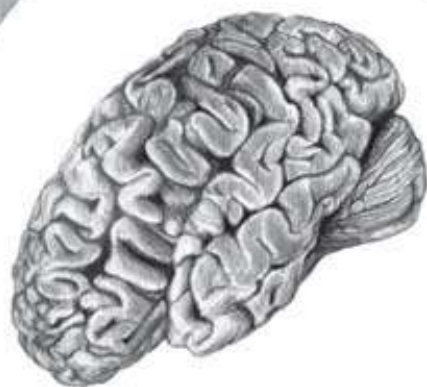




Wielowymiarowość procesu rehabilitacji

pod redakcją Jerzego Rottermunda

Wielowymiarowość procesu rehabilitacji

Tom 2 serii:
PROBLEMY EDUKACJI, REHABILITACJI I SOCJALIZACJI
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

*Pamięci mojej nieodżałowanej Żony Renaty
książkę tę poświęcam
Jerzy Rottermund*

Wielowymiarowość procesu rehabilitacji

pod redakcją
Jerzego Rottermunda



Oficyna Wydawnicza „Impuls”
Kraków 2007

© Copyright by Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007

Rada Naukowa Serii:

*Józef Binnebesel, Jacek Błeszyński, Teresa Borowska, Maria Chodkowska,
Władysław Dykciak, Petr Franiok, Mieczysław Gulda, Ladislav Horňák,
Aniela Korzon, Jadwiga Kuczyńska-Kwapisz, Jan Pańczyk,
Andrzej Radzewicz-Winnicki, Edward Saulicz, Adam Stankowski,
Wiesław Theiss, Janina Wyczęsany*

Rada Redakcyjna Serii:

Zenon Gajdzica, Anna Klinik, Jerzy Rottermund

Recenzent:

dr hab. Edward Saulicz, prof. AWF Katowice

Redakcja merytoryczna:

Jerzy Rottermund

Redakcja wydawnicza:

Radosław Doboszewski

Projekt okładki:

Joanna Brzeska-Klinik

Publikacja dofinansowana przez Polskie Towarzystwo
Stwardnienia Rozsianego

ISBN 978-83-7308-492-6

ISBN 978-83-7308-749-1

Oficyna Wydawnicza „Impuls”

30-619 Kraków, ul. Turniejowa 59/5

tel. (012) 422-41-80, fax (012) 422-59-47

www.impulsoficyna.com.pl, e-mail: impuls@impulsoficyna.com.pl

Wydanie I, Kraków 2007

Spis treści

Wstęp (<i>Jerzy Rottermund</i>)	7
Introduction (<i>Jerzy Rottermund</i>)	11
<i>Elżbieta M. Minczakiewicz</i>	
Poczucie jakości życia niepełnosprawnych jako czynnik determinujący rozwój jednostki i jej postępy w zakresie rehabilitacji społeczno-zawodowej	15
<i>Bogumiła Witkowska</i>	
Pozytywne postawy społeczne warunkiem skutecznej rehabilitacji osób niepełnosprawnych	29
<i>Józef Binnebesel</i>	
Zapomniani niepełnosprawni pacjenci	37
<i>Zbigniew Bohdan</i>	
Czy dzieci mają prawo do prawdy o chorobie?	47
<i>Bogusław Stelcer</i>	
Psychologiczne wyznaczniki skutecznego zmagania się z chorobą i niepełnosprawnością	57
<i>Jan Piszczan, Jerzy Rottermund</i>	
Choroba i uzdrowienie w wybranych fragmentach Biblii	67

Alicja Żywczok

Odwaga przezwyciężania cierpienia, rozpacz i defetyzmu
w postawie osób niepełnosprawnych 79

Mirosława Gawęcka

Fenomenologiczny aspekt niepełnosprawności 93

Katarzyna Gabryś

Poczucie własnej wartości u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością
intelektualną. Rola wychowawcza środowiska integracyjnego 105

Barbara Gramlewicz

Status osoby niepełnosprawnej 115

Izabela Antos

Rola pediatrii we wczesnym wykrywaniu zaburzeń rozwoju mowy 129

Dorota Kornaś

Zabawy słuchowe w rehabilitacji dzieci niesłyszących 139

Grażyna Gunia, Małgorzata Trojańska

Zdrowie jako wartość w edukacji i socjalizacji uczniów
z niepełnosprawnością intelektualną 149

Urszula Morcinek

Metody terapii stosowane wobec dzieci
ze specyficznymi trudnościami w nauce szkolnej.
Propozycje programów stymulujących 157

Joanna Godawa

W kręgu sztuki i arteterapii. Słowa, które mają uzdrawiającą moc 169

Magdalena Lemańczyk

Socjodrama sposobem na przekroczenie barier 177

Wstęp

Zagadnienia sensu i zadowolenia z życia dotyczą całej populacji od początku jej istnienia, bez względu na rasę, miejsce zamieszkania, posiadane uzdolnienia, zdobytą wiedzę oraz towarzyszącą niepełnosprawność. Każdy człowiek ma inną hierarchię potrzeb i wartości, którymi się kieruje. Te zróżnicowania pomiędzy ludźmi warunkują indywidualne zainteresowania i powodują różnice priorytetów w zachowaniu. Stawiane sobie plany i ambicje powodują, że dla jednej osoby prawdziwe spełnienie dokonuje się podczas wykonywania codziennych prostych obowiązków, dla drugiej wartość będą przedstawiać tylko dzieła wielkie i odkrywcze. Dlatego spełnianie własnych potrzeb przez samorealizację wpływa w pierwszej kolejności na sens życia, a w następnej – na zadowolenie z życia. Ten stały proces realizacji swoich zamierzeń może przebiegać na dwóch poziomach: **wzrostu** (związanego z rozwojem potencjału i samoaktualizacją) oraz **niedoboru** (w którym przeważa pustka i frustracja), prowadzącego do utraty sensu wszelakich działań i zadowolenia.

Zainteresowanie osobami z różnymi rodzajami dysfunkcji, ich potrzebami i możliwościami podlega ciągłej ewolucji. Analizując dane z literatury podnoszącej problemy osób niepełnosprawnych w ciągu ostatnich stu lat, można zaobserwować zmiany w podejściu do procesu terapii, edukacji, rehabilitacji i socjalizacji.

W pierwszej połowie ubiegłego stulecia dominował pogląd o tworzeniu udogodnień dla osób niepełnosprawnych, w którym dla dorosłych tworzone specjalne zakłady, a dla dzieci szkoły, w obu przypadkach powodując ich całkowitą izolację. Twierdzono, że edukacja i życie w jednorodnym środowisku ludzi z dysfunkcjami różnych narządów jest zasadne, gdyż osoby te są „inne” oraz nie mogą uczyć się i żyć wspólnie z resztą spo-

leczeństwa. Pogląd ten spowodował, że osoby pełnosprawne pozbawione kontaktu z inwalidami nie czuły z nimi więzi, nie dostrzegały ich potrzeb, co skutkowało brakiem interakcji społecznych.

Okres po II wojnie światowej charakteryzował się zmianą podejścia do niepełnosprawności, a działania skierowane zostały na kompleksową opiekę. Prowadzone badania i obserwacje skorygowały wcześniejsze błędne wnioski o braku zdolności i możliwościach osób niepełnosprawnych. Wielokierunkowa rehabilitacja zakładała, że proces usprawniania powinien zakończyć się zdobyciem zawodu i podjęciem zatrudnienia; działania ukierunkowano na integrację lub reintegrację osób z ograniczonymi możliwościami ze społeczeństwem. W tym czasie dla dzieci tworzone specjalne programy edukacyjne, dorosłym zaś proponowano inne formy doskonalenia, by zagwarantować i mieć wpływ na poprawę fizycznych, edukacyjnych i społecznych możliwości niepełnosprawnych.

W latach 80. ubiegłego wieku zaczęto zwracać uwagę na siłę ego osoby niepełnosprawnej i stwierdzono, że naukę i pracę zawodową należy wykonywać we własnym środowisku. Obowiązująca koncepcja zakładała wspólne funkcjonowanie pełno- i niepełnosprawnych osób w lokalnej społeczności, gdyż każda jednostka ma prawo należeć do danego środowiska, tworzyć go wspólnie i w nim się rozwijać. Taka zmiana w podejściu do problemów niepełnosprawnych spowodowała, że osoby z dysfunkcjami nie muszą już wykazywać się umiejętnościami i zdolnościami, by znaleźć się w określonej grupie. O ich aktywności i zaangażowaniu we wspólnych działaniach decyduje jedynie zainteresowanie, wiek i problemy zdrowotne. Likwidacja barier mentalnych, prawnych i organizacyjnych przy szerokiej interdyscyplinarnej aktywności ludzi z dysfunkcjami psychomotorycznymi ma zasadniczy wpływ na ich jakość życia.

Obecne poglądy na funkcjonowanie osób niepełnosprawnych wskazują na celowość i trafność w podejmowaniu przez nie same decyzji i branie odpowiedzialności za swoje postawy i rozwój. Możliwość wyboru w zakresie kształcenia, zdobycia zawodu, podjęcia pracy i ograniczenia zależności od innych osób wpływa na poprawę ich sił wewnętrznych oraz pozwala kontrolować własne życie. Nie wszystkim chorym dane jest decydować o sobie, a na pewno nie ma wśród nich ludzi całkowicie niezależnych. Szeroko rozumiany rozwój jednostki możliwy jest dzięki pomocy wielu

osób reprezentujących szereg dyscyplin naukowych. W zakresie potrzeb somatycznych najważniejszą rolę należy przypisać medycynie i jej składowej, fizjoterapii. Niepoślednie znaczenie ma prawidłowe odżywianie, czyli dostarczanie także niezbędnych mikroelementów do regeneracji organizmu. W obszarze zagadnień psychologicznych główne elementy oddziaływania oparte są na wsparciu psychologicznym i religijnym. Podstawowym zaś celem pracy i terapii z osobami niepełnosprawnymi jest zmniejszenie procesów chorobowych wraz z poprawą jakości życia. Wspólna praca chorego z zespołami rehabilitacyjnymi daje szansę poprawy możliwości psychomotorycznych, a lepsze funkcjonowanie przyczyni się zwrótnie do wyznaczania nowych celów i zamierzeń.

Terapeuci różnych specjalności pracujący z ludźmi chorymi powinni w pierwszej kolejności wzmocnić u nich znaczenie własnego Ja, gdyż każda jednostka stanowi wartość samą w sobie. Wspólna praca w grupie zapewnia ludziom niepełnosprawnym zdobywanie nowych doświadczeń, pozwala rozwijać w człowieku osobowość i potrzebę poszukiwania nowych wartości, również w obszarze interpersonalnym. Kolejnym czynnikiem mającym znaczenie w obszarze sensu życia jest religijność, choć nie dla wszystkich jest warunkiem niezbędnym.

Towarzyszące nawet drobnym sukcesom przyjemne stany uczuciowe stopniowo się zwiększają i pojawia się zadowolenie. Człowiek czerpie zadowolenie nie tylko z tego, co pozytywne, ale również z tego, co w porównaniu z poprzednią sytuacją jest mniej negatywne. Dlatego terapia ludzi o mniejszych możliwościach psychomotorycznych winna być prowadzona wielokierunkowo oraz wykorzystywać różne predyspozycje i zdolności niepełnosprawnych, by drobnymi osiągnięciami wskazywać sens pracy i skutecznie wywołać u nich zadowolenie.

Żywię nadzieję, że zawarte w publikacji treści przyczynią się do poszerzenia i upowszechnienia wiedzy w obszarze tak trudnym i skomplikowanym, jakim jest praca z osobami niepełnosprawnymi, a jednocześnie staną się inspiracją w poszukiwaniu rozwiązań nowych i skuteczniejszych w pokonywaniu ich złożonych problemów życiowych.

Pragnę podziękować Autorom zamieszczonych tekstów za podzielenie się własnymi obserwacjami i doświadczeniem w pracy z osobami niepełnosprawnymi.

Szczególne podziękowanie za wnikliwą recenzję kieruję do Pana Profesora Edwarda Saulicza, którego uwagi i sugestie w znacznym stopniu zaważyły na ostatecznym kształcie tomu.

Jerzy Rottermund

Introduction

The problem of life sense and satisfaction concerns the whole population from its very beginning, regardless of race, place of living, abilities, knowledge or accompanying disabilities. Each person has a different hierarchy of needs and values that indicate their direction in life. These differences among people develop individual interests and provokes priorities in their behaviour. Self-imposed plans and ambitions can cause that for some people real fulfillment occurs when performing simple daily routines, while for others only great deeds and discoveries are valuable. Therefore fulfilling your own needs through self-realisation influences first of all the sense of life and then the life satisfaction. This constant process of realising your own plans can be performed at two levels: *increase* associated with the development of potential and self-actualization, and *deficiency* when emptiness and frustration prevail what in consequence leads to the loss of sense of performed activities and satisfaction.

Interest in people with different kinds of dysfunction, their needs and abilities still evolves. When analysing literature resources about problems of disabled people in the last century, we can observe changes in the approach to their therapy, education, rehabilitation and socializing.

In the first half of the last century a notion of creating facilities for disabled people dominated where special working plants were build for adults and special schools for children, making them completely isolated. It was claimed that life and education of people with dysfunctions of various bodily systems in their homogeneous environment was completely justified as those persons were „different” and they could not live or learn with the rest of the community. As the result of that opinion, healthy people who did not have any contact with the disabled, did not feel any ties

with them and did not notice their needs what had its consequence in lack of social interaction.

The period after World War II is characterized by change in the approach to disabilities – activities are directed towards complex care. Researches and observations modified previous faulty conclusions that disabled people lack in skills or abilities. Multi-directional rehabilitation assumed that the recovery process should be ended with gaining professional qualifications and getting a job. Those activities were directed towards integration and reintegration of people with limited abilities with the rest of the society. There were special educational programs for children while other forms of improvement were proposed to adults in order to guarantee and influence their physical, educational and social opportunities.

In 1980s special attention was given to the ego strength of a disabled person. It was claimed that education and work should take place in the normal environment. A valid conception assumed coexistence of both healthy and disabled people within a local community as each person has the right to belong to their natural environment, participate in its creation and develop within its boundaries. Such a change in approach to the problems of the disabled caused that people with dysfunctions do not have to prove their skills and abilities to belong to any social group. Only their interests, age or health problems decide about their engagement in common activities. Overcoming mental, legal or organizational barriers as well as performing a wide number of interdisciplinary activities considerably improve life quality of people suffering from mental and motoric dysfunctions.

Current views on a disabled person's functionality shows usefulness and accuracy of making decisions by themselves, taking responsibility for their own behaviour and their personal development. Opportunity to make a choice about their own education, gaining professional qualification, getting a job or limiting their dependence on others enhances their inner strength and allows them to control their own life. Not every disabled person is given a choice of deciding about themselves and for sure there are no people completely independent among them. Widely understood personal development is possible only with the support of many people representing a wide range of scientific disciplines. Medicine and physio-

therapy play the most important role when it comes to somatic needs. Correct nutrition i.e. supplying the body with all necessary microelements has also a crucial meaning for the organism recovery. In the sphere of psychological issues, main elements of influence are based on psychological and religious support. The basic aim of therapy and work with the disabled is to reduce pathogenic processes with simultaneous improvement of their life quality. Cooperation of the disabled person and rehabilitating teams gives a chance of psycho-motoric improvement, and a better functioning will contribute to creating new aims and plans.

Therapists in different specialties who work with the disabled, should first of all strengthen their ego as each person has their own value. Team-work gives the disabled people opportunity to gain new experiences, lets them develop their personality as well as a need to search for new values, also in interpersonal aspects. Another factor of considerable importance for life's meaning is religiousness, although it is not necessary for everyone.

Even successes of minor importance are followed by pleasant feelings that gradually increase and then satisfaction appears. A man can be satisfied not only with favourable things but also with these which are less negative comparing to the previous situation. Therefore the therapy for people with lesser psychomotoric abilities should be led multi-directionally. Different predispositions and abilities of the disabled should be used to show, through small achievements, sense of their work and make them effectively satisfied.

I hope that issues covered by this study will contribute to widening and spreading knowledge of this difficult and complicated matter which is working with the disabled and that they will be inspiration to seek out new and more efficient solutions to help these people overcome their complex life problems.

I would like to thank the authors of all the sources that I have drawn upon, for sharing their observations and experiences gathered while working with the disabled people.

My special thanks go to Professor Edward Saulicz for his thorough review since his remarks and suggestions has significantly contributed to the final version of this volume.

Jerzy Rottermund

Elżbieta M. Minczakiewicz

Akademia Pedagogiczna im. KEN w Krakowie

Poczucie jakości życia niepełnosprawnych jako czynnik determinujący rozwój jednostki i jej postępy w zakresie rehabilitacji społeczno-zawodowej

*Niepełnosprawność skłania do pytań fundamentalnych:
o sens życia z niepełnosprawnością, o własne miejsce w życiu,
o szanse na udane, samodzielne życie, wreszcie też
o partnera we wspólnej drodze przez życie.*

(C. Kosakowski, 2005)

Wprowadzenie

Nie wchodząc w problem jakości życia jako kategorii aksjologicznej, ujmowanej czy to z perspektywy psychologicznej, socjologicznej, czy medycznej, podajmy definicję W. Okonia, który jakość życia definiuje jako

[...] stopień zaspokojenia potrzeb materialnych i niematerialnych zarówno jednostek, jak również rodzin i określonych zbiorowości. Poziom jakości życia określają ilościowe i jakościowe wskaźniki obiektywne i subiektywne przejawiane w postaci zadowolenia lub niezadowolenia z warunków życiowych (2001, s. 150; por. K. Jaracz, 2001; S. Sadowska, 2006; A. Zawisłak, 2006; R. J. Piotrowicz, 2005).

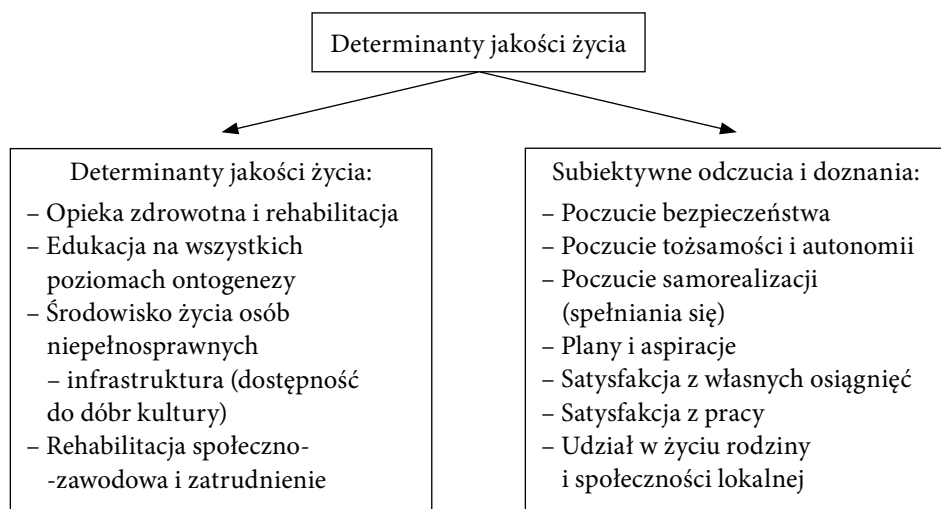
„Jakość życia niepełnosprawnych” ujętą w tytule opracowania staraliśmy się przybliżyć, opierając się na założeniach pedagogiki podmiotowej

(S. Kowalik, 1993, 1995), pozwalających na holistyczne postrzeganie i ujmowanie człowieka niepełnosprawnego jako osoby wolnej, autonomicznej, obdarzonej indywidualnymi cechami osobowymi i zdolnościami – osoby, która ma możliwość samodzielnego stanowienia o sobie i swoim dalszym życiu. Poruszając problem poczucia jakości życia niepełnosprawnych, mamy na uwadze przede wszystkim stan wyrażanych i zaspokajanych potrzeb jednostki, dostępność do pewnych dóbr materialnych i usług, świadczących o poziomie jej życia w środowisku lokalnym (tzw. standard życia), sposobie nawiązywania i podtrzymywania kontaktów i więzi społecznych. Dla wielu z nich jest to trudne, a niekiedy wręcz niemożliwe.

Poczucie jakości życia, z jednej strony, definiują wskaźniki obiektywne istniejące niezależnie od człowieka i jego woli, z drugiej natomiast wskaźniki subiektywne (schemat 1.), jako pewnego rodzaju odczucia zadowolenia i uniesienia bądź inne osobiste doznania, czasem rozterki i zawody, niepowtarzalne przeżycia wynikające z osiągania osobistych satysfakcji lub życiowych porażek (por. E. Syrek, 2001; R. J. Piotrowicz, 2005; S. Sadowska, 2006; A. Zawisławski, 2006).

Schemat 1

Obiektywne i subiektywne determinanty jakości życia



Źródło: opracowanie własne.

Celem niniejszego opracowania było zatem ukazanie, jak znaczącą rolę w ogólnym dążeniu osób niepełnosprawnych w wieku poedukacyjnym (tj. powyżej 25. roku życia) i osiąganiu postępów w zakresie ich społeczno-zawodowej rehabilitacji odgrywa subiektywnie ujmowana samoocena definiująca jakość życia jednostki (por. T. Borys, 2001).

Materiał i metody

Badaniami objęto ogółem 64 osoby z diagnozą niepełnosprawności fizycznej i/lub intelektualnej (najczęściej były to: wady i dysfunkcje narządu ruchu w wyniku mózgowego porażenia dziecięcego oraz obniżenie funkcji intelektualnych z nakładającymi się wadami wzroku, słuchu i mowy), w tym 25 (39,06%) kobiet i 39 (60,94%) mężczyzn, w wieku od 25 do 37 lat. Wszyscy badani ukończyli szkołę stopnia podstawowego, a 18 (28,1%) ukończyło szkołę zawodową (różne specjalności) (por. A. Zandecki, 1999). 26 osób (40,62%) z niepełnosprawnością intelektualną wywodziło się z rodzin o niższym statusie społecznym i niższym standardzie życia niż osoby z dysfunkcją narządu ruchu oraz z wadami i zaburzeniami wzroku, słuchu i mowy. Wszyscy badani niezależnie od stanu cywilnego pozostawali w jakimś stopniu pod opieką najbliższej rodziny lub krewnych; 8 (12,5%) osób trwało w związku małżeńskim od 2 do 5 lat, a 5 z nich doczekało się własnego potomstwa. Systematycznym leczeniem było objętych 47 (73,43%) osób; 23 (35,94%) osoby uczęszczały na basen lub korty tenisowe, korzystając jednocześnie z zabiegów fizjoterapeutycznych (masaży, gimnastyki korekcyjnej, fizykoterapii), co w rozumieniu badanych miało poprawić ich stan psychosomatyczny, a przede wszystkim sprawność fizyczną (por. K. de Walden-Gałuszko, M. Mankowicz, 1994). W programie rehabilitacji zawodowej uczestniczyły 23 (35,94%) osoby.

Podstawową metodą badań była metoda sondażu diagnostycznego, której technikami były: rozmowa ukierunkowana, wywiad oraz analiza dokumentacji (np. świadectw szkolnych, świadectw pracy, książeczki wojskowej, zdjęć świadczących o posiadaniu rodziny, współmałżonka i dzieci, ogródka, psa, roweru), pomocniczą funkcję pełniły natomiast metody statystyczne. Materiał badawczy zebrano za pomocą Kwestionariusza Subiektywnej Oceny Funkcjonowania Społecznego oraz Kwestionariusza Jakości

Życia (obydwa kwestionariusze w opracowaniu własnym), wzorowanych na znanych wersjach kwestionariuszy, np. polskiej wersji Kwestionariusza QOL R. L. Schalocka w przekładzie A. Firkowskiej-Mankiewicz (1999) i Kwestionariusza Jakości Życia autorstwa S. Steuden, B. Zdunek i A. Soból (2003). Kwestionariusz Jakości Życia umożliwiał dokonanie samooceny w zakresie czterech wybranych obszarów jakości życia osób badanych: 1. doświadczania własnej niepełnosprawności; 2. funkcjonowania w rodzinie i środowisku zamieszkania; 3. oczekiwań związanych ze swym stanem zdrowia i procesem rehabilitacji; 4. ogólnej satysfakcji i zadowolenia ze swego życia. Ponadto zastosowano Kwestionariusz Rozmowy Skategoryzowanej z użyciem narzędzia pomocniczego zw. Drabinką, pozwalającego na dookreślenie stopnia jakości życia w subiektywnej opinii i ocenie osób badanych (por. K. Doroszewicz, E. Stanisławiak, 2002). Badania miały charakter indywidualny, z wyraźnymi cechami wielowątkowości i wieloetapowości działań procesualnych, a uzyskane wyniki zgodnie z przyjętą koncepcją i procedurą badań zostały poddane analizie jakościowej.

Wybrane wyniki badań

Doświadczanie własnej niepełnosprawności w budowaniu poczucia jakości życia jednostki

Doświadczanie własnej niepełnosprawności przez pryzmat ujawnianych odczuć i negatywnych emocji badani opisywali na podstawie dziewięciu itemów zawartych w Kwestionariuszu Jakości Życia. Osoby badane, mając przed sobą tekst Kwestionariusza, miały dokonać wyboru właściwej odpowiedzi, sytuując ją jednocześnie na czterostopniowej skali ocen: „tak”, „raczej tak”, „raczej nie”, „nie”. Odpowiedzi dotyczące doświadczania negatywnych emocji wynikających z niepełnosprawności wiązały się z pytaniem podstawowym: Czy jako osoba niepełnosprawna, przebywająca w swym środowisku życia (np. rodzina, zakład pracy, sąsiedztwo, przyjaciele), miewasz takie odczucia, jak: 1. zawstyżenie, 2. zeszpecenie ciała, 3. nieatrakcyjność, 4. smutek, 5. poczucie winy, 6. strach, 7. przerażenie, 8. brak akceptacji, 9. odrzucenie? Generalnie, osoby badane miały świadomość swej niepełnosprawności fizycznej i/lub intelektualnej. Bardziej swą niepełnosprawność doświadczały osoby sprawne intelektu-

alnie z porażeniem mózgowym, dysfunkcją narządu ruchu (np. z porażeniem kończyn dolnych, przykurczem kończyn górnych, deformacją dłoni i palców), przemieszczające się przy użyciu wózka inwalidzkiego, z zaburzeniami mowy. One też często doświadczały uczucia nieatrakcyjności, strachu, braku akceptacji, a nawet przerażenia. Kobiety z niepełnosprawnością intelektualną najczęściej odczuwały smutek i odrzucenie, określały siebie jako mało atrakcyjne lub nieatrakcyjne, niezasługujące na uwagę otoczenia. Osoby z dysfunkcją narządu ruchu z dodatkowymi deficytami (np. z silną wadą wzroku, słuchu i mowy) doświadczały emocji zawstyżenia, strachu, smutku i poczucia winy. Analiza wyników badań przeprowadzona ze względu na płeć osób badanych wykazała, iż dziewczęta, pomimo wielkiej wrażliwości na punkcie swojej urody i chęci podobania się, bardziej przeżywające skutki diagnozowanej niepełnosprawności niż chłopcy, swe negatywne doznania najczęściej sytuowały w dolnej części skali, wybierając kategorię opisu „nie” lub „raczej nie”. Tylko nieliczne (najczęściej z diagnozą niepełnosprawności intelektualnej, zatrudnione na nisko płatnych stanowiskach robotniczych) zdecydowanie potwierdzały istnienie odczuć o negatywnym charakterze, zaznaczając w kategorii opisu „tak” lub „raczej tak”. W przypadku mężczyzn odczucia negatywne sytuowały się w górnej części skali, tzn. „tak” lub „raczej tak” (wykres 1.). Uzyskawszy takie wyniki badań, trudno negować ich bezzasadność, a jeszcze trudniej skomentować nasuwające się na ich podstawie wnioski, biorąc pod uwagę własne oczekiwania i dotychczasowe doświadczenia.

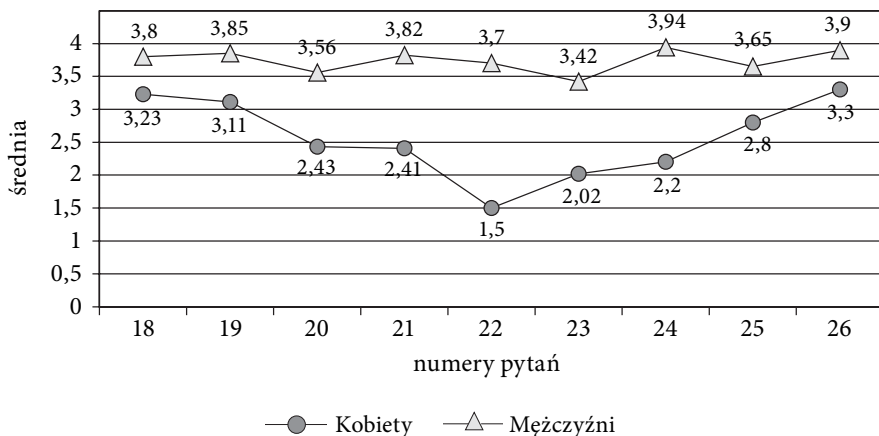
Poziom funkcjonowania społecznego w autopercepcji i samoocenie w kontekście poczucia jakości życia

Podstawę empiryczną formułowanego problemu badawczego stanowiły wyniki badań uzyskane drogą wywiadu z osobami badanymi za pomocą Kwestionariusza Skali Subiektywnej Oceny Funkcjonowania Społecznego (w opracowaniu własnym) i naniesione na siatkę profilową o pięciostopniowej skali. Skala ta przybierała wartości rosnące od 0 do 5; przy czym wartości od 0 do 1 informują, iż diagnozowana postać niepełnosprawności nie przeszkadza osobie badanej w normalnym funkcjonowaniu społecznym; wartości od 2,0 do 3,5 sugerują, że osoba może mieć trudności w niektórych obszarach funkcjonowania społecznego; wartości powyżej 3,5 do 5,0 wskazują, iż osoba badana może mieć bardzo duże trudności

w normalnym funkcjonowaniu w środowisku i nie potrafić funkcjonować samodzielnie, bez pomocy osób trzecich.

Wykres 1

Profile wyników średnich dla kobiet i mężczyzn w obszarze emocji i odczuwania przez nich swojej niepełnosprawności



Skala ocen: 4 – tak, 3 – raczej tak, 2 – raczej nie, 1 – nie.

Uwaga: im wyższy był wskaźnik cyfrowy (4), tym poczucie jakości życia w autopercepcji i samoocenie osób badanych było wyższe; im bardziej wskaźnik niższy (1), tym satysfakcja i samoocena były niższe.

Źródło: badania własne.

Uzyskane wyniki badań pozwoliły ustalić, że diagnozowana postać niepełnosprawności u osób badanych w różnym stopniu utrudniała im funkcjonowanie społeczne. W znikomym stopniu (1,0–2,0), zarówno kobietom, jak mężczyznom, utrudniała samodzielne przygotowywanie posiłków (1,25) oraz utrzymywanie czystości i higieny osobistej (1,15) (wykres 2.). W pozostałych obszarach funkcjonowania (tj. od 4. do 15. zadania) wyniki ulegały wyraźnej dyferencjacji ze względu na płeć osób badanych. Kobietom diagnozowana niepełnosprawność w średnim stopniu (2,0–3,5) utrudniała funkcjonowanie w takich obszarach życia, jak: nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów z innymi ludźmi (3,4), uzyskiwanie dobrych efektów w podnoszeniu umiejętności zawodowych i zatrudnieniu na określonym stanowisku pracy (2,3), planowaniu dalszej przyszłości (2,2),