



Złożenie pracy online:
2013-07-03 21:47:02
Kod pracy:
9858

Weronika Odziomek
(nr albumu: 17829*PSYCH/JM)

Praca magisterska

Lęk a postawy młodzieży wobec niepełnosprawnych

Adolescents anxiety and attitudes towards young people with disabilities

Wydział: Nauk Społecznych i Informatyki

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Marta Brachowicz

Szczególne podziękowania pragnę złożyć moim rodzicom. Kochani, dziękuję za miłość, wsparcie, poświęcenie, za to, że nauczyliście mnie, że pomimo przeciwności losu, człowiek może realizować swoje plany i marzenia oraz za to, że nigdy nie przestaliście we mnie wierzyć.

Dziękuję także mojemu rodzeństwu – Kamili, Oli i Zuzi, za codzienną pomoc i za to, że jesteście zawsze, kiedy Was potrzebuję.

Pragnę podziękować również mojej Pani Promotor – Doktor Marcie Brachowicz, za cierpliwość, wyrozumiałość i okazaną pomoc podczas pisania pracy magisterskiej. Dziękuję, że w chwilach dla mnie trudnych, zawsze była Pani dla mnie wsparciem.

Na koniec dziękuję Marcie Pasoń, Ewelinie Porębie, Dominice Hubiak, Patrycji Sojce i Irenie Gybie – za to, że przez te 5 lat, zawsze mogłam na Was liczyć.

STRESZCZENIE

Lęk jest nieodłącznym elementem ludzkiego życia, który wpływa na to w jaki sposób funkcjonuje człowiek, jak i również kształtuje jakie postawy przyjmuje wobec otoczenia, przedmiotów, a także ludzi, wśród których żyje. Przedmiotem pracy są powiązania między lękiem, a postawami młodzieży wobec niepełnosprawnych. W realizowanym programie badawczym wykorzystano następujące narzędzia psychologiczne: *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI* opracowany przez C.D. Spielbergera, R.L. Gorsucha i R.E. Lushene'a (1970), w polskiej adaptacji C. D. Spielbergera, J. Strelau'a, M. Tysarczyka i K. Wrześniewskiego (1987), *Skalę Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych SPWON* w opracowaniu A. E. Sękowskiego (1991) oraz arkusz personalny własnej konstrukcji. W badaniach wzięło udział 250 osób w wieku od 15 do 18 lat. Do analizy statystycznej i psychologicznej uwzględniono 205 kompletnych zestawów. Kobiety stanowiły 70,73%, a mężczyźni 29,27% ogółu badanych. Wyniki badań pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków: istnieje związek między poziomem lęku u młodzieży, a postawami wobec osób niepełnosprawnych, a mianowicie młodzież z wysokim poziomem lęku jako cechy różni się w zakresie prezentowanych postaw wobec niepełnosprawnych w porównaniu z młodzieżą o niskim poziomie tej zmiennej. Oznacza to, że osoby o niskim poziomie lęku jako cecha prezentują negatywne postawy wobec niepełnosprawnych, a osoby o wysokim poziomie lęku jako cecha prezentują pozytywne postawy wobec niepełnosprawnych. Natomiast lęk jako stan nie ma wpływu na rodzaj postaw prezentowanych przez młodzież.

ABSTRACT

Anxiety is an integral part of human life, it effects a person's well being and overall functioning, as well as their attitudes towards objects and people, among who they live. The primary aim of the thesis was to investigate the associations between anxiety and young people's attitudes towards the disabled. The following psychological methods were utilised: *Questionnaire State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* by C. D. Spielbergera, R.L. Gorsucha i R.E. Lushene'a (1970), polish adaptation by C. D. Spielbergera, J. Strelau'a, M. Tysarczyka i K. Wrześniewskiego (1987), *Scale Attitude Towards The Disabled (SPWON)* A. E. Sękowskiego (1991) and personal demographic questionnaire. There were 205

adolescent respondents between 15 to 18 years of age. For both statistical and psychological analyses 205 participants qualified with complete sets of questionnaires. There were 70,73% of females and 29,27% of males. Results determined the following final conclusions: there is a relationship between the level of anxiety in adolescents and their attitudes towards disabled people, namely young people with high levels of trait anxiety differed in their attitudes towards disabled people compared with young people with low levels of trait anxiety. Specifically, people with low levels of trait anxiety presented negative attitudes toward people with disabilities and people with high trait anxiety presented positive attitudes towards people with disabilities. However, state anxiety did not affect the nature of attitudes as reported by youth.

SPIS TREŚCI

WSTĘP	7
Rozdział 1. Psychologiczna analiza syndromu lęku	10
1.1. Kwestie terminologiczne.....	10
1.2. Objawy lęku	13
1.3. Wybrane psychologiczne koncepcje lęku	15
1.3.1. Psychoanalityczna koncepcja lęku Z. Freuda.....	15
1.3.2. Neopsychodynamiczna koncepcja lęku K. Horney	17
1.3.3. Koncepcja lęku według A. Kępińskiego	21
1.3.4. Koncepcja lęku jawnego i ukrytego R. B. Cattella	26
1.3.5. Koncepcja lęku jako stanu i cechy C. D. Spielberga.....	28
1.4. Psychospołeczne funkcjonowanie osób z podwyższonym lękiem	29
Rozdział 2. Postawy wobec osób niepełnosprawnych	35
2.1. Definicja i komponenty postaw.....	35
2.2. Teorie kształtowania postaw	38
2.3. Definicja niepełnosprawności	39
2.4. Czynniki warunkujące postawy wobec osób niepełnosprawnych	44
2.4.1. Czynniki wpływające na występowanie postaw negatywnych osób pełnosprawnych wobec niepełnosprawnych.....	47
2.4.2. Czynniki wpływające na występowanie postaw pozytywnych osób pełnosprawnych wobec niepełnosprawnych.....	49
Rozdział 3. Metodologia badań własnych	53
3.1. Problem badawczy i hipotezy	53
3.2. Charakterystyka metod badawczych.....	54
3.2.1. <i>Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI</i> C. D. Spielbergera, R. L. Gorsucha i R.E. Lushene'a ...	54
3.2.2. <i>Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych</i> A. E. Sękowskiego.....	56
3.2.3. Arkusz personalny	57
3.3. Charakterystyka osób badanych.....	58
3.4. Strategia badań własnych	66

Rozdział 4. Charakterystyka badanych w świetle uzyskanych wyników	68
4.1. Charakterystyka lęku badanych wobec osób niepełnosprawnych	68
4.2. Charakterystyka postaw młodzieży wobec niepełnosprawnych	71
4.3. Charakterystyka pozytywnych i negatywnych postaw wobec niepełnosprawnych	78
4.4. Charakterystyka grup skrajnych	83
4.4.1. Porównanie postaw wobec osób niepełnosprawnych w grupach skrajnych	84
4.5. Weryfikacja hipotez i dyskusja wyników	85
ZAKOŃCZENIE	90
BIBLIOGRAFIA	92
SPIS	94

WSTĘP

Człowiek więcej boi się tworów własnego umysłu niż konkretnej rzeczywistości.

Antoni Kępiński (2012, s. 45)

Lęk jest nieodłącznym elementem ludzkiego życia, towarzyszy mu niemal na każdym etapie życia przyjmując różne formy. Człowiek w swojej historii ciągle podejmuje próby, których celem jest przezwycięzenie lub przynajmniej osłabienie jego siły. Lęk istnieje niezależnie od kultury, rozwoju danego społeczeństwa, jednak jego postać ma indywidualny charakter dla każdego człowieka. Należy podkreślić, że ma on nie tylko negatywne znaczenie, które wiąże się z nieprzyjemnym stanem, ale i pozytywne, które wiąże się z uaktywnieniem i pobudzeniem jednostki (Riemann, 2005).

Zainteresowanie tematyką lęku wzrosło na początku XX wieku. Jednym z pierwszych autorów, który zainteresował się tematyką lęku był Z. Freud, który lęk definiował *jako silną reakcję emocjonalną, powstającą i wynikającą z subiektywnego stanu zagrożenia, przeważnie pochodzenia wewnętrznego, który pełni funkcję alarmującą przed niebezpieczeństwem* (za: Korcz, 2003, s. 45).

Podobną definicję proponuje K. Horney, która lęk definiuje *jako reakcję emocjonalną na potencjalne niebezpieczeństwo, którą cechuje nieokreślona niepewność*. Badana dzieli też wszystkie lęki jakich doświadcza człowiek na podstawowe, które kształtują się w dzieciństwie i wtórne, które powstają w wyniku nieskuteczności działania mechanizmów obronnych (za: Korcz, 2003, s. 45).

Kolejną znaną definicję przedstawia A. Kępiński, który definiuje lęk *jako formę łącznika między sygnałami potencjalnego zagrożenia, które dotyczą zewnętrznego i wewnętrznego niebezpieczeństwa* (za: Głaz, 2006, s. 73). Wyróżnia cztery podstawowe rodzaje lęku ze względu na źródło zagrożenia: lęk biologiczny, lęk społeczny, lęk moralny i lęk dezintegracyjny (Kępiński, 2012).

Z kolei C. D. Spielberg wyróżnia dwa rodzaje lęku: lęku-stanu rozumianego jako chwilowy i aktualny stan jednostki oraz lęku-cechu, rozumianego jako stałą predyspozycję osobowościową (Tucholska, 1992).

Warto zauważyć, że przeciwnikiem posługiwania się lękową terminologią jest R. B. Cattell, który posługuje się głównie definicjami operacyjnymi, a lęk traktuje jako pewne zespoły reakcji (Siek, 1993).

Lęk wpływa na całościowe funkcjonowanie człowieka. Zbyt wysoki poziom, powoduje, że jednostka staje się podejrzliwa i nieufna w odniesieniu do sytuacji, w których bierze udział, jak i do ludzi, których napotyka na swojej drodze. Wszystko co będzie inne, nowe lub nieznanne będzie wywoływać u takiej jednostki lęk i wpływać na określone postawy wobec tych sytuacji, przedmiotów czy grup społecznych.

Jak wiadomo postawy odgrywają ważną rolę w życiu każdego człowieka. To od nich w dużej mierze zależy czy człowiek będzie w sposób prawidłowy funkcjonował w środowisku. Psychologia społeczna przytacza wiele definicji postaw, jednak nie mają one jednorodnego charakteru, co utrudnia całkowite wyjaśnienie tego zjawiska (Bujnowska, 2009). Można jednak przyjąć, że postawa to *wyuczona i uwewnętrzniona przez jednostkę predyspozycja do reagowania w społecznie zdefiniowany sposób* (Kossewska, 2003). Na każdą postawę składa się: komponent poznawczy, behawioralny i emocjonalny. Komponenty te są wzajemnie uwarunkowane i powiązane ze sobą. Postawa społeczna nabiera charakteru społecznego nie tylko w wyniku procesu socjalizacji, ale również ze względu na społeczny kontekst oraz przedmiot postawy. Należy zaznaczyć, że postawy społeczne, stanowią jedno z kluczowych zagadnień psychologii społecznej i mogą mieć charakter indywidualnym jak i zbiorowym (Mika 1984). Szczególnie interesujące w niniejszej pracy są postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych.

Postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych zmieniały się na przestrzeni lat. W zależności od poglądów społecznych wobec ludzi z niepełnosprawnością stosowano dyskryminację, izolację lub segregację, a obecnie zaś popularyzuje się zachowania mające na celu integrację niepełnosprawnych z pełnosprawnym społeczeństwem.

W związku z tym wydaje się, że analiza zależności między lękiem, a postawami młodzieży wobec niepełnosprawnych pozwoli lepiej poznać wpływ lęku na tworzenie się postaw, w tym przypadku wobec osób niepełnosprawnych. Niniejsza praca dotyczy powiązań między lękiem, a postawami wobec osób niepełnosprawnych wśród młodzieży. Problem pracy można ująć w formie pytania ogólnego o to: *Czy i jakie związki zachodzą między poziomem lęku a postawami młodzieży wobec osób niepełnosprawnych?* Sformułowany w ten sposób problem, rozwiązany zostanie w oparciu o wyniki badań własnych.

W realizowanym programie badawczym zostaną wykorzystane następujące narzędzia psychologiczne:

1. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku* STAI opracowany przez C.D. Spielbergera, R.L. Gorsucha i R.E. Lushene'a (1970), w polskiej adaptacji C. D. Spielbergera, J. Strelau'a, M. Tysarczyka i K. Wrześniewskiego (1987),

2. *Skalę Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych SPWON* w opracowaniu A. E. Sękowskiego (1991).

3. Arkusz personalny własnej konstrukcji.

W badaniach wezmą udział uczniowie klas trzecich gimnazjum oraz w pierwszych i drugich klas liceum mieszczących się na terenie powiatu limanowskiego.

W pierwszym rozdziale zostanie przedstawiona psychologiczna analiza lęku – zostaną tu opisane definicje lęku, wybrane koncepcje psychologiczne, jego objawy, a także sposób funkcjonowania osób doświadczających lęku. Drugi rozdział będzie dotyczył problematyki postaw wobec osób niepełnosprawnych. Omówione w nim zostaną zarówno definicje postaw jak i samej niepełnosprawności, a także czynniki kształtujące postawy wobec nich. W trzecim rozdziale sformułowany zostanie problem oraz hipotezy badawcze. Zostanie opisana tu także charakterystyka badanej grupy, metody użyte w badaniu oraz procedura badania. Czwarty rozdział zawierać Charakterystykę badanych w świetle uzyskanych wyników, interpretację otrzymanych wyników, weryfikację hipotez i dyskusję wyników. Wnioski z badań ujęte zostaną w zakończeniu, natomiast całość pracy dopełni spis bibliograficzny oraz wykaz tabel.

Rozdział 1. Psychologiczna analiza syndromu lęku

Lęk jest jedną z ośmiu podstawowych emocji, których doświadcza każdy człowiek. Po raz pierwszy emocja ta pojawia się już między 5 a 7 miesiącem życia i towarzyszy człowiekowi już do końca jego egzystencji. W każdym okresie życia, człowiek doświadcza określonych rodzajów lęków. Są one związane z rozwojem człowieka, z przeżywanymi trudnościami, problemami i niebezpieczeństwami danego okresu. Jako podstawowa emocja pełni jedną z istotnych ról w modelowaniu ludzkiej psychiki. Lęk jest reakcją normalną i naturalną, która spełnia wobec jednostki funkcję ochronną. I chociaż dla większości ludzi, lęk jest przede wszystkim trudnym do wyjaśnienia doznaniem, które zwykle jest nieprzyjemne i nieprzydatne, to w rzeczywistości ma też pozytywny wpływ na funkcjonowanie człowieka. Ten pozytywny wpływ mobilizuje go w aspekcie psychicznym i fizycznym do działania, które umożliwia mu uniknięcie potencjalnego niebezpieczeństwa. Oczywiście nadmiernie doświadczany lęk, może negatywnie wpływać na prawidłowe funkcjonowanie, ponieważ jednostka będzie oczekiwać zagrożenia w każdej nowej sytuacji.

1.1. Kwestie terminologiczne

Problem lęku już od czasów renesansu, stanowił przedmiot wielu refleksji i przemyśleń. Wiele grup społecznych pragnęło odkryć przyczyny, skutki lęku, a także poznać w jaki sposób człowiek może nim sterować.

W ostatnich 20 latach zainteresowanie badaniami związanymi z problematyką lęku zdecydowanie wzrosło (Rachman, 2005). Zaproponowano nowe podejścia do zjawiska lęku, a także sprawdzono wiele nowych koncepcji oraz rozwiązań teoretycznych jak i empirycznych.

Wiele autorów, m.in. Z. Freud, K. Horney, A. Kępiński czy S. Rachman wprowadza rozróżnienie między lękiem i strachem. Większość z nich zgodnie twierdzi, że zarówno strach jak i lęk wiąże się z nieprzyjemnym oczekiwaniem i napięciem, jednak to co ich różni między sobą jest to, że strach dotyczy bardzo konkretnego i realnego wydarzenia, ma silny i nagły charakter, poziom jego pobudzenia wzrasta bardzo szybko, a jego reakcja ustępuje, gdy tylko poczucie zagrożenia zniknie. Lęk za to nie odnosi do konkretnej sytuacji, jego charakter jest przewlekły i subiektywny, a jednostce towarzyszy uczucie niepokoju i ciągłej czujności (Freud, 1984; Horney, 1999; Kępiński, 2012; Rachman, 2005).

Twórca psychoanalizy, wybitny psychiatra Z. Freud początkowo uważał, że lęk jest fizjologiczną reakcją organizmu, powstałą na skutek seksualnej frustracji. Dopiero z czasem uznał, że lęk może być również sygnałem wewnętrznego niebezpieczeństwa i symptomem zaburzeń neurotycznych. Ze *Wstępu do psychoanalizy* można wywnioskować, że Z. Freud definiuje lęk, jako subiektywny, negatywny stan emocjonalny, nie odnoszący się do określonego przedmiotu. Lęku doświadcza każdy człowiek w mniejszym bądź większym stopniu (Freud, 1984). W swojej pracy Z. Freud wyróżnia lęk realny i lęk nerwicowy. Według Z. Freuda lęk realny jest rezultatem konfliktu pomiędzy ego a rzeczywistością, natomiast lęk neurotyczny jest efektem konfliktu między Id i Ego, a dokładniej ujmując między motywami i celami działania, które są sprzeczne w ich przypadku (Freud, 1984).

Z kolei K. Horney (1999) niemiecka psychoanalytyk i psychiatra, uważa, że lęk jest subiektywną reakcją na przypuszczalne niebezpieczeństwo. Uważa ona, że siła z jaką działa lęk jest nieproporcjonalna do potencjalnego zagrożenia, które może być efektem czynników wewnętrznych. Ponadto uważa, że jest to jedno z najbardziej bolesnych uczuć, jakich może doświadczyć człowiek (Horney, 1999). Wyróżnia ona pewne elementy lęku, które są trudne dla jednostki, mianowicie jest to bezbronność wobec lęku, jego widoczna irracjonalność i świadomość, że uczucie lęku zmusza do zmian w życiu człowieka. Jednak im bardziej jednostka trzyma się złudzeń, tym bardziej nie przyjmuje do wiadomości, że dzieje się coś złego i że powinna coś w związku z tym zmienić. K. Horney podaje też 4 sposoby ucieczki przed lękiem: unikanie uczuć, dążeń, myśli i sytuacji, które mogłyby wywołać lęk, racjonalizację, odurzanie i zaprzeczenie (Horney, 1999). Uczona dzieli także wszystkie rodzaje lęków na podstawowe i wtórne. I tak lęki podstawowe według K. Horney formują się w dzieciństwie i są efektem zetknięcia się ze środowiskiem zewnętrznym, natomiast lęki wtórne powstają w wyniku bezskuteczności mechanizmów obronnych człowieka, przede wszystkim na wskutek nie zaspokojenia koniecznej akceptacji w wieku wczesnej młodości (za: Korcz, 2004, s. 45-46).

Natomiast psychiatra A. Kępiński uważa, że lęk znajduje się w grupie uczuć o negatywnym wymiarze i stanowi w niej podstawowy stan uczuciowy. Lęk ujawnia się najczęściej w postaci wyładowania wegetatywnego i nie ma ciągłego charakteru. Według A. Kępińskiego lęk pełni funkcję łącznika pomiędzy sygnałami zagrożenia, które jawią się u jednostki, i dotyczą zarówno zewnętrznego i wewnętrznego niebezpieczeństwa (za: Głaz, 2006, s. 73).

Z kolei J. Koziński wybitny polski psycholog definiuje lęk jako sygnał niebezpieczeństwa wewnętrznego, z którego istnienia jednostka nie do końca zdaje sobie

sprawę. Jego zdaniem lęk stanowi niebezpieczeństwo dla całej osobowości człowieka i jego systemu wartości – jednostka nie jest w stanie przed nim uciec, a jego zwalczanie wymaga długotrwałych i ostrożnych działań (Kozielecki, 2000).

Współcześni badacze H. I. Kaplan i B. J. Sadock (2004) uważają, że lęk jest stanem, w którym człowiek ma poczucie ciągłego i intensywnego zagrożenia, któremu towarzyszą objawy pobudzenia wegetatywnego układu nerwowego, tj.: drżenie ciała, bóle głowy, wzmożone napięcie mięśniowe, duszność, męczliwość, zaczerwienienie lub zblednięcie, kołatanie serca, pocenie się, zimne ręce, suchość w ustach czy częste oddawanie moczu. Według H. I. Kaplana lęk jest reakcją na zagrożenie, którego istnienie nie jest pewne. W definicji podkreśla on też, że lęk jest bardzo ważnym symptomem w zaburzeniach neurologicznych, psychologicznych czy somatycznych (Kaplan, Sadock i in., 2004).

S. Rachman definiuje lęk jako niejasny stan emocjonalny, który charakteryzuje wzmożona czujność, i który nie ma konkretnego momentu początkowego i końcowego. Lęk jest według Rachmana jedną z ważniejszych i wszechobecnych emocji (Rachman, 2005).

Z kolei C. D. Spielberg rozróżnia dwa rodzaje lęku: lęk jako stan i lęk jako cecha. I tak lęk-stan definiuje jako stan aktualny, krótkotrwały, który doświadczany jest w postaci napięcia, niepokoju oraz zakłopotania. Podwyższenie tego stanu następuje, gdy jednostka znajduje się w zagrażającej, stresującej, trudnej sytuacji. Natomiast lęk-cecha, C.D. Spielberg rozumie jako względnie stałą predyspozycję osobowościową do reagowania lękiem na różnorodne okoliczności życiowe (za: Tucholska, 1992, s. 133-134).

Natomiast R. B. Cattell jest raczej przeciwnikiem posługiwania się lękową terminologią. W swoich badaniach posługuje się głównie definicjami operacyjnymi, a lęk traktuje jako pewne zespoły reakcji. Jednak definiując już lęk Cattell uważa, że *pełni on funkcję napięcia popędów, stopnia deprivacji ich oraz stopnia niepewności zaspokojenia silnych popędów w przyszłości, zwłaszcza popędów seksualnych i narcyzmu* (za: Siek, 1993, s. 225).

W powyżej przedstawionych definicjach można zauważyć, że lęk najczęściej postrzegany jest jako nieprzyjemny, negatywny, wręcz uporczywy stan emocjonalny. Lęk definiowany jest również jako forma reakcji, która nadaje kierunek temu w jaki sposób zachowuje się człowiek (Głaz, 2006).

1.2. Objawy lęku

Lęk może przybierać różne formy u każdego człowieka. Mogą się one różnić intensywnością, trwałością, a nawet ilością występujących objawów. Reakcja człowieka na odczuwane niebezpieczeństwo można ująć w czterech aspektach (Seligman, Walker i in., 2003).

Tabela 1.1. Objawy lęku

Aspekt	Objawy
Poznawczy	Oczekiwanie rozproszonego i niejasnego niebezpieczeństwa, tzn. człowiek spodziewa się czegoś okropnego, lecz nie do końca wie czego, nawracające wspomnienia, zaburzenia koncentracji uwagi, zawężenie pola spostrzegania, uczucie napięcia, skrępowania.
Somatyczny	Zmiany zewnętrzne: blednięcie, gęsia skórka, drżenie rąk i ust, pocenie się, wilgotnienie dłoni, częste oddawanie moczu.
	Zmiany wewnętrzne: hiperwentylacja, skurcze mięśni, kołatanie serca, bóle w klatce piersiowej, zawroty głowy, spłycenie oddechu, wzrost ciśnienia tętniczego, zmniejszenie wydzielania śliny, rozszerzenie źrenic.
Emocjonalny	Poczucie grozy, przerażenia, bezradności, ciągłego rozdrażnienia, napięcia, ciągłego zdenerwowania, nieustającej czujności i paniki
Behawioralny	Reakcje mimowolne - to takie reakcje, które są wynikiem warunkowania klasycznego
	Reakcje sprawcze - to takie reakcje, które są próbami poradzenia sobie w trudnej czy zagrażającej sytuacji, tj.: niepokój ruchowy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Sęk H. (2008). *Psychologia kliniczna. Tom II*, Warszawa: PWN, s. 53

Nieco inne zdanie ma H. Sęk (2005), która uważa, że lęk jest doświadczany na wszystkich aspektach z wyjątkiem aspektu poznawczego, ponieważ jednostka nie potrafi wskazać realnego bodźca, który byłby zagrożeniem dla jednostki. Lęk dotyczy czegoś nieokreślonego lub czegoś, co dla innych nie jest spostrzegane jako zagrażające – fobia (Sęk, 2005).

W zależności od rodzaju występowania rodzaju lęku u jednostki, występują różne konfiguracje powyższych objawów. Utrzymujące się przez dłuższy czas objawy lęku mogą prowadzić do poważnych zmian w układzie wegetatywno-endokrynnym, co objawia się dystonią neurovegetatywną, lub do zaburzeń poszczególnych układów ustroju, co przekłada się na choroby psychosomatyczne.

Długotrwałe oddziaływanie lęku może prowadzić do zaburzenia rozwoju osobowości, przez co wyróżnia się bezpośredni i pośredni wpływ lęku na osobowość. W pierwszej możliwości zmiany te mają postać lękową, bądź agresywną, jednak w odniesieniu do rzeczywistości dochodzi do ich połączenia, co związane jest z pojawieniem się lękowo-agresywnych cech. W drugiej sytuacji dochodzi do powstania postaw obronnych, gdzie podstawową postawą do świata zewnętrznego jest postawa ucieczkowa, czyli „od”. Badania pokazują, iż niskie nasilenie lęku wpływa pozytywnie na psychikę jednostki, ponieważ integruje ją, co ułatwia ustalenie hierarchii wartości, dzięki której jednostka dokonuje wyborów i podejmuje decyzje. W przypadku wysokiego nasilenia lęku następuje dezintegracja, która powoduje zahamowanie rozwoju osobowości. W ekstremalnych przypadkach powoduje to „skurczenie czasoprzestrzeni” człowieka i jego skarlówacenie (Korczyński, 2004).

Ludzie, którzy ulegają lękom, formują w sobie zachowania, które wzmacniają występujące u nich stany lękowe. Typami ludzkimi reagującymi w taki sposób na lęk są:

1. **Unikacz** - pozostaje w pełni pod kontrolą lęku.
2. **Uciekinier** motywowany przez lęk, poddaje się jego wpływom.
3. **Przepowiadacz nieszczęść** okrada siebie z radości życia.
4. **Manipulator** wykorzystuje innych ludzi do amortyzacji własnych lęków.
5. **Uchylający się** nie jest w stanie podejmować decyzji, ponieważ całkowicie pochłonięty jest myślami o lęku.
6. **Milczący męczennik** swoje lęki skrywa pod zasłoną milczenia.

Stosując powyższe zachowania, stają się osobami kontrolowanymi przez lęk (Korczyński, 2004).

1.3. Wybrane psychologiczne koncepcje lęku

Problematyka lęku od zawsze była przedmiotem zainteresowania specjalistów wielu dziedzin, w tym również psychologów. W dostępnej literaturze wiele miejsca poświęca się na omówienie przyczyn powstawania lęku, badań nad reakcjami lękowymi. Można wyodrębnić kilka teorii powstawania lęku takich jak psychoanalityczna, behawiorystyczna, egzystencjalna oraz poznawcza. Nurty te są o tyle ważne, iż ukazują nam kształtowanie się reakcji lękowej, jej struktury i podziału. W dalszej części rozprawy przedstawione zostaną pięć koncepcji psychologicznych lęku, których autorami są Z. Freud, K. Horney, A. Kępiński oraz R. B. Cattell oraz C. D. Spielberg.

1.3.1. Psychoanalityczna koncepcja lęku Z. Freuda

Z. Freud, twórca psychoanalizy, definiuje lęk, jako subiektywny, nieprzyjemny stan uczuciowy, nie odnoszący się do określonego przedmiotu, którego doświadcza każdy człowiek w mniejszym bądź większym stopniu i który opisywany jest przez ludzi jako cierpienie, które może prowadzić do przestrzegania dziwacznych środków ostrożności (Freud, 1984). W swojej pracy Z. Freud wyróżnia lęk realny i lęk nerwicowy. I tak lęk realny definiuje jako racjonalną i zrozumiałą reakcję na zewnętrzne niebezpieczeństwo. Oznacza to, że człowiek, który oczekuje i przewiduje, że jest narażony na niebezpieczeństwo, odruchowo ucieka od zagrażającego bodźca, co jest wynikiem uzewnętrznienia się jego popędu samozachowawczego. Lęk ten będzie zależny od stanu wiedzy jaki posiada jednostka i jej poczucia siły względem otaczającego ją świata zewnętrznego (Freud, 1984). Natomiast lęk neurotyczny, zdaniem Z. Freuda jest efektem konfliktu między Id i Ego, a dokładniej ujmując między motywami i celami działania, które są sprzeczne w ich przypadku. Jak wiadomo celem Id jest bezpośrednie zaspokojenie potrzeb i rozładowanie popędów człowieka. Z kolei celem Ego jest radzenie sobie z otaczającym światem, czyli jego eksploracja, sprawdzanie i ocenianie na podstawie poprzednich doświadczeń, a także kontrola pomiędzy impulsami płynącymi z Id, a wymogami środowiska zewnętrznego i nakazami superego, oraz podjęcie decyzji co do wyboru formy gratyfikacji odroczonej (Freud, 1984). Z. Freud wyróżnia trzy postaci lęku nerwicowego:

1. **Lęk w stanie lotnym** – (tzw. „lęk oczekiwania” lub „lękliwe oczekiwanie”), charakteryzuje się ogólną lękliwością, która może dotyczyć każdej treści wyobrazeniowej, przez co osoby odczuwające tego rodzaju lęk, każde wydarzenie

interpretują jako potencjalnie niebezpieczne i zagrażające im (Freud, 1984). Lęk ten zwykle przypisywany jest chorobie nerwowej, którą Z. Freud nazwał „nerwicą lękową”. Z. Freud uważał, że ta forma lęku jest ściśle, bo genetycznie związana z życiem seksualnym, a dokładniej mówiąc z zaspokojeniem libido. Chodzi mu tu, m.in. o osoby, które podlegają, tzw. podnieceniu frustralnemu, czyli o jednostki, które z pewnych określonych względów będąc w stanie podniecenia seksualnego nie mogą go wyładować. W takich okolicznościach podniecenie libido zanika, a w jego miejscu pojawia się lęk. Ponadto sądził on, że w niektórych stanach lęk może mieszać się z libido, a nawet je całkowicie zastąpić. Freud uważał, że okres pokwitania i przekwitania powodują zwiększenie produkcji libido (Freud, 1984).

2. **Fobie** – lęk psychicznie, silnie związany z określonymi sytuacjami bądź przedmiotami o silnym nasileniu. W przypadku fobii należy wyróżnić 2 fazy procesu nerwicowego. W fazie pierwszej następuje stłumienie i przekształcenie libido w lęk, który bezpośrednio jest związany z niebezpieczeństwem zewnętrznym. Natomiast faza druga polega na stworzeniu zabezpieczeń, dzięki którym jednostka uniknie spotkania się z niebezpieczeństwem, które jest traktowane jak coś z zewnątrz (Freud, 1984).
3. **Napady czysto lękowe** – nie można tu dopatrzeć się związku między groźącym niebezpieczeństwem, a lękiem. Zdarza się, że osoba zamiast napadu lękowego w pełnym wymiarze, doświadcza jednego, silnie rozwiniętego objawu w postaci: zawrotów głowy, braku tchu, drżenia ciała czy kołatania serca (Freud, 1984).

Ostatecznie Freud doszedł do wniosku, że powstanie lęku nerwicowego związanego z uchyleniem libido od prawidłowego funkcjonowania, które z kolei przyczynia się do wywołania lęku, zachodzi na gruncie procesów cielesnych bądź na skutek zakazu ze strony instancji psychicznych (Freud, 1984).

Natomiast określenie związku między lękiem realnym, a lękiem nerwicowym należy szukać w przeciwieństwie między libido, a jaźnią. Jak zauważył Z. Freud, powstanie lęku jest reakcją jaźni na realne zagrożenie i jest zapowiedzią ucieczki. W związku z tym, Freud zakłada, że w przypadku lęku nerwicowego jaźń, jak w przypadku lęku realnego, podejmuje podobną próbę ucieczki z tym, że przed libido, które traktuje jako potencjalne zagrożenie z zewnątrz. I tak sprawdza się przypuszczenie Z. Freuda, że *gdzie powstaje lęk, tam znajduje się coś, czego człowiek się lęka* (Freud, 1984, s. 394). Trudność w zrozumieniu tego procesu, polega na tym, że lęk, który ma powstawać z libido, tak naprawdę oznacza ucieczkę jaźni przed libido – jak pisze Freud twierdzenie to nie jest jasne, więc nie wolno zapomnieć o tym, że libido jest częścią jednostki i nie może się jej przeciwstawić jako coś zewnętrznego. Freud

nazywa to topiczną dynamiką rozwoju lęku i nie potrafi odpowiedzieć jaka energia zostaje tu spożyta i z jakich systemów psychicznych się wywodzi (Freud, 1984).

1.3.2. Neopschoanalitczna koncepcja lęku K. Horney

Początkowo K. Horney, uważała, że zarówno lęk jak i strach są reakcją emocjonalną na zagrożenie, przy którym mogą występować objawy somatyczne. Jednak zauważyła, że między tymi dwoma zjawiskami istnieje ewidentna różnica, mianowicie że strach jest proporcjonalny do potencjalnego zagrożenia, natomiast lęk jest reakcją nieadekwatną do potencjalnego niebezpieczeństwa (Horney, 1999). Rozróżnienie to jednak miało wadę, ponieważ trudno było określić tak właściwie kiedy dana reakcja jest adekwatna do określonej sytuacji, ponieważ to czy coś zagraża danej jednostce czy też nie zależy od zasobów jej wiadomości, które są charakterystyczne dla kultury, w której żyje (Horney, 1999). Dlatego też K. Horney poszerzyła swoją definicję i ostatecznie stwierdziła, że *zarówno strach, jak i lęk są reakcjami proporcjonalnymi do rozmiarów niebezpieczeństwa, jeżeli jednak w przypadku strachu niebezpieczeństwo jest widoczne oraz obiektywne, to w przypadku lęku jest ono ukryte i subiektywne* (Horney, 1999, s. 42). Oznacza to więc, że lęk jest nie tyle związany z realną sytuacją, a z tym jak jest ona widziana przez jednostkę (Horney, 1999).

K. Horney podaje też cztery sposoby ucieczki przed lękiem: unikanie uczuć, dążeń, myśli i sytuacji, które mogłyby wywołać lęk, racjonalizację, odurzanie i zaprzeczenie (Horney, 1999). Dzięki procesowi racjonalizacji jednostka próbuje zamienić swój lęk w racjonalny strach. W ten sposób osoba broni swoje irracjonalne postawy, co ma dla niej zasadnicze znaczenie, ponieważ nie czuje się ona wówczas bezbronna wobec swoich emocji i ma poczucie, że wpływa na sytuację, w której aktualnie się znajduje. I tak zamiast dostrzec, że jej postawa ma irracjonalny charakter, jedyne potwierdza słuszność swoich racji. W ten sposób nie dąży ona do zmian swoich postaw i całą odpowiedzialność za nie przerzuca wciąż na świat zewnętrzny, przez co nie konfrontuje się ze swoim lękiem (Horney, 1999). Kolejnym sposobem ucieczki przed lękiem jest proces zaprzeczania jego istnienia. Pomimo tego, że człowiek usuwa lęk ze świadomości, to skutki jego występowania uwidaczniają się w postaci objawów somatycznych: biegunki, pocenia się, przyspieszonego bicia serca, dreszczy, a także objawów psychicznych, tj.: uczucia sparaliżowania, ciągłego niepokój. Kolejnym sposobem ucieczki od lęku jest jego odurzanie, którego można dokonywać w sposób świadomy, poprzez zażywanie narkotyków, picie alkoholu. Innym ciekawym sposobem odurzania się jest choćby

pograżanie się w pracy czy ucieczka w towarzystwo w obawie przed samotnością (Horney, 1999). I ostatni, czwarty, najbardziej skrajny sposób ucieczki przed lękiem, polega na unikaniu wszelkich bodźców, które mogłyby wywołać lęk. Może być to proces świadomy, kiedy osoba, np. unika nurkowania, bo wie, że się tego boi, lub nieświadomy unik polegający, np. na odkładaniu podjęcia pewnych decyzji czy napisanie listu. W tym przypadku jednostka może udawać, że czegoś nie lubi robić i na tej podstawie to odrzucać. W przypadku zautomatyzowania tego rodzaju unikania, będziemy mieć do czynienia ze zjawiskiem zahamowania, co oznacza, że jednostka nie może odczuwać i robić czegoś, co sprawiłoby, że zaczęłaby odczuwać lęk (Horney, 1999).

K. Horney stwierdza, że fundamenty lęku zaczynają kształtować się już we wczesnym dzieciństwie. Brak miłości i akceptacji ze strony rodziców, spowodowane jest głównie przybraniem przez nich takich metod wychowawczych jak nadopiekuńczość i postawa poświęcenia w stosunku do dziecka, co przyczynia się do poczucia przez nie nadmiernego zagrożenia w przyszłości. Także inne postawy i zachowania rodziców względem dzieci mogą przyczyniać się do odczuwania przez niego wrogości, która może prowadzić do powstania lęku lub odwrotnie – kiedy lęk jest konsekwencją braku poczucia bezpieczeństwa, u dziecka będzie powstawać reakcja obronna w postaci wrogości (Horney, 1976). I tak działania rodziców polegające na: przechodzeniu od opiekuńczości do odrzucenia, faworyzowania innych dzieci, niedotrzymywania obietnic, niesprawiedliwego oceniania, niedostrzegania potrzeb dziecka, wyśmiewania go, ingerowania w osobiste sprawy, niweczenie jego zainteresowań i dążeń będzie wywoływać u niego wrogość. W przypadku czynnika wywołującego wrogość u dziecka, psychoanalityczna literatura kładzie szczególny akcent na frustrację pragnień dziecka, w szczególności nacisk dotyczy uczucia zazdrości i jego sfery seksualnej. Pojawienie się tego uczucia u dziecka w pewnym stopniu może wynikać z negatywnego podejścia kultury do odczuwania przyjemności przez jednostkę, w szczególnym przypadku seksualizmu dziecięcego. Oczywiście frustracja nie jest tylko jednym źródłem wrogości dziecka. Zarówno osoba dorosła jak i dziecko mogą przyjąć wiele deprivacji, jeśli są one celowe i uzasadnione w ich odczuciu. Oznacza to, że jeżeli rodzice nie kładą zbyt dużego nacisku i nie są brutalni, dziecku nie będzie przeszkadzać trening czystości, tak samo jeżeli dziecko będzie czuć się kochane, nie będzie za bardzo przejmować się karami, które będzie otrzymywać sporadycznie. Trudno jednak do końca ocenić na ile frustracja wywołuje u dziecka wrogość. Natomiast uczucie zazdrości zarówno u dorosłych jak i u dzieci może być źródłem nienawiści. Zazdrość o jedno z rodziców może wpływ na psychikę dziecka jak i na postawę jednostki wobec jej dalszego funkcjonowania (Horney,

1999). W naszej kulturze uważa się, że przeciwstawianie się rodzinie negatywnie wpływa na rozwój dziecka. Tymczasem, jeśli takie przeciwstawianie jest uzasadnione, to zagrożeniem dla kształtowania się osobowości dziecka, jest nie tyle wyrażany przez nie protest czy niechęć w stosunku do członków rodziny, co wypieranie uczucia wrogości. To wyparcie jest szczególnie niebezpieczne w kształtowaniu się poczucia winy i uznawanie siebie za niezasługującego na miłości – wówczas wyparta wrogość może wzbudzać u jednostki lęk. Można wymienić tutaj przyczyny, które będą powodować wypieranie tej wrogości, mianowicie jest to: strach, bezradność, poczucie winy lub miłość. Bezradność dziecka często była traktowana jako zjawisko biologiczne. I chociaż faktycznie dziecko w znacznym stopniu jest zależne od otoczenia w pierwszych dwóch/trzech latach swojego życia, to jednak zbyt duży nacisk kładzie się na ten aspekt (Horney, 1999). Jednak po upływie pierwszych lat życia dochodzi do przesunięcia się z biologicznej zależności do zależności, która wiąże się z psychicznym życiem dziecka. Stan ten trwa aż do okresu dorastania, kiedy dziecko jest w stanie samodzielnie kierować własnym życiem. W zależności tej dzieci od rodziców istnieją duże indywidualne różnice, tzn. wszystko tak naprawdę zależy od tego jaki cel chcą osiągnąć rodzice wychowujący swoje dziecko: czy chcą je przede wszystkim chronić, sprawić by nie wiedziało czym naprawdę jest życie, by było im posłuszne – inaczej mówiąc czy chcą je traktować jak małe dziecko do osiągnięcia przez nie co najmniej dwudziestego roku życia (Horney, 1999). Bezradność jest zwykle sztucznie wzmacniana u dziecka, które jest wychowane w niesprzyjających warunkach poprzez zbyt długą zależność emocjonalną, traktowanie go jak niemowlęcia czy nawet zastraszanie. Z kolei strach u dziecka może być wywołany w sposób bezpośredni, tj.: poprzez kary, zakazy czy wybuchy złości, których dziecko ma okazję być świadkiem, bądź też pośrednio, na przykład poprzez ostrzeganie go przed wszelkimi potencjalnymi zagrożeniami czy zwykłym onieśmianiem go. Im bardziej dziecko będzie bezradne, im bardziej będzie odczuwać strach, tym trudniej będzie mu w przyszłości wyrazić sprzeciw. Kolejną przyczyną wypierania wrogości może być nawet miłość. W przypadku braku jej ze strony rodziców, dziecko może się kurczowo trzymać deklaracji słownych z ich strony, których celem jest zastraszenie dziecka przed utratą miłości (Horney, 1999). Jak zauważa K. Horney, w naszej kulturze, kiedy dziecko czuje lub wyraża złość wobec swoich rodziców, wówczas powinno odczuwać poczucie winy i czuć się bezwartościowe. I tak każde z wymienionych czynników może spowodować wyparcie u dziecka wrogości i ostatecznie doprowadzić do powstania lęku. I tak jeżeli warunki w jakich wychowuje się dziecko nie przyczyniają się do obniżenia lęku, to nie dość, że będzie się on utrzymywać to jeszcze będzie uruchamiać procesy nerwicowe (Horney, 1999).

K. Horney podkreśla, że jeszcze inną wartość ma sytuacja, gdy reakcja lęku i wrogości ogranicza się tylko do środowiska rodzinnego, a inną gdy powstaje ogólna postawa lęku i wrogości wobec społeczeństwa. Oznacza to, że im gorsze doświadczenie ma dziecko we własnej rodzinie, tym bardziej będzie ono wrogo i nieufnie nastawione nie tylko wobec rodziców i dzieci, ale innych ludzi. U dziecka, któremu utrudniane jest zdobywanie pozytywnych doświadczeń, łatwiej będzie rozwijać niechęć do innych ludzi. Podsumowując, *im bardziej dziecko ukrywa swój żal do własnej rodziny, ulegając postawom rodziców, tym silniej będzie rzutowało swój lęk na świat zewnętrzny, nabywając w ten sposób przekonania, że „świat” w ogóle jest groźny i straszny* (Horney, 1976, s. 79). Ten lęk wobec świata może stopniowo wzrastać i rozwijać się. Osoba taka czuje się samotna i bezbronna w świecie, w którym żyje. Wyostrome specyficzne działania na specyficzne prowokacje krystalizują się w formie konkretnych postaw. Cechy te odgrywają podstawową rolę w powstawaniu nerwicy, dlatego K. Horney nadaje im specyficzną nazwę lęku podstawowego, który jest połączony z podstawową wrogością (Horney, 1999).

Lęk podstawowy związany jest z wszystkimi związkami jakie zachodzą między ludźmi – utrzymuje się on w ciągły sposób, bez czynników wynikających z podanej sytuacji. W przypadku lęku podstawowego może się on nie objawiać na zewnątrz, albo może pojawiać się w różnych postaciach, co ciekawe jest on u wszystkich ludzi mniej więcej jednakowy, różni się tylko i wyłącznie intensywnością i zasięgiem. Należy zaznaczyć, że lęk ten zaczyna kształtować się w dzieciństwie na wskutek wadliwych działań wychowawczych. Jak pisze K. Horney *można go z grubsza określić jako poczucie, że jest się małym, nieważnym, bezradnym, opuszczonym człowiekiem, który czuje się zagrożony w świecie nastawionym na wykorzystanie, oszukanie, atakowanie, poniżanie, zdradę i zawiść* (Horney, 1976, s. 82). Na ogół lęk ten odczuwany jest w odniesieniu do innych ludzi, chociaż zdarzają się sytuacje w których lęk podstawowy zostaje pozbawiony tego charakteru i zmienia się w poczucie zagrożenia ze strony zarazków, burzy, wypadków itp. Oczywiście lęk podstawowy wpływa na to jakie postawy przyjmie jednostka wobec innych ludzi. Wiąże się to z izolacją emocjonalną, która łączy się ze świadomością wewnętrznej słabości i brakiem wiary w swoje możliwości. Stanowi też o konflikcie między chęcią odnalezienia wsparcia w ludziach, a niemożliwością zrealizowania tego, z powodu poczucia wrogości i braku zaufania wobec innych jednostek. Konsekwencją takiego zachowania się jednostki jest to, że skupia się ona nadmiernie na ciągłym przywracaniu poczucia bezpieczeństwa. Im lęk podstawowy jest silniejszy tym silniejsze muszą być sposoby obrony przed nim, a w naszej kulturze są to: wycofanie się, uległość, władza i miłość (Horney, 1999).

Jeżeli chodzi o miłość, to celem jednostki jest zapewnić sobie tego uczucia pod taką postacią, która pomoże uchronić się przed lękiem. Z kolei uległość należy podzielić na dwie grupy: konkretnych bądź niekonkretnych sytuacji czy osób. Jeżeli uległość związana jest z konkretnym objawem to wszelkie zachowania będą wynikać z potrzeby przestrzegania określonych przepisów czy dążeń jednostki. Natomiast gdy objaw jest niekonkretny jednostka wówczas wypiera własne potrzeby i dąży do tego by pomagać innym, a nawet dać się wykorzystywać przez innych. Uległość może też przyczyniać się do zdobycia poczucia bezpieczeństwa przez miłość. Człowiek w imię miłości jest w stanie poświęcić wszystko, co wiąże się często z całkowitą uległością wobec pragnień innych. Jednostka nie wierząc w to, że może być kochana stosuje postawę uległości niejednokrotnie nie tyle aby zdobyć miłość, ale chociaż poczucie, że jest bezpieczna, że ktoś o nią dba. Kolejną próbą obrony przed lękiem podstawowym jest zdobywanie władzy, dzięki której osoba wzmacnia swoje poczucie bezpieczeństwa, dzięki osiągnięciu rzeczywistego sukcesu, wyższości intelektualnej czy podziwu. Ostatnim sposobem jest wycofanie się, które polega na uniezależnieniu się od innych, w takim promieniu w jakim mogą oni wpłynąć na zaspokojenie potrzeb wewnętrznych i zewnętrznych u jednostki. Wymienione sposoby obrony łączy to, że jednostka chce i jest gotowa do tego by walczyć ze światem i poradzić sobie z nim, a jej celem jest zapewnienie sobie poczucia bezpieczeństwa, tym bardziej jeżeli nie naraża to jednostki na potencjalne konflikty. Niestety wiąże się to zwykle zeubożeniem osobowości jednostki (Horney, 1999).

1.3.3. Koncepcja lęku według A. Kępińskiego

Polski psychiatra A. Kępiński wyróżnia cztery podstawowe rodzaje lęku ze względu na źródło zagrożenia: lęk biologiczny, lęk społeczny, lęk moralny i lęk dezintegracyjny (Kępiński, 2012).

Lęk biologiczny należy łączyć przede wszystkim z zagrożeniami odnoszącymi się do życia, zdrowia, a także sfery seksualnej człowieka. Lęk ten wiąże się z zagrożeniem biologicznego prawa, zarówno pierwszego jak i drugiego. W przypadku kiedy mówimy o pierwszym prawie, odnoszącym się do zachowania własnego życia, zagrożenie może pochodzić zarówno z wnętrza organizmu, jak i z zewnętrznego świata, w którym żyje jednostka. W momencie, kiedy niebezpieczeństwo pochodzi z zewnątrz, mówimy o lęku przedmiotowym, czyli takim, w którym zagrożenie jest znane (Kępiński, 2012).

Do lęku biologicznego można zawrzeć lęki o etiologii seksualnej. W tym przypadku życie jednostki nie znajduje się bezpośrednio w niebezpieczeństwie, ale zagrożone jest życie całego gatunku. Co prawda seksualne życie jednostki nie ma bezpośredniego znaczenia w odniesieniu do całego gatunku, jednak drugie prawo biologiczne jest tak silnie zaprogramowane u każdego człowieka, że niejednokrotnie bierze górę na pierwszym prawem biologicznym (Kępiński, 2012). W związku z tym naruszenie tego prawa może powodować pojawienie się sygnałów lękowych, najczęściej w postaci napięcia lękowo-agresywnego lub ataków lękowych. I tak potrzeby związane z pierwszym prawem zaspokojone muszą być stosunkowo szybko, inaczej jednostka narażona jest na śmierć. W przypadku drugiego prawa, to zaspokojenie może być odłożone w czasie. W związku z tym w przypadku zagrożenia pierwszego prawa biologicznego reakcje lękowe są krótkotrwałe i dynamiczne, a w przypadku drugiego prawa biologicznego reakcje te są długotrwałe i mogą trwać nawet całe życie – występują one zdecydowanie u ludzi częściej niż lękowe reakcje, które dotyczą bezpośrednio życia. Należy podkreślić, że realizacja drugiego prawa biologicznego nie polega tylko i wyłącznie na spełnieniu seksualnym, a na zespoleniu z otoczeniem, które jednostka osiąga poprzez akt seksualny, który musi być związany z prawidłową postawą emocjonalną, tzw. postawą „do”. Kępiński pisze, że *akt seksualny pozbawiony komponentu uczuciowego, gdy chodzi tylko o wyładowanie seksualne, gdy partnera traktuje się wyłącznie jako przedmiot tegoż wyładowania, zamiast zmniejszać - często wzmacnia napięcie lękowe, jest to bowiem sprzeniewierzenie się istocie drugiego prawa biologicznego. Natomiast brak wyładowania seksualnego może być wyrównany silną postawą do i wówczas mimo abstynencji seksualnej lęki nie wystąpią* (Kępiński, 2012, s. 248). Oznacza to, że brak życia seksualnego wcale nie oznacza, że wystąpi zaburzenie w tej sferze.

Lęk społeczny związany jest z oderwaniem się jednostki od otoczenia społecznego. Inaczej mówiąc jest to lęk przed izolacją, której obecność w początkowej fazie rozwoju jest równoznaczna ze śmiercią jednostki. Wynika to z tego, że rozwój u człowieka trwa zdecydowanie dłużej niż u zwierząt, co wiąże się też z dłuższą zależnością od otoczenia, a także, że układ nerwowy człowieka jest dużo bardziej rozwinięty niż u zwierząt. Konsekwencją tego jest przewaga rozwoju metabolizmu informacyjnego nad metabolizmem energetycznym. Tak więc brak kontaktów społecznych powoduje, że u dziecka nie może rozwinąć się metabolizm informacyjny, czego konsekwencją jest niedorozwój mózgu, który nie jest możliwy bez wyżej wspomnianego metabolizmu, który ma charakter społeczny (Kępiński, 2012).

Rolę jaką odgrywa społeczeństwo w rozwoju człowieka można by sprowadzić do trzech zadań. Pierwsze zadanie dotyczy zapewnienia jednostce życia i decydującą rolę odrywa tu osoba matki. Jej postać jak pierwsza, główna i jedyna jest dla dziecka źródłem doznań zarówno tych przyjemnych jak i przykrych. Również od tego jaki jednostka ma związek z matką wpływa na jej rozwój emocjonalny. Lęk tutaj powstający ma głównie związek z możliwością jej utraty, jej negatywnymi reakcjami, a w końcu jej niemożnością, czyli znalezieniem się dziecka w takiej sytuacji, w których matka nie może zaspokoić jego podstawowych potrzeb lub nie może mu pomóc (Kępiński, 2012).

Drugim zadaniem społeczeństwa jest stworzenie zwierciadła społecznego, które spełnia kontrolną funkcję. Pierwszym przedstawicielem tego zwierciadła jest ojciec, który posiada władzę absolutną. Dzięki niemu wytwarza się dziecinny stereotyp, w jakim dziecko widzi otoczenie społeczne. I tak na początku człowiek oczekuje absolutnej sprawiedliwości, a kiedy jej nie otrzymuje, czuje się pokrzywdzony. Zapomina on w tym wszystkim, że zwierciadło społeczne stanowią tacy sami ludzie jak on i ich sądy mogą nie zawsze do końca być sprawiedliwe i obiektywne. Zadaniem zwierciadła społecznego jest ocena wszelkich działań jednostki poprzez ich chwalenie bądź potępienie. Człowiek boi się oceny otoczenia, dlatego wyłączenie go z grupy społecznej poprzez pogardę, ośmieszenie czy potępienie stanowi dla niego zagrożenie i może być przeżywane nawet silniej niż niebezpieczeństwo śmierci. Lęk ten również może narażać na śmierć, np. poprzez samobójstwo, ponieważ jednostce łatwiej odebrać sobie życie niż przeżyć, tzw. śmierć społeczną. Oczywiście oprócz surowej oceny ze strony otoczenia społecznego, ocena ta może być pozytywna, wówczas wyrażona jest ona w formie życzliwości, szacunku, zaufania, itp. Tak więc ocena społeczna stanowi system kar i nagród, który wywiera silny nacisk na wybór przez jednostkę prawidłowych form zachowania, przez co stanowi istotną część układu samokontroli (Kępiński, 2012).

Ostatnim, trzecim zadaniem otoczenia społecznego jest nasycenie metabolizmu informacyjnego, którego głównym źródłem informacji są ludzie i ich wytwory cywilizacyjne. Człowiek w czasie rozwoju wchodzi w gotowe systemy pojęć, wartościowania, system komunikacji niewerbalnej i werbalnej oraz w koncepcje natury świata, w którym żyje. Wszystkie wartości zarówno te duchowe jak i materialne są dziedzictwem kulturowym, które jednostka dostaje od poprzednich pokoleń, przez co nie musi sama tworzyć wszystkiego od początku. Wartości te otaczają człowieka i tworzą, tzw. noosferę, która pomaga mu w podejmowaniu decyzji, które mogą być wyznaczone z góry poprzez społeczne wzorce kulturowe, które panują w określonej grupie społecznej (Kępiński, 2012). Lęk związany

z trzecim zadaniem otoczenia społecznego, powstaje kiedy noosfera popada w rozprężenie, tzn. gdy znajduje się w niej za dużo informacji bądź nadmiar przeciwstawnych modeli albo kiedy jest po prostu nieuporządkowana lub zbyt chaotyczna. Wówczas utrudnia ona jednostce podejmowanie decyzji, wprawia ją w zagubienie, sprawia, że nie może stworzyć stabilnego systemu wartości, nie potrafi skorzystać w pełni z informacji, które napływają ze środowiska – wtedy kultura staje się obca, człowiek traci wiarę w wartości, czuje się osamotniony, a jego celem staje się zaspokojenie podstawowych potrzeb biologicznych. Jest to niezgodne z naturą człowieka, którego znaczącą częścią jest metabolizm informacyjny (Kępiński, 2012).

Lęk moralny można zdefiniować jako naruszenie porządku moralnego, przejawiającego się brakiem wewnętrznego spokoju. Kępiński pisze, że *porządek moralny jest najwyższą formą integracji aktywności ludzkiej i dlatego jego zakłócenie równa się naruszeniu integracji na najwyższym poziomie* (Kępiński, 2012, s. 265). Decydujące znaczenie ma tutaj ocena moralna, która związana jest z odróżnianiem tego co jest dobre, a co złe. Mimo że każdy posiada jakieś rozróżnienie czym jest dobro, a czym zło, to jednak trudno jest jednoznacznie zdefiniować te pojęcia. Bardzo ogólnie można powiedzieć, że dobrem są takie działania, które wprowadzają w otoczeniu człowieka porządek, natomiast złem są takie działania, które mają na celu niszczenie tego co otacza człowieka. Sumienie jest tym co pozwala człowiekowi odróżniać dobro od zła, jest ono na najwyższym poziomie integracji – świadomym - systemem kontroli człowieka. Powstaje dzięki społecznemu otoczeniu, a także temu co jest dane jednostce w formie naturalnego porządku moralnego. Można w nim wyróżnić trzy warstwy. Warstwa konstytucjonalna związana jest z naturalnym porządkiem moralnym, którego istnienie nie jest do końca pewne. Jednak tym co przemawia za jego egzystencją jest to, że jest ono ogólnoludzkim, zasadniczym rdzeniem moralności i jest on niezależne od społecznych zwyczajów czy kręgów kulturowych. Druga warstwa dotyczy wczesnego okresu rozwoju. Warstwa ta jest w pewnym sensie niezniszczalna, nie da się jej przeciwstawić. Pełni ona funkcję schematu na podstawie którego tworzą się nowe systemy samokontroli – schematy te znajdują się poniżej progu świadomości, dlatego ich siła jest większa niż świadomego systemu. Trzecia warstwa znajduje się już powyżej progu świadomości i składa się z aktualnego odbicia w zwierciadle społecznym. Istotne jest aktualne postępowanie, jednak ważne są też wydarzenia, które informują jednostkę, jak podobne zachowanie zostało w przeszłości ocenione. Aktualność jednak dotyczy tu nie tyle czasu, co tego co mieści się aktualnie w świadomości, oznacza to, że liczą się wszystkie informacje zwrotne, które mogą być w jakimś stopniu związane z obecną sytuacją, mimo tego, że wydarzyły się wcześniej bądź w innych warunkach (Kępiński, 2012). Aktywność

trzech warstw jest ze sobą związana, chociaż mogą się też wzajemnie wykluczać. Pewne zakazy

i nakazy z dzieciństwa mogą być niezgodne z moralnością naturalną. Sprzeczności zachodzące między wymienionymi warstwami będą zaburzać relacje ze środowiskiem społecznym, a przez to zaburzać wewnętrzny spokój jednostki, inaczej mówiąc, wywoływać poczucie winy u jednostki. I tak jeżeli system kontroli negatywnie oceni zachowanie jednostki, będzie to połączone z silnymi negatywnymi emocjami, z których lęk będzie uczuciem dominującym (Kępiński, 2012).

Lęk dezintegracyjny jest lękiem, który związany jest z dezintegracją czynności psychicznych. Pod jego działaniem człowiek traci orientację w środowisku, w którym żyje, jego zachowanie może stać się przypadkowe i impulsywne, a system wartości może ulec zachwianiu. Lęk dezintegracyjny polega przede wszystkim na niszczeniu starych struktur czynnościowych, które nie mają możliwości realizacji. A. Kępiński pisze *lęk dezintegracyjny jest tym rodzajem lęku, który musimy prawie bez przerwy w sobie pokonywać. Życie jest bowiem ustawiczną zmiennością; każda zmiana wywołuje niszczenie tego, co było, a niszczenie wyzwala zwykle uczucie lęku* (Kępiński, 2012, s. 267). A. Kępiński jednak podkreśla, że tak naprawdę proces niszczenia jest niezbędny w życiu człowieka, ponieważ nie mógłby istnieć bez niego proces budowy. Uważa on, że aby mogło powstać coś nowego, to stare i nieaktualne czynności psychiczne muszą zostać zniszczone, co szczególnie prezentuje się w metabolizmie informacyjnym, gdzie w porównaniu do metabolizmu energetycznego tempo budowy i niszczenia jest zdecydowanie szybsze. Należy zauważyć, że lęk dezintegracyjny jest większy u dzieci małych, co spowodowane jest początkiem rozwoju metabolizmu informacyjnego. Dlatego też dziecko reaguje stosunkowo silnym lękiem nawet na bodźce orientacyjne, choćby jak widok nowej twarzy czy zmiana pozycji ciała. Również uszkodzenia układu nerwowego będzie powodować, że metabolizm informacyjny będzie obniżać swój poziom, zarówno w aspekcie jakościowym jak i ilościowym. W tym przypadku, także wystąpi mniejsza tolerancja na zachodzące zmiany. Należy również zauważyć, że u ludzi, którzy prowadzą pełne zmian i niespodzianek życie, lęk dezintegracyjny będzie mniejszy niż w przypadku ludzi, którzy prowadzą życie na ustabilizowanym poziomie. Zmiany, które zachodzą w życiu człowieka wywołują lękowe napięcie o różnej skali nasilenia, jednak brak jakiegokolwiek zmiany po upływie czasu, będzie powodować wzrost niepokoju u jednostki. Oznacza to, że zmiany są czymś naturalnym, a ich brak jest niezgodny z dynamiką przyrody, jest czymś nieprzyjnym życiu. Lęk w tym przypadku pełni funkcję ostrzegawczą, inaczej mówiąc daje znać, że trzeba zmienić sytuację – trzeba z niej uciec.

Należy więc stwierdzić, że lęk dezintegracyjny z jednej strony chroni nas przed nadmierną zmiennością, a z drugiej przed jej brakiem (Kępiński, 2012). Ponadto lęk dezintegracyjny dotyczy walki pomiędzy jednostką, a otoczeniem, tego czy jednostka zwycięży czy poniesie klęskę w narzucaniu struktur czynnościowych. Wynika to z faktu, iż ewolucja obdarzyła człowieka w możliwość tworzenia tych struktur, dlatego jego celem jest narzucanie i realizowanie własnych struktur otoczeniu, ponieważ w innym przypadku życie wydaje się wtedy jednostce snem. Jedynie ich spełnienie daje jednostce poczucie rzeczywistości. Tak więc realizacja potencjalnych struktur czynnościowych jest głównym celem człowieka, który z kolei działa integrująco, ponieważ jak pisze A. Kępiński *porządkuje hierarchię wartości, ułatwia decyzję, usprawnia orientację i zachowanie w otaczającym świecie choćby na tej zasadzie, że wszystko danemu celowi zostaje podporządkowane. Jeśli więc dzięki wyznaczeniu celu zmniejsza się dezintegrację, to tym samym zmniejsza się lęk* (Kępiński, 2012, s. 256).

1.3.4. Koncepcja lęku jawnego i ukrytego R. B. Cattella

Koncepcja R. B. Cattella opiera się w znacznej mierze na badaniach eksperymentalnych, w których badał on za pomocą różnych metod, testów reakcje lękowe u różnych grup społecznych. Definicje lęku jakimi posługuje się R. B. Cattell mają charakter jedynie operacyjny, ponieważ nie jest on zwolennikiem posługiwania się nimi. I tak traktuje on lęk jako *zespoły reakcji przy wyliczeniu grup reakcji, w zależności od tego jakimi metodami i na jakim materiale były badane* (Cattell, 1966, za: Siek, 1993, s. 222).

R. B. Cattell wyróżnia trzy grupy reakcji:

1. Reakcje, które można obserwować w codziennym życiu i o których mówią sami badani.
2. Reakcje, o których można wnioskować dzięki zeznaniom introspekcyjnym badanych oraz na podstawie badań kwestionariuszami osobowości.
3. Reakcje, które ujawniają się w badaniach laboratoryjnych, a które można zaobserwować i ocenić dzięki aparaturze oraz reakcje, które ujawniają się przy wykonywaniu określonych zadań, które można zmierzyć w obiektywny sposób (Siek, 1993).

W prowadzonych badaniach R. B. Cattell obliczał korelacje, zachodzące między uzyskanymi wynikami. Dzięki nim na podstawie analizy czynnikowej reakcje lękowe można podzielić na czynniki, które obejmują dwie grupy reakcji lękowych: reakcje lękowe i neurotyczne oraz czynnik czystego lęku (Siek, 1993).

Przykładem zachowań pierwszej grupy jest to, że jednostka przewiduje co przykrego może ją spotkać w życiu, szybko się porusza, potrafi ostro osądzać rzeczy i ludzi, ma problemy z podejmowaniem decyzji, pod wpływem ludzi hamuje się, szybko uznaje własne niepowodzenia oraz to że jednostka będzie oczekiwać sytuacji, w których będzie przeżywać lęk. Z kolei człowiek, który doświadcza objawów z grupy czystego lęku nie będzie wierzyć we własne możliwości, będzie przekonany co do swoich słabości, będzie przejmować się wszystkimi niepowodzeniami, a także będzie krytyczny wobec siebie. Taka osoba nie będzie posiadać dużej liczby przyjaciół, będzie przejawiać większe pobudzenie emocjonalne na nieemocjonalne bodźce, będzie posiadać zwiększoną wrażliwość na sytuacje kłopotliwe i życiowe problemy (Siek, 1993). Danym reakcjom będą towarzyszyć objawy fizjologiczne w postaci: przyspieszenia rytmu serca, przyspieszenia oddychania, wzrostu ciśnienia krwi, obniżenie elektrycznej oporności skóry, wzrost histidiny w moczu, obniżenie poziomu cholinesterazy w organizmie, wzrost wydzielania 17-OH keto sterydów, obniżenie alkaliczności śliny czy przyspieszenie przemiany materii (Siek, 1993).

Ponadto R. B. Cattell rozróżnia lęk jako stan i cecha. Stan ten rozumie jako *rozległy obszar jednolitych schematów reagowania, powtarzających się w mniej więcej podobnej postaci, niezależnie od tego jakie bodźce zostały wywołane* (Cattell, 1966, za: Siek, 1993, s. 224). Lęk jako stan dotyczy podobnych reakcji, które występują niezależnie od tego o jakim natężeniu i jakie bodźce je spowodowały. Natomiast lęk jako cecha dotyczy wewnętrznych konfliktów i nie zależy w od warunków zewnętrznych. Różnica między stanem a cechą lęku według R. B. Cattella (1966, za: Siek 1993) stanowi czas trwania reakcji lękowych oraz powtarzalność nawrotów. I tak R. B. Cattell (1966, za: Siek 1993) podaje ponad dwadzieścia różnych możliwości reagowania, które składają się na stan lękowy, m.in.: nerwowość, osamotnienie, nerwowe i niezdarne zachowanie, fatalistyczne nastawienie, brak zaufania do siebie, szybkie tętno, przygnębienie, podniecenie, problemy z uwagą.

Według R. B. Cattella (1966, za: Siek, 1993, s. 225) lęk jest zdeterminowany w znacznej mierze temperamentem, a nie czynnikami kulturowymi, chociaż odrywają one również istotną rolę, co jest potwierdzone w badaniach, z których jasno wynika, że osoby o wyższym statusie ekonomicznym są mniej lękliwe niż osoby o niższym statusie (Siek, 1993).

Jego zdaniem lękliwości nabywa się także poprzez uczenie się już jako dziecko. Lęk jest funkcją napięcia popędów oraz tego jak i na ile są one zaspokajane w przyszłości. Im większe i silniejsze napięcie popędów dziecka i osoby dorosłej, i im większy problem

w zaspokojeniu tych popędów tym bardziej kwalifikuje to osobę do silniejszego przeżywania stanów lękowych (Cattell, 1966, za; Siek, 1993, s. 225).

Oprócz tego R. B. Cattell wyróżnia dwa rodzaje lęku: lęk jawny i lęk ukryty.

Za lęk jawny przyjmuje on taki, z którego osoba zdaje sobie sprawę, inaczej mówiąc jest jego świadoma. Osoby z tym rodzajem lęku uważają się za bardziej nerwowe, przez co przeżywają częste wzburzenia i stany napięcia, tracą głowę w trudnych sytuacjach, wydatkują więcej energii niż inni ludzie, a także skarżą się na niespokojny sen (Siek, 1993).

Lęk ukryty to taki lęk, z którego człowiek nie zdaje sobie sprawy, można go również zdefiniować jako lęk zakamuflowanych zachowań, czyli takich które przez większość ludzi nie są nawet uważane za lęk, a raczej za przejaw innych cech osobowości. Przykładem takich zachowań jest: podejmowanie się niekorzystnymi opiniami ludzi, nagłe zmiany zainteresowań nie tylko przedmiotami, rozrywkami, a nawet i ludźmi, niedostrzeganie autorytetu w rodzicach, nieuzasadnione odczuwanie zazdrości i złości w stosunku do innych ludzi, chęć rozpoczynania wszystkiego od początku, trudności w godzeniu się z odmową. Taka osoba doświadcza także dolegliwości „somatycznych”, np. niespokojny rytm pracy serca, zaburzenia trawienia czy umiejscowione w różnych częściach bóle ciała (Siek, 1993).

1.3.5. Koncepcja lęku jako stanu i cechy C. D. Spielberga

Koncepcja C. D. Spielberga pochodzi z wprowadzonej wcześniej przez R.B. Cattella i L.H. Sheiera rozróżnienie lęku na dwa rodzaje, mianowicie lęk rozumiany jako ten aktualnie doświadczany i na lęk, który jest trwałą cechą osobowości. Poszukiwanie specyfiki tych dwóch rodzajów lęków, które C. D. Spielberg rozróżnia jako lęk-cecha, lęk-stan, stało się przedmiotem jego zainteresowań (Spielberg, Edwards i in., 1973, za: Sosnowski, Wrześniewski i in., 2004, s. 6).

Lęk jako stan jest konkretną, chwilową, zmienną i subiektywną reakcją człowieka na zaistniałą trudną, stresową lub zagrażającą sytuację, której towarzyszy poczucie niepokoju i napięcie, co wiąże się z pobudzeniem lub aktywacją autonomicznego układu nerwowego. Charakterystyczne dla tego lęku jest to, że jego poziom zmienia się w zależności od zmiany sytuacji, która może nastąpić pod wpływem działania czynników zewnętrznych, które mogą ulegać zmianom w każdej chwili (za: Tucholska, 1992, s. 134). Stany lęku mają charakter przejściowy, powracają wówczas gdy pojawią się bodźce, które go wywołują, a trwają zwykle przez stosunkowo krótki czas po ustąpieniu działania zagrażającego czynnika (Rachman, 2005).

Lęk jako cecha jest stałą właściwością osobowości człowieka, która powoduje pojawienie się predyspozycji u jednostki, związanych z postrzeganiem określonych, neutralnych sytuacji jako zagrażających. Procesy poznawcze odgrywają tutaj bardzo ważną rolę, ponieważ dzięki nim jednostka rozstrzyga czy sytuacja, w której się znalazła jest trudna i zagrażająca czy też nie. Jak pisze C. D. Spielberg, lęk jako cecha jest *motywem lub nabytą dyspozycją behawioralną, która czyni jednostkę podatną na spostrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowaniem na nie stanem lęku, nieproporcjonalnie silnym w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa* (za: Tucholska, 1992, s. 134). C. D. Spielberg uważa, że ten rodzaj lęku ma w dużym stopniu wyuczony charakter i kształtuje się pod wpływem przeszłych doświadczeń (Spielberg, Edwards i in., 1973, za: Sosnowski, Wrześniewski i in., 2004, s. 7). Spielberg zauważa też, że osoby o nasilonym lęku jako ceche mają większe predyspozycje do spostrzegania sytuacji jako zagrażających, kiedy mogą doświadczyć porażki lub będą podlegać ocenie innych ludzi. Lęk jako cecha dotyczy sposobu w jaki osoby reagują na rzeczywistość i sposób w jaki ją spostrzegają. Zachowanie tych osób jest zwykle przewidywalne (Rachman, 2005).

Zdaniem C. D. Spielberga koncepcje lęku jako stanu i cechy możemy analogicznie traktować jak pojęcia energii potencjalnej i kinetycznej w fizyce. Energią kinetyczną jest tutaj lęk jako stan, ponieważ odnosi się do pewnego sposobu reagowania w ściśle określonym momencie, z kolei lęk jako cecha, podobnie jak energia potencjalna, odnosi się do indywidualnych różnic, dotyczących gotowości do powstawania stanów lękowych, o charakterystycznej sile, jest pewnym wskaźnikiem potencjalnych możliwości, w jaki sposób ludzie reagują, w stresowych sytuacjach (Siek, 1993).

Osoby o silnym natężeniu lęku-cechy częściej będą odczuwać wysoki poziom stanu lęku, który będzie również bardziej intensywny, ponieważ jednostki te będą spostrzegać większą liczbę bodźców jako realnie zagrażających (Spielberg, Edwards, i in., 1973, za: Sosnowski, Wrześniewski i in., 2004, s. 7).

1.4. Psychospołeczne funkcjonowanie osób z podwyższonym lękiem

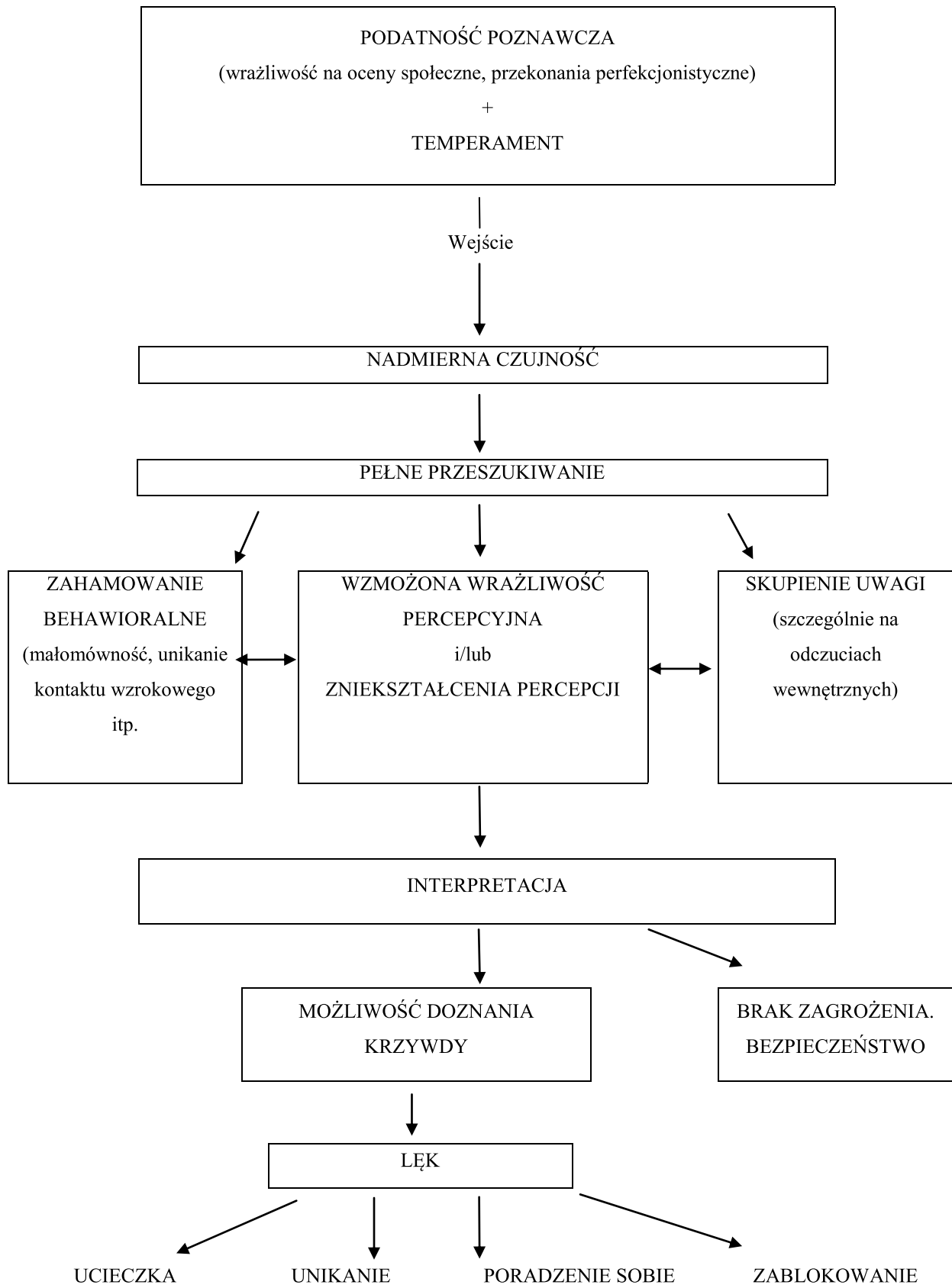
Każdy człowiek w życiu doświadcza lęku w charakterystyczny dla siebie sposób. To w jakim nasileniu jednostka go odczuwa jest zależne zarówno od czynników biologicznych jak i od doświadczeń z przeszłości, które w znacznym stopniu wykształciły się pod wpływem działań wychowawczych rodziców (Harwas-Napierała, 1987). Jednostka, u której biologiczne uwarunkowanie odczuwania lęku będzie wysokie, a warunki w jakich będzie się

wychowywać nie będą obniżać jego poziomu, to utrzymujący się niekorzystny wysoki poziom lęku będzie bardzo niekorzystną cechą organizmu, ponieważ będzie wpływać na niego w sposób obciążający jego funkcjonowanie w życiu społecznym (Harwas-Napierała, 1987).

Jak wiadomo wykrycie zagrożenia jest znaczące dla przetrwania jednostki. Dlatego odpowiedni poziom lęku ma istotne znaczenie funkcjonalne dla człowieka, ponieważ związane jest z występowaniem tendencyjnej selektywności uwagi, a także umiejętnością wyboru sygnałów, które mogą stanowić zagrożenie dla jednostki, zwłaszcza w nowych i nieznanych dotąd sytuacjach, a także takich, które wcześniej wiązały się z zagrożeniem (Rachman, 2005). Inaczej mówiąc, w przypadku pojawienia się zagrożenia, u jednostki następuje aktywacja schematów poznawczych, którymi posługuje się, by ocenić i nadać odpowiednie znaczenie danemu wydarzeniu (Beck, Emery, 1985, za: Rachman, 2005, s. 37)

W przypadku osoby o podwyższonym poziomie lęku, kiedy dojdzie do wykrycia potencjalnego niebezpieczeństwa, osoba ta zaczyna nadmiernie skupiać się na danym zagrożeniu, co powoduje wzmożoną wrażliwość percepcyjną, a nawet jej zniekształcenie. Powoduje to, że dotychczasowy sposób zachowania się zostaje zahamowany, co może przyczynić się do pojawienia się wysokiego pobudzenia albo znieruchomienia (Rachman, 2005).

Na Rysunku 1.1. został przedstawiony model reakcji lękowej (patrz, s. 31).



Rysunek 1.1. Model lęku

Źródło: Rachman, 2005, s. 36.

U osób doświadczających lęku nadmierna czujność, oznacza, że każda sytuacja, w której się znajduje podlega szybkiej i dokładnej analizie (Rachman, 2005). Osoba ciągle bada otoczenie, w którym się znajduje, jest czuła na zmiany ludzkich uczuć i intencji, jest bardzo uważnym obserwatorem, przez co potrafi dostrzec każdy ruch czy wyraz twarzy osób, z którymi musi wejść w relacje. Czujność ta powoduje, że wszelkie zmiany zachowania u innych, jednostka interpretuje jako coś negatywnego w stosunku do jej osoby (Millon, 2005). Efektem takiego zachowania jest to, że nadmiar bodźców zalewa system przetwarzania informacji, co z kolei prowadzi do obniżenia progu wrażliwości do takiego poziomu, że nawet stosunkowo niewinne wydarzenie może być odczytane jako zagrażające (Millon, 2005).

Związek lęku z nadmierną czujnością przedstawił M. Eysenck (1992), który stwierdza, że czujność u ludzi mających predyspozycje do reakcji lękowych charakteryzuje *intensywne przeszukiwanie otoczenia, polegające na licznych, szybkich spojrzeniach w obrębie pola widzenia [...] bądź do selektywnego zwracania uwagi na bodźce neutralne lub też w poszerzaniu uwagi przed wykryciem takich bodźców i zawężeniu uwagi podczas przetwarzania bodźca rzucającego się w oczy* (Eysenck, 1991, s. 43, za: Rachman, 2005, s.41). Według M. Eysnecka nadmierna czujność jest czynnikiem świadczącym o podatności na zaburzenia lękowe i można ją dostrzec u pacjentów, jak i osób chorych, którzy mają wysoki poziom lęku jako cechy (Eysneck, 1991, za; Rachman, 2005, s. 41).

Osoby lękliwe charakteryzuje też wysoka selektywność uwagi, co oznacza, że w przypadku odczuwania lęku wrażliwość na dostrzeganie bodźców, które są bezpośrednio połączone z sytuacją stresową, będzie większa niż w przypadku wykrywania neutralnych bodźców. Osoby te podchodzą do sytuacji nowych, jak i takich, które mogą budzić lęk – w określony, w pewnym sensie ukształtowany sposób, tzn. przeprowadzają dokładne przeszukiwanie środowiska wewnętrznego jak i zewnętrznego. W przypadku, kiedy ich uwaga wychwyci bodźce, które stanowią o potencjalnym zagrożeniu następuje zawężenie uwagi, a także wzmożony wysiłek oraz wzrost pobudzenia. W związku z ograniczoną pojemnością uwagi jej zawężenie na źródle niebezpieczeństwa, powoduje, że osoba ta pomija inne bodźce. Przez to osoby takie mogą sprawiać wrażenie, że są nadmiernie zainteresowane sobą i nie zwracają uwagi na innych. Osoby te będą mieć również problemy, ze skupianiem się w pracy, a także innym sprawach (Rachman, 2005). Selektywna uwaga i nadmierna czujność wymagają znacznego wysiłku, dlatego osoby o wysokim poziomie lęku często będą narzekać na duże zmęczenie, nawet kiedy nie będą podejmować aktywności fizycznej (Rachman, 2005).

Oprócz selektywności uwagi, daje się też zauważyć u osób lękliwych selektywność percepcji, a nawet jej zniekształcenie, co może służyć wyselekcjonowaniu i nasileniu potencjalnego niebezpieczeństwa, by człowiek mógł je lepiej widzieć i radzić sobie z nim.

Kolejnym ważnym aspektem jest to, że jednostka nadmiernie skupia się na sobie, co szczególnie widoczne jest w lęku egzaminacyjnym, seksualnym, społecznym i w zespole paniki. I tak osoby doświadczające lęku egzaminacyjnego są w negatywny sposób skoncentrowane na sobie, przez co podczas rozwiązywania zadań, ich uwaga skupia się nie na egzaminie, a na cielesnych doznaniach, oczekiwaniu niepowodzenia oraz kwestiach niezwiązanych z zadaniem, co z kolei negatywnie wpływa na poziom wykonywania określonej pracy (Sarason, 1980, za: Rachman, 2005, s. 51). W odniesieniu do lęku związanego z funkcjonowaniem seksualnym, u osób z wysokim poziomem lęku dochodzi do krytycznej zmiany skierowania uwagi na wewnętrzne kwestie, które dotyczą samooceny, z zewnętrznych bodźców (chodzi tu o erotyczne bodźce). Inaczej mówiąc, osoby te są tak skoncentrowane na myśleniu o tym by sprostać społecznym oczekiwaniom, że powoduje to tak silne negatywne reakcje emocjonalne, które związane są z niemożliwością określenia oczekiwanych rezultatów i brakiem kontroli (Barlow, 1988, za: Rachman, 2005, s. 49). W związku z tym osoby te będą odczuwać lęk przed upokorzeniem, bólem, niepowodzeniem, dyskomfortem, zadowoleniem partnera, a także przed chorobami wenerycznym, chociażby AIDS (Rachman, 2005). Wszystko to może przyczyniać się do gorszego funkcjonowania seksualnego u mężczyzn i pobudzenia seksualnego u kobiet. Podsumowując osoba o wysokim poziomie lęku koncentruje się na sobie i swoich doznaniach somatycznych w takim stopniu, że powoduje to u niej poczucie dyskomfortu i spadek dobrego funkcjonowania.

Ponadto u osób o podwyższonym poziomie lęku występuje niesatysfakcjonujące przetworzenie emocjonalne (Rachman, 2005). Oznacza to, że jednostka ma mniejszą naturalną predyspozycję do wy tłumienia niekorzystnych, niezadawalających doznań – czyli jej zdolności w zakresie słuchania, patrzenia czy mówienia, a nawet przypominania sobie o przykrych zdarzeniach emocjonalnych bez doznawania zaburzeń i stresu jest bardzo trudna. O niezadawalającym przetworzeniu emocjonalnym świadczą niepokojące sny, przyspieszona mowa, natrętne myśli i przede wszystkim utrzymujący się lęk (Rachman, 2005).

Osoby o wysokim poziomie lęku zwykle unikają wystąpień publicznych, bojąc się potencjalnej kompromitacji i ujawnienia rzekomej niekompetencji. Takie osoby często są „niewidoczne” co oznacza, że wolą się nie wychylać i nie przyciągać uwagi innych (Millon, 2005). Każde wydarzenie, które wymaga od jednostki kontaktu z obcymi, jest potencjalnym zagrożeniem dla jej poczucia bezpieczeństwa, dlatego dystans w stosunku do innych

gwarantuje jej to bezpieczeństwo. Osoby te często ograniczają swoją aktywność zawodową, ponieważ boją się, że nie sprostają wymaganiom, które zostaną na nie nałożone. Osoby o wysokim poziomie lęku unikają niejednoznacznych sytuacji, lubią proste i łatwe zadania, w których wiedzą co jest od nich oczekiwane (Millon, 2005). Często są to osoby o wysokim potencjale, którego nie wykorzystują, ze względu na lęk przed oceną społeczną. Są to osoby, które unikają jakichkolwiek zmian w życiu, rzadko mówią o sobie i swoich uczuciach. Zazwyczaj mają kilku bliskich przyjaciół, wśród których czują się dobrze, swobodnie się przy nich zachowują i z którymi dzielą się swoimi myślami i marzeniami (Millon, 2005). Jeżeli ktoś pragnie zostać ich przyjacielem musi uzbroić się w cierpliwość i przejść „egzamin”, by zostać dopuszczonym do ich świata. Będąc wśród obcych ludzi są uprzejmi, ale powściągliwi. Osoby takie pragną bliskości i autentycznej miłości, ale są przekonane o swojej niedoskonałości i dlatego unikają wchodzenia w bliższe relacje z ludźmi. Osoby te są nieufne w stosunku do innych, boją się jeżeli ktoś je pozna, to się rozczaruje ich osobą. Są mało spontaniczne, trudno im uwierzyć, że ktoś może je polubić za to jakie są. Boją się krytyki i odrzucenia ze strony innych (Millon, 2005).

Zdaniem Horney osoba o wysokim poziomie lęku jest przekonana, że jeżeli się nie zaangażuje, to nie zostanie skrzywdzona. Jednak zdaniem Horney zachowanie to jest nieskuteczne i nie pomaga uodpornić się na ból, ponieważ w ten sposób jednostka powoduje, że sama siebie zaczyna nienawidzić i gardzić sobą, a w efekcie tego myśli, że tak też postrzegają ją inni ludzie. Efektem takiego zachowania jest unikanie i nie przywiązywanie się do ludzi. Osoba ta zaprzecza wszystkim emocjom, a przede wszystkim stara się uciszyć lęk i dyskomfort z nim związany (za: Millon, 2005, s. 201). Osoby o wysokim poziomie lęku mają dużą skłonność do fantazjowania, dzięki któremu zaspokajają one potrzeby, których nie mogą zaspokoić, ponieważ unikają ludzi. Fantazjowanie pomaga im też zastąpić myśli wzbudzające lęk, które dotyczą ich bezwartościowości (Millon, 2005).

Rozdział 2. Postawy wobec osób niepełnosprawnych

Postawy stanowią centralny element indywidualności jednostki. Człowiek poprzez obserwację poznaje otaczający go świat i w ten sposób kształtuje sobie postawy w odniesieniu do elementów rzeczywistości. Kiedy jednostka wykształci już określoną postawę do przedmiotu, ludzi, pojęć czy reakcji, to zaczyna zachowywać się w określony sposób, zaczyna posiadać pewne przekonania na temat tych elementów, a także zaczyna przeżywać w odniesieniu do nich pewne, określone emocje. Należy stwierdzić więc, że postawy są istotną częścią funkcjonowania, ponieważ dzięki nim człowiek może wyrażać swój stosunek do określonych elementów otaczającej go rzeczywistości.

Postawy wobec osób niepełnosprawnych mają związek z uznanym w danej społeczności modelem niepełnosprawności. W modelu tym zawierają się przyczyny i konsekwencje niepełnosprawności, przeświadczenia o jej naturze, kryteria określania niepełnosprawności, normy określające sposób traktowania ludzi z niepełnosprawnością oraz społeczne wzorce przejawianych w stosunku do nich zachowań. Od pewnego czasu można zauważyć działanie mające na celu zmianę postaw i zapewnienie osobom niepełnosprawnym godziwej pozycji w społeczeństwie. Co prawda współcześnie przewartościowaniu ulega ocena cech związanych z siłą fizyczną i kultem ciała, jednak wraz z tym nie zaszła gwałtowna zmiana postaw wobec niepełnosprawnych ludzi sprawnych (Sztabiński, 1994).

W niniejszym rozdziale zostanie przedstawiona i omówiona definicja postawy, jej komponenty. Ponadto zostaną opisane różne modele niepełnosprawności oraz czynniki wpływające na kształtowanie postaw pozytywnych jak i negatywnych w odniesieniu do osób niepełnosprawnych.

2.1. Definicja i komponenty postaw

Pojęcie postawy oprócz funkcjonowania w dziedzinie psychologii, obecne było również w innych naukach, tj. socjologia, filozofia czy anatomia. Definicja ta była także używana w odniesieniu do pewnych stanów oraz była wykorzystywana w związku z różnymi teoriami naukowymi. Termin ten po raz pierwszy został użyty przez H. Spencera i A. Baina i oznaczał on chęć umysłu do słuchania i wyciągania konkretnych wniosków z dyskusji, jakim przysłuchuje się człowiek (Bujnowska, 2009, s. 33).

Jeżeli chodzi o funkcjonowanie pojęcia postawy w samej psychologii, to rozpoczęło się ono na początku XX wieku, kiedy to W. Thomas i F. Znaniecki zdefiniowali postawę jako cechę psychiczną, która łączy świat kultury z jednostką i umożliwia jej podjęcie działań wobec świata. Uznali oni pojęcie postawy jako centralną kategorię pojęciową w dziedzinie psychologii społecznej (Marody, 1976, za: Bujnowska, 2009, s. 33). Pomimo wieloletniej historii używania tego pojęcia, nadal nie jest ono zdefiniowane w sposób jednoznaczny, co z kolei powoduje różnorodność w sposobie definiowania i wyjaśniania tego zjawiska (Bujnowska, 2009).

W definicjach, które wywodzą się z behawioralnych koncepcji teoretycznych postawa jest traktowana jak dyspozycje człowieka do podejmowania pewnych działań w przewidywalny i konsekwentny sposób wobec określonych przedmiotów, co oznacza, że pewne zachowania pojawiają się z reguły, gdy pojawia się dany przedmiot (Bujnowska, 2009). Z kolei w definicjach, które pochodzą z socjologicznych koncepcji, podkreśla się oceniający bądź emocjonalny stosunek jednostki, która przejawia określoną postawę do przedmiotu postawy. Można stwierdzić, że jest to dyspozycja jednostki do konsekwentnego, emocjonalnego stosunku wobec przedmiotu postawy, który wyraża się w pozytywnych, negatywnych bądź neutralnych kategoriach. Natomiast definicje wywodzące się z koncepcji poznawczych, wprowadziły do pojęcia postawy element poznawczy ograniczając ją do tego elementu lub tworząc złożone definicje strukturalne, które ujmują złożoną i trwałą organizację trzech komponentów: behawioralnego, emocjonalnego i poznawczego (Bujnowska, 2009).

I tak po raz pierwszy, strukturalną definicję postaw sformułował M. B. Smith (1947, za: Bujnowska, 2009, s. 34). Definicja ta zakłada iż na postawę składa się:

1) Komponent behawioralny, który związany jest z zachowaniem intencjonalnym wobec przedmiotu postawy, czyli z jego zamiarami, żądaniami, pragnieniami, a także poczuciem powinności zachowania w określony sposób. Zamierzenia człowieka realizują się za pomocą tego komponentu.

2) Komponent emocjonalny/afektywny, który określa uczucia jednostki, w odniesieniu do przedmiotu postawy i ma on określoną siłę oraz kierunek. Na poziomie werbalnym określane są one za pomocą takich stwierdzeń jak: zły, dobry, niesłuszny, słuszny. Natomiast siła emocji, stanowi o intensywności postawy.

3) Komponent poznawczy, który mówi o przekonaniach, wiedzy oraz zasobie informacji jednostki na temat przedmiotu postawy. Wiedza, którą posiada jednostka, może być opisywana ze względu na jej prawdziwość, a także rozległość. W związku z tym

komponent ten można opisać wzdłuż pewnego continuum: od postaw, w którym komponent ten jest jedynie zarysowany do takich, w których wiedza ta jest bardzo rozległa. Istotną rolę pełnią tu też przekonania jednostki, które powstają w procesie internalizacji wiedzy i stają się podstawą określania ocen jednostki. Silne przekonania, czyli takie, które oparte są na spójnej wiedzy, tworzą system, który w małym stopniu jest podatny na wpływ czynników destrukcyjnych. Wszystkie te komponenty są powiązane i uwarunkowane ze sobą.

Zwolennikiem takiego rozumienia postawy był S. Nowak (1973, za: Bujnowska, 2009, s. 34), który definiuje *postawę jako względnie trwałe dyspozycje jednostki do oceny przedmiotu oraz reakcji emocjonalnej wobec podmiotu postawy, a także dyspozycji i przekonań do zachowania się w odniesieniu do tego przedmiotu*. Również T. Mądrzycki (1997, za: Bujnowska, 2009, s. 35), twierdzi, że *postawa jest organizacją behawioralną, uczuciowo-motywacyjną i poznawczą jednostki, która wiąże się z konkretnym przedmiotem, a nawet grupą przedmiotów*. Także S. Mika (1982, za: Bujnowska, 2009, s. 35) postawę definiuje jako *stosunkowo stałą strukturę lub dyspozycję procesów emocjonalnych, poznawczych, a także tendencji do zachowań, w której jednostka wyraża pewien stosunek do określonego przedmiotu*.

Z kolei E. Aronson (1997) twierdzi, że człowiek ciągle dokonuje ewaluacji tego co widzi, inaczej mówiąc nie jest neutralnym obserwatorem świata. Ludzie ustosunkowują się do każdego bodźca zaledwie w ciągu ćwierć sekundy i już są w stanie ustalić czy dany, chociażby nowy obiekt jest zły lub dobry, nawet w przypadku, gdy jednostka nie posiada żadnej wiedzy o tym obiekcie. Tak więc określenie postawy jednostki w stosunku do jakiegoś obiektu wiąże się z oceną obiektu i w związku z tym umieszczeniem człowieka na dwubiegunowym kontinuum tej oceny, rozciągającej się od skrajnie negatywnego (odtrącenia obiektu) do skrajnie pozytywnego stosunku (zaakceptowania obiektu). Szybciej więc człowiek jest w stanie określić czy coś jest dobre czy złe, niż stwierdzić czym jest dany obiekt. Zdolność ta ma więc dużą wartość adaptacyjną, ponieważ pomaga jednostce w unikaniu niebezpiecznych bodźców (Wojciszke, 2012). Istotnym elementem postawy jest również mniejsze bądź większe jej natężenie (Wojciszke, 2012). Warto również zaznaczyć, że postawy mają też inne właściwości, tj. siła, wewnętrzna zgodność, ważność, a także stopień powiązania z innymi postawami jednostki. Dla jednostki postawa jest tym ważniejsza im bardziej związana jest z jego koncepcją własnej osoby, innymi postawami, a także wyznawanymi wartościami (za: Wojciszke, 2012, s. 200).

Przyjmowanie postaw wytworzonych w procesie społecznego doświadczenia przez jednostkę lub całe grupy społeczne, może odnosić się do wielu aspektów, które formują

stosunek do tych jednostek, a jednocześnie określają relacje człowiek – człowiek. Dlatego postawy poprzez kształtowanie świata społecznego, mają podstawowe znaczenie dla codziennego funkcjonowania każdego człowieka. W znacznym stopniu wpływają na ludzkie reakcje na myśli, uczucia oraz postępowania w odniesieniu do innych osób i grup (Bohner, Wanke, 2004).

2.2. Teorie kształtowania postaw

W dostępnej obecnie literaturze można znaleźć wiele teorii, które opisują w jaki sposób kształtują się postawy. Chociaż poglądy teoretyków różnią się między sobą pod różnymi względami, to zgodni są oni co to tego, że kształtowanie się postaw następuje na skutek różnych, zazębiających się czynników, które w ciągu życia ulegają pewnym zmianom, co wiąże się również ze zmianą postawy w odniesieniu do tych samych grup, zjawisk czy przedmiotów (Kirenko, 1998).

Najbardziej ogólny podział czynników przedstawia T. Mądrycki (1977, za: Bujnowska, 2009, s. 41), który wyróżnia czynniki:

1. **Indywidualne** – płeć, inteligencja, wiek, poziom wiedzy czy nawet stan zdrowia.
2. **Społeczne** – stereotypy, przekonania, normy społeczne, wartości czy wzory osobowe.

Ponadto T. Mądrycki opisał jakie mechanizmy oddziaływania środowiska społecznego umożliwiają i wpływają na kształtowanie się postaw. Są to:

1. **Identyfikacja** – jest to mechanizm, który działa wówczas, kiedy jednostka czuje się związana z grupą i osobą jej bliską, którą chce naśladować.
2. **Modelowanie** – jest nieco bardziej złożonym mechanizmem niż naśladowanie, ponieważ jednostka przejmuje nie tylko pewne formy zachowania, ale również tendencje uczuciowo-motywacyjne.
3. **Naśladownictwo** – jest procesem obserwowanym głównie wśród dzieci. To proces polegający na kopiowaniu i odtwarzaniu zachowania innych osób, który dotyczy izolowanych i pojedynczych aktów zachowań.
4. **Empatia** – jest procesem emocjonalno-poznawczym, który umożliwia wczuwanie się jednostki w psychiczny stan innej osoby, a także jest to zdolność rozumienia sytuacji z punktu widzenia innej osoby. Empatię można nazwać stanem wspólnoty emocjonalnej, który umożliwia przyjęcie przekonań, sądów czy postaw innych osób.

S. Mika (1982, za: Bujnowska, 2009, s. 42) proces kształtowania się postaw odniósł podobnie jak T. Mądrzycki, do teorii uczenia się. Jego zdaniem postawy mogą kształtować się na dwa sposoby, tj. przez bezpośrednie zetknięcie się z przedmiotem postaw, albo pod wpływem różnych osób, tj. nauczyciele, rodzice, grupy rówieśnicze oraz środki masowego przekazu. Każda z tych grup w pewnym stopniu ma wpływ na kształtujące się postawy u tych osób. Według S. Miki znaczną rolę w tworzeniu się postaw, szczególnie w okresie dzieciństwa, mają rodzice, środki wychowawcze przez nich stosowane i postawy jakie prezentują swoim zachowaniem.

Z kolei G. W. Allport (1935, za: Bujnowska, 2009, s. 41) wymienia cztery rodzaje mechanizmów, które kształtują postawy człowieka:

1. Konsekwencje urazowych sytuacji.
2. Przyswojenie gotowych wzorów postaw od społeczeństwa.
3. Wyodrębnianie i różnicowanie doświadczeń związanych z przedmiotem postawy, tzw. indywidualizację.
4. Rozwijanie reakcji wyuczonych we wczesnych okresach życia.

Natomiast według K. Pospiszyla (1973, za: Bujnowska, s. 41). czynnikami, które w głównej mierze determinują kształtowanie się postaw są: cechy dziedziczno-temperamentalne, naśladownictwo i sytuacje trudne.

2.3. Definicja niepełnosprawności

W społeczeństwie zachodu jeszcze przez znaczną część XX wieku, niepełnosprawność była jednoznacznie kojarzona z „wadą” ciała lub umysłu. Do kategorii ludzi niepełnosprawnych zaliczano wówczas ludzi „przykutych” do wózków, niewidomych, niesłyszących, ludzi mających porażenie mózgowe, a także ludzi „upośledzonych umysłowo”. Generalnie mówiąc niepełnosprawność sprowadzana była do „osobistej tragedii”, a także problemu społecznego, poprzez uznawanie ludzi niepełnosprawnych za ciężar społeczny (Barnes, Mercer, 2008).

Dwudziestowieczna teoria społeczna była zgodna z ustaleniami medycyny, definiując osoby niepełnosprawne jako osoby z fizycznymi, sensorycznymi i poznawczymi zaburzeniami: osoby „wybrakowane” (Dartington, Miller i in., 1981, za: Barnes, Mercer, 2008, s. 8). Pojęcie to było obecne przez większą część XX wieku i było używane zarówno przez różne instytucje dobroczynne jak i medycynę oraz psychologię. Skutkiem tego było

zamknięcie wielu osób niepełnosprawnych w specjalnych ośrodkach, a uzasadnieniem tego było działanie dla dobra niepełnosprawnych i uwolnienie społeczeństwa od ciężaru, jakim byli niepełnosprawni (Goffman, 1961, za: Barnes, Mercer, 2008).

Dopiero pod koniec lat 60 osoby niepełnosprawne przejęły inicjatywę i zaczęły domagać się zmian. Żądały rozwoju w zakresie zwiększenia możliwości do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie, a także zaprzestania traktowania ich jak obywateli drugiej kategorii (Barnes, Mercer, 2008). I tak krytyka „pełnosprawnego” społeczeństwa została wpisana w model niepełnosprawności przez Związek Niepełnosprawnych Fizycznie Przeciwko Segregacji (UPIAS, 1976, za: Barnes, Mercer, 2008, s. 18). Analiza „pełnosprawnego” społeczeństwa przez UPIAS oparta jest na rozróżnieniu między niepełnosprawnością, a uszkodzeniem. I tak według UPIAS:

1. **Uszkodzenie (upośledzenie)** – jest to całkowity albo częściowy brak kończyny lub ułomność kończyny, narządu lub funkcjonowania organizmu.
2. **Niepełnosprawność** – to niekorzyści lub ograniczenia aktywności spowodowane współczesną organizacją społeczeństwa, które nie bierze pod uwagę ludzi niepełnosprawnych fizycznie, wykluczając ich z udziału w głównym nurcie życia społecznego.

Rozróżnienie to pozwoliło na zbudowanie „modelu barier społecznych” niepełnosprawności (Filkelstein, 1993b, za: Barnes, Mercer, 2008, s. 19).

Dopiero w 1980 roku Światowa Organizacja Zdrowia Stworzyła Międzynarodową Klasyfikację Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń. Klasyfikacja ta opisuje niepełnosprawność w trzech wzajemnie i ściśle ze sobą związanych wymiarach. Są to:

1. **Upośledzenie lub niepełnosprawność społeczna**, która oznacza niekorzystną sytuację osoby, ograniczającą lub uniemożliwiającą tej osobie pełnienie ról społecznych związanych z jej sytuacją społeczną oraz kulturową, a także z jej płcią i wiekiem. Ta niekorzystna sytuacja wiąże się z uszkodzeniem lub niepełnosprawnością (Bujnowska, 2009).
2. **Uszkodzenie narządów organizmu**, które wiąże się z występującymi brakami psychologicznymi, fizjologicznymi lub anatomicznymi funkcjami lub strukturami organizmu powstałymi w wyniku urazu, choroby lub wady wrodzonej (Bujnowska, 2009).
3. **Niepełnosprawność biologiczna lub funkcjonalna**, która wiąże się z brakiem lub ograniczeniem możliwości realizacji zadań w sposób przyjęty i uważany za prawidłowy u człowieka (Bujnowska, 2009).

Propozycja Światowej Organizacji Zdrowia była jednak krytykowana. Jednym z zarzutów było to, że zbyt mocno skupiała się na akcencie medycznym, a zwłaszcza zakresie uszkodzenia organizmu oraz roli jaką przypisywano rehabilitacji w zmniejszaniu skutków niepełnosprawności. W stopniu marginalnym przedstawiono aspekt społeczny, skupiający się na możliwościach i oczekiwaniach jednostki, a interakcją pomiędzy warunkami społecznymi. Kolejnym z zarzutów wysuwanych zarówno przez praktyków jak i teoretyków było nieuwzględnianie potrzebnych zmian w środowisku sprzyjających funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej. Ponadto zdaniem M. F. Schuntermanna (1996) model ten zawiera nieprecyzyjne pojęcia i nie ma odpowiednich podstaw teoretycznych. W wyniku tej krytyki Światowa Organizacja Zdrowia podjęła pracę nad modyfikacją i rewizją klasyfikacji (Bujnowska, 2009).

W ten sposób w 2000 roku przedstawiono nową Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (*International Classification of Functioning, Disability and Health ICFIDH-2*). Klasyfikacja ta oparta jest na następujących założeniach:

1. Człowiek jest istotą biologiczną. Stanowi ją organizm człowieka o określonej strukturze i wypełniający określone funkcje. W tym wymiarze podstawowym pojęciem jest organizm człowieka.
2. Człowiek jest określoną osobą, jednostką, działającą i wypełniającą określone czynności i zadania życiowe. W tym względzie podstawowe pojęcia to osoba i działanie.
3. Człowiek jest także członkiem określonej grupy społecznej do której przynależy i w życiu której uczestniczy. Podstawowe pojęcia to społeczeństwo i uczestnictwo (Majewski, 1998, za: Bujnowska, s. 25).

Współczesna wersja zawiera nadal trzy wymiary niepełnosprawności, jednak ich zakres znaczeniowy jest nieco inny. Niepełnosprawność ma tutaj wymiar: społeczny, biologiczny i indywidualny. Odstępstwa w tych wymiarach przyjmują formy:

1. Ograniczenie możliwości czynnego udziału w życiu społecznym - poziom społeczny.
2. Ograniczenie działania i aktywności osoby - poziom indywidualny.
3. Ograniczenie, zniesienie lub zaburzenie funkcjonowania organizmu w odniesieniu do stopnia uszkodzenia jego organów lub układów - poziom biologiczny (Majewski 2002).

Nową i istotną zmianą w tej koncepcji było wprowadzenie czynników kontekstowych do pojęcia niepełnosprawności. Wśród tych czynników wyróżniono:

1. **Czynniki indywidualne**, tj. cech charakteru, płeć, styl życia, wiek, wychowanie, wykształcenie, strategie radzenia sobie w trudnych sytuacjach, doświadczenie życiowe. Cechy te mają wpływ na egzystencję człowieka zarówno w życiu społecznym jak i osobistym.
2. **Czynniki środowiskowe**, które mogą albo ograniczyć albo ułatwić funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością w danym środowisku. Są to cechy środowiska naturalnego i sztucznego. Do czynników środowiskowych zalicza się m.in.: system edukacji, rehabilitacji, bariery architektoniczne, prawne, ekonomiczne, a także postawy społeczne wobec niepełnosprawnych (Majewski, 1998, za: Bujnowska, s. 25).

Ponadto w koncepcji tej występuje pojęcie pomocy dla niepełnosprawnej osoby. Pod tą definicją kryje się zarówno pomoc osobista jak i pomoc techniczna, której celem jest usprawnienie, ułatwienie lub umożliwienie funkcjonowania osoby niepełnosprawnej na wcześniej wymienionych trzech poziomach (Majewski, 2002). Podejście ukazane w tej klasyfikacji nie zawiera podziału na niepełnosprawnych i pełnosprawnych. Niepełnosprawność jest tu rozumiana jako zjawisko wielowymiarowe (Bujnowska, 2009).

Z kolei jeśli chodzi o pojęcie osoby niepełnosprawnej w Polsce to pojawiło się ono po raz pierwszy w prawie polskim w uchwale Sejmu z dnia 16 września 1982 roku i zastąpiło termin inwalida. Termin ten utwierdził się w języku prawniczym dopiero dzięki obchodom Międzynarodowego Roku Inwalidów i Osób Niepełnosprawnych (1991) oraz w okresie tzw. Dekady na rzecz Osób Niepełnosprawnych ogłoszonej przez ONZ w latach 1983 – 1992. Definicja ta wchodziła do polskiego prawa wraz z jego zmianami i widoczna była jedynie w niektórych jego gałęziach.

Kolejna definicja osoby niepełnosprawnej pojawiła się w 1995 roku i została opracowana przez pełnomocnika ds. Osób Niepełnosprawnych na potrzeby instytucji działających na rzecz tych osób. Zakłada ona, że niepełnosprawną jest osoba, której stan fizyczny lub/i psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z przyjętymi normami prawnymi i społecznymi (Sroczyński, 1995, za: Bujnowska, 2009, s. 17).

Najnowszy model definicji osoby niepełnosprawnej znajduje się w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku O rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. Według tej definicji *niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny,*

psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych a w szczególności zdolności do wykonywania pracy zawodowej, jeżeli uzyskały orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności (...); orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności (...); orzeczenie o rodzaju i stopniu niepełnosprawności osoby, która nie ukończyła 14 roku życia (Dz. U. 1997, nr 123, poz. 776, za: Bujnowska, s. 17).

Dokonując analizy współczesnej literatury z zakresu nauk społecznych niepełnosprawność definiowana jest jako zjawisko przejawiające się w wielu wymiarach życia w sposób wielopłaszczyznowy, a także wielozakresowy (Dykciak, 2002, za: Bujnowska, 2009). Pojęcie to dotyczy również różnorodnych funkcjonalnych ograniczeń, które są efektem uszkodzenia możliwości wykonywania pewnych czynności, które są podstawą samodzielnego funkcjonowania jednostki. Ograniczenia te mogą dotyczyć różnych sfer, np. psychicznej, sensorycznej czy fizycznej, a także mogą mieć przejściowy lub stały charakter (Kosakowski, 1996; Kirenko, 2001, za: Bujnowska, 2009).

I tak A. E. Sękowski (1991, s. 13) definiuje niepełnosprawność jako *obniżony w stosunku do norm ustalonych dla danej populacji stan sprawności organizmu, powodujący utrudnienie, a często także ograniczenie funkcjonowania fizycznego i psychicznego oraz zdolności do pełnienia ról społecznych*. Uważa on, że pojęcie niepełnosprawności ma szerszy zakres niż pojęcie inwalida, które ogranicza się jedynie do uszkodzenia organizmu w znacznym stopniu i odnosi się jedynie do osób, które nabyły kalectwo w wyniku działań wojennych lub na skutek wypadku. Według A. E. Sękowskiego (1991) pojęcie inwalidy używane jest przede wszystkim w kontekście formalno-prawnym. Autor uważa również, że człowiek niepełnosprawny, ze względu na wrodzone bądź nabyte kalectwo, ma trudności w funkcjonowaniu zarówno fizycznym jak i psychospołecznym, ponieważ znajduje się w trudnej sytuacji ekonomicznej i społecznej, a także ma problemy w realizowaniu celów życiowych, adaptacji społecznej i zaspokajania własnych potrzeb (Sękowski, 1991).

Definicja skonstruowana przez Kowalika (1996, za: Bujnowska, 2009, s. 15) mówi z kolei, że *niepełnosprawność, której doświadcza człowiek, może być spowodowana przewlekłą chorobą, bądź uszkodzeniem ciała, co z kolei może powodować mniejszą sprawność społeczną, niepełnosprawność psychiczną oraz ogólną dysfunkcjonalność organizmu*. Niepełnosprawność może prowadzić do powstawania sytuacji problemowych, które będą oznaczać brak zgodności między wymaganiami stawianymi przez otoczenie, a możliwościami człowieka niepełnosprawnego. Życiowym problemem osób niepełnosprawnych jest więc uświadomienie sobie tych trudności.

Z kolei Zabłocki (1997, za: Bujnowska, 2009, s. 15) określa osobę niepełnosprawną, *jako tę której uczestnictwo w życiu społecznym, takich jak pobieranie nauki w szkołach powszechnych czy podejmowanie zarobkowej pracy jest w porównaniu do ludzi pełnosprawnych, utrudnione i ograniczone, w wyniku długotrwałego bądź trwałego naruszonego stanu zdrowia.*

Z. Sękowska (2001, za: Bujnowska, 2009, s. 15) określa niepełnosprawność jako *stan osób, u których utrudnienia i ograniczenia w funkcjonowaniu i rozwoju, wynikają z ich odchyłonego od normy poziomu umysłowego, fizycznego bądź dojrzałości społecznej.*

Podsumowując można stwierdzić, że rozważania na temat definicji niepełnosprawności prowadzi się w wielu dziedzinach naukowych i jak widać zdefiniowanie jednoznaczne czym jest niepełnosprawność nie jest zadaniem łatwym. Jak piszę W. Sroczyński (1995, s.72, za: Ochonczenko, Miłkowska, 2005 s. 19) *inne spojrzenie na osoby niepełnosprawne kierują naukowcy, inaczej analizują ich sytuację urzędnicy, jeszcze inaczej postrzegają swoje położenie niepełnosprawni. A jeśli uwzględnimy fakt wiekowego zróżnicowania tych osób (starzy, dorośli, dzieci, młodzież), ujawniania różnego typu niesprawności; gdy weźmiemy pod uwagę różnorodność oddziaływań socjalnych, potrzeb różnych komisji, resortów (urzędów), stowarzyszeń, potrzeb samych zainteresowanych (edukacyjne, zdrowotne, rehabilitacyjne, zawodowe, rekreacyjne, rodzinne, towarzyskie, osobiste itd.), jeśli zechcemy pogodzić potrzeby indywidualne z potrzebami i możliwościami społecznymi, to będą to tylko nieliczne elementy mozaiki składające się na pojęcie osoba niepełnosprawna.*

Należy zaznaczyć, że powstające w ostatnich latach w Polsce definicje dotyczące osób z niepełnosprawnością uwzględniają światowe trendy jej rozpatrywania. Oznacza to, że niepełnosprawność nie jest już traktowana tylko i wyłącznie jako stan zdrowia czy rezultat uszkodzenia, ale także jako rezultat barier w środowisku, w którym żyje taka osoba. Należy jednak podkreślić, że zjawisko niepełnosprawności najlepiej definiuje Światowa Organizacja Zdrowia (Bujnowska, 2009).

2.4. Czynniki warunkujące postawy wobec osób niepełnosprawnych

Obserwowany rozwój cywilizacyjny, techniczny i naukowy, niewątpliwie przyczynił się do wzrostu zainteresowania problematyką osób niepełnosprawnych. Liczba osób niepełnosprawnych na całym świecie wzrasta, co niewątpliwie związane jest z rozwojem

medycyny, dzięki której możliwe jest coraz dłuższe podtrzymywanie i przedłużanie życia osobom, które jeszcze do niedawna nie miałyby szans na przeżycie. W związku z tym rządy państw stają przed problemem, jakim jest miejsce osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. Wiele z nich podejmuje różne kroki, m.in., wydawanie dokumentów prawnych, które potwierdzają prawo osób niepełnosprawnych do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym (Sękowski, 1991).

Obecnie coraz więcej wiadomo o stosunku ludzi pełnosprawnych do niepełnosprawnych. Danych tych doświadczają już nie tylko badania psychologiczne, ale i również obserwacje środowiska, dzięki którym można zobaczyć w jaki sposób funkcjonują osoby niepełnosprawne (Sękowski, 1991). Analizując postawy społeczeństwa wobec osób z niepełnosprawnością w ujęciu historycznym należy zwrócić uwagę, że wraz z jego rozwojem zaszły pewne zmiany, jednak problemy życiowe osób z niepełnosprawnością związane z postawami społecznymi są treścią wciąż aktualną. Osoby z niepełnosprawnością co prawda są bardziej obecne w życiu społecznym, dzięki szeroko rozumianej rehabilitacji oraz integracji społecznej, jednak nadal napotykają one zbyt dużo ograniczeń, by były w stanie w pełni korzystać ze swoich praw (Gazdulska, 2008).

Obecnie najczęściej w literaturze wymienia się dwie skrajne formy zachowania wobec niepełnosprawnych: postawę pozytywną i postawę negatywną.

Według J. Granofskiego (1955, za: Sękowski, 1991, s. 29) **postawy pozytywne** cechują się realną i obiektywną oceną osoby niepełnosprawnej, pozytywnym zachowaniem społecznym oraz nastawieniem poznawczym. Obiektywna ocena wiąże się z:

- a) Osiągalną oceną wpływu niepełnosprawności na psychikę i działanie człowieka.
- b) Realistyczną oceną ograniczeń wynikających z niepełnosprawności.
- c) Społeczną akceptacją polegającą na traktowaniu osób niepełnosprawnych na równi z osobami pełnosprawnymi.

Z kolei pozytywne nastawienie poznawcze związane jest z:

- a) Uznanie, że przedmiotem poznania nie jest sama niepełnosprawność, ale człowiek jako całość.
- b) Znajomością i sposobem zaspokojenia potrzeb osób z niepełnosprawnością.
- c) Umiejętnością dostrzegania zalet i możliwości osób z niepełnosprawnością.
- d) Dostrzeżeniem osiągnięć niepełnosprawnych.

Natomiast pozytywne zachowanie społeczne wiąże się z:

- a) Odrzuceniem izolacji.

- b) Przychylnymi i naturalnymi zachowaniami w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością.
- c) Podejmowaniem współpracy z niepełnosprawnymi.
- d) Respektowanie praw do pełnienia ról społecznych i praw do uczestnictwa w życiu społecznym osobom niepełnosprawnym prawa do uczestnictwa i pełnienia ról społecznych.
- e) Integracją.

Postawa negatywna wiąże się z okazywaniem osobom niepełnosprawnym nieprzychylności, poprzez: brak akceptacji, piętnowanie, unikanie czy poniżanie. J. Granofsky (1955, za: Sękowski, 1991, s. 29) charakteryzuje negatywne postawy poprzez odczuwanie nadmiernej litości lub troskliwości wobec osób niepełnosprawnych, negatywne społeczne i poznawcze nastawienie. Nadmierna troskliwość i litość wobec osób niepełnosprawnych wiążą się z:

- a) Niedocenianiem możliwości osoby z niepełnosprawnością.
- b) Traktowanie niepełnosprawnych jak ciekawych obiektów, a nie normalnych ludzi.
- c) Traktowanie niepełnosprawnych jak ludzi niższej kategorii społecznej.
- d) Błędymi wiadomościami na temat ograniczeń spowodowanych niepełnosprawnością.

Natomiast negatywne nastawienie poznawcze oznacza:

- a) Nadmierne skupianie się na wyglądzie osoby niepełnosprawnej.
- b) Zwracanie szczególnej uwagi na niepełnosprawność.
- c) Odczuwanie wstrętu i obrzydzenia wobec osób niepełnosprawnych.

Z kolei negatywne nastawienie społeczne odnosi się do:

- a) Odrzucania osób pełnosprawnych od osób niepełnosprawnych.
- b) Niechęci do kontaktów z niepełnosprawnymi i traktowania ich na równi.
- c) Uczucia lęku, zakłopotania, a także braku komfortu w obecności osób niepełnosprawnych.

Z kolei H. Larkowa (1970, za: Bujnowska, 2009, s.47) dokonała uszczegółowienia postaw społecznych wobec osób z niepełnosprawnością. Oto one:

1. Postawa uczuciowa:
 - a) Pozytywna (życzliwość, sympatia).
 - b) Pośrednia (współczucie, litość, obojętność).
 - c) Negatywna (niechęć do widoku inwalidztwa).
2. Postawa wolicjonalna:

- a) Pozytywna (akceptacja i chęć utrzymania kontaktów).
 - b) Pośrednia (przyglądanie się).
 - c) Negatywna (unikanie kontaktu).
3. Postawa intelektualna:
- a) Pozytywna (uznanie, szacunek).
 - b) Pośrednia (ciekawość, zainteresowanie).
 - c) Negatywna (ujemna ocena cech) (Larkowa, 1970, za: Bujnowska, 2009, s. 47)

Z kolei M. Chodkowska (1994, za: Wątorska, Otrębski, 1994, s. 44) ocenia postawy przez pryzmat ich znaczenia dla procesów integracyjnych. Wyróżnia ona trzy rodzaje postaw:

1. **Postawy prointegracyjne** – to takie postawy, które mają na celu wyzwalamie wiary we własne możliwości, kształtowaniu samooceny, samodzielności. Postawy te wyrażają akceptację wobec osoby niepełnosprawnej, która żyje w tym samym środowisku, np.; architekt przewiduje w swoich planach potrzeby osób niepełnosprawnych.
2. **Postawy integracyjne** – to takie postawy, które wyrażają obojętny stosunek do potrzeb integracyjnych niepełnosprawnych, np.; unikanie kontaktów z osobami niepełnosprawnymi, nieangażowanie się w rozwiązywanie problemów dotyczących funkcjonowania osób niepełnosprawnych w środowisku w którym te osoby żyją.
3. **Postawy antyintegracyjne** – to takie postawy, które manifestują się działaniami mającymi na celu utrudnianie niepełnosprawnym funkcjonowanie w społeczeństwie. Działania utrudniające mogą przejawiać się np. we wrogości, natarczywej ciekawości czy ośmieszaniu osób niepełnosprawnych. Utrudnienia te mogą także wynikać z zaniedbań np. mogą być konsekwencją tworzenia barier natury ogólnej (np. przepisy prawne, bariery architektoniczne).

2.4.1. Czynniki wpływające na występowanie postaw negatywnych osób pełnosprawnych wobec niepełnosprawnych

Bycie osobą z niepełnosprawnością ma bolesne wymiary społeczne. B.Wright (1965) konfrontuje stosunek pełnosprawnych do niepełnosprawnych z tym jaki występuje w odniesieniu do grup mniejszościowych – religijnych, narodowościowych, etnicznych. Sprawne społeczeństwo wyznacza niepełnosprawnym normy społecznego funkcjonowania

przez które osoby niepełnosprawne mają być świadome swojej gorszej sytuacji. Czynniki, które wpływają na kształtowanie się negatywnych postaw wobec niepełnosprawnych wciąż niestety jest wiele. Są to:

- 1. Reakcje spontaniczne** – jednostka odczuwa lęk i niepokój w obecności osoby niepełnosprawnej ponieważ może to kojarzyć jej się z „częściową śmiercią” – fizyczną, intelektualną, sensoryczną (Witkowski, 1994).
- 2. Niedojrzałe i magiczne myślenie** – polegające na przeświadczeniu, że niemyślenie o niepełnosprawności sprawi, że jednostka będzie czuła się bezpieczna, zdrowa i silna. Konsekwencją takiego myślenia jest unikanie niepełnosprawnych. Osoby tak myślące wychodzą z założenia, że jeżeli czegoś się nie widzi to tak naprawdę to nie istnieje (Witkowski, 1994).
- 3. Lęk przed odmiennością** – powstaje on wówczas kiedy jednostka spotyka coś lub kogoś innego, różnego od tego co jest zazwyczaj. Zwykle wtedy jednostka nie wie co powiedzieć, jak się zachować i jak być normalnym w sytuacji spostrzeganej jako nienormalnej dla siebie.
- 4. Poczucie wstydu**, którego głównym składnikiem jest lęk. To taki rodzaj wstydu, który jest przepełniony nieuzasadnionym poczuciem winy.
- 5. Lęk przed odpowiedzialnością** – związany z przeświadczeniem, iż nadmierna zażyłość z osobą niepełnosprawną doprowadzi do wzbudzenia u niej wyolbrzymionych uczuć.
- 6. Lęk przed zmianą systemu wartości** - przejawiający się w porzuceniu wartości hedonistycznych na rzecz refleksji nad ludzką egzystencją, podstawowymi celami życia, sensem cierpienia a także konieczności rewizji stylu życia. Obecność osoby niepełnosprawnej zmusza do przekształcenia systemu wartości jednostki, zatem pojawia się lęk przed ceną jaka jednostka musi ponieść w wyniku zmiany systemu wartości (Witkowski, 1994).
- 7. Akceptacja siebie i swojej sytuacji życiowej** – nieadekwatna i niska samoocena, będzie przyczyną uaktywnienia się u osoby mechanizmu obronnego, w formie zaprzeczenia wartości innych ludzi. Związane to będzie z obniżeniem osiągnięć i oceny zachowań innych ludzi (Gazdulska, 2008).
- 8. Stereotypy** - powszechne w konkretnych grupach społecznych, trwałe i silne przekonania ujmujące osoby czy przedmioty, w sposób zbyt uproszczony i przesadny. Informacja zawarta w stereotypie nie jest oparta na doświadczeniu, ale na opiniach i poglądach opartych na nieprawdziwych przesłankach. Postrzeżenie osób

niepełnosprawnych przez pryzmat stereotypów prowadzi do ograniczenia ich w każdej dziedzinie życia. Stereotypy doprowadzają do tego, że widziane są tylko ich słabe strony, które przedstawiają je jako bezradne, czy niesamodzielne (Gazdulska, 2008).

- 9. Brak wiedzy na temat niepełnosprawności** – jej niski poziom przyczynia się do wyolbrzymiania ograniczeń wynikających z niepełnosprawności. Część tej wiedzy jest wynikiem mitów i stereotypów, które funkcjonują w społeczeństwie (Bujnowska, 2009).
- 10. Wizerunek osoby niepełnosprawnej** – osoby te są postrzegane przez osoby pełnosprawne jako bierne i zależne od otoczenia. Według tych osób szczęście niepełnosprawnych jest uwarunkowane zewnętrznymi czynnikami natomiast osoba niepełnosprawna ma na to niewielki wpływ (Bujnowska, 2009).
- 11. Emocje i reakcje towarzyszące kontaktom z niepełnosprawnymi** - są to takie emocje jak przygnębienie, współczucie, litość, lęk przed własnymi odczuciami w odniesieniu do tych osób (Bujnowska, 2009).
- 12. Charakter kontaktów z osobami niepełnosprawnymi** – badania młodzieży szkół zawodowych i licealnych wykazały, że mają one rzadkie kontakty z osobami niepełnosprawnymi. Zwykle takie spotkania pozbawione są osobistego zaangażowania. Kontakty takie przyjmują dopiero bardziej osobisty charakter, kiedy wynikają z prowadzenia działalności społecznej lub wynikają bezpośrednio z relacji rodzinnych (Bujnowska, 2009).
- 13. Przekonania dotyczące udzielania pomocy** – według badanej młodzieży pomoc takim osobom powinna być udzielana przede wszystkim przez najbliższą rodzinę. Tylko 24,3% badanych uważa, że sprawa odnosi się do całego społeczeństwa. Budzący niepokój jest fakt, że 23,3% uczniów uważa, że dziecko niepełnosprawne jest ciężarem zarówno dla rodziny jak i społeczeństwa (Bujnowska, 2009).

2.4.2. Czynniki wpływające na występowanie postaw pozytywnych osób pełnosprawnych wobec niepełnosprawnych

Postawy wyrażające stosunek do niepełnosprawności są bardzo złożone. Kształtują się one w wyniku wielopłaszczyznowego i długotrwałego procesu socjalizacji poprzez bezpośrednie kontakty z niepełnosprawnymi lub pośrednie przekazy. Warto podkreślić, że postawy nie mają wrodzonego charakteru i można je kształtować już w dzieciństwie

(Chodkowska, 1994). Czynniki, które mogą wpływać na kształtowanie się pozytywnych postaw wobec niepełnosprawnych można podzielić na:

1. Czynniki indywidualne.
2. Czynniki społeczne.

A. E. Sękowski (1991) wyróżnia pięć czynników, które charakteryzują osobowość osób posiadających pozytywne postawy wobec niepełnosprawnych. Są to:

- a) **Czynniki wartości moralnych** – prezentujące cechy miłości, sprawiedliwości, sumienności, dobroci, postępowania zgodnego z tzw. normami społecznymi. Mało istotne są tu takie cechy jak kariera, stanowisko, przewodzenie czy wpływ. Czynnikiem ten opisuje człowieka dla którego ważniejsze jest poznanie rzeczywistości niż ambicja i aspiracje.
- b) **Czynnik twórczości** - wskaźnikiem jego jest niezależność w myśleniu, oryginalność pomysłów oraz przełamywanie stereotypów. Dzięki temu czynnikowi osoba posiada obiektywną ocenę swoich możliwości intelektualnych i potrafi podejść do siebie krytycznie. Przy własnej ocenie bierze nie tylko pod uwagę możliwości poznawcze ale i inne wartości. Krytyczne podejście do własnej osoby pozwala na niestereotypowe traktowanie siebie i innych.
- c) **Czynnik refleksji ekonomicznej** – świadczy on o predyspozycjach do refleksyjności.
- d) **Czynnik wiedzy i systematyzacji** – związany jest z wiedzą i informacjami zdobytymi w czasie nauki szkolnej.
- e) **Czynnik samooceny** – czynnik ten jednoznacznie wskazuje na istotę samooceny i jej roli dla pozytywnych postaw wobec niepełnosprawnych. Samoocena ta dotyczy człowieka, który ocenia siebie całościowo, jest zrównoważony i nie ma predyspozycji do oceniania siebie w negatywny sposób.

Czynniki te charakteryzują osobowość osób, które posiadają pozytywne postawy w stosunku do osób niepełnosprawnych (Sękowski, 1991).

Należy jeszcze wymienić tu czynniki kulturowe do których należą:

1. **Edukacja** – najistotniejszą jej rolę jest rozpowszechnienie wiedzy na temat niepełnosprawności. Ważna jest również eliminacja stereotypów i przesądów w społeczeństwie o osobach niepełnosprawnych. Jej zadaniem to także wprowadzanie wiedzy na temat niepełnosprawności za pomocą różnych działań edukacyjnych skierowanych zarówno do osób dorosłych jak i młodzieży. Takie oddziaływania mają na celu zmianę sposobów myślenia by w kolejnych pokoleniach zostały wykształcone pozytywne postawy (Chodkowska, 1994).

2. **Integracja** – bezpośrednie kontakty z osobami niepełnosprawnymi pozwalają na konfrontację uprzedzeń i stereotypów z indywidualnymi doświadczeniami jednostki. Prawdopodobieństwo wyeliminowania negatywnych postaw wobec niepełnosprawnych jest większe im wcześniejszy będzie kontakt osób pełnosprawnych z niepełnosprawnymi (Chodkowska, 1994). Badania prowadzone na temat szeroko rozumianej integracji, dostarczają dowodów, że jest to proces nie tylko socjologiczny, ale również psychologiczny. Największymi problemami do pokonania w procesie integracji są bariery psychologiczne, ponieważ pełna integracja może dokonać się tylko wtedy, gdy zostaną one usunięte. Rozwiązania prawne i socjalne, które są niezbędne w procesie integracji będą możliwe wówczas, kiedy społeczeństwo zaakceptuje określone idee i uzna je za uzasadnione (Sękowski, 1991).

Z kolei R. L. Jones i S. Guskin (1984, za: Sękowski, 1991) określają niezbędne warunki, jakie muszą zaistnieć w relacjach między niepełnosprawnymi, a ludźmi zdrowymi. Są to:

- a) Kontakty ludzi niepełnosprawnych z pełnosprawnymi, które powinny się opierać na chęci pokonania barier między nimi. Kontakty te mają na celu doprowadzenie do normalizacji i akceptacji wzajemnych relacji.
 - b) Osoby niepełnosprawne oraz ich rodziny, powinny mieć większy wpływ na kształtowanie procesów rehabilitacji, winny brać odpowiedzialność za jego tworzenie.
 - c) Obawy osób niepełnosprawnych, które dotyczą reakcji innych ludzi na nich, nie powinny mieć uzasadnienia w realnym świecie.
 - d) Osoby, które ponoszą odpowiedzialność za opiekę nad osobami niepełnosprawnymi, powinny sprostać tej odpowiedzialności, a przede wszystkim nie powinny odczuwać ze strony środowiska, że preferowanie osób niepełnosprawnych, chociażby w szkole czy zakładzie pracy, będzie miało nieprzyjemne konsekwencje (Jones, Guskin, 1984, za: Sękowski, 1991).
3. **Zmiana istniejących przekonań u ludzi** - możliwe to będzie tylko wtedy, gdy ludzie będą mieć okazję zaobserwowania bądź doświadczenie zachowania, które potwierdzi słuszność zmiany przekonań (Festinger, 1957, za: Sękowski, 1991).
4. **Doświadczenie w kontaktach z ludźmi niepełnosprawnymi** – poczucie dyskomfortu czy niezadowolenia będzie mniej korzystnie wpływać na postawy wobec niepełnosprawnych (Sękowski, 1991).

Działania te mają na celu rozwój ogólnoludzkiej solidarności, otwartości i tolerancji, które wiążą się z akceptacją inności i pomocą osobom niepełnosprawnym, dla których istniejące normy obyczajowe, polityczne, prawne, a nawet moralne spychają ich na margines

społeczny (Legutko, 1994, za: Żuraw 2008 s. 353). Czynniki te łączą się z podnoszeniem poziomu nauczania społeczeństwa, jego rozwojem emocjonalnym, poznawczym, a także ekonomicznym oraz wiążą się z tworzeniem stabilnych i jasnych praw, które będą bronić nie tylko osoby niepełnosprawne, ale i istoty słabsze.

Implikują one formowanie się nawyków, postaw społecznych, poziomu wiedzy, umiejętności oraz zachowań społeczeństwa, które mają zapewniać współpracę osób pełnosprawnych z niepełnosprawnymi (Żuraw, 2008).

Rozdział 3. Metodologia badań własnych

Rozdział ten będzie poświęcony metodologicznym aspektom realizowanego projektu badawczego. Na samym początku zostaną przedstawione problemy badawcze, które będą podstawą tworzenia hipotez badawczych, które zostaną zweryfikowane w kolejnym rozdziale. Ponadto zostaną też omówione wykorzystane metody badawcze, a także procedura przeprowadzanych badań oraz charakterystyka badanej grupy.

3.1. Problem badawczy i hipotezy

Problem naukowy, który został podjęty w realizowanym programie badawczym skoncentrowany jest głównie na związku jaki zachodzi między lękiem, a postawami młodzieży wobec osób niepełnosprawnych.

Problem pracy można ująć w formie pytania ogólnego, które brzmi: *Czy i jakie związki zachodzą między poziomem lęku a postawami młodzieży wobec osób niepełnosprawnych?*

Rozwiązanie wyżej postawionego problemu wymaga udzielenia odpowiedzi na poniższe pytania:

1. *Jaki poziom lęku jako stanu i cechy przejawia badana młodzież?*
2. *Czy i jakie różnice w postawach wobec osób niepełnosprawnych występują u adolescentów?*
3. *Czy i jakie różnice w postawach wobec osób niepełnosprawnych występują u młodzieży o wysokim i niskim poziomie lęku?*

Analizy teoretyczne, a także wyniki dotychczasowych badań, które były poświęcone zależnościom między lękiem, traktowanym jako aktualny stan jednostki lub jako względnie stała cecha osobowości, a postawami wobec osób niepełnosprawnych, wykazywały, że wysoki poziom lęku (niezależnie od tego czy był rozumiany jako cecha czy stan), implikował negatywne postawy wobec niepełnosprawnych (Krause, 1991, za: Kossewska, 2003, s. 48), dają podstawy do przyjęcia następującej hipotezy ogólnej i hipotez szczegółowych:

H₀: Istnieją powiązania między poziomem lęku u młodzieży, a rodzajem postaw wobec niepełnosprawnych.

Natomiast jeżeli chodzi o hipotezy szczegółowe, to brzmią one następująco:

H₁: Młodzież z wysokim poziomem lęku różni się w zakresie prezentowanych postaw wobec niepełnosprawnych w porównaniu z młodzieżą o niskim poziomie tej zmiennej.

H₂: Osoby o niskim poziomie lęku jako stanu będą ujawniać pozytywne postawy wobec niepełnosprawnych.

H₃: Osoby o niskim poziomie lęku jako cechy będą ujawniać pozytywne postawy wobec niepełnosprawnych.

H₄: Osoby o wysokim poziomie lęku jako stanu będą ujawniać negatywne postawy wobec niepełnosprawnych.

H₅: Osoby o wysokim poziomie lęku jako cechy będą ujawniać negatywne postawy wobec niepełnosprawnych.

3.2. Charakterystyka metod badawczych

W realizowanym programie badawczym wykorzystano następujące narzędzia psychologiczne:

1. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI* opracowany przez C. D. Spielbergera, R. L. Gorsucha i R.E. Lushene'a (1970), w polskiej adaptacji C. D. Spielbergera, J. Strelau'a, M. Tysarczyka i K. Wrześniewskiego (1987),
2. *Skalę Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych (SPWON)* w opracowaniu A. E. Sękowskiego (1991).
3. Arkusz personalny własnej konstrukcji.

Metody te zostaną kolejno omówione.

3.2.1. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI C. D. Spielbergera, R. L. Gorsucha i R.E. Lushene'a

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI został opracowany przez C. D. Spielbergera, R. L. Gorsucha i R.E. Lushene'a w 1970 roku, natomiast polska adaptacja została opracowana przez C. D. Spielbergera, J. Strelau'a, M. Tysarczyka i K. Wrześniewskiego w 1987 roku. Inwentarz STAI jest przeznaczony zarówno dla osób dorosłych jak i dla młodzieży. Jest on stosowany w badaniach przesiewowych i indywidualnych. W przypadku badań przesiewowych, pozwala on na wykrycie osób o wysokim lub niskim poziomie lęku, który

jest rozumiany jako stała dyspozycja wewnętrzna. Ponadto Inwentarz ten stosowany jest również w badaniach eksperymentalnych, ponieważ daje okazje rejestrowania zmian natężenia lęku, który rozumiany jest jako chwilowy stan, pojawiający się w wyniku zadziałania określonych bodźców (Sosnowski, Wrześniewski i in., 2004).

C. D. Spielberger w swojej koncepcji nawiązał do badań R. B. Cattella i L. H. Scheiera, które przeprowadzane były w latach pięćdziesiątych. Na podstawie analizy czynnikowej pomiarów różnych wskaźników lęku w kilkunastu badaniach tej samej grupy, wyodrębnili oni dwa różne czynniki - lęku rozumianego jako stała cecha osobowości, oraz uwarunkowanego sytuacyjnie i przejściowo lęku, inaczej zwanego stanem (Sosnowski, Wrześniewski i in., 2004).

I tak C. D. Spielberger lęk-stan rozumie jako świadomy, subiektywny stan, któremu towarzyszy aktywacja lub pobudzenie układu nerwowego. Właściwością tego stanu jest zmienność wynikająca z oddziaływania różnorodnych czynników, które są odbierane jako zagrażające. Ten rodzaj lęku mierzony jest na pierwszej skali kwestionariusza – skali X-1.

Z kolei lęk rozumiany jako cecha według C. D. Spielberga rozumiany jest jako nabyta dyspozycja behawioralna, która powoduje, że osoba postrzega niegroźne sytuacje jako zagrażające i reaguje na nie nieproporcjonalnie silnym natężeniem lęku. Pojęcie to zwraca szczególną uwagę na wyuczony charakter lęku, który autor wiąże z okresem dzieciństwa, szczególnie z sytuacjami karaniami. Cecha ta mierzona jest za pomocą drugiej skali kwestionariusza – X-2 (Spielberger, 1966, za: Sosnowski, Wrześniewski i in., 2004, s. 6).

Obecnie Inwentarz STAI złożony jest z dwóch skal: skali X-1 mierzącej lęk jako stan i skali X-2 mierzącej lęk jako cechę. Każda z tych skal zawiera 20 stwierdzeń. Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do tych stwierdzeń poprzez wybór cyfry od 1 do 4, gdzie w skali X-1 oznaczają: 1 – zdecydowanie nie, 2 – raczej nie, 3 – raczej tak, 4 – zdecydowanie tak, a w przypadku skali X-2: 1 – prawie nigdy, 2 – czasem, 3 – często, 4 – prawie zawsze. Odpowiedź wybrana przez badaną osobę ma jak najlepiej opisywać jej subiektywne odczucia. Skale umieszczone są na jednym arkuszu w formacie A4, a każda z nich zawiera krótką instrukcję, a także informację odnośnie prawidłowego wypełnienia inwentarza oraz czego dotyczy badanie tym kwestionariuszem (Sosnowski, Wrześniewski i in., 2004). Na każdej ze skal można uzyskać maksymalnie po 80 punktów.

Rzetelność Inwentarza została obliczona dla trzech grup normalizacyjnych:

1. Ogólnej próby młodzieży w wieku 15-16 lat – 0,82-0,83.
2. Ogólnej próby dorosłych w wieku 21-79 lat - 0,76-0,92.
3. Grupy żołnierzy zasadniczej służby wojskowej – 0,86-0,93.

Natomiast trafność skal sprawdziła M. Tysarczyk (1976, za: Sosnowski, Wrześniewski i in., 2004), korelując wyniki przeprowadzonych badań na grupie 97 osób w odstępie czterech miesięcy, uzyskując wynik 0,79 w skali L-stan i 0,46 w skali L-cecha. Wyniki te są porównywalne do uzyskanych wyników przez Spielberger'a, Gorsuch'a i Lushene'a (1970, za: Sosnowski, Wrześniewski i in., 2004).

3.2.2. Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych A. E. Sękowskiego

Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych (SPWON) A. E. Sękowskiego jest skalą typu Likerta. Zbudowana jest z 30 stwierdzeń do których osoba badana ma się ustosunkować, poprzez ocenę poszczególnych stwierdzeń na skali od +3 do -3, które oznaczają:

+3 - zdecydowanie zgadzam się, +2 – zgadzam się, +1 – raczej zgadzam się, -1 – raczej nie zgadzam się, -2 – nie zgadzam się, 3 - zdecydowanie nie zgadzam się. Spośród 30 stwierdzeń, 15 z nich to, tzw. stwierdzenia „negatywne”, czyli takie, które podkreślają odmiennność i ograniczenia osób niepełnosprawnych, a kolejne 15 to, tzw. twierdzenia „pozytywne”, które z kolei podkreślają podobieństwa osób niepełnosprawnych do osób pełnosprawnych i ich możliwości.

A. E. Sękowski (1991) konstruując tę skalę opierał się na założeniu, że pozytywne postawy wobec niepełnosprawnych wynikają przede wszystkim w dostrzeganiu podobieństw niepełnosprawnych do pełnosprawnych, dotyczących ich możliwości, zachowania, a także innych aktywności i formach życia. Inaczej mówiąc, im więcej ludzie sprawni dostrzegają podobieństw osób niepełnosprawnych do sprawnych, tym dysonans poznawczy jest mniejszy i postawy bardziej pozytywne.

Obliczając wyniki stosuje się następującą procedurę:

1. Zmieniamy znaki w 15 stwierdzeniach pozytywnych.
2. Sumujemy wynik z uwzględnieniem znaków.
3. W uzyskanej sumie zmieniamy się znak.
4. Do uzyskanej sumy dodajemy 90.

Procedura ta powoduje, że otrzymane wyniki mieszczą się w granicach od 0 do 180 punktów, a im wyższy wynik tym postawa jest bardziej pozytywna (Sękowski, 1991).

Trafność skali została oceniona na podstawie obliczenia współczynnika korelacji między wynikami uzyskanymi w Skali Postaw Wobec Kalectwa K. Klimasińskiego, a *Skalą*

Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych A.E. Sękowskiego. Uzyskany współczynnik wyniósł 0,74 (Sękowski, 1991).

Rzetelność Skali została natomiast obliczona na grupie 100 studentów badanych w miesięcznym odstępie. Obliczony współczynnik korelacji na podstawie wyników uzyskanych w obu badaniach przez studentów wyniósł 0,82 (Sękowski, 1991).

3.2.3. Arkusz personalny

Aby zebrać dane, które umożliwią charakterystykę badanej młodzieży został skonstruowany arkusz personalny, składający się z pytań otwartych i pytań zamkniętych. Pierwsza część arkusza składa się z pytań mających na celu zebranie danych socjodemograficznych. Pytania te dotyczą:

- a) płci i wieku badanych,
- b) miejsca zamieszkania,
- c) rodziny i stosunków w niej panujących,
- d) posiadanie rodzeństwa,
- e) relacji z rówieśnikami,
- f) zainteresowań.

Kolejna część arkusza odnosi się do stosunków i kontaktów z osobami niepełnosprawnymi. Pytania w tej części zawarte dotyczą:

- a) obecności niepełnosprawnych w rodzinie,
- b) kontaktu z niepełnosprawnymi,
- c) sposobu definicji niepełnosprawności przez młodzież,
- d) rodzajów niepełnosprawności wywołujących negatywne emocje,
- e) bezinteresownej pomocy osobie niepełnosprawnej,
- f) reakcji na dyskryminację,
- g) możliwości zaprzyjaźnienia się z niepełnosprawnym rówieśnikiem.

Ostatnia część arkusza składa się z 5 pytań otwartych:

1. Kiedy widzę osobę niepełnosprawną to czuję...
2. Myślę, że osoby niepełnosprawne są...
3. Gdybym miał pomóc osobie niepełnosprawnej to...
4. Osoba niepełnosprawna jest dla mnie...
5. Jakie słyszałeś/aś określenia na temat niepełnosprawnych?

W ten sposób dobranym zestawem metod przeprowadzono badania w grupie młodzieży uczącej się w liceum i gimnazjum powiatu limanowskiego. Charakterystyka respondentów będzie treścią kolejnego paragrafu.

3.3. Charakterystyka osób badanych

Grupę badanych tworzyło 205 osób, w tym 145 kobiet oraz 60 mężczyzn. Badanymi była młodzież w wieku od 15 do 18 roku życia. Spośród 205 uczniów 131 z nich było uczniami I i II klasy w I Liceum Ogólnokształcącym im. Władysława Orkana w Limanowej, a 74 było uczniami III klasy gimnazjum w Zespole Szkół Samorządowych nr 3 im. ks. płk Józefa Jońca w Limanowej.

W poniższych tabelach znajdują się podstawowe informacje o osobach badanych. Ich zebranie było możliwe dzięki informacjom uzyskanym w arkuszu personalnym własnej konstrukcji.

Procentowy rozkład badanych osób, ze względu na płeć przedstawia Tabela 3.1.

Tabela 3.1. Procentowy rozkład płci badanej młodzieży

Płeć	Liczebność (N)	Procent (%)
Kobiety	145	70,73
Mężczyźni	60	29,27
Razem	205	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Rozkład płci w grupie osób badanej młodzieży przedstawia się następująco: 70,73% całej grupy badanych stanowią kobiety, natomiast 29,27% badanych osób stanowią mężczyźni. Należy zaznaczyć, że w grupie badanych adolescentów przeważają kobiety.

Kolejną zmienną socjodemograficzną, uwzględnioną w charakterystyce badanych jest ich wiek. W Tabeli 3.2 przedstawiony został procentowy rozkład wieku osób badanych (patrz, s. 59).

Tabela 3.2. Procentowy rozkład wieku badanych

Wiek	Liczebność (N)	Procent (%)
15	17	19,87
16	95	34,79
17	60	31,68
18	33	13,66
Razem	205	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zamieszczonych w Tabeli 3.2. wskazuje, że 19,87% osób to 15-latkowie, 34,79% badanych to 16-latkowie, 31,68% osób to 17-latkowie, a 13,66% to 18-latkowie, którzy stanowią najmniejszą grupę.

Kolejną zmienną w charakterystyce badanej młodzieży jest miejsce jej stałego miejsca zamieszkania. Dane zostały przedstawione w Tabeli 3.3.

Tabela 3.3. Procentowy rozkład miejsce stałego zamieszkania badanej młodzieży

Stale miejsce zamieszkania	Liczebność (N)	Procent (%)
Wieś	121	59,02
Małe miasto	84	40,98
Razem	205	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych ujętych w Tabeli 3.3. wskazuje, że 59,02% badanych mieszka na wsi, a 40,98% mieszka w małym mieście.

Następną zmienną uwzględnioną w charakterystyce badanej młodzieży była struktura rodziny w jakiej się wychowują. Odpowiednie wskaźniki liczbowe zostały zamieszczone w Tabeli 3.4. (patrz, s. 60).

Tabela 3.4. Procentowy rozkład struktury rodziny badanych

Struktura rodziny	Liczebność (N)	Procent (%)
Pełna	193	94,14
Niepełna	6	2,93
Zrekonstruowana	6	2,93
Razem	205	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zamieszczonych w Tabeli 3.4. wskazuje, że największa ilość osób, wychowuje się w rodzinie pełnej 94,14%. Natomiast w rodzinach niepełnych i zrekonstruowanych wychowuje się ten sam procent badanych czyli – 2,93%.

Inna zmienna, o którą pytano badaną grupę adolescentów dotyczyła posiadanego rodzeństwa. Dane zamieszczono w Tabeli 3.5.

Tabela 3.5. Procentowy rozkład liczby rodzeństwa osób badanych

Rodzeństwo	Liczebność (N)	Procent (%)
Brak	12	5,85
Jedno	70	34,15
Dwoje	66	32,30
Troje	27	13,17
Powyżej 3	30	14,63
Razem	205	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Największą grupę badanych stanowi młodzież posiadająca jedno (34,15%) lub dwójkę (32,30%) rodzeństwa. 13,17% młodzieży podaje, że posiada 3 rodzeństwa, a 14,63% badanych deklaruje, że posiada więcej niż 3 rodzeństwa. Najmniejszą grupę stanowią uczniowie nie posiadający rodzeństwa – 5,85%.

Badaną młodzież zapytano również o ocenę ich kontaktów z rodzicami i rówieśnikami. Uzyskane wyniki przedstawiono w Tabeli 3.6 i 3.7. (patrz, s. 61)

Tabela 3.6. Procentowy rozkład stosunków z rodzicami deklarowanych przez badanych

Kontakt z rodzicami	Liczebność (N)	Procent (%)
Bardzo dobry	92	44,88
Dobry	89	43,41
Przeciętny	22	10,73
Zły	2	0,98
Bardzo zły	0	0,00
Razem	205	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza uzyskanych wyników wskazuje, że 44,88% badanych posiada bardzo dobre relacje z rodzicami, kolejne 43,41% deklaruje, że relacje te są na poziomie dobrym, 10,73% badanych ocenia te relacje na przeciętnym poziomie, a jedynie 0,98% młodzieży uważa, że ma złe relacje z rodzicami.

Tabela 3.7. Procentowy rozkład stosunków z kolegami deklarowanych przez badanych

Kontakt z rówieśnikami	Liczebność (N)	Procent (%)
Bardzo dobry	98	47,80
Dobry	99	48,29
Przeciętny	5	2,44
Zły	2	0,98
Bardzo zły	1	0,49
Razem	205	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Z kolei analiza uzyskanych wyników dotyczących relacji z rówieśnikami pokazuje, że 47,80% badanych deklaruje, że posiada bardzo dobre relacje z rówieśnikami, kolejne 48,29% ocenia te relacje na poziomie dobrym, 2,44% badanych ocenia te relacje na przeciętnym poziomie, a jedynie 1,47% młodzieży uważa, że ma złe lub bardzo złe relacje z rówieśnikami.

Ostatnią zmienną socjodemograficzną, opisującą respondentów jest rodzaj ich zainteresowań. Badana młodzież mogła dokonywać wielokrotnego wyboru dysponując listą zainteresowań. Mogli oni również dopisywać własne oryginalne zainteresowania. Wyniki przedstawia Tabela 3.8. (patrz, s. 62).

Tabela 3.8. Rozkład zainteresowań wśród badanych

Zainteresowania	Liczebność (N)	Procent (%)
Muzyka	155	75,61
Sport	111	54,15
Internet	93	45,36
Czytanie	83	40,49
Tv	49	23,90
Inne (moda, taniec, fotografia, góry, gotowanie, podróże)	47	22,92
Wolontariat	36	17,56

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza ukazuje, że największe zainteresowanie wśród młodzieży dotyczy muzyki – jest to 75,61% badanych. Z kolei popularny wśród młodzieży jest również sport - 54,15%, Internet 45,36% oraz czytanie – 40,49%. Najmniejszą popularnością cieszy się telewizja 23,90% i inne zainteresowania (moda, taniec, fotografia, góry, gotowanie, podróże) – 22,92%. Najmniej młodzieży jako zainteresowanie podało wolontariat 17,56%.

Z kolei w Tabeli 3.9 przedstawiono ile badanych miało kontakt z osobami niepełnosprawnymi i w jakich okolicznościach.

Tabela 3.9. Procentowy rozkład kontaktów z osobami niepełnosprawnymi przez badanych

Kontakt z osobami niepełnosprawnymi	Liczebność (N)	Procent (%)
Brak kontaktu	33	16,10
Poza rodziną	115	56,10
W rodzinie/wśród znajomych	57	27,80
Razem	205	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Największy procent osób miało kontakt z niepełnosprawnymi poza rodziną – jest to 56,10% badanych, z kolei 27,80% badanych deklaruje, że ich kontakt z niepełnosprawnymi związany jest z obecnością osoby niepełnosprawnej w rodzinie lub wśród znajomych. Natomiast 16,10% uczniów, uważa, że nie miało bezpośredniego kontaktu z osobami niepełnosprawnymi.

Badanych, którzy mają osobę niepełnosprawną w rodzinie lub wśród znajomych, zapytano o rodzaj tej niepełnosprawności. Wyniki przedstawiono w Tabeli 3.10. (patrz, s. 11).

Tabela 3.10. Procentowy rozkład rodzajów niepełnosprawności z jakimi badani mają styczność w rodzinie lub znajomych

Rodzaj niepełnosprawności	Liczebność (N)	Procent (%)
Fizyczna	34	59,65
Umysłowa	12	21,05
Obydwie	11	19,30
Razem	57	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza uzyskanych wyników wskazuje, że młodzież największą styczność ma z niepełnosprawnością fizyczną – 59,65%, natomiast z niepełnosprawnością umysłową 21,05%. Spośród badanych, styczność z obydwojema rodzajami niepełnosprawności miało 19,30%.

W kolejnym pytaniu badana młodzież miała określić czy pomogłaby osobie niepełnosprawnej, gdyby zaszła taka konieczność. Wyniki przedstawiono w Tabeli 3.11.

Tabela 3.11. Procentowy rozkład deklaracji udzielenia pomocy osobie niepełnosprawnej przez badanych

Pomoc	Liczebność (N)	Procent (%)
Zdecydowanie nie	2	0,98
Raczej nie	4	1,95
Raczej tak	94	45,85
Zdecydowanie tak	105	51,22
Razem	205	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza uzyskanych wyników pokazuje, że 51,22% badanych deklaruje zdecydowaną pomoc osobie niepełnosprawnej, a 45,85% stwierdza, że raczej udzieliłoby pomocy. 1,95% badanych raczej nie podjęłoby się pomocy osobie niepełnosprawnej, a 0,98% nie udzieliłoby pomocy.

W kolejnym pytaniu badani mieli odpowiedzieć czy zareagowaliby na dyskryminację niepełnosprawnego rówieśnika. Wyniki badań przedstawiono w Tabeli 3.12.

Tabela 3.12. Procentowy rozkład deklaracji reakcji na dyskryminację osoby niepełnosprawnej przez badanych

Reakcja na dyskryminację	Liczebność (N)	Procent (%)
Zdecydowanie nie	0	0,00
Raczej nie	8	3,90
Raczej tak	110	53,66
Zdecydowanie tak	87	42,44
Razem	205	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza uzyskanych wyników pokazuje, że wśród badanych nie ma osoby, która zdecydowanie nie zareagowałaby na dyskryminację rówieśnika. 3,90% badanych raczej by nie zareagowało na taką sytuację. Zdecydowana większość uczniów, bo 53,66% z nich zdecydowanie zareagowałoby na taką sytuację, a 42,44% raczej też zareagowałoby w przypadku takiego zdarzenia.

Kolejne pytanie na które mieli odpowiedzieć badani było związane z możliwością przyjaźnienia się z osobą niepełnosprawną. Uzyskane wyniki zostały przedstawione w Tabeli 3.13. (patrz, s. 64).

Tabela 3.13. Procentowy rozkład deklaracji przyjaźnienia się z niepełnosprawnym rówieśnikiem

Niepełnosprawny przyjaciel	Liczebność (N)	Procent (%)
Tak	137	66,83
Nie	0	0,00
Nie wiem	68	33,17
Razem	205	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując uzyskane wyniki, należy zauważyć, że 66,83% badanych, deklaruje, że ich przyjacielem mogłaby być osoba niepełnosprawna, natomiast 1/3 badanych (33,17%), nie wie

czy mogłaby się przyjaźnić z niepełnosprawnym rówieśnikiem. Natomiast żadna z osób badanych nie stwierdziła, że nie mogłaby przyjaźnić się z taką osobą.

W kolejnym zadaniu badana młodzież mogła dokonywać wielokrotnego wyboru definiując czym jest niepełnosprawność. Wyniki przedstawia Tabela 3.14.

Tabela 3.14. Rozumienie pojęcia niepełnosprawności przez badanych

Definicja niepełnosprawności	Liczebność (N)	Procent (%)
Brak całkowitej sprawności ruchowej	126	61,46
Widoczne zniekształcenia ciała	24	11,70
Osoba chora umysłowo	25	12,20
Osoba potrzebująca pomocy	76	37,07
Osoba niezaradna życiowo	15	7,32

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza prezentowanych wyników mówi, że 61,46% badanych niepełnosprawność definiuje jako całkowity brak sprawności ruchowej, a 37,07% uważa, że osoba niepełnosprawna to taka osoba, która potrzebuje pomocy innych. Badani definiują też niepełnosprawnych jako osoby chore umysłowo – 12,20% i jako osoby z zniekształceniami ciała 11,70%. Tylko 7,32% badanych osoby niepełnosprawne rozumie je jako osoby niezaradne życiowo.

Kolejne pytanie dotyczy czy, a jeżeli tak to jaki rodzaj niepełnosprawności wywołują u badanych negatywne emocje. Wyniki przedstawiono w Tabeli 3.15. i 3.16. (patrz, s. 66). W przypadku rodzajów niepełnosprawności badani mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

Tabela 3.15. Procentowy rozkład odczuwania negatywnych emocji przez badanych wobec osób niepełnosprawnych

Negatywne emocje	Liczebność (N)	Procent (%)
Tak	65	31,70
Nie	140	68,30
Razem	205	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 3.16. Rozkład rodzajów niepełnosprawności, które wywołują negatywne emocje wobec niepełnosprawnych

Rodzaje niepełnosprawności	Liczebność (N)	Procent (%)
Niepełnosprawność ruchowa	2	3,08
Wada wymowy	0	0,00
Deformacja ciała	35	53,85
Upośledzenie umysłowe	28	43,08

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza uzyskanych wyników wskazuje, że 2/3 badanych (68,30%) nie odczuwa negatywnych emocji w kontakcie z osobami niepełnosprawnymi. Natomiast u osób u których pojawiają się negatywne emocje wobec niepełnosprawnych, najczęściej wiążą się z deformacją ciała 49,23% i upośledzeniem umysłowym 43,08%. Zaledwie 3,08% badanych odczuwa negatywne emocje wobec osób z niepełnosprawnością ruchową. Żaden z badanych nie odczuwa negatywnych emocji w odniesieniu do osób z wadą wymowy.

3.4. Strategia badań własnych

W badaniach wzięło udział 205 uczniów. Były one prowadzone w klasach trzecich gimnazjum oraz w pierwszej i drugiej klasie liceum ogólnokształcącego mieszczących się na terenie powiatu limanowskiego. Dobór badanej młodzieży miał charakter losowy. Testy były rozdawane na lekcjach wychowawczych i były od razu wypełniane przez osoby badane. Osoby biorące udział w badaniu nie miały pytań dotyczących instrukcji wypełniania kwestionariuszy. Testy zostały wypełnione anonimowo i dobrowolnie – żaden z uczniów nie odmówił wzięcia udziału w badaniach. Rozdane zostało 250 kompletów testów. Wśród nich 205 zostało wypełnione prawidłowo i kompletnie. Pozostałe arkusze ze względów formalnych nie zostały uwzględnione w dalszym opracowaniu danych empirycznych. Badanie przeprowadzała osoba niepełnosprawna w obecności pedagoga lub wychowawcy klasy.

W skład zestawu metod wchodziły:

1. *Arkusz personalny.*
2. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI autorstwa C. D. Spielbergera, R. L. Gorsucha i R.E. Lushene'a w polskiej adaptacji opracowanej przez C. D. Spielbergera, J. Strelau'a, M. Tysarczyka i K. Wrześniewskiego.*
3. *Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych (SPWON) A.E. Sękowskiego.*

Uzyskane dane są wiarygodne i w następnym rozdziale zostaną one poddane zarówno analizie statystycznej jak i psychologicznej.

Rozdział 4. Charakterystyka badanych w świetle uzyskanych wyników

Niniejszy rozdział poświęcony będzie psychologicznej charakterystyce całej grupy badanej młodzieży dokonanej w oparciu o uzyskane wyniki. Opisane dane pozwolą na zrozumienie specyfiki funkcjonowania osób biorących udział w badaniu. Umożliwi to także trafniejsze zinterpretowanie wyników badań analizowanych w dalszej części pracy. Jako pierwsza zostanie omówiona charakterystyka lęku u badanych, następnie zostanie opisana charakterystyka postaw wobec niepełnosprawnych, a na końcu zostaną opisane grupy skrajne i korelacje.

4.1. Charakterystyka lęku badanych wobec osób niepełnosprawnych

Poziom lęku został określony na podstawie *Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI* autorstwa C.D. Spielbergera, R.L. Gorsucha i R.E. Lushene'a, w polskiej adaptacji opracowanej przez C. D. Spielbergera, J. Strelau'a, M. Tysarczyka i K. Wrześniewskiego. Metoda daje możliwość określenia poziomu lęku rozumianego jako stanu jak i cechy.

Poniżej przedstawiono Tabele 4.1. zawierającą wskaźniki liczbowe dla całej grupy badanych (N = 205), Tabele 4.2. i 4.3. zawierające przedziały rozkładu poziomu lęku jako stanu i cechy oraz Rysunki 4.1. oraz 4.2. przedstawiające graficzny rozkład wyników.

Tabela 4.1. Poziom lęku w grupie badanej młodzieży na podstawie wyników kwestionariusza STAI

STAI	M	SD	Min	Max	N
STAI cecha	49,97	9,97	30	79	205
STAI stan	50,11	9,98	27	78	205

Źródło: Opracowanie własne.

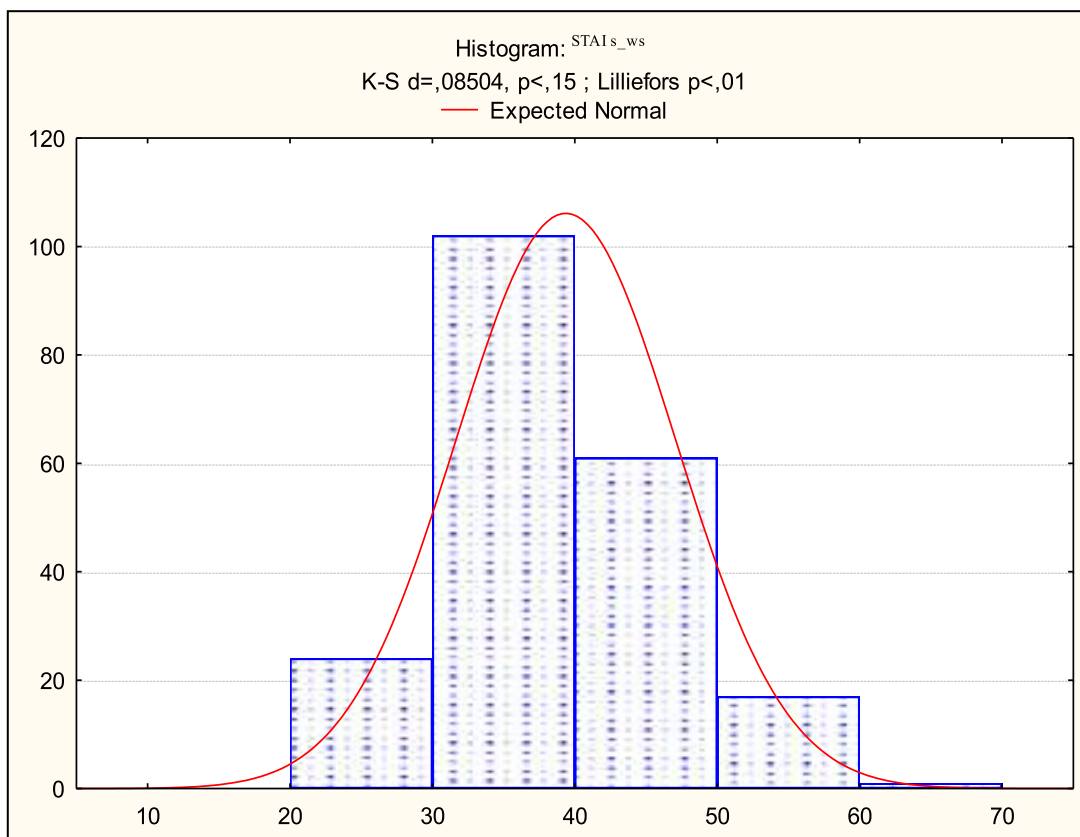
Dane liczbowe zawarte w Tabeli 4.1. wskazują, że grupa badanej młodzieży w zakresie lęku jako cechy uzyskała wyniki od 30-79, średnią 49,97 i odchylenie standardowe 9,97. Natomiast respondenci w zakresie lęku jako stanu charakteryzują się wynikami od 27-78, średnią 50,11 i odchyleniem standardowym 9,98.

Tabela 4.2. Procentowy rozkład wyników we wskaźniku poziomu łęku jako stan dla całej grupy badanych

Przedziały rozkładu poziomu łęku jako stanu	N	%
20<x<=30	1	0,49
30<x<=40	36	17,56
40<x<=50	75	36,59
50<x<=60	60	29,27
60<x<=70	26	12,68
70<x<=80	7	3,41
Razem	205	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 4.2. wskazuje, że najliczniejszą grupę stanowi młodzież, której wynik ogólny łęku jako stanu zawiera się w przedziale od 40 do 50, co stanowi 36,59%. Druga pod względem liczebności grupa stanowi 29,27%, gdzie wyniki plasują się między 50 a 60. Natomiast 0,49% adolescentów uzyskało wyniki mieszczące się w przedziale 20-30. Najwyższy wynik ogólny wynoszący między 70 a 80 wybrało tylko 3,41% badanych.



Wykres 4.1. Graficzny rozkład wyników łęku jako stanu w całej grupie badanych

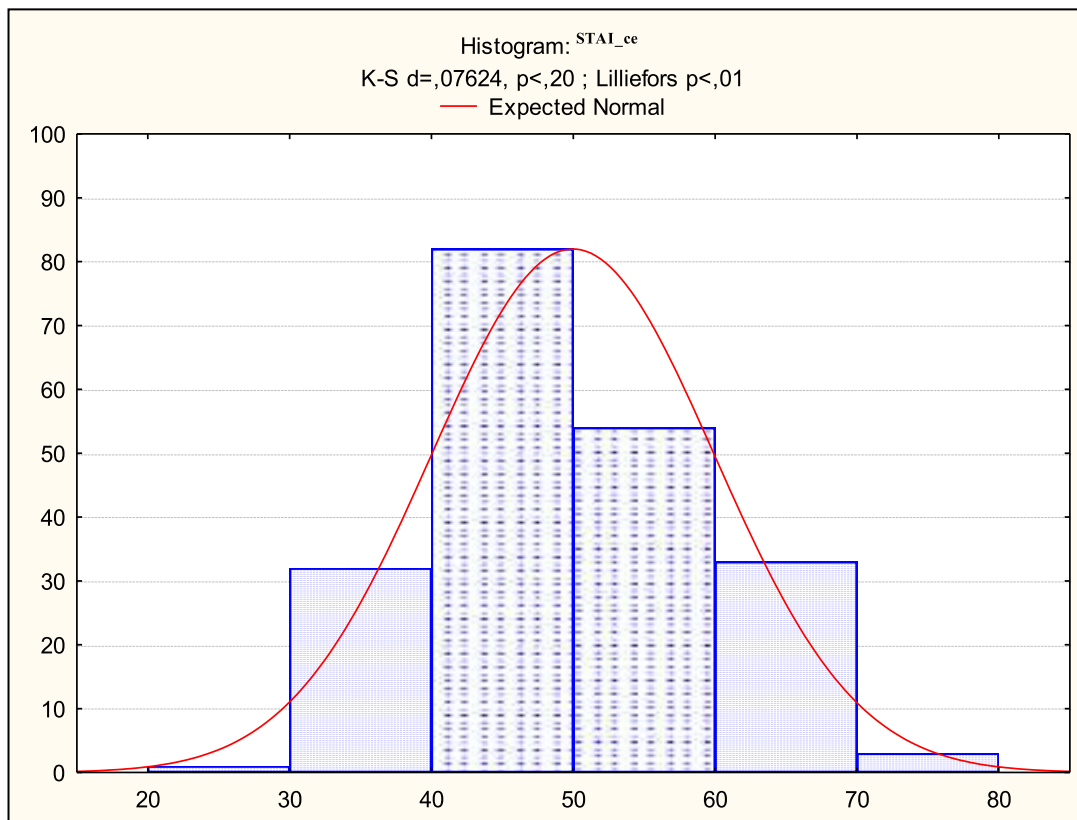
Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 4.3. Procentowy rozkład wyników we wskaźniku poziomu lęku jako cecha dla całej grupy badanych

Przedziały rozkładu poziomu lęku jako cecha	N	%
20<x<=30	1	0,49
30<x<=40	32	15,61
40<x<=50	82	40,00
50<x<=60	54	26,34
60<x<=70	33	16,10
70<x<=80	3	1,46
Razem	205	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując uzyskane wyniki stwierdza się, iż najliczniejsze grupy stanowi młodzież, której wynik ogólny lęku jako cechy zawiera się przedziałach od 40 do 50 (40,00% badanych) i 50-60 (26,34% badanych). Natomiast 0,49% adolescentów uzyskało wyniki mieszczące się w przedziale 20-30. Najwyższy wynik ogólny wynoszący między 70 a 80 wybrało tylko 1,46% badanych.



Wykres 4.2. Graficzny rozkład wyników lęku jako cecha w całej grupie badanych

Źródło: Opracowanie własne.

Reasumując należy stwierdzić, że badana młodzież charakteryzuje się zbliżonym ogólnym poziomem lęku jako cechy (SD=9,97; M=49,97; Min=30; Max=79) do lęku jako stanu (SD=50,11; M=50,11; Min=27; Max=78).

4.2. Charakterystyka postaw młodzieży wobec niepełnosprawnych

Skala do pomiaru *Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych A.E. Sękowskiego* pozwala określić jakie postawy (pozytywne czy negatywne) prezentuje badana młodzież. Według A. E. Sękowskiego (1991) im wyższy uzyskany wynik, tym bardziej pozytywna postawa.

W celu dokonania analizy statystycznej wyniki w skali SPWON zostały znormalizowane w skali T. W miejsce sugerowanych oddzielnych obliczeń wyników w itemach pozytywnych i negatywnych obliczono i znormalizowano wyniki na skali od 1 do 6. W ten sposób, w kwestionariuszu *Tennessee Skala Obrazu Siebie (TSCS)* oblicza się rozkład wyników na każdym z poziomów odpowiedzi danej osoby we wszystkich itemach kwestionariusza. W ten sposób uwzględnia się również oceny pozytywne (5-6), obojętne (3-4) i negatywne (1-2).

Tabela 4.4. ukazuje dane liczbowe dla całej grupy badanych (N = 205) w *Skali Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych*, zaś Tabela 4.5. zawiera procentowe przedziały wyników uzyskane przez badanych w niniejszej skali.

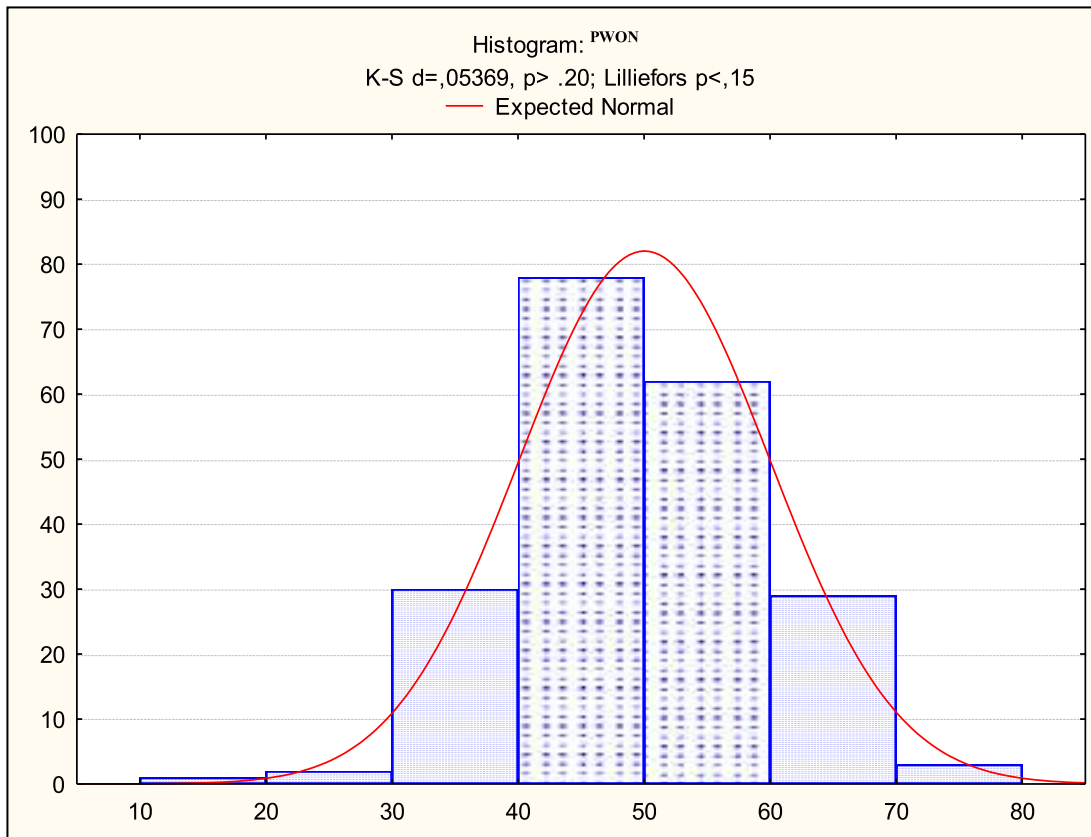
Tabela 4.4. Rozkład wyników w SPWON w grupie badanej młodzieży

SPWON	M	SD	Mediana	Min	Max	N
	50,04	9,97	40,00	18	78	205

Źródło: Opracowanie własne.

Dane liczbowe zawarte w Tabeli 4.4. wskazują, że grupa badanych adolescentów w zakresie postaw wobec osób niepełnosprawnych charakteryzuje się wynikami od 18-78, średnią 50,04 i odchyleniem standardowym 9,97.

Rozkład wyników przedstawia poniższy Wykres 4.3. (patrz, s.72).



Wykres 4.3. Graficzny rozkład średnich wyników *Skali Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych (SPWON)* w całej grupie badanych

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 4.5. Procentowy rozkład wyników uzyskanych we wskaźniku postaw wobec osób niepełnosprawnych dla całej grupy badanych

Przedziały PWON	N	%
10 < x ≤ 20	1	0,49
20 < x ≤ 30	2	0,98
30 < x ≤ 40	30	14,63
40 < x ≤ 50	78	38,05
50 < x ≤ 60	62	30,24
60 < x ≤ 70	29	14,15
70 < x ≤ 80	3	1,46
Razem	205	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując uzyskane wyniki stwierdza się, że najliczniejszą grupę stanowi młodzież, której wynik ogólny w *Skali Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych* zawiera się w przedziale od 40 do 50, co stanowi 38,05%. Druga pod względem liczebności grupa stanowi

30,24%, gdzie wyniki plasują się między 50 a 60. Natomiast 0,49% adolescentów uzyskało wyniki mieszczące się w przedziale 10-20. Najwyższy wynik ogólny wynoszący między 70 a 80 wybrało tylko 1,46% badanych.

W celu pogłębienia analiz dotyczących komponentów postawy w całej grupie osób badanych dokonano opisu myśli, emocji i doświadczeń pojawiających się w sytuacji kontaktu z osobą niepełnosprawną, na podstawie danych uzyskanych w Arkuszu personalnym, w tym także, zawartych w niej zdaniach niedokończonych.

Jako pierwszy zostanie opisany komponent poznawczy, który związany jest z wiedzą, przekonaniami i ilością informacji jaką na temat niepełnosprawności ma badana młodzież.

Uzyskane wyniki zostaną przedstawione w Tabeli 4.6., 4.7. oraz 4.8. (patrz, s. 72-77).

Tabela 4.6. Rozkład wypowiedzi dotyczących myśli o osobach niepełnosprawnych przez badanych (komponent poznawczy)

Myśli o osobach niepełnosprawnych	Liczebność (N)	Procent (%)
Normalni jak pełnosprawni	76	37,07
Pomimo trudności, radzą sobie w życiu	19	9,27
Sympatyczne	14	6,87
Bardziej doświadczeni przez los	14	6,87
Dyskryminowane	12	5,85
Inteligentne	11	5,36
Bardziej wrażliwe, wyrozumiałe	11	5,36
Silne psychicznie	11	5,36
Normalne, ale potrzebują pomocy innych	10	4,88
Szczęśliwsze, bo doceniają to co mają	8	3,90
Normalnymi ludźmi, ale z chorobą	7	3,41
Wyjątkowe pod pewnym względem	7	3,41
Są autorytetem	6	2,93
Dobrymi ludźmi, przyjaciółmi	4	1,95
Odważne	3	1,46
Inne zewnętrznie, ale takie same wewnątrznie	3	1,46
Lepsze od sprawnych	2	0,97
Źle nastawione	2	0,97
Mają prawo do szczęścia jak inni	1	0,49
Nieśmiałe, skryte	1	0,49

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując powyższe wypowiedzi badanej młodzieży należy podkreślić, że 37,07% z nich uważa, że osoby niepełnosprawne są takie jak sprawni ludzie. Wśród uzyskanych odpowiedzi można dostrzec, że mają one wymiar pozytywny, tzn. że młodzież zwraca uwagę na mocne strony osób niepełnosprawnych, np. inteligencję 5,36%, wrażliwość 5,36%, siłę psychiczną 5,36% czy umiejętność radzenia sobie z trudnościami 9,27%. Młodzież zwraca też uwagę różnicę między sprawnymi, a niepełnosprawnymi, tzn. niepełnosprawni są normalni, ale potrzebują pomocy 4,88%, są chorzy 3,41%, są dyskryminowani 5,85%, są różni zewnętrznie, ale tacy sami wewnętrznie 1,46%. Badani podkreślają też wyjątkowość niepełnosprawnych, np. część badanych twierdzi, że osoby niepełnosprawne są wyjątkowe pod pewnym względem 3,41%, że są szczęśliwsze, bo doceniają to co mają 3,90%, a nawet lepsze od sprawnych 0,97%. Dla 2,97% badanych, niepełnosprawni są autorytetem. Niewielki odsetek badanych podkreśla negatywne cechy niepełnosprawnych, np. że są źle nastawione 0,97%.

Tabela 4.7. Rozkład wypowiedzi dotyczących znaczenia osób niepełnosprawnych przez badanych (komponent poznawczy)

Znaczenie osób niepełnosprawnych	Liczebność (N)	Procent (%)
Jak każdy inny człowiek	115	56,10
Są autorytetem	26	12,68
Jak każdy inny człowiek, ale potrzebujący pomocy	25	12,20
Inną	9	4,39
Jak każdy inny człowiek, tyle, że mają wadę cielesną	7	3,41
Ktoś, kto ma problemy, ale potrafi z nimi żyć	5	2,44
Osobą pokrzywdzoną przez los	4	1,95
Nieobojętna	2	0,97
Rówieśnikiem	2	0,97
Chorym/biednym	2	0,97
Szansą na poznanie kogoś nowego	1	0,49
Osobą o większej wrażliwości	1	0,49
Osobą zmuszającą do przemyśleń	1	0,49
Nie wiem/brak	4	1,95

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując znaczenie osób niepełnosprawnych dla badanych należy stwierdzić, że są oni dla nich jak inni ludzie – 56,10%. Dla 12,68% uczniów, osoby niepełnosprawne są autorytetami. Część badanych podkreśla też podobieństwo, a równocześnie różnicę między

sprawnymi, a niepełnosprawnymi, tzn.: są takie same, ale potrzebują pomocy (12,20%), mają wadę cielesną (3,41%). Dla badanych niepełnosprawni są osobami, które potrafią żyć ze swoimi problemami (2,44%), szansą na poznanie kogoś nowego, wrażliwymi osobami, zmuszającymi do przemyśleń (po 0,49%). Dla kolejnej grupy niepełnosprawni to ludzie pokrzywdzeni przez los (1,95%), osoby chore i biedne (0,97%). 1,95% badanych nie wiedziało jakie jest subiektywne znaczenia osoby niepełnosprawnej lub nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Struktura poznawcza dotyczy również stereotypów, które wiążą się z przekonaniami i wiedzą jednostki na temat określonych grup społecznych (Hamilton, Troiler, 1986). Jak wiadomo, stereotypy są zdeterminowane nie przez jeden, ale wiele czynników o charakterze społeczno-psychologicznym. Stereotypy powstają na skutek gromadzenia się u jednostki spostrzeżeń, które dotyczą środowiska w którym funkcjonuje. Zgromadzone informacje są przez jednostkę interpretowane, zapamiętywane, a następnie wyciągane z pamięci i wykorzystywane w określonych sytuacjach (Barnes, Mercer, 2008). Konsekwencje ich używania mogą być różne: od rozwiązań związanych z rozwiązaniami siłowymi, do silnie zakorzenionych w społeczeństwie przekonań, postaw oraz praktyki codziennego życia. Mogą one również być przyczyną społecznej niesprawiedliwości (Barnes, Mercer, 2008).

W Tabeli 4.8. (patrz, s. 76) zaprezentowano jak stereotypy dotyczące niepełnosprawności przejawiają się w określeniach, które stosuje młodzież w odniesieniu do niepełnosprawnych.

Dla badanych najbardziej popularnym określeniem na osobę niepełnosprawną jest kaleka – 22,44%, inwalida - 16,58% i ułomny – 6,34%. Część badanych nie wymienia konkretnych nazw, a jedynie dzieli je na pozytywne (6,83%) i negatywne (5,36%). Wypowiedzi badanych można podzielić na 3 grupy określeń: pozytywne, negatywne i obojętne. Najliczniejszą grupę określeń stanowią negatywne stwierdzenia jak: dziwny (5,36%), pokrzywdzony przez los (2,44%), down (1,46 %), bezradny (1,46 %), uzależniony od innych (2,44%), gorszy od innych (1,46%), niedorozwój (2,44%), upośledzony, inny, człowiek specjalnej troski (po 0,97%), niezdolni do normalnego życia, obciążenie dla społeczeństwa (po 0,49%). Obojętne nazwy to: chory (3,90%), niepełnosprawny (1,97%) czy sprawny inaczej (1,46%) (patrz, s. 76).

Tabela 4.8. Rozkład wypowiedzi dotyczących określeń na osoby niepełnosprawne przez badanych (komponent poznawczy)

Stereotypy	Liczebność (N)	Procent (%)
Kaleka	46	22,44
Inwalida	34	16,58
Pozytywne	14	6,83
Ułomni	13	6,34
Negatywne	11	5,36
Dziwny	11	5,36
Chory	8	3,90
Pokrzywdzeni przez los	5	2,44
Uzależnione od innych	5	2,44
Niedorozwój	5	2,44
Niepełnosprawny	4	1,95
Biedny	4	1,97
Niepełnosprytny	3	1,46
Down	3	1,46
Sprawny inaczej	3	1,46
Bezradni	3	1,46
Są gorsze od innych	3	1,46
Upośledzony	2	0,97
Inni	2	0,97
Ludzie specjalnej troski	2	0,97
Niezdolni do normalnego życia	1	0,49
Cieszące się życiem	1	0,49
Nie w pełni sprawni	1	0,49
Obciążenie dla społeczeństwa	1	0,49
Nie znam	44	21,46
Brak	28	13,66

Źródło: Opracowanie własne.

I najmniejsza grupa dotycząca pozytywnych określeń: niepełnosprytni (1,46%) i cieszący się życiem (0,49%). 21,46% badanych deklaruje, że nie zna innych określeń na osoby niepełnosprawne, a 13,66% uczniów nie odpowiedziało na powyższe pytanie.

Jako kolejny zostanie opisany komponent emocjonalny, który dotyczy uczuć jakie jednostka odczuwa w odniesieniu do przedmiotu postawy – w tym przypadku do osób niepełnosprawnych w Tabeli 4.9.

Tabela 4.9. Rozkład wypowiedzi dotyczących emocji w odniesieniu do osób niepełnosprawnych przez badanych (komponent emocjonalny)

Emocje	Liczebność (N)	Procent (%)
Współczucie	127	61,95
Smutek	38	18,54
Żal	31	15,12
Podziw	19	9,27
Chce pomóc	14	6,83
Zmieszanie	9	4,39
Lęk	8	3,90
To co do innych	6	2,93
Spokój	4	1,95
Nic nie czuję	3	1,46
Ciekawość, chęć poznania takiej osoby	2	0,97
Zaskoczenie	2	0,97
Wyrozumiałość	2	0,97
Życie jest niesprawiedliwe	2	0,97
Radość	2	0,97
Bezradność	2	0,97
Że warto cieszyć się chwilą	1	0,49
Nie wiem	1	0,49

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza uzyskanych odpowiedzi wskazuje, że najczęściej odczuwanymi emocjami w odniesieniu do osób niepełnosprawnych to współczucie (61,95%), smutek (18,54%) i żal (14,15%).

I jako ostatni zostanie zaprezentowany komponent behawioralny, który związany jest z zachowaniem wobec przedmiotu niepełnosprawnym, w tym przypadku zachowanie to dotyczy udzielenia pomocy osobie niepełnosprawnej. Wypowiedzi badanej młodzieży odnośnie potencjalnej pomocy osobie niepełnosprawnej zostały zaprezentowane w Tabeli 4.10. (patrz, s. 78).

Tabela 4.10. Rozkład wypowiedzi dotyczących deklaracji pomocy osobie niepełnosprawnej przez badanych (komponent behawioralny)

Udzielenie pomocy	Liczebność (N)	Procent (%)
Zrobiłbym to	169	82,43
Pomogę, ale mam opory/boję się	13	6,34
W miarę możliwości	7	3,41
Wsparcie psychiczne	4	1,95
Porozmawiałbym z nią	3	1,46
Tak, w codziennych sytuacjach	2	0,97
Nie wiem	2	0,97
Chciałabym spełnić jej marzenia	1	0,49
Zawiózbym ją	1	0,49
Zapytałabym jakiej pomocy oczekuje	1	0,49
Niechętnie	1	0,49
Jeżeli nie byłaby chora umysłowo to tak	1	0,49

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując wypowiedzi badanych należy zauważyć, że zdecydowana większość z nich nie widzi problemu w pomocy osobie niepełnosprawnej – jest to 82,43% badanych. Niektórzy z nich wymieniają jednak konkretny zakres działań, które mogliby zrobić, m.in.: wsparcie psychiczne (1,97%), rozmowa (1,46%), spełnienie marzeń, zawiezenie jej (po 0,49%). Część badanych udzieliłaby pomocy niepełnosprawnej osobie w miarę możliwości (3,41%) lub pomogłaby, ale z pewnymi oporami (6,34%).

4.3. Charakterystyka pozytywnych i negatywnych postaw wobec niepełnosprawnych

Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych A. E. Sękowskiego pozwala zróżnicować osoby badane na osoby z pozytywną lub negatywną postawą wobec osób niepełnosprawnych.

Uzyskane dane prezentuje Tabela 4.11. (patrz s. 79).

Tabela 4.11. Rozkład wyników dotyczących pozytywnych i negatywnych postaw

Skala PWON (SPWON)	M	SD	Min	Max	N
Wysokie wyniki na Skali PWON – pozytywne postawy	54,16	8,76	59	78	45
Niskie wyniki na Skali PWON – negatywne postawy	46,76	9,09	18	41	40

Źródło: Opracowanie własne.

Dane liczbowe zawarte w Tabeli 4.11. wskazują, że grupa badanej młodzieży ujawniająca pozytywne postawy wobec osób niepełnosprawnych charakteryzuje się wynikami od 59-78, średnią 54,16 i odchyleniem standardowym 8,76. Natomiast badani ujawniający negatywne postawy wobec niepełnosprawnych uzyskali wyniki od 18-41, średnią 46,76 i odchylenie standardowe 9,09.

Kierując się średnią i odchyleniem standardowym dla całej grupy badanych wyodrębniono grupy skrajne w zakresie postaw wobec osób niepełnosprawnych. Dokonano tego sposobem kwartylowym, za pomocą, którego wyodrębniono 25% osób z najwyższymi wynikami (pozytywne postawy) i 25% osób z najniższymi (postawy negatywne).

Tabela 4.12. Liczebność wyodrębnionych grup w zakresie negatywnych i pozytywnych postaw wobec osób niepełnosprawnych

	Liczebność (N)	Procent (%)
Negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych (NPWON)	40	19,51
Pozytywne postawy wobec osób niepełnosprawnych (PPWON)	45	21,95
Pozostali	120	58,54
Razem	205	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 4.12. wskazuje, że z liczby 205 badanych wyodrębniono 85 osoby, które tworzą grupy skrajne. Grupa w skład, której wchodzi młodzież z negatywną postawą wobec osób niepełnosprawnych (NPWON) liczy 40 osób, co stanowi 19,51%, natomiast grupa młodzieży z pozytywną postawą wobec osób niepełnosprawnych (PPWON) liczy 45 osób, co stanowi 21,95%. Do grup skrajnych nie zostało włączonych 120 badanych, czyli 58,54%.

Preferencje wyboru odpowiedzi na sześciostopniowej skali w zakresie skali *Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych* przedstawia poniższa tabela.

Tabela 4.13. Rozkład wyników niskich i wysokich w SPWON

Skala PWON	Negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych (NPWON)		Pozytywne postawy wobec osób niepełnosprawnych (PPWON)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	SD	M	SD		
PWON	36,15	4,95	63,71	4,74	-26,22	0,001
RO - 6	46,58	8,65	57,38	11,36	-4,88	0,001
RO - 5	48,30	9,58	50,91	11,64	-1,12	0,266
RO - 4	47,88	9,64	47,96	9,02	-0,04	0,968
RO - 3	47,78	10,32	49,33	9,39	-0,73	0,468
RO - 2	54,95	9,80	46,11	8,97	4,34	0,001
RO - 1	56,90	12,69	46,71	7,36	4,59	0,001

Źródło: Opracowanie własne.

Dokonując analizy wyników Tabeli 4.13. należy stwierdzić, że osoby o pozytywnych postawach wobec niepełnosprawnych (PPWON) preferowały wybór odpowiedzi 6 na sześciostopniowej skali (RO 6) niż osoby o negatywnych postawach. Z kolei osoby o negatywnych postawach wobec osób niepełnosprawnych częściej wybierały odpowiedzi 1 i 2 (RO 1; RO 2) niż osoby ujawniające pozytywne postawy. Ponadto należy zauważyć, że różnica statystycznie istotna występuje w ogólnym wyniku skali SPWON. Wyższy wynik (M=63,71) uzyskali adolescenty z pozytywną postawą wobec osób niepełnosprawnych niż młodzież przejawiająca negatywną postawę (M=36,15).

Dokonując dalszej analizy postaw badanych wobec osób niepełnosprawnych, poniżej przedstawiono stwierdzenia dotyczące zarówno pozytywnych jak i negatywnych postaw. Dla każdego ze stwierdzeń obliczono jaki procent respondentów zgadza się lub się nie zgadza z danym stwierdzeniem.

Dane zostały przedstawione w Tabeli 4.14. oraz 4.15 (patrz, s. 81-82).

Tabela 4.14. Rozkład procentowy pytań świadczących o pozytywnych postawach wobec niepełnosprawnych

Rodzaje postaw	Zgadzam się	Niezdecydowana	Nie zgadzam się
Osoby niepełnosprawne mogą zakładać rodziny	88,29	10,73	0,98
Zaakceptowałbym osobę niepełnosprawną jako mojego przyjaciela	80,49	19,02	0,49
Chciałbym pracować z niepełnosprawnymi	23,90	56,59	19,51
Osoby niepełnosprawne są dobrymi pracownikami	52,68	44,88	2,44
Ludzi niepełnosprawnych należy oceniać tą samą miarą co ludzi zdrowych	64,88	29,27	5,85
Ludzie niepełnosprawni mogą mieć duże osiągnięcia sportowe	83,41	13,17	3,41
Osoby niepełnosprawne potrafią zarobić na swoje utrzymanie	70,73	27,80	1,46
Kontakt z osobą niepełnosprawną pozwala lepiej zrozumieć sens życia	69,27	28,29	2,44
Osoba niepełnosprawna może pomóc osobie zdrowej	70,24	27,32	2,44
Należy dążyć do bliskich kontaktów z osobami niepełnosprawnymi	46,83	51,70	1,46
Powinno być więcej audycji telewizyjnych na temat osób niepełnosprawnych	49,27	48,29	2,44
Dzieci niepełnosprawne powinny być traktowane z dużą wyrozumiałością.	57,56	40,49	1,95
Nie ma żadnych różnic w zachowaniu osób niepełnosprawnych i zachowaniu ludzi zdrowych	21,46	54,15	24,39
Chętnie poszedłbym na zawody sportowe, w których udział biorą osoby niepełnosprawne.	51,70	39,51	8,78
Osoby niepełnosprawne potrafią cieszyć się życiem tak samo jak wszyscy inni ludzie.	88,78	10,24	0,98

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując poszczególne stwierdzenia świadczące o pozytywnych postawach wobec osób niepełnosprawnych, należy stwierdzić, że badana młodzież szczególnie pozytywnie wypowiada się w kwestiach: zakładania rodzin przez osoby niepełnosprawne (88,29%), zaakceptowania osoby niepełnosprawnej jako przyjaciela (80,49%), możliwości dużych osiągnięć sportowych przez osoby niepełnosprawne (83,41%), umiejętności cieszenia się

życiem (88,78%) i samodzielnego utrzymania się (70,24%). Natomiast najniższe wyniki, a zarazem najmniej pozytywne nastawienie badana młodzież przejawia w: możliwości pracy z osobą niepełnosprawną (23,90%), postrzeganiu zachowań osób niepełnosprawnych jak zdrowych ludzi (21,46%).

Tabela 4.15. Rozkład procentowy pytań świadczących o negatywnych postawach wobec niepełnosprawnych

Rodzaje postaw	Nie zgadzam się	Niezdecydowana	Zgadzam się
Większość osób niepełnosprawnych to ludzie dziwni i trudno z nimi nawiązać kontakt	65,83	31,71	1,95
Dzieci niepełnosprawne powinny uczyć się tylko w szkołach specjalnych	59,51	33,66	6,83
Osoby niepełnosprawne są bardziej nieszczęśliwe niż inni ludzie	44,88	46,34	8,78
Większość inwalidów to ludzie niesamodzielni i oczekujący pomocy	0,40	46,34	13,66
Osoby niepełnosprawne są mało cierpliwe	71,22	26,83	1,95
Razi mnie wygląd zewnętrzny osób niepełnosprawnych	53,66	43,90	2,44
Dzieci niepełnosprawne są agresywne	68,78	26,83	2,93
Nie czuję się swobodnie w towarzystwie osób niepełnosprawnych	38,05	54,15	7,80
Osoby niepełnosprawne zazdroszczą innym zdrowia	21,95	63,41	14,63
Osoby niepełnosprawne są często zbyt naiwne i dziecinne	57,56	39,02	3,41
Widok niepełnosprawnych wywołuje u mnie lęk i obawy	54,15	40,98	4,88
Zachowanie osób niepełnosprawnych często jest denerwujące	52,20	44,39	3,41
Osoby niepełnosprawne mają często kłopoty w sytuacjach towarzyskich	13,17	53,17	33,66
Dobre stosunki osób niepełnosprawnych z ludźmi zdrowymi są spowodowane często litością	6,83	59,02	34,15
Osobę niepełnosprawną jest łatwiej urazić niż osobę zdrową	15,12	43,41	41,46

Źródło: Opracowanie własne.

Dokonując analizy poszczególnych stwierdzeń, które świadczą o negatywnych postawach wobec osób niepełnosprawnych, należy zauważyć, że badana młodzież

szczególnie negatywnie wypowiada się w kwestiach: większej i łatwiejszej możliwości urażenia osób niepełnosprawnych (41,46%), kontaktów ludzi sprawnych i niepełnosprawnych spowodowanych litością (34,15%) i przekonania o problemach towarzyskich osób niepełnosprawnych (33,66%). Natomiast najwyższe wyniki, świadczące o nie negatywnym nastawieniu badana młodzież przejawia w: twierdzeniu, że osoby niepełnosprawne w większości to ludzie dziwni i trudni w nawiązywaniu kontaktu (65,93%), niskiej cierpliwości u osób niepełnosprawnych (71,22%) i dużej agresywności wśród niepełnosprawnych dzieci (68,78%).

4.4. Charakterystyka grup skrajnych

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych przy użyciu *Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI* autorstwa C.D. Spielbergera, R.L. Gorsucha i R.E. Lushene'a, w polskiej adaptacji opracowanej przez C. D. Spielbergera, J. Strelau'a, M. Tysarczyka i K. Wrześniewskiego otrzymano dane liczbowe: średnią wynoszącą 49,97, odchylenie standardowe 9,97, przy rozstępie otrzymanych wyników wynoszących: Max=79 i Min=30.

Podjęty problem badawczy dotyczący związku pomiędzy postawami wobec osób niepełnosprawnych, a niskim i wysokim poziomem lęku. Stąd konieczne było wyodrębnienie dwóch grup skrajnych: niskiej czyli uczniów z niskim poziomem lęku jako cechy, oraz wysokiej, do której należy młodzież z wysokim poziomem lęku jako cechy.

Kierując się średnią i odchyleniem standardowym dla całej grypy badanych wyodrębniono grupy skrajne. Dokonano tego sposobem kwartylowym, za pomocą, którego wyodrębniono 25% osób z najwyższymi wynikami i 25% osób z najniższymi wynikami w zakresie lęku jako cechy.

Tabela 4.16. Porównanie liczebności grup skrajnych z pozostałymi badanymi

	Liczebność (N)	Procent (%)
Niski poziom lęku jako cechy (N-LC)	43	20,98
Wysoki poziom lęku jako cechy (W-LC)	49	23,90
Pozostali	113	55,12
Razem	205	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 4.16. wskazuje, że z liczby 205, wyodrębniono 92 osoby, które tworzą grupy skrajne. Liczba osób, które uzyskały niskie wyniki na skali lęku jako cecha (N-LC) wynosi 43 osoby, co stanowi 20,98% badanych, natomiast liczba osób, które uzyskały wysokie wyniki na skali lęku jako cecha (W-LC) wynosi 49 osób, co stanowi 23,90% wszystkich badanych. Pozostałe 113 osób, co stanowi 55,12% ogółu nie zostało włączonych w grupy skrajne.

Dla tak wyodrębnionych grup skrajnych dokonano analizy porównawczej kierując się wynikami *Skali Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych* (SPWON) A. E. Sękowskiego. Analiza ta zostanie przedstawiona w kolejnym paragrafie.

4.4.1. Porównanie postaw wobec osób niepełnosprawnych w grupach skrajnych

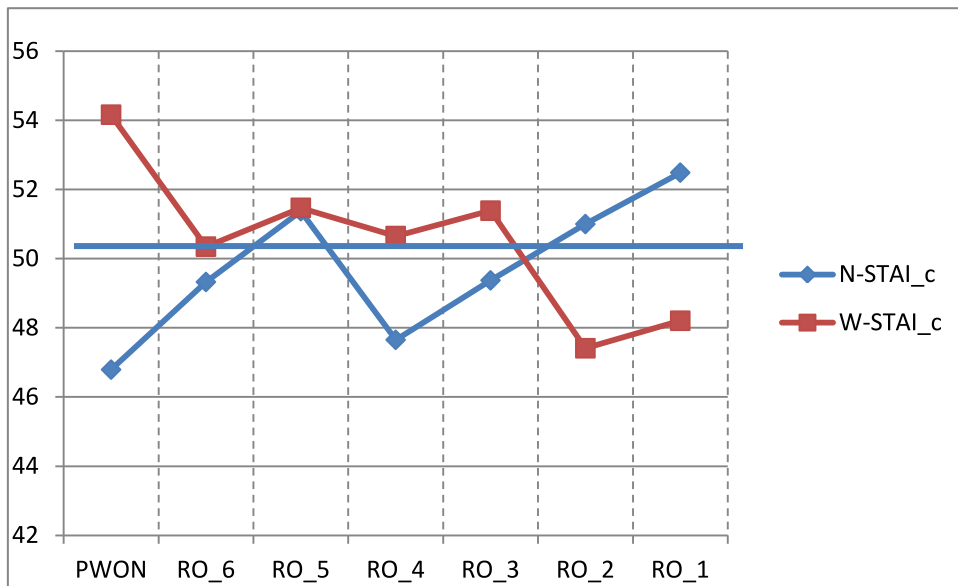
Celem porównania postaw młodzieży wobec niepełnosprawnych z wysokim i niskim poziomem lęku jako cecha zastosowano test t-studenta, dla wyodrębnionych wcześniej grup. Analizie poddano dane uzyskane za pomocą *Skali Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych* (PWON). Dane liczbowe dla dwóch grup skrajnych umieszczono w Tabeli 4.17. i przedstawiono je na Wykresie 4.3.

Tabela 4.17. Porównanie wyników średnich w grupie o niskim (N-LC) i wysokim poziomie lęku jako cechy (W-LC) w profilu postaw wobec osób niepełnosprawnych w Skali PWON

Skala PWON	Grupa N-LC		Grupa W-LC		t	p
	M	SD	M	SD		
Wynik ogólny	46,79	9,09	54,16	8,76	-3,96	0,001
RO - 6	49,33	8,82	50,35	9,53	-0,53	0,596
RO - 5	51,37	9,04	51,47	9,50	-0,05	0,960
RO - 4	47,65	8,05	50,65	9,41	-1,63	0,106
RO - 3	49,37	8,71	51,39	10,70	-0,98	0,328
RO - 2	51,00	9,14	47,41	9,48	1,84	0,068
RO - 1	52,49	10,07	48,20	8,28	2,24	0,027

Źródło: Opracowanie własne.

Graficzną ilustrację wyników przedstawia poniższy wykres.



Wykres 4.4. Porównanie wyników średnich w grupie o niskim (N-LC) i wysokim poziomie lęku jako cechy (W-LC) w profilu postaw wobec osób niepełnosprawnych w Skali PWON

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza Tabeli 4.17. wskazuje, że skale: wynik ogólny (PWON), oraz rozkład odpowiedzi 1 (RO 1) na sześciostopniowej skali, różnicują na poziomie istotnym statystycznie wyodrębnione grupy.

Wyższy wynik ogólny na Skali PWON uzyskują osoby z wysokim lękiem jako cecha (W-LC) niż osoby z niskim lękiem jako cecha (N-LC). Oznacza to, że osoby z niskim lękiem jako cecha ujawniają negatywne postawy wobec niepełnosprawnych. Ponadto preferują one odpowiedź 1 na skali sześciostopniowej niż osoby z wysokim lękiem jako cecha (W-LC).

4.5. Weryfikacja hipotez i dyskusja wyników

Realizowany program badawczy dostarczył danych dotyczących poziomu lęku, a postaw wobec osób niepełnosprawnych.

Wyniki przeprowadzonych badań dają podstawy do udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze oraz przyjęte hipotezy.

Celem pracy była odpowiedź na pytanie problemowe, które brzmiało: *Czy i jakie związki zachodzą między poziomem lęku a postawami młodzieży wobec osób niepełnosprawnych?*

W celu rozstrzygnięcia postawione zostały następujące pytania szczegółowe:

1. *Jaki poziom lęku jako stanu i cechy przejawia badana młodzież?*
2. *Czy i jakie różnice w postawach wobec osób niepełnosprawnych występują u adolescentów?*
3. *Czy i jakie różnice w postawach wobec osób niepełnosprawnych występują u młodzieży o wysokim i niskim poziomie lęku?*

W poszukiwaniu odpowiedzi, na te pytania przeprowadzono analizę danych uzyskanych przez młodzież w grupach o niskim i wysokim poziomie lęku jako cechy, której wyniki przedstawiono w poprzednich paragrafach.

Opracowania statystyczne pozwalają na weryfikację postawionych hipotez, z których ogólna brzmi:

H₀: Istnieją powiązania między poziomem lęku u młodzieży, a rodzajem postaw wobec niepełnosprawnych.

Przeprowadzone badania wykazały, że istnieje związek między poziomem lęku jako cecha, a postawami prezentowanymi przez badaną młodzież.

Hipotezy szczegółowe zakładały:

H₁: Młodzież z wysokim poziomem lęku różni się w zakresie prezentowanych postaw wobec niepełnosprawnych w porównaniu z młodzieżą o niskim poziomie tej zmiennej.

Uzyskane wyniki wykazały, że istnieje różnica w zakresie prezentowanych postaw wobec niepełnosprawnych między osobami o niskim i wysokim nasileniu lęku.

H₂: Osoby o niskim poziomie lęku jako stanu będą ujawniać pozytywne postawy wobec niepełnosprawnych.

H₃: Osoby o niskim poziomie lęku jako cechy będą ujawniać pozytywne postawy wobec niepełnosprawnych.

Analizy statystyczne nie wykazały istotnych różnic w tym zakresie. Lęk jako stan nie ma wpływu na postawy wobec osób niepełnosprawnych.

H₄: Osoby o wysokim poziomie lęku jako stanu będą ujawniać negatywne postawy wobec niepełnosprawnych.

H₅: Osoby o wysokim poziomie lęku jako cechy będą ujawniać negatywne postawy wobec niepełnosprawnych.

Na podstawie przeprowadzonych analiz można stwierdzić, że wyniki młodzieży o wysokim i niskim poziomie lęku jako cecha różnicują grupę w zakresie prezentowanych

postaw wobec osób niepełnosprawnych. W tym celu zostały wyodrębnione dwie grupy skrajne – osób o niskim i wysokim poziomie lęku jako cechy. Na podstawie uzyskanych wyników, należy stwierdzić, że osoby badane, które uzyskały wysokie wyniki na skali lęku jako cecha, charakteryzują się wyższymi wynikami na skali PWON, co jest równoznaczne z bardziej pozytywnymi postawami wobec osób niepełnosprawnych. Z kolei osoby, które uzyskały niskie wyniki na skali lęku jako cecha, charakteryzują negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych.

Podsumowując, można stwierdzić, że uzyskane wyniki nie pozwoliły na pełną weryfikację hipotez.

Wyniki badań własnych nie są zbliżone do wyników innych badań dotyczących poziomu lęku, a postawami wobec osób niepełnosprawnych.

Liczne prace badawcze, które były poświęcone zależnościami między lękiem, traktowanym jako aktualny stan jednostki lub jako względnie stała cecha osobowości, a postawami wobec osób niepełnosprawnych, wykazywały, że wysoki poziom lęku (niezależnie od tego czy był rozumiany jako cecha czy stan), implikował negatywne postawy wobec niepełnosprawnych, ponadto utrudniał i ograniczał efektywność programów, których celem była zmiana postaw, oparta na bezpośrednim kontakcie z osobami niepełnosprawnymi jak i przekazie poznawczym (Krause, 1991, za: Kossewska, 2003, s. 48). Dlatego też osoby o wysokim poziomie lęku częściej będą opisywać osoby niepełnosprawne w negatywny sposób oraz częściej będą przypisywać takim osobom negatywne emocje. Lęk przed niepełnosprawnością, w pewien sposób będzie ich skłaniać do zachowania dystansu społecznego, chociaż z drugiej strony będzie on prowadzić do współczucia, a także chęci udzielania pomocy, z zastrzeżeniem, że pomoc nie będzie się wiązać z bezpośrednim kontaktem z osobą niepełnosprawną, ponieważ dla osób z wysokim poziomem lęku będzie on wydawać się zbyt zagrażający (Kossowska, 2003).

Różnice w uzyskanych wynikach mogą być spowodowane tym, że:

1. Badania były przeprowadzane przez osobę niepełnosprawną. I tak:

- a) Osoby badane pomimo tego, że mogły początkowo odczuwać lęk i dystans do tej osoby, na skutek nawiązania pośredniego kontaktu z nią, słuchając od niej wyjaśnień na temat przebiegu i celu badania, mogły w krótkim czasie obniżyć poziom lęku jako stanu. Inaczej mówiąc, sytuacja, która początkowo mogła wydawać im się niekomfortowa, a nawet nieprzyjemna, po chwili mogła przestać nią być, ponieważ przestała stanowić „potencjalne” zagrożenie.

- b) Osoby badane o wysokim poziomie lęku jako cecha są nieufne w stosunku do innych, ale równocześnie boją się krytyki i odrzucenia z ich strony, dlatego wysokie wyniki uzyskane przez nie na Skali PWON, mogły wynikać z chęci pokazania się z tej „lepszey” strony, ponieważ ujawnienie swojego zdania mogłoby się wiązać z :odrzuceniem” przez osobę przeprowadzającą badania.
- c) Warto też zauważyć, że osoby o wysokim poziomie lęku cechuje nadmierna czujność, co oznacza, że każda sytuacja, w której się znajdują podlega szybkiej i dokładnej analizie. W momencie, kiedy osoby takie doszły do wniosku, że osoba niepełnosprawna nie stanowi dla nich zagrożenia, mogły wyżej oceniać pozytywne stwierdzenia dotyczące osób niepełnosprawnych, a niżej te które przedstawiały osoby niepełnosprawne w negatywnym świetle.
2. Obecnie bardzo duży nacisk kładzie się na integrację ludzi sprawnych z ludźmi niepełnosprawnymi, której celem jest konfrontacja uprzedzeń i stereotypów z indywidualnymi doświadczeniami jednostki. Tworzenie coraz większej liczby oddziałów integracyjnych w szkołach powoduje, że dzieci sprawne już od najmłodszych lat uczą się tolerancji i akceptacji osób niepełnosprawnych, ponadto coraz częściej pojawiają się w mediach kampanie reklamowe, mające podkreślać równość między sprawnymi, a niepełnosprawnymi (np. „Niepełnosprawni – pełnosprawni w pracy”). W związku z tym, niepełnosprawni przestają być tematem tabu i coraz częściej uczestniczą w życiu społecznym, można powiedzieć, że stają się widoczni dla sprawnych ludzi, dlatego postawy wobec nich stopniowo też ulegają zmianie. W związku z tym, nawet jeżeli młodzież cechuje wysoki poziom lęku jako cechy, to na wskutek „widoczności” niepełnosprawnych w środowisku i kontaktu z nimi, ich postawy mogą mieć pozytywny charakter. Warto zaznaczyć, że w przeprowadzonych własnych badaniach tylko co 6 osoba nie miała kontaktu z niepełnosprawnymi.
3. Dodatkowo warto zauważyć też pewne rozbieżności w analizie poszczególnych pytań, a odpowiedziach udzielanych w arkuszu personalnym. I tak analizując pytanie dotyczące potencjalnej przyjaźni z osobą niepełnosprawną w arkuszu personalnym 66,83% badanych, deklaruje, że ich przyjacielem mogłaby być osoba niepełnosprawna, natomiast w Skali PWON jest to już 80,49%. Innym przykładem są odpowiedzi na stwierdzenia: *Razi mnie wygląd zewnętrzny osób niepełnosprawnych*, gdzie tylko 2,44% badanych zgadza się z nim oraz stwierdzenie: *Widok niepełnosprawnych wywołuje u mnie lęk i obawy*, z którym zgadza się 4,88%.

Natomiast analiza z arkusza personalnego wskazuje, że u 37,80% badanych niepełnosprawność wywołuje negatywne emocje, a najczęściej odczuwanymi z nich w odniesieniu do osób niepełnosprawnych są: współczucie (61,95%), smutek (18,54%) i żal (14,15%). W kolejnym stwierdzeniu: *Większość inwalidów to ludzie niesamodzieln i oczekujący pomocy*, 13,66% badanych zgadza się z danym stwierdzeniem, natomiast przy pytaniu o definicję niepełnosprawności młodzież w 37,07% definiowała takie osoby, jako potrzebujące pomocy.

Warto jednak podkreślić, że badana młodzież w 37,07% uważa, że osoby niepełnosprawne są takie jak sprawni ludzie i w 21,46% twierdzi, że *Nie ma żadnych różnic w zachowaniu osób niepełnosprawnych i zachowaniu ludzi zdrowych*, co podkreślają wynikami w innych stwierdzeniach, tzn. *Osoby niepełnosprawne potrafią zarobić na swoje utrzymanie* (70,73%), czy, że *Osoby niepełnosprawne potrafią cieszyć się życiem tak samo jak wszyscy inni ludzie* (88,78%).

Ponadto badana młodzież potrafi dostrzec, mocne strony osób niepełnosprawnych, np. inteligencję 5,36%, wrażliwość 5,36%, siłę psychiczną 5,36% czy umiejętność radzenia sobie z trudnościami 9,27%. Młodzież zwraca też uwagę na różnicę między sprawnymi, a niepełnosprawnymi, tzn. niepełnosprawni są normalni, ale potrzebują pomocy (Skala PWON=4,88%, pytania otwarte=12,20%), są dyskryminowani 5,85%.

Na koniec warto dodać, że w przypadku konieczności udzielenia pomocy osobie niepełnosprawnej aż 82,43% badanych udzieliłoby jej, a 51,22% pomogłoby bez prośzenia jej o to. Ponadto badani deklarują, że w przypadku, kiedy byliby świadkami dyskryminacji osoby niepełnosprawnej 53,66% z nich zdecydowanie zareagowałoby na taką sytuację, a 42,44% raczej też zareagowałoby w przypadku takiego zdarzenia.

Omówiony w niniejszej pracy projekt badawczy pozwolił dodatkowo na zebranie wiedzy na temat powiązań między lękiem, a postawami wobec niepełnosprawnych u młodzieży. Uzyskane w ten sposób dane pozwoliły na poszerzenie dotychczasowej wiedzy na temat wpływu lęku na postawy wobec osób niepełnosprawnych. Wyniki, które zostały uzyskane jednak nie są spójne z wynikami badań przeprowadzonych przez innych autorów (Krause, 1991, za: Kossewska, 2003, s. 48). W związku z tym praca ta może stanowić zachętę do bliższego przyjrzenia się danemu zjawisku.

ZAKOŃCZENIE

Niniejsza praca dotyczyła związków zachodzących między lękiem, a postawami młodzieży wobec niepełnosprawnych.

Lęk jest jedną z ośmiu podstawowych emocji, nieodłącznym elementem ludzkiego życia, istnieje niezależnie od kultury czy rozwoju danego społeczeństwa. Chociaż dla większości ludzi, zwykle jest nieprzyjemny i nieprzydatny, to tak naprawdę ma też pozytywne strony, ponieważ może wpływać mobilizująco na człowieka, a także pomaga mu uniknąć potencjalnego niebezpieczeństwa.

Lęk wpływa na to w jaki sposób funkcjonuje człowiek, również kształtuje jakie postawy przyjmuje wobec otoczenia, przedmiotów, ludzi, wśród których żyje.

W dotychczasowych badaniach można znaleźć powiązania między lękiem, a postawami młodzieży wobec niepełnosprawnych.

Dotychczasowe badania wykazały, że negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych są związane z wysokim poziomem lęku (niezależnie od tego czy jest on rozumiany jako cecha czy stan). Ponadto badania te dowiodły, że wysoki poziom lęku utrudnia i ogranicza efektywność programów, których celem jest zmiana postaw (Krause, 1991, za: Kossewska, 2003, s. 48). Dlatego też osoby o wysokim poziomie lęku częściej opisują osoby niepełnosprawne w negatywny sposób oraz częściej przypisują im negatywne emocje (Kossowska, 2003).

Problem pracy ujęty został w formie pytania ogólnego o to: *Czy i jakie związki zachodzą między poziomem lęku a postawami młodzieży wobec osób niepełnosprawnych?*

Sformułowany w ten sposób problem, rozwiązany został w oparciu o wyniki badań własnych. W badaniach zastosowane zostały następujące metody badawcze:

1. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI* opracowany przez C. D. Spielbergera, R. L. Gorsucha i R. E. Lushene'a (1970), w polskiej adaptacji C. D. Spielbergera, J. Strelau'a, M. Tysarczyka i K. Wrześniewskiego (1987),
2. *Skalę Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych* w opracowaniu A. E. Sękowskiego (1991).
3. Arkusz personalny własnej konstrukcji.

W badaniach wzięła udział młodzież ucząca się w gimnazjum i liceum ogólnokształcącym na terenie powiatu limanowskiego. Grupa składała się ze 205 osób w wieku od 15 do 18 lat. Uzyskane w badaniach dane zostały poddane analizie statystycznej i psychologicznej, co pozwoliło na sformułowanie następujących wniosków końcowych:

1. Istnieje związek między poziomem lęku u młodzieży, a postawami wobec osób niepełnosprawnych.
2. Młodzież z wysokim poziomem lęku jako cechy różni się w zakresie prezentowanych postaw wobec niepełnosprawnych w porównaniu z młodzieżą o niskim poziomie tej zmiennej.
3. Osoby o niskim poziomie lęku jako cechy prezentują negatywne postawy wobec niepełnosprawnych.
4. Osoby o wysokim poziomie lęku jako cechy prezentują pozytywne postawy wobec niepełnosprawnych.
5. Lęk jako stan nie ma wpływu na rodzaj postaw prezentowanych przez młodzież.

W wyniku przeprowadzonych analiz można wysnuć wniosek, że poziom lęku jako cechy wpływa na postawy wobec osób niepełnosprawnych. Podsumowując, można stwierdzić, że uzyskane wyniki nie pozwoliły na pełną weryfikację hipotez.

Uzyskane wyniki są sprzeczne z dotychczasowymi badaniami. W związku z tym praca ta może stanowić zachętę do bliższego przyjrzenia się danemu zjawisku. Szczególnie ciekawe mogłyby być badania zrobione na takiej samej grupie młodzieży, w pewnym odstępie czasowym, ale przeprowadzane przez różne osoby, tzn. pierwsze badania przeprowadzałaby osoba sprawna, a drugie osoba niepełnosprawna. Uzyskane wyniki mogłyby ujawnić, czy obecność osoby niepełnosprawnej wpływa na otrzymane dane, a jeżeli tak to w jaki sposób. Warto też w kolejnych badaniach skupić się nie tylko na postawach wobec niepełnosprawnych, ale na ich przyczynach, uwarunkowaniach, ponieważ poznając je, będzie łatwiej przeciwdziałać negatywnym postawom, a tym samym tworzyć lepsze programy integracyjne.

BIBLIOGRAFIA

- Aronson, E. (2000). *Człowiek istota społeczna*, Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Barnes, C., Mercer G. (2008). *Niepełnosprawność*, Warszawa: Wydawnictwo SIC.
- Bujnowska, A. (2009). *Uwarunkowania postaw studentów pedagogiki wobec osób niepełnosprawnych*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Böhner, G., Wänke, M. (2004). *Postawy i zmiana postaw*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Freud, Z. (1984). *Wstęp do psychoanalizy*, Warszawa: PWN.
- Gazdulska, M. (2008). Postawy społeczeństwa wobec osób z niepełnosprawnościami w ujęciu historycznym i współczesnym. *Seminare. Poszukiwania naukowe. Tom 25*, ss. 281-288.
- Głaz, S. (2006). *Sens życia a religia*, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Hamilton, D. L., Troler, T. K. (1986). Stereotypes and stereotyping: An overview of the cognitive approach. (ss. 127-163). W: J. F. Doridio, S. L. Gaertner, *Prejudice discrimination and racism*. Orlando, FL.: Academic Preps.
- Harwas-Napierała, B. (1987). *Czynniki społeczno-rodzinne w kształtowaniu się lęku u młodzieży*, Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Horney, K. (1999). *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2004). *Psychiatria kliniczna*, Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Kępiński, A. (2012). *Lęk*, Warszawa: Wydawnictwo Literackie.
- Kirenko, J. (1998). *Psychospołeczne determinanty funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Korcz I. (2004). Perspektywa stanów lękowych. (ss. 45-54). W: D. Kowalski, M. Kwiatkowski, A. Zduniak, *Edukacja dla bezpieczeństwa: wybrane perspektywy*. Lublin: Wydawnictwo O'CHIKARA.
- Kossewska, J. (2003). Społeczeństwo wobec osób niepełnosprawnych - postawy i ich determinanty. *Annales Academiae Paedagogicae Cracoviensis No 14*, *Studia Psychologica I*, ss. 39-60.
- Kozielecki, J. (2000). *Koncepcje psychologiczne człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Majewski, T. (2002). *Postawy rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych*, Warszawa: Wydawnictwo APS.

- Mika, S. (1984). *Psychologia społeczna*, Warszawa: PWN.
- Millon, T., Davis R. (2005). *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*, Warszawa: Wydawnictwo Instytut Psychologii Zdrowia.
- Ochonczenko, H., Miłkowska G. (2005). *Osoba niepełnosprawna w społeczności akademickiej*, Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS.
- Rachman, S. (2005). *Zaburzenia lękowe*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Riemann, F. (2005). *Oblicza lęku*, Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Seligman, M., Walker E., Rosenhan D. (2003). *Psychopatologia*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Sęk H. (2008). *Psychologia kliniczna. Tom II*, Warszawa: PWN.
- Sękowski, A.E. (1991): *Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec ludzi niepełnosprawnych*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin
- Siek, S. (1993): *Wybrane metody badania osobowości*, Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej, Warszawa
- Sztabiński, P. (1994). *Niepełnosprawni jako specjalna kategoria w badaniach socjologicznych*, Warszawa: Wydawnictwo Instytut Filozofii i Socjologii PAN.
- Tucholska, S. (1992). Endlera Wielowymiarowe Skale Lęku (EMAS). *Roczniki Filozoficzne. Tom XXXIX-XL*, zeszyt 4, ss. 133-143
- Wątorska, M., Otrębski, W. (1994). *Wokół Osób Niepełnosprawnych*, Lublin: Wydawnictwo KPREh.
- Witkowski, T. (1993). *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych*, Warszawa: Wydawnictwo MDBO.
- Wojciszke, B. (2011). *Psychologia społeczna*, Warszawa: Wydawnictwo naukowe SCHOLAR.
- Wrześniewski, K., Sosnowski, T., Jaworska, A., Fecenes, D. (2006). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Podręcznik. Wydanie trzecie, rozszerzone*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Żuraw, H. (2008). *Udział osób niepełnosprawnych w życiu społecznym*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.

SPIS

Spis tabel:

Tabela 1.1. Objawy lęku	13
Tabela 3.1. Procentowy rozkład płci badanej młodzieży	58
Tabela 3.2. Procentowy rozkład wieku badanych	59
Tabela 3.3. Procentowy rozkład miejsce stałego zamieszkania badanej młodzieży	59
Tabela 3.4. Procentowy rozkład struktury rodziny badanych	60
Tabela 3.5. Procentowy rozkład liczby rodzeństwa osób badanych	60
Tabela 3.6. Procentowy rozkład stosunków z rodzicami deklarowanych przez badanych	61
Tabela 3.7. Procentowy rozkład stosunków z kolegami deklarowanych przez badanych	61
Tabela 3.8. Rozkład zainteresowań wśród badanych	62
Tabela 3.9. Procentowy rozkład kontaktów z osobami niepełnosprawnymi przez badanych	62
Tabela 3.10. Procentowy rozkład rodzajów niepełnosprawności z jakimi badani mają styczność w rodzinie lub znajomych	63
Tabela 3.11. Procentowy rozkład deklaracji udzielenia pomocy osobie niepełnosprawnej przez badanych	63
Tabela 3.12. Procentowy rozkład deklaracji reakcji na dyskryminację osoby niepełnosprawnej przez badanych	64
Tabela 3.13. Procentowy rozkład deklaracji przyjaźnienia się z niepełnosprawnym rówieśnikiem	64
Tabela 3.14. Rozkład definicji niepełnosprawności według badanych	65
Tabela 3.15. Procentowy rozkład odczuwania negatywnych emocji przez badanych wobec osób niepełnosprawnych	65
Tabela 3.16. Rozkład rodzajów niepełnosprawności, które wywołują negatywne emocje wobec niepełnosprawnych	66
Tabela 4.1. Poziom lęku w grupie badanej młodzieży na podstawie wyników kwestionariusza STAI	68
Tabela 4.2. Procentowy rozkład wyników we wskaźniku poziom lęku jako stan dla całej grupy badanych	69

Tabela 4.3. Procentowy rozkład wyników we wskaźniku poziom lęku jako cecha dla całej grupy badanych	70
Tabela 4.4. Rozkład wyników w SPWON w grupie badanej młodzieży	71
Tabela 4.5. Procentowy rozkład wyników uzyskanych we wskaźniku postaw wobec osób niepełnosprawnych dla całej grupy badanych	72
Tabela 4.6. Rozkład wypowiedzi dotyczących myśli o osobach niepełnosprawnych przez badanych (komponent poznawczy)	73
Tabela 4.7. Rozkład wypowiedzi dotyczących znaczenia osób niepełnosprawnych przez badanych (komponent poznawczy)	74
Tabela 4.8. Rozkład wypowiedzi dotyczących określeń na osoby niepełnosprawne przez badanych (komponent poznawczy)	76
Tabela 4.9. Rozkład wypowiedzi dotyczących emocji w odniesieniu do osób niepełnosprawnych przez badanych (komponent emocjonalny)	77
Tabela 4.10. Rozkład wypowiedzi dotyczących deklaracji pomocy osobie niepełnosprawnej przez badanych (komponent behawioralny)	78
Tabela 4.11. Rozkład wyników dotyczących pozytywnych i negatywnych postaw	79
Tabela 4.12. Liczebność wyodrębnionych grup w zakresie negatywnych i pozytywnych postaw wobec osób niepełnosprawnych	79
Tabela 4.13. Rozkład wyników niskich i wysokich w SPWON	80
Tabela 4.14. Rozkład procentowy pytań świadczących o pozytywnych postawach wobec niepełnosprawnych	81
Tabela 4.15. Rozkład procentowy pytań świadczących o negatywnych postawach wobec niepełnosprawnych	82
Tabela 4.16. Porównanie liczebności grup skrajnych z pozostałymi badanymi	83
Tabela 4.17. Porównanie wyników średnich w grupie o niskim (N-LC) i wysokim poziomie lęku jako cechy (W-LC) w profilu postaw wobec osób niepełnosprawnych w Skali PWON	84

Spis wykresów:

Wykres 4.1. Graficzny rozkład wyników lęku jako stanu w całej grupie badanych	69
Wykres 4.2. Graficzny rozkład wyników lęku jako cecha w całej grupie badanych	70
Wykres 4.3. Graficzny rozkład średnich wyników <i>Skali Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych (SPWON)</i> w całej grupie badanych	72

Wykres 4.4. Porównanie wyników średnich w grupie o niskim (N-LC) i wysokim poziomie lęku jako cechy (W-LC) w profilu postaw wobec osób niepełnosprawnych w Skali PWON	85
---	----

Spis rysunków:

Rysunek 1.1. Model reakcji lękowej	31
------------------------------------	----