

Joanna KONARSKA

### **Pozainwalidzkie czynniki stymulujące aktywność osób niepełnosprawnych**

Non-Invalidism Factors Stimulating the Activity of Handicapped People

Osoba niepełnosprawna to taka, u której występuje obniżenie (w stosunku do norm) sprawności organizmu, powodujące pewne ograniczenia i utrudnienia w wypełnianiu ról społecznych (Gałkowski, Kiwerski 1986).

Pojęcie to jest bardzo szerokie i obejmuje swym zakresem osoby zarówno o trwałej, jak i okresowej niepełnosprawności. Obejmuje również swym zasięgiem inwalidztwo jako „stan całkowitej lub częściowej, długotrwałej lub stałej utraty zdolności do pracy, wywołany chorobą lub kalectwem” (Wyszyńska 1987, s. 7).

W literaturze podkreśla się związek pomiędzy inwalidztwem a jego skutkami, zwłaszcza w sferze emocjonalnej.

Sytuacja niepełnosprawności może być przyczyną nadmiernego przeciążenia systemu regulacji i pociąga za sobą szereg reakcji o charakterze obronnym. Do takich mechanizmów obronnych należy zjawisko stresu i frustracji. Stres zaburza normalne życie jednostki, jest reakcją na grożące niebezpieczeństwa (Doroszevska 1981).

Empiryczną definicję stresu zaproponował Reykowski. Według autora trzy czynniki: zadanie, trudności i porażka obciążają system regulacji i mają wpływ na powstanie stresu. Są to czynniki powodujące zagrożenie i zakłócenie systemu regulacji, ponieważ zmuszają do innej działalności (Reykowski 1966).

Człowiek, żyjąc w środowisku społecznym, znajduje się w bardzo różnych sytuacjach. Dla osób niepełnosprawnych ważną rolę odgrywa aspekt poznawczy sytuacji, będącej dla jednostki sytuacją nową. Inwalidztwo wzroku na przykład ogranicza możliwości poznawcze przez redukcję bodźców wzrokowych, inwalidztwo narządów ruchu — przez trudności w przemieszczaniu się lub manipulowaniu przedmiotami. Nieadekwatny obraz sytuacji jest źródłem

niewłaściwego zachowania. Jest to z kolei przyczyną nowych, trudnych do rozwiązania problemów: jednostka nie akceptuje tej sytuacji i siebie w niej jako osoby niepełnosprawnej, co powoduje przykre napięcia emocjonalne.

Narastanie tego rodzaju trudności może powodować bądź postawy agresywne, roszczeniowe, bądź obronne wobec otoczenia. Taka postawa osoby niepełnosprawnej wywołuje odpowiedni oddźwięk społeczny, pojawienie się nowych trudności, które nasilają stres i powodują zakłócenie równowagi wewnętrznej i zewnętrznej (Larkowa 1987).

Wyniki badań, które zostaną niżej przedstawione, dotyczą tych elementów funkcjonowania człowieka, które mają wpływ na postawy wobec życia, otoczenia i siebie samego, a tym samym ułatwiają lub utrudniają relacje ze środowiskiem społecznym.

Jak już wspomniano, warunkiem podjęcia decyzji o sposobie działania jest obraz sytuacji, w jakiej człowiek się znajduje oraz ocena siebie samego, czyli element obrazu własnej osoby. Jest to wynik samozapoznania i samowartościowania, a więc usytuowania siebie w skali wartości. Podwyższenie lub spadek poczucia własnej wartości jest ściśle związany z efektem działania i uznaniem ze strony społeczeństwa. Powodzenie powoduje stawianie sobie trudniejszych zadań, wzrost ambicji, a tym samym lepsze samopoczucie psychiczne. Sprzyja to tworzeniu pozytywnego obrazu siebie samego i pozytywnej ocenie życia: człowiek odnajduje celowość i sens swojego życia aktywnie w nim uczestnicząc (Tomaszewski 1982, Popielski 1987).

Zdaniem Rogersa, funkcjonowanie psychiczne jednostki jest wyznaczone nie tyle przez bodźce, ile przez ich indywidualną percepcję. Wszelkie bowiem bodźce oddziałują na człowieka przez obraz siebie, który nadaje bodźcom każdorazowo indywidualne znaczenie (Rogers, Kinget 1965, s. 179).

Jeśli przyjmiemy punkt widzenia Rogersa, wszystkie elementy warunkujące aktywność człowieka muszą przejść przez filtr osobowy, który wyznacza kierunek działania. Ponieważ obraz siebie jest tym filtrem, poznanie go pomoże zrozumieć mechanizm aktywności ludzkiej. Integralną częścią obrazu siebie jest poczucie własnej wartości i samoakceptacja. Wright podkreśla, że w przypadku kalectwa fizycznego, gdy wygląd i funkcje ciała rzutują na ocenę swoich możliwości, akceptacja własnego zniekształconego ciała jest warunkiem zaakceptowania własnej osoby (Wright 1965).

Zarówno samoocena, jak i samowartościowanie są związane z systemem wartości, który człowiek przyjął i zaakceptował. Wartości jednak są efektem rozwoju osobowości i przyjmowania oraz każdorazowo indywidualnego przetwarzania bodźców pochodzących ze środowiska społecznego. W tym procesie olbrzymią rolę odgrywają oddziaływania wychowawcze, warunki życia i własne doświadczenia.

Aktywność człowieka zawsze wiąże się ze stawianiem i osiągnięciem celów, z realizacją potrzeb i samorealizacją.

Obuchowski łączy prawidłowe funkcjonowanie człowieka z zaistnieniem w jego działalności życiowej takich wartości, które są lub mogą zostać uznane przez niego za nadające sens życiu. Sens życia określa jako potrzebę sensu i jednocześnie cechę człowieka (Obuchowski 1983).

Psychologowie uznający filozoficzną naturę człowieka (May, Frankl) twierdzą, że człowiek tworzy siebie przez własne decyzje i wolny wybór stylu życia oraz systemu wartości. Frankl dodaje, że własna egzystencja jest sensownym realizowaniem się własnego „ja” w otaczającej rzeczywistości (Frankl 1971).

Wobec tych rozważań teoretycznych, do charakterystyki czynników stymulujących aktywność człowieka przyjęto następujące wskaźniki: obraz własnej osoby, poczucie własnej wartości, system preferowanych wartości, poziom poczucia sensu życia.

Te właśnie problemy były przedmiotem badań nad ludźmi niepełnosprawnymi w różnych grupach wiekowych (młodzież i dorośli) i z różnego typu inwalidztwem fizycznym (inwalidztwo wzroku, narządów ruchu; nabyte i wrodzone).

Wszystkie badane osoby były sprawne pod względem umysłowym, a więc miały możliwość prawidłowej intelektualnej oceny swojej sytuacji.

Osoby niepełnosprawne były porównywane z osobami pełnosprawnymi w zakresie wymienionych tu czynników oraz grupowo między sobą.

Badania były przeprowadzone etapami, a ich celem nie było wyznaczenie poziomu aktywności ani czynników ją warunkujących. Niemniej jednak znalazły się w nich dane interesujące nas ze względu na podjęty obecnie problem. Wyniki są wyciągiem z różnych badań, dlatego dla przejrzystości zostaną ujęte w poszczególnych częściach.

#### CHARAKTERYSTYKA OSÓB BADANYCH I METODOLOGIA BADAŃ

Badaniom poddane zostały następujące osoby:

- z nabytym inwalidztwem wzroku i narządów ruchu w wieku 18-35 lat
- z inwalidztwem wzroku od urodzenia lub od wczesnego dzieciństwa w wieku 15-17 i 20-25 lat.

Wszystkie osoby niepełnosprawne były zakwalifikowane do I grupy inwalidztwa.

W pierwszym etapie badań porównywano osoby z nabytym inwalidztwem wzroku i narządów ruchu oraz pełnosprawne przy użyciu następujących metod:

- ACL Gougha i Heilburna (obraz siebie, poziom samoakceptacji);
- Kwestionariusz wartości Rokeacha (system preferowanych wartości);
- Skala badania obrazu własnej osoby Fitssa (poczucie własnej wartości).

Badaniom poddano po 30 osób z każdej grupy inwalidzkiej i 30 osób pełnosprawnych.

Analizowano również motywacje, od których zależy ogólny stopień samoakceptacji u osób z nabytym inwalidztwem narządów ruchu. 45 osób z uszkodzeniami kończyn górnych i dolnych, poruszających się na wózku i samodzielnie badano równoległe wspomnianą już skalą ACL oraz SQ Brzezińskiego. Metody te potraktowane zostały jako wzajemnie weryfikujące się i uzupełniające. Test SQ Brzezińskiego pozwala na ocenę właściwości emocjonalno-motywacyjnych, intelektualnych, wyglądu fizycznego i kontaktów z innymi ludźmi. Ponadto badano poziom poczucia sensu życia przy pomocy testu PLT Crumbaugh'a i Maholicka jako wyraz samoakceptacji.

Ostatni etap czynników stymulujących aktywność osób niepełnosprawnych jest poświęcony młodzieży z inwalidztwem wzroku. Wyniki były porównywane z danymi uzyskanymi przez młodzież pełnosprawną w analogicznych grupach wiekowych (15-17 i 20-25 lat). W każdej grupie wiekowej było po 30 niepełnosprawnych i 30 pełnosprawnych osób.

Badając poziom poczucia sensu życia testem PLT oraz system preferowanych wartości — kwestionariuszem Allporta, Vernona i Lindzeya, uzyskano odpowiedź na pytanie, w jakiej mierze uznawane wartości i poczucie sensu życia przyczyniają się do akceptacji życia w warunkach inwalidztwa.

#### SAMOAKCEPTACJA, POCZUCIE WŁASNEJ WARTOŚCI I SYSTEM WARTOŚCI W NABYTUM INWALIDZTWIE WZROKU I NARZĄDÓW RUCHU

Postawiono trzy zasadnicze pytania:

1. Czy istnieją różnice w rozbieżności między „ja” realnym i „ja” idealnym u osób z inwalidztwem narządów ruchu, wzroku i pełnosprawnych?
2. Czy istnieją różnice w preferowanych wartościach u osób z inwalidztwem wzroku, narządów ruchu i pełnosprawnych?
3. Czy istnieje zgodność między stopniem samoakceptacji a globalnym wskaźnikiem poczucia własnej wartości u osób badanych?

Spodziewano się, że wystąpi większa rozbieżność między „ja” idealnym i „ja” realnym u osób z inwalidztwem narządów ruchu niż u osób pełnosprawnych.

W celu zweryfikowania tej hipotezy obliczono średnie rozbieżności między „ja” realnym a „ja” idealnym oddzielnie dla obu grup, a następnie za pomocą testu F. Fishera-Snedecora w postaci:

$$F = \frac{S_1^2}{S_2^2} \quad \text{dla } S_1 > S_2$$

gdzie:  $S_1^2$ ,  $S_2^2$  — wariancje wyników.

Istotność różnic między średnimi sprawdzono dla każdej wartości oddzielnie za pomocą testu t-Studenta w postaci:

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2 + S_2^2}{n-1}}}$$

gdzie:  $\bar{x}_1, \bar{x}_2$  — średnie obu grup badanych

$S_1^2, S_2^2$  — wariancje wyników

$n$  — liczebność grup.

Na poziomie istotności 0,05 dla określonego stopnia swobody  $df$  i dla  $n=30$  odczytano wartość krytyczną  $t$ :

— dla wariancji jednorodnych, dla  $df = 2n - 2 : t = \pm 2,00$

— dla wariancji niejednorodnych, dla  $df = n - 1 : t = \pm 2,045$ .

Tab. 1. Współczynnik rozbieżności między „ja” realnym a „ja” idealnym dla wszystkich grup  
The correlation of divergence between real “I” and ideal “I” for all the groups

Nr osoby	Inwalidzi ruchu	Inwalidzi wzroku	Osoby pełnosprawne
1	6,32	7,08	8,31
2	16,21	10,42	9,69
3	10,10	10,75	12,92
4	6,68	10,97	9,57
5	4,26	7,96	9,80
6	5,22	5,08	16,92
7	10,02	6,09	15,25
8	10,81	4,78	10,66
9	8,40	8,87	9,40
10	13,79	10,01	6,65
11	8,75	6,99	8,38
12	7,75	12,04	7,92
13	13,34	5,66	7,29
14	13,05	19,58	6,06
15	8,60	23,83	6,87
16	9,35	8,97	7,23
17	10,36	11,20	5,97
18	7,29	6,01	6,96
19	11,56	9,63	6,16
20	9,59	5,04	10,47
21	12,99	6,12	9,20
22	6,89	8,03	7,79
23	8,36	6,09	6,68
24	12,73	7,68	12,03
25	14,77	10,20	9,65
26	9,32	6,01	8,00
27	5,88	5,47	3,91
28	17,20	8,39	3,85
29	15,97	8,95	4,68
30	13,43	8,27	4,79

Dla inwalidów narządu ruchu wariancje okazały się jednorodne.

Otrzymany współczynnik t-Studenta wynosi 2,25. Rozbieżność między „ja” idealnym a „ja” realnym jest większa u osób z inwalidztwem narządów ruchu niż u osób pełnosprawnych. Świadczy to o tym, że osoby niepełnosprawne ruchowo akceptują siebie w mniejszym stopniu niż osoby bez inwalidztwa.

Czy podobnie wyglądały wyniki badań osób z inwalidztwem wzroku i osób pełnosprawnych?

Procedura obliczania wyników była analogiczna, jak poprzednio. Na poziomie istotności 0,05 odczytano dla wariancji niejednorodnej wartość krytyczną  $t=2,045$ . Otrzymany współczynnik t-Studenta ma wartość  $t=0,606$ .

Wobec rozbieżności między „ja” realnym i „ja” idealnym u osób z inwalidztwem wzroku nie różni się istotnie od rozbieżności między tymi aspektami „ja” u osób pełnosprawnych. Jest to zgodne z wynikami uzyskanymi przez innych badaczy (Jervis 1959, Palak 1988).

Brak statystycznie istotnych różnic w rozbieżności między „ja” idealnym i „ja” realnym u osób z inwalidztwem wzroku i osób z inwalidztwem narządu ruchu świadczy o tym, że przeciętny stopień samoakceptacji w obu grupach jest taki sam i że osoby te spostrzegają siebie w takim samym świetle ( $t=1,346$ ). Oznacza to jednak, że poziom samooceny osób z inwalidztwem wzroku musiał być niższy od poziomu samooceny osób pełnosprawnych, chociaż statystycznie nie dało to widocznych różnic.

Jak wobec tego przedstawia się system wartości preferowanych przez badane grupy osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych?

Skala wartości Rokeach, którą przeprowadzono badania, pozwala na wyróżnienie dwóch podstawowych grup wartości:

- ostateczne — stanowiące o najwyższych, ostatecznych celach jednostki;
- instrumentalne — określające preferowane sposoby zachowania jednostki, dążącej do osiągnięcia celów.

Wyniki wskazują, że osoby z inwalidztwem narządu ruchu cenią wyżej niż pełnosprawni takie wartości ostateczne, jak: bezpieczeństwo narodowe, poczucie dokonania i równość, a wśród wartości instrumentalnych: ambicję, czystość, logikę, odwagę, posłuszeństwo.

Z kolei osoby z inwalidztwem wzroku cenią wyżej niż osoby pełnosprawne bezpieczeństwo narodowe i równość spośród wartości ostatecznych oraz ambicję, czystość, logikę, odwagę, bycie pomocnym, posłuszeństwo i uczciwość spośród wartości instrumentalnych.

Między obiema grupami niepełnosprawnych wystąpiło kilka istotnych statystycznie różnic. Dotyczyły one bezpieczeństwa narodowego, które wyżej cenili inwalidzi narządu ruchu oraz równości cenionej wyżej przez inwalidów wzroku. Pozostałe wartości ostateczne były cenione jednakowo.

Natomiast wśród wartości instrumentalnych, inwalidzi wzroku wyżej cenili odpowiedzialność i uczciwość, inwalidzi narządów ruchu — czystość i pogodę ducha.

Tab. 2. Istotność różnic między średnimi dla wartości ostatecznych  
The importance of differences between the mean figures for particular values

Wartości ostateczne	Inw. n. ruchu	Inw. wzroku	Pełnosprawni	t-Stud. dla inw. n. ruchu	t-Stud. dla inw. wzroku	t-Stud. dla obu grup inw.
Bezpieczeństwo narodowe	6,90	9,60	13,53	-7,247	-3,930	-2,367
Dojrzała miłość	8,07	6,53	2,70	6,063	3,930	nieistotna
Poczucie dokonania	11,03	12,97	14,33	-2,919	nieistotna	nieistotna
Poczucie własnej godności	8,23	6,90	5,83	2,282	nieistotna	nieistotna
Przyjemność	11,77	15,00	10,53	nieistotna	-5,427	nieistotna
Równość	10,00	9,40	12,60	-2,292	-2,855	3,562
Szczęście	9,37	7,56	5,70	4,087	nieistotna	nieistotna
Wolność	9,73	8,60	7,53	2,207	nieistotna	nieistotna

Tab. 3. Istotność różnic między średnimi dla wartości instrumentalnych  
The significance of differences between the average figures for instrumental values

Wartości instrumentalne	Inw. n. ruchu	Inw. wzroku	Pełnosprawni	t-Stud. dla inw. n. ruchu	t-Stud. dla inw. wzroku	t-Stud. dla obu grup inw.
Ambitny	7,17	6,83	11,87	-4,316	-5,750	nieistotna
Czysty	6,60	9,33	11,50	3,762	-2,170	-2,054
Intelektualista	11,27	12,67	9,33	nieistotna	2,542	nieistotna
Logiczny	10,20	9,23	12,60	-2,101	-3,373	nieistotna
Niezależny	7,83	9,90	6,90	nieistotna	2,162	nieistotna
Obdarzony wyobraźnią	12,30	13,10	5,53	6,340	7,407	nieistotna
Odpowiedzialny	7,50	4,13	3,63	4,243	nieistotna	-3,902
Odważny	9,76	9,57	12,00	-2,128	-2,084	nieistotna
O szerokich horyzontach	11,23	11,50	7,23	4,061	3,788	nieistotna
Pogodny	11,50	13,17	11,23	nieistotna	1,589	-2,109
Pomocny	8,47	8,30	10,47	nieistotna	2,183	nieistotna
Posłuszny	12,53	14,07	17,03	-4,497	3,352	nieistotna
Uczciwy	6,93	3,00	4,90	nieistotna	2,474	4,134
Uzdolniony	13,17	11,80	8,90	-3,663	2,019	nieistotna

Wartości najwyżej cenione otrzymują w teście najniższą rangę liczbową.

Przy porównaniu obu grup osób niepełnosprawnych z pełnosprawnymi powtarzała się wysoka ocena bezpieczeństwa narodowego i równość, a inwalidzi narządów ruchu cenili dodatkowo poczucie dokonania. Są to wartości, które dają poczucie bezpieczeństwa osobistego i stwarzają warunki efektywnego działania. Charakterystyczne są wartości instrumentalne, które niepełnosprawni cenią wysoko, pomagają im bowiem realizować siebie: ambicja, logika, odwaga, czystość (istotna przy braku wzroku i przy niesprawności ruchowej) oraz posłuszeństwo, które może być odpowiedzią na oczekiwania otoczenia. Inwalidzi wzroku cenią również uczciwość i bycie pomocnym, co świadczy o ich prospołecznym nastawieniu.

Większość wartości ostatecznych i instrumentalnych była oceniana na jednakowym poziomie przez niepełnosprawnych, co świadczy o zbieżności celów i metod ich osiągnięcia (wartości instrumentalne).

Z ogólnego systemu wartości wynika sposób wartościowania własnej osoby.

Ponieważ pojęcia samoakceptacji i poczucia własnej wartości są bardzo zbliżone, zmierzona została korelacja między poczuciem własnej wartości (wynik otrzymany ze Skali Fitssa) i stopniem samoakceptacji (rozbieżność między „ja” realnym i „ja” idealnym w skali ACL).

Zastosowano współczynnik korelacji  $n$  — Pearsona dla danych pierwotnych w postaci:

$$r_{xy} = \frac{n \sum_{i=1}^n x_i y_i - \sum_{i=1}^n x_i \cdot \sum_{i=1}^n y_i}{\left[ n \sum_{i=1}^n x_i - \left( \sum_{i=1}^n x_i \right)^2 \right] \left[ n \sum_{i=1}^n y_i - \left( \sum_{i=1}^n y_i \right)^2 \right]}$$

gdzie:  $x_i, y_i$  — pierwotne wartości zmiennych

$n$  — liczba korelujących ze sobą par.

Otrzymany współczynnik korelacji ma wartość krytyczną  $r_{xy}=0,3324$  dla osób z inwalidztwem wzroku i  $r_{xy}=0,4424$  dla osób z inwalidztwem wzroku.

Za pomocą statystyki  $t$  w postaci:

$$t = \frac{r_{xy}}{\sqrt{1-r_{xy}}} \sqrt{n-2}$$

gdzie:  $r_{xy}$  — współczynnik korelacji obliczony z próby

$n$  — liczebność próby.

Sprawdzono istotność współczynnika korelacji  $r_{xy}$  Pearsona. Otrzymana wartość krytyczna  $t$  wynosi 2,048 na poziomie istotności 0,05 dla stopnia swobody  $df = n - 2$  i  $n = 30$ .

Poziom poczucia własnej wartości mierzono za pomocą globalnego wskaźnika pozytywnego w Skali badanego obrazu własnej osoby Fitssa. Im wskaźnik jest wyższy, tym wyższy jest poziom poczucia własnej wartości. Dla inwalidów narządu ruchu wskaźnik poczucia własnej wartości (9301) jest niższy niż dla inwalidów wzroku (9782). Oznacza to, że osoby z inwalidztwem wzroku mają wyższe poczucie własnej wartości niż osoby z inwalidztwem narządu ruchu.

U osób z inwalidztwem narządu ruchu występuje też mała zależność między stopniem samoakceptacji a poziomem poczucia własnej wartości ( $t=1,865$ ). Oznacza to, że osoby z inwalidztwem narządu ruchu mogą mieć duże poczucie własnej wartości, chociaż nie akceptują siebie jako osób niepełnosprawnych.

Z porównania osób niepełnosprawnych i inwalidów narządu ruchu wynika, że niepełnosprawni akceptują siebie w mniejszym stopniu niż pełnosprawni. Nie musi to być przeszkodą w posiadaniu wysokiego poczucia własnej wartości.

Z kolei porównania osób z inwalidztwem wzroku pod względem zgodności między stopniem samoakceptacji a poziomem poczucia własnej wartości daje wynik odmienny: istnieje istotna zależność pomiędzy stopniem samoakceptacji a poziomem poczucia własnej wartości ( $t=2,61$ ). Oznacza to, że wyższe poczucie własnej wartości jest związane z mniejszą rozbieżnością między „ja” realnym i „ja” idealnym u inwalidów wzroku. Poziom samoakceptacji inwalidów wzroku był zbliżony do osób pełnosprawnych; inwalidzi narządu ruchu spostrzegali siebie bardziej niekorzystnie w porównaniu z pełnosprawnymi.

Uzyskane wyniki mogą sugerować, że różnice w poczuciu własnej wartości są spowodowane rodzajem inwalidztwa. Duży jednak wpływ na poczucie własnej wartości ma akceptacja inwalidztwa, ale akceptacja rozumiana nie jako rezygnacja wobec trudności życiowych, lecz jako rozszerzenie zakresu wartości, uznanie strony fizycznej za wartość drugorzędną, uznanie i zaakceptowanie własnych wartości (Wright 1965).

Sposób wartościowania siebie wynika z systemu wartości preferowanych przez daną osobę.

Jak już stwierdzono, hierarchia wartości w obu grupach inwalidzkich jest zbliżona, a więc niższe poczucie własnej wartości u inwalidów narządu ruchu nie jest bezpośrednim efektem systemu preferowanych wartości.

Zastanówmy się wobec tego, jakie jeszcze czynniki mogą wpływać na samoakceptację i samowartościowanie osób z inwalidztwem narządu ruchu.

Jakościowa analiza warunków życia daje pewne wyjaśnienie zagadnienia: większość osób z inwalidztwem narządów ruchu nie miała własnych rodzin (współmałżonków, dzieci) i nie pracowała zawodowo, będąc na rencie albo dopiero zdobywając zawód.

Z kolei osoby z inwalidztwem wzroku w większości pracowały i miały własne rodziny. Miały więc one ciągły kontakt z osobami zdrowymi, niejako wymuszony przez samodzielne życie wśród nich i ciągłą konfrontację. Można więc przypuszczać, że właśnie te środowiskowe czynniki w większej mierze niż sam

fakt inwalidztwa wpływają na poziom samoakceptacji i poczucia własnej wartości.

Potwierdzeniem powyższych rozważań są wyniki badań nad inną grupą osób z nabytym inwalidztwem narządów ruchu.

#### AKCEPTACJA SIEBIE W NABYTYM INWALIDZTWIE NARZĄDÓW RUCHU

Analizowano ogólny stopień samoakceptacji oraz jego zależność od: właściwości fizycznych (wygląd zewnętrzny, sprawność, wydolność fizyczna, aktywność seksualna), właściwości społecznych (kontakty z innymi ludźmi, zależność od innych, stosunek do otoczenia społecznego), właściwości intelektualnych (poziom ogólnej sprawności umysłowej, zdolności, umiejętności), właściwości emocjonalno-motywacyjnych (cechy regulowania emocjonalnego, poziom aspiracji, stosunek do siebie) oraz od poziomu poczucia sensu życia.

Poziom samoakceptacji określony przez współczynnik korelacji pomiędzy „ja” realnym i „ja” idealnym. Został obliczony dwukrotnie dla każdej osoby: w Teście przymiotnikowym ACL i w SQ Brzezińskiego.

W wyniku analizy danych okazało się, że stopień samoakceptacji jest niski, gdy:

- 1) występuje niski poziom oceny własnego wyglądu fizycznego,
- 2) kontakty z innymi ludźmi są oceniane jako negatywne,
- 3) występuje niski poziom poczucia sensu życia.

W świetle tych badań nasuwa się wniosek, że przystosowanie do inwalidztwa jest procesem dynamicznym, zależnym od wielu czynników. Brak akceptacji własnego stanu spowodowany jest przez:

— zahamowanie lub ograniczenie aktywności społecznej, wyrażające się w ograniczeniu naturalnych potrzeb i tendencji człowieka do poznawania świata i kontaktów społecznych,

— ograniczenie funkcjonowania związane ze sferą przeżyć fizycznych,

— niskie poczucie sensu własnego istnienia.

#### POZIOM POCZUCIA SENSU ŻYCIA I SYSTEM PREFEROWANYCH WARTOŚCI U INWALIDÓW WZROKU

Postawiono pytanie o zależność między wiekiem a poziomem poczucia sensu życia zarówno u osób z inwalidztwem wzroku, jak i u osób widzących.

W tym również kontekście badano system wartości, jako przejaw ustosunkowania się do rzeczywistości na różnych etapach życia oraz zależności między poziomem poczucia sensu życia i preferowanymi wartościami.

Z badań wynika, że zależność między wiekiem a poziomem poczucia sensu życia występuje tylko u osób z inwalidztwem wzroku.

Tab. 4. Wykaz zależności między poczuciem sensu życia i wiekiem w grupach badawczych i porównawczych

A list of relations between the feeling of the sense of living and age in research and control groups

Grupy badane	$r_{\text{H}}$	t	Istotność statystyczna
Młodzież 15–17 lat z inwalidztwem wzroku	1–2=0,33	t=2,66	0,01
Studenci 20–25 lat z inwalidztwem wzroku	2–4=0,8	1=0,61	nieistotna statystycznie
Młodzież 15–17 lat widząca	1–3=0,18	t=1,394	nieistotna statystycznie
Studenci 20–25 lat widzący	3–4=0,21	t=1,635	nieistotna statystycznie

gdzie:  $r_{\text{H}}$  – współczynnik korelacji dwuseryjnej  $df=60$ ,t – t-Studenta  $t_{0,05}=2,00$ ,  $t_{0,01}=2,66$ .Przyjęto: gdy  $t \geq t_{\alpha}$  to zachodzi zależność istotna statystycznie.Tab. 5. Średnie wyniki poziomu poczucia sensu życia  
Mean results for the level of feeling the sense of living

Osoby badane	$\bar{x}$	s
Młodzież 15–17 lat z inwalidztwem wzroku	29,0	7,556
Młodzież 20–25 lat z inwalidztwem wzroku	33,3	6,619
Młodzież 15–17 lat widząca	31,6	4,806
Młodzież 20–25 lat widząca	33,0	3,337

gdzie:  $\bar{x}$  – średnie wyniki, s – odchylenie standardowe.

Młodzież 15–17-letnia uzyskała niższą średnią i większe rozproszenie wyników w teście PLT niż młodzież widząca w tym samym wieku. Rozproszenie wyników mówi o tym, że wśród badanych byli tacy, którzy mieli wysoki i bardzo niski poziom poczucia sensu życia. Dało to w efekcie niską średnią ogólną dla całej grupy niewidzących.

Prawdopodobnie można to tłumaczyć tym, że w okresie dojrzewania cechy fizyczne i możliwości realizacji potrzeb spełniają istotną rolę w kształtowaniu obrazu samego siebie. Inwalidztwo utrudnia realizację potrzeb szczególnie ważnych w okresie dojrzewania nie tyle przez sam fakt inwalidztwa, ile przez bariery natury społecznej, a w konsekwencji dopiero psychicznej. W rezultacie — niepowodzenia w działaniu zniechęcają do dalszych wysiłków, wyostrowany w tym wieku krytycyzm i wrażliwość na własne cechy fizyczne mogą spowodować ogólne obniżenie poziomu aktywności, a brak satysfakcji z własnego działania obniża jego wartość i niekorzystnie odbija się na ocenie sensu własnego istnienia.

Osoby 20–25-letnie z inwalidztwem wzroku mają podobny poziom poczucia sensu życia, jak ich widzący rówieśnicy. Rozproszenie wyników w teście PLT i tym razem było większe wśród niepełnosprawnych, bo zdarzało się i bardzo

niskie, i bardzo wysokie poczucie sensu życia. Widzący studenci mieli ogólnie średni poziom poczucia sensu życia: nie było osób z wyraźnie dużym lub wyraźnie małym poczuciem sensu istnienia.

Ogólnie jednak należy stwierdzić, iż wraz z wiekiem wzrasta poziom poczucia sensu życia u osób z inwalidztwem wzroku i u widzących.

Badano również system wartości młodzieży z inwalidztwem wzroku i bez inwalidztwa, ale tym razem nie było rozróżnienia na grupy wiekowe, bo system wartości utrwalony w okresie dojrzewania nie zmienia się zasadniczo w późniejszym wieku, będąc integralną częścią osobowości, która również jest już w tym okresie ukształtowana w jej podstawowym zarysie.

Średnie wyniki uzyskane w Teście postaw wartościujących Allporta, Vernona i Lindzeya przedstawia tabela 6.

Tab. 6. Średnie wyniki postaw wartościujących  
Mean results obtained in the test of valuation attitudes

Grupy badane	Postawy wartościujące					
	teoret.	ekon.	estet.	społ.	polit.	relig.
Osoby z inwalidztwem wzroku	41,083	39,192	40,717	42,752	35,158	39,87
Osoby widzące	39,666	34,458	42,433	42,808	34,817	45,64

Wyszczególnione postawy są wynikiem badań testem postaw wartościujących Allporta, Vernona i Lindzeya, który to test oparty jest na typologii wartości Sprangera (Spranger 1965, Bielecki 1983).

Następnie obliczono istotność różnic między postawami w grupie badawczej i porównawczej, co obrazuje tabela 7.

Tab. 7. Istotność różnic między postawami  
The importance of differences in the attitudes

Nazwy postaw	t	Istotność statystyczna
Teoretyczna	1,252	nieistotne
Ekonomiczna	3,763	istotne na poziomie ufnosci 0,01
Estetyczna	1,264	nieistotne
Społeczna	0,067	nieistotne
Polityczna	0,276	nieistotne
Religijna	3,529	istotne na poziomie ufnosci 0,01

gdzie: t – t-Studenta,  $t_{0,05} = 1,980$ ,  $t_{0,01} = 2,617$ ,  $df = 120$ .

Przyjęto, gdy  $t \geq t_{\alpha}$ , to zachodzi różnica istotna statystycznie.

Patrząc na te tabele widać, że osoby z inwalidztwem wzroku mają inny system preferowanych wartości niż osoby pełnosprawne. Wartościami najwyższymi dla osób z inwalidztwem wzroku są wartości społeczne.

Allport charakteryzuje człowieka społecznego jako takiego, który żyje nie bezpośrednio przez siebie samego i dla siebie samego, lecz przez drugich. Cechuje go miłość do innych osób, a w stosunku do wartości ekonomicznych i estetycznych człowiek ten okazuje obojętność. Zasada ekonomiczna zostaje przełamana przez zasadę charytatywną.

Na drugim miejscu inwalidzi wzroku umieścili wartości teoretyczne, najmniejsze zaś znaczenie mają dla nich wartości polityczne.

Przypisywanie przez mnie dużego znaczenia wartościom teoretycznym wynika prawdopodobnie z konieczności kompensowania braków widzenia pracą intelektu. Stąd nastawienie umysłu na rozróżnianie i utożsamianie, są to bowiem wartości niezbędne do prawidłowego funkcjonowania osób niewidzących.

Jeśli porównamy wcześniej przedstawione wyniki badań nad systemem wartości osób z nabytym inwalidztwem wzroku i narządów ruchu, uwidoczni się pewne podobieństwo: osoby z inwalidztwem wzroku ceniły wartości o charakterze prospołecznym: bezpieczeństwo narodowe, równość, uczciwość, ambicję, ale także logiczne myślenie, które ma związek z obecnie wyodrębnionymi wartościami teoretycznymi. Podobne zresztą wyniki otrzymali inwalidzi narządu ruchu.

Jest to fakt godny podkreślenia, badania były bowiem przeprowadzone odmiennymi metodami, a mimo to ogólne wyniki są zbliżone.

Osoby widzące natomiast ceniły najwyżej wartości religijne, co Allport charakteryzuje jako tendencję do oceny wszystkich wartości nie dla siebie samych, lecz w kontekście sensu i wartości całego życia oraz poszukiwania wartości naczelnej. Dopiero na drugi plan wysuwają się wartości społeczne i estetyczne, z minimalną jednak przewagą wartości społecznych.

W dalszym ciągu badań próbowano odpowiedzieć na pytanie, czy poczucie sensu życia ma związek z badanymi postawami wartościującymi.

Obliczono w związku z tym korelacje dla poszczególnych postaw wartościujących i poczucia sensu życia w obu grupach — inwalidów wzroku i osób widzących. Następnie porównywano  $r$  (korelacje) z obliczeń z  $r$  w tablicach na poziomie ufności 0,1 przy  $df = 60$ . Wyniki ilustrują tabele 8 i 9.

Z badań wynika, że w grupie osób z inwalidztwem wzroku istotna statystycznie zależność dotyczy postawy estetycznej. Oznacza to, że u inwalidów wzroku wzrost poczucia sensu życia wiąże się z uśłowianiem nadania pewnego wyrazu wszystkim przeżywanym przez siebie wartościom.

U osób widzących wzrost poczucia sensu życia wiąże się z obniżeniem wartości reprezentowanych przez postawę teoretyczną i ze wzrostem wartości reprezentowanych przez postawę społeczną.

Tab. 8. Zależność między preferowanymi wartościami a poczuciem sensu życia w grupie badawczej  
The relation between the preferred values and the feeling of the sense of living in the research group

Rodzaj zależności	r	Istotność statystyczna
Wartość teoretyczna poczucia sensu życia	-0,102	nieistotna
Wartość ekonomiczna poczucia sensu życia	-0,7	nieistotna
Wartość estetyczna poczucia sensu życia	0,227	istotna na poziomie ufności 0,1
Wartość społeczna poczucia sensu życia	-0,111	nieistotna
Wartość polityczna poczucia sensu życia	0,0097	nieistotna
Wartość religijna poczucia sensu życia	-0,03	nieistotna

$r_{0,1} = 0,2108$ ,  $df = 60$ .

Przyjęto, gdy  $r \geq r_{\alpha}$ , to zachodzi zależność istotna statystycznie.

Tab. 9. Zależność między preferowanymi wartościami a poczuciem sensu życia w grupie porównawczej

The relation between the preferred values and the feeling of the sense of living in the comparative group

Rodzaj zależności	r	Istotność statystyczna
Wartość teoretyczna poczucia sensu życia	-0,2134	istotna na poziomie ufności 0,1
Wartość ekonomiczna poczucia sensu życia	-0,106	nieistotna
Wartość estetyczna poczucia sensu życia	0,064	nieistotna
Wartość społeczna poczucia sensu życia	0,1916	tendencja do istotności statystycznej na poziomie ufności 0,1
Wartość polityczna poczucia sensu życia	0,123	nieistotna
Wartość religijna poczucia sensu życia	-0,016	nieistotna

$r_{0,1} = 0,2108$ ,  $df = 60$ .

Przyjęto, gdy  $r \geq r_{\alpha}$ , to zachodzi zależność istotna statystycznie.

Zależności te i różnice nie są jednak czynnikami w jakiś sposób dyskryminującymi którąkolwiek z grup. Wskazują jedynie na fakt, że sens życia osób niewidzących realizuje się na podstawie innych wartości niż u pełnosprawnych, a najważniejsze jest jednak to, że wiara w sens życia istnieje. Jeśli natomiast inwalidztwo stawało się przyczyną poszukiwania innych doznań i reorganizacji systemu wartości — dokonała się jego akceptacja, ale nie rezygnacja z życia.

## WNIOSKI

Przegląd przeprowadzonych badań obejmuje szeroki wachlarz problemów, które wydają się istotne dla aktywności człowieka w otoczeniu. Odniesienie

wyników osób niepełnosprawnych do wyników uzyskanych przez osoby bez inwalidztwa pozwala na określenie, w jakim stopniu i czy w ogóle ludzie niepełnosprawni i pełnosprawni różnią się pod względem widzenia siebie samego, wyboru wartości, które ukierunkowują aktywność i pod względem oceny swojego życia.

Wnioski nasuwały się same podczas analizy wyników. Okazuje się bowiem, że różnice nie są duże albo w ogóle ich nie ma, a jeśli występują, to tylko wtedy, gdy wyrażają lub ułatwiają inny sposób realizowania swoich potrzeb. Przy tym należy zaznaczyć, że owe wynikające z uznawanych wartości potrzeby nie różnią się zasadniczo od potrzeb ludzi pełnosprawnych. W większości, różnice dają się tłumaczyć warunkami życia osób niepełnosprawnych, ale nie są bezpośrednim skutkiem inwalidztwa: czasem tylko wiążą się z obiektywnymi ograniczeniami z powodu inwalidztwa. Często jednak różnice, jakie występują w wartościach czy w sposobie widzenia własnego życia są wyborem właściwej, możliwej do realizacji — w warunkach konkretnego inwalidztwa — drogi postępowania. W ten sposób nabierają one cech elementu twórczego w aktywności osób niepełnosprawnych.

#### BIBLIOGRAFIA

- Bielecki J., *Wybrane metody badania postaw wartościujących i religijnych* [w:] S. Siek (red.), *Wybrane metody badania osobowości*, Warszawa 1983.
- Doroszewska J., *Pedagogika specjalna*, Wrocław 1981.
- Frankl V. E., *Homo patiens*, Warszawa 1971.
- Galkowski T., Kiwerski J., (red.), *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji*, Warszawa 1986.
- Jervis F. M., *A Comparison of Self-Concepts of Blind and Sighted Children* [w:] C. J. Davis (red.), *Guidance Programs for Blind Children*, New York 1959.
- Larkowa H., *Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne*, Warszawa 1987.
- May R., *Psychologia i dylemat ludzi*, Warszawa 1978.
- Obuchowski K., *Psychologia dążeń ludzkich*, Warszawa 1983.
- Popielski K. (red.), *Człowiek — pytanie otwarte*, Lublin 1987.
- Reykowski J., *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego*, Warszawa 1966.
- Rogers C., Kinget G. M., *Psychotherapie et relations humaines*, vol. 1, Paris 1965.
- Tomaszewski T. (red.), *Psychologia*, Warszawa 1982.
- Wright B., *Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa*, Warszawa 1965.
- Wyszyńska A. (red.), *Psychologia defektologiczna*, Warszawa 1987.
- Wykorzystano również niektóre wyniki badań z prac magisterskich Bolhius W. (1988), Lange A. (1989), Marcyniuk M. (1989).

#### SUMMARY

The present paper includes a review of the studies conducted by the author herself and under her supervision within the frameworks of M. A. theses prepared by the students of psychology.

These studies concern the ways of perceiving oneself, the needs resulting from the system of values and an attitude towards one's life.

In accordance with the theoretical considerations presented above, these problems are significant for the way of realizing one's life, and simultaneously they become the factors stimulating man's activity.

The research was conducted on people with disability of the organs of movement and sight, with both acquired and inborn invalidism.

A comparison of the above-mentioned groups of invalids with healthy people as regards their self-estimation, the level of feeling the sense of living, the system of values and the sense of self-esteem allows for the statement that there are no essential differences between invalids and healthy people, and even if they exist, they are connected with social experiences which influence the changes in one's psyche. It is in these very exterior conditions and not in invalidism itself that we can seek the causes of differences, failures, successes, activity or passivity in the life of all people, both invalids and the healthy ones.