

BEATA HINTZE

Instytut Psychologii Stosowanej,  
Wydział Stosowanych Nauk Społecznych,  
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa.  
Institute of Applied Psychology, Faculty of Applied Social Sciences,  
The Maria Grzegorzewska Academy of Special Education, Warsaw  
e-mail: bhintze@aps.edu.pl

## Poczucie koherencji a przekonania dotyczące szkoły i intensywność picia alkoholu wśród młodzieży z niepełnosprawnością ruchową<sup>1</sup>

### Sense of coherence and beliefs about the school and the intensity of alcohol drinking among adolescents with physical disability

**Abstract.** The research focuses on the phenomenon of motor disabilities, which may have adverse effects on psychosocial development in adolescence. The researched group consisted of 291 adolescent subjects, including 186 with physical disability and 105 non-impaired. The survey was conducted in special education centers for children and adolescents with motor impairments in Poland. The Orientation to Life Questionnaire (SOC-13, Antonovsky, 1995/2005), Health Behavior Questionnaire (Jessor et al., 1989) and a questionnaire concerning various aspects of disability were applied. The results show that the global level of SOC is identical in both groups, but adolescents with motor impairments have a higher level of meaningfulness than their peers. Students with a physical disability with a higher global level of SOC and a higher level of comprehensibility and manageability have more positive beliefs about their school. The results also show a significant negative relationship between SOC and the intensity of drinking alcohol in girls with motor impairment. The results support the hypothesis that the peer group can be one of the important factors contributing to the SOC in adolescents with motor impairments.

**Key words:** adolescent, physical disability, sense of coherence

**Słowa kluczowe:** okres dorastania, niepełnosprawność ruchowa, poczucie koherencji

### WPROWADZENIE

Kwestie dotyczące globalnej orientacji człowieka, czyli poczucia koherencji (ang. *sense of coherence* – SOC) od wielu lat stanowią przedmiot zainteresowań badaczy. Wiąże się to z rozwojem wiedzy dotyczącej istotnej roli poczucia koherencji w radzeniu sobie z różnymi trudnymi doświadczeniami. Na przykład współczesne badania poświęcono problematyce poczucia koherencji osób z chorobami przewlekłymi: so-

matycznymi i psychicznymi, w kontekście radzenia sobie z chorobą, stygmatyzacją, ogólnym funkcjonowaniem, jakością życia czy nasileniem objawów psychopatologicznych. Wykazano w nich, że wyższy poziom SOC sprzyja lepszemu radzeniu sobie z chorobą, ze stygmatyzacją i poczuciu zadowolenia z życia. Stwierdzono również, że poziom poczucia koherencji w grupach klinicznych jest niższy w porównaniu ze średnimi wynikami uzyskiwanymi w grupach kontrolnych lub w ba-

daniach populacyjnych (np. Bengtsson-Tops, Brunt, Rask, 2005; Delgado, 2007; Fok, Chair, Lopez, 2005; Marzec, Andruszkiewicz, Banasz-kiewicz, 2011; Skärsäter i in., 2005; Świtaj i in., 2013; Zboralski, Florkowski, Gałecki, 2006).

Twórcą pojęcia *poczucie koherencji* (SOC) jest Aron Antonovsky, który uważał je za kluczowe dla zdrowia i radzenia sobie ze stresem (Antonovsky, 1995/2005). Na SOC składają się trzy wymiary: poczucie zrozumiałości (*comprehensibility*), zaradności (sterowalności)<sup>2</sup> (*manageability*) i poczucie sensowności (*meaningfulness*).

Pierwszy z nich, poczucie zrozumiałości – wymiar poznawczy – odnosi się do stopnia, w jakim osoba postrzega napływające informacje jako uporządkowane, spójne i jasne, pozwalające na rozumienie sytuacji oraz na dalsze jej przewidywanie. Poczucie zaradności (sterowalności) o charakterze poznawczo-instrumentalnym wynika z przekonania jednostki o dostępnych zasobach przekonujących jej na sprostanie stawianym wymaganiom. A poczucie sensowności, które ma charakter emocjonalno-motywacyjny, odnosi się do stopnia, w jakim osoba czuje, że jej życie ma sens, a pojawiające się przed nią wymagania są warte zaangażowania i poświęcenia. Od siły poczucia koherencji zależy, czy wpływ stresujących wydarzeń życiowych będzie szkodliwy, neutralny czy korzystny dla człowieka (Antonovsky, 1995/2005; Sęk, 2001). Poziom SOC jest traktowany jako ważny czynnik prozdrowotny, sprzyjający zachowaniu zdrowia i ułatwiający adaptację do wymogów życia (Mroziak, 1996). Przeprowadzone analizy związków pomiędzy SOC a różnymi zachowaniami antyzdrowotnymi podejmowanymi przez młodzież i młodych dorosłych wykazały, że jego poziom jest jednym z ważnych czynników warunkujących: picie alkoholu i używanie innych substancji psychoaktywnych, radzenie sobie ze stresem, subiektywne poczucie zdrowia (np. Ericsson, Lindström, 2008; Kosińska-Dec, Jelonkiewicz, 1999; Von Bothmer, Fridlund, 2003; Zwoliński, Jelonkiewicz, Kosińska-Dec, 2003). W badaniach Anny Pohoreckiej i Irenej Jelonkiewicz (1995) stwierdzono istotne

różnice w poziomie SOC w grupach dziewcząt i chłopców. Chłopców charakteryzowało wyższe ogólne poczucie koherencji, a także wyższe poczucie zrozumiałości i zaradności (sterowalności). Otrzymano odmienny rozkład zależności między komponentami SOC a zmiennymi dotyczącymi picia alkoholu w grupie dziewcząt i chłopców. Dla chłopców poziom trzech podskal i ogólne SOC były bardzo silnie związane ze wskaźnikami picia alkoholu (tj. częstością picia i ilością wypijanego alkoholu). Dla dziewcząt związek ogólnego poziomu SOC ze wskaźnikami picia alkoholu był nieistotny. U nich tylko poczucie sensowności było związane z ilością wypijanego alkoholu: dziewczęta piły tym więcej, im mniejsze miały poczucie sensowności. Wykazano również, niezależnie od płci, że młodzież z wysokim SOC rzadziej się upijała i rzadziej traciła kontrolę nad piciem (piła mniejsze ilości alkoholu, z mniejszą częstością) w porównaniu z rówieśnikami z niższym SOC. Kolejne badania polskich adolescentów potwierdzały, że wysoki poziom SOC, jak również jego składowych, był związany z mniej intensywnym piciem alkoholu (Kosińska-Dec, 1996), z ograniczeniem picia dużych ilości alkoholu, używania leków i narkotyków (Bobrowski, 2002). Badania Krzysztofa Bobrowskiego (2002) wykazały między innymi, że chłopcy mają wyższe SOC niż dziewczęta. Młodzież, która nie piła wcale lub rzadko, oraz młodzież, która piła małe ilości alkoholu, charakteryzowała się wyższym SOC niż osoby pijące częściej oraz większe ilości. Chłopcy ogólnie częściej pili alkohol i większe jego ilości w porównaniu z dziewczętami. W grupie młodzieży odnotowano także, że wysoki poziom SOC, jak również jego składowych, był związany wyższymi wskaźnikami zdrowia (Jelonkiewicz, 2007), mniejszą częstością i intensywnością odczuwania stresu rodzinnego i szkolnego oraz większą skutecznością radzenia sobie z nim (Jelonkiewicz, 2012). Stwierdzono także, że SOC można traktować jako ważny zasób uniwersalny w radzeniu sobie przez młodzież z różnymi aspektami stresu, to znaczy, „że im wyższe poczucie koherencji (...),

tym rzadziej, mniej intensywnie młodzież doświadcza stresu i skuteczniej sobie z nim radzi” (Jelonkiewicz, 2012, s. 97). W literaturze nie ma badań dotyczących związku między poziomem SOC a doświadczeniami szkolnymi, rozumianymi jako zadowolenie ze szkoły. Są dostępne badania dotyczące wsparcia społecznego otrzymywanego od rówieśników, nauczycieli i rodziców, które wykazały, że doświadczenie wsparcia ze strony rówieśników jest najbardziej znaczące dla SOC wśród młodzieży. Zależności te dotyczyły zarówno dziewcząt, jak i chłopców (Worsztynowicz, 2001).

Cytowane badania przeprowadzano jednak w populacji sprawnych adolescentów i tylko nieliczne prace poruszają problematykę SOC u młodzieży z niepełnosprawnością ruchową. Brakuje natomiast w tej grupie badań dotyczących związków pomiędzy poziomem SOC a piciem alkoholu. Badania Krzysztofa Gerca i Katarzyny Figarskiej (1999) wykazały, że sposób kształcenia młodzieży z niepełnosprawnością ruchową ma istotny wpływ na jej SOC. Wśród tej młodzieży zaobserwowano, że osoby uczące się w systemie integracyjnym uzyskały istotnie wyższy poziom zarówno SOC, jak i jego trzech składowych: zrozumiałości, zaradności (sterowalności) i sensowności niż osoby, które uczyły się w systemie indywidualnym. Uzyskały one także wyższy ogólny wynik SOC w porównaniu ze sprawnymi rówieśnikami z klas ogólnodostępnych. Nie wykazano natomiast różnic pomiędzy nimi w zakresie samych składowych SOC. Autorzy podkreślają ważną rolę sprawnych rówieśników w korzystnym rozwoju emocjonalnym, poznawczym oraz w kształtowaniu się poczucia koherencji u młodzieży z niepełnosprawnością ruchową. Kolejne badania Gerca (2008) dotyczące między innymi SOC u młodzieży z porażeniem mózgowym, w normie intelektualnej (jednej z grup niepełnosprawności ruchowej), leczonej w Małopolskim Centrum Rehabilitacji Dzieci wykazały, że ma ona niższe SOC oraz poczucie zaradności (sterowalności) i sensowności niż jej sprawni rówieśnicy z liceum ogóln-

kształcącego. Wyniki te sugerują, że przekonania adolescentów z mózgowym porażeniem dziecięcym o możliwości sprostania wymogom sytuacji trudnych jest istotnie niższe niż w grupie kontrolnej. Cechuje ich także niska samoakceptacja oraz wyuczona bezradność. Najnowsze badania młodzieży z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową dotyczące poziomu SOC oraz jego wybranych uwarunkowań (postaw rodzicielskich, wsparcia społecznego, zadowolenia z wybranych aspektów własnego życia) przeprowadziła Urszula Gosk (2014). Zbadała ona młodzież uczącą się w różnych placówkach: szkołach/klasach integracyjnych, ogólnodostępnych, ośrodkach i stowarzyszeniach dla młodzieży z niepełnosprawnością ruchową. Badania wykazały, że ogólny poziom SOC oraz jego dwóch składowych: poczucia zaradności (sterowalności) oraz zrozumiałości, jest istotnie wyższy u adolescentów z niepełnosprawnością ruchową niż u sprawnych rówieśników. Spośród analizowanych zmiennych największe znaczenie dla poziomu SOC miało zadowolenie z wybranych aspektów własnego życia (percepcji własnego funkcjonowania, własnego miejsca w rodzinie i wśród rówieśników). Wyniki te sugerują, że u młodzieży z niepełnosprawnością ruchową wyższy wynik ogólny oraz wyższe wyniki poszczególnych składowych SOC łączą się z większym zadowoleniem z relacji z najbliższymi osobami, zadowoleniem z sytuacji finansowej swojej rodziny, a także odczuwaniem zadowolenia z wizji swojej przyszłości (Gosk, 2014).

Poznanie poziomu SOC i jego wpływu na różne zachowania młodzieży z niepełnosprawnością ruchową wydaje się tak samo ważne dla wiedzy o okresie dorastania jak w grupie sprawnych rówieśników. Poszerzenie informacji o funkcjonowaniu tej grupy adolescentów w różnych środowiskach pozwoli na lepsze dostosowanie programów psychoterapeutycznych i pedagogicznych do ich potrzeb. Młodzież z niepełnosprawnością ruchową podlega takim samym prawom rozwojowym jak sprawni rówieśnicy. Oczywiście ich rozwój psychospołeczny może być mniej lub

bardziej utrudniony ze względu na czas powstania, rodzaj i nasilenie dysfunkcji narządu ruchu. Ważnym czynnikiem oddziałującym na psychospołeczne funkcjonowanie osoby jest rozróżnienie, czy niepełnosprawność ma charakter wrodzony, czy też nabyty. Konsekwencje dla rozwoju jednostki w obu przypadkach są różne.

U osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową jest ona od początku wpisana w obraz „ja”, czyli jest stałym elementem samego siebie, wyznacza relacje z otoczeniem i ma istotny wpływ na psychospołeczne funkcjonowanie (Szczupał, 2012). Dlatego jej konsekwencje dotyczą wszystkich okresów życia:

- we wczesnym okresie dzieciństwa na przykład utrudniają manipulowanie zabawkami, częściowo lub całkowicie uniemożliwiają zdolność do samodzielnego poruszania się, co może utrudniać rozwój poznawczy i psychospołeczny (Szychowiak, 2005);
- w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym niepełnosprawność ruchowa może na przykład utrudniać nawiązywanie kontaktów z rówieśnikami i zabawę z nimi, kształtowanie się adekwatnej samooceny, uczenie się różnych zachowań społecznych (Szychowiak, 2005);
- w okresie adolescencji „niepełnosprawność w znacznym stopniu determinuje powstawanie utrudnień w podejmowaniu i realizacji kolejnych zadań rozwojowych. Utrudnienia te dotyczą jakości podejmowanych działań, jak również ich punktualności” (Marszałek, 2006, s. 124). Na przykład kontynuowanie nauki na różnych poziomach edukacji w tym samym czasie co sprawni rówieśnicy oraz zdobycie satysfakcjonującego zawodu jest znacznie utrudnione przez częste pobyty w szpitalach, ośrodkach rehabilitacyjnych, a także przez ograniczenia wynikające z samej specyfiki niepełnosprawności (Szychowiak, 2005).

Całkowicie inne konsekwencje może mieć niepełnosprawność nabyta. Jest to czę-

sto nagła, bardzo trudna psychologicznie sytuacja, w której osoba zdrowa, samodzielnie funkcjonująca staje się osobą niepełnosprawną, wymagającą czasowej lub trwałej pomocy ze strony drugiego człowieka. Utrata zdrowia, sprawności może być przyczyną różnych zaburzeń psychicznych, zaburzeń emocjonalnych, reakcji depresyjnych, zachowań autoagresywnych, zaburzeń zachowania oraz trudności w adaptacji do nowej sytuacji czy akceptacji swojej fizyczności (Stalker, 2007; Teleporos, McCabe, 2005). Te doświadczenia mogą mieć wpływ na kształtowanie się różnych zachowań problemowych. Badania Koraljki Janeković (2003) wykazały, że młodzież z niepełnosprawnością ruchową piła alkohol z innych powodów niż ich sprawni rówieśnicy, na przykład aby sobie poradzić z problemami, zmniejszyć ból, napięcie, poprawić obniżony nastrój. Badania Beaty Hintze (2011a) wykazały, że młodzież z niepełnosprawnością ruchową nabytą w późniejszych latach życia piła znacznie większe ilości alkoholu niż osoby z niepełnosprawnością wrodzoną. Nabycie konkretnego rodzaju niepełnosprawności w okresie adolescencji, takich jak amputacja czy paraliż kończyn, może szczególnie utrudniać prawidłowy rozwój tożsamości, pozytywnej samooceny fizycznej (Teleporos, McCabe, 2005; Szychowiak, 2005). Nagła utrata sprawności zaburza samoocenę, obraz własnego „ja”, poczucie autonomii. Proces adaptacji do niej wymaga przeorganizowania obrazu własnej osoby i włączenie w niego niepełnosprawności, często zmiany planów, celów, oczekiwań zarówno wobec siebie, jaki i otoczenia (Stalker, 2007; Szczupał, 2012). Sam proces przystosowania wymaga przejścia przez kilka etapów, na przykład: „doznanie niepełnosprawności, uświadomienie sobie ograniczeń, próby funkcjonowania z niepełnosprawnością oraz przystosowanie. Stadia te pełnią ważną funkcję w procesie przekształcania osobowości i przystosowania się do własnej niepełnosprawności” (Szczupał, 2012, s. 226).

Dlatego celem niniejszej pracy jest ocena poziomu SOC oraz jego związków z wy-

branymi aspektami zadowolenia ze szkoły i z intensywnością picia alkoholu u młodzieży z niepełnosprawnością ruchową w porównaniu z osobami sprawnymi.

## METODA

W niniejszej pracy dokonano rozróżnienia pomiędzy grupami osób z niepełnosprawnością ruchową, przyjmując za kryterium podziału czas ujawnienia się niepełnosprawności: niepełnosprawność wrodzoną i nabytą. W kontekście przedstawionych powyżej wyników badań oraz specyfiki rozwoju psychospołecznego młodzieży niepełnosprawnej ruchowo można przypuszczać, że poziom SOC w tej grupie będzie różny od poziomu u młodzieży sprawnej, a także różny w zależności od czasu nabycia niepełnosprawności. W związku z tym sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy występują różnice pomiędzy młodzieżą z niepełnosprawnością ruchową a młodzieżą sprawną w poziomie SOC oraz w jego trzech składowych: zrozumiałości, zaradności (sterowalności) i sensowności?
2. Czy występują różnice pomiędzy dziewczętami a chłopcami w obu grupach w poziomie SOC oraz jego trzech składowych: zrozumiałości, zaradności (sterowalności) i sensowności?
3. Czy występują różnice pomiędzy młodzieżą z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną a młodzieżą z niepełnosprawnością nabytą w poziomie SOC oraz jego trzech składowych: zrozumiałości, zaradności (sterowalności) i sensowności?
4. Czy występuje pozytywny związek pomiędzy SOC a wybranymi aspektami zadowolenia ze szkoły w obu grupach młodzieży?
5. Czy występuje negatywny związek pomiędzy SOC a intensywnością picia alkoholu w obu grupach młodzieży?

## Osoby badane

W badaniach wzięło udział 291 osób, w tym 182 osoby z niepełnosprawnością ruchową w wieku od 14 do 24 lat (średnia wieku 18,5 roku) oraz 102 osoby w pełni sprawnych w wieku od 14 do 21 lat (średnia wieku 17,5 roku). W grupie osób z niepełnosprawnością ruchową (Grupa I) znalazło się 87 dziewcząt i 95 chłopców, a w grupie kontrolnej (Grupa II) 44 dziewczęta i 58 chłopców. W Grupie I było 146 osób z dysfunkcją narządu ruchu wrodzoną (78,5%) i 36 osób z nabytą w późniejszym okresie życia (21,5%, średni wiek nabycia niepełnosprawności ruchowej wynosił 11,5 roku). Do najczęstszych schorzeń należały uszkodzenia narządu ruchu wrodzone i nabyte (takie jak: deformacja narządu ruchu – na przykład zanik mięśni lub zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, dużego stopnia skrzywienie kręgosłupa – skolioza, uszkodzenia obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego – niedowłady lub porażenia wynikające z uszkodzenia rdzenia kręgowego, stany poamputacyjne – brak kończyn lub ich części).

Badania obu grup młodzieży przeprowadzono w specjalistycznych ośrodkach szkolno-wychowawczych dla młodzieży z niepełnosprawnością ruchową w dużych miastach w Polsce lub w ich pobliżu oraz w jednym zespole szkół. Osoby badane były uczniami przede wszystkim szkół ponadgimnazjalnych (liceum ogólnokształcące, profilowane, uzupełniające, technikum) oraz zasadniczych szkół zawodowych. Niewielka liczba badanych uczyła się w ostatniej klasie gimnazjum. W większości ośrodków do szkół uczęszczała również młodzież sprawna (w niewielkim procencie) z terenu miasta (klasy integracyjne). W ośrodkach specjalistycznych oprócz możliwości uczenia się na różnych etapach edukacji prowadzona jest w szerokim zakresie rehabilitacja. Ośrodki te przyjmują młodzież z całej Polski, która na okres nauki korzysta z internatu, umożliwiając one realizację obowiązku szkolnego i obowiązku nauki do 24. roku życia. Badaniami objęto uczniów niezależnie od ich wieku, ponieważ w ośrodkach tych osoby

powyżej 18. roku życia nadal funkcjonowały w roli uczniów. W grupie kontrolnej badanymi objęto natomiast osoby do 21. roku życia, ponieważ były to najstarsze osoby w roli ucznia w szkołach masowych. Do badań zostały wybrane przez psychologów i pedagogów ośrodków osoby tylko z jedną dysfunkcją układu ruchu (bez sprzężeń), w normie intelektualnej. W badaniu brały udział tylko osoby, które samodzielnie wyraziły zgodę lub też wyrazili ją pisemnie rodzice/opiekunowie młodzieży niepełnoletniej (jest to jedna z ważniejszych przyczyn ograniczenia oraz nierównej liczebności dziewcząt i chłopców w obu grupach). Badania były anonimowe, przeprowadzone przez autorkę w małych, kilkusobowych grupach, w ośrodkach szkolnych.

## ZASTOSOWANE NARZĘDZIA

W prezentowanym badaniu wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

1. Polską adaptację Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-13M – wersja dla młodzieży – Antonovsky, 1995/2005) w opracowaniu Marka Zwolińskiego, Ireny Jelonkiewicz i Katarzyny Kosińskiej-Dec (2001). Narzędzie to służy do oceny SOC, składa się z 13 stwierdzeń pochodzących z wersji dla osób dorosłych, do których osoby badane mają się ustosunkować na pięciostopniowej skali. Wskaźnikiem SOC była suma uzyskanych wyników ze wszystkich pozycji. Skala ta charakteryzuje się dobrą zgodnością wewnętrzną (alfa Cronbacha = .82), dobrą trafnością teoretyczną i czynnikową.

2. Wybrane pytania z kwestionariusza „Ty i Zdrowie” (Frączek, Stępień, 1991), który jest polską adaptacją kwestionariusza Richarda Jessor, Johna Donovana, Francesa Costy Health Behaviour Questionnaire (1989) do badania wybranych aspektów zadowolenia ze szkoły oraz intensywności picia alkoholu. Pytania w kwestionariuszu obejmują różne dziedziny funkcjonowania psychospołecznego w okresie dorastania. W prezentowanym materiale wykorzystano odpowiedzi badanych na pytania dotyczące wybranych przekonań związa-

nych ze szkołą i doświadczeń picia alkoholu. Pytania miały charakter zamknięty.

Wykorzystane pytania wchodziły w zakres:

a) przekonań dotyczących szkoły: uczęszczania do szkoły, zdobywanej wiedzy, oceny przedmiotów, nauczycieli i kolegów z klasy

Każdej z odpowiedzi była przyporządkowana konkretna wartość liczbowa od 1 do 4. Wartość liczbowa była tym większa, im bardziej nasilone było konkretne przekonanie. Do ustalenia wskaźnika poczucia zadowolenia z wybranych aspektów funkcjonowania szkoły (w skrócie tak zwany wskaźnik zadowolenia ze szkoły) wzięto pod uwagę odpowiedzi badanych na sześć pytań: Czy lubisz chodzić do szkoły?, Czy lubisz swoich nauczycieli?, Czy lubisz swoich kolegów z klasy?, Czy Twojej sytuacji odpowiadają stwierdzenia: „Wiele dowiaduję się, chodząc do szkoły”, „Chodzenie do szkoły daje mi zadowolenie z siebie”, „Na lekcjach uczę się rzeczy, które są ważne dla mojej przyszłości”. Otrzymany w ten sposób wskaźnik był wyrażony liczbowo od 6 do 24 punktów (alfa Cronbacha = .74).

b) wybranych doświadczeń związanych z picciem alkoholu: częstości picia alkoholu, ilości zazwyczaj wypijanego alkoholu, częstości picia dużych ilości alkoholu (powyżej 5 porcji), częstości upijania się. (Przykłady pytań: Jak często piłeś(aś) alkohol w ciągu ostatnich sześciu miesięcy? Kiedy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy piłeś(aś) alkohol? Ile razy wypijałeś(aś) za jednym razem pięć lub więcej butelek (puszek) piwa lub pięć lub więcej kieliszków wina lub wódki?)

Każdej z odpowiedzi była przyporządkowana konkretna wartość liczbowa od 1 do 9. Wartość liczbowa była tym większa, im bardziej nasilone było konkretne zachowanie. Do ustalenia wskaźnika intensywności picia wzięto pod uwagę odpowiedzi badanych na cztery pytania: o częstość picia alkoholu, ilość zazwyczaj wypijanego alkoholu, częstość picia dużych ilości alkoholu (za jednym razem 5 lub więcej puszek piwa, kieliszków wina lub wódki) i częstość upijania się. Wskaźnikiem intensywności picia dla jednej osoby była suma punktów z odpowiedzi na te cztery py-

tania. Otrzymany w ten sposób wskaźnik był wyrażony liczbowo od 4 do 36 punktów (alfa Cronbacha = .80) (Hintze, 2011a).

3. Pytania ankiety dotyczące różnych aspektów niepełnosprawności: okresu powstania, rodzaju i stopnia niepełnosprawności, możliwości samodzielnego funkcjonowania w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb i/lub korzystania z pomocy innych, samodzielnego poruszania się bądź za pomocą wózka inwalidzkiego, kul lub balkonika. Większość pytań była zaopatrzona w odpowiedzi do wyboru, jedno wymagało wpisania wieku pojawienia się niepełnosprawności (Hintze, 2011a).

## WYNIKI

### Poziom poczucia koherencji w badanych grupach młodzieży

Do porównań statystycznej istotności różnic między badanymi grupami zastosowano test t-Studenta dla prób niezależnych. Młodzież z niepełnosprawnością ruchową (Grupa I) nie różni się istotnie od swoich rówieśników (Grupa II) w SOC, różni się istotnie jedynie w zakresie jednej składowej SOC – w poczuciu sensowności. W porównaniu ze sprawnymi rówieśnikami ma ona wyższe poczucie sensowności (tabela 1).

Istotnie statystycznie różnice uzyskano również tylko w poczuciu sensowności pomiędzy dziewczętami z niepełnosprawnością ruchową a ich rówieśniczkami oraz pomiędzy chłopcami z niepełnosprawnością ruchową a ich rówieśnikami. To znaczy dziewczęta i chłopcy z niepełnosprawnością ruchową mają wyższe poczucie sensowności niż sprawni rówieśnicy tej samej płci (tabela 2).

Analizując wyniki poziomu SOC i jego składowych w zależności od płci w badanych grupach, zaobserwowano, że w Grupie I dziewczęta uzyskały istotnie niższe wyniki w ogólnym poziomie SOC oraz w poczuciu zrozumiałości i zaradności (sterowalności) w porównaniu z chłopcami. W Grupie II uzyskano identyczne wyniki, to znaczy chłopcy w obu grupach (niezależnie od stopnia sprawności) mają wyższe poczucie koherencji, a także wyższe poczucie zrozumiałości i zaradności (sterowalności) w porównaniu z dziewczętami ze swoich grup.

Analizy statystyczne nie wykazały różnic w poziomie SOC oraz w jego trzech składowych pomiędzy osobami z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną a powstałą w późniejszym okresie życia (tabela 3).

Tabela 1. Poczucie koherencji w badanych grupach

SOC / grupy	Grupa I Młodzież z niepełnosprawnością ruchową (N=182) M (SD)	Grupa II Młodzież sprawna (N=102) M (SD)	Wartość t (df)
Zrozumiałość	16.25 (5.02)	16.17 (3.70)	.12 (282)
Sterowalność	12.73 (3.33)	13.24 (2.84)	-1.31(282)
Sensowność	12.71 (4.68)	11.23 (2.04)	<b>3.03 (282)**</b>
SOC = suma	41.69 (10.16)	40.65 (6.96)	.91(282)

Test t-Studenta \*\* $p < .01$

Tabela 2. Poczucie koherencji – porównania pomiędzy grupami i w grupach w zależności od płci

SOC	Grupa I (N = 182) M (SD)		Grupa II (N = 102) M (SD)		Wartość t (df)		Wartość t (df)	
	Dziewczęta (N = 87)	Chłopcy (N = 95)	Dziewczęta (N = 44)	Chłopcy (N = 58)	Dziewczęta Gr. I vs Dziewczęta Gr. II	Chłopcy Gr. I vs Chłopcy Gr. II	Gr. I Dziewczęta vs Chłopcy	Gr. II Dziewczęta vs Chłopcy
Zrozumiałość	15.18 (3.70)	17.22 (5.82)	15.07 (3.17)	17.01 (3.88)	.18 (129)	.23 (151)	-2.79 (180)**	-2.71(100)**
Sterowalność	11.89 (3.14)	13.49 (3.35)	12.16 (2.23)	14.07 (2.99)	-0.49 (129)	-1.07 (151)	-3.31(180)***	3.55(100)***
Sensowność	12.19 (2.34)	13.19 (6.05)	11.22 (1.86)	11.24 (2.17)	2.38 (129)*	2.35 (151)*	-1.43(180)	- .03(100)
SOC -suma	39.27 (7.68)	43.90 (11.59)	38.45 (5.67)	42.33 (7.43)	.63 (129)	.93 (151)	-3.14(180)**	-2.88(100)**

Test t-Studenta: \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Grupa I – młodzież z niepełnosprawnością ruchową, Grupa II – młodzież sprawna



Tabela 3. Poczucie koherencji a czas powstania niepełnosprawności ruchowej

SOC / Grupy	Wrodzona niepełnosprawność N = 146 M (SD)	Nabyta niepełnosprawność N = 36 M (SD)	Wartość Z i poziom istotności
Zrozumiałość	16.34 (5.20)	15.97 (4.23)	.074 p = 0.940
Sterowalność	12.72 (3.38)	12.80 (3.42)	-.348 p = 0.727
Sensowność	12.81 (5.09)	12.33 (2.54)	-.143 p = 0.885
SOC – suma	41.88 (10.44)	41.11 (9.12)	-.072 p = 0.941

Test U Manna-Whitneya

### Znaczenie poczucia koherencji dla zadowolenia ze szkoły oraz intensywności picia alkoholu w badanych grupach młodzieży

Nie uzyskano istotnych różnic w poczuciu zadowolenia z wybranych aspektów funkcjonowania szkoły pomiędzy dziewczętami a chłopcami w tej samej grupie [Grupa I  $t = 1.568$  (181),  $p = .118$ , Grupa II  $t = -.736$  (103),  $p = .463$ ], pomiędzy grupami [ $t = .215$  (286),  $p = .829$ ], a także między dziewczętami [ $t = -.961$  (127),  $p = .337$ ] i chłopcami [ $t = 1.221$  (157),  $p = .223$ ] (tabela 4).

Do oceny siły i rodzaju związku pomiędzy SOC i jego składowymi a wskaźnikiem zadowolenia z wybranych aspektów funkcjonowania szkoły zastosowano korelację Pearsona (tabela 5). W Grupie I uzyskano istotne korelacje pomiędzy ogólnym wynikiem SOC oraz poczuciem zrozumiałości i zaradności (sterowalności) a wskaźnikiem zadowolenia ze szkoły. Rezultaty te sugerują, że im wyższe SOC oraz im wyższe poczucie zrozumiałości i zaradności (sterowalności) przejawia młodzież z niepełnosprawnością ruchową, tym bardziej pozytywne przekonania dotyczące szkoły prezentuje. A dotyczą one uczęszczania do niej, poczucia, że na lekcjach można się uczyć rzeczy ważnych i potrzebnych dla własnej przyszłości, pozytywnych uczuć wobec nauczycieli i kolegów z klasy/ośrodka. W Grupie II nie uzyskano żadnych istotnych korelacji po-

między SOC i jego wymiarami a wskaźnikiem zadowolenia ze szkoły. Natomiast uwzględniając płeć badanych, uzyskano istotne dodatnie korelacje pomiędzy SOC i jego wszystkimi wymiarami a wskaźnikiem zadowolenia ze szkoły jedynie w grupie dziewcząt z niepełnosprawnością ruchową.

W celu uzyskania odpowiedzi na pytanie: czy niepełnosprawność, czy też płeć wpływa na korelacje poczucia koherencji i zadowolenia ze szkoły, przeprowadzono wielozmienną analizę wariancji, gdzie czynnikami były: sprawność/niepełnosprawność oraz płeć (kobieta, mężczyzna), zmiennymi zależnymi zaś: poziom SOC i wskaźnik zadowolenia ze szkoły (Grupa I,  $N = 179$ , Grupa II,  $N = 102$ ). Testy wielu zmiennych wykazały istotne różnice dla czynnika „płeć” [Lambda Wilkina = .950,  $F(2,276) = 7.245$ ,  $p < .01$ ], co oznacza, że płeć różnicuje zmienne zależne analizowane łącznie. Czynniki niepełnosprawność/pełnosprawność ani efekt interakcyjny nie były istotne statystycznie, a więc nie różnicują zmiennych zależnych analizowanych łącznie. Aby przeanalizować szczegółowe różnice, przeprowadzono testy efektów międzygrupowych. Czynniki „płeć” istotnie różnicował jedynie poziom SOC ( $F(1,277) = 14.537$ ,  $p < .001$ ). Oznacza to, że dziewczęta mają niższy poziom SOC niż chłopcy w obu grupach. Zmienna „wskaźnik zadowolenia ze szkoły” nie była istotnie różnicowana przez czynnik „płeć”, wynik testów

Tabela 4. Zadowolenie z wybranych aspektów funkcjonowania szkoły – porównania pomiędzy grupami oraz w grupach w zależności od płci

Grupy	Płeć	Zadowolenie z wybranych aspektów funkcjonowania szkoły M(SD)	Wartość t (df) Grupa I vs Grupa II	Wartość t (df) Dziewczęta vs Chłopcy w Grupach I i II	Wartość t (df) Dziewczęta Gr. I vs Dziewczęta Gr. II	Wartość t (df) Chłopcy Gr. I vs Chłopcy Gr. II
Grupa I N = 183	Dziewczęta N = 85	20.68 (3.37)	.22 (286) $p = .829$	1.57 (181) $p = .118$	-96 (127) $p = .337$	1.22 (157) $p = .223$
	Chłopcy N = 98	21.09 (3.35)				
Grupa II N = 105	Dziewczęta N = 44	21.29 (3.54)	.22 (286) $p = .829$	-0.74 (103) $p = .463$	-96 (127) $p = .337$	1.22 (157) $p = .223$
	Chłopcy N = 61	21.00 (3.37)				

Test *t* -Studenta; Grupa I – młodzież z niepełnosprawnością ruchową, Grupa II – młodzież sprawna

Tabela 5. Związek pomiędzy poczuciem koherencji a zadowoleniem z wybranych aspektów funkcjonowania szkoły w badanych grupach i w zależności od płci – korelacja liniowa

Zadowolenie z wybranych aspektów funkcjonowania szkoły						
SOC Grupy	Grupa I (N = 179)			Grupa II (N = 102)		
	Cała Grupa I	Dziewczęta N = 84	Chłopcy N = 95	Cała Grupa II	Dziewczęta N = 44	Chłopcy N = 58
Zrozumiałość	.17 *	.24*	.11	-.11	-.10	-.09
Sterowalność	.20 **	.23 *	.13	.04	.13	.02
Sensowność	.07	.24 *	-.01	.09	.11	.08
SOC – suma	.18*	.28 **	.09	-.02	.02	-.02

Współczynnik korelacji r-Pearsona; \*  $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Grupa I – młodzież z niepełnosprawnością ruchową, Grupa II – młodzież sprawna

efektów międzygrupowych wynosił  $F(1,277) = .261, p = .610$ .

Analizowane wyniki wskazują, iż nie ma różnic w intensywności picia pomiędzy grupami młodzieży wyróżnionymi ze względu na poziom sprawności [ $t = -1.265 (229), p = .207$ ]. Istotne różnice zaobserwowano natomiast w Grupie I. Dziewczęta z niepełnosprawnością ruchową uzyskały znacznie niższy wskaźnik intensywności picia alkoholu niż chłopcy z niepełnosprawnością ruchową [ $t = 6.015 (141), p < .001$ ]. W Grupie II nie uzyskano różnic między płciami [ $t = 1.760 (86), p = .081$ ]. Istotna różnica pojawiła się w podgrupie dziewcząt ze względu na poziom sprawności. Dziewczęta z niepełnosprawnością ruchową uzyskały istotnie niższy wskaźnik intensywności picia alkoholu w porównaniu ze sprawnymi rówieśniczkami [ $t = -2.884 (103), p < .01$ ]. Nie zaobserwowano takich różnic pomiędzy chłopcami [ $t = 0.471 (124), p = .637$ ] (tabela 6).

Do oceny związku pomiędzy SOC i jego komponentami a wskaźnikiem intensywności picia alkoholu zastosowano korelację Pearsona (tabela 7). Analizy te w obu grupach dotyczyły młodzieży, która była po inicjacji alkoholowej i dla której wyliczono wskaźnik intensywności picia (co zmniejszyło liczbę możliwych danych do interpretacji, Grupa I,

N = 143, Grupa II, N = 88). W Grupie I, bez rozróżnienia na płeć, nie uzyskano żadnych istotnych związków pomiędzy wskaźnikiem SOC i jego komponentami a wskaźnikiem intensywności picia alkoholu.

W Grupie II uzyskano istotną dodatnią korelację pomiędzy jedną składową poczucia koherencji – zaradnością (sterowalnością) – a wskaźnikiem intensywności picia alkoholu. Wynik ten sugeruje, że im wyższe poczucie zaradności (sterowalności) ma sprawna młodzież, z tym większą intensywnością pije alkohol. Nie uzyskano natomiast w tej grupie młodzieży istotnych różnic w zależności od płci.

Interesujące związki wystąpiły w podgrupie dziewcząt z niepełnosprawnością ruchową, w której ujawniły się istotne ujemne korelacje pomiędzy SOC i trzema jego komponentami a wskaźnikiem intensywności picia alkoholu. Wyniki te sugerują, że im wyższy poziom poczucia koherencji oraz poziom poczucia zrozumiałości, zaradności (sterowalności) i sensowności osiągają badane dziewczęta, tym mniej intensywnie piją alkohol (tzn. rzadziej w ogóle piją alkohol, mniejsze jego ilości, rzadziej duże ilości i dużo rzadziej się upijają).

W celu uzyskania odpowiedzi na pytanie: czy niepełnosprawność, czy też płeć wpły-

Tabela 6. Intensywność picia alkoholu – porównania pomiędzy grupami oraz w grupach w zależności od płci

Grupy	Płeć	Intensywność picia M (SD)		Wartość t (df) Grupa I vs Grupa II	Wartość t (df) Dziewczęta vs Chłopcy w Grupach I i II		Wartość t (df) Dziewczęta Gr. I vs Dziewczęta Gr. II	Wartość t (df) Chłopcy Gr. I vs Chłopcy Gr. II
		Dziewczęta N = 67	Chłopcy N = 76		Dziewczęta N = 38	Chłopcy N = 50		
Grupa I N = 143	Dziewczęta N = 67	9.67 (5.25)	13.02 (6.98)	-1.265 (229)	6.015 (141) ***	1.760 (86)	-2.884 (103)**	0.471 (124)
	Chłopcy N = 76	15.97 (7.01)						
Grupa II N = 88	Dziewczęta N = 38	12.73 (5.18)	14.21 (6,95)					
	Chłopcy N = 50	15.34 (7.90)						

Test *t*-Studenta: \*\**p* < .01; \*\*\**p* < .001

Grupa I – młodzież z niepełnosprawnością ruchową, Grupa II – młodzież sprawna

Tabela 7. Związek pomiędzy poczuciem koherencji a intensywnością picia w badanych grupach i w zależności od płci – korelacja liniowa

Intensywność picia alkoholu						
SOC Grupy	Grupa I (N=143)			Grupa II (N=88)		
	Grupa I	Dziewczęta N=67	Chłopcy N=76	Grupa II	Dziewczęta N=38	Chłopcy N=50
Zrozumiałość	-.01	-.34 **	.00	.12	-.12	.17
Sterowalność	.03	-.36 **	.09	.23 *	.17	.19
Sensowność	-.06	-.28 **	-.09	-.16	-.18	-.15
SOC – suma	-.02	-.39 ***	-.03	.11	-.06	.11

Współczynnik korelacji r-Pearsona; \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Grupa I – młodzież z niepełnosprawnością ruchową, Grupa II – młodzież sprawna

wa na korelację poczucia koherencji i intensywności picia alkoholu, także przeprowadzono wielozmienną analizę wariancji, gdzie czynnikami były: poziom sprawności oraz płeć, zmiennymi zależnymi zaś: ogólny poziom SOC i intensywność picia alkoholu. Testy wielu zmiennych wykazały istotne różnice dla czynnika „płeć” (Lambda Wilkina = .859,  $F(2,220) = 18.064$ ,  $p < .001$ ), co oznacza, że płeć różnicuje zmienne zależne analizowane łącznie. Czynniki niepełnosprawność/pełnosprawność ani efekt interakcyjny nie były istotne statystycznie, a więc nie różnicują zmiennych zależnych analizowanych łącznie. Aby przeanalizować szczegółowe różnice, przeprowadzono testy efektów międzygrupowych. Czynniki „płeć” istotnie różnicował poziom SOC [ $F(1,221) = 9.974$ ,  $p < .01$ ] oraz intensywność picia alkoholu [ $F(1,221) = 23.889$ ,  $p < .001$ ]. Oznacza to, że dziewczęta mają niższy poziom SOC oraz wskaźnik intensywności picia alkoholu niż chłopcy. Efekt interakcyjny obu czynników istotnie różnicował jedną zmienną zależną – intensywność picia alkoholu [ $F(1,221) = 4.957$ ,  $p < .05$ ]. Oznacza to, że w grupie dziewcząt niepełnosprawnych istotna jest interakcja pomiędzy poczuciem koherencji a intensywnością picia alkoholu.

## DYSKUSJA

U młodzieży z niepełnosprawnością ruchową zaobserwowano podobny poziom SOC w porównaniu z młodzieżą sprawną, a istotne różnice między nimi dotyczyły nasilenia poczucia sensowności. Młodzież z niepełnosprawnością ruchową miała wyższy poziom sensowności niż jej pełnosprawni rówieśnicy. Jest to interesujący wynik, zważywszy, że sensowność przez samego Antonovskya była uważana za najistotniejszy składnik pozwalający na utrzymanie stałego poziomu SOC (Antonovsky, 1995/2005). W nielicznych badaniach dotyczących tej problematyki uzyskano tylko w pewnym stopniu podobne wyniki (Gerc, Figarska, 1999; Gosk, 2014). W badaniach młodzieży z niepełnosprawnością ruchową kształconej w różnych formach szkolnych w nauczaniu indywidualnym lub klasach integracyjnych w porównaniu z rówieśnikami z klas ogólnodostępnych wykazano, że ogólne SOC było najwyższe u młodzieży z niepełnosprawnością ruchową kształconej w klasach integracyjnych, a najniższe wśród młodzieży realizującej nauczanie indywidualne (Gerc, Figarska, 1999). W tym badaniu autorzy nie uzyskali istotnych różnic w zakresie samych składowych SOC pomiędzy młodzieżą z nie-

pełnosprawnością ruchową z klas integracyjnych a sprawnymi rówieśnikami, ale istotne różnice pomiędzy młodzieżą z niepełnosprawnością ruchową objętą nauczaniem indywidualnym a pozostałymi grupami. Uczniowie ci uzyskali najniższe wskaźniki we wszystkich komponentach SOC. Autorzy otrzymane rezultaty uzasadniali pozytywnym wpływem grupy rówieśniczej na poziom SOC u młodzieży z niepełnosprawnością ruchową z klas integracyjnych (Gerc, Figarska, 1999). W badaniu Gosk (2014) młodzież z niepełnosprawnością ruchową uzyskała wyższy poziom ogólnego SOC oraz jego dwóch składowych: poczucia zaradności i zrozumiałości (sterowalności) niż sprawna młodzież. Autorka w interpretacji wyników akcentuje znaczenie różnych doświadczeń młodzieży, w tym możliwość wspólnego uczenia się z rówieśnikami w szkołach integracyjnych oraz w placówkach dostosowanych do ich potrzeb. Według niej pozwala to młodzieży z niepełnosprawnością ruchową na współuczestniczenie w różnych aktywnościach związanych nie tylko ze szkołą. Badaczka zwraca uwagę na pozytywną funkcję, jaką może pełnić zwiększona liczba doświadczeń, szczególnie związanych z przewlekłym bólem oraz z częstymi i długotrwałymi pobytami w ośrodkach rehabilitacyjnych, przy jednoczesnym podejmowaniu podobnych aktywności jak sprawni rówieśnicy. Aktywność własna i wsparcie innych sprzyjają pokonywaniu trudności, co może korzystnie wpływać na ich siłę i SOC (Gosk, 2014).

Otrzymany w moim badaniu wyższy poziom poczucia sensowności u młodzieży z niepełnosprawnością ruchową niezależnie od płci jest prawdopodobnie związany z jej aktualnymi doświadczeniami. Osoby te dzięki specjalistycznym ośrodkom szkolno-wychowawczym mają możliwość zaspokajania najważniejszych dla nich, z punktu widzenia rozwoju, potrzeb w okresie adolescencji. Należą do nich: podejmowanie różnych ról i zadań społecznych w grupie rówieśniczej (wspólne aktywności: mieszkanie, nauka, rehabilitacja, zabawa), kontynuowanie nauki na różnych szczeblach edukacji i zdobywanie zawodu, rozwój zainteresowań (zajęcia

sportowe, teatralne i inne), kontynuacja rehabilitacji oraz leczenia. Dlatego można przypuszczać, że ich wyższe poczucie sensowności wynika z nadawania większej wartości i sensu aktualnemu życiu oraz emocjonalnemu zaangażowaniu w działania w codziennej sytuacji – od samorealizacji do pokonywania ograniczeń przy doświadczanym wsparciu ze strony profesjonalistów i współmieszkańców ośrodków.

W prezentowanym badaniu uzyskano istotne różnice w poziomie SOC i jego składowych w zależności od płci. Chłopcy z obu grup mają ogólnie wyższy poziom SOC oraz wyższe poczucie zrozumienia i zaradności (sterowalności) niż dziewczęta. Wyniki te są tożsame z uzyskanymi w populacji młodzieży szkolnej przez Pohorecką i Jelonkiewicz (1995) oraz Zwolińskiego i współautorów (2005), a także w zakresie poczucia zaradności (sterowalności) u młodzieży z niepełnosprawnością ruchową przez Gosk (2014).

W prezentowanym badaniu nie wykazano różnic w poziomie SOC oraz w jego trzech składowych pomiędzy osobami z niepełnosprawnością wrodzoną a tymi, u których pojawiła się ona w późniejszym okresie życia. Grupy te jednak nie były równoliczne, większość osób, to znaczy 146, miała niepełnosprawność wrodzoną (78,5%) i tylko 36 osób było z niepełnosprawnością nabytą (21,5%), a średni wiek jej nabycia wynosił 11,5 roku. Z tego powodu brak różnic w poczuciu koherencji między nimi należy interpretować z dużą ostrożnością. Może on wynikać na przykład z identyfikacji z grupą rówieśników i zaangażowania we wspólne działania, które wpływają na ocenę aktualnego życia, z akceptacji i zaadaptowania się do sytuacji niepełnosprawności, która trwała już kilka lat. Dostępne badania SOC u osób z niepełnosprawnością nabytą dotyczyły osób dorosłych. Przeprowadzone analizy wykazały, że niezależnie od ogólnego poziomu SOC na najniższym poziomie plasowało się u nich poczucie sensowności. Wyniki te sugerują, że mają one obniżone poczucie wartości zaangażowania się w różne aktywności i podejmowania wyzwań, w tym trudności w adap-

towaniu się do niepełnosprawności (Byra, 2010).

W przeprowadzonym badaniu uzyskano tożsame wartości wskaźnika zadowolenia z wybranych aspektów dotyczących szkoły w obu grupach niezależnie od płci. Ten sam poziom wskaźnika jest interesujący w kontekście otrzymanych pozytywnych zależności pomiędzy nim a poziomem SOC i jego komponentami tylko w grupie młodzieży z niepełnosprawnością ruchową. Wyniki te sugerują, że im ma ona wyższe ogólne SOC oraz poczucie zrozumiałości i zaradności (sterowalności), tym większe wykazuje zadowolenie z uczęszczania do szkoły, bardziej lubi swoich kolegów i nauczycieli, jest bardziej przekonana, że w szkole zdobywa ważną i przydatną wiedzę. Wyniki wykazały także, że zależności te dotyczą szczególnie dziewcząt z niepełnosprawnością ruchową. Pogłębione analizy statystyczne wpływu płci oraz niepełnosprawności na SOC i tak zwany wskaźnik zadowolenia ze szkoły wykazały, że płć różnicuje te zmienne zależne, kiedy są analizowane łącznie. Potwierdza to uzyskany niższy profil SOC w grupach dziewcząt i częściowo wyjaśnia znaczenie związku między poziomem SOC a wskaźnikiem zadowolenia ze szkoły w Grupie I. Być może otrzymane zależności należy rozumieć w kontekście roli, jaką odgrywa dobrze zorganizowana szkoła umożliwiająca realizację zadań rozwojowych młodzieży z niepełnosprawnością ruchową w grupie rówieśniczej. Taka interpretacja wydaje się prawdopodobna w świetle badań młodzieży ze szkół średnich autorstwa Anny Worsztynowicz (2001). Jej analizy wykazały, że wsparcie społeczne, szczególnie doświadczane ze strony rówieśników, ale także ze strony nauczycieli, istotnie wpływało na poziom SOC u adolescentów.

W prezentowanych badaniach nie uzyskano istotnych różnic pomiędzy grupami w zakresie intensywności picia alkoholu, ale różnice takie wystąpiły pomiędzy dziewczętami z obu grup oraz między dziewczętami z niepełnosprawnością a chłopcami z niepełnosprawnością. Dziewczęta z niepełnosprawnością ruchową znacznie mniej intensywnie

piły alkohol (rzadziej, w znacznie mniejszych ilościach) niż ich sprawne rówieśniczki oraz chłopcy z niepełnosprawnością ruchową. Analizy związku SOC z intensywnością picia alkoholu wykazały istotne zależności przede wszystkim w Grupie I, u dziewcząt z niepełnosprawnością ruchową. Zależności te wskazują, że im wyższy jest u nich poziom SOC i jego trzech składowych, tym rzadziej w ogóle angażują się one w picie alkoholu. W grupie sprawnych rówieśników otrzymano natomiast tylko jeden istotny związek pomiędzy poczuciem zaradności (sterowalności) a wskaźnikiem intensywności picia. Zależność ta sugeruje, że im wyższe jest poczucie zaradności (sterowalności), tym intensywniej młodzież pije alkohol (czyli częściej, większe jego ilości i częściej się upija). Pogłębione analizy statystyczne wpływu płci oraz niepełnosprawności na SOC i intensywność picia alkoholu wykazały, że szczególnie płć różnicuje te zmienne analizowane łącznie, a także oddzielnie. Natomiast interakcja płci i niepełnosprawności istotnie różnicuje intensywność picia alkoholu. Uzyskane wyniki sugerują, że przede wszystkim płć traktowana osobno, ale także w interakcji z niepełnosprawnością, ma wpływ na poziom SOC i intensywność picia alkoholu, co potwierdza opisywane powyżej zależności. Wyniki te są częściowo zgodne z uzyskanymi przez innych badaczy, którzy wykazali, że na ogół chłopcy piją większe ilości alkoholu, a wysokie SOC u młodzieży może być jednym z ważnych czynników chroniących przed piciem dużych ilości alkoholu, przed sięganiem po narkotyki, nadużywaniem leków (Pohorecka, Jelonkiewicz, 1995; Bobrowski, 2002). Uzyskany pojedynczy pozytywny związek między poczuciem zaradności (sterowalności) a intensywnością picia wydaje się sprzeczny z cytowanymi rezultatami. Jednak, jak zauważył Bobrowski (2002), aby wyjaśnić, jaki czynnik odpowiada za częstość picia alkoholu przez młodzież, należy brać pod uwagę różne czynniki socjodemograficzne, a także behawioralne i dotyczące wpływu grupy rówieśniczej, gdyż samo zjawisko picia alkoholu przez młodzież jest bardzo złożone. Uzyskany wynik można in-

terpretować w świetle wcześniejszych badań Hintze (2011a; 2011b) dotyczących inicjacji i przekonań wobec picia alkoholu. W grupie sprawnej młodzieży wykazano, że około 90% zainicjowało picie alkoholu z rówieśnikami (Hintze, 2011a), a przekonania o szkodliwości alkoholu dla zdrowia nie miały żadnego znaczenia dla intensywności picia (Hintze, 2011b). Dlatego osoby o wyższym poczuciu sterowalności, które intensywniej piją alkohol, postrzegają dostępne zasoby jako wystarczające, aby sprostać wymaganiom, mogą mieć złudne przekonanie, że właściwie postępują i sprawują dostateczną kontrolę nad swoim życiem. Taka interpretacja wydaje się prawdopodobna szczególnie w świetle badań Barbary Mroziak (2001) dotyczących SOC osób uzależnionych od alkoholu. Oceniano u nich poziom SOC przed podjęciem terapii i po jej zakończeniu. Wyniki wykazały, że w grupie osób uzależnionych są zarówno osoby o niskim, jak i wysokim poziomie SOC. Najbardziej interesujące rezultaty dotyczyły występowania wysokiego poczucia zaradności (sterowalności) przy słabym poczuciu zrozumiałości u uzależnionych. Wynik ten tłumaczono występowaniem iluzorycznego poczucia wpływu na świat, które zmieniło się po terapii (Mroziak, 2001).

Podsumowując, młodzież z niepełnosprawnością ruchową uczęszczająca do ośrodków szkolno-wychowawczych prezentuje podobny poziom SOC jak sprawni rówieśnicy, ale ma od nich istotnie wyższy poziom poczucia sensowności. Równocześnie im ma wyższy poziom SOC oraz wyższe poczucie zrozumiałości i zaradności (sterowalności), tym ma większe zadowolenie z wybranych aspek-

tów funkcjonowania szkoły. A dodatkowo dla dziewcząt z niepełnosprawnością ruchową wysokie SOC może być istotnym czynnikiem chroniącym przed bardziej intensywnym pićiem alkoholu.

Rozwój SOC jest złożonym procesem, którego na pewno nie da się wytłumaczyć wpływem jednej zmiennej. Jak jednak przypuszcza Worsztynowicz (2001), proces kształtowania się SOC, podlegając typowym prawidłowościom rozwojowym, jest związany z wpływem osób najbardziej znaczących w konkretnym okresie życia. Dlatego wydaje się, że najistotniejsze dla poziomu SOC u młodzieży jest szczególnie wsparcie doświadczane ze strony rówieśników, następnie nauczycieli i rodziców.

Uzyskane z prezentowanych badań informacje mają znaczenie zarówno w aspekcie poznawczym, jak i aplikacyjnym. Poszerzają one wiedzę dotyczącą SOC i jego uwarunkowań u młodzieży z niepełnosprawnością ruchową. Wskazują także na pewne możliwości kształtowania u nich poziomu SOC poprzez stworzenie odpowiednich warunków rozwoju w ośrodkach, w których przebywają przez długi okres czasu. Wydaje się, że otrzymywane wsparcie ze strony pracowników ośrodków (nauczycieli, pedagogów, psychologów, rehabilitantów) oraz ze strony rówieśników, współuczestniczących we wszystkich zakresach aktywności, umożliwi im pozytywny rozwój SOC. To ważne zagadnienie nadal wymaga kontynuowania badań, które pozwolą odpowiedzieć na pytanie: jakie czynniki są najistotniejsze w kształtowaniu się SOC w tej grupie młodzieży i jaki wpływ na ich psychospołeczne funkcjonowanie ma poziom SOC?

## PRZYPISY

<sup>1</sup> Badania finansowane w całości ze środków statutowych Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie.

<sup>2</sup> W literaturze polskiej używa się dla określenia tego wymiaru dwóch terminów zamiennie: „zaradność” i „sterowalność”. Na przykład w tłumaczeniu H. Grzegolowskiej-Klarkowskiej (2005) monografii A. Antonovskiego *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia* stosowane jest określenie „zaradność”, a w monografii *Stres a zdrowie młodzieży* I. Jelonkiewicz (2012) określenie „sterowalność”.



**BIBLIOGRAFIA**

- Antonovsky A. (1995/2005), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Bengtsson-Tops A., Brunt D., Rask M. (2005), The structure of Antonovsky's sense of coherence in patients with schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 19, 280–287.
- Bobrowski K. (2002), Poczucie koherencji oraz inne zasoby odpornościowe a używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież. *Alkoholizm i Narkomania*, 5 (2), 221–239.
- Byra S. (2010), Rola poczucia koherencji w kształtowaniu temporalnej satysfakcji z życia. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 2 (12), 73–88.
- Delgado C. (2007), Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 39 (3), 229–234.
- Ericsson M., Lindström B. (2008), Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemial and Community Health*, 60, 376–381.
- Fok S.K., Chair S.Y., Lopez V. (2005), Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (2), 173–181.
- Frączek A., Stępień E. (1991), *Kwestionariusz Ty i Zdrowie*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Gerc K. (2008), Uwarunkowania rozwoju emocjonalnego młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym w kontekście funkcjonowania rodziny [w:] A. Akimjak, K. Budzowski (red.), *Polska, Słowacja, świat – rodzina. Wybrane problemy współczesności*, 29–39. Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM.
- Gerc K., Figarska M. (1999), Poczucie koherencji u młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu kształcejącej trybem indywidualnym oraz w systemie integracyjnym. *Problemy Higieny*, 59, 37–44.
- Gosk U. (2014), *Uwarunkowania orientacji życiowej młodzieży z niepełnosprawnością ruchową*. Niepublikowana rozprawa doktorska. Instytut Pedagogiki Specjalnej, Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- Hintze B. (2011a), Wzory picia alkoholu wśród młodzieży z niepełnosprawnością ruchową. *Alkoholizm i Narkomania*, 24 (2), 99–115.
- Hintze B. (2011b), Wybrane przekonania i doświadczenie związane z piciem alkoholu i paleniem marihuany wśród młodzieży z niepełnosprawnością ruchową i ich rówieśników bez dysfunkcji. *Alkoholizm i Narkomania*, 24 (4), 297–314.
- Janeković K. (2003), Comparative research on substance abuse and self-perception among adolescents with physical handicap. *Collegium Antropologicum*, 7 (2), 479–489.
- Jelonkiewicz I. (2007), Ochronna rola spostrzeganych zasobów w doświadczaniu stresu i zdrowiu młodzieży. *Psychologia i Medycyna. Wspólne Obszary Zainteresowań*, 67–74. Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie.
- Jelonkiewicz I. (2012), *Stres a zdrowie młodzieży. Studia empiryczne i propozycje działań profilaktycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Jessor R., Donovan J.E., Costa F. (1989), *Health Behavior Questionnaire*. University of Colorado, IBS.
- Kosińska-Dec K. (1996), Poczucie koherencji a style radzenia sobie z piciem alkoholu (Raport z badań). *Alkoholizm i Narkomania*, 1 (22), 49–64.
- Kosińska-Dec K., Jelonkiewicz I. (1999), Sense of coherence (SOC) and alcohol use in senior adolescents. *Polish Psychological Bulletin*, 4 (30), 303–311.
- Marszałek L. (2006), *Niepełnosprawność. Kobiecość. Rodzina*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Marzec A., Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M. (2011), Poczucie koherencji, akceptacja choroby a funkcjonowanie w chorobie przewlekłej osób chorych na chorobę nerek i chorych na cukrzycę, hemodializowanych – doniesienie wstępne. *Pielęgniarstwo XXI Wieku*, 2 (35), 51–56.
- Mroziak B. (1996), Poczucie koherencji (SOC) a zdrowie psychiczne i picie alkoholu przez młodzież. Założenia, problematyka i zakres badań. *Alkoholizm i Narkomania*, 1 (22), 27–34.

- Mroziak B. (2001), Poczucie koherencji (SOC) osób uzależnionych od alkoholu – zmiany po psychoterapii [w:] H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – Stres – Zasoby*, 165–176. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Pohorecka A., Jelonkiewicz I. (1995), Picie alkoholu a poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem u młodzieży kończącej szkołę średnią. *Alkoholizm i Narkomania*, 1 (18), 43–57.
- Sęk H. (2001), Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji [w:] H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – Stres – Zasoby*, 23–42. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Skärsäter I., Langius A., Ågren H., Häggström L., Dencker K. (2005), Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: A one-year prospective study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 258–264.
- Stalker K. (2007), Young disabled people [w:] J. Coleman, A. Hagell (eds.) *Adolescence, risk and resilience: Against the odds*, 107–124. England: John Wiley&Sons Ltd.
- Szczupał B. (2012), *Godność osoby z niepełnosprawnością. Studium teoretyczno-empiryczne poczucia godności młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe AKAPIT.
- Szychowiak B. (2005), Wychowanie dzieci niepełnosprawnych ruchowo [w:] I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, 381–416. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Świtaj P., Anczewska M., Chrostek A., Grygiel P., Prot-Klinger K., Choma M., Wciórka J. (2013), The sense of coherence as a predictor of the scope and impact of stigma experiences among people with mental illness. *Psychiatry Research*, 209 (2), 249–251.
- Teleporos G., McCabe MP. (2005), The relationship between the severity and duration of physical disability and body esteem. *Psychology and Health*, 20, 637–650.
- Von Bothmer M.I.K., Fridlund B. (2003). Self-rated health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 347–357.
- Worsztynowicz A. (2001), Doświadczenie wsparcia społecznego a poczucie koherencji [w:] Sęk H., T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – Stres – Zasoby*, 151–164. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Zboralski K., Florkowski A., Gałęcki P. (2006), Poczucie koherencji, osobowość i style rozwiązywania problemów u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych. *Psychiatria Polska*, 2, 291–300.
- Zwoliński M., Bobrowski K., Jelonkiewicz I., Kosińska-Dec K. (2005), Nowe badania nad właściwościami psychometrycznymi skali do pomiaru poczucia koherencji u młodzieży. Poster przedstawiony podczas międzynarodowej Konferencji Naukowej „Między zdrowiem a chorobą. Konteksty społeczne i psychologiczne”, Zakopane, 13–15 maja 2005.
- Zwoliński M., Jelonkiewicz I., Kosińska-Dec K. (2001). Skala Poczucia Koherencji dla Młodzieży i jej właściwości psychometryczne. *Sztuka Leczenia*, 2, 31–35.
- Zwoliński M., Jelonkiewicz I., Kosińska-Dec K. (2003). Adolescents’ resources in relation to stress experience and life satisfaction in two areas. *Polish Psychological Bulletin*, 24 (2), 113–119.