

# Elżbieta Kania

---

## Poczucie zmiany poziomu samoaktualizacji u osób niepełnosprawnych fizycznie

---

Studia Pedagogiczne. Problemy Społeczne, Edukacyjne i Artystyczne 2, 205-218

---

1987

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Elżbieta Kania

## POCZUCIE ZMIANY POZIOMU SAMOAKTUALIZACJI U OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH FIZYCZNIE

### I. Wstęp

Rozwój piśmiennictwa dotyczącego problematyki inwalidzkiej rozpoczął się w drugiej połowie lat 40 naszego stulecia. Cel wszystkich badań jest w zasadzie ten sam, gdyż jest wyznaczony zadaniem, jakie postawiła psychologii rehabilitacja. Polega ono na ustaleniu przyczyn trudności przystosowawczych. W sposobie dochodzenia do ustalenia hipotetycznych odpowiedzi na pytanie, co jest główną przyczyną tych trudności, psychologowie podzielili się na dwie zasadnicze grupy. Jedni przyjmują założenia analogiczne do psychiatrycznych, koncentrując się przede wszystkim na osobowości, marginesowo traktując sytuację. Inni, wychodząc z założeń psychologicznych, koncentrują się na sytuacji, nie negując znaczenia pewnych aspektów osobowości. Jednak z punktu widzenia naukowego dwie te koncepcje uniemożliwiają dojście do jakichś ogólnych prawidłowości /J. Błaszowska 1966/.

W niniejszej pracy przyjęto stanowisko pośrednie, uwzględniające sytuację kalectwa jako sytuację trudną i osobowość inwalidy w aspekcie jej możliwości rozwojowych.

Mówiąc o „poczuciu zmiany” mam na myśli subiektywne odczucie dokonywających się w człowieku zmian, reorganizacji starych i organizacji nowych struktur psychicznych, takich jak np. hierarchii wartości, potrzeb, obrazu siebie i świata, i kierowanych przez nie sposobów zachowania.

Przez samoaktualizację rozumiemy, za C. Rogersem /por. W. Szewczyk 1974, s. 22/, „wrodzoną dążność organizmu do rozwoju wszystkich swoich potencjalnych możliwości w sposób, który umożliwia podtrzymanie /preservation/ i wzbogacenie /en-

richment/ organizmu".

Problem, którego dotyczy praca, można ująć w postaci hipotez:

- kalectwo jest czynnikiem, który niekoniecznie blokuje tendencję do samoaktualizacji - w przypadku niektórych osób może nawet prowadzić do wzbogacenia osobowości;
- poczucie zmiany poziomu samoaktualizacji jest zróżnicowane w zależności od okresu trwania inwalidztwa.

## II. Samoaktualizacja osób niepełnosprawnych.

Możliwości rozwojowe jednostki przeżywającej sytuację trudną

Na przełomie lat 50. i 60. na terenie amerykańskim powstała psychologia humanistyczna, tzw. „trzeci nurt w psychologii”. W ramach tego nurtu rozwinięta została teoria samoaktualizacji /I. Prokopiuk 1980/. Głównymi jej twórcami są C. Rogers, A. Maslow i E.L. Shostrom. Dwaj pierwsi stworzyli teoretyczne podstawy tej koncepcji, E.L. Shostrom natomiast zbudował metodę badania poziomu samoaktualizacji.

Najważniejsze twierdzenia teorii samoaktualizacji to /W. Szewczyk 1974/;

1. Każdy człowiek ma wrodzoną dążność do rozwoju, zwaną tendencją do samoaktualizacji.
2. Obraz siebie, a więc koncepcja jednostki o sobie, odgrywa istotną rolę w procesie samoaktualizacji.
3. Proces samoaktualizacji jest ciągłym „stawianiem się” w kierunku osiągnięcia pełnej dojrzałości osobowościowej, czyli pełnego funkcjonowania.

Zaznacza się duża różnorodność ujęć i znaczeń terminu „samoaktualizacja”. Model A. Masłowa, C. Rogersa i E.L. Shostroma ujmuje samoaktualizację w potrójnym aspekcie /por. W. Szewczyk 1974/:

- a/ samoaktualizacja jako wrodzona tendencja rozwojowa organizmu, ze swej natury pozytywna i powszechna,
- b/ samoaktualizacja jako proces rozwoju osobowości, proces „stawiania się”,
- c/ samoaktualizacja jako idealny wzorzec dojrzałości osobowo-

ściowej.

Praktyczny model cech osoby samoaktualizującej się /oparty nie tylko na teorii, ale i na badaniach/ podał E.L. Shostrom /por. W. Szewczyk 1974/. Cechy te to:

- Zaufanie do siebie i akceptacja siebie. Wyrazem zaufania do siebie jest to, że jednostka zarówno w ocenie sytuacji, jak też w podejmowaniu decyzji opiera się na sobie, swoich ocenach i odczuciach /wewnątrzsterowność/.
- Egzystencjalne przeżywanie terażniejszości - to zdolność do życia w pełni, w każdym momencie będąc tu i teraz.
- Spontaniczność i plastyczność. Jednostka taka dopuszcza możliwość istnienia w sobie wartości i tendencji niejednorodnych czy wręcz przeciwstawnych.
- Świadomość siebie i odpowiedzialność za swoje decyzje; wzrost świadomości siebie warunkuje wzrost odpowiedzialności za swoje zachowanie.
- Poczucie niezależności; wiąże się z kierowaniem od wewnątrz przy jednoczesnym otwarciu na opinie innych osób.
- Autentyczność i zgodność wewnętrznego stanu i zewnętrznej ekspresji.
- Silne ego i samodyscyplina; zachowanie równowagi między spontanicznością w działaniu przy kontroli z uwagi na dobro innych.
- Skuteczność; oparta ma być na realnej ocenie siebie, innych osób i sytuacji. Skuteczność oceniana jest w relacji do aktualnego etapu życia, aktualnej sytuacji jednostki i zadań, jakie z tego wynikają.

Czynnikiem regulującym rozwój jest obraz siebie. E.L. Shostrom /por. W. Szewczyk 1974, s. 46/ strukturę ją określa jako „jednostkową, dynamiczną organizację pojęć, wartości, celów, ideałów, które określają kierunek, w jakim winna się rozwijać”. Tendencja do aktualizacji jest natomiast czynnikiem dynamizującym rozwój osobowości. Na skuteczność tej tendencji duży wpływ ma sytuacja jednostki nie tyle obiektywnie stwierdzalna, co subiektywnie odbierana przez jednostkę.

Zaznajomienie się z teorią samoaktualizacji, z jej głównymi twierdzeniami i założeniami, pozwala nam spojrzeć bardziej optymistycznie na możliwości rozwojowe jednostki, możliwości ra-

dzenia sobie w sytuacji trudnej. Uświadamiając sobie fakt, że każdy człowiek wyposażony jest w tę pozytywną i konstruktywną tendencję do samoaktualizacji, nie należy zapominać o tym, że tendencja ta może nie ujawnić się lub ujawnić, ale w mniejszym stopniu, przy nie sprzyjających warunkach. T. Tomaszewski /1977/ uważa, iż pomyślny lub niepomyślny charakter sytuacji jednostki, ze względu na określony rodzaj jej aktywności, wynika z odpowiedniego układu wartości i możliwości, jaki reprezentuje dana sytuacja, z tego, co w danej sytuacji warto robić i co jest możliwe do zrobienia. Jeśli w określonej sytuacji człowiek staje wobec zadań, które są dla niego możliwe do wykonania za pomocą określonych czynności, mamy wówczas do czynienia z sytuacją sprzyjającą. W przeciwnym razie powstaje sytuacja nie sprzyjająca. Inaczej mówiąc przystosowanie się wzajemne wartości /zadań jakie mają być realizowane/ i możliwości /warunki, metody, osoby podmiotu/ czyni sytuację normalną. Jeśli wewnętrzna jej równowaga zostanie zakłócona tak, że normalny przebieg aktywności zostanie zakłócony i prawdopodobieństwo realizacji zadania na poziomie normalnym stanie się mniejsze, mówimy o sytuacjach trudnych.

Mówiąc o inwalidztwie jako sytuacji trudnej mam na myśli osobę dotkniętą inwalidztwem, a więc inwalidę znajdującego się w sytuacji trudnej na skutek doznanego kalectwa.

Jak pisze A. Hulek /1969/, u inwalidy następuje naruszenie funkcji i sprawności, które może mieć wpływ na jego aktywność fizyczną, umysłową, psychiczną, społeczną i zawodową. W związku z tym działalność jednostki w tych sferach zostaje zakłócona i prawdopodobieństwo realizacji zadań na poziomie normalnym /w porównaniu z osobami zdrowymi w danym kręgu kulturalnym /staje się mniejsze wobec przeszkód obiektywnie /i nie tylko/ stwierdzalnych, jakie w swoim życiu ma do pokonania inwalida.

W życiu osoby dotkniętej kalectwem mogą wystąpić różne rodzaje sytuacji trudnych. Inwalidzi często żyją w sytuacji deprywacji społecznej, informacyjnej, kulturalnej, ich więź społeczna rozluźnia się /K. Czyżewski, Z. Hora 1974/. Jedną z najczęściej przeżywanych sytuacji przez osobę niepełnosprawną jest zagrożenie. Szukanie pozytywnych aspektów życia jest możliwe po neutralizacji zagrożenia, co jest procesem długotrwałym /F.

## C. Shoutz 1972/.

Duże zagrożenie dla równowagi psychicznej jednostki wpływa z faktu zmiany obrazu własnej osoby na skutek naruszenia fizycznego ja. Orientacja jednostki w tym, co potrafi i do czego jest zdolna, zostaje zaburzona. Pozostaje to w bezpośrednim związku z samooceną. Najczęściej te elementy /naruszony obraz siebie i samoocena/ dotyczą człowieka w dziedzinie podstawowej motywacji, w tym co stanowi przesłankę poczucia własnej wartości /J. Reykowski 1971/.

Niesprawność fizyczna przyczynia się do przeżywania stresu zarówno biologicznego, jak i psychicznego /H. Selye 1960/. Jest to stres trwały, związany z trwałym uszkodzeniem ciała. Jak uważa J. Reykowski /1971/ zmiany w psychicznym funkcjonowaniu jednostki w sytuacji stale działającego stresora i wszelkie ich wymiary zależą w szczególności od „psychologicznego uszkodzenia”, uszkodzenia struktur osobowości wywołanego przez stres.

Nie ma takiej potrzeby, której realizacja nie mogłaby zostać zagrożona lub unicestwiona wskutek inwalidztwa. W wyniku frustracji potrzeb mogą rozwijać się liczne emocje negatywne, np. złość, lęk, poczucie winy, a te sprzyjają powstawaniu napięcia emocjonalnego /K. Jankowski 1975/. Zmniejsza się ono w procesie przystosowania do defektu fizycznego. Końcowym etapem tego procesu jest akceptacja inwalidztwa określana przez J. Błaskowską /1966, s. 229/ jako „... uznanie rozumowe i emocjonalne, że inwalidztwo nie pozbawia człowieka ogólnej ludzkiej wartości i godności osobistej”.

Działaniem pomocniczym i niezbędnym w tym procesie jest dokonanie zmian w osobistym systemie wartości. Obejmuje ono etap rozszerzenia zakresu wartości, a wraz z tym ograniczenie skutków inwalidztwa, po uznaniu „strony fizycznej za wartość drugorzędną. W konsekwencji tych zmian następuje etap przetworzenia wartości względnych na wartości stałe, czyli wewnętrzne, istniejące same przez się /B.A. Wright 1965/.

Najwyższym stopniem przystosowania jest integracja, którą A. Hulek /1969, s. 94/ określa jako „... aktywną interpretację stosunku do swego inwalidztwa”.

Właśnie kryzys i cierpienie, czy to fizyczne, czy moralne, może mieć pozytywny wpływ na jednostkę w aspekcie jej rozwoju,

wzbogacenia jej osobowości, realizacji wewnętrznych jej możliwości. Takie stwierdzenie można poprzeć danymi nie tylko z teorii, ale i z praktyki, z życia codziennego.

Na rolę cierpienia w życiu każdego człowieka zwraca uwagę K. Dąbrowski /1975, s. 100-101/. Pisze on: „Ciężkie przeżycia nie zawsze rozprzegają życie psychiczne, a często je hartują i udoskonalają. Ćwiczenia w opanowaniu siebie wytwarzają odporność, wzmacniają czujność moralną, zwiększają gotowość do świadomej walki w imię wyznaczonych zasad. Przeżyte cierpienia, jeśli je umiemy przeżyć, uwrażliwiają nas na cierpienia innych, budzą w nas jakiś nowy zmysł, robią wyłom w naszym nadmiernie egocentrycznym ustosunkowaniu się do otaczającego świata”.

T. Kielanowski /1980, s. 22/ uważa, iż cierpienia „... mogą ludzi w jakiś sposób rozwijać intelektualnie, uszlachetniać, skłaniać do oddawania się rozmyślaniom, a czasem być bodźcem twórczym”. Podobne cechy u inwalidów zauważa B.A. Wright /1965 s. 96/. „Fizycznie upośledzeni posiadają głębokie zrozumienie, cierpliwość, tolerancję, które rzadko można spotkać wśród osób, które nie przyżyły żadnych istotnych bolesnych doświadczeń”

W literaturze przedmiotu przedstawione są różne teorie, mające za przedmiot pozytywny aspekt cierpienia, sytuacji kryzysowej, czy inaczej sytuacji trudnej. Przykładowa jest teoria dezintegracji pozytywnej K. Dąbrowskiego /1979/.

Umiarkowanie optymistyczna jest koncepcja stresów konstruktywnych M. Jarosza /1976/. Autor szczególną uwagę zwraca na „stresogenny efekt komplementarności” tj. dopełnienia. „Stresogenny” tutaj znaczy stresopochodny.

Koncepcja ta przyjmuje istnienie stresorów destrukcyjnych i konstruktywnych. Stresory konstruktywne „...to te /a są nimi czasem urazy psychiczne/, które bezpośrednio bądź wtórnie prowadzą do zmian pozytywnych” /M. Jarosz 1976, s. 315/. Zapoczątkowują one proces pozytywnego dopełniania osobowości. Zmiany te dotyczą m.in. hierarchii potrzeb. Przewagę zyskują dążenia ukierunkowane na standardy społecznie wartościowe, przy równoczesnym zmniejszeniu roli regulacji egocentrycznej. Stresor konstruktywny powoduje, iż jednostka ma możliwość pewnej kontroli mechanizmów obronnych osobowości, jest zdolna sprawować większą kontrolę nad własnymi reakcjami emocjonalnymi oraz podpo-

rządkowować cele mniej ważne celom wiodącym. Sytuacje trudne stają się niekiedy czynnikiem wyzwalającym nie odkryte jeszcze przez jednostkę umiejętności twórcze. Z tym wiąże się wzrost wrażliwości częściowo warunkującej działalność twórczą jednostki. Niektóre stresory konstruktywne prowadzą wtórnie do podnoszenia techniki działania, uczenia się obniżania nadmiernego napięcia emocjonalnego. Inaczej mówiąc prowadzą do wzrostu odporności psychicznej.

Stresory destrukcyjne wpływają ujemnie na aktualny stan psychiczny, a ich odległe następstwa /zjawiska psychopatologiczne/ są również niekorzystne.

Powyżej wspomniałam tylko o niektórych teoriach zwracających uwagę na pozytywne następstwa sytuacji trudnej. Wskazują one na istnienie realnych możliwości rozwojowych człowieka funkcjonującego w takiej sytuacji.

### III. Metody badań i charakterystyka badanej populacji

#### 1. Metody badań

Celem zweryfikowania hipotez postawionych we wstępie przeprowadzono badania psychologiczne wybranej grupy osób niepełnosprawnych fizycznie następującymi metodami:

A: Kwestionariusz samoaktualizacji /POI- Personal Orientation Inventory/ Shostroma /por. W. Szewczyk, Z. Uchnast 1978/. POI jest metodą pomiaru tych cech osobowości, które są uważane za ważne z punktu widzenia samoaktualizacji.

Kwestionariusz składa się ze 150 par stwierdzeń podanych opozycyjnie w formie pozytywnej i negatywnej. Twierdzenia te układają się w 12 skal, przy czym skala czasu /Time Competence - Tc/ i skala oparcia /Support Ratio - I/ uważane są przez Shostroma za podstawowe. Pozostałe 10 skal /uzupełniające/, są następujące:

- Wartości ludzi aktualizujących się /Self - actualizing Values - SAV/;
- Plastyczność osobowościowa /Existentiality - Ex/;
- Wrażliwość na własne uczucia /Feeling reactivity - Fr/;
- spontaniczność /Spontaneity - S/; szacunek dla siebie /Self Regard - Sr/; Samoakceptacja /Self Acceptance - Sa/



Koncepcja natury człowieka /Nature of man constructive - Nc/; Synergia /Synergy - Sy/; Akceptacja agresji /Acceptance of Aggression - A/; Zdolność do utrzymania bliskiego kontaktu /Capacity for Intimate Contact - C/.

POI został zastosowany w celu uchwycenia różnic w aktualnym poziomie samoaktualizacji u osób z różnym okresem trwania inwalidztwa.

B: Skala sensu życia J.G. Crumbaugh'a i L.T. Macholika /por. W. Szewczyk 1974/.

Omawiana metoda składa się z 3 części. Część I zawiera 20 twierdzeń, z których każde jest oceniane na skali 7 stopniowej. Część II ma charakter metody projekcyjnej, polegającej na uzupełnianiu zdań niedokończonych. Część III zawiera spontaniczne wypowiedzi badanego na temat jego zadań i celów życiowych.

W pracy zastosowano część I i II bez zmian, natomiast część III nieznacznie zmodyfikowano wprowadzając podział czasu na okres przedwypadkowy /przedchorobowy/ i obecny, tzn. okres bycia osobą niepełnosprawną. Osoby badane, uwzględniając ten podział, pisały na temat swych dążeń, ambicji i celów w życiu.

Skala ta została zastosowana w celu uchwycenia m.in. niektórych czynników ważnych w procesie samoaktualizacji, tj. stosunku do życia swojego i życia w ogólności oraz umiejscowienia siebie w czasie.

C: Wywiad psychologiczny.

Wywiad został skonstruowany w celu uchwycenia dostrzeganych przez osobę badaną zmian w poziomie realizowania siebie, w stosunku do okresu przedwypadkowego.

W skład wywiadu weszły 33 pytania, które ze względu na poruszony temat można podzielić na kilka zasadniczych kategorii:

Dane personalne

Rodzina

Warunki materialno-bytowe

Sukcesy i porażki życiowe

Praca i zainteresowania

Stosunek do siebie i świata

Kontakty interpersonalne

Wartości

Ocena własnego rozwoju

## 2. Charakterystyka badanej populacji i sposób przeprowadzania badań

Badaniem objęto 32 osoby. Jest to grupa jednorodna pod względem typu inwalidztwa, tj. osoby te cierpią na niedowład obu kończyn górnych lub obu kończyn dolnych - paraplegia bądź paraliż kończyn górnych i dolnych - tetraplegia. Inwalidztwo takiego rodzaju jest wywołane uszkodzeniem któregoś z odcinków rdzenia kręgowego. Takie inwalidztwo prowadzi do unieruchomienia osoby, a stopień niesprawności jest różny w różnych okresach trwania kalectwa. Ćwiczenia rehabilitacyjne z reguły prowadzą do pozytywnych zmian, stopniowej poprawy sprawności fizycznej osoby, a to nie pozostaje bez wpływu na jej stan psychiczny i możliwości rozwoju.

Ponieważ przedmiotem badań było poczucie zmiany poziomu samoaktualizacji u osób niepełnosprawnych, badaną populację podzielono na 2 grupy: A i B, biorąc za kryterium podziału czas trwania inwalidztwa. Grupa A - to osoby będące do 5 lat po wypadku /średnio - 2,44 lat/; B - 6 lat i więcej po wypadku /średnio 11,19/.

Średni wiek dla badanej populacji wynosi 31,68 lat / $M_A = 28,68$  lat;  $M_B = 36,37$  lat/.

W większości są to mężczyźni /62%. 53% osób z badanej grupy żyje w stanie wolnym. Wyuczony zawód nie jest wykonywany po doznaniu kalectwa niemal przez wszystkie osoby badane, z wyjątkiem jednej, a 13% osób nigdy nie pracowało zawodowo. Większość badanych osób pracuje w systemie nakładczym spółdzielczości inwalidzkiej.

Badania psychologiczne wybranej próbki osób niepełnosprawnych fizycznie przeprowadzono w Górniczym Centrum Rehabilitacji Leczniczej i Zawodowej w Reptach Śląskich /oddział paraplegia/ w 1981 r.

## IV. Wyniki badań

Rezultaty badań w dużej mierze potwierdziły postawione hipotezy. Podstawą do tego stwierdzenia są wyniki uzyskane za pomocą poszczególnych metod:

### 1. Wywiad psychologiczny

Zmiany, jakie zauważają u siebie osoby badane, są różne z punktu widzenia procesu „stawania się”, rozwoju potencjalnych możliwości. Pozytywne zmiany dostrzegają osoby z dłuższym okresem trwania inwalidztwa; przejawiają się te zmiany w następujących aspektach życia i osobowości:

- Kontakty interpersonalne - osoby z grupy B widzą je jako wzbogacające osobowość i dające poczucie wartości /44% osób z gr. B; 6% z gr. A/.
- Cele i dążenia - osoby z grupy A przejawiają tu cechy egotyzmu - tendencję do zajmowania się niemal wyłącznie własną osobą /69% osób/, zwłaszcza sprawami zdrowia, potrzeb fizjologicznych itp., natomiast osoby z grupy B - cechy altruistyczne, sprzyjające wzbogacaniu osobowości; chodzi tu o sympatię dla ludzi wyrażającą się w chęci i dążeniu do pomagania im, zdolność do poświęcania się dla innych /82% - cele nie związane bezpośrednio z kalectwem/.

- Rozwój organizmu; osoby z grupy B zmiany w zakresie swojego rozwoju psychicznego często określają jako: wzrost dojrzałości, zdobycie szerszego i bardziej realistycznego obrazu siebie i świata oraz jako uduchowienie /75% osób/.

Natomiast osoby z gr. A przeżywają wiele negatywnych uczuć, a te nie pozostają bez wpływu na odczucie zahamowania swojego rozwoju /94%/, a zwłaszcza w zakresie działań /praca, kształcenie się, małżeństwo/. W hierarchii wartości osób z dłuższym okresem trwania inwalidztwa więcej miejsca, w porównaniu z osobami z gr. A, zajmują wartości niefizyczne. Dla osób z grupy B religia ma większe znaczenie niż w życiu osób z krótszym okresem inwalidztwa.

### 2. Kwestionariusz samoaktualizacji /POI/

Skalami istotnie różniącymi badane grupy są: Skala szacunku do siebie /Sr/ oraz skala mierząca zdolność do utrzymania bliskiego kontaktu /C/, /tabela 1/.

Osoby z krótszym okresem trwania inwalidztwa /gr. A/ są bardziej zdolne do głębokich kontaktów z drugim człowiekiem. Natomiast osoby z grupy B wykazują większy szacunek dla siebie.

Tabela 1

Porównanie wyników kwestionariusza samoaktualizacji  
/test POI/ dla grupy A i B

Grupa		A		B		t	p.i.
		M	$\delta$	M	$\delta$		
Skale testu POI	Tc	32,56	8,03	28,50	11,80	1,31	n.i.
	J	25,37	7,81	28,81	7,34	1,24	n.i.
	SAV	37,81	9,42	34,43	6,92	0,13	n.i.
	Ex	39,62	6,46	37,62	7,17	0,80	n.i.
	Fr	44,18	8,68	45,37	6,65	0,42	n.i.
	S	47,12	8,15	49,43	7,42	0,78	n.i.
	Sr	43,18	9,59	49,44	6,26	2,12	0,05
	Sa	44,87	7,52	49,13	10,32	1,30	n.i.
	Nc	39,00	6,62	42,13	6,94	1,27	n.i.
	Sy	34,93	12,25	42,18	10,40	1,75	n.i.
	A	44,18	12,10	44,62	8,84	0,92	n.i.
	C	44,43	9,32	36,34	7,42	2,63	0,05

Oznaczenia: M - średnie

$\delta$  - odchylenie standardowe

t - test t-studenta

p.i.- poziom istotności

Na podstawie tych dwóch skal nie można zdecydowanie mówić o różnicy w poziomie samoaktualizacji. Niemniej jednak na większą tendencję do samoaktualizacji u osób z grupy B wskazują czynniki w tych i w pozostałych skalach kwestionariusza.

Większy jest w porównaniu z grupą A procent osób z dłuższym okresem trwania inwalidztwa wśród:

- bardziej akceptujących siebie takim, jakim się jest, mimo swych słabości i braków /56% wyników gr. B mieści się w przedziale 50-62 centyli, a w gr. A jest 25% takich wyników/;
- wykazujących umiejętność ujmowania i rozumienia różnych dykotomii natury człowieka jako sensownie z sobą powiązanych

- skala Sy /25% wyników gr. B znajduje się w przedziale 50-55 centyli, a w gr. A jest 6% takich wyników/
- wykazujących zdolność do ujawniania własnych uczuć w spontanicznym zachowaniu /56% wyników w skali S z grupy B mieści się w przedziale 50-64 centyle, a w gr. A - 37% wyników jest w przedziale 50-61 centyli/.

Natomiast większy procent osób z gr. A przyznaje się do odczuwania gniewu lub agresji /50% wyników mieści się w granicach 50-67 centyli, a w gr B takich wyników jest 19%/.

### 3. Skala Sensu Życia /PLT/

Rozkład procentowy globalnych wyników skali dla grupy A i B oraz ich średnie nie różnią się istotnie / $M_A = 93,06$ ,  $M_B = 96,68$ /. Świadczy to o braku różnicy w poziomie odczuwanego sensu życia tych osób.

Istotnie różnicującymi badane grupy są niektóre z twierdzeń I części skali. Tutaj również więcej pozytywnych cech wykazują osoby z grupy B. Są one bardziej pogodne /istotność różnic jest na p.i. = 0,05/, dostrzegają więcej aspektów życia codziennego /p.i. = 0,01/, akceptują swój stan wraz ze swoimi stałymi obowiązkami /p.i. = 0,02/.

Natomiast badani z grupy A wykazują bardziej pozytywną ocenę swojego dotychczasowego życia /p.i. = 0,002/. Do grupy tej należą osoby z krótszym okresem trwania inwalidztwa.

Dwie pozostałe części skali również wskazują na różnice między osobami badanymi z różnym okresem trwania inwalidztwa. Różnice te dotyczą:

- stosunku do swojego życia: pozytywny stosunek wyraziło 25% osób z grupy B i 6% z grupy A; myśli o samobójstwie posiada 63% z grupy A i 12% z grupy B;

- dążeń i osiągnięć: w kategorii określonej jako „żyć jak zdrowi ludzie” mieści się 89% odpowiedzi osób z gr. A i 31% z gr. B; w kategorii „żyć z kalectwem” - 0% odpowiedzi z gr. A i 44% wypowiedzi z gr. B.

W podsumowaniu analizy wyników można więc powiedzieć, że kalectwo jest czynnikiem prowadzącym w swej dalszej konsekwencji do wzbogacenia osobowości. Zauważyć też można, że poczucie zmiany poziomu samokatualizacji, czyli rozwoju organizmu, jest róż-

ne u osób z różnym okresem trwania inwalidztwa.

## V. Zakończenie

W analizie literatury przedmiotu oraz wyników z badań własnych skoncentrowano się na pozytywnych konsekwencjach sytuacji trudnej, stresowej, tj. możliwości rozwoju osób niepełnosprawnych fizycznie.

Przyjmując i uświadamiając sobie fakt istnienia wrodzonej, pozytywnej i konstruktywnej tendencji do samoaktualizacji u każdego człowieka, możemy bardziej optymistycznie spojrzeć na ludzi dotkniętych kalectwem w aspekcie ich rozwoju i traktować ich równorzędnie z pełnosprawnymi.

Sytuacja inwalidy jest z całą pewnością sytuacją trudną, a jako taka może wpływać i na pewno wpływa na zachowanie jednostki, jeżeli nie pozbawia, to przynajmniej zagraża jej radości życia, a także sprawia cierpienie. Przeżycie cierpienia jest nie mniej bogate niż odczucie radości i należy do głęboko ludzkich przeżyć. W godnym i nie upokarzającym człowieka przeżyciu tegoż stanu przez ludzi niepełnosprawnych fizycznie możemy i powinniśmy pomóc my, pełnosprawni.

Jak ukazują badania, kalectwo, zwłaszcza w swych początkowych etapach, jest szczególnie przykre. Osoby nim dotknięte mimo /a może dlatego/ nasilonego gniewu i agresji /lub samoagresji/ potrzebują głębokich kontaktów z drugim człowiekiem. Tu dużą rolę winni odegrać psychologowie biorący udział w rehabilitacji leczniczej i zawodowej a pracujący w placówkach służby zdrowia.

W celu dokładniejszego i bardziej przez to przekonującego zweryfikowania przyjętych hipotez należałoby znacznie zwiększyć liczebność badanej populacji.

## B i b l i o g r a f i a

BŁASZKOWSKA I., Problematyka rehabilitacji inwalidów w literaturze psychologicznej, „Przegląd Psychologiczny” 1966, nr 2, s. 219-231.

- CZYŻEWSKI K., HORA Z., Klęska, nadzieja, życie, Warszawa 1974.
- DĄBROWSKI K., Trud istnienia, Warszawa Wiedza Powszechna 1975.
- DĄBROWSKI K., Dezintegracja pozytywna, Warszawa PIW 1979.
- HULEK A., Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów, Warszawa PZWL 1968.
- JANKOWSKI K., Człowiek i choroba, Warszawa PWN 1975.
- JAROSZ M., Psychologia i psychopatologia życia codziennego, Warszawa PZWL 1976.
- KIELANOWSKI T., Rozmyślanie o przemijaniu, Warszawa WP 1980.
- PROKOPIUK I., Psychologia humanistyczna a samorealizacja człowieka, „Życie i Myśl” 1980, nr 6, s. 74-90.
- Psychologia, pod red. T. Tomaszewskiego, Warszawa PWN 1977.
- REYKOWSKI J., Osobowość a trwały stres, w: Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów, pod red. H. Larkowej, t. 2, Warszawa 1971, s. 34-43.
- SELYE H., Stres życia, Warszawa PZWL 1960.
- SHOUTZ F.C., Ciężkie choroby przewlekłe, w: Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów, pod red. J.E. Garreta i E.S. Levine, Warszawa PZWL 1972, s. 193-324.
- SZEWczyk W., Korelaty osobowościowe jednostek o wysokim poziomie samoaktualizacji, praca doktorska, KUL, Lublin 1974, maszynopis.
- SZEWczyk W., UCHNAST Z., Metoda pomiaru samoaktualizacji F.L. Shostroma. „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne” 1978, nr 1, s. 28-44.
- WRIGHT B.A., Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa, Warszawa PWN 1965.