

## PIERWOTNA I WTÓRNA OCENA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI – PREDYKCYJNA ROLA ZMIENNYCH SOCJODEMOGRAFICZNYCH I ZWIĄZANYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Ocena niepełnosprawności to kategoria poznawcza, rozpatrywana głównie w kontekście przystosowania do życia z niepełnosprawnością. Jej znaczenie określane jest najczęściej w ramach teorii stresu i radzenia sobie z nim, aplikowanej na grunt studiów nad niepełnosprawnością. W artykule zaprezentowano wyniki badań nad pierwotną i wtórną oceną niepełnosprawności, formułowaną przez osoby z nabytymi uszkodzeniami ruchowymi. Grupa badanych obejmuje osoby z urazem rdzenia kręgowego oraz po amputacji kończyny dolnej. Pierwotną i wtórną ocenę niepełnosprawności przeanalizowano z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych i związanych z niepełnosprawnością. Uzyskane rezultaty wskazują, że te kategorie zmiennych pozwalają lepiej wyjaśnić pierwotną niż wtórną ocenę niepełnosprawności. Ponadto ustalono większe znaczenie predykcyjne zmiennych związanych z niepełnosprawnością niż socjodemograficznych w tłumaczeniu natężenia zarówno oceny pierwotnej, jak i wtórnej. Rodzaj niepełnosprawności, czas jej trwania, a także poczucie kontroli nad konsekwencjami posiadanego uszkodzenia narządu ruchu mają istotne znaczenie w określaniu natężenia obu przyjętych form oceny niepełnosprawności.

**Słowa kluczowe:** ocena niepełnosprawności, nabyta niepełnosprawność ruchowa, uraz rdzenia kręgowego, amputacja kończyny dolnej

### Wstęp

Doświadczanie trwałej niepełnosprawności, w tym ruchowej, wiąże się ze znaczącymi wyzwaniami fizycznymi, psychologicznymi i społecznymi. Wpisują się one w dynamiczny i długotrwały proces przystosowania, modyfikowany licznymi czynnikami, których zakres, natężenie i sposób oddziaływania zmienia się w perspektywie biegu życia (Kirenko, 1995; van Leeuwen i in., 2012). Dotychczasowe ustalenia badawcze wskazują, że pomyślny przebieg tego procesu, wyrażający się w satysfakcjonujących efektach adaptacyjnych, koresponduje ściśle z adaptacyjnymi strategiami zaradczymi (Chevalier, Kennedy, Sherlock, 2009; Byra, 2012; van Leeuwen i in., 2012), przekonaniami na temat świata i własnej skuteczności w radzeniu sobie z napotykanymi przeszkodami (np. Byra, 2014, 2012). Wyniki badań (np. Livneh, Martz, 2014) dowodzą przy tym znaczącego zróżnicowania w reagowaniu przystosowawczym osób z nabytymi trwałymi uszkodzeniami narządu ruchu. Istotną, różnicującą rolę odgrywa percepcja po-

siadanej niepełnosprawności i jej konsekwencji. Okazuje się, iż to, jak osoba ocenia doświadczane ograniczenia oraz ich skutki, ma znaczenie dla poziomu i jakości szeregu rezultatów adaptacyjnych, jak np. zadowalającej jakości życia, zaangażowania społecznego, pozytywnego postrzegania własnej osoby itp. (Peter i in., 2014a, b). Badania pokazały proporcjonalną zależność między pozytywną oceną własnej niepełnosprawności a aktywną postawą wobec konstruktywnych zmian życiowych, dokonywaniem wyborów mających na celu optymalne wykorzystywanie zachowanego potencjału oraz zadowoleniem z różnych obszarów życiowych (Kennedy i in., 2010). Dowiedziono ponadto, iż negatywna ocena niepełnosprawności wiąże się z gorszymi wynikami w zakresie funkcjonowania psychospołecznego, w tym niezależności w codziennej aktywności oraz z obniżonym poczuciem jakości życia (Dean, Kennedy, 2009).

Rezultaty badań empirycznych pozostają w zgodności z założeniami teoretycznymi określającymi strukturę i funkcje oceny w konfrontowaniu się z trudnymi doświadczeniami życiowymi. Na przykład model stresu i radzenia sobie z nim (Lazarus, Folkman, 1984), adaptowany do wyjaśniania przystosowania osób z niepełnosprawnością (Galvin, Godfrey, 2001; Craig, Tran, Middleton, 2017) zakłada, iż subiektywna percepcja wyzwań związanych z napotykaną sytuacją jest bardziej znacząca niż obiektywna charakterystyka zdarzenia. Wychodząc z założeń tego modelu, wyodrębniającego dwa rodzaje oceny: pierwotną i wtórną, badacze zajmujący się niepełnosprawnością stworzyli rozbudowaną jej strukturę. Pierwotna ocena niepełnosprawności wyraża niejako wstępne rozstrzygnięcie co do stopnia i zakresu stresogenności doświadczanych ograniczeń. Osoba, oceniając doświadczaną niepełnosprawność, rozpatruje ją w kategorii zjawiska stresogenego lub okoliczności trudnych, ale możliwych do konstruktywnego opanowania. W związku z tym w ramach tego typu oceny niepełnosprawności możliwe jest jej określenie jako zagrożenia, straty lub wyzwania (Groomes, Leahy, 2002; Dean, Kennedy, 2009). Syntetycznie rzecz ujmując, można je scharakteryzować następująco: a) uznanie niepełnosprawności za zagrożenie dla realizacji jakichkolwiek wartościowych celów życiowych; b) traktowanie niepełnosprawności w postaci straty znaczących szans i możliwości; c) przyjęcie niepełnosprawności w kategorii wyzwania, co wyraża się w świadomości posiadanych ograniczeń, przy jednoczesnym dostrzeganiu utrzymanych zasobów, wartych wykorzystania w ramach osiągnięcia preferowanych wartości i celów rozwojowych (Duff, Kennedy, 2003; Kaiser, Kennedy, 2011; Byra, 2012).

Równocześnie, oprócz pierwotnej oceny niepełnosprawności, formułowana jest ocena wtórna. Wyraża ona sposób postrzegania własnych zasobów przez osobę, szacowania ich wystarczalności oraz możliwości efektywnego wykorzystania w zmaganiu się z sytuacją trudną. Oba te rodzaje ocen nakreślają pewien obraz niepełnosprawności oraz dysponowanych możliwości radzenia sobie z jej konsekwencjami, charakterystyczny dla danej osoby (Kaiser, Kennedy, 2011). Badania wskazują, że osoby z nabytymi uszkodzeniami narządu ruchu, oceniając posiadaną niepełnosprawność, wykorzystują wszystkie formy oceny pierwotnej, różnorodnie wartościując również dysponowane zasoby zaradcze i sposobności ich użycia w pokonywaniu napotykanych stresorów (Byra, 2012, 2014). Warto przy tym zaznaczyć, że najwięcej badanych traktuje posiadaną niepełnospraw-

ność w kategorii zagrożenia lub wyzwania (Byra, 2012). Empiryczne weryfikacje w zakresie poczucia własnej skuteczności w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi (znaczeniowo zbliżone z oceną wtórną niepełnosprawności) dowodzą przeciętnego poziomu tej dyspozycji u osób z uszkodzeniem narządu ruchu, z nieco większą liczbą badanych wysoko oceniających posiadane zasoby zaradcze (tamże).

Pierwotna i wtórna ocena niepełnosprawności pozostaje w związku z licznymi wskaźnikami psychospołecznego przystosowania oraz radzeniem sobie z problemami u osób z niepełnosprawnością ruchową (np. Chevalier, Kennedy, Sherlock, 2009; Kennedy i in., 2011; Bonanno i in., 2012; Peter i in., 2014a, 2014b; Kennedy, Kilvert, Hasson, 2016; Eaton, Jones, Duff, 2018). Należy przy tym podkreślić, że rola oceny niepełnosprawności w relacji z radzeniem i przystosowaniem nie jest jednoznaczna, ma charakter zarówno predykcyjny, jak i mediujący (udział w modyfikowaniu związku między stresującym/traumatycznym zdarzeniem nabycia niepełnosprawności a elementami procesu zaradczo-przystosowawczego) (Peter i in., 2014a, 2014b; Kennedy, Kilvert, Hasson, 2016). Znacząco mniej dotychczasowych analiz koncentruje się natomiast na predykcyjnych czynnikach samej oceny niepełnosprawności. Wyniki badań podłużnych dowodzą, iż może się ona zmieniać w procesie przystosowywania się do życia z trwałymi uszkodzeniami ruchowymi. Kennedy, Kilvert i Hasson (2016) wykazali, że stosowanie adaptacyjnych strategii radzenia sobie (np. pozytywnej reinterpretacji) w 12. tygodniu po nabyciu urazu rdzenia kręgowego przewidywało pozytywny styl oceniania (w tym uznanie konsekwencji niepełnosprawności jako możliwych do opanowania) po 21 latach. Badacze zgadzają się co do tego, że zmienność oceny niepełnosprawności kształtuje się na bazie nabywanego przez osobę doświadczenia i wielu składających się na nie warunków kontekstualnych (Heppner, Lee, 2002). Sugerują ponadto, że pomimo tak silnego związku między oceną niepełnosprawności a przyjmowanym sposobem zaradczym, większa dynamika zmian występuje w samym procesie oceniania, podlegającym wpływom czynników sytuujących się w cechach podmiotowych, związanych ze specyfiką niepełnosprawności, społecznych, środowiskowych, a nawet będących pochodną biegu życia osoby (Kennedy, Kilvert, Hasson, 2016). Sprawdzenie znaczenia tych czynników dla oceny niepełnosprawności jest zatem nie tylko interesujące poznawczo, lecz także może nakreślić jej lepsze rozumienie przydatne dla celów terapeutycznych, w tym ukierunkowanych na budowanie adekwatnej i elastycznej aktywności zaradczej u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową.

Stosunkowo niewiele jest badań empirycznych analizujących ocenę niepełnosprawności (zarówno pierwotną, jak i wtórną) w powiązaniu ze zmiennymi odnoszącymi się do różnych aspektów samej niepełnosprawności oraz charakterystyki socjodemograficznej osób jej doświadczających. Zważywszy na fakt, iż tego typu swoiste elementy cechujące osoby z niepełnosprawnością składają się na ich prymarny opis, interesujące jest, czy stanowią one znaczący czynnik różnicowania oceny posiadanych uszkodzeń i możliwości radzenia sobie z nimi. Dotychczasowe ustalenia badawcze w tym zakresie dostarczyły następujących rezultatów: czas trwania niepełnosprawności korespondował z negatywną jej oceną (Eaton, Jones, Duff, 2018), najwyższe nasilenie oceny w postaci zagrożenia stwierdzono w okresie bezpośrednio następującym po nabyciu trwałego uszkodzenia narządu ruchu

(Kennedy i in., 2011), przy czym badania podłużne wykazały, że długotrwałe doświadczenie niepełnosprawności wiązało się z niższym natężeniem tego typu oceny (Kennedy, Kilvert, Hasson, 2016). Wyższe wyniki w ocenie niepełnosprawności osiągały osoby z paraplegią niż z tetraplegią (Mignogna i in., 2015), osoby po amputacji nieco częściej oceniały posiadaną niepełnosprawność w kategorii wyzwania w porównaniu z badanymi z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (Byra, 2012). Co istotne, ocena niepełnosprawności jako straty podlegała w większym stopniu różnicowaniu zmiennymi bezpośrednio związanymi z posiadanym uszkodzeniem niż odnoszącymi się do innych wymiarów charakteryzujących osobę (Kalpakjian i in., 2015). Kobiety z urazem rdzenia były bardziej skłonne do wskazywania na przytłaczające niedowierzanie (Dean, Kennedy, 2009), negatywną percepcję niepełnosprawności i przerażające przygnębienie z nią związane, przy znacząco mniejszym określeniu posiadanych ograniczeń w kategorii bodźca mobilizującego do działania i pokonywania napotykaných przeszkód, w porównaniu z mężczyznami (Eaton, Jones, Duff, 2018). Badania wykazały również, że kobiety z tego typu uszkodzeniem narządu ruchu w zdecydowanie większym stopniu traktowały niepełnosprawność jako źródło determinacji w skutecznym zmaganiu się z doznawanymi problemami (Byra, 2017). U mężczyzn odnotowano istotnie wyższą ocenę w zakresie posiadania zasobów możliwych do efektywnego wykorzystania w zmaganiu się z konsekwencjami niepełnosprawności (Byra, 2011). W badaniach osoby niezatrudnione uzyskały wyższe wyniki w takich wymiarach oceny niepełnosprawności, jak: przerażające przygnębienie, przytłaczające niedowierzanie, negatywna percepcja doświadczanych ograniczeń (Dean, Kennedy, 2009). Były przy tym mniej skłonne, by uznać, że konsekwencje wynikające z niepełnosprawności są możliwe do opanowania. Badani z wyższym poziomem uszkodzenia rdzenia kręgowego znacząco częściej wskazywali na negatywną ocenę posiadanej niepełnosprawności.

Na podstawie przeprowadzonych weryfikacji empirycznych można wnioskować, iż pewne zmienne związane z niepełnosprawnością oraz składające się na charakterystykę socjodemograficzną są znaczące w wyjaśnianiu oceny formułowanej przez osobę odnośnie do doświadczanej niepełnosprawności. Wyniki te pozwalają przy tym sądzić, że tego typu zmienne w większym zakresie pomagają wytłumaczyć negatywną ocenę niepełnosprawności niż pozytywną, bardziej pierwotną niż wtórną. Dają podstawę do zainteresowania poznawczego, ukierunkowanego na rozstrzygnięcie tego, które ze zmiennych socjodemograficznych i związanych z niepełnosprawnością w największym stopniu odpowiadają za natężenie pierwotnej i wtórnej jej oceny.

## **Badania własne**

Celem badań było ustalenie udziału zmiennych socjodemograficznych i związanych z niepełnosprawnością w wyjaśnianiu natężenia jej pierwotnej i wtórnej oceny u osób z nabytymi trwałymi uszkodzeniami narządu ruchu. Prowadzone badania zmierzały zatem do odpowiedzi na pytanie: Czy zmienne socjodemograficzne i odnoszące się bezpośrednio do niepełnosprawności różnicują poziom jej oceny pierwotnej i wtórnej. A jeśli tak, to w jakim stopniu uczestniczą w wyjaśnianiu zmienności obu form oceniania u osób z nabytą niepełnosprawnością?

Szczegółowa problematyka badawcza koncentruje się wokół następujących kwestii:

- a) znaczenia zmiennych socjodemograficznych, tj. wieku, płci, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, posiadania/braku dzieci, poziomu wykształcenia, zatrudnienia/braku zatrudnienia w ustalaniu zmienności pierwotnej i wtórnej oceny niepełnosprawności;
- b) roli zmiennych bezpośrednio związanych z niepełnosprawnością, takich jak: czas jej trwania, rodzaj, poczucie kontroli nad konsekwencjami wynikającymi z posiadanego uszkodzenia ruchowego w wyjaśnianiu poziomu przyjętych form oceniania;
- c) kategorii zmiennych (socjodemograficznych czy związanych z niepełnosprawnością) pozwalających lepiej wyjaśnić nasilenie zarówno pierwotnej, jak i wtórnej oceny posiadanej niepełnosprawności.

Do rozstrzygnięcia wysuniętych kwestii wykorzystano materiał badawczy zebrany wśród 325 osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową. Przebadano 181 (55,69%) osób z urazem rdzenia kręgowego oraz 144 (44,31%) osoby po amputacji kończyny dolnej. Średnia wieku badanych wynosiła 40,02 roku (SD = 13,90). Wśród badanych zdecydowanie przeważali mężczyźni (233 – 71,84%). Większość badanych mieszkała w mieście (220 – 67,69%). Stan cywilny badanych prezentował się następująco: kawaler/panna (160 – 49,23%), żonaty/zamężna (98 – 30,15%), rozwiedziony/a (37 – 11,38%), w separacji (13 – 4%), wdowiec/wdowa (14 – 4,31%). Ponad połowa badanych miała dzieci (174 – 53,54%). Poziom wykształcenia badanych: podstawowe (17 – 5,24%), zawodowe (79 – 24,31%), średnie (139 – 42,76%), niepełne wyższe (40 – 12,31%), wyższe (50 – 15,38%). Dominująca liczba badanych nie miała stałego zatrudnienia (225 – 69,23%). Średni czas trwania niepełnosprawności u badanych to 14,06 roku (SD = 10,26). Średnie natężenie deklarowanego poczucia kontroli nad konsekwencjami niepełnosprawności wyniosło 3,70 (SD = 0,97), przy uwzględnieniu skali pomiarowej od 1 do 5.

Dane empiryczne zebrano przy użyciu Skali Pierwotnej i Wtórnej Oceny Niepełnosprawności (SPWON) w polskiej adaptacji (Byra, 2017) oraz Kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji do ustalenia danych socjodemograficznych i związanych z doświadczaną niepełnosprawnością. Skala Pierwotnej i Wtórnej Oceny Niepełnosprawności składa się z 32 itemów ocenianych na 6-stopniowej skali. Pozwala na ustalenie natężenia oceny niepełnosprawności w sześciu kategoriach: Przerazające Przygnębienie (PP), Przytłaczające Niedowierzenie (PN), Negatywna Percepcja Niepełnosprawności (NPN), Zdecydowana Determinacja (ZD), Wzrost i Resilience (WR) oraz Osobista Zdolność Działania (OZD). Umożliwia też określenie pierwotnego i wtórnego aspektu oceniania w postaci kategorii nadrzędnych – Katastroficzna Negatywność (KN) i Zdeterminowana Resilience (ZR). Skala ma zadowalające właściwości psychometryczne, zarówno w zakresie rzetelności, trafności, jak i stabilności. Zostały one sprawdzone wśród osób z urazem rdzenia kręgowego. Alfa Cronbacha dla poszczególnych podskal sytuuje się w przedziale od 0,82 do 0,90, dla KN i ZR – 0,71. W przypadku stabilności narzędzia współczynniki korelacji dla podskal mieściły się w granicach: 0,65–0,92;  $p < 0,001$  (tamże).

Kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji posłużył do zebrania danych socjodemograficznych (dotyczących wieku, płci, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, posiadania/lub nie dzieci, poziomu wykształcenia, zatrudnienia/lub

jego braku) oraz zmiennych bezpośrednio związanych z niepełnosprawnością ruchową (tj. rodzaj uszkodzenia narządu ruchu, czas jego trwania oraz poczucie kontroli nad konsekwencjami niepełnosprawności, przy wykorzystaniu 5-punktowej skali: 1 – brak poczucia kontroli, 5 – wysokie poczucie kontroli).

## Wyniki badań

W tabeli 1 zaprezentowano statystyki opisowe poszczególnych wymiarów oceny niepełnosprawności, wyodrębnionych na podstawie zastosowanego narzędzia badawczego. Pierwotna ocena niepełnosprawności wyrażona jest w Katastroficznej Negatywności i obejmuje trzy kategorie określone w następujących podskalach: Przerazające przygnębienie, Przytłaczające niedowierzanie oraz Negatywna percepcja niepełnosprawności. Wtórna ocena niepełnosprawności – nazwana Zdeterminowaną Resilience – obejmuje oszacowanie badanych w zakresie posiadanych możliwości zaradczych i efektywnego ich wykorzystania w radzeniu sobie z konsekwencjami doświadczanych ograniczeń. Tego typu ocena opiera się na tezie, że niepełnosprawność i różnorodne skutki z nią związane stanowią swoisty bodziec do rozpatrywania swoich zasobów zaradczych i gotowości do ich używania. Natężenie Zdeterminowanej Resilience wyraża zatem pewne ewaluatywne odniesienie się badanych zarówno do swojej determinacji, elastyczności, jak i sposobności opamiętania konsekwencji doświadczanej niepełnosprawności.

**Tabela 1**

Statystyki opisowe analizowanej zmiennej – pierwotnej i wtórnej oceny niepełnosprawności

Podskale	$\bar{x}$	s	Zakres wyników (min-max)	Zakres podskali	Wyniki w podskalach podzielone przez liczbę itemów	
					$\bar{x}$	s
Przerazające przygnębienie (PP)	33,10	5,13	8–46	8–48	4,14	0,64
Przytłaczające niedowierzanie (PN)	20,95	3,83	5–29	5–30	4,19	0,77
Negatywna percepcja niepełnosprawności (NPN)	21,83	3,69	9–30	5–30	4,37	0,74
Zdecydowana determinacja (ZD)	14,28	4,26	4–24	4–24	3,57	1,06
Wzrost i resilience (WR)	18,87	4,34	6–29	5–30	3,40	0,72
Osobista zdolność działania (OZD)	18,02	4,51	5–30	5–30	3,60	0,90
Katastroficzna negatywność (KN)	75,88	11,05	23–104	18–108	4,21	0,61
Zdeterminowana resilience (ZR)	51,18	12,00	18–83	14–84	3,66	0,86

Wyższe wyniki w podskalach PP, PN, NPN reprezentują wyższą zgodność z tego typu ocenami, niższe wyniki w podskalach ZD, WR, OZD wskazują na wyższą zgodność z tego typu ocenami.

Uzyskane rezultaty ukazują zróżnicowaną ocenę swojej niepełnosprawności przez osoby badane. Nieco przeważa natężenie pierwotnej oceny niepełnosprawności, w obrębie której najwyższa wartość średniej odnosi się do negatywnej percepcji niepełnosprawności. Niemniej należy zauważyć, że wynik ten sytuuje się w przedziale rezultatów przeciętnych. Podobna sytuacja występuje w obrębie wyników wtórnej oceny niepełnosprawności. Badane osoby, oprócz pewnych niekorzystnych aspektów związanych z posiadaną niepełnosprawnością, postrzegają także mobilizacyjne jej właściwości oraz odkrywają w sobie sposobności poradzenia sobie z ograniczeniami i napotykanymi przeszkodami. Lepsze zobrazowanie natężenia poszczególnych ocen dostarczają wyniki przeliczone (zgodnie z istniejącymi normami w przypadku osób z urazem rdzenia kręgowego oraz po przekształceniu na skalę stenową u osób po amputacji kończyny dolnej) – tabela 2.

**Tabela 2**

Natężenie pierwotnej i wtórnej oceny niepełnosprawności badanych – kategorie wyników przeliczonych

Podskale	Przedziały wyników									
	Bardzo niskie		Niskie		Przeciętne		Wysokie		Bardzo wysokie	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Przerażające przygnębienie (PP)	1	0,32	14	4,43	214	67,72	79	25,00	8	2,53
Przytłaczające niedowierzanie (PN)	1	0,32	15	4,75	281	88,92	18	5,70	1	0,32
Negatywna percepcja niepełnosprawności (NPN)	3	0,95	33	10,44	252	79,75	24	7,59	4	1,26
Zdecydowana determinacja (ZD)	10	3,16	121	38,29	69	21,83	97	30,70	19	6,01
Wzrost i resilience (WR)	7	2,21	122	38,61	163	51,58	22	6,96	2	0,63
Osobista zdolność działania (OZD)	2	0,63	87	27,53	174	55,06	48	15,19	5	1,58

Najwięcej badanych osób uzyskało przeciętne wyniki w zakresie pierwotnej oceny niepełnosprawności, z widoczną przewagą liczebnościową odnoszącą się do oceny w postaci przytłaczającego niedowierzania. Więcej badanych osiągnęło wyniki wysokie i bardzo wysokie w ocenie niepełnosprawności jako przerażającego przygnębienia. Co charakterystyczne, bardziej zróżnicowany rozkład rezultatów występuje w obrębie oceny wtórnej i wyrażanej pozytywności względem posiadanych ograniczeń. Zauważalnie więcej osób badanych uzyskało wyniki wysokie i bardzo wysokie, zwłaszcza w obrębie Zdecydowanej determinacji. Niemniej warto zwrócić uwagę na fakt, że jednocześnie znaczna ich liczba cechuje się niskim natężeniem wszystkich rodzajów wtórnej oceny, wskazującej na dostrzeganie konstruktywnych aspektów niepełnosprawności i optymalizowanie swojego życia przy udziale posiadanych zasobów zaradczych.

W dalszej części opracowania zostanie przeanalizowany udział zmiennych socjodemograficznych i związanych z niepełnosprawnością w wyjaśnianiu natęże-

nia poszczególnych kategorii oceny składających się na dwie jej formy: pierwotną i wtórną. W celu ustalenia, czy uwzględnione zmienne pełnią funkcje predykcyjne, została zastosowana analiza regresji z jednoczesnym włączeniem predyktorów ilościowych i jakościowych. Przyjęte w badaniach zmienne jakościowe wielowartościowe sprowadzono do kategorii dychotomicznych. Przekształcenia dokonano w przypadku zmiennych stan cywilny (kategoria dychotomiczna: żonaty/zamężna, nieżonaty/niezamężna) i poziom wykształcenia (wykształcenie średnie i powyżej oraz wykształcenie poniżej średniego). Uzyskane wyniki prezentuje tabela 3.

**Tabela 3**

Podsumowanie analizy regresji u badanych: zmienne zależne – pierwotna i wtórna ocena niepełnosprawności, zmienne niezależne – socjodemograficzne i związane z niepełnosprawnością

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej oceny niepełnosprawności – Przerażającego przygnębienia $R = 0,471; R^2 = 0,299; F(1,96) = 4,21; p < 0,001$			
	$\beta$	błąd $\beta$	$t$	$p$
Wiek	0,31	0,07	1,97	0,001
Czas trwania niepełnosprawności	-0,22	0,07	-1,37	0,011
Poczucie kontroli nad konsekwencjami niepełnosprawności	-0,19	0,06	-1,46	0,023
Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej oceny niepełnosprawności – Przytłaczającego niedowierzania $R = 0,561; R^2 = 0,352; F(1,95) = 2,35; p < 0,001$			
	Rodzaj niepełnosprawności	-0,37	0,08	-3,32
Czas trwania niepełnosprawności	-0,23	0,08	-1,90	0,049
Zatrudnienie	0,22	0,07	2,56	0,011
Poziom wykształcenia	0,21	0,05	2,25	0,025
Posiadanie dzieci	0,19	0,05	2,79	0,005
Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej oceny niepełnosprawności – Negatywnej percepcji niepełnosprawności $R = 0,530; R^2 = 0,328; F(1,78) = 2,96; p < 0,001$			
	Wiek	0,40	0,09	3,46
Czas trwania niepełnosprawności	-0,18	0,07	-2,21	0,027
Poczucie kontroli nad konsekwencjami niepełnosprawności	-0,17	0,06	-2,53	0,011
Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej oceny niepełnosprawności – Zdecydowanej determinacji $R = 0,660; R^2 = 0,431; F(1,59) = 3,89; p < 0,002$			
	Rodzaj niepełnosprawności	-0,46	0,09	-2,16
Zatrudnienie	-0,35	0,09	2,48	0,032
Posiadanie dzieci	-0,26	0,07	2,48	0,014
Wiek	0,23	0,07	3,14	0,002



<b>Zmienne niezależne</b>	Podsumowanie zmiennej zależnej oceny niepełnosprawności – <b>Wzrostu i resilience</b> $R = 0,645; R^2 = 0,422; F(1,45) = 3,85; p < 0,001$			
Poczucie kontroli nad konsekwencjami niepełnosprawności	-0,57	0,09	-2,07	0,009
Rodzaj niepełnosprawności	-0,43	0,09	-2,07	0,045
Wiek	0,31	0,07	4,29	0,001
<b>Zmienne niezależne</b>	Podsumowanie zmiennej zależnej oceny niepełnosprawności – <b>Osobistej zdolności działania</b> $R = 0,572; R^2 = 0,397; F(2,41) = 4,17; p < 0,001$			
Poczucie kontroli nad konsekwencjami niepełnosprawności	0,41	0,09	3,67	< 0,001
Czas trwania niepełnosprawności	0,29	0,07	3,19	0,001
<b>Zmienne niezależne</b>	Podsumowanie zmiennej zależnej oceny niepełnosprawności – <b>Katastroficznego negatywności</b> $R = 0,554; R^2 = 0,347; F(3,98) = 2,10; p < 0,001$			
Wiek	0,41	0,08	2,38	0,001
Czas trwania niepełnosprawności	-0,27	0,07	-2,05	0,021
<b>Zmienne niezależne</b>	Podsumowanie zmiennej zależnej oceny niepełnosprawności – <b>Zdeterminowanej resilience</b> $R = 0,640; R^2 = 0,443; F(4,01) = 4,68; p < 0,001$			
Poczucie kontroli nad konsekwencjami niepełnosprawności	0,45	0,09	3,18	0,001
Wiek	0,44	0,09	3,49	< 0,001
Rodzaj niepełnosprawności	-0,33	0,08	-2,44	0,015
Czas trwania niepełnosprawności	0,18	0,05	2,16	0,031

Uzyskane rezultaty wskazują na zróżnicowane funkcje predykcyjne uwzględnionych zmiennych socjodemograficznych i związanych z niepełnosprawnością w wyjaśnianiu pierwotnej i wtórnej oceny niepełnosprawności oraz składających się na nie kategorii ocen u badanych z nabytą niepełnosprawnością ruchową.

Pierwotna ocena niepełnosprawności, określona zbiorczo jako Katastroficznego Negatywność (KN), jest wyjaśniana przy udziale dwóch zmiennych: wieku i czasu trwania niepełnosprawności, które łącznie pozwalają tłumaczyć ok. 35% wariancji tego wymiaru oceniania badanych. U osób starszych oraz z krótszym czasem doświadczania trwałych ograniczeń ruchowych można przewidywać wyższe natężenie oceny niepełnosprawności w kategorii KN. W przypadku wtórnej oceny niepełnosprawności, przyjmującej postać Zdeterminowanej Resilience (ZR), utworzony został bardziej rozbudowany model regresyjny, z przewagą zmiennych bezpośrednio odnoszących się do doznawanych uszkodzeń. Kombinacja tych zmiennych umożliwia wyjaśnienie ponad 44% zmienności tego wymiaru oceny u badanych. Wyższe nasilenie ZR wiąże się z większym nasileniem poczucia kontroli nad konsekwencjami niepełnosprawności oraz dłuższym

czasem jej trwania, jest w większym stopniu charakterystyczne dla badanych z urazem rdzenia kręgowego oraz mających więcej lat.

W dalszej części opracowania zostaną przeanalizowane wyniki analizy regresyjnej dotyczące poszczególnych kategorii pierwotnej i wtórnej oceny niepełnosprawności. Ocena badanych w postaci przerażającego przygnębienia może podlegać wyjaśnieniu przy udziale trzech zmiennych, które łącznie odpowiadają za ok. 30% jej wariancji. Oznacza to, że w większym stopniu tego typu ocenę formułują badani, którzy są starsi, ale jednocześnie z niedługim czasem doświadczania trwałej niepełnosprawności oraz z niższym poczuciem kontroli nad jej konsekwencjami. Utworzony model regresyjny dla oceny w kategorii przytłaczającego niedowierzania pozwala wytłumaczyć ponad 35% jej zmienności. Wyższą skłonność do tego typu oceny mogą mieć osoby z urazem rdzenia kręgowego, z krótszym czasem jego trwania, z wykształceniem poniżej średniego, niemające zatrudnienia oraz niemające dzieci. Z kolei zmienność negatywnej percepcji niepełnosprawności za pomocą ustalonego równania regresyjnego może być wyjaśniona prawie w 33%, przy czym największy wkład w tłumaczenie natężenia tego typu oceny okazuje się mieć wiek. U osób starszych z nabytą niepełnosprawnością można się spodziewać większego nasilenia negatywnej percepcji niepełnosprawności, przy jednocześnie krótszym czasie jej trwania i słabszym poczuciu kontroli nad wynikającymi z niej ograniczeniami.

Ocena niepełnosprawności w postaci zdecydowanej determinacji może podlegać wyjaśnieniu przy udziale następującej kombinacji zmiennych: rodzaj niepełnosprawności, zatrudnienie, posiadanie dzieci i wiek. Umożliwiają one przewidywanie ponad 43% jej zmienności. Wyższego nasilenia oceny w kategorii zdecydowanej determinacji można się spodziewać u osób, których niepełnosprawność wynika z nabycia urazu rdzenia kręgowego, starszych, mających zatrudnienie i dzieci. Model regresyjny utworzony w przypadku oceny: wzrost i resilience obejmuje zmienne, których kombinacja odpowiada za ponad 42% wariancji tego typu postrzegania niepełnosprawności. Wyższe natężenie tej oceny w większym stopniu charakteryzuje osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, starsze i, co interesujące, z niższym poczuciem kontroli nad konsekwencjami posiadanej niepełnosprawności. Ocena rozpatrywana z perspektywy osobistej zdolności działania może być natomiast wyjaśniana przy udziale dwóch zmiennych związanych z niepełnosprawnością i pozwalających na przewidywanie około 40% jej wariancji. Przy dłuższym czasie trwania ograniczeń ruchowych oraz nasilonym poczuciu kontrolowania konsekwencji wynikających z niepełnosprawności można spodziewać się wyższej oceny posiadanych możliwości skutecznego zmagania się z napotykanymi przeszkodami, będącymi pochodną doświadczanego uszkodzenia.

## Podsumowanie

Celem zaprezentowanego projektu badawczego było ustalenie udziału uwzględnionych zmiennych socjodemograficznych oraz związanych z niepełnosprawnością w wyjaśnianiu natężenia pierwotnej i wtórnej oceny niepełnosprawności u badanych z nabytymi uszkodzeniami narządu ruchu. Uzyskane rezultaty pozwalają udzielić odpowiedzi na postawione pytania badawcze, w tym odnoszą-

ce się do próby rozstrzygnięcia, która z grup przyjętych zmiennych w większym stopniu pozwala przewidywać poziom obu wymiarów oceny niepełnosprawności. Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, że zarówno zmienne socjodemograficzne, jak i związane z niepełnosprawnością są istotne dla zrozumienia natężenia pierwotnej i wtórnej jej oceny, formułowanej przez osoby z nabytymi ograniczeniami ruchowymi. Ich rola jest zróżnicowana, pewne zmienne są bardziej znaczące od innych, w dodatku ich predykcyjna funkcja nieco się różnicuje w odniesieniu do poszczególnych kategorii oceny niepełnosprawności. Warto już na wstępie wskazać, że uwzględnione w tych badaniach zmienne w większym stopniu pozwalają wyjaśnić wtórną ocenę niepełnosprawności dotyczącą pozytywnego ustosunkowania się do posiadanych możliwości poradzenia sobie z konsekwencjami doznawanego uszkodzenia ruchowego oraz wyrażającą pewną gotowość do aktywnego zmagania się z przeszkodami, traktując niepełnosprawność jako konkretny bodziec mobilizujący do konstruktywnego działania. Rezultaty te nie są zgodne z ustaleniami innych badaczy (zob. np. Dean, Kennedy, 2009), którzy przy uwzględnieniu zbliżonych zmiennych niezależnych dostarczyli lepszego wyjaśnienia pierwotnej oceny niepełnosprawności i jej negatywnych kategorii konotacyjnych. Ta rozbieżność w wynikach jest być może pochodną tego, że nieco więcej osób w prezentowanych badaniach zadeklarowało przeciętną i wysoką pozytywną ocenę posiadanych możliwości skutecznego opanowania konsekwencji niepełnosprawności, a tym samym wyraziło gotowość do zdeterminowanego działania. Niemniej bardziej wyczerpujące wyjaśnienie predykcji wtórnej oceny niepełnosprawności wymaga dodatkowych analiz empirycznych.

Biorąc po uwagę poszczególne kategorie pierwotnej i wtórnej oceny niepełnosprawności, stwierdza się, że zmienne socjodemograficzne oraz związane z niepełnosprawnością w największym stopniu uczestniczą w przewidywaniu zdecydowanej determinacji oraz oceniania w postaci wzrostu i resilience. Najmniejszy zaś udział tych zmiennych zaznaczył się w wyjaśnianiu oceny określanej jako przerażające przygnębienie. Spośród zmiennych socjodemograficznych dominujące znaczenie predykcyjne miał wiek, będący predyktorem aż czterech kategorii oceny niepełnosprawności. Niemniej, co interesujące, pozytywne funkcje predykcyjne wieku stwierdzono zarówno w odniesieniu do pierwotnej, jak i wtórnej oceny. Oznacza to, że osoby z nabytą niepełnosprawnością ruchową (a zwłaszcza z uszkodzeniem rdzenia kręgowego) im są starsze, tym mają większą skłonność do negatywnej percepcji niepełnosprawności, traktowania jej jako źródła przerażającego przygnębienia (zbieżność z wynikami: Eaton, Jones, Duff, 2018), ale jednocześnie wyrażają nasiloną gotowość do działania na rzecz pokonywania ograniczeń z nią związanych oraz częściej postrzegają konstruktywne przeobrażenia życiowe, będące jej pochodną. Inne zmienne socjodemograficzne odgrywają mniejszą rolę w przewidywaniu zmienności oceny niepełnosprawności, uczestnicząc jedynie w wyjaśnianiu przytłaczającego niedowierzania oraz zdecydowanej determinacji. Wyniki wskazujące na to, iż brak zatrudnienia wiąże się z większą skłonnością do negatywnej oceny niepełnosprawności, a przy tym do niższej oceny w postaci zdecydowanej determinacji, są zbieżne z wynikami, które uzyskali Dean i Kennedy (2009).

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że zmienne związane z niepełnosprawnością w nieco większym stopniu uczestniczą w wyjaśnianiu

pierwotnej i wtórnej oceny niepełnosprawności u badanych. Biorą udział w przewidywaniu zmienności wszystkich analizowanych kategorii oceny, w przypadku 4 z nich zaznacza się dominujący wkład w wyjaśnianie wariacji rodzaju niepełnosprawności bądź poczucia kontroli nad konsekwencjami niepełnosprawności. Co istotne, badania te pokazują, że wyższe natężenie zarówno oceny w postaci przytłaczającego niedowierzania, jak i zdecydowanej determinacji w znacząco większym stopniu cechuje osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w porównaniu z badanymi po amputacji kończyny dolnej. Oznacza to zatem, że rodzaj niepełnosprawności jest wyróżniającym się predyktorem w tłumaczeniu oceny pierwotnej (por. Byra, 2012). Dość oczywiste wyniki i zbieżne z dotychczasowymi ustaleniami (np. de Araújo e Silva i in., 2015) uzyskano w odniesieniu do zmiennej, jaką jest czas trwania niepełnosprawności. Stwierdzono bowiem, iż bardziej negatywna ocena niepełnosprawności wiąże się z krótszym czasem doświadczania trwałych ograniczeń ruchowych, natomiast długotrwała niepełnosprawność pozwalała przewidywać większą skłonność badanych do pozytywnej oceny w zakresie posiadania zasobów niezbędnych do skutecznego zmagania się z jej wielopłaszczyznowymi skutkami. Interesujące rezultaty otrzymano w ramach predykcyjnej funkcji poczucia kontroli nad konsekwencjami niepełnosprawności. Wyższe poczucie kontroli sprzyja przewidywaniu mniejszej gotowości do negatywnej oceny niepełnosprawności i większej skłonności do postrzegania osobistych zdolności do konstruktywnego działania. Jednocześnie słabsze przekonanie o możliwości kontrolowania posiadanych ograniczeń uczestniczy niemniej w wyjaśnianiu wyższej oceny w postaci wzrostu i resilience. Najprawdopodobniej tego typu ocena niepełnosprawności, wyrażająca się w uznaniu jej za istotny bodziec w generowaniu pozytywnych, rozwojowych przeobrażeń życiowych, facylitujący umacnianie wewnętrznej siły i poczucia celowości oraz sensowności życia, wymaga przyjęcia tego, że pewne skutki niepełnosprawności mogą być nieprzewidywalne. Ich naturę należy zaakceptować bez kontrolowania zakresu (obiektywnego czy potencjalnego) i jakości ich oddziaływania (por. Livneh, Martz, 2011; Geyh i in., 2016).

Zaprezentowane wyniki badań stanowią jedną z możliwych płaszczyzn wyjaśniania pierwotnej i wtórnej oceny niepełnosprawności u osób z nabytymi uszkodzeniami narządu ruchu. W pewnym stopniu rozstrzygają zasięg i stopień predykcji zmiennych socjodemograficznych i bezpośrednio związanych z niepełnosprawnością. Uwzględnienie stosunkowo dużej próby badanych pozwala uznać dokonane tu ustalenia za znaczące, nie tylko poznawczo, lecz także aplikacyjnie, jednakże nie wyczerpują one pełnego zakresu przewidywania natężenia pierwotnej i wtórnej oceny niepełnosprawności w tej grupie osób. Uzyskany procent wyjaśnianej wariacji wyraźnie sugeruje, iż dodatkowe zmienne, niebrane pod uwagę w tych badaniach, są istotne dla zrozumienia struktury oceniania u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową. W przyszłych badaniach należałoby zatem sprawdzić czynniki wpisujące się w szeroko pojęty proces przystosowania, a także podmiotowe dyspozycje natury poznawczej. Zastosowanie w tym celu badań podłużnych z pewnością ujawniłoby szereg cennych informacji wyjaśniających złożony proces oceniania niepełnosprawności u osób, które jej doświadczają. Zważywszy na znaczenie tej zmiennej w aktywności zaradczej oraz postrzeganiu siebie, świata, przekonań na temat swojego życia i przyszłości (np. Galvin, Godfrey, 2001; Kenne-

dy i in., 2010; Mignogna i in., 2015), badania w sugerowanym obszarze należą do kluczowych na gruncie studiów nad niepełnosprawnością ruchową.

## Bibliografia

- Araújo e Silva de, R., Reis, P.A.M., Figueiredo Carvalho de, Z.M., Pinheiro, A.K.B., Ximenes, L.B., Oliveira de, M.A.A. (2015). Analysis of risk factors sociodemographic for the functional dependence of adults with spinal cord injury. *Journal of Biomedical Science and Engineering*, 8, 287–294.
- Bonanno, G.A., Kennedy, P., Galatzer-Levy, I.R., Lude, P. (2012). Trajectories of resilience, depression, and anxiety following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 57(3), 236–247.
- Byra, S. (2011). Poczucie własnej skuteczności w kontekście radzenia sobie w sytuacjach trudnych kobiet i mężczyzn z nabytą niepełnosprawnością ruchową. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 3, 127–134.
- Byra, S. (2012). *Przystosowanie do życia z niepełnosprawnością ruchową i chorobą przewlekłą. Struktura i uwarunkowania*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Byra, S. (2014). Nadzieja podstawowa i percepcja własnej niepełnosprawności a radzenie sobie osób z urazem rdzenia kręgowego. *Hygeia Public Health*, 49(4), 825–832.
- Byra, S. (2017). Appraisal of DisAbility Primary and Secondary Scale (ADAPSS) – R.E. Dean, P. Kennedy – polska adaptacja. *Przegląd Badań Edukacyjnych*, 25a, 1–49.
- Chevalier, Z., Kennedy, P., Sherlock, O. (2009). Spinal cord injury, coping and psychological adjustment: a literature review. *Spinal Cord*, 47(11), 778–782.
- Craig, A., Tran, Y., Middleton, J. (2017). Theory of adjustment following severe neurological injury: evidence supporting the spinal cord injury adjustment model. W: A. Costa, E. Villalba (red.), *Horizons in neuroscience research* (s. 117–140). New York: Nova Science Publishers.
- Dean, R.E., Kennedy, P. (2009). Measuring appraisals following acquired spinal cord injury: A preliminary psychometric analysis of the appraisal of disability. *Rehabilitation Psychology*, 54(2), 222–231.
- Duff, J., Kennedy, P. (2003). Spinal cord injury. W: S. Llewelyn, P. Kennedy (red.), *Handbook of clinical health psychology* (s. 251–275). Chichester, England: Wiley.
- Eaton, R., Jones, K., Duff, E. (2018). Cognitive appraisals and emotional status following a spinal cord injury in post-acute rehabilitation. *Spinal Cord*, 3, 19–25.
- Galvin, L.R., Godfrey, H.P.D. (2001). The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): Review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation. *Spinal Cord*, 39(12), 615–627.
- Geyh, S., Kunz, S., Müller, R., Peter, C. (2016). Describing functioning and health after spinal cord injury in the light of psychological-personal factors. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 48, 219–234.
- Groomes, D.A., Leahy, M.J. (2002). The relationships among the stress appraisal process, coping disposition, and level of acceptance of disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46(1), 15–24.
- Heppner, P.P., Lee, D.-G. (2002). Problem-solving appraisal and psychological adjustment. W: C.R. Snyder, S.J. Lopez (red.), *Handbook of positive psychology* (s. 288–298). New York: Oxford University Press.
- Kalpajian, C.Z., Tulskey, D.S., Kisala, P.A., Bombardier, C.H. (2015). Measuring grief and loss after spinal cord injury: development, validation and psychometric characteristics of the SCI-OQL Grief and Loss item bank and short form. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 38(3), 347–355.
- Kennedy, P., Kilvert, A., Hasson, L. (2016). A 21-year longitudinal analysis of impact, coping, and appraisals following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 61(1), 92–101.

- Kennedy, P., Lude, P., Elfström, M.L., Smithson, E. (2010). Cognitive appraisals, coping and quality of life outcomes: a multi-centre study of spinal cord injury rehabilitation. *Spinal Cord*, 48(8), 762–769.
- Kennedy, P., Lude, P., Elfström, M.L., Smithson, E. (2011). Psychological contributions to functional independence: a longitudinal investigation of spinal cord injury rehabilitation. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 92(4), 597–602.
- Kennedy, P., Smithson, E., McClelland, M., Short, D., Royle, J., Wilson, C. (2010). Life satisfaction, appraisals and functional outcomes in spinal cord-injured people living in the community. *Spinal Cord*, 48(2), 144–148.
- Kirenko, J. (1995). *Niektóre uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leeuwen van, C.M.C., Kraaijeveld, S., Lindeman, E., Post, M.W.M. (2012). Associations between psychological factors and quality of life ratings in persons with spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*, 50, 174–187.
- Livneh, H., Martz, E. (2011). The impact of perceptions of health control and coping modes on negative affect among individuals with spinal cord injuries. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18(3), 243–256.
- Livneh, H., Martz, E. (2014). Coping strategies and resources as predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 59(3), 329–339.
- Mignogna, J., Christie, A.J., Holmes, S.A., Ames, H. (2015). Measuring disability-associated appraisals for veterans with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 60(1), 99–104.
- Peter, C., Müller, R., Cieza, A., Post, M.W.M., Leeuwen van, C.M., Werner, C.S., Geyh, S. (2014a). Modeling life satisfaction in spinal cord injury: the role of psychological resources. *Quality Life Research*, 23(10), 2693–2705.
- Peter, C., Müller, R., Post, M.W.M., Leeuwen van, C.M., Werner, C.S., Geyh, S. (2014b). Psychological resources, appraisals, and coping and their relationship to participation in spinal cord injury: a path analysis. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 95(9), 1662–1671.

## PRIMARY AND SECONDARY DISABILITY APPRAISAL – PREDICTIVE ROLE OF SOCIODEMOGRAPHIC AND DISABILITY-RELATED VARIABLES

### *Abstract*

Disability appraisal is a cognitive category examined mainly in the context of adjustment to living with disability. Its significance is usually determined as part of stress and coping theory applied in disability studies. The article presents the findings of a study on primary and secondary disability appraisal expressed by people with acquired motor impairments. Participants were people with spinal cord injuries and with lower limb amputation. Primary and secondary disability appraisal was analyzed with consideration of sociodemographic and disability-related variables. The findings suggest that these categories of variables make it possible to explain primary disability appraisal better than secondary disability appraisal. Also, it was found that disability-related variables had greater predictive significance than sociodemographic variables in explaining the intensity of both primary and secondary appraisal. The type of disability, its duration, and a sense of control over the consequences of one's motor impairment play a significant role in determining the intensity of both forms of disability appraisal.

**Keywords:** disability appraisal, acquired motor disability, spinal cord injury, lower limb amputation