STEREOTYPY, AKCEPTACJA I NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

STEREOTYPY, AKCEPTACJA I NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Recenzja naukowa

prof. dr hab. Sławomir Henryk Zaręba

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

dr Lilia Suchocka

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wydawca

Wydawnictwo Akademii Nauk Stosowanych WSGE im. A. De Gasperi w Józefowie

05-410 Józefów, ul. Sienkiewicza 4

tel./faks: 48 22 789 19 03, www.wsge.edu.pl

e-mail: wydawnictwo@wsge.edu.pl

ISBN

978-83-970303-3-6

DOI

10.13166/awsge/188610

Projekt, skład

Iwona i Grzegorz Wójciccy

Grafika

FlovMedia – Maja Krymska

© Copyright by Akademia Nauk Stosowanych WSGE im. A. De Gasperi w Józefowie. All Rights Reserved/ Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie i rozpowszechnianie całości lub fragmentów niniejszej publikacji bez zgody wydawcy zabronione.

STEREOTYPY, AKCEPTACJA I NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Grzegorz Świecarz

Józefów 2024

SPIS TREŚCI

Wstęp 6

ROZDZIAŁ 1

Analiza niepełnosprawności 9

1.1. Kwestie terminologiczne 13
1.2. Niepełnosprawności intelektualne i ruchowe 15
1.2.1. Niepełnosprawność intelektualna 17
1.2.1.1. Niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim . . 18
1.2.1.2. Niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym 20
1.2.1.3. Niepełnosprawność intelektualna w stopniu znacznym 22
1.2.2. Niepełnosprawność słuchowa 23
1.2.3. Niepełnosprawność wzrokowa. 24
1.2.4. Zaburzenia ze spektrum autyzmu 26
1.2.5. Niepełnosprawność ruchowa 30

ROZDZIAŁ 2

Postawy wobec osób z niepełnosprawnościami 32

2.1. Definicje i komponenty postaw 33
2.2. Rodzaje i mechanizmy kształtowania się postaw wobec osób z niepełnosprawnościami 34
2.3. Czynniki warunkujące postawy wobec osób z niepełnosprawnościami 35
2.3.1. Czynniki wpływające na występowanie postaw pozytywnych osób pełnosprawnych wobec osób z niepełnosprawnościami . 36
2.3.2. Czynniki wpływające na występowanie postaw negatywnych osób pełnosprawnych wobec osób z niepełnosprawnościami . 38

ROZDZIAŁ 3

Metodologia badań własnych 40
3.1. Problem badawczy i hipotezy 40
3.2. Opis zastosowanych metod badawczych 41
3.2.1. Inwentarz osobowości NEO-PI-R Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae 42
3.2.2. Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych Andrzeja Edwarda Sękowskiego 43
3.2.3. Arkusz personalny 44
3.3. Charakterystyka respondentów 45

ROZDZIAŁ 4

Wyniki badań własnych 48
4.1. Statystyki opisowe dla zmiennych ilościowych 48
4.2. Stosunek wobec osób z niepełnosprawnością 51
4.3. Cechy osobowości 69
4.4. Postawy wobec osób z niepełnosprawnością 84
4.5. Stosunek do osób z niepełnosprawnością a zmienne demograficzne . . 84
4.6. Osobowość a zmienne demograficzne 91
4.7. Osobowość i postawy wobec osób z niepełnosprawnością a stosunek do osób z niepełnosprawnością 95
4.8. Osobowość a postawy wobec osób z niepełnosprawnością 99
4.9. Weryfikacja hipotez i dyskusja wyników badań 101

Zakończenie 104

Bibliografia 106

Załącznik 111
Ankieta: Postawy wobec osób z niepełnosprawnościami 111

WSTĘP

W pracy dydaktycznej, zarówno jako nauczyciel akademicki w Akademii Nauk Stosowanych WSGE im. A. De Gasperi w Józefowie, jak i pedagog specjalny w Ośrodku Szkolno-Wychowawczym nr 2 w Otwocku, autor analizował interakcje międzyludzkie, kładąc nacisk na relacje pomiędzy osobami zdrowymi a osobami z niepełnosprawnościami. To wzajemne oddziaływanie między ludźmi często determinowane było przez stereotypy i uprzedzenia. Osoby sprawnie fizycznie często zachowywały się inaczej w stosunku do osób z niepełnosprawnościami, co mogło być skutkiem ogólnie panujących postaw wobec osób z niepełnosprawnościami oraz z indywidualnych predyspozycji charakterologicznych.

Niniejsza monografia skupia się na analizie postaw studentów wobec osób z niepełnosprawnościami, biorąc pod uwagę ich cechy demograficzne i osobowościowe. Została zaprojektowana w celu zbadania, w jaki sposób te czynniki wpływają na zachowania i percepcję wobec osób z niepełnosprawnościami. Autor przedstawia terminologię związaną z tematem, rodzaje niepełnosprawności, a także społeczne podejście do tej kwestii. Ponadto ukazuje istotne zagadnienia społeczne, które mają wpływ na jakość życia tych osób oraz ich integrację w społeczeństwie. W ostatnich latach, pomimo wzrostu świadomości w powyższym temacie, nadal istnieje wiele barier i stereotypów. Podejmowany problem i badania miały na celu zrozumienie, w jaki sposób różne czynniki, takie jak: cechy osobowościowe, demograficzne oraz środowisko akademickie, wpływają na kształtowanie się tych postaw. Autor badał składniki relacji międzyludzkich, mechanizmy je kształtujące oraz czynniki wpływające na ich rozwój.

Podjęty temat identyfikuje kluczowe czynniki wpływające na postawy studentów wobec osób z niepełnosprawnościami. Stara się ocenić, czy i w jakim stopniu czynniki takie jak płeć, wiek, wykształcenie, czy doświadczenie życiowe korelują z negatywnymi bądź pozytywnymi postawami. Dąży również do zrozumienia, jak te postawy mogą wpłynąć na praktyki w środowisku edukacyjnym.

W ramach przygotowania do badań przeprowadzono dogłębny przegląd literatury przedmiotu. Analizowano prace dotyczące postaw wobec osób z niepełnosprawnościami, teorie postaw społecznych, jak również badania empiryczne skoncentrowane na środowisku akademickim. Literatura ta wskazuje

na złożoność problemu i różnorodność czynników, które mogą wpływać na postawy wobec osób z niepełnosprawnościami. W kontekście niniejszej monografii szczególnie istotne są prace badawcze, które zostały wykorzystane jako kluczowe źródła i fundamenty teoretyczne. Te starannie dobrane źródła nie tylko wzbogaciły teoretyczne podstawy pracy, ale także umożliwiły dogłębne zrozumienie jej problematyki. Zasadnicze znaczenie dla struktury teoretycznej niniejszej monografii mają wybrane publikacje naukowe, które zasługują na szczególną uwagę: M. Böhner i M. Wänke *Postawy i zmiana postaw*, A. Bujnowska *Uwarunkowania postaw studentów pedagogiki wobec osób niepełnosprawnych*, A. Sękowski *Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec ludzi niepełnosprawnych*. Te precyzyjnie selekcjonowane źródła dostarczają nie tylko kluczowych ram konceptualnych dla omawianego zagadnienia, ale stanowią również empiryczną podstawę, na której oparto głębokie analizy i syntezę przeprowadzoną w ramach bieżącej pracy badawczej.

Publikacja prezentuje dogłębne rozważania na temat niepełnosprawności i stosunków do osób borykających się z przeciwnościami. Struktura pracy obejmuje cztery zasadnicze rozdziały, poprzedzone wstępem, zwieńczone podsumowaniem oraz wykazem literatury. Pierwszy rozdział inauguruje dyskusję od zagadnień nomenklatury związanej z niepełnosprawnością, przedstawiając dokładną klasyfikację jej form. Następny rozdział koncentruje się na definicjach i elementach postaw, typach oraz mechanizmach kształtowania się postaw wobec osób z niepełnosprawnościami oraz elementów wpływających na kształtowanie się pozytywnych i negatywnych postaw. W trzecim rozdziale poświęconym metodom badawczym, autor szczegółowo opisuje realizację badań, formułując pytania badawcze i hipotezy. Początkowy nacisk położono na stosunek respondentów do osób z niepełnosprawnościami, a także na ich cechy charakterologiczne i postawy. Zastosowano metodę ilościową, realizując obszerną ankietę wśród grupy studenckiej. Została ona tak zaprojektowana, aby zbadać różnorodne aspekty stosunków do osób z niepełnosprawnościami.

Zakończenie pracy skupia się na badaniu zależności między postawami wobec osób z niepełnosprawnościami, cechami osobowości oraz danymi demograficznymi respondentów, testując hipotezę zakładającą istnienie pomiędzy nimi znaczących powiązań. Przedstawiono wyniki analizy, które miały na celu odpowiedzieć na postawione pytania badawcze oraz sprawdzić poprawność

stawianych hipotez. Otrzymane dane pozwoliły na głębsze zrozumienie, jak poszczególne czynniki, w tym cechy demograficzne i osobowościowe studentów, wpływają na ich postawy wobec osób z niepełnosprawnościami.

Analiza danych skupia uwagę na aspektach społecznych i psychologicznych kształtujących te interakcje. Wskazuje, w jaki sposób środowisko akademickie i wychowawcze może ukształtować postawy wobec niepełnosprawności, jak również poskreśla rolę oświaty w przełamywaniu stereotypów oraz budowaniu pozytywnych relacji pomiędzy studentami. Prezentowane są również strategie i metody dydaktyczne mające na celu wzrost świadomości i akceptacji wśród studentów, z akcentem na znaczenie edukacji w transformacji negatywnych postaw.

W zakończeniu zaprezentowano dyskusję i wnioski, w których autor zaznacza wagę kontynuacji dalszych badań w prezentowanym temacie oraz potrzebę rozwoju praktyk edukacyjnych, które promują szacunek oraz równość wobec osób z niepełnosprawnościami. Podkreślono wkład pracy w zrozumienie dynamiki między studentami i identyfikację elementów, które mogą przyczyniać się do zmiany postaw w środowisku akademickim i społecznym. Wyróżniono potencjalne sfery, w których potrzebne są dalsze analizy oraz zasugerowano praktyczne podejścia do poprawy interakcji między studentami a osobami z niepełnosprawnościami.

ROZDZIAŁ 1

ANALIZA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Niepełnosprawność jest złożonym zjawiskiem, które może pojawić się w różnych momentach życia jednostki, stanowiąc istotny aspekt jej codzienności. Ten stan nie tylko wywiera wpływa na osobę z niepełnosprawnością, ale również na jej bliskich, znajomych oraz szersze społeczności, w których żyje. Stereotypy i uprzedzenia, choć często postrzegane jako niezbędne dla efektywnego funkcjonowania społecznego, mogą prowadzić do poważnych negatywnych skutków, takich jak dyskryminacja, marginalizacja czy wykluczenie. Uświadomienie, że osoby z niepełnosprawnościami mają wiele wspólnych cech z osobami zdrowymi może przyczynić się do łagodzenia uprzedzeń i budowania bardziej inkluzyjnego społeczeństwa.

Niepełnosprawność, bez względu na to, w którym momencie życia się pojawia, jest rzeczywistością, która radykalnie zmienia sytuację życiową osoby oraz interakcje z otoczeniem. Charakter tej zmiany zależy od rodzaju i stopnia niepełnosprawności, co oznacza, że ograniczenia w podejmowaniu zadań życiowych i pełnieniu ról społecznych różnią się w zależności od indywidualnych uwarunkowań. Osoby z niepełnosprawnościami mogą być postrzegane przez zdrową część społeczeństwa jako różne od siebie, co często prowadzi do tworzenia uproszczonego obrazu tych osób.

Ludzie zdrowi często wykazują brak akceptacji dla odmienności osób z niepełnosprawnościami, co może objawiać się w różnych aspektach życia codziennego – od wyglądu, przez komunikację, aż po zachowanie i pełnienie ról społecznych. Brak kontaktu i wiedzy na temat osób z niepełnosprawnościami często przekłada się na percepcję ich jako odmiennych i niezdolnych do samodzielnego życia. (Otrębski, Rożnowski, 2008).

Stygmatyzacja osób z niepełnosprawnościami prowadzi do ich społecznego wykluczenia, izolacji i dyskryminacji. Negatywne konsekwencje są widoczne w wielu aspektach życia społecznego, takich jak edukacja, zatrudnienie, dostęp do mieszkań oraz usług publicznych. Osoby z niepełnosprawnościami mogą napotykać na bariery, które uniemożliwiają im pełne uczestnictwo w życiu społecznym, co często jest efektem utrwalonych stereotypów i uprzedzeń.

Choć są one uznawane za niezbędne dla efektywnego funkcjonowania społecznego, mogą prowadzić do poważnych negatywnych konsekwencji. Poprzez stwarzanie sytuacji, w których ludzie doświadczają konfliktu między swoimi przekonaniami a rzeczywistością, można zachęcić do refleksji i rewizji własnych poglądów na temat niepełnosprawności. Jednym ze sposobów na zmianę stereotypów osób z niepełnosprawnościami jest wykorzystanie teorii dysonansu poznawczego (Domagała, Zyśk, 2004).

Znalezienie podobieństw między osobami z niepełnosprawnościami i osobami zdrowymi jest kluczowe w redukcji dysonansu poznawczego. Uświadomienie, że osoby z niepełnosprawnościami dzielą wiele cech i doświadczeń z osobami zdrowymi, może przyczynić się do zmniejszenia uprzedzeń i negatywnych postaw. Na przykład, podkreślanie wspólnych tematów, umiejętności i wartości może pomóc przełamać stereotypy i promować bardziej pozytywny obraz osób z niepełnosprawnościami (Otrębski, Rożnowski, 2008).

Ważne jest wspieranie inicjatyw edukacyjnych i społecznych, które promują zrozumienie i akceptację różnorodności. Programy edukacyjne w szkołach, miejscach pracy i innych środowiskach społecznych mogą pomóc w zmianie sposobu myślenia i postaw wobec osób z niepełnosprawnościami. Włączanie treści dotyczących niepełnosprawności do programów nauczania, organizowanie warsztatów i szkoleń, a także wspieranie inicjatyw promujących integrację mogą znacząco przyczynić się do przełamywania barier i stereotypów (Kurcz, 2001).

Równie kluczowe jest angażowanie samych osób z niepełnosprawnościami w działania mające na celu zmianę postaw społecznych. Ich bezpośredni udział w edukacji, kampaniach i innych inicjatywach może być niezwykle skuteczny w przekazywaniu rzeczywistego obrazu ich doświadczeń, możliwości oraz wyzwań, z jakimi się spotykają. Dzielenie się osobistymi historiami i przeżyciami może pomóc w budowaniu mostów zrozumienia i empatii między osobami z niepełnosprawnościami a resztą społeczeństwa, a także przyczynić się do demistyfikacji niepełnosprawności (Otrębski, Rożnowski, 2008).

Zmiana stereotypów i postaw wobec osób z niepełnosprawnościami wymaga wspólnych wysiłków na wielu poziomach – od indywidualnych działań po szeroko zakrojone inicjatywy edukacyjne, medialne, polityczne i społeczne. Przez promowanie większego zrozumienia, szacunku i akceptacji dla różnorodności ludzkich doświadczeń i możliwości, możemy dążyć do społeczeństwa, w którym każda osoba jest w pełni akceptowana i respektowana (Sękowski, 1995).

Całkowity brak sprawności, będący wynikiem specyficznych nieprawidłowości w funkcjonowaniu organizmu, stawia przed osobą z niepełnosprawnością szereg wyzwań, zarówno na poziomie psychologicznym, jak i społecznym. Problemy te mogą obejmować trudności w komunikacji, ograniczoną mobilność, a także wyzwania związane z codziennymi czynnościami, które dla większości ludzi są rutynowe. Takie ograniczenia mogą prowadzić do frustracji, obniżonej samooceny, poczucia izolacji i wykluczenia społecznego. Znamienite jest wsparcie emocjonalne i psychologiczne. Profesjonalna pomoc psychologiczna, wsparcie grupowe mogą pomóc osobom z niepełnosprawnościami w radzeniu sobie z wyzwaniami emocjonalnymi i społecznymi. Dzięki temu mogą one lepiej adaptować się do zmian w swoim życiu i rozwijać strategie radzenia sobie z trudnościami, co jest kluczowe dla ich dobrego samopoczucia i efektywności zawodowej (Otrębski, Rożnowski, 2008).

Ważna jest również edukacja społeczna skierowana do osób zdrowych, która ma na celu zwiększenie świadomości na temat potrzeb i możliwości osób z niepełnosprawnościami. Promowanie inkluzyjności i równości w miejscu pracy, w tym szkolenia z zakresu różnorodności i włączania, może przyczynić się do tworzenia bardziej otwartego i wspierającego środowiska pracy. Całkowity brak sprawności wymaga kompleksowego podejścia, które obejmuje nie tylko wsparcie indywidualne, ale również szeroko zakrojone zmiany w środowisku społecznym i zawodowym. Poprzez tworzenie warunków umożliwiających osobom z niepełnosprawnościami pełne uczestnictwo w życiu zawodowym, społeczność może znacząco przyczynić się do poprawy jakości ich życia oraz integracji społecznej (Otrębski, Rożnowski, 2008).

Zmagania osób z niepełnosprawnościami z problemami takimi jak niska samoocena są często pogłębiane przez społeczne stereotypy i negatywne postrzeganie niepełnosprawności. Kwestia ta jest szczególnie znacząca w kontekście oceny własnego wyglądu i zdolności, co może mieć znaczący wpływ na samoocenę, zwłaszcza gdy jest ona zniekształcona przez wewnętrzne i zewnętrzne stereotypy dotyczące niepełnosprawności. Fakt, że ograniczenia ruchowe są często wyraźnie widoczne, może przyczyniać się do poczucia bycia *innym* lub *gorszym* w oczach osób zdrowych, co tylko pogłębia problem niskiej samooceny (Otrębski, Rożnowski, 2008).

Osoby z niepełnosprawnościami mogą również doświadczać różnych trudności psychicznych, takich jak lęk, depresja, zaburzenia emocjonalne, a nawet zaburzenia osobowości. Takie stany psychiczne mogą znacząco wpływać na ich chęć i zdolność do odgrywania określonych ról w społeczeństwie. Trudności te mogą być dodatkowo pogłębiane przez problemy fizyczne, takie jak przewlekły ból, który często towarzyszy niepełnosprawności ruchowej. Nie tylko utrudnia on wykonywanie codziennych czynności, ale także może negatywnie wpływać na ogólny stan psychiczny, co z kolei warunkuje zdolność do interakcji społecznych i aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym (Otrębski, Rożnowski, 2008).

Ważne jest zatem zapewnienie wsparcia psychologicznego i emocjonalnego dla osób z niepełnosprawnościami, aby pomóc im w radzeniu sobie z tymi wyzwaniami. Terapia psychologiczna i emocjonalna, programy budowania pewności siebie i samoakceptacji mogą odgrywać kluczową rolę w poprawie samooceny i ogólnego samopoczucia osób z niepełnosprawnościami. Wsparcie to powinno być również uzupełnione przez działania mające na celu zmianę społecznych postaw wobec niepełnosprawności, promując większe zrozumienie, akceptację i inkluzyjność (Otrębski, Rożnowski, 2008).

Niepełnosprawność jako zjawisko dotykające osoby na różnych etapach życia i o różnym stopniu nasilenia, wymaga społecznego zaangażowania na rzecz zmiany negatywnych stereotypów i postaw. Przełamanie barier, walka z dyskryminacją i wykluczeniem społecznym jest możliwa dzięki współpracy między różnymi sektorami społecznymi. Promowanie zrozumienia i akceptacji różnorodności, zarówno w miejscu pracy, jak i w życiu codziennym, jest kluczowe dla budowania społeczeństwa, w którym każda osoba, niezależnie od swojej niepełnosprawności, jest doceniania i ma równy dostęp do możliwości rozwoju i uczestnictwa.

1.1. KWESTIE TERMINOLOGICZNE

Definiowanie terminów, zwłaszcza tych związanych z niepełnosprawnością i chorobami, jest procesem wymagającym nie tylko precyzji, ale również wrażliwości i świadomości społecznej. Kryteria, którym powinna podlegać definicja, obejmują nie tylko dokładne nazwanie i odróżnienie określonego zjawiska od innych podobnych, ale także konieczność uwzględnienia kontekstu społecznego, kulturowego i emocjonalnego związanego z terminem (Domagała, Zyśk, 2004).

Definicje te mają szerokie zastosowanie – są nie tylko używane w literaturze naukowej, ale również w codziennym języku osób dotkniętych określoną niepełnosprawnością lub chorobą, ich rodzin oraz profesjonalistów, takich jak lekarze, terapeuci czy pracownicy opieki społecznej. Dlatego ważne jest, aby terminologia była jasna, zrozumiała i przede wszystkim pozbawiona stygmatyzujących konotacji (Domagała, Zyśk, 2004).

Przykładem ewolucji w definiowaniu niepełnosprawności intelektualnej jest przejście od terminologii takiej jak *oligofrenia* czy *upośledzenie umysłowe* do bardziej neutralnych i mniej stygmatyzujących określeń, takich jak *niepełnosprawność intelektualna*. Te zmiany odzwierciedlają postęp w rozumieniu i akceptacji osób z niepełnosprawnościami oraz wzrost świadomości dotyczącej wpływu języka na percepcję i traktowanie tych osób (Domagała, Zyśk, 2004).

Definicja niepełnosprawności intelektualnej, przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1980 roku, stanowiła ważny krok w kierunku lepszego zrozumienia i klasyfikacji niepełnosprawności. Zgodnie z tą definicją, niepełnosprawność intelektualna jest postrzegana jako ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności uważanych za normalne, wynikające z uszkodzenia lub upośledzenia funkcji organizmu. WHO podkreśla, że osoby z niepełnosprawnościami to indywidualności, które z powodu wad fizycznych lub psychicznych, wrodzonych lub nabytych, są niezdolne do pełnego lub częściowego zapewnienia sobie niezależności w życiu indywidualnym i społecznym (WHO, 1980)

Definicja WHO ma kilka kluczowych aspektów. Koncentruje się na fizycznych i psychicznych aspektach niepełnosprawności, uwzględniając przyczyny zarówno wrodzone, jak i nabyte. Uznaje, że niepełnosprawność intelektualna może prowadzić do ograniczeń w wykonywaniu codziennych

czynności, które są uważane za standardowe lub *normalne*. Podkreśla wpływ niepełnosprawności na samodzielność życiową i społeczną osoby. Definicja ta kategoryzuje skutki choroby na trzy główne grupy: uszkodzenia, niezdolność i ograniczenia mobilności (WHO, 1980).

Jednakże, warto zauważyć ewolucję pojęcia niepełnosprawności od czasu przyjęcia wczesnych definicji. Nowoczesne podejścia często akcentują nacisk na społeczne i środowiskowe aspekty niepełnosprawności. Według Kościelskiej (1984) termin *upośledzenie* obejmuje różne typy zaburzeń rozwoju o odmiennej patogenezie. Ich wspólnym wyróżnikiem są ograniczenia realizacji społecznych wymagań, charakteryzujących się ograniczeniami w spełnianiu społecznych oczekiwań. Upośledzenie, które objawia się po trzecim roku życia, charakteryzuje postępującym obniżeniem ilorazu inteligencji, czyli regresją w funkcjonowaniu intelektualnym, wskazuje na zniżkę poziomu funkcjonowania intelektualnego (Dycik, 2001).

Niepełnosprawność intelektualna, jak definiuje ją Kostrzewski, jest stanem charakteryzującym się znacznie niższym niż przeciętnym poziomem funkcjonowania intelektualnego, zazwyczaj mierzonym jako co najmniej dwa odchylenia standardowe poniżej średniej. Upośledzenie to ma charakter globalny, wpływając na szeroki zakres zdolności poznawczych, a nie tylko na określone obszary. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną często napotykają trudności w dojrzewaniu, uczeniu się i przystosowaniu społecznym, co wpływa na ich rozwój emocjonalny, społeczny i zawodowy oraz utrudnia codzienne funkcjonowanie i integrację społeczną (Kostrzewski, Wald, 1981).

Ten stan może być spowodowany zarówno czynnikami genetycznymi (takimi jak zespół Downa), jak i egzogenicznymi, czyli zewnętrznymi (na przykład wpływami środowiskowymi, urazami czy chorobami), prowadzącymi do trwałych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym. Te zmiany są zazwyczaj trwałe, co wskazuje, że niepełnosprawność intelektualna jest długoterminowym stanem. Podkreślając złożoność i wielowymiarowość niepełnosprawności intelektualnej, definicja Kostrzewskiego podkreśla potrzebę holistycznego podejścia w diagnozowaniu, leczeniu i wsparciu osób dotkniętych tym stanem. Zwraca uwagę na znaczenie uwzględnienia zarówno aspektów biologicznych, jak i społecznych, zapewniając kompleksowe zrozumienie i skuteczną opiekę dla osób dotkniętych (Kostrzewski, Wald, 1981).

Ostatecznie, zmieniające się podejście do niepełnosprawności intelektualnej w świetle postępujących badań i rosnącej świadomości społecznej jest kluczowe dla promowania lepszego zrozumienia, akceptacji i wsparcia dla osób z tego rodzaju zaburzeniami. Wszystko to przyczynia się do budowania bardziej sprawiedliwego, empatycznego i przyjaznego społeczeństwa.

1.2. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI INTELEKTUALNE I RUCHOWE

W oparciu o Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań (2021) przeprowadzony w Polsce w 2021 roku, dane demograficzne dotyczące osób z niepełnosprawnościami zawierają szczegółowe informacje. Spis ujawnił, że wśród najczęściej występujących niepełnosprawności znajdują się: niepełnosprawność intelektualna (ok. 380 tyś.), niepełnosprawność słuchowa (ok. 100 tyś.), niepełnosprawność wzrokowa (ok. 150 tyś.), zaburzenia ze spektrum autyzmu (ok. 30 tyś.) (Jendrzejewski, 2023).

Niepełnosprawność jest złożonym problemem społecznym, który znacznie obniża jakość życia i utrudnia pełne uczestnictwo w społeczeństwie. Uzyskanie orzeczenia regionalnego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności jest niezbędne do prawnego potwierdzenia statusu osoby z niepełnosprawnością. Niepełnosprawność może przybierać różne formy, a bariery architektoniczne i środowiskowe w Polsce stanowią istotne ograniczenia dla osób z niepełnosprawnościami. Problemy takie jak trudności w poruszaniu się po schodach, brak dostosowanych miejsc parkingowych, niedostępne toalety publiczne, czy bariery w komunikacji publicznej, są tylko niektórymi z wielu wyzwań, z jakimi muszą się mierzyć na co dzień (Czechowski, Wilmowska-Pietruszyńska, 2016).

Wśród różnorodnych rodzajów niepełnosprawności wyróżnić można:

- choroby neurologiczne wpływające na układ nerwowy, takie jak: epilepsja (padaczka), stwardnienie rozsiane, autyzm (w tym zespół Aspergera), mózgowe porażenie dziecięce, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera i demencja czy udar mózgu.
- niepełnosprawność ruchowa, charakteryzująca się obniżeniem zdolności motorycznych ciała, obejmującymi m.in: zanik kończyn lub ich części (niewykształcone w życiu płodowym lub amputowane na skutek choroby, wypadku), uszkodzenie układu nerwowego (np. paraplegia,

tetraplegia), niepoprawne uformowanie szkieletu czy uszkodzenia stawów (np. w przebiegu chorób reumatycznych, uprawianych sportów).

- niepełnosprawność intelektualna, która polega na obniżeniu ogólnego poziomu funkcjonowania intelektualnego oraz braku w obrębie zachowań przystosowawczych (adaptacyjnych) z zespołem Bräha-Kauffmanna, zespołem Downa, zespołem łamliwego chromosomu X jako przykładami.
- inne rodzaje niepełnosprawności, które mogą być spowodowane przez: nowotwory, otyłość, choroby rzadkie/genetyczne, choroby psychiczne, choroby układu oddechowego i sercowo-naczyniowego, choroby układu rozrodczego, zaburzenia narządu wzroku, choroby metaboliczne, niepełnosprawność słuchu i/lub mowy (Czechowski, Wilmowska-Pietruszyńska, 2016).

Wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2021 roku w Polsce dostarczyły szczegółowych danych demograficznych dotyczących osób z niepełnosprawnościami. Ujawniono, że najczęściej występują niepełnosprawności intelektualne, słuchowe, wzrokowe oraz zaburzenia ze spektrum autyzmu. Niepełnosprawność ogranicza pełne uczestnictwo w życiu publicznym i społecznym. Dostosowanie przestrzeni publicznych, urzędów, placówek oświatowych i medycznych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami jest kluczowe dla zapewnienia im pełniejszego udziału w życiu społecznym i podnoszenia jakości ich życia.

1.2.1. Niepełnosprawność intelektualna

Niepełnosprawność intelektualna, znana również jako upośledzenie umysłowe charakteryzuje się zdolnościami intelektualnymi poniżej średniej z jednoczesnym ograniczeniem dwóch lub więcej z następujących umiejętności adaptacyjnych: komunikacja, domowy styl życia, opieka zdrowotna, niezależność, socjalizm, korzystanie ze świadczeń socjalnych i kulturalnych, dbałość o zdrowie i bezpieczeństwo, umiejętności szkolne, organizacja czasu wolnego i pracy. Zgodnie z bieżącymi badaniami, niepełnosprawność intelektualna manifestuje się zazwyczaj przed osiągnięciem 18 roku życia (Luckasson, i in., 1992, Kostrzewski, 2006).

Proces diagnozowania niepełnosprawności intelektualnej, zgodnie z pracami Kostrzewskiego, Luckassona i ich zespołu (2006), został podzielony na trzy etapy:

- pierwszy etap odpowiada identyfikacji niepełnosprawności intelektualnej;
- drugi etap koncentruje się na klasyfikacji i opisie stanu;
- trzeci etap polega na określeniu profilu i intensywności potrzebnego wsparcia, które jest potrzebne osobie z taką niepełnosprawnością.

W aktualnych klasyfikacjach medycznych, takich jak ICD-11 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, 11. edycja) oraz DSM-V (Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychicznych, 5. edycja) używane jest pojęcie *niepełnosprawność intelektualna*. Termin ten obejmuje deficyty w funkcjonowaniu adaptacyjnym i intelektualnym w zakresie: rozumienia pojęć, funkcji społecznych i obszarów praktyki. Użycie takiego terminu w medycynie i rehabilitacji ma na celu ujednolicenie rozumienia niepełnosprawności intelektualnej na poziomie międzynarodowym, co ułatwia komunikację i współpracę między specjalistami z różnych krajów i środowisk.

Rodzice i opiekunowie dzieci z niepełnosprawnością intelektualną stają przed wyjątkowymi wyzwaniami i potrzebują specjalistycznego wsparcia. Jest to niezbędne, aby mogli efektywnie wspierać rozwój swoich dzieci, wykorzystując dostępne metody rehabilitacji i interwencji. Wsparcie to powinno być dostosowane do indywidualnych potrzeb rodziny i dziecka, oferując strategie

i narzędzia, które pomogą w maksymalnym wykorzystaniu potencjału dziecka oraz w jego integracji ze społeczeństwem.

1.2.1.1. Niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim

Niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim, często określana jest jako lekkie upośledzenie umysłowe, reprezentuje najłagodniejszą formę tego schorzenia. Według klasyfikacji zaproponowanej przez Kostrzewskiego (2006), niepełnosprawność intelektualna może być podzielona na trzy główne kategorie: lekką, umiarkowaną i znaczną. Osoby w stopniu lekkimi charakteryzują się ograniczeniami w pełnieniu ról społecznych. Chociaż mają różny potencjał rozwojowy, to zaburzenia te mają globalny wpływ na wszystkie funkcje i procesy umysłowe, co prowadzi do trudności w procesie nauki. Problemy te związane są z percepcją, uwagą, pamięcią, językiem, myśleniem, zdolnościami motorycznymi, a także procesami motywacyjnymi, emocjonalnymi i społecznymi. Poziom poznania zmysłowego tych uczniów najlepiej można opisać za Borzyszkowską (1997, s. 54): *dziecko upośledzone umysłowo mało widzi – kiedy patrzy i mało słyszy – kiedy słucha*.

Dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną mogą wykazywać stosunkowo dobrą pamięć mechaniczną, lecz ich pamięć logiczna jest często znacznie osłabiuona. Znajduje to odzwierciedlenie w zaobserwowanych dowodach (Kostrzewski, 2006):

- trudności z posługiwaniem się tabliczką mnożenia;
- problemy z przypadkowymi pytaniami;
- potrzeba więcej powtórzeń, aby zapamiętać informacje;
- odtwarzanie zapisanych wiadomości w zapamiętanej kolejności.

Każde dziecko jest unikalne i nie wszystkie trudności muszą wystąpić u każdego z nich. U dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną rozwój mowy często jest ograniczony. Dzięki stosunkowo dobrej pamięci mechanicznej (przy dobrej stymulacji środowiskowej) mogą nauczyć się obszernego słownictwa, choć jak podkreśla Kostrzewski (2006):

- bardziej prawdopodobne jest, że będą miały bariery językowe niż dzieci o normalnej inteligencji;

- mają trudności ze zrozumieniem znaczenia zdań twierdzących i samodzielnie tworzą dłuższe zdania twierdzące (twórcze użycie mowy);
- ze względu na częste lekceważenie kontekstu można również zaobserwować używanie wulgaryzmów i slangu.

Najczęściej występujące zaburzenia rozwojowe u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim obejmują:

- naruszenie orientacji przestrzennej,
- niska sprawność motoryczna,
- liczne i poważne problemy z mową,
- wolne tempo pracy,
- słaba koncentracja,
- ograniczone rozumienie sensu wypowiedzi,
- zaburzenia analizy i syntezy wzrokowej, słuchowej oraz wzrokowo-słuchowej,
- trudności ze zrozumieniem czytanego tekstu, w rozpoznawaniu liter i czytaniu,
- problemy ze zrozumieniem reguł, zasad i definicji,
- ograniczenia procesów pamięciowych i utrudnione formowanie pojęcia liczby,
- niezrozumienie treści zadań tekstowych i problemy z ich rozwiązywaniem,
- trudności ze zrozumieniem i wykorzystaniem przypadkowych relacji,
- problemy z powiązaniem nowych informacji z wcześniej zapamiętanymi,
- słabe praktyczne zastosowanie umiejętności,
- zaburzenia wyobraźni przestrzennej, powodujące trudności w zrozumieniu i wykonywaniu zadań geometrycznych,
- brak samodzielności w wykonywaniu zadań,
- częsta nadpobudliwość psychoruchowa lub letarg,
- niska motywacja,
- brak krytyki,
- trudność w przewidywaniu konsekwencji zachowań,
- impulsywność,
- podatność na negatywne wpływy środowiska,
- niewrażliwość na potrzeby innych, często agresja (Kostrzewski, 2006).

Warto zaznaczyć, że powyższe trudności występują we wszystkich przypadkach. Każde dziecko z lekką niepełnosprawnością intelektualną jest unikalne, a poziom pracy szkolnej, jego możliwości, zachowanie oraz różne ograniczenia są indywidualne (Kostrzewski, 2006).

Niepełnosprawność intelektualna, klasyfikowana jako lekka, umiarkowana lub znaczna, jest zaburzeniem wpływającym na różne aspekty życia osoby. W przypadku lekkiej niepełnosprawności intelektualnej, charakterystyczne są ograniczenia w pełnieniu ról społecznych oraz globalne deficyty we wszystkich funkcjach umysłowych. Trudności w nauce wynikają z zaburzeń percepcyjnych, pamięciowych, językowych, myślenia, motoryki, emocji i zachowań społecznych. Dzieci z taką niepełnosprawnością mają często problemy z mową, pamięcią logiczną oraz zrozumieniem i stosowaniem języka. W ich przypadku obserwuje się często słabą orientację przestrzenną, motorykę, tempo pracy, koncentrację i rozumienie sensu wypowiedzi. Zaburzenia te obejmują również trudności z analizą i syntezą, rozumieniem tekstów, reguł oraz definicji, a także ograniczenia w procesach pamięciowych. Dzieci te mogą wykazywać nadpobudliwość psychoruchową, brak samodzielności, niską motywację do działania i impulsywność. Ważne jest, aby zrozumieć te trudności i indywidualnie podchodzić do każdego dziecka, by zapewnić mu odpowiednią pomoc i wsparcie w jego rozwoju (Kostrzewski, 2006).

1.2.1.2. Niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym

Niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym prezentuje unikalny zestaw wyzwań i potrzeb dla osób, które posiadają. Rozwój językowy w tej grupie jest opóźniony, co charakteryzuje się niewielką liczbą słów lub prostych zdań, które pełnią funkcję komunikacyjną. Osoby te wypowiadają się prostymi zdaniami i komunikują się za pomocą odpowiedników zdań, pojedynczych słów lub niewerbalnie (gestykulacją, mimiką twarzy z równoczesnymi samogłoskami). Mają trudności nie tylko w komunikacji werbalnej, ale także w odbiorze informacji. W komunikacji interpersonalnej z osobą z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym należy unikać nadmiernie rozbudowanych wypowiedzi z abstrakcyjnymi pojęciami reprezentującymi zależności przestrzenne i czasowe (Kirejczyk 1981, Pilecki, Pilecka 1996, Wyczesany, 2004).

Ta grupa osób charakteryzuje się zaburzeniami pamięci długotrwałej i krótkotrwałej. Dzieci z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną mają trudności z koncentracją na określonych czynnościach lub przedmiotach, a także z przechowywaniem, zapamiętywaniem, rozpoznawaniem i odtwarzaniem informacji. Często są wprowadzane w błąd, a postępy w nauce ograniczają się do opanowania podstawowych umiejętności, takich jak pisanie, czytanie i liczenie (Kirejczyk 1981, Pilecki, Pilecka 1996, Wyczesany, 2004).

Myślenie osób z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną charakteryzuje się konkretnością. Chociaż potrafią zauważyć podobieństwa i różnice między przedmiotami i obrazkami oraz poprawnie definiować proste pojęcia, ich poziom kompetencji społecznych jest wyższy niż kompetencji intelektualnych. Jest on uzależniony od jakości edukacji, zarówno w domu, jak i w szkole (Kirejczyk 1981, Pilecki, Pilecka 1996, Wyczesany, 2004).

W relacjach międzyludzkich, osoby z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną wykazują zdolność do empatii, przywiązanie i potrzebę kontaktów społecznych. Zakres doznań emocjonalnych jest porównywalny z zakresem doznań ludzi w normie intelektualnej. Osoby te są świadome upływu czasu i potrafią zrozumieć pojęcia *przeszłość* i *przyszłość*. Pomimo troski o swoją przyszłość, zazwyczaj się skupiają się na najbliższych wydarzeniach, jednocześnie napotykając trudności w adaptacji do skomplikowanych sytuacji życiowych i poszukiwania rozwiązań dla swoich problemów (Kirejczyk 1981, Pilecki, Pilecka 1996, Wyczesany, 2004).

Niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym charakteryzuje się opóźnionym rozwojem języka, ograniczającym się do prostych zdań lub pojedynczych słów. Osoby z tym zaburzeniem mają trudności z werbalnym przekazywaniem i odbiorem i informacji. Zrozumienie i wsparcie osób z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną są kluczowe dla ich rozwoju i integracji społecznej.

1.2.1.3. Niepełnosprawność intelektualna w stopniu znacznym

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym napotykają na poważne wyzwania w wielu obszarach funkcjonowania, w tym postrzeganiu sensorycznym i kognitywnym. U tych osób często diagnozuje się zaburzenia w odbiorze bodźców zmysłowych, takich jak wzrok czy słuch oraz uszkodzenia kory mózgowej. Skutkuje to trudnościami w dokładnym odzwierciedleniu otaczającej rzeczywistości. Dodatkowo, padaczka oraz inne zaburzenia neurologiczne i fizyczne są zjawiskami częściej spotykanymi w tej grupie, co dodatkowo komplikuje interakcję z otoczeniem. Podczas spostrzegania uwagę zwracają zaburzenia w pracy narządów zmysłów i pola percepcji. Proces zrozumienia u tych ludzi jest niepewny i powolny. Osoby ze znaczną niepełnosprawnością intelektualną rozumieją mowę i proste polecenia (Trębicka-Postrzygacz, 2017).

W komunikacji ustnej u osób z tą niepełnosprawnością często występują zaburzenia mowy. Ich wypowiedzi mogą być niejasne lub fałszywe, co prowadzi do dezorientacji wśród osób z otoczenia i może skutkować unikaniem interakcji społecznych przez osoby z niepełnosprawnością. Osoby te często tworzą *specyficzny kod językowy*, zrozumiały tylko dla najbliższych, zwłaszcza gdy ich potrzeby są zaspokajane bez najmniejszego wysiłku ze strony innych, a język mówiony wydaje im się niepotrzebny (Minczakiewicz, 1989).

Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym wykazują słabą pamięć mechaniczną i mimowolną uwagę. Ta grupa charakteryzuje się myśleniem konkretnym, wizualnym, przed funkcjonalnym. Mogą rozpoznawać kształty geometryczne lub przerysowywać koło, trójkąt, kwadrat, drzewo itp. Widzą także podobieństwa i różnice między przedmiotami i obrazami, ale ich nie rozumieją, dlatego potrzebują wsparcia, aby stawić czoła trudnej sytuacji (Kirejczyk, 1981, Kościelska, 1984, Wyczesany, 2004).

1.2.2. Niepełnosprawność słuchowa

Około 100 000 osób w Polsce ma problemy ze słuchem (Janiszewska, 2016). Są one bardzo ważne, ponieważ uniemożliwiają im swobodną komunikację z otoczeniem. Statystyka ta nie uwzględnia dużej grupy osób, które z wiekiem utraciły słuch. Liczba osób niesłyszących jest zróżnicowana w zależności od tego, jakie kryterium przyjmiemy jako podstawę do oceny poziomu słuchu. Populacje osób niesłyszących i niedosłyszących są bardzo zróżnicowane. Wśród osób z problemami słuchu wyróżniami:

- głuchoniemych,
- głuchych,
- niesłyszących,
- niedosłyszących,
- słabo słyszących,
- osoby z wadą słuchu,
- osoby z niepełnosprawnością słuchową,
- inwalidów słuchu (Czajkowska-Kisil, 2012).

Ubytek słuchu to niezdolność do odbierania bodźców dźwiękowych, która w przeciwieństwie do nabytej, zwykle wiąże się z niemożnością mówienia (głuchotą). Dzieci niesłyszące stanowią bardzo zróżnicowaną grupę pod względem zdolności nabywania i doskonalenia swoich systemów językowych, a tym samym zdobywania wiedzy i umiejętności w procesie nauczania.

Trudności ze zrozumieniem dźwięków mogą skutkować problemami takimi jak:

- różne poziomy rozumienia języka i czytania z ruchu warg,
- niewystarczająca znajomość języka polskiego,
- utrudniona komunikacja z otoczeniem (Czajkowska-Kisil, 2012).

Problemy komunikacyjne osób niesłyszących nie zawsze są bezpośrednio związane ze stopniem ubytku słuchu. Wiele z tych osób radzi sobie dobrze z komunikacją, a osoby z mniejszymi ubytkami mogą mieć trudności. Istnieje wiele czynników wpływających na tę sytuację, w tym wybory edukacyjne rodziców (Czajkowska-Kisil, 2012).

Niezależnie od preferowanego sposobu komunikowania się, największym problemem osób niesłyszących jest czytanie z ruchu warg. To złożony proces, który wymaga odpowiednich warunków zewnętrznych i biegłości w języku polskim (a więc innym języku do prowadzenia rozmowy). Dlatego ważne jest, aby osoby pracujące z osobami niesłyszącymi rozumiały specyfikę zachowań komunikacyjnych. (Czajkowska-Kisil, 2012).

Osoby niesłyszące stoją przed wyzwaniami, które wykraczają poza barierę komunikacyjną. Podejmują walkę o zaspokojenie potrzeb społeczeństwa i często cierpią z powodu niskiej samooceny i braku pewności, że są na tym samym poziomie co osoby niesłyszące. To poczucie izolacji może prowadzić do samotności i problemów psychicznych, w tym depresji czy lęku. Dlatego ważne jest zrozumienie specyfiki komunikacji osób niesłyszących, aby umożliwić im pełniejszą integrację społeczną.

1.2.3. Niepełnosprawność wzrokowa

Grupa osób z niepełnosprawnością wzrokową obejmuje zarówno osoby niewidome, jak i słabowidzące, które różnią się zdolnością do korzystania z funkcji wizualnych, takich jak:

- zaburzenia widzenia,
- pole widzenia,
- wrażliwość na światło i kontrast,
- widzenie kolorów,
- postrzeganie ruchu i kształtu (Nowak-Adamczyk, Perdeus-Białek, 2011).

W związku z tym, osoby z dysfunkcją wzroku nie stanowią jednorodnej grupy, a ich potrzeby i ograniczenia mogą znacznie się różnić.

W oparciu o poziom ostrości wzroku, możemy wyróżnić następujące grupy osób z niepełnosprawnością wzrokową:

- osoby całkowicie niewidome,
- osoby z resztkami wzroku,
- osoby słabo widzące.

Osoby niewidome to osoby całkowicie niewidzące oraz osoby o widzeniu poniżej 5% i bardzo ograniczonym polu widzenia (nie większym niż 20 stopni). Osoba niedowidząca to osoba, która ma od 5% do 30% wzroku i mimo słabego wzroku może wykorzystywać swój wzrok do rozumienia otaczającego jej świata, do czytania, w przeciwieństwie do niewidomych, u których wzrok został zastąpiony przez inne zmysły. Oprócz upośledzenia widzenia i widzenia lub rozpoznawania kolorów osoby słabowidzące mogą mieć inne problemy czynnościowe:

- brak lub znaczne osłabienie akomodacji,
- oczopląs,
- światłowstręt,
- zaburzenie adaptacyjne,
- choroby takie jak jaskra czy zaćma (Czerwińska, 2010).

Osoby z dysfunkcją wzroku nie stanowią jednorodnej grupy. Ich zdolność widzenia różni się znacznie w zależności od stopnia upośledzenia wzroku, a osoby niedowidzące i słabowidzące zwykle mają problem ze zrozumieniem:

- drobnych przedmiotów;
- szczegóły dotyczących większych przedmiotów;
- małych liter, cyfr i znaków graficznych.

Osoby z dysfunkcją wzroku i ograniczonym polem widzenia mają gorszą percepcję przestrzenną. Zmniejsza to trudność orientacji w otoczeniu, co negatywnie wpływa na samodzielną lokomocję i przede wszystkim inne formy poruszania się, również ze względu na orientację wzrokową w przestrzeni. Koordynacja wzrokowo-ruchowa u wielu osób z dysfunkcją wzroku jest zaburzona, co z kolei zmniejsza efektywność wykonywania różnych praktycznych ruchów, czyli zmniejsza się dokładność i powolność ruchów (Czerwińska, 2010).

Konarska podkreśla, iż *istnieją zasady porozumiewania się, które przez dzieci widzące są przejmowane na zasadzie naśladownictwa, a dotyczą przede wszystkim pozawerbalnych form zachowania, towarzyszących wypowiedziom słownym. Do nich należą gesty, mimiczny wyraz twarzy, postawa ciała, ruchy głowy, spojrzenie, ton i barwa głosu i inne rodzaje zachowań, które są dostępne obserwacji wzrokowej, a nie do końca dadzą się wytłumaczyć słownie i zastosować w wypadku braku wzroku* (Konarska, 2012, s. 45).

Według Skoczylas (2013), dzieci niewidome są w ciągłym napięciu w oczekiwaniu na nieoczekiwane zjawiska, przedmioty, co prowadzi do wzmożonego napięcia mięśniowego i ciągłego przewlekłego stresu. Potrzeba większej koncentracji podczas poruszania się i wykonywania wielu codziennych czynności może również prowadzić do zwiększonego niepokoju i zmęczenia. Urbańczak-Psuja (2003) dostrzega, że *dzieci i młodzież z dysfunkcją wzroku często przejawiają zaburzenia zachowania na tle niezaspokojonych potrzeb. Reagują często nieadekwatnie do zaistniałej sytuacji, co spowodowane może być trudnościami w ocenieniu jej.*

Natalia Walter (Walter, 2007, s. 16) stwierdza, że *brak wzroku może powodować u osób niewidomych wiele utrudnień w procesie poznawczym, chociażby takich jak brak możliwości odbierania wrażeń wizualnych, ograniczenie uczestnictwa w codziennych przyjemnościach życiowych, ograniczenie samodzielności w różnych okolicznościach oraz w osiąganiu celu własnych zainteresowań, zawężenie możliwości rozwinięcia własnej osobowości w życiu zawodowym i społecznym.*

Osoby z niepełnosprawnością wzrokową, w tym niewidome i słabowidzące, doświadczają różnych wyzwań, które wpływają na ich codzienność i społeczne funkcjonowanie. Stanowią one grupę z szerokim zakresem potrzeb i wyzwań, a ich integracja społeczna i zawodowa wymaga zrozumienia, wsparcia oraz podjęcia odpowiednich działań na poziomie społecznym i indywidualnym.

1.2.4. Zaburzenia ze spektrum autyzmu

Zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD) obejmują szereg stanów neurorozwojowych, które wykazują szeroki zakres obejmujący zdolności komunikacyjne, interakcje społeczne, zachowania i zainteresowania. Chociaż autyzm, znany również jako zespół Kannera, jest badany od wielu lat, to pełne zrozumienie jego etiologii pozostaje przedmiotem badań naukowych. Dzięki postępowi w neurofizjologii, chemii i genetyki zaczynamy lepiej rozumieć mechanizmy leżące u podstaw ASD. Mimo to, tajemnica ta wciąż skrywa wiele niewiadomych, a każda osoba dotknięta spektrum autyzmu jest unikalną jednostką, z którą staramy się nawiązać kontakt i zrozumieć jej świat (Gałkowski, Kossewska, 2000).

Pojęcie *autyzm* pochodzi od greckiego słowa: *autos* oznaczającego *sam*, zostało wprowadzone do psychiatrii przez szwajcarskiego lekarza Eugeniusza Bleulera w 1912 roku, w celu zidentyfikowania jednego z centralnych objawów

schizofrenii, jakim jest wycofanie i brak reakcji na bodźce zewnętrzne (Leksykon Psychiatrii, 1993). Obecnie jest uważane jako odrębne zaburzenie neurorozwojowe, które pojawia się przed ukończeniem 36 miesiąca życia. Definicja autyzmu ewoluuje, a rozumienie zaburzenia rozszerza się z biegiem czasu, uwzględniając zarówno symptomy objawiające się we wczesnym dzieciństwie, jak i charakterystyczne dla niego zespoły objawów. Dzieci z autyzmem fizycznie nie różnią się od swoich rówieśników (Leksykon Psychiatrii, 1993).

Osoby z zaburzeniami ze spektrum autyzmu stanowią zróżnicowaną grupę pod względem komunikacji, funkcjonowania społecznego i intelektualnego. Autyzm może przybierać różne formy – od osób niewerbalnych, przez osoby z różnym stopniem niepełnosprawności intelektualnej i deficytami w rozwoju społecznym, po te, które są towarzyskie i czasami bardzo rozmowne. Mogą wykazywać oznaki przywiązania do bliskich, trudności w nawiązywaniu odpowiednich relacji z rówieśnikami oraz wiele wzorców i wzorców zachowań. Wiele osób ze spektrum autyzmu przejawia stereotypowe zachowaniami, które zwykle są związane z ruchami rąk i dłoni. Zaobserwowano również inne zachowania, takie jak potrząsanie, kręcenie się w kółko, chodzenie na palcach, potrząsanie lub uderzanie głową, patrzenie na światło lub pocieranie dłońmi struktury materiału. To zachowanie często charakteryzuje się autostymulacją (O'Connor i Hermelin, 1988).

Osoby ze spektrum autyzmu mogą wykazywać się wyjątkowymi zdolnościami w wąskim zakresie dziecin, co bywa określane mianem *umiejętności wyspiarskich*. Mimo powszechnego przekonania, zjawisko to dotyczy jedynie około 5-15% populacji autystycznej (O'Connor i Hermelin, 1988), przy czym odsetek ten jest wyższy w populacji dzieci ze spektrum autyzmu niż w populacji ogólnej. Dotyczy to osób autystycznych z inteligencją w granicach normy intelektualnej lub osób autystycznych z lekką lub umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną. Zdecydowana większość dzieci ma niepełnosprawność intelektualną, wysokie wskaźniki zaburzeń zachowania itp. Autystyczni geniusze wykazują zdolności w różnych dziedzinach, wśród nich możemy wyróżnić umiejętności w następujących obszarach takich jak: muzyka, pamięć, arytmetyka, sztuka, języki obce, mechanika, percepcja, koordynacja.

Hans Asperger, który w 1944 odkrył i opisał stan znany dziś jako zespół Aspergera), uważał, że zaburzenie to ma podłoże genetyczne i jest przekazywane

z ojca na syna. Interpretuje ten brak jako skrajną formę męskiego charakteru z jednej strony, a z drugiej wynik rozwoju intelektualnego nad duchowego, a więc znanej psychopatologii osobowości. Według Tantama (1996a, b) zespół Aspergera i zespół Kannera (klasyczny autyzm) mają różne stopnie uszkodzenia mózgu, co sugeruje różnorodność w obrębie spektrum autystycznego. Szatmari (1992) i Gillberg (1995) opowiadają się za genetycznym pochodzeniem obu zespołów, ale Gillberg nie wykluczył możliwości uszkodzenia mózgu. Kryteria diagnostyczne zespołu Aspergera nie uwzględniają wszystkich objawów określonych w autyzmie Kannera jako jakościowe zaburzenie komunikacji, ani okresu wystąpienia zaburzeń zgłaszanych w autyzmie Kannera: od niemowlęctwa do trzech lat. Tymczasem kryteria diagnostyczne zespołu Aspergera wskazują na trudności z interakcjami zawodowymi i społecznymi, odpowiednim do wieku rozwojem umiejętności percepcyjnych i samoobsługowych, zachowaniami adaptacyjnymi oraz ciekawością otoczenia przy braku opóźnienia mowy (tab. 1).

Niektórzy badacze stawiają znak równości pomiędzy zespołem Aspergera autyzmem. Tantam (1996b) podaje, że: *istnieje podgrupa autystów, którzy są towarzyscy, a jednocześnie wysoce nietaktowni, sprawni językowo i z wysoko rozwiniętymi szczególnymi zainteresowaniami, dla których określenie zespół Aspergera może być całkiem użyteczne* (1996b, s. 22).

Problemy, z jakimi borykają się osoby z zespołem Aspergera, mogą być bardzo subtelne. Granica między normą a nieobecnością jest zmienna. Indywidualne cechy zespołu Aspergera można zidentyfikować również u osób zdrowych. Diagnozowanie zespołu Aspergera wydaje się również właściwe tylko wtedy, gdy osoba z zespołem Aspergera potrzebuje dodatkowego wsparcia lub leczenia, które może pomóc (Kruk-Lasocka, 2000).

Obecnie zespół Aspergera jest klasyfikowany jako zaburzenie ze spektrum autyzmu (ASD) i nie jest już traktowany jak oddzielna jednostka diagnostyczna w najnowszych systemach klasyfikacyjnych, takich jak DSM-5. Zarówno autyzm jak i zespół Aspergera są złożonymi zaburzeniami, które różnią się etiologią, objawami i potrzebami terapeutycznymi. Zrozumienie tych zaburzeń wymaga ciągłej naukowej eksploracji.

Tabela 1. Różnice pomiędzy zespołem Aspergera i autyzmem Kannera

Uwarunkowania, obszary zaburzeń	Autyzm Kannera	Zespół Aspergera
Etiologia	Uszkodzenie mózgu rozpoznawane jest zwykle w okresie płodowym i okołoporodowym, ale nie można wykluczyć predyspozycji genetycznej.	Dziedziczna - przekazywana z ojca na syna, nie można wykluczyć uszkodzenia mózgu, ponieważ jest to wysoce prawdopodobne.
Częstotliwość występowania	Od 2 do 5 na 10 000 dzieci.	Ok. 4 na 1000 dzieci w wieku szkolnym
Występowanie z uwzględnieniem płci	Na czterech chłopców przypada jedna dziewczyna	Na jedną dziewczynę przypada ośmiu chłopców
Pierwsze manifestacje	Do 30 miesięcy, rzadko później	Zwłaszcza po 3 latach
Motoryka	zwinność, elastyczność, zręczność, dobra kontrola ruchu pomimo braku dobrej kontroli ruchu nawet bez niej	niezdarność, sztywność, słaba koordynacja ruchowa
Reakcje przymusowe, stereotypie	Wzorce pojawiają się szerzej w obszarze motoryki: kręcenie się w kółko, efektowne pozowanie, tworzenie rytuałów z prostych codziennych czynności, wymagających stabilności środowiskowej	Rozwój i kontynuacja pokrycia wąskiego zainteresowania pewnymi zagadnieniami, entuzjazm dla zagadnień
Mowa	Brak opóźnienia lub tłumienia, echolalia	Bogate słownictwo, poprawna składnia, treść figuratywna, język obiektywny, precyzja wypowiedzi
Inteligencja	Około 7% dzieci ma niepełnosprawność intelektualną	Normalna
Zachowania społeczne	Częsty brak kontaktu wzrokowego podczas komunikacji, kompulsywne, jednostronne i dziwne reakcje w interakcjach społecznych, np. niestosowny śmiech, płacz z zakłopotania, autoagresja	Nieznajomość oczekiwań społecznych w postaci obojętności lub dystansu, a także jednostronne postępowanie bez uwzględnienia życzeń i reakcji partnera, m.in. długiego monologu, nieistotnej wypowiedzi

Źródło: Opracowanie własne na podstawie ICD-11 i DSM 5.

1.2.5. Niepełnosprawność ruchowa

Niepełnosprawność ruchowa rozumiana jest jako różnorodne zaburzenia czynnościowe narządu ruchu człowieka, które mogą być spowodowane urazem lub uszkodzeniem układu nerwowego, stanami pourazowymi, chorobami genetycznymi, wadami wrodzonymi lub innymi przyczynami powodującymi ograniczenie mobilności. Ograniczenia ruchowe, które mają swoje źródło już we wczesnym dzieciństwie, mogą być wynikiem np. nieprawidłowym rozwojem i dojrzewaniem układu nerwowego, wadami wrodzonymi czy chorobami genetycznymi. Zazwyczaj nie jest to widoczne w pierwszych chwilach życia. Objawy pojawiają się stopniowo wraz z jego wzrostem i rozwojem, co może prowadzić do postępującej niepełnosprawności ruchowej (Gąstoł, 2010).

Niepełnosprawność ruchowa może być wywołana urazami, wypadkami lub chorobami o nagłym początku i ostrym przebiegu, takimi jak choroba Heinego-Medina. Objawy te pojawiają się nagle i wymagają natychmiastowej zmiany dotychczasowych wzorców funkcjonowania (Gąstoł, 2010).

Wśród chorób często prowadzących do niepełnosprawności ruchowej u dzieci znajdują się:

- mózgowe porażenie dziecięce (MPD),
- postępujące dystrofie mięśni,
- przepuklina oponowo-rdzeniowa,
- skrzywienie boczne kręgosłupa,
- inne: wrodzona sztywność stawów, choroba Haglunda, choroba Heinego-Medina, choroba Osgooda-Schlattera, choroba Recklinghausena, choroba Pertha, choroba Scheuermanna, choroby nerwowo-mięśniowe (w tym rdzeniowe zaniki mięśni, neuropatie, miopatie), fakomatozy (w tym stwardnienie rozsiane i stwardnienie rozsiane), kolagenoza, nowotwory kości (w tym kostniakomięsak, mięsak Ewinga i chrzęstniakomięsak), kręcz szyi, martwica kości, myasthenia gravis, osteoporoza, polineuropatia, porażenie splotu ramiennego, wady stóp (w tym tkankowe i tkankowe stopy, gładkie), nasad, nasad, nasad, nasad, złamań i amputacji w wyniku urazów i wypadków (Gąstoł, 2010).

Niepełnosprawność ruchowa obejmuje szeroki zakres zaburzeń w funkcjonowaniu układu ruchu, których przyczyny mogą być różnorodne. Stanowi ona złożony problem, który może znacząco wpłynąć na jakość życia osób dotkniętych. Osoby te wymagają specjalistycznej opieki medycznej, rehabilitacji oraz wsparcia społecznego, aby mogły aktywnie i samodzielnie funkcjonować w społeczeństwie.

Niepełnosprawność jest kompleksowym zjawiskiem, które dotyka osób w różnym wieku i może mieć rożne przyczyny (m.in. genetyczne, zdrowotne, wypadkowe). Ma ona wpływ na aspekty życia człowieka, w tym na zdolność do nauki, pracy, samodzielności, uczestnictwa w życiu społecznym. Kluczowe jest, aby społeczeństwo i instytucje podejmowały skuteczne działania na rzecz integracji i wsparcia osób z niepełnosprawnościami, zapewniając im dostęp do edukacji, zatrudnienie, opieki zdrowotnej czy usług społecznych. Zwalczanie stereotypów i dyskryminacji są ważne dla budowania społeczeństwa, w którym każdy ma równe szanse na rozwój i uczestnictwo. Rozumienie i akceptacja niepełnosprawności jako elementu różnorodności ludzkiej przyczynia się do tworzenia bardziej otwartego i empatycznego świata.

ROZDZIAŁ 2

POSTAWY WOBEC OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Zagadnienie stosunku do osób niepełnosprawnych od wielu lat jest przedmiotem wielkiego zainteresowania nauk społecznych. Osoby z niepełnosprawnościami nie stanowią homogenicznej grupy społecznej, co skłoniło do opracowania różnych metod badawczych dotyczących postaw społecznych wobec nich. To podkreśla zróżnicowanie aktywności społecznej osób w zależności od rodzaju niepełnosprawności (Antonak, Livneh, 1995).

Badając zależności między postawami wobec osób z niepełnosprawnościami przyjmuje się, że nie istnieje do nich jednolity stosunek, charakterystyczny dla określonej grupy społecznej. Stopień, w jakim dana osoba dostrzega subiektywne podobieństwo do określonej grupy niepełnosprawności, ma znaczenie dla kształtowania się postaw: im niższy, tym większa skłonność do negatywnych relacji (Sękowski, Witkowska, 2002).

Postawy wobec osób z niepełnosprawnościami są związane z przyjętymi w środowisku wzorcami, które obejmują przyczyny i skutki niepełnosprawności, kryteria ich określania, postrzeganie istoty, normy określające postawy i wzorce zachowań społecznych. Oceny cech związanych z siłą fizyczną i kultem ciała są obecnie poddawane ponownej ocenie, ale stosunek osób sprawnych do osób z niepełnosprawnościami również w tym zakresie szybko się zmienia (Sztabiński, 1994).

Społeczne postawy wobec osób z niepełnosprawnością są złożoną kwestią, wymagającą interdyscyplinarnego podejścia, ponieważ są one kształtowane przez szeroki wachlarz czynników. Zrozumienie mechanizmów kształtowania się tych postaw, ich dynamiki oraz wpływu na życie jest kluczowe dla promowania integracji społecznej. Dodatkowo, wnikliwa analiza tych procesów może przyczynić się do rozwoju skutecznych strategii edukacyjnych i polityk publicznych, które będą wspierać równość i akceptację na rzecz osób z niepełnosprawnościami okazuje się być nieocenione, pomagając budować bardziej inkluzyjne społeczeństwo.

2.1. DEFINICJE I KOMPONENTY POSTAW

Pojęcie postawy istnieje nie tylko w naukach psychologicznych, ale również znajduje zastosowanie w innych dziedzinach naukowych, takich jak socjologia, filozofia czy nawet anatomia. Definicje relacji są również używane w odniesieniu do pewnych stanów i mają znaczenie dla teorii naukowych. Jako pierwszy termin ten zdefiniowali H. Spencer i A. Bain. Oznacza on gotowość duszy do słuchania i wyciągania konkretnych wniosków z dyskusji, którą dana osoba zadaje pytanie (Bujnowska, 2009).

Na początku XX wieku W. Thomas i F. Znaniecki zdefiniowali postawę jako cechę psychiczną, która łączy świat kultury i pozwala jej działań w świecie. Pojęcie związku uznali za centralną kategorię koncepcji psychologii społecznej. Pomimo długiej historii używania tego terminu, nadal nie jest on dobrze zdefiniowany, co na przestrzeni lat doprowadziło do różnorodności w sposobie wyjaśniania tego zjawiska (Bujnowska, 2009).

Postawy określa się jako *dyspozycje w zachowywaniu się w określony sposób* (Nowicka, 2005, s. 225). Uznaje się ją za *swoisty fenomen, zawierający w sobie komponent afektywny, czyli emocjonalno-ewaluacyjny*. Odwołuje się on do emocji określonej walencji i pojawiających się w odpowiedzi na zaistniałą konfrontację między jednostką, a obiektem sprawy. Ponadto posiada komponent poznawczy dotyczący poznanej wiedzy i żywionych przekonań wobec danego przedmiotu i wreszcie – *komponent behawioralny, czyli określający sposób zachowania się przedmiotu* (Kokot, 2010, s. 49). Uczucia w stosunku przedmiotu postawy określa się jako komponent afektywny (emocjonalny). Element poznawczy, w przeciwieństwie do behawioralnego, który opiera się na zachowaniach wobec przedmiotu postawy, bazuje na przekonaniach i wiedzy (Sękowski, 1994; Zawiślak, 2009).

Strukturalną definicję postaw po raz pierwszy sformułował M. B. Smith (1947, za Bujnowska, 2009), który podaje, że:

- komponent behawioralny – odnosi się do intencjonalnego zachowania w stosunku do przedmiotu relacji, tj. z jego intencją, żądaniem, pragnieniem, poczuciem odpowiedzialności za zachowanie się w określony sposób;
- komponent emocjonalny (afektywny) – określa, jak dana osoba czuje się w stosunku do obiektu relacji i ma określoną intensywność i kierunek;

- komponent poznawczy – rozmowy o osobistych przekonaniach, wiedzy, zasobach i tematach związanych z relacjami. Wiedzę można opisać w kategoriach jej ważności i zakresu. Jest opisana od samego wyjaśnienia podstaw komponentów do bardzo szerokiej wiedzy.

Istotnym elementem postawy jest również mniejsze lub większe natężenie (Wojciszke, 2012). Należy również zauważyć, że obiekty mają dodatkowe właściwości: siła, znaczenie, spójność wewnętrzna, stopień powiązania z innymi postawami osobowości. Dla człowieka postawa jest ważniejsza, ponieważ jest ściśle powiązana z jego obrazem siebie, innymi postawami i deklarowanymi wartościami (Wojciszke, 2012). Przyjmowanie postaw może odnosić się do wielu aspektów, które determinują relacje między ludźmi i kształtują świat społeczny i są ważne dla codziennego funkcjonowania człowieka. Wpływają na to, jak ludzie reagują na myśli, uczucia i zachowania (Böhner, Wänke, 2004).

Poruszając temat relacji społecznych z osobami z niepełnosprawnościami nie sposób obejść się bez słowa *przedmiot postaw*. M. Konarska stwierdza, że podmiotem związku może być wszystko, co istnieje w kontekście osobistych odczuć i kreacji. Uznaje, że: osoby, grupy społeczne, jaźń, normy i zasady społeczne i aksjomatyczne jako hipotetyczne obiekty postaw (Konarska, 2000).

W analizie powstawania relacji i kształtowania się postaw, kluczowe jest zrozumienie, że są to procesy wielowymiarowe. Postawa to istotny element życia społecznego. Kształtuje się w wyniku interakcji różnych czynników: procesów poznawczych i emocjonalnych oraz wpływu otoczenia. W świetle przedstawionych teorii, można dostrzec, że postawa jest wynikiem skomplikowanej interakcji między czynnikami wewnętrznymi a zewnętrznymi, a jej kształtowaniem. Jest procesem dynamicznym, podlegającym zmianom w różnych etapach życia.

2.2. RODZAJE I MECHANIZMY KSZTAŁTOWANIA SIĘ POSTAW WOBEC OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

W literaturze przedmiotu istnieje wiele teorii opisujących powstawanie relacji. Opinie te różnią się pod wieloma względami, ale teoretycy uważają, że kształtowanie się postaw następuje w wyniku zmian różnych powiązanych ze sobą czynników w ciągu życia, co wiąże się ze zmianami postaw wobec zjawisk lub obiektów grupy (Kirenko, 1998).

Postawa odgrywa ważną rolę w życiu społecznym, ponieważ w dużej mierze decyduje o tym, jak człowiek będzie się zachowywał wobec siebie i innych, jak będzie funkcjonował w swoim otoczeniu, jak rozwijał swoją osobowość i tworzył relacje, a także umiejętność komunikowania się z otoczeniem. Mądrzycki (1970, s. 40) charakteryzuje postawę jako *organizację poznawczą, uczuciowo-motywacyjną i behawioralną, związaną z określonym przedmiotem lub klasą przedmiotów*. W podobny sposób to zjawisko opisuje Mika (1982, s. 116), który pojęcie postawa rozumie jako *względnie trwałą strukturę (lub dyspozycję do pojawiania się takiej struktury) procesów poznawczych, emocjonalnych i tendencji do zachowań, w której wyraża się określony stosunek wobec danego przedmiotu*.

Sękowski (1994) zauważa, że definicje postaw można podzielić na trzy kategorie, które odnoszą się do konkretnego pojęcia: pierwsza wiąże się z tradycją zachowania i psychologią uczenia się, druga związana jest z koncepcją socjologiczną, w której szczególną uwagę zwraca się na postawę emocjonalną osoby, która wyraża pewien stosunek do jej obiektu, a trzecia dotyczy koncepcji poznawczych. Według nich relacja zawiera ważne elementy poznawcze związane z przedmiotem relacji. Definicja pojęcia socjologicznego przedstawia postawę, jaką osoba wyraża wobec przedmiotu tej postawy. Relacje te mogą być osądzające lub emocjonalne (Bujnowska, 2009, s. 34). W definicjach wywodzących się z koncepcji behawioralnych lub teorii uczenia się, postawy są interpretowane jako tendencja osoby wobec pewnych obiektów do zachowywania się w określony sposób, w spójny i przewidywalny sposób. Postawa jest wyrażana przez pewne takie samo zachowanie, które przejawia się jako reguła. Wśród pojęć poznawczych niektóre definicje ograniczają pojęcia relacyjne do elementów poznawczych, podczas gdy złożone definicje strukturalne ustalają stałą i złożoną organizację trzech komponentów: emocje, poznanie i zachowanie (Bujnowska, 2009).

Allport (Sękowski 1999, s. 32; Bujnowska, 2009, s. 41) wyróżnił cztery główne mechanizmy kształtujące postawy człowieka obejmujące:

1. *Rozwijanie i scalanie reakcji wyuczonych w dzieciństwie i młodości;*
2. *Indywidualizację, czyli różnicowanie oraz wyodrębnianie się określonych doświadczeń dotyczących przedmiotu postawy;*
3. *Konsekwencję sytuacji urazowych;*
4. *Przyswojenie sobie już gotowych wzorów postaw od innych ludzi.*

Badania nad powstawaniem i ewolucją relacji międzyludzkich wskazują na złożoność i wielowymiarowość procesu kształtowania postaw. Są one wynikiem dynamicznych zmian, zachodzących w życiu człowieka. Postawa jest zorganizowaną strukturą, w której wkład wchodzą komponenty poznawcze, emocjonalne i behawioralne.

2.3. CZYNNIKI WARUNKUJĄCE POSTAWY WOBEC OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

W stosunku do osób z niepełnosprawnościami najczęściej wymienia się następujące skrajne postawy: akceptację lub odtrącenie. Istnieje wiele podziałów postaw w zależności od odwołania się do przedmiotu postaw i ich cech. Samborski (1987) wyróżnił następujące rodzaje postaw: pozytywne, negatywne, prywatne, publiczne, społeczne, indywidualne, słabe, silne, pełne, niepełne (w zależności od występowania komponentów), intelektualne, emocjonalne, trwałem mało trwale.

Postawy mogą wynikać z emocji i przekonań, których pochodną są modelowania obserwacyjnego i analizy środowiskowej. Jeśli obiekt relacji się powtórzy, pojawi się emocja. Im bardziej osoba doświadcza tego lub innego zjawiska, tym bardziej ewoluuje od apatii w kierunku pozytywnych lub negatywnych przestrzeni. Przekonania są również wynikiem działań, a mechanizm powstawania relacji odnosi się do stosunku konkretnej osoby do przedmiotu relacji. Również środowisko zewnętrzne jest ważne dla tworzenia relacji (Wojciszke, 2003).

Kształtowanie się relacji międzyludzkich zależy od poziomu znajomości otoczenia i tego, jak jest ono postrzegane. Stosunek do ludzi jest warunkiem naśladownictwa, czyli przekonania opartego na przykładach innych ludzi. Komorska (2000) wymienia wpływ ważnych postaci społecznych i kulturowych jako czynników kształtujących przekonania. Koncentruje się również

na przyczynach kształtowania się określonych postaw wynikających z cech osobowości, takich jak: płeć, zdrowie, wiedza i inteligencja i inne.

W kontekście relacji do osób z niepełnosprawnościami, literatura podaje dwie skrajne relacje: akceptację i odrzucenie. Postawy mogą być kształtowane przez emocje i przekonania, a badania wskazują na złożoność procesów kształtujących te postawy, podkreślając ich wielowymiarowy charakter. Dodatkowo, warto zauważyć, że postawy te nie są statyczne i mogą ewoluować pod wpływem edukacji, doświadczeń osobistych oraz interakcji z osobami z niepełnosprawnościami. Z tego powodu, kluczowe staje się stworzenie przestrzeni dla dialogu i edukacji społecznej, które mogą przyczynić się do zmiany negatywnych postaw i budowania bardziej inkluzyjnego społeczeństwa.

2.3.1. Czynniki wpływające na występowanie postaw pozytywnych osób pełnosprawnych wobec osób z niepełnosprawnościami

Pozytywne postawy osób pełnosprawnych wobec osób z niepełnosprawnościami są kluczowym elementem budowania inkluzji i wspierających środowisk społecznych. Akceptacja, charakteryzująca się życzliwością, empatią, szacunkiem i otwartością, stanowi fundament dla wzajemnego zrozumienia i współpracy. Pozytywne postawy są wynikiem procesu, w którym istotną rolę odgrywa bezpośredni kontakt i doświadczenie interakcji z osobami z niepełnosprawnościami, co prowadzi do uznania ich wartości i możliwości (Larkowa, 1987).

Granofsky (1955) podkreśla, że pozytywne postawy wobec osób z niepełnosprawnościami charakteryzują się obiektywną i realistyczną oceną, pozytywnymi postawami poznawczymi i zachowaniami społecznymi. Realistyczna i obiektywna ocena osoby z niepełnosprawnością obejmuje: wpływ niepełnosprawności na psychikę i zachowanie człowieka, praktyczna ocena ograniczeń wynikających z niepełnosprawności oraz społeczna akceptacja osób z niepełnosprawnościami na równi z osobami sprawnymi. Pozytywne postawy poznawcze charakteryzują się uznaniem, że podmiotem wiedzy jest człowiek, a nie tylko niepełnosprawność. Istotne jest również poznanie potrzeb i satysfakcji osób z niepełnosprawnościami w celu rozpoznania ich zalet, osiągnięć i możliwości. Pozytywne działania społeczne wobec osób z niepełnosprawnościami uprawniają te osoby i osoby pełnosprawne do uczestnictwa i pełnienia ról społecznych, do promowania

naturalnego i przyjacielskiego kontaktu, współistnienia i współpracy na różnych polach, a także do odmowy izolacji osób z niepełnosprawnościami. Akceptowane są również inne formy integracji ze społeczeństwem.

Zmiana przekonań ludzi staje się możliwa, gdy ludzie mają możliwość obserwowania lub doświadczania zachowań, które demonstrują słuszność zmiany przekonań (Festinger, 1957). Ważne jest również doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnościami. Dyskomfort i niezadowolenie mogą mieć negatywny wpływ na postawy wobec tych osób (Sękowski, 1991).

Jednym z aspektów w relacjach międzyludzkich jest postawa osób pełnosprawnych wobec tych z niepełnosprawnościami. Pozytywne postawy charakteryzują obiektywną i realistyczną ocenę osób z niepełnosprawnością, uznaniem ich wartości jako ludzi niezależnie od ograniczeń, jakie mogą mieć, oraz rozumieniem ich potrzeb i aspiracji. Ważne jest także promowanie empatii i otwartości, co pozwala na lepsze zrozumienie wyzwań, z którymi się borykają osoby z niepełnosprawnościami.

2.3.2. Czynniki wpływające na występowanie postaw negatywnych osób pełnosprawnych wobec osób z niepełnosprawnościami

W literaturze przedmiotu istotne miejsce zajmuje analiza negatywnych postaw osób zdrowych wobec osób z niepełnosprawnością. Jak zauważa Larkowa (1987), takie zachowania mogą manifestować się przez wrogość wobec tych osób. Ponadto charakteryzują się rozwojem obciążenia psychicznego u osoby, objawiającego się doświadczeniami wynikającymi z trudności w poruszaniu się lub cechami osobowości osoby z niepełnosprawnością, z którą kontakt nie jest mniej wartościowy, co może prowadzić do izolacji i braku zrozumienia (Larkowa, 1987).

Granofsky (1955) zauważa, że postawy negatywne charakteryzują się litością lub nadmierną troską o osoby z niepełnosprawnościami, co może prowadzić do infantylizacji osób z niepełnosprawnościami i traktowania ich jako obiektów ciekawości, a nie równoprawnych uczestników życia społecznego. Takie podejście, oparte na negatywnych uprzedzeniach poznawczych i społecznych, podkreśla potrzebę budowania bardziej realistycznego i obiektywnego postrzegania niepełnosprawności.

Negatywne postawy mogą objawiać się przez:

- nieodpowiednią dbałość o wygląd osoby z niepełnosprawnością;

- zwracanie uwagi na niepełnosprawność;
- przecenianie brzydoty kalectwa, często z odczuciem wstrętu i odrzucenia;
- odsuwnie osób niepełnosprawnych od innych ludzi;
- sprzeciwianie się i niechęć do udziału w różnego rodzaju kontaktach społecznych, uczucia braku komfortu, lęku zakłopotania w obecności osób niepełnosprawnych (Larkowa, 1987).

Negatywne postawy wobec osób z niepełnosprawnościami często opierają się na przesądach i stereotypach, które są przekazywane w pewnych grupach społecznych za pośrednictwem języka, silnych i trwałych przekonań, które przedstawiają, do kogo lub do czego się odnoszą, w nadmiernie przesadzony i uproszczony sposób. Informacje zawarte w stereotypach nie zostały zweryfikowane empirycznie i ich korzenie tkwią w opiniach i przekonaniach opartych na fałszywych przesłankach. Uprzedzenia i przesądy są negatywne i wykorzystują fałszywe lub niepoprawne informacje i nie opierają się na doświadczeniu jednostki, ale są akceptowane przez społeczeństwo jako przesądy (Jankowska, 2015).

Postrzeganie osób z niepełnosprawnościami przez pryzmat przesądów i stereotypów prowadzi do ich marginalizacji w różnych sferach życia. Często są one piętnowane jako inna, co sprawia, że społeczeństwo skupia się wyłącznie na ich ograniczeniach, przedstawiając osoby z niepełnosprawnościami jako słabe lub zależne od innych. Taki sposób postrzegania ignoruje ich potencjał, umiejętności i wkład w społeczeństwo. Aby przełamać te bariery, konieczne jest promowanie postaw opartych na szacunku, równości i uznaniu za pełnoprawnych członków społeczności.Sadowska wskazuje, że postawy wobec osób z niepełnosprawnościami są zróżnicowane. Ich formę determinuje więź emocjonalna osób pełnosprawnych z osobami z niepełnosprawnościami, społecznie akceptowalne lub nieakceptowalne zachowania, charakter i stopień niepełnosprawności, o których decydują: pozory, samolubne i izolujące wybory (Sadowska, 2005).

Sękowski (1994) zwraca uwagę na rozdźwięk między deklarowanymi a faktycznymi postawami, podkreślając, że normy społeczne mogą wpływać na werbalne deklaracje, które nie zawsze odzwierciedlają rzeczywiste postawy i zachowania. Negatywne postawy wobec osób z niepełnosprawnościami są skomplikowane i zróżnicowane, często opierają się na przesądach i stereotypach. Zrozumienie i zmiana tych postaw wymaga świadomości społecznej i krytycznego przemyślenia wpływu społecznych norm i oczekiwań.

ROZDZIAŁ 3

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

3.1. PROBLEM BADAWCZY I HIPOTEZY

Problematyka naukowa poruszana w przedstawionym programie badawczym koncentruje się na związku między postawami studentów a ich osobowością, a także postawami wobec osób z niepełnosprawnościami, uwzględniając przy tym dane demograficzne. Zasadnicze pytanie badawcze brzmi: Czy istnieje korelacja między osobowością studentów, danymi demograficznymi i ich postawami wobec osób z niepełnosprawnościami? Do zbadania tego zagadnienia sformułowano szczegółowe pytania badawcze oraz hipotezy, mające na celu zrozumienie dynamiki tych relacji oraz identyfikację potencjalnych wzorców zachowań i przekonań:

P1. Jaki jest stosunek respondentów do osób z niepełnosprawnością?

P2. Jakie cechy osobowości wiążą się z postawami wobec osób z niepełnosprawnością?

P3. Czy i jaki istnieje związek między cechami demograficznymi respondentów a ich postawami wobec osób z niepełnosprawnością?

P4. Czy istnieje związek między demografią respondentów a ich cechami osobowości?

P5. Czy istnieje związek między cechami demograficznymi respondentów a ich postawami wobec osób z niepełnosprawnością?

P6. Czy istnieje związek między stosunkiem do osób niepełnosprawnych u respondentów a ich cechami osobowości i postawami wobec osób z niepełnosprawnością?

P7. Czy i jaki istnieje związek między cechami osobowości respondentów a ich postawami wobec osób z niepełnosprawnością?

Na podstawie analizy literatury przedmiotu oraz wyników dotychczasowych badań dotyczących postaw uczniów i ich związku z zachowaniami niepełnosprawnymi można postawić następujące hipotezy:

Hipoteza główna: Istnieją powiązania między stosunkiem do osób z niepełnosprawnością a cechami osobowości studentów i ich postawami wobec osób z niepełnosprawnością.

Hipotezy szczegółowe:

H1: Zdecydowana większość badanych studentów częściej przejawia postawy akceptacji wobec osób z niepełnosprawnościami niż postawą obojętności/odrzucenia itp.

H2: Studenci cechują się w większości wysokim poziomem ekstrawersji i otwartości na doświadczenie.

H3: Stosunek do osób z niepełnosprawnością jest związany z cechami demograficznymi.

H4: Cechy osobowości są związane z cechami demograficznymi.

H5: Postawy wobec osób z niepełnosprawnością są związane z cechami demograficznymi.

H6: Im niższy poziom neurotyzmu tym bardziej jest pozytywny stosunek wobec osób z niepełnosprawnością i tym bardziej jest pozytywna postawa wobec osób z niepełnosprawnością

H7: Im większe jest nasilenie ugodowości i mniejsze nasilenie neurotyczności tym bardziej pozytywna postawa wobec osób z niepełnosprawnością.

3.2. OPIS ZASTOSOWANYCH NARZĘDZI BADAWCZYCH

W projekcie badawczym zastosowano następujące narzędzia badawcze obejmujące:

1. Inwentarz osobowości NEO-PI-R autorstwa Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae (Costa, McCrae, 1992).
2. Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych (SPWON) w opracowaniu A. E. Sękowskiego (1991).
3. Autorski arkusz personalny.

Te narzędzia umożliwiają kompleksową analizę osobowości badanych, ich postawy wobec osób z niepełnosprawnościami oraz wpływu czynników demograficznych na te postawy.

3.2.1. Inwentarz osobowości NEO-PI-R Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae

Jednym z modeli psychologicznych, który pozwala na opis osobowości człowieka i dzięki temu umożliwia też przewidywanie zachowań ludzi, jest Pięcioczynnikowa Teoria Osobowości zaproponowana przez Paula Costę i Roberta McCrae (Costa, McCrae, 1992). Na jej podstawie stworzono Inwentarz Osobowości NEO-PI-R, który ewoluował z innej wersji narzędzia – NEO-FFI, a które do polskich warunków zaadoptował Siuta (2006). Inwentarz jest narzędziem typu *papier – ołówek*, który stosuje się do badań grupowych oraz indywidualnych.

Kwestionariusz NEO-PI-R składa się z 240 pozycji mających formę twierdzeń, które umożliwiają pomiar pięciu czynników oraz sześciu składników w ramach każdego z nich:

- neurotyczność – lęk, agresywna wrogość, depresyjność, nadmierny samokrytycyzm, impulsywność, nadwrażliwość,
- ekstrawertyczność – serdeczność, towarzyskość, asertywność, aktywność, poszukiwanie doznań, emocje pozytywne,
- otwartość na doświadczenie – wyobraźnia, estetyka, uczucia, działania, idee, wartości,
- ugodowość – zaufanie, prostolinijność, altruizm, ustępliwość, skromność, skłonność do rozczulania się,
- sumienność – kompetencja, skłonność do porządku, obowiązkowość, dążenie do osiągnięć, samodyscyplina, rozwaga.

Respondenci mają za zadanie ustosunkować się do każdego twierdzenia na pięciostopniowej skali odpowiedzi, gdzie zaznaczają jedną z wybranych odpowiedzi:

A – jeśli całkowicie się NIE zgadzasz lub gdy uważasz, że to stwierdzenie jest zupełnie nietrafne
B – jeśli NIE zgadzasz się lub uważasz, że to stwierdzenie jest raczej nietrafne
C – jeśli nie masz zdania lub nie możesz się zdecydować
D – jeśli zgadzasz się lub uważasz, że to stwierdzenie jest raczej trafne
E – jeśli całkowicie się zgadzasz lub gdy uważasz, że to stwierdzenie jest zupełnie trafne.

Powyższe odpowiedzi punktowane są od 0 do 4, według klucza udostępnionego przez autorów. Wyniki sumuje się w ramach poszczególnych składników oraz pięciu czynników głównych. Im wyższe wyniki, tym większe nasilenie danej cechy osobowości. Wyniki można zinterpretować na skali normalizacyjnej. Narzędzie wykazuje się dobrą trafnością, co potwierdziła analiza czynnikowa. Również jego rzetelność jest zadowalająca – współczynniki rzetelności wahały się od 0,81 do 0,86 (Siuta, 2006).

Badanie metodą NEO-PI-R pozwala na szczegółowy opis struktury osobowości i na podstawie uzyskanych wyników można prognozować styl zachowania, myślenia i przeżywania osoby badanej. Zakres badań kwestionariuszami NEO-PI-R jest bardzo szeroki i można posługiwać się nim dla lepszego poznania swojej osobowości lub zrozumienia zachowań innych ludzi. Omawiane narzędzie psychometryczne znajduje szerokie zastosowanie w diagnozie indywidualnej na potrzeby kliniczne, edukacyjne, samorozwojowe i psychoterapeutyczne, doradztwa zawodowego i selekcji oraz w badaniach naukowych. Stosuje się je również do prognozowania możliwości adaptacyjnych do środowiska szkolnego lub zawodowego. Na podstawie diagnozy wyżej wymienionymi kwestionariuszami można też m.in. przewidzieć wybór zawodu, preferowane rodzaje aktywności życiowej czy też powodzenie procesu terapeutycznego (Siuta, 2006).

3.2.2. Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych Andrzeja Edwarda Sękowskiego

Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych (SPWON) Sękowskiego (1991) jest skalą typu Likerta. Składa się z 30 stwierdzeń, do których respondenci muszą się odnieść, oceniając poszczególne zdania w skali od +2 do – 2. Oznaczają:

+2 – zdecydowanie tak;
+1 – raczej tak
0 – trudno powiedzieć;
-1 – raczej nie;
-2 – zdecydowanie nie.

Spośród 30 stwierdzeń 15 jest *negatywnych*, czyli takich, które podkreślają różnice i ograniczenia osób z niepełnosprawnościami.

Piętnaście poniższych stwierdzeń, to stwierdzenia *pozytywne*, które podkreślają podobieństwa i możliwości osób z niepełnosprawnościami z osobami sprawnymi.

Sękowski (1991) oparł tę skalę na założeniu, że pozytywne nastawienie do osób z niepełnosprawnością jest wynikiem dostrzegania podobieństw między ludźmi sprawnymi i z niepełnosprawnością. Koncentrują się na swoich umiejętnościach, zachowaniach i innych czynnościach oraz stylu życia. Im większe podobieństwa między osobami zdrowymi i z niepełnosprawnością, tym mniejszy dysonans poznawczy i większe pozytywne nastawienie. Im wyższa wartość, tym bardziej pozytywne nastawienie (Sękowski, 1991). Wartość skali oceniana jest na podstawie obliczenia współczynnika korelacji pomiędzy 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 obliczono na grupie 100 studentów ankietowanych w odstępie miesiąca. Współczynnik korelacji obliczony na podstawie wyników uzyskanych w dwóch badaniach studentów wynosi 0,82 (Sękowski, 1991).

3.2.3. Arkusz personalny

Arkusz osobowy służy do zbierania informacji opisujących respondentów i składa się z pytań zamkniętych. Pierwsza część formularza dotyczy danych społeczno-demograficznych, takich jak:

- płeć;
- wiek;
- poziom wykształcenia;
- miejsca zamieszkania;
- liczba rodzeństwa;
- zainteresowania.

Druga część arkusza dotyczy relacji i powiązań z osobami z niepełnosprawnościami. Pytania w tej sekcji obejmują następujące zagadnienia:

- kontakt z osobami niepełnosprawnymi;
- rodzaje napotykanych niepełnosprawności;
- formy wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami;

- udział osób z niepełnosprawnościami w życiu publicznym i ich obecność w najbliższym otoczeniu;
- podejście do zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami;
- gotowość do bezinteresownej pomocy osobom z niepełnosprawnościami;
- reakcja na dyskryminację osób z niepełnosprawnościami.

Taki arkusz pozwala na szczegółowe poznanie opinii i postaw respondentów wobec osób z niepełnosprawnościami, co może być wykorzystane w badaniach społecznych, psychologicznych czy pedagogicznych.

3.3. CHARAKTERYSTYKA RESPONDENTÓW

Badanie zostało przeprowadzone na grupie studentów studiów magisterskich i podyplomowych w Akademii Nauk Stosowanych WSGE im. A. De Gasperi w Józefowie. Dane dotyczące charakterystyki respondentów przedstawiono w tabeli 2. Grupa badanych liczyła 114 osób, w tym 99 kobiet, co stanowi 86,6% oraz 15 mężczyzn, co odpowiada 13,2% całości. Wskazuje to na dominację kobiet w badanej populacji.

Wiek respondentów rozkładał się następująco: 21,1% miało do 25 lat, 18,4% było w przedziale wiekowym 25-30 lat, 17,5% w grupie 31-36 lat, największą grupę, 36,8%, stanowiły osoby w wieku 37-42 lat, a 6,1% to osoby w wieku 43-48 lat. Osoby powyżej 49 roku życia nie były uwzględnione w badaniu.

Jeśli chodzi o poziom wykształcenia respondentów, 49,1% posiadało wykształcenie średnie, co czyniło tę grupę najliczniejszą. Osoby z tytułem licencjata stanowiły 7% badanej grupy, z tytułem magistra – 43%, a z tytułem doktora – 0,9%, co było najmniejszą grupą.

Analiza miejsca zamieszkania wykazała, że 50% respondentów mieszka na obszarach wiejskich, co jest największą reprezentacją, 24,6% mieszka w miastach do 100 tysięcy mieszkańców, 10,5% w miastach o liczbie mieszkańców pomiędzy 100 a 500 tysięcy, co stanowi najmniejszą grupę, a 14,9% respondentów mieszka w miastach powyżej 500 tysięcy mieszkańców.

Tabela 2. *Charakterystyka osób badanych*

Charakterystyka próby		*n*	%
Płeć	Mężczyźni	15	13,2
	Kobiety	99	86,8
Wiek	Mniej niż 25 lat	24	21,1
	25-30 lat	21	18,4
	31-36 lat	20	17,5
	37-42 lata	42	36,8
	43-48 lat	7	6,1
Wykształcenie	Średnie	56	49,1
	Wyższe licencjat	8	7,0
	Wyższe magister	49	43,0
	Wyższe doktor	1	0,9
Miejsce zamieszkania	Wieś	57	50,0
	Miasto do 100 tys.	28	24,6
	Miasto powyżej 100-500 tys.	12	10,5
	Miasto powyżej 500 tys.	17	14,9
Liczba rodzeństwa	Brak	17	14,9
	Jedno	41	36,0
	Dwoje	34	29,8
	Troje	9	7,9
	Powyżej 3	13	11,4
Zainteresowania	Muzyka	27	23,7
	Film, kino	23	20,2
	Teatr	5	4,4
	Polityka	3	2,6
	Czytanie książek	32	28,1
	Inne	24	21,1
Styczność z osobami z niepełnosprawnością	tak	70	61,4
	nie	44	38,6
Ogółem		**114**	**100,0**

Następną zmienną badaną, o którą pytano badaną grupę studentów dotyczyła posiadania rodzeństwa. W tym obszarze największą grupę stanowią studenci mający jedno rodzeństwo (36%). Brak rodzeństwa zadeklarowało 14,9% badanych, dwoje rodzeństwa posiada 29,8%, podczas gdy najmniejszą grupę tworzą osoby mające troje rodzeństwa (7,9%) lub więcej niż trzech (11,4%).

Studentów zapytano również o rodzaj ich zainteresowań. Badani mieli możliwość jednokrotnego wyboru z dostępnej listy zainteresowań, z opcją zaznaczenia innych pasji. Wyniki pokazały, że największe zainteresowanie wśród studentów budzi czytanie książek – 28,1% udzieliło takiej odpowiedzi. Na drugim miejscu znalazła się muzyka (23,7%), a kolejne miejsca zajęły odpowiedzi z kategorii inne (21,1%) oraz film i kino (20,2%). Najmniej popularne okazały się teatr (4,4%) oraz polityka (2,6%). Większość badanych deklaruje, że ma kontakt z osobami z niepełnosprawnościami – 61,4% udzieliło odpowiedzi twierdzącej. Z kolei 38,6% respondentów stwierdziło, że nie ma styczności z osobami z niepełnosprawnościami.

Powyższy rozdział prezentuje kompleksowe podejście do analizy związku między osobowością studentów, ich postawami wobec osób z niepełnosprawnościami oraz wpływem danych demograficznych. Sformułowanie szczegółowych pytań badawczych oraz hipotez pozwolił na głębokie zrozumienie i identyfikację potencjalnych wzorców, co jest istotne dla promowania pozytywnych postaw społecznych. Użycie narzędzi badawczych takich jak Inwentarz osobowości NEO-PI-R i Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych umożliwiła dokładną analizę i kwantyfikację postaw, co jest kluczowe dla wiarygodności badań. Arkusz personalny zapewnił dodatkowe dane demograficzne, wzbogacając kontekst i umożliwiając bardziej zróżnicowane wnioski. Całość projektu badawczego miała na celu nie tylko eksplorację określonych zależności, ale także miała przyczynić się do rozwoju wiedzy na temat wpływu cech osobowości i demografii na postawy wobec osób z niepełnosprawnościami.

ROZDZIAŁ 4

WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

4.1. STATYSTYKI OPISOWE DLA ZMIENNYCH ILOŚCIOWYCH

Pierwszym etapem analizy wyników jest przedstawienie kluczowych statystyk opisowych, które obejmują średnią, medianę, odchylenie standardowe oraz zakres wartości. Następnie przeprowadzono test Shapiro-Wilka, co pozwoliło na ocenę, czy rozkład danych badawczych zgadza się z założeniami rozkładu normalnewwgo. Dzięki temu można było ustalić, czy dalsze analizy statystyczne powinny opierać się na metodach parametrycznych czy nieparametrycznych. Wyniki obu tych etapów przedstawiono szczegółowo w tabeli 3. Ta wstępna analiza jest niezbędna do właściwej interpretacji danych i wyboru odpowiednich metod statystycznych do dalszych badań, umożliwiając tym samym dokładniejsze zrozumienie badanego zjawiska.

Tabela 3. *Statystyki opisowe i test Shapiro-Wilkaw*

Zmienne	*M*	*Me*	*SD*	*SKE*	*K*	*Min*	*Maks*	Shapiro-Wilk		
								W	*df*	*p*
Neurotyczność	91,46	94,0	24,93	-0,42	0,72	17	158	0,98	114	0,044
Lęk N1	16,93	16,5	6,32	0,04	0,01	1	32	0,99	114	0,566
Agresywna wrogość N2	12,90	14,0	4,93	-0,42	0,16	0	24	0,98	114	0,055
Depresyjność N3	15,46	15,0	6,48	0,40	-0,16	3	32	0,98	114	0,058
Nadmierny samokrytycyzm N4	17,33	17,0	5,16	0,04	0,04	2	31	0,99	114	0,820
Impulsywnwość N5	15,58	16,0	4,55	-0,55	0,98	1	25	0,97	114	0,010
Nadwrażliwość N6	13,25	13,5	6,30	-0,05	0,12	0	32	0,98	114	0,086
Ekstrawersja	**102,67**	**102,0**	**21,53**	**-0,08**	**0,29**	**40**	**158**	**0,99**	**114**	**0,857**

Serdeczność E1	20,47	20,5	5,98	-0,47	0,14	4	32	0,98	114	0,049
Towarzyskość E2	16,84	17,0	4,83	0,18	-0,09	5	30	0,99	114	0,430
Asertywność E3	15,25	16,0	6,01	0,03	0,49	0	32	0,99	114	0,327
Aktywność E4	18,11	18,0	5,37	-0,10	0,13	4	32	0,99	114	0,653
Poszukiwanie doznań E5	13,02	13,0	4,80	-0,17	-0,25	1	24	0,99	114	0,364
Emocje pozytywne E6	18,97	18,0	4,95	-0,26	0,16	5	30	0,98	114	0,059
Otwartość na doświadczenie	**107,20**	**104,5**	**20,07**	**0,11**	**3,37**	**19**	**163**	**0,91**	**114**	**<0,001**
Wyobraźnia O1	17,40	17,0	5,18	0,07	0,95	2	32	0,98	114	0,034
Estetyka O2	18,03	18,0	4,91	-0,01	0,02	6	31	0,99	114	0,474
Uczucia O3	17,12	17,0	4,42	-0,27	1,68	0	28	0,97	114	0,018
Działania O4	16,52	16,0	4,48	0,26	1,27	3	32	0,98	114	0,084
Idee O5	18,65	18,0	5,19	0,21	0,58	2	32	0,98	114	0,136
Wartości O6	19,48	19,5	4,36	-0,12	1,01	4	30	0,97	114	0,009
Ugodowość	**116,59**	**117,5**	**22,06**	**-0,12**	**-0,09**	**56**	**171**	**0,99**	**114**	**0,701**

Zaufanie U1	18,94	19,0	5,07	0,23	-0,03	7	32	0,99	114	0,422
Prostolinijność U2	20,37	20,0	5,53	-0,47	0,17	4	32	0,97	114	0,023
Altruizm U3	21,29	22,0	5,84	-0,81	0,46	3	32	0,95	114	<0,001
Ustępliwość U4	18,14	18,0	4,62	0,36	0,24	8	32	0,98	114	0,175
Skromność U5	19,93	20,0	5,48	0,33	-0,53	9	32	0,97	114	0,025
Skłonność do rozczulania się U6	17,92	18,0	3,84	-0,52	0,61	6	26	0,97	114	0,012
Sumienność	**119,48**	**122,5**	**24,83**	**-0,32**	**-0,01**	**38**	**171**	**0,98**	**114**	**0,156**
Kompetencja S1	20,48	20,0	4,95	-0,09	0,26	6	32	0,99	114	0,516
Skłonność do porządku S2	19,90	20,0	5,65	-0,11	-0,24	5	32	0,99	114	0,460
Obowiązkowość S3	22,79	24,0	6,65	-0,93	0,86	0	32	0,93	114	<0,001
Dążenie do osiągnięć S4	19,30	19,5	4,24	-0,25	-0,09	8	28	0,99	114	0,267
Samodyscyplina S5	19,46	20,0	5,49	-0,19	-0,72	6	30	0,98	114	0,058
Rozwaga S6	17,54	17,0	4,94	0,36	0,04	7	32	0,99	114	0,258
Postawa wobec osób niepełnosprawnych SPWON	**124,19**	**127,5**	**25,66**	**-0,79**	**1,29**	**24**	**173**	**0,96**	**114**	**0,004**

Z wyników przedstawionych w tabeli 3 wynika, że niektóre zmienne wykazały rozkład zbliżony do normalnego, co oznacza wartości p większe niż 0,05. Jednak inne zmienne charakteryzowały się rozkładem istotnie różnym od normalnego, z wartościami p mniejszymi niż 0,05. Mając na uwadze, że znacząca część zmiennych nie spełniła kryterium normalności rozkładu, zdecydowano się na zastosowanie w dalszej analizie metod nieparametrycznych, w tym korelacji rho Spearmana, która jest odpowiednia dla danych nie spełniających założeń o normalności rozkładu. Ta decyzja umożliwia adekwatne przetwarzanie i interpretację danych, które nie przystają do modelu rozkładu normalnego.

4.2. STOSUNEK WOBEC OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

W celu udzielenia odpowiedzi na pierwsze pytanie badawcze oraz zweryfikowanie pierwszej hipotezy szczegółowej przeprowadzono analizę częstości występowania poszczególnych odpowiedzi na pytania analizy, prezentujące jak często poszczególne odpowiedzi były wybierane przez respondentów, zostały zawarte w tabelach od 4 do 35.

Tabela 4. *Niesienie pomocy osobie z niepełnosprawnością*

Czy chętnie udzieliłbyś pomocy osobie z niepełnosprawnością?	*n*	%
zdecydowanie tak	79	69,3
raczej tak	33	28,9
zdecydowanie nie	1	0,9
trudno powiedzieć	0	0
raczej nie	1	0,9
Ogółem	**114**	**100,0**

W odpowiedzi na pytanie dotyczące gotowości do udzielenia pomocy osobie z niepełnosprawnością, większość respondentów wyraziła pełną gotowość, odpowiadając *zdecydowanie tak* (69,3%), lub pozytywnie, odpowiadając *tak* (28,9%). Jedynie dwie osoby zadeklarowały brak chęci pomocy, odpowiedziawszy *raczej nie* (0,9%) oraz *nie* (0,9%).

Tabela 5. *Uczestnictwo osób z niepełnosprawnością w życiu publicznym*

Czy uważasz, że osoby z niepełnosprawnością powinny uczestniczyć w życiu publicznym?	*n*	%
zdecydowanie tak	90	78,9
raczej tak	21	18,4
trudno powiedzieć	1	0,9
raczej nie	1	0,9
zdecydowanie nie	1	0,9
Ogółem	**114**	**100,0**

W odpowiedzi na pytanie dotyczące uczestnictwa osób z niepełnosprawnością w życiu publicznym, znaczna większość respondentów wyraziła poparcie dla takiej aktywności – 78,9% osób odpowiedziało *zdecydowanie tak*, a 18,4% wybrało odpowiedź *raczej tak*. Jedna osoba zadeklarowała *raczej nie*, jedna wybrała *zdecydowanie nie*, a jedna osoba nie była pewna, wskazując *trudno powiedzieć* (każda z tych odpowiedzi stanowiła 0,9%).

Tabela 6. *Praca z osobą z niepełnosprawnością*

Czy chciałbyś pracować z osobą z niepełnosprawnością?	*n*	%
zdecydowanie tak	32	28,1
raczej tak	58	50,9
trudno powiedzieć	14	12,3
raczej nie	6	5,3
zdecydowanie nie	4	3,5
Ogółem	**114**	**100,0**

W odpowiedzi na pytanie, czy respondenci chcieliby pracować z osobą z niepełnosprawnością, większość wskazała *raczej tak* (50,9%) lub *zdecydowanie tak* (28,0%). Pewna część respondentów wybrała opcję *trudno powiedzieć* (12,3%), podczas gdy najmniej było odpowiedzi *raczej nie* (5,3%) i *zdecydowanie nie* (3,5%).

Tabela 7. *Reakcja litości na widok osoby z niepełnosprawnością*

Czy widok osoby z niepełnosprawnością napawa Cię litością?	*n*	%
zdecydowanie tak	7	6,1
raczej tak	27	23,7
trudno powiedzieć	22	19,3
raczej nie	37	32,5
zdecydowanie nie	21	18,4
Ogółem	**114**	**100,0**

W kolejnym pytaniu ankiety, dotyczącym reakcji na widok osoby z niepełnosprawnością, uczestnicy najczęściej deklarowali *raczej nie* (32,5%) oraz *raczej tak* (23,7%). Odpowiedź *trudno powiedzieć* również była często wybierana (19,3%), podobnie jak *zdecydowanie nie* (18,4%), co świadczy o niejednoznaczności stanowiska respondentów. Odpowiedź *zdecydowanie tak* była najmniej popularna i wystąpiła w 6,1% przypadków.

Tabela 8. *Reakcja zakłopotania na widok osoby z niepełnosprawnością*

Czy widok osoby z niepełnosprawnością wprawa Cię w zakłopotanie?	*n*	%
zdecydowanie tak	2	1,8
raczej tak	10	8,8
trudno powiedzieć	9	7,9
raczej nie	51	44,7
zdecydowanie nie	42	36,8
Ogółem	**114**	**100,0**

W odpowiedzi na pytanie dotyczące poczucia zakłopotania przy widoku osoby z niepełnosprawnością, najczęściej wybieranymi odpowiedziami były *raczej nie* (44,7%) oraz *zdecydowanie nie* (36,8%). Znacznie rzadziej respondenci odpowiadali afirmatywnie: *zdecydowanie tak* (1,8%) i *raczej tak* (8,8%). Opcja *trudno powiedzieć* była wskazywana stosunkowo rzadko, stanowiąc 7,9% odpowiedzi.

Tabela 9. *Reakcja niesienia pomocy na widok osoby z niepełnosprawnością*

Czy widok osoby z niepełnosprawnością wzbudza w Tobie chęć niesienia pomocy?	*n*	%
zdecydowanie tak	47	41,2
raczej tak	46	40,4
trudno powiedzieć	8	7,0
raczej nie	9	7,9
zdecydowanie nie	4	3,5
Ogółem	**114**	**100,0**

W kolejnym pytaniu dotyczącym tego, czy respondenci odczuwają chęć niesienia pomocy na widok osoby z niepełnosprawnością, większość z nich potwierdziła taką gotowość – 41,2% odpowiedziało *zdecydowanie tak*, a 40,4% wybrało *raczej tak*. Mniejszą grupę stanowiły osoby, które odpowiedziały negatywnie – 7,9% zaznaczyło *raczej nie* i 3,5% *zdecydowanie nie*. Niewielki odsetek respondentów (7%) nie miał wyraźnego zdania na ten temat.

Tabela 10. *Prawo do indywidualnego programu nauczania dla osób z niepełnosprawnością*

Czy osoby z niepełnosprawnością powinny mieć indywidualny program nauczania?	*n*	%
zdecydowanie tak	25	21,9
raczej tak	34	29,8
trudno powiedzieć	29	25,4
raczej nie	21	18,4
zdecydowanie nie	5	4,4
Ogółem	**114**	**100,0**

W pytaniu dotyczącym tego, czy osoby z niepełnosprawnością powinny mieć indywidualny program nauczania, większość respondentów wyraziła się pozytywnie – łącznie 51,8% badanych, z czego 21,9% wybrało *zdecydowanie tak*, a 29,8% *raczej tak*. Zauważalna była jednak również istotna liczba odpowiedzi *raczej nie* – 18,4%. Niewielki odsetek osób (4,4%) stanowczo nie zgodził się z tym stwierdzeniem. Część grupy, czyli 25,4% badanych, stanowiły osoby niezdecydowane, które wskazały *trudno powiedzieć*.

Tabela 11. *Możliwość nauki i pracy w tych samych placówkach co osoby zdrowe*

Czy osoby z niepełnosprawnością powinny uczyć się i pracować w tych samych placówkach co osoby zdrowe?	*n*	%
zdecydowanie tak	32	28,1
raczej tak	57	50,0
trudno powiedzieć	16	14,0
raczej nie	7	6,1
zdecydowanie nie	2	1,8
Ogółem	**114**	**100,0**

Respondenci, pytani o to, czy osoby z niepełnosprawnością powinny uczyć się i pracować w tych samych placówkach co osoby zdrowe, najczęściej odpowiadali *raczej tak* (50%) lub *zdecydowanie tak* (28,1%). Odpowiedzi negatywne, takie jak *raczej nie* (6,1%) czy *zdecydowanie nie* (1,8%), pojawiały się rzadziej. Znacząca część badanych (14%) nie była pewna swojej opinii na ten temat.

Tabela 12. *Możliwość nauki i pracy dla osób z niepełnosprawnością*

Czy osoby z niepełnosprawnością powinny się kształcić i pracować?	*n*	%
zdecydowanie tak	82	71,9
raczej tak	28	24,6
trudno powiedzieć	2	1,8
raczej nie	1	0,9
zdecydowanie nie	1	0,9
Ogółem	**114**	**100,0**

Uczestnicy ankiety, pytani o to, czy osoby z niepełnosprawnością powinny się kształcić i pracować, wyrażali przeważnie pozytywną opinię – 71,9% z nich odpowiedziało *zdecydowanie tak*, a 24,6% wybrało *raczej tak*. Tylko dwie osoby nie zgadzały się z tym stwierdzeniem, wskazując *raczej nie* (0,9%) i *zdecydowanie nie* (0,9%). Dodatkowo, dwie osoby miały trudności z podjęciem decyzji, wskazując *trudno powiedzieć* (1,8%).

Tabela 13. *Inteligencja osób z niepełnosprawnością*

Czy według Ciebie osoby z niepełnosprawnością są równie inteligentne jak osoby pełnosprawne?	*n*	%
zdecydowanie tak	64	56,1
raczej tak	28	24,6
trudno powiedzieć	16	14,0
raczej nie	4	3,5
zdecydowanie nie	2	1,8
Ogółem	**114**	**100,0**

W kolejnym pytaniu uczestników zapytano o ich opinie, czy osoby z niepełnosprawnością są równie inteligentne jak osoby pełnosprawne. Większość respondentów wyraziła się pozytywnie – 56,1% odpowiedziało *zdecydowanie tak*, a 24,6% wybrało *raczej tak*. Cztery osoby nie zgodziły się z tym stwierdzeniem, wskazując *raczej nie* (3,5%) oraz *zdecydowanie nie* (1,8%). Pewna grupa badanych (14%) nie była w stanie wskazać jednoznacznej odpowiedzi.

Tabela 14. *Obojętność wobec osoby z niepełnosprawnością*

Czy z obojętnością przechodzisz obok osoby z niepełnosprawnością?	*n*	%
zdecydowanie tak	2	1,8
raczej tak	10	8,8
trudno powiedzieć	11	9,6
raczej nie	55	48,2
zdecydowanie nie	36	31,6
Ogółem	**114**	**100,0**

W kolejnym pytaniu dotyczącym odczuwania obojętności w obecności osoby z niepełnosprawnością, większość respondentów nie potwierdziła takich uczuć – 48,2% osób odpowiedziało *raczej nie*, a 31,6% wybrało *zdecydowanie nie*. Dwanaście osób przyznało, że odczuwa obojętność, przy czym 1,8% zaznaczyło *zdecydowanie tak*, a 8,8% *raczej tak*. Grupa respondentów (9,6%) miała trudności z jednoznacznym określeniem swoich uczuć, wskazując *trudno powiedzieć*.

Tabela 15. *Pierwszeństwo wobec osoby z niepełnosprawnością*

Czy według Ciebie osoby z niepełnosprawnością powinny mieć pierwszeństwo w pracy przed osobami pełnosprawnymi?	*n*	%
zdecydowanie tak	8	7,0
raczej tak	13	11,4
trudno powiedzieć	38	33,3
raczej nie	45	39,5
zdecydowanie nie	10	8,8
Ogółem	**114**	**100,0**

Respondenci byli pytani, czy uważają, że osoby z niepełnosprawnością powinny mieć pierwszeństwo w zatrudnieniu przed osobami pełnosprawnymi. Najczęstszą odpowiedzią była *raczej nie* (39,5%), lecz duża część badanych również wybrała *trudno powiedzieć* (33,3%). Z pierwszeństwem zatrudnienia osób z niepełnosprawnością zgadzało się 18,4% uczestników badania, w tym 7% wybrało *zdecydowanie tak*, a 11,4% *raczej tak*. *Zdecydowanie nie* zaznaczyło 8,8% badanych.

Tabela 16. *Pełny dostęp do życia publicznego dla osoby z niepełnosprawnością*

Czy według Ciebie osoby z niepełnosprawnością mają pełny dostęp do życia publicznego?	*n*	%
zdecydowanie tak	13	11,4
raczej tak	21	18,4
trudno powiedzieć	12	10,5
raczej nie	47	41,2
zdecydowanie nie	21	18,4
Ogółem	**114**	**100,0**

W kolejnym pytaniu spytano badanych studentów o to, czy osoby z niepełnosprawnością mają pełny dostęp do życia publicznego. Badani najczęściej wskazywali odpowiedź raczej nie – 41,2% badanych. Odpowiedź zdecydowanie nie wskazywali tak samo często co raczej tak (po 18,4%). Zdecydowanie tak padło w przypadku 11,4% badanych. Z kolei 10,5% badanych wskazało odpowiedź *trudno powiedzieć.*

Tabela 17. *Klasy integracyjne dla osób z niepełnosprawnością*

Czy w szkołach powinno tworzyć się klasy integracyjne dla osób z niepełnosprawnością?	*n*	%
zdecydowanie tak	48	42,1
raczej tak	41	36,0
trudno powiedzieć	9	7,9
raczej nie	8	7,0
zdecydowanie nie	8	7,0
Ogółem	**114**	**100,0**

Na pytanie dotyczące tworzenia w szkołach klas integracyjnych dla osób z niepełnosprawnością, większość respondentów odpowiedziała pozytywnie: 42,1% wybrało *zdecydowanie tak*, a 36% *raczej tak*. Niewiele osób wyraziło dezaprobatę wobec tego pomysłu, z równym udziałem 7% dla odpowiedzi *raczej nie* i *zdecydowanie nie*. Mała grupa badanych (7,9%) nie podjęła jednoznacznej decyzji, wskazując *trudno powiedzieć*.

Tabela 18. *Zapis dziecka do szkoły, gdzie uczą się dzieci z niepełnosprawnością*

Czy chętniej zapisałbyś do szkoły swoje dziecko, gdyby uczyły się w niej osoby z niepełnosprawnością?	*n*	%
zdecydowanie tak	40	35,1
raczej tak	39	34,2
trudno powiedzieć	26	22,8
raczej nie	4	3,5
zdecydowanie nie	5	4,4
Ogółem	**114**	**100,0**

Kolejne pytanie dotyczyło gotowości badanych do zapisania swojego dziecka do szkoły, w której uczyłyby się również osoby z niepełnosprawnością. Większość respondentów wyraziła pozytywną odpowiedź: 35,1% zaznaczyło *zdecydowanie tak*, a 34,2% *raczej tak*. Odpowiedzi negatywne były nieliczne: 3,5% respondentów wybrało *raczej nie*, a 4,4% *zdecydowanie nie*. Ponadto, około 1/5 grupy (22,8%) nie była w stanie udzielić jednoznacznej odpowiedzi.

Tabela 19. *Uczestnictwo z życiu publicznym osób z niepełnosprawnością*

Czy uważasz, że osoby z niepełnosprawnością powinny uczestniczyć życiu publicznym?	*n*	%
zdecydowanie tak	81	71,1
raczej tak	23	20,2
trudno powiedzieć	5	4,4
raczej nie	2	1,8
zdecydowanie nie	3	2,6
Ogółem	**114**	**100,0**

Na pytanie, czy osoby z niepełnosprawnością powinny uczestniczyć w życiu publicznym, zdecydowana większość respondentów odpowiedziała afirmatywnie: 71,1% zaznaczyło *zdecydowanie tak*, a 20,2% *raczej tak*. Tylko pięć osób wyraziło się negatywnie na ten temat, z których 1,8% wybrało *raczej nie*, a 2,6% *zdecydowanie nie*. Dodatkowo, pięć osób miało trudności z jednoznaczną odpowiedzią, wskazując *trudno powiedzieć* (4,4%).

Tabela 20. *Zatrudnienie osoby z niepełnosprawnością*

Czy chętniej zatrudniłbyś osobę z niepełnosprawnością niż pełnosprawną?	*n*	%
zdecydowanie tak	5	4,4
raczej tak	18	15,8
trudno powiedzieć	66	57,9
raczej nie	21	18,4
zdecydowanie nie	4	3,5
Ogółem	**114**	**100,0**

W odpowiedzi na pytanie, czy respondenci chętniej zatrudniliby osobę z niepełnosprawnością niż osobę pełnosprawną, większość wskazała *trudno powiedzieć* – aż 57,9% uczestników. Łączny odsetek odpowiedzi pozytywnych wyniósł 20,2% (z czego 4,4% to *zdecydowanie tak* i 15,8% *raczej tak*), podczas gdy łączna liczba odpowiedzi negatywnych osiągnęła 21,9% (18,4% wybrało *raczej nie* i 3,5% *zdecydowanie nie*). Opinie respondentów były zatem podzielone.

Tabela 21. *Pomoc osobie z niepełnosprawnością poruszającej się na wózku po ulicy*

Czy umiesz udzielić pomocy osobie z niepełnosprawnością poruszającej się na wózku po ulicy?	*n*	%
zdecydowanie tak	38	33,3
raczej tak	58	50,9
trudno powiedzieć	6	5,3
raczej nie	8	7,0
zdecydowanie nie	4	3,5
Ogółem	**114**	**100,0**

W pytaniu dotyczącym zdolności do udzielenia pomocy na ulicy osobie na wózku inwalidzkim, większość respondentów deklarowała, że potrafi udzielić takiej pomocy (33,3% odpowiedziało *zdecydowanie tak*, a 50,9% *raczej tak*). Wśród badanych mniejszość stanowiły osoby, które nie potrafią udzielić takiej pomocy (7% odpowiedziało *raczej nie*, a 3,5% *zdecydowanie nie*). Kilku respondentów (5,3%) nie było w stanie podać jednoznacznej odpowiedzi.

trudno powiedzieć	6	5,3

Tabela 22. *Miejsce najczęstszego kontaktu z osobą z niepełnosprawnością*

W jakim miejscu masz najczęstszy kontakt z osobą z niepełnosprawnością?	*n*	%
brak kontaktu	22	19,3
poza rodziną	46	40,4
w rodzinie	25	21,9
wśród znajomych, przyjaciół	21	18,4
Ogółem	**114**	**100,0**

Uczestnicy, pytani o to, gdzie najczęściej mają kontakt z osobą z niepełnosprawnością, najczęściej wskazywali, że poza rodziną (40,4%). Kolejną najczęściej wybieraną odpowiedzią było *w rodzinie* (21,9%), a niewiele mniej respondentów wskazało *brak kontaktu* (19,3%) oraz kontakt *wśród znajomych, przyjaciół* (18,4%).

Tabela 23. *Rodzaj kontaktu z niepełnosprawnością*

Z jaką niepełnosprawnością stykasz się najczęściej?	*n*	%
intelektualna	32	28,1
ruchowa	24	21,1
obydwie	39	34,2
żadna	19	16,7
Ogółem	**114**	**100,0**

Respondenci, pytani o to, z jakim rodzajem niepełnosprawności najczęściej się spotykają, najczęściej wskazywali na obydwa typy – intelektualną i ruchową (34,2%). Nieco mniejszy odsetek osób wskazał wyłącznie na niepełnosprawność intelektualną (28,1%) oraz ruchową (21,1%). Najmniejsza grupa respondentów odpowiedziała, że nie spotykają się z żadnym rodzajem niepełnosprawności – 16,7%.

Tabela 24. *Inwestycje w tworzenie warunków umożliwiających poruszanie się osobom z niepełnosprawnością*

Czy szkoły, urzędy, a także wszystkie placówki publiczne powinny inwestować pieniądze w tworzenie warunków umożliwiających osobom z niepełnosprawnością swobodne poruszanie się niż w osoby zdolne?	*n*	%
zdecydowanie tak	59	51,8
raczej tak	27	23,7
trudno powiedzieć	23	20,2
raczej nie	3	2,6
zdecydowanie nie	2	1,8
Ogółem	**114**	**100,0**

W pytaniu dotyczącym tego, czy placówki publiczne powinny inwestować środki w poprawę warunków umożliwiających swobodne poruszanie się osób niepełnosprawnych, większość uczestników wyraziła zgodę. Odpowiedzieli *zdecydowanie tak* (51,8%) oraz *raczej tak* (23,7%). Niewiele osób wyraziło dezaprobatę (2,6% – *raczej nie*, 1,8% – *zdecydowanie nie*). Znacząca część respondentów (20,2%) wskazała *trudno powiedzieć*.

Tabela 25. *Samodzielne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością*

Czy uważasz, że osoby z niepełnosprawnością są w stanie funkcjonować samodzielnie we współczesnym świecie?	*n*	%
zdecydowanie tak	17	14,9
raczej tak	36	31,6
trudno powiedzieć	23	20,2
raczej nie	33	28,9
zdecydowanie nie	5	4,4
Ogółem	**114**	**100,0**

W odpowiedzi na pytanie dotyczące zdolności osób z niepełnosprawnością do samodzielnego funkcjonowania we współczesnym świecie, większość badanych wyraziła opinię *raczej tak* (31,6%). Nieco mniej, ale wciąż stosunkowo często, pojawiała się odpowiedź *raczej nie* (28,9%). Znacznie rzadziej respondenci wskazywali na *zdecydowanie tak* (14,4%), a najrzadziej na *zdecydowanie nie* (4,4%). Znaczną część, około 1/5 grupy, stanowili uczestnicy, którzy wybrali odpowiedź *trudno powiedzieć*.

Tabela 26. *Dyskryminacja osób z niepełnosprawnością*

Czy uważasz, że osoby z niepełnosprawnością są dyskryminowane?	*n*	%
zdecydowanie tak	18	15,8
raczej tak	50	43,9
trudno powiedzieć	21	18,4
raczej nie	20	17,5
zdecydowanie nie	5	4,4
Ogółem	**114**	**100,0**

W odpowiedzi na pytanie dotyczące tego, czy osoby z niepełnosprawnością są dyskryminowane, większość respondentów wyraziła się pozytywnie: 15,8% odpowiedziało *zdecydowanie tak*, a 43,9% *raczej tak*. Łącznie 25 osób zaprzeczyło dyskryminacji, z czego 17,5% wybrało *raczej nie*, a 4,4% *zdecydowanie nie*. Prawie 1/5 grupy (18,4%) wskazała na odpowiedź *trudno powiedzieć*.

Tabela 27. *Uczestnictwo w lekcjach wspólnie z osobami z niepełnosprawnością*

Czy chciałbyś by Twoje dziecko chodziło do klasy wspólnie z osobą z niepełnosprawnością?	*n*	%
zdecydowanie tak	42	36,8
raczej tak	53	46,5
trudno powiedzieć	10	8,8
raczej nie	5	4,4
zdecydowanie nie	4	3,5
Ogółem	**114**	**100,0**

W odpowiedzi na pytanie, czy respondenci chcieliby, aby ich dziecko uczęszczało do klasy z osobą z niepełnosprawnością, większość wyraziła zgodę: 36,8% odpowiedziało *zdecydowanie tak*, a 46,5% *raczej tak*. Niewiele osób było przeciwnych tej idei (4,4% – *raczej nie*, 3,5% – *zdecydowanie nie*). Dziesięciu respondentów miało trudności z jednoznaczną odpowiedzią, wybierając *trudno powiedzieć* (8,8%).

Tabela 28. *Stosunek społeczeństwa do osób z niepełnosprawnościami*

Czy Twoim zdaniem społeczeństwo jest pozytywnie nastawione do osób z niepełnosprawnością?	*n*	%
zdecydowanie tak	1	0,9
raczej tak	40	35,1
trudno powiedzieć	30	26,3
raczej nie	32	28,1
zdecydowanie nie	11	9,6
Ogółem	**114**	**100,0**

W odpowiedzi na pytanie dotyczące oceny, czy społeczeństwo jest pozytywnie nastawione do osób z niepełnosprawnością, najczęściej pojawiały się odpowiedzi negatywne – łącznie 37,7% respondentów wybrało taką opcję (28,1% – *raczej nie*, 9,6% – *zdecydowanie nie*). Nieco mniej, bo 36%, wyraziło się pozytywnie na ten temat (0,9% – *zdecydowanie tak*, 35,1% – *raczej tak*).

Tabela 29. *Zaangażowanie w prace społeczne na rzecz osób z niepełnosprawnością*

Czy według Ciebie ludzie chętnie angażują się w prace społeczne na rzecz osób z niepełnosprawnością?	*n*	%
zdecydowanie tak	12	10,5
raczej tak	43	37,7
Trudno powiedzieć	17	14,9
raczej nie	39	34,2
zdecydowanie nie	3	2,6
Ogółem	**114**	**100,0**

W następnym pytaniu dotyczącym tego, czy ludzie chętnie angażują się w prace społeczne na rzecz osób z niepełnosprawnością, większość badanych odpowiedziała pozytywnie – łącznie 48,2% (10,5% – *zdecydowanie tak*, 37,7% – *raczej tak*). Z kolei negatywną odpowiedź udzieliło mniej respondentów – łącznie 36,8% (34,2% – *raczej nie*, 2,6% – *zdecydowanie nie*). Grupa respondentów niezdecydowanych, którzy wskazali *trudno powiedzieć*, stanowiła 14,9%.

Tabela 30. *Problemy w poruszaniu się osób z niepełnosprawnością*

Czy uważasz, że osoby z niepełnosprawnością w Polsce mają problemy w poruszaniu się w otoczeniu, np. z komunikacją...	*n*	%
tak	88	77,2
nie	6	5,3
nie mam zdania	20	17,5
Ogółem	**114**	**100,0**

W odpowiedzi na pytanie, czy osoby z niepełnosprawnością napotykają trudności w poruszaniu się po swoim otoczeniu, większość uczestników potwierdziła, że tak (77,2%). Tylko 5,3% respondentów nie zgadzało się z tym stwierdzeniem. Znacząca część badanych, 17,5%, nie miała wyrobionego zdania na ten temat.

Tabela 31. *Problemy osób z niepełnosprawnościami*

Z jakim największym problemem w życiu codziennym borykają się osoby z niepełnosprawnością Twoim zdaniem?	*n*	%
bariery architektoniczne we wszelkiego rodzaju budynkach użyteczności publicznej	34	29,8
krzywdzące stereotypy na temat osób niepełnosprawnych	19	16,7
niedostateczne zabezpieczenie socjalne	10	8,8
utrudniony dostęp do placówek rehabilitacyjnych	12	10,5
dyskryminacja	8	7,0
zależność od innych osób	17	14,9
problemy w znalezieniu pracy	2	1,8
bariery transportowe	4	3,5
trudno powiedzie	3	2,6
kilka/wszystkie odpowiedzi	3	2,6
zależy od rodzaju niepełnosprawności	1	0,9
inne	1	0,9
Ogółem	**114**	**100,0**

W odpowiedzi na pytanie o największy codzienny problem osób z niepełnosprawnością, uczestnicy badania najczęściej wskazywali bariery architektoniczne (29,8%). Mniej często wymieniali krzywdzące stereotypy (16,7%) oraz zależność od innych osób (14,9%). Następnie, jako utrudnienie podawany był ograniczony dostęp do placówek rehabilitacyjnych (10,5%), niedostateczne zabezpieczenie socjalne (8,8%) i dyskryminacja (7%). Najmniej często respondenci wskazywali na bariery transportowe (3,5%), trudności w określeniu (2,6%), kilka lub wszystkie z wymienionych problemów (2,6%), problemy ze znalezieniem pracy (1,8%), zależność od rodzaju niepełnosprawności (0,9%) oraz inne problemy (0,9%).

Tabela 32. *Czynniki kształtujące postawę wobec osób z niepełnosprawnością*

Jakie czynniki kształtują Twoim zdaniem postawę wobec osób z niepełnosprawnością?	*n*	%
sposób wychowania przez moich rodziców/ opiekunów	70	61,4
polityka państwa	7	6,1
wpływ znajomych	3	2,6
media	9	7,9
doświadczenia osobiste	12	10,5
postawy osób niepełnosprawnych	3	2,6
trudno powiedzieć	8	7,0
wszystkie odp.	1	0,9
odpowiedzi 1, 2, 3	1	0,9
Ogółem	**114**	**100,0**

Osoby badane, pytane o czynniki, które ich zdaniem kształtują postawę wobec osób niepełnosprawnych, najczęściej wskazywały na sposób wychowania (61,4%). Kolejnym, znacznie rzadziej wymienianym czynnikiem były doświadczenia osobiste (10,5%). Niewiele osób podało jako odpowiedź media (7,9%), niektórzy mieli trudności z określeniem (7%), inne wskazane czynniki to polityka państwa (6,1%), wpływ znajomych (2,6%) oraz postawy osób niepełnosprawnych (2,6%). Jedna osoba zaznaczyła kilka odpowiedzi naraz – pierwszą, drugą i trzecią (0,9%), a inna osoba wskazała na wszystkie dostępne opcje (0,9%).

Tabela 33. *Internet a osoby z niepe*łnosprawnością?

W jaki sposób Internet mógłby sprzyjać społecznej integracji osób z niepełnosprawnością?	*n*	%
jako środek komunikacji z innymi ludźmi	19	16,7
może dawać większe możliwości kontynuowania nauki i podjęcia pracy przez osoby niepełnosprawne	55	48,2
może przybliżyć tematykę niepełnosprawności osobom pełnosprawnym	15	13,2
w kwestii integracji jest kompletnie bezużyteczny	5	4,4
daje możliwość wymiany informacji na tematy związane z niepełnosprawnością	10	8,8
trudno powiedzieć	8	7,0
odpowiedzi 1 i 2	1	0,9
wszystkie odp.	1	0,9
Ogółem	**114**	**100,0**

W pytaniu o to, w jaki sposób Internet może przyczynić się do społecznej integracji osób z niepełnosprawnością, większość respondentów wskazała, że może on oferować lepsze możliwości nauki i pracy (48,2%). Kolejnym, znacznie rzadziej wymienianym czynnikiem, był jako środek komunikacji z innymi ludźmi (16,7%). Respondenci zauważyli również, że Internet może pomóc przybliżyć tematykę niepełnosprawności osobom pełnosprawnym (13,2%) oraz że oferuje możliwość wymiany informacji na temat niepełnosprawności (8,8%). Pewna grupa uczestników nie była w stanie wskazać konkretnej odpowiedzi (7% – *trudno powiedzieć*). Niektórzy uznali, że Internet nie ma znaczenia w tej kwestii (4,4%). Niewielki odsetek wskazał albo dwie pierwsze odpowiedzi (0,9%), albo wszystkie dostępne opcje (0,9%).

Tabela 34. *Pomoc Państwa wobec osób z niepełnosprawnością*

Czy Państwo powinno dbać o osoby z niepełnosprawnością i wspomagać ich materialnie, a także zapewniać im darmową opiekę medyczną?	*n*	%
zdecydowanie tak	61	53,5
raczej tak	40	35,1
trudno powiedzieć	8	7,0
raczej nie	2	1,8
zdecydowanie nie	3	2,6
Ogółem	**114**	**100,0**

W pytaniu dotyczącym tego, czy państwo powinno zapewnić wsparcie materialne i darmową opiekę medyczną dla osób z niepełnosprawnością, większość uczestników ankiety wyraziła zgodę – 53,5% zaznaczyło *zdecydowanie tak*, a 35,1% *raczej tak*. Tylko niewielki odsetek respondentów nie zgodził się z tym stwierdzeniem – 2,6% odpowiedziało *zdecydowanie nie* i 1,8% *raczej nie*. Opcję *trudno powiedzieć* wybrało 7% badanych.

Tabela 35. *Kampanie na temat niepełnosprawności*

Czy kampanie na temat niepełnosprawności są wg Ciebie potrzebne?	*n*	%
zdecydowanie tak	6w8	59,6
raczej tak	35	30,7
trudno powiedzieć	3	2,6
raczej nie	4	3,5
zdecydowanie nie	4	3,5
Ogółem	**114**	**100,0**

Ostatnie pytanie ankiety dotyczyło tego, czy kampanie na temat niepełnosprawności są potrzebne. W tej kwestii respondenci byli dość zgodni – 59,6% odpowiedziało *zdecydowanie tak*, a 30,7% *raczej tak*. Osiem osób wyraziło sprzeciw – po 3,5% wybrało *zdecydowanie nie* i *raczej nie*. Tylko trzy osoby miały trudności z określeniem swojej odpowiedzi, wskazując *trudno powiedzieć* (2,6%).

Na podstawie wyników zawartych w ankiecie można stwierdzić, że stosunek badanych do osób z niepełnosprawnością jest generalnie pozytywny. Większość respondentów wyraża chęć pomocy osobom z niepełnosprawnościami, uznaje za ważne ułatwianie im życia oraz popiera ich uczestnictwo w życiu publicznym.

4.3. CECHY OSOBOWOŚCI

W celu udzielenia odpowiedzi na drugie pytanie badawcze i zweryfikowania drugiej hipotezy szczegółowej, przeprowadzono analizę częstości w zakresie poziomu poszczególnych cech osobowości. Przed przystąpieniem do analizy w tym zakresie, dokonano kategoryzacji wizualnej wszystkich cech osobowości i składników każdej z nich, tak, by otrzymać wyniki niskie, średnie i wysokie. Następnie sprawdzono częstość pojawiania się poszczególnych poziomów w ramach każdej cechy. W kolejnych tabelach 36-70 zawarto wyniki w powyższym zakresie.

Tabela 36. *Neurotyczność*

Neurotyczność (Podzielone)	*n*	%
niska <= 85,00	39	34,2
średnia 86,00 – 101,00	39	34,2
wysoka 102,00+	36	31,6
Ogółem	**114**	**100,0**

Niski poziom neurotyczności zidentyfikowano u 34,2% badanych, taką samą wartość procentową (34,2%) odnotowano dla poziomu średniego, podczas gdy wysoki poziom neurotyczności stwierdzono u 31,6% respondentów. Zatem, neurotyczność wśród badanych oscyluje na poziomie niskim do średniego.

Tabela 37. *Lęk*

N1 Lęk (Podzielone)	*n*	%
niski <= 14,00	40	35,1
średni 15,00 – 19,00	39	34,2
wysoki 20,00+	35	30,7
Ogółem	**114**	**100,0**

Lęk, będący elementem neurotyczności, występuje na niskim poziomie u 35,1% badanych, na średnim u 34,2%, natomiast na wysokim poziomie u 30,7% respondentów. W związku z tym, lęk u badanych utrzymuje się na raczej niskim poziomie.

Tabela 38. *Agresywna wrogość*

N2 Agresywna wrogość (Podzielone)	*n*	%
niska <= 11,00	41	36,0
średnia 12,00 – 15,00	37	32,5
wysoka 16,00+	36	31,6
Ogółem	**114**	**100,0**

Agresywna wrogość, będąca częścią neurotyczności, występuje na niskim poziomie u 36% respondentów, na średnim u 32,5% i na wysokim u 31,6% badanych. W związku z tym, nasilenie agresywnej wrogości jest raczej niskie wśród badanych.

Tabela 39. *Depresyjność*

N3 Depresyjność (Podzielone)	*n*	%
niska <= 12,00	39	34,2
średnia 13,00 – 17,00	39	34,2
wysoka 18,00+	36	31,6
Ogółem	**114**	**100,0**

Depresyjność, będąca elementem neurotyczności, występuje na niskim poziomie u 34,2% respondentów, przy czym identyczny odsetek badanych wykazuje średnie nasilenie tej cechy. Osób z wysokim poziomem depresyjności jest najmniej – 31,6%. W związku z tym, depresyjność wśród badanych utrzymuje się na poziomie niskim do średniego.

Tabela 40. *Nadmierny samokrytycyzm*

N4 Nadmierny samokrytycyzm (Podzielone)	*n*	%
niski <= 15,00	42	36,8
średni 16,00 – 19,00	35	30,7
wysoki 20,00+	37	32,5
Ogółem	**114**	**100,0**

Nadmierny samokrytycyzm, będący jednym z aspektów neurotyczności, występuje na niskim poziomie u 36,8% badanych, na średnim u 30,7% i na wysokim u 32,5% osób. W związku z tym, można stwierdzić, że nadmierny samokrytycyzm jest raczej słabo nasilony wśród respondentów.

Tabela 41. *Impulsywność*

N5 Impulsywność (Podzielone)	*n*	%
niska <= 14,00	42	36,8
średnia 15,00 – 17,00	36	31,6
wysoka 18,00+	36	31,6
Ogółem	**114**	**100,0**

Impulsywność, będąca częścią neurotyczności, występuje na niskim poziomie u 36,8% badanych. Na średnim poziomie impulsywność znajduje się u 31,6% respondentów, a identyczny odsetek osób wykazuje jej wysoki poziom. W związku z tym, impulsywność jest raczej słabo nasilona wśród badanych.

Tabela 42. *Nadwrażliwość*

N6 Nadwrażliwość (Podzielone)	*n*	%
niska <= 11,00	41	36,0
średnia 12,00 – 16,00	38	33,3
wysoka 17,00+	35	30,7
Ogółem	**114**	**100,0**

Nadwrażliwość, będąca elementem neurotyczności, występuje na niskim poziomie u 36% badanych, na średnim poziomie u 33,3% uczestników, a na wysokim u 30,7%. W związku z tym, nadwrażliwość jest raczej słabo nasilona wśród respondentów.

Tabela 43. *Ekstrawersja*

Ekstrawersja (Podzielone)	*n*	%
niska <= 94,00	39	34,2
średnia 95,00 – 110,00	37	32,5
wysoka 111,00+	38	33,3
Ogółem	**114**	**100,0**

Ekstrawersja występuje na niskim poziomie u 34,2% badanych, na średnim poziomie u 32,5%, a na wysokim u 33,3% uczestników. Wobec tego, ekstrawersja wśród respondentów może być określona jako równomiernie rozłożona, a nie raczej nisko nasilona.

Tabela 44. *Serdeczność*

E1 Serdeczność (Podzielone)	*n*	%
niska <= 19,00	49	43,0
średnia 20,00 – 23,00	28	24,6
wysoka 24,00+	37	32,5
Ogółem	**114**	**100,0**

Serdeczność, będąca elementem ekstrawersji, występuje na niskim poziomie u 43% badanych, na średnim poziomie u 24,6%, a na wysokim u 32,5% respondentów. W związku z tym, można stwierdzić, że serdeczność jest raczej nisko nasilona wśród badanej grupy.

Tabela 45. *Towarzyskość*

E2 Towarzyskość (Podzielone)	*n*	%
niska <= 14,00	40	35,1
średnia 15,00 – 19,00	41	36,0
wysoka 20,00+	33	28,9
Ogółem	**114**	**100,0**

Towarzyskość, będąca jednym z aspektów ekstrawersji, występuje na niskim poziomie u 35,1% badanych, na średnim poziomie u 36%, a na wysokim u 28,9% respondentów. W związku z tym, towarzyskość można określić jako średnio nasiloną wśród badanej grupy.

Tabela 46. *Asertywność*

E3 Asertywność (Podzielone)	*n*	%
niska <= 13,00	42	36,8
średnia 14,00 – 17,00	37	32,5
wysoka 18,00+	35	30,7
Ogółem	**114**	**100,0**

Asertywność, będąca elementem ekstrawersji, występuje na niskim poziomie u 36,8% badanych, na średnim poziomie u 32,5%, a na wysokim u 30,7% respondentów. W związku z tym, asertywność jest raczej umiarkowanie nasilona w badanej grupie.

Tabela 47. *Aktywność*

E4 Aktywność (Podzielone)	*n*	%
niska <= 16,00	44	38,6
średnia 17,00 – 20,00	33	28,9
wysoka 21,00+	37	32,5
Ogółem	**114**	**100,0**

Aktywność, będąca składową ekstrawersji, występuje na niskim poziomie u 38,6% badanych, na średnim poziomie u 28,9%, a na wysokim u 32,5% respondentów. W związku z tym, aktywność jest raczej umiarkowanie nasilona w badanej grupie, a nie wyłącznie na niskim poziomie.

Tabela 48. *Poszukiwanie doznań*

E5 Poszukiwanie doznań (Podzielone)	*n*	%
niskie <= 11,00	38	33,3
średnie 12,00 – 15,00	39	34,2
wysokie 16,00+	37	32,5
Ogółem	**114**	**100,0**

Poszukiwanie doznań, będące elementem ekstrawersji, występuje na niskim poziomie u 33,3% badanych, na średnim poziomie u 34,2%, a na wysokim u 32,5% respondentów. W związku z tym, poszukiwanie doznań jest na raczej umiarkowanym poziomie wśród badanej grupy.

Tabela 49. *Emocje pozytywne*

E6 Emocje pozytywne (Podzielone)	*n*	%
niskie <= 17,00	49	43,0
średnie 18,00 – 22,00	35	30,7
wysokie 23,00+	30	26,3
Ogółem	**114**	**100,0**

Emocje pozytywne, będące częścią ekstrawersji, występują na niskim poziomie u 43% badanych, na średnim poziomie u 30,7%, a na wysokim u 26,3% respondentów. W związku z tym, emocje pozytywne są raczej nisko nasilone wśród badanej grupy.

Tabela 50. *Otwartość na doświadczenie*

Otwartość na doświadczenie (Podzielone)	*n*	%
niska <= 97,00	40	35,1
średnia 98,00 – 111,00	38	33,3
wysoka 112,00+	36	31,6
Ogółem	**114**	**100,0**

Otwartość na doświadczenie występuje na niskim poziomie u 35,1% badanych, na średnim poziomie u 33,3%, a na wysokim u 31,6% respondentów. W związku z tym, największa grupa badanych charakteryzuje się niskim nasileniem tej cechy.

Tabela 51. *Wyobraźnia*

O1 Wyobraźnia (Podzielone)	*n*	%
niska <= 16,00	51	44,7
średnia 17,00 – 19,00	33	28,9
wysoka 20,00+	30	26,3
Ogółem	**114**	**100,0**

Wyobraźnia, będąca elementem otwartości na doświadczenie, występuje na niskim poziomie u 44,7% badanych, na średnim poziomie u 28,9%, a na wysokim u 26,3% respondentów. W związku z tym, wyobraźnia jest raczej słabo nasilona wśród badanej grupy.

Tabela 52. *Estetyka*

O2 Estetyka (Podzielone)	*n*	%
niska <= 16,00	46	40,4
średnia 17,00 – 20,00	32	28,1
wysoka 21,00+	36	31,6
Ogółem	**114**	**100,0**

Estetyka, będąca jednym z aspektów otwartości na doświadczenie, występuje na niskim poziomie u 40,4% badanych, na średnim poziomie u 28,1%, a na wysokim u 31,6% respondentów. W związku z tym, estetyka jest umiarkowanie nasilona w badanej grupie, a nie wyłącznie na niskim poziomie.

Tabela 53. *Uczucia*

O3 Uczucia (Podzielone)	*n*	%
niskie <= 16,00	49	43,0
średnie 17,00 – 19,00	36	31,6
wysokie 20,00+	29	25,4
Ogółem	**114**	**100,0**

Uczucia, będące elementem otwartości na doświadczenie, występują na niskim poziomie u 43% badanych, na średnim poziomie u 31,6%, a na wysokim u 25,4% respondentów. W związku z tym, uczucia są raczej słabo nasilone wśród badanej grupy.

Tabela 54. *Działania*

O4 Działania (Podzielone)	*n*	%
niskie <= 15,00	46	40,4
średnie 16,00 – 18,00	37	32,5
wysokie 19,00+	31	27,2
Ogółem	**114**	**100,0**

Działania, będące elementem otwartości na doświadczenia, występują na niskim poziomie u 40,4% badanych, na średnim poziomie u 32,5%, a na wysokim u 27,2% respondentów. W związku z tym, działania można określić jako umiarkowanie nasilone wśród badanej grupy, a nie wyłącznie na niskim poziomie.

Tabela 55. *Idee*

O5 Idee (Podzielone)	*n*	%
niskie <= 16,00	39	34,2
średnie 17,00 – 20,00	39	34,2
wysokie 21,00+	36	31,6
Ogółem	**114**	**100,0**

Idee, będące elementem otwartości na doświadczenia, występują na niskim poziomie u 34,2% badanych, identyczny odsetek respondentów wykazuje średnie nasilenie tej cechy, a wysoki poziom występuje u 31,6% badanych. W związku z tym, cecha ta charakteryzuje się poziomem od niskiego do średniego wśród badanej grupy.

Tabela 56. *Wartości*

O6 Wartości (Podzielone)	*n*	%
niskie <= 17,00	39	34,2
średnie 18,00 – 21,00	46	40,4
wysokie 22,00+	29	25,4
Ogółem	**114**	**100,0**

Wartości, będące częścią otwartości na doświadczenie, występują na niskim poziomie u 34,2% badanych, na średnim poziomie u 40,4%, a na wysokim u 25,4% respondentów. W związku z tym, wartości są na umiarkowanym poziomie wśród badanej grupy.

Tabela 57. *Ugodowość*

Ugodowość (Podzielone)	*n*	%
niska <= 104,00	38	33,3
średnia 105,00 – 129,00	40	35,1
wysoka 130,00+	36	31,6
Ogółem	**114**	**100,0**

Ugodowość występuje na niskim poziomie u 33,3% badanych, na średnim poziomie u 35,1%, a na wysokim u 31,6% respondentów. W związku z tym, ugodowość jest umiarkowanie nasilona wśród badanej grupy.

Tabela 58. *Zaufanie*

U1 Zaufanie (Podzielone)	*n*	%
niskie <= 17,00	43	37,7
średnie 18,00 – 21,00	39	34,2
wysokie 22,00+	32	28,1
Ogółem	**114**	**100,0**

Zaufanie, będące elementem ugodowości, występuje na niskim poziomie u 37,7% badanych, na średnim poziomie u 34,2%, a na wysokim u 28,1% respondentów. W związku z tym, zaufanie można określić jako umiarkowanie nasilone wśród badanej grupy, a nie wyłącznie na niskim poziomie.

Tabela 59. *Prostolinijność*

U2 Prostolinijność (Podzielone)	*n*	%
niska <= 18,00	39	34,2
średnia 19,00 – 23,00	37	32,5
wysoka 24,00+	38	33,3
Ogółem	**114**	**100,0**

Prostolinijność, będąca elementem ugodowości, występuje na niskim poziomie u 34,2% badanych, na średnim poziomie u 32,5%, a na wysokim u 33,3% respondentów. W związku z tym, prostolinijność jest umiarkowanie nasilona w badanej grupie, a nie wyłącznie mało nasilona.

Tabela 60. *Altruizm*

U3 Altruizm (Podzielone)	*n*	%
niski <= 19,00	38	33,3
średni 20,00 – 24,00	39	34,2
wysoki 25,00+	37	32,5
Ogółem	**114**	**100,0**

Altruizm, będący częścią ugodowości, występuje na niskim poziomie u 33,3% badanych, na średnim poziomie u 34,2%, a na wysokim u 32,5% respondentów. W związku z tym, altruizm można ocenić jako umiarkowanie nasilony w badanej grupie.

Tabela 61. *Ustępliwość*

U4 Ustępliwość (Podzielone)	*n*	%
niska <= 16,00	41	36,0
średnia 17,00 – 20,00	42	36,8
wysoka 21,00+	31	27,2
Ogółem	**114**	**100,0**

Ustępliwość, będąca jednym z aspektów ugodowości, występuje na niskim poziomie u 36% badanych, na średnim poziomie u 36,8%, a na wysokim u 27,2% respondentów. W związku z tym, ustępliwość jest na umiarkowanym poziomie w badanej grupie.

Tabela 62. *Skromność*

U5 Skromność (Podzielone)	*n*	%
niska <= 17,00	43	37,7
średnia 18,00 – 22,00	37	32,5
wysoka 23,00+	34	29,8
Ogółem	**114**	**100,0**

Skromność, będąca elementem ugodowości, występuje na niskim poziomie u 37,7% badanych, na średnim poziomie u 32,5%, a na wysokim u 29,8% respondentów. W związku z tym, skromność można określić jako umiarkowanie nasilona w badanej grupie, a nie wyłącznie na niskim poziomie.

Tabela 63. *Skłonność do rozczulania się*

U6 Skłonność do rozczulania się (Podzielone)	*n*	%
niska <= 17,00	49	43,0
średnia 18,00 – 20,00	40	35,1
wysoka 21,00+	25	21,9
Ogółem	**114**	**100,0**

Skłonność do rozczulania się, będąca elementem ugodowości, występuje na niskim poziomie u 43% badanych, na średnim poziomie u 35,1%, a na wysokim u 21,9% respondentów. W związku z tym, cecha ta jest raczej słabo nasilona w badanej grupie.

Tabela 64. *Sumienność*

Sumienność (Podzielone)	*n*	%
niska <= 107,00	39	34,2
średnia 108,00 – 134,00	39	34,2
wysoka 135,00+	36	31,6
Ogółem	**114**	**100,0**

Sumienność występuje na niskim poziomie u 34,2% badanych, identyczny odsetek osób wykazuje średnie nasilenie tej cechy, a wysoki poziom sumienności obserwuje się u 31,6% respondentów. W związku z tym, sumienność można określić jako równomiernie rozłożoną na poziomie niskim do średniego wśród badanej grupy.

Tabela 65. *Kompetencja*

S1 Kompetencja (Podzielone)	*n*	%
niska <= 19,00	47	41,2
średnia 20,00 – 22,00	29	25,4
wysoka 23,00+	38	33,3
Ogółem	**114**	**100,0**

Kompetencja, będąca elementem sumienności, występuje na niskim poziomie u 41,2% badanych, na średnim poziomie u 25,4%, a na wysokim u 33,3% respondentów. W związku z tym, kompetencja jest umiarkowanie nasilona w badanej grupie, a nie wyłącznie na niskim poziomie.

Tabela 66. *Skłonność do porządku*

S2 Skłonność do porządku (Podzielone)	*n*	%
niska <= 17,00	40	35,1
średnia 18,00 – 22,00	36	31,6
wysoka 23,00+	38	33,3
Ogółem	**114**	**100,0**

Skłonność do porządku, będąca jednym z aspektów sumienności, występuje na niskim poziomie u 35,1% badanych, na średnim poziomie u 31,6%, a na wysokim u 33,3% respondentów. W związku z tym, skłonność do porządku jest raczej umiarkowanie nasilona w badanej grupie, a nie wyłącznie na niskim poziomie.

Tabela 67. *Obowiązkowość*

S3 Obowiązkowość (Podzielone)	*n*	%
niska <= 20,00	41	36,0
średnia 21,00 – 26,00	35	30,7
wysoka 27,00+	38	33,3
Ogółem	**114**	**100,0**

Obowiązkowość, będąca elementem sumienności, występuje na niskim poziomie u 36% badanych, na średnim poziomie u 30,7%, a na wysokim u 33,3% respondentów. W związku z tym, obowiązkowość jest raczej umiarkowanie nasilona w badanej grupie, a nie wyłącznie na niskim poziomie.

Tabela 68. *Dążenie do osiągnięć*

S4 Dążenie do osiągnięć (Podzielone)	*n*	%
niskie <= 17,00	39	34,2
średnie 18,00 – 21,00	40	35,1
wysokie 22,00+	35	30,7
Ogółem	**114**	**100,0**

Dążenie do osiągnięć, będące częścią sumienności, występuje na niskim poziomie u 34,2% badanych, na średnim poziomie u 35,1%, a na wysokim u 30,7% respondentów. W związku z tym, dążenie do osiągnięć jest umiarkowanie nasilone wśród badanej grupy.

Tabela 69. *Samodyscyplina*

S5 Samodyscyplina (Podzielone)	*n*	%
niska <= 17,00	41	36,0
średnia 18,00 – 22,00	37	32,5
wysoka 23,00+	36	31,6
Ogółem	**114**	**100,0**

Samodyscyplina, będąca elementem sumienności, występuje na niskim poziomie u 36% badanych, na średnim poziomie u 32,5%, a na wysokim u 31,6% respondentów. W związku z tym, samodyscyplina jest raczej umiarkowanie nasilona w badanej grupie, a nie wyłącznie na niskim poziomie.

Tabela 70. *Rozwaga*

S6 Rozwaga (Podzielone)	*n*	%
niska <= 16,00	52	45,6
średnia 17,00 – 19,00	26	22,8
wysoka 20,00+	36	31,6
Ogółem	**114**	**100,0**

Rozwaga, będąca składową sumienności, występuje na niskim poziomie u 45,6% badanych, na średnim poziomie u 22,8% i na wysokim u 31,6% respondentów. W związku z tym, rozwaga dominuje na niskim poziomie w badanej grupie.

Analizując wyniki zawarte w tabelach 36-70, można zauważyć, że większość cech osobowości i ich składowych charakteryzuje się niskim nasileniem wśród badanych osób. Jednakże, takie stwierdzenie wymaga ostrożnej interpretacji, gdyż równocześnie obserwujemy umiarkowane i wysokie poziomy nasilenia dla innych cech, sugerujące zróżnicowanie w profilach osobowości badanej grupy.

4.4. POSTAWY WOBEC OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

W celu odpowiedzi na trzecie pytanie badawcze oraz weryfikacji trzeciej hipotezy szczegółowej przeprowadzono analizę częstościową dotyczącą poziomu wyników w kwestionariuszu SPWON, który mierzy postawy wobec osób z niepełnosprawnością. Przed przystąpieniem do właściwej analizy, dokonano wizualnej kategoryzacji zmiennej na wyniki niskie, średnie i wysokie, aby ułatwić interpretację danych. Następnie zanalizowano częstość występowania każdego z poziomów. Wyniki tej analizy przedstawiono w tabeli 71.

Tabela 71. *Postawa wobec osób z niepełnosprawnością (SPWON)*

Postawa wobec osób niepełnosprawnych SPWON (Podzielone)	*n*	%
niska <= 43,00	41	36,0
średnia 44,00 – 64,00	38	33,3
wysoka 65,00+	35	30,7
Ogółem	**114**	**100,0**

W zakresie wyników w kwestionariuszu SPWON, 36% badanych osiągnęło niskie wyniki, 33,3% – wyniki średnie, a 30,7% – wyniki wysokie. Na tej podstawie można ocenić, że ogólna postawa wobec osób z niepełnosprawnościami jest raczej na niskim poziomie, co sugeruje, że jest ona mało pozytywna.

4.5. STOSUNEK DO OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ A ZMIENNE DEMOGRAFICZNE

W celu odpowiedzi na czwarte pytanie badawcze oraz weryfikacji czwartej hipotezy szczegółowej przeprowadzono analizę za pomocą tabel krzyżowych i testów chi^2. Przed rozpoczęciem tej analizy zmienna dotycząca stosunku do osób niepełnosprawnych została zrekodyfikowana, aby ograniczyć liczbę możliwych odpowiedzi do maksymalnie trzech kategorii. Analiza uwzględniała zależności między takimi czynnikami, jak płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, posiadanie rodzeństwa, zainteresowania oraz kontakt z osobami niepełnosprawnymi. Wyselekcjonowano i zaprezentowano w tabelach od 72 do 83 te wyniki, które były statystycznie istotne i wykazywały najsilniejsze związki między badanymi zmiennymi.

Tabela 72. *Tworzenie klas integracyjnych dla osób z niepełnosprawnością*

Czy w szkołach powinno tworzyć się klasy integracyjne dla osób z niepełnosprawnością?		Płeć		test *chi*^{2}		
		Mężczyźni	Kobiety	*chi*^{2}	*p*	*V*
tak	*n*	7	82	22,55	<0,001	0,45
	% z Płeć	46,7%	82,8%			
nie	*n*	8	8			
	% z Płeć	53,3%	8,1%			
trudno powiedzieć	*n*	0	9			
	% z Płeć	0,0%	9,1%			

Kobiety znacząco częściej niż mężczyźni opowiadały się za tworzeniem klas integracyjnych dla osób z niepełnosprawnościami w szkołach – 82,8% kobiet było tego zdania, w porównaniu do 46,7% mężczyzn, co potwierdza test *chi*^{2}, $chi^2(2) = 22{,}55$; $p < 0{,}001$; $V = 0{,}45$.

Tabela 73. *Zapis do szkoły dziecka sprawnego, gdzie uczęszczają osoby z niepełnosprawnością*

Czy chętniej zapisałbyś do szkoły swoje dziecko, gdyby uczyły się w niej osoby z niepełnosprawnością?		Płeć		test *chi*^{2}		
		Mężczyźni	Kobiety	*chi*^{2}	*p*	*V*
tak	*n*	5	74	25,89	<0,001	0,48
	% z Płeć	33,3%	74,7%			
nie	*n*	6	3			
	% z Płeć	40,0%	3,0%			
trudno powiedzieć	*n*	4	22			
	% z Płeć	26,7%	22,2%			

Kobiety, z odsetkiem 74,7%, znacznie częściej niż mężczyźni (33,3%), wyraziły gotowość zapisania swojego dziecka do szkoły, w której uczą się osoby z niepełnosprawnościami. Różnica ta jest statystycznie istotna, co potwierdza test *chi*^{2}, $chi^2(2) = 25{,}89$; $p < 0{,}001$; $V = 0{,}48$.

Tabela 74. *Uczestnictwo w życiu publicznym osób z niepełnosprawnością*

Czy uważasz, że osoby z niepełnosprawnością powinny uczestniczyć życiu publicznym?		Płeć		test *chi*^{2}		
		Mężczyźni	Kobiety	*chi*^{2}	*p*	*V*
tak	*n*	9	95	35,05	<0,001	0,55
	% z Płeć	60,0%	96,0%			
nie	*n*	5	0			
	% z Płeć	33,3%	0,0%			
trudno powiedzieć	*n*	1	4			
	% z Płeć	6,7%	4,0%			

Kobiety (96%) znacznie częściej niż mężczyźni (60%), opowiadały się za tym, że osoby z niepełnosprawnością powinny uczestniczyć w życiu publicznym. Różnica ta jest statystycznie istotna, $chi^2(2) = 35{,}05$; $p < 0{,}001$; $V = 0{,}55$.

Tabela 75. *Uczęszczanie do szkoły wspólnie z dziećmi z niepełnosprawnością*

Czy chciałbyś by Twoje dziecko chodziło do klasy wspólnie z osobą z niepełnosprawnością?		Płeć		test *chi*^{2}		
		Mężczyźni	Kobiety	*chi*^{2}	*p*	*V*
tak	*n*	7	88	35,76	<0,001	0,56
	% z Płeć	46,7%	88,9%			
nie	*n*	7	2			
	% z Płeć	46,7%	2,0%			
trudno powiedzieć	*n*	1	9			
	% z Płeć	6,7%	9,1%			

Kobiety (88,9%) znacznie częściej niż mężczyźni (46,7%) wyrażały chęć, aby ich dziecko chodziło do klasy z osobą z niepełnosprawnością. Wynik ten jest statystycznie istotny, co potwierdza wynik testu *chi*^{2}, $chi^2(2) = 35{,}76$; $p < 0{,}001$; $V = 0{,}56$.

Tabela 76. *Pomoc Państwa wobec osób z niepełnosprawnością*

Czy Państwo powinno dbać o osoby z niepełnosprawnością i wspomagać ich materialnie, a także zapewniać im darmową opiekę medyczną?		Płeć		test *chi*^{2}		
		Mężczyźni	Kobiety	*chi*^{2}	*p*	*V*
tak	*n*	10	91	20,49	<0,001	0,42
	% z Płeć	66,7%	91,9%			
nie	*n*	4	1			
	% z Płeć	26,7%	1,0%			
trudno powiedzieć	*n*	1	7			
	% z Płeć	6,7%	7,1%			

Kobiety (91,9%) znacznie częściej niż mężczyźni (66,7%), były zdania, że Państwo powinno troszczyć się o osoby z niepełnosprawnością. Wynik jest istotny statystycznie, co potwierdza wynik testu *chi*², $chi^2(2) = 20{,}49$; $p < 0{,}001$; $V = 0{,}42$.

Tabela 77. *Kampanie na temat niepełnosprawności*

Czy kampanie na temat niepełnosprawności są wg Ciebie potrzebne?		Płeć		test *chi*²		
		Mężczyźni	Kobiety	*chi*²	*p*	*V*
tak	*n*	7	96	37,94	<0,001	0,58
	% z Płeć	46,7%	97,0%			
nie	*n*	6	2			
	% z Płeć	40,0%	2,0%			
trudno powiedzieć	*n*	2	1			
	% z Płeć	13,3%	1,0%			

Kobiety (97%) znacznie częściej niż mężczyźni (46,7%), opowiadały się za potrzebą prowadzenia kampanii na temat niepełnosprawności. Wynik jest istotny statystycznie, co potwierdza wynik testu *chi*², $chi^2(2) = 37{,}94$; $p < 0{,}001$; $V = 0{,}58$.

Tabela 78. *Praca z osobą z niepełnosprawnością*

Czy chciałbyś pracować z osobą z niepełnosprawnością?		Wiek		test *chi*²		
		do 36 lat	pow. 36 lat	*chi*²	*p*	*V*
tak	*n*	45	45	12,40	0,002	0,33
	% z Wiek	69,2%	91,8%			
nie	*n*	6	4			
	% z Wiek	9,2%	8,2%			
trudno powiedzieć	*n*	14	0			
	% z Wiek	21,5%	0,0%			

Osoby powyżej 36 roku życia (91,8%), częściej niż osoby do 36 roku życia (69,2%), wyrażały gotowość do pracy z osobą z niepełnosprawnością. Wynik jest istotny statystycznie, co potwierdza wynik testu *chi*², $chi^2(2) = 12{,}40$; $p = 0{,}002$; $V = 0{,}33$.

Tabela 79. *Zatrudnienie osoby z niepełnosprawnością*

Czy chętniej zatrudniłbyś osobę z niepełnosprawnością niż pełnosprawną?		Wykształcenie		test *chi*²		
		średnie	wyższe	*chi*²	*p*	*V*
tak	*n*	6	17	8,47	0,014	0,27
	% z Wykształcenie	10,7%	29,3%			
nie	*n*	17	8			
	% z Wykształcenie	30,4%	13,8%			
trudno powiedzieć	*n*	33	33			
	% z Wykształcenie	58,9%	56,9%			

Osoby z wyższym wykształceniem (29,3%), częściej od osób z wykształceniem średnim (10,7%), częściej deklarowały preferencję zatrudnienia osoby z niepełnosprawnością nad osobą pełnosprawną. Wynik ten jest istotny statystycznie, co potwierdza wynik testu *chi*², $chi^2(2) = 8{,}47$; $p = 0{,}014$; $V = 0{,}27$.

Tabela 80. *Inwestycje w tworzenie warunków osobom z niepełnosprawnością umożliwiających swobodne przemieszczanie*

Czy szkoły, urzędy, a także wszystkie placówki publiczne powinny inwestować pieniądze w tworzenie warunków umożliwiających osobom z niepełnosprawnością swobodne poruszanie się niż w osoby zdolne?		Miejsce zamieszkania		test *chi*²		
		wieś	miasto	*chi*²	*p*	*V*
tak	*n*	37	49	7,14	0,028	0,25
	% z Miejsce zamieszkania	64,9%	86,0%			
nie	*n*	3	2			
	% z Miejsce zamieszkania	5,3%	3,5%			
trudno powiedzieć	*n*	17	6			
	% z Miejsce zamieszkania	29,8%	10,5%			

Osoby mieszkające w miastach (86%), częściej niż mieszkańcy wsi (64,9%) opowiadały się za tym, aby szkoły, urzędy i inne placówki publiczne inwestowały środki w tworzenie warunków ułatwiających osobom z niepełnosprawnością swobodne poruszanie się. Różnica ta jest istotna statystycznie, co potwierdza wynik testu *chi*², $chi^2(2) = 7{,}14$; $p = 0{,}028$; $V = 0{,}25$.

Tabela 81. *Nauka i praca osób z niepełnosprawnością*

Czy osoby z niepełnosprawnością powinny się kształcić i pracować?		Liczba rodzeństwa		test *chi*^{2}		
		nie ma rodzeństwa	ma rodzeństwo	*chi*^{2}	*p*	*V*
tak	*n*	14	96	13,77	0,001	0,35
	% z Liczba rodzeństwa	82,4%	99,0%			
nie	*n*	1	1			
	% z Liczba rodzeństwa	5,9%	1,0%			
trudno powiedzieć	*n*	2	0			
	% z Liczba rodzeństwa	11,8%	0,0%			

Osoby posiadające rodzeństwo (99%), częściej niż jedynacy (82,4%), są zdania, że osoby z niepełnosprawnościami powinny mieć możliwość kształcenia się i pracy. Ta różnica jest istotna statystycznie, co zostało potwierdzone przez test *chi*^{2}, $chi^2(2) = 13{,}77$; $p = 0{,}001$; $V = 0{,}35$.

Tabela 82. *Uczęszczanie do szkoły z dziećmi z niepełnosprawnością*

Czy chciałbyś by Twoje dziecko chodziło do klasy wspólnie z osobą z niepełnosprawnością?		Liczba rodzeństwa		test *chi*^{2}		
		nie ma rodzeństwa	ma rodzeństwo	*chi*^{2}	*p*	*V*
tak	*n*	11	84	12,74	0,002	0,33
	% z Liczba rodzeństwa	64,7%	86,6%			
nie	*n*	5	4			
	% z Liczba rodzeństwa	29,4%	4,1%			
trudno powiedzieć	*n*	1	9			
	% z Liczba rodzeństwa	5,9%	9,3%			

Osoby posiadające rodzeństwo (86,6%), częściej niż osoby bez rodzeństwa (64,7%), wyrażają chęć, aby ich dziecko uczęszczało do klasy wspólnie z osobą z niepełnosprawnością. Różnica ta jest statystycznie istotna, co potwierdza wynik testu *chi*^{2}, $chi^2(2) = 12{,}74$; $p = 0{,}002$; $V = 0{,}33$.

Tabela 83. *Zapis dziecka do szkoły, gdzie uczą się dzieci z niepełnosprawnością*

Czy chętniej zapisałbyś do szkoły swoje dziecko, gdyby uczyły się w niej osoby z niepełnosprawnością?		Zainteresowania				test *chi*^{2}		
		Muzyka	Film, kino	Czytanie	Inne	*chi*^{2}	*p*	*V*
tak	*n*	17	19	29	14	23,37	0,001	0,32
	% z Zainteresowania	63,0%	82,6%	90,6%	43,8%			
nie	*n*	4	0	2	3			
	% z Zainteresowania	14,8%	0,0%	6,3%	9,4%			
trudno powiedzieć	*n*	6	4	1	15			
	% z Zainteresowania	22,2%	17,4%	3,1%	46,9%			

Wyniki pokazały, że osoby deklarujące zainteresowanie kinem i filmem (92,6%) najczęściej wyrażały gotowość zapisania swojego dziecka do szkoły, gdzie uczą się osoby z niepełnosprawnością, co jest korektą wobec wcześniej podanej informacji, gdzie czytanie było wskazane jako główne zainteresowanie z odsetkiem 90,6%. Na drugim miejscu znalazły się osoby interesujące się właśnie czytaniem, a na trzecim – osoby pasjonujące się muzyką (63%). Najmniej skłonności do takiego wyboru wykazywały osoby z innymi zainteresowaniami (43,8%). Różnice te są istotne statystycznie, co potwierdza test chi^2, $chi^2(6) = 23{,}37$; $p = 0{,}001$; $V = 0{,}32$.

Analiza przedstawionych danych rzuca światło na znaczący wpływ, jaki zmienne demograficzne wywierają na postawy społeczne wobec osób z niepełnosprawnością. Płeć respondentów, co zostało uwypuklone w różnicach między kobietami a mężczyznami, wskazuje na różnorodność empatii i gotowości do integracji społecznej. Kobiety częściej wykazują się większą otwartością na potrzeby osób niepełnosprawnych, co może być odzwierciedleniem szerszej empatii społecznej.

Wiek, jako kolejna zmienna, również rysuje ciekawy obraz postaw. Starsze pokolenia mogą posiadać inną perspektywę na potrzeby integracyjne, co wynika z doświadczenia życiowego oraz ewolucji norm społecznych na przestrzeni lat. Młodsze osoby, wychowujące się w bardziej inkluzyjnym społeczeństwie, mogą mieć naturalną skłonność do akceptacji i wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami. Wykształcenie, z kolei, pokazuje, że wyższy poziom edukacji często koreluje z większą świadomością na temat niepełnosprawności i pozytywnymi postawami wobec integracji. Edukacja może rozwijać krytyczne myślenie i empatię, co przekłada się na postawy społeczne. Miejsce zamieszkania również wpływa na postawy, co widać w różnicach

między mieszkańcami miast a wsi. Urbanizacja często idzie w parze z większą ekspozycją na różnorodność, w tym na osoby z niepełnosprawnościami, co może prowadzić do lepszego zrozumienia i akceptacji. Posiadanie rodzeństwa ukazuje, jak doświadczenia rodzinne i wychowanie w środowisku, gdzie naturalne jest dzielenie się i wzajemne wsparcie, mogą kształtować pozytywne postawy wobec osób różniących się od nas. Zainteresowania, jako ostatnia z analizowanych zmiennych, ujawniają, że osoby z określonymi hobby czy pasjami mogą wykazywać różne stopnie otwartości na integrację społeczną. To, co nas pasjonuje, może odzwierciedlać i kształtować nasze wartości i postawy.

Podsumowując, szeroki zakres zmiennych demograficznych wpływa na postawy wobec osób z niepełnosprawnościami, podkreślając złożoność i wielowymiarowość tego zagadnienia. Zrozumienie tych czynników jest kluczowe dla budowania bardziej otwartego społeczeństwa. W związku z tym, inicjatywy promujące świadomość i akceptację społeczną powinny być traktowane jako fundament działań na rzecz inkluzji. Angażowanie społeczności lokalnych w działania edukacyjne i integracyjne może stanowić skuteczny krok w kierunku eliminacji stereotypów i przesądów, otwierając drogę do bardziej zintegrowanego i empatycznego społeczeństwa.

4.6. OSOBOWOŚĆ A ZMIENNE DEMOGRAFICZNE

Aby odpowiedzieć na czwarte pytanie badawcze i zweryfikować czwartą hipotezę szczegółową, przeprowadzono analizę za pomocą tabel krzyżowych i testów chi^2. W analizie wykorzystano zmienne skategoryzowane, gdzie każda z cech osobowości oraz ich składowe były klasyfikowane na trzy poziomy: niski, średni i wysoki. Badanie obejmowało zależności z takimi czynnikami, jak płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, posiadanie rodzeństwa, zainteresowania oraz kontakt z osobami niepełnosprawnymi. Do dalszej analizy wyselekcjonowano wyniki, które były istotne statystycznie i wykazywały najsilniejsze powiązania między badanymi zmiennymi. Wyniki te przedstawiono w tabelach numer 84 do 89.

Tabela 84. *Impulsywność vs wiek*

Impulsywność (Podzielone)		Wiek		test *chi*^{2}		
		do 36 lat	pow. 36 lat	*chi*^{2}	*p*	*V*
niska <= 14,00	*n*	19	23	11,93	0,003	0,32
	% z Wiek	29,2%	46,9%			
średnia 15,00 - 17,00	*n*	17	19			
	% z Wiek	26,2%	38,8%			
wysoka 18,00+	*n*	29	7			
	% z Wiek	44,6%	14,3%			

Wyniki pokazały, że osoby do 36 roku życia (44,6%), częściej wykazują wysoki poziom impulsywności w porównaniu do osób powyżej 36 roku życia, gdzie takich osób jest 14,3%. Z drugiej strony, niski poziom impulsywności jest częściej obserwowany u osób starszych (powyżej 36 lat), stanowiąc 46,9%, w przeciwieństwie do młodszych osób (do 36 lat), gdzie jest to 29,2%. Wyniki są istotne statystycznie, co potwierdza wynik testu *chi*^{2}, $chi^2(2) = 11{,}93$; $p = 0{,}003$; $V = 0{,}32$.

Tabela 85. *Estetyka vs wiek*

Estetyka (Podzielone)		Wiek		test *chi*^{2}		
		do 36 lat	pow. 36 lat	*chi*^{2}	*p*	*V*
niska <= 16,00	*n*	26	20	10,65	0,005	0,31
	% z Wiek	40,0%	40,8%			
średnia 17,00 -	*n*	25	7			
20,00	% z Wiek	38,5%	14,3%			
wysoka 21,00+	*n*	14	22			
	% z Wiek	21,5%	44,9%			

Według uzyskanych danych, osoby powyżej 36 roku życia, z odsetkiem 44,9%, częściej charakteryzują się wysokim poziomem zainteresowania estetyką w porównaniu do osób do 36 roku życia, gdzie takich osób jest 21,5%. Natomiast osoby młodsze częściej osiągają średnie wartości w zakresie zainteresowań estetycznych (38,5%) niż osoby z grupy starszej (14,3%). Różnice te są istotne statystycznie, co potwierdza test *chi*^{2}, $chi^2(2) = 10{,}65$; $p = 0{,}005$; $V = 0{,}31$.

Tabela 86. *Neurotyczność vs wykształcenie*

Neurotyczność (Podzielone)		Wykształcenie		test *chi*^{2}		
		średnie	wyższe	*chi*^{2}	*p*	*V*
niska <= 85,00	*n*	13	26	8,33	0,016	0,27
	% z Wykształcenie	23,2%	44,8%			
średnia 86,00 - 101,00	*n*	19	20			
	% z Wykształcenie	33,9%	34,5%			
wysoka 102,00+	*n*	24	12			
	% z Wykształcenie	42,9%	20,7%			

Osoby ze średnim wykształceniem (42,9%) częściej niż osoby z wyższym wykształceniem (20,7%), osiągnęły wysokie wyniki w zakresie neurotyczności. Z kolei osoby z wyższym wykształceniem (44,8%), częściej niż osoby ze średnim wykształceniem (23,2%), osiągały niskie wyniki w tym zakresie. Różnice te są istotne statystycznie, co potwierdza test *chi*^{2}, *chi*^{2}(2) = 8,33; $p = 0{,}016$; $V = 0{,}27$.

Tabela 87. *Idee vs miejsce zamieszkania*

Idee (Podzielone)		Miejsce zamieszkania		test *chi*^{2}		
		wieś	miasto	*chi*^{2}	*p*	*V*
niskie <= 16,00	*n*	17	22	9,19	0,010	0,28
	% z Miejsce zamieszkania	29,8%	38,6%			
średnie 17,00 - 20,00	*n*	27	12			
	% z Miejsce zamieszkania	47,4%	21,1%			
wysokie 21,00+	*n*	13	23			
	% z Miejsce zamieszkania	22,8%	40,4%			

Wśród osób mieszkających w miastach, niskie wyniki występują częściej (38,6%) niż u osób zamieszkujących wieś (29,8%), a wysokie wyniki są również bardziej powszechne wśród mieszkańców miast (40,4%) w porównaniu do osób z wsi (22,8%). Z kolei mieszkańcy wsi częściej osiągają wyniki średnie (47,4%) niż osoby z miast (21,1%). Różnice te są istotne statystycznie, co potwierdza test *chi*^{2}, *chi*^{2}(2) = 9,19; $p = 0{,}010$; $V = 0{,}28$.

Tabela 88. *Ekstrawersja vs styczność z osobami z niepełnosprawnością*

Ekstrawersja (Podzielone)		Styczność z osobami z niepełnosprawnością		test *chi*^{2}		
		tak	nie	*chi*^{2}	*p*	*V*
niska <= 94,00	*n*	17	22	8,23	0,016	0,27
	% z Styczność	24,3%	50,0%			
średnia 95,00 - 110,00	*n*	25	12			
	% z Styczność	35,7%	27,3%			
wysoka 111,00+	*n*	28	10			
	% z Styczność	40,0%	22,7%			

Osoby mające kontakt z osobami z niepełnosprawnością częściej charakteryzują się wysokim poziomem ekstrawersji (40%) w porównaniu do osób bez takiego kontaktu (22,7%). Z kolei osoby, które nie mają styczności z osobami z niepełnosprawnością, częściej wykazują niski poziom ekstrawersji (50%) niż te, które mają taki kontakt (24,3%). Różnice te są istotne statystycznie, co potwierdza test *chi*^{2}, *chi*^{2}(2) = 8,23; *p* = 0,016; *V* = 0,27.

Tabela 89. *Dążenie do osiągnięć vs styczność z osobami z niepełnosprawnością*

Dążenie do osiągnięć (Podzielone)		Styczność z osobami z niepełnosprawnością		test *chi*^{2}		
		tak	nie	*chi*^{2}	*p*	*V*
niskie <= 17,00	*n*	17	22	7,95	0,019	0,26
	% z Styczność	24,3%	50,0%			
średnie 18,00 - 21,00	*n*	28	12			
	% z Styczność	40,0%	27,3%			
wysokie 22,00+	*n*	25	10			
	% z Styczność	35,7%	22,7%			

Osoby, które nie mają styczności z osobami z niepełnosprawnością, częściej charakteryzują się niskim poziomem dążenia do osiągnięć (50%) w porównaniu do osób mających taki kontakt (24,3%). Natomiast osoby mające styczność z osobami z niepełnosprawnością częściej wykazują średni (40%) oraz wysoki (35,7%) poziom dążenia do osiągnięć w porównaniu z osobami bez takiej styczności, gdzie odsetki te wynoszą odpowiednio 27,3% i 22,7%. Różnice te są istotne statystycznie, co potwierdza test *chi*^{2}, *chi*^{2}(2) = 7,95; *p* = 0,019; *V* = 0,26.

4.7. OSOBOWOŚĆ I POSTAWY WOBEC OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ A STOSUNEK DO OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

W celu udzielenia odpowiedzi na piąte pytanie badawcze i zweryfikowania piątej hipotezy szczegółowej, przeprowadzono analizę korelacji rho Spearmana. Objęła ona zmienne ilościowe w zakresie cech osobowości, postawy wobec osób z niepełnosprawnościami oraz pytania z ankiety dotyczące stosunku do osób z niepełnosprawnością. Skupiono się na wynikach, które były statystycznie istotne i wykazywały najsilniejsze związki. Warto zauważyć, że w analizie stosunku do osób z niepełnosprawnościami zastosowano odwrotną punktację – wyższe wartości oznaczały niższe nasilenie badanej zmiennej. Wyniki tej analizy zostały przedstawione w tabeli numer 90.

Najsilniejsze korelacje pojawiły się między S3 (obowiązkowość) a pytaniem *Czy z obojętnością przechodzisz obok osoby z niepełnosprawnością?*. Korelacja jest umiarkowana dodatnia, $r_s = 0{,}45$; $p < 0{,}001$, co (mając na uwadze odwrotną punktację) oznacza, że im wyższy poziom obowiązkowości, tym niższy poziom obojętności wobec osób z niepełnosprawnością.

Kolejna najsilniejsza korelacja pojawiła się między postawą wobec osób niepełnosprawnych a pytaniem *Czy chętniej zatrudniłbyś osobę z niepełnosprawnością niż pełnosprawną?*. Korelacja jest ujemna umiarkowana, $r_s = -0{,}42$; $p = 0{,}003$ i oznacza, że im wyższy był poziom pozytywnej postawy wobec osób z niepełnosprawnością, tym większa była chęć zatrudnienia osoby z niepełnosprawnością.

Następna korelacja spośród tych najsilniejszych ujawniła się pomiędzy ugodowością a pytaniem *Czy z obojętnością przechodzisz obok osoby z niepełnosprawnością?*. Korelacja jest umiarkowana dodatnia, $r_s = 0{,}41$; $p < 0{,}001$ i oznacza, że im wyższy był poziom ugodowości, tym niższy był poziom obojętności wobec osoby z niepełnosprawnością.

Tabela 90. *Współczynniki korelacji – osobowość, postawa a stosunek do osób z niepełnosprawnością*

Korelacje[1]	1	2	3	4	5
Neurotyczność	0,19*	0,18	0,00	0,20	0,24*
Lęk N1	0,04	0,09	0,08	0,12	0,17
Agresywna wrogość N2	0,12	0,05	–0,12	0,29*	0,22*
Depresyjność N3	0,20*	0,14	0,08	0,20	0,13
Nadmierny samokrytycyzm N4	0,12	0,18	0,11	–0,03	0,11
Impulsywność N5	0,13	0,09	–0,15	0,17	0,18
Nadwrażliwość N6	0,26**	0,20*	–0,16	0,21	0,17
Ekstrawersja	–0,28**	–0,23*	0,11	0,09	–0,10
Serdeczność E1	– 0,22*	–0,23*	0,28**	–0,34*	–0,12
Towarzyskość E2	–0,15	0,00	0,05	0,08	0,04
Asertywność E3	–0,19*	–0,23*	–0,08	0,15	–0,13
Aktywność E4	–0,31**	–0,22*	0,10	–0,15	–0,07
Poszukiwanie doznań E5	0,01	0,07	–0,20*	0,10	0,01
Emocje pozytywne E6	–0,23*	–0,19	0,30**	–0,07	–0,11
Otwartość na doświadczenie	–0,25**	–0,25*	0,26**	–0,25	–0,11
Wyobraźnia O1	0,07	–0,01	–0,16	0,05	0,12
Estetyka O2	–0,18	–0,20*	0,36***	–0,31*	–0,14
Uczucia O3	–0,28**	–0,25*	0,33**	–0,16	–0,06
Działania O4	–0,11	–0,17	–0,11	–0,35*	–0,05
Idee O5	–0,14	–0,31**	0,15	–0,06	–0,16
Wartości O6	–0,21*	–0,06	0,25*	0,02	–0,14

Ugodowość	−0,19*	−0,10	0,41***	−0,33*	−0,27*
Zaufanie U1	−0,26**	−0,23*	0,29**	−0,29*	−0,37**
Prostolinijność U2	−0,11	0,04	0,25*	−0,29*	−0,12
Altruizm U3	−0,27**	−0,12	0,33**	−0,17	−0,15
Ustępliwość U4	0,07	0,01	0,21*	−0,16	−0,38***
Skromność U5	−0,06	0,00	0,32**	−0,21	−0,04
Skłonność do rozczulania się U6	−0,10	−0,10	0,35***	−0,16	−0,07
Sumienność	−0,29**	−0,22*	0,31**	−0,28	−0,07
Kompetencja S1	−0,36***	−0,16	0,25*	−0,24	−0,11
Skłonność do porządku S2	−0,22*	−0,10	0,15	−0,19	−0,02
Obowiązkowość S3	−0,33***	−0,24*	0,45***	−0,32*	−0,15
Dążenie do osiągnięć S4	−0,30**	−0,28**	0,28**	−0,26	−0,06
Samodyscyplina S5	−0,15	−0,16	0,19*	−0,27	−0,02
Rozwaga S6	−0,08	−0,06	0,12	−0,02	−0,02
SPWON	−0,28**	−0,23*	0,18	−0,42**	−0,41***

[1] 1 – Czy chętnie udzieliłbyś pomocy osobie z niepełnosprawnością?, 2 – Czy chciałbyś pracować z osobą z niepełnosprawnością?, 3 – Czy z obojętnością przechodzisz obok osoby z niepełnosprawnością?, 4 – Czy chętniej zatrudniłbyś osobę z niepełnosprawnością niż pełnosprawną?, 5 – Czy Twoim zdaniem społeczeństwo jest pozytywnie nastawione do osób z niepełnosprawnością?

Ostatnia najsilniejsza korelacja pojawiła się pomiędzy postawą wobec osób z niepełnosprawnością a pytaniem *Czy Twoim zdaniem społeczeństwo jest pozytywnie nastawione do osób z niepełnosprawnością?*. Jest to korelacja umiarkowana ujemna, $r_s = -0{,}41$; $p < 0{,}001$ i oznacza, że im wyższy był poziom pozytywnej postawy wobec osób z niepełnosprawnością, tym bardziej badani uważali, że społeczeństwo jest pozytywnie nastawione do osób z niepełnosprawnością. Poza wskazanymi najsilniejszymi korelacjami pojawiły się też bardzo liczne inne korelacje.

Wyniki pokazały, że większa gotowość do pomocy osobom z niepełnosprawnościami korelowała z niższymi poziomami neurotyczności (w tym niższe wartości w podskalach N3 i N6), wyższymi poziomami ekstrawersji (w tym wyższe wartości w podskalach E1, E3, E4, E6), większą otwartością na doświadczenia (w tym wyższe wartości w podskalach O3, O6), większą ugodowością (w tym wyższe wartości w podskalach U1, U3), wyższą sumiennością (w tym wyższe wartości w podskalach S1, S2, S3, S4), oraz wyższą pozytywną postawą wobec osób z niepełnosprawnościami (SPWON).

Wykazano, że większa gotowość do pracy z osobą z niepełnosprawnością koreluje z niższymi wartościami neurotyczności, szczególnie w aspekcie N6, wyższymi poziomami ekstrawersji (zwłaszcza w podskalach E1, E3, E4), zwiększoną otwartością na doświadczenia (obejmującą podskale O2, O3, O5), większą ugodowością, szczególnie w obszarze U1, wyższą sumiennością (w tym S3, S4), oraz pozytywniejszym stosunkiem do osób z niepełnosprawnościami (SPWON). Z kolei mniejsza obojętność wobec osób z niepełnosprawnością związana była z wyższymi poziomami ekstrawersji, szczególnie w zakresach E1 i E6, ale niższymi w zakresie E5, zwiększoną otwartością na doświadczenia (w tym O2, O3, O6), większą ugodowością we wszystkich jej składowych (U1 – U6), oraz wyższą sumiennością (obejmującą S1, S4, S5). Ponadto, większa skłonność do zatrudnienia osoby z niepełnosprawnością wiązała się z niższymi wartościami neurotyczności, zwłaszcza w zakresie N2, wyższymi poziomami ekstrawersji (E1), większą otwartością na doświadczenia (O2, O4), zwiększoną ugodowością (w tym U1, U2), oraz wyższą sumiennością, szczególnie w zakresie S3. Wreszcie, większe przekonanie o pozytywnym nastawieniu społeczeństwa do osób z niepełnosprawnością koreluje z niższą neurotycznością (w tym N2) i większą ugodowością (w tym U1, U4).

4.8. OSOBOWOŚĆ A POSTAWY WOBEC OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

W celu udzielenia odpowiedzi na kolejne pytanie badawcze i zweryfikowania hipotezy szczegółowej, wykonano analizę korelacji rho Spearmana. Wykorzystano do tego celu zmienne ilościowe w zakresie cech osobowości oraz postawy wobec osób z niepełnosprawnością. Wyniki przedstawiono w tabeli 91.

Najsilniejsze korelacje ujawniły się w zakresie trzech par zmiennych. Pierwsza z nich dotyczyła ugodowości i postawy wobec osób z niepełnosprawnością, $r_s = 0{,}42$; $p < 0{,}001$. Jest to korelacja umiarkowana dodatnia i oznacza, że im większa była ugodowość, tym bardziej pozytywna postawa wobec osób z niepełnosprawnościami.

Druga korelacja wystąpiła między zaufaniem (U1) a postawą, $r_s = 0{,}39$; $p < 0{,}001$. jest to korelacja umiarkowana dodatnia i oznacza, że im większe było zaufanie, tym bardziej pozytywna postawa wobec osób z niepełnosprawnością.

Ostatnia z najsilniejszych korelacji ujawniła się między obowiązkowością (S3) a postawą wobec osób z niepełnosprawnością, $r_s = 0{,}39$; $p < 0{,}001$. jest to korelacja umiarkowana dodatnia i oznacza, że im wyższy był poziom obowiązkowości, tym bardziej pozytywna postawa.

Ponadto, ujawniły się inne liczne korelacje cech osobowości z postawą wobec osób z niepełnosprawnością, poza tymi opisanymi powyżej. Okazało się, że im bardziej pozytywna była postawa wobec osób z niepełnosprawnością, tym niższy poziom neurotyczności (w tym N1, N2, N6), wyższy poziom ekstrawersji (w tym E1, E4, E6), wyższy poziom otwartości na doświadczenie (w tym O2, O3, O5, O6), wyższy poziom ugodowości w zakresie wszystkich pozostałych składowych, czyli U2-U6, wyższy poziom sumienności (w tym S1, S2, S4, S5).

Tabela 91. *Współczynniki korelacji – osobowość a postawa wobec osób z niepełnosprawnością*

Korelacje	Postawa wobec osób niepełnosprawnych SPWON
Neurotyczność	–0,25**
Lęk N1	–0,19*
Agresywna wrogość N2	–0,37***
Depresyjność N3	–0,11
Nadmierny samokrytycyzm N4	–0,14
Impulsywność N5	–0,13
Nadwrażliwość N6	–0,31**
Ekstrawersja	0,22*
Serdeczność E1	0,33***
Towarzyskość E2	0,06
Asertywność E3	0,17
Aktywność E4	0,20*
Poszukiwanie doznań E5	–0,13
Emocje pozytywne E6	0,20*
Otwartość na doświadczenie	0,37***
Wyobraźnia O1	0,10
Estetyka O2	0,23*
Uczucia O3	0,35***
Działania O4	0,16
Idee O5	0,26**
Wartości O6	0,31**
Ugodowość	0,42***
Zaufanie U1	0,39***
Prostolinijność U2	0,27**
Altruizm U3	0,33***
Ustępliwość U4	0,30**
Skromność U5	0,26**
Skłonność do rozczulania się U6	0,28**

Sumienność	0,31**
Kompetencja S1	0,27**
Skłonność do porządku S2	0,22*
Obowiązkowość S3	0,39***
Dążenie do osiągnięć S4	0,24**
Samodyscyplina S5	0,27**
Rozwaga S6	0,02

4.9. WERYFIKACJA HIPOTEZ I DYSKUSJA WYNIKÓW BADAŃ

Przeprowadzone badanie, mające na celu zgłębienie postaw wobec osób z niepełnosprawnością, dostarczyło istotnych wniosków, które harmonizują z dotychczasowymi ustaleniami w tej dziedzinie. Analiza wyników pozwoliła na empiryczną weryfikację założonych hipotez, przynosząc cenne dane. W szczególności potwierdzono kluczową hipotezę, mówiącą, że *Studenci cechują się w większości pozytywnym stosunkiem wobec osób z niepełnosprawnością*.

W ramach badania zastosowano kwestionariusz zawierający pytania skoncentrowane na różnych aspektach niepełnosprawności oraz postawach wobec osób z niepełnosprawnością. Wybrane zostały trzy główne pytania uznane za krytyczne dla celów badawczych, skupiające się na percepcji zdolności do pracy, poziomie empatii oraz ocenie intelektualnej osób z niepełnosprawnością. Wyniki analizy wskazały, że większość respondentów posiadała pozytywne nastawienie, wyrażając także gotowość do współpracy z osobami z niepełnosprawnościami.

Drugą hipotezą było założenie, że respondenci charakteryzują się wysokim poziomem ekstrawersji oraz otwartości na doświadczenia. Jednakże, analiza danych nie potwierdziła tej tezy. Wśród respondentów nie zaobserwowano dominacji żadnej specyficznej cechy osobowości, a najczęściej odnotowywane były średnie wyniki w zakresie ekstrawersji i otwartości na doświadczenia. Co więcej, inne cechy, takie jak neurotyzm i sumienność, częściej osiągały poziomy niskie lub umiarkowane, wskazując na to, że w badanej grupie przeważały osoby z niższym poziomem ekstrawersji i otwartości na doświadczenia. W efekcie profil respondentów ukierunkowany był bardziej

ku introwertyzmowi, ograniczonemu zainteresowaniu nowymi doświadczeniami, lekkim tendencjom neurotycznym oraz umiarkowanej sumienności.

Trzecia hipoteza, dotycząca związku postaw wobec osób z niepełnosprawnością z cechami demograficznymi, została potwierdzona przez badanie, które wykazało znaczące korelacje między tymi postawami a takimi cechami, jak płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, posiadanie rodzeństwa, oraz zainteresowania respondentów. Kobiety generalnie wykazywały bardziej pozytywny stosunek do osób z niepełnosprawnościami niż mężczyźni. Respondenci powyżej 36 roku życia oraz osoby z wyższym wykształceniem byli bardziej skłonni do pracy z osobami z niepełnosprawnościami. Mieszkańcy miast okazywali większą otwartość na inwestycje publiczne na rzecz udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami, a posiadanie rodzeństwa sprzyjało pozytywnym postawom wobec integracji osób z niepełnosprawnościami w sferze edukacji i pracy.

Czwarta hipoteza skupiała się na relacji między cechami osobowości a cechami demograficznymi i została potwierdzona. Wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz kontakt z osobami z niepełnosprawnościami miały wpływ na cechy osobowości respondentów. Osoby młodsze częściej wykazywały impulsywność, posiadacze wyższego wykształcenia mieli niższy poziom neurotyzmu, a mieszkańcy miast charakteryzowali się wyższym poziomem otwartości na doświadczenia. Kontakt z osobami z niepełnosprawnościami korelował z wyższym poziomem ekstrawersji i dążenia do osiągnięć.

Piąta hipoteza, badająca zależność postaw wobec osób z niepełnosprawnościami od cech demograficznych, nie znalazła potwierdzenia z powodu braku statystycznie istotnych wyników. Oznacza to, że postawy respondentów wobec osób z niepełnosprawnościami nie wykazywały zależności od takich cech demograficznych jak płeć, wiek czy wykształcenie.

Szósta hipoteza dotycząca związku między neurotyzmem a postawami wobec osób z niepełnosprawnościami została potwierdzona, choć korelacja była słaba. Wyższy poziom neurotyzmu wiązał się z mniej pozytywnymi postawami wobec osób z niepełnosprawnościami. Analiza wykazała również inne korelacje, takie jak mocniejszy związek między sumiennością a brakiem obojętności oraz między konformizmem a brakiem obojętności.

Siódma hipoteza, badająca pozytywny związek między ugodowością a postawami wobec osób z niepełnosprawnościami oraz negatywny związek między neurotyzmem a tymi postawami, została potwierdzona z silniejszą

korelacją dla ugodowości. Wyniki wskazały na pozytywną korelację cech osobowości takich jak ekstrawersja, otwartość na doświadczenia i sumienność z postawami wobec osób z niepełnosprawnościami.

Uzyskane wyniki są zgodne z istniejącą literaturą dotyczącą postaw wobec osób z niepełnosprawnościami. Zgodnie z teorią Komorskiej (2000), cechy płciowe oraz osobowościowe odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu relacji indywidualnych. Chodkowska (1994) podkreśla, że postawy te mogą być kształtowane już w dzieciństwie, co uwypukla znaczenie wychowania w duchu akceptacji i tolerancji. Sękowski (1991) zauważa, że sumienność jest cechą charakterystyczną dla osób z niepełnosprawnościami, co zostało odnotowane również w badaniu jako związane z pozytywnym nastawieniem. Zwrócono także uwagę na wpływ uczuć niepokoju czy niezadowolenia na postawy wobec osób z niepełnosprawnościami, podkreślając znaczenie prowadzenia kampanii edukacyjnych dla zwiększenia poziomu akceptacji i otwartości.

Niemniej jednak, badanie to miało pewne ograniczenia, w tym niewielki udział mężczyzn w próbie, co mogło wpłynąć na wyniki, szczególnie w kontekście analizy płci. Charakter badania online wiązał się również z brakiem kontroli nad warunkami, w jakich respondenci odpowiadali na pytania. W przyszłości zaleca się zwiększenie udziału mężczyzn w próbie oraz uwzględnienie jednocześnie wpływu różnych czynników demograficznych.

Prezentowane wyniki pokazały, że respondenci generalnie mieli pozytywny stosunek do osób z niepełnosprawnościami, charakteryzując się introwersją, ograniczoną otwartością na doświadczenia, niskim poziomem neurotyzmu i umiarkowaną sumiennością. Zauważono również, że osoby z niepełnosprawnościami często były postrzegane przez pryzmat ich ograniczeń. Cechy demograficzne takie jak płeć żeńska, starszy wiek, wyższe wykształcenie, mieszkanie w mieście i zainteresowanie czytaniem sprzyjały bardziej pozytywnym postawom.

Wnioski te wskazują, że cechy osobowości mogą być wskaźnikami postaw wobec osób z niepełnosprawnościami, a także że istniejące powiązania demograficzne wpływają na te postawy. Pozwalają one lepiej zrozumieć, jak ważne są postawy społeczne wobec osób z niepełnosprawnościami i jakie czynniki mogą na nie wpływać.

ZAKOŃCZENIE

W monografii *Stereotypy, akceptacja i niepełnosprawność* autor przedsięwziął wszechstronne badanie, aby zgłębić, jak cechy demograficzne i osobowościowe wpływają na postawy wobec osób z niepełnosprawnościami. Praca ta, opierając się na obszernej analizie literatury oraz wykonanych badaniach empirycznych, oferuje dogłębny przegląd panujących stereotypów i mechanizmów ich przezwyciężania. Centralnym punktem analizy jest rola edukacji i bezpośrednich interakcji w kształtowaniu postaw akceptacji, jak również rozumienie wpływu rozmaitych czynników na postrzeganie niepełnosprawności.

Badania te koncentrowały się na określeniu, w jaki sposób cechy osobowościowe oraz doświadczenia życiowe i demograficzne wpływają na postawy wobec niepełnosprawności. Wyniki te ujawniły wyraźne powiązania między pewnymi cechami osobowości a większą otwartością i pozytywnymi postawami, podkreślając równocześnie istotny wpływ edukacji na redukcję negatywnych stereotypów.

Wnioski płynące z monografii podkreślają znaczenie świadomej edukacji i tworzenia warunków dla bezpośrednich interakcji jako kluczowych elementów w przełamywaniu barier i promowaniu społeczeństwa bardziej inkluzyjnego. Autor wskazuje kierunek dalszych badań, mających na celu głębsze zrozumienie wpływu różnorodności kulturowej oraz opracowanie bardziej efektywnych metod edukacyjnych i interwencyjnych, które promowałyby akceptację i zrozumienie między osobami pełnosprawnymi a osobami z niepełnosprawnościami.

Podkreślając potrzebę kontynuacji dialogu na temat niepełnosprawności i stereotypów, autor zachęca do współpracy między naukowcami, praktykami i społeczeństwem. Monografia ta nie tylko wnosi wartościowy wkład do akademickiej dyskusji na temat postaw wobec niepełnosprawności, ale także oferuje praktyczne wskazówki dla edukatorów, polityków i wszystkich osób zaangażowanych w budowanie bardziej otwartego i równego świata. Dzięki temu dzieło staje się nie tylko źródłem wiedzy naukowej, ale także inspiracją do działania na rzecz realnej zmiany społecznej.

Ograniczenia badań wynikają przede wszystkim z ich zakresu i metodologii, sugerując potrzebę dalszych, bardziej zróżnicowanych studiów, które uwzględniałyby szerszy kontekst kulturowy i społeczny. W przyszłych badaniach należałoby zwrócić uwagę na bardziej złożone interakcje między różnymi czynnikami demograficznymi a postawami, co mogłoby przyczynić się do

lepszego zrozumienia dynamiki społecznych postaw wobec niepełnosprawności. Synteza wniosków wskazuje na niezbędność interdyscyplinarnego podejścia do problematyki niepełnosprawności, które połączyłoby perspektywy psychologiczne, socjologiczne i edukacyjne, aby skuteczniej przeciwdziałać stereotypom i promować inkluzyjność.

BIBLIOGRAFIA

American Psychological Association. (2007). *Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Antonak, R. F. i Livneh, H. (1995). *Direct and indirect methods to measure attitudes toward persons with disabilities, with an exegesis of the Error-Choice Test Method*. Washington: Rehabilitation Psychology Association.

Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DS*M-5. Washington.

Böhner, G. i Wänke, M. (2004). *Postawy i zmiana postaw*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Borzyszkowska, H. (1997). *Izolacja społeczna rodzin mających dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

Bujnowska, A. (2009). *Uwarunkowania postaw studentów pedagogiki wobec osób niepełnosprawnych*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Chmielik, J., Michałowicz, R., Michałowska-Mrożek, J. i Mrożek, K. (1997). *Mózgowe porażenie dziecięce – wskazówki dla rodziców*. Warszawa: PZWL.

Cytowska, B. (2012). *Trudne drogi adaptacji*. Kraków: Oficyna Wydawnicza *Impuls*.

Czajkowska-Kisil, M. (2000). *Język migowy jako przedmiot nauczania w szkole*. [w] Audiofonologia, Tom XVI.

Czechowski, J. i Wilmowska-Pietruszyńska, A. (2016). *O potrzebie rehabilitacji kompleksowej*. [w] *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Tom XIX. Warszawa: PFRON.

Czerwińska, K. (2009). *Depresyjność młodzieży z niepełnosprawnością wzrokową – komunikat z badań*. [w] C. Kosakowski, A. Krause i M. Wójcik (Red.), *Relacje i doświadczenia społeczne osób z niepełnosprawnością. Dyskursy pedagogiki specjalnej*. Toruń-Olsztyn: Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT.

Czerwińska, K. (2010). *Poczucie koherencji a poziom depresyjności u młodzieży z niepełnosprawnością wzrokową*. [w] T. Żółkowska i I. Ramik-Mażewska (Red.), *Wielowymiarowość edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością. Pedagogika specjalna – koncepcje i rzeczywistość*. Szczecin: Uniwersytet Szczeciński.

Domagała-Zyśk, E. (2004). *Definicja niepełnosprawności intelektualnej formą społecznego wsparcia*. [w] Kwartalnik Pedagogiczno-Terapeutyczny, 3-4 (15-16), s. 34-42.

Dycik, W. (2001). *Pedagogika specjalna*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Gałkowski, T. i Kossewska, A. (1989). *Ekologiczne podejście do rehabilitacji dzieci z wadą słuchu*. [w] Biuletyn Audiofonologii, I nr 1, s. 7-12.

Gałkowski, T., Kiwerski, J. i Dziedzic, J. (Red.). (1986). *Encyklopedyczny Słownik Rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.

Gazdulska, M. (2008). *Postawy społeczeństwa wobec osób z niepełnosprawnościami w ujęciu historycznym i współczesnym*. [w] Seminare. Poszukiwania naukowe (Tom 25).

Giełda, M. (2015). *Pojęcie niepełnosprawności*. [w] M. Giełda i R. Raszewska-Skałecka (Red.), *Prawno-administracyjne aspekty sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce* (s. 17-32). Wrocław: E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.

Gillberg, C. (1995). *Clinical child neuropsychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.

Gąstoł, A. (2010). *Model pracy z uczniem z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją*. [w] Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (s. 97-131). Warszawa: Ministerstwo Edukacji Narodowej.

Goleman, D. (1997). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina.

Gotówko, J. (2018). *Społeczna odpowiedzialność biznesu w kontekście zatrudniania osób niepełnosprawnych*. Journal of Modern Science, 36(1), 253-274. https://doi.org/10.13166/jms/90173

ICF. (2012). *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*. Warszawa: CSI OZ.

Jakubas, A. (2017). *Osoba z niepełnosprawnością jako twórczy uczestnik fandomu. Nowe znaczenie technologii sieciowej 2.0.* [w] T. Graca i D. Łażewska (Red.), Edukacja humanistyczna w kontekście technicyzacji w XXI wieku. W poszukiwaniu pedagogicznej równowagi (s. 97-126). Józefów: Wyższa Szkoła Gospodarki Euroregionalnej im. Alcide De Gasperi.

Jankowska, M. (2015, 4/24). *Osobowościowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania postaw wobec niepełnosprawnych*. [w] Wokół kultury, s. 202-227.

Jastrzębski, J., Pasiak, M. (2013). *Samoocena i poczucie alienacji jako predyktory jakości życia osób z niepełnosprawnością ruchową.* Journal of Modern Science, 19(4), 81-105.

Kanar, M. (2021). *Postawy studentów wobec osób z niepełnosprawnością ruchową oraz osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa: Ogrody Nauk i Sztuk.

Kawczyńska-Butrym, Z. (1998). *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*. Katowice: Wydawnictwo Śląsk.

Kazanowski, Z. (2011). *Przemiany pokoleniowe postaw wobec osób upośledzonych umysłowo*. Lublin: Wydawnictwo Oświatowe FOSZE.

Kirejczyk, K. (1981). *Upośledzenie umysłowe.* [w] Pedagogika. Warszawa: Wydawnictwo PWN.

Kirenko, J. (1998). *Psychologiczne determinanty funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Kiwerski, J. (Red.). (2013). *Słownik rehabilitacji*. Warszawa: Wyższa Szkoła Rehabilitacji.

Kokot, K. (2010). *Determinanty samodzielności osób niepełnosprawnych ruchowo w latach 1945-2001 w Polsce na przykładzie Dolnego Śląska*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Komorowska, M. (2000). *Sytuacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w społeczeństwie polskim*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Konarska, J. (2012). *Rozwój i wychowanie rehabilitujące dziecka niewidzącego w okresie wczesnego i średniego dzieciństwa*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.

Konstantares, M., Blackstock, E. B. i Webster, C. D. (1992). *Autyzm*. Warszawa: Krajowe Towarzystwo Autyzmu.

Kostrzewski, J. (2006). *Niepełnosprawność umysłowa: poglądy, metody diagnozy i wsparcia*. [w] A. Czapiga, *Psychologiczne wspomaganie rozwoju psychicznego dziecka. Teoria i badania*. Wrocław: Wydawnictwo WTN.

Kostrzewski, J. i Wald, I. (1981). *Podstawowe wiadomości o upośledzeniu umysłowym*. [w] K. Kirejczyk, *Upośledzenie umysłowe – pedagogika*. Warszawa.

Kościeliska, M. (1984). *Upośledzenie umysłowe, a rozwój społeczny. Badania uczniów szkół specjalnych*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Kruk-Lasocka, J. (2000). *Autyzm czy zespół Aspergera? Wpływ rozbieżności diagnostycznych na oddziaływania terapeutyczne*. [w] T. Gałkowski i J. Kossewska (Red.), *Autyzm wyzwaniem naszych czasów* (s. 24-33). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.

Kurcz, I. (2001). *Zmiana stereotypów: jej mechanizm i granice*. [w] M. Kofta i K. Jasińska-Kania (Red.), *Stereotypy i uprzedzenia. Uwarunkowania psychologiczne i kulturowe* (s. 3–43). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Larkowa, H. (1987). *Człowiek niepełnosprawny: problemy psychologiczne*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Loska, M. i Myślińska, D. (2005). *Uczeń z niepełnosprawnością ruchową w szkole ogólnodostępnej*. Warszawa: MENiS.

Luckasson, R. (1992). *Mental Retardiation. Definition, Classification and Systems of Supports. 9-th Edition*. Washington D.C.: American Association on Mental Retardation.

Michałowicz, R. (2001). *Mózgowe porażenie dziecięce*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.

Minczakiewicz, E. (1989). *Z badań nad zaburzeniami mowy u dzieci upośledzonych umysłowo*. [w] J. Speck (Red.), *Niepełnosprawni w społeczeństwie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.

Nowa Encyklopedia Powszechna. (2004). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Nowak-Adamczyk, D., Perdeus-Białek, M. i Szczocarz, U. (2011). *Wyrównywanie szans. Osoby niepełnosprawne na studiach przyrodniczych*. Kraków: Materiały dla nauczycieli akademickich.

Nowicka, A. (2005). *Postrzeganie przez niepełnosprawnych studentów postaw wobec ich osoby koleżanek i kolegów z roku*. [w] H. Ochoczenko i G. Miłkowska (Red.), *Osoba*

niepełnosprawna w społeczności akademickiej (s. 225-240). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

O'Connor, N. i Hermelin, B. (1988). *Low intelligence and special abilities*. Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 29 (4), 391–396.

Ossowski, R. (1999). *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*. Bydgoszcz: Wydawnictwo WSP.

Ostrowska, A. i Sikorska, J. (1996). *Syndrom niepełnosprawności w Polsce: bariery integracji*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.

Otrębski, W. (1999). *System wsparcia aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych. Założenia, elementy, zasady organizacji*. Lublin: Fundacja Między Nami.

Otrębski, W. (2004). *Strategie radzenia sobie z obciążeniem psychicznym w sytuacji pracy niepełnosprawnych mężczyzn zatrudnionych w ZPCH*. [w] M. Kościelska i B. Aouila (Red.), *Człowiek niepełnosprawny rodzina i praca* (s. 203-220). Bydgoszcz: Wydawnictwo AB.

Otrębski, W. i Rożnowski, B. (2008). *Sytuacja osób z niepełnosprawnością na rynku pracy*. Lublin: Instytut Rynku Pracy.

Otrębski, W. i Wiącek, G. (2014). *Przepis na rehabilitację*. Metodologie oraz metody w badaniach i transdyscyplinarnej praktyce rehabilitacyjnej. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Otrębski, W., Piasecki, M., Rutkowska, E., Stępniak, M. i Śliwak, J. (2004). *Coping strategies of people with disability as an indicator of their success in teleworking*. [w] I. D. Karwat (Red.), *Epidemiological analysis of selected medical and social problems connected with non-infectious diseases in Poland* (s. 297-307). Lublin: Wydawnictwo Liber.

Otrębski, W., Wiącek, G. i Mariańczyk, K. (2021). *Diagnoza psychologiczna w procesie rehabilitacji kompleksowej osób z niepełnosprawnością*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Adama Mickiewicza.

Płaszewski, M. (2014). *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia: jej znaczenie dla praktyki opartej na danych naukowych*. [w] E. Rutkowska i W. Otrębski (Red.), *Aktywizacja osób z niepełnosprawnością – wybrane problemy psycho-społeczne* (s. 302–329). Biała Podlaska: Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Wydział Wychowania Fizycznego i Sportu w Białej Podlaskiej.

Pilecki, W. i Pilecka, A. (1996). *Jak wspomagać psychospołeczny rozwój dzieci niepełnosprawnych somatycznie*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.

Pużyński, S. (Red.). (1993). *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Sadowska, S. (2005). *Ku edukacji zorientowanej na zmianę społecznego obrazu osób niepełnosprawnych intelektualnie*. Toruń: Wydawnictwo Akapit.

Sadowska, D. (2014). Nie)pełno(s)prawny bohater dziecięcy w opowiadaniu *Das war der Hirbel* Petera Härtlinga i serii *Rico, Oskar i...* Andreasa Steinhöfla. Journal of Modern Science, 23(4), 25-41.

Sękowski, A. (1991). *Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec ludzi niepełnosprawnych*. Lublin: Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Sękowski, A. (1994). *Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów*. [w] M. Chodakowska (Red.), *Człowiek niepełnosprawny. Problemy autorealizacji i społecznego funkcjonowania* (s. 97-111). Lublin: Wydawnictwo Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Sękowski, A. i Witkowska, B. (2002). *W kierunku typologii uwarunkowań postaw wobec osób niepełnosprawnych wobec osób niepełnosprawnych*. [w] Roczniki Psychologiczne, 5, s. 129-144.

Sękowski, T. (2001). *Psychologiczne aspekty rehabilitacji zawodowej osób niewidomych zatrudnionych w warunkach pełnej i częściowej integracji*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Sikorski, J., Majewicz, P. (2024). *Pedagog specjalny w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach – nowe stanowisko specjalisty w polskim systemie edukacji w opinii nauczycieli*. Journal of Modern Science, 55(1), 582-596. https://doi.org/10.13166/jms/183984

Skoczylas, E. (2013). *Wspieranie rodzin dzieci z dysfunkcją wzroku*. [w] B. Sidor-Piekarska (Red.), *Kompetentne wspieranie osób z niepełnosprawnością*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Soborski, W. (1987). *Postawy, ich badanie i kształtowanie*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej.

Szatmari, P. (1992). *Asperger's syndrome: Diagnosis, treatment and outcome*. [w] Medline: Psych. Clinics of North America.

Sztabiński, P. (1994). *Niepełnoprawni jako specjalna kategoria w badaniach socjologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.

Świecarz, G. (2023). *Rola bajkoterapii w procesie rewalidacji dziecka z niepełnosprawnością intelektualną*. Journal of Modern Science, 52(3), 670-681. https://doi.org/10.13166/jms/174431

Tantam, D. (1996a, b). *Czyjś niezależny umysł, cz. I i cz. II*, [w] Dziecko Autystyczne. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.

Trębicka-Postrzygacz, B. (2017). *O niepełnosprawności w definicjach i regulacjach prawnych w perspektywie inkluzji społecznej*. [w] *Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy*. Siedlce: Wydawnictwo Naukowe UPH.

Urbańczak-Psuja, A. (2003). *Integracja społeczna w rozwoju dzieci niewidomych i słabowidzących*. Laski, 4/5.

Walter, N. (2007). *Nowe media dla niewidomych i słabowidzących*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza.

Wilmowska-Pietruszyńska, A. i Bilski, D. (2013). *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*. [w] *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania* (Tom 2 (7)). Warszawa: Polskie Towarzystwo Orzecznictwa Lekarskiego.

Witkowski, T. (1997). *Niepełnosprawność – terminologia pojęcia*. [w] A. Juros i W. Otrębski (Red.), *Integracja osób niepełnosprawnych w społeczności lokalnej*. Lublin: Fundacja Środkowoeuropejskie.

Wątorska, M. i Otrębski, W. (1994). *Wokół Osób Niepełnosprawnych*. Lublin: Wydawnictwo KPReh.

Wojcieszke, B. (2003). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo naukowe Scholar.

Wojciszke, B. (2011). *Psychologia społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo naukowe Scholar.

Woroniecka-Borowska, A. (2012). *Pedagog specjalny – zbędny luksus czy niezbędny specjalista?* [w] K. Dziurzyński (Red.), Dylematy współczesnej edukacji (s. 310-316). Józefów: Wyższa Szkoła Gospodarki Euroregionalnej im. Alcide De Gasperi

Wyczesany, J. (2004). *Pedagogika upośledzonych umysłowo*. Kraków: Oficyna Wydawnicza *Impuls*.

Żuraw, H. (2008). *Udział osób niepełnosprawnych w życiu społecznym*. Warszawa: Żak.

ZAŁĄCZNIK

Postawy wobec osób z niepełnosprawnościami

Ankieta jest całkowicie anonimowa. Proszę o szczere odpowiedzi na każde pytanie.

1. Płeć:
   a. Kobieta
   b. Mężczyzna
2. Wiek:
   a. Mniej niż 25 lat
   b. 25-30 lat
   c. 31-36 lat
   d. 37-42
   e. 43-48
   f. Powyżej 49 lat
3. Wykształcenie:
   a. Średnie
   b. Wyższe licencjat
   c. Wyższe magister
   d. Wyższe doktor
4. Obszar zamieszkania:
   a. Wieś
   b. Miasto do 100 tyś mieszkańców
   c. Miasto powyżej 100-500 tyś mieszkańców
   d. Miasto powyżej 500 tyś mieszkańców
5. Liczba rodzeństwa:
   a. Brak
   b. Jedno
   c. Dwoje
   d. Troje
   e. Powyżej 3
6. Moje zainteresowania to:
   a. Muzyka
   b. Film, kino
   c. Teatr
   d. Polityka
   e. Czytanie książek
   f. Inne

7. Czy na co dzień masz styczność z osobami niepełnosprawnymi?
   a. tak
   b. nie
8. Czy chętnie udzieliłbyś pomocy osobie niepełnosprawnej?
   a. zdecydowanie tak
   b. raczej tak
   c. trudno powiedzieć
   d. raczej nie
   e. zdecydowanie nie
9. Czy uważasz, że osoby niepełnosprawne powinny uczestniczyć w życiu publicznym?
   a. zdecydowanie tak
   b. raczej tak
   c. trudno powiedzieć
   d. raczej nie
   e. zdecydowanie nie
10. Czy chciałbyś pracować z osobą niepełnosprawną?
   a. zdecydowanie tak
   b. raczej tak
   c. trudno powiedzieć
   d. raczej nie
   e. zdecydowanie nie
11. Czy widok osoby niepełnosprawnej napawa Cię litością?
   a. zdecydowanie tak
   b. raczej tak
   c. trudno powiedzieć
   d. raczej nie
   e. zdecydowanie nie
12. Czy widok osoby niepełnosprawnej wprawa Cię w zakłopotanie?
   a. zdecydowanie tak
   b. raczej tak
   c. trudno powiedzieć
   d. raczej nie
   e. zdecydowanie nie
13. Czy widok osoby niepełnosprawnej wzbudza w Tobie chęć niesienia pomocy?
   a. zdecydowanie tak
   b. raczej tak
   c. trudno powiedzieć
   d. raczej nie
   e. zdecydowanie nie

14. Czy osoby niepełnosprawne powinny mieć indywidualny program nauczania?
    a. zdecydowanie tak
    b. raczej tak
    c. trudno powiedzieć
    d. raczej nie
    e. zdecydowanie nie
15. Czy osoby niepełnosprawne powinny uczyć się i pracować w tych samych placówkach co osoby zdrowe?
    a. zdecydowanie tak
    b. raczej tak
    c. trudno powiedzieć
    d. raczej nie
    e. zdecydowanie nie
16. Czy osoby niepełnosprawne powinny się kształcić i pracować?
    a. zdecydowanie tak
    b. raczej tak
    c. trudno powiedzieć
    d. raczej nie
    e. zdecydowanie nie
17. Czy według Ciebie osoby niepełnosprawne są równie inteligentne jak osoby pełnosprawne?
    a. zdecydowanie tak
    b. raczej tak
    c. trudno powiedzieć
    d. raczej nie
    e. zdecydowanie nie
18. Czy z obojętnością przechodzisz obok osoby niepełnosprawnej?
    a. zdecydowanie tak
    b. raczej tak
    c. trudno powiedzieć
    d. raczej nie
    e. zdecydowanie nie
19. Czy według Ciebie osoby niepełnosprawne powinny mieć pierwszeństwo w pracy przed osobami pełnosprawnymi?
    a. zdecydowanie tak
    b. raczej tak
    c. trudno powiedzieć
    d. raczej nie
    e. zdecydowanie nie
20. Czy według Ciebie niepełnosprawni mają pełny dostęp do życia publicznego?

a. zdecydowanie tak
b. raczej tak
c. trudno powiedzieć
d. raczej nie
e. zdecydowanie nie

21. Czy w szkołach powinno tworzyć się klasy integracyjne dla osób niepełnosprawnych?
    a. zdecydowanie tak
    b. raczej tak
    c. trudno powiedzieć
    d. raczej nie
    e. zdecydowanie nie
22. Czy chętniej zapisałbyś do szkoły swoje dziecko, gdyby uczyły się w niej osoby niepełnosprawne?
    a. zdecydowanie tak
    b. raczej tak
    c. trudno powiedzieć
    d. raczej nie
    e. zdecydowanie nie
23. Czy uważasz, że osoby niepełnosprawne powinny uczestniczyć życiu publicznym?
    a. zdecydowanie tak
    b. raczej tak
    c. trudno powiedzieć
    d. raczej nie
    e. zdecydowanie nie
24. Czy chętniej zatrudniłbyś osobę niepełnosprawną niż pełnosprawną?
    a. zdecydowanie tak
    b. raczej tak
    c. trudno powiedzieć
    d. raczej nie
    e. zdecydowanie nie
25. Czy umiesz udzielić pomocy osobie niepełnosprawnej poruszającej się na wózku po ulicy?
    a. zdecydowanie tak
    b. raczej tak
    c. trudno powiedzieć

d. raczej nie
e. zdecydowanie nie

26. W jakim miejscu masz najczęstszy kontakt z osobą niepełnosprawną?
    a. brak kontaktu
    b. poza rodziną
    c. w rodzinie
    d. wśród znajomych, przyjaciół
27. Z jaką niepełnosprawnością stykasz się najczęściej?
    a. intelektualna
    b. ruchowa
    c. obydwie
    d. żadna
28. Czy szkoły, urzędy, a także wszystkie placówki publiczne powinny inwestować pieniądze w tworzenie warunków umożliwiających niepełnosprawnym swobodne poruszanie się niż w osoby zdolne?
    a. zdecydowanie tak
    b. raczej tak
    c. trudno powiedzieć
    d. raczej nie
    e. zdecydowanie nie
29. Czy uważasz, że osoby niepełnosprawne są w stanie funkcjonować samodzielnie we współczesnym świecie?
    a. zdecydowanie tak
    b. raczej tak
    c. trudno powiedzieć
    d. raczej nie
    e. zdecydowanie nie
30. Czy uważasz, że osoby niepełnosprawne są dyskryminowane?
    a. zdecydowanie tak
    b. raczej tak
    c. trudno powiedzieć
    d. raczej nie
    e. zdecydowanie nie
31. Czy chciałbyś by Twoje dziecko chodziło do klasy wspólnie z osobą niepełnosprawną?
    a. zdecydowanie tak
    b. raczej tak

c. trudno powiedzieć
d. raczej nie
e. zdecydowanie nie

32. Czy Twoim zdaniem społeczeństwo jest pozytywnie nastawione do osób niepełnosprawnych?
    a. zdecydowanie tak
    b. raczej tak
    c. trudno powiedzieć
    d. raczej nie
    e. zdecydowanie nie
33. Czy według Ciebie ludzie chętnie angażują się w prace społeczne na rzecz osób niepełnosprawnych?
    a. zdecydowanie tak
    b. raczej tak
    c. trudno powiedzieć
    d. raczej nie
    e. zdecydowanie nie
34. Czy uważasz, że osoby niepełnosprawne w Polsce mają problemy w poruszaniu się w otoczeniu, np. z komunikacją…
    a. tak
    b. nie
    c. nie mam zdania
35. Czy Twoim zdaniem osoby niepełnosprawne mają szanse zrealizować swoje marzenia – studia, praca, własne mieszkanie, ślub, potomstwo, podróże, uprawianie sportów?
    a. tak
    b. nie
    c. nie mam zdania
36. Z jakim największym problemem w życiu codziennym borykają się osoby niepełnosprawne Twoim zdaniem?
    a. bariery architektoniczne we wszelkiego rodzaju budynkach użyteczności publicznej
    b. krzywdzące stereotypy na temat osób niepełnosprawnych
    c. niedostateczne zabezpieczenie socjalne
    d. utrudniony dostęp do placówek rehabilitacyjnych
    e. dyskryminacja
    f. zależność od innych osób

g. problemy w znalezieniu pracy
h. bariery transportowe
i. trudno powiedzie
j. inne… jakie?

37. Jakie czynniki kształtują Twoim zdaniem postawę wobec osób niepełnosprawnych?
    a. sposób wychowania przez moich rodziców/opiekunów
    b. polityka państwa
    c. wpływ znajomych
    d. media
    e. doświadczenia osobiste
    f. postawy osób niepełnosprawnych
    g. trudno powiedzieć
    h. inne…jakie?
38. W jaki sposób Internet mógłby sprzyjać społecznej integracji osób niepełnosprawnych?
    a. jako środek komunikacji z innymi ludźmi
    b. może dawać większe możliwości kontynuowania nauki i podjęcia pracy przez osoby niepełnosprawne
    c. może przybliżyć tematykę niepełnosprawności osobom pełnosprawnym
    d. w kwestii integracji jest kompletnie bezużyteczny
    e. daje możliwość wymiany informacji na tematy związane z niepełnosprawnością (polecane placówki rehabilitacyjne, organizacje pomagające takim osobom, szkoły)
    f. trudno powiedzieć
    g. inne… jakie?
39. Czy Państwo powinno dbać o osoby niepełnosprawne i wspomagać ich materialnie, a także zapewniać im darmową opiekę medyczną?
    a. zdecydowanie tak
    b. raczej tak
    c. trudno powiedzieć
    d. raczej nie
    e. zdecydowanie nie
40. Czy kampanie na temat niepełnosprawności są wg Ciebie potrzebne?
    a. zdecydowanie tak
    b. raczej tak
    c. trudno powiedzieć
    d. raczej nie
    e. zdecydowanie nie

AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH WSGE
im. A. De Gasperi
W JÓZEFOWIE