchową i chorobą przewlekłą. Struktura i uwarunkowania*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Byra, S. i Kirenko, J. (2016). Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych (KRP) – polska adaptacja Reactions to Impairment and Disability Inventory – RIDI H. Livneha i R.F. Antonaka. *Studia Edukacyjne*, 40, 229-260.
- Chodkiewicz, J. i Nowakowska, K. (2011). Preferowana orientacja temporalna a przebieg leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu. *Psychiatria Polska*, XLV(2), 177-196.
- Kirenko, J. (1991). *Psychospołeczne przystosowanie osób z paraplegią*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kirenko, J. (1995). *Niektóre uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kirenko, J. (2002). *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością*. Ryki: Wydawnictwo WSUPIZ.
- Kirenko, J. i Byra, S. (2011). *Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

- Kirenko, J. i Lesiewicz, L. (2002). Wykorzystanie Kwestionariusza Wsparcia Społecznego w badaniu osób niepełnosprawnych. W: A. Pielecki (red.), *Problemy pedagogiki specjalnej w okresie przemian społecznych*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 75-88.
- Livneh, H. i Antonak, R.F. (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Gaitersburg: Maryland.
- Livneh, H. i 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. (1983). Orientacje temporalne jako jeden z aspektów osobowości. W: W. Łukaszewski (red.), *Osobowość – orientacje temporalne – ustosunkowanie się do zmian*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 5-40.
- Maciarz, A., (2001). *Pedagogika lecznicza i jej przemiany*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Tarkowska, E. (1987). *Czas w społeczeństwie problemy, tradycje, kierunki badań*. Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk – Łódź: Polska Akademia Nauk Instytut Filozofii i Socjologii, Prace Habilitacyjne, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.
- Zdybek, P. (2012). Rola orientacji temporalnej na terażniejszość w wyjaśnianiu preferowanej strategii seksualnej. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica*, 16, 113-131.

#### Copyright and License



This article is published under the terms of the Creative Commons Attribution – NoDerivs (CC BY- ND 4.0) License  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>