

Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

BERNADETA SZCZUPAŁ

***Health in Value Systems and Self-evaluation of Young People with
Motoric Dysfunction***

Zdrowie w systemie wartości i samoocena młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu

Znajomość systemu wartości jest bardzo ważna zarówno dla teorii, jak i praktyki pedagogicznej. Każdy człowiek, a zwłaszcza młody, poszukuje swojej drogi i swojego miejsca w świecie. Znajomość siebie, własnego stanu zdrowia, potrzeb, zainteresowań, wartości i zdolności, odgrywa ważną rolę w kształtowaniu systemu wartości oraz samoocenie jednostki. Również w badaniach nad osobami niepełnosprawnymi ruchowo, obok zagadnień rehabilitacji i adaptacji do życia w społeczeństwie, coraz większego znaczenia nabierają próby określenia, w jakim stopniu niepełnosprawność i związane z nią ograniczenia mają wpływ na sferę psychiczną osób niepełnosprawnych.

W okresie dorastania własna osoba staje się przedmiotem poznania i oceny, co prowadzi do uświadomienia sobie swoich zalet i wad. Prawidłowa akceptacja siebie i swojej choroby w dużym stopniu warunkuje kształtowanie właściwych postaw młodzieży wobec procesu leczenia i właściwego w nim udziału. Rozwój systemu wartości dokonuje się w oparciu o własne doświadczenia jednostki oraz pod wpływem opinii innych ludzi. Szczególną rolę odgrywają osoby znaczące, np. rodzice, nauczyciele, rówieśnicy itp., a także środowisko, w którym człowiek funkcjonuje przez dłuższy czas.

H. Larkowa (1987) podkreślała znaczenie uznawanego przez osoby niepełnosprawne systemu wartości oraz poziomu ich samooceny. Istotne jest dla osób niepełnosprawnych, aby przyjmowały one standardy zachowań, właściwości i wartości zgodne ze swoimi możliwościami. Problematyką wartości zajmował się również J. Bielecki (1990). Jego zdaniem jednym z najsłabiej poznanych elementów osobowości osób niepełnosprawnych jest ich system wartości. Porównanie systemu wartości deklarowanego przez młodzież niepełnosprawną z systemem wartości jej sprawnych rówieśników wskazuje, że młodzież niepełnosprawna preferuje: mądrość, trwałość i solidność rodziny, harmonię wewnętrzną, odrzuca zaś szczęście i zadowolenie, wygodę życia.

Wielu autorów (J. Bielecki 1990, A. Hulek 1989, B. Szczupał 1998) podkreśla rolę ciała, jego wyglądu i sprawności w samoocenie i systemie wartości. Zaburzony obraz ciała u młodzieży niepełnosprawnej może prowadzić do trudności w akceptacji swojej choroby oraz do nieprawidłowości w rozwoju samoakceptacji. Struktura ta decyduje o stosunku osoby chorej do wszystkiego, co można zaproponować w ramach rehabilitacji. Wpływa ona na stan somatyczny i reakcje emocjonalne osoby chorej, modyfikuje jej sens życia oraz determinuje sposób zmagania się z własną chorobą. Autorzy zajmujący się problematyką rehabilitacji osób niepełnosprawnych (A. Hulek 1989, P. Majewicz 1999, B. Szczupał 1998, E. Wojtasiak 1997) podkreślają, że skuteczna rehabilitacja może być prowadzona tylko wówczas, gdy dotyczy ona jednocześnie sfery somatycznej, psychicznej i społecznej. W procesie rehabilitacji młodzieży niepełnosprawnej istotną rolę odgrywa samoocena. Stanowi ona jeden z podstawowych mechanizmów integracji form zachowania się młodzieży (J. Reykowski 1986, J. Koziellecki 1986 i in.).

Regulacyjna rola systemu wartości w psychicznym funkcjonowaniu człowieka chorego w dużym stopniu zależy od tego, w jaki sposób percypuje on własną chorobę i związane z nią konsekwencje. Bardzo ważne dla kształtowania prawidłowej samooceny jest dokonanie zmian w ocenie „ja idealnego”, głównie pod względem dostosowania samooceny do aktualnie mniejszych możliwości (czyli

obniżenie oceny „ja idealnego”). Na taki mechanizm zwracają uwagę J. Bielecki (1990), B. Szczupał (1998) i E. Wojtasiak (1997). W czasie choroby i niepełnosprawności akceptacja samego siebie pozwala mobilizować siły organizmu do walki z napotkanymi ograniczeniami i utrudnieniami oraz sprzyja procesowi autorewalidacji, której celem jest samorealizacja osoby niepełnosprawnej i realizacja przez nią ról społecznych.

W prezentowanych badaniach wykorzystałam teorię wartości M. Rokeacha (1979). Według tego autora wartość to stałe przekonanie, że określony sposób postępowania jest indywidualnie i społecznie bardziej atrakcyjny niż inne sposoby zachowania się i cele życiowe. System wartości to trwała organizacja przekonań dotyczących preferowanych sposobów postępowania lub ostatecznych celów egzystencjalnych.

Celem badań było udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

- jaka jest hierarchia wartości i plany życiowe młodzieży z dysfunkcjami narządu ruchu?
- czy i w jaki zakresie młodzież niepełnosprawna charakteryzuje się odmiennym systemem wartości i planami życiowymi w porównaniu z młodzieżą pełnosprawną?
- jaki jest obraz własnej osoby u badanej młodzieży w zakresie „ja realnego”?
- jaki jest obraz własnej osoby u badanej młodzieży w zakresie „ja idealnego”?

W przedstawionych badaniach zastosowałam zróżnicowane metody, techniki i narzędzia badawcze, przy równoczesnym wykorzystaniu informacji o uczniach pochodzących z różnych źródeł (od nauczycieli, wychowawców, rodziców). W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz wzajemnie się uzupełniające techniki i narzędzia badawcze.

W celu poznania deklarowanych przez badaną młodzież wartości zastosowano „Skalę Wartości” M. Rokeacha w opracowaniu P. Brzozowskiego (1996). Zadaniem badanej grupy było dokonanie rangowania listy 18 wartości ostatecznych oraz listy 18 wartości instrumentalnych. Badani, kierując się ważnością, jaką mają dla nich poszczególne wartości, każdej z nich przydzielali odpowiednią rangę. Wartość najważniejsza dla osoby badanej otrzymywała rangę pierwszą, a najmniej ważna osiemną. Aby poznać hierarchię charakterystyczną dla badanej grupy, oddzielnie dla każdej wartości wyliczono średnią arytmetyczną z rang przypisywanych danej wartości. Ponadto wykorzystano wywiad standaryzowany i wypowiedzi pisemne. Podane pytania miały zainspirować badanych do refleksji nad systemem swoich wartości i planów życiowych. Uczniowie odpowiadali na następujące pytania:

- w czym widzę sens i wartość swojego życia?
- jakie są moje plany życiowe po ukończeniu szkoły średniej?

W celu poznania obrazu własnej osoby badanej młodzieży oraz jej aspiracji i planów życiowych zastosowano „Dyferencjał semantyczny” (semantic differential – SD) Ch. E. Osgooda, G. J. Sucięgo i P. H. Tannenbauma. W analizie zebranych na podstawie „Dyferencjału semantycznego” danych empirycznych dotyczących obrazu własnej osoby uwzględniano średnie arytmetyczne dotyczące „ja realnego” i „ja idealnego” badanej grupy młodzieży niepełnosprawnej. W badaniach zastosowano skalę 7 stopniową. Największą liczbę punktów przypisywano cechom aprobowanym społecznie, a najmniejszą cechom negatywnym.

Badania przeprowadzono wśród uczniów klas III liceum ogólnokształcącego i technikum, w Centrum Kształcenia i Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Konstancinie, Centrum Zdrowia Dziecka, i Klinice Ortopedii i Rehabilitacji w Zakopanem. Badana młodzież posiadała niepełnosprawność wrodzoną lub nabytą we wczesnym dzieciństwie. Wszyscy badani pełnosprawni byli uczniami szkół średnich: liceów ogólnokształcących, liceów zawodowych i techników w Warszawie, Otwocku i Konstancinie. Łącznie przebadano 378 uczniów w wieku 17 – 18 lat. Badaniami objęto 189 uczniów niepełnosprawnych (94 chłopców i 95 dziewcząt) oraz 189 uczniów sprawnych ruchowo (94 chłopców i 95 dziewcząt).

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na stosunkowo wysoką ocenę skali „wiem, czego chcę”. W kategorii tej badani uzyskali wynik (6,052). Można więc wnioskować, iż badana młodzież ma stosunkowo jasno sprecyzowane cele i plany na przyszłość. Nieco niżej badani ocenili się w wymiarze „radosny” uzyskując wynik (5,969), oraz „mający wielu przyjaciół” (5,882). Dostyc nisko natomiast badana młodzież oceniła się pod względem uzyskiwanych sukcesów (4,651). Najbardziej ocenioną cechą w „ja realnym” jest własna atrakcyjność (4,567).

Natomiast w wymiarze „ja idealnego” badana młodzież najwyższe wyniki uzyskała w skalach: „o atrakcyjnym wyglądzie” (6,775), „radosny” (6,671) i „mądry” (6,628). Nieco niższy wynik uzyskali w

skalach: „mający wielu przyjaciół”, „pewny siebie”. Najniżej punktowane cechy to: „sam decydujący” (6,372), „wiem czego chcę” (6,427). Wyniki średnich w „ja realnym” i w „ja idealnym” różnią się w sposób istotny statystycznie w jedenastu skalach i tylko w skali „wiem czego chcę” wyniki nie różnią się w sposób istotny statystycznie. Z przedstawionych powyżej wyników można wnioskować, że badane osoby chciałyby być w większości innymi niż są w rzeczywistości. Wydaje się, iż ankietowanym najbardziej zależałoby na zmianie swojego „ja realnego” w zakresie swego atrakcyjnego wyglądu. Natomiast najmniejszą rozbieżność obserwuje się w kategorii „wiem czego chcę” i „mądry”.

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że młodzież ze schorzeniami narządu ruchu znajduje się w trudnej emocjonalnie sytuacji. Funkcjonując w roli pacjenta nabywa ona z czasem przeświadczenia o swym stanie zdrowia, odbiera od otoczenia system nakazów, zakazów, ocen. Na tej podstawie może wytworzyć się niska ocena własnych predyspozycji i możliwości. Równocześnie koncentracja na sobie, na swej chorobie może być motywem działania na rzecz własnego dobra. Natomiast wysoką samoocenę „ja idealnego” można tłumaczyć silną motywacją do unikania niepowodzeń. A. Hulek (1989), J. Koziński (1986) i J. Reykowski (1986) stwierdzają, że jednostki przejawiające wysoki lęk przed porażką wybierają zadania albo bardzo łatwe, gwarantujące im sukces, albo bardzo trudne, których niezrealizowanie nie naraża je na ośmieszenie lub ujemną ocenę. A więc, jak twierdzą wymienieni autorzy, kreowanie wysokich standardów w „ja idealnym” zwalniałoby niejako osoby chore od ich realizacji czy też usprawiedliwiałoby ewentualne niepowodzenia w trakcie dążenia do ich realizacji.

Ponadto, jak już wcześniej stwierdzono, otrzymane wyniki badań potwierdziły, że poziom samoakceptacji wyznacza stan napięcia emocjonalnego i motywacyjnego, związanego z oceną szans na zredukowanie istniejącej rozbieżności między „ja realnym” a „ja idealnym”. Kiedy rozbieżność jest bardzo duża dziecko odczuwa silne napięcie, które nie motywuje do działania, gdyż szanse powodzenia oceniane są bardzo nisko. Natomiast gdy rozbieżność ta jest bardzo mała, wtedy działanie nie jest ukierunkowane na osiągnięcie celu (brak aspektu motywacyjnego). Obie sytuacje wywołują zachowanie określane jako nieprzystosowanie. J. Reykowski (1986) i J. Koziński (1986) rozumieją przez samoakceptację stopień, w jakim jednostka przejawia cechy i realizuje wymagania, jakie uznaje za ważne i godne wysiłku. Samoakceptacja to inaczej postawa nacechowana wiarą, zaufaniem, szacunkiem dla samego siebie (W. Pilecka 2002). Pełni ona ważną funkcję regulacyjną w zachowaniu się człowieka.

Jednak wiele badanych dzieci przeżywa poczucie krzywdy, niższości, kieruje względem własnej osoby uczucia negatywne, które mogą sprzyjać powstawaniu tendencji do odrzucenia samego siebie. Ten stopniowy zanik akceptacji własnej osoby wiąże się z wyraźnym obniżeniem oceny „ja realnego” i silnym dążeniem do utrzymania wysokiej oceny „ja idealnego”. Badana młodzież czuje się bezradna i narasta w niej przekonanie o swojej niższości w stosunku do innych, często rezygnuje z podjętych działań, a w ich zachowaniach dominują reakcje obronne. Pomiędzy realnym i idealnym obrazem własnej osoby może powstawać coraz większy stopień rozbieżności, który może być przyczyną braku akceptacji swojej choroby. Wiele z badanych osób usiłuje podtrzymać pozytywny obraz własnej osoby poprzez wysoką ocenę niektórych jego wymiarów, np. wysoko oceniają swoje właściwości intelektualno – poznawcze, społeczne. Taka samoocena może być uwarunkowana ubogim zakresem własnego doświadczenia (ze względu na charakter choroby są one często hospitalizowane) oraz działaniami obronnymi.

Chcąc poznać miejsce zdrowia w hierarchii wartości badanej młodzieży, należy analizę rozpocząć od ogólnej prezentacji charakterystyki deklarowanych systemów wartości. W obu grupach najwyższe spośród wartości ostatecznych cenione są wartości społeczne, takie jak: „bezpieczeństwo rodziny” (odpowiednio ranga 1 i 2), „prawdziwa przyjaźń” (ranga 1). Z wartości indywidualnych duże uznanie uzyskały wartości: „poczucie własnej godności” (odpowiednio ranga 4 i 7), „mądrość” (ranga 8 i 9). Do najmniej cenionych wartości w obu grupach należy „życie pełne wrażeń” (ranga 18) i „dostatnie życie” (ranga 17).

Również w deklarowanym przez obie grupy systemie wartości instrumentalnych widoczne są duże podobieństwa. W obu badanych grupach duże znaczenie mają wartości moralne: „kochający” (ranga 1 w obu grupach), „uczciwy” (ranga 2). Zdecydowanie mniejsze znaczenie mają wartości kompetencyjne: „o szerokich horyzontach” (ranga 18 i 17), „opanowany” (ranga 11 i 8). Z wartości kompetencyjnych jedynie wartości: „ambitny” (ranga 6 i 2) i „intelektualista” (ranga 4 i 6) uzyskały wyższe uznanie wśród badanych.

Porównując deklarowane przez młodzież niepełnosprawną i pełnosprawną systemy wartości ostatecznych można zauważyć pewne różnice. Dotyczy to zwłaszcza wartości: „poczucie własnej godności”. Jest to wartość wysoko ceniona przez młodzież niepełnosprawną (ranga 4), natomiast młodzież pełnosprawną przyznała tej wartości rangę 7. Również stosunek do wartości: „dostatnie życie” i „świat piękna jest odmienny w obu badanych grupach. Są to wartości bardziej cenione przez młodzież sprawną ruchowo.

Wyższa ranga, jaką uzyskała wartość: „poczucie własnej godności” u młodzieży niepełnosprawnej ruchowo, może być wynikiem pewnej obawy przed naruszeniem własnej godności oraz przejawianych negatywnych postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych. Natomiast odrzucenie takich wartości, jak „dostatnie życie” i „życie pełne wrażeń” może być wywołane przekonaniem młodzieży niepełnosprawnej o trudności w realizacji tych wartości.

Zaznaczające się różnice w planach życiowych w badanych populacjach pozwalają stwierdzić, że młodzież niepełnosprawną ruchowo przejawia często lęk przed nieznanymi, trudnościami, niewiarę we własne siły, obawę przed wysiłkiem, któremu nie poddają, odpowiedzialnością, niewłaściwym, surowym traktowaniem. W większym stopniu rezygnuje z dążenia do posiadania na rzecz przeżywania.

Otrzymane wyniki potwierdzają badania przeprowadzone przez P. Majewicza (1999), który twierdzi, że u osób niepełnosprawnych, bez względu na płeć, występuje tendencja do zwiększania się orientacji „być” i zmniejszenia nasilenia orientacji „mieć”. Należy wnioskować, iż nie tylko czynniki biologiczne (dysfunkcje fizyczne), lecz także czynniki środowiskowe (społeczne), takie jak: miejsce zamieszkania, warunki materialne rodziny, postawy i poziom kulturalny rodziców oraz środowisko szkolne, mają wpływ na kształtowanie się obrazu świata, a tym samym na aspiracje życiowe tej młodzieży i jej samoocenę.

Uzyskane wyniki badań są zgodne z poglądami A. Hulka (1989), P. Majewicza (1999), J. Bieleckiego (1990). Analizując zebrane dane empiryczne uzyskałam wartości deklarowane. Sądzę, że równie ważne byłoby porównanie ich z wartościami realizowanymi w życiu codziennym. Ze względu na ograniczone ramy tego artykułu nie zostało to dokonane.

Ogólnie można stwierdzić, że podstawowym warunkiem wszelkich zabiegów wychowawczych powinna być troska o to, aby dziecko hospitalizowane miało akceptujący stosunek do samego siebie, poczucie własnej wartości, pozytywne i zarazem realistyczne przekonanie o sobie samym. Uzasadnia to potrzebę podjęcia odpowiedniej pracy wychowawczej, która nie może stanowić luźnego zbioru metod i czynności, ale powinna obejmować ściśle ze sobą powiązane zadania podporządkowane głównym celom wychowawczym realizowanym w sposób systematyczny. Personel medyczny oraz nauczyciele i wychowawcy pracujący na oddziałach szpitalnych powinni rozszerzać zakres wartości młodzieży niepełnosprawnej, uczyć podporządkowania wartości dotyczących strony fizycznej człowieka innym wartościom, np. intelektualnym, społecznym.

BIBLIOGRAFIA

1. Bielecki J.: Osobowość młodzieży niepełnosprawnej z zaburzeniami wzroku, słuchu, ruchu i mowy. Pallotinum, Warszawa 1990.
2. Brzozowski P.: Skala Wartości (SW). Polska adaptacja Value Survey M. Rokeacha. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 1996.
3. Hulek A.: Stan obecny i kierunki przebudowy kształcenia specjalnego w Polsce. PWN, Warszawa 1989.
4. Koziński J.: Psychologiczna teoria samowiedzy. PWN, Warszawa 1986.
5. Larkowa H.: Człowiek niepełnosprawny – problemy psychologiczne. PWN, Warszawa 1987.
6. Majewicz P.: Plany i orientacje życiowe młodzieży niepełnosprawnej ruchowo. W: J. Pilecki, S. Olszewski (red.): Wspomaganie rozwoju osób niepełnosprawnych. Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 1999, s. 125 – 136.
7. Pilecka W.: Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Problemy psychologiczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
8. Reykowski J.: Motywacja a postawy prospołeczne. PWN, Warszawa 1986.
9. Rokeach M.: Understanding Human Values. Free Press, New York 1979
10. Szczupał B.: Praca pedagogiczna w zakładzie leczniczym. W: J. Stochmiałek (red.): Pedagogika wobec kryzysów życiowych. Wyd. Instytut Technologii i Eksploatacji, Radom 1998, s. 263-274.

11. Wojtasiak E.: Rehabilitacja osób niepełnosprawnych – założenia teoretyczne i działalność praktyczna. W: J. Pańczyk (red.) Roczniki Pedagogiki Specjalnej. WSPS, Warszawa, 1997, s. 297 – 311.

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono analizę systemu wartości deklarowanego przez młodzież niepełnosprawną ruchowo i jej pełnosprawnych rówieśników. W przeprowadzonych badaniach wykorzystano teorię wartości M. Rokeacha. Badania przeprowadzono wśród uczniów klas III liceów ogólnokształcących i techników. Badana młodzież posiadała niepełnosprawność wrodzoną lub nabytą we wczesnym dzieciństwie. W artykule przedstawiono analizę zebranych danych empirycznych ukazujących zdrowie w systemie wartości oraz samoocenę uczniów z badanej grupy.

SYNOPSIS

The article reviews value systems declared by young people with motoric disability and those who are fully efficient. The surveys were based on M. Rokeach's theory on the value freedom. Third-grade students of general and technical high schools were surveyed. The young people who were surveyed had been disabled since their birth or early childhood. The article brings an assessment of empirical data demonstrating health in value systems and self-evaluation of students the surveyed group.