

STANISŁAWA BYRA, MARLENA DUDA*

POSTRZEGANIE WŁASNEJ AUTONOMII A SATYSFAKCJA Z ŻYCIA U OSÓB Z NABYTĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ – ANALIZA ROLI MODERATORÓW

Wprowadzenie

Nabycie trwałej niepełnosprawności ruchowej jest faktem zmieniającym życie i społeczne funkcjonowanie człowieka. Ograniczenia, jakie się z nią wiążą, nie decydują jednakże bezpośrednio o autonomii i uczestnictwie osoby w życiu rodzinnym i społecznym. Zdolność do wyrażania swoich potrzeb, decydowania o sobie w każdym aspekcie życia, począwszy od codzienności przez realizację planów i zamierzeń z uwzględnieniem czynników kontekstualnych, stanowi cel rehabilitacji, a odzwierciedla się w uczestnictwie i autonomii osób z niepełnosprawnością (Szczupał, 2009). Subiektywne aspekty partycypacji, aktywność i podejmowanie decyzji łączą się ze społecznym modelem niepełnosprawności, akcentując odpowiedzialność, autonomię i czynne uczestnictwo osoby z niepełnosprawnością w kształtowaniu swojego życia zgodnie z wyznawanymi wartościami (Mars i in., 2008; Krause, 2010). Są one również podstawowymi prawami osób z niepełnosprawnością.

Autonomia najpowszechniej definiowana jest jako zdolność do myślenia, decydowania o sobie i własnej aktywności (Gillon, 1985). Jest kluczowym elementem w opisie funkcjonowania osób z niepełnosprawnością (Magasi, Post, 2010). Łączy się z uczestnictwem, będąc podstawowym warunkiem niezależności, zachowując przy tym odrębność znaczeniową (Cardol i in., 2002). Autonomia odzwierciedla prawo do podejmowania decyzji zgodnie z własną oceną sytuacji i preferencjami (Salvador-Carulla, Gasca, 2010). Osoba doświadczająca

* Stanisława Byra (<https://orcid.org/0000-0001-6095-279X>); UMCS w Lublinie, ul. Narutowicza 12, 20-004 Lublin; tel. +48 81 5376301; e-mail: stanislawa.byra@poczta.umcs.lublin.pl

Marlena Duda (<https://orcid.org/0000-0001-9168-808X>); UMCS w Lublinie, ul. Narutowicza 12, 20-004 Lublin; tel. +48 81 5376301; e-mail: marlena.duda@umcs.pl

ograniczeń związanych z niepełnosprawnością wyraża poprzez swoje decyzje gotowość do podejmowania działań, jednocześnie samodzielnie określając zakres i rodzaj planowanej aktywności, co również jest podstawowym warunkiem partycypacji (Cardol i in., 2002). Wielowymiarowość autonomii podkreśla emocjonalne, fizyczne, społeczne i środowiskowe aspekty uczestnictwa osób z ograniczeniami sprawności. Autonomia ma dynamiczny charakter, pozostaje w relacji z różnymi czynnikami indywidualnymi, jak i kontekstualnymi, podlegając nieustającym zmianom (Mars i in., 2008; Perkins i in., 2012; Series, 2015). Jest stymulowana przez rosnącą liczbę sposobności do samodzielnego i świadomego organizowania życia przez osoby z niepełnosprawnością, zgodnie z ich wolą, samooceną sytuacji i posiadanymi kompetencjami (Salvador-Carulla, Gasca, 2010; Podgórska-Jachnik, 2018). Autonomia odnosi się do posiadania kontroli nad decyzją i działaniem zgodnie z potrzebami (Fallahpour i in., 2011). Określa jej poziom z perspektywy jednostki, stąd jest ważnym wskaźnikiem poczucia jakości życia osób doświadczających niepełnosprawności (Cardol i in., 2002; Sibley i in., 2006; Lundt i in., 2007; Salvador-Corulla, Gasca, 2010). Jakość życia jest pojęciem wysoce subiektywnym, które powinno uwzględniać percepcję, zarówno poznawczą, jak i emocjonalną człowieka. Poznawczy wymiar poczucia jakości życia w postaci satysfakcji życiowej wyraża, najogólniej rzecz ujmując, prezentowany przez osobę stopień zadowolenia z warunków życiowych oraz własnego w nich miejsca (Dijkers, 1999; Derbis, 2000).

Badania przeprowadzane wśród osób z niepełnosprawnością wskazują na niejednoznaczne powiązania satysfakcji życiowej z faktem posiadanych ograniczeń, dotyczących autonomię osoby i jej uczestnictwa w życiu społecznym, ze znacznym jednak zakresem ustaleń badawczych wskazujących na pozytywne związki między tymi zmiennymi (Dijkers, 1997; Takemasa, 1998; Patrick i in., 2000; Levasseur, Desrosiers, Noreau, 2004; por. Lin, Cheng, 2019). Na przykład, wyniki uzyskane przez Mélanie Levasseur i współpracowników (2004) wskazują na słabe, ale dodatnie powiązania między zadowalającą jakością życia a uczestnictwem społecznym starszych osób z niepełnosprawnością. Przy czym aktywność społeczna wykazywała nieco silniejszy związek z jakością życia, co wskazuje, że zadowolenie z realizacji swoich ról społecznych może przełożyć się znacząco na satysfakcjonującą ocenę własnego życia w ogóle w tej grupie osób (Levasseur, Desrosiers, Noreau, 2004). Ustalona w przywołanych badaniach dość słaba korelacja między satysfakcją z życia a obecnością i nasileniem ograniczeń w funkcjonowaniu być może wynika z subiektywnej (poznawczej i emocjonalnej) oceny jedynie wybranych wymiarów podejmowanej aktywności (tamże). Inne badania wskazują na znaczące powiązania między autonomią i uczestnictwem a satysfakcjonującą jakością życia osób ze stwierdzeniem rozsianym, dowodząc większej roli uczestnictwa w życiu społecznym niż samej niepełnosprawności w wyjaśnianiu różnic w poziomie jakości życia wśród badanych (Kwiatkowski i in., 2014). Wyniki badań potwierdzają ponadto,

że wzrastające poczucie autonomii zależy od wysokiego poczucia jakości życia i wysokiej samooceny zdrowia u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową (Sibley i in., 2006).

Dotychczasowe analizy teoretyczne i doniesienia empiryczne podkreślają znaczenie aspektów temporalnych w ocenie jakości funkcjonowania osób z doświadczanymi ograniczeniami ruchowymi. Ustalono np., że wiek nabycia niepełnosprawności jest istotnym predyktorem w radzeniu sobie z niepełnosprawnością. Osoby, które nabyły niepełnosprawność w dorosłym życiu charakteryzują się większymi obawami dotyczącymi przyszłości, są bardziej podatne na bezrobocie lub zatrudnienie poniżej kwalifikacji w niepełnym wymiarze godzin niż osoby, które doznały trwałych ograniczeń w młodszym wieku (Kavanagh i in., 2015; zob. Kowalik, 2007, 2018). Badania nad starzeniem się osób, które nabyły niepełnosprawność w młodszym wieku (dzieciństwie i młodości) wykazują, że charakteryzują się one lepszym zdrowiem i mniejszą liczbą wtórnych komplikacji zdrowotnych, ale jednocześnie ulegają częściej zachowaniom ryzykownym (tj. palenie papierosów, otyłość, niska aktywność) (LaPlante, 2014). Pomimo tego, że znajdują się one w grupie ryzyka występowania wtórnych komplikacji zdrowotnych częściej niż osoby, które nabyły niepełnosprawność w późniejszym wieku (Hilberink, van der Slot, Klem, 2016). Z kolei Eric Emerson i współpracownicy (2014) do czynników istotnie obniżających satysfakcję z życia zaliczyli młodszy wiek nabycia niepełnosprawności oraz niższy poziom wsparcia rodziny (por. Byra, 2011). Ponadto badania nad funkcjonowaniem osób z niepełnosprawnością wskazują, że z każdym rokiem od nabycia niepełnosprawności obniżał się poziom samopoczucia psychicznego (Karahalios i in., 2019), przy jednocześnie zaznaczającej się roli wieku doznania trwałych uszkodzeń narządu ruchu. Co interesujące, Maina Kariuki i współpracownicy (2011) stwierdzili, że większość młodych ludzi (ok. 65%) nie doświadczyła istotnego obniżenia samopoczucia psychicznego po fakcie nabycia trwałej niepełnosprawności, pod warunkiem, że złe samopoczucie nie występowało u nich również przed wypadkiem.

Za ważny czynnik kształtowania się uczestnictwa i autonomii osób z niepełnosprawnością uznawana jest liczba tzw. drugorzędnych problemów zdrowotnych (Desrosiers i in., 2006; Suttiwong, Vongsirinavarat, Hiengkaew, 2018). Przy czym należy podkreślić zaznaczające się tutaj trudności terminologiczne, a w konsekwencji w zakresie opisanego i wyjaśniania zjawiska wtórnych komplikacji zdrowotnych, niejednoznacznie rozumianych w kategorii następstwa i drugorzędności względem posiadanej niepełnosprawności (Jensen i in., 2012). Jak wskazują badania Carly Shean Rivers i współpracowników (2018), wtórne komplikacje zdrowotne istotnie przyczyniają się do obniżenia satysfakcji z życia i ogólnego funkcjonowania osoby niepełnosprawnej. Stwierdzono, że istniejące choroby będące skutkiem niepełnosprawności oraz wcześniejsze problemy zdrowotne wpływają znacząco na pogorszenie się funkcjonowania,

prowadząc do niezdolności do pracy, obniżenia uczestnictwa w życiu społecznym oraz rosnących kosztów leczenia, w rezultacie oddziałując na obniżenie zadowolenia życiowego (Noreau i in., 2000). Dotychczasowe analizy złożonych relacji między stanem zdrowia, czynnikami osobowymi a poczuciem jakości życia zależnej od zdrowia i satysfakcją z życia wykazały, że zarówno nasilenie uszkodzenia, jak i liczba towarzyszących problemów zdrowotnych z uwzględnieniem takich zmiennych, jak wiek, istotnie modyfikują poziom zadowolenia z życia (Post i in., 1998; Tonack i in., 2008). Do podobnych wniosków doszli Rivers i współpracownicy (2018), stwierdzając, że najbardziej dominującym i trwałym czynnikiem modyfikującym przebieg i jakość życia osób z ograniczeniami sprawności jest liczba schorzeń, które nie tylko negatywnie wpływają na ich funkcjonowanie, lecz także niekorzystnie oddziałują na satysfakcję życiową (Adriaansen i in., 2016). Kontekst społeczny zatem (posiadanie partnera, aktywność w życiu społecznym, udział w ważnych dla osoby działaniach) i minimalizacja wtórnych schorzeń zdrowotnych wydają się być istotne dla utrzymania satysfakcji życiowej u osób z długotrwałą niepełnosprawnością ruchową (Jørgensen i in., 2019).

Syntetyzując ustalenia badaczy w zakresie powiązań między postrzeganiem własnej autonomii a zadowoleniem z życia u osób z uszkodzeniami narządu ruchu, można wnosić o ich złożonym charakterze, prawdopodobnie modyfikowanym przez czynniki temporalne oraz będące konsekwencją doświadczanej niepełnosprawności.

Założenia metodologiczne badań własnych

Celem badań było ustalenie charakteru relacji między postrzeganiem własnej autonomii a satysfakcją z życia u osób z nabytymi ograniczeniami ruchowymi, z uwzględnieniem moderującej roli zmiennych kształtujących doświadczanie niepełnosprawności: wieku doznania trwałych uszkodzeń, czasu ich trwania oraz występowania (lub braku) dodatkowych schorzeń (chorób somatycznych lub psychosomatycznych). Postrzeganie własnej autonomii odnosi się do oceny przejawianej aktywności i uczestnictwa w codziennym funkcjonowaniu (Cardol i in., 2002). Z kolei satysfakcja z życia ujmowana jest w kategorii subiektywnego wartościowania własnej egzystencji i posiadanych warunków (Diener, Oishi, Lucas, 2003). Przyjęto, że zmienne te mogą określać warunki powiązania między percepcją własnej autonomii a satysfakcją życiową w tej grupie osób z niepełnosprawnością.

Poszukiwano zatem odpowiedzi na następujący główny problem badawczy: Czy istnieje związek między postrzeganiem własnej autonomii a satysfakcją życiową, a jeśli tak, to czy jego siła jest różna w zależności od właściwości zmiennych kształtujących doświadczanie niepełnosprawności ruchowej? Skonkretyzowano go w szczegółowych pytaniach badawczych:

1. Czy siła związku między postrzeganiem własnej autonomii a satysfakcją życiową u badanych osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową jest różna w zależności od wieku jej nabycia?
2. Czy siła związku między postrzeganiem własnej autonomii a satysfakcją życiową u badanych osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową jest różna w zależności od czasu jej trwania?
3. Czy siła związku między postrzeganiem własnej autonomii a satysfakcją życiową u badanych osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową jest różna w zależności od posiadania lub też braku występowania dodatkowych schorzeń?

Na podstawie dotychczasowych ustaleń empirycznych przyjęto, że percepcja własnej autonomii pozytywnie wiąże się z satysfakcją życiową u osób doświadczających niepełnosprawności ruchowej. Poczucie bycia autonomicznym w podejmowaniu codziennych oraz życiowo znaczących decyzji, a także w pełnieniu różnorodnych ról społecznych, w sposobie i zakresie uczestnictwa w poszczególnych przejawach życia społecznego, wykazuje powiązanie z wyższą oceną swojego życia i składających się na niego doświadczeń (Law, 2002; Levasseur, Desrosiers, Noreau, 2009). Niektórzy badacze (np. Salvador-Corulla, Gasca, 2010; por. Cardol i in., 2002) dowodzą, że stopień postrzeganej autonomii może być niezbędnym warunkiem do osiągnięcia zadowolenia z życia, poprzez bezpośrednie oddziaływanie na procesy wartościowania jakości przeżywanej codzienności. Bycie autonomicznym nie oznacza przy tym bezwzględnej niezależności i eliminowania znaczenia czynników kontekstualnych. Rdzennym elementem poczucia autonomii jest uznanie jej relacyjności oraz pozostawania w interakcji z wieloma czynnikami składającymi się na charakterystykę osoby oraz jej najbliższego otoczenia (Fallahpour i in., 2011).

Ujęcie poczucia autonomii jako przekonania o posiadaniu zdolności do decydowania o sobie w kontekście codziennego funkcjonowania z niepełnosprawnością wiąże się z założeniem, że kształtuje się ono dynamicznie, stale, jest efektem oddziaływania procesów i mechanizmów bezpośrednio związanych z doświadczanymi uszkodzeniami, jak również rozwojowych (wyznaczanych biegiem życia jednostki) oraz społecznych i środowiskowych (Mars i in., 2008). Jednym z czynników mogących istotnie oddziaływać na poczucie bycia autonomicznym jest wiek nabycia uszkodzeń ruchowych. Jak podkreśla Stanisław Kowalik (2007), opierając się na koncepcji samoorganizujących się systemów, doznanie trwałej niepełnosprawności w późniejszych etapach rozwojowych wiąże się z większymi trudnościami w wykorzystywaniu oraz zachowaniu zdolności do elastycznego przystosowywania się do radykalnie zmienionych możliwości organizmu oraz zmniejszonych zasobów. W takich warunkach zwiększa się ryzyko nasilania się zależności od innych w procesie odbudowywania potencjału rozwojowego możliwego do zrealizowania w nowych okolicznościach życiowych (Kowalik, 2018). Można zatem przyjąć, że wiek nabycia niepełnosprawności ru-

chowej (dzieciństwo / wczesna młodość oraz okres dorosłości) poprzez wchodzenie w interakcję z postrzeganiem własnej autonomii będzie modyfikował jej powiązanie z satysfakcją życiową (por. Skibska, 2012). Za znaczący czynnik moderujący tę relację należy również uznać czas trwania niepełnosprawności. Jak dowodzą badania (np. Byra, 2016, 2014; Krause, Clark, Saunders, 2015; Lucas, 2007), długotrwałe doświadczenie uszkodzeń ruchowych odzwierciedla swoistą dynamikę w poczuciu jakości życia, postrzeganiu korzystnych przeobrażeń, efektach adaptacyjnych, w tym w zakresie uczestniczenia w różnych rolach życiowych. Uwzględniając te ustalenia, czas trwania niepełnosprawności ruchowej potraktowano w projektowanych badaniach w kategorii moderatora związku między postrzeganiem własnej autonomii a satysfakcją życiową. Zważywszy ponadto, że osoba z tego typu niepełnosprawnością może dodatkowo doświadczać innych ograniczeń wynikających z zakłócenia jej kondycji zdrowotno-sprawnościowej, np. w postaci występowania chorób somatycznych czy psychosomatycznych (Molton i in., 2014), czynnikowi temu również przypisano funkcję moderującą charakter ustalonej tutaj relacji.

W zaprojektowanych badaniach weryfikowano hipotezę główną:

H1: Postrzeganie własnej autonomii pozytywnie wiąże się z satysfakcją życiową u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową, przy udziale moderującej roli zmiennych związanych z doświadczaniem niepełnosprawności.

Weryfikacji poddano również hipotezy szczegółowe:

H2: Związek między postrzeganiem własnej autonomii a satysfakcją życiową jest moderowany przez wiek nabycia trwałej niepełnosprawności ruchowej. U osób doznających uszkodzeń ruchowych w dzieciństwie lub wczesnej młodości powiązanie między tymi zmiennymi jest silniejsze (i pozytywne) niż u osób nabywających je w okresie dorosłości.

H3: Powiązanie między postrzeganiem własnej autonomii a satysfakcją życiową jest moderowane przez czas trwania niepełnosprawności ruchowej. Przy długotrwałej niepełnosprawności przewiduje się słabszą (pozytywną) zależność między tymi zmiennymi.

H4: Związek między postrzeganiem własnej autonomii a satysfakcją życiową jest moderowany przez fakt występowania/niewystępowania dodatkowych schorzeń. U osób niedoświadczających dodatkowych schorzeń analizowana relacja będzie silniejsza (i pozytywna) niż w grupie osób, u których one występują.

Do zrealizowania założonego celu oraz zweryfikowania przyjętych hipotez wykorzystano materiał badawczy zebrany od osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową za pomocą następujących narzędzi: Kwestionariusza Wpływu na Uczestnictwo i Autonomię (KWUA) Mieke Cardol i współpracowników w polskiej adaptacji Stanisławy Byry i Marleny Dudy; Skali Satysfakcji z Życia (SWLS) Eda Dienera, Roberta A. Emmons, Randy J. Larson i Sharon Griffin,

w polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego oraz kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji do zebrania danych socjodemograficznych i związanych z niepełnosprawnością.

Kwestionariusz KWUA służy do pomiaru postrzeganej autonomii i uczestnictwa u osób z niepełnosprawnością ruchową w pięciu wymiarach: Autonomia w domu/mieszkaniu (AD); Autonomia poza domem (APD); Relacje społeczne (AREL); Rola w rodzinie (ARODZ); Praca i edukacja (APE). Kwestionariusz zawiera zadowalające właściwości psychometryczne, wskaźniki rzetelności poszczególnych podskal sytuują się w przedziale od 0,87 do 0,96 (*alfa Cronbacha*). Współczynniki korelacji (*r Spearmana*) dowodzące stabilności narzędzia przyjęły wartość: 0,90–0,97 (Byra, Duda, w druku).

Skala SWLS pozwala ustalić ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia, własnych osiągnięć i warunków funkcjonowania. Polska wersja skali ma satysfakcjonujące właściwości psychometryczne. Wskaźnik rzetelności (*alfa Cronbacha*) wynosi 0,87, z kolei korelacja między wynikami dwukrotnych pomiarów przyjmuje wartość $r = 0,82$ (Juczyński, 2001).

W badaniach uczestniczyło 98 osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową, w tym 51 mężczyzn (52,04%) oraz 47 kobiet (47,96%). Średni wiek osób badanych wyniósł 35,61 lat ($SD = 13,76$). Zdecydowana większość badanych to mieszkańcy miasta (80–81,63%). Ponad 33% badanych posiada stałe zatrudnienie, 24,49% osób studiuje, 26,53% badanych pobiera rentę, pozostałe osoby były bezrobotne. W badaniu uczestniczyło 57 osób (58,16%) z uszkodzeniem rdzenia kręgowego oraz 41 (41,84%) osób po amputacji kończyny dolnej. Średni wiek nabycia niepełnosprawności ruchowej wyniósł 24,68 lat ($SD = 13,50$). Badanych podzielono na osoby, które nabyły trwałych uszkodzeń w okresie dzieciństwa lub wczesnej młodości (58–59,18%) oraz w okresie dorosłości (40–40,82%). Czas trwania posiadanej przez badanych niepełnosprawności wyniósł średnio 16,67 lat ($SD = 9,01$). Wyodrębniono dwie grupy badanych: z tzw. krótkotrwałą oraz długotrwałą niepełnosprawnością – 15 lat i powyżej (por. Molton, Jensen, 2010). Pierwszą grupę tworzy 57 osób (58,16%), drugą natomiast 41 osób (41,84%). Doświadczanie dodatkowych schorzeń zadeklarowało 54 (55,10%) badanych.

Analiza wyników badań własnych

Otrzymane dane przeanalizowano w dwóch etapach. W pierwszym skupiono się na określeniu charakteru powiązań między uwzględnionymi zmiennymi: postrzeganiem własnej autonomii i satysfakcji życiowej, a także wiekiem nabycia niepełnosprawności, czasem jej trwania, występowaniem/brakiem dodatkowych schorzeń. W drugim etapie przeprowadzono hierarchiczną analizę regresji ze składnikiem interakcyjnym, w celu sprawdzenia moderującej funkcji czynników związanych z doświadczaniem niepełnosprawności.

Stwierdzone współczynniki korelacji wskazują, że wyższe wyniki w poszczególnych podskalach oznaczające mniejszą postrzeganą autonomię korespondują z niższą satysfakcją życiową u osób badanych (tabela 1).

Tabela 1. Postrzeganie własnej autonomii a satysfakcja z życia u badanych – współczynniki korelacji r Spearmana

Podskale KWUA	Satysfakcja z życia
Autonomia w domu (AD)	-0,22
Autonomia poza domem (APD)	-0,24**
Relacje społeczne (AREL)	-0,31**
Rola w rodzinie (ARODZ)	-0,27
Praca i edukacja (APE)	-0,25

** $p < 0,01$

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Postrzeganie własnej autonomii i satysfakcja z życia a wiek nabycia i czas trwania niepełnosprawności – współczynniki korelacji r Spearmana

	Wiek nabycia niepełnosprawności	Czas trwania niepełnosprawności
Autonomia w domu (AD)	0,58***	0,23*
Autonomia poza domem (APD)	0,46***	0,03
Relacje społeczne (AREL)	0,52***	0,32*
Rola w rodzinie (ARODZ)	0,43***	0,39**
Praca i edukacja (APE)	0,50***	0,27*
Satysfakcja z życia	-0,38**	-0,40**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki uzyskane w poszczególnych podskalach KWUA pozytywnie korelują z wiekiem nabycia i czasem trwania niepełnosprawności ruchowej u osób badanych (tabela 2). Większe ograniczenia w uczestnictwie, a tym samym mniejsza postrzegana autonomia, wiążą się z późniejszym wiekiem nabycia trwałych uszkodzeń narządu ruchu, a także z dłuższym czasem trwania posiadanej niepełnosprawności. Ważne, by podkreślić, że silniejsze powiązania stwierdzono między postrzeganiem własnej autonomii a wiekiem nabycia niepełnosprawności u badanych. Negatywne korelacje stwierdzono między satysfakcją z życia i wiekiem nabycia oraz czasem trwania niepełnosprawności.

Zestawiono rezultaty postrzeganej własnej autonomii badanych, które zadeklarowały doświadczanie dodatkowych schorzeń oraz tych, którzy nie zgłosili ich występowania (tabela 3). Stwierdza się istotne statystycznie zróżnicowanie

między badanymi w czterech z pięciu wymiarów postrzeganej autonomii. Badani doświadczający dodatkowych schorzeń cechują się istotnie wyższymi ograniczeniami w autonomii i uczestnictwie (Autonomia w domu, Autonomia poza domem, Relacje społeczne, Praca i edukacja). Otrzymane w tym zakresie efekty wielkości wskazują na umiarkowaną i dużą różnicę między badanymi w postrzeganiu własnej autonomii. Największe zróżnicowanie na korzyść badanych niedoświadczających dodatkowych schorzeń zaznacza się w przypadku percepcji autonomii na płaszczyźnie zawodowo-edukacyjnej. Istotnie statystycznie różnice stwierdzono ponadto w zakresie satysfakcji z życia między badanymi. Jej nasilenie jest znacząco wyższe u osób niedoświadczających dodatkowych schorzeń, uzyskano tutaj silny efekt różnicujący.

Tabela 3. Postrzeganie własnej autonomii i satysfakcja życiowa – zestawienie wyników osób doświadczających i niedoświadczających dodatkowych schorzeń

	Osoby doświadczające dodatkowych schorzeń		Osoby niedoświadczające dodatkowych schorzeń		Test istotności różnic		Wielkość efektu
	M	SD	M	SD	t	p	
Autonomia w domu (AD)	11,50	7,82	8,36	8,02	0,46	0,008	0,40
Autonomia poza domem (APD)	12,29	7,82	8,21	8,02	1,38	0,016	0,52
Relacje społeczne (AREL)	13,00	6,03	9,25	6,77	1,03	0,009	0,59
Rola w rodzinie (ARODZ)	12,74	5,70	12,16	6,00	0,48	0,431	–
Praca i edukacja (APE)	14,60	5,99	9,54	7,09	1,73	< 0,001	0,77
Satysfakcja z życia	18,02	4,07	22,05	5,85	2,12	< 0,001	0,81

Źródło: opracowanie własne.

W dalszej części analiz skoncentrowano się na sprawdzeniu moderującej roli zmiennych: wiek nabycia niepełnosprawności, czas jej trwania oraz występowanie/brak dodatkowych schorzeń, w ustalaniu relacji między postrzeganiem własnej autonomii a satysfakcją z życia u badanych. Rezultaty przeprowadzonej hierarchicznej analizy regresji ze składnikiem interakcyjnym w postaci wieku nabycia niepełnosprawności zawiera tabela 4.

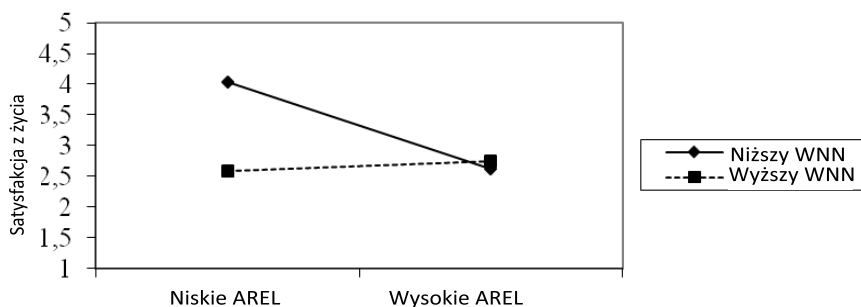
Stwierdza się, że związek między postrzeganiem własnej autonomii a satysfakcją z życia u osób badanych można lepiej wyjaśnić za pomocą modelu uwzględniającego składnik interakcyjny. Co ważne, istotny wkład w wyjaśnianiu nasilenia satysfakcji życiowej ma postrzegana autonomia w relacjach z innymi, poprzez interakcję z wiekiem nabycia niepełnosprawności. Interak-

Tabela 4. Rezultaty hierarchicznej analizy regresji dla relacji między postrzeganiem własnej autonomii a satysfakcją z życia u badanych, z uwzględnieniem moderatora – wieku nabycia niepełnosprawności

Kroki	R	R ²	F	β	t	p
Krok 1 Autonomia w domu (AD) Autonomia poza domem (APD) Relacje społeczne (AREL) Rola w rodzinie (ARODZ) Praca i edukacja (APE)	0,31	0,10	9,15**	-0,31	-3,03	0,003
Krok 2 Wiek nabycia niepełnosprawności (WNN)	0,33	0,11	7,11*	0,22	2,78	0,023
Krok 3 AREL x WNN	0,38	0,14	8,03**	-0,36	-3,11	0,019

Źródło: opracowanie własne.

cja ta okazała się istotna statystycznie, co wskazuje na moderującą rolę wieku nabycia niepełnosprawności w ustalaniu analizowanego tutaj powiązania. Osoby wcześniej nabywające niepełnosprawność ruchową (okres dzieciństwa lub wczesnej młodości), jednocześnie wskazujące na niskie ograniczenia w autonomii i uczestnictwie, cechują się wyższą satysfakcją życiową w porównaniu z osobami, które doznały trwałych uszkodzeń w późniejszym okresie życia (rysunek 1).



Rysunek 1. Znaczenie interakcji między postrzeganiem własnej autonomii w relacjach z innymi (AREL) i wiekiem nabycia niepełnosprawności (WNN) dla natężenia satysfakcji z życia u badanych
 Źródło: opracowanie własne.

Wyniki hierarchicznej analizy regresji w odniesieniu do relacji między postrzeganą własną autonomią a satysfakcją życiową u badanych, wskazują, że model ze składnikiem interakcyjnym – z udziałem czasu trwania nabytej

niepełnosprawności, jest nieistotny dla ustalania charakteru tego powiązania (tabela 5). Model ze zmiennymi predykcyjnymi (w tym jedynym istotnym predyktorem w postaci postrzeganej autonomii w relacjach z innymi) pozwala wyjaśnić 11% zmienności satysfakcji życiowej. Oznacza to, że ten wymiar percypowanej autonomii oraz czas trwania niepełnosprawności niezależnie biorą udział w ustalaniu nasilenia zadowolenia życiowego w tej grupie badanych. Wyższą satysfakcją życiową można zatem przewidywać przy postrzeganiu mniejszych ograniczeń w autonomii na płaszczyźnie relacji interpersonalnych oraz przy krótszym czasie trwania doświadczanej niepełnosprawności.

Tabela 5. Rezultaty hierarchicznej analizy regresji dla relacji między postrzeganiem własnej autonomii a satysfakcją z życia u badanych, z uwzględnieniem moderatora – czasu trwania niepełnosprawności

Kroki	R	R ²	F	β	t	p
Krok 1 Autonomia w domu (AD) Autonomia poza domem (APD) Relacje społeczne (AREL) Rola w rodzinie (ARODZ) Praca i edukacja (APE)	0,31	0,10	9,15**	-0,31	-3,03	0,003
Krok 2 Czas trwania niepełnosprawności (CTN)	0,34	0,11	7,22*	0,21	2,54	0,034
Krok 3 AREL x CTN	0,19	0,03	4,77ni.	-0,16	-2,09	0,467

Źródło: opracowanie własne.

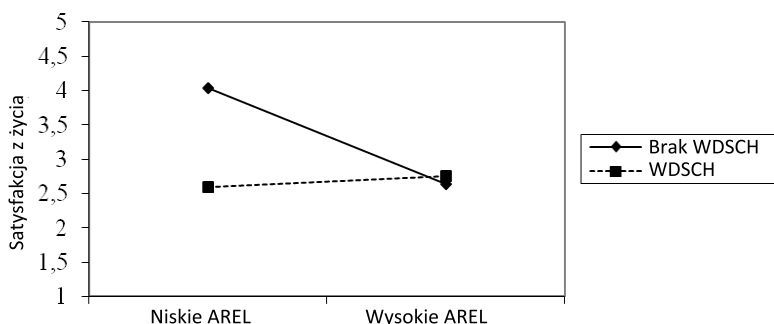
W ostatnim etapie analiz przetestowano powiązanie między postrzeganiem własnej autonomii a satysfakcją życiową u badanych, przy uwzględnieniu zmiennej w postaci zadeklarowanego występowania lub braku dodatkowych schorzeń. Uzyskane w tym zakresie rezultaty przedstawiają tabela 6 i rysunek 2.

Stwierdza się, że model ze składnikiem interakcyjnym (występowanie/brak dodatkowych schorzeń) pozwala lepiej wyjaśnić związek między postrzeganiem własnej autonomii a satysfakcją życiową u badanych osób. Przy udziale tego modelu można tłumaczyć 19% zmienności zadowolenia życiowego. U osób z niskimi ograniczeniami w postrzeganej autonomii na płaszczyźnie kontaktów interpersonalnych, jednocześnie niedoświadczających dodatkowych schorzeń, zaznacza się wyższe nasilenie satysfakcji życiowej. Zmienna w postaci – występowania/braku dodatkowych schorzeń okazała się istotnym moderatorem analizowanej tutaj relacji między zmiennymi.

Tabela 6. Rezultaty hierarchicznej analizy regresji dla relacji między postrzeganiem własnej autonomii a satysfakcją z życia u badanych, z uwzględnieniem moderatora – występowanie/brak dodatkowych schorzeń

Kroki	R	R ²	F	β	t	p
Krok 1 Autonomia w domu (AD) Autonomia poza domem (APD) Relacje społeczne (AREL) Rola w rodzinie (ARODZ) Praca i edukacja (APE)	0,31	0,10	9,15**	-0,31	-3,03	0,003
Krok 2 Występowanie/brak dodatkowych schorzeń (WDSCH)	0,37	0,13	7,90***	-0,33	-3,01	0,011
Krok 3 AREL x WDSCH	0,44	0,19	8,22**	0,39	3,14	0,002

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 2. Znaczenie interakcji między postrzeganiem własnej autonomii w relacjach z innymi (AREL) i występowaniem (lub nie) dodatkowych schorzeń (WDSCH) dla natężenia satysfakcji z życia u badanych

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie i dyskusja wyników

Zaprezentowane badania ukierunkowane były na ustalenie charakteru zależności między postrzeganiem własnej autonomii a satysfakcją z życia u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową. W zaprojektowanych dążeniach skoncentrowano się na testowaniu moderującej funkcji zmiennych związanych z doświadczeniem niepełnosprawności: wieku jej nabycia i czasu trwania, a także występowania (lub nie) dodatkowych schorzeń. Przeprowadzone analizy dostarczają dowodów na istnienie pozytywnego powiązania między percepcją własnej

autonomii a zadowoleniem życiowym w tej grupie osób. Postrzeżenie większej własnej autonomii i uczestnictwa na wszystkich uwzględnionych płaszczyznach wiąże się z wyższą satysfakcją z życia.

Uzyskane w tym zakresie wyniki są zgodne z ustaleniami innych badaczy, sprawdzającymi związek między tymi zmiennymi wśród osób z nabytymi uszkodzeniami ruchowymi (np. Lund i in., 2007; Lund, Lexell, 2009). Rezultaty te odzwierciedlają zbieżność zjawisk opartych na wartościowaniu posiadanej wolności i możliwości podejmowania decyzji oraz realizowania czynności i zadań, zbieżnie z własnymi przekonaniem, a także na ogólnej ocenie przeżywanego życia, na które składa się to codzienne funkcjonowanie. Co istotne, najsilniejszy związek stwierdzono między postrzeżeniem własnej autonomii w relacjach interpersonalnych oraz zadowoleniem życiowym u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową. Wskazany wymiar autonomii ma największy wkład w wyjaśnianie nasilenia satysfakcji z życia. Oznacza to, że wartościowanie jakości i częstotliwości swoich relacji z innymi, poczucie bycia obdarzonym szacunkiem, równości w rozmowach i wspólnie wykonywanych zadaniach, wzajemności w udzielanym wsparciu, jest czynnikiem mogącym znacząco różnicować zmienność zadowolenia życiowego. Możliwe jest przewidywanie wyższego jego natężenia przy bardziej nasilonym postrzeżeniu autonomii w tym obszarze funkcjonowania. Zinterpretowanie uzyskanej tu relacji między zmiennymi można oprzeć na teoriach i koncepcjach odnoszących się do postrzeżania osób z niepełnosprawnością i zjawisk autostygmatyzacji i automarginalizacji oraz związanej z nimi potrzeby autonomii i zapotrzebowania na satysfakcjonujące relacje społeczne, pozbawione koncentracji na roli niepełnosprawnego (zob. Michalovic, Rocchi, Sweet, 2019). Poczucie bycia autonomicznym korespondujące z postrzeżeniem siebie jako partnera w kontaktach z innymi, jest istotnym czynnikiem obniżania ryzyka autostygmatyzacji, ale również stereotypowego postrzeżenia społecznego. Mechanizm ten tworzy korzystne podłoże do pozytywnego postrzeżenia siebie i własnego życia (Smedema, Tansey, 2014). Ponadto czerpana satysfakcja z uczestnictwa w różnych odsłonach relacji społecznych, włącznie z udzielaniem wsparcia innym osobom w potrzebie, oparta na zaspokojonej potrzebie autonomicznego działania w tym względzie, prowadzi nie tylko do wzrostu ogólnej pojętej autonomii u osoby z niepełnosprawnością ruchową, lecz także wzmacnia jej przekonania o wartościowych elementach doświadczanej codzienności (Byra, 2015; Hosseini i in., 2016). Jak dowodzą wyniki badań (np. van de Ven i in., 2009), w ramach relacji z innymi, osoba może wypracowywać i utrzymywać różne strategie bycia autonomicznym, użyteczne na innych płaszczyznach funkcjonowania.

Otrzymane rezultaty potwierdziły wysuniętą hipotezę przyjmującą, że istnieje pozytywny związek między postrzeżoną własną autonomią a satysfakcją życiową, moderowany przez inne zmienne kształtujące doświadczenie niepeł-

nosprawności. Przy czym przyjęte hipotezy dotyczące moderatorów tego powiązania okazały się zasadne jedynie w odniesieniu do wieku nabycia trwałych uszkodzeń ruchowych oraz posiadania/braku dodatkowych schorzeń. Zmienne te okazały się znaczące dla modyfikowania charakteru tej relacji. Przy ich udziale można w większym stopniu wyjaśnić nasilenie satysfakcji życiowej w tej grupie osób. Ustalenie wskazujące, że wcześniej nabyta niepełnosprawność ruchowa korespondująca z wyższą postrzeganą autonomią (w relacjach z innymi) wiąże się z większym nasileniem zadowolenia życiowego, jest częściowo zbieżne z doniesieniami badawczymi innych autorów. Na przykład Jassim Ma ze współpracownikami (2016) dowiedli, że osoby z tzw. pediatrycznym uszkodzeniem rdzenia kręgowego w życiu dorosłym cechują się istotnie wyższą funkcjonalną niezależnością, większym zaangażowaniem i uczestnictwem społecznym, przeznaczają więcej czasu na codzienne aktywności (w tym fizyczne), rozwijające ich samodzielność w porównaniu z osobami, które nabyły uszkodzenie w późniejszym wieku. Niemniej nie stwierdzili znaczącej różnicy między tymi grupami w satysfakcji życiowej. Ujemną korelację między ograniczeniami w uczestnictwie a zadowoleniem z codzienności wykazała natomiast Paula W. Rushton ze współpracownikami (2010) u osób z urazem rdzenia poruszających się na ręcznym wózku inwalidzkim, dowodząc istotnego znaczenia satysfakcji z udziału w różnych przejawach życia społecznego, dla ustalania charakteru tego powiązania.

W zaprezentowanych badaniach stwierdzono ponadto moderującą funkcję zmiennej – występowanie/brak dodatkowych schorzeń w relacji między postrzeganiem własnej autonomii a satysfakcją życiową u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową. Osoby deklarujące doświadczanie schorzeń somatycznych lub psychosomatycznych jednocześnie wskazujące na wyższe ograniczenia w autonomii i uczestnictwie w kontaktach interpersonalnych, cechowały się mniejszym zadowoleniem życiowym. Otrzymane w tym zakresie rezultaty są zbieżne z istniejącymi już doniesieniami badawczymi, wskazującymi chociażby na to, że długotrwałe doświadczanie uszkodzeń ruchowych stanowi znaczące ryzyko wtórnych komplikacji zdrowotnych, w postaci różnorodnych chorób przewlekłych (Vogel i in., 2011; van Koppenhagen i in., 2008), co może zwiększać ograniczenia pełnego uczestnictwa w różnych rolach życiowych (Samuelsson i in., 2012; Simpson i in., 2012). Ważne, by podkreślić, że testowana moderująca rola czasu trwania niepełnosprawności nie została potwierdzona jako istotna dla ustalania charakteru powiązania między postrzeganą własną autonomią a satysfakcją życiową w tej grupie osób. Zmienna ta wprawdzie wykazuje powiązanie z percepcją własnej autonomii na różnych obszarach funkcjonowania, niemniej jednak nie stwierdzono znaczącej różnicy w charakterze relacji między postrzeganiem tej autonomii a satysfakcją życiową u osób z krótkotrwałą i długotrwałą niepełnosprawnością. Oznacza to zatem, że poprzez niezależne, a nie interakcyjne powiązanie, czas

trwania niepełnosprawności można uwzględnić w wyjaśnianiu nasilenia zadowolenia życiowego u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową.

Przedstawione rezultaty badań mają charakter wstępnych ustaleń w zakresie wyjaśniania powiązań między postrzeganiem własnej autonomii a satysfakcją z życia u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową. Mogą stanowić przesłanki do kolejnych badań, zmierzających do bardziej wnikliwych rozstrzygnięć w obrębie powiązania obydwu tych zmiennych. Motywem uzasadniającym kontynuację analiz w tym względzie jest dość niski procent wyjaśnianej wariancji zadowolenia życiowego przy udziale postrzeganej autonomii, w dodatku odnoszącej się jedynie do relacji społecznych. Dostrzegana wartość poznawcza i aplikacyjna otrzymanych wyników, nie jest wolna od ograniczeń przeprowadzonych badań. Do najważniejszych należą:

1. Niejednorodna próba badanych z nabytą niepełnosprawnością ruchową, składająca się z osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego oraz po amputacji kończyny dolnej. Nie tylko nasilenie zadowolenia życiowego i poczucia autonomii, zaangażowania w role życiowe mogą być kształtowane różnymi właściwościami danej niepełnosprawności ruchowej, ale również charakter zależności między tymi zmiennymi (por. Renwick i in., 2003). W związku z tym w przyszłych badaniach należy sprawdzić znaczenie zróżnicowanych charakterystyk tego typu niepełnosprawności dla wyjaśniania tej relacji.
2. Próba badanych wykazuje ponadto znaczące zróżnicowanie pod względem aktywności zawodowej (w tym jej braku), co może mieć istotne znaczenie dla postrzegania własnej autonomii czy też zadowolenia życiowego. Czynniki te powinien być poddany kontroli w kolejnych analizach.
3. W badaniach uwzględniono jedynie ogólny wskaźnik satysfakcji życiowej, poszerzenie zakresu analitycznego o różne wymiary zadowolenia życiowego, z pewnością zwiększy rozumienie wyjaśniającej roli postrzeganej autonomii.
4. Przeprowadzone badania mają charakter poprzeczny, co znacznie ogranicza wnioskowanie dotyczące rzeczywistego wkładu percepcyjnej autonomii w tłumaczenie poziomu zadowolenia życiowego u osób z niepełnosprawnością ruchową. Zważywszy przy tym na to, że obydwie zmienne odnoszą się do zjawisk o niezwykle dynamicznej naturze, poddawanej oddziaływaniom wielu czynników kontekstualnych, również zmieniających się w biegu życia jednostki. Niezbędne w tym zakresie byłyby zatem badania podłużne.
5. Stwierdzony tutaj złożony charakter powiązań między zmiennymi oraz istotna funkcja moderatorów, nie wyczerpuje oczekiwanego wyjaśnienia zmienności satysfakcji życiowej w kontekście postrzeganej autonomii. Przyszłe przedsięwzięcia badawcze powinny uwzględnić dodatkowe zmienne mogące dostarczyć lepszego rozumienia tej relacji.

Percypowanie własnej autonomii na różnych obszarach funkcjonowania życiowego oraz jej znaczenie dla innych wyznaczników psychospołecznej kondycji osoby z niepełnosprawnością ruchową nie zostało jak dotąd dostatecznie

przeanalizowane. Biorąc pod uwagę istotną jednostkową i społeczną rangę samego zjawiska odczuwanej autonomii w kontekście doświadczania trwałej niepełnosprawności ruchowej, poszerzone dalsze badania w tym zakresie, mają uzasadnienie zarówno poznawcze, jak i praktyczne.

Bibliografia

- Adriaansen, J., Ruijs, L., Koppenhagen, C., van Asbeck, F.W.A., Snoek, G.J., van Kuppevelt, D., Visser-Meily, J.M.A., Post, M.W.M. (2016). Secondary health conditions and quality of life in persons living with spinal cord injury for at least ten years. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 48, 853–860. DOI: 10.2340/16501977-2166.
- Byra, S. (2011). Satysfakcja z życia osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w pierwszym okresie nabycia niepełnosprawności – funkcje wsparcia otrzymywanego i oczekiwanego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2, 64–70.
- Byra, S. (2014). Konstytutywne cechy starzenia się osób z długotrwałą niepełnosprawnością ruchową. W: M. Czechowska-Bieluga, A. Kanios (red.), *Współczesne oblicza pomocy społecznej i pracy socjalnej* (s. 95–108). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Byra, S. (2015). Nadzieja podstawowa a reakcje przystosowawcze i satysfakcja z życia u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 3(29), 53–68.
- Byra, S. (2016). Posttraumatic growth in people with traumatic long-term spinal cord injury: predictive role of basic hope and coping. *Spinal Cord*, 54(6), 278–282. DOI: 10.1038/sc.2015.177.
- Byra, S., Duda, M. (w druku). Impact on Participation and Autonomy Questionnaire (IPA) – sprawdzenie właściwości psychometrycznych polskiej wersji narzędzia. *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*.
- Cardol, M., Beelen, A., van den Bos, G.A., de Jong, B.A., de Groot, I.J., de Haan, R.J. (2002). Responsiveness of the impact on participation and autonomy questionnaire. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83, 1524–1529.
- Derbis, R. (2000). *Doświadczenie codzienności*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Desrosiers, J., Noreau, L., Rochette, A., Bourbonnais, D., Bravo, G., Bouget, A. (2006). Predictors of long-term participation after stroke. *Disability and Rehabilitation*, 28, 221–230. DOI: 10.1080/09638280500158372.
- Diener, E., Oishi, S., Lucas, R.E. (2003). Personality, culture, and subjective wellbeing: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403–425.
- Dijkers, M. (1997). Quality of life after spinal cord injury: A meta-analysis of the effects of disablement components. *Spinal Cord*, 35, 829–840.
- Dijkers, M. (1999). Measuring quality of life: methodological issues. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 78, 3, 286–300.
- Emerson, E., Kariuki, M., Honey, A., Llewellyn, G. (2014). Becoming disabled: The association between disability onset in younger adults and subsequent changes in productive engagement, social support, financial hardship and subjective wellbeing. *Disability and Health Journal*, 7(4), 448–456. DOI: 10.1016/j.dhjo.2014.03.004.
- Fallahpour, M., Tham, K., Taghi Joghatei, M., Jonsson, H. (2011). Perceived participation and autonomy: aspects of functioning and contextual factors predicting participation after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43, 388–397. DOI: 10.2340/16501977-0789.
- Gillon, R. (1985). Autonomy and the principle of respect for autonomy. *British Medical Journal*, 290, 1806–1808.
- Hilberink, S.R., van der Slot, W.M.A., Klem, M. (2016). Health and participation problems in older adults with long-term disability. *Disability and Health Journal*, 10(2), 361–366. DOI: 10.1016/j.dhjo.2016.12.004.

- Hosseini, M., Borhani, F., Maleki, M., Farzane, M., Zohari, S. (2016). Relationship between perceived social support and autonomy and participation among patients with spinal cord injuries. *Research Journal of Medical Sciences*, 10(4), 399–405. DOI: 10.3923/rjmsci.2016.399.405.
- Jensen, M.P., Molton, I.R., Groah, S.L., Campbell, M.L., Charlifue, S., Chiodo, A., Forchheimer, M., Krause, J.S., Tate, D. (2012). Secondary health conditions in individuals aging with SCI: terminology, concepts and analytic approaches. *Spinal Cord*, 50, 373–378. DOI: 10.1038/sc.2011.150.
- Jørgensen, S., Hedgren, L., Sundelin, A., Lexell, J. (2019). Global and domain-specific life satisfaction among older adults with long-term spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 1–9. DOI: 10.1080/10790268.2019.1610618.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiarowe w psychologii i promocji zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo PTP.
- Karahalios, A., Pega, F., Aitken, Z., Simpson, J.A., Kavanagh, A.M. (2019). The cumulative effect of living with disability on mental health in working-age adults: an analysis using marginal structural models. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54, 1–10. DOI:10.1007/s00127-019-01688-9.
- Kariuki, M., Honey, A., Emerson, E., Llewellyn, G. (2011). Mental health trajectories of young people after disability onset. *Disability and Health Journal*, 4(2), 91–101. DOI: 10.1016/j.dhjo.2010.08.001.
- Kavanagh, A.M., Aitken, Z., Krnjacki, L., LaMontagne, A.D., Bentley, R., Milner, A. (2015). Mental health following acquisition of disability in adulthood – The impact of wealth. *PLoS ONE*, 10(10), 1–13. DOI: 10.1371/journal.pone.0139708.
- Kowalik, S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Kowalik, S. (2018). *Stosowana psychologia rehabilitacji*. Warszawa: PWN.
- Krause, A. (2010). *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Krause, J.S., Clark, J.M., Saunders, L.L. (2015). SCI Longitudinal aging study: 40 years of research. *Top Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 21(3), 189–200. DOI: 10.1309/sci2103-189.
- Kwiatkowski, A., Marissa, J.P., Pouyfaucou, M., Vermersch, P., Hautecoeur, P., Dervaux, B. (2014). Social participation in patients with multiple sclerosis: correlations between disability and economic burden. *BMC Neurology*, 14, 115–122. DOI: 10.1186/1471-2377-14-115.
- LaPlante, M.P. (2014). Key goals and indicators for successful aging of adults with early-onset disability. *Disability and Health Journal*, 7(10), 44–50. DOI: 10.1016/j.dhjo.2013.08.005.
- Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. *The American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), 640–649.
- Levasseur, M., Desrosiers, J., Noreau, L. (2004). Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities? *Disability and Rehabilitation*, 26(20), 1206–1213.
- Lin, C.Y., Cheng, T.C. (2019). Health status and life satisfaction among people with disabilities: Evidence from Taiwan. *Disability and Health Journal*, 12, 249–256. DOI: 10.1016/j.dhjo.2018.10.008.
- Lucas, R.E. (2007). Long-term disability is associated with lasting changes in subjective well-being: Evidence from two nationally representative longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 717–730.
- Lund, M.L., Lexell, J. (2009). Relationship between participation in life situations and life satisfaction in persons with late effects of polio. *Disability and Rehabilitation*, 31(19), 1592–1597. DOI: 10.1080/09638280802638881.
- Lund, M.L., Nordlund, A., Bernspang, B., Lexell, J. (2007). Perceived participation and problems in participation are determinants of life satisfaction in people with spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 29(18), 1417–1422.

- Lundt, M.L., Fisher, A.G., Lexell, J., Bernspang, B. (2007). Impact on Participation and Autonomy Questionnaire: internal scale validity of the Swedish version for use in people with spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39, 156–162.
- Ma, J., Post, M.W.M., Gorter, J.W., Ginis, K.A.M. (2016). Differences in health, participation and life satisfaction outcomes in adults following paediatric – versus adult-sustained spinal cord injury. *Spinal Cord*, 54, 1197–1202. DOI: 10.1038/sc.2016.45.
- Magasi, S., Post, M.W. (2010). A comparative review of contemporary participation measures psychometric properties and content coverage. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(1), 17–28. DOI: 10.1016/j.apmr.2010.07.011.
- Mars, G.J., Kempen, G.I.J.M., Widdershoven, G.A.M., Janssen, P.J.M., van Eijk, J.T.M. (2008). Conceptualizing autonomy in the context of chronic physical illness: relating philosophical theories to social scientific perspectives. *Health*, 12, 333–348. DOI: 10.1177/1363459308090052.
- Michalovic, E., Rocchi, M., Sweet, S.N. (2019). Motivation and participation in daily and social activity among adults with spinal cord injury: applying self-determination theory. *Disability and Health Journal*, 12(3), 489–494. DOI: 10.1016/j.dhjo.2018.11.015.
- Molton, I.R., Jensen, M.P. (2010). Aging and disability: biopsychosocial perspectives. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, 21(2), 253–265. DOI: 10.1016/j.pmr.2009.12.012.
- Molton, I.R., Terrill, A.L., Smith, A.E., Yorkston, K.M., Alschuler, K.N., Ehde, D.M., Jensen, M.P. (2014). Modeling secondary health conditions in adults aging with physical disability. *Journal of Aging and Health*, 26(3), 335–359. DOI: 10.1177/0898264313516166.
- Noreau, L., Proulx, P., Gagnon, L., Drolet, M., Larame'e, M.T. (2000). Secondary impairments after spinal cord injury. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 526–535.
- Patrick, D.L., Kinne, S., Engelberg, R.A., Pearlman, R.A. (2000). Functional status and perceived quality of life in adults with and without chronic conditions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(8), 779–785.
- Perkins, M.M., Ball, M.M., Whittington, F.J., Hollingsworth, C. (2012). Relational autonomy in assisted living: A focus on diverse care settings for older adults. *Journal of Aging Studies*, 26, 214–225. DOI: 10.1016/j.jaging.2012.01.001.
- Podgórska-Jachnik, D. (2018). (Nie)pełnosprawność a (nie) samodzielność w kontekście autonomii relacyjnej. *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, 32, 57–71.
- Post, M.W., de Witte, L.P., van Asbeck, F.W., van Dijk, A.J., Schrijvers, A.J. (1998). Predictors of health status and life satisfaction in spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 395–401.
- Renwick, R., Nourhaghighi, N., Manns, P.J., Rudman, D.L. (2003). Quality of life for people with physical disabilities: a new instrument. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26(4), 279–287.
- Rivers, C.S., Fallah, N., Noonan, V.K., Whitehurst, D.G., Schwartz, C.E., Finkelstein, J.A., Craven, C., Ethans, K., O'Connell, C., Truchon, C., Ho, C., Linassi, G.A., Short, C., Tsai, E., Drew, B., Ahn, H., Dvorak, M.F., Paquet, J., Fehlings, M.G., Noreau, L. (2018). The RHSCIR Network Health Conditions: Effect on Function, Health-Related Quality of Life, and Life Satisfaction After Traumatic Spinal Cord Injury. A Prospective Observational Registry Cohort Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99, 443–451. DOI: 10.1016/j.apmr.2017.06.012.
- Rushton, P., Miller, W.C., Mortenson, W.B., Garden, J. (2010). Satisfaction with participation using a manual wheelchair among individuals with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 48(9), 691–696. DOI: 10.1038/sc.2009.197.
- Salvador-Carulla, L., Gasca, V.I. (2010). Defining disability, functioning, autonomy and dependency in person-centered medicine and integrate care. *International Journal of Integrated Care*, 10(29), 69–72. DOI: 10.5334/ijic.495.
- Samulesson, K.A., Töytäri, O., Salminen, A.L., Brandt, A. (2012). Effects of lower limb prosthesis on activity, participation, and quality of life: a systematic review. *Prosthetics and Orthotics International*, 36(2), 145–158. DOI: 10.1177/0309364611432794.

- Series, L. (2015). Relationships, autonomy and legal capacity: mental capacity and support paradigms. *International Journal of Law and Psychiatry*, 40, 80–91. DOI: 10.1016/j.ijlp.2015.04.010.
- Sibley, A., Kersten, P., Ward, C.D., White, B., Mechta, R., George, S. (2006). Measuring autonomy in disabled people: validation of a new scale in a UK population. *Clinical Rehabilitation*, 20, 793–803.
- Simpson, L.A., Eng, J.J., Hsieh, J.T., Wolfe, D.L. (2012). The health and life priorities of individuals with spinal cord injury: A systematic research. *Journal Neurotrauma*, 29(8), 1548–1555. DOI: 10.1089/neu.2011.2226.
- Skibska, J. (2012). Kształtowanie autonomii – osiągnięcie niezależności. W: R.J. Kijak (red.), *Niepelnosprawność w zwiernadzie dorobku* (s. 73–92). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Smedema, S.M., Tansey, T.N. (2014). Mediators of the relationship between core self-evaluations and life satisfaction in individuals with spinal cord injuries. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 58(4), 217–226. DOI:10.1177/0034355214554608.
- Suttiwong, J., Vongsirinavarat, M., Hiengkaew, V. (2018). Predictors of community participation among individuals with first stroke: a Thailand study. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 42(5), 660–669. DOI: 10.5535/arm.2018.42.5.660.
- Szczupał, B. (2009). *Godność osoby z niepełnosprawnością. Studium teoretyczno-empiryczne poczucia godności młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe AKAPIT.
- Takemasa, S. (1998). Factors affecting QOL of the home-bound elderly disabled. *Kobe Journal of Medical Sciences*, 44(3), 99–114.
- Tonack, M., Hitzig, S.L., Craven, B.C., Campbell, K.A., Boschen, K.A., McGillivray, C.F. (2008). Predicting life satisfaction after spinal cord injury in a Canadian sample. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 46, 380–385.
- Van de Ven, L., Post, M.W.M., de Witte, L., van den Heuvel, W. (2009). Strategies for autonomy used by people with cervical spinal cord injury: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 30(4), 249–260.
- Van Koppenhagen, C.F., Post, M.W.M., van der Woude, L.H., de Witte, L.P., van Asbeck, F.W., de Groot, S., van den Heuvel, W., Lindeman, E. (2008). Changes and determinants of life satisfaction after spinal cord injury: A cohort study in the Netherlands. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 89, 1733–1740. DOI: 10.1016/j.apmr.2007.12.042.
- Vogel, L.C., Chlan, K.N., Zebracki, K., Anderson, C.J. (2011). Long-term outcomes of adults with pediatric-onset spinal cord injuries as a function of neurological impairment. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 34(1), 60–66. DOI: 10.1179/107902610X12883422813787.

POSTRZEGANIE WŁASNEJ AUTONOMII A SATYSFAKcja Z ŻYCIA U OSÓB Z NABYTĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ – ANALIZA ROLI MODERATORÓW

Abstrakt

Poczucie autonomii i uczestnictwo w życiu społecznym są istotnymi wskaźnikami efektywnego procesu rehabilitacji człowieka z niepełnosprawnością, co składa się na podnoszenie jego satysfakcji z życia. Celem artykułu było zatem ustalenie charakteru zależności między postrzeganiem własnej autonomii a satysfakcją z życia u osób z nabytymi ograniczeniami ruchowymi, z uwzględnieniem moderującej roli wieku doznania trwałych uszkodzeń, czasu ich trwania oraz występowania wtórnych komplikacji zdrowotnych. Uzyskane dane pozwoliły na potwierdzenie pozytywnej zależności między postrzeganą własną autonomią a satysfakcją z życia oraz potwierdziły istotną rolę moderatorów. Zmiana wieku oraz występowania wtórnych komplikacji zdrowotnych okazały się znaczące dla modyfikowania charakteru tej relacji.

Słowa kluczowe: autonomia, satysfakcja z życia, wtórne komplikacje zdrowotne, nabyta niepełnosprawność

PERCEIVED AUTONOMY AND LIFE SATISFACTION AMONG PEOPLE WITH ACQUIRED PHYSICAL DISABILITIES – ANALYSIS OF THE MODERATORS' ROLE

Abstract

The sense of autonomy and participation in social life are important indicators of an effective rehabilitation process of people with disabilities. Its main purpose is to increase life satisfaction. The aim of the paper was to identify the relationship between the perception of autonomy and satisfaction in people with acquired motor limitations. This was done while taking into account the moderating role of the age of acquiring a permanent disability, its duration and the occurrence of secondary health complications. The data allowed to confirm the positive relationship between the perceived autonomy and life satisfaction. It also confirmed the role of moderators. The factors of age and occurrence of secondary health conditions turned out to be significant in modifying the character of this relationship.

Keywords: autonomy, life satisfaction, secondary health conditions, acquired disability