

Barbara Horvat
**NEKATERI
ASPEKTI GIBALNO
OVIRANE
INVALIDNOSTI**

81-101

VELIKA POLANA 73
SI-9225 VELIKA POLANA

::POVZETEK

V NAŠI ŠTUDIJI SMO preverjali povezave med osnovnimi sumarnimi skori, ki se nanašajo na posameznikove evaluacije zaznane stopnje zadovoljenosti lastnih psihosocialnih potreb in Rokeachevo listo terminalnih ter instrumentalnih vrednot ter prišli do zaključka, da tvorijo terminalne vrednote z evaluacijami več statistično pomembnih povezav. Slednje interpretiramo s pomočjo modelov sprejemanja invalidnosti, ki v večji meri zajemajo osebne in societalne vrednote; moralne vrednote in vrednote kompetence, ki sodijo v skupino instrumentalnih vrednot, pa dojemamo kot manj izražene. Nadalje so rezultati raziskave pokazali, da na osnovi poznavanja izraženosti stopnje samospoštovanja udeležencev ni možno razločevati glede na spol. Hkrati pa nas je zanimalo, ali lahko na osnovi poznavanja sumarnih skorov razlikujemo med člani različnih podpornih društev in različnimi pripomočki za prilagoditev življenjskega stila.

Ključne besede: gibalno ovirani invalidi, socialno-vrednotne orientacije, zaznana stopnja zadovoljenosti lastnih psihosocialnih potreb, samospoštovanje.

ABSTRACT

CERTAIN ASPECTS OF PHYSICAL DISABILITY

In our research we verified the connections between the basic (self)evaluations connected with the perceived degree of own needs satisfaction and the Rokeach list of terminal and instrumental values and concluded, that there are more significant connections between the terminal values and the (self)evaluations. We define these results with the help of the models of disability acceptance, which predominantly includes the personal and the societal values; the moral values and the values of competency, which represent the instrumental values, are perceived as less expressed. In addition the analysis within the group of physically disabled persons showed that self esteem does not differ regarding the gender. We were also interested, if the perceived degree of own needs satisfaction could be differed on the basis of the participation in different supportive associations, or the use of different utilities for the assimilation of the life style.

Key words: physically disabled persons, social-value orientations, perceived degree of own needs satisfaction, self esteem.

::UVOD

Prebivalstvo Slovenije sestavljajo različne generacije in populacije ljudi: mladi, stari, otroci, Slovenci, Romi, študentje, dijaki, brezposelni, zaposleni, ... V vsej tej množici pa živijo in skušajo preživeti na kar najbolj kvaliteten način tudi invalidi. Skupini teh posameznikov se bomo posvetili v pričujočem prispevku. Opredelitve invalidnosti in invalidnih oseb so podane tako na mednarodnem (npr.: Konvencija o pravicah invalidov, Deklaracija o pravicah invalidov, Ameriški zakon o invalidnosti) kot tudi na nacionalnem nivoju (npr.: Zakon o invalidskih organizacijah (ZINVO, 2002), Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (ZZRZI, 2007)); vsem pa je skupno, da označujejo invalida kot tisto osebo, ki zaradi prirojene ali pridobljene pomanjkljivosti v svojih telesnih ali duševnih sposobnostih ni sposobna sama (delno ali v celoti) zadovoljevati potreb normalnega individualnega in/ali družbenega življenja. Skupine invalidov so med seboj zelo različne, imajo različne omejitve in posledično drugačne potrebe. V okviru naše raziskave pa smo iz te široke skupine izvzeli zgolj osebe z gibalno oz. fizično oviranostjo – gibalno ovirane invalide.

Zupan (2010) navaja, da naj bi bilo v Sloveniji približno med 7 do 9 odstotkov prebivalstva gibalno oviranih invalidov. Že samo poimenovanje – osebe z gibalnimi in fizičnimi prizadetostmi, nam pove, da je ključna omejitev teh oseb omejenost gibanja in/ali kontrole gibanja. To je zelo široka skupina, saj zajema osebe z okvaro hrbtenjače, živčno-mišičnimi obolenji, multiplo sklerozo, s cerebralno paralizo, osebe po poškodbah glave ali po preboleli možganski kapi, osebe z vnetnim in degenerativnim revmatizmom, s prirojenimi in pridobljenimi okvarami gibal itd. Omenjena zdravstvena stanja zahtevajo od posameznikov, da se jim skušajo čim bolj prilagoditi. Te prilagoditve postanejo del socializacije gibalno oviranih invalidov ter zajemajo različna področja, vključujejo pa tudi bolj in manj pozitivne odzive iz družbenega okolja.

Eno izmed prilagoditev predstavlja proces oblikovanja osebne identitete gibalno oviranih invalidov, ki je mnogokrat prilagojen namenom oblikovanja identitete, ki bo ustrezala posebni (drugorazredni) družbeni vlogi invalida in poteka različno glede na nastanek okvare – od rojstva (prirojena okvara) ali pozneje v življenju (pridobljena okvara) (Kačič, 2008). Pri otroku poteka ta proces v okviru specialnih vzgojno-izobraževalnih procesov: (1) v odnosu s specialnimi pedagogi in drugimi učitelji, (2) v odnosu s starši, ki se postopoma rehabilitirajo za ustrezno vzgojo in (3) v odnosu s širšim socialnim okoljem, ki s svojimi pričakovanji in zahtevami sooblikuje identiteto invalida. Drugače je v primerih pridobljene okvare, ko ima oseba že pred tem oblikovano osebno identiteto in dejansko poteka proces redefiniranja njegove dotedanje

identitete v identiteto invalida. V tem primeru poteka drugačen proces in so v rabi drugačne metode. Poznamo jih kot proces rehabilitacije oz. ponovne usposobitve za življenje (Kačič, 2008). Vzporedno s procesom rehabilitacije lahko poteka tudi proces resocializacije, ki povzroča spremembe v posameznikovem življenjskem stilu, hkrati pa pomeni prekinitev z obstoječimi vrednotami, normami in stališči ter sprejemanje radikalno novih, drugačnih, včasih pa tudi nasprotnih vrednot, stališč in norm (Rus, 2004).

Socializacijski procesi so tesno povezani s kognitivnimi procesi. Tako kot vse, se tudi medosebni odnosi začnejo s socialnimi zaznavami (Rus, 2004). Pri zaznavanju oseb gre za procese, kjer spoznavamo druge, mislimo o njih in o njihovih značilnostih, o kvalitetah in o notranjih stanjih. V socialni percepciji zaznavamo ljudi ob pomoči konstruktov. Na podlagi tovrstnih zaznav oblikujemo stališča, ki predstavljajo mentalne predstave oz. kognitivne (miselne) sheme, ki se oblikujejo v socialnih situacijah (Hamilton, 2005); te pa se oblikujejo v stereotipe. Do posameznikov in/ali skupin, ki izstopajo po določenih značilnostih, oblikujemo negativna stališča, preko katerih jih zaznamujemo, stigmatiziramo in na tak način omejimo njihovo socializacijo (Crocker in Major, 1989).

Osebe z gibalnimi in fizičnimi prizadetostmi morajo svoje življenje v veliki meri, če že ne povsem, prilagajati svojemu trenutnemu zdravstvenemu stanju in telesnim zmožnostim. Družba goji do njih številne predsodke in stereotipe ter jih na tak način, žal, prevečkrat in premočno etiketira. Njihovo vključevanje v socialno mrežo in uspešno delovanje v njej, postane oteženo. Brejc (1979) piše, da je posameznikova pripravljenost, v kolikšni meri bo sprejel svojo invalidnost, v veliki meri odvisna prav od socialne stigme, ki mu je pripisana in ki jo doživlja s strani drugih. Goffman (1963; v Anderson, Wozencroft in Bedini, 2008) opredeljuje stigo kot položaj posameznikove ne popolne vključenosti v družbo. Gibalno ovirane osebe ne ustrezajo opisom "normalnega" posameznika, zato imajo v družbi težave s prilagajanjem. Izkušnje, ki jih skozi proces socializacije dobijo, pomembno vplivajo na oblikovanje njihovega mnenja o sebi in na njihovo samospoštovanje in samopodobo (Crocker in Major, 1989). Pogosto ju spremlja doživljanje negativnih čustev, ki pogojuje nivo posameznikovega optimalnega funkcioniranja v družbi (Omolayo, 2009). Cusforth (1951; v Omolayo, 2009) piše, da negativne reakcije s strani pomembnih drugih vplivajo na oblikovanje nizkega samospoštovanja, kar se kaže preko doživljanja negativnih čustev kot npr.: sram, sramežljivost, občutek krivde, socialna inhibicija, občutje nemoči, znižane sposobnosti, popustljivost, duševna stiska (Robson, 1988; v Omolayo, 2009). Med gibalno oviranimi invalidi so zato zelo pogoste čustvene težave (Omolayo, 2009). K tem lahko velikokrat doprinese tudi pojav devaluacije (rezvrednotenja) osebnosti, ki je

pogosta predvsem pri tistih osebah, katerih gibalna oviranost je posledica nesreče, do katere pride tekom njihovega življenja.

Stopnja izraženega samospoštovanja pri gibalno oviranih invalidih je bila predmet številnih raziskav. V eni izmed raziskav so proučevali, kako vplivajo predsodki do gibalno oviranih študentov na stopnjo njihovega samospoštovanja. Študentje invalidi se zavedajo predsodkov, ki jih do njih lahko gojijo njihovi vrstniki, ki niso gibalno ovirani (Schroedal in Schiff, 1972; v Fichten, Robillard, Judd in Amsel, 1989), kar bi naj sprožalo občutek manjvrednosti in posledično vplivalo na nižjo stopnjo samospoštovanja. K temu bi naj prispevala tako princip simbolične interakcije kot tudi proces socialne primerjave (Bosenberg in Kaplan, 1982; v Fichten idr., 1989). Posameznikovo samospoštovanje je namreč v veliki meri odvisno tudi od modela, s katerim se primerja. Wright (1983; v Fichten idr., 1989) ugotavlja, da je bila stopnja samospoštovanja pri invalidih pomembno nizka, ko so se primerjali z zdravimi vrstniki; te razlike pa so se znižale, ko so se primerjali z vrstniki invalidi. Slednje lahko povežemo z navedbami Omolaya (2009), ki piše, da je samospoštovanje v povezavi z invalidnostjo opredeljeno kot evalvacija sposobnosti in spretnosti, ki omogočajo prizadetemu posamezniku funkcioniranje v družbi. Tudi Omolayo (2009) je v svoji študiji primerjal stopnjo izraženega samospoštovanja pri odraslih gibalno oviranih osebah in pri osebah, ki niso bile gibalno ovirane. Tudi v tem primeru rezultati niso pokazali statistično pomembnih razlik med obema skupinama udeležencev, kar je skušal razložiti s procesom določanja ciljev in osmišljanja sveta. Vsi ljudje, ne glede na to, ali so gibalno ovirani ali ne, imajo po njegovem mnenju določene sposobnosti in spretnosti, ki jih potrebujejo za doseganje zastavljenih ciljev. Avtor (Omolayo, 2009) je predpostavljal, da bodo imeli gibalno ovirani udeleženci višjo stopnjo izraženega samospoštovanja v primerjavi z gibalno oviranimi udeleženkami. O tem je sklepal na podlagi Cohenove (1977; v Omolayo, 2009) teorije, da naj bi moški gradili identiteto na podlagi individualnosti, ženske pa so pri tem v večji meri odvisne od reakcij družbe. Nizek nivo samospoštovanja, ki je pogojen z reakcijami družbe, naj bi bil tudi dejavnik tveganja za razvoj depresivnosti. Iz tega razloga bi naj bile ženske z nizkim samospoštovanjem bolj podvržene depresivnosti (Hughes idr., 2004).

Osnovni problem raziskave predstavlja odkrivanje določenih aspektov znotraj skupine gibalno oviranih oseb. Glede na to, da je proces rehabilitacije povezan z oblikovanjem socialno-vrednotnih orientacij, nas zanima, kakšne so povezave med osnovnimi sumarnimi skori, ki se nanašajo na posameznikov stil življenja in terminalnimi ter instrumentalnimi vrednotami. Nadalje bi radi preverili, ali je na osnovi poznavanja izraženosti stopnje samospoštovanja udeležence možno razločevati glede na spol; hkrati pa nas zanima, ali lahko

na osnovi poznavanja sumarnih skorov razlikujemo med člani različnih podpornih društev in različnimi pripomočki za prilagoditev življenjskega stila.

::METODA

::Udeleženci in udeleženke

V raziskavi je sodelovalo 100 udeležencev, od tega jih je bilo 39 (39 %) moškega spola in 61 (61 %) ženskega. Povprečna starost udeležencev in udeleženek je znašala 37,07 let ($SD=15,11$ let), starostni razpon pa se je gibal med 19 in 77 leti. Glede na izobrazbo je v raziskavi sodelovalo 17 udeležencev z dokončano osnovno šolo, 62 z zaključeno srednjo šolo, 11 jih je pridobilo visoko šolsko izobrazbo, 10 pa univerzitetno.

::Pripomočki

V raziskavo smo vključili štiri merske instrumente: Vprašalnik vrednotnih orientacij in življenjskega stila (Velko S. Rus in sodelavci), Rosenbergovo lestvico samospoštovanja (*Rosenberg's Self-esteem Scale*), Zungovo skalo depresivnosti (Zung Self-Rating Depression Scale) ter vprašalnik izdelan za ciljno skupino.

Vprašalnik vrednotnih orientacij in življenjskega stila (Velko S. Rus in sodelavci)

Vprašalnik sestavlja 14 področij: socio-demografski podatki o udeležencu/ udeleženci; pomembnost in zaznava uresničenosti osemnajstih terminalnih vrednot po Rokeach-u; pomembnost in zaznava uresničenosti osemnajstih instrumentalnih vrednot po Rokeach-u; podatki o ukvarjanju z različnimi športi; podatki o želji začeti se ukvarjati (ali se še bolj intenzivno ukvarjati) s posameznimi športi; samoocena trenutnega psihološkega oz. duševnega ter telesnega stanja; samoevaluacija lastnega življenjskega stila (žs); samoocena stopnje kakovosti lastnega življenja v sedanjosti; zaznava zadovoljenosti lastnih psihosocialnih potreb (DPS); rangi pogostosti izbora določene pijače glede na priložnost; diferencial normativnosti situacij zauživanja alkohola (NDI); diferencial zaznave škodljivosti in koristnosti uživanja alkohola (U); pripravljenost za neodvisno in pomagalno vedenje (behavioralni diferencial) (BL) in evaluacija socialne klime v lastni primarni družini (DK).

Rosenbergova lestvica samospoštovanja (Rosenberg's Self-esteem Scale, M. Rosenberg, 1965)

Lestvica je namenjena merjenju stopnje posameznikovega samospoštovanja. Sestavlja jo 10 postavk, na katere udeleženci in udeleženke odgovarjajo z označitvijo enega od naslednjih odgovorov na pet-stopenjski lestvici: "sploh ne drži", "v glavnem ne drži", "ne vem", "v glavnem drži" in "povsem drži".

Posameznikov končni dosežek se nahaja v razponu med 10 in 50 točkami, pri čemer pomeni višje število točk, višje izraženo stopnjo samospoštovanja.

Zungova skala depresivnosti (Zung Self-Rating Depression Scale, Zung, 1965)

Namen lestvice predstavlja ocenjevanje depresivnosti kot stanja, v katerem se ne kaže le depresivno razpoloženje in nagnjenost k potrnosti, ampak rezultat odkriva tudi telesne ekvivalente depresivnosti, pesimističen pogled na svet in negativno predstavo o sebi. Je enodimenzionalna in samoocenjevalna skala. Vsebuje 20 postavk, na katere udeleženci in udeleženke odgovarjajo s pomočjo štiristopenjske lestvice: "nikoli/redko", "včasih", "večinoma" ali "vedno". Zbrano število točk po ovrednotenju odgovorov je v območju od 20 do 80. Rezultat nad 50 točk pomeni klinično pomembno depresivno stanje.

Vprašalnik izdelan za ciljno skupino

Vprašalnik je vseboval 8 vprašanj, ki so se nanašala na posameznikovo osnovno diagnozo in življenje. Udeleženke smo prosili naj opišejo osnovno diagnozo svoje gibalne oviranosti ter izberejo vzrok, ki jo najbolj določa. Sledilo je vprašanje o njihovem statusu. Zanimalo nas je tudi članstvo udeležencev v različnih podpornih društvih ter vrste medicinskih pripomočkov, ki jih uporabljajo v vsakdanjem življenju.

Veljavnost uporabljenih vprašalnikov smo preverili z izračuni Cronbachovih α koeficientov za posamezen sumarni skor (Tabela 1).

Tabela 1: Cronbachovi α koeficienti interne konsistentnosti za posamezne evaluacije ter za vse skupine udeležencev

evaluacija	Cronbachov α koeficient
življenjski stil	,90
zaznana stopnja zadovoljenosti lastnih psihosocialnih potreb	,81
evaluacija socialne klime v lastni primarni družini	,92
zaznava normativnosti socialnega zauživanja alkohola	,69
pripravljenost za neodvisno in pomagalno vedenje	,71
zaznava koristi ali škode zaradi alkohola	,95
samospoštovanje	,79
depresivnost	,80

::Postopek

Zbiranje podatkov je potekalo od konca novembra 2010 do konca februarja 2011. Udeleženke in udeležence, ki so bili vključeni v raziskavo smo identificirali s pomočjo nekaterih podpornih društev namenjenih gibalno oviranim invalidom: Društvo distrofikov Slovenije (Ljubljana), Društvo SONČEK

(Ljubljana), Društvo študentov invalidov Slovenije (Ljubljana), Društvo paraplegikov (Ljubljana in Murska Sobota), Društvo delovnih invalidov Slovenije (Ljubljana), Medobčinsko društvo invalidov (Murska Sobota). Vprašalnike smo nesli na sedeže društev, kjer smo vodilnim natančno razložili navodila izpolnjevanja, oni pa so jih razdelili naprej med svoje uporabnike. Izpolnjevanje vprašalnika je trajalo približno 50 minut.

Pred izvedbo postopka obdelave podatkov je bilo potrebno rekodirati vse tiste spremenljivke, pri katerih je višja ocena izražala bolj negativno konotacijo in nižja bolj pozitivno naravnost (oceno 7 spremenili v oceno 1, oceno 6 v 2, itd.). Preko uporabljenega postopka smo se skušali izogniti t.i. vplivu "seta odgovorov". Podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS (Statistical Package for Social Sciences) z verzijo 18.

::REZULTATI

O normalnosti porazdelitve rezultatov smo sklepali na podlagi izračunov Kolmogorov-Smirnovega z testa, ki so prikazani v spodnji tabeli. Nobena z -vrednost se ni izkazala kot statistično pomembna, kar nakazuje normalno porazdelitev rezultatov.

Tabela 2: Rezultati Kolmogorov-Smirnovega z testa za porazdelitev obravnavanih evaluacij znotraj skupine gibalno oviranih invalidov

	ŽS	DPS	DK	NDI	BL	U	S	D
<i>N</i>	100	100	100	100	98	100	100	99
<i>M</i>	113,09	59,36	78,70	34,77	16,69	46,38	36,86	40,31
<i>SD</i>	18,00	10,08	16,36	8,84	7,09	19,56	6,12	6,88
Kolmogorov-Smirnov <i>z</i>	,791	,959	1,017	,746	1,161	1,031	,906	,446
<i>p</i>	,559	,316	,253	,633	,135	,238	,384	,989

Opombe: ŽS – življenjski stil; DPS – zadovoljenost lastnih psihosocialnih potreb; DK – evaluacija socialne klime v lastni primarni družini; NDI – normativnost zauživanja alkohola; BL – pripravljenost za neodvisno in pomagalno vedenje; U – zaznana korist zaradi alkohola; S – samospoštovanje; D – depresivnost.

Ker smo želeli raziskati različne vidike socialno-vrednotnih orientacij gibalno oviranih invalidov, smo najprej izračunali korelacijske koeficiente med evaluacijami, ki predstavljajo posamezna področja življenjskega stila s terminalnimi in instrumentalnimi vrednotami.

Tabela 3: Spearmanovi ρ koeficienti korelacij med oceno zaznane stopnje uresničenosti terminalnih vrednot ter obravnavanimi evaluacijami znotraj skupine invalidov

vrednota	žs	DPS	DK	NDI	BL	U
vznemirljivo življenje	,177	,226*	,138	-,036	-,267**	,086
udobno življenje	,392**	,342**	,297**	-,108	-,167	-,191
izpolnjen smisel življenja	,187	,184	,138	,124	-,106	-,026
mir na svetu	,155	,162	,061	,197*	-,135	,050
svet lepote in estetike	,228*	,171	,015	,014	-,039	,001
enakost vseh ljudi	-,053	,041	,145	,068	-,178	,143
družinska sreča	,218*	,196	,101	,037	-,266**	-,129
svoboda	,091	,140	,140	,018	-,182	-,119
sreča	,314**	,313**	,218*	,039	-,239*	-,181
notranja harmonija	,207*	,266**	,221*	,256*	-,119	-,056
zrela ljubezen	,144	,263*	,352**	-,101	-,223*	-,127
nacionalna suverenost	,243*	,243*	,141	,017	-,129	-,037
užitki	,143	,177	,342*	-,167	-,176	-,042
vera	,096	,015	,035	,109	-,042	-,190
samospoštovanje	,416**	,426**	,211*	,006	-,321*	-,088
resnično prijateljstvo	,308**	,337**	,248*	,179	-,407**	-,015
socialno priznanje	,225**	,239*	,167	,135	-,253*	-,130
modrost	,248*	,222*	,154	,004	-,170	-,141

Opombe: ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; $N = 97$; žs – življenjski stil; DPS – zadovoljenost lastnih psihosocialnih potreb; DK – evaluacija socialne klime v lastni primarni družini; NDI – normativnost zauživanja alkohola; BL – pripravljenost za neodvisno in pomagalno vedenje; U – zaznana korist zaradi alkohola.

Iz zgornje tabele lahko razberemo, da tvorita največ statistično pomembnih korelacij s terminalnimi vrednotami evaluacija življenjskega stila (žs) in zaznava zadovoljenosti lastnih psihosocialnih potreb (DPS). Pri evaluaciji, ki se navezuje na zaznavanje škode in koristi zaradi zauživanja alkohola (U), nismo odkrili statistično pomembne povezave z nobeno terminalno vrednoto. Če pogledamo smer izračunanih korelacijskih koeficientov, opazimo, da je večina statistično pomembnih korelacijskih koeficientov pozitivnih, negativnih pa jih je le 7, pri čemer so vsi povezani z oceno pripravljenosti za neodvisno in pomagalno vedenje (BL). Nadalje lahko razberemo, da ne tvorijo nobene statistično pomembne korelacije s katero od evaluacij zgolj štiri vrednote (izpolnjen smisel življenja, enakost vseh ljudi, svoboda in vera). Prav tako lahko pri štirih terminalnih vrednotah (sreča, notranja harmonija, samospoštovanje in resnično prijateljstvo) opazimo, da tvorijo statistično pomembne korelacije

s po štirimi evaluacijami, od tega največkrat z življenjskim stilom (žs) in z zaznavo zadovoljenosti lastnih psihosocialnih potreb (DPS).

Tabela 4: Spearmanovi ρ koeficienti korelacij med oceno stopnje zaznane uresničenosti instrumentalnih vrednot ter obravnavanimi evaluacijami znotraj skupine invalidov

vrednota	žs	DPS	DK	NDI	BL	U
prizadevnost	,397**	,312**	,214*	,120	-,279**	-,268**
širokosrčnost	,177	,155	-,022	,127	-,091	-,037
sposobnost	,173	,138	,050	,125	-,307**	,021
vedrost	,313**	,339**	,067	,095	-,153	,026
urejenost	,254*	,137	-,005	,107	-,028	-,223*
Hrabrost	,041	,168	-,007	,038	-,172	,027
odpuščanje	,119	,099	,081	,063	-,294**	,016
uslužnost	,206*	,186	,096	,310**	-,230**	-,156
iskrenost	,116	,121	,106	,126	-,144	,058
iznajdljivost	,130	,234*	,122	,094	-,339**	,085
neodvisnost	,251*	,305**	,022	,178	-,265**	-,019
intelektualnost	,210*	,193	,100	,085	-,237*	-,070
ljubeznivost	,124	,211*	,108	,096	-,194	-,252*
logičnost	,148	,165	,115	,125	-,195	-,130
ubogljivost	-,054	,007	,125	,216*	,198	-,088
odgovornost	,252*	,333**	,225*	,201	-,259*	-,172
vljudnost	,193	,203*	,152	,088	-,271**	-,190
obvladovanje	,087	,067*	,173	,040	-,216*	-,096

Opombe: ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; $N=97$; žs – življenjski stil; DPS – zadovoljenost lastnih psihosocialnih potreb; DK – evaluacija socialne klime v lastni primarni družini; NDI – normativnost zauživanja alkohola; BL – pripravljenost za neodvisno in pomagalno vedenje; U – zaznana korist zaradi alkohola.

Poglejmo še Spearmanove korelacijske koeficiente med evaluacijami in instrumentalnimi vrednotami. Če primerjamo te rezultate z rezultati iz prejšnje tabele, lahko opazimo, da tvorijo instrumentalne vrednote nekoliko manj statistično pomembnih korelacij z evaluacijo življenjskega stila (žs) ter z zaznavo zadovoljenosti lastnih psihosocialnih potreb (DPS) kot pri terminalnih vrednotah; hkrati pa je nekoliko več statistično pomembnih povezav z oceno pripravljenosti za neodvisno in pomagalno vedenje (BL). Tudi pri tej skupini vrednot so le štiri (širokosrčnost, hrabrost, iskrenost in logičnost) take, ki ne tvorijo statistično pomembne povezave z nobeno evaluacijo. Prizadevnost in odgovornost pa sta instrumentalni vrednoti, pri katerih se je kar pet povezav z evaluacijami izkazalo kot statistično pomembnih.

Nadalje so nas zanimala morebitne razlike v življenjsko-stilnih orientacijah glede na spol udeležencev. Preverjali smo jih z diskriminantno analizo. Wilksova λ se je izkazala kot statistično pomembna ($\lambda = ,841$; $\chi^2_{(8)} = 15,79$, $p = ,045$), kar pomeni, da na osnovi poznavanja evaluacij posameznih sumarnih skorov lahko razlikujemo udeležence glede na njihov spol. V spodnji tabeli prikazujemo deskriptivno statistiko evaluacij udeležencev glede na spol ter skupno deskriptivno statistiko.

Tabela 5: Deskriptivna statistika obravnavanih evaluacij pri gibalno oviranih invalidih glede na spol

	moški		ženske		skupaj	
	M	SD	M	SD	M	SD
odvisne spremenljivke						
življenjski stil	111,89	18,13	115,29	17,11	113,96	17,50
zadovoljenost lastnih psihosocialnih potreb	60,68	9,99	59,15	9,98	59,75	9,96
evaluacija soc. klime v lastni primarni družini	77,34	17,83	79,42	15,02	78,61	16,12
normativnost zauživanja alkohola	32,18	8,49	36,27	8,77	34,67	8,84
pripravljenost za pomagalo vedenje	16,03	7,07	17,17	7,19	16,72	7,12
zaznana korist zaradi alkohola	48,82	19,57	44,36	18,60	46,10	19,02
samospoštovanje	36,71	5,84	36,76	6,37	36,74	6,14
depresivnost	39,97	6,40	40,22	7,09	40,12	6,79

Opombe: $N_{\text{moški}} = 38$; $N_{\text{ženske}} = 59$.

Primerjava povprečnih vrednosti pri posamezni evaluaciji med skupinama moških in žensk kaže največja odstopanja pri sumarnih skorih normativnost zauživanja alkohola ter pri zaznavi koristnosti in škodljivosti zaradi uživanja alkohola. Enakost povprečja posameznih evaluacij med skupinama smo nadalje preverjali z Wilksovo λ (Tabela 6), kjer se je kot statistično pomembna izkazala zgolj razlika povprečij pri evaluaciji zaznave normativnosti uživanja alkohola. Nobena izmed preostalih evaluacij ni na meji statistične pomembnosti.

Tabela 6: Wilksov test enakosti povprečja skupin

evaluacija	Wilksova λ	F	df1	df2	p
življenjski stil	,991	,868	1	95	,354
zadovoljenost lastnih psihosocialnih potreb	,994	,544	1	95	,463
evaluacija socialne klime v lastni primarni družini	,996	,383	1	95	,537
normativnost zauživanja alkohola	,949	5,149	1	95	,026
pripravljenost za neodvisno in pomagalno vedenje	,994	,592	1	95	,443
zaznana korist zaradi alkohola	,987	1,275	1	95	,262
samospoštovanje	1,000	,002	1	95	,968
depresivnost	1,000	,030	1	95	,862

Ker so kovariance med obema skupinama homogene (*Box's* $M=49,689$; $p=,147$), smo izdelali strukturno matriko (Tabela 7). Vidimo, da le-ta podpira napovedno moč prediktorja, ki se nanaša na evaluacijo normativnosti zauživanja alkohola.

Tabela 7: Strukturna matrika

prediktor	funkcija 1
normativnost zauživanja alkohola	,535
zaznana korist zaradi alkohola	-,266
življenjski stil	,220
pripravljenost za neodvisno in pomagalno vedenje	,181
zadovoljenost lastnih psihosocialnih potreb	-,174
evaluacija socialne klime v lastni primarni družini	,146
depresivnost	,041
samospoštovanje	,010

Nadalje smo preverili, ali lahko na podlagi poznavanja izbranih evaluacij sklepamo o članstvu gibalno oviranih udeležencev v različnih podpornih društvih. V nadaljnji analizi smo v vlogi prediktorjev vključili pet podpornih društev (Društvo paraplegikov, Društvo SONČEK, Društvo distrofikov, Društvo invalidov in Društvo študentov invalidov Slovenije), v katerih je včlanjenih največ udeležencev naše raziskave. Podatke smo obdelali z diskriminantno analizo, v spodnji tabeli pa prikazujemo rezultate.

Tabela 8: Wilksova λ članstva v Društvu paraplegikov

podporno društvo	Wilksova λ	X^2	df	p
Društvo paraplegikov	,897	9,888	8	,273
Društvo SONČEK	,936	5,979	8	,650
Društvo distrofikov	,942	5,450	8	,709
Društvo invalidov	,836	16,275	8	,039
Društvo študentov invalidov Slovenije	,890	10,649	8	,222

Vidimo, da se je kot statistično pomemben izkazal zgolj rezultat pri Društvu invalidov, kar pomeni, da lahko na podlagi poznavanja sumarnih skorov izbranih evaluacij sklepamo zgolj na članstvo v tem društvu. V nadaljevanju podajamo deskriptivno statistiko, ki prikazuje povprečne vrednosti ter standardne deviacije posameznih evaluacij pri udeležencih, ki so se opredelili kot člani Društva invalidov in tistih, ki to niso.

Tabela 9: Deskriptivna statistika članstva v Društvu invalidov

odvisna spremenljivka	članstvo v društvu invalidov					
	DA		NE		skupaj	
	M	SD	M	SD	M	SD
žs	107,16	16,40	115,62	17,46	113,96	17,50
DPS	57,84	9,63	60,22	10,05	59,75	9,96
DK	72,95	16,67	79,99	15,78	78,61	16,12
NDI	29,11	8,33	36,03	8,47	34,67	8,84
BL	18,00	7,96	16,41	6,93	16,72	7,12
U	49,37	18,05	45,31	19,27	46,10	19,02
samospoštovanje	36,11	7,06	36,90	5,93	36,74	6,14
depresivnost	41,16	6,85	39,87	6,80	40,12	6,79

Opombe: $N_{DA} = 19$; $N_{NE} = 78$; žs – življenjski stil; DPS – zadovoljenost lastnih psihosocialnih potreb; DK – evaluacija socialne klime v lastni primarni družini; NDI – normativnost zauživanja alkohola; BL – pripravljenost za neodvisno in pomagalno vedenje; U – zaznana korist zaradi alkohola.

Primerjava povprečnih vrednosti članov in ne članov Društva invalidov kaže na nekoliko večje razlike pri evaluacijah življenjskega stila (žs) ter normativnosti zauživanja alkohola (NDI). Natančnejši vpogled omogočajo rezultati testa enakosti povprečij, ki jih prikazujemo v spodnji tabeli, in ki potrjujejo statistično pomembno razliko med povprečnimi vrednostmi obeh skupin zgolj pri evaluaciji normativnosti zauživanja alkohola (NDI).

Tabela 10: Test enakosti povprečja skupin

spremenljivka	Wilksova λ	F	df1	df2	p
življenjski stil	,963	3,667	1	95	,059
zadovoljenost lastnih psihosocialnih potreb	,991	,867	1	95	,354
evaluacija socialne klime v lastni primarni družini	,970	2,974	1	95	,088
normativnost zauživanja alkohola	,903	10,256	1	95	,002
pripravljenost za neodvisno in pomagalno vedenje	,992	,759	1	95	,386
zaznana korist zaradi alkohola	,993	,695	1	95	,407
samospoštovanje	,997	,252	1	95	,617
depresivnost	,994	,545	1	95	,462

Kovariance med obema skupinama so se izkazale kot homogene (*Box's* $M=34,723$, $p=,799$), kar je omogočilo izdelavo strukturne matrike. Tako lahko na osnovi poznavanja prediktorjev z vpogledom v strukturno matriko ugotovimo relativno diskriminativno predikcijsko vrednost posamičnih prediktorjev.

Tabela 11: Strukturna matrika korelacij med manifestnimi evaluacijami ter kanonično diskriminantno funkcijo.

prediktor	funkcija 1
normativnost zauživanja alkohola	,742
življenjski stil	,444
evaluacija socialne klime v lastni primarni družini	,400
zadovoljenost lastnih psihosocialnih potreb	,216
pripravljenost za neodvisno in pomagalno vedenje	-,202
zaznana korist zaradi alkohola	-,193
depresivnost	-,171
samospoštovanje	,116

O članstvu posameznika v Društvu invalidov nam največ povejo trije prediktorji (Tabela 11). To so evaluacije: zaznane normativnosti zauživanja alkohola, življenjskega stila ter zaznane socialne klime v lastni primarni družini. Hkrati lahko na podlagi dosedanjih rezultatov opazimo, da se je kot najmanj zanesljiv prediktor članstva v Društvu invalidov izkazala stopnja posameznikovega samospoštovanja.

Preverili smo tudi, ali lahko na podlagi poznavanja izbranih evaluacij sklepamo na uporabo pripomočkov (bergle, hodulja, voziček na ročni pogon

in voziček na električni pogon) gibalno oviranih oseb. Ponovno smo izvedli diskriminantno analizo ter preverili pomembnost Wilksove λ pri posameznem pripomočku.

Tabela 12: Wilksova λ vpliva pomembnosti uporabe določenega pripomočka gibalno oviranih invalidov

pripomoček	Wilksova λ	X^2	df	p
bergle	,898	9,817	8	,278
hodulja	,904	9,222	8	,324
voziček na ročni pogon	,858	13,983	8	,082
voziček na električni pogon	,928	6,763	8	,562

Rezultati kažejo, da uporaba pripomočkov ni statistično pomembno povezana z življenjsko-stilnimi orientacijami njegovih uporabnikov v primerjavi z orientacijami udeležencev, ki specifičnega pripomočka ne uporabljajo. Najbližje meji statistične pomembnosti je uporaba vozička na ročni pogon ($p=,082$) (Tabela 12).

Na koncu smo skušali s Faktorsko analizo preveriti, ali je v skupini gibalno oviranih invalidov sumarne skore evaluacij, ki predstavljajo metafaktorje, na podlagi določenih podobnosti možno združiti v manjše število faktorjev. KMO in Bartlettov test sta dala statistično pomemben rezultat ($p<,000$; $KMO=,791$; $X^2=251,939$; $df=28$).

V spodnji tabeli prikazujemo deleže, ki jih lahko pojasni posamezna komponenta.

Tabela 13: Delež pojasnjene variance

komponenta	lastnosti		
	skupaj	% variance	komulativni %
1	3,369	42,117	42,117
2	1,152	14,404	56,521
3	1,023	12,789	69,310
4	,778	9,726	79,036
5	,631	7,885	86,921
6	,509	6,359	93,280
7	,347	4,335	97,615
8	,191	2,385	100,000

Vidimo, da pojasnjuje sumarne skore izbranih evaluacij in samospoštovanja ter depresivnosti, osem komponent, pri čemer le prve tri zadostujejo Kaiserjevemu kriteriju in tako omogočajo nadaljnjo interpretacijo. Skupaj pojasnijo prve tri komponente skoraj 70% celotne variance. Največji delež (42%) pojasni prva komponenta. Opravili smo tudi rotacijo varimax.

Tabela 14: Rotirana komponentna matrika

faktor	komponenta		
	1	2	3
življenjski stil	,869	,175	-,080
zadovoljenost lastnih psihosocialnih potreb	,844	,179	-,009
evaluacija socialne klime v lastni primarni družini	,328	,726	,215
normativnost zauživanja alkohola	-,053	,203	-,833
pripravljenost za neodvisno in pomagalno vedenje	-,124	-,792	,318
zaznana korist zaradi alkohola	-,381	,183	,605
samospoštovanje	,818	,066	-,148
depresivnost	-,739	-,234	,066

Na podlagi rezultatov zgornje tabele opazimo, da lahko s prvo komponento pojasnimo tri metafaktorje: evaluacijo življenjskega stila, evaluacijo zaznane zadovoljenosti lastnih psihosocialnih potreb ter ocene na lestvici samospoštovanja. Ob analizi druge komponente lahko zaključimo, da v ustrezni meri pojasnjuje dva metafaktorja: evaluacija socialne klime v lastni primarni družini ter evaluacija pripravljenosti za neodvisno in pomagalno vedenje. Tudi s tretjo, zadnjo komponento, lahko pojasnimo dva faktorja (evaluacijo normativnosti zauživanja alkohola ter evaluacijo zaznane koristi zaradi uživanja alkohola).

::INTERPRETACIJA

Pričujoči prispevek izhaja iz diplomskega dela, ki smo ga posvetili populaciji gibalno oviranih invalidov. V 80.-ih letih se je v Sloveniji pričela deinstitucionalizacija, kar pomeni, da tudi najtežje gibalno ovirani v vse večji meri bivajo v domačem okolju in manj v njim namenjenih institucijah (Napret, 1997). Glede na to, da živi v Sloveniji kar 7 do 9 odstotkov gibalno oviranih invalidov (Zupan, 2010) in da se njihovo število še povečuje (Napret, 1997), smo mnenja, da je problematiki gibalno ovirane invalidnosti posvečenega premalo znanstvenega zanimanja in raziskovanja, posebej iz psihološkega vidika. Omenjena populacija je zaradi svojega primanjkljaja (še vedno) žrtev predsodkov in stereotipov, zato je temeljnega pomena, da znamo odgovoriti

na vprašanji: “Zakaj in v čem se gibalno ovirani invalidi razlikujejo od populacije, ki nima statusa invalidnosti?” in “Kakšne so specifične značilnosti oseb znotraj same skupine gibalno oviranih invalidov?”.

V prispevku smo se osredotočili na drugo vprašanje in skušali podati nekaj primerjav znotraj skupine gibalno oviranih invalidov.

Najprej smo preverjali povezave med evaluacijami zaznanih stopenj zadovoljenosti lastnih psihosocialnih potreb in terminalnimi (Tabela 3) ter instrumentalnimi (Tabela 4) vrednotami. Na podlagi rezultatov, prikazanih v obeh tabelah, lahko zaključimo, da tvorijo terminalne vrednote v skupini gibalno oviranih invalidov z evaluacijami več pomembnih povezav. Slednje lahko razložimo s pomočjo Rokeachove (1973; v Musek 2010) opredelitve terminalnih in instrumentalnih vrednot. Terminalne vrednote tako opredeljuje kot zaželeno končna stanja. Te vrednote so torej cilji in ideali. Instrumentalne vrednote pa so predstave o vedenju, kar pomeni, da predstavljajo sredstva za doseganje zaželenega. Menimo, da so se terminalne vrednote v povezavi z evaluacijami sumarnih skorov v skupini gibalno oviranih invalidov izkazale kot pomembnejše v primerjavi z instrumentalnimi vrednotami, predvsem zato, ker obsegajo osebne in socialne vrednote. Slednje lahko podpremo z modeloma sprejemanja invalidnosti (medicinski model invalidnosti in socialni model invalidnosti; Carson, 2009), katerih teorija v večji meri zajema osebne in societalne vrednote; moralne vrednote in vrednote kompetence, ki sodijo v skupino instrumentalnih vrednot, pa dojemamo kot manj izražene. Na podlagi modelov, ki jih omenja Carson (2009), predpostavljamo, da dajejo gibalno ovirani invalidi v procesu sprejemanja svoje invalidnosti večji poudarek osebnim in socialnim vrednotam, kar podpira dobljene rezultate.

Kot pišemo v Uvodu, poteka socializacija gibalno oviranih invalidov po dveh modelih – po medicinskem modelu in po socialnem modelu (Carson, 2009). Osebe, ki trpijo za gibalno oviranostjo morajo skozi svoj proces socializacije sprejeti svojo “drugačnost” ter se sprijazniti z dejstvom, da bodo do konca svojega življenja v večji ali manjši meri odvisni od drugih in da bodo morali svoj življenjski stil prilagajati svojim fizičnim zmožnostim (Napret, 1997). Menimo, da vse to pomembno vpliva na oblikovanje sheme o samem sebi ter na samovrednotenje, ki se odraža tudi v stopnji izražene samospoštovanja. Na podlagi pregleda različnih študij, ki so se ukvarjale s samospoštovanjem gibalno oviranih oseb, smo predpostavljali, da bo stopnja izražene samospoštovanja pri gibalno oviranih ženskah pomembno nižja od stopnje izražene samospoštovanja pri gibalno oviranih moških. Pri tem smo izhajali iz teorije, ki zagovarja vpliv družbenih vlog (Omolayo, 2009). Prevzemanje teh bi naj bilo pri moških bolj orientirano na posameznikovo individualnost, pri ženskah pa bi naj prevladovali vplivi družbenega okolja. Ključna vloga, ki sproža pri

gibalno oviranih invalidkah notranje konflikte ter psihične stiske, je vloga matere, ki je večinoma ne prevzemajo, kar vodi do razvrednotenja samih sebe in se posredno kaže v znižanem samospoštovanju. Rezultati diskriminantne analize (Tabela 6) so pokazali, da na podlagi poznavanja stopnje izraženosti posameznikovega samospoštovanja, ne moremo sklepati o njegovem spolu, kar ne podpira naše hipoteze in se ne sklada s predstavljeno teorijo. Kot statistično pomemben kriterij, ki omogoča razločevanje glede na spol, se je izkazala evaluacija normativnosti zauživanja alkohola (NDI), ki pojasnjuje največ variance (Tabela 7) in ki so ga ženske v povprečju ocenjevale z višjo oceno in so do zauživanja alkohola manj tolerantne kot moški. Slednje povezujemo s procesom socializacije in prevzemanjem identitete (Kačič, 2008), ki ženske v dosti manjši meri asociira z zauživanjem alkohola kot moške.

Zanimalo nas je tudi, ali je na osnovi evaluacij zaznanih stopenj zadovoljenosti lastnih psihosocialnih potreb možno razločevati med gibalno oviranimi invalidi glede na njihovo članstvo v različnih podpornih društvih in glede na uporabo pripomočkov, ki pomenijo različne prilagoditve življenjskega stila. Rezultati, zbrani v tabeli 8, kažejo, da je na osnovi poznavanja evaluacije normativnosti zauživanja alkohola (NDI) možno razlikovati med člani in ne člani Društva invalidov Slovenije, med člani ostalih podpornih društev pa ne. Pri interpretaciji dobljenih rezultatov se sklicujemo predvsem na populacijo, ki jo obsegajo posamezna društva. Člani društva distrofikov so tako osebe, obolele za živčno mišičnim obolenjem; Društvo SONČEK združuje člane s diagnosticirano cerebralno paralizo; gibalno ovirani študentje so včlanjeni v Društvo študentov invalidov Slovenije. Nekoliko natančneje smo pregledali spletne strani vseh teh društev ter prišli do spoznanja, da se omenjena tri društva v prvi vrsti zavzemajo za pravice svojih članov ter so usmerjana k temu, da jim skušajo pomagati pri njihovih vsakdanjih opravilih. Izpostavljajo ključne probleme populacije, ki jo zajemajo (npr.: prevozi, fizioterapije, študentsko življenje, ...). Nudijo tudi športne aktivnosti in rekreacijo, ki je v največji meri prisotna pri Društvo paraplegikov, kjer imajo celo ekipo paraolimpijcev. Društvo invalidov, za katerega se je izkazalo, da je na podlagi poznavanja prediktorjev, zgolj tu možno določiti članstvo v njem, se od ostalih društev nekoliko razlikuje. Za razliko od ostalih društev članov ne povezuje neka specifična diagnoza (Društvo distrofikov, Društvo SONČEK, Društvo paraplegikov), starost (Društvo študentov invalidov Slovenije), izrazita interesna dejavnost (npr.: paraolimpijada v Društvu Paraplegikov). Članom je skupno zgolj to, da imajo status invalida. Na njihovih spletnih straneh ne izstopa borba za posebne pravice članov, seznam zakonov, aktov kot je to prisotno na spletnih straneh preostalih obravnavanih podpornih društev, ampak poudarjajo pomen družabnih dogodkov. Vsa društva svojim članom ponujajo

športne aktivnosti in rekreacijo, a se ta storitev ni izkazala kot ključna, kar navajajo Boškić idr. (2008). Presenetila pa nas je pomembnost prediktorja, ki se nanaša na evaluacijo normativnosti zauživanja alkohola (NDI), na katerem so se člani Društva invalidov izkazali kot pomembno manj tolerantni.

Rezultati diskriminantne analize (Tabela 12) pa na osnovi izbranih evaluacij ne opravičujejo razločevanja med skupinami gibalno oviranih invalidnih oseb, ki uporabljajo različne pripomočke, ki pomenijo različne prilagoditve življenjskega stila. Izhajajoč iz tega lahko podpremo Carso-novo (2009) teorijo sprejemanja invalidnosti, ki govori o medicinskem in socialnem modelu invalidnosti. V obeh poudarja, da invalidi sprejemajo svojo identiteto izključno na podlagi primerjav sebe v odnosu do družbe. Menimo, da posameznikovo shemo o sebi v največji meri določajo njegove fizične karakteristike ter zmožnost prevzemanja družbenih vlog. Glede na to, da uporabljajo vsi gibalno ovirani udeleženci nek pripomoček, predpostavljamo, da lahko na sprejemanje njihove identitete vpliva uporaba pripomočka, pri čemer pa menimo, da sam tip pripomočka ni pomemben.

Posebej zanimivi se nam zdijo rezultati faktorjske analize, po katerih lahko gibalno ovirane invalide opišemo z zgolj tremi komponentami, ki smo jih skušali poimenovati na podlagi podobnosti pripadajočih metafaktorjev. Prvo komponento smo upoštevali izločene metafaktorje, ki se nanašajo predvsem na posameznika samega, poimenovali Osebna samoocena. Druga komponenta združuje oceno socialne klime v posameznikovi primarni družini ter pripravljenost za neodvisno in pomagalno vedenje, kar nas je asociiralo na vzgojo in na poimenovanje Socializacijsko-vzgojna dinamika. Sumarna skora evaluacije zaznane normativnosti zauživanja alkohola ter zaznavanja koristi zaradi uživanja alkohola, pa se oba zelo očitno nanašata na alkohol, kar je botrovalo poimenovanju komponente kot Sindrom odvisnosti od alkohola.

Pričujoči članek omogoča vpogled v nekatere aspekte gibalno ovirane invalidnosti. Dobljeni rezultati so tako lahko različnim kadrom (psihologi, specialni in rehabilitacijski pedagogi, socialni delavci, delovni terapevti, ...), ki pri svojem delu prihajajo v stik z obravnavano populacijo, v pomoč pri oblikovanju psihosocialne rehabilitacije na področju invalidnosti – posameznike lahko obravnavajo bolj ali manj enako ne glede na pripomoček, ki ga uporabljajo ter dajejo poudarek terminalnim vrednotam in pacientom tako posredno približajo sprejemanje invalidnosti.

V nadaljevanju pa bi izpostavili tudi pomanjkljivosti, na katere smo nale-teli ob izvedbi raziskave in katerim bi bilo potrebno ob morebitni ponovitvi študije izkazati več pozornosti ter jih skušati odpraviti. Začeli bi s kritiko, ki so jo podali udeleženci raziskave (gibalno ovirani invalidi). Mnogim se je zdel

uporabljeni vprašalnik predolg in prezahteven, kar je proti koncu vprašalnika botrovalo upadu njihove motivacije. Izpolnjevanje vprašalnika jim je vzelo veliko časa, zato si ob morebitni vnovični udeležbi v kaki podobni raziskavi želijo krajših vprašalnikov. Udeleženci pa so podali tudi nekaj pohval. Večini je bilo všeč, da lahko tudi oni sodelujejo pri znanstvenih raziskavah in da je raziskava posvečena njihovi problematiki; nekateri pa so v obsegu in zahtevnosti vprašalnika videli tudi pozitivno posledico, ki se je izražala predvsem v zelo natančnem samospoznavanju in samozavedanju. Preko izpolnjevanja vprašalnika se bili na nek način "prisiljeni" pomisliti na tiste vidike svojega življenja, ki jih v svojem vsakdanu zanemarjajo. Omenili bi tudi nekatere tehnične pomanjkljivosti. Čeprav smo v vzorec zajeli 100 udeležencev, je ta številka za podajanje strogih zaključkov še vedno premajhna. Ob morebitni razširitvi ali ponovitvi raziskave, bi bila zaželena vključitev večjega vzorca, ki bi bil tudi nekoliko bolj izenačen po demografskih spremenljivkah.

V diplomski nalogi smo zajeli predvsem socialno psihološki vidik, katerega delček smo skušali predstaviti tudi preko predstavljenega prispevka. Vsakdanje življenje gibalno oviranih invalidov pa ni omejeno zgolj na to področje, ampak se prepleta. Na podlagi tega, bi se bilo potrebno ciljni populaciji posvetiti tudi v domeni drugih področij psihologije (npr.: zaposlovanje gibalno oviranih invalidov – psihologija dela in organizacije; ključne osebnostne lastnosti – psihologija osebnosti, ...), kar bi dalo bolj celosten pogled in omogočalo učinkovitejše delo s to populacijo.

::LITERATURA

- Anderson, D. M., Wozencroft, A. in Bedini, L. A. (2008). Adolescent Girls' Involvement in Disability Sport: A Comparison of Social Support Mechanisms. *Journal of Leisure Research*, 40 (2), 183-207.
- Boškić, R., Žakelj, T. in Humer, Ž. (2008). Everyday Life of Disabled Persons in Slovenia: The Case of Family Life and Leisure Time. *Revija za sociologiju*, 39 (4), 251-265.
- Brejc, T. (1979). Sociološki in socialno-psihološki vidiki prizadetosti in rehabilitacije. V T. Brejc, S. Grobelnik, A. Kavar-Vidmar in Z. Neuman (ur.), *Rehabilitacija*. Ljubljana: Zavod za rehabilitacijo.
- Crocker, J. in Major, B. (1989). Social Stigma and Self-Esteem: The Self-Protective Properties of Stigma. *Psychological Review*, 96 (4), 608-630.
- Fichten, C. S., Robillard, K., Judd, D. in Amsel, R. (1989). College students with a physical disability: Myths and realities. *Rehabilitation Psychology*, 34 (4), 243-257.
- Hamilton, D. L. (2005). *Social cognition*. New York, Hove: Psychology Press.
- Hughes, R. B., Robinson-Whelen, S., Taylor, H. B., Swedlund, N. in Nosek, M. A. (2004). Enhancing Self-Esteem in Women With Physical Disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 49 (4), 295-302.
- Kačič, M. (2008). Izstopanje iz družbene vloge invalida (Individualizacija identitete in kaj storiti, da bi se ji izognili). *Socialno Delo*, 47 (3-6), 145-153.
- Musek, J. (2010/1. izdaja). *Psihologija življenja*. Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti. Tisk: ČukGraf d.o.o.
- Napret, B. (1997). Od institucionalizacije do deinstitutionalizacije in odnos do ljudi z najtežjo invalidnostjo. V A. Zupan in C. Uršič (ur.), *Neodvisno življenje najtežje gibalno oviranih* (str. 11-20). Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo.
- Omolayo, B. (2009). Self-Esteem and Self-Motivational Needs of Disabled and Non-Disabled: A Comparative Analysis. *Journal of Alternative Perspectives in the Social Sciences*, 1 (2), 449-458.
- Rus, V. S. (2004). *Sociopsihologija kot sodobna paradigma socialne psihologije*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.

INTERNETNI VIRI

- Carson (2009). The Social Model of Disability. Sneto dne 5. 11. 2010, s spletnega naslova: <http://www.ukdpc.net/library/Social%20Model%20of%20Disability2.pdf>
- Zakon o invalidskih organizacijah (ZInvO), Uradni list RS 108/2002 z dne 12. 12. 2002, 5. člen, 3. odstavek. Sneto dne 12. 11. 2010, s spletnega naslova: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=2002108&stevilka=5311>
- Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (ZZRZ1), Uradni list RS 16/2007 z dne 23. 2. 2007, 3. člen. Sneto dne 12. 11. 2010, s spletnega naslova: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=78532>
- Zupan, A. (2010). Invalid v urbanem okolju. *Vita*. Sneto dne 22. 10. 2010, s spletnega naslova: <http://www.revija-vita.com/>