



Magdalena Maciaszczyk

Teoretyczne aspekty zachowań konsumenckich osób niepełnosprawnych ruchowo

MONOGRAFIE

Teoretyczne aspekty zachowań konsumenckich osób niepełnosprawnych ruchowo

*Zwracaj uwagę na osoby niepełnosprawne. Stanowią one ogromny rynek.
Jeśli będziesz działać na tym rynku efektywniej niż twoja konkurencja,
to może uda ci się zdobyć lojalną i lukratywną grupę konsumentów.*

Edith Brown, Weiner, Edrich, & Brown, Inc.

Monografie – Politechnika Lubelska



Politechnika Lubelska
Wydział Zarządzania
ul. Nadbystrzycka 38
20-618 Lublin

Magdalena Maciaszczyk

Teoretyczne aspekty zachowań konsumenckich osób niepełnosprawnych ruchowo



Politechnika Lubelska
Lublin 2014

Recenzenci:

prof. dr hab. Adam Biela

prof. dr hab. Tadeusz Gałkowski

Skład: Foto Art Flash www.fotoartflash.pl

Publikacja wydana za zgodą Rektora Politechniki Lubelskiej

© Copyright by Politechnika Lubelska 2014

ISBN: 978-83-7947-023-5

Wydawca: Politechnika Lubelska

ul. Nadbystrzycka 38D, 20-618 Lublin

Realizacja: Biblioteka Politechniki Lubelskiej

Ośrodek ds. Wydawnictw i Biblioteki Cyfrowej

ul. Nadbystrzycka 36A, 20-618 Lublin

tel. (81) 538-46-59, email: wydawca@pollub.pl

www.biblioteka.pollub.pl

Druk: TOP Agencja Reklamowa Agnieszka Łuczak

www.agencjatop.pl

Elektroniczna wersja książki dostępna w Bibliotece Cyfrowej PL www.bc.pollub.pl

Nakład: 100 egz.

SPIS TREŚCI

Wstęp	6
1. Teoretyczne aspekty postępowania konsumenta	8
1.1. Pojęcia zachowania i postępowania konsumenta	8
1.2. Geneza i rozwój teorii zachowania konsumentów	13
1.3. Zachowania konsumentów w ujęciu modelowym.....	17
1.4. Operacyjny model postępowania konsumenta	39
2. Czynniki kształtujące postępowanie konsumentów	41
2.1. Potrzeby, pragnienia i motywacja	42
2.2. Postawy i emocje.....	50
2.3. Inne czynniki wewnętrzne i zewnętrzne.....	54
3. Osoba niepełnosprawna jako konsument	69
3.1. Wprowadzenie w zagadnienie niepełnosprawności	70
3.2. Polityka Unii Europejskiej i Stanów Zjednoczonych wobec niepełnosprawności	86
3.3. Sytuacja osób niepełnosprawnych na rynku pracy.....	89
3.4. Marketing a segment konsumentów niepełnosprawnych	93
3.5. Proces zakupowy konsumenta niepełnosprawnego	94
Podsumowanie.....	97
Bibliografia.....	98
Spis Rysunków	120

Wstęp

Dynamizm zmian strukturalnych zachodzących nieustannie na rynku w sposób istotny wpływa na zmiany postaw i zachowań konsumentów zarówno na rynku, jak i w innych sferach życia społecznego (*Mazurek-Lopacińska 2003, s. 15*). Konsumentom obecni na rynku podejmują działania powodowane różnorodnymi czynnikami. Niektórzy przywiązują się do marki, inni mniej lub bardziej świadomie wybierają produkty odwołujące się do ich przekonań, jeszcze inni gotowi są przepłacać bez konkretnego powodu. Nie do końca jasne są przesłanki skłaniające ludzi do podejmowania określonych zachowań nabywczych i konsumpcyjnych (Zych 2008, s. 46).

Zachowania konsumenckie to, według C. F. Kaufman (1995, s. 39–55) wszelkie zachowania ludzi – w domu, w sklepie czy nawet na ulicy, czyli wszędzie tam, gdzie myślą o zakupach, kupują lub użytkują zakupione produkty. Badacze zachowań konsumenckich, będący przedstawicielami różnych dziedzin naukowych, zajmują się różnymi elementami tych zachowań – od procesu decyzyjnego, poprzez odczucia konsumentów, wpływ różnych czynników na dokonywanie zakupów czy wreszcie reakcje konsumenta na dany produkt jako jednostki i członka rodziny lub innej grupy.

Niektórzy z tych konsumentów doświadczają niepełnosprawności, co może wpływać na produkty jakie kupują oraz miejsce i czas ich zakupu. Badania zachowań konsumenckich można znacznie wzbogacić poprzez zainteresowanie szczegółowymi jak i codziennymi potrzebami członków tej grupy. Perspektywa tak mogłaby doprowadzić do odkrycia nowych produktów, sposobów reklamowania i sprzedaży, które lepiej trafiłyby w potrzeby grupy docelowej.

Każda osoba z jakąkolwiek formą niepełnosprawności przynajmniej raz w swoim życiu doświadczyła problemów w kontaktach z otoczeniem. Niepełnosprawność skutkuje ograniczeniem w możliwości wykonania jednej lub wielu czynności wymaganych w życiu codziennym, co oznacza, iż jednostka pozbawiona jest swojej samodzielności (*Reynell 1970*). Stan taki u osoby niepełnosprawnej powoduje frustrację, u innych natomiast często wywołuje uprzedzenie. Poziom niepełnosprawności można zatem określić za pomocą poziomu niespełnionych oczekiwań otoczenia (*Omolayo 2009, s. 449*). Jednak osoba niepełnosprawna może ten poziom podnieść – przykładowo, w wyniku uwarunkowań socjalnych lub technicznych, lub wręcz odwrotnie – obniżyć, w wyniku nieprzystosowania lub niewłaściwego nastawienia (*Jennings 1988, s. 203–210*).

Problematyka podejmowana w niniejszej pracy jest interesująca poznawczo, gdyż obecnie w piśmiennictwie przedmiotu brak jest systemowego i kompleksowego rozpoznania tematyki zachowania konsumenta niepełnosprawnego, w szczególności w zakresie poruszanych w niniejszym opracowaniu obszarów potrzeb psychicznych i postaw związanych z produktem.

W rozdziale pierwszym, poświęconym zachowaniom zakupowym, przedstawiono teoretyczne podstawy opisywanego zagadnienia, definicje konsumenta i pro-

cesu zakupowego. Rozdział ten zawiera również zaproponowany model badawczy postępowania konsumenta, z uwzględnieniem trzech kluczowych elementów zachowań zakupowych, jakimi są postawy, potrzeby oraz proces decyzyjny dotyczący wyboru produktu i miejsca zakupu.

Rozdział drugi przybliży czynniki determinujące przebieg procesu zakupowego, zarówno wewnętrzne jak i zewnętrzne. Jednak ze względu na tematykę pracy, szczególny nacisk położono na znaczenie potrzeb psychicznych oraz postaw społecznych jednostki, będących jednymi z najistotniejszych czynników wpływających na postępowanie – nie tylko w sytuacji zakupu – każdego człowieka.

Potrzeby są właściwościami człowieka, dynamizującymi siłami będącymi źródłem jego aktywności kierunkującej każde jego działania. Stanowią one najbardziej zauważalny i zarazem odczuwalny objaw życia jednostki. Mimo, że sam termin „potrzeba” wydaje się całkiem jasny i intuicyjnie zrozumiały prawie dla każdego człowieka, to jednak bardzo trudno go jednoznacznie opisać. Jest on bowiem wbrew pozorom wieloaspektowy i wieloznaczny, przez co definicyjne ujęcia potrzeb są różnicowane. Dodatkowo, oprócz terminu „potrzeba”, spotkać również można wyrażenia bliskoznaczne, takie jak: zapotrzebowanie, aspiracje, pragnienia, motywy, popędy, preferencje itp. (*Bywalec 2010, s. 14*).

Postawy wywierają wpływ na różne procesy psychiczne, takie jak spostrzeganie, pamięć czy myślenie. Uważa się, że postawy i preferencje skłaniają do wybiórczego spostrzegania pewnych cech przedmiotów (*Kirenko, Sarzyńska 2010, s. 193*). Postawy więc w istotny sposób kształtują zachowania konsumpcyjne i są odpowiedzialne za związek tego, co konsumenci sądzą o wyrobach a tym, co kupują. Można więc stwierdzić, iż pomiar i zrozumienie postaw konsumenckich pozwalają na opracowanie wyrobów dopasowanych do potrzeb poszczególnych grup konsumentów.

Rozdział trzeci poświęcony jest konsumentowi niepełnosprawnemu. Poszczególne podrozdziały zajmują się różnymi aspektami niepełnosprawności. I tak podrozdział pierwszy skupia się na rozważaniach definicyjnych, które miały na celu ukazanie zmian w podejściu do zagadnienia niepełnosprawności z perspektywy legislacyjnej jak i naukowej. Dalsza część niniejszego rozdziału podejmuje problematykę osoby niepełnosprawnej w krajach Unii Europejskiej jak i poza nią w ujęciu konsumenckim. Przedstawiono tu główne akty prawne niwelujące dyskryminację osób niepełnosprawnych w różnych krajach, omówiono sytuację osób niepełnosprawnych na rynku pracy oraz podjęto próbę ukazania konsumentów niepełnosprawnych z perspektywy marketingu.

1. Teoretyczne aspekty postępowania konsumenta

1.1. Pojęcia zachowania i postępowania konsumenta

Rozważania na temat konsumpcji i zachowań konsumentów prowadzone są na wielu płaszczyznach i pod kątem różnorodnych aspektów. Złożony charakter otoczenia i kontekstowość zachowania konsumenta wymuszają zarówno Interdyscyplinarny charakter analiz jak również konieczność przyjęcia określonych założeń teoretycznych w procesie poznawczym. Współczesne teorie i analizy zachowań konsumentów opisywane powszechnie w literaturze przedmiotu oparte są najczęściej na założeniach wynikających z szeregu nauk podstawowych, a przede wszystkim psychologii i teorii mikroekonomii. Człowiek wraz jego potrzebami i zachowaniami znajdują się w centrum uwagi specjalistów z wielu dziedzin. Psychologowie zajmują się genezą i strukturą potrzeb człowieka wraz z ich wpływem na samopoczucie i rozwój, socjologowie dążą do poznania i strukturyzacji rynkowych zachowań ludzkich, specjalistów do spraw marketingu zaprzęta dostosowanie posunięć podmiotów rynkowych do potrzeb nabywców, natomiast ekonomiści skupiają swą uwagę na optymalizacji warunków zaspokajania potrzeb człowieka (Jachnis, Terelak 1998, s. 15). Podejmowane są systematyczne próby połączenia wszystkich powyższych punktów widzenia i wykorzystania możliwości, jakie niesie ze sobą podejście interdyscyplinarne. Starania te można sklasyfikować pod nazwą psychologii ekonomicznej lub ekonomii behawioralnej, które to nazwy często stosowane są jako synonimy. Jednak psychologia ekonomiczna, stosowana głównie przez psychologów, Zajmuje się mechanizmami i procesami psychicznymi leżącymi u podstaw zachowań konsumentów i innych zachowań ekonomicznych, podczas gdy ekonomia behawioralna podnosi próby zastosowania psychologii i badań psychologicznych w dziedzinie ekonomii (por. Wärneryd 2004, s. 16–17, 26–27).

Żeby odpowiednio pojmować zachowania konsumenta należy przede wszystkim sprecyzować sam termin „konsument”, czy też „konsumpcja”. Na przestrzeni dziejów termin konsumpcja ewoluował, jednocześnie znacznie zmieniając swoje znaczenie. Starożytne znaczenie terminu *consumere*, oprócz spożywania i wykorzystania dóbr, oznaczało usuwanie lub różne sposoby zbywania. Do XIV wieku nie znany był żaden konkretny termin określający zaopatrywanie ludzi w dobra zaspokajające ich potrzeby (Zalega 2007, s. 7). A. Aldridge (2006, s. 10) twierdzi, iż słowo „konsumować” (z ang. *consume*) pochodzi z XIV wieku, kiedy to oznaczało: zużywać, niszczyć, marnować, roztrwaniać, wyczerpywać, marnować, co wskazuje na jego pejoratywny wydźwięk. „Konsumpcja” (z ang. *consumption*) na początku swego zaistnienia w słownictwie potocznym konotowała negatywne zjawisko jakiejś choroby wyniszczającej organizm. W okresie późniejszym konsumpcja stała się jednoznaczna z określeniem ostrego stanu gruźlicy płuc. Termin „konsument” (z ang. *consumer*) pojawia się na początku XVI wieku, ale jego znaczenie jest również nie jest zgodne z dzisiejszym rozumieniem tego terminu i wykazuje

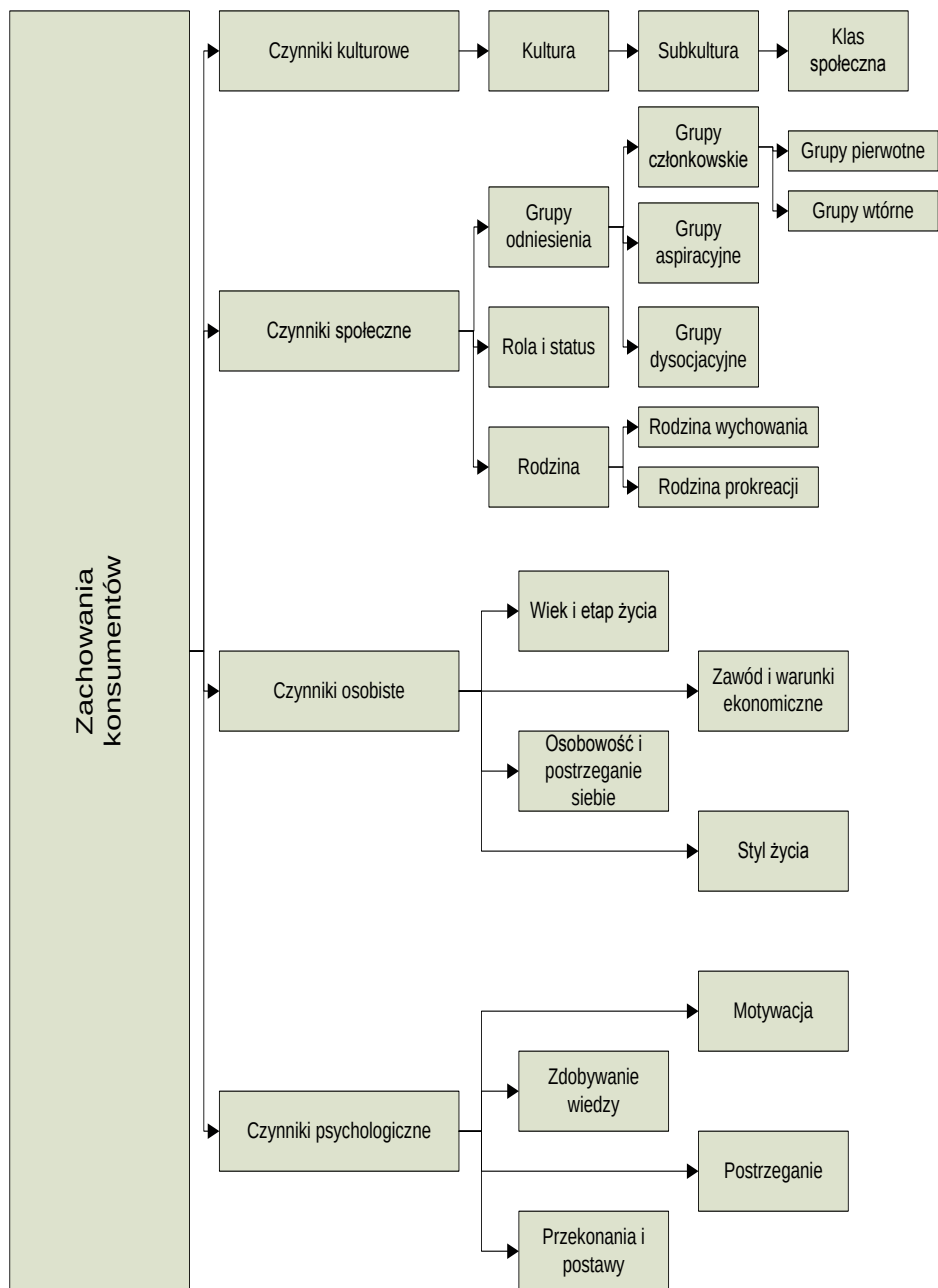
konotacje zdecydowanie negatywne. Dopiero od połowy XIX wieku znaczenie słowa „konsument” ulega neutralizacji i ewoluuje w kierunku terminu ekonomicznego, implikującego pojawienie się abstrakcyjnej jednostki na bezosobowym rynku. „Konsument” zastąpił tu „klienta”. „Klient” (z ang. *customer*) oznaczał bowiem jednostkę mającą potrzeby samodzielnie wybrane, które zaspokajane były przez dostawcę, przez co istniała trwała relacja personalna nabywcy z dostawcą. Natomiast „konsument” to osoba mająca potrzeby tworzone i generowane przez ludzi, którzy później je zaspokajają. „W odróżnieniu od klienta, konsument zamieszkuje świat nasycony reklamą. Od momentu, gdy w reklamie przestaje chodzić wyłącznie o informację, staje się ona podstępny mechanizmem tworzenia potrzeb” (Aldridge 2006, s. 11).

W czasach obecnych konsument oznacza nabywcę towarów na użytek własny (Sobol E. 1995, s. 589). W. Kopaliński rozszerza tę definicję o słowo „spożywca” (2003, s. 228), zaś J. H. Adam (1989, s. 136) podkreśla dodatkowo, iż konsument to osoba, która nie odsprzedaże nikomu nabytych towarów i usług. E. Kieźel (2004, s. 17) podaje, iż konsument to jednostka, która odczuwa i zaspokaja potrzeby konsumpcyjne, poprzez dobra i usługi zakupione na rynku, wytworzone we własnym gospodarstwie lub otrzymane w ramach świadczeń społecznych., natomiast M. Janoś-Kresło i B. Mróz (2006, s. 14–15) uszczegółowiają tę definicję poprzez dodanie iż osoba zaspokaja odczuwane potrzeby poprzez korzystanie z towarów i usług. S. Smyczek i I. Sowa (2005, s.28) dodają wyjaśnienie, iż konsument „zaspokaja swoje potrzeby konsumpcyjne i czyni to zgodnie z własnymi preferencjami, upodobaniami i tradycjami”.

Również polskie prawodawstwo podejmuje próby zinterpretowania i jednoznacznego określenia znaczenia terminu „konsument”. Jedną z obowiązujących definicji zawartą jest w ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 r., według której Kodeks Cywilny określa konsumenta jako „...osobę fizyczną dokonującą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą”.

Natomiast Ustawa o szczególnych warunkach sprzedaży konsumenckiej z dnia 27 lipca 2002 r. precyzuje, iż konsument to osoba fizyczna, która nabywa daną rzecz w celu niezwiązanym z działalnością zawodową lub gospodarczą.

Obecnie w literaturze przedmiotu z zakresu marketingu „konsument” zastępowany jest często terminem „klient” lub też „nabywca”. Wprawdzie klient jest pojęciem szerszym, ponieważ obejmuje również jednostki nabywające dobra i usługi przemysłowe w celu zaspokojenia potrzeb produkcyjnych a nabywca to osoba, która dokonuje aktu zakupu towaru - bez konieczności zaspokojenia przez niego własnych potrzeb (Smyczek, Sowa 2005, s. 23-29), niemniej jednak ze względu na charakter przedstawionej pracy terminy konsument oraz klient mogą być stosowane zamiennie.



Rys. 1. Czynniki wpływające na zachowanie konsumenta

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Kotler 2005)

Termin „zachowanie” w ogólnym ujęciu definiowany jest jako „(...) każda dająca się obserwować reakcja na bodźce z otoczenia lub ogół reakcji i ustosunkowań organizmu (...) do środowiska (...)”(*Nowa Encyklopedia Powszechna* 1996) i odnosi się do kogoś (wskazanie podmiotu - konsumentów) lub też czegoś (wskazanie funkcjonalne – zachowania konsumpcyjne odnoszą się do zaspokajania potrzeb) (*Światowy* 2006, s. 11–12). Pojęcie zachowanie jest zbieżne z pojęciem „postępowanie”, definiowanym jako podejmowanie czynności, działanie, obchodzenie się z kimś lub czymś w pewien określony sposób (*Słownik współczesny ...* 1998, s. 114).

W literaturze przedmiotu obecnych jest wiele różnorodnych definicji precyzujących wyrażenie „zachowanie konsumenta”, zwracających uwagę na różne jego aspekty. F. Hansen (1972, s. 15) określa zachowanie konsumenta jako „ogół działań i percepcji konsumenta składających się na przygotowanie decyzji wyboru produktu, dokonanie owego wyboru oraz konsumowanie”. H. Fabiunke i in. (1976, s. 32) uważają, że „zachowanie konsumenta wynika z indywidualnego odczuwania potrzeb i obejmuje całokształt obiektywnie i subiektywnie określanych, racjonalnych i emocjonalnych, świadomych i nieświadomych jego posunięć w trakcie przygotowań do podjęcia decyzji na rynku dóbr konsumpcyjnych oraz w czasie konsumpcji”. Według tej definicji, zachowanie konsumenta to jego postawa w czasie powstawania zamiaru zakupu i spożycia, a następnie w czasie transformacji potrzeby w popyt i w trakcie jego zaspokajania (lub nie) w wyniku podjęcia (lub nie) decyzji kupna lub skorzystania (lub nie) z usługi.

Według J.F. Engela, i in. (1993, s. 4) zachowanie może być rozumiane jako wszystkie działania związane z pozyskiwaniem, użytkowaniem i dysponowaniem produktami i usługami, wraz z decyzjami je poprzedzającymi i warunkującymi, co wskazuje, że zachowanie konsumenta składają się z dwóch rodzajów reakcji – zakupu i konsumpcji.

G. Antonides i F. van Raaij (2003, s. 24) podają definicję, według której zachowanie konsumenta obejmuje: „czynności psychiczne i fizyczne (...), łącznie z ich motywami i przyczynami, jednostek i (...) grup dotyczące orientacji, kupowania, użytkowania, utrzymania i pozbywania się wyrobu (...) oraz produkcji gospodarstwa domowego (...) towarów i usług z sektora rynkowego, sektora publicznego oraz sektora gospodarstwa domowego pozwalające konsumentowi funkcjonować oraz osiągać swoje cele i urzeczywistniać wartości a dzięki temu osiągać zadowolenie i dobrobyt z uwzględnieniem skutków krótko- i długofalowych oraz konsekwencji jednostkowych i społecznych”. J. Szczepański (1976) twierdzi, że zachowanie konsumenta to przede wszystkim odczuwanie potrzeb i ich hierarchizacja, wybór środków zaspokojenia potrzeb zgodnie z ich hierarchią, wybór dostępnych środków konsumpcji i wreszcie wykorzystanie środków konsumpcji. G. Światowy (1994, s. 10) ujmując dany termin jako całokształt czynności, działań i sposobów postępowania, których celem jest zdobycie środków zaspokojenia potrzeb oraz obchodzenia się z tymi środkami, co określa

w takim podejściu zachowania konsumenckie jako działania powiązane z poszukiwaniem, zakupem, użytkowaniem i oceną dóbr oraz usług zdolnych do zaspokajania potrzeb. Natomiast M. Pohorille (1980, s. 490) pod pojęciem zachowanie konsumenta definiuje sposób, w jaki konsument dokonuje hierarchizacji swoich potrzeb, wybiera dobra i usługi służące zaspokojeniu tych potrzeb oraz jak użytkuje posiadane dobra.

Dwie ostatnie definicje właściwie całkowicie się pokrywają i mimo, iż w literaturze przedmiotu istnieje także szereg innych definicji, wszystkie one jednak w sposób mniej lub bardziej bezpośredni zgadzają się, że zachowania konsumentów odzwierciedlają proces zaspokajania potrzeb ludzkich. Dlatego Zachowania te są ujmowane w pewien metodycznie powiązany ciąg reakcji na bodźce, czyli instynkty i emocje przyczyniające się do zaspokajania odczuwalnych potrzeb. Reakcje te winny być więc rozpatrywane w odniesieniu do trzech głównych obszarów, którymi są:

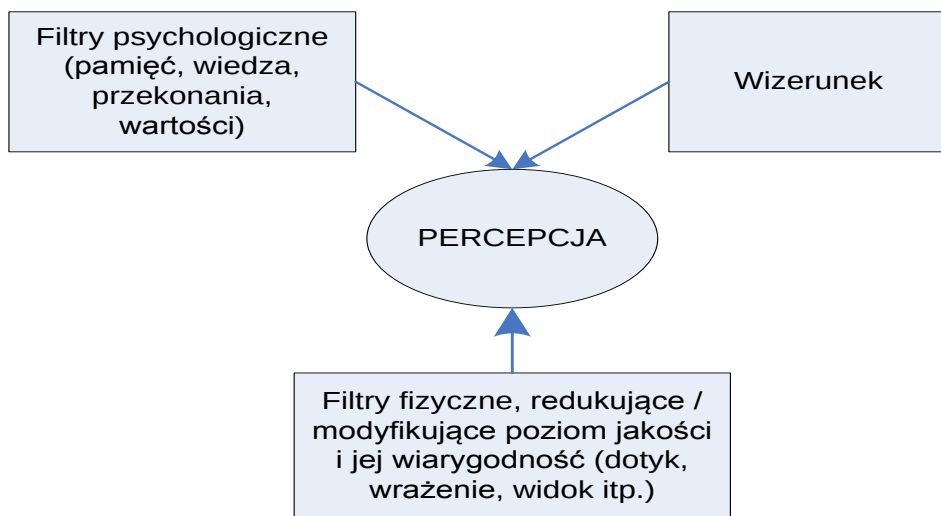
- zachowania przedzakupowe – decyzyjne, opisujące specyfikę i cechy potrzeb ludzkich, ich rodzaje i porządek ujawniania się a w rezultacie kolejność wyznaczania celów i aspiracji konsumpcyjnych,
- zachowania na rynku – nabywanie czyli wybór odpowiednich zestawów towarów i usług do zaspokojenia odczuwalnych potrzeb; oraz
- zachowania pozakupowe – konsumpcyjne.

Jak określa J. Szczepański (1981, s. 172), nabywanie nie sprowadza się jedynie do zdobycia środków na zaspokojenie potrzeb, lecz istotnym jest także samo posiadanie, gdyż daje poczucie siły i ważności w grupie społecznej i systemie gospodarczym.

Nie można oczywiście dokonać literalnego podziału powyższych obszarów, gdyż są one ze sobą ściśle powiązane i wzajemnie się przenikają i na siebie oddziałują. Z jednej strony podaż i dostęp towarów i usług może wpływać na kształtowanie hierarchii potrzeb lub na preferowanie bądź odrzucanie określonych artykułów. Z drugiej strony zachowania konsumpcyjne wpływają na przekształcanie się potrzeb w popyt, np. poprzez nieodzowność zakupu zużytego dobra.

Z przytoczonych tu definicji można wysnuć pewne ogólne wnioski. Po pierwsze, fundamentem postawy są pewne określone potrzeby i po drugie, postawy mogą inicjować powstawanie potrzeby, co wynika z faktu, że postawa jest kształtowana w procesie zaspokajania potrzeb w pewnych określonych warunkach. Idąc dalej, można stwierdzić, że postawa to usystematyzowanie wiedzy, przekonań, uczuć, motywów, reakcji ekspresywnych i zachowań w stosunku do określonego przedmiotu. J. Horovitz (2006, s. 18) podaje, że potrzeby przekształcają się w percepcję danego produktu bądź usługi. Percepcja zaś to nic innego niż postrzeganie, sposób reagowania i odbierania wrażeń (Kopaliński 2003). Postawa zaś to pewne ustrukturalizowanie wiedzy, przekonań, uczuć i motywów, określone formy zachowania i reakcji. Reasumując, potrzeby wpływają na

kształt percepcji, która to – po usystematyzowaniu i poddaniu działania wewnętrznym filtrów konsumenta – kreuje postawy.



Rys. 2. Czynniki wpływające na percepcję
Źródło: (Horovitz 2006)

Można zatem powiedzieć, iż potrzeby wpływają bezpośrednio na postawy, natomiast postawy skutkują pewnymi zachowaniami, które mogą przerodzić się w dokonanie zakupu.

Wpływ potrzeb i postaw konsumenta na podejmowanie decyzji o dokonaniu zakupu zostanie jednak szerzej omówiony w podrozdziałach odnoszących się do modeli zachowań konsumentów oraz do wewnętrznych czynników warunkujących te zachowania. W niniejszej pracy sformułowania „postępowanie konsumenta na rynku” i „zachowanie konsumenta na rynku” używane będą zamiennie.

1.2. Geneza i rozwój teorii zachowania konsumentów

Historia zachowań konsumentów sięga początków istnienia człowieka, ponieważ człowiek od zawsze odczuwał potrzeby i je zaspokajał. Badania nad zachowaniami konsumentów jednakże są dziedziną stosunkowo młodą. Pojęcie „zachowania konsumentów” zaczęło pojawiać się szerzej w literaturze zachodniej w połowie lat 60 XX wieku, w Polsce natomiast w końcu lat 80.

Jedną z pierwszych znaczących teorii wyjaśniających zachowanie konsumentów jest „teoria użyteczności” autorstwa W.S. Jevonsa, C. Menegera i L. Walrasa (Rudnicki 2000, s. 18–29). Jest to zasada mówiąca, iż jednostka dąży do osiągnięcia maksimum korzyści przy minimalizacji nakładów czy też wyrzeczeń. Uznaje ona także malejącą użyteczność krańcową, czyli stan, w którym każda kolejna konsumowana (nabywana) jednostka dobra powoduje mniejszy niż

poprzednia przyrost zadowolenia. Teoria ta zakładała, że użyteczność jest mierzalna, zaś konsument, dysponujący wszystkim informacjami jest w stanie uszeregować wszystkie kombinacje wg kryterium zapewnianej przez nie satysfakcji. Prowadziło to do krytyki i następnych modyfikacji, między innymi przez H.J. Davenporta, P.H. Wicksteeda, F.A. Fettera oraz F.H. Knighta (*Rudnicki 2000*, s. 22).

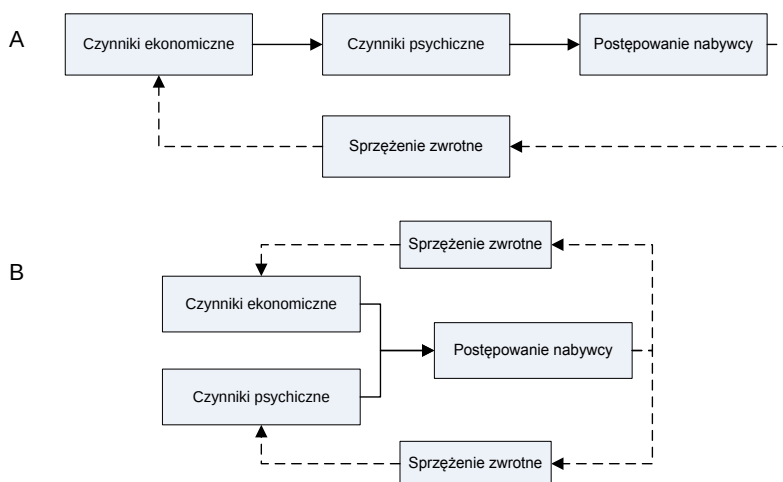
Kolejną teorią, będącą następstwem teorii użyteczności była „teoria preferencji i wyboru”, stworzona przez V. Pareto (*Rudnicki 2000*, s. 22-26). Wyszedł on z założenia, że użyteczność nie jest mierzalna, zaś preferencje wyrażają to, jak relatywnie poszczególne dobra są pożądane przez indywidualnych konsumentów. Spojrzenie takie miało kilka dość zasadniczych wad, do których zaliczyć można między innymi wymóg założenia konsekwentności działań klienta oraz stałości jego układu preferencji w czasie. Wadą jest także całkowita subiektywność teorii oraz brak powtarzalności kombinacji dóbr będących podstawą map preferencji. Powstawały zatem kolejne modyfikacje. Pierwsza, wprowadzona przez J. R. Hicksa, (*Hodoly 1961*, s. 60) oparta była o analizę popytu przy użyciu krzywych obojętności oraz na pojęciu krańcowej stopy użyteczności. Teoria ta eliminowała wszelkie pojęcia powiązane z ilościowo pojmowaną użytecznością, rozpatrując jedynie stosunek ilościowy dóbr, czyli sytuację, w której jednostka w pewnych określonych warunkach jest gotowa do wymiany dwu dóbr – jednego na drugie. Druga teoria, P.A. Samuelsona (*Rudnicki 2000*, s. 27), wносиła hipotezę ujawnionych preferencji, mówiącej o tym, że racjonalność konsumenta nie polega na konsekwentnym wyborze spośród całego zbioru, ale na wewnętrznie zgodnych wyborach w bliskim sąsiedztwie wyboru zrealizowanego.

Omawiane teorie wychodziły z założenia, że człowiek kieruje się w swym działaniu wyłącznie motywami ekonomicznymi, dysponuje doskonałą wiedzą oraz umie i chce maksymalizować swoją satysfakcję poprzez dobór odpowiednich dóbr. Tak sformułowane kryteria sprawiają, iż powyższa teoria nie ma racji bytu w rzeczywistości, gdzie postęp w każdej dziedzinie wpływa na nieustanne zmiany jakości istniejących produktów, tworzenie nowych i, co za tym idzie, ciągle zmiany potrzeb konsumentów. Badania i obserwacje potwierdzają także, iż nie można zakładać pełnej ekonomicznej racjonalności postępowania konsumenta, gdyż ludzie często robią rzeczy, które nie przynoszą im korzyści, nie znają wszystkich dóbr ani cen dostępnych na rynku ani nie są w stanie przeliczyć korzyści płynących dla nich z doboru poszczególnych produktów. Ważna jest także zależność między stopniem zamożności społeczeństwa a kalkulacją, gdyż wraz ze wzrostem stopy zamożności coraz wyraźniej zamiast czynników czysto ekonomicznych na zachowania konsumpcyjne wpływają czynniki psychologiczne.

G. Katona (1964) jest twórcą kolejnej teorii, która dopuszcza racjonalne zachowania, ale zwraca uwagę, iż nadal nad świadomym wyborem przeważają nieprzemyślane przyzwyczajenia lub zachowania impulsywne. Katona przyjął, że konsument w większości przypadków działa z ograniczoną racjonalnością i zdolnością do maksymalizacji zadowolenia, co wynikało przede wszystkim z niedo-

statecznej ilości istotnych danych na etapie poprzedzającym podjęcie decyzji oraz z braku umiejętności nabywcy do przetworzenia danych mu dostępnych.

Model G. Katony ilustruje rys. 3A, na którym zauważyć można, że na proces decyzyjny konsumenta wpływ mają głównie czynniki ekonomiczne i psychiczne, zwłaszcza postawa wobec produktu. To właśnie postawa może nie dopuścić do zakupu nawet w przypadku istnienia potrzeby bądź doprowadzić do zakupu, nawet gdy potrzeba nie jest zbyt silna (Katona 1964, s. 28). Nadmienić jednak należy, że G. Katona w swoim modelu przekazuje stanowisko dotyczące wpływu czynników ekonomicznych na charakterystyki psychiczne nabywcy. Rys. 3B przedstawia późniejszą modyfikację modelu G. Katony, wynikającą z przeświadczenia, że czynniki ekonomiczne nie wpływają na psychikę człowieka, lecz jedynie na jego postępowanie.



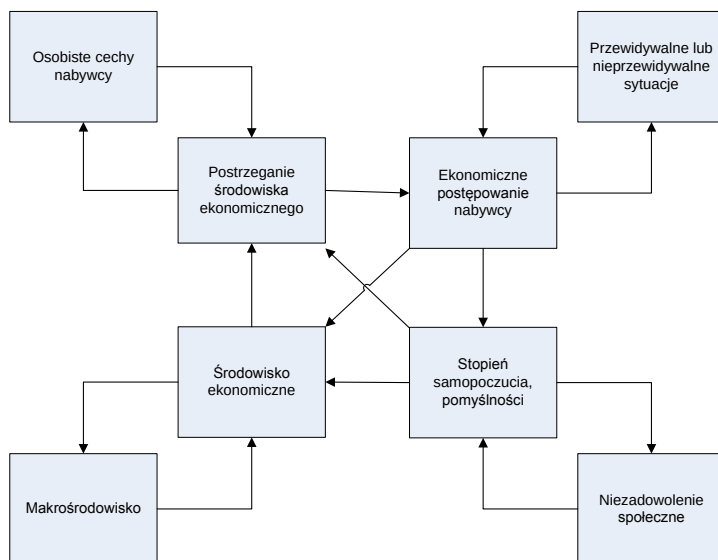
Rys. 3. Model postępowania nabywców dóbr konsumpcyjnych wg. Katony
Źródło: (Kaczmarczyk 2007, s. 52)

Można powiedzieć, że teoria G. Katony stanowi wyjście do powszechnych dziś założeń. Konsument działa z ograniczoną racjonalnością, jego potrzeby i preferencje podlegają zmianom a decyzje podejmowane są często impulsywne i zwyczajowe.

Kolejnym etapem w ewolucji teorii postępowania konsumenta na rynku jest założenie, że zachowanie konsumenta jest zorientowane na określony cel, którym jest środek zaspokojenia potrzeby (Smyczek, Sowa 2005, s. 61). Doprowadziło to do spostrzeżenia, że postępowanie klienta może być wyznaczone przez uwzględnienie wewnętrznych procesów będących bezpośrednią reakcją na oddziałujące na niego bodźce, gdyż zakłada się, że konsument nie odbiera bodźców biernie, lecz aktywnie bada otoczenie i przetwarza informacje dla własnych celów.

Van Raaij rozszerzył podejście Katony i w modelu zachowania konsumenta zawarł zmienne ekonomiczne i psychologiczne oraz sprzężenie zwrotne pomiędzy zachowaniami ekonomicznymi, uwarunkowaniami ekonomicznymi i aspiracjami osobistymi.

Do zasadniczych zalet modelu van Raaija należą cykliczność i dynamika. Model jest również bezsprzecznie przydatny w projektowaniu badań nad postępowaniem konsumentów gdyż, w zależności od kontekstu, środowisko ekonomiczne, ekonomiczne postępowanie nabywcy, stopień samopoczucia oraz postrzeganie środowiska ekonomicznego mogą być traktowane jako grupy zmiennych zależnych bądź też niezależnych (Kaczmarczyk 2007, s. 53–54).



Rys. 4. Model van Raaija postępowania nabywców dóbr konsumpcyjnych
 Źródło: (Kaczmarczyk 2007, s. 54)

Teoria zachowań konsumentów jest dziedziną wyjątkowo dynamiczną i podlega bezustannym zmianom. Wiedza na ten temat wzbogacana jest o odkrycia nowych prawidłowości, którym poddawane jest zachowanie konsumentów. Współczesne koncepcje zachowań (Robertson, Kassarijan; Dubois; Foxall, Goldsmith czy Kroeber-Riel) głoszą, że nie można mówić o pełnej racjonalności konsumentów pomijając kryteria biologiczne, organizacyjne, społeczne lub socjologiczne a uwzględniając jedynie założenia racjonalności ekonomicznej. Zachowanie konsumenta może przybrać postać zakupu impulsywnego lub długo i dogłębnie przemyślanego. Niemniej jednak w pierwszym, jak i w drugim przypadku dokonanie zakupu ma na celu świadome lub nieświadome zaspokojenie potrzeb fizjologicznych, ekonomicznych bądź też społeczno-psychicznych (Lambkin, Foxall i in. 2001, s. 25).

Wszelkie badania, nowe teorie i obserwacje pozwalają lepiej zrozumieć konsumentów i zrozumieć mechanizmy ich postępowania na wszystkich etapach procesu nabywczego z uwzględnieniem wszelkich czynników pozaekonomicznych jak również ekonomicznych wpływających na konsumenta oraz bodźców jakie na niego działają.

1.3 Zachowania konsumentów w ujęciu modelowym

Postępowanie człowieka i proces decyzyjny zachodzący w jego umyśle są kategoriami dosyć abstrakcyjnymi, a przez to trudnymi do zidentyfikowania. Zagadnienia te są nie do końca poznane, zbyt wieloaspektowe i zróżnicowane z punktu widzenia różnych dyscyplin naukowych, żeby można było stworzyć całościowy, kompleksowy model postępowania klienta na rynku. Dlatego też twórcy różnych modeli częściowych analizują, systematyzują i opisują postępowanie klienta z różnych perspektyw i w różnych aspektach. Modele te, wraz z upływem czasu, przyjmują coraz bardziej wielowymiarowe i złożone formy, lecz jednak każdy z nich podlega pewnym założeniom oraz ograniczeniom. Ograniczenia te, oprócz luk w poznaniu i zrozumieniu pewnych zachowań, wynikają także z faktu, że konsumenci stanowią zbiorowość silnie zróżnicowaną. Stwarza to także konieczność dokonywania pewnych uogólnień i uproszczeń.

Skomplikowana natura zachowania się nabywców oraz ogromna różnorodność czynników oddziałujących na ich postępowanie wpłynęły na to, że nieustająco podejmowane są próby kompleksowego ujęcia wewnętrznych i zewnętrznych uwarunkowań ich decyzji zakupowych. Próby te znajdują swój wyraz w coraz to nowych konstruowanych modelach procesów podejmowania decyzji zakupu (postępowania nabywców). Procesy te najczęściej ujmowane są w sposób sekwencyjny, rozpoczynający się od wewnętrznych, względnie stałych uwarunkowań, będących podstawą uświadomienia sobie potrzeby, poprzez przygotowanie się do zakupu aż do samego podjęcia decyzji o dokonaniu lub nie zakupu i reakcji na podjętą decyzję.

W zależności od przyjętego kryterium można wprowadzić różne klasyfikacje modeli postępowania konsumenta. Pierwszą z nich jest podział jedynie na dwie główne kategorie: modele sekwencyjne i modele strukturalne. Twórcy modeli sekwencyjnych koncentrują się na samym procesie podejmowania decyzji zakupu, objaśniając w sposób mniej lub bardziej całościowy uwarunkowania tych decyzji, podczas gdy twórcy modeli strukturalnych kładą nacisk na istotne uwarunkowania kształtujące postępowania nabywcy i korelacje pomiędzy tymi uwarunkowaniami. Kolejną klasyfikacją jest podział na modele strukturalne; modele stochastyczne-wyjaśniające i przewidujące zachowanie konsumentów w oparciu o rachunek prawdopodobieństwa; oraz modele symulacyjne-prognozujące zachowanie się konsumentów w zmieniających się warunkach w oparciu o określony liczbowo punkt wejścia.

Ponadto, wszystkie wymienione powyżej rodzaje modeli można dodatkowo podzielić na ilościowe i jakościowe.

Podziałem zaproponowanym pod kątem przeglądu istniejących strukturalnych modeli psychiki i postępowania klienta na rynku jest wyróżnienie modeli w oparciu o nurt psychologii, w obrębie którego były one tworzone (*Jachnis, Terelak 1998, s. 21 – 66*). Podział taki jest bardzo praktyczny, ponieważ z jednej strony systematyzuje modele relatywnie chronologicznie, z drugiej zaś łączy je w grupy wg stosowanych w nich koncepcji. Według takiego podziału możemy wyróżnić:

- Klasyczne modele psychiki konsumenta – skoncentrowane na całościowym opisie zachowania człowieka, mniej zaś na zrozumieniu motywów, jego celów działania i pragnień, czy na wyjaśnieniu bądź prognozowaniu jego postępowania na rynku. Modele te nie były weryfikowane empirycznie, lecz oparte głównie na introspekcyjnych badaniach z zakresu psychologii filozoficznej, polegających na opisie subiektywnych doznań i przeżyć człowieka.
- Kognitywne modele zachowania się konsumenta – opierające swoje założenia na psychologii poznawczej, koncentrującej się głównie na wewnętrznych procesach mentalnych, obejmujących różne elementy procesu poznawczego takie jak wyobrażenia, pamięć, uwaga i różne zmienne wpływające na procesy poznawcze, np. osobowość, motywację, emocje, zdarzenia losowe. W obrębie tej grupy możemy wyróżnić modele oparte o teorię informacji, teorię komunikacji, teorię sztucznej inteligencji oraz o psychologiczną teorię decyzji.
- Holistyczne modele zachowania się konsumenta – związane z psychologią humanistyczną, dążącą do całościowego i personalistycznego ujęcia człowieka. Modele holistyczne zakładają, że zachowania człowieka nie są w pełni zdeterminowane przez środowisko bądź przeszłe doświadczenia. Według tych założeń człowiek posiada zdolność do samodzielnego kreowania rzeczywistości poprzez podejmowania decyzji, kontrolowanie działań i dokonywanie wyborów.

Istnieją także inne sposoby klasyfikacji modeli postępowania klienta na rynku. Można je dzielić między innymi na (*Rudnicki 2000; Smyczek, Sowa 2005*):

- proste i złożone,
- strukturalne – całościowe i częściowe,
- opisowe, prognostyczne i normatywne,
- hipotetyczne i empiryczne,
- statyczne i dynamiczne,
- jedno- i wieloczynnikowe,
- deterministyczne i stochastyczne,
- słowne, schematyczne i matematyczne.

Wszystkie modele podlegające powyżej opisanym klasyfikacjom są kluczowe dla wyjaśniania różnych aspektów postępowania nabywców dóbr konsump-

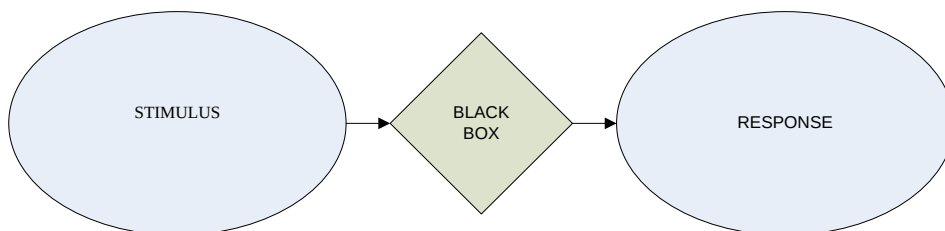
cyjnych na rynku. Ze względu na bardzo dużą liczbę istniejących modeli postępowania klienta w niniejszej pracy wymieniono i scharakteryzowano jedynie niektóre z nich.

Modele Psychiki Konsumenta

Charakterystykę modeli psychiki człowieka należy zacząć od prostych modeli klasycznych, nastawionych raczej na kompleksowe ujęcie ludzkiej psychiki niż jedynie na koncentrowanie się na opisie zachowań rynkowych. Dla większości kolejnych modeli te stanowią cenne źródło informacji na temat psychiki ludzkiej i zewnętrznych na nią oddziaływań.

Model behawioralny

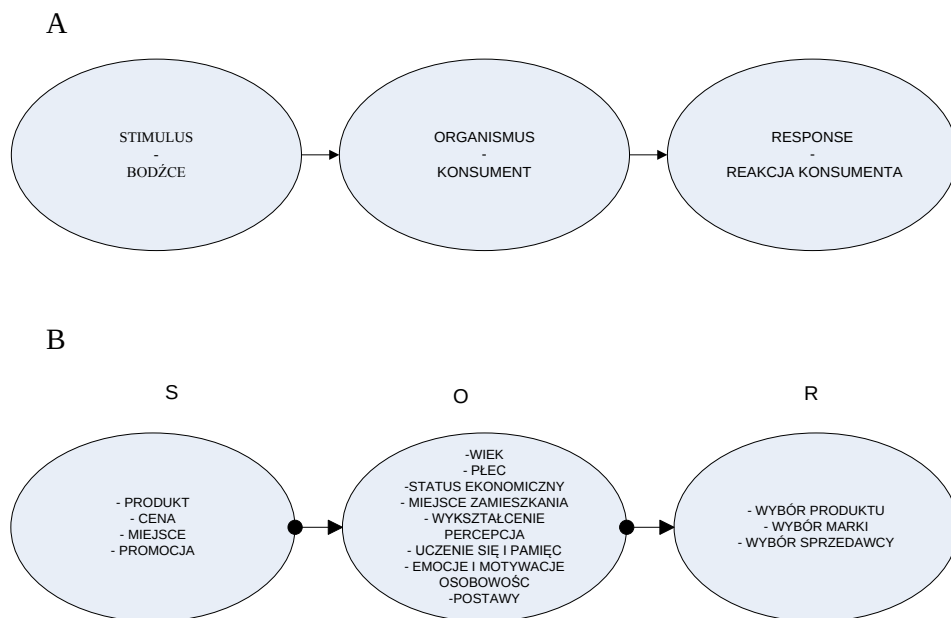
Pierwszy model – model behawioralny – ujęto w prosty wzór S-R od angielskich słów: *stimulus* (bodziec) i *response* (odpowiedź, reakcja). W układzie takim stimulus oznacza środowisko będące układem aktywnie wpływającym na człowieka i odnosi się do bodźców marketingowych, które mogą być dokładnie kontrolowane, natomiast response to reakcja konsumenta, jego obserwowane zachowania i wybory, gdy on sam jest „czarną skrzynką”. Model powyższy dostarcza jedynie danych o zależnościach i związkach między bodźcami a obserwowanymi reakcjami konsumenta, nie daje jednak żadnych wyjaśnień dotyczących procesów zachodzących w organizmie człowieka (Nowak 1995, s. 90).



Rys. 5. Model „Black Box”

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Nowak 1995)

Formuła taka, wykreślająca całkowicie z zakresu zainteresowań stan psychiczny, emocje, umysł czy osobowość człowieka, okazała się być zbyt prosta, by wyjaśnić kompleksowo motywy kierujące różnymi zachowaniami ludzkimi. Dlatego też model ten uległ rozszerzeniu o kolejny element – *organism* (organizm) i przyjął postać S-O-R.



Rys. 6. Model S-O-R

Źródło: A opracowanie własne na podstawie (Nowak 1995); B (Falkowski 2004, s.369–370)

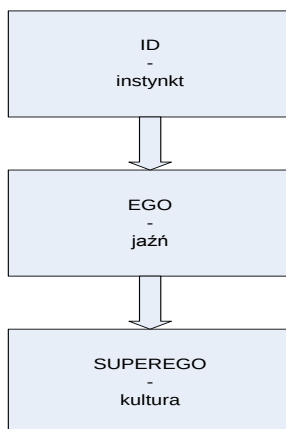
Rysunek 6B ukazuje, iż zmienna pośrednicząca wprowadzona do modelu określa nieobserwowalne zmienne opisujące przede wszystkim psychologię zachowań konsumenta, czyli motywację, percepcję, emocje, postawy, osobowość, uczenie się, procesy kognitywne i całą świadomość człowieka związaną z jego indywidualnym doświadczeniem.

Celem wyeliminowania czarnej skrzynki i zastąpienia jej konsumentem jest zidentyfikowanie i wyjaśnienie wszystkich istotnych zmiennych, które mają wpływ na kształtowanie jego ostatecznych decyzji.

Z powyższego modelu wynikają pewne teorie uczenia się, określane w literaturze wspólnym mianem warunkowania (klasycznego – I. Pawłowa i instrumentalnego – E. Thorndike’a). Dzięki behawiorystom powszednie jest także przeświadczenie, że zachowaniem ludzkim można manipulować dzięki wzmocnieniom pozytywnym bądź negatywnym, generalizacji lub różnicowaniu. Teorie te znajdują szerokie zastosowanie, między innymi w reklamach, choć sam model nie posiada większego niż historyczne znaczenia z punktu widzenia wyjaśniania bądź przewidywania postępowania konsumentów na rynku.

Model psychoanalityczny

Drugim modelem klasycznym jest psychoanalityczny model osobowości stworzony przez Z. Freuda, według którego osobowość ludzka składa się z trzech głównych obszarów.



Rys. 7. Model osobowości Freuda

Źródło: opracowanie własne

W modelu tym ID reprezentuje wrodzone instynkty, wewnętrzne subiektywne doznania, oderwane od rzeczywistości obiektywnej, działające na zasadzie impulsów i kierujące się zasadą poszukiwania przyjemności i unikania bólu; SUPEREGO reprezentuje sumienie jednostki i akceptowane moralne i społeczne standardy, ideały, wartości i normy. Trzeci element, EGO, to znajdująca się pomiędzy pozostałymi elementami jaźń kontrolująca procesy poznawcze i intelektualne, dążąca do zaspokajania instynktów zgodnie ze społecznie akceptowanymi normami.

Model Z. Freuda, oprócz czynników zewnętrznych działających na człowieka, zwraca także uwagę na negowane przez behawiorystów dynamiczne struktury psychiczne, takie jak osobowość, emocje, systemy wartości, czy role społeczne. Pomijanie osobowości jako zmiennej pośredniczącej w tworzeniu modelu zachowania człowieka sprawia, że model taki nie ma wartości wyjaśniającej motywów, celów działania i pragnień człowieka a przez to jest praktycznie nieużyteczny dla celów prognostycznych.

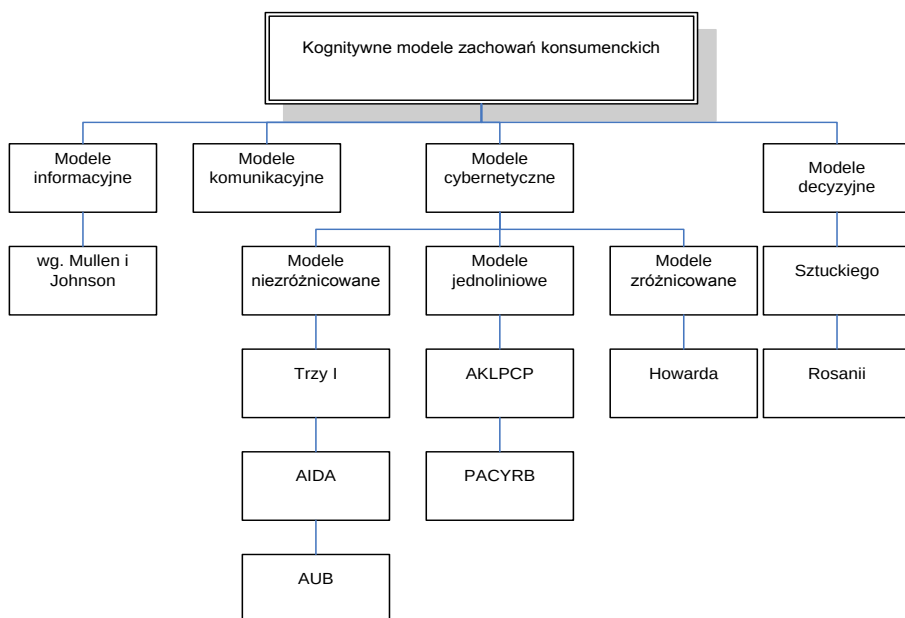
Kognitywne modele zachowania się konsumenta

Podejście poznawcze w psychologii zrodziło się z koniecznością odejścia od myślenia o człowieku w kategoriach energetycznych. Zgodnie z tą koncepcją siły motywujące ludzkie poczynania to nie jedynie hipotetyczne biologiczne popędy, potrzeby i motywy, lecz przede wszystkim procesy zachodzące w trakcie przetwarzania informacji w ludzkim umyśle.

Na rozwój nurtu poznawczego wpływ wywarł również rozwój technologii komputerowych, prace badawcze nad sztuczną inteligencją oraz ewolucja teorii behawiorystycznych zmierzająca do wyjaśniania reakcji nie tylko poprzez funkcję popędową bodźca, ale też przez przypisanie mu funkcji sygnałowej. Sygnały decydują o tym, kiedy jednostka zareaguje i jaką wykona reakcję. Tak więc stan

emocjonalny wynika ze sposobu, w jaki osoba ocenia i określa bodziec, niekoniecznie zaś z obiektywnych cech samej sytuacji. Wyraźnie jest tu wpływ psychologii postaci, która zakładała, że powinniśmy badać subiektywny sposób, w jaki obiekt (postać) pojawia się w umyśle człowieka.

W grupie modeli kognitywnych zaobserwować można szereg modeli szczegółowych koncentrujących się na różnych elementach procesu poznawczego. Są tu modele oparte o teorię informacji, modele zajmujące się kształtowaniem procesów komunikacji, modele skupiające się jedynie na przetwarzaniu informacji oraz modele analizujące zachowania w sytuacjach decyzyjnych. Podział modeli kognitywnych przedstawiony został na rysunku 8.



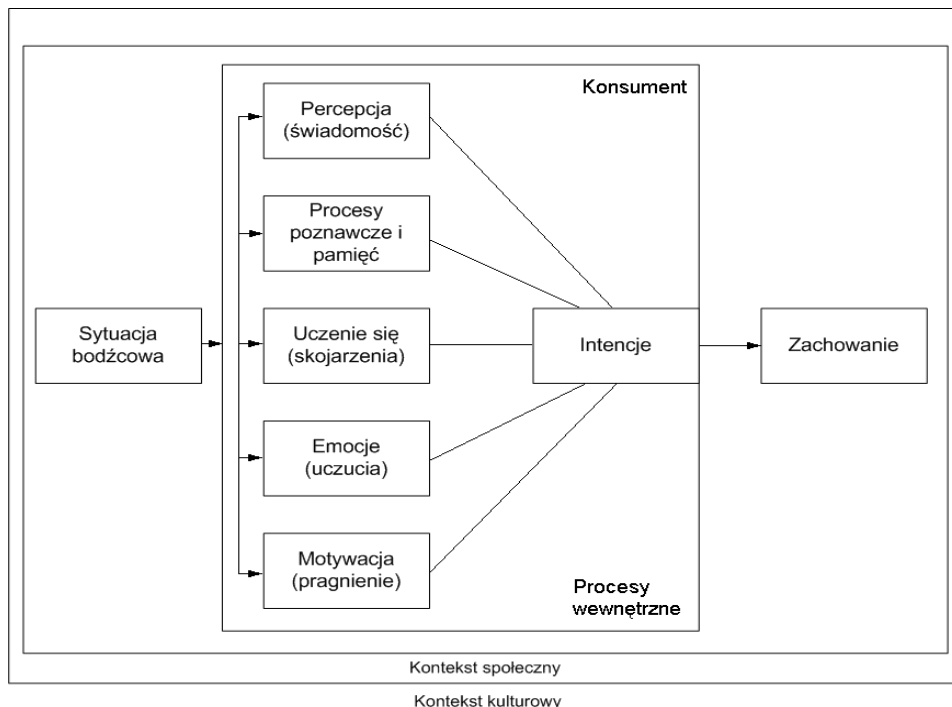
Rys. 8. Kognitywne modele zachowań konsumenckich
 Źródło: opracowanie własne na podstawie (Jachnis, Terelak 1998)

Model informacyjny zachowania się konsumenta

Pierwszym omawianym modelem jest informacyjny model zachowania się konsumenta wg. B. Mullena i C. Johnsona. Jego założeniem jest opis procedury odbioru informacji oraz uzasadnienie, w jaki sposób informacje te wytwarzają w kliencie zamiar – intencję, która może zaowocować określonym Zachowaniem. Z założeń modelu wynika także, że zachowanie człowieka nie jedynie zwykłym kodowaniem informacji, lecz aktywnym procesem transformacji.

Przedstawiony poniżej schemat postuluje, że docierająca do odbiorcy sytuacja bodźcowa, pochodzenia wewnętrznego bądź zewnętrznego, jest analizowana, systematyzowana i transformowana przez łańcuch właściwości osobowości,

zarówno umysłowych, takich jak percepcja, pamięć i uczenie się, jak i dynamicznych, czyli emocji i motywacji. Przetwarzana informacja w mniejszym lub większym stopniu modyfikuje każdy z układów, przez który sama jest transformowana.



Rys. 9. Informacyjny model zachowania konsumenta wg. Mullen i Johnsona
 Źródło: (Mullen, Johnson 1990, s. 2)

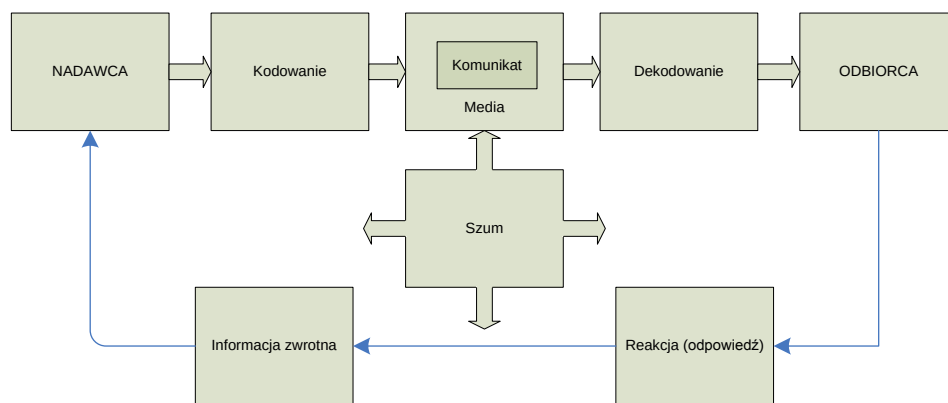
Wszystkie te wzajemne przekształcenia prowadzą w ostateczności do sformułowania pewnych intencji, zamysłów czy zamiarów w stosunku do odbieranego bodźca, które prowadzą w rezultacie do określonego zachowania, niekoniecznie skutkującego zakupem. Wspomnieć powinno się również, o fakcie, iż wewnętrzne układy osobowości w powyższym modelu pomimo działania w pewnej korelacji, pozostają jednak jako samoistne jednostki, których kolejność, waga ani ewentualne wzajemne wpływy jednego układu na drugi nie są sprewyzowane.

Tak zdefiniowana wewnętrzna kompozycja odbierająca dane bodźcowe powinna być rozpatrywana w kontekście społecznym, warunkowanym przez opinię społeczną, wzorce estetyczne, liderów opinii, grupy odniesienia oraz w kontekście kulturowym, na który znaczny wpływ wywierają między innymi subkultura czy religia. Brakuje jednak określenia zakresu tego wpływu i jego

miejsca w strukturze. Model nie dostarcza także informacji na temat kontekstu ekonomicznego określającego dostęp do towaru.

Komunikacyjny model zachowania się konsumenta

Model komunikacyjny ma charakter w głównej mierze treściowy i przedstawia wpływ reklamy na zachowania konsumentów jako klasyczny przebieg informacji w procesach komunikowania się międzyludzkiego. Według danego modelu komunikacja jest procesem przebiegu informacji pomiędzy nadawcą i odbiorcą, który polega na transformacji i zrozumieniu treści nadanego komunikatu.



Rys. 10. Elementy procesu komunikacji

Źródło: (Kotler 2005)

W modelu tym występują pewne elementy statyczne – źródło informacji (nadawcę), kanał informacyjny często zakłócany przez dystraktory czyli szumy oraz odbiorcę informacji. Nadana informacja zostaje zakodowana przez nadawcę i w postaci komunikatu przechodzi wybranym kanałem do odbiorcy, który ją dekoduje i odbiera (interpretuje). Odebrany komunikat może wywołać odpowiedź, określaną jako sprzężenie zwrotne.

W przypadku zachowania konsumentów informacja oznacza przekaz reklamowy, który poprzez zbiór pewnych treści ma zmodyfikować postawy i zachowania konsumentów, do których został skierowany. Kodowanie przekazu polega na konwersji treści na kod wizualny (pismo, grafika), werbalny (np. poezja), foniczny (efekty dźwiękowe, odgłosy), zapachowy (np. zapachy potraw), smakowy i dotykowy (powierzchnia, temperatura) a kanałem jest jeden z pięciu zmysłów człowieka. Dekodowanie polega na rozszyfrowaniu przekazanych treści. Jest to proces, który może być zakłócany różnymi szumami informacyjnymi – tak zwanymi dystraktorami wewnętrznymi i/lub zewnętrznymi. Do dystraktorów wewnętrznych zaliczyć można między innymi cechy osobowości, wiek, emocje, wewnętrzne przekonania i ogólny stan zdrowia, a do dystraktorów zewnętrznych

porę dnia, oświetlenie, otoczenie, poziom hałasu itp. Sprzężenie zwrotne to zwrócenie się do nadawcy z prośbą o powtórne przekazanie informacji bądź skorygowanie treści, kodu lub kanału przekazu (*Jachnis, Terelak 1998, s. 43*).

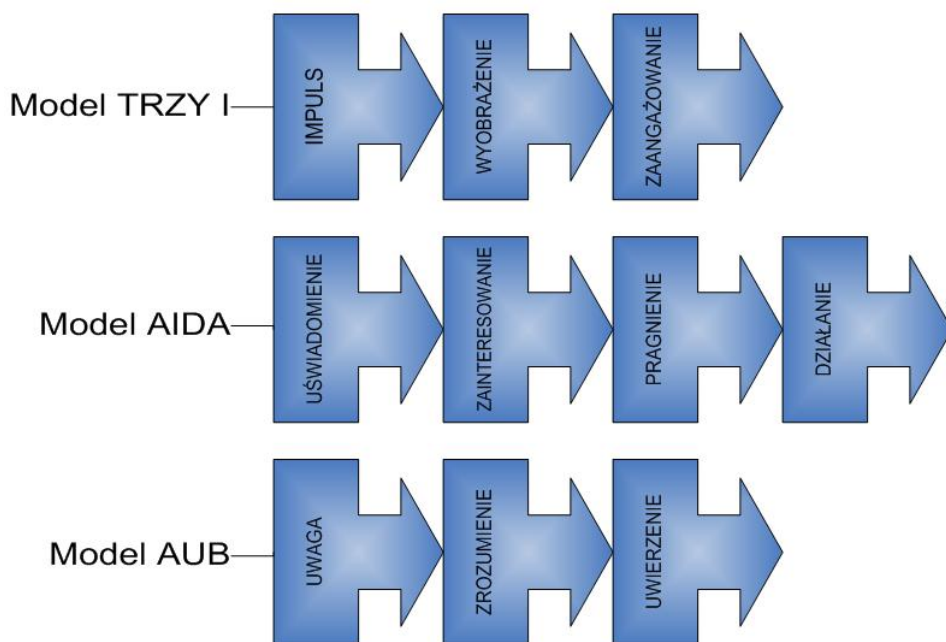
Opisany model komunikacyjny oparty o teorię zajmującą się modelowaniem procesów komunikacji, nie ma właściwie żadnej mocy wyjaśniającej zachowania konsumentów a znajduje swoje zastosowanie głównie wyłącznie w działaniach z zakresu reklamy. Został tu jednak opisany, gdyż pewne jego elementy wykorzystywane są w dalszych modelach.

Cybernetyczny model zachowania się konsumenta

Cybernetyczne modele zachowań konsumenta obejmują swoim zakresem kilka typów modeli, wśród których są: modele nieodróżniane, modele jednoliniowe i modele odróżniane. Modele z tej grupy podejmują próbę opisu zachowań konsumenta poprzez ustrukturalizowanie wewnętrznego przepływu informacji pomiędzy różnymi funkcjami osobowościowymi i umysłowymi. W swojej prostocie modele te podkreślają hierarchię następstw i stanowią przykład przejrzystych modeli sekwencyjnych.

Do najpopularniejszych najprostszych nieodróżnianych modeli zaliczyć można modele skupiające się jedynie na niektórych funkcjach psychicznych. W ich przypadku nie pojawia się na wejściu sytuacja stymulacyjna, nie ma także rozróżnienia poszczególnych struktur psychicznych biorących udział w procesie. Nazwy tych modeli pochodzą ze skrótów słów angielskich identyfikujących te elementy zachowania się konsumenta, które zostały wzięte pod uwagę. I tak model „Trzy I” oznacza Impact – Image – Involvement, co można przetłumaczyć jako impuls – wyobrażenie – zaangażowanie, model AIDA pochodzi od słów Awareness – Interest – Desire – Action czyli świadomość – zainteresowanie – pragnienie – działanie, a model AUB to Attention – Understanding – Believability czyli – uwaga – zrozumienie – uwierzenie.

Modele te, mimo swoich znacznych ograniczeń i uproszczenia wymagają jednak przytoczenia, gdyż zwracają uwagę, że przepływ informacji odbywa się w określony, ustrukturalizowany sposób. Strukturalizacja ta znajduje swoje odzwierciedlenie w kolejnych, coraz bardziej złożonych modelach cybernetycznych (*Kotler 2005, s.578*).

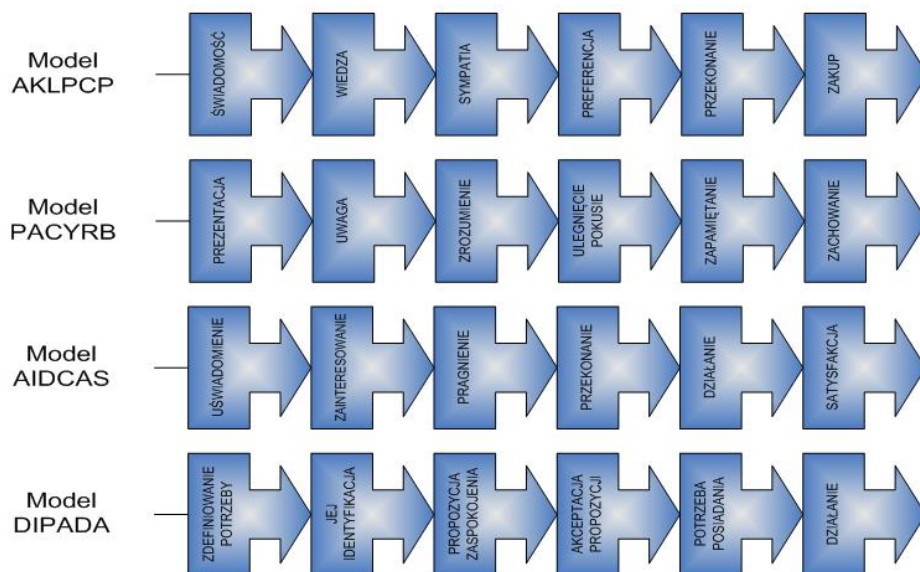


Rys. 11. Niezróżnicowane modele cybernetyczne

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Jachnis, Terelak 1998)

Jednoliniowe modele cybernetyczne, dość podobne w swojej istocie do niepróżnicowanych, kładą nacisk na większą ilość etapów – funkcji psychicznych. Do najbardziej znanych należą: model hierarchiczny AKLPCP oraz model procesualny efektywności reklamy PACYRB (modele przedstawia na rys. 12, s. 21).

Pierwszy z omawianych modeli, AKLPCP, stworzony został przez Lavidge'a i Steinera. Skrót stanowiący nazwę pochodzi od słów, które sugerują jednocześnie kolejność występowania faz związanych z dokonywaniem zakupu: Awareness – Knowledge – Liking – Preference – Conviction – Purchase, co można zidentyfikować jako świadomość – wiedza – sympatia – preferencja – przekonanie – zakup. Drugi model, PACYRB zaproponowany przez McGuire'a, na wejściu włącza do modelu zachowania się konsumenta prezentację reklamy, która przyciąga uwagę konsumenta. Rozwinięcie nazwy modelu oznacza Presentation – Attention – Comprehension – Yielding – Retention – Behavior, czyli prezentację, uwagę, zrozumienie, ulegnięcie pokusie, zapamiętanie, zachowanie.



Rys. 12. Jednoliniowe modele cybernetyczne

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Jachnis, Terelak 1998)

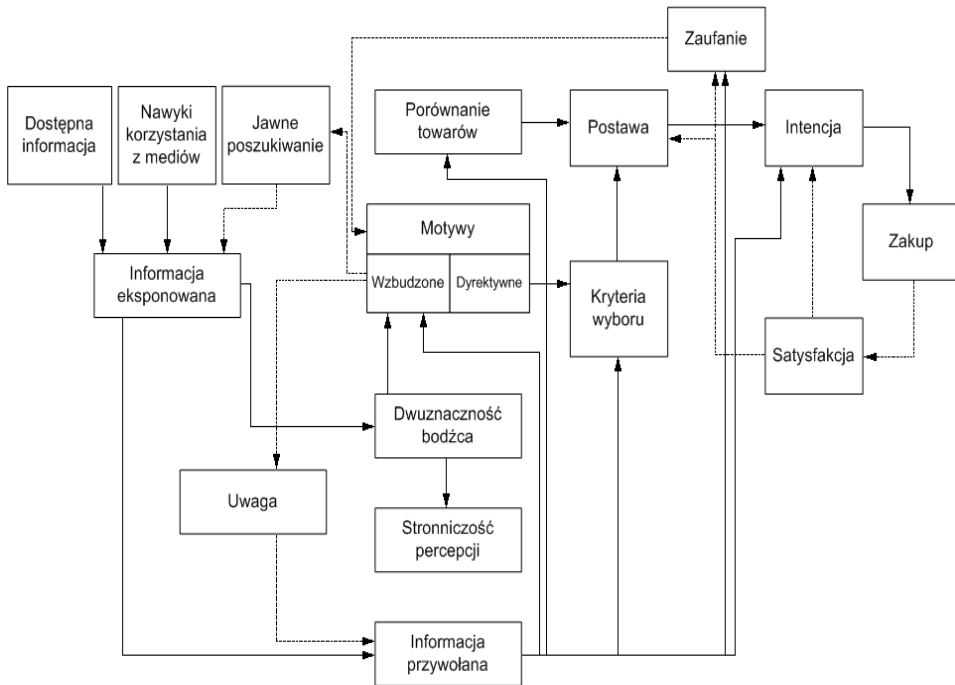
W postaci AIDCAS oraz DIPADA prezentowane powyżej proste modele liniowe zostały jedynie nieznacznie rozbudowane (Sztucki 1995). Model AIDCAS powstał po dodaniu do modelu AIDA dwu elementów: Conviction – przekonanie i Satisfaction – satysfakcja. Model DIPADA natomiast oznacza Definition – Identification – Proof – Acceptance – Desire – Action, co należy tłumaczyć jako zdefiniowanie potrzeby – jej identyfikację – propozycję zaspokojenia – akceptację powyższej propozycji – wywołanie potrzeby posiadania i – zakup.

Dla pełności można dodać jeszcze model oddziaływania reklamy na konsumentów (Smyczek, Sowa 2005) DAGMAR – Defining Advertising Goals for Measured Advertising Results - model określania celów reklamy służący do oceny jej rezultatów. Model DAGMAR zakłada, że reklama ma na celu przeprowadzenie konsumenta ze stanu nieświadomości zrozumienia, czym jest dany produkt i jakie korzyści daje jego kupno, co skutkuje podjęciem decyzji o dokonaniu zakupu.

Jednoliniowe modele ułatwiają formalny opis zachowań konsumentów, lecz nadal nie mają mocy wyjaśnienia zachowań konsumenckich gdyż, jak wiadomo, zachowania ludzkie nie są ani proste ani liniowe.

Ostatnim z omawianych modeli cybernetycznych jest zróżnicowany model zachowań konsumenta wg. J.A. Howarda będący modelem zaawansowanym, przedstawiającym w formie strukturalnej źródła bodźców, funkcje psychiki, kierunki informacji i sprzężenia między nimi.

Jako pierwszy z omawianych modeli wprowadza pewne zmienne modyfikujące i zaznacza wpływ satysfakcji jako czynnika krótkoterminowego i długoterminowego zaufania na postawę i motywację. Na wejściu tego systemu dostępne informacje mogą być modyfikowane, czy też postrzegane w aspekcie pewnych określonych nawyków korzystania z mediów oraz jawnych poszukiwań. Ekspozowane przez te źródła informacje mogą podlegać dwuznacznościom i napędzać motywację do kolejnych poszukiwań, bądź pozostać w pamięci i w późniejszym czasie pojawić się w charakterze informacji przywołanej. Owe informacje używane są do porównań dostępnych na rynku towarów, a wraz z posiłkowaną pewnym zaufaniem motywacją tworzą serię kryteriów wyboru. Kryteria te wraz z przeglądem dostępnych dóbr oraz pamiętana z poprzednich zakupów satysfakcją są początkiem procesu intencja – zakup, który w przypadku decyzji rutynowych wraz z odczuwaną z zakupu satysfakcją może przyjąć formę pętli.



Rys. 13. Cybernetyczny model zachowania konsumenta Howarda

Źródło: (Jachnis, Terelak 1998)

Należy podkreślić, że początkiem całego przebiegu procesu w przypadku powyższego modelu jest motywacja, która powstała w oparciu o motywy wzbudzone lub dyrektywne. To właśnie motywacja, choć podlegająca trawestacjom

i przekształceniom, wymusza poszukiwania i tworzenie systemu kryteriów, a także pobudza uwagę klienta.

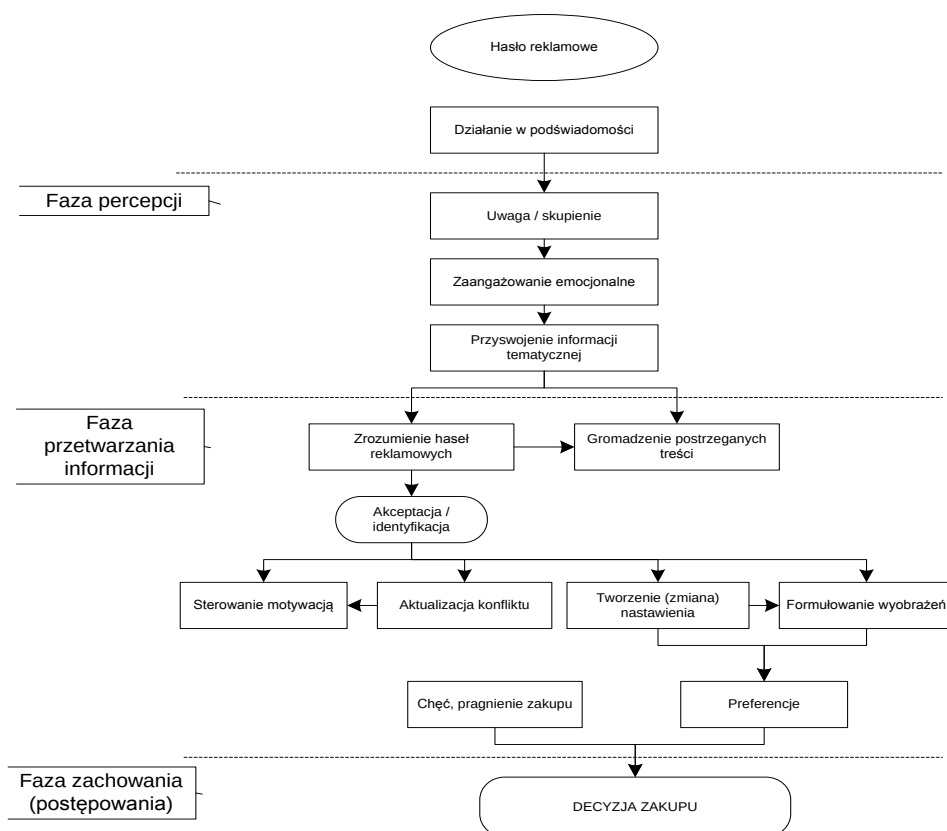
Model ten, pomimo wysokiego stopnia komplikacji – a może właśnie dzięki niemu, wydaje się być właściwy, gdyż przedstawia proces zbierania informacji, budowania zaufania oraz cykl faz prowadzących w konsekwencji do zakupu. Zauważyć można jednak nieobecność odniesienia do uwarunkowań społecznych i kulturowych, które w sposób niezwykle silny zaznaczają swoje wpływy na zachowania konsumenta na rynku.

Decyzyjny model zachowania się konsumenta

Wspomniane czynniki społeczne i kulturowe nie pojawiają się również w przypadku dwóch kolejnych, przykładowych decyzyjnych modelach – w modelu T. Sztuckiego oraz w modelu T. Rosanii.

Model T. Sztuckiego będący modelem kognitywnym, stanowi ujęcie ściśle decyzyjne, którego meritum stanowi zobrazowanie w sposób usystematyzowany i chronologiczny samego przebiegu procesu decyzyjnego. W modelu tym nie jest przykładana zbyt duża waga ani do kształtowania procesu odbioru danych bodźcowych, ani do samego procesu przetwarzania zdobytych informacji.

Sam przebieg procesu przedstawiony w niniejszym modelu podzielony jest na fazy, z których pierwsza, faza percepcji, zapoczątkowana jest przez pojawienie się pewnego celu i uświadomienie sobie przez konsumenta faktu zaistnienia możliwości zakupu. Wiedza ta mogła być wcześniej przechowywana w podświadomości, jednak dopiero teraz dochodzi do świadomości pod wpływem zaistniałej sytuacji bodźcowej. Podświadomość nie musi być tu pojmowana w klasycznym Freudowskim rozumieniu. Jest to raczej pamiętanie postrzeganych haseł reklamowych lub innych bodźców, które mogły by zapoczątkować proces decyzyjny - zakupowy bez ich dogłębnego rozważania w świadomości. Uwaga, czy też skupienie, które pojawiają się w dalszej fazie, mogą wystąpić w wyniku pojawienia się nowych bodźców, potrzeb czy potencjalnego celu, który konsument chciałby osiągnąć. Jest to moment, w którym ewentualny konsument angażuje się w proces i rozpoczyna akumulowanie danych pogrupowanych tematycznie, czy to reklamowych, technicznych czy wreszcie promocyjnych. Na dalszym etapie zebrane informacje podlegają procesowi przetwarzania. Jednocześnie informacje te są kumulowane w celu późniejszego wykorzystania, co stanowi początek etapu przetwarzania informacji, w której poprzez formułowanie pewnych wyobrażeń i tworzenie nastawienia wobec wybranego produktu kreują się preferencje klienta. Razem z chęcią zakupu preferencje te prowadzą do trzeciej fazy, w której podjęta zostaje ostateczna decyzja dotycząca zakupu bądź jego zaniechania.



Rys. 14. Decyzyjny model zachowania się konsumenta wg. T. Sztuckiego

Źródło: (Jachnis, Terelak 1998)

Podobnie jak model T. Sztuckiego, model T. Rosanii przedstawia przebieg procesu decyzyjnego ze ścisłym ukierunkowaniem na funkcje psychiki konsumenta. Jest on jednak zdecydowanie rozszerzony o wpływ indywidualnych cech właściwych dla każdego konsumenta: osobowości, procesu uczenia się i postaw. Ponadto, autorka wzięła pod uwagę także element zachowania pozakupowego, na który składają się oceny transakcji i samego zakupionego dobra oraz decyzje o powtarzalności zakupu.

Proces decyzyjny zapoczątkowany jest przez pojawiający się na wejściu systemu bodziec tworzący motywację, która to ma następnie doprowadzić do zidentyfikowania potrzeby. Po rozpoznaniu potrzeby konsument rozpoczyna proces oceny zebranych możliwych alternatyw. Ocena przeprowadzana jest w oparciu o zmienne wewnętrzne, którymi mogą być indywidualna posiadana wiedza i doświadczenie oraz zmienne zewnętrzne, takie jak reklama i obiektywne źródła informacji. Wszystko to rozpatrywane jest w kontekście osobowości, percepcji, przyjętej postawy i motywacji, co prowadzi do podjęcia decyzji

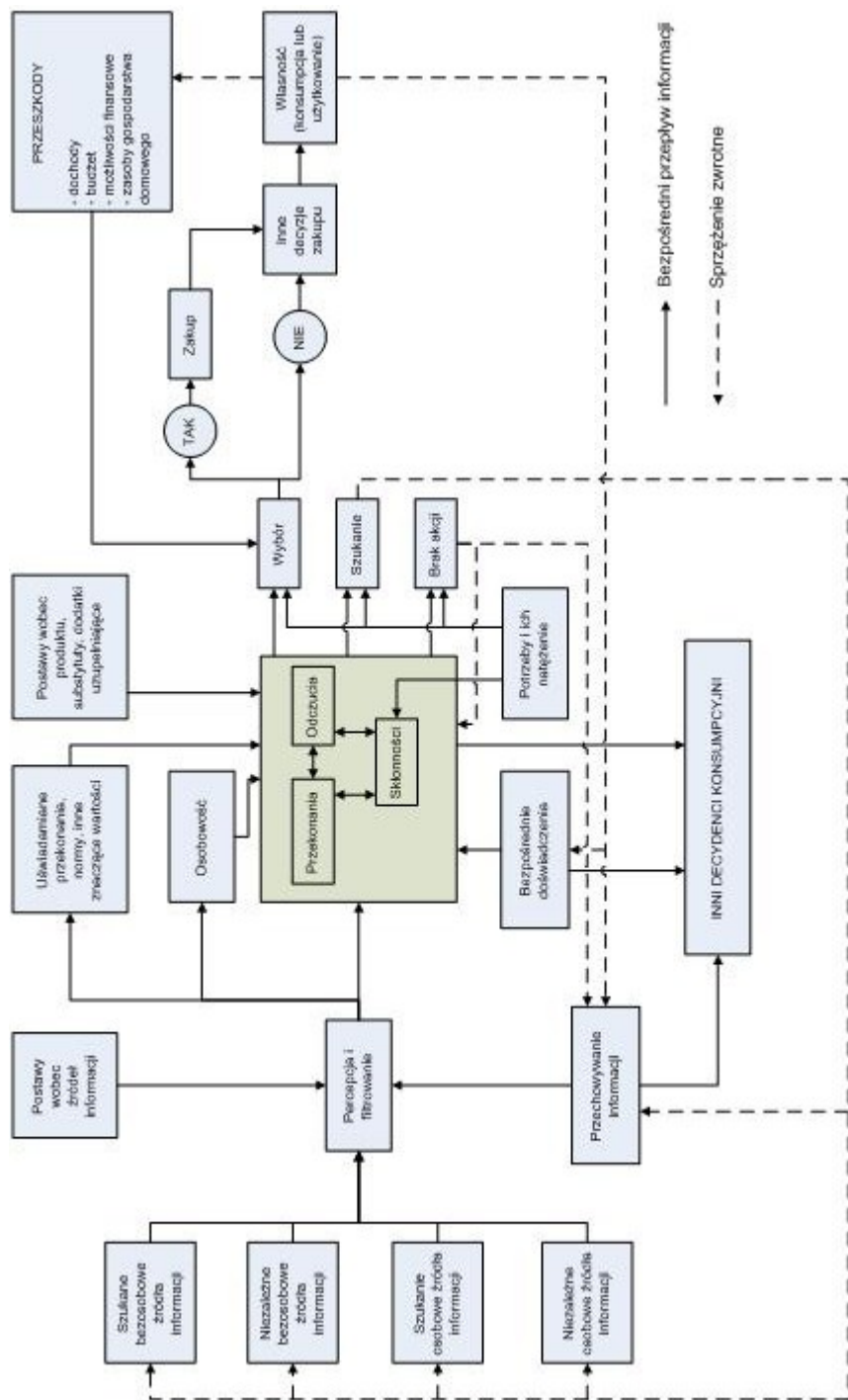
1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1039-1043.

Źródło: (Jachnis, Terelak 1998)

Podjęmowane przez konsumenta decyzje stanowią

Holistyczne modele zachowania się konsumentów swa nazwe zaczerpnęły

Test to jeder =



Rys. 16. Model Andreasena postępowania konsumenta
Źródło: (Kaczmarczyk 2007)

Zdaniem A. R. Andreasena cykl ten składa się z czterech etapów: etapu bodźców wejściowych, etapu percepcji i filtrowania, etapu zmian postaw i skłonności oraz etapu reakcji. Największe znaczenie przypisane jest postawie, na którą składają się przekonania, odczucia i skłonności. Postawa ta może odnosić się wobec producenta bądź produktu oraz wobec źródeł informacji i sposobów ich przekazywania.

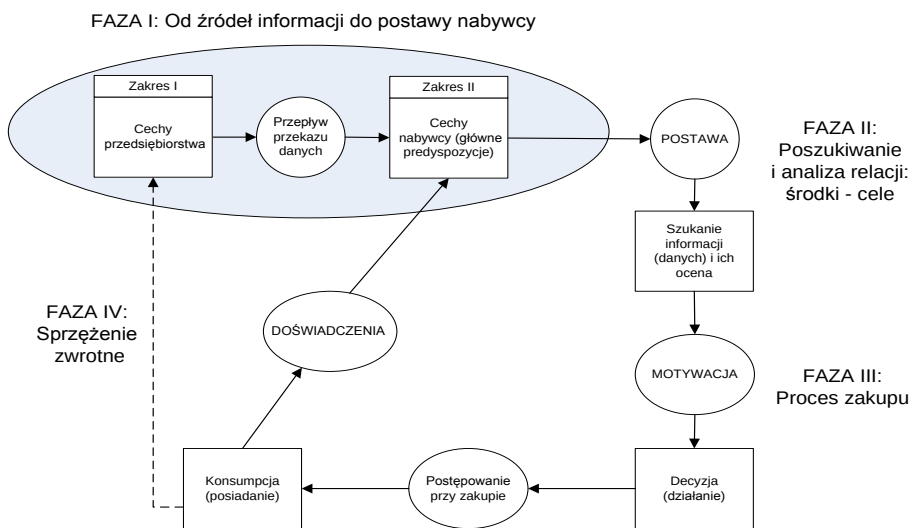
Model A. R. Andreasena jest kompleksowym odzwierciedleniem różnorodnych relacji między postawą a zachowaniem się konsumenta.

Model Nicosii

Model F.M. Nicosii, podobnie jak model A. R. Andreasena, uwzględnia w procesie przepływu informacji sprzężenia zwrotne, dzięki czemu stanowi on zamknięty cykl. Andreasen jednak kładł większy nacisk na strukturę podejmowania decyzji zakupu, natomiast Nicosia koncentruje się głównie na cyklicznej sekwencyjności tego procesu oraz przywiązuje dużą uwagę do procesu interakcji pomiędzy firmą a konsumentem. Model ten stanowił wyjście do badań na temat wpływu zmiennych marketingowych na wzorce zakupów oraz dotyczących analizy czynników interweniujących w relacje pomiędzy zmiennymi marketingowymi a decyzjami zakupowymi.

Przedstawiony na rysunku poniżej przebieg procesu podejmowania decyzji zakupu składa się z czterech faz – obszarów, przez które nabywca przechodzi kolejno z coraz większą motywacją do dokonania zakupu. W fazie I cechy nabywcy kształtowane są przez dane uzyskane od przedsiębiorstwa, co w rezultacie modeluje jego postawę wobec firmy i produktu. Ukształtowana postawa stanowi wejście do fazy II, gdzie konsument, poszukuje dodatkowych informacji i dokonuje ich analizy. Na tym etapie Nicosia wprowadził rozróżnienie na dwa typy poszukiwanych danych: wewnętrznych i zewnętrznych. Dane wewnętrzne to wszelkiego rodzaju świadome i nieświadome skojarzenia z produktem, natomiast dane zewnętrzne to przede wszystkim informacje uzyskane z reklamy, od innych użytkowników, itp. Po przetworzeniu dostępnych informacji i pozytywnej ich ocenie u konsumenta kształtuje się motywacja przyszłego zakupu, co stanowi przejście do fazy III procesu. W fazie tej dokonuje się przemiana motywacji w akt kupna, co z kolei powoduje wejście w fazę IV, czyli konsumpcję, użytkowanie bądź przechowywanie produktu. W wyniku spożycia produktu konsument nabiera pewnych doświadczeń, które będą oddziaływać na jego reakcje i predyspozycje w przyszłości. Podjęta decyzja i późniejsza konsumpcja stanowią równocześnie zamknięcie całego cyklu i sprzężenie zwrotne dla przedsiębiorstwa, które to, wykorzystując dane o konsumencie, nadaje oczekiwaną formę przekazom reklamowym oraz polityce produktu.

Dzięki sprzężeniom zwrotnym cały proces powtarza się a postawy i potrzeby konsumentów ulegają nieustającym modyfikacjom.



Rys. 17. Model Nicosii zachowania konsumenta

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Rudnicki 2004, s. 71)

Model Engela, Kollata i Blackwella

Model J. F. Engela, D. T. Kollata i R. D. Blackwella (1973), w zależności od źródeł nazywany w skrócie EKB bądź EBK, jest złożonym kompleksowym schematem postępowania klienta, modelującym przepływ informacji pomiędzy biorącymi w procesie zakupowym udział strukturami oraz ujmującym zarówno bardzo wczesne etapy uświadamiania sobie zaistnienia potrzeby, aspekty decyzyjne samego procesu, jak i ostateczne odczucia i oceny podjętych decyzji w procesie zakupu. Bierze on pod uwagę szeroki zakres zmiennych środowiskowych i wielostronne oddziaływania, na jakie jest narażony nabywca, co w sposób znaczny rozszerza kognitywne modele zachowania się konsumentów.

Model EKB, uwzględniając większość determinant wpływających na zachowania konsumenckie, pomija czynniki ekonomiczne. Są one jednak uwzględniane przy określaniu innych czynników, takich jak: grupa społeczna, klasa społeczna czy też faza cyklu życia rodziny.

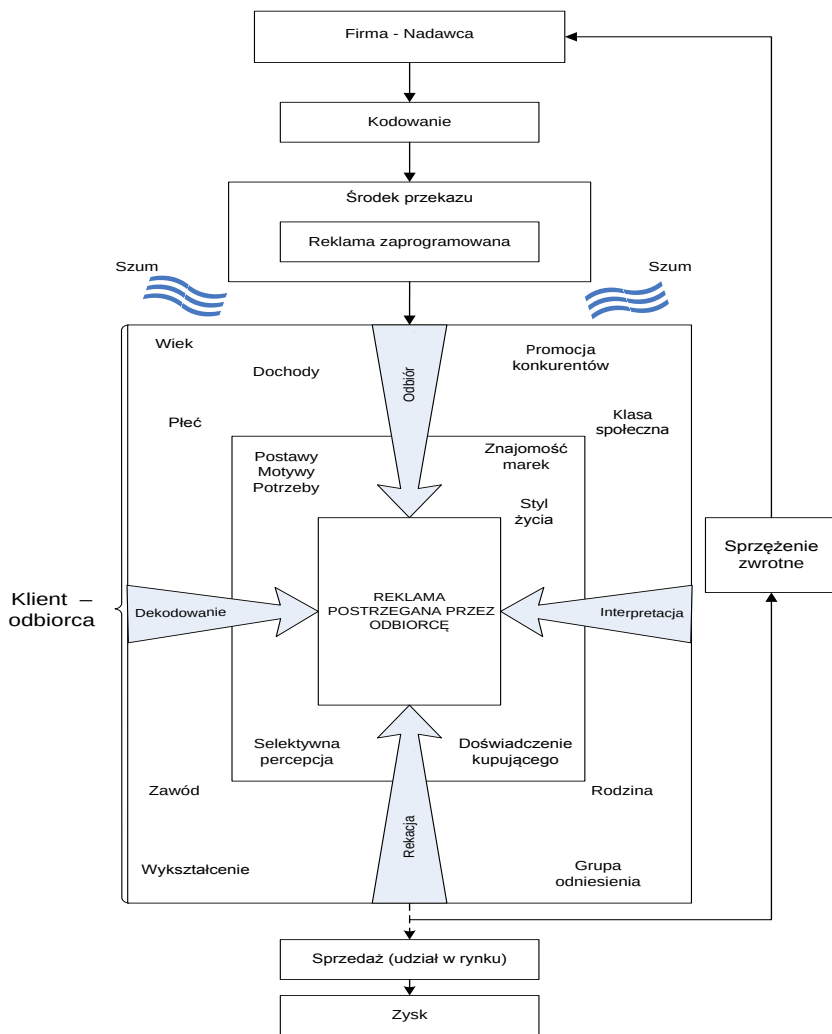
Model EKB podzielony jest na wyraźne bloki funkcjonalne, z których pierwszy – tzw. wejście informacyjne – obejmuje pojawiający się narzucony z zewnątrz bądź też powstały na skutek poszukiwania informacji bodziec. Bodziec ten jednocześnie może podlegać procesowi decyzyjnemu związanemu z innym bodźcem bądź być skutkiem doznanego dysonansu pozakupowego. Bodziec ten uruchamia blok związany z przetwarzaniem informacji i obejmuje wszelkie istotne procesy poznawcze związane z rozpoznaniem bodźca i informacji z nim powiązanych, oraz porównanie ich z pamięcią krótkotrwałą (aktywną), a także z doświadczeniem, uwzględniającym satysfakcję osiągniętą

W porównaniu do dotychczas omawianych modeli zachowania się konsumentów wprowadzenie na tym etapie mechanizmów pamięci operacyjnej i długotrwałej jest nowym elementem zaczerpniętym z psychologii kognitywnej.

Proces podejmowania decyzji przebiega z jednej strony w oparciu o posiadane informacje i doświadczenie, z drugiej o całą strukturę wzajemnych korelacji uwarunkowanych przez wpływy środowiska, motywację oraz ocenę towaru. Normy i wartości kulturowe mają więc znaczący wpływ na motywy postępowania, zaś rodzina i grupy odniesienia na osobowość i styl życia co przekłada się na motywację oraz na postrzeganie zgodności życia z normami. Wszystkie te struktury warunkują przebieg procesu decyzyjnego, i w ostatecznym rozrachunku przekładają się na inicjację nowej pętli rozpoczynającej się poszukiwaniem informacji i, być może, prowadzącej do kolejnych zachowań.

Model zachowania się konsumenta wg J. Kalla (2002) stanowi rozwinięcie modelu EKB. Jest to właściwie model procesu komunikowania się firmy z potencjalnym konsumentem i rozważa postępowanie klienta w aspekcie otrzymanego komunikatu reklamowego oraz jego percepcji, określonej przez

trzy wewnętrzne procesy: odbiór, dekodowanie i interpretację. Całość tego układu warunkuje czwarty proces którym jest oczekiwana przez nadawcę przekazu reakcja.



Rys. 19. Model zachowania się konsumenta wg J. Kalla
 Źródło: (Kall 2002, s. 77)

Klient jednakże jest tu przedstawiony holistycznie z uwzględnieniem procesów poznawczych, jego osobowości, kontekstu społeczno-demograficznego oraz różnego pochodzenia zewnętrznych szumów informacyjnych. Widoczny jest także fragment, omówionego już wcześniej, modelu komunikacyjnego.

W niniejszym modelu inicjatorem całego procesu jest nadawca komunikatu reklamowego. W momencie, w którym przekaz dociera do odbiorcy uruchamia-

na jest funkcja odbioru, która podlega modyfikacjom ze strony wewnętrznych czynników osobistych klienta. Czynniki te mogą albo nie dopuścić do odbioru komunikatu albo wręcz doprowadzić do jego aktywnego poszukiwania. Jednak nie tylko wewnętrzne czynniki wpływają na efekt odbioru komunikatu, gdyż może on być także warunkowany poprzez działania konkurencji odwracające uwagę lub świadomie zagłuszające przekaz.

Odebrany przekaz jest dekodowany i interpretowany przez konsumenta. I w tym miejscu J. Kall zaznacza elementy, które są kluczowe w analizie zachowań konsumentów, a mianowicie: prywatna indywidualna historia doświadczeń konsumenta oraz charakterystyka jego samego, które to swoim zasięgiem obejmują zarówno profil demograficzny, społeczny jak i ekonomiczny.

Na przedstawionym modelu wyraźnie widać, że konsument nie poprzestaje na samym fakcie dokonania zakupu, gdyż może wystąpić sprzężenie zwrotne, dzięki któremu możliwe jest dokonanie oceny i, w razie zaistnienia takiej potrzeby, zmodyfikowanie jakości przekazu, skuteczności jego transmisji oraz reakcji odbiorców.

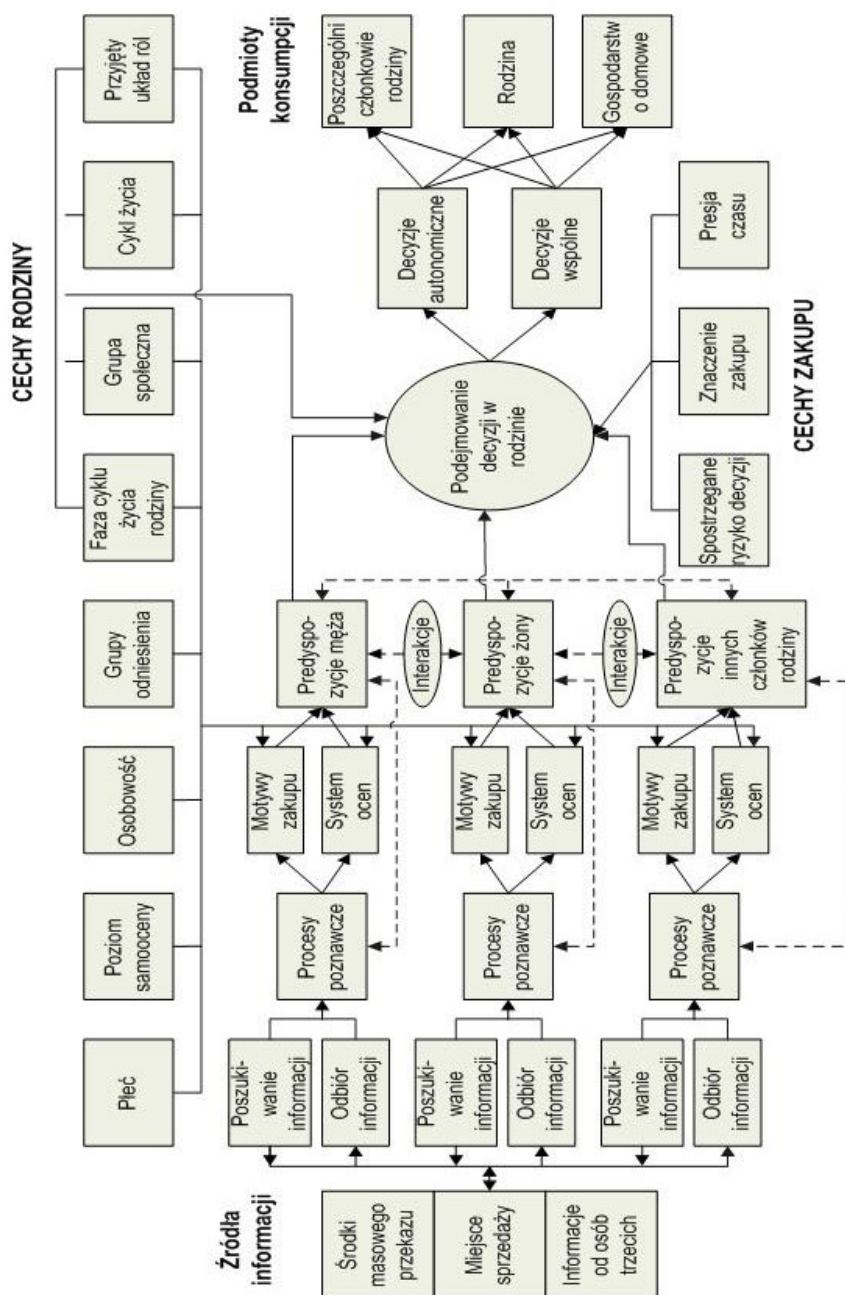
Model podejmowania decyzji zakupu w rodzinie

Kolejnym omawianym holistycznym modelem zachowania się konsumenta na rynku jest model J. N. Shetha podejmowania decyzji zakupu w rodzinie.¹ Model ten obejmuje psychologiczne aspekty podejmowania decyzji, udział wewnętrznych czynników konsumenta i wpływ otoczenia na podejmowanie decyzji lecz, w odróżnieniu do omawianych powyżej koncepcji, obejmuje również swoim zakresem członków rodziny wraz z interakcjami i wzajemnymi korelacjami zachodzącymi pomiędzy nimi.

W powyższym modelu J. N. Sheth rozpatruje również wpływ fazy cyklu życia rodziny, przyjęty układ ról, presję czasu czy też znaczenie zakupu na podejmowanie decyzji o zakupie. Rozróżnia także dwa rodzaje decyzji – autonomiczne oraz wspólne i zakres ich znaczenia. Dodatkowo, model ukazuje wpływ, jaki proces informacyjny – poznawczy każdego członka rodziny może mieć na innych, a także system interakcji pomiędzy predyspozycjami każdego członka rodziny wraz z umożliwiającą korektę własnych motywów i ocen pętlą zwrotną.

Pomimo całej swojej złożoności i szerokiego ujęcia otoczenia konsumenta, powyższy schemat zachowania konsumenta na rynku nie obrazuje samego przebiegu procesu decyzyjnego.

¹ J.N. Seth przyjmuje, że w skład rodziny wchodzi mąż, żona, dzieci oraz inni członkowie rodziny – zięć, synowa, teściowa, itp. Dzieci należą do rodziny jeśli mieszkają z rodzicami i pozostają zależne od nich finansowo.



Rys. 20. Model podejmowania decyzji zakupu w rodzinie
Źródło: (Rudnicki 2000, s. 233)

Inne modele postępowania klienta na rynku

Przedstawione powyżej koncepcje były modelami strukturalnymi. Wszystkie te powyższe modele uwzględniają proces postępowania konsumenta, mają charakter predykcyjno-wyjaśniający wybór klas lub marek produktów. Do innych przykładowych zintegrowanych modeli zachowań konsumenta należą modele W. Kroebera-Riela, zrewidowany model J. F. Engela – R. D. Blackwella, model L. Schiffmana – L. Kanuka, model J. R. Bettmana czy też model Ph. Kotlera, jednak w znacznym stopniu przedstawiają te same czynniki wpływające na postępowanie konsumenta na rynku.

Mimo, iż wszystkie modele strukturalne mniej lub bardziej dokładnie opisują postępowanie jednostki na rynku, nie wyjaśniają tego procesu we wszystkich jego aspektach. Wprowadzie opis matematyczny zachodzących procesów i ich efektów, oraz tworzenie prognoz liczbowych nie będą wymagane w niniejszej pracy, jednak słusznym wydaje się wspomnieć o teoriach, które takowe opisy umożliwiają. Zagadnienie to zostanie przybliżone na przykładzie dwu modeli – stochastycznego modelu A. Markowa oraz symulacyjnego modelu H. C. Triandisa.

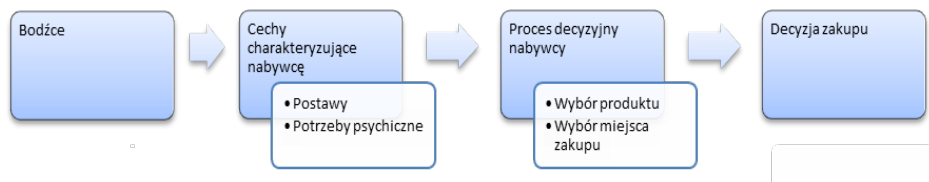
Model A. Markowa, inaczej zwany łańcuchem Markowa lub macierzą prawdopodobieństw przejścia, zakłada ciągłość zdarzeń, w którym prawdopodobieństwo każdego zdarzenia zależy jedynie od wyniku poprzedniego, co oznacza, iż proces w danym okresie osiągnie określony stan, jeśli stało się to w okresie poprzednim. Model ten jest szeroko stosowany do badań planów i zamiarów dokonania zakupu, kolejności zakupów, preferencji konsumentów czy też substytucji ich potrzeb (*Rudnicki 2000, s. 238*).

Model H. C. Triandisa natomiast jest modelem opisanym za pomocą wzoru, według którego prawdopodobieństwo wystąpienia danego zachowania jest funkcją takich zmiennych jak zwyczajowe i emocjonalne wzorce zachowań, zamiar podjęcia działania, bodźce aktywizujące człowieka do działania w danym momencie, stopień tej aktywizacji oraz wagi różnicujące wpływ tych czynników na określane prawdopodobieństwo (*Rudnicki 2000, s. 239*).

Pomimo częściowo rozbieżnych założeń, struktur czy też czynników wewnętrznych oraz zewnętrznych wszystkie opisane koncepcje wychodzą z założenia, że podejmując decyzje rynkowe klient kierowany jest istniejącymi motywami i przez to działa (przynajmniej w pewien sposób) świadomie i racjonalnie (aczkolwiek nie zawsze ekonomicznie).

1.4. Operacyjny model postępowania konsumenta

Po przeanalizowaniu licznych obecnych w literaturze modeli postępowania konsumenta opracowano autorski model oparty na modelu zachowania nabywcy Ph. Kotlera. W celu zobrazowania badanych w niniejszej pracy zachowań model ten został uproszczony, aby uwzględnić jedynie zmienne istotne dla prowadzonych eksploracji.



Rys. 21. Uproszczenie model zachowania nabywcy Ph. Kotlera

Źródło: Opracowanie własne (na podstawie Kotler 1994)

Proces zakupowy zapoczątkowany jest przez pojawiający się na wejściu systemu bodziec. Po rozpoznaniu potrzeby konsument rozpoczyna proces oceny zebranych możliwych alternatyw. Ocena przeprowadzana jest w oparciu o zmienne wewnętrzne, którymi mogą być indywidualna posiadana wiedza i doświadczenie oraz zmienne zewnętrzne, takie jak reklama, obiektywne źródła informacji czy opinie znajomych bądź sprzedawców. Wszystko to rozpatrywane jest w kontekście przyjętych postaw i odczuwanych potrzeb stanowiących motywację do podjęcia odpowiednich działań konsumenckich, co prowadzi do podjęcia decyzji zakupowej, której następstwem – a za razem wyjściem z systemu – jest określony akt behawioralny konsumenta, czyli zakup lub jego zaniechanie. Postawy odnoszą się do mniej lub bardziej sprzyjających orientacji względem obiektów, pojęć lub sytuacji i składają się z trzech komponentów: emocjonalnego – emocji i uczuć, jakie kojarzą się z obiektem postawy; poznawczego, w którym mieszczą się wiedza na temat obiektu, przekonania, przypuszczenia i wątplenia; oraz behawioralnego, obejmującego reakcje mimiczne, wokalne, werbalne i działania (Hawkins i in. 2001, s. 394; Brassington, Pettit 1997, s. 108). Potrzeby natomiast, nawet te nie do końca uświadomione, dotyczą tego, co jest człowiekowi niezbędne, aby istniał jako organizm, rozwijał się jako osoba i pozostawał wolny w sensie psychicznym (Obuchowski 2006, s. 13–15).

2. Czynniki kształtujące postępowanie konsumentów

Każdy konsument podejmujący decyzję o nabyciu jakiegoś dobra materialnego lub niematerialnego oczekuje przede wszystkim pewnych korzyści. Wybiera zatem taki zestaw dóbr, który – przy ograniczonych środkach – zapewni mu maksymalne zaspokojenie odczuwanych potrzeb. Zakup, warunkowany licznymi doświadczeniami przeszłymi oraz oczekiwaniami dotyczącymi przyszłości, dokonywany jest więc w określonym celu (*Kłeczek i in.*, 1992, s. 44). Czynniki wewnętrzne stanowią więc pierwszy, kluczowy zbiór determinant warunkujących postępowanie konsumenta. Wykształcają się one pod wpływem przeróżnych czynników zewnętrznych – takich jak środowisko, grupy i osoby z którymi konsument przebywa czy też jego sytuacja osobista – oddziałujących na jednostkę w procesie rozwoju psychicznego.

Próby scharakteryzowania tych czynników przysparzają licznych problemów, gdyż osoby badane nie zawsze są ich w pełni świadome jak również nie są w stanie ich wystarczająco sprecyzować.

Analizując czynniki wewnętrzne jak i zewnętrzne należy przede wszystkim uświadomić sobie fakt, iż wszystkie one stanowią nierozdzielalną całość. Żadne działania nie mogą być rozpatrywane bez uwzględnienia indywidualnych i społeczno – kulturowych oddziaływań na jednostkę. Dzieje się tak dlatego, iż zarówno w grupie czynników wewnętrznych, zewnętrznych, jak i pomiędzy tymi grupami dochodzi do jednoczesnego przenikania się i wzajemnego warunkowania. Niemniej jednak można pokusić się o stwierdzenie, iż jednymi z najważniejszych i kluczowych czynników wpływających na postępowanie każdego człowieka – nie tylko w sytuacji zakupu – są jego potrzeby i postawy.

Usystematyzowanie potrzeb ludzkich jest przedsięwzięciem niezwykle trudnym. Wpływa na to przede wszystkim nieograniczoność potrzeb, ich nieustanna zmienność, jak również szybki rozwój środków oraz modyfikacja sposobów ich zaspokajania. Faktem pozostaje jednak, iż to właśnie potrzeby napędzają człowieka do działania i podejmowania wszelkich aktywności, w tym decyzji o dokonaniu zakupu.

Postawy wobec produktu są natomiast oceną przewidywanych wyników jego użytkowania. Stosunek do przedmiotu objawiać się może w postaci uczuć, emocji przeżywanych w związku z danym przedmiotem, posiadania przekonania oceniających czy tendencji do określonych zachowań.

Zaproponowany w niniejszej pracy operacyjny model postępowania konsumenta opiera się na założeniu, iż wszelkie działania jednostki na rynku pozostają pod silnym wpływem jego potrzeb oraz postaw. Ze względu więc na charakter podejmowanych rozważań problematyka postaw i potrzeb, w stosunku do innych determinant zachowań konsumentów na rynku, zostanie potraktowana szerzej.

2.1. Potrzeby, pragnienia i motywacja

Mimo, iż każda osoba pobudzana jest do działania poprzez potrzeby i pragnienia, to jednak pojęcia te są trudne do zdefiniowania. Potrzeby są właściwościami człowieka, dynamizującymi siłami będącymi źródłem jego aktywności, motorem właściwie każdego jego działania. Potrzeby oraz dążenie do ich zaspokojenia stanowią najbardziej zauważalny i zarazem odczuwalny objaw życia jednostki, gdyż każdy żywy organizm ma określone potrzeby.

Istnieje szereg definicji opisujących potrzeby. A. Buchner-Jeziorska (1986) podaje, iż „potrzeba jest to stan organizmu wywołujący potencjalną aktywność ukierunkowaną w stronę pewnych wartości, których osiągnięcie prowadzić ma do zapewnienia organizmowi stanu pożądanego zarówno pod względem biologicznym jak i psychologicznym” (s. 152–153). Potrzeba jest to stan niestabilnej lub zaburzonej równowagi w zachowaniu, przejawiający się pewnym napięciem (Cameron, za: Kirenko 2002, s. 159; Hamer 2005, s. 147). W świetle powyższej definicji potrzeby można ująć więc jako mechanizm samoregulacji niezbędny do rozładowania napięcia (Siek 1984) lub, innymi słowy, dążeniem jednostki do zrównoważenia powstających u niej napięć (Goldstein, za Obuchowski 1995, s. 68). Zdaniem J. Szczepańskiego (1981) potrzeby powstają, gdy ujawnia się brak spowodowany zużyciem danego zasobu. Brak ten może również utrudniać lub wręcz uniemożliwiać poprawne funkcjonowanie jednostki w otaczającym ją systemie społecznym, gospodarczym lub kulturowym. „Potrzeby oraz ich zaspokajanie (...) można określić więc jako proces powstawania i realizowania pragnień poprzez przystosowanie się do rzeczywistości” (Kirenko, Sarzyńska 2010, s. 42). Pragnienia natomiast to potrzeby, które są nie tylko odczuwalne, lecz pod wpływem osobowości, kultury, posiadanych doświadczeń i wiedzy, dana osoba wie jak zaspokoić.

J. Reykowski (za: Kirenko, Sarzyńska 2010, s. 43) twierdzi, iż potrzeba to stan odczuwania braku czegoś, czego zaspokojenie pozostaje warunkiem niezbędnym do egzystencji i rozwoju. Również S. Garczyński podaje, iż zaspokajanie potrzeb stanowi czynnik nieodzowny do normalnego życia i rozwoju jednostki (za: Kirenko, Sarzyńska 2010, z. 42). Przy tymczasowym niezaspokojeniu określonej potrzeby nie zachodzą jeszcze w psychice poważniejsze zmiany. Jeśli jednak jakieś, zwłaszcza silnie odczuwane potrzeby są zablokowane na czas dłuższy, powstają wówczas niekorzystne zmiany w rozwoju psychofizycznym i w zachowaniu jednostki. Oznacza to, że dana jednostka nie może normalnie żyć, funkcjonować zgodnie z założeniami czy też odnosić się intencjonalnie do siebie i swojego otoczenia (Obuchowski 1995, s. 93).

Z przytoczonych powyżej definicji jasno wynika, iż niemożliwe jest prawidłowe działanie organizmu bez zaspokajania potrzeb, gdyż to właśnie one zmuszają człowieka do podejmowania pewnych działań i stanowią źródło aktywności każdej jednostki. Aktywność zaś jest warunkiem niezbędnym do zaspokojenia większości odczuwanych potrzeb i jest ona tym większa i dłużej

podejmowana im pewniej zaskutkuje zaspokojeniem potrzeby dominującej (Kirenko, Sarzyńska 2010, s. 49–50).

Potrzeby kreują ogólną tendencję do reakcji, natomiast motywy definiują pewne konkretne zachowania (Sowińska 2003, s. 32). Motyw można zdefiniować jako „zwerbalizowanie celu i programu umożliwiające danej osobie podjęcie określonej czynności” (Obuchowski 1983, s. 25–26).

Motywacja jest to „proces psychicznej regulacji, dzięki któremu formułują się dążenia, przez które rozumieć należy tendencje do podejmowania czynności ukierunkowanych na określony cel” (Reykowski 1992, s. 113). Motywacja może być scharakteryzowana poprzez: „wzbudzanie energii, ukierunkowanie wysiłku na określony cel, selektywne zwracanie uwagi na istotne bodźce (przy zmniejszonej wrażliwości na bodźce nieistotne), zorganizowanie reakcji w ziniegrowany wzorzec czy sekwencje oraz wytrwałe kontynuowanie ukształtowanej w ten sposób czynności, dopóki nie zostaną zmienione warunki, które ją zapoczątkowały” (Zimbardo, Ruch 1997, s. 313). Na motywację, wg. H. Hamer (2005, s. 127) składa się zespół czynników skłaniających jednostkę do inicjowania, ukierunkowywania i podtrzymywania działalności (Berkowitz i in. 1999, s. 158; Kerin i in. 2010).

Inaczej mówiąc motywacja ma na celu wywołanie, skoncentrowanie i podtrzymanie lub ukierunkowanie zachowań w pożądanym kierunku (Reykowski 1979, s. 68); jest uaktywnieniem, pobudką lub przyczyną rozpoczęcia albo podtrzymywania poświadanych zachowań i działań (Antonides, van Raaij 2003, s. 178). J.A. Stoner, R. E. Freeman i D. R. Gilbert (1997, s. 426) motywację pojmują jako „psychologiczny stan przyczyniający się do stopnia, w jakim człowiek się w coś angażuje, obejmuje ona czynniki, które powodują, wytwarzają i podtrzymują zachowanie ludzkie zmierzające w określonym kierunku”. Upraszczając, motywacja to ogólny termin odnoszący się do regulacji zachowania zaspokajającego potrzeby i dążącego do realizacji określonego celu (Terelak 2005, s. 97).

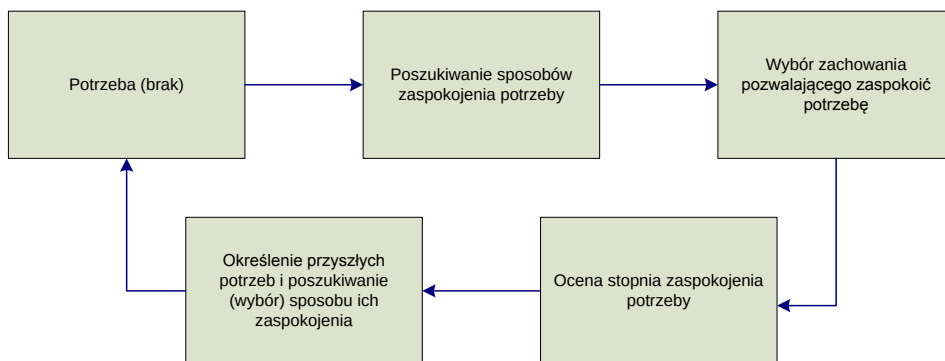
Część autorów rezygnuje ze szczegółowego definiowania motywu i stosuje wyłącznie termin „motywacja” oznaczający powody, dla których człowiek jest „raczej aktywny niż nieaktywny”. Można również spotkać termin „motywacja” używany jedynie w odniesieniu do siły, jaka cechuje działanie – mówi się wówczas o motywacji wysokiej lub niskiej (Obuchowski 1983, s. 29).

W literaturze „motywy” oraz „potrzeby” i „pragnienia” nie są jednak zdefiniowane jednoznacznie i niejednokrotnie stosowane są zamiennie, gdyż definiują odczuwalny brak czy też różnice postrzegane między stanem poświadany a stanem istniejącym, które jednostka pragnie zniwelować. Zarówno terminy „motyw” jak i „potrzeba” stosuje się dla określenia motywacji psychologicznej i społecznej (Zimbardo, Ruch 1997; s. 313).

W niniejszej pracy w celu uniknięcia semantycznej polemiki przyjęto, iż terminy te można uznać w przybliżeniu za tożsame.

Uświadomienie sobie potrzeby może mieć swe źródła nie tylko w psychice ale może także pochodzić z zewnątrz. Stan taki może być wynikiem (Garbarski 2001, s. 45):

- braku produktu,
- uzyskaniu informacji o nowym produkcie,
- ujawnienia się nowych potrzeb (najczęściej wywołanego dostrzeżeniem określonego produktu u innych osób),
- zmiany sytuacji materialnej,
- zmiany oczekiwań w stosunku do produktu.



Rys. 22. Przebieg procesu motywacji

Źródło: (Griffin 1996, s. 458)

Uświadomienie sobie istnienia potrzeby to pierwszy i zarazem podstawowy element inicjujący proces decyzyjny, który może skutkować określonym zachowaniem rynkowym. Dzieje się tak w momencie, gdy dana potrzeba stanie się dostatecznie silna aby zmotywować jednostkę do działania. Potrzeby konsumentów oraz cele, jakie przed sobą stawiają (motywy działania) wpływają na różne aspekty przetwarzania i przyswajania przez nich informacji (Bettman 1979, s. 57).

Liczba potrzeb jest nieograniczona, gdyż wraz z rozwojem cywilizacji nieustannie powstają nowe, zmienia się ich struktura i hierarchia. Większość ludzkich potrzeb odnawia się, więc ich zaspokojenie ma charakter czasowy. Potrzeby uzewnętrzniają się z różną intensywnością, a intensywność ta wynika z osiągniętego przez społeczeństwo poziomu życia.

„Potrzeby mają charakter złożony i stanowią przedmiot wielu dyscyplin naukowych, stąd trudno jest wypracować w tym względzie jednolite podstawy teoretyczne” (Jundziłł E. 1998, s. 7). Jednak dziedziną nauki, która relatywnie najbardziej wielostronnie zajmowała się potrzebami człowieka, jest psychologia. To właśnie w obszarze tej dyscypliny powstały najbardziej znane teorie i najbardziej wyczerpujące klasyfikacje potrzeb (Kocowski 1982, s. 40-41).

Istnieje wiele teorii dotyczących potrzeb, ich genezy, hierarchii i ewentualnych możliwych do wyróżnienia podgrup. Większość teorii motywacyjnych wywodzi się jednak z teorii amerykańskiego psychologa i psychopatologa Abrahama H. Maslowa. Model A. Maslowa wywarł ogromny wpływ na wiele dziedzin, w tym na badania nad osobowością czy zachowaniami organizacyjnymi i nadal jest szeroko cytowany w literaturze przedmiotu (*Kreitner, Kinicki, 2008; Myers, 2009; Nairne, 2003*).

A. Maslow opiera swoją teorię motywacji na osiągnięciach szkoły stosunków społecznych E. Mayo, dlatego też A. Maslow w swojej teorii ogniskuje uwagę na człowieku. Zdaniem A. Maslowa zachowanie się człowieka wynika z jego dążenia do zaspokojenia potrzeb, a nie chwilowych stanów emocjonalnych. Maslow rozróżnił motywację będącą skutkiem niedoboru, przy której jednostka stara się przywrócić swą fizyczną czy psychiczną równowagę, oraz motywację wzrostu, przy której jednostka stara się wyjść poza to, co zrobiła i czym była w przeszłości (*Zimbardo, Ruch 1997; s. 404*). Według A. Maslowa potrzeby człowieka tworzą usystematyzowaną logiczną hierarchię – od potrzeb niższego rzędu do potrzeb wyższego rzędu. Mechanizmem sterującym ludzkimi zachowaniami według A. Maslowa są potrzeby, pojmowane jako brak czegoś, wywołujący jednocześnie dążenie do zaspokojenia tego braku. Teoria hierarchii potrzeb A. Maslowa podkreśla, iż człowiek mając określony zespół potrzeb, powinien zaspokajać je w określonej kolejności i jedynie zaspokojenie potrzeb niższego rzędu (potrzeby fizjologiczne, bezpieczeństwa) umożliwia zaspokojenie potrzeb wyższego rzędu. Podstawową konsekwencją zaspokojenia potrzeby jest jej zniknięcie i pojawienie się nowej. Zdaniem Maslowa organizm jest aktywny jedynie wtedy, gdy powstanie w nim brak lub nadmiar czegoś i wywoła w nim stan potrzeby, będącej bezpośrednim źródłem aktywności człowieka (*Maslow 1990, s. 104–105*).

A. Maslow (1943, s. 370–396) widzi motywację człowieka jako hierarchię pięciu potrzeb:

- fizjologicznych – potrzeby oddychania, picia, jedzenia, itp.;
- pewności – potrzeby bezpieczeństwa, porządku, braku lęku lub zagrożenia;
- przynależności i miłości (potrzeby społeczne) – potrzeby miłości, uczucia, poczucia przynależności, kontaktu z innymi ludźmi;
- uznania – potrzeby osiągnięć i szacunku dla samego siebie oraz ze strony innych;
- samorealizacji – potrzeby rozwoju, poczucia spełnienia, realizacji własnego potencjału.

Potrzeby popychają ludzi do ich zaspokojenia przez określone działania, przy czym proces ten nie ma końca (*Bańka 2002, s. 333*). Człowiek jest motywowany do zaspokajania tej potrzeby, która jest najsilniej odczuwana w danym momencie a siła potrzeby zależy od bieżącej sytuacji i ostatnich doświadczeń własnych człowieka. Każda potrzeba fizjologiczna musi być choć częściowo

zaspokojona, zanim dana osoba zapragnie zaspokojenia potrzeby wyższego rzędu. Życie na poziomie potrzeb wyższego rzędu oznacza większą sprawność biologiczną, mniej chorób, długowieczność, itp. Ich zaspokajanie prowadzi do głębszego szczęścia, większej pogody ducha i bogatszego życia wewnętrznego (Maslow 1990, s. 72-159). Potrzeby uzupełniają się nawzajem co oznacza, że są komplementarne (Czapiński 2004, s. 216).

Potrzeby wyższego rzędu pojawiają się stopniowo wraz z rozwojem człowieka. Nasilenie się potrzeb oraz sposób ich zaspokajania znacznie różni się u poszczególnych osób oraz może się zmieniać wraz z wiekiem. Sama hierarchia potrzeb również podlega indywidualizacji. Człowiek może zrezygnować z zaspokojenia pewnych potrzeb, jeżeli zgodnie z jego przekonaniami będzie to nieetyczne. Hierarchia potrzeb może być uzależniona także od typu osobowości. Ludzie o wybuchowym temperamencie będą mieli szczególnie rozbudowaną potrzebę dominacji, która zrekompensuje im niezaspokojenie potrzeby samorealizacji a dla melancholika ważniejsze od prestiżu będą potrzeby estetyczne. Co więcej, A. Maslow wyróżnia także pewne potrzeby dodatkowe, które ujawniają się tylko u niektórych ludzi, takie jak potrzeby estetyczne czy poznawcze potrzeby wiedzy.

C. P. Alderfer (1972), dokonując znacznej modyfikacji teorii Maslowa, zaproponował inny podział potrzeb. Jego teoria rozbiła proponowaną przez Maslowa hierarchię potrzeb na trzy szczeble a litery E, R, G w nazwie teorii oznaczają:

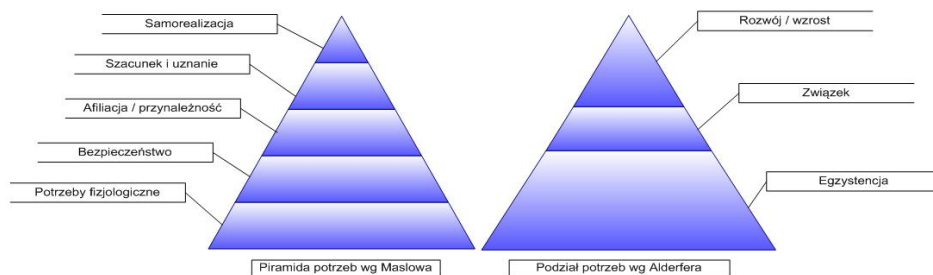
- **E** - existence - Potrzeby egzystencji - do których należą m.in. potrzeby fizjologiczne, materialne, poprawa warunków pracy;
- **R** - relatedness - Potrzeby stosunków społecznych - potrzeby i aspiracje, potrzeba integracji w zespole;
- **G** - growth - Potrzeby rozwoju osobowego.

Potrzeby egzystencji odpowiadają potrzebom fizjologicznym i potrzebom bezpieczeństwa u A. Maslowa. Potrzeba kontaktów społecznych koncentruje się na związkach ludzi z ich otoczeniem społecznym podczas, gdy u Maslowa potrzeby przynależności i szacunku odnoszą się do pozyskiwania szacunku innych. Potrzeba wzrostu czy rozwoju, najwyższy szczebel w schemacie C. P. Alderfera, obejmuje potrzeby szacunku dla samego siebie i samorealizacji.

Teoria ERG C. P. Alderfera ma wiele wspólnego z klasyfikacją potrzeb sporządzoną przez polskiego socjologa i antropologa B. Malinowskiego (por.: Bywalec, Rudnicki 2002, s. 26 – 27). B. Malinowski również rozróżnia trzy kategorie potrzeb (Paluch 1976, s. 59 – 60):

- potrzeby podstawowe – pierwotne, odnoszące się do biologicznej strony ludzkiego życia, takie jak metabolizm, reprodukcja, wymogi organizmu, bezpieczeństwo, ruch, wzrost, zdrowie;

- potrzeby pochodne – drugiego rzędu, związane ze społeczną aktywnością jednostki, np. produkcja dóbr konsumpcyjnych, regulacja zachowań i organizacja kolektywnego działania;
- potrzeby integratywne – trzeciego rzędu, odpowiadające za kulturową stronę życia jednostki czyli potrzeby zaspokojenia intelektualnego i estetycznego.



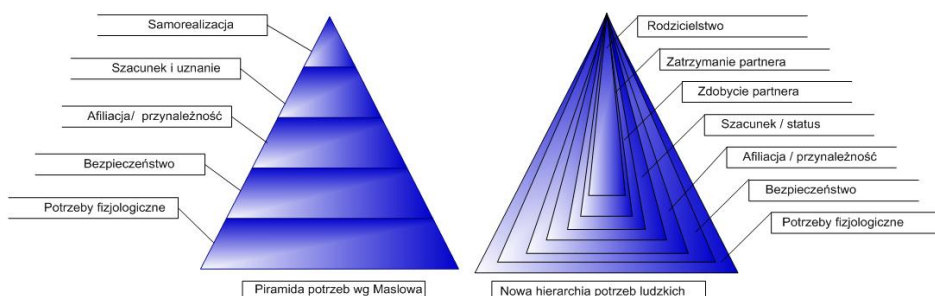
Rys. 23. Zestawienie piramidy potrzeb Maslowa oraz podziału potrzeb wg teorii Alderfera ERG
Źródło: opracowanie własne

Można pokusić się o stwierdzenie, że w teorii C. P. Alderfera motywacja jest funkcją intensywności potrzeby. W odróżnieniu od teorii hierarchii potrzeb A. Maslowa teoria ERG C. P. Alderfera sugeruje, że ludzkie działania mogą być wywołane jednocześnie przez kilka kategorii potrzeb, np. ludzie mogą być jednocześnie motywowani pragnieniem bogactwa (egzystencji), przyjaźni (związku) i możliwościami kształcenia (rozwaju) (Terelak 1999, s. 93). Dodatkowo, teoria ERG uwzględnia element frustracji i regresji, którego brakuje w koncepcji hierarchii potrzeb A. Maslowa, gdzie utrzymuje się, że jednostka będzie pozostawać na jednym poziomie hierarchii tak długo, aż dana klasa potrzeb zostanie zaspokojona. Teoria ERG natomiast sugeruje, że jeżeli dana klasa potrzeb nie zostanie zaspokojona, jednostka będzie odczuwała frustrację, zejdzie na niższy poziom i zacznie ponownie szukać sposobów zaspokojenia potrzeb niższego rzędu (Griffin 1998, s. 463). Natomiast jeżeli jakaś grupa potrzeb zostanie zaspokojona, staje się mniej ważna. Jednak nie dotyczy to potrzeb rozwoju i samorealizacji, które w miarę zaspokojenia nie maleją, lecz rosną.

Kolejną ważną teorią jest dwuczynnikowa teoria motywacji F. Herzberga (1987, 1-2, s. 109-120). Teoria ta zakłada, że zadowolenie i niezadowolenie są wywołane przez dwa zasadniczo różne czynniki. Czynniki, które (gdy występują) wywołują zadowolenie to motywatory, natomiast te, które (gdy nie występują) wywołują niezadowolenie to czynniki higieny (czynniki utrzymujące). W celu zmotywowania do zakupów nie wystarczy wyeliminować czynniki wywołujące niezadowolenie, lecz należy zapewnić obecność czynników niosących za sobą zadowolenie (Kotler 2005, s. 196). Jednak „krytyka uznała, że podejście F. Herzberga nieco upraszcza rzeczywistość” (Zbiegień-Maciąg, Wiernek, i in. 1999, s. 72).

Nawet obecnie, po ponad 70 latach od przedstawienia przez A. Maslowa hierarchicznego podejścia do ludzkiej motywacji wielu autorów proponuje swoje modyfikacje opracowane na podstawie jego modelu. Jedną z takich propozycji jest zrewidowana hierarchia potrzeb D. T. Kenricka, V. Griskeviciusa, S. L. Neuberga i M. Schallera (2010, s. 292–293), uaktualniona w oparciu o dokonania biologii, antropologii oraz psychologii. Zaproponowany model zachowuje hierarchizację potrzeb oraz kilka oryginalnych grup, takich jak potrzeby fizjologiczne, bezpieczeństwa czy szacunku.

Autorzy tej zrewidowanej hierarchii uważają, że pomimo iż samorealizacja może mieć duże znaczenie psychologiczne, nie stanowi ona znaczącej siły funkcjonalnej jednostki. W konsekwencji tego, opierając się na biologicznym przebiegu życia człowieka, samorealizacja zastąpiona została na „szczyście” piramidy przez trzy rodzaje potrzeb reprodukcyjnych: pozyskanie partnera, utrzymanie partnera przy sobie oraz rodzicielstwo (Kenrick i in. 2010, s. 292–293).



Rys. 24. Zestawienie piramidy potrzeb Maslowa oraz podziału potrzeb wg zrewidowanej hierarchii potrzeb D. T. Kenrick, V. Griskevicius, S. L. Neuberg, M. Schaller

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Kenrick i in. 2010, s. 293)

Główne uaktualnienie polega jednak, oprócz dokonania analizy i podziału potrzeb na siedem grup, na umieszczeniu ich w pewnym porządku w piramidzie nie na zasadzie układania jednej na drugiej, lecz zachodzenia na siebie.

Istnieje jeszcze wiele innych teorii, jak na przykład koncepcja H. A. Murray'a, wydzielającą 27 potrzeb psychicznych tworzących pewien konstrukt teoretyczny decydujący o całokształcie postępowania jednostki (Obuchowski 1995, s. 60; Reutt, Reuttowa 1960, s. 86–103.); K. Obuchowskiego, łączącą potrzeby w grupy; czy hierarchia PSSP, dzielącą potrzeby na Physiological – fizjologiczne, Safety – bezpieczeństwa, Social – społeczne i Personal – osobiste. Wszystkie przytoczone powyżej podziały znajdują swoje szerokie zastosowanie w różnych dziedzinach naukowych oraz funkcjonują w praktyce. Wynika z nich jednak przede wszystkim fakt, iż niezaspokojenie potrzeb psychicznych negatywnie wpływa na organizm i uniemożliwia prawidłowe jego funkcjonowanie (Kirenko, Sarzyńska 2010, s. 44).

Mimo, iż nieznaną pozostaje dokładna liczba potrzeb niezbędnych dla normalnego funkcjonowania jednostki jak również niemożliwe jest usystema-

tyzowanie ich od najmniej do najbardziej istotnych a precyzyjne zdefiniowanie jednej najważniejszej potrzeby nastrocza badaczom trudności, określona została pewna grupa potrzeb, która występuje w większości klasyfikacji, co sugerować może, iż są to najważniejsze potrzeby kierujące postępowaniem człowieka. Są to (Kirenko, Sarzyńska 2010, s. 46):

- potrzeby fizjologiczne (klasyfikacje A. H. Masłowa, J. P. Guilforda, H. A. Murraya, K. Obuchowskiego);
- potrzeby bezpieczeństwa (klasyfikacje A. H. Masłowa, R. Cattella, H. A. Murraya, J. Konorskiego);
- potrzeby seksualne (klasyfikacje A. H. Masłowa, R. Cattella, H. A. Murraya, J. P. Guilforda, J. Konorskiego, K. Obuchowskiego);
- potrzeby stowarzyszania się (klasyfikacje A. H. Masłowa, R. Cattella, H. A. Murraya, J. P. Guilforda, J. Konorskiego, K. Obuchowskiego);
- potrzeby poznawcze (klasyfikacje R. Cattella, H. A. Murraya, J. Konorskiego);
- potrzeby wyczynu i prestiżu (klasyfikacje A. H. Masłowa, R. Cattella, H. A. Murraya).

Motywy możemy dzielić według różnych kryteriów, często zbliżonych do kryteriów podziału potrzeb. Pierwszym podziałem może być podzielenie motywów według źródła pochodzenia na te pochodzenia biologicznego (pierwotne, wrodzone), wywodzące się bezpośrednio z fizjologicznych potrzeb organizmu oraz psychicznego (wtórne, wyuczone), pochodzące z otoczenia społecznego jednostki. Często cytowanymi podziałami są też podziały na motywy (Rudnicki 2000, s. 57):

- racjonalne (działanie po zebraniu informacji oraz analizie problemu) i emocjonalne (działanie impulsywne),
- ogólne, dotyczące ogólnego rodzaju dobra (towaru) i selektywne, dotyczące marki lub konkretnego modelu,
- pozytywne, warunkowane chęcią osiągnięcia korzyści i negatywne, prowadzące do działania mającego na celu uniknięcia straty,
- ekonomiczne (powstające w momencie zaistnienia korzystnych warunków ekonomicznych), instrumentalne (warunkujące zakup z uwagi na możliwość zaspokojenia potrzeby), symboliczne (skłaniające do zakupu z uwagi na prestiż, uznanie) i estetyczne.
- świadome i nieświadome,

Ciekawym jest też podział motywacji na trzy obszary (*Antonides, van Raaij 2003, s. 178*):

- motywacja wewnętrzna – obejmująca instynkty, popęd oraz emocje,
- motywacja do rozwoju – obejmująca zrozumienie własnego zachowania,
- motywacja zewnętrzna – dotycząca atrakcyjności przedmiotów oraz motywacji społecznej.

2.2. Postawy i emocje

Pojęcie postawy w badaniach nad zachowaniami konsumentów, zajmuje centralną pozycję. Postawy wywierają wpływ na różne procesy psychiczne, takie jak spostrzeganie, pamięć czy myślenie. Uważa się, że postawy i preferencje skłaniają do wybiórczego spostrzegania pewnych cech przedmiotów (np. pozytywnych) a niedostrzegania innych (np. negatywnych) (*Kirenko, Sarzyńska 2010, s. 193*). Postawy więc w istotny sposób kształtują zachowania konsumpcyjne i są odpowiedzialne za związek tego, co konsumenci sądzą o wyrobach a tym, co kupują. Pomiar i zrozumienie postaw konsumenckich pozwalają na opracowanie wyrobów, jakich konsumenci potrzebują do zaspokojenia swoich potrzeb.

Tak jak w przypadku powyżej opisywanych pojęć, tak i w przypadku terminu „postawa” ciężko jest znaleźć jedną spójną definicję. Różnice między różnymi definicjami wynikają przede wszystkim z aspektów, jakim autor danej definicji przypisuje największą wagę i przez to, jakie najbardziej eksponuje.

Zdaniem M. Marody (1976) w badaniach nad postawami daje się wyróżnić dwa podejścia: „przedmiotowe – gdy badacza interesuje całokształt zagadnień związanych z postawami wobec określonego obiektu społecznego i jakościowe, gdy interesują go pewne syndromy postaw wobec różnych obiektów” (1976, s. 25). Systematyka H. Larkowej (za: *Kirenko 1998, s. 81*) również obejmuje dwie grupy - definicje określające postawę jako czynnik lub czynniki tkwiące w jednostce determinujące przeżycia, formy zachowań i reakcje względem przedmiotów, oraz te, które określają postawę jako reakcje bądź zachowania względem obiektu. J. Rembowski (za: *Kirenko 1998, s. 81*) podaje podział na cztery grupy, a mianowicie: „definicje zawierające intensywny składnik intelektualny, definicje uznające pozytywne lub negatywne uczucia jako najistotniejszy element postawy, definicje ujmujące postawę od strony działania oraz definicje łączące postawy z wszystkimi rodzajami procesów psychicznych”.

Generalnie jednak, dają się wyróżnić trzy podstawowe typy definicji pojęcia „postawa” (*Rudnicki 2000, s. 64; Sękowski 1991, s. 19; Wosińska 2004, s. 138–140*). Pierwszą grupę stanowią definicje opierające się na koncepcjach behawiorystycznych, które skupiają się na reakcjach osoby na świat zewnętrzny, z zastrzeżeniem, że nie chodzi o reakcje przypadkowe, ale powtarzalne i konsekwentne zachowania (*Kirenko 1998, s. 81*). Druga grupa obejmuje definicje nawiązujące do tradycji socjologicznych podkreślających, iż postawa to względnie trwały stosunek

osoby do przedmiotu – oceniający lub emocjonalny, który może przybierać zabarwienie od skrajnie pozytywnych do skrajnie negatywnych, (Reykowski 1973, s. 47). Trzecia grupa natomiast nawiązuje do teorii poznawczych w psychologii twierdząc, iż oprócz samego zachowania w postawie występuje również element poznawczy.

Przedstawicielem orientacji strukturalnej w stosunku do pojęcia postaw jest T. Mądrzycki, który twierdzi, iż „postawę można określić jako względnie stałą i zgodną organizację poznawczą, uczuciowo – motywacyjną i behawioralną podmiotu związaną z określonym przedmiotem czy klasą przedmiotów” (za: Nęcki 1998, s. 426). Szerszą definicję podaje S. Nowak (Nowak 1973, s. 23; Kirenko, Sarzyńska 2010, s. 189), w którego ujęciu postawa to „ogół względnie trwałych dyspozycji do oceniania tego przedmiotu i emocjonalnego nań reagowania oraz ewentualnie towarzyszących tym emocjonalno – oceniającym dyspozycjom względnie trwałych przekonań o naturze i własnościach tego przedmiotu i względnie trwałych dyspozycji do zachowania się wobec tego przedmiotu”. S. Mika (1998, s. 106) pojmując postawę analogicznie, lecz nieznacznie szerzej, jako „względnie trwałą strukturę procesów poznawczych, emocjonalnych i tendencji do zachowań odnoszących się do jakiegoś przedmiotu lub jako dyspozycję do pojawiania się takich procesów, w której wyraża się stosunek do tego przedmiotu”. Innymi słowy, postawa to ukształtowana w procesie zaspokajania potrzeb i w określonych warunkach społecznych, relatywnie trwała organizacja różnych czynników, takich jak wiedza, przekonania, uczucia oraz motywy, pewne formy zachowania i ekspresywnych reakcji podmiotu związana z określonym przedmiotem lub klasą przedmiotów.

Tego typu definicje, oprócz niewątpliwej zalety całościowego ujęcia zachowań człowieka, dostarczają wielu trudności z opracowaniem wskaźników postaw oraz opracowaniem efektywnej metody ich pomiaru, gdyż należy dokonać pomiarów trzech odmiennych typów zmiennych. Wielowymiarowe podejście zakłada, że postawa jest strukturą złożoną, w skład której wchodzi trzy podstawowe elementy: emocje, intencje i przekonania; element kognitywny obejmuje poznanie oraz przekonania i determinuje posiadany przez jednostkę zbiór informacji o przedmiocie postawy, element afektywny czyli emocjonalno-oceniający, obejmuje lubienie albo nienubienie, natomiast element konatywny bądź intencjonalny najbardziej odpowiada definicji postawy jako predyspozycji do zachowań (Foxall, Goldsmith 1998, s. 119), lecz obserwuje się również inklinacje do wskazywania jednego tylko elementu będącego fundamentalnym dla postaw. Najczęściej takim elementem staje się składnik emocjonalno – motywacyjny wyrażany pozytywnym bądź negatywnym stosunkiem uczuciowym do danego przedmiotu postawy (Nęcki, za: Kirenko, Sarzyńska 2010, s. 189).

K. Obuchowski (za: Nęcki 1998, s. 426), uwzględniając tylko ten jeden komponent postawy, sformułował definicję przedstawiającą jako „wytworzoną w doświadczeniu względnie trwałą właściwość osobnika polegającą na tym, iż jego

reakcji na zjawisko lub przedmiot (...) towarzyszy będzie (...) ujemny lub dodatni proces emocjonalny” (por. *Wojciszke 2000*, s.79–105).

Jednak tzw. trójskładnikowa definicja postawy, która zakłada, że na postawę składa się nie tylko stosunek emocjonalny, jaki człowiek kojarzy z obiektem postawy (uczuciowo-oceniający składnik postawy), ale także wiadomości, przypuszczenia bądź wątpliwości oraz przekonania na temat właściwości danego obiektu (poznawczy składnik postawy) oraz tendencja do pozytywnych lub negatywnych działań zorganizowanych i ukierunkowanych na obiekt (behawioralny składnik postawy) (*Aronson E. i in. 1997*, s. 314) wydaje się być zdecydowanie pełniejsza.

Wszystkie wymienione powyżej komponenty występują w każdej postawie, jednakże w różnych proporcjach (*Kosiński, za Kirenko, Satrzyńska 2010*, s. 190; *Jobber, Fahy 2006*, s. 65–66).

Postawa najczęściej pojmowana jest ogólnie jako generalna predyspozycja do logicznego reagowania na określone bodźce, czyli inaczej ujmując, skłonność do działania bądź zachowywania się w pewien hipotetyczny sposób. Charakteryzowana jest zazwyczaj jako pozytywne lub negatywne, przychylne lub nieprzychylne nastawienie osoby do cech lub cechy rzeczy, idei lub innego obiektu (*Hughes 1971*, s. 7). Rozpatrując postawy w kategoriach zakupowych konsumentów mogą wykazywać pewne postawy wobec bodźców, które lubią bądź nie, czyli wobec reklam, wyrobów, przedsiębiorstw czy też sklepów. Dodatkowo, postawy nie są wrodzone, lecz mogą być wyuczone bądź nabyte, ukształtowane w rezultacie osobistych doświadczeń jednostki, ewentualnie w wyniku przekazywania informacji przez innych ludzi (*Lutz 1991*, s. 319–339).

Oprócz swej struktury, postawa posiada również szereg cech, które mogą ją określać. Jak podaje J. Kirenko (2010) najczęściej rozpatrywanymi wymiarami postawy są jej znak i siła. Znak może przybrać formę dodatnią – gdy obiekt postawy budzi pozytywne emocje i oceny oraz wywołuje skłonności do zbliżania się ku niemu, lub w przeciwnym przypadku – ujemną. W sytuacji natomiast, gdy postawa nie wykazuje wyraźnych skłonności oraz nie towarzyszą jej zauważalne uczucia i tendencje do zachowań, wówczas znak postawy pozostaje neutralny. Znak postawy znajduje swoje odzwierciedlenie we wszystkich jej komponentach – przekonaniach, emocjach i zachowaniu. Drugim kluczowym wymiarem postawy jest jej siła, czyli stopień przychylności bądź nieprzychylności do obiektu, przekładająca się na wszystkie elementy składowe postawy (s. 190–191).

Postawy mogą być również charakteryzowane ze względu na inne wymiary, do których należą:

- treść przedmiotowa – czyli obiekt, którego dotyczy postawa;
- zakres obiektu postawy – postawa może być wąska, specyficzna lub też szeroka, ogólna, w ramach której występuje wiele aspektów;

- złożoność i zwartość – czyli występowanie wszystkich trzech elementów w każdej postawie. Brak któregośkolwiek komponentu wskazuje na dalsze kształtowanie się niepełnej postawy;
- trwałość – czyli, czy postawa ulega modyfikacji pod wpływem różnych czynników, czy pozostaje niezmienna;
- centralność *versus* perfekcyjność – czyli istotność danej postawy. Czasem postawa jest tak błaha, że nie wiadomo, jaka ona jest naprawdę, podczas, gdy inne postawy (np. religijne) są tak ważne, że człowiek uświadamia sobie ich kierunek oraz treści;
- zakres grupy osób posiadających określone postawy – rozkład danej postawy w badanej populacji;
- wielorakość behawioralnej ekspresji tej samej postawy – czyli różnorodność działań manifestujących daną postawę (*Kirenko 2010; Wosińska 2004; Kosiński 1989, Mika 1981, s. 116 - 121*).

W literaturze obecne są modele przedstawiające kształtowanie się postaw oraz proces ich zmian, co jest szczególnie istotne z punktu widzenia działań promocyjnych. Z punktu widzenia postępowania klienta na rynku jednakże bardziej znaczące są ukształtowane, prezentowane postawy mimo, iż w wyniku procesu decyzyjnego i jego rezultatów postawy te mogą ulegać całkowitym lub częściowym zmianom.

W trakcie podejmowania decyzji postawy mogą być katalizatorem wpływającym na wybór danego produktu. Zdaniem G. Katony (za: *Rudnicki 2000, s. 78*) postawy stanowią kluczowe uwarunkowanie w podejmowaniu decyzji o zakupie. W przypadku zaistnienia silnie odczuwanej potrzeby i posiadania wystarczających środków do zakupu, ale negatywnej postawy wobec produktu, konsument jest może zaniechać zakupu. W sytuacji zaś istniejącej postawy pozytywnej, konsument jest do tego zakupu skłonny, nawet pomimo niezbyt silnie odczuwanej potrzeby. Z powyższego wynika, iż zarówno sam zamiar jak i zakup są silnie zależne od postawy konsumenta wobec produktu.

Czynniki pobudzające działanie leżą wewnątrz danej jednostki i dotyczą przede wszystkim potrzeb biologicznych, a więc mają wpływ na dynamizację zachowania ludzi. Natomiast czynniki ukierunkowujące reakcje pochodzą ze środowiska zewnętrznego w sytuacji bodźcowej. Reasumując, w zakresie potrzeb istnieją duże podobieństwa między ludźmi. Gdy zaś chodzi o warunki środowiskowe, to są one bardzo zróżnicowane w poszczególnych społeczeństwach i dla określonych jednostek. Postawa jest wypadkową oddziaływania potrzeby jednostki oraz warunków społecznych, stąd będzie zawierać w sobie zarówno czynniki dynamizujące jej zachowanie, jak i je ukierunkowujące.

Emocje to intensywne uczucia zorientowane na osobę lub przedmiot, będące reakcjami na bodziec a nie cechą osobowości (*Robbins 2001, s. 51*); to uczucie pobudzenia o pozytywnej lub negatywnej treści (*Antonides, van Raaij 2003, s. 204*). Jak podaje A. Jachnis (2007, s. 132 – 133) emocja najczęściej oznaczają

emocje pierwotne dotyczące sfery organizmu, takie jak strach, lęk czy gniew bądź emocje wtórne, zwane czasem uczuciami wyższymi. Uczucia te dotyczą sfery wartości i wiedzy poznawczej i pokrywają na przykład zainteresowanie, wstyd czy potępienie. Emocje przeważnie zanikają pod wpływem czasu, ale pozostawiają po sobie ślad w postaci nastroju.

Poprzez ukierunkowanie na wybrany przedmiot emocje mogą wpływać na decyzje, szczególnie w fazie oceny alternatyw. Dodatkowo, oderwane od kontekstu emocje, tworzące nastrój, mogą warunkować ogólną chęć do przeprowadzania procesów decyzyjnych, podobnie jak w przypadku postaw, zniechęcając nawet jeśli istnieją potrzeby, bądź zachęcając w przypadku nieistnienia potrzeb (*Chaudhuri, 2006*).

2.3. Inne czynniki wewnętrzne i zewnętrzne

Uwaga i spostrzeganie

Zachowanie konsumenta powinno być rozpatrywane także z perspektywy przetwarzania wszelkich informacji, jakie do niego docierają. Proces przetwarzania składa się nie tylko z samego odbioru bodźców, ale również z ich przechowywania i odzyskiwania. Konsument, przed zakupem, podejmuje wiele zasadnych kroków, które pomogą mu w podjęciu odpowiedniej decyzji. Po pierwsze więc, konsument dzięki procesom uwagi i spostrzegania zbiera informacje o produkcie, następnie uświadamia sobie istnienie problemu konsumenckiego, poszukuje różnych alternatyw jego rozwiązania, ocenia te alternatywy by w końcu podjąć decyzję o dokonaniu zakupu (bądź o rezygnacji z niego).

Dzisiejsze czasu obfitują w ogrom bodźców bezpośrednio oddziałujących na konsumenta za pomocą zmysłów wzroku, słuchu czy węchu. Jednostka jest w stanie jednak wyselekcjonować – spośród wielu napływających jednocześnie z otoczenia – istotne dla siebie informacje. Dzieje się to dzięki uwadze – wybiórczej zdolności do skupienia zmysłów na określonych elementach pola spostrzeżeniowego podczas, gdy pozostałe nieistotne elementy są tłumione lub po prostu ignorowane (*Szewczuk 1979, s. 43*).

Podstawowe właściwości uwagi to (*Jachnis 2007, s. 46–49*):

- koncentracja – skupienie aktywności poznawczej na ograniczonej liczbie przedmiotów;
- trwałość – zdolność do jej utrzymywania na konkretnym obiekcie; okres trwałości uwagi wynosi 1,5–2 sekundy, potem następuje trwające mniej więcej tyle samo jej odwrócenie;
- podzielność – umiejętność intensywnego skupiania uwagi na co najmniej dwóch obiektach;
- zakres – liczba obiektów postrzeganych jednocześnie; eksperymentalnie ustalono, że dla człowieka dorosłego, w przypadku uwagi wzrokowej, wynosi on pomiędzy 5 a 9.

Percepcja (spospozeganie) jest pierwszym etapem przetwarzania informacji, które odbierane są przez narządy zmysłów. Jest to proces „bezpośredniego odzwierciedlania zjawisk w ich różnych właściwościach” (Szewczuk 1979, s. 27), proces za pomocą którego bodźce są selekcjonowane, organizowane i interpretowane (Jachnis 2007, s. 58) w celu stworzenia pewnego obrazu otaczającego świata (Kotler 1994, s. 172).

Efekt tego procesu zależy nie tylko od sprawności narządów zmysłów i informacji, które wysyła otoczenie. Znaczącą rolę odgrywają tutaj czynniki związane z daną osobą tj.: informacje zawarte w pamięci, doświadczenia ukształtowane w procesie uczenia się, wpływy kulturowe, nastawienie, zainteresowania, motywy, potrzeby, postawy, oczekiwania, emocje. Wpływ czynników motywacyjnych, emocjonalnych i oczekiwań na efekt spostrzegania przejawiany jest w zjawiskach obronności i wrażliwości percepcyjnej. Obronność percepcyjna polega na niedopuszczeniu do świadomego spostrzeżenia sygnału np. zagrażającego, wywołującego lęk, wstręt, podwyższenie progu wrażliwości na ten bodziec, dłuższy czas reakcji, podczas gdy wrażliwość percepcyjna wiąże się z szybszym, świadomym spostrzeżeniem bodźca, którego spodziewamy się, na który oczekujemy, obniżeniem progu wrażliwości na ten bodziec, szybszym czasem reakcji. Mechanizm ten w pełni zależy od przewidywanego przez jednostkę prawdopodobieństwa pojawienia się pewnych bodźców lub wystąpienia określonych zdarzeń (Jachnis 2007, s. 63).

Osobowość

Większość ekspertów z zakresu przedmiotu zgodna jest, że osobowość niezaprzeczenie determinuje zachowania człowieka w każdej sferze jego funkcjonowania (Chłopkiewicz 1987, s. 11, 44), a więc również i w sferze konsumpcji. Jest to termin wyjątkowo trudny do zdefiniowania, a podejście do osobowości różni się w zależności od stanowiska teoretycznego. J. Strelau (1977, s. 684) podaje, iż termin osobowość oznacza zorganizowaną strukturę cech indywidualnych jak i sposobów zachowania, które odpowiedzialne są za sposoby przystosowania się jednostki do jej otoczenia. B. Szacka (2003, s. 139–144) z kolei podkreśla, iż jest to właściwy dla każdego człowieka sposób postrzegania samego siebie i swojego otoczenia, ale również jego problemy, życie osobiste oraz zachowania społeczne. „Na system osobowości składają się: postawy, przekonania, motywy, potrzeby, w szerszym ujęciu także inteligencja, zdolności i temperament” (*Encyklopedia Popularna...* 1999, s. 603). Do powyższych podejść można dodać jeszcze jeden termin wyjaśniający – indywidualność (Dunaj 1998, s. 694).

Można więc powiedzieć, że osobowość to charakterystyczny, zorganizowany sposób reagowania jednostki na bodźce oraz sposób wchodzenia z nim w interakcje (Hilgard 1967, s. 658), które to reagowanie w dłuższej perspektywie czasowej względem określonych bodźców jest spójne i podobne (Jachnis 2007, s. 166).

Do cech różnicujących osobowość zaliczyć można cechy dziedziczne, środowisko temperament, poziom pewności siebie, inteligencja czy skłonność do

ryzyka (Jobber, Lancaster 2009, s. 85–86). Wszystkie wymienione czynniki warunkują osobowe predyspozycje do poszukiwania źródeł informacji, oceny ich jakości, aktywnego zbierania oraz przyswajania danych z minimalnym wpływem wewnętrznych uwarunkowań percepcji. Wpływają również na stopień zaufania własnym ocenom oraz chęć podejmowania indywidualnych decyzji (Jachnis 2007, s. 166–176; Rudnicki 2000, s. 86–92; Falkowski, Tyszka 2006, s. 97–99; Antonides, van Raaij 2003, s. 186–191). Jednak ze względu na regulowanie i kontrolowanie czynności poznawczych, wykonawczych i decyzyjnych, centralnym elementem w strukturze osobowości jest obraz siebie samego (Kozielecki 1998, s. 112–125).

Każdy człowiek występuje w wielu rolach społecznych i dodatkowo charakteryzuje się posiadaniem postawy wobec własnego „ja”. W literaturze przedmiotu funkcjonuje wiele terminów, określających tę postawę, np.: postawa wobec samego siebie, świadomość samego siebie, samoakceptacja, autoportret czy też obraz samego siebie, a powstaje ona na drodze rozróżnienia pomiędzy tym, co dotyczy własnej osoby („ja”), a tym, co dotyczy świata zewnętrznego („nie ja”) (Reykowski 1982). Różnica ta pozwala jednostce uświadomić sobie i zrozumieć swoje zachowania, myśli czy też uczucia. Pozytywna samoocena jest niezbędnym warunkiem do utrzymywania stosunków społecznych

Postawa wobec własnego ja może dotyczyć koncepcji siebie jako całości lub pewnych wyodrębnionych jej elementów. W ramach tejże postawy wyróżnić można samoakceptację (self-esteem), obraz realny (self-real) i obraz idealny (self – ideal) (Jachnis 2007, s. 176). Im mniejsza jest rozbieżność pomiędzy, tym, kim chciałby być człowiek (obraz idealny) a tym, jak się faktycznie postrzega, tym wyższa jest samoocena (Mruk 2006, s. 10).

Znaczenie samooceny w psychospołecznym funkcjonowaniu jednostki oraz jej przystosowaniu społecznym jest nie do przecenienia. L. Niebrzydowski (1976, s. 94–146) uważa, że niska samoocena powoduje spadek oczekiwań co do wyników własnej działalności. Jednostka podświadomie przewiduje niskie wyniki, dlatego gdy staje przed większym wyzwaniem, narasta w niej lęk przed niepowodzeniem i dalsze obniżanie własnej samooceny. Czasem postawa taka przeradza się wręcz w lęk przed podejmowaniem jakichkolwiek wyzwań. Dodatkowo uważa się, iż samoocena człowieka wpływa na to, jak oceniają go inni, co przekłada się na jakość kontaktów społecznych.

W sytuacji osób niepełnosprawnych kształtowanie odpowiedniej samooceny jest szczególnie ważne. Należy bowiem dokonać realnej oceny własnych, zmniejszonych możliwości i uaktualnić wyobrażenie swojego „ja idealnego” w stosunku do rzeczywistości.

Ryzyko związane z zakupem

Równie istotnym jak pozostałe czynnikiem wpływającym na dokonywanie zakupu przez konsumenta jest zdolność do podejmowania ryzyka. Każda decyzja dotycząca zakupu niesie ze sobą pewien, choćby minimalny procent

niepewności. Ze względu na fakt, iż postrzegane ryzyko jest determinantą całkowicie subiektywną – ściśle związaną z psychiką konsumenta – zalicza się ją do uwarunkowań wewnętrznych.

Ryzyko towarzyszące zakupowi związane jest z ewentualnym poniesieniem w następstwie tego zakupu strat, co może być skutkiem podjęcia nietrafnej decyzji. Ryzyko zakupu pojawia się wówczas, gdy konsument dostrzega zagrożenie płynące z ewentualnego podjęcia niewłaściwej decyzji. Zagrożenia takie mogą przykładowo przybierać formę utraty pieniędzy, czy też niespełnienia oczekiwań funkcjonalnych.

Jednak nie tylko wymiar materialny ma tu znaczenie. Dla wielu osób większym ryzykiem może być ryzyko społeczne – związane z wyborem produktu akceptowanego przez otoczenie czy też strata czasu poświęcona na zakup lub użytkowanie produktu. Jednak niemniej istotnym jest zagrożenie psychologiczne. Jest to ryzyko związane z utratą prestiżu czy godności czy to podczas dokonywania zakupu, czy też podczas samego użytkowania produktu. (McGuire 1976, s. 302–319, Rudnicki 2000, s. 104–105).

Wielkość ryzyka zakupu ponoszonego przez konsumenta może mieć różne natężenie i być zależna od różnych czynników (Rudnicki 2000, s. 106–109; Garbarski 2001, s. 50; Duliniec 1986, s. 71–72; Garbarnio, Strahilevitz 2004, s. 768–775). Głównymi uwarunkowaniami odczucia ryzyka są:

- rodzaj zakupu – im bardziej skomplikowany produkt, tym większe ryzyko;
- znajomość produktu – produkt dobrze znany zmniejsza ryzyko;
- wartość zakupu – większe wydatki generują większe ryzyko;
- oczekiwania związane z zakupem – i pośrednio ich wpływem na odczuwane potrzeby i ich nasilenie;
- niepewność związana z wyborem – brak pełnej informacji o produkcie;
- sposób dokonania zakupu – nadal wiele osób niechętnie korzysta ze sprzedaży wysyłkowej (np. poprzez katalogi, Internet);
- osobowość konsumenta – im niższy poziom samooceny, tym wyższe ryzyko.

Zdiagnozowanie źródeł oraz charakteru odczuwanego ryzyka jest niezmiernie istotne z marketingowego punktu widzenia, gdyż ryzyko takie zmniejsza możliwość sprzedaży produktów i, co za tym idzie, skuteczność działań marketingowych przedsiębiorstwa na rynku.

Złożoność zachowań konsumentów wynika przede wszystkim z faktu, iż są one modelowane pod zauważalnym wpływem środowiska. Otoczenie, w którym żyje konsument, zmusza go do przystosowania się i pewnych modyfikacji zachowań. Środowisko konsumenta stanowią wszelkie rejestrowane przez niego obiekty i okoliczności (Światowy 2006, s. 98).

Determinanty zewnętrzne, podobnie jak wewnętrzne, nie powinny być rozpatrywane jednostkowo, gdyż jedynie ich wzajemne interakcje i uwarunkowania w pełni odzwierciedlają wpływ otoczenia na jednostkę.

Uwarunkowania ekonomiczne

Wśród determinant zachowań konsumentów na rynku najbardziej zauważalnymi i najłatwiej mierzalnymi są czynniki ekonomiczne. W ich analizie uwagę zwraca się przede wszystkim na wpływ otoczenia ekonomicznego, w jakim funkcjonuje konsument. Otoczenie dalsze kształtowane jest przez władzę ustawodawczą i wykonawczą, regulującą procesy gospodarcze w państwie (*Bombol, Dąbrowska 1999, s. 8–12; Zalega 2007, s. 55*), natomiast otoczenie bliższe określa własną sytuację materialną konsumenta. Najważniejszymi czynnikami ekonomicznymi decydującymi o możliwościach zaspokajania potrzeb konsumpcyjnych są zatem poziom cen, dochody, popyt, produkt, dystrybucja produktu czy też posiadane oszczędności (*Kasperek – Hoppe 2003, s. 39–40; Rudnicki 2000, s. 110–156; Gajewski 1994, s. 21–22; Woś 2003, s. 43*).

Cena jest niezwykle ważnym elementem, bardzo silnie kształtującym postępowanie konsumenta. Po pierwsze, poziom cen odgrywa istotną rolę w postrzeganiu przez konsumenta cech danego produktu (*Woś 2003, s. 42–43; Mazurek – Łopacińska 2003, s. 117; Falkowski, Tyszką 2006, s. 226–227*) co oznacza, iż produkty droższe często uważane są przez konsumentów za lepszy, o wyższej jakości – szczególnie, jeśli dodatkowo reprezentują znaną markę. Z drugiej jednak strony, konsumenci są mniej skłonni do nabywania towarów subiektywnie postrzeganych jako drogie, czyli im wyższa cena, tym wielkość zapotrzebowania na dane dobro spada (*Rudnicki 2000, s. 114; Falkowski, Tyszką 2006, s. 221–234*). Subiektywne postrzeganie ceny może się wiązać zarówno z poziomem osiąganych dochodów jak i z norm cenowych i ogólnie przyjętej ceny rynkowej danego dobra. Dodatkowo, wysokie ceny skutkują postrzeganiem decyzji jako „poważnej”, co przekłada się na dogłębnierze poszukiwanie informacji oraz ich analizę.

Należy również wspomnieć o pewnych sytuacjach zwanych paradoksami występujących w powiązaniu ze zmianami ceny. Paradoksy te są to nietypowe reakcje konsumentów na wzrost cen. Najbardziej typowymi paradoksami są (*Rudnicki 2000, s. 118–120; Zalega 2006a, s. 144; Zalega 2007, s. 64–67; Veblen 1998, s. 94*):

- Paradoks Giffena – objawiający się wzrostem popytu na artykuły podstawowe przy wzroście ich ceny – gdy konsumenci zmuszeni są do ograniczenia spożycia innych artykułów, przy jednoczesnym zwiększeniu zapotrzebowania na artykuły podstawowe (w celu zaspokojenia powstałej luki w spożyciu) – dotyczący zwłaszcza ludności ubogiej.
- Paradoks spekulacyjny – występujący przy ciągłych zmianach ceny danego produktu; przy spadku cen spada również popyt, gdyż konsumenci czekają na kolejną obniżkę, natomiast gdy cena wzrasta towar jest kupowany w obawie przed dalszym wzrostem cen.

- Paradoxs Veblena – (zwany *efektem snoba*) polegający na wzroście konsumpcji dobra luksusowego wraz ze wzrostem jego ceny – charakterystyczny dla grupy konsumentów bogatych.

Popyt wpływa na postępowanie klientów poprzez modyfikacje postrzegania produktu. Wysoki popyt z jednej strony zachęca do nabywania produktów na zasadzie naśladownictwa lub mody (*Zalega 2007, s. 64–67*). Z drugiej strony występuje efekt snobizmu – niektórzy konsumenci mogą niżej cenić dobra masowo nabywane przez innych (*Zalega 2006b, s. 154–156*).

Produkt jest kolejnym czynnikiem, który poprzez swoje cechy materialne, markę, opakowanie czy usługi dodane wpływa na postępowanie konsumenta na rynku (*Rudnicki 2000, s. 123*). Największy wpływ na konsumenta wywierają cechy materialne produktu decydujące o zdolności do zaspokojenia przez produkt potrzeb klienta. Kolejną istotną cechą produktu jest jego marka. Pełni ona rolę identyfikacyjną na tle innych produktów, gwarancyjną – przekazując pośrednio informację np. o jakości, promocyjną oraz ochronną – np. przed naśladowcami. Wpływ marki na postępowanie konsumenta jest nieprawdopodobnie skomplikowany. Przede wszystkim marka jest gwarantem określonych cech produktu, przez co produkty konkretnej marki mogą być w procesie decyzyjnym poddane analizie bez zebrania wystarczającej ilości informacji. Może ona także zadecydować o pominięciu fazy oceny alternatyw, jeśli marka przedstawia wizerunek, do którego konsument aspiruje bądź przedstawia wartości przez niego wyznawane. Marka generuje także zachowania konsumentów ukierunkowane na prestiż oraz jest odzwierciedleniem dotychczasowych doświadczeń związanych z danym produktem (*Patrzalek 2004, s. 32*). Opakowanie, poprzez przyciąganie uwagi konsumenta, może budować pozytywne (ewentualnie negatywne) wyobrażenie o produkcie (por. *Głowacki 1982, s. 123*) bądź też może podnosić status społeczny konsumenta poprzez samą swoją symboliczną obecność w jego domu (*Rudnicki 2000, s. 132*). Do czynników kształtujących postępowanie konsumenta zalicza się również usługi dodane do produktu, czyli usługi przy- i posprzedażne (por. *Altkorn, Strużycki 1984, s. 334 – 338*), m.in. bezpośrednia forma sprzedaży, konserwacja czy też gwarancja. Usługi te mają zbliżone znaczenie do cech samego produktu, gdyż poprzez dostarczenie wspomagających informacji o produkcie lub też korzystne warunki gwarancji, mogą dać poczucie większej wartości produktu oraz większe zadowolenie z jego zakupu i użytkowania.

Oszczędności, będące kolejnym czynnikiem ekonomicznym, poza rzadkimi okresami kryzysu i recesji, nie wpływają generalnie na konsumpcję artykułów podstawowych, mogą mieć natomiast wpływ na popyt na dobra luksusowe, zaspokajające potrzeby wyższego rzędu (*Woś 2003, s. 43*).

Uwarunkowaniem ekonomicznym mającym swoje odzwierciedlenie w postępowaniu konsumenta na rynku jest również dystrybucja, czyli dostępność produktów na rynku. Konsument, który ma ułatwioną możliwość zakupu produktu,

może czuć się zachęcony do jego nabycia. Z drugiej jednak strony konsument, który stoi przed ryzykiem utraty dostępu do danego produktu może odczuwać większą motywację do jego nabycia. Dzieje się tak dlatego, że strata jest zazwyczaj źródłem zdecydowanie większego poziomu negatywnych emocji niż zysk pozytywnych (Cialdini 2002, s. 210).

Fundamentalny wpływ na sposób percepcji produktów przez konsumentów i podejmowane przez nich decyzje nabywcze ma również poziom dochodu, który jednak w niniejszej pracy będą traktowane jako czynnik osobisty. Dochody stanowią niezaprzeczalnie istotny element poziomu życia, gdyż umożliwiają zaspokajanie potrzeb zarówno niższego, jak i wyższego rzędu. Wielkość środków, jakie pozostają w dyspozycji poszczególnych jednostek jest ograniczona. L. Rudnicki (2000, s. 110) podaje, iż im większe dochody, tym większe wydatki na konsumpcję.

Wymienione powyżej czynniki wyznaczają tzw. stopę życiową konsumenta, czyli jego potencjalne możliwości nabywcze oraz preferencje. Wynikiem tego determinują one zachowania klientów w zakresie dokonywania wyboru produktów na rynku.

Uwarunkowania społeczno-kulturowe

Uwarunkowania społeczno – kulturowe oddziałują w niezwykle istotny sposób na proces decyzyjny konsumentów na rynku. Oddziaływanie takie może odbywać się poprzez wiele aspektów i płaszczyzn, uwarunkowanych zarówno wpływem społeczeństwa, kultury, religii, grup odniesienia, konkretnych osób, wychowania czy wreszcie roli i klasy społecznej.

Kultura determinuje zachowania konsumenta niemalże we wszystkich aspektach życia człowieka, od ubioru i sposobu odżywiania się aż do postaw, przekonań i przesądów. Można zdefiniować ją jako „całokształt materialnego i duchownego dorobku ludzkości, gromadzony, utrwalany i wzbogacany w ciągu jej dziejów” (Encyklopedia Popularna ... 1999, s. 422). W jej skład wchodziły wyroby materialne codziennego użytku jak również instytucje społeczne, sposoby postępowania, wzory, kryteria ocen estetycznych i moralnych. Wpływ kultury może przejawiać się poprzez warunkowanie rodzaju nabywanych dóbr, lub – bardziej niematerialnie - poprzez wpływ na określanie potrzeb i zachowań nabywców, uznawanie wartości a także postrzeganie otoczenia, w tym różnych przedmiotów oraz ludzi. Kultura kształtuje postawy wobec handlu, wpływa na zachowanie w trakcie dokonywania zakupu, ich częstotliwość i miejsce, stosunek do zakupów na kredyt, różnicuje gusta, preferencje i zwyczaje nabywcze, jak również określa szereg względów estetycznych, upodobań i skojarzeń. Kultura obejmuje również różnorodne subkultury, czyli mniejsze grupy, dzielące te same systemy wartości, sposoby postępowania czy zachowania (Rudnicki 2000, s. 182–187; Patrzalek 2004, s. 26).

Ze względu na bezpośrednie oddziaływanie subkultury na konsumenta staje się ona dla niego grupą odniesienia i prowokować może pewne typy zachowań,

takie jak paradoks Veblena czy też efekt owczego pędu, objawiający się chęcią naśladowania innych i kupowania czegoś jedynie dlatego, że inni to kupują, czyli celem podkreślenia przynależności do grupy, z którą konsument chce być utożsamiany. Oznacza to, że pozostaje on pod wpływem grupy ze swego otoczenia, do której pragnie należeć i której normy postępowania uznaje (Jachnis, Terelak 1998, s. 278–280; Foxall, Goldsmith 1998, s. 237–242; Woś 2003, s. 47; Rudnicki 2000, s. 173–175). Grupa odniesienia jest więc rzeczywistą lub wymyśloną osobą lub grupą, posiadającą znaczny wpływ na oceny, aspiracje i zachowania jednostki (Solomon 2006, s. 384), jest grupą osób, do której w życiu codziennym często odnoszą się inni, porównują się z nią w celu samookreślenia, czy też określenia i zidentyfikowania swojego postępowania (Turowski 1993, s. 118). Innymi słowy, grupa odniesienia to grupa ludzi, do której jednostka odwołuje się przy formułowaniu poglądów na temat własnej sytuacji, postaw i zachowań (Antonides, van Raaij 2003, s. 342).

Wpływ grupy odniesienia sprowadzać się najczęściej do kształtowania preferencji oraz sugerowania konsumentowi określonych zachowań, których rezultatem będzie zgodność z normami i regułami wyznaczanymi przez grupę, uznanie z jej strony, poprawa pozycji konsumenta czy wreszcie jego wewnętrzna satysfakcja.

Klasa/grupa społeczna to termin, pod którym rozumieć można grupę co najmniej 3 osób, wyraźnie odrębna i oddzieloną od innych zbiorowości (Szczepański 1970, s. 124; Rudnicki 2000, s. 178), wyróżnioną na podstawie pewnych określonych różnic, takich jak na przykład wykształcenie, zawód, stan posiadania (Turowski 1999, s. 167), miejsce zamieszkania, prestiż, system wartości ideowo-etycznych, źródło dochodu czy typ zajmowanego mieszkania (Rudnicki 2000, s. 180).

Wzorem do naśladowania może być nie tylko grupa społeczna, ale także indywidualna osoba. Bardzo powszechne jest odwoływanie się do opinii innych w kwestii oceny poprawności własnego – bądź czyjegoś – zachowania, szczególnie w sytuacji niepewności, oraz gdy opiniodawcy są ludźmi z tej samej grupy społecznej (Cialdini 202, s. 111). Taka osoba, kształtująca zachowania innych, nazywana jest liderem opinii. Jej znaczący wpływ może być wynikiem piastowanego stanowiska, sprawowanej funkcji, prestiżu, posiadanej wiedzy czy doświadczenia. Oddziaływanie lidera opinii na kształtowanie zachowań innych polega na przekazywaniu otoczeniu, świadomie bądź nieświadomie, sposobów zaspokajania potrzeb, informacji o produktach, udzielanie rad przed dokonaniem zakupu oraz namawianiu do zakupu określonych towarów (Rudnicki 2000, s. 177).

Rodzina stanowi niezwykle istotny czynnik w kształtowaniu rynkowego zachowania jednostki. Rodzina to mała grupa społeczna, której członkowie połączeni są więzami małżeństwa, pokrewieństwa (czasem adopcji), siecią wzajemnych zależności społecznych, prowadzą wspólne gospodarstwo domowe i pełnią odpowiednie role (Encyklopedia socjologii 2000, t. 3, s. 312). F. Adamski (1984, s. 21) podaje, iż rodzinę stanowi „duchowe zjednoczenie

szczupłego grona osób, skupionych we wspólnym ognisku domowym aktami wzajemnej pomocy i opieki, oparte na wierze w prawdziwą lub domniemaną łączność biologiczną, tradycję rodzinną i społeczną” Powyższe definicje mają więc wspólny aspekt – jest to podkreślenie wzajemnej zależności członków społeczności opartej na więzach małżeństwa, pokrewieństwa lub adopcji (Tysza 1990, s. 345–366), którzy razem mieszkają, dzielą wspólną własność i kulturę duchową (Rudnicki 2000, s. 165–166). Wskazuje to poniekąd również na możliwość rozróżnienia dwu typów rodziny – pierwszego, w którym jednostka się urodziła i wychowała (tzw. „rodzina wychowania”), oraz drugiego, którego członkiem stała się poprzez zawarcie małżeństwa i w którym sama wychowuje swoje dzieci (tzw. „rodzina prokreacji”) (Kotler 1994, s. 165).

Rodzina wywiera wpływ na zachowania rynkowe konsumenta w dwojaki sposób. Po pierwsze, oddziałując jak grupa odniesienia, rodzina uczy jednostkę swoich norm, postaw, wartości czy też preferencji (Evans, Jamal, Foxall 2006, s. 187). Po drugie – ze względu na fazę cyklu życia rodziny – kształtowana jest hierarchia potrzeb dotycząca zakupywanych dóbr (Schiffman, Kanuk 2004, s. 357–362). Istotnym czynnikiem modelującym zachowanie konsumenta jest również podział na role w podejmowaniu decyzji, który zostanie omówiony w dalszej części niniejszej pracy dotyczącej zagadnienia procesu decyzyjnego.

Uwarunkowania osobiste

Na czynniki osobiste oddziałujące na konsumenta składają się przede wszystkim jego wiek i etap życia, zawód, sytuacja ekonomiczna czy w końcu styl życia (Bowie, Buttle 2011, s. 64–69). Mimo iż są to determinanty stosunkowo łatwe do zbadania i opisanie, ich waga nie powinna być przez to umniejszana. Nie powinny być one również rozpatrywane indywidualnie, gdyż są ze sobą ściśle powiązane, przenikając się wzajemnie.

Wiele funkcji modelujących postępowanie na rynku warunkowanych jest przez wiek i etap życia. Wraz z wiekiem jednostki zmienia się jej etap w cyklu życia rodziny przez co przeobrażaniu ulegają postawy, osobowość, ewoluują potrzeby. Wpływa to więc na rynkowe wybory dokonywane przez konsumenta. Czynnikiem wpływającym na zachowania rynkowe jest również zawód, który bezpośrednio warunkuje rodzaj nabywanych dóbr czy subiektywną ocenę informacji, które docierają do jednostki. Sytuacja ekonomiczna wynika bezpośrednio z wykonywanego zawodu i determinuje zdolności nabywcze jednostki. Powyższe czynniki warunkują pośrednio styl życia jednostki. Styl życia jest to zmienna złożona, obejmująca wiele elementów. Jest to „sposób bycia (...) wyrażający się (...) działaniami, zainteresowaniami oraz poglądami” (Kotler 1994, s. 169); zbiór wartości i norm, zainteresowań, przekonań i poglądów oraz zachowań i działań konsumpcyjnych (Antonides, van Raaij 2003, s. 385–388). Innymi słowy styl życia, poprzez wpływ na zainteresowania, sposób spędzania wolnego czasu, czy też czas poświęcany na zakupy, może

zostać sam w sobie pewnego rodzaju elementem uświadamiającym bądź wręcz wywołującym określone potrzeby.

Większość decyzji dotyczących zakupu podejmowanych jest przez jednostkę w sposób zindywidualizowany, gdyż każdy konsument koncentruje się na innych atrybutach zakupywanego produktu i kieruje się innymi przesłankami (Manning i in. 2010, s. 162–163). Jednak bez względu na to, czy decyzja podejmowana jest przez jednostkę, czy też przez całą rodzinę, proces podejmowania decyzji zachodzi na wielu poziomach. Oprócz wymienionych i omówionych wcześniej uwarunkowań, na postępowanie konsumenta mają też wpływ dodatkowe czynniki, takie jak role w procesie zakupu, rodzaj podejmowanej decyzji czy też reakcje pozakupowe, które w sposób znaczący rzutują na przyszłe decyzje zakupowe.

Role w procesie decyzyjnym

Planowanie konsumpcji stało się we współczesnych rodzinach centralną funkcją, a role podejmowane w procesie zakupowym przez poszczególnych jej członków są różnorodne. Oczywiście znaczenie poszczególnych uczestników w procesie decyzyjnym zależy w głównej mierze od rodzaju decyzji i produktu. Zaznaczyć należy również, że jedna osoba może pełnić kilka ról w danym procesie w zależności od rodzaju dobra bądź usługi.

Jeden z podziałów wyróżnia pięć ról, jakie członkowie rodziny odgrywają w procesie podejmowania decyzji zakupu (Kotler 1994, s. 175; Evans, Jamal, Foxall 2006, s. 189; Rudnicki 2000, s. 192). Są to:

- inicjator – osoba, która jako pierwsza inicjuje zakup danego dobra lub usługi;
- doradca – osoba, która świadomie bądź nieświadomie wpływa na zakup; osoba ta może przybrać postać lidera opinii;
- decydent – osoba, która podejmuje decyzje determinujące naturę zakupu (czy i co kupić?, jak i gdzie kupić?);
- nabywca – osoba dokonująca ostatecznego zakupu;
- użytkownik – osoba użytkująca lub konsumująca nabyty produkt lub usługę.

G. Antonides i W. F. van Raaij (2003, s. 326) do powyższych ról dodają jeszcze osobę zgłaszającą reklamację – czyli taką, która w momencie pojawienia się jakichkolwiek problemów konsumpcyjnych podejmuje działania mające na celu ich zminimalizowanie, płacącego – czyli osobę występującą w przypadku dokonywania zakupów na kredyt lub przy sprzedaży wysyłkowej, oraz specjalisty – posiadającego (w oczach innych członków rodziny) odpowiednie zasoby wiedzy na temat danego produktu.

L. Schiffman i L. Kanuk (2004, s. 355) proponują natomiast podział na osiem ról, wśród których są (tłum. własne):

- osoba wywierająca wpływ – osoba, która dostarcza informacji o produkcie lub usłudze;
- osoba kontrolująca przepływ informacji w rodzinie;

- decydent;
- nabywca;
- osoba przygotowująca produkt do użytku – czyli przetwarzająca nabyte dobro do formy odpowiedniej do użytkowania dla pozostałych członków rodziny;
- użytkownik;
- osoba dbająca o dobro – czyli zgłaszająca ewentualne reklamacje lub dokonująca napraw w celu zabezpieczenia kontynuacji użytkowania;
- dysponent – osoba podejmująca decyzję o zakończeniu użytkowania danego dobra.

Na podstawie powyższych opisów można wnioskować, iż podejmowanie decyzji w danym gospodarstwie jest rzeczą ściśle usystematyzowaną i prostą. Bardzo często jednak zachodzi konieczność dokonania zakupu niezaplanowanego lub też zaplanowany i przemyślany zakup nie dochodzi do skutku. Dodatkowo, pewne role (inicjator czy też doradca) mogą zostać powierzone osobie spoza rodziny, kiedy to żaden z jej członków nie dysponuje wystarczającą wiedzą. Dlatego też istnienie omówionych ról, ich rozdział pomiędzy poszczególnych członków w rodzinie czy wpływ na proces zależy od wielu czynników, wśród których wymienić można obszar konsumpcji, wagę podejmowanej decyzji i jej pilność, wartość kupowanych towarów i usług czy wreszcie ryzyko związane z zakupem.

Rodzaje i reguły podejmowanych decyzji

Aby decyzja dotycząca zakupu podjęta była świadomie i refleksyjnie, konsument powinien poczynić pełną analizę dostępnych o produkcie informacji, dokonać wszechstronnej jego oceny oraz podjąć próbę starannego wyboru najkorzystniejszej alternatywy. W większości przypadków dokonanie decyzji oparte jest o pewną strategię wyboru. Literatura fachowa przytacza szereg zasad dotyczących wybierania w sytuacjach zakupowych. Najpopularniejszymi strategiami wybierania są (*Falkowski, Tyszka 2006, s. 139–147; Rudnicki 2000, s. 20–206; Tyszka 2004, s. 432–433; Antonides, van Raaij 2003, s. 278–282*):

- strategia przewagi pozytywnych cen – w której konsument dokonuje prostego porównania liczby pozytywnych cech różnych produktów i wybiera ten, który ma ich najwięcej;
- strategia koniunkcyjna – polegająca na ustaleniu minimalnych wymagań stawianych produktowi i wyborze tej alternatywy, która spełnia je wszystkie;
- strategia alternatywna – polegająca na wyborze tej alternatywy, która spełnia choćby jeden warunek uznany przez konsumenta za istotny,
- strategia leksykograficzna – polegająca na ustaleniu hierarchii wymagań i dokonaniu wyboru w oparciu o możliwość spełniania kolejno najważniejszych,

- strategia dominacji – nakazująca wybór alternatywy lepszej pod każdym względem od pozostałych (co niestety zdarza się niezbyt często),
- strategia pozornej dominacji – polegająca na skłonności do szukania przewagi „na siłę” w przypadku produktu, który podoba się ze względu na pewne cechy,
- reguła kompensacyjna – strategia maksymalizacji addytywnej użyteczności (MAU) – polegająca na określaniu wartości każdego produktu poprzez szczegółowe rozpatrzenie wszelkich „za” i „przeciw”, w oparciu o indywidualną hierarchię znaczenia.

Na koniec zaznaczyć należy, iż wybór odpowiedniej oceny alternatyw w procesie decyzyjnym uwarunkowany jest przez szereg czynników, wśród których, oprócz omówionych wcześniej, znajdują się również ważność decyzji, złożoność zadania, presja czasu czy wreszcie konieczność dokonania wyboru pomiędzy alternatywami nieporównanymi.

Stosunek do innowacji

Innowacją można nazwać wszystko, co postrzegane jest jako nowość. Innowacje mogą zostać skategoryzowane w zależności od ilości dezorganizacji i zmian jakie zostały przez nie spowodowane w zakupowych zachowaniach jednostki (*Robertson 1967, s. 14–19*). Podział ten przedstawia się w sposób następujący:

- innowacje nieciągłe – całkowicie nowy produkt pełniący nowe funkcje i przynoszący nowe korzyści, niesie za sobą efekt całkowitej zmiany zachowań;
- innowacje półciągłe // dynamicznie ciągłe – nowy produkt, znacznie usprawniający funkcjonalność w stosunku do istniejących alternatyw, pociąga pewne zmiany zachowań;
- innowacje ciągłe – produkt istniejący nieznacznie zmodyfikowany, niejednokrotnie niezauważalnie, nie wywołujący praktycznie żadnych zmian w zachowaniach rynkowych.

Przyjmowanie innowacji jest skomplikowanym jednostkowym procesem psychicznym, polegającym na wielokrotnym wypróbowywaniu i kupowaniu danego produktu przez konsumenta po to, aby w końcowej fazie go zaakceptować bądź odrzucić (*Antonides, van Raaij 2003, s. 367–368*).

Na przyspieszenie procesu akceptacji innowacji wpływają następujące czynniki (*Garbarski, Rutkowski, Wrzosek 2001, s. 158; Evans, Jamal, Foxall 2006, s. 244–246; Hanna, Wozniak 2001, s. 368–371*):

- kompatybilność produktu z wartościami, potrzebami i stylem życia konsumenta,
- zyski z zakupu – odnoszące się do stopnia ulepszenia produktu w stosunku do aktualnie dostępnych,
- szybkość w zaobserwowaniu zysku płynącego z innowacji,
- możliwość nabycia niewielkiej ilości produktu – na próbę,
- intensywna promocja i dystrybucja – skutkująca „opatrzeniem się” danej nowości,

- łatwość w użyciu,
- postrzegana wielkość ryzyka związanego z zakupem,
- wysokość dochodów konsumentów,
- otwartość na zmianę w ofercie sprzedaży,
- niewielkie znaczenie zaistniałej sytuacji zakupowej,
- ciągłość innowacji – oferowane novum jest jedynie wariacją istniejących produktów.

Oprócz samych innowacji oraz uwarunkowań proces dyfuzji innowacji, klasyfikacji podlegają również konsumenci ze swoim nastawieniem do nowości. Bardzo często przytaczanym podziałem konsumentów uwzględniającym gotowość do przyjęcia innowacji jest następujący (Rogers 1995; Hanna, Wozniak 2001, s. 368 – 371; Antonides, van Raaij 2003, s. 377 - 379):

- innowatorzy (2.5%), przyjmujący nowe produkty jako pierwsi, nawet przy pewnym ryzyku; są to zazwyczaj osoby o wyższych dochodach, młode, wykształcone, pewne siebie, często polegające na nieosobowych źródłach informacji;
- nabywcy wcześnie akceptujący nowość (13.5%), osoby socjalnie zintegrowane, polegające na grupie i często będące w niej liderem opinii; grupa ta – ze względu na prestiż - jest niezwykle istotna dla procesu akceptacji nowości przez społeczeństwo;
- większość wcześnie akceptująca innowacje (34 %), osoby ze średniej klasy społeczno – ekonomicznej, podejmujące decyzje rozważnie, zbierając uprzednio wszelkie informacje i dokonując analizy alternatyw;
- większość późno przyjmująca innowacje (34%), sceptycy gotowi przyjąć innowacje jedynie jeśli zdecydowana większość już tego dokonała;
- maruderzy // opieszalcy (16%) niezależni tradycjonaliści, którzy często nigdy nie przyjmują nowości.

Konsumenci zdecydowanie różnią się pod względem tempa przyjmowania innowacji. Jednak ze względu na fakt rozprzestrzeniania się innowacji poprzez sieć komunikacji społecznych można dojść do wniosku, iż działania marketingowe mogą jedynie nadać kierunek nowościom, nigdy natomiast nie będą w stanie całkowicie zdecydować o skuteczności wprowadzenia danego produktu.

Zachowania pozakupowe

Odczucia konsumentów po dokonanych zakupie są ostatnią fazą procesu decyzyjnego i zwane są dysonansem poznawczym.

Konsument, decydując się na zakup danego produktu, ma wobec niego szereg oczekiwań dotyczących zarówno jego cech użytkowych, jak i estetycznych. Dodatkowo, oczekiwania wobec produktu współtworzone są przez normy społeczne i kulturowe doświadczane przez konsumenta, jego motywację do zakupu, stopień trudności i wagi podejmowanej decyzji oraz atrakcyjność

alternatyw odrzuconych. Niezwykle istotne dla powstania dysonansu poznawczego są również przeszłe doświadczenia związane z wcześniejszymi transakcjami. Bez względu na fakt, czy są one pozytywne czy negatywne, własne czy też cudze, podlegając subiektywnej ocenie w procesie decyzyjnym kształtują pewne oczekiwania, które zostaną skonfrontowane z rzeczywistością po dokonaniu zakupu. W wyniku tej konfrontacji – porównania wewnętrznych przekonań i zewnętrznych spostrzeżeń – pojawić się może satysfakcja lub jej odwrotność, stan będący zdecydowaną rozbieżnością pomiędzy postrzeganym stanem oczekiwanym a doznany. Takie uczucie niezadowolenia prowadzić może do dysonansu pozakupowego, czyli wewnętrznego napięcia, będącego rezultatem niezadowolenia wysokiego stopnia.

W celu usunięcia lub zredukowania dysonansu konsument może podjąć pewne działania – od oddania produktu, poprzez wyszukanie dodatkowych pozytywnych informacji o produkcie i jego zaletach (bądź informacji negatywnych o odrzuconych alternatywach), co może zwiększyć wiarę w słuszność podjętej decyzji (Kotler 2004, s.183–185; Rudnicki 2000, s. 209–215).

Dysonans nie zawsze towarzyszy nabywcy. Prawdopodobieństwo jego pojawienia się oraz poziom jego intensywności zależą od (Rudnicki 2000, s. 211–212):

- ekonomicznego znaczenia decyzji dla konsumenta – im większe zaangażowanie się ekonomiczne konsumenta, tym większe zagrożenie dysonansem;
- stopnia nieodwracalności decyzji – trudność w zmianie decyzji pociąga za sobą możliwość wystąpienia dysonansu;
- złożoności decyzji – decyzje złożone nasilają dysonans;
- liczby pozytywnych cech spostrzeganych w niezakupionych produktach i negatywnych w zakupionych;
- okresu jaki upłynął od podjęcia decyzji – z upływem czasu dysonans zanika;
- trwałości postawy nabywcy – silna jednostka gorzej znosi dysonans;
- wysiłku i czasu niezbędnego do dokonania zakupu – im większy wysiłek zakupu tym intensywniejszy może być dysonans;
- skłonności konsumenta do przeżywania niepokoju.

Doświadczenie po zakupie zarówno satysfakcji jak i dysonansu może w sposób zasadniczy wpłynąć na przyszłe postępowanie konsumentów na rynku. W jednym jak i drugim przypadku dany konsument przekazuje swoje doświadczenia członkom swojego otoczeniu, przez co oddziałuje na ich zachowania zakupowe (zniechęcając bądź zachęcając do skorzystania z oferty). Z drugiej strony, konsument zadowolony z powtarzalnego, częstego zakupu zazwyczaj ponownie decyduje się na danego produktu. Gdy zakup jest rzadki bądź jednorazowy, satysfakcja jest akumulowana jako pozytywne doświadczenie i wpływa na przyszłe procesy decyzyjne. Dodatkowo, wpływ satysfakcji konsumentkiej jest nie do przecenienia w tworzeniu lojalności (Falkowski, Tyszka 2006, s. 250 – 253).

W świetle opisanych powyżej wyżej czynników należy pamiętać, iż nie można traktować wszystkich konsumentów w sposób taki sam, gdyż czynniki wpływające na ich decyzje są całkowicie odmienne (*Piercy 2009, s. 162*). Wpływ tych czynników – zarówno zewnętrznych jak i wewnętrznych – nie jest łatwy do sprecyzowania, ponieważ postępowanie konsumenta zazwyczaj uwarunkowane jest wpływami kilku bodźców, co znacznie utrudnia wyabstrahowanie konkretnego czynnika i określenie jego rzeczywistego wpływu (*Berbera, Niemczyk, Makówka 2004, s. 9*). Konsumenci wykazują szerokie spektrum zachowań, które wykazują w zależności od sytuacji, w jakiej się znajdują w danej chwili. Mimo, iż znany może być ogólnie zakładany kierunek takowej zależności, to ustalenie jej siły i potencjalnych zmian jest raczej trudne, gdyż charakter zależności pomiędzy czynnikami rzadko bywa liniowy. Wynika to z faktu, iż niektóre mechanizmy są aktywizowane nie poprzez samo zaistnienie bodźca, a jedynie po przekroczeniu pewnej określonej jego siły. Oznacza to więc, że liczne reakcje konsumentów mogą zostać wywołane dopiero po długim czasie oddziaływania na nie. Jeśli zaś oddziaływanie było jednorazowe bądź stosunkowo krótkie, to proces zaniku wpływu tych działań również może mieć różne natężenie (*Bowie, Buttle 2011, s. 64 – 85*).

Głównym problemem badania zachowań konsumentów jest więc nie tylko określenie podstawowych zależności rzutujących na procesy podejmowania decyzji rynkowych, lecz również ich precyzyjny pomiar. Aby więc badania mogły skutecznie ukazać wpływ danego czynnika na zachowanie nabywcy oraz określić zmiany zachodzące w zachowaniu pod wpływem czasu, powinny być prowadzone systematycznie.

3. Osoba niepełnosprawna jako konsument

Osoba niepełnosprawna spychana jest poza nawias życia w niemal każdym jego aspekcie. Jej problemy pozostają na marginesie zainteresowań również większości pracodawców, usługodawców, producentów, handlowców czy specjalistów do spraw marketingu. Nie bierze się pod uwagę faktu, że niepełnosprawność dotyka blisko 15–20 % ludności, co daje ponad 650 milionów ludzi na świecie, a udział ten dodatkowo wzrasta w miarę starzenia się społeczeństw (Vezina i in. 1995, s. 277; Schaefer 2003, s. 223; Eurostat, 2003; Balcerzak – Paradowska 2002).

W czasach, gdy w literaturze dotyczącej marketingu i zachowań konsumenckich coraz więcej uwagi poświęca się różnym wąskim grupom konsumentów – bezdomnym kobietom, nosicielom wirusa HIV czy osobom starszym (Hill 1991, s. 298–310; Pavia 1992, s. 245–252; Lambert 1979, s. 37–57; Tepper 1994; s. 503–519), grupa osób z ograniczoną sprawnością reprezentowana jest bardzo nielicznie.

Konsument niepełnosprawny postrzegany jest jako istotny jedynie w odniesieniu do tworzenia w miarę przyjaznego do robienia zakupów środowiska bez barier architektonicznych. Natomiast zarówno w literaturze, jak i w życiu niewiele jest dowodów na to, że specjaliści do spraw marketingu czy badań konsumenckich zauważają i uważają konsumentów niepełnosprawnych za wartościowy, konkurencyjny segment godny poświęcenia mu swojej uwagi lub, co więcej, stworzenia specjalnie ukierunkowanej strategii. Nie zdają sobie oni sprawy, iż dogłębna analiza specyficznych potrzeb czy też szczególnych cech wyróżniających daną grupę mogłaby przynieść obopólne korzyści. Dodatkowo, nie wszyscy uczestnicy rynku wiedzą, że zatrudnienie osób niepełnosprawnych w reklamach poprawia wizerunek firmy (Waldrop 1990, s. 33; Burnett 1996, s. 5).

Bycie konsumentem wymuszone jest przez szereg determinant wewnętrznych jak i zewnętrznych, które nie mogą być rozpatrywane osobno, gdyż jedynie ich wzajemne interakcje i uwarunkowania w pełni odzwierciedlają wpływ otoczenia na jednostkę. Pomędzy szeregiem innych czynników warunkujących zachowanie się osoby niepełnosprawnej na rynku usług i dóbr konsumpcyjnych bardzo ważną rolę odgrywają: dostosowane prawodawstwo umożliwiające osobie niepełnosprawnej dostęp do wszelkich dóbr i usług, sytuacja osoby niepełnosprawnej na rynku pracy przekładająca się między innymi na jej poziom samooceny i sytuację ekonomiczną, przebieg procesu podejmowania decyzji dotyczący zakupu czy uwzględnienie konsumentów niepełnosprawnych w planowaniu strategii marketingowej.

Aby jednak przejść do analizy szeroko pojętych zachowań konsumenckich osób niepełnosprawnych, należy zdefiniować samo pojęcie niepełnosprawności.

3.1. Wprowadzenie w zagadnienie niepełnosprawności

Terminologia dotycząca niepełnosprawności pozostaje bardzo niejednolita. Literatura fachowa proponuje liczne definicje i terminy związane z danym zagadnieniem lecz, wraz z nieustającym rozwojem nauk społecznych, ekonomicznych, pedagogicznych czy też medycznych, ulega ona ciągłym modyfikacjom i adaptacjom.

Znalezienie jednej pełnej definicji pojęcia „niepełnosprawność” jest zadaniem niezmiernie trudnym, gdyż wymaga dogłębnej analizy wieloaspektowej, m.in. sytuacji prawnej, ekonomicznej, społecznej czy też wreszcie egzystencjalnej. Niemożliwością jest przecież oddzielenie sfery zawodowej od prywatnej, gdyż przenikając się wzajemnie obopólnie wpływają na swój kształt. Problemy w sferze pracy przekładają się na sytuację ekonomiczną, ta z kolei stymuluje życie codzienne, którego poziom ma swoje odbicie w życiu kulturalnym i towarzyskim jednostki. Jeśli zaś owe nie są zaspokojone, pogłębiać się mogą problemy społeczne i psychiczne.

Punktem wyjścia dla wielu badaczy zajmujących się kwestią zdrowia jest definicja Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO), według której zdrowie to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak chorób, ułomności lub niedomagania (*Poznańska 1993, s.50*). Definicja ta podkreśla, iż zdrowie jest zjawiskiem wielowymiarowym zakładającym harmonijne funkcjonowanie psychiki, ciała i środowiska. W takim pojęciu zdrowia mieszczą się zarówno elementy fizyczne (anatomiczno-fizjologiczne), jak również psychiczne i społeczne, gdyż człowiek stanowi jedność socjo-psychofizyczną a zdrowie jest problemem nie tylko indywidualnym ale jednocześnie społecznym i politycznym. Nie tylko czynniki medyczne są kluczowe dla utrzymania zdrowia, lecz również warunki życia, pracy, pożywienie, odpoczynek, higiena osobista i społeczna czy etyka (*Bortnowska 1993*).

Dawne pojęcie zdrowia rozumiane jako „zdrowie to brak choroby” współcześnie jest nie do przyjęcia. Bliższe prawdy jest natomiast określanie zdrowia przez lekarzy, którzy stwierdzają, iż stan zdrowia człowieka zależy od homeostazy – utrzymywania stałości środowiska wewnętrznego organizmu człowieka, mimo zachodzących zmian w jego otoczeniu (*Ossowski 1999, s.25*).

Istnieje wiele definicji pojęcia „zdrowie”, które w sposób ogólny dzieli się na: biologiczne, psychologiczne i społeczne (*Kirenko 2007, s.10*). Definicje akceptujące biologiczny aspekt zdrowia ujmują somatyczny stan jednostki określany przez nauki medyczne. W takim znaczeniu zdrowie oznacza brak zmian patologicznych w organizmie człowieka. W psychologicznym ujęciu zdrowie jest subiektywnym stanem jednostki. Zdrowie oznacza stan pełnego, dobrego, psychicznego samopoczucia, jako swoistą zdolność do odczuwania zadowolenia i szczęścia, do racjonalnego i skutecznego pokonywania i rozwiązywania trudnych sytuacji. W trzecim, czyli socjologicznym znaczeniu, zdrowie jest funkcją możliwości wypełniania przez jednostkę ról społecznych i zadań życiowych.

Bardzo wielu badaczy (min. Piaget, Menninger, Maslow, Dąbrowski, Glasser, Aleksandrowicz, Grzegorzewska, Hołówko) prezentowało w literaturze swoje ujęcia zdrowia. Nie zgadzano się jednak z tymi definicjami, odrzucając je w całości bądź w części. Najważniejszym wydaje się dzisiaj fakt, żeby *zdrowie traktować jako najważniejszą wartość w życiu człowieka*, dzięki której jednostka w sposób pełny może realizować swoje potrzeby i aspiracje oraz osiągać satysfakcję, a także przystosowawczo radzić sobie w swoim środowisku.

Pełnosprawność charakteryzuje człowieka zdrowego, kiedy wszystkie jego układy i narządy są nienaruszone, dobrze funkcjonują i wzajemnie współpracują. Pełnosprawność należy zawsze oceniać holistycznie, traktując organizm jednostki jako zintegrowaną całość. Ponieważ jednak człowiek to istota socjo-psycho-fizyczna, to dla potrzeb oceny w zakresie pełnosprawności wyróżniamy elementy: fizyczne, psychiczne i społeczne.

„Z punktu widzenia fizycznego – człowiek stanowi organizm o ściśle określonej strukturze (budowa) i zharmonizowanym funkcjonowaniu. Składają się na niego różnego rodzaju narządy, również o określonej strukturze, wypełniające specyficzne czynności (funkcje) wzajemnie skoordynowane i uwarunkowane. Oznacza to, że czynności jednych narządów są zależne od innych i każdy z pojedynczych narządów ma wpływ na pracę pozostałych. Zespoły lub grupy narządów nazywane są układami” (Zabłocki 1997, s.24). Mówimy wtedy o pełnosprawności fizycznej organizmu. Pełnosprawność psychiczna natomiast to prawidłowe funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego, a zwłaszcza kory mózgowej, która jest podłożem zjawisk psychicznych, takich jak między innymi: procesy percepcyjne, zapamiętywanie, myślenie – rozwiązywanie problemów, wnioskowanie, planowanie itp. (Majewski 1995, s.10). Pełnosprawność społeczna to poprawne wypełnianie pewnych ról w swojej rodzinie i środowisku społecznym, zgodnie z wiekiem, płcią, pozycją społeczną itp. Człowiek jest istotą społeczną, do życia i zaspokojenia wszystkich jego potrzeb niezbędni są więc inni ludzie, którym on także jest potrzebny. Dobre wypełnianie zadań życiowych w domu i poza domem oraz zadań zawodowych wynikających z pracy zawodowej świadczy o pełnosprawności społecznej jednostki.

Analizując problematykę niepełnosprawności fizycznej koniecznym jest ustosunkowanie się do nieprecyzyjnej i czasami dowolnej terminologii dotyczącej tego zagadnienia. Termin niepełnosprawność nie może być używany zamiennie z takimi terminami jak: kalectwo, ułomność, defekt fizyczny lub psychiczny, odchylenie od normy, anormalność, upośledzenie czy inwalidztwo.

W literaturze funkcjonuje określenie inwalidztwa biologicznego i prawnego. Inwalidztwo biologiczne określa się na podstawie indykatorów funkcjonowania i oceny medycznej własnego stanu zdrowia przez samego poszkodowanego czy też jego rodzinę. Osoba ta jednak nie ma prawa do świadczeń z ubezpieczeń (Kolaczek 1994).

Według A.E. Sękowskiego (1994) inwalidztwo w sensie biologicznym jest stanem trwałego naruszenia sprawności organizmu w wyniku braku lub uszkodzenia bądź też choroby jakiegoś narządu. Znaczenie prawne wprowadza dodatkowo aspekt ograniczenia możliwości pracy i zatrudnienia z zależności od orzeczonej grupy inwalidzkiej (Sękowski 1994, s. 13)

J. Zabłocki (1997) przez *inwalidę w znaczeniu biologicznym* rozumie osobę, która oświadczyła, że z powodu inwalidztwa lub przewlekłej choroby ma ograniczoną zdolność wykonywania stosownych dla swego wieku podstawowych obowiązków (nauka, praca itd.), natomiast nie posiada orzeczenia komisji (Zabłocki 1997, s.22). Autor ten aspekt biologicznego inwalidztwa opisuje szerzej na przykładzie Narodowego Spisu Powszechnego w 1978 roku. Za inwalidów biologicznych uznano wtedy te osoby, które oceniały swój stan zdrowia jako uniemożliwiający – całkowicie lub poważnie – wykonywanie podstawowych czynności życiowych, związanych z wiekiem. W tym ujęciu niepełna sprawność mierzona zdolnością do wykonywania czynności życiowych, jest uzależniona od stanu zdrowia będącego następstwem kalectwa lub chorób. Szczególną rolę spełnia tu indywidualne odczuwanie przez inwalidę własnego stanu zdrowia i swoich możliwości psychofizycznych. Określenie inwalidztwa biologicznego opiera się zatem w znacznej mierze na subiektywnym odczuciu (Zabłocki 1997, s.15-16).

Wskaźnik inwalidztwa biologicznego nie pokrywają się ze wskaźnikami inwalidztwa prawnego. O *inwalidztwie w znaczeniu prawnym* mówimy wtedy kiedy ocena zdolności do wykonywania pracy zawodowej danej osoby należy do Komisji Lekarskich do Spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia, które są organami Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Komisje te uznają za inwalidów osoby cierpiące na przewlekłe choroby, posiadające wady cielesne lub niepełnosprawne umysłowo, jeżeli: powodują zaburzenia czynności ustroju przez okres długotrwały (przekraczający okres zaskórników chorobowych) i mimo leczenia uniemożliwiają wykonywanie pracy zawodowej; zmuszają do zmiany dotychczasowej pracy i podjęcia zatrudnienia w innych zawodach, przy obniżeniu kwalifikacji lub obniżeniu wydajności pracy albo zmniejszeniu zakresu wykonywanych czynności lub z koniecznością utworzenia szczególnych warunków pracy (Zabłocki 1997, s.14).

Dlatego przez inwalidę w znaczeniu prawnym rozumie się osobę posiadającą aktualne orzeczenie Komisji Lekarskiej do Spraw Inwalidztwa stwierdzające inwalidztwo określonej grupy, bez względu na to, czy pobiera ona świadczenie rentowe. Inwalidą w rozumieniu ustawy z dnia 14 grudnia 1982 roku o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodziny (Dz. U. nr 40, poz. 267) ze zm. „jest osoba częściowo lub całkowicie niezdolna do wykonywania zatrudnienia z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu” (art. 23) (Zabłocki 1997, s. 22).

Do roku 1997 istniał w naszym kraju podział osób niepełnosprawnych na trzy grupy inwalidztwa (pierwsza, druga i trzecia). W zależności od stopnia

niezdolności do wykonywania zatrudnienia zaliczało się inwalidów do jednej z trzech grup inwalidztwa.

Do I grupy inwalidów zaliczało się osoby niezdolne do wykonywania jakiegokolwiek zatrudnienia, które ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji wymagały stałej lub długotrwałej opieki innej osoby, do II grupy inwalidów zaliczało się osoby niezdolne do wykonywania jakiegokolwiek zatrudnienia, natomiast do III grupy inwalidów zaliczało się osoby częściowo niezdolne do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia, jeżeli zachowały zdolność do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia w zmniejszonym zakresie; całkowicie niezdolne do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia, jeżeli osoby te zachowały zdolność do wykonywania innego, niż kwalifikowanego zatrudnienia lub osoby, które miały szczególne naruszenia sprawności organizmu, nawet jeżeli naruszenia te nie ograniczają zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia.

Aktualnie obowiązują przepisy „Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych” z dnia 27 sierpnia 1997 roku (Dz. U. nr 123, poz. 776). Ustawa ta znosi dawne „grupy inwalidzkie” a wprowadza odpowiadające im *”stopnie niepełnosprawności”*: znaczny, umiarkowany i lekki.

Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę mającą naruszoną sprawność organizmu i niezdolną do podjęcia zatrudnienia lub też zdolną do wykonywania zatrudnienia w zakładzie pracy chronionej lub zakładzie pracy aktywizacji zawodowej, wymagającą niezbędnej, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji (naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie, bez pomocy innych osób, podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się, komunikację i komunikowanie się).

Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności kwalifikuje się osobę o naruszonej sprawności organizmu zdolną do wykonywania zatrudnienia na stanowisku pracy przystosowanym odpowiednio do potrzeb i możliwości wynikających z niepełnosprawności, wymagającą w celu pełnienia ról społecznych częściowej lub okresowej pomocy innej osoby w związku z ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji.

Do lekkiego stopnia niepełnosprawności przynależy osoba o naruszonej sprawności organizmu zdolna do wykonywania zatrudnienia i nie wymagającą pomocy innej osoby w celu pełnienia ról społecznych.

Od roku 1997 zostały również zmienione zasoby orzecznictwa. 21 sierpnia 1997 weszło w życie rozporządzenie ministra pracy i polityki socjalnej w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stopniu niepełnosprawności, trybu postępowania przy orzekaniu oraz zakresu, składu i sposobu działania zespołów orzekających o stopniu niepełnosprawności (Dz. U. Nr 100, poz. 627).

Z zagadnieniem ustalenia międzynarodowych klasyfikacji niepełnosprawności wiążą się nierozdzielne trzy przełomowe daty:

- Rok 1980. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przyjęła Międzynarodową Klasyfikację Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeniu (*Majewski, 1995, s.11*).
- Rok 1997. WHO przedstawia Międzynarodową Klasyfikację Uszkodzeń, Działań i Uczestnictwa (*Kirenko 2007, s.18*).
- Rok 2001. WHO zatwierdza jej kolejną wersję pod nazwą Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (*Kirenko 2007, s.18*).

Podstawową Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń z roku 1980 była koncepcja niepełnosprawności opracowana przez S. Nagiego i opublikowana w 1969 roku. Zgodnie z nią niepełnosprawność jest procesem dynamicznym, składającym się z czterech stopni: patologii, uszkodzenia, ograniczenia funkcjonowania oraz niesprawności (za: *Kirenko 2007, s. 14–15*).

Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń jest obszernie scharakteryzowana w polskiej literaturze fachowej. Opisują ją m.in.: T. Majewski, J. Zabłocki, J. Kirenko, A. Hulek, R. Ossowski, O. Speck, C. Barnes, G. Mercer, Z. Sękowska.

Zgodnie z tą klasyfikacją *uszkodzenie* (impairment) określone zostało jako „wszelka strata lub wada psychiczna, fizjologiczna lub anatomiczna struktury lub czynności” (*Majewski 1995, s. 11*).

Uszkodzenie według T. Majewskiego może przyjąć różny zakres – od częściowego, fragmentarycznego do całkowitego zniesienia danego narządu i jego czynności. W zależności od tego, czy zaburzenie jest chroniczne czy nie uszkodzenia mogą być okresowe i trwałe. Te pierwsze mogą zostać zniwelowane lub całkowicie usunięte dzięki zabiegom medycznym i rehabilitacyjnym. Te drugie nie pozwalają na przywrócenie ani pełnej, ani częściowej sprawności organizmu. Można również wyróżnić uszkodzenie nabyte - występujące w różnych okresach życia człowieka, ustabilizowane; progresywne – postępujące oraz regresywne, czyli ustępujące, prowadzące do odzyskania poprzedniego stanu (*Majewski 1995, s. 11–13*).

Drugim aspektem (wymiar) wyodrębniającym w w/w klasyfikacji jest *niepełnosprawność* (disability). Czynności narządów organizmu mogą być wykonywane na różnym poziomie, a więc mniej lub więcej dokładnie i poprawnie, szybciej lub wolniej itp. Niepełnosprawność może być sensoryczna, w tym niepełnosprawność słuchowa, wzrokowa, dotykowa itp., fizyczna, w tym niepełnosprawność motoryczna oraz psychiczna, w tym niepełnosprawność intelektualna (umysłowa), określana również jako umysłowe upośledzenie lub niedorozwój umysłowy.

Jeżeli sprawność jest ograniczona, czyli poniżej normy, wówczas określa się ją jako *niepełnosprawność* (disability), a całkowity jej brak w przypadku zniesienia danej czynności, jako *nieprawność* (inability). Według tej klasyfikacji WHO niepełnosprawność oznacza „wszelkie ograniczenie lub brak – wynikające z uszkodzenia – możliwości wykonywania czynności na poziomie uważanym za normalny dla człowieka” (Majewski 1995, s.15-17).

Trzecim aspektem (wymiarem) wyodrębnionym w w/w klasyfikacji jest *upośledzenie* (handicap). Jest ono lub może być wynikiem niepełnosprawności lub uszkodzenia i niepełnosprawności. Upośledzenie występuje wówczas gdy człowiek ma ograniczone lub uniemożliwione wypełnianie ról, a więc zadań i zachowań w sytuacjach społecznych, biorąc pod uwagę jego wiek, płeć oraz czynniki kulturowe i społeczne, czyli formy działań i zachowań przyjętych i akceptowanych w danym środowisku kulturowym i społecznym. Dlatego upośledzenie oznacza „niekorzystną (gorszą) sytuację danej osoby będącą wynikiem uszkodzenia lub niepełnosprawności polegającą na ograniczeniu lub uniemożliwieniu jej wypełnianie ról, które uważane są za normalne biorąc pod uwagę jej wiek, płeć, czynniki kulturowe i społeczne” (Majewski 1995, s.17-19).

W roku 1997 WHO przedstawiła Międzynarodową Klasyfikację Uszkodzeń, Działań i Uczestnictwa. Terminy z poprzedniej klasyfikacji „niepełnosprawność – disability” oraz „upośledzenia – handicap” zastąpiono nowymi: „działanie – activity” i „uczestnictwo – participation”.

O. Speck (2005) podaje, że klasyfikacja z 1980 roku była krytykowana przez międzynarodowe stowarzyszenia osób upośledzonych jako model medyczny, ponieważ za bardzo i jednostronnie uwydatniała deficyty, a pomijała zdolności ludzi upośledzonych. W nowej klasyfikacji z 1997 roku szczególną uwagę zwrócono z jednej strony już nie na „jednoliniową” genezę przyczynową, lecz na jej kompleksowość. Z drugiej strony już nie na odniesienie się do defektu, lecz na następstwa społeczne. W konsekwencji rozróżniono:

- ograniczenia funkcji fizycznych, zdolności umysłowych albo zdrowia psychicznego;
- zaburzenia aktywności;
- zaburzenia partycypowania (uczestnictwa społecznego), uznane też za następstwa stanowiących ich podstawę ograniczeń funkcji (Speck 2005, s.120).

W polskiej literaturze przedmiotu klasyfikację z 1997 roku najobszerniej przybliżyła w swoich publikacjach J. Kirenko (2006b, s. 19–23; 2007, s. 17–21). Założenia Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Działań i Uczestnictwa zwanej „Kartą 2000” są przełomem w definiowaniu i klasyfikowaniu niepełnosprawności. Według niej, niepełnosprawność tworzą trzy równoległe obszary: uszkodzenie, działanie i uczestnictwo.

Zakłada ona, że człowiek:

- jest istotą biologiczną, a stanowi ją organizm człowieka o określonej strukturze i spełniający określone funkcje;
- jest określoną osobą, działającą i wypełniającą określone zadania; w tym w wymiarze podstawowe pojęcia to osoba i działanie;
- jest także członkiem określonej grupy społecznej do której przynależy i w życiu której uczestniczy; podstawowe pojęcia to społeczeństwo i uczestnictwo.

W karcie 2000 niepełnosprawność i funkcjonowanie są terminami nadrzędnymi, obejmującymi trzy wymiary:

- strukturę lub funkcje organizmu,
- działanie osobiste,
- uczestnictwo w życiu społeczeństwa.

Termin funkcjonowanie obejmuje trzy poziomy bytowania człowieka: biologiczny, osobisty i społeczny. Natomiast niepełnosprawność jest pojęciem zawierającym konsekwencje stanu zdrowia (choroby, zaburzenia, np. genetycznego lub urazu) w funkcjonowaniu człowieka na tych trzech poziomach.

Analiza poszczególnych składowych opisujących niepełnosprawność w tej Klasyfikacji nasuwa konieczność zrewidowania obecnych formalnych Standardów i poglądów, a zwłaszcza przyzwyczajęń w odniesieniu do diagnozowania i ustalania stopnia niepełnosprawności. Składa się bowiem z odrębnych, lecz równoległych klasyfikacji trzech obszarów tworzących niepełnosprawność: uszkodzeń, działania i uczestnictwa. Wprowadzenie klasyfikacji działania i uczestnictwa jest istotną nowością, rozszerzającą pojęcie niepełnosprawności. To one stają się wyznacznikami poszukiwanych kryteriów jakości życia osób niepełnosprawnych.

W klasyfikacji uszkodzeń „uszkodzenie” jest definiowane jako: brak lub deformacja anatomicznej struktury organizmu, albo jako brak lub zaburzenie przebiegu fizjologicznych lub psychicznych funkcji organizmu. Obejmuje dwie podklasyfikacje uszkodzeń funkcji organizmu, z 10 grupami i łączną liczbą 873 różnych funkcji organizmu: psychiczne, głosowe – mowa dźwiękowa, słuchowe i przedsionkowe, wzrokowe, inne funkcje sensoryczne, sercowo-naczyniowe i oddechowe, trawienne, odżywcze i metaboliczne, immunologiczne i endokrynologiczne, moczowo-płciowe, nerwowo-mięśniowo-szkieletowe, skóry i inne z nią związane; które mogą być różnym stopniu zaburzone lub nieobecne. Uświadamia to z jednej strony złożoność psychofizycznych funkcji człowieka, a z drugiej zaś porządkuje ich pojęcia i wręcz wytycza kryteria oceny niepełnosprawności funkcjonalnej oraz uszkodzenia struktury organizmu, obejmującej 10 grup narządów i układów wykonujących wymienione tu funkcje, a więc ośrodkowy układ nerwowy, układ krwionośny, oddechowy, narządy zmysłów, narząd mowy itp. Każda z funkcji organizmu może być całkowicie zniesiona, ograniczona lub zaburzona. Podobnie każdy z narządów i układów organizmu może być całkowicie (brak) lub częściowo uszkodzony, na skutek

choroby, zaburzenia, urazu lub wady wrodzonej. Stopień uszkodzenia funkcji i struktury organizmu ocenia lekarz według ogólnie przyjętych standardów. Uszkodzenie organizmu jest zatem częścią stanu zdrowia, lecz niekoniecznie oznacza, że człowiek jest chory lub powinien być uważany za chorego.

W klasyfikacji działań, „działania” definiowane są bardzo szeroko i oznaczają wszystko, co człowiek robi, od wykonywania bardzo prostych czynności do wykonywania bardzo złożonych i skomplikowanych zadań, wymagających szeregu skoordynowanych zespołów czynności. Wyodrębnia się tutaj 9 grup i wymienia łącznie 617 różnych działań człowieka: widzenie, słuchanie i rozpoznawanie (21 działań); uczenie się, praktyczne stosowanie zdobytej wiedzy i wykonywanie zadań (24 działania); komunikowanie się z innymi osobami (41 charakterystyk); wykonywanie czynności motorycznych, w tym np.: zmiana i utrzymywanie pozycji ciała (19 aktywności); transport, poruszanie i przemieszczanie przedmiotów (29 sytuacji); chodzenie, przemieszczanie się względem czegoś, wewnątrz i zewnątrz budynku, bez lub z pomocniczymi środkami lokomocji (22 sposoby); korzystanie ze środków transportowych (15 możliwości); samoobsługa (41 aktywności samoobsługowych i życia codziennego); prowadzenie gospodarstwa domowego (42 działania); związki i zachowania międzyosobowe (49 ogólnych i szczegółowych zachowań); reagowanie i radzenie sobie ze szczególnymi sytuacjami, obejmujące trzy dziedziny: kształcenie, pracę i zatrudnienie oraz ekonomię życia, w tym: posługiwanie się narzędziami i pomocami technicznymi o charakterze kompensacyjnym (30 możliwości); życie wspólnotowe, socjalne i obywatelskie (21 szczegółowych sytuacji). Sumę wyróżnionych w poszczególnych grupach działań powieliła się przy zastosowaniu mnożnika skali trudności. Stopień trudności działania, ocenia się na 5-punktowej skali: od wykonywania bez trudności do niemożliwości wykonania w ogóle. Ponadto przyjmuje się również 4-punktową skalę pomocy osobistej i technicznej, potrzebnej do skutecznego działania od: 0 – pomoc niepotrzebna; poprzez: 1 – potrzebna pomoc techniczna, np.: pomoce techniczne w lokomocji, protezy, wózek inwalidzki, biała laska, adaptacja miejsca zamieszkania, miejsca pracy, narzędzi i urządzeń stanowiska pracy; 2 – potrzebna pomoc osobista – osoby przy wykonywaniu danego działania; do: 3 – potrzebne obie formy pomocy – techniczna i osobista. Równoczesne stosowanie obu skal przy określaniu stopnia ograniczenia działania jest bardzo ważne, aby stworzyć danej osobie warunki do zmniejszenia ograniczenia i poprawy zakresu i stopnia jej działania na poziomie osobistym.

„Uczestnictwo”, według klasyfikacji, jest to „rodzaj i zakres zaangażowania się osoby w sytuacje życiowe w środowisku, w którym żyje”. Tak szerokie pojęcie obejmuje bardzo złożony związek pomiędzy możliwościami działania człowieka, a jego środowiskiem społecznym i fizycznym. Zarówno środowisko społeczne, jak i fizyczne mogą zawierać czynniki utrudniające oraz czynniki ułatwiające to uczestnictwo. Uczestnictwo jest miernikiem stopnia i zakresu funkcjonowania człowieka na poziomie społecznym i określa aspekt społeczny

niepełnosprawności. Istotną rolę w procesie takiego uczestnictwa odgrywają przyjęte w tym zakresie normy lub standardy w danej społeczności lub w danym kręgu kulturowym (subkulturowym), jak i międzynarodowe standardy. Klasyfikacja wyodrębnia 7 ogólnych dziedzin i 106 różnych sytuacji, w których człowiek zwykle uczestniczy w środowisku: czynności samoobsługowe, poruszanie się w przestrzeni, wymiana informacji, kontakty społeczne, edukacja, praca zawodowa, zajęcia w czasie wolnym i praktyki religijne, życie ekonomiczne, życie obywatelskie i życie środowiska lokalnego. Klasyfikacja uczestnictwa ma za zadanie określenie dziedzin życia, w których dana osoba ma ograniczone uczestnictwo. Jako przejaw negatywny tego wymiaru Klasyfikacja przyjmuje termin: ograniczenie uczestnictwa. Podkreślenia wymaga tu nowe podejście do istoty niepełnosprawności w tym zakresie i ustalenie, że termin ograniczenie uczestnictwa ma zastępować termin upośledzenie przyjęty w Klasyfikacji z 1980 roku.

Klasyfikacja ta nie jest jednak tak szczegółowa, jak klasyfikacja uszkodzeń i działania, co umożliwiłoby bardziej elastyczne stosowanie jej w oparciu o dwie skale do oceny uczestnictwa:

- jego zakresu:
 - pełne uczestnictwo w zwykłych warunkach – bez potrzeby czynników ułatwiających (sprzyjających),
 - zagrożone pełne uczestnictwo, w przypadku braku czynników ułatwiających,
 - uczestnictwo ograniczone, tylko w niektórych dziedzinach lub tylko w pewnym stopniu, niezależnie od czynników sprzyjających,
 - uczestnictwo niemożliwe, nawet przy sprzyjających warunkach,
 - uczestnictwo nieoczekiwane, ze względu na wiek, płeć i inne względy natury kulturowej lub społecznej,
 - uczestnictwo nie ma zastosowania do danej osoby, ze względu na wiek, rodzaj niepełnosprawności (np. posługiwanie się brajlem);
- czynników ułatwiających lub utrudniających uczestnictwo – dla ustalenia czynników ułatwiających utrudniających poziom i zakres uczestnictwa
 - produkty, narzędzia i przedmioty powszechnego użytku,
 - osobiste wsparcie i pomoc,
 - społeczne i polityczne instytucje, stowarzyszenia i organizacje,
 - system edukacji i szkolenia,
 - instytucje ekonomiczne (gospodarcze),
 - inna publiczna infrastruktura,
 - struktura społeczno-kulturalna, normy i zasady,
 - fizyczne środowisko, stworzone przez człowieka,
 - naturalne środowisko,
 - inne czynniki (P. Gindrich, J. Kirenko, 2007).

W klasyfikacji *uszkodzeń* (impairments) termin zasadniczy definiowany jest jako brak lub deformacja anatomicznej struktury organizmu albo jako brak lub zaburzenie przebiegu fizjologicznych lub psychicznych funkcji organizmu. Obejmuje dwie podklasyfikacje: uszkodzeń funkcji organizmu, z 10 grupami i łączną liczbą 873 różnych funkcji organizmu. Uświadamia to z jednej strony złożoność psychofizycznych funkcji człowieka, z drugiej zaś porządkuje ich pojęcia i wręcz wytycza kryteria oceny niepełnosprawności funkcjonalnej. Każda bowiem z funkcji organizmu może być całkowicie zniesiona, ograniczona lub zaburzona. Podobnie każdy z narządów i układów organizmu może być całkowicie lub częściowo uszkodzony na skutek choroby, zaburzenia, urazu lub wady wrodzonej. Stopień uszkodzenia funkcji i struktury organizmu ocenia lekarz według ogólnie przyjętych standardów. Uszkodzenie organizmu jest zatem częścią stanu zdrowia, lecz niekoniecznie oznacza, że człowiek jest chory lub powinien być uważany za chorego.

W klasyfikacji *działań* (activities) pojęcie je określające definiowane jest bardzo szeroko i oznacza wszystko, co człowiek robi, od wykonywania bardzo prostych czynności do wykonywania złożonych i skomplikowanych zadań, wymagających szeregu skoordynowanych zespołów czynności. Wyodrębnia się tutaj dziewięć grup i wymienia łącznie 617 różnych działań człowieka. Sumę wyróżnionych w poszczególnych grupach działań powieliła się przy zastosowaniu mnożnika skali trudności. Stopień trudności działania ocenia się na 5-punktowej skali: od wykonywania bez trudności do niemożliwości wykonania w ogóle. Ponadto przyjmuje się również 4-punktową skalę pomocy osobistej i technicznej, potrzebnej do skutecznego działania od: 0 – pomoc niepotrzebna; poprzez 1 – potrzebna pomoc techniczna, np. pomoc techniczna w lokomocji, protezy, wózek inwalidzki, biała laska, adaptacja miejsca zamieszkania, miejsca pracy, narzędzi i urządzeń stanowiska pracy; 2 – potrzebna pomoc osobista – osoby przy wykonywaniu danego działania; 3 – potrzebne obie formy pomocy – techniczna i osobista. Jednoczesne zastosowanie obu skal przy określaniu stopnia ograniczenia działania jest bardzo ważne, aby stworzyć danej osobie warunki do zmniejszenia ograniczenia i poprawy zakresu i stopnia jej działania na poziomie osobistym.

Uczestnictwo (participation) według Klasyfikacji jest to „rodzaj i zakres zaangażowania się osoby w sytuacje życiowe w środowisku, w którym żyje”. Tak szerokie pojęcie obejmuje bardzo złożony związek pomiędzy możliwościami działania człowieka a jego środowiskiem społecznym i fizycznym. Zarówno środowisko społeczne, jak i fizyczne mogą zawierać czynniki utrudniające oraz czynniki ułatwiające to uczestnictwo. Uczestnictwo jest miernikiem stopnia i zakresu funkcjonowania człowieka na poziomie społecznym i określa aspekt społeczny niepełnosprawności. Istotną rolę w procesie takiego uczestnictwa odgrywają przyjęte w tym zakresie normy lub standardy w danej społeczności lub w danym kręgu kulturowym (subkultur-rowym), jak i standardy międzynarodowe. Klasyfikacja wyodrębnia siedem ogólnych dziedzin i 106 różnych sytuacji,

w których człowiek zwykle uczestniczy w środowisku: czynności samoobsługowe, poruszanie się w przestrzeni, wymiana informacji, kontakty społeczne, edukacja, praca zawodowa, zajęcia w czasie wolnym i praktyki religijne, życie ekonomiczne, życie obywatelskie i życie środowiska lokalnego. Klasyfikacja uczestnictwa ma za zadanie określić dziedziny życia, w których dana osoba jest w nim ograniczona. Jako przejaw negatywny tego wymiaru Klasyfikacja przyjmuje termin: ograniczenie uczestnictwa. Omówiony system klasyfikacji niepełnosprawności z 1997 roku, podane kryteria i ich opis, jest zdecydowanie bardziej ukazany w wymiarze obiektywnym niż subiektywnym, zwłaszcza w obszarze refleksyjnych ocen stopnia zadowolenia. Interesujące wydaje się tu wprowadzenie precyzyjnie ujętych pojęć działania i uczestnictwa w codziennych zadaniach życiowych oraz w życiu społecznym osoby niepełnosprawnej i uzupełniających je trudności ich wykonania.

W roku 2001 WHO zatwierdziło kolejną wersję klasyfikacji pod nazwą Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. Zmieniła się zasadniczo tylko nazwa klasyfikacji, natomiast nie było konieczności i potrzeby zmiany pewnych ustaleń z roku 1997, które obowiązują w ocenie niepełnosprawności do dnia dzisiejszego.

Istota niepełnosprawności

W literaturze dotyczącej osób niepełnosprawnych pojawiały się już propozycje, ażeby takie osoby nazywać „osoba z niepełnosprawnością”. Autorzy takiego sformułowania są zdania, że to określenie jest bardziej precyzyjne oraz delikatniejsze. Przygniatająca większość profesjonalistów używa jednak sformułowania „osoba niepełnosprawna”, dlatego omawiając różne definicje określające te osoby w niniejszej pracy używane będzie to sformułowanie.

J. Zabłocki (1997, s. 28) zwraca uwagę na używanie jeszcze jednego terminu – „osoba niesprawna”, które to określenie jest bardzo nieprawidłowe. Precyzyjny i adekwatny jest termin „osoba niepełnosprawna”, gdyż zawsze pewne narządy – u konkretnych osób – lepiej lub gorzej, ale jednak funkcjonują.

W języku angielskim funkcjonują dwa terminy określające osobę dotkniętą niepełnosprawnością i upośledzeniem. Pierwszy to „disabled person”, czyli osoba niepełnosprawna a drugi to „handicap person” czyli osoba upośledzona. Ten pierwszy podkreśla bardziej wymiar fizyczny i jest raczej określeniem medycznym. Drugi termin kładzie nacisk na upośledzenia, a więc podkreśla aspekt społeczny. T. Majewski (1995, s. 23) twierdzi iż w praktyce nie ma między nimi większych różnic i oba terminy są używane zamiennie.

W literaturze zajmującej się problematyką niepełnosprawności i rehabilitacji, zdaniem T. Majewskiego (1995, s. 22.-24) występują trzy rodzaje definicji osoby niepełnosprawnej (por. *Sroczyński, 1995; Kirenko, 2007*):

- definicje ogólne;
- definicje dla określonych celów;
- definicje poszczególnych grup osób niepełnosprawnych.

Większość *ogólnych definicji* osoby niepełnosprawnej podkreśla zarówno moment uszkodzenia i niepełnosprawności organizmu, jak też upośledzenia. W krajach Unii Europejskiej przyjmuje się np. następującą definicję. Osoba niepełnosprawna jest to „osoba, która z powodu urazu, choroby lub wady wrodzonej ma poważne trudności albo nie jest zdolna wykonywać czynności, która osoba w tym samym wieku zazwyczaj jest zdolna wykonywać” (za: Majewski 1995, s. 22).

Podobną ogólną definicję osoby niepełnosprawnej (inwalidy) podaje A. Hulek (1969, s.18). Według tego autora – „inwalida jest to jednostka, u której istnieje naruszenie sprawności i funkcji w stopniu wyraźnie utrudniającym (w porównaniu z osobami zdrowymi w danym kręgu kulturowym): pobieranie nauki w szkole normalnej, wykonywanie czynności dnia codziennego, wykonywanie pracy zawodowej, udział w życiu społecznym oraz w zajęciach w czasie wolnym od pracy”.

T. Majewski (1995, s. 23) proponuje swoją autorską definicję niepełnosprawności: „Osoba niepełnosprawna to taka, u której uszkodzenie i obniżony stan sprawności organizmu spowodował utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie wykonywania zadań życiowych i zawodowych oraz wypełnianie ról społecznych biorąc pod uwagę jej wiek, płeć, stan, czynniki środowiskowe, społeczne i kulturowe”.

Druga grupa obejmuje *definicje* osoby niepełnosprawnej opracowane i przyjęte dla określonych celów np. dla celów rehabilitacji zawodowej, zatrudnienia chronionego, szkolnictwa specjalnego, różnych świadczeń i przywilejów. W tym przypadku są to na ogół definicje bardziej precyzyjne i oparte o konkretne kryteria np. definicja dla celów rehabilitacji zawodowej. Taka definicja została opracowana i przyjęta w Konwencji i Zaleceniu Międzynarodowej Organizacji Pracy z 1983 dotyczących rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Brzmi ona następująco: „osoba niepełnosprawna, oznacza jednostkę której szanse uzyskania, utrzymania i awansu we właściwym zatrudnieniu są poważnie ograniczone na skutek fizycznej lub psychicznej niepełnosprawności oficjalnie orzeczonej” (za: Majewski 1995, s.23).

Najnowsza definicja, za „Ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych” z 27 sierpnia 1997 roku (Dz. U. nr. 123, poz. 776), określa osobę niepełnosprawną jako jednostkę, której fizyczny, psychiczny lub umysłowy stan utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia, trwale lub okresowo, wypełnianie ról społecznych, a przede wszystkim zdolność do wykonywania pracy zawodowej, jeżeli uzyskała orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, o całkowitej bądź częściowej niedyspozycyjności do pracy lub rodzaju i stopniu niepełnosprawności osoby, która nie ukończyła 16 roku życia.

Trzecią grupę tworzą *definicje poszczególnych grup osób niepełnosprawnych*, a więc niewidomych, umysłowo upośledzonych itp. Osoby niepełnosprawne można podzielić według różnych kryteriów np. według rodzaju

(kategorii) niepełnosprawności, okresu życia, w którym ona wystąpiła, stopnia niepełnosprawności, itp. (zob: Hulek 1969, Majewski 1995, Borkowska 1997, Sękowska 1998). Istnieje także podział według stopnia niezdolności do zatrudnienia i zarabkowania. Do roku 1997 istniał w Polsce podział osób niepełnosprawnych na trzy grupy inwalidztwa (pierwsza, druga i trzecia), obecnie ustalone są odpowiadające im stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany i lekki (Dz. U. nr 123, 776).

Oprócz przytoczonego już podziału definicji osób niepełnosprawnych według T. Majewskiego (1995, s. 22–24) istnieją jeszcze w literaturze definicje osób niepełnosprawnych według rodzaju kryteriów, a mianowicie:

- biologiczne (medyczne) – czyli uszkodzenie narządów i ich czynności, powodujące naruszenie lub obniżenie ich sprawności funkcjonowania oraz całego organizmu z uwagi na to, że wszystkie czynności są wzajemnie uwarunkowane i skoordynowane;
- społeczne – wskazujące na konsekwencje tego uszkodzenia i obniżenia sprawności w różnych strefach życia oraz na relacje danej osoby ze środowiskiem, w którym żyje i działa;
- biopsychospołeczne, które starają się połączyć biologiczne i społeczne kryteria niepełnosprawności.

Definicja biologiczna (medyczna) to min. definicja niepełnosprawności autystyczna R. Ossowskiego (1999, s. 43). Autor ten przez niepełnosprawność (ang. disability) rozumie obniżony poziom czynności danego narządu czy układu kostno-mięśniowego (motoryka), układu nerwowego, czynności psychicznych, itp. Niepełnosprawność wg. Ossowskiego dotyczy odchylenia „in minus” pod określonym względem. Ponieważ czynności organizmu są zintegrowane, przeto obniżony poziom sprawności jednego narządu może rzutować na sprawność innych narządów.

Według H. Żuraw (2002, s. 388) niepełnosprawność w tym ujęciu jest spowodowana do defektu na poziomie organicznym. Jest to więc kategoria biomedyczna, obiektywnie stwierdzalna, poddająca się pomiarowi i wykazująca zależność zadaniową.

Pierwsza *definicja społeczna* w naszym kraju została opracowana w roku 1996 przez grupę specjalistów powołanych przez Pełnomocnika ds. Osób Niepełnosprawnych w następującym brzmieniu: „Niepełnosprawną jest osoba, której stan fizyczny (lub) psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z przyjętymi normami prawnymi i społecznymi”. Wcześniej natomiast pojawiło się w polskim prawie pojęcie „osoba niepełnosprawna” bo już w roku 1982 (Uchwała Sejmu w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych).

Podobna definicja do przedstawionej powyżej pierwszej definicji społecznej zawarta jest w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych uchwalonej w dniu 1 sierpnia 1997 roku przez Sejm RP (*Monitor Polski* Nr 50, poz. 475).

Najnowsza i będąca w powszechnym użyciu jest definicja zawarta w Ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, która brzmi: „Niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolności do wykonywania pracy zawodowej” (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późn. zm.).

Definicje *biopsychosocjalne* datują się od roku 1997, kiedy to przedstawiono Międzynarodową Klasyfikację Uszkodzeń, Działań i Uczestnictwa. W określaniu niepełnosprawności na terenie krajów członkowskich Unii Europejskiej położono nacisk na bariery utrudniające korzystanie z przywilejów obywatelskich i praw człowieka. Znajduje to odzwierciedlenie w określaniu istoty niepełnosprawności. T. Gałkowski (1997, s. 151–164) uczestnik „Forum Helios”, podaje definicję niepełnosprawności przyjętą przez przedstawicieli Wspólnoty Europejskiej głoszącą, iż „osoba niepełnosprawna jest jednostką w pełni swych praw znajdującą się w sytuacji upośledzającej ją, stworzonej przez bariery środowiskowe, ekonomiczne i społeczne, których nie może tak jak inni ludzie przezwyciężyć wskutek występujących w niej uszkodzeń”.

R. Ossowski (1999, s. 45) stwierdził, iż jego zadaniem „zaprezentowana definicja jest wyrazem zgoda odmiennego podejścia do sposobu definiowania istoty niepełnosprawności. Położono bowiem, w porównywalnym stopniu, nacisk na defekt otoczenia jak i na defekt fizyczny człowieka(...)”.

M. Borkowska (1997, s. 10) dzieli niepełnosprawność na: niepełnosprawność pierwotną, która jest wywołana przez chorobę czy uraz, w wyniku których dochodzi do uszkodzenia ustroju, co ogranicza lub zakłóca sprawność lub aktywność życiową człowieka oraz niepełnosprawność wtórną, kiedy przy występującej niesprawności pierwotnej z powodu istniejących w otoczeniu różnego rodzaju barier pogarsza się sytuacja bio-psycho-społeczna jednostki.

Również S. Kowalik (1999, s. 25) twierdzi, iż niepełnosprawność oznacza utratę zdolności do funkcjonowania nie tylko na poziomie biologicznym, ale również na poziomach psychologicznym i społecznym. Obejmowałaby ona swoim zasięgiem pierwotny defekt biologiczny organizmu (dysfunkcjonalność) a także jego skutki psychologiczne i społeczne.

T. Majewski (1995, s. 24-25) podzielił wszystkie osoby niepełnosprawne według rodzaju (kategorii) niepełnosprawności na: osoby z niepełnosprawnością fizyczną; osoby z niepełnosprawnością sensoryczną; osoby z niepełnosprawnością psychiczną; osoby z niepełnosprawnością złożoną.

Osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu stanowią w Polsce niemal połowę populacji osób niepełnosprawnych, można zatem powiedzieć, że dysfunkcje narządu ruchu stanowią, obok innych rodzajów schorzeń, najczęstszą przyczynę niepełnosprawności w naszym kraju. Pojęciem osoby niepełnosprawnej ze względu na dysfunkcję narządu ruchu określamy osoby o ograniczonej sprawności kończyn górnych, dolnych lub kręgosłupa (*Rehabilitacja społeczna*

i zawodowa osób niepełnosprawnych – Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2000, s. 45).

Niepełnosprawność jest jednym z najważniejszych aspektów stanu zdrowia. Ten problem staje się niezwykle istotny, gdyż żyjemy coraz dłużej. Nie trzeba udowadniać, że dłuższe życie nieuchronnie wiąże się z pogorszeniem sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Oczywiście problem niepełnosprawności nie dotyczy tylko osób starszych. Może on wystąpić także wśród osób bardzo młodych, a nawet dzieci wskutek wad wrodzonych, chorób przewlekłych, wypadków czy urazów. Bez względu na przyczyny niepełnosprawności jest ona poważnym problemem społecznym.

Zwraca na to uwagę J. Kirenko (2006a, s. 24-25), stwierdzając, iż skala zjawiska poszerza się znacznie szybciej, niż przewidywano. Autor posługuje się przy tym wieloma przykładami. Np. według danych zaczerpniętych z Ekspertyzy PAN, odnoszących się zwłaszcza do roku 1974, osoby niepełnosprawne stanowiły 14% populacji. Osób z zaliczoną grupą inwalidztwa było 1 mln 400 tys., czyli 4,1% mieszkańców naszego kraju. Oznacza to, że co 25 osoba uznana została za niepełnosprawną. Jak wynika z przeprowadzonego w roku 1988 Narodowego Spisu Powszechnego, jest to tendencja wzrostowa. Co 10 mieszkaniec Polski został uznany za osobę niepełnosprawną (3 mln 735 tys. osób). Zjawisko to w dużej mierze dotyczy ludzi młodych, w przedziale wiekowym do 29 roku życia (takich osób było 171 tysięcy, z tego aż 47 tysięcy stanowiły dzieci, które nie ukończyły 14 roku życia). Z tych danych wynika, że w okresie 10 lat liczba osób niepełnosprawnych zwiększyła się o ponad 50%. Niestety kolejne ogólnopolskie badania z roku 1993, przeprowadzone przez OBOP, wykazały, że liczba osób niepełnosprawnych wzrosła o dalsze 21,5%. W porównaniu z prognozami GUS, liczba osób niepełnosprawnych okazała się znacznie wyższa i wynosiła 4,5 mln osób, czyli tyle, ile przewidywano dopiero na rok 2005. W roku tym jednak – na podstawie danych GUS – osób niepełnosprawnych było już 5 mln 457 tys., w tym 4 mln 450 tys. niepełnosprawnych prawnie, z czego 2 mln 608 tys. w tzw. wieku produkcyjnym. Rodzin z co najmniej jedną osobą niepełnosprawną doliczono się na poziomie 3 mln 137 tys.

Skala i struktura niepełnosprawności są przedmiotem badań GUS od 1978 r. Problem niepełnosprawności był podejmowany w ramach kolejnych powszechnych spisów ludności, jak również innych badań o charakterze ankietowym. W celu identyfikacji osób niepełnosprawnych GUS posługuje się jednolitymi narzędziami (pytaniami). Pytania dotyczą subiektywnej oceny posiadania ograniczeń w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, jak również posiadania prawnego orzeczenia o niepełnosprawności lub inwalidztwie (osoby w wieku 16 lat i więcej) lub uprawnienia do otrzymywania zasiłku pielęgnacyjnego. Na ich podstawie przygotowuje się dane o zbiorowości osób niepełnosprawnych.

Na podstawie danych o skali niepełnosprawności w Polsce z Raportu GUS „Stan Zdrowia Ludności Polski w 2004 roku” (Warszawa 2006), pod koniec

2004 r. żyło w Polsce ponad 6,2 mln osób niepełnosprawnych, z tego ponad 4,8 mln osób niepełnosprawnych prawnie. Liczba osób niepełnosprawnych tylko biologicznie była wyższa o prawie 360 tys., wzrost dotyczył głównie osób dojrzałych i w podeszłym wieku. Dane wskazują również na wzrost liczby niepełnosprawnych o prawie 273 tys. osób, prawie połowa przyrostu dotyczyła osób najczęściej poszkodowanych – ze znacznym stopniem niepełnosprawności. W strukturze populacji osób niepełnosprawnych najliczniejszą grupę stanowią niepełnosprawni prawnie i jednocześnie biologicznie. Stanowią oni blisko połowę omawianej populacji. Blisko co trzecia osoba niepełnosprawna miała prawne orzeczenie o niepełnosprawności lecz nie odczuwała żadnych ograniczeń w życiu codziennym, a kolejne 22% zbiorowości to osoby bez orzeczeń, ale mające ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych (niepełnosprawne tylko biologicznie). Częstość występowania niepełnosprawności rośnie wraz z wiekiem, gwałtownie po ukończeniu 40 roku życia. Wśród czterdziestolatków niepełnosprawna jest co siódma osoba, a wśród pięćdziesięciolatków – blisko co trzecia, natomiast w grupie 70 – letnich i starszych – częściej niż co druga.

GUS scharakteryzował również osoby niepełnosprawne w wieku 15 lat i więcej. Szacunkowa liczba osób niepełnosprawnych w wieku 15 lat i więcej liczyła w końcu 2004 r. prawie 6 mln osób, tj. prawie 19% ogółu populacji w wieku 15 lat i więcej (odsetek wśród kobiet wyniósł – 19,7%, a dla mężczyzn – 17,9%). Prawie 78% dorosłych osób niepełnosprawnych posiada orzeczenie prawne o inwalidztwie, pozostałe 22% nie posiada prawnego potwierdzenia o niepełnosprawności ale deklarowało, że ma poważne ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych. Grupa osób niepełnosprawnych z prawnym orzeczeniem liczy ponad 4,6 mln osób. W zbiorowości tej najliczniej reprezentowane są osoby mające lekki stopień niepełnosprawności (blisko 1,8 mln osób), następnie umiarkowany (1,6 mln osób) oraz znaczny – 1,3 mln osób najczęściej poszkodowanych.

GUS charakteryzując dzieci niepełnosprawne podaje, iż liczba takich dzieci (koniec roku 2004) wynosi ogółem prawie 209 tys. W grupie tej jest 85 tys. dzieci niepełnosprawnych prawnie i biologicznie, 86,3 tys. – tylko z prawnym orzeczeniem oraz 37,6 tys. dzieci niepełnosprawnych tylko biologicznie.

Na ogólną liczbę niepełnosprawnych 5997,1 tys. było 2763,8 tys. osób z uszkodzeniami i chorobami narządu ruchu co stanowi 46,1%. Charakterystyczny jest ponad trzykrotny wzrost liczby osób niepełnosprawnych z uszkodzeniami i chorobami narządu ruchu w wieku 40–49 lat i w wieku 50–59. Ogólna liczba niepełnosprawnych w tych grupach wzrosła natomiast tylko dwukrotnie.

Na ogólną liczbę niepełnosprawnych mężczyzn 2720,2 tys było 1188,5 tys. mężczyzn z uszkodzeniami i chorobami narządu ruchu co stanowi 43,7%. Na ogólną liczbę niepełnosprawnych kobiet 3276,9 tys. było 1575,3 tys. kobiet z uszkodzeniami i chorobami narządu ruchu co stanowi 48,1%.

Daje się zauważyć większą bezwzględną liczbę osób niepełnosprawnych wśród kobiet (3276,9 tys.) aniżeli u mężczyzn (2720,2 tys.). Podobna tendencja utrzymuje się również w uszkodzeniach i chorobach narządu ruchu - więcej jest kobiet z tymi chorobami aniżeli mężczyzn. Szczególnie jest to widoczne w grupie 70-latków i starszych ze względu na większą umieralność mężczyzn.

Odnosnie dzieci w wieku 0-14 GUS przedstawia tylko dane dzieci niepełnosprawnych bez podziału występujących grup schorzeń takich jak u dorosłych. Ogółem w roku 2004 było 208,9 tys. dzieci niepełnosprawnych. Wśród nich było więcej niepełnosprawnych chłopców 122,4 tys., natomiast niepełnosprawnych dziewczynek było 86,5 tys. Średni procent dzieci niepełnosprawnych w ogólnej populacji dzieci wynosił 3,3%, i wzrastał wyraźnie wraz z wiekiem dzieci.

Z ogólnej liczby dzieci niepełnosprawnych 208,9 tys. całkowite ograniczenie sprawności wykazywało 16,5 tys. dzieci, poważnie ograniczoną sprawność posiadało 106,0 tys. dzieci a bez ograniczeń sprawności było 86,3 tys. dzieci niepełnosprawnych. Wśród dziewcząt i chłopców dane te rozkładały się proporcjonalnie.

S. J. Garrison (1997, s. 338) podaje, iż uszkodzenia rdzenia kręgowego spowodowane przez uraz to aż 85 % przypadków. Wśród innych przyczyn uszkodzeń rdzenia kręgowego autorka wymienia zmiany nieurazowe takie jak: rak, zapalenie rdzenia, jego niedokrwienie oraz stwardnienie rozsiane.

Jedną z przyczyn dysfunkcji narządu ruchu może być uszkodzenie rdzenia kręgowego. Najczęstszą przyczyną uszkodzeń rdzenia kręgowego są urazy, stanowiące 70% wszystkich przypadków. Pozostałe przyczyny to następstwa chorobowe, min.: stwardnienie rozsiane, stwardnienie zanikowe boczne, jamistość rdzenia, guzy rdzeniowe i inne (za: Kirenko 2007, s. 30).

Uszkodzenia kręgosłupa z urazem rdzenia kręgowego szerzej analizuje J. Kiwerski (1997, s. 130-134). Za najczęstszą przyczynę urazu kręgosłupa autor uznaje wypadki drogowe, następnie upadki z wysokości oraz urazy sportowe. Inni autorzy dodają również urazy kręgosłupa spowodowanych postrzałami lub uszkodzenia rdzenia kręgowego w następstwie zranienia ostrym narzędziem.

3.2. Polityka Unii Europejskiej i Stanów Zjednoczonych wobec niepełnosprawności

Bardzo wiele obszarów życia osoby niepełnosprawnej związanych jest z dyskryminacją, której powodem często jest fakt, iż społeczeństwo nie uzmysławia sobie, że wyłącza ludzi niepełnosprawnych z udziału w wielu dziedzinach życia (Kaufman 1995, s. 39-55).

Sytuacja taka może zostać uregulowana przez odpowiednie akty prawne, których przestrzeganie w niemalym stopniu otwiera perspektywę ku przezwyciężeniu trudnej sytuacji życiowej osoby z niepełną sprawnością. W ciągu ostatnich lat można zauważyć wzrost ogólnej świadomości, prowadzący do

ciągłego rozwoju i nieustannego tworzenia zasad, praw i wytycznych odnoszących się do kwestii dostępności środowiska dla osób niepełnosprawnych.

Niezwykle trudno jest określić sytuację osób niepełnosprawnych w całej Europie, gdyż w różnych krajach definicje oraz kryteria niepełnosprawności są różne (*Komunikat Komisji...*). Jednakże wspólnym priorytetowym celem polityki Unii Europejskiej wobec osób z niepełnosprawnością jest tworzenie otwartego społeczeństwa dostępnego dla wszystkich, polegającego na poszanowaniu różnic indywidualnych. Strategia taka koncentruje się na potrzebie przyjęcia nowego podejścia do kwestii niepełnosprawności skupiającego się na rozpoznawaniu i usuwaniu różnych barier utrudniających lub nawet uniemożliwiających osobom niepełnosprawnym osiągnięcie równych szans i uczestnictwo we wszystkich dziedzinach życia.

Polityka wobec niepełnosprawności prowadzona przez poszczególne kraje Unii Europejskiej jak również Stany Zjednoczone przyjęła podejście do niepełnosprawności, które podkreśla, że bariery środowiskowe stanowią dla osób niepełnosprawnych większą przeszkodę w społecznym współuczestnictwie niż funkcjonalne ograniczenia tychże osób. Oznacza to, że obowiązującym jest model niepełnosprawności społeczny, który w odróżnieniu od modelu indywidualnego (medycznego) nie traktuje niepełnosprawności jako bezpośredniej konsekwencji choroby lub urazu (osobista tragedia danej osoby, której należy pomóc w rehabilitacji i zaakceptowaniu stanu rzeczy), lecz uważa, iż niepełnosprawność powstaje wskutek ograniczeń doświadczanych przez osoby nią dotknięte, do których zaliczyć można bariery społeczne, ekonomiczne i fizyczne (*Ostrowska, Sikorska 1996, s. 17–25*).

Usuwanie barier poprzez prawodawstwo, przystosowywanie już istniejących czy uniwersalne projektowanie nowych budynków zostały zidentyfikowane jako element kluczowy dla równych szans osób z niepełną sprawnością.

W każdym kraju istnieje szereg aktów prawnych regulujących kwestie niepełnosprawności i równych szans, które to uświadamiają większości społeczeństwa, że styl życia osób niepełnosprawnych jest znacznie odmienny od ich, lecz większość z nich inspirowanych jest przyjętymi w grudniu 1993 roku przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych "Standardowymi zasadami wyrównywania szans osób niepełnosprawnych" (<http://www.zsa.tcz.pl/unia/stand.html>). Zasady te są podstawą do tworzenia nowego prawodawstwa w wielu krajach członkowskich Unii Europejskiej lecz również poza nią.

Działania niektórych krajów skupiają się w głównej mierze na rozpowszechnianiu informacji, technologii oraz wykorzystaniu Internetu jako narzędzia w znacznym stopniu wspomagającego i ułatwiającego funkcjonowanie osobom niepełnosprawnym. W innych krajach natomiast polityka państwa uznaje potrzeby wszystkich mieszkańców – w tym niepełnosprawnych – jako równorzędne i z poszanowaniem wszelkich praw.

Bez względu jednak na kraj wprowadzenia, każdy dokument ma na celu napiętnowanie dyskryminacji osób niepełnosprawnych i uczynienie jej

bezprawną. Poszczególne dokumenty mogą różnić się od siebie szczegółami, jednak filozofia większości z nich oparta jest na zasadzie postrzegania równej wartości praw wszystkich członków społeczeństwa, niezależnie od ich możliwości fizycznych. Problematyka w nich zawarta porusza m.in., kwestie dostępności usług publicznych i transportu, telekomunikacji i innych (*Harrison, Gilbert, 1992; Schmidt i in., 2005; Baker i in., 2007; Jones, 2008*). Najwięcej jednak miejsca poświęcone jest dyskryminacji na rynku pracy.

W krajach Unii Europejskiej funkcjonują dwa systemy służące zwiększaniu możliwości podejmowania pracy przez osoby niepełnosprawne. Pierwszy z nich, oparty na prawie do pracy i zakazie dyskryminacji, obowiązuje w Wielkiej Brytanii, Danii, Finlandii, Szwecji, Portugalii, gdzie pracodawca może dostać dofinansowanie do kosztów wynagrodzenia lub dotację na adaptację pracownika (*Szluz 2007, s. 331 – 332*). Drugi natomiast, obowiązujący w pozostałych państwach Wspólnoty, w tym w Polsce, opiera się polityce interwencji państwa w rynek pracy i wprowadzeniu tzw. systemu kwotowego. System ten polega na istnieniu procentowego minimum zatrudnienia osób niepełnosprawnych w ogólnej liczbie pracowników (*Poznańska 2003, s. 10*). W różnych krajach to określone minimum waha się od 1 do 7 % (w Polsce 2% dla jednostek budżetowych i 6% dla sektora prywatnego i publicznego przy zatrudnieniu powyżej 25 osób), a niewypełnienie go podlega karom finansowym (*Majewski 1999, s. 44-88; Bergeskog 2001; s. 88; Jones 2008, s. 416*).

Sytuacja niepełnosprawnych konsumentów spotyka się z nieustannie rosnącym zainteresowaniem ze strony władz nie tylko europejskich. Do najbardziej doniosłych zmian legislacyjnych zaliczyć można przede wszystkim wprowadzenie Ustawy o Niepełnosprawnych Amerykanach z 1990 r. (*Americans with Disabilities Act*, skr. ADA) i brytyjskiej Ustawy Antydyskryminacyjnej z 1995 r. (*The Disability Discrimination Act*, skr. DDA, znowelizowana w 2005 r.), które to nałożyły na pracodawców oraz na wszelkich przedsiębiorców szereg obowiązków związanych m.in. z udostępnieniem swoich usług i siedzib dla konsumentów niepełnosprawnych. W legislaturze polskiej znaczące przemiany rozpoczęły się w 1991 roku, wraz z wprowadzeniem Ustawy o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych oraz powołaniem do życia Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. W okresie tym powstała pokaźna ilość zakładów pracy chronionej, które od tej pory stały się ważnym elementem systemu rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych w Polsce (*Dębniowski, Michowska 2003, s. 325–335*).

Kolejne akty, tj. Prawo budowlane (1994 r.), Konstytucja RP (art. 30, 32, 69 1997 r.), Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (1997 r.) i Karta Praw Osób Niepełnosprawnych (1997 r.) regulując dalsze kwestie dyskryminacji osób z niepełnosprawnością.

Samo wprowadzenie odpowiedniej legislatury nie gwarantuje jednakże poprawy sytuacji osób z ograniczoną sprawnością. Choć debaty na temat wyrównywania szans przyczyniły się w sposób znaczny do poprawy sytuacji

niepełnosprawnych konsumentów na każdym rynku, wielu autorów nadal podkreśla nierówne traktowanie osób pełno- i niepełnosprawnych na rynku pracy. Przykładowo, Baldwin i Johnson (2000, s. 548–566), DeLeire (2000, s. 693–715), Acernoglu i Angrist (2001, s. 915–957) i Kruse i Schur (2003, s. 31–64) na rynku amerykańskim oraz Jones i in. (2006, s. 823–845) i Kidd i in. (2000, s. 961–981) na rynku brytyjskim zwracają uwagę na niezwykle istotną kwestię rozbieżności pomiędzy płacami pracowników pełno- i niepełnosprawnych zajmujących równorzędne stanowiska.

3.3. Sytuacja osób niepełnosprawnych na rynku pracy

Zasadniczy wpływ na sposób percepcji produktów przez konsumentów i podejmowane przez nich decyzje nabywcze ma poziom ich dochodu czy też posiadane oszczędności (Kasperek-Hoppe 2003, s. 39–40; Rudnicki 2000, s. 110–156; Gajewski 1994, s. 21–22; Woś 2003, s. 43). Dochody stanowią niezaprzeczalnie istotny element poziomu życia, gdyż umożliwiają zaspokajanie potrzeb zarówno niższego, jak i wyższego rzędu. Wielkość środków, jakie pozostają w dyspozycji poszczególnych jednostek jest jednak ograniczona.

Dochody wyznaczają tzw. stopę życiową konsumenta, czyli jego potencjalne możliwości nabywcze oraz preferencje. Wynikiem tego determinują one zachowania klientów w zakresie dokonywania wyboru produktów na rynku. Dodatkowo, im większe są dochody, tym większe mogą być wydatki na konsumpcję (Rudnicki 2000, s. 110).

Z poziomem osiąganym przez jednostkę dochodów powiązane jest subiektywne postrzeganie ceny, która to bardzo silnie kształtuje postępowanie konsumenta. Niejednokrotnie poziom cen odgrywa istotną rolę w postrzeganiu przez konsumenta cech danego produktu (Mazurek-Łopacińska 2003, s. 117; Falkowski, Tyszka 2006, s. 226–227; Woś 2003, s. 42–43;).

Posiadane oszczędności oraz poziom dochodów są wynikiem podjętej pracy zawodowej. Będąc zasadniczym źródłem utrzymania, praca staje się głównym środkiem zaspokajania potrzeb jednostki, przyczynia się do jej rozwoju oraz stymuluje jej aktywność (Majchrzak 2008, s. 103; Frączek 2003, s. 111), co może stanowić jeden z elementów skutecznej rehabilitacji i socjalizacji (Dębniewski, Michowska 2003, s. 325).

Podejmowanie pracy zawodowej zaspokaja szereg potrzeb wyższego rzędu (Maslow 1990, s. 72–159), takich jak potrzeba osiągnięć, uznania, samorealizacji wiedzy i rozumienia (Pilch J. 1995, s. 379). Utrata pracy skutkuje u danej osoby obniżeniem poziomu ogólnej aktywności życiowej, brakiem efektywnej strukturalizacji czasu i działań (Terelak 1993, s. 279) oraz narastaniem apatii i bierności, wynikających z braku bodźców stymulujących działanie i rozwój (Bańka 1992).

Ograniczenie szans na zdobycie zatrudnienia oraz zbyt niskie dochody mają bezpośredni wpływ na warunki materialne konsumentów niepełnosprawnych

i ich rodzin. Jak wynika z analizy raportu przeprowadzonego przez GUS w 2000 roku ponad 40% gospodarstw z osobą niepełnosprawną miesięczne dochody wystarczały wyłącznie na najtańsze jedzenie i ubrania. Jedynie 3% badanych uzyskało dochody na poziomie wystarczającym na zaspokojenie potrzeb bez specjalnego oszczędzania (*Aktywność ekonomiczna...*).

Osoby niepełnosprawne reprezentują znaczny procent populacji w wieku produkcyjnym w każdym kraju. Według danych Eurostat z 2003 roku wskaźnik ten dla osób pomiędzy 16 a 64 rokiem życia w 25 krajach europejskich wynosi 15.7 % - wahając się od 6,6% we Włoszech, przez ok. 20% w Szwecji, Portugalii i Holandii do 2,2% w Finlandii (*Eurostat, 2003*).

Sytuacja osób na rynku pracy jest niezwykle trudna pomimo, iż państwa członkowskie Unii Europejskiej podejmują nieustanne starania w celu jej poprawy. Osoba niepełnosprawna „to jednostka, której perspektywy otrzymania pracy i utrzymania się w odpowiedniej pracy zostały poważnie ograniczone na skutek zmniejszenia sprawności fizycznej lub umysłowej” (*Bańka 1995, s. 200*). „Brak pracy powoduje, iż osoba niepełnosprawna skazana jest na ekonomiczne uzależnienie od innych osób lub na korzystanie ze świadczeń społecznych (...). Zależność ekonomiczna utrudnia osobom chorym pełną integrację społeczną” (*Majewski 2006, s. 51*).

Dodatkowo należy powiedzieć, iż każda osoba wytwarza pewną energię, która powinna zostać wydatkowana na aktywność, pracę (*Garczyński, za: Kirenko, Sarzyńska 2010, s. 50*).

Aktywność ekonomiczna osób niepełnosprawnych na rynku pracy winna być rozpatrywana w aspekcie ekonomicznym, jak i pozaekonomicznym. Brak pracy nierozłącznie związane są z trudnościami o charakterze ekonomicznym. Konsument pozbawiony szansy otrzymania wynagrodzenia za swoją pracę jest jednocześnie pozbawiany możliwości dokonywania zakupów zaspokajających jego potrzeby (*Rifkin, za: Kirenko, Sarzyńska 2010, s. 7*). Utrata pracy pozostawia również u jednostki pewne „piętno”, które ma wpływ na jej późniejsze poszukiwania zatrudnienia. Dodatkowo, na przykładzie badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych, można stwierdzić, iż utrata pracy negatywnie wpływa również na poziom przyszłych zarobków (*Arulampalam i in. 2001, s. 577–584; Stevens 1997, s. 165–188; Arulampalam 2001, s. 585–606*).

Jednak oprócz oczywistej funkcji dochodowej, praca zawodowa zaspokaja jednocześnie wiele innych potrzeb człowieka, takich jak struktura czasu, tożsamość społeczna, kontakty społeczne, prestiż / status czy aktywność (*Paul, Batinic 2009; s. 65; Kirenko, Sarzyńska 2010, s. 50; Turner 1995, s. 213–229; Kasprzak 2002, s. 126–137*).

Jak wynika z badań, większość osób niepełnosprawnych w Polsce jest bierna zawodowo (*Kostrubiec 2001, s. 87*). Analiza danych statystycznych dotyczących aktywności zawodowej wykazuje, iż w Polsce współczynnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych kształtuje się na poziomie 16%.

Tak niski stopień aktywności spowodowany jest kilkoma czynnikami, wśród których kluczowe miejsca zajmują brak ofert pracy, niewysoka świadomość społeczna pracodawców co do możliwości zatrudnienia osoby niepełnosprawnej oraz wiązanie z tym jedynie niedogodności, jak i brak wiedzy samych zainteresowanych w sprawach regulacji prawnych pomagających im w trakcie poszukiwania pracy, jak i po jej podjęciu (*Majchrzak 2008, s. 111*).

Osoba niepełnosprawna, zanim pojawi się na rynku pracy, musi również pokonać szereg barier - wyjść z domu, dotrzeć do punktu przeznaczenia, zdobyć niezbędne wykształcenie i kwalifikacje oraz pokonać niechęć pracodawców i społeczeństwa (*Brzezińska i in. 2007, s. 69–71*). Bariery architektoniczne, z którymi przede wszystkim spotyka się osoba niepełnosprawna, wiążą się z niedostosowaniem budynków (mieszkalnych jak i instytucjonalnych) do specyficznych możliwości przemieszczania się osób niepełnosprawnych czy brakiem dostosowanych środków transportu.

Nie są to jednak jedyne przeszkody, na jakie natrafia osoba niepełnosprawna wykazująca zainteresowanie podjęciem zatrudnienia na otwartym rynku pracy. Czasami przyczyny utrudniające podjęcie zatrudnienia leżą po jej stronie.

Jednym z nich może być obawa przed utraceniem lub ograniczeniem świadczeń otrzymywanych z tytułu renty (*Kirenko, Sarzyńska 2010, s. 24*). Pomimo, iż ilościowe określenie takiej zależności nie jest łatwe, zaobserwować można negatywny związek pobierania świadczeń socjalnych na chęć podjęcia pracy zarobkowej (*Autor, Duggan 2003, s. 157–205; Gruber 2000, s. 1162–1183*). Dodatkowo, w wielu państwach w ciągu ostatnich kilkunastu lat wzrosła liczba osób starających się o zasiłek z tytułu niepełnosprawności. Sytuacja taka miała miejsce między innymi w Wielkiej Brytanii (*McVicar 2008, s. 114–139*), Stanach Zjednoczonych (*Bound, Burkhauser 1999, s. 3417–3528*), Holandii i krajach Skandynawii (*Bowitz 1997, s. 913–923*). Jak podają Autor i Duggan (2003), wszystko wskazuje na fakt, iż sytuacja taka jest wynikiem większej dostępności świadczeń oraz spadkiem płac dla niewykwalifikowanych pracowników.

Poziom wykształcenia – a przez to i poziom kwalifikacji, są kolejnym elementem, który w sposób znaczący wpływa na poziom aktywności jednostki na rynku pracy. Im wyższym wykształceniem może wykazać się osoba, tym większe ma ona szanse na znalezienie zatrudnienia. Niestety, na podstawie badań przeprowadzonych przez GUS w 2004 roku można stwierdzić, iż najwięcej osób niepełnosprawnych (36%) ma wykształcenie podstawowe, wykształcenie średnie oraz zasadnicze zawodowe posiada po 23% osób niepełnosprawnych, natomiast wykształcenie wyższe deklaruje zaledwie 7% osób niepełnosprawnych. Dodatkowo należy podkreślić, iż aż 7% niepełnosprawnych podało wykształcenie poniżej podstawowego (*Stan zdrowia ... 2004*).

Wykształcenie przekłada się na poziom kwalifikacji, co z kolei znajduje swoje odzwierciedlenie w stażu pracy. Osoba posiadająca odpowiednio długi staż pracy i poziom doświadczenia zawodowego ma zdecydowanie większe

prawdopodobieństwo na znalezienie zatrudnienia. Ze względu jednak na fakt, iż osoby niepełnosprawne mają ograniczony dostęp do otwartego rynku pracy, trudniej jest im zdobyć niezbędne wymagane doświadczenie i osiągnąć odpowiedni staż pracy. Bez doświadczenia pracodawcy nie chcą udzielać zatrudnienia i sytuacja się zamyka. Otwarty rynek pracy, w odróżnieniu od chronionego zamkniętego rynku, który polega na zatrudnianiu na specjalnych warunkach dostosowanych do psychofizycznych możliwości i ograniczonej wydajności osób niepełnosprawnych, w swoim założeniu dostępny jest dla każdego zainteresowanego (*Majewski 1995; s. 113*). Niepełnosprawność umiejscawia jednostkę w grupie będącej „w szczególnej sytuacji na rynku pracy” (*Dz. U. nr. 99, poz. 1001*), co jednocześnie w sposób znaczący zmniejsza jej szanse na znalezienie zatrudnienia.

Przy analizowaniu aktywności osoby niepełnosprawnej na rynku pracy konieczne jest także uwzględnienie wpływu jej zdolności przemieszczania się. Osoba pozbawiona możliwości podróżowania zazwyczaj traci szansę na podejmowanie samodzielnych działań. Brak dogodnych dostosowanych systemów transportowych czy znaczne odległości od miejsca zamieszkania to powody, z których jedynie nieliczne osoby niepełnosprawne podejmują wyzwanie zdobycia wiedzy czy zatrudnienia.

Niezwykle istotnym jest także przełamanie uprzedzeń pracodawców oraz pracowników w stosunku do osoby niepełnosprawnej. Osoba niepełnosprawna fizycznie zazwyczaj jest przedmiotem negatywnych postaw pracodawcy i w związku ze swoją niepełnosprawnością jest dyskryminowana (*Wright, za: Christman, Slaten 1991, s. 467–475; Gilbride i in. 2000, s. 17–23; Millington i in. 2000, 39–48.*). Istnieje głęboko zakorzeniona nieuzasadniona niechęć do zatrudniania osób niepełnosprawnych ze względu na obawę przed kosztami, jakie poniesie pracodawca w związku z dostosowaniem miejsca pracy dla osoby z ograniczoną sprawnością, obawę przed zewnętrznymi kontrolami czy też stratami ekonomicznymi i psuciem produktów (*Brzezińska i in. 2007, s. 80–82*).

Z drugiej strony, badania przeprowadzone przez L.A. Christman i B.L. Slaten (1991) na rynku amerykańskim wykazały, iż pracodawcy bardzo często przejawiają pozytywne postawy wobec osób niepełnosprawnych poruszających się na wózku lub o kulach, które starają się o pracę. Często ich kwalifikacje i umiejętności oceniane są wyżej niż osób sprawnych. Może stanowić wynik postępowania zgodnego z wymaganiami politycznej poprawności, jest również jednak formą dyskryminacji – tym razem jednak osób pełnosprawnych.

Również analizując badania przeprowadzone w 2006 na rynku amerykańskim przez G. Sipersteina i in. można dojść do wniosku, iż zatrudnienie osób niepełnosprawnych przyciągnie klientów, gdyż badania dowodzą, że konsumenci pozytywnie odnoszą się do firm zatrudniających osoby niepełnosprawne (*Siperstein i in. 2006, s. 3–9*).

Tempo przeobrażeń społecznych i ekonomicznych, szybko postępująca globalizacja oraz rozwój techniki i technologii zmuszają jednak człowieka do

nieustannego podejmowania nowych wyzwań na polu zawodowym. W szerokiej gamie ofert edukacyjnych dostępnych na rynku dla osoby niepełnosprawnej wyjątkowo atrakcyjna okazać się może forma *e-learningu*. Otwiera ona – zwłaszcza dla osób niepełnosprawnych ruchowo – szerokie nowe możliwości zdobywania wiedzy i kwalifikacji, umożliwia przekwalifikowanie zawodowe czy wreszcie zdobycie *e-pracy* (Kukla 2009, s.26–28), sprzyja kontaktom społecznym, daje poczucie przydatności społecznej jak również poczucie bezpieczeństwa ekonomicznego (Kurkus-Rozowska, Konarska 2002, s. 21).

Można wnioskować, iż niepełnosprawność w sposób znaczący redukuje wydajność jednostki w pracy, choć należy brać pod uwagę wymogi danej pracy oraz stopień niepełnosprawności (Jones 2008, s. 408). Coraz więcej zadań związanych z wykonywaniem czynności zawodowych wymaga sprawności umysłu, a nie tylko tężyzny fizycznej. Wynikiem tego coraz liczniejsza grupa osób niepełnosprawnych aktywnie poszukuje możliwości zdobycia wykształcenia i kwalifikacji (Burnett 1996, s. 5).

Telepraca daje niewątpliwie ogromną szansę na znalezienie zatrudnienia dla osób niepełnosprawnych, które, m.in. ze względu na dysfunkcje organizmu, nie mają szans na zdobycie pracy na otwartym rynku. Forma ta likwiduje ograniczenia związane z przestrzenią i czasem, jednak, zwłaszcza w początkowym okresie, obarczona jest dodatkowymi kosztami, tak dla osoby podejmującej pracę jak i dla pracodawcy oferującego tę formę zatrudnienia. Utworzenie stanowiska telepracy wiąże się z koniecznością zakupu odpowiedniego sprzętu komputerowego bądź staraniami o uzyskanie refundacji środków niezbędnych na stworzenie stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej. Związane jest to również z kosztami podłączenia drugiej linii telefonicznej oraz utrzymywaniem komunikacji z telepracownikami (Kurkus-Rozowska 2005). Jednak obustronne korzyści mogą przeważać ewentualne koszty, gdyż – przykładowo – niepełnosprawny pracownik może stać się pomysłodawcą nowych produktów lub usług dla grupy odbiorców, których sam jest reprezentantem.

3.4. Marketing a segment konsumentów niepełnosprawnych

Ze względu na starzenie się społeczeństw rynek osób niepełnosprawnych rośnie z roku na rok, a działania marketingowców w podejściu do kwestii konsumenta niepełnosprawnego wydają się być bardzo krótkowzroczne. W przeważającej większości menadżerowie skupiają się jedynie na wewnętrznych wybiórczych praktykach swoich firm (przykładowo w zakresie zatrudniania czy szkoleń), nie przykładając wagi do stworzenia odpowiednich strategicznych planów marketingowych.

Jak stwierdza G. S. Becker (1992, s. 14) nie postawiono sobie dwóch podstawowych pytań: jakie mogą być praktyczne następstwa i ekonomiczne zyski z postrzegania osoby niepełnosprawnej jako wartościowego konsumenta

oraz jakie działania powinny zostać przedsięwzięte po zebraniu odpowiednich danych o społeczności osób niepełnosprawnych.

Uczestnicy rynku powinni postarać się zrozumieć potrzeby konsumentów niepełnosprawnych i zaakceptować ich obecność na rynku. Sprzedawca, który nie jest w stanie udzielić potencjalnemu niepełnosprawnemu nabywcy wyczerpujących informacji o swoim produkcie ryzykuje jego utratą (to samo dotyczy oczywiście również konsumentów pełnosprawnych) co, biorąc pod uwagę nieustannie rosnącą liczbę osób niepełnosprawnych, może okazać się dla niego kosztowne. Dodatkowo, usługi okołosprzedażowe, tj. dostawa produktu oraz serwis gwarancyjny, powinny być dostosowane do wymogów osoby niepełnosprawnej. Dla osób zajmujących się marketingiem usług jasnym powinien stać się fakt, iż osoba niepełnosprawna może stać się wartościowym doradcą w sprawach projektowania oferowanych dóbr, a także zabezpieczania usług.

Kluczową może okazać się próba zrozumienia konsumenta niepełnosprawnego. Priorytetowa jest zmiana nastawienia społecznego wobec osób niepełnosprawnych, co przekłada się na podejście uczestników rynku do osoby niepełnosprawnej jako konsumenta. Należy pamiętać, że społeczeństwo starzeje się, co w praktyce oznacza, iż liczebność grupy osób niepełnosprawnych zwiększa się z roku na rok. Rozwój technologii medycznej i rehabilitacji umożliwia osobom niepełnosprawnym pełniejsze i dłuższe korzystanie z życia, w tym również podejmowania wyzwań zakupowych.

Wprowadzana w ostatnich latach legislatura regulująca kwestie osób niepełnosprawnych, w szczególności zapisy o zakazie dyskryminowania konsumentów w szeroko pojętym dostępie do towarów i usług, stawia przed firmami wielkie wyzwanie i zmusza do rozpatrzenia, czy podejmowane przez nich wysiłki umożliwiają konsumentom z ograniczeniami zdrowotnymi pełne korzystanie z przedstawianej oferty.

3.5. Proces zakupowy konsumenta niepełnosprawnego

Zdecydowana większość decyzji dotyczących zakupu podejmowanych jest przez konsumenta w sposób zindywidualizowany, gdyż każdy koncentruje się na innych atrybutach produktu i kształtuje swoje zachowania pod wpływem innych bodźców. Podejmowane przez jednostkę decyzje stanowią integralną część jego zachowań. Decyzje te nie sprowadzają się jedynie do jednokrotnego, oderwanego od innych działań aktu zakupu, lecz stanowią wielopłaszczyznowy proces, który przechodzi przez szereg stadiów i jest uwarunkowany wieloma czynnikami o charakterze ekonomicznym, społecznym oraz psychicznym, które ostatecznie modelują dokonywany wybór.

Podstawowy model podejmowania decyzji przez konsumenta proponuje prosty i przejrzysty układ kroków, jakie muszą zostać spełnione i przez które konsument powinien przejść w swojej drodze do dokonania zakupu (*Kaufman* –

Scarborough 2001, s. 304). Są to: rozpoznanie problemu, poszukiwanie informacji, ocena alternatyw, wybór lub podjęcie decyzji i zachowania pozakupowe (Engel i in. 1993). Dodatkowo, większość modeli zachowań konsumenckich zakłada zaistnienie niezależnego konsumenta, zdolnego do dokonywania zakupów na własny rachunek, do którego przedsiębiorcy i reklamodawcy mogą dotrzeć za pośrednictwem wszystkich zmysłów (Kaufman 1995, s. 39 – 54).

R. Vezina, A. d'Astous oraz S. Deschamps (1995, s. 277–281) przeprowadzili badania wśród osób niepełnosprawnych i doszli do pewnych wniosków dotyczących poszczególnych etapów procesu decyzyjnego konsumenta niepełnosprawnego.

Potrzeby osób niepełnosprawnych są w rzeczywistości takie same, jak innych grup ludności, mogą być natomiast specyficzne z punktu widzenia formy ich zaspokajania (Dębiewski, Michowska 2003, s. 328–329). Najbardziej zauważalną charakterystyką pierwszego etapu decyzyjnego, czyli uświadomienia sobie potrzeby lub inaczej rozpoznania problemu, jest konieczność szczegółowego planowania przez osobę niepełnosprawną „wyprawy” na zakupy.

Z przyczyn oczywistych osoba z ograniczeniami motorycznymi jedynie incydentalnie może pozwolić sobie na spontaniczne inicjatywy czy zakupy impulsywne. Każde wyjście musi zostać szczegółowo zaplanowane, gdyż często osoba niepełnosprawna musi polegać na innych, na przykład w kwestii transportu do miejsca dokonania zakupu (Kaufman 1995, s. 40).

Na etapie poszukiwania informacji osoba niepełnosprawna również może skorzystać z pomocy bliskiej osoby – członka rodziny, przyjaciela czy też ochotnika. Sprzedawcy również uczestniczą w procesie zbierania informacji, lecz polega się na nich znacznie mniej, niż na osobach z najbliższego otoczenia. Sytuacja taka wynika z faktu, iż osoba bliska jest zdecydowanie lepiej poinformowana i zaznajomiona z oczekiwaniami, potrzebami i preferencjami osoby niepełnosprawnej.

Lojalność w stosunku do wybranych sklepów czy marek to strategia, która pozwala na zminimalizowanie czy nawet zniesienie ryzyka związanego z zakupem. W badaniach przeprowadzonych przez R. Vezinę, A. d'Astous i S. Deschamps (1995, s. 280) większość respondentów niepełnosprawnych stwierdziła jednoznacznie, iż ich lojalność odnosi się do sklepów znajdujących się jedynie w dogodnej dla nich lokalizacji, w których dokonywali już zakupów, i w stosunku do których mają pozytywne doświadczenia. Odnosi się to również do marek, co oznacza iż w grupie osób badanych ciekawość jako motywator do dokonywania zakupów jest zdecydowanie mniej istotna niż wśród konsumentów bez ograniczeń w motoryce, dla których dotarcie do sklepu położonego w pewnej odległości od miejsca zamieszkania, czy też poszukiwanie pożądanego towaru w kilku sklepach na większym obszarze nie stanowi większego problemu.

W wyniku analizy tych samych badań (*Vezina i in. 1995, s. 280*) okazało się, iż ze względu na ograniczenia w zdobyciu informacji dotyczących możliwości zakupu, osoby niepełnosprawne zazwyczaj zawężały proces porównania i ocenę do kilku alternatyw. Decyzje dokonywane były szybko, gdyż osoba niepełnosprawna zdecydowana na zakup ma bardzo sprecyzowane oczekiwania wobec produktu. W procesie oceny alternatyw czynnikami, które odgrywały główną rolę, były jakość i cena, co wynikało głównie z ograniczeń finansowych osoby badanej.

Pomimo, iż potrzeby doświadczane przez konsumentów niepełnosprawnych są w większości takie same jak potrzeby odczuwane przez resztę społeczeństwa, droga prowadząca do ich zaspokojenia może okazać się zdecydowanie trudniejsza, gdyż ograniczenia, jakie nakłada na nich niepełnosprawność stanowią niejednokrotnie o konieczności poszukiwania rozwiązań niestandardowych.

Podsumowanie

Skala zjawiska, jakim jest niepełnosprawność, dawno przekroczyła granice, które usprawiedliwiałyby traktowanie osób nią dotkniętych jak członków mniejszości. Z danych szacunkowych wynika, iż w chwili obecnej co piąta osoba na świecie dotknięta jest niepełnosprawnością i wszystko wskazuje na istnienie tendencji wzrostowej. Z tego też między innymi powodu należy zmienić podejście do osób niepełnosprawnych i umożliwić im włączenie się we wszystkie dziedziny życia.

Coraz więcej osób niepełnosprawnych z sukcesem wkracza na rynek pracy, gdyż znacznie wzrasta ich świadomość własnych praw oraz możliwości rozwoju zawodowego. Aktywizacja ta staje się możliwa dzięki wprowadzaniu nowych przepisów prawnych regulujących kwestie zatrudniania osób niepełnosprawnych oraz dostępności obiektów użyteczności publicznej jak i zwiększającej się świadomości członków społeczeństwa, a przez to i samych przedsiębiorców, którzy coraz częściej celowo starają się zatrudniać osoby niepełnosprawne.

Zwiększona aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych przekład się na fakt, iż zdobywają dodatkowe źródło dochodu, ale również i satysfakcję. Praca, stanowiąc element aktywnej rehabilitacji, pozwala więc osobom niepełnosprawnym nawiązywać i podtrzymywać więzi społeczne oraz, poprzez zapewnienie niezależności finansowej, podnosi ich poczucie własnej wartości.

Wszystkie te elementy sprawiają, iż konsumenci niepełnosprawni nabierają większej pewności siebie, mają większą świadomość własnych potrzeb oraz śміiej żądają kompetentnej obsługi oferującej im stosowne produkty zaspokajające te właśnie potrzeby. Segment konsumentów niepełnosprawnych, dotychczas będący w kręgu zainteresowania jedynie producentów sprzętu medycznego i leków, z dnia na dzień staje się coraz bardziej znaczący, wymagając tym samym od innych uczestników rynku wzmożonego zainteresowania swoimi oczekiwaniami, potrzebami i preferencjami.

Należy więc prowadzić badania zachowań konsumentów niepełnosprawnych, gdyż z uwagi na niewielką liczbę opracowań dotyczących tego segmentu, intrygujące staje się pytanie, czy zachowania te różnią się od zachowań osób sprawnych i jeśli tak, to w jakim zakresie.

Badania takie mogłyby w sposób znaczący wpłynąć nie tylko na poziom satysfakcji konsumentów niepełnosprawnych ale również mogłyby przynieść wymierne korzyści pozostałym uczestnikom rynku, gdyż zwrócenie uwagi na potencjał nabywczy segmentu konsumentów niepełnosprawnych winno skutkować dostosowaniem nie tylko strategii marketingowych czy samych produktów i usług ale, przede wszystkim, dostosowaniem postaw społecznych względem osób niepełnosprawnych.

Bibliografia

1. Acemoglu D., Angrist J. D. (2001); *Consequences of Employment Protection? The Case of the Americans with Disabilities Act*. Journal of Political Economy. Vol. 19. N^o. 5.
2. Adam J. H. (1989); *Longman Dictionary of Business English*: New Edition Longman, Burnt Mill, Harlow, Essex.
3. Adamski F. (1984); *Socjologia małżeństwa i rodziny*. Wprowadzenie. PWN. Warszawa
4. Alderfer C.P. (1972); *Existence, Relatedness and Growth*, Free Press, New York.
5. Aldridge A. (2006); *Konsumpcja*, Wydawnictwo SiC! S.c. Warszawa.
6. Altkorn J. (2004); (red.) *Podstawy marketingu*. Instytut Marketingu. Warszawa.
7. Altkorn J., Strużycki M. (1984); *Ekonomika i organizacja przedsiębiorstw handlowych i usługowych*. PWE. Warszawa.
8. Antonides G., van Raaij W. F. (2003); *Zachowanie konsumenta*. *Podręcznik akademicki*. PWN. Warszawa.
9. Aronson E. (1995); *Człowiek – istota społeczna*. PWN. Warszawa.
10. Aronson E., Wilson T. D., Akert R. M. (1997); *Psychologia społeczna*. *Serce i umysł*. Zysk i S-ka. Poznań
11. Arulampalam W. (2001); *Is Unemployment Really Scarring? Effects of Unemployment Experiences on Wages*. The Economic Journal, Vol. 111, Iss. 475. Royal Economic Society, Blackwell Publishers. Oxford
12. Arulampalam W., Gregg P., Gregory M., (2001); *Unemployment Scarring*. The Economic Journal, Vol. 111, Iss. 475. Royal Economic Society, Blackwell Publishers. Oxford.
13. Autor D., Duggan M. (2003); *The rise in the disability rolls and the decline in unemployment*. Quarterly Journal of Economics. Vol 118. No.1. MIT Press.
14. Babbie E. (2003); *Badania społeczne w praktyce*. PWN. Warszawa.
15. Babbie E. (2009); *Podstawy badań społecznych*. PWN. Warszawa.
16. Baker S. M., Holland J., Kaufman-Scarborough C. (2007); *How consumers with disabilities perceive “welcome” in retail service-scapes: a critical incident study*. Journal of Services Marketing 21/3. Emerald Group Publishing Ltd.
17. Balcerzak-Paradowska B. (2002); (red.) *Sytuacja osób niepełnosprawnych w Polsce*. Raport Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych. Warszawa.
18. Baldwin M. Johnson W. G. (2000); *Labor market discrimination against men with disabilities in the year of the ADA*. Southern Economic Journal. Vol. 66. N^o 3.

19. Bańka A. (1992); (red.) *Bezrobocie. Podręcznik pomocy psychologicznej*. Print B. Poznań.
20. Bańka A. (1995); *Zawodoznawstwo, doradztwo zawodowe, pośrednictwo pracy. Psychologiczne metody i strategie pomocy bezrobotnym*. Print B. Poznań.
21. Bańka A. (2002); *Psychologia organizacji*. (w): Strelau J. (red). *Psychologia podręcznik akademicki*, t.3. GWP. Gdańsk.
22. Barnes C., Mercer G. (2008); *Niepelnosprawność*. Wydawnictwo Sic! S.c. Warszawa.
23. Bartosik-Purgat M. (2010); *Otoczenie kulturowe w biznesie międzynarodowym*. PWE. Warszawa.
24. Baruk A. (2006); *Jak skutecznie oddziaływa na odbiorców? Wybrane formy sprzedaży i wywierania wpływu na nabywców*. Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa. Toruń.
25. Becker G. S. (1992); *How the Disabilities Act will cripple business*. Business Week. Bloomberg.
26. Bedyńska S., Brzezicka A. (2007); *Statystyczne drogowskazy*. Wydawnictwo SWPS „Academica”. Warszawa.
27. Berbera J., Niemczyk A., Makówka M. (2004); *Badanie rynkowych zachowań konsumentów. Pomocnicze materiały dydaktyczne*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej. Kraków.
28. Bereźnicki F. (2000); *Prace magisterskie z pedagogiki*. Wydawnictwo US. Szczecin.
29. Bergeskog A. (2001); *Labour market policies, strategies and statistics for people with disabilities – A cross-national comparison*. IFAU. Uppsala.
30. Berkowitz E. N., Kerin R. A., Hartley S. W., Rudelius W. (1999); *Marketing*. Irwin / McGraw-Hill. USA
31. Bettman J.R. (1979); *An Information Processing Theory of Consumer Choice*, Addison-Wesley Pub. C.O. Reading Mass.
32. Blythe J. (2002); *Komunikacja marketingowa*. PWE. Warszawa.
33. Bochenek A., Reicher M (1990); *Anatomia człowieka*. PZWL. Warszawa.
34. Bojanowicz J. (1989); *Postępowanie rehabilitacyjne a profilaktyka inwalidztwa*. (w): Kucha J (red.). *Rehabilitacja medyczna*. PZWL, Warszawa.
35. Bojar E., Rzemieniak M. (2013); *Analiza skuteczności wykorzystania multimedialnych technologii informacyjnych w marketingu internetowym w kontekście e-commerce*. (w): Kucaba R., Jędrzejczyk W., Smolań K. (red): *Rozwój nauk o zarządzaniu. Kierunki i perspektywy*. Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej. Częstochowa.

36. Bombol M., Dąbrowska A. (1999); *Edukacja konsumenta jako czynnik wzmacniający jego pozycję na rynku ubezpieczeń społecznych*. Handel wewnętrzný. Nr 1.
37. Borkowska M. (red.) (1997); *Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Cz. 2 Usprawnianie ruchowe*. WSiP. Warszawa.
38. Bortnowska H. (1993); *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*. Wydawnictwo Znak. Kraków.
39. Borusiak, B. (2009); *Merchandising*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego. Poznań.
40. Bound J., Burkhauser R. V. (1999); *Economic analysis of transfer programs targeted on people with disabilities*. (w): Ashenfelter O., Card D. (red.) *Handbook of Labor Economics*. Vol. 3C. Elsevier.
41. Bowen M. (1974); *Towards the differentiation of self in one's family of origin*. (w:) F. Andres F, J. Lorio (red.): *Georgetown Family Symposia (1971-1972)*. vol.1. Department of Psychiatry, Georgetown University Medical Center. Washington.
42. Bowie D., Buttle F. (2011); *Hospitality marketing. Principles and practice*. Elsevier. Spain.
43. Bowitz E. (1997); *Disability benefits, replacement ratios and the labour market: a time series approach*. Applied Economics. Vol. 29. N^o. 7.
44. Brassington F., Pettit S. (1997); *Principles of Marketing*. Prentice Hall.
45. Brzezińska A., Maj K., Woźniak Z. (2007); *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy*. Wydawnictwo „Academica”. Warszawa.
46. Brzeziński J. (2003); *Metodologia badań psychologicznych*. PWN. Warszawa.
47. Brzozowski P. (1991); *Relacje między wartościami w świetle badań nad dyferencjałem semantycznym* (w:) Puzynina J., Bartmiński J. (red.) *Język a Kultura. Tom 2. Zagadnienia leksykalne i aksjologiczne*. Wiedza o Kulturze. Wrocław.
48. Buchner-Jeziorska A. (1996); *Oczekiwania pracodawców wobec absolwentów wyższych uczelni*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. Łódź.
49. Buckup K. (1998); *Testy kliniczne w badaniach kości, stawów i mięśni. Badanie, objawy, testy*. Wyd. Lekarskie PZWL. Warszawa.
50. Burgoon J. K. (1985); *Nonverbal signals* (w): Knapp M. L., Miller G. R. (red.) *Handbook of Interpersonal Communication*. Sage. Beverly Hills, CA.
51. Burnett J. J. (1996); *What services marketers need to know about the mobility-disabled consumer*. Journal of Services Marketing. Vol. 10. N^o 3.

52. Burnett J. J., Paul P. (1996); *Assessing the Media Habits and Needs of the Mobility-Disabled Consumer*. Journal of Advertising. Vol. 25. N° 3.
53. Bywalec Cz., Rudnicki L. (2002); *Konsumpcja*. PWE. Warszawa
54. Bywalec Cz. (2010); *Konsumpcja a rozwój gospodarczy i społeczny*. Wydawnictwo C.H. Beck. Warszawa.
55. Cencini A., Manenti A. (2002); *Psychologia a formacja. Struktura i dynamika*. Wydawnictwo WAM. Kraków
56. Chaudhuri A. (2006); *Emotion and reason in cosnumer behaviour*. Butterworth-Heinemann. Oxford. UK.
57. Chłopkiewicz M. (1987); *Osobowość dzieci i młodzieży*. WSiP. Warszawa.
58. Christman L. A., Slaten B. L. (1991); *Attitudes towards people with disabilities and judgements of employment potential*. Perceptual And Motor Skills. N° 72
59. Cialdini R. B. (2002); *Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka.*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk.
60. Cichosz P. (2000); *Systemy uczące się*. Wydawnictwa Naukowo-Techniczne. Warszawa.
61. Ciosek D., Sroko E. (2005) *Obraz samego siebie a preferencje konsumentów-koncepcja kongruencji* (w:) Paluchowski W. J., Bartkowiak G. (red.) *Psychologia a promocja: zachowania konsumentów*. Wydawnictwo Rys. Poznań.
62. Cox R., Brittan P. (2000); *Zarządzanie sprzedażą detaliczną*. PWE. Warszawa.
63. Czapiński J. (1978); *Dyferencjał semantyczny* (w:) Wołoszynowa L. (red.) *Materiały do nauczania psychologii. Seria III: Metody badań psychologicznych*. Tom 3. PWN. Warszawa.
64. Czapiński J. (2004); *Ekonomiczne przesłanki i efekty dobrostanu psychicznego* (w:) Tyszka T. (red.) *Psychologia ekonomiczna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Sopot.
65. Dębniewski G., Michowska D. (2003); *Status osób niepełnosprawnych na rynku pracy w Polsce i krajach Unii Europejskiej*. (w:) Woźniak M. G. (red.) *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy. Zeszyt nr 1 – zarys problematyki*. Wydawnictwo UR. Rzeszów
66. Dega W (1993); *Rozwój rehabilitacji w Polsce*. (w:) Dega W., Milanowska K. (red) *Rehabilitacja medyczna*. PZWL. Warszawa.
67. Dega W. (1973); *Drogi rozwoju i stan obecny w rehabilitacji leczniczej w Polsce* (w:) A. Hulek (red.) *Rehabilitacja inwalidów w PRL*. PZWL. Warszawa.
68. Dega W. (red.) (1968); *Ortopedia i rehabilitacja*. PZWL. Warszawa.
69. Dega W., Senger A (red) (1996); *Ortopedia i rehabilitacja*. PZWL. Warszawa.

70. DeLeire T. (2000); *The wage and employment effects of the Americans with Disabilities Act*. Journal of Human Resources. Vol. 35. N^o. 4.
71. Domański H. (2012); *Prestiż*. Wyd. Naukowe UMK. Toruń.
72. Doroszewski W. (1960); *O wyrazie rehabilitacja*. „Szkoła Socjalna”, CZWSz.
73. Duliniec E. (1986); *Postępowanie nabywców towarów konsumpcyjnych w krajach o gospodarce rynkowej. Analiza marketingowa*. Monografie i Opracowania, nr. 204. SGPiS. Warszawa
74. Dunaj B. (red.) (1998); *Słownik współczesny języka polskiego*. T. 1. Reader's Digest. Warszawa
75. Dykcik W., Szychowiak B. (red) (2001); *Nowatorskie i alternatywne metody w praktyce pedagogiki specjalnej*. Przewodnik metodyczny. WNUAM. Poznań.
76. Dziedzic J. (1996); *Kultura fizyczna osób niepełnosprawnych. Psychopedagogiczne i medyczne studium terminologiczne*. WSiP. Warszawa.
77. *Encyklopedia Popularna PWN* (1999); PWN, Warszawa
78. *Encyklopedia socjologii* (2000); Tom 3. Oficyna Naukowa. Warszawa.
79. Engel J.F., Blackwell R.D., Miniard P.W. (1993); *Consumer Behavior*. The Dryden Press. Chicago.
80. Evans M., Jamal A., Foxall G. (2006); *Consumer behaviour*. John Wiley & Sons, Ltd. Chichester, West Sussex. England.
81. Fabiunke H., Fischer H., Jager J., Koppert W. (1976). *Badania ankietowe popytu konsumpcyjnego*. PWE. Warszawa.
82. Falkowski A. (2004); *Psychologiczne podstawy marketingu* (w:) Tyszka T. (red) *Psychologia ekonomiczna*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
83. Falkowski A., Tyszka T. (2006); *Psychologia zachowań konsumentów*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk.
84. Field A. (2009); *Discovering statistics using SPSS*. SAGE Publications Ltd. London.
85. Foxall G.R., Goldsmith R.E. (1998); *Psychologia konsumenta dla menedżera marketingu*. PWN. Warszawa.
86. Frączek P. (2003); *Determinanty aktywności niepełnosprawnych na rynku pracy*. Polityka Społeczna, nr 11/12.
87. Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D. (2001); *Metody badawcze w naukach społecznych*. Zys i S-ka. Poznań.
88. Frankl V. (1973); *Egzystencjalna pustka*. „Życie i myśl” nr 5.
89. Gajda S. (2010); *Prestiż a język*. (w): Nauka 4/2010. Biuro Upowszechniania i Promocji Nauki. Warszawa.
90. Gajewski S. (1994); *Zachowanie się konsumenta a współczesny marketing*. Wydawnictwo UŁ. Łódź.

91. Gałkowski T. (1997); *Nowe podejścia do niepełnosprawności. Uporządkowanie terminologiczne*. „Audiofonologia” 10.
92. Garbarnio E., Strahilevitz M. (2004); *Gender differences in the perceived risk of buying online and the effects of receiving a site recommendation*. Journal of Business Research, 57/2004.
93. Garbarski L. (2001); *Zachowania nabywców*. PWE. Warszawa.
94. Garbarski L., Rutkowski I., Wrzosek W. (2001); *Marketing, Punkt zwrotny nowoczesnej firmy*. PWE. Warszawa.
95. Garbat M. (2003); *Środowisko fizyczne i społeczne osób niepełnosprawnych. Niepełnosprawność i Rehabilitacja*. 1 / 2003.
96. Garczyński S. (1969); *Potrzeby psychiczne*. Nasza Księgarnia. Warszawa
97. Garrison S.J. (1997); *Podstawy rehabilitacji i medycyny fizykalnej*. Wyd. Lekarskie PZWL. Warszawa.
98. Garvin G. A. (1984); *What does product quality really mean*. Sloan Management Review. 1/1984. Sloan Management Review. Cambridge.
99. Gaździk T. (1998); *Ortopedia i traumatologia: podręcznik dla studentów medycyny*. PZWL. Warszawa.
100. Gilbride D., Stensrud R., Ehlers C., Evans E., Peterson C., (2000); *Employers' attitudes towards hiring persons with disabilities and vocational rehabilitation services*. The Journal of Rehabilitation. 66 (4). 17–23.
101. Głowacki R (1982); *Przedsiębiorstwo na rynku*. PWE. Warszawa.
102. Goriszowski W. (2005); *Badania pedagogiczne w zarysie – skrypt dla studentów pedagogiki*. Wydawnictwo WSP TWP. Warszawa.
103. Griffin R. W. (1996); *Podstawy zarządzania organizacjami*. PWN. Warszawa.
104. Grochmal S. (1998); *Rehabilitacja osób z zaburzeniami i uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego (w):* Milanowska K., Dega W. (red.); *Rehabilitacja medyczna*. PZWL. Warszawa.
105. Gruber J. (2000); *Disability insurance benefits and labour supply*. Journal of Political Economy. Vol. 108. No. 6. University of Chicago Press.
106. Hamer H. (2005); *Psychologia społeczna. Teoria i praktyka*. Difin. Warszawa.
107. Hand D., Mannila H., Smyth P. (2005); *Eksploracja danych*. Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, Warszawa.
108. Hanna N., Wozniak R. (2001); *Consumer behavior. An Applied Approach*. Pearson Education Prentice Hall. New Jersey.
109. Hansen F. (1972); *Consumer Choice Behavior. A Cognitive Theory*. The Free Press. New York
110. Harrison M., Gilbert S. (1992); *The Americans with Disabilities Act Handbook*. Excellent Books. Beverly Hills. CA.

111. Hawkins D. L., Best R. J., Coney K. A. (2001); *Consumer Behaviour*. McGraw-Hill. New York
112. Heise D. (1970); *The Semantic Differential and Attitude Research*. (w:) Summers G. F. (red.) *Attitude Measurement*. Rand McNally. Chicago.
113. Herzberg F. (1987); *One More Time: How Do You Motivate Employees?* Harvard Business Review
114. Herzberg F., Mausner B., Snyderman B. (1959); *The Motivation to Work*. Wiley. New York.
115. Hilgard E. (1967); *Wprowadzenie do psychologii*. PWN. Warszawa
116. Hill R. P. (1991); *Homeless women, special possessions and the meaning of HOME: An ethnographic case study*. The Journal of Consumer Research, Vol. 18, No. 3. The University of Chicago Press.
117. Hodoly A. (1961); *Wstęp do badań rynku*. PWG. Warszawa.
118. Horovitz J. (2006); *Strategia obsługi klienta*. PWE. Warszawa.
119. Hughes G. D. (1971); *Attitude measurement for marketing strategies*. Scott Foresman. Glenview. Ill.
120. Hulek A. (1969); *Teoria i praktyka w rehabilitacji inwalidów*. PZWL. Warszawa.
121. Hulek A. (1977) (red.); *Pedagogika rewalidacyjna*. PWN. Warszawa.
122. Hulek A. (1988); *Rozwój rehabilitacji* (w): Hulek A. (red) *Pedagogika rewalidacyjna*. PWN. Warszawa.
123. Hulek A. (1992); *Ewolucja integracyjnego systemu kształcenia dziecka niepełnosprawnego* (w): Hulek A. (red.) *Uczeń niepełnosprawny w szkole masowej*. Wydawnictwo Naukowe WSP. Kraków.
124. Jachnis A. (2007); *Psychologia konsumenta. Psychologiczne i socjologiczne uwarunkowania zachowań konsumenckich*. Oficyna Wydawnicza Branta. Bydgoszcz – Warszawa.
125. Jachnis A., Terelak J. (1998); *Psychologia konsumenta i reklamy*. Oficyna Wydawnicza Branta. Bydgoszcz.
126. Jakimowicz W. (1987); *Neurologia kliniczna w zarysie*. PZWL. Warszawa.
127. Janoś- Kresło M., Mróz B. (2006) (red.); *Konsument i konsumpcja we współczesnej gospodarce. SGH w Warszawie – Oficyna Wydawnicza*. Warszawa.
128. Jennings J. (1988); *Influence of television commercials on women's self confidence and independence judgement*. Journal of Personalisty and Social Psychology. No38.
129. Jobber D., Fahy J. (2006); *Foundations of Marketing. The McGraw-Hill Companies*. Berkshire.
130. Jobber D., Lancaster G. (2009); *Selling and sales management*. Pearson Education. Gosport.

131. Jones M. K. (2008); *Disability and the labour market: a review of the empirical evidence*. *Journal of Economic Studies* Vol. 35. N^o 5. Emerald Publishing Group Ltd.
132. Jones M.K., Latreille P.L., Sloane P. J. (2006); *Disability, Gender and the Labour Market*. Oxford Economic Papers. Vol. 40. N^o 8.
133. Jundziłł E.(1998); *Potrzeby psychiczne dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego. Gdańsk.
134. Kabsch A. (2001); *Współczesne poglądy na rehabilitację kompleksową w świetle Karty '2000 WHO. Systemowe ujęcie rehabilitacji w świetle nowej Klasyfikacji Niepełnosprawności WHO. Postępy Rehabilitacji* t. 15 z. 2.
135. Kaczmarczyk S. (2007); *Zastosowania badań marketingowych. Zarządzanie marketingowe i otoczenie przedsiębiorstwa*. PWE. Warszawa.
136. Kaczmarczyk S. (2011); *Badania marketingowe. Podstawy metodyczne*. PWE. Warszawa.
137. Kall J. (2002); *Reklama*. Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne. Warszawa
138. Kasparek-Hoppe M. (2003); *Czynniki kształtujące zachowania konsumentów na runku* (w:) Woś J. (red.) *Zachowania konsumenckie – teoria i praktyka*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu. Poznań.
139. Kasprzak E (2002); *Poczucie jakości życia bezrobotnych osób niepełnosprawnych* (w:) Aouil B. (red.) *Człowiek niepełnosprawny. Zagrożenia i szanse rozwoju*. Wydaw. Uczelniane WSP. Bydgoszcz.
140. Katona G. (1964); *The Mass Consumption Society*. McGraw-Hill. New York.
141. Kaufman-Scarborough C. (1999); *Reasonable access for mobility-disabled persons is more than widening the door*. *Jouirnal of Retailing*. Vol. 75. N^o 4.
142. Kaufman- Scarborough C. (2001); *Accessible advertising for visually-disabled persons: the case of color-deficient consumers*. *Journal of Consumer Marketing*. Vol. 18. N^o 4.
143. Kaufman C. F. (1995); *Shop 'til you drop: tales from a physically challenged shopper*. *Journal of Consumer Marketing*, Vol. 12. Iss: 3.
144. Kenrick D. T., Griskevicius V., Neuberg S. L.; Schaller M. (2010); *Renovating the Pyramid of Needs: Contemporary Extensions Built Upon Ancient Foundations*. *Perspectives on Psychological Science*.5: 292.
145. Kerin R. A., Hartley S. W., Rudelius W. (2010); *Marketing: The core*. McGraw-Hill. USA

146. Kidd M. P., Sloane P. J., Ferko I. (2000); *Disability and the Labour Market; An Analysis of British Males*. Journal of Health Economics. Vol. 19.
147. Kieźel E. (2004); *Racjonalność konsumpcji i zachowań konsumentów*. PWE. Warszawa.
148. Kinalski R. (2002); *Kompendium rehabilitacji i fizjoterapii*. Wyd. Medyczne Urban & Partner. Wrocław.
149. Kiperski J., Kowalski M., Krasucki M. (1997); *Schorzenia i urazy kręgosłupa*. Wyd. Lekarskie PZWL. Warszawa.
150. Kirenko J. (1985); *Z badań nad poczuciem życia u młodzieży z uszkodzeniem narządu ruchu (w): Stosunek społeczeństwa do ludzi niepełnosprawnych*. Częstochowa.
151. Kirenko J. (1991); *Psychospołeczne przystosowanie osób z paraplegią*. Wydawnictwo UMCS. Lublin.
152. Kirenko J. (1995); *Niektóre uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. Wydawnictwo UMCS. Lublin.
153. Kirenko J. (1998); *Psychospołeczne determinanty funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. Wydawnictwo UMCS. Lublin.
154. Kirenko J. (2000); *Nasilenie potrzeb psychicznych osób ze stwardnieniem rozsianym*. Annales Universitatis Mariae Curie–Skłodowska, Lublin – Polonia, Section D. Vol. LV, Suppl. VII, 19
155. Kirenko J. (2002); *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością*. Wydawnictwo WSUPiZ. Ryki
156. Kirenko J. (2006a); *Oblicza niepełnosprawności*. Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. Wincen-tego Pola. Lublin.
157. Kirenko J. (2006b); *Jakość życia w niepełnosprawności (w): Z. Palak (red.): Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*. Wydawnictwo UMCS. Lublin.
158. Kirenko J. (2007); *Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności*. Wydawnictwo UMCS. Lublin.
159. Kirenko J., Korczyński M. (2008); *Wobec niepełnosprawności*. Wydawnictwo Akademickie WSSP. Lublin.
160. Kirenko J., Sarzyńska E. (2010); *Bezrobocie. Niepełnosprawność. Potrzeby*. Wydawnictwo UMCS. Lublin.
161. Kiwerski J. (1994); *Rehabilitacja osób po urazach kręgosłupa z uszkodzeniem układu nerwowego. Postępy Rehabilitacji*. Suplement 1.
162. Kleczek R., Kowal W., Waniowski P., Woźniczka J. (1992); *Marketing. Jak to się robi*. Wrocław – Warszawa – Kraków.
163. Kocowski T. (1982); *Potrzeby człowieka. Koncepcja systemowa*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Wrocław.

164. Kołaczek B. (1994); *Bezrobocie osób niepełnosprawnych*. IFiS PAN. Warszawa.
165. Komorowska H. (1982); *Metody badań empirycznych w glottodydaktyce*. PWN. Warszawa.
166. Komosa A. (2007); *Organizacja sprzedaży. Ekonomik*. Warszawa.
167. Konarska J. (2002); *Psychospołeczne korelaty poczucia sensu życia a niepełnosprawność*. Wyd. Górnośląskiej Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. Kardynała Augusta Hłonda. Mysłowice.
168. Kopaliński W. (2003); *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*. Wydawnictwo Muza S.A. Warszawa.
169. Kosicka – Gębska M., Tul – Kryszczuk A., Gębski J. (2011); *Handel detaliczny żywnością w Polsce*. Wydawnictwo SGGW. Warszawa.
170. Kosiński S. (1989); *Socjologia ogólna*. PWN. Warszawa.
171. Kossewska J. (2000); *Uwarunkowania postaw*. Wydawnictwo Naukowe AP. Kraków.
172. Kostrubiec S. (2001); *Osoby niepełnosprawne na rynku pracy w 2000 roku. GUS*. Warszawa.
173. Kotler Ph. (2004); *Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*. Gebethner i Ska. Warszawa.
174. Kotler Ph (2004); *Marketing od A do Z*. PWE. Warszawa.
175. Kotler Ph. (2005); *Marketing*. REBIS. Poznań.
176. Kowal E. (2006); *Problemy życia społecznego osób niepełnosprawnych*. (w): Ochonczenko H., Nowicka A. (red.), *Potrzeby osób niepełnosprawnych w warunkach globalnych przemian społeczno-gospodarczych*. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków.
177. Kowalik S. (1999); *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Wyd. Śląsk. Katowice.
178. Kozielecki J. (1998); *Koncepcje psychologiczne człowieka*. Wydawnictwo Akademickie Żak. Warszawa.
179. Kozłowski S. (1976); *Fizjologia wysiłków fizycznych*. PZWL. Warszawa.
180. Kreitner, R., & Kinicki, A. (2008); *Organizational behavior*. McGraw-Hill. New York.
181. Król G., Wieczorkowska G. (2004); *Budowanie wskaźników za pomocą analizy czynnikowej*. (w) Brzeziński J. (red.) *Metodologia badań psychologicznych. Wybór tekstów*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa.
182. Kruse D., Schur L. (2003) *Employment of people with disabilities following the ADA*. Industrial Relations. Vol. 42. N° 1.
183. Kubielski W. (1999); *Zarys metodologii badań pedagogicznych*. Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Słupsku. Słupsk.
184. Kuczyński J. (1981); *Chrześcijaństwo i sens życia*. Wiedza Powszechna. Warszawa.

185. Kukła D. (2009); *Praca jako najważniejsza wartość w życiu osoby niepełnosprawnej*. (w): Mirowska M. (red.) *Osoby z niepełnosprawnościami w systemie pomocy społecznej*. Wydawnictwo im. S. Podobińskiego Akademii im. J. Długosza. Częstochowa.
186. Kulczycki J. (2004); *Wyzwania psychologii humanistycznej. Konspekt*. Pismo Akademii Pedagogicznej w Krakowie, nr 18.
187. Kurkus- Rozowska B. (2005); *Telepraca osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy w Polsce. Bezpieczeństwo pracy – Nauka i Praktyka*. Nr 1
188. Kurkus-Rozowska B., Konarska M. (2002); *Telepraca – szanse, korzyści, uciążliwości*. Bezpieczeństwo Pracy – Nauka i Praktyka. Nr. 5
189. Kusińska A. (2005) (red.); *Rodziny ludzi młodych jako uczestnicy rynku*. Diagnoza i typologia. PWE. Warszawa
190. Kwolek A. (2003); (red.) *Rehabilitacja medyczna*. T. 1-2. Wyd. Medyczne Urban & Partner. Wrocław.
191. Lambert Z. V. (1979); *An investigation of older consumers: unmet needs and wants at the retail level*. The Journal of Retailing. Vol. 55.
192. Lambkin M., Foxall G., van Raaij W. F., Heilbrunn B. (2001); *Zachowanie konsumenta. Koncepcje i badania europejskie*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa.
193. Larkowa H. (1974); *Problemy wartościowania i samooceny w rehabilitacji inwalidów* (w): Larkowa H. (red.), *Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów t. III*. Wyd. PZWL. Warszawa.
194. Larkowa H. (1988); *Psychologiczne podstawy rewalidacji jednostek z odchyleniami od normy* (w): A. Hulek (red.) *Pedagogika rewalidacyjna*. PWN. Warszawa.
195. Lewicka-Strzałeczka A. (2006); *Edukacja konsumencka. Cele, instrumenty, dobre praktyki*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. L. Koźmińskiego, Warszawa.
196. Łobocki M. (2004); *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków.
197. Lutz R.J. (1991); *The role of attitude theory in marketing* (w): Kassarian H.H., Robertson T.S., *Perspectives in consumer behavior*, Prentice Hall, Englewood Cliffs.
198. Ławicki M. (2005); *Marketing sukcesu – partnering*. Difin. Warszawa.
199. Maciaszczyk B., Maciaszczyk L. (2008); *Szkolna edukacja fizyczna fundamentem kultury fizycznej* (w): Bochniarz A., Bogucki J., Grabowiec A. (red.) *Zdrowa szkoła – zdrowy uczeń. Teoria i praktyka edukacji zdrowotnej. Wybrane zagadnienia*. Wydawnictwo Neuro Centrum. Lublin.
200. Mądrzycki T. (1977); *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*. PZWS. Warszawa

201. Majcher P., Fatyga M., Skwarcz A., Mazurkiewicz P. (2002a); *Zasady wczesnej rehabilitacji medycznej pacjentów po urazach kręgosłupa bez uszkodzeń OUN* (w): Karwat J.D. (red.); *Niepełnosprawność i rehabilitacja osób dorosłych jako problem medyczny i społeczny w Polsce*. LIBER. Lublin.
202. Majcher P., Fatyga M., Skwarcz A., Mazurkiewicz P. (2002b); *Rehabilitacja medyczna chorych po urazie kręgosłupa z uszkodzeniem OUN w okresie hospitalizacji* (w): Karwat J.D. (red.); *Niepełnosprawność i rehabilitacja osób dorosłych jako problem medyczny i społeczny w Polsce*. LIBER. Lublin.
203. Majchrzak A. (2008); *Aktywność ekonomiczna osób niepełnosprawnych na rynku pracy w województwie zachodniopomorskim*. Zeszyty Naukowe Instytutu Ekonomii i Zarządzania, Wydawnictwo Politechniki Koszalińskiej. Koszalin.
204. Majewski T (2006); *Praca zawodowa – ważny wyznacznik jakości życia osób niepełnosprawnych (polityka Unii Europejskiej wobec zatrudnienia osób niepełnosprawnych)*, (w): Palak Z. (red.) *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*. Wydawnictwo UMCS. Lublin
205. Majewski T. (1995); *Rehabilitacja zawodowa osób niepełno sprawnych*. Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Warszawa.
206. Majewski T. (1998); *Międzynarodowa klasyfikacja uszkodzeń niepełnosprawności i upośledzeń. Problemy i nowe propozycje. Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej*, nr. 1.
207. Majewski T. (1999); *System rehabilitacji zawodowej w krajach Europy Zachodniej*. KIG-R. Warszawa.
208. Makowski G. (2003); *Świątynia konsumpcji. Geneza i społeczne znaczenie centrum handlowego*. Wydawnictwo Trio. Warszawa.
209. Malareczki J. (1973); *Zarys fizjologii wysiłku i treningu sportowego*. Wyd. Sport i Turystyka. Warszawa.
210. Malinowska K. Dega W. (red.) (1998); *Rehabilitacja medyczna*. PZWL. Warszawa.
211. Manning G. L., Reece B. L., Ahearne M. (2010); *Selling today. Creating Customer Value*. Pearson Education International. New Jersey.
212. Marody M. (1976); *Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy*. PWN. Warszawa
213. Maslow A. H. (1990); *Motywacja i osobowość*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa
214. Maslow A.H. (1943); *A Theory of Human Motivation*, *Psychology Review*, t. 50.

215. Maszke A. W. (2003); *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*. Wydawnictwo UR. Rzeszów.
216. Maszke A. W. (2008); *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Wydawnictwo UR. Rzeszów.
217. Mazurek-Łopacińska K. (1996) (red.); *Badania marketingowe. Podstawowe metody i obszary zastosowań*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu. Wrocław.
218. Mazurek-Łopacińska K. (2003); *Zachowania nabywców i ich konsekwencje marketingowe*. PWE. Warszawa.
219. McGuire W. J. (1976); *Some Internal Psychological Factors Influencing Consumer Choice*, The Journal of Consumer Research, Vol. 2, N° 4. The University of Chicago Press
220. McVicar D. (2008); *Why have UK disability benefit rolls grown so much?* Journal of Economic Surveys. Vol. 22, N° 1
221. Mika S. (1998); *Psychologia społeczna dla nauczycieli*. Wydawnictwo Akademickie Żak. Warszawa.
222. Mika S. (1981); *Psychologia społeczna*. PWN. Warszawa.
223. Milanowska K. (1985); *Kinezyterapia. Gimnastyka lecznicza*. PZWL. Warszawa.
224. Milanowska K., Stachowska M. (1998); *Rehabilitacja społeczna* (w): Milanowska K., Dega W. (red.) *Rehabilitacja medyczna*. PZWL. Warszawa.
225. Millington M., Leirer S., Abadie M. (2000); *Validity and the employment expectations questionnaire: Do disability related attitudes affect employment selection outcomes?* Rehabilitation Counseling Bulletin, 44/2000.
226. Morgan M (2010); *Skuteczne wdrażanie strategii*. PWN. Warszawa.
227. Mruk Ch. J. (2006); *Self-esteem research, theory and practice: toward a positive psychology of self-esteem*. Springer Publishing Company. New York.
228. Mullen B., Johnson C. (1990); *The psychology of consumer behavior*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Hillsdale, New Jersey Hove and London
229. Myers, D.G. (2009); *Psychology in everyday life*. Worth. New York.
230. Nadolski Z. (1998); *Rehabilitacja zawodowa* (w): Milanowska K., Dega W. (red.); *Rehabilitacja medyczna*. PZWL. Warszawa.
231. Nairne J.S. (2003); *Psychology: The adaptive mind*. Wadsworth. Belmont, CA.
232. Nęcki Z. (1998); *Postawy i ich zmiana*. (w): Szewczuk W. (red.): *Encyklopedia psychologii*. Fundacja Innowacja. Warszawa
233. Niebrzydowski L. (1976); *O poznawaniu i ocenianiu samego siebie: na przykładzie młodzieży dorastającej*. Nasza Księgarnia. Warszawa.
234. *Nowa Encyklopedia Powszechna* (1996); PWN. Warszawa.

235. Nowak E. (1990); *Metody taksonomiczne w klasyfikacji obiektów społeczno-gospodarczych*. PWE. Warszawa.
236. Nowak L. (1995); *Pozaeconomiczne determinanty zachowań nabywców*. Wydawnictwo AE. Poznań
237. Nowak S. (1970); *Metodologia badań socjologicznych*. PWN. Warszawa.
238. Nowak S. (1973); *Teorie postaw*. PWN. Warszawa.
239. Nowak S. (1985); *Metodologia badań społecznych*. PWN. Warszawa.
240. Obuchowski K. (1983); *Psychologia dążeń ludzkich*. PWN. Warszawa.
241. Obuchowski K. (1995); *Przez galaktykę potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*. Zysk. Poznań.
242. Obuchowski K. (2000); *Galaktyka potrzeb – psychologia dążeń ludzkich*. Zysk. Poznań.
243. Okoń W. (2004); *Nowy słownik pedagogiczny*. Wydawnictwo Żak. Warszawa.
244. Olejniczak T. (2005); *Czynniki decydujące o lokalizacji placówki handlowej*. Poradnik Handlowca. Nr 7.
245. Omolayo B. (2009); *Self-esteem and self-motivational needs of disabled and non-disabled: a comparative analysis*. The Journal o Alternative Perspectives in the Social Science. Vol. 1., N° 2
246. Osgood C. E., Suci G., Tannenbaum P. (1957); *The measurement of meaning*. Urbana, IL. University of Illinois Press
247. Ossowski R. (1999); *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*. Wydawnictwo Uczelniane WSP. Bydgoszcz.
248. Ostrowska A., Sikorska J. (1996); *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*. IFIS PAN. Warszawa.
249. Palka S. (2006); *Metodologia, badania, praktyka pedagogiczna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk.
250. Paluch A. (1976); *Konflikt, modernizacja i zmiana społeczna: analiza i krytyka teorii funkcjonalnej*. PWN. Warszawa.
251. Patrzalek W. (2004) (red.); *Kulturowe determinanty zachowań konsumentkich*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego. Wrocław.
252. Paul K. I., Batinic B. (2009); *The need for work: Jahodas' latent functions of employment in a representative sample of the German population*. Journal of Organizational Behaviour. Vol. 31.
253. Pavia T. (1993); *Dispossession and perception of self in late stage HIV infection*. (w) McAlister L., Rothschild M. (red.) *Advances in Consumer Research*, Vol. 20. Associations for Consumer Research. Provo, UT.
254. Piercy N. F. (2009); *Market-led strategic change. Transforming the process of going to market*. Elsevier. Italy.

255. Pilch J. (1995); *Bezrobocie – nowa kwestia społeczna*. (w): Pilch T., Lepalczyk I. (red.): *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*. Wydawnictwo „Żak”. Warszawa.
256. Pilch T. (1995); *Zasady badań pedagogicznych*. Wydawnictwo „Żak”. Warszawa.
257. Pilch T., Bauman T. (2001); *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*. Wydawnictwo „Żak”. Warszawa.
258. Podgórski R. A. (2001); *Metodologia badań socjologicznych*. Oficyna Wydawnicza Branta. Bydgoszcz - Olsztyn.
259. Pohorille M. (1980); *Kategorie potrzeb ekonomicznych*, *Ekonomista* nr 5-6. Warszawa.
260. Popielski K. (1987) (red.); *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii*. Wyd. KUL. Lublin.
261. Poznańska D. (2003); *System finansowania zatrudnienia osób niepełnosprawnych w Polsce Wnioski dla efektywności finansów publicznych*. NBP. Warszawa.
262. Poznańska S. (1993); *Zdrowie* (w): Barczyński Z., Bogusz J. (red.) *Medyczny Słownik Encyklopedyczny*. Fogra Oficyna Wydawnicza. Kraków.
263. Rembowski J. (1986); *Metoda projekcyjna w psychologii dzieci i młodzieży*. PWN. Warszawa.
264. Reszke I. (2000); *Prestiż społeczny w badaniach empirycznych* (w): Kwaśniewicz W. (red.) *Encyklopedia socjologii. T. 3 – O - R*. Oficyna Naukowa. Warszawa.
265. Reutt J., Reuttowa N. (1960); *Badania nad osobowością metodą T.A.T.* Murray. PWN. Warszawa.
266. Reykowski J (1973); *Postawy a osobowość* (w): Nowak S. *Teorie postaw*. PWN. Warszawa
267. Reykowski J. (1977); *Osobowość jako centralny system regulacji i integracji czynności człowieka* (w): Tomaszewski T. (red.). *Psychologia*. PWN. Warszawa.
268. Reykowski J. (1979); *Motywacja. Postawy prospołeczne a motywacja*. PWN. Warszawa
269. Reykowski J. (1992); *Procesy emocjonalne, motywacja, osobowość*. PWN. Warszawa
270. Reynell R. (1970); *A pine of disability*. Foremna & Co. Scotland.
271. Robbins S. (2001) *Zasady zachowania w organizacji*, Wydawnictwo Zys i S-ka, Poznań.
272. Robertson T. S. (1967); *The process of innovation and the diffusion of innovation*. *Journal of Marketing*. Vol.31. American Marketing Association

273. Rogalska M. (1989); *Poczucie sensu życia osób z inwalidztwem narządu ruchu* (na podstawie badań empirycznych). Niepublikowana praca magisterska. Archiwum KUL. Lublin.
274. Rogers E. (1995); *Diffusion of Innovations*. Free Press. New York.
275. Ronikier A. (2003); *Ocena kliniczna i funkcjonalna poszczególnych układów* (w): Kwolek A. (red.); *Rehabilitacja medyczna t.1*. Wyd. Medyczne Urban & Partner. Wrocław.
276. Rosania T. M. (1995); *Advertising – reklama*, Wyd. PWSBiA. Warszawa.
277. Rosławski A., Skolimowski T. (1987); *Technika wykonywania ćwiczeń leczniczych*. PZWL. Warszawa.
278. Rószkiewicz M. (2002); *Metody ilościowe w badaniach marketingowych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
279. Ruciński S. (1993); *Edukacja specjalna a filozofia*. (w): Hulek A. *Edukacja osób niepełnosprawnych*. Upowszechnienie Nauki-Oświata. Warszawa.
280. Rudnicki L. (2000); *Zachowanie konsumentów na rynku*. PWE. Warszawa.
281. Rudnicki L. (2004); *Zachowania rynkowe nabywców. Mechanizmy i uwarunkowania*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie. Kraków.
282. Rura- Polley T., Clegg S. R. (1999); *Managing Collaborative Quality: A Challenging Innovation*. Managing Collaborative Quality. 1/99. Blackwell Publishers Ltd.
283. Samuelson P., William D., Nordhaus E. (1995); *Ekonomia*. PWN. Warszawa
284. Schaefer K. (2003); *E-space Inclusion: A Case for the Americans with Disabilities Act in Cyberspace*. Journal of Public Policy & Marketing. Vol. 22, N° 2. American Marketing Association.
285. Schmidt R. A., Jones P., Oldfield B. M. (2006); *Implementing the Disability Discrimination Act 1995*. International Journal of Retail and Distribution Management. Vol. 33. N° 9. Emerald Group Publishing Ltd.
286. Seawright K. W., Young S. T. (1996); *Quality Definition Continuum*. Interfaces. 03/1996. Institute for Operational Research and the Management Sciences. Hanover.
287. Sękowska Z. (1998); *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Wydawnictwo WSPS im. Marii Grzegorzewskiej. Warszawa.
288. Sękowski A.E. (1991); *Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec ludzi niepełnosprawnych*. Wydawnictwo KUL. Lublin.
289. Sękowski A.E. (1994); *Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów*. Wydawnictwo UMCS. Lublin.

290. Seyfried A., Dudziński K. (2003); *Badanie funkcjonalne narządu ruchu* (w): Kwolek A. (red.): *Rehabilitacja medyczna* t.2. Wyd. Medyczne Urban & Partner. Wrocław.
291. Sheth J. N. (1973); *A Model of Industrial Buyer Behavior*. The Journal of Marketing, Vol. 37, N° 4. American Marketing Association.
292. Shiffman L., Kanuk L. (2004); *Consumer behavior*. Pearson Education Prentice Hall. New Jersey. USA.
293. Siek S. (1984); *Rozwój potrzeb psychicznych, mechanizmów obronnych i obrazu siebie*. Krajowa Agencja Wydawnicza. Warszawa
294. Siek S. (1993); *Wybrane metody badania osobowości*. Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej. Warszawa
295. Siperstein G. N., Romano N., Mohler A., Parker R (2006); *A national survey of Consumer Attitudes towards companies that hire people with disabilities*. Journal of Vocation Rehabilitation. 24/1.
296. *Słownik współczesny języka polskiego* (1998); t.2, Przegląd Reader's Digest, Warszawa
297. *Słownik wyrazów obcych* (1980); PWN. Warszawa.
298. Smyczek S., Sowa I. (2005); *Konsument na rynku. Zachowania, modele, aplikacje*, Difin. Warszawa.
299. Snela S. (2003); *Zaopatrzenie ortopedyczne* (w): Kwolek A. (red.); *Rehabilitacja medyczna*. t.1. Urban & Partner. Wrocław.
300. Sobol E. (1995); *Słownik Wyrazów Obcych*. Wydanie nowe. PWN. Warszawa.
301. Sokołowski A. (1992); *Empiryczne testy istotności w taksonomii*. Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie. Monografie, nr 108. Kraków.
302. Sokołowski A. (2002); *Metody stosowane w Data Mining*. Statsoft Polska.
303. Sowińska A. (2003); *Wybrane zagadnienia z psychologii ekonomicznej*. Wydawnictwo AE. Katowice
304. Speck O. (2005); *Niepełnosprawność w społeczeństwie. Podstawy ortopedagogiki*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk.
305. Stachowska M. (1998); *Rehabilitacja psychologiczna* (w): A. Hulek (red.) *Pedagogika rewalidacyjna*. PWN. Warszawa.
306. Stachowska M., (1998); *Rehabilitacja psychologiczna* (w): Milanowska K., Dega W. (red.) *Rehabilitacja medyczna*. PZWL. Warszawa.
307. Stevens A. H. (1997); *Persistent Effects of Job Displacement: The Importance of Multiple Job Losses*. Journal of Labor Economics, Vol. 15, No. 1. The University of Chicago Press.

308. Stochmiałek J. (2004); *Teoria oraz praktyczne aplikacje przezwyciężania barier integracji osób dorosłych niepełnosprawnych*. (w): Juszczak S. (red.): Chowania. Tom 1. Z zagadnień niepełnosprawności. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice.
309. Stoner J.A., Freeman R. E., Gilbert D. R. (1997); *Kierowanie*. PWE. Warszawa.
310. Strelau J. (1977); *Osobowość. Zagadnienia ogólne* (w): T. Tomaszewski (red.) *Psychologia*. PWN. Warszawa.
311. Strelau J., Doliński D. (2008); *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 2. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk.
312. Światowy G. (1994); *Zachowania konsumenckie*. Wrocław.
313. Światowy G. (2006); *Zachowania konsumentów*. PWE. Warszawa.
314. Szacka B. (2003); *Wprowadzenie do socjologii*. Oficyna Naukowa. Warszawa.
315. Szczepański J. (1970); *Elementarne pojęcia socjologii*. PWN. Warszawa.
316. Szczepański J. (1976); *Wydajność pracy a konsumpcja*, „Nowe Drogi”, nr 11. PWE. Warszawa.
317. Szczepański J. (1981); *Konsumpcja a rozwój człowieka. Wstęp do antropologicznej teorii konsumpcji*. PWE. Warszawa.
318. Szewczuk W. (1979); *Słownik psychologiczny*. Wiedza Powszechna. Warszawa.
319. Szluz B. (2007); *Osoby niepełnosprawne w Unii Europejskiej – sytuacja i perspektywy*. (w:) Seminare. Poszukiwania naukowe. T. 24/2007. Towarzystwo Naukowe Franciszka Salezego.
320. Sztucki T. (1995); *Promocja, reklama, aktywizacja sprzedaży – sztuka pozyskiwania nabywców*. Placet. Warszawa
321. Sztumski J. (1999); *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe Śląsk. Katowice.
322. Szumilak J. (2004); *Miejsce i rola handlu detalicznego w procesie gospodarowania* (w:) Szumilak J. (red.) *Handel detaliczny: funkcjonowanie i kierunki rozwoju*. Oficyna Ekonomiczna. Kraków.
323. Szymańska A. (2007); *Metodyczne problemy badań preferencji konsumenckich*. Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej. Kraków.
324. Tabachnick G. G., Fidell L. S. (2007); *Using multivariate statistics*. Pearson Education Inc. Boston.
325. Tepper K. (1994) *The role of labeling processes in elderly consumers' response to age segmentation cues*. *The Journal of Consumer Research*, Vol. 20, No. 4. The University of Chicago Press.
326. Terelak J.F. (1993); *Psychologia pracy i bezrobocia*. Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej. Warszawa
327. Terelak J.F. (1999); *Psychologia menedżera*. Difin. Warszawa.

328. Terelak J.F. (2005); *Psychologia organizacji i zarządzania*. Difin. Warszawa.
329. Tomaszewski T. (red.) (1977); *Psychologia*. PWN. Warszawa.
330. Traczyk W.Z. (1975); *Fizjologia człowieka w zarysie*. PZWL. Warszawa.
331. Turner J. B. (1995); *Economic Context and the Health Effects of Unemployment*. Journal of Health and Social Behavior. Vol. 36, No. 3. American Sociological Association.
332. Turowski J. (1993); *Socjologia – małe grupy społeczne*. Towarzystwo Naukowe KUL. Lublin.
333. Turowski J. (1999); *Socjologia – wielkie grupy społeczne*. Towarzystwo Naukowe KUL. Lublin.
334. Tyszka T. (1990); *Socjologia rodziny* (w:) Krawczyk Z. (red.) *Socjologia polska*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego. Warszawa.
335. Tyszka T. (2004) (red.); *Psychologia ekonomiczna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk
336. Veblen T. (1998); *Teoria klasy próżniaczej*. Wydawnictwo Muza. Warszawa.
337. Vezina R., d'Astous A., Deschamps S. (1995); *The Physically disabled consumer: some preliminary findings and agenda for future research*. *European Advances in Consumer Research*, Vol. 2. Fleming Hansen. Provo, UT.
338. Waldrop J. (1990); *From Handicap to Advantage*. American Demographics. 04/1990.
339. Wärneryd K.-E. (2004); *Psychologia i ekonomia* (w:) Tyszka T. (red.) *Psychologia ekonomiczna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Sopot.
340. Węgliński A. (2011); *Zrewidowana wersja Kwestionariusza Rozumienia Empatycznego innych ludzi – KRE-II*. (w:) Wojnarska A. (red.) *Diagnostyka resocjalizacyjna. Wybrane zagadnienia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej. Lublin.
341. Weiss M. (1974); *Zasady postępowania w urazowych uszkodzeniach rdzenia kręgowego*. PZWL. Warszawa.
342. Weiss M., Zembaty A. (1983) (red.); *Fizjoterapia dla medycznych studiów zawodowych – wydział fizjoterapii*. PZWL. Warszawa.
343. Wojciszke B. (2000); *Postawy i ich zmiana*. (w:) Strelau J. (red.): *Psychologia. Podręcznik akademicki*. GWP. Gdańsk.
344. Wołoszynowa L. (1978) (red); *Materiały do nauczania psychologii. Seria III: Metody badań psychologicznych*. PWN. Warszawa.
345. Woś J. (red) (2003); *Zachowania konsumenckie – teoria i praktyka*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu. Poznań.

346. Woś J., Rachocka J., Kacperek – Hoppe M. (2004); *Zachowania konsumentów – teoria i praktyka*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu. Poznań.
347. Wosińska W. (2004); *Psychologia życia społecznego*. GWP. Gdańsk.
348. Zabłocki J. (1997); *Wprowadzenie do rewalidacji*. Wydawnictwo Adam Marszałek. Warszawa.
349. Zaczyński W. (1995); *Praca badawcza nauczyciela*. WSiP. Warszawa.
350. Zając B. (2003); *Psychologiczne aspekty funkcjonowania osób niepełnosprawnych*. (w): Odrobińska I. (red.): *Osobisty asystent osoby niepełnosprawnej*. Materiały poseminaryjne. Dębe.
351. Żak M., Karwat A., Karwat J.D. (2002); *Polska Szkoła Rehabilitacji – jej filozofia i założenia* (w): Karwat J.D. (red.): *Niepełnosprawność i rehabilitacja osób dorosłych jako problem medyczny i społeczny w Polsce*. LIBER. Lublin.
352. Zalega T. (2006a); *Problem ubóstwa w Polsce. Zarządzanie Innowacyjne w Gospodarce i Biznesie*. Nr 2(3)/2006. Wydawnictwo AHE. Łódź.
353. Zalega T. (2006b); *Mikroekonomia. Zbiór ćwiczeń i zadań*. WWZ. Warszawa.
354. Zalega T. (2007); *Konsumpcja – podstawy teoretyczne*. WWZ. Warszawa.
355. Zbiegień – Maciąg L., Wiernek B., Pawnik W., Długosz-Truszkowska E. (1999); *Zarządzanie personelem w firmie. Uczelniane* Wydawnictwa Naukowo – Dydaktyczne. Kraków.
356. Zimbardo P.G., Ruch F.L. (1997); *Psychologia i życie*. PWN. Warszawa.
357. Żuk T., Dziak A. (1993); *Ortopedia z traumatologią narządów ruchu*. PZWL. Warszawa.
358. Żuraw H. (2002); *Kwestie terminologiczne w studiach nad osobami niepełnosprawnymi – refleksja antropologiczna* (w): Karwat J.D. (red.): *Niepełnosprawność i rehabilitacja osób dorosłych jako problem medycyny i społeczny w Polsce*. T. 1. Liber. Lublin.
359. Zych A. (2008); *Uwarunkowania zachowań konsumpcyjnych* (w): Markowski D., Setlak P. (red.): *Spółeczeństwo konsumpcyjne. Uwarunkowania społeczne i kulturowe*. Wydawnictwo Diecezjalne. Tarnobrzeg.

Inne źródła:

1. Aktywność ekonomiczna ludności Polski w 2000 roku, GUS, Warszawa. 2001.
2. Eurostat research results (2003), One-Stop-Shop for Accessible Tourism in Europe Accessibility Market and Stakeholder Analysis
3. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych M.P.97.50.475 Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r.
4. Komunikat Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno - Społecznego oraz Komitetu Regionów: Sytuacja osób niepełnosprawnych w rozszerzonej unii europejskiej: europejski plan działania na lata 2006-2007. Komisja Wspólnot Europejskich. Bruksela. 2005.
5. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.
6. Orzecznictwo lekarskie o niezdolności do pracy w 1998 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Warszawa. 1999.
7. Raport z badań dotyczących zatrudnienia i sytuacji ekonomicznej w zakładach pracy chronionej w 2000 roku. PFRON. Warszawa. 2001.
8. Rozporządzenie ministra pracy i polityki socjalnej z dnia 21 sierpnia 1997 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stopniu niepełnosprawności, trybu postępowania przy orzekaniu oraz zakresu, składu i sposobu działania zespołów orzekających o stopniu niepełnosprawności (Dz. U. Nr 100, poz. 627).
9. Stan zdrowia i potrzeby osób niepełnosprawnych w Polsce w 1996 roku. GUS. Warszawa. 1997.
10. Stan zdrowia ludności Polski w 1996 roku. GUS. Warszawa. 1997.
11. Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku. GUS. Warszawa. 2006.
12. Stan zdrowia ludności Polski w przekroju regionalnym w 1996 roku. GUS. Warszawa. 1999.
13. Światowy Program Akcji na Rzecz Osób Niepełnosprawnych przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne ONZ z dnia 3.12.1982 r.
14. Ustawa z dnia 20 grudnia 2002 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. nr 03.7, poz. 79)
15. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. nr 99, poz. 1001, art. 49)
16. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.).
17. Ustawa z dnia 27 lipca 2002 r. o szczególnych warunkach sprzedaży konsumenckiej oraz o zmianie Kodeksu cywilnego. (Dz. U. 141 poz. 1176)

18. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. (Dz. U. nr 123, poz. 776)
19. Ustawa z dnia 28 czerwca 1996 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz. U. nr 100, poz. 461)
20. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=429&langId=en> - Komisja Europejska (European Commission), strona poświęcona problematyce niepełnosprawności, zatrudnienia, spraw socjalnych i równych szans (data dostępu: 23.06.2010)
21. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/introduction> - Eurostat, strona zawierająca statystyki dotyczące zdrowia (data dostępu: 23.06.2010)
22. <http://www.cdc.gov/nchs/citygroup.htm> - National Center for Health Statistics
23. <http://www.disabilityetiquette.com/market.html>
24. <http://www.dredf.org/international/lawindex.shtml> – lista najważniejszych aktów prawnych traktujących o dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność w ponad 80 krajach
25. http://www.mpips.gov.pl/_osobynepełnosprawne.php – pełny tekst "Standardowych zasad wyrównywania szans osób niepełnosprawnych" w polskiej wersji językowej
26. <http://www.niepełnosprawni.gov.pl/niepełnosprawnosci-w-liczbach/infostat> (data dostępu: 11.08.2010)
27. http://www.oecd.org/document/44/0,3343,en_2649_37407_2085228_1_1_1_37407,00.html - Organisation for Economic Co-operation and Development (data dostępu: 14.07.2010)
28. <http://www.who.int/en/> - Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organisation) (data dostępu: 23.06.2010)
29. <http://www.zsa.tcz.pl/unia/polityka.html> (data dostępu: 01.07.2010)
30. www.drc.gov.uk - Komisja ds. Praw Osób Niepełnosprawnych (The Disability Rights Commission) (data dostępu: 14.07.2010)

Spis Rysunków

Rys. 1.	Czynniki wpływające na zachowanie konsumenta <i>Źródło: opracowanie własne na podstawie (Kotler 2005)</i>	10
Rys. 2.	Czynniki wpływające na percepcję <i>Źródło: (Horovitz 2006)</i>	13
Rys. 3.	Model postępowania nabywców dóbr konsumpcyjnych wg. Katony <i>Źródło: (Kaczmarczyk 2007, s. 52)</i>	15
Rys. 4.	Model van Raaija postępowania nabywców dóbr konsumpcyjnych <i>Źródło: (Kaczmarczyk 2007, s. 54)</i>	16
Rys. 5.	Model „Black Box” <i>Źródło: opracowanie własne na podstawie (Nowak 1995)</i>	19
Rys. 6.	Model S-O-R <i>Źródło: A opracowanie własne na podstawie (Nowak 1995); B (Falkowski 2004, s.369–370)</i>	20
Rys. 7.	Model osobowości Freuda.....	21
Rys. 8.	Kognitywne modele zachowań konsumenckich <i>Źródło: opracowanie własne na podstawie (Jachnis, Terelak 1998)</i> ..	22
Rys. 9.	Informacyjny model zachowania konsumenta wg. Mullen i Johnsona <i>Źródło: (Mullen, Johnson 1990, s. 2)</i>	23
Rys. 10.	Elementy procesu komunikacji <i>Źródło: (Kotler 2005)</i>	24
Rys. 11.	Niezróżnicowane modele cybernetyczne <i>Źródło: opracowanie własne na podstawie (Jachnis, Terelak 1998)</i> ..	26
Rys. 12.	Jednoliniowe modele cybernetyczne <i>Źródło: opracowanie własne na podstawie (Jachnis, Terelak 1998)</i> ..	27
Rys. 13.	Cybernetyczny model zachowania konsumenta Howarda <i>Źródło: (Jachnis, Terelak 1998)</i>	28
Rys. 14.	Decyzyjny model zachowania się konsumenta wg. T. Sztuckiego <i>Źródło: (Jachnis, Terelak 1998)</i>	30
Rys. 15.	Decyzyjny model zachowania konsumenta wg. Rosanii <i>Źródło: (Jachnis, Terelak 1998)</i>	31
Rys. 16.	Model Andreasena postępowania konsumenta <i>Źródło: (Kaczmarczyk 2007)</i>	32
Rys. 17.	Model Nicosii zachowania konsumenta <i>Źródło: opracowanie własne na podstawie (Rudnicki 2004, s. 71)</i>	34
Rys. 18.	Model zachowania się konsumenta Engela, Kollata i Blackwella <i>Źródło: (Mullen, Johnson 1990, s. 7).</i>	35
Rys. 19.	Model zachowania się konsumenta wg J. Kalla <i>Źródło: (Kall 2002, s. 77)</i>	36
Rys. 20.	Model podejmowania decyzji zakupu w rodzinie <i>Źródło: (Rudnicki 2000, s. 233)</i>	38
Rys. 21.	Uproszczenie model zachowania nabywcy Ph. Kotlera <i>Źródło: Opracowanie własne (na podstawie Kotler 1994)</i>	40
Rys. 22.	Przebieg procesu motywacji <i>Źródło: (Griffin 1996, s. 458)</i>	44

Rys. 23. Zestawienie piramidy potrzeb Maslowa oraz podziału potrzeb wg teorii Alderfera ERG.....	47
Rys. 24. Zestawienie piramidy potrzeb Maslowa oraz podziału potrzeb wg zrewidowanej hierarchia potrzeb D. T. Kenrick, V. Griskevicius, S. L. Neuberg, M. Schaller <i>Źródło: opracowanie własne na podstawie (Kenrick i in. 2010, s. 293)</i>	48