

SUBIEKTYWNE POCZUCIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W OCENIE ARTYSTÓW I TWÓRCÓW NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Małgorzata Janowska-Matuszewska

Abstrakt: Czas przystosowywania się do choroby przewlekłej lub niepełnosprawności wymaga od środowiska, w którym taka osoba przebywa, indywidualnego podejścia, aby pomóc jej przetrwać najtrudniejszy moment i nauczyć się żyć w zastanej rzeczywistości. W badaniach wzięły udział osoby niepełnosprawne: członkowie Związku Artystów Malujących Ustami i Nogami – AMUN (24 osoby) oraz inne osoby niepełnosprawne, zajmujące się różnego rodzaju twórczością (38 osób), razem 62 osoby. Do badań użyto test z zakresu psychologii zdrowia Skala Akceptacji Choroby – AIS¹ oraz kwestionariusz wywiadu.

Słowa kluczowe: twórczość, artysta niepełnosprawny, ocena niepełnosprawności, skala AIS.

JEL Classifications: I19.

1. Wprowadzenie

Dostrzeganie swojego położenia życiowego w świetle wartości transcendentnych pozwala człowiekowi na przekraczanie samego siebie, a zatem i własnych ograniczeń, również wynikających z niepełnosprawności², nie pozostaje więc bez wpływu na poczucie jakości życia.

¹ Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2001.

² Straś-Romanowska M., *Los człowieka jako problem psychologiczny. Podstawy teoretyczne*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 1992, s. 51.

Tak jak dla każdego jakość życia może mieć nieco inne znaczenie, tak też wiele jest definicji tego pojęcia. Można rozumieć przez nie, zdolność do realizacji planów danego człowieka, różnicę między nadziejami i oczekiwaniami a obecnymi doświadczeniami danej osoby lub dobre samopoczucie, satysfakcję z życia i pozytywną ocenę ogólnego funkcjonowania. Inni uważają, że dla oceny jakości życia najważniejsza jest subiektywna percepcja dobrego samopoczucia, satysfakcja z życia i codziennego funkcjonowania³.

Sprawne funkcjonowanie ciała psychofizycznego ma ogromne znaczenie, jednakże o dobrym samopoczuciu decyduje również sfera duchowa. Osoba „sprawna” duchem i mająca niepełnosprawne ciało, może lepiej funkcjonować, niż osoba mająca fizycznie sprawne ciało, lecz niedysponowaną sferę duchową. Leczenie materialnego ciała leży w rękach lekarzy, ale dobre samopoczucie jest poza zasięgiem ich działalności. W odniesieniu do holistycznego traktowania człowieka, prawidłowe działanie każdej sfery jest niezmiernie ważne, aby cały organizm funkcjonował prawidłowo.

Czas przystosowywania się do choroby przewlekłej lub niepełnosprawności wymaga od środowiska, w którym taka osoba przebywa, indywidualnego podejścia, aby pomóc jej przetrwać najtrudniejszy moment i nauczyć się żyć w zastanej rzeczywistości.

2. Cel badań

Ocena oddziaływania twórczości na postrzeganie przez badanych swojej niepełnosprawności i ocena stanu funkcjonalnego.

3. Materiał i metody

W badaniach wzięły udział osoby niepełnosprawne: członkowie Związku Artystów Malujących Ustami i Nogami – AMUN (24 osoby) oraz inne osoby niepełnosprawne, zajmujące się różnego rodzaju twórczością (38 osób), razem 62 osoby.

Do badań użyto:

- test z zakresu psychologii zdrowia Skala Akceptacji Choroby – AIS (ang. *Acceptance of Illness Scale*); autorzy: Barbara J. Felton, T. A. Revenson i G. A. Hinrichsen; adaptacja: Zygfryd Juczyński⁴,

³ Jarema M., Badanie jakości życia. W: Skłodowski H. (red.), *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożenia i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 1996, s. 300-303.

⁴ Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2001, ss. 24, 64, 77, 123-127, 131.

- kwestionariusz wywiadu zawierający pytania dotyczące znaczenia twórczości artystycznej w życiu i twórczości osób badanych, oraz pytania charakteryzujące respondentów i środowisko, z którego pochodzą.

Metody statystyczne

Wnioskowanie statystyczne prowadzono na poziomie istotności $\alpha = 0,05$. Do obliczeń statystycznych wykorzystywano pakiet oprogramowania STATISTICA (StatSoft, Inc. 2008, data analysis software system, version 8.0) www.statsoft.com

Do porównania średnich danych zależnych wykorzystano test kolejności par Wilcozona. Do oceny współzależności zmiennych ilościowych wykorzystano korelacje porządku rang Spearmana.

4. Wyniki badań

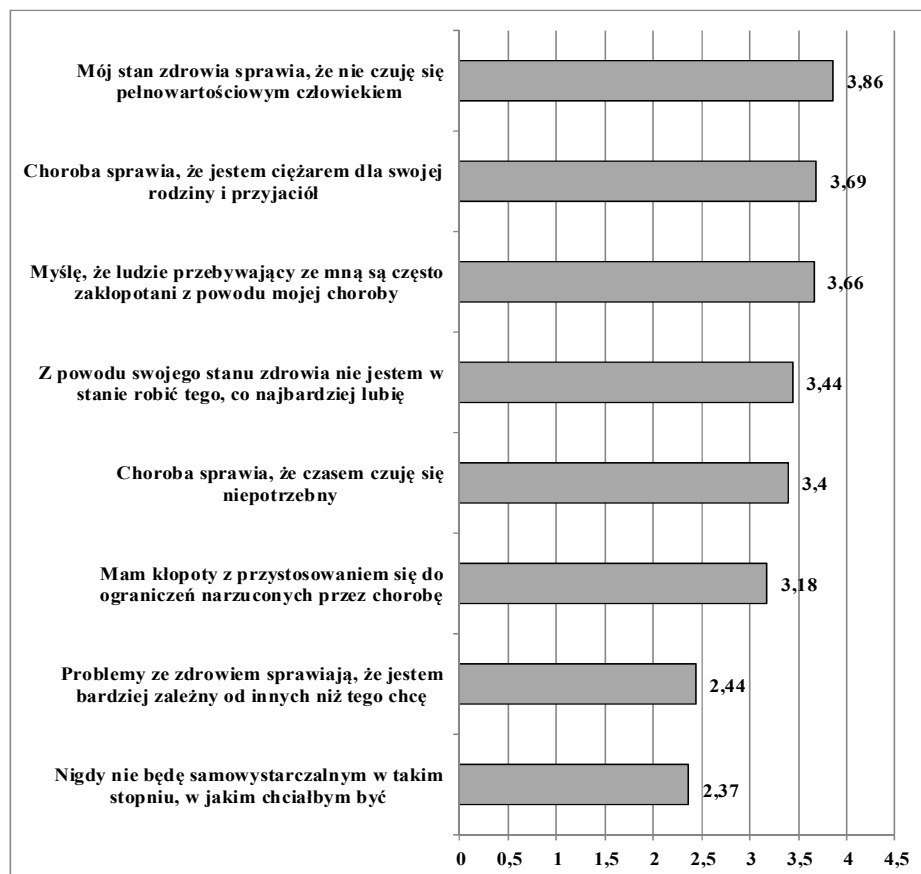
Skala Akceptacji Choroby bada, w jakim stopniu pacjent jest w stanie zaakceptować swoją chorobę lub niepełnosprawność, bez doświadczania negatywnych emocji czy reakcji oraz ocenia sposoby radzenia sobie ze swoim stanem⁵.

Wszystkie twierdzenia AIS wyrażają określone trudności i ograniczenia spowodowane chorobą. W szczegółowej analizie można się odnieść do różnych aspektów niesprawności fizycznej, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób, czy obniżonego poczucia własnej wartości, zawartych w poszczególnych stwierdzeniach skali. Niski wynik oznacza brak akceptacji i przystosowania się do choroby oraz silne poczucie dyskomfortu psychicznego. Z kolei wysoki wynik świadczy o akceptacji własnego stanu chorobowego, co przejawia się brakiem negatywnych emocji związanych z chorobą⁶.

Z badań przeprowadzonych na grupie artystów niepełnosprawnych wynika się pozytywny obraz dotyczący samoakceptacji respondentów (rys. 1). Najwyższe miejsce listy zajmuje twierdzenie, mówiące o wysokim poczuciu własnej wartości. Tuż za nim znalazła się deklaracja, że niepełnosprawni nie czują się ciężarem dla rodziny i przyjaciół. Raczej nie zauważają, by otoczenie, w którym się pojawiają, reagowało zakłopotaniem. Respondenci nie twierdzą, że ich dysfunkcje fizyczne przeszkadzają w realizacji własnych zainteresowań. Rzadko deklarują też, by ich stan sprawiał, że czują się niepotrzebni. Częściej przyznają, że mają kłopoty z przystosowaniem się do własnych ograniczeń i uważają, że są bardziej zależni od innych, niż by tego sobie życzyli. Są świadomi, że nigdy nie będą samowystarczalni w takim stopniu, w jakim by chcieli.

⁵ Felton, B.J., Revenson, T.A., Hinrichsen, G.A. Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science and Medicine* 1984, 18, 10, ss. 889-898.

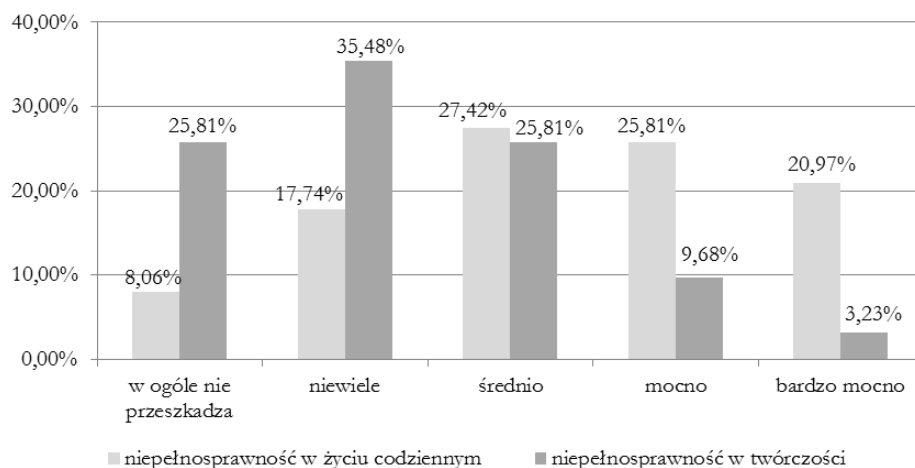
⁶ Juczyński Z., dz.cyt., s. 131.



Rys. 1. Wyniki I grupy Skali Akceptacji Choroby – AIS; odpowiedzi posegregowane wg właściwości psychometrycznych poszczególnych twierdzeń (średni wynik każdego twierdzenia; im wyższy wynik tym większy brak zgody z twierdzeniem).

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki subiektywnej oceny niepełnosprawności w życiu codziennym i w twórczości przynoszą ciekawe wyniki (rys. 2). Wśród badanych występują diametralne różnice w poczuciu swojej niepełnosprawności odczuwanej na co dzień oraz odczuwanej w procesie twórczym. Rozbieżność polega na świadomości inwalidztwa, które w życiu codziennym prawie połowie z osób badanych przeszkadza mocno i bardzo mocno. Nieco ponad 1/4 badanych uważa, że przeszkadza im średnio, a co czwarty respondent uważa, że niepełnosprawność w życiu codziennym nie przeszkadza mu w ogóle lub w niewielkim stopniu.



Rys. 2. Subiektywna ocena niepełnosprawności w życiu codziennym i w twórczości

Źródło: opracowanie własne.

Odczuwanie własnej niepełnosprawności w obliczu swojej pasji ma odwrotne proporcje. Niecałe 13% pytaných orzekło, że ich niepełnosprawność w twórczości przeszkadza mocno i bardzo mocno. Podobnie jak w życiu codziennym, również w twórczości około 1/4 osób niepełnosprawnych stwierdziła, że ich stan dokucza im umiarkowanie. Natomiast ponad 60% respondentów doszła do wniosku, że ograniczenia związane z niesprawnością ciała nie mają żadnego znaczenia lub tylko niewielkie, kiedy oddają się swojemu ulubionemu zajęciu.

Różnice w odbiorze poczucia własnej niepełnosprawności w życiu codziennym i w twórczości są istotne statystycznie, $p < 0,001$.

5. Dyskusja

Skala akceptacji choroby ukazuje jak osoby niepełnosprawne postrzegają swoją niepełnosprawność, jak radzą sobie z jej konsekwencjami. Sposób zmagania się z ograniczeniami swojego ciała wpływa na jakość życia. Ocena jakości życia odzwierciedla przyczyny, strategie radzenia sobie z niesprawnością, wsparcie społeczne, jak również akceptację swojego stanu, zależność od innych, poczucie własnej wartości.

Wyniki badań AIS niepełnosprawnych artystów zostały porównane z wynikami innych grup klinicznych (tab. 1), przebadanych w latach 1998-19997. Grupa artystów niepełnosprawnych, w porównaniu z innymi reprezentatywny-

⁷ Juczyński Z., dz.cyt., s. 170-171.

mi grupami pacjentów zbadanymi wspomnianą skalą, lokuje się na wysokim, drugim z dziewięciu miejsc. Tak wysoka pozycja świadczy o znacznej akceptacji własnej niepełnosprawności, co przejawia się brakiem negatywnych emocji związanych ze swoim stanem.

Tab. 1. Zestawienie średnich wyników wszystkich twierdzeń testu AIS badanej grupy oraz innych badanych grup klinicznych w latach 1998-1999; możliwy wynik mieścił się w granicach 8 – 40

Miejsce	G r u p a	Liczebność	Średnia arytmetyczna
1	Kobiety z rakiem sutka i macicy	60	28,13
2	Artyści i twórcy niepełnosprawni	62	26,03
3	Pacjenci dializowani	31	25,32
4	Diabetycy	70	24,81
5	Chorzy ze stwardnieniem rozsianym	44	24,59
6	Kobiety z rozpoznaniem migreny	30	24,23
7	Mężczyźni po zawale mięśnia serca	42	22,14
8	Pacjenci z bólem kręgosłupa	48	20,51
9	Pacjenci z przewlekłym bólem (neuropatia)	32	18,46

Źródło: Juczyński Z., Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2001, s. 170-171.

Wyniki subiektywnej oceny niepełnosprawności w życiu codziennym i w twórczości obrazują jakie znaczenie dla osób niepełnosprawnych ma ich inwalidztwo wobec okoliczności, na jakie są wystawiani. W codziennym funkcjonowaniu trudno jest zaakceptować pewne braki, tym bardziej, gdy na każdym kroku spotyka się trudności, począwszy od dostępu do różnych instytucji, przez problemy z zatrudnieniem, po brak zrozumienia i dyskryminację społeczeństwa. Dużo łatwiej jest nie zwracać uwagi na swoje niedoskonałości cielesne, kiedy zagłębia się człowiek w świat wewnętrzny, duchowy, dzięki któremu może dać się poznać społeczeństwu od innej, lepszej strony, w którym nie liczy się sprawność fizyczna lecz zdolności, którymi nie każdy jest obdarzony.

W zestawieniu Skali Akceptacji Choroby – AIS z pytaniem o subiektywną ocenę niepełnosprawności w życiu codziennym można zauważyć, że niepełnosprawni stanowczo nie zgadzają się z twierdzeniem mówiącym o nich jako ciężarze dla rodziny i przyjaciół, jak również nie zgadzają się z poglądem, że osoby przebywające w ich towarzystwie są zakłopotane z powodu występującej niepełnosprawności. Osoby niepełnosprawne potwierdzają natomiast, że mają problemy z przystosowaniem się do ograniczeń wynikających z ich stanu; są zależni od innych w stopniu większym, niż by chcieli, jak również zgadzają się

z twierdzeniem, że nigdy nie będą samodzielni, na tyle, na ile by chcieli. Wynika to oczywiście ze specyfiki niepełnosprawności poszczególnych osób.

Wyniki Skali Akceptacji Choroby są zgodne z wynikami uzyskanymi na pytanie o subiektywną ocenę niepełnosprawności w życiu codziennym. Wyniki wykazały, że tylko 8,06% osób deklaruje, że niepełnosprawność w ogóle nie przeszkadza, a 17,74% twierdzi, że niewiele (razem 25,80% osób). Istota współzależności $R = -0,35432$ $p < 0,01$

Zestawienie Skali Akceptacji Choroby – AIS z pytaniem o subiektywną ocenę niepełnosprawności w twórczości pokazuje inny rozkład, w porównaniu do oceny niepełnosprawności w życiu codziennym. Przede wszystkim osoby niepełnosprawne nie identyfikują się z twierdzeniem mówiącym, że z powodu stanu zdrowia miałyby nie czuć się pełnowartościowymi ludźmi. Nie utożsamiają się również z tezą, że ich stan zdrowia ogranicza wykonywanie czynności, które najbardziej lubią wykonywać. Nie zgadzają się również ze zdaniem, że choroba sprawia, iż czują się niepotrzebni.

Potwierdzeniem takich wyborów jest subiektywna ocena niepełnosprawności w twórczości, która pokazuje, że aż 25,81% osób twierdzi, że niepełnosprawność w ogóle im nie przeszkadza w twórczości, a 35,48%, że przeszkadza w niewielkim stopniu (razem 61,29% osób). Istota współzależności $R = -0,26576$ $p < 0,05$

W następstwie uzyskiwanych odpowiedzi z wyników badań została utworzona funkcjonalna ocena sprawności w życiu codziennym i w twórczości.

Wskaźnik funkcjonalnych ograniczeń w życiu wynika z zestawienia dwóch odpowiedzi, tj. subiektywnego odczucia niepełnosprawności z orzeczonym stopniem niepełnosprawności (tabela 2).

Tab. 2. Struktura badanej grupy pod względem funkcjonalnej oceny sprawności w życiu codziennym

subiektywna niepełnosprawność w życiu codziennym	Stopień niepełnosprawności						Razem
	znacznym		umiarkowanym		lekki		
bardzo mocno mocno	I°	40,32%	I°	6,45%	II°	0%	46,77%
Średnio	I°	19,36%	II°	1,61%	III°	6,45%	27,42%
umiarkowanie w ogóle	II°	16,13%	III°	6,45%	III°	3,23%	25,81%
RAZEM		75,81%		14,51%		9,68%	100%

Źródło: opracowanie własne.

Wśród osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, które stanowią 75,81% badanych niepełnosprawnych, zaledwie 40,32% badanych (tj. tylko nieco ponad połowa respondentów ze znacznym stopniem niepełnosprawności) ocenia swoją niepełnosprawność jako bardzo ograniczającą; 19,36% stwierdziło, że ogranicza ich średnio, a 16,13% badanych nie przeszkadza w ogóle lub umiarkowanie.

Pomimo, że 14,51% osób niepełnosprawnych ma orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, tylko 6,45% badanych oceniło swoją niepełnosprawność jako bardzo mocno lub mocno dokuczającą, 1,61% osób odbiera swoją niesprawność zgodnie z faktycznym stanem (średnio), a 6,45% umniejsza jej znaczenie, traktując ją jako umiarkowanie lub w ogóle nie krępującą.

Wśród respondentów niepełnosprawnych w stopniu lekkim, którzy stanowią 9,68% wszystkich badanych niepełnosprawnych, nikt nie uważa swojego stanu jako bardzo mocno lub mocno doskwierającego, tylko 6,45% badanych postrzega swój stan jako średnio dokuczający, a 3,23% osób badanych swoją niesprawność traktuje jako umiarkowanie lub w ogóle nie przeszkadzającą.

Jak wskazuje zestawienie (tab. 2) najcięższy, pierwszy stopień funkcjonalnej sprawności w życiu codziennym (w tabeli zdefiniowany znakiem I^o) objął łącznie 66,13% osób niepełnosprawnych. Stopień drugi, średni (w tabeli zdefiniowany znakiem II^o), dotknął 17,74% niepełnosprawnych. Najłżejszy, trzeci stopień funkcjonalnej sprawności (w tabeli zdefiniowany znakiem III^o) dotyczy 16,13% badanych osób niesprawnych.

Subiektywne odczuwanie niepełnosprawności jest odbierane dużo bardziej pożądanie w porównaniu do faktycznego, orzeczonego stanu niepełnosprawności. Funkcjonalna ocena sprawności w życiu wypada korzystniej niż administracyjne orzeczenia, jednak nie tak korzystnie, jak własne odczucia niepełnosprawnych.

Wyniki są jeszcze bardziej zaskakujące, jeśli się je porówna z oceną, jaką osoby niepełnosprawne wystawiły subiektywnemu odczuwaniu niepełnosprawności w twórczości. Wskaźnik funkcjonalnych ograniczeń odczuwalnych w procesie twórczym powstał z porównania subiektywnego odczucia niepełnosprawności w twórczości z orzeczonym stopniem niepełnosprawności (tab. 3).

Spośród wszystkich przebadanych osób niepełnosprawnych 75,81% to osoby z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności. Tylko 12,90% badanych określiło, że ich niepełnosprawność przeszkadza w twórczości mocno lub bardzo mocno. 19,36% badanych, z najcięższym stopniem niepełnosprawności oceniło swoją niepełnosprawność jako średnio, a aż 43,55% badanych jako umiarkowanie lub w ogóle nieprzeszkadzającą w procesie twórczym!

Wśród badanych niepełnosprawnych, 14,51% stanowiły osoby niepełnosprawne w stopniu umiarkowanym, wśród nich tylko 3,22% respondentów ocenia zgodnie z orzeczeniem, że niepełnosprawność przeszkadza im w twórczości średnio, a 11,29% uważa, że niepełnosprawność nie przeszkadza im w ogóle, ewentualnie niewiele.

Tab. 3. Struktura badanej grupy pod względem funkcjonalnej oceny sprawności w twórczości

subiektywna niepełnosprawność w twórczości	Stopień niepełnosprawności						Razem
	znaczny		umiarkowany		lekki		
bardzo mocno mocno	I°	12,90%	I°	0%	II°	0%	12,90%
Średnio	I°	19,36%	II°	3,22%	III°	3,23%	25,81%
umiarkowanie w ogóle	II°	43,55%	III°	11,29%	III°	6,45%	61,29%
RAZEM		75,81%		14,51%		9,68%	100%

Źródło: opracowanie własne.

Pozostała część badanych, 9,68%, to osoby z orzeczonym lekkim stopniem niepełnosprawności. Jednak tylko 3,23% badanych oceniło swoją niesprawność jako średnio dokuczającą w twórczości, a 6,45% jako niezbyt lub w ogóle nieprzeszkadzającą.

W zestawieniu (tab. 3) najcięższy, pierwszy stopień funkcjonalnej sprawności (w tabeli zdefiniowany znakiem I°) objął zaledwie 32,26% badanych niepełnosprawnych. Drugi stopień, średni (w tabeli zdefiniowany znakiem II°), dotknął 46,77% badanych. Najłżejszy, trzeci stopień funkcjonalnej sprawności (w tabeli zdefiniowany znakiem III°) objął 20,97% badanych osób niepełnosprawnych.

Subiektywna ocena niepełnosprawności w procesie twórczym wypada dużo korzystniej, jeśli chodzi o sposób postrzegania tych samych dysfunkcji, w porównaniu do odczuwania własnej niepełnosprawności w czynnościach dnia codziennego. Ocena ta, porównana do administracyjnych orzeczeń o niepełnosprawności, wypada również korzystniej niż wcześniej przeanalizowana, funkcjonalna ocena sprawności w życiu codziennym.

Analiza subiektywnej oceny niepełnosprawności z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w obu zestawieniach wypada korzystniej dla pierwszego z nich, natomiast funkcjonalna ocena niepełnosprawności lokuje się pomiędzy stanem faktycznym a tym, jak ją czują badani.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że osoby uprawiające sztukę, pomimo wielu niedogodności w wymiarze fizycznym, zyskują na poczuciu własnej wartości w sferze psychicznej. Potwierdzają to wyniki użytej Skali Akceptacji Choroby, w której osoby niepełnosprawne obrazują pozytywny stosunek do swojej sytuacji stanowiąc nie zgadzając się z twierdzeniem „mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem”.

6. Podsumowanie

Z przeprowadzonych badań wynika, że przeróżne dysfunkcje fizyczne, z którymi zmagają się osoby niepełnosprawne, są zazwyczaj znacznym utrudnieniem w codziennym funkcjonowaniu. Dysfunkcje te tracą swoją wagę, kiedy mowa jest o artystycznej aktywności badanych. Tak więc podjęcie twórczych działań pozytywnie wpływa na ocenę własnych możliwości osób niepełnosprawnych, mimo, że stopień niepełnosprawności nie uległ zmianie. To, co może być przeszkodą w codziennym funkcjonowaniu, przestaje nią być podczas twórczej działalności.

Literatura

- Felton, B.J., Revenson, T.A., Hinrichsen, G.A. Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science and Medicine* 1984.
- Jarema M., Badanie jakości życia. W: Skłodowski H. (red.), *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożenia i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 1996. ISBN 83-7016-915-5.
- Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2001. ISBN 83-88242-04-0.
- Straś-Romanowska M., *Los człowieka jako problem psychologiczny. Podstany teoretyczne*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 1992. ISBN 83-229-0859-8.

**ZNACZENIE ZDROWIA I JEGO MIEJSCE W SYSTEMIE
WARTOŚCI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO
ZAJMUJĄCYCH SIĘ SZTUKĄ**

Małgorzata Janowska-Matuszewska

Abstrakt: Określenie „być zdrowym” ma dla ludzi różne znaczenie. Wynika to z rozmaitych uwarunkowań zdrowotnych zależy m.in. od wieku, płci, sytuacji społecznej, a zwłaszcza od systemu wartości wyznaczającego cele życiowe. Zdrowie według osób niepełnosprawnych jest ważne, ale nie jako konieczny warunek do osiągnięcia szczęścia osobistego. Taki sposób myślenia jest przeciwieństwem postrzegania go przez osoby pełnosprawne. Realizowanie swoich pasji artystycznych przez osoby niepełnosprawne wpływa na zwiększenie poczucia satysfakcji z własnego życia w wymiarze osobistym i zawodowym.

Słowa kluczowe: Lista Kryteriów Zdrowia, Lista Kryteriów Osobistych, artysta niepełnosprawny, ocena niepełnosprawności

JEL Classifications: I19.

1. Wprowadzenie

Czas przystosowywania się do choroby przewlekłej lub niepełnosprawności wymaga od środowiska, w którym taka osoba przebywa, indywidualnego podejścia, aby pomóc jej przetrwać najtrudniejszy moment i nauczyć się żyć w nowej rzeczywistości.

Czynnikiem najbardziej mobilizującym do podejmowania zachowań zdrowotnych jest wartość, jaką przypisuje się zdrowiu. Wynikające stąd motywy

wyrażają stopień zainteresowania sprawami własnego zdrowia, z czym wiąże się gotowość do podejmowania działań służących dobrej formie fizycznej⁸.

Określenie „być zdrowym” posiada dla ludzi różne znaczenie. Wynika to z wielorakich uwarunkowań zdrowotnych i zależy m.in. od wieku, płci, sytuacji społecznej, zwłaszcza zaś od systemu wartości wyznaczającego cele życiowe.

Dla większości ludzi zdrowie posiada najczęściej wartość instrumentalną, to znaczy, że umożliwia ono pozyskiwanie innych, ważnych dla jednostki wartości. Okazuje się, że osoby dorosłe, które przypisują zdrowiu wysoką wartość, a zarazem są przekonane co do osobistego wpływu na jego stan, przejawiają więcej zachowań sprzyjających utrzymaniu i polepszaniu zdrowia⁹.

2. Materiał i metody

W badaniach wzięły udział osoby niepełnosprawne: członkowie Związku Artystów Malujących Ustami i Nogami – AMUN i osoby zajmujące się różnego rodzaju twórczością, łącznie 62 osoby, oraz osoby pełnosprawne: artyści studiujący w Akademii Sztuk Pięknych w Warszawie, ogółem 52 osoby.

Do badań użyto testy z zakresu psychologii zdrowia¹⁰:

- Lista Kryteriów Zdrowia – LKZ,
- Lista Wartości Osobistych – LWO.

3. Metody statystyczne

Wnioskowanie statystyczne prowadzono na poziomie istotności $\alpha = 0,05$. Do obliczeń statystycznych wykorzystywano pakiet oprogramowania STATISTICA (StatSoft, Inc. 2008, data analysis software system, version 8.0) www.statsoft.com

Do porównania średnich, w przypadku braku danych zależnych zastosowano test U Manna-Whitneya.

4. Wyniki badań

Lista Kryteriów Zdrowia nawiązuje do holistycznego ujęcia zdrowia. Stwierdzenia zawarte w LKZ odzwierciedlają różne aspekty zdrowia. Troska o wypoczynek i sen, podobnie jak należyte odżywianie się mogą być traktowane jako wa-

⁸ Heszen-Niejodek I., Psychologiczne problemy chorych somatycznie. W: Strelau J. (red), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2000, s. 513-531.

⁹ Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2001.

¹⁰ Tamże.

runki zdrowia. Zarazem jednak wygląd fizyczny stanowi świadectwo aktualnego stanu zdrowia. Jeszcze inne kryteria podkreślają wagę możliwie pełnego funkcjonowania i realizacji swoich możliwości. Ocena wymiaru psychicznego i społecznego zdrowia staje się niezmiernie ważna w kontekście wpływu czynników psychospołecznych na zachowania, styl życia i wreszcie zachorowalność i umieralność¹¹.

Lista Kryteriów Zdrowia zawiera stwierdzenia odpowiadające różnym kryteriom zdrowia: fizycznego, psychicznego i społecznego. Badany zaznacza swoje preferencje, wskazując które z podanych stwierdzeń są ważne w ocenie zdrowia, a spośród wybranych te które są najważniejsze.

Zdrowie utożsamiane ze *stanem* określa przejaw zdrowia psychicznego.

Kryteria zdrowia definiowane jako *wynik*, traktuje się jako warunki zdrowia, czyli prowadzenie odpowiedniego trybu życia.

Zdrowie rozumiane jako *własności* charakteryzuje instrumentalne podejście do zdrowia. Ma ono jednakże inną wartość dla osób niepełnosprawnych ruchowo, a inną dla osób sprawnych.

Zdrowie rozumiane jako *proces* odzwierciedla aspekt psychologiczny i społeczny.

Kryteria zdrowia definiowane jako *cel* oznaczają kierunki, do których należy zmierzać.

Test LKZ został wybrany i przeprowadzony, aby sprawdzić jakie sfery zdrowia są najistotniejsze dla osób niepełnosprawnych, a jakie dla pełnosprawnych. Drugim celem tego testu było sprawdzenie jakie elementy zdrowia tych sfer są najwyżej oceniane.

Osoby niepełnosprawne wybierały głównie twierdzenia najbardziej zbliżone do ich własnej definicji zdrowia (tabela nr 1): radość życia, sprawność fizyczna, poczucie szczęścia, brak dolegliwości fizycznych, akceptacja własnej osoby, umiejętne współżycie w społeczeństwie, dobre samopoczucie, brak konieczności korzystania z usług lekarza, życie bez stresu, brak chorób, umiejętność adaptowania się do zmian w życiu, umiejętność rozwiązywania swoich problemów i inne.

W hierarchii ważności kolejność twierdzeń, które wybierali respondenci z dysfunkcjami narządu ruchu, ulega pewnym zmianom (tabela nr 3). Najwyższą ocenę przypisano fizycznej stronie zdrowia (brak dolegliwości fizycznych), kolejno pojawiła się akceptacja siebie, następnie sprawność fizyczna, dalej poczucie szczęścia, radość życia, brak chorób, umiejętność przystosowania się do zmian w życiu, umiejętne współżycie w społeczeństwie, brak konieczności korzystania z usług lekarza, życie bez stresu, umiejętność rozwiązywania swoich problemów, dobre samopoczucie i inne.

W wynikach Listy Kryteriów Zdrowia osób niepełnosprawnych wylania się pewien porządek, który wskazuje na utożsamianie zdrowia w głównej mierze ze

¹¹ Juczyński Z., dz.cyt.

zdrowiem psychicznym i fizyczną sprawnością, co jest oczywiste w przypadku osób z dysfunkcjami narządu ruchu. Z drugiej strony pojawiają się też określenia zdrowia związane z jego aspektem psychologicznym i społecznym.

Osoby pełnosprawne jako najważniejsze wybierały następujące twierdzenia (tabela nr 2): radość życia, poczucie szczęścia, akceptacja własnej osoby, dobre samopoczucie, brak dolegliwości fizycznych, umiejętność rozwiązywania swoich problemów, sprawność fizyczna, dbałość o wypoczynek, brak chorób i inne.

Według najwyższej oceny (tabela nr 4) kolejno znalazły się: poczucie szczęścia, sprawność fizyczna, radość życia, dbałość o wypoczynek, akceptacja siebie, dobre samopoczucie, brak dolegliwości fizycznych, brak chorób, umiejętność rozwiązywania swoich problemów i inne.

Wybór twierdzeń wskazuje przede wszystkim na zwracanie uwagi na stronę psychiczną dobrego zdrowia, ale nie bez znaczenia jest także sfera fizyczna. Pozostałe aspekty zdrowia pozostają na dalszych miejscach.

Porównując wybory obydwu grup widać wiele wspólnych twierdzeń, które mają duże znaczenie przy określaniu priorytetów w definicji zdrowia. Dwa nadrzędne kryteria w obydwu grupach są takie same, dotyczą zdrowia pod kątem psychicznym a następnie fizycznym.

Pośród twierdzeń na czele listy, zarówno w grupie osób niepełnosprawnych, jak i pełnosprawnych, znajduje się radość życia. Jest to najczęściej wybierane przez badanych twierdzenie. Miejsce drugie w grupie niepełnosprawnych zajęło twierdzenie mówiące o posiadaniu sprawnych części ciała. To twierdzenie w grupie pełnosprawnych jest także wysoko cenione – znajduje się na czwartym miejscu. Równie wysoko respondenci cenią poczucie szczęścia. Osoby z grupy niepełnosprawnych umieściły to twierdzenie na trzecim, a osoby z grupy pełnosprawnych na drugim miejscu. Wszyscy, bez względu na sprawność, cenią wysoko dobre samopoczucie fizyczne. Brak dolegliwości fizycznych to życzenie badanych jednej i drugiej grupy. W grupie osób niepełnosprawnych ww. twierdzenie zajęło miejsce czwarte, a w grupie osób pełnosprawnych trzecie, równoległe z tezą mówiącą o akceptacji siebie i wiedzy o własnych możliwościach oraz o brakach (to twierdzenie zajęło piąte miejsce w grupie niepełnosprawnych), dobrym samopoczuciem (które zajęło szóste miejsce w grupie niepełnosprawnych) oraz z umiejętnością rozwiązywania swoich problemów (miejsce ósme w grupie niepełnosprawnych).

Priorytety obydwu grup według najwyższych ocen jakie respondenci przyznawali okazały się nieco rozbieżne. I tak w grupie osób niepełnosprawnych pierwsze miejsce zajmuje brak dolegliwości fizycznych, podczas gdy w grupie pełnosprawnych to twierdzenie zajęło dopiero miejsce siódme. Akceptacja swoich słabości znajduje się na drugim, ważnym miejscu w grupie niepełnosprawnych, a dopiero na piątym w grupie pełnosprawnych. Trzecie miejsce w grupie niepełnosprawnych należy do twierdzenia mówiącego o sprawności fizycznej i bardzo wysoko, bo na drugim miejscu docenili je badani grupy pełnosprawnych. Natomiast najwyższej ceniona cecha zdrowia w grupie pełnosprawnych to

poczucie szczęścia, które jest na czwartym miejscu na liście grupy niepełnosprawnych. Ostatnie „medalowe” miejsce w ocenie zdrowia w grupie pełnosprawnych zajmuje radość życia, która znalazła się na piątej pozycji w grupie niepełnosprawnych.

Kolejny test – Lista Wartości Osobistych (dalej LWO) pozwala na śledzenie zmian w wartościowaniu zdrowia w wyniku edukacji zdrowotnej, działań promujących zdrowie, modyfikacji zachowań zdrowotnych w przebiegu procesu terapii i rehabilitacji¹².

LWO składa się z dwóch części. Pierwsza zawiera opis 9 symboli szczęścia, które wyrażają różnorodne formy aktualizacji wartości ludzkich. Druga część przedstawia 10 kategorii wartości osobistych, wśród których znajduje się zdrowie, utożsamione ze sprawnością fizyczną i psychiczną.

Celem badania jest ocena znaczenia przypisywanego różnym wartościom, w tym również zdrowiu. Osiągnięcie ważnych dla siebie wartości jest utożsamiane z pełnym, trwałym i uzasadnionym zadowoleniem z życia.

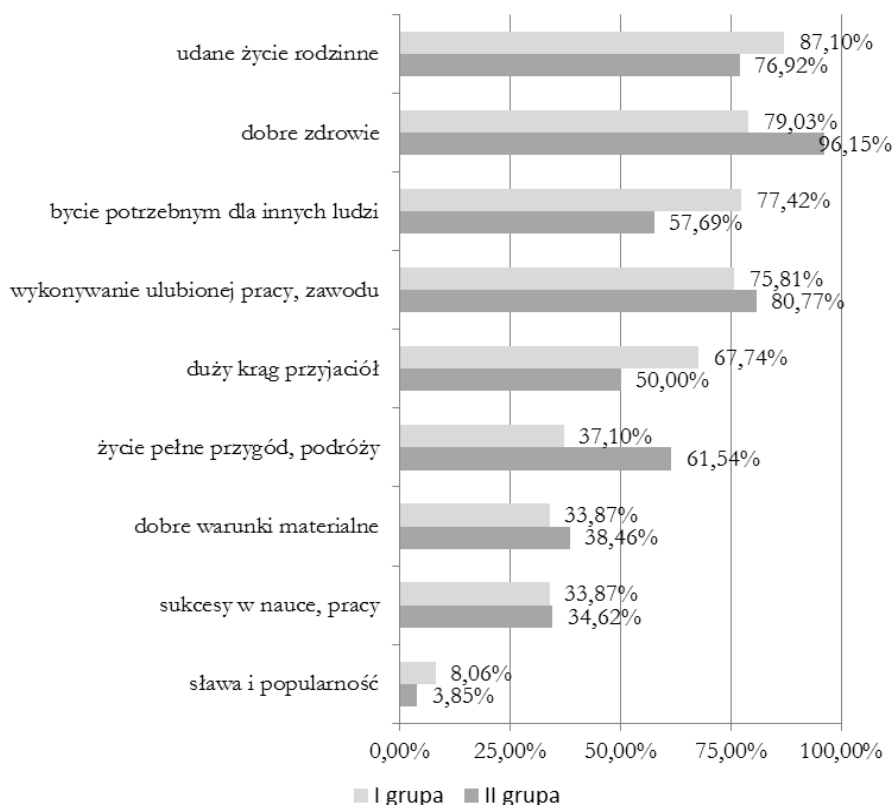
Spośród dziewięciu symboli szczęścia oraz dziesięciu wartości osobistych badany wybiera pięć najważniejszych dla siebie, którym przyporządkowuje punkty, od 5 – dla symbolu najważniejszego, do 1 – dla najmniej ważnego. Punkty przypisane wybranym symbolom i wartościom traktuje się jako „wagi” (średnie oceny danego stwierdzenia) umożliwiające dokonanie interpretacji.

Wybór symboli szczęścia w grupach osób niepełnosprawnych (tabela nr 5) oraz pełnosprawnych (tabela nr 6) jest dosyć zbliżony. Najczęściej wybieranym symbolem szczęścia w grupie osób niepełnosprawnych jest udane życie rodzinne, ten symbol w grupie osób pełnosprawnych znajduje się na trzecim miejscu. Drugie miejsce na liście grupy niepełnosprawnych zajmuje dobre zdrowie, które znalazło się na czele listy grupy pełnosprawnych. Zaraz po symbolu dobrego zdrowia w grupie niepełnosprawnych wybierana była potrzeba działania na rzecz innych ludzi. Symbol ten w grupie pełnosprawnych zajął piąte miejsce. Spełnienie zawodowe było czwartym wybranym symbolem w grupie niepełnosprawnych, ale w grupie pełnosprawnych uplasowało się na wysokim, drugim miejscu, przed udanym życiem rodzinnym.

Kolejność podana wyżej ulega poważnej zmianie w stronę podobieństw obu grup, gdy weźmie się pod uwagę najwyższe oceny, jakie przypisali respondenci poszczególnym symbolom szczęścia. Pierwsze trzy miejsca najwyższej ocenionych symboli w grupie osób niepełnosprawnych pozostają bez zmian. Natomiast w grupie osób pełnosprawnych kolejność pierwszych miejsc została odwrócona, osiągając tym samym poziom wyników osób niepełnosprawnych. Zatem lista grupy pełnosprawnych prezentuje się następująco: udane życie rodzinne zostało ocenione najwyżej. Drugą ocenę pełnosprawni przypisali pozycji „sława” i „popularność”, jednakże w związku z bardzo niską częstotliwością wyboru tego symbolu, ocena jego jest mało wiarygodna i ustępuje miejsca ko-

¹² Juczyński Z., dz.cyt.

lejnemu, licznie i wysoko ocenionemu znakowi szczęścia, jakim jest dobre zdrowie. Następne miejsce w porządku ważności symboli szczęścia według ocen zajął mówiący o poczuciu bycia potrzebnym dla innych ludzi. W ten sposób zamyka się pierwsza trójka najwyższej ocenionych symboli szczęścia obydwu grup. Na czwartym z kolei miejscu, w obydwu grupach zostało ocenione wykonywanie ulubionej pracy, zawodu.



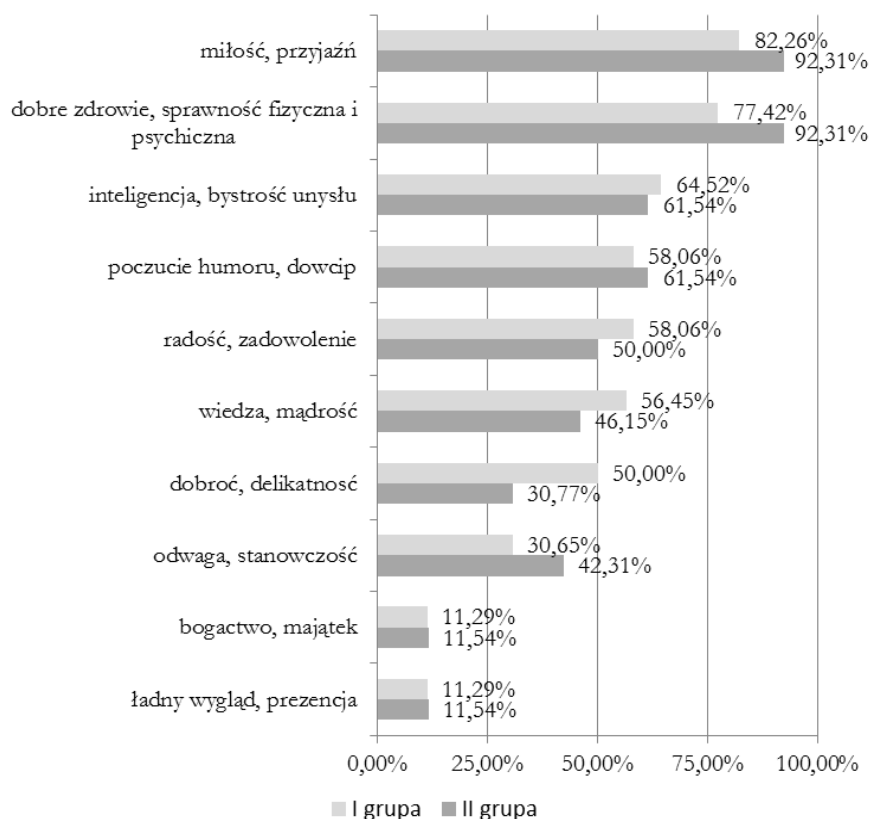
Rys. 1. Wyniki I i II grupy Listy Wartości Osobistych – LWO (symbole szczęścia)
Źródło: opracowanie własne.

Okazuje się, że w wyborze wartości osobistych niemalże nie ma różnic pomiędzy grupami, jeśli rozpatrujemy wartości wybrane przez największą liczbę osób (tabela nr 7 wyniki osób niepełnosprawnych; tabela nr 8 wyniki osób pełnosprawnych). Naczelne miejsca zajęły: miłość i przyjaźń na pierwszym miejscu w grupie osób niepełnosprawnych oraz w grupie osób pełnosprawnych. Miejsce pierwsze w grupie pełnosprawnych, zajmuje również ex aequo wartość: „dobre zdrowie”, „sprawność fizyczna i psychiczna”, która przez osoby niepełnosprawne została wybrana w drugiej kolejności. Trzecie miejsce w grupie niepełnosprawnych zajmuje wartość: „inteligencja, bystrość umysłu”, która to jest na

drugim miejscu w grupie pełnosprawnych. Taka sama liczba osób w ostatniej wymienionej grupie wybrała wartość: „poczucie humoru”. Wartość ta w grupie osób niepełnosprawnych jest na czwartym miejscu, tak jak wartość „radość i zadowolenie”, która z kolei znajduje się na trzecim miejscu w grupie pełnosprawnych.

Zestawienie wartości pod względem najwyższej średniej oceny przedstawia w grupie osób niepełnosprawnych taki sam porządek jaki miał miejsce w powyższym zestawieniu. W grupie pełnosprawnych artystów pierwsze i drugie miejsca są jednakowe z miejscami, które zajęły najwyżej oceniane wartości wybrane przez respondentów grupy niepełnosprawnych. Miejsce trzecie, w grupie pełnosprawnych zajęła nowa wartość, dotychczas nie wymieniana – „dobroć i delikatność” (jest ona na miejscu szóstym na liście ocen wartości osobistych w grupie osób niepełnosprawnych).

Badanie ocenia znaczenie różnych wartości, w tym również zdrowia, utożsamionego ze sprawnością fizyczną i psychiczną. Wyniki obydwu grup, w tej kategorii wykazują różnice istotne statystycznie $p < 0,05$.



Rys. 2. Wyniki I i II grupy Listy Wartości Osobistych – LWO (wartości osobiste)
Źródło: opracowanie własne.

Tab. 1. Wyniki I grupy Listy Kryteriów Zdrowia; odpowiedzi posegregowane wg najczęściej wybieranych

Miej sce	Treść stwierdzenia	ile razy wy- brana	% wybra- nych od- powiedzi	śred- nia waga	definicja zdrowia
1	umieć się cieszyć z życia	28	45,16%	3,18	stan
2	mieć sprawne wszystkie części ciała	23	37,10%	3,65	właściwość
3	czuć się szczęśliwym przez większość czasu	21	33,87%	3,43	stan
4	nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	20	32,26%	3,85	właściwość
5	akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	18	29,03%	3,67	cel
5	potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	18	29,03%	3,06	proces
6	czuć się dobrze	16	25,81%	2,31	stan
7	prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	15	24,19%	2,93	właściwość
7	potrafić pracować bez napięcia i stresu	15	24,19%	2,93	proces
8	nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	14	22,58%	3,14	właściwość
8	umieć przystosowywać się do zmian w życiu	14	22,58%	3,14	proces
8	umieć rozwiązywać swoje problemy	14	22,58%	2,71	proces
9	dbać o wypoczynek, sen	10	16,13%	2,2	wynik
10	dożyć późnej starości	9	14,52%	3,11	cel
10	jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	9	14,52%	2,44	właściwość
10	nałóżycie się odżywiać	9	14,52%	2,44	wynik
10	mieć dobry nastrój	9	14,52%	2,33	właściwość
11	nie palić tytoniu	8	12,90%	2,63	wynik
11	mieć odpowiednią wagę ciała	8	12,90%	1,88	wynik
12	mieć pracę, różnorodne zainteresowania	7	11,29%	3,57	wynik
12	być odpowiedzialnym	7	11,29%	1,86	cel
13	potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	5	8,06%	2,8	proces
13	mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	5	8,06%	2,2	właściwość
14	mieć pasję	2	3,23%	3	
15	pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	1	1,61%	1	wynik

Źródło: opracowanie własne.

Tab. 2. Wyniki II grupy Listy Kryteriów Zdrowia; odpowiedzi posegregowane wg najczęściej wybieranych

Miej sce	Treść stwierdzenia	ile razy wy- brana	% wybra- nych od- powiedzi	śred- nia waga	definicja zdrowia
1	umieć się cieszyć z życia	22	42,31%	3,36	stan
2	czuć się szczęśliwym przez większość czasu	20	38,46%	3,8	stan
3	akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	16	30,77%	3,25	cel
3	czuć się dobrze	16	30,77%	3	stan
3	nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	16	30,77%	2,63	właściwość
3	umieć rozwiązywać swoje problemy	16	30,77%	1,63	proces
4	mieć sprawne wszystkie części ciała	14	26,92%	3,71	właściwość
4	dbać o wypoczynek, sen	14	26,92%	3,29	wynik
4	nie chorować, najwyżej rzadko na grype, niestrawność	14	26,92%	2,43	właściwość
5	należycie się odżywiać	10	19,23%	3,6	wynik
5	dożyć późnej starości	10	19,23%	3,4	cel
5	nie palić tytoniu	10	19,23%	2,6	wynik
6	potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	8	15,38%	3,25	proces
6	jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	8	15,38%	2,5	właściwość
6	potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	8	15,38%	2,25	proces
7	mieć pracę, różnorodne zainteresowania	6	11,54%	3,33	wynik
7	umieć przystosowywać się do zmian w życiu	6	11,54%	3	proces
7	potrafić pracować bez napięcia i stresu	6	11,54%	2,67	proces
8	być odpowiedzialnym	4	7,69%	4	cel
8	mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	4	7,69%	3	właściwość
8	prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	4	7,69%	2,5	właściwość
8	pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	4	7,69%	1,5	wynik
9	mieć dobry nastrój	2	3,85%	4	właściwość
9	mieć odpowiednią wagę ciała	2	3,85%	2	wynik

Źródło: opracowanie własne.

Tab. 3. Wyniki I grupy Listy Kryteriów Zdrowia; odpowiedzi najczęściej wybierane, posegregowane od najwyższych średnich wag kryteriów

Miej sce	Treść stwierdzenia	ile razy wy- brana	% wybra- nych od- powiedzi	śred- nia waga	definicja zdrowia
1	nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	20	32,26%	3,85	właściwość
2	akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	18	29,03%	3,67	cel
3	mieć sprawne wszystkie części ciała	23	37,10%	3,65	właściwość
4	czuć się szczęśliwym przez większość czasu	21	33,87%	3,43	stan
5	umieć się cieszyć z życia	28	45,16%	3,18	stan
6	nie chorować, najwyżej rzadko na grype, niestrawność	14	22,58%	3,14	właściwość
6	umieć przystosowywać się do zmian w życiu	14	22,58%	3,14	proces
7	potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	18	29,03%	3,06	proces
8	prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	15	24,19%	2,93	właściwość
8	potrafić pracować bez napięcia i stresu	15	24,19%	2,93	proces
9	umieć rozwiązywać swoje problemy	14	22,58%	2,71	proces
10	czuć się dobrze	16	25,81%	2,31	stan

Źródło: opracowanie własne.

Tab. 4. Wyniki II grupy Listy Kryteriów Zdrowia; odpowiedzi najczęściej wybierane, posegregowane od najwyższych średnich wag kryteriów

Miej sce	Treść stwierdzenia	ile razy wy- brana	% wybra- nych od- powiedzi	śred- nia waga	definicja zdrowia
1	czuć się szczęśliwym przez większość czasu	20	38,46%	3,8	Stan
2	mieć sprawne wszystkie części ciała	14	26,92%	3,71	właściwość
3	umieć się cieszyć z życia	22	42,31%	3,36	Stan
4	dbać o wypoczynek, sen	14	26,92%	3,29	wynik
5	akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	16	30,77%	3,25	Cel
6	czuć się dobrze	16	30,77%	3	stan
7	nie odczuwać żadnych dolegliwości fi- zycznych	16	30,77%	2,63	właściwość
8	nie chorować, najwyżej rzadko na grype, niestrawność	14	26,92%	2,43	właściwość
9	umieć rozwiązywać swoje problemy	16	30,77%	1,63	proces

Źródło: opracowanie własne.

Tab. 5. Wyniki I grupy Listy Wartości Osobistych – LWO (symbole szczęścia); odpowiedzi posegregowane wg najczęściej wybieranych

Miej sce	Symbole szczęścia	ile razy wybrana	% wybra- nych odpo- wiedzi	śred- nia waga	miej- sce
1	udane życie rodzinne	54	87,10%	4,28	(1)
2	dobrze zdrowie	49	79,03%	3,65	(2)
3	bycie potrzebnym dla innych ludzi	48	77,42%	3,06	(3)
4	wykonywanie ulubionej pracy, zawodu	47	75,81%	2,45	(4)
5	duży krąg przyjaciół	42	67,74%	2,45	(4)
6	życie pełne przygód, podróży	23	37,10%	2,17	(7)
7	dobrze warunki materialne	21	33,87%	2,33	(5)
7	sukcesy w nauce, pracy	21	33,87%	2,24	(6)
8	śława i popularność	5	8,06%	1,8	(8)

Źródło: opracowanie własne.

Tab. 6. Wyniki II grupy Listy Wartości Osobistych – LWO (symbole szczęścia); odpowiedzi posegregowane wg najczęściej wybieranych

Miej- sce	Symbole szczęścia	ile razy wybrana	% wybra- nych odpo- wiedzi	śred- nia waga	miej- sce
1	dobrze zdrowie	50	96,15%	3,52	(2)
2	wykonywanie ulubionej pracy, zawodu	42	80,77%	2,86	(4)
3	udane życie rodzinne	40	76,92%	4,15	(1)
4	życie pełne przygód, podróży	32	61,54%	2,31	(6)
5	bycie potrzebnym dla innych ludzi	30	57,69%	2,87	(3)
6	duży krąg przyjaciół	26	50%	2,77	(5)
7	dobrze warunki materialne	20	38,46%	2,1	(7)
8	sukcesy w nauce, pracy	18	34,62%	2	(8)
9	sława i popularność	2	3,85%	4	(2)

Źródło: opracowanie własne.

Tab. 7. Wyniki I grupy Listy Wartości Osobistych – LWO (wartości osobiste); odpowiedzi posegregowane wg najczęściej wybieranych

Miej- sce	Symbole szczęścia	ile razy wybrana	% wybra- nych odpo- wiedzi	śred- nia waga	miej- sce
1	miłość, przyjaźń	51	82,26%	4,39	(1)
2	dobrze zdrowie, sprawność fizyczna i	48	77,42%	4,13	(2)
3	inteligencja, bystrość umysłu	40	64,52%	2,8	(3)
4	radość, zadowolenie	36	58,06%	2,58	(4)
4	poczucie humoru, dowcip	36	58,06%	2,28	(7)
5	wiedza, mądrość	35	56,45%	2,51	(5)
6	dobroć, delikatność	31	50%	2,39	(6)
7	odwaga, stanowczość	19	30,65%	1,79	(9)
8	bogactwo, majątek	7	11,29%	2	(8)
8	ładny wygląd zewnętrzny, prezencja	7	11,29%	1,57	(10)

Źródło: opracowanie własne.

Tab. 8. Wyniki II grupy Listy Wartości Osobistych – LWO (wartości osobiste); odpowiedzi posegregowane wg najczęściej wybieranych

Miejsce	Symbole szczęścia	ile razy wybrana	% wybranych odpowiedzi	średnia waga	miejsce
1	miłość, przyjaźń	48	92,31%	4,5	(1)
1	dobrze zdrowie, sprawność fizyczna i	48	92,31%	3,46	(2)
2	inteligencja, bystrość umysłu	32	61,54%	2,81	(5)
2	poczucie humoru, dowcip	32	61,54%	1,81	(9)
3	radość, zadowolenie	26	50%	2,85	(4)
4	wiedza, mądrość	24	46,15%	2,58	(6)
5	odwaga, stanowczość	22	42,31%	1,91	(8)
6	dobroć, delikatność	16	30,77%	3,13	(3)
7	bogactwo, majątek	6	11,54%	2,33	(7)
7	ładny wygląd zewnętrzny, prezencja	6	11,54%	1,33	(10)

Zródło: opracowanie własne.

5. Dyskusja

Pomiar zachowań zdrowotnych i wartościowanie zdrowia zostało zbadane za pomocą testów: Lista Kryteriów Zdrowia – LKZ oraz Lista Wartości Osobistych – LWO.

Wykorzystanie pierwszego z powyższych – Listy Kryteriów Zdrowia miało na celu poznanie znaczenia zdrowia, a także rozpoznanie zachowań, jakie respondenci uważają za prozdrowotne. Pojęcie zdrowia w odniesieniu do własnej osoby jest bardzo różnie interpretowane, zależnie od sytuacji, w jakiej znajduje się jednostka, od jej wieku, płci, sytuacji społecznej, jednak przede wszystkim zależy od systemu wartości wyznaczającego cele życiowe. Wartość, jaką przypisuje się zdrowiu, jest czynnikiem dopingującym do podejmowania zachowań zdrowotnych.

W raportach obu grup można dostrzec najważniejsze dla osób badanych kryteria zdrowia. Okazuje się, że naczelną wartość uczestnicy badań przypisują zdrowiu psychicznemu, a na drugim miejscu fizycznemu aspektowi zdrowia. Obie grupy podobnie wybrały również cel, do którego powinni kierować swoje zamierzenia zdrowotne, a jest nim akceptacja siebie w obliczu swoich potencjałów i niedoskonałości.

Test Lista Wartości Osobistych bada wartości osobiste, ale poprzedza to badanie wyborem symboli szczęścia, które wyrażają własności poszczególnych wartości.

Test LWO został przeprowadzony głównie po to, aby sprawdzić jakie miejsce w systemie wartości osób badanych zajmuje zdrowie.

Zdrowie jest lub powinno być najważniejszą wartością w życiu każdego człowieka. Jeśli jednostka cieszy się dobrym zdrowiem, może osiągać również inne wartości, które często są od tej pierwszej uzależnione.

Dla człowieka zdrowego stanowi ono wartość instrumentalną, umożliwiającą dążenie do osiągnięcia innych wartości, utrzymania czy poprawienia jakości swojego życia. Nierzadko, jak zauważa Zofia Słońska normy związane z dbaniem o własne zdrowie przeszkadzają lub wręcz uniemożliwiają realizację innych znaczących wartości (np. praca zawodowa wykonywana wyłącznie dla uzyskania dochodu). Zupełnie inaczej do wartości zdrowia podchodzi człowiek chory. Choroba może w dużym stopniu zmienić układ w hierarchii wartości. W przypadku choroby ostrej odzyskanie zdrowia staje się celem dominującym, natomiast w chorobie przewlekłej konieczne staje się dokonanie restrukturyzacji celów, a nierzadko ich ograniczenie i rezygnacja z celów nieosiągalnych. Konsekwencją przewartościowania jest ponowna ewaluacja siebie i swoich możliwości oraz ustalenie nowych pragnień i dążeń, często natury egzystencjalnej, które stają się możliwe do osiągnięcia mimo ograniczeń fizycznych¹³.

Wartość osobista, jaką jest dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna, ze względu na osoby niepełnosprawne została przeanalizowana najdokładniej. Pomimo wysokiego drugiego miejsca, w hierarchii wartości osobistych respondentów, a także wysokich ocen, jakie dostawało powyższe twierdzenie, zarówno w grupie osób niepełnosprawnych, jak i pełnosprawnych wyniki obydwu grup w tej kategorii wykazują różnice istotne statystycznie $p < 0,05$.

Wyniki wyborów symboli szczęścia (rysunek 1) oraz wartości osobistych (rysunek 2) w kwestii zdrowia przyniosły zaskakujące wyniki. Dla osób niepełnosprawnych dobre zdrowie jako symbol szczęścia a także dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna jako wartość osobista jest ważną, choć nie naczelną wartością, ani również nie najwyższym szczęściem. W hierarchii obydwu list niepełnosprawni wybrali zdrowie na drugim miejscu, podczas gdy osoby pełnosprawne zdecydowanie stawiali je na szczycie. Być może osobom z pewnymi negatywnymi doświadczeniami na poziomie zdrowia, bardziej zależy na udanym życiu rodzinnym, na miłości i przyjaźni, niż na poleganiu wyłącznie na ciele fizycznym, które jest już i tak w pewien sposób poszkodowane. Niepełnosprawni pogodzeni ze swoim stanem dają sobie radę w życiu, żyją pełnią życia, nie myślą, że bez zdrowia ich świat się zawali. Zdrowie jest ważne, ale nie jako konieczny warunek do osiągania szczęścia osobistego. Taki sposób myślenia jest przeciwieństwem postrzegania pełnosprawnych.

Wybierane kolejno symbole szczęścia mogą sugerować, że realizacja swoich pasji artystycznych przez osoby niepełnosprawne wpływa na zwiększenie poczucia satysfakcji z własnego życia w wymiarze osobistym i zawodowym.

¹³ Słońska Z., Promocja zdrowia – zarys problematyki. *Promocja Zdrowia i Medycyna* 1994, nr 1-2, 37-52.

6. Wnioski

Analizując badania porównywałam osoby niepełnosprawne z osobami sprawnymi, aby dostrzec różnice w postrzeganiu twórczości artystycznej, jej oddziaływanie na samoocenę stanu zdrowia i usytuowanie zdrowia w systemie wartości badanych. Wyniki pokazały, że zasadniczych różnic nie ma, w tych dwóch różnych grupach społecznych, co świadczy korzystnie o wpływie i ocenie twórczości na życie badanych.

Twórczość osób niepełnosprawnych ma wpływ na poszerzenie horyzontów. Artyści niepełnosprawni zaczynają inaczej postrzegać siebie w otaczającym świecie, a sztuka pomaga im na nowo przewartościować życie. Okazuje się, że zdrowie fizyczne oraz sprawność są dla tych osób bardzo ważne, ale nie najważniejsze. Istotniejsza dla badanych jest radość życia, największym szczęściem jest rodzina, zaś najwyższą wartością miłość i przyjaźń. Realizowanie swoich twórczych pasji przekłada się w prosty sposób na wysoki poziom zadowolenia i poczucie spełnienia nie tylko osobistego, ale i zawodowego.

Literatura

- Heszen-Niejodek I., Psychologiczne problemy chorych somatycznie. W: Strelau J. (red), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2000. ISBN: 83-87957-04-6
- Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2001. ISBN: 83-88242-04-0.
- Słońska Z., Promocja zdrowia – zarys problematyki. *Promocja Zdrowia i Medycyna* 1994, nr 1-2.

VI.
ZARZĄDZANIE

