



Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji



Jarosław Czepczarz

# Humanistyczny wymiar rehabilitacji ruchowej

Opole 2012

Jarosław Czepczarz

**Humanistyczny wymiar rehabilitacji ruchowej**



Jarosław Czepczarz

# Humanistyczny wymiar rehabilitacji ruchowej

Opole 2012

Recenzja  
*prof. dr hab. Wiesław Sikorski*  
*prof. nadzw. dr hab. Ewa Smak*

Komitet Redakcyjny  
*Marian Duczmal (przewodniczący)*  
*Wojciech Duczmal*  
*Stanisław Kaczor*  
*Franciszek Antoni Marek*  
*Zenona Maria Nowak*  
*Sławomir Śliwa*

Redakcja i korekta  
*Violetta Sawicka*

Redakcja techniczna  
*Janina Drozdowska*

ISBN 978-83-62683-32-1  
978-83-7511-166-8

Seria MONOGRAFIE I OPRACOWANIA  
pod redakcją **prof. dr. hab. Mariana Duczmała**

---

WYDAWNICTWA  
WYŻSZEJ SZKOŁY ZARZĄDZANIA I ADMINISTRACJI W OPOLU

Dystrybucja  
Biblioteka Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu  
45-085 Opole  
ul. Niedziałkowskiego 18  
tel. 77/4021 900 do 901, 4021 930  
fax. 77/4566 494  
e-mail: [info@poczta.wszia.opole.pl](mailto:info@poczta.wszia.opole.pl)  
[www.wszia.opole.pl](http://www.wszia.opole.pl)



WYDAWNICTWO INSTYTUT ŚLĄSKI Sp. z o.o.  
Opole, ul. Piastowska 17, tel. (77) 4540 123  
e-mail: [wydawnictwo@is.opole.pl](mailto:wydawnictwo@is.opole.pl)  
Nakład 150 egz. Objętość 12,65 ark. wyd., 11,50 ark. druk.

# Spis treści

R o z d z i a ł 1	
Wartości w literaturze przedmiotu	11
1.1. Pojęcie wieloznaczności wartości w literaturze	11
1.2. System wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu	14
R o z d z i a ł 2	
Niepełnosprawność jako problem interdyscyplinarny	23
2.1. Definicje i klasyfikacja niepełnosprawności	23
2.2. Etiologia i patogenezą niepełnosprawności ruchu	28
R o z d z i a ł 3	
Rehabilitacja w kontekście edukacyjnym	32
3.1. Rehabilitacja osób z niepełnosprawnością narządu ruchu	32
3.2. Oddziaływania niespecyficzne w rehabilitacji	32
R o z d z i a ł 4	
Metodologia badań własnych	42
4.1. Przedmiot i cel badań	42
4.2. Problemy i hipotezy badawcze	43
4.3. Zmienne i ich wskaźniki	46
4.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze	48
4.5. Teren i organizacja badań	53
4.6. Charakterystyka badanej grupy	55
R o z d z i a ł 5	
Hierarchia wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu	58
5.1. Indywidualna hierarchia wartości w czasie rozpoczęcia procesu rehabilitacji	58
5.2. Indywidualna hierarchia wartości po zakończeniu rehabilitacji	65
5.3. Zmiana hierarchii wartości pod wpływem procesu rehabilitacji	70

R o z d z i a ł 6	
Zmiany w indywidualnej hierarchii wartości pod wpływem rehabilitacji	86
6.1. Ogólny poziom samooceny	86
6.2. Pomiar zadowolenia z życia pod wpływem rehabilitacji	96
6.3. Obiektywna i subiektywna jakość życia	106
R o z d z i a ł 7	
Wpływ działań personelu medycznego na zmiany indywidualnej hierarchii wartości	114
7.1. Wpływ pracowników rehabilitacji	114
7.2. Działania personelu medycznego	123
7.3. Wpływ procesu rehabilitacji	130
R o z d z i a ł 8	
Oczekiwania osób z niepełnosprawnością narządu ruchu w związku ze stworzeniem nowej indywidualnej hierarchii wartości	137
8.1. Oczekiwania osób z niepełnosprawnością narządu ruchu w stosunku do osób prowadzących rehabilitację	138
8.2. Wpływ pracowników medycznych	145
8.3. Wpływ oddziaływań niespecyficznych	153
Zakończenie i wnioski	166
Wnioski pedagogiczne	169
Literatura	172
Spis, rycin, tabel i wykresów	180

## Wstęp

Postrzeganie człowieka jako podmiot badań zależy od rodzaju nauk, które się nim zajmują. Człowiek jest obiektem wielu podejść i propozycji: od ujęć biochemiczno-fizjologicznych (tj. „czym” jest człowiek, jak funkcjonuje) do rozumień humanistyczno-filozoficzno-teologicznych (tj. „kim” jest człowiek, kim może się stać i kim powinien być)<sup>1</sup>. Tak szerokie i interdyscyplinarne ujęcie człowieka i człowieczeństwa czyni w naukach pedagogicznych spore metodologiczne i epistemologiczne zamieszanie. Krytyczna analiza literatury przedmiotu skłania ku temu, by uznać człowieka jako byt równocześnie przyrodniczy i humanistyczny. To podejście antropologiczno-humanistyczne jest myśleniem o człowieku i jego egzystencji<sup>2</sup>. Z samej zaś egzystencji wyłania się problem wartości, które łączone są z problematyką ludzkiego zdrowia, prewencji, rehabilitacji i psychoprofilaktyki, a więc z przekonaniem o sensowności i celowości własnego życia. Źródłem takiego poczucia jest doświadczenie sensu w życiu osobistym, w konkretnych sytuacjach życia i w perspektywie oceny przeżyć w nabytej niepełnosprawności. W tym rozumieniu sens życia sprowadza się do realizacji zadań, celów oraz wartości, które nie dopuszczają nudy, depresji, agresji czy stanów rezygnacyjnych. Sens życia również może być traktowany jako tworzone i doświadczane znaczenie natury i egzystencji jednostki<sup>3</sup>. Interesujące spojrzenie na poczucie sensu życia prezentuje Ryszard Klamut, według którego stan ten można osiągać wiele razy. Wiąże się to z realizowaniem przez jednostkę indywidualnie znaczących wartości oraz osiąganiem wyznaczonych celów. Stopień doświadczanego i przeżywanego sensu życia zależy od: wyboru danych wartości – w przypadku, kiedy każda wartość jest bardziej znacząca pod względem egzystencjalnym, wówczas poczucie sensu życia jest wyższe; jak również zaangażowania w zrealizowanie preferowanych wartości – gdy zaangażowanie jest większe, wtedy poczucie sensu życia też staje się ważniejsze; a także od podejmowania nowych celów – poczucie sensu życia, będące efektem konkretnego działania i zrealizowania danego celu, maleje z upływem czasu, szczególnie gdy brakuje kolejnych

---

<sup>1</sup> K. Popielski, *Człowiek: egzystencja podmiotowo-osobowa*, [w:] *Człowiek – wartość – sens*, K. Popielski (red.), KUL, Lublin 1987, s. 25.

<sup>2</sup> Tamże, s. 26.

<sup>3</sup> M.F. Steger, P. Frazier, S. Oishi, M. Kaler, *The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life*, „Journal of Counseling Psychology” 2006, Vol. 53, No 1, s. 80.



działań<sup>4</sup>. A zatem jednostki doświadczają poczucia sensu życia wówczas, gdy postępują zgodnie z ustalonymi wartościami i realizują wytyczone cele.

Człowiek z niepełnosprawnością musi, podobnie jak każdy pełnosprawny, stawić czoła normalnym trudnościom życia codziennego. Ale owo „jak każdy” nie oznacza tak samo. Przeciwwstawiając się trudnościom, staje przed nimi obciążony swoim wymiernym inwalidztwem i zakresem negatywnych jego skutków. Realizując swoje cele życiowe, zaspakajając swoje potrzeby, angażuje się dodatkowo w przezwycięzenie niepełnosprawności. Tutaj ukazuje się problem znany rehabilitacji. Otóż niektórzy niepełnosprawni oddzielają cele rehabilitacyjne od wartości i sensu swojego życia, dla innych podstawowym celem życiowym jest rehabilitacja sama w sobie, a „normalne życie gdzieś im umyka”. Są też niepełnosprawni, dla których cele rehabilitacyjne schodzą na plan dalszy – ważniejsza jest codzienna egzystencja, a sama rehabilitacja nie zmienia u nich indywidualnej hierarchii wartości. Istotne jest, by właśnie na tych etapach uświadomić niepełnosprawnym, że rehabilitacja związana jest z życiem codziennym, a jej realizacja służy ułatwieniu nabywania nowych wartości potrzebnych do zwyczajnej egzystencji<sup>5</sup>.

W pracy tej ukazane będą preferowane wartości osób dorosłych z niepełnosprawnością narządu ruchu, którzy pomimo ograniczeń ciała odczuwają potrzebę pełnego funkcjonowania w społeczeństwie. Często podczas rozmów z nimi stawiane są przez badacza pytania dotyczące wartości ich egzystencji. Wynika z nich, że egzystencja dla takiej osoby nabiera szczególnego znaczenia, gdyż otwiera ją na wartości wyższe, a to z kolei ma odzwierciedlenie w sensie ich życia. Dlatego wartości egzystencjalne jako istotne dla jednostki z niepełnosprawnością narządu ruchu powinny być uwzględniane podczas procesu rehabilitacji. Pedagogika zaś jako nieodłączny element rehabilitacji powinna nadać tym działaniom właściwy kierunek, a ludziom – cel osobistych przemian, oraz dostarczać wyczerpujących informacji rodzinie, przyjaciołom i całemu społeczeństwu o sposobie postępowania z osobami z niepełnosprawnością narządu ruchu. Chodzi tu zwłaszcza o przygotowanie do współpracy, poszanowania, a w razie konieczności do udzielania pomocy w kształtowaniu indywidualnej hierarchii wartości. Pojawiające się w toku pytania: jakie indywidualne wartości miały osoby przed niepełnosprawnością narządu ruchu?, z jakimi wartościami egzystencjalnymi obecnie się borykają? – stały się podstawą do empirycznych rozważań tej pracy, a ich problematyka została zawężona do wpływu rehabilitacji na zmianę indywidualnej hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu.

---

<sup>4</sup> R. Klamut, *Cel – czas – sens życia*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2002, s. 27.

<sup>5</sup> A. Borowiec, *Życie z niepełnosprawnością*, [w:] *Człowiek niepełnosprawny. Sprawność w niepełnosprawności*, M. Kościelna, B. Aouila (red.), Akademia Bydgoska, Bydgoszcz 2003, s. 185.

Prezentowana praca składa się z dwóch części. W pierwszej znajdują się trzy rozdziały teoretyczne, natomiast w drugiej cztery rozdziały empiryczne.

Rozdział pierwszy obejmuje teoretyczną analizę problematyki wartości. Zawarte zostały w nim pojęcia wieloznaczności wartości. Nie zabrakło też opisu systemu wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu. Drugi rozdział obejmuje teoretyczną analizę niepełnosprawności jako problem interdyscyplinarny. Rozpoczyna go próba rozwikłania wszelkich zawłości terminologicznych związanych z definicjami i klasyfikacjami niepełnosprawności. Na końcu znalazła się również etiologia i patogeneza niepełnosprawności narządu ruchu.

Rehabilitacja w kontekście edukacyjnym ukazana została w rozdziale trzecim. Przedstawiono problemy rehabilitacji osób z niepełnosprawnością narządu ruchu, a w ramach podsumowania dokonano przeglądu oddziaływań niespecyficznych, mających miejsce w rehabilitacji.

Rozdział czwarty zawiera opis metodologii badań własnych, na wstępie określony został cel oraz problemy badawcze, a także próba ich wyjaśnienia za pomocą hipotez badawczych. W części tej nie zabrakło także charakterystyki próby badawczej oraz podstawowych informacji na temat Opolskiego Centrum Rehabilitacji w Korfantowie, placówki na wysokim poziomie usług z zakresu rehabilitacji narządu ruchu. W kolejnych rozdziałach przedstawiono wyniki badań empirycznych. W rozdziale piątym zanalizowano badania sondażowe dotyczące hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu. Analiza objęła indywidualną hierarchię wartości w trakcie rehabilitacji, jak również ukazała zmiany zachodzące w hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu pod wpływem procesu rehabilitacji. Wyniki badania zmian zachodzących w indywidualnej hierarchii wartości pod wpływem rehabilitacji przedstawiono w rozdziale szóstym. Obejmują one poziom samooceny badanych osób, jak również pomiar ich zadowolenia z życia. Ostatni podrozdział zawiera analizę pokazującą obiektywną i subiektywną jakość życia osób z niepełnosprawnością narządu ruchu. W przedostatnim rozdziale podjęto próbę prezentacji wpływu działań personelu medycznego na zmiany indywidualnej hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu.

Ostatni, ósmy rozdział przedstawia oczekiwania osób z niepełnosprawnością narządu ruchu na stworzenie nowej indywidualnej hierarchii wartości. Dwa pierwsze podrozdziały przedstawiają oczekiwania osób z niepełnosprawnością narządu ruchu w stosunku do osób prowadzących rehabilitację, oraz pracowników medycznych. Natomiast trzeci przedstawia wpływ oddziaływań niespecyficznych jako mających dodatkowy wpływ na przebieg procesu rehabilitacji badanych osób.

Pracę kończy podsumowanie przeprowadzonych badań oraz wnioski pedagogiczne.

Niepełnosprawność narządu ruchu wydaje się być szczególnym etapem, w którym „dochodzi do głosu” zagadnienie wartości. Zmiany, jakie zachodzą w otaczającej osobę niepełnosprawną rzeczywistości, nie pozwalają na bierne przyglądanie się procesom będącym ich następstwem. Dla osób z niepełnosprawnością narządu ruchu niezmiernie ważna wydaje się tendencja do wypracowania indywidualnej hierarchii wartości, które w jakimś stopniu odpowiadają na ich problemy i wyznaczają dalszy kierunek ich codziennej egzystencji<sup>6</sup>. Zatem poszukiwanie nowych dróg i rozwiązań mogących pomóc im zaakceptować życie wraz z towarzyszącymi mu niedogodnościami powinno stanowić fundament współczesnej praktyki pedagogicznej.

---

<sup>6</sup> Por.: D. K r o k, *Rola poczucia sensu życia w radzeniu sobie ze stresem wśród młodzieży akademickiej*, [w:] *Sytuacje konfliktu w środowisku rodzinnym, szkolnym i rówieśniczym*, D. Borecka-Biernat (red.), Wydawnictwo Difin, Warszawa 2010, s. 267.

## R o z d z i a ł 1

# Wartości w literaturze przedmiotu

Obecnie pojęcie „wartość” jest jednym z najczęściej używanych w wielu dziedzinach nauki, zaś obserwowana wielość jego definicji budzi rozmaite kontrowersje.

Termin „wartość” w potocznym znaczeniu wskazuje na to, co cenimy. Odnosząc się do bytów realnych, oznacza dobro dla nas samych oraz osób nas otaczających. Wartości można też rozumieć jako duchowe, moralne przekonanie jednostek i grup społecznych kierujące postawami oraz zachowaniami jednostkowymi i zbiorowymi<sup>7</sup>. Analizując literaturę przedmiotu, zauważa się, iż pojęcie „wartość” stanowi podstawową kategorię aksjologii (nauki o wartościach) i bywa zastąpione takimi pojęciami jak: „potrzeby”, „postawy”, „dążenia”, „cele życiowe”, „aspiracje” itp.<sup>8</sup>.

### 1.1. Pojęcie wieloznaczności wartości w literaturze

W filozofii wartością określa się „to, dzięki czemu przedmiot jest wartościowy”<sup>9</sup>. Niektórzy filozofowie twierdzą, że wartości charakteryzują się powinnością istnienia. Roman Ingarden zauważa jednak, że nieistnienie jest niemożliwe<sup>10</sup>. Stanowisko to pozwala sprowadzić wartości wyłącznie do zjawisk zachodzących w ludzkim umyśle, świadomości czy psychice. Wymienia się tu: przeżywanie i tworzenie wartości czy też proces emocjonalnego i racjonalnego wartościowania oraz oceniania. A zatem samo istnienie wartości jest ściśle zdeterminowane istnieniem podmiotu (człowieka): gdyby podmiot nie istniał, nie istniałyby i wartości. Przedmioty natomiast nie mają wartości, są tylko uważane za wartościowe, gdy podmiot wyposaży je w wartości<sup>11</sup>. Zgod-

---

<sup>7</sup> J. Mariański, W. Zdaniewicz, *Wartości religijne i moralne młodych Polaków*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1991, s. 14.

<sup>8</sup> Por.: M. Kłosiński, Z. Lubowicz, *Uwagi o problematyce i metodzie badań*, [w:] *Młodzież szkolna i jej świat wartości. Raport końcowy IBPM*, Warszawa 1985, s. 4.

<sup>9</sup> J.M. Bocheński, *Sto zabobonów*, Wydawnictwo Philed, Kraków 1992, s. 135.

<sup>10</sup> R. Ingarden, *Czego nie wiemy o wartościach*, [w:] *Przeżycie, dzieło, wartość*, R. Ingarden (red.), Wydawnictwo Literackie, Kraków 1966, s. 109.

<sup>11</sup> S. Kamiński, *Jak uporządkować rozmaite koncepcje wartości?*, [w:] *O wartościowaniu w badaniach literackich*, S. Sawicki, W. Panas (red.), KUL, Lublin 1986, s. 15.

nie z inną koncepcją filozoficzną wartość ujmowana jest jako relacja między dwiema rzeczami lub między rzeczą a człowiekiem. Jeśli jedna służy drugiej, np. zaspakają potrzeby człowieka, to wartość *de facto* nie jest wartością rzeczy ani wartością człowieka, ale relacją między nimi. Zapewne istnieją wartości, które mają charakter relacji, lecz nie dotyczy to wszystkich wartości. Zgodnie z tym prawdopodobnie żaden sposób istnienia znany filozofom nie jest charakterystyczny przynajmniej dla niektórych wartości. Badając ich naturę, powinno się więc zwracać uwagę na to, co jest charakterystyczne dla wartości, tj.: wartościowość i charakter.

Z kolei Józef Tischner zakłada nie tylko obiektywne istnienie wartości, ale także obiektywne przeciwieństwa między wartościami. Sądzi, że popularne w ostatnich dziesięcioleciach – zwłaszcza w Polsce – zainteresowanie wartościami jest przejawem kryzysu wiary w Boga<sup>12</sup>. Ludzie utracili spontaniczną wiarę i poszukują oparcia w wartościach. Wielu aksjologów, w tym fenomenologów, sądzi, że rozum jest ślepy na wartości i dlatego szukają subiektywnej postawy w emocjach człowieka. Tischner kwestionuje jednak prawdziwość twierdzenia o ślepotcie rozumu na wartości i uważa, że poznanie wartości ma charakter racjonalny. Autor zwraca uwagę, że świat ludzkich spraw (przedmioty, ludzie, zdarzenia) jest uporządkowany hierarchicznie, co świadczy o porządkowaniu świata zgodnie z wartościami<sup>13</sup>. Max Scheller definiuje wartości obiektywistycznie i uniwersalistycznie, uważa, iż nie są one fikcjami<sup>14</sup>. Człowiek zastaje je w świecie i może je odkryć, mimo że nie są ani ciałami fizycznymi, ani cechami. Autor twierdzi, że definiowanie wartości nie opiera się ani na doświadczaniu zmysłowym, ani na wewnętrznym, nie poznajemy ich też racjonalnie. Czynimy to raczej za pomocą różnych aktów emocjonalnych.

W ujęciu socjologicznym wartością jest to, co uruchamia ludzką motywację. Za wartościowy „uznajemy przedmiot godny pożądania i zasługujący na akceptację”<sup>15</sup>. Jan Szczepański wartością nazywa „[...] dowolny przedmiot materialny lub idealny, ideę lub instytucję, przedmiot rzeczywisty lub wyimaginowany, w stosunku do którego jednostki lub zbiorowości przyjmują postawę szacunku, przypisują mu ważną rolę w swoim życiu, dążenie do jego osiągnięcia odczuwają jako przymus”<sup>16</sup>. Wartością jest także to, co uruchamia ludzką motywację. Może to być przedmiot godny pożądania, zasługujący na akceptację”<sup>17</sup>. Wartość to również kryterium, na podstawie którego uznaje-

<sup>12</sup> J. T i s c h n e r, *Myślenie według wartości*, Wydawnictwo Znak, Kraków 1998, s. 507–510.

<sup>13</sup> Tamże, s. 508.

<sup>14</sup> M. S c h e l l e r, *Aprioryczne powiązania o charakterze starszeństwa między modalnościami wartości*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1975.

<sup>15</sup> K. O s t r o w s k a, *W poszukiwaniu wartości*, cz. 1, GWP, Gdańsk 1994, s. 11.

<sup>16</sup> J. S z c z e p a ń s k i, *Elementarne pojęcia socjologii*, PWN, Warszawa 1970, s. 53.

<sup>17</sup> H. Ś w i d a, *Młodzież a wartości*, PWN, Warszawa 1979, s. 49.

my różne obiekty jako godne pozytywnej oceny. Socjologowie wyrażają poglądy, że wartości zdeterminowane są doświadczeniami, sytuacjami, szczególnie sytuacjami o ważnym znaczeniu życiowym dla człowieka. Posiadają wartość kauzalną, nadającą kierunek aktywności człowieka, gdyż stanowią standard wyborów celów życiowych oraz społecznej drogi człowieka.

Pojęcie „wartość” w ujęciu psychologicznym bywa różnorodnie interpretowane. Za wartość uznaje się więc to, co jest obiektem pożądań, oraz to, co stanowi czynnik selekcji motywów, celów działań, środków ich realizacji. Utożsamia się ją także z kryterium wyborów celu<sup>18</sup>. Clyde Kluckhohn określa wartość jako zjawiska o charakterze społecznym, w odróżnieniu od pokrewnych im motywów, popędów i potrzeb, które mają silne biologiczne korzenie<sup>19</sup>. Psycholog amerykański Nathaniel Branden podaje, iż świat, w którym żyjemy, jest światem wartości. Wartością może być wszystko, co jest nam drogie. Wartości często kierują naszymi zachowaniami. Są więc siłą, która nieustannie skłania nas do podejmowania decyzji, a te z kolei wyznaczają kierunek naszego życia. Poprzez dokładne określenie hierarchii swoich wartości tworzymy spójność pomiędzy tym, kim jesteśmy, a tym, jak żyjemy. Życie zgodne z własnymi wartościami daje poczucie pewności, spokój wewnętrzny i spójność. Jeżeli chcemy osiągnąć życiowe spełnienie, musimy zdecydować, co jest dla nas w życiu największą wartością. Uznawane przez nas wartości silnie oddziałują na to, w jaki sposób realizujemy wyznaczone przez siebie cele<sup>20</sup>.

Inaczej określa wartość Kazimierz Popielski, określając ją jako „potrzebę oraz przedmiot dążenia i odniesienia ludzkiego życia”<sup>21</sup>. Według tego autora pojęcie „wartość” wiąże się z ludzką egzystencją, z wielowymiarowością i wielokierunkowością jej realizowania się. Wartość jest więc procesem ludzkiego życia i stawania się<sup>22</sup>.

W pedagogice wartością jest „[...] to wszystko, co uchodzi za ważne i cenne dla jednostki i społeczeństwa oraz jest godne pożądania, co łączy się z pozytywnymi przeżyciami i stanowi jednocześnie cel i sens dążeń ludzkich”<sup>23</sup>. Wartość ukierunkowuje i wspomaga ludzi w kształtowaniu ich stosunku do świata, ro-

<sup>18</sup> Cz. Matuszewicz, *Psychologia wartości*, PWN, Warszawa 1975, s. 9.

<sup>19</sup> C. Kluckhohn, *Values and values orientations in the theory of action: An exploration in definition and classification*, [w:] *Toward a general theory of action*, E. Shils, T. Parsons (eds.), Harvard University Press, Cambridge 1962.

<sup>20</sup> N. Branden, *Jak dobrze być sobą. O poczucie własnej wartości*, GWP, Gdańsk 2007, s. 108.

<sup>21</sup> K. Popielski, *Wartości i ich znaczenie w życiu ludzi*, [w:] *Człowiek – wartość – sens*, K. Popielski (red.), KUL, Lublin 1987, s. 63.

<sup>22</sup> Tamże.

<sup>23</sup> M. Łobocki, *Pedagogika wobec wartości*, [w:] *Kondensacje psychologiczne*, B. Śliwerski (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków 1993, s. 125.

zumieniu praw i powinności oraz planowaniu edukacji. W systemie edukacji bardzo ważny okazuje się relatywizm wartości, dlatego edukacja powinna dostarczać nie tylko wiedzy, a także uczyć doświadczeń życiowych poprzez nadanie znaczenia wartości ludzkim dążeniom. Wartości stanowią źródło inspiracji oraz dyrektyw dla szkoły i edukacji. To na nich powinny być oparte podstawy programowe i programy nauczania dotyczące zarówno wychowania, jak i samowychowania. To one powinny wpływać na formułowane cele. Zadaniem edukacji jest wychowanie dla wartości uniwersalnych: prawdy, dobra, piękna. Wśród wartości współcześnie uznawanych za uniwersalne szczególne miejsce zajmują też: prawo do życia w wolności, podmiotowość i tożsamość człowieka, godność, odpowiedzialność, swobody obywatelskie, patriotyzm, życie wolne od zagrożeń wojną, demokracja, pluralizm polityczny i światopoglądowy, uczciwość, tolerancja, rodzina, edukacja, zdrowie i jego ochrona, możliwość samorealizacji, praca oraz godziwy poziom życia materialnego i duchowego.

Podsumowując rozważania na temat pojęcia „wartość”, wypada stwierdzić, że jest ono zróżnicowane. Sama wartość raz jest celem, innym razem stanowi kryterium wyborów celów życiowych, ale może też być motorem działania. Utożsamiana bywa z normą czy też subiektywnym odzwierciedleniem przekonań człowieka. Jego życie to nieustanny proces realizowania wartości. Człowiek jako osoba wolna dokonuje wyboru wartości, czyli tego, co uważa za ważne, cenne dla jednostki (w tym dla siebie), jak i społeczeństwa, co jest godne wysiłku, poświęcenia, co stanowi cel dążeń ludzkich. Odkrywanie, przyjmowanie i prowadzenie życia zgodnego z przyjętym systemem wartości jest celem wychowania i samowychowania. Przyjęty system wartości wypełnia osobowość, nadaje kształt życiu człowieka, sens jego egzystencji. Kształtowanie pożądanej hierarchii wartości powinno przejawiać się w stawaniu się coraz lepszym. Wartości są subiektywną oceną siebie i swoich możliwości. Na potrzeby niniejszej pracy wybrano definicję wartości jako „[...] potrzebę oraz przedmiot dążenia i odniesienia do ludzkiego życia, wiążącą się wyłącznie z ludzką egzystencją, z wielowymiarowością i wielokierunkowością jej realizowania się”<sup>24</sup>. Definicja ta stanowi kompilację definicji filozoficznej, psychologicznej i pedagogicznej.

## 1.2. System wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu

Już od dawna w teorii i praktyce nauk pedagogicznych porusza się problem analizy wartości i sensu życia. Trudno bowiem sobie wyobrazić jakąkolwiek

---

<sup>24</sup> K. P o p i e l s k i, *Wartości...*, dz.cyt., s. 63.

naukę społeczną, która nie zajmowałaby się tematyką wartości. Kategorie te są znaczące dla ludzkiej egzystencji. Naczechowane dodatnio lub ujemnie wymuszają na obserwatorze zajęcie stanowiska (wyklucza obojętność). System wartości wzrusza i porusza, wzbudza zainteresowanie czymś cennym, ku czemu podąża.

Oblicza niepełnosprawności narządu ruchu są tak różne, jak różne są osoby, które jej doświadczają. Tym niemniej istnieje wiele wspólnych problemów łączących tę grupę ludzi. Należy do nich zmaganie się z codziennymi trudnościami wynikającymi z ograniczeń własnego ciała. Szczególnym rodzajem deprywacji, braku możliwości realizowania potrzeb wpływających na jakość życia człowieka z niepełnosprawnością narządu ruchu jest „[...] zanik wartości i związana z tym utrata poczucia sensu tego, co się robi, a nawet sensu własnego życia”<sup>25</sup>. Wyniki badań<sup>26</sup> pokazują, że niepełnosprawność kojarzona jest przede wszystkim z uszkodzeniem narządu ruchu, widocznym kalectwem, dysfunkcją. Z naukowego punktu widzenia za niepełnosprawną uznać należy osobę „[...] z długotrwałym bądź trwałym naruszeniem sprawności, u której utrudnia lub ogranicza ona – w porównaniu z osobami sprawnymi – uczestnictwo w życiu społecznym, zawodowym i rodzinnym”<sup>27</sup>. Tego typu definicja niepełnosprawności ukazuje obszary działalności człowieka, które w wyniku ograniczeń mogą zostać zniekształcone lub zablokowane, a to z kolei najczęściej implikuje zmiany wartości i sensu życia.

Niepełnosprawność to pojęcie wieloznaczne i wielopłaszczyznowe. Istnieje wiele definicji i klasyfikacji niepełnosprawności. Niepełnosprawność, obok uszkodzenia (wymiar biologiczny, medyczny) i upośledzenia (wymiar społeczny), jest istotnym zagadnieniem w Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń opublikowanej przez Światową Organizację Zdrowia w 1980 roku. Podkreśla się w niej trzy aspekty stanowiące kluczowe wymiary tej problematyki: biologiczny, funkcjonalny i społeczny, wyodrębniając trzy podgrupy problemów: uszkodzenie (*impairment*), niepełnosprawność (*disability*) i upośledzenie (*handicap*). Uszkodzenie oznacza „wszelką stratę lub wadę psychicznej, fizjologicznej lub anatomicznej struktury albo czynności”<sup>28</sup>. Niepełnosprawność zaś to „wszelkie ogranicze-

---

<sup>25</sup> T. Tomaszewski, *Psychologia*, PWN, Warszawa 1975, s. 33.

<sup>26</sup> A. Ostrowska, *Postawy społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych*, [w:] *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych*, J. Mikulski, J. Auleytner (red.), Wyższa Szkoła Pedagogiczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej, Warszawa 1996, s. 100–101; por.: A. Ostrowska, *Niepełnosprawni w społeczeństwie. Postawy społeczeństwa polskiego wobec ludzi niepełnosprawnych. Raport z badań*, Warszawa 1994, s. 37–38.

<sup>27</sup> Por.: J. Zablocki, *Wprowadzenie do rewalidacji*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1998, s. 28.

<sup>28</sup> J. Kirenko, *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*, UMCS, Lublin 2006, s. 24.



nie lub brak – wynikający z uszkodzenia – możliwości wykonywania czynności na poziomie uważanym za normalny dla człowieka”<sup>29</sup>. Trzecim aspektem jest upośledzenie, oznaczające niekorzystną sytuację danej osoby, będącą wynikiem uszkodzenia lub niepełnosprawności, polegającą na ograniczeniu lub uniemożliwieniu wypełniania ról, które uważane są za normalne, biorąc pod uwagę jej wiek, płeć, czynniki kulturowe i społeczne. Upośledzenie może dotyczyć różnych sfer życia. Należą do nich: orientacja w otoczeniu (zdobywanie i wymiana informacji oraz gromadzenie wiedzy), czynności życia codziennego (niezależność ich wykonywania), poruszanie się w przestrzeni, praca zawodowa (wykonywanie różnych prac i zawodów), integracja społeczna (aktywny udział w wielu formach życia społecznego), niezależność ekonomiczna (możliwość uzyskania środków na własne utrzymanie)<sup>30</sup>. Janusz Kirenko podaje, że niepełnosprawność jest procesem dynamicznym, składającym się z czterech stopni: patologii, uszkodzenia, ograniczenia funkcjonowania oraz niesprawności. Czynna patologia to obecność takiego stanu fizycznego lub psychicznego, który przerywa naturalne procesy fizyczne lub psychiczne ludzkiego organizmu i jednocześnie mobilizuje organizm do powrotu do stanu prawidłowego. Patologia może prowadzić do uszkodzenia, które definiuje się jako utratę prawidłowej struktury anatomicznej, fizjologicznej lub psychicznej. W konsekwencji uszkodzenia następuje ograniczenie funkcjonowania w zakresie osiągania celów lub wykonywania podstawowej aktywności organizmu jako całości. Ostatnim etapem jest niesprawność, która jest ograniczeniem w pełnieniu ról i zadań, jakie są społecznie oczekiwane w określonym kulturowo i fizycznie środowisku. Związki między poszczególnymi etapami tego procesu nie są nieuchronne i automatyczne, zależą również od innych cech osobowości jednostki oraz fizycznych i społecznych czynników środowiskowych<sup>31</sup>.

Rozpoczę od przedstawienia wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu. Kirenko uważa, że sytuacja związana z niepełnosprawnością „[...] narusza najcenniejsze wartości człowieka, czyli zdrowie, sprawność fizyczną, zdolność do wypełniania podstawowych zadań społecznych oraz stanowi pewną przeszkodę w realizacji własnych celów”<sup>32</sup>. Z badań wynika, że wartości pełnią funkcje motywacyjne oraz stanowią kryteria oceny, wydarzeń i zacho-

---

<sup>29</sup> Tamże.

<sup>30</sup> P. G i n d r i c h, *Psychospołeczne komponenty nieprzystosowania*, UMCS, Lublin 2007, s. 38.

<sup>31</sup> J. K i r e n k o, *Jakość życia...*, dz.cyt., s. 35.

<sup>32</sup> J. K i r e n k o, *Osoby z dysfunkcją narządu ruchu z powodu uszkodzenia rdzenia kręgowego*, [w:] *Osoby niepełnosprawne w środowisku lokalnym, Wyrównanie szans*, B. Szczepanowska, J. Mikułski (red.), Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacja Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 1999, s. 91.

wania się. Częściowo mają one również związek z formalnymi, realizowanymi celami i zadaniami życiowymi jednostki<sup>33</sup>.

„Tworzenie się systemu wartości jednostki jest procesem opartym na doświadczeniu konkretnych wartości za pomocą emocji i na drodze relacji intersubiektywnych. Choć stanowią one zasadniczy składnik tożsamości, nie są jednak relatywnie stałe i ewaluują na przestrzeni całego życia jednostki”<sup>34</sup>.

Prawidłowo funkcjonujący system wartości osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu ma charakter zintegrowany, co oznacza, że „[...] jednostka, która doświadczyła utraty sprawności musi najpierw zmodyfikować istniejący system, aby mógł być on adekwatny do ograniczeń i nowych możliwości”<sup>35</sup>. Doświadczenie niepełnosprawności i proces przystosowania się do niej „związany jest ze zjawiskiem usztywnienia się systemu wartości”<sup>36</sup>, polegającym na gloryfikowaniu funkcji utraconych lub okaleczonych części ciała na rzecz pozostałych, zdrowych. Jednak w momencie, kiedy jednostka podejmie próbę funkcjonowania z ograniczeniami swojego ciała, dochodzi do rozszerzenia zakresu wartości, co oznacza, że „[...] wartości nieosiągalne ustępują miejsca tym, które są realne i które mogą doprowadzić do osiągnięcia celów i sukcesu”<sup>37</sup>. Takie rozszerzenie zakresu wartości oznacza emocjonalne uświadomienie sobie istnienia innych wartości, co obserwujemy zwłaszcza w okresie żalu po stracie (kogoś) czegoś bardzo drogiego, bez względu na to, czy strata dotyczy fizycznej normalności, czy osoby kochanej, czy czegokolwiek innego<sup>38</sup>.

Z badań nad systemem wartości wynika, że wysokie (a bardzo często najwyższe) miejsce w hierarchii zajmuje rodzina<sup>39</sup>. Krystyna Błęszyńska zauważyła, że zarówno osoby sprawne, jak i niepełnosprawne określają rodzinę jako jedną z najcenniejszych wartości w ich życiu. Dodatkowo wyniki badań pozwalają stwierdzić, że poziom sprawności fizycznej nie wywiera wpływu na ogólną ocenę wartości życia rodzinnego badanych osób<sup>40</sup>. Do podobnych

<sup>33</sup> E. M a r t y n o w i c z, *Wartości oraz ich wpływ na działanie*, [w:] *Motywy, cele wartości. Przyczynek do rozumienia stanu ducha i stanu umysłu współczesnych Polaków*, E. Martynowicz (red.), Impuls, Kraków 2004, s. 73, 79.

<sup>34</sup> Tamże, s. 53.

<sup>35</sup> L. K o w a l e w s k i, *Psychologiczna i społeczna sytuacja dzieci niepełnosprawnych*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, I. Obuchowska (red.), WSiP, Warszawa 1999, s. 69.

<sup>36</sup> Tamże, s. 69, 80.

<sup>37</sup> Tamże, s. 80.

<sup>38</sup> Zob.: M. C h o d k o w s k a, *Kobieta niepełnosprawna. Socjopedagogiczne problemy postaw*, UMCS, Lublin 1993, s. 129.

<sup>39</sup> Por.: C. T i m o s z y k - T o m c z a k, *Strategie konstruowania własnej przyszłości*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2003, s. 154; K. B ł e s z y ń s k a, *Wartość miłości, małżeństwa i rodziny w życiu osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 1994, s. 77.

<sup>40</sup> K. B ł e s z y ń s k a, *Wartość miłości...*, dz.cyt., s. 79.

wniosków doszła Maria Chodkowska, analizując pamiętniki kobiet niepełnosprawnych. Wynika z nich, że to właśnie rodzina, a w szczególności macierzyństwo stanowią źródło zaspokojenia wielu potrzeb, w tym głównie miłości i autokreacji. Posiadanie rodziny pozwala bowiem na odejście od swoich problemów zdrowotnych i skoncentrowanie się na wartościach. Tak więc rodzina stanowi skuteczną ochronę przed konsekwencjami załamań psychicznych (apatia, postawą rezygnacji, samobójstwem) wynikających z różnych trudności życiowych<sup>41</sup>.

Wysoko cenioną wartością jest zdrowie. Teresa Borowska podaje, „że w interpretacji noetycznej zdrowie to najwyższa wartość dla wszystkich”<sup>42</sup>. Zdrowie jest podstawową wartością pozytywną, łącznie z innymi wartościami wyznacza jakość życia człowieka. Podlega ono już nie tylko medycznej i biologicznej, ale także socjologicznej, psychologicznej i kulturowej interpretacji, co przyczynia się do przełamania mechanistycznego redukcjonizmu współczesnej medycyny i powstania bardziej wielowymiarowej teorii zdrowia. W ujmowaniu problematyki zdrowotnej ogromną popularnością cieszy się obecnie salutogeniczny model zdrowia, wykraczający poza problemy ograniczenia modelu patogenetycznego, skupiający się na zdrowiu definiowanym pozytywnie oraz czynnikach i działaniach sprzyjających jego zachowaniu, umacnianiu i rozwojowi<sup>43</sup>. W programach promocji tak pojętego zdrowia musi również uczestniczyć edukacja. Również studenci niepełnosprawni uznali zdrowie za jedną z najważniejszych wartości w życiu człowieka<sup>44</sup>.

Zdrowie, stanowiące niezbywalny atrybut ludzkiej egzystencji, rozpatrywane w kategoriach aksjologicznych, jawi się jako wartość uniwersalna, wpisując się tym samym na listę podstawowych celów wychowania. Wychowanie zdrowotne to ważny element kształtowania wielostronnej osobowości wychowanków, a udział w nim pedagogów można interpretować w kategoriach ich moralnej i zawodowej powinności<sup>45</sup>.

Pośród wartości ważnych dla człowieka naczelne miejsce zajmuje praca zawodowa i związane z nią zaspokajanie potrzeb psychospołecznych. Inne preferowane wartości osób z niepełnosprawnością to wartości, które mają wpływ na kształt ich postaw wobec własnych ograniczeń zdrowotnych. Należą do

---

<sup>41</sup> M. Chodkowska, *Kobieta niepełnosprawna...*, dz.cyt., s. 116–117.

<sup>42</sup> T. Borowska, *Pedagogikaa ograniczeń ludzkiej egzystencji*, Wydawnictwo IBC, Warszawa 2000, s. 97.

<sup>43</sup> Tamże, s. 60.

<sup>44</sup> B. Olszak-Krzyżanowska, *Świat wartości i sen życia osób niepełnosprawnych studentów zielonogórskich*, [w:] *Osoba niepełnosprawna w społeczności akademickiej*, H. Ochoczenko, G. Miłkowska (red.), Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005, s. 53.

<sup>45</sup> A. Gaweł, *Pedagodzy wobec wartości zdrowia*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2003, s. 138.

nich: „zdobycie ludzkiego zaufania oraz znalezienie własnego miejsca w społeczeństwie”<sup>46</sup>.

Wysoko cenione przez osoby niepełnosprawne są również wartości religijne<sup>47</sup>. Wartości związane z życiem duchowym pozwalają tym osobom na przewyższanie psychicznych i społecznych konsekwencji wynikających z ograniczeń zdrowia. Jednak z badań wynika, że wprawdzie pomagają one w pogodzeniu się z własną, trudną sytuacją życiową, lecz nie stanowią najcenniejszej wartości, kształtującej postawy wobec niepełnosprawności<sup>48</sup>. Jednak, bez wątplenia, wartości religijne pozwalają zrozumieć istotę cierpienia, wzmacniają sens działania dla dobra innych, wynikający z wartości chrześcijańskich i dają nadzieję na rekompensatę w życiu przyszłym. Główną formą realizacji wartości religijnych jest dla nich, podobnie jak dla ludzi zdrowych, modlitwa skupiająca się na prośbach o siłę i możliwości pokonywania cierpienia i trudności życiowych<sup>49</sup>. Badania<sup>50</sup> ukazują też pewne różnice w preferowaniu wartości pod względem płci. Wynika z nich, że kobiety wyżej cenią takie wartości, jak: Bóg, wiara, religia, władza, układy. Wyżej też, w porównaniu z mężczyznami, lokują: dobro, tolerancję, piękno, uczciwość, zdrowie, wygląd i sprawność fizyczną. Zmienną wpływającą na wybór wartości okazało się też miejsce zamieszkania. Osoby niepełnosprawne mieszkające na wsi wyżej oceniają rodzinę i przyjaźń, natomiast wygląd i pieniądze preferowane są przez osoby mieszkające w mieście<sup>51</sup>.

Rozwój procesów poznawczych i emocjonalnych nie wyczerpuje listy potrzeb składanych dzisiejszej edukacji. Psychiatrzy, psychologowie egzystencjalni, filozofowie, a także pedagodzy podkreślają ogromną rolę wartości rozwijanych i odkrywanych w życiu człowieka<sup>52</sup>. Wynika z tego, że aby życie człowieka nie przebiegało w sposób niepełny, aby nie czuł się w życiu zagubiony, bezradny i wreszcie, aby potrafił pokonywać różnorodne ograniczenia – potrzebne mu są ukształtowane wartości. Pierwszą z nich jest wolność, poszerzająca obszar działania człowieka i dająca możliwości dokonywania wy-

---

<sup>46</sup> K. B ł e s z y ń s k a, *Wartość miłości...*, dz.cyt., s. 79.

<sup>47</sup> A. O l s z a k, *Preferencje wartości osób przewlekle chorych – w świetle badań empirycznych*, [w:] *Problemy pedagogiki specjalnej w okresie przemian społecznych*, A. Pilecki (red.), UMCS, Lublin 2002, s. 266; K. B i l i ń s k i, *Znaczenie religii w życiu глухонегидomych*, „Dłonie i Słowo” 1998, nr 3, s. 36–38.

<sup>48</sup> K. Ć w i r y n k a ł o, *Znaczenie pracy w rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, [w:] *Od tradycjonalizmu do ponowoczesności*, E. Garniewicz, A. Krause (red.), Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn 2002, s. 395–396.

<sup>49</sup> M. C h o d k o w s k a, *Kobieta niepełnosprawna...*, dz.cyt., s. 125–128.

<sup>50</sup> B. O l s z a k - K r z y ż a n o w s k a, *Świat wartości...*, dz.cyt., s. 56.

<sup>51</sup> Tamże.

<sup>52</sup> T. B o r o w s k a, *Pedagogika ograniczeń...*, dz.cyt., s. 59.

borów. Istotnym zagadnieniem stawianym dzisiejszej edukacji jest również rozwijanie u człowieka odpowiedzialności. Z badań Philipa Zimbardo wynika, że ludzie, którzy nauczyli się, że mają wpływ na swoje życie, że są uzależnieni od sytuacji społecznych – postrzegają rzeczywistość jako ostatecznie determinującą ich egzystencję. To niewłaściwe przekonanie powoduje, że rezygnują oni często z aktywności, że stają się pesymistami i charakteryzuje ich wyuczona bezradność<sup>53</sup>. Trzecią wartością istotną dla rozwoju egzystencji człowieka jest odwaga. Zdaniem Józefa Kozielskiego, współczynnik odwagi zależy nie tylko od ewolucji biologicznej i epoki historycznej, lecz także od tradycji, kultury oraz społecznego uczenia się. Autor ten kładzie szczególny nacisk na znaczenie budowania mechanizmów kontroli strachu, hamowania fizjologicznych symptomów emocji oraz uczenia się poznawczych programów działań ryzykownych<sup>54</sup>.

Podobnie jest z godnością, którą, w przeciwieństwie do pedagogiki, wyraźnie interesuje się medycyna. W perspektywie jej rozwoju w XXI wieku podkreśla się, iż poszanowanie godności chorego człowieka poprawia jego: samopoczucie, samoocenę, samoakceptację, własną wartość, zaufanie we własne siły oraz aktywizuje siłę dynamizującą, tj. nadzieję. Odczucia te uruchamiają rezerwy zdrowia tkwiące w ludzkim organizmie<sup>55</sup>.

Pojęcie „wartość” może też być rozpatrywane pod kątem własnej oceny, która może być pozytywna lub negatywna i może ewaluować w zależności od sytuacji i kontekstu lub może być w miarę stała i dokładniej dookreślona. Może też wpływać na stosunek do samego siebie oraz na relacje jednostki z otoczeniem. Poczucie własnej wartości wpływa ze znajomości samego siebie i akceptacji takim, jakim się jest<sup>56</sup>.

Dla poczucia własnej wartości ważne jest również to, w jaki sposób człowiek reaguje na swoją chorobę lub niesprawność. W dużej mierze zależne jest to od trzech czynników. Pierwszym z nich są indywidualne cechy pacjenta ukształtowane podczas socjalizacji i zdobytych doświadczeń. Zofia Sękowska twierdzi, że „[...] kto ma szerokie zainteresowania, bogactwo przeżyć, wiele pociągających celów, ten na ogół łatwiej rezygnuje z przyzwyczajzeń, a ograniczenie sprawności może kompensować np. studiami, pracą twórczą czy społeczną”<sup>57</sup>.

---

<sup>53</sup> Ph.G. Z i m b a r d o, F.L. R u c h, *Psychologia i życie*, PWN, Warszawa 1997, s. 346.

<sup>54</sup> J. K o z i e l e c k i, *Człowiek wielowymiarowy*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 1996, s. 164.

<sup>55</sup> Ch. I m i e l i ń s k i, A. I m i e l i ń s k i, *Godność człowieka w świetle Deklaracji Barcelońskiej*, [w:] *Medycyna u progu XXI wieku. Godność chorego człowieka*. K. Imieliński (red.), Polska Akademia Medycyny, Warszawa 1996.

<sup>56</sup> M. C z e r w i ń s k a, H. O c h o c z e n k o, *Przyczynek do rozważań nad tożsamością i poczuciem wartości studentów niepełnosprawnych*, [w:] *Osoba niepełnosprawna w społeczności akademickiej*, H. Ochoczenko, G. Miłkowska (red.), Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005, s. 90.

<sup>57</sup> Z. S ę k o w s k a, *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, WSPS, Warszawa 1998, s. 271.

Drugim czynnikiem będzie stan zdrowia zarówno obiektywny, mierzalny, jak i subiektywny, będący indywidualnym odczuciem pacjenta. Nie bez znaczenia będą także prognozy, poziom antycypowanego zdrowia i sprawności. Ostatnim istotnym czynnikiem jest sytuacja życiowa osoby doświadczającej niepełnosprawności<sup>58</sup>. Jej jakość – na którą składają się: sytuacja materialna, miejsce zamieszkania, wykształcenie, poziom świadomości społeczności lokalnej oraz infrastruktura – może wpływać mniej lub bardziej korzystnie na sposób reagowania jednostki na chorobę i niepełnosprawność.

Prowadząc rozważania o wartościach osób niepełnosprawnych, nie sposób nie wspomnieć o optymizmie; bywa definiowany jako „[...] tendencja człowieka, który przewiduje wszystko w kategoriach zgodnych z własnymi oczekiwaniami i życzeniami”<sup>59</sup> albo „[...] pogląd na świat lub postawa życiowa przejawiająca się w skłonnościach do dostrzegania w każdej sprawie lub zjawisku ich stron pozytywnych”<sup>60</sup>. Człowiek patrzący optymistycznie posiada zdolności: pozytywnego myślenia, formułowania realistycznych oczekiwań, zaufania i nadziei.

Pesymizm, który jest antonimem optymizmu, charakteryzuje się negatywnym przeżywaniem rzeczywistości i wynika z zaburzeń funkcji emocjonalnych człowieka. Może doprowadzić do osłabienia aktywności życiowej, zaburzeń vegetatywnych oraz do depresji. Można powiedzieć, że zarówno optymizm, jak i pesymizm to dwie antagonistyczne „postawy wobec trudności i przyszłości”<sup>61</sup>, to także dwa różne sposoby odnoszenia się do siebie samego i do innych istot ludzkich.

Bożena Olszak-Krzyżanowska na podstawie badań nad studentami niepełnosprawnymi stwierdziła, że można odnotować istotny związek pomiędzy poczuciem sensu życia a preferowanymi wartościami. Autorka ustaliła również, że poczucie sensu życia związane jest z realizowanymi wartościami. Można wręcz powiedzieć, że zbudowane bywa na ich bazie<sup>62</sup>. Stan zdrowia i kondycja psychofizyczna to czynniki mające duży wpływ na poziom odczuwanego sensu życia, który jest czymś więcej niż tylko samo istnienie człowieka czy też dobre bądź złe samopoczucie. Stanowi punkt odniesienia dla określonych sytuacji, zdarzeń i wyznaczają go wartości nadające znaczenie ludzkiej egzystencji. Z pedagogicznego punktu widzenia utrata sprawności narządu ruchu ma stanowić próbę przeciwstawienia się trudnościom poprzez zmianę

---

<sup>58</sup> Tamże.

<sup>59</sup> E. M u s z y ń s k a, *Ogólne problemy wychowania w rodzinie dzieci niepełnosprawnych*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. I. Obuchowska (red.), WSiP, Warszawa 1999, s. 126–127.

<sup>60</sup> W. K r a j e w s k i, *Słownik pojęć filozoficznych*, Scholar, Warszawa 1996, s. 142.

<sup>61</sup> F. A l b e r t o n i, *Optymizm*, Książka i Wiedza, Warszawa 1997, s. 13.

<sup>62</sup> B. O l s z a k - K r z y ż a n o w s k a, *Świat wartości...*, dz.cyt., s. 53.

hierarchii wartości. Osoby określające swoją niepełnosprawność jako przeszkodę mają świadomość pewnych ograniczeń i utrudnień, jakie ona niesie ze sobą; uznają, że brak sprawności ruchowej utrudnia codzienne życie, realizację pewnych celów i marzeń, uprawianie sportu. Często jest przyczyną odmiennego traktowania ich przez otoczenie, utrudnia zdobycie przyjaciół, znalezienie towarzysza na dalsze życie. Osoby te nie odczuwają żalu, bezradności, gniewu, widoczna jest natomiast u nich wola przewyciężenia trudności, jakie przynosi codzienność. Niepełnosprawność pozwala na zrozumienie, co w życiu jest naprawdę ważne, uczy wrażliwości na cierpienie. Zmaganie się z trudnościami i bólem, zdaniem autorki, doskonali umysł, wołę, uwrażliwia na drugiego człowieka. Takie odbieranie własnej sytuacji pozwala na godne jej przyjęcie, może stać się motorem do procesu samodoskonalenia. Niepełnosprawność w ocenie osób pełnosprawnych jest zjawiskiem bardziej dramatycznym i zgubnym dla człowieka, niż wynika to z oceny osób z dysfunkcjami narządów ruchu. Dla większości pełnosprawnych niepełnosprawność byłaby przeszkodą lub stratą, tylko nieliczni uważają niepełnosprawność za wartość, korzyść lub fakt obojętny dla życia. Niepełnosprawność w ocenie osób pełnosprawnych jest zjawiskiem niezwykle drastycznym i bardzo niekorzystnym dla człowieka. Panujące stereotypy sugerują, że życie z niepełnosprawnością musi być smutne i nieudane, pozbawione wartości i sensu. Odwołując się do myśli Michela Foucaulta, zauważa się, że podejmowanie wysiłku rekonstrukcji siebie, własnej tożsamości, swojego „ja”, swoich stylów, hierarchii wartości, to „zadanie poszukiwania nowych form i sposobów egzystencji, nowych sposobów myślenia, i postępowania”<sup>63</sup>. Rozmyślenia na temat hierarchii wartości leżą w naturze każdej intelektualnie sprawnej jednostki, która osiągnęła już pewną dojrzałość życiową. Do takich osób należą również niesprawni fizycznie, którzy, pomimo ograniczeń ciała, nadal odczuwają potrzebę pełnego funkcjonowania w społeczeństwie.

---

<sup>63</sup> M. F o u c a u l t, *Użytek z przyjemności*, [w:] *Historia seksualności*, M. Foucault (red.), Słowo/Obraz/Terytoria, Gdańsk 2010, s. 127.

## R o z d z i a ł 2

# Niepełnosprawność jako problem interdyscyplinarny

Niepełnosprawność jest pojęciem złożonym, a sam problem niepełnosprawności stał się przyczyną pogłębionych badań empirycznych, ukazujących wieloaspektowość omawianej problematyki<sup>64</sup>. Podejmując się próby zdefiniowania niepełnosprawności, należy zauważyć, że w języku potocznym jeszcze dziś znajdujemy pejoratywne określenia osób wykazujących pewne dysfunkcje, takie jak: kaleka, inwalida, ułomny itp., mimo że zostały już dawno usunięte z języka oficjalnego. W dalszym ciągu niepełnosprawność uważa się za wadę ciała lub umysłu. Obserwowana ewolucja terminologiczna to rezultat coraz prężniejszej działalności na rzecz osób niepełnosprawnych oraz przewartościowania kultury. Pojęcia powszechnie stosowane ulegają różnym modyfikacjom, jedne z nich ustępują miejsca innym. Na ten proces wpływa szereg czynników i zjawisk społecznych<sup>65</sup>.

### 2.1. Definicje i klasyfikacja niepełnosprawności

Anna Bujanowska podaje, że stosowany w pedagogice i psychologii termin „niepełnosprawność” rozpatrywany bywa w dwóch kategoriach. Pierwszy to kategoria biologiczno-medyczna, w której zwraca się uwagę na dysfunkcje biologiczne, anatomiczne i psychiczne. Druga – środowiskowo-społeczna, w której priorytetem są konsekwencje uszkodzeń i obniżenia sprawności w takich sferach życia, jak: rodzina, ekonomia, kultura, a także w zakresie relacji ze środowiskiem<sup>66</sup>.

---

<sup>64</sup> H. Larkowa, *Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne*, PWN, Warszawa 1987; T. Witkowski, *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych (13 rodzajów niepełnosprawności)*, Wydawnictwo MDOB, Warszawa 1993; Z. Pałak, *Jakość życia a niepełnosprawność: konteksty psychopedagogiczne*, UMCS, Szkoła Wyższa im. P. Włodkowica, Płock 2006.

<sup>65</sup> A. Bujanowska, *Uwarunkowania postaw studentów pedagogiki wobec osób niepełnosprawnych*, UMCS, Lublin 2009, s. 12.

<sup>66</sup> Tamże, s. 14.



Władysław Dykciak podaje, iż w literaturze pedagogicznej i psychologicznej „niepełnosprawność” jest pojęciem: wielozakresowym, biologicznym, pedagogicznym, psychologicznym, społecznym i wielopłaszczyznowym, przejawiającym się w wielu wymiarach życia. Jest relatywna w stosunku do aktualnie obowiązujących norm i standardów społeczno-kulturowych<sup>67</sup>.

W literaturze spotykamy szereg definicji „osoba niepełnosprawna”. Tadeusz Majewski uważa: „[...] osoba niepełnosprawna to taka, u której uszkodzenie i obniżony stan sprawności organizmu spowodował utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie wykonywania zadań życiowych i zawodowych oraz wypełnianie ról społecznych, biorąc pod uwagę jej wiek, płeć, stan, czynniki środowiskowe, społeczne i kulturowe”<sup>68</sup>. Zaś zdaniem Janusza Zabłockiego osoba niepełnosprawna to taka, u której „[...] istnieje długotrwałe bądź trwałe naruszenie sprawności i funkcji (stanu zdrowia) wyraźnie utrudniające, ograniczające lub/i utrudniające (w porównaniu z osobami pełnosprawnymi w danym kręgu kulturowym) uczestnictwo w pobieraniu nauki w normalnej szkole, pracę zarobkową, udział w życiu społecznym, kulturalnym i innych stosunkach społecznych”<sup>69</sup>. Psychologiczną definicję niepełnosprawności również podaje Stanisław Kowalik. Według niego niepełnosprawność człowieka wywołana uszkodzeniem ciała lub przewlekłą chorobą może powodować dysfunkcjonalność organizmu, niepełnosprawność psychiczną i mniejszą sprawność społeczną. Może ona stanowić predyspozycję do stwarzania sytuacji problemowych, które z kolei oznaczają brak zgodności między możliwościami człowieka a stawianymi mu przez otoczenie wymaganiami<sup>70</sup>. Odmienną definicję, ukazującą podejście socjologiczne do omawianego zjawiska, podaje Zbigniew Woźniak, wskazując, iż niepełnosprawność to skutek choroby lub urazu, prowadząca do ograniczenia funkcjonalnego lub zakłócenia aktywności życiowej, a także łączny rezultat barier, jakie napotyka jednostka niepełnosprawna w swojej przestrzeni życiowej<sup>71</sup>.

Tadeusz Gałkowski za socjologami brytyjskimi przedstawia trzy główne komponenty niepełnosprawności, jakie należy wyróżnić, aby uniknąć wieloznaczności przy rozpatrywaniu rozmaitych uwarunkowań wpływających na sytuację osób określonych jako niepełnosprawne:

<sup>67</sup> W. D y k c i a k, *Pedagogika specjalna*, UAM, Poznań 2002, s. 16.

<sup>68</sup> T. M a j e w s k i, *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*, Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 1995, s. 23.

<sup>69</sup> J. Z a b ł o c k i, *Wprowadzenie do...*, dz.cyt., s. 23.

<sup>70</sup> S. K o w a l i k, *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Interart, Warszawa 1996, s. 30.

<sup>71</sup> Z. W o ź n i a k, *Zdrowie – choroba – niepełnosprawność a rodzina. Relacje wzajemne w perspektywie teoretyczno-metodologicznej*, „Roczniki Socjologii Rodziny” 1991, t. 3, s. 201–219.

- komponent organiczny o charakterze statycznym odnosi się do pojęcia uszkodzenia (*impairment*) – analogicznym do niego pojęciem w medycynie jest schorzenie (*disease*);

- komponent funkcjonalny odnosi się do ograniczenia danej funkcji (dysfunkcja) i bywa określany jako upośledzenie (*disability*), a pojęciem analogicznym do niego w medycynie może mieć choroba (*illnes*). Pewnym odpowiednikiem dla upośledzenia w języku używanym przez klinicystów może być zaburzenie (*disorder*);

- komponent społeczny, który może ograniczać – choć nie musi – pełnienie ról społecznych. Analogicznym do niego pojęciem może być osłabienie (*sickness*)<sup>72</sup>.

Inaczej mówiąc, niepełnosprawność dzieli się na pierwotną i wtórną lub na skutek choroby i jej rezultat<sup>73</sup>. Mówiąc o niepełnosprawności, często zapomina się o tych ważnych elementach, skupiając się raczej na skutku, który jest tylko elementem niepełnosprawności, a nie na rezultatach, czyli barierach, z którymi zaczyna spotykać się osoba niepełnosprawna. Zależności te zaczęły wysuwać się na pierwszy plan w najnowszych definicjach zarówno w Polsce, jak i na świecie. Definicję taką przedstawia Wojciech Sroczyński, który podaje: „[...] niepełnosprawną jest osoba, której stan fizyczny lub/i psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie ról życiowych i ról społecznych zgodnie z przyjętymi normami prawnymi i społecznymi”<sup>74</sup>. Podobne ujęcie prezentuje definicja osoby niepełnosprawnej zawarta w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych uchwalonej przez Sejm RP 1 sierpnia 1997 roku, w której czytamy że osoby niepełnosprawne to takie: „[...] których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza czy uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi”<sup>75</sup>. Tę wersję definicji zaopiniowali sami niepełnosprawni, zrzeszeni w organizacjach pozarządowych zgrupowanych w Ogólnopolskim Sejmiku Osób Niepełnosprawnych. Najnowsza definicja, zapisana w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, brzmi:

„[...] niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności zdolności do wykonywania pracy za-

<sup>72</sup>T. Gałkowski, *Wokół definicji pojęcia „osoba niepełnosprawna” – doświadczenia europejskie*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1997, nr 3 (153), s. 29.

<sup>73</sup>Por.: Z. Woźniak, *Zdrowie – choroba...*, dz.cyt., s. 201–219.

<sup>74</sup>W. Sroczyński, *O pracach nad projektem definicji osoby niepełnosprawnej*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1995, nr 1, s. 73.

<sup>75</sup>DzU 1997, nr 50, poz. 475.

wodowej, jeżeli uzyskały orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności [...]; orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy [...]; orzeczenie o rodzaju i stopniu niepełnosprawności osoby, która nie ukończyła szesnastego roku życia”<sup>76</sup>.

Wprowadzony system orzekania o niepełnosprawności wyodrębnił jej trzy stopnie: lekki, umiarkowany i znaczny. Do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, zdolną jednak do wykonywania zatrudnienia, niewymagającą pomocy innej osoby w celu pełnienia ról społecznych. Do umiarkowanego stopnia zaliczamy osoby o naruszonej sprawności organizmu, zdolne do wykonywania zatrudnienia na stanowisku pracy przystosowanym odpowiednio do potrzeb i możliwości wynikających z niepełnosprawności, wymagające w celu pełnienia ról społecznych częściowej lub okresowej pomocy innej osoby w związku z ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji. Ostatni stopień niepełnosprawności, określany znacznym, nie wyklucza jednak możliwości podejmowania przez tę osobę zatrudnienia także poza zakładem pracy chronionej lub zakładem aktywizacji zawodowej<sup>77</sup>. W systemie tym przyjęto trzy rodzaje kryteriów opisujących możliwości osoby uznanej za niepełnosprawną. Są to:

- kryterium biologiczne określające naruszenie sprawności organizmu;
- kryterium społeczne, w którym przedstawiona jest zdolność do samodzielnej egzystencji i pełnienia ról społecznych;
- kryterium zawodowe mówiące o zdolności do podjęcia zatrudnienia i wykonywanej pracy<sup>78</sup>.

W porządkowaniu i ujednoczeniu terminologii związanej z niepełnosprawnością najważniejszą rolę odgrywa Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Od dłuższego czasu trwają starania, by stworzyć jedną otwartą definicję niepełnosprawności, która ujmowałaby to pojęcie wystarczająco szeroko i mogłaby być stosowana globalnie, a jednocześnie zawierałaby opis kontekstu społecznego tego zjawiska. W 1980 roku powstała Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH*), w której WHO zdefiniowała niepełnosprawność jako „[...] wszelkie ograniczenia lub ich brak wynikające z uszkodzenia, oraz możliwości wykonywania czynności w sposób i w zakresie uważanym za normalny dla człowieka”<sup>79</sup>. Definicji WHO zarzucano, że zmedykalizowała problemy osób niepełnosprawnych i nie zawierała aspektów społecznych i kulturowych.

---

<sup>76</sup> DzU 1997, nr 123, poz. 776.

<sup>77</sup> Tamże.

<sup>78</sup> C. K o s a k o w s k i, *Wielopłaszczyznowość zjawiska odchylenia od normy*, „Wychowanie na co Dzień” 2003, nr 10/11, s. 24–26.

<sup>79</sup> T. M a j e w s k i, *Rehabilitacja zawodowa...*, dz.cyt., s. 79.

W 2000 roku Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła nową Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, w której uwzględniono zmianę nastawienia społecznego w stosunku do niepełnosprawności. W nowym podejściu używa się terminu „niepełnosprawność” (*disability*) w celu oznaczenia „wielowymiarowego zjawiska wynikającego ze wzajemnych oddziaływań między ludźmi a ich fizycznym i społecznym otoczeniem”<sup>80</sup>. Niepełnosprawność jest tu rozumiana nie tyle jako rezultat uszkodzenia czy stanu zdrowia, ale jako pojawienie się barier, na jakie osoba napotyka w środowisku. Wyrazem przemian w postrzeganiu zjawiska niepełnosprawności jest m.in. podkreślenie jej trójwymiarowości w przyjętej terminologii: uszkodzenie, niepełnosprawność i upośledzenie. Terminy te, zdefiniowane według kryteriów interdyscyplinarnych, artykułują wyraźnie, że nie wystarczy postrzegać niepełnosprawności jedynie w kategoriach biologicznych i fizycznych. Wielopoziomowość i wieloaspektowość pozwalają na ujmowanie różnorodnych płaszczyzn funkcjonowania osoby niepełnosprawnej. Takie ujęcie można odczytać jako swoisty międzynarodowy wzorzec porządkujący podstawową terminologię pedagogiki specjalnej<sup>81</sup>.

Zdaniem badaczy sam termin „niepełnosprawność” wymaga określenia rodzaju niepełnosprawności. Używanie pojęć składających się z dwóch członów, takich jak: człowiek lub osoba i wskazanie płaszczyzny manifestowania się uszkodzenia, np. z niepełnosprawnością fizyczną, na pierwszym miejscu stawia osobę ze wszystkimi prawami osoby ludzkiej i jej potrzebami, i dopiero wtedy zwraca się uwagę na określony rodzaj jej niepełnosprawności. Istotą określenia jest osoba, a dany defekt – jedynie przypadłością. Ponadto wydłużanie terminów odbiera im, przynajmniej na początku jego funkcjonowania w języku, ekspresywną moc pejoratywną. Na jakiś czas chroni pojęcia przed wejściem do słownika wyrazów deprecjonujących<sup>82</sup>. Na potrzeby niniejszej pracy przyjęto obydwa terminy: „osoba niepełnosprawna” i „osoba z niepełnosprawnością narządu ruchu” jako równorzędne.

Podsumowując dotychczasowe rozważania, należy stwierdzić, iż analiza opracowań poświęconych problematyce osób niepełnosprawnych dowodzi niejednorodności sposobu definiowania tego pojęcia. Poszczególne definicje kształtowały się pod wpływem specyficznych potrzeb i zainteresowań poszczególnych dyscyplin. Współczesne definicje skonstruowane w obszarze

---

<sup>80</sup> E. Wapiennik, R. Piotrowicz, *Niepełnosprawny – pełnosprawny obywatel Europy*, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Warszawa 2002, s. 22–23.

<sup>81</sup> D. Podgórska-Jachnik, *Oczekiwania wobec systemu terminologicznego w pedagogice specjalnej jako semantycznej wykładni wieloaspektowości problematyki niepełnosprawności*, [w:] *Forum pedagogów specjalnych XXI wieku*, J. Pańczyk (red.), Uniwersytet Łódzki, Łódź 2002, s. 69–74.

<sup>82</sup> H. Żuraw, *Konstrukty pojęciowe w pedagogice specjalnej*, [w:] *Forum pedagogów specjalnych XXI wieku*, J. Pańczyk (red.), Uniwersytet Łódzki, Łódź 2002, s. 102–115.

pedagogiki i psychologii odchodzą już od ustalenia przyczyn niepełnosprawności, uwzględniając wpływ zaistniałych u danej jednostki ograniczeń na całokształt jej życia osobistego, społecznego oraz zawodowego. Dzięki temu zbliżają interpretację tego pojęcia do definicji światowych. Należy zauważyć, iż współczesne legislacyjne określenie osoby niepełnosprawnej zbieżne jest z pojęciem proponowanym przez WHO. Natomiast ujęcia socjologiczne silnie akcentują przede wszystkim aspekt społecznego funkcjonowania człowieka.

W związku z tym, że niepełnosprawność jest problemem interdyscyplinarnym, wymagającym wielowymiarowej i wielopłaszczyznowej interpretacji, w niniejszej pracy przyjęto definicję proponowaną przez Światową Organizację Zdrowia, która najpełniej ujmuje analizowane zjawisko. Rozważania dotyczące pojęcia niepełnosprawności można prowadzić na płaszczyznach wielu dyscyplin. Świadczą o tym przedstawione definicje, interpretujące ją z perspektyw nauk społecznych oraz prawodawstwa polskiego czy aktów międzynarodowych. Należy zauważyć, iż definicje konstruowane w ostatnich latach w Polsce zdają się uwzględniać światowe tendencje rozpatrywania niepełnosprawności. Powstają więc definicje obejmujące problematykę niepełnosprawności nie tylko jako rezultat uszkodzenia czy stanu zdrowia, ale również jako pojawienie się barier, na jakie osoba niepełnosprawna napotyka w środowisku.

W dalszej części książki przedstawiono modele niepełnosprawności, które stanowią punkt wyjścia do tworzenia kolejnych klasyfikacji, oraz dokonano szczegółowej charakterystyki koncepcji niepełnosprawności.

## 2.2. Etiologia i patogeneza niepełnosprawności ruchu

Osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu stanowią w Polsce prawie połowę populacji osób niepełnosprawnych. Zatem nasuwa się wniosek, że dysfunkcje narządu ruchu są najczęstszą przyczyną niepełnosprawności w naszym kraju. Większość chorób narządu ruchu występuje na tle przeciążeń fizycznych (zeskoków z wysokości, poślizgnięć, potknięć, złamań kości, zwichnięć i skręceń stawów), a także na tle zmian zwyrodnieniowych spowodowanych wykonywaniem określonej pracy i nadmiernym przeciążeniem. Czynności życiowe, które przyczyniają się do przeciążeń narządu ruchu to: codzienne i długotrwałe utrzymywanie wymuszonej pozycji ciała, utrzymywanie kończyn górnych bez podparcia, pisanie na komputerze itp., a także uprawianie takich sportów jak: tenis, lekkoatletyka, bieg, piłka nożna<sup>83</sup>.

„Pojęciem osoby niepełnosprawnej ze względu na dysfunkcję narządu ruchu określamy osoby o ograniczonej sprawności kończyn górnych, dolnych,

---

<sup>83</sup> Por. T. G a ł d z i k, *Ortopedia i traumatologia*, PZWL, Warszawa 2005, s. 180–240.

oraz kręgosłupa”<sup>84</sup> (tab. 1). Uszkodzenia narządów i niepełnosprawność funkcjonalną organizmu powodują pewne konsekwencje w postaci utrudnienia, ograniczenia lub uniemożliwienia wypełniania zadań typowych dla wieku i płci<sup>85</sup>. Rozpatrując niepełnosprawność narządu ruchu w różnych aspektach przyczyn i klasyfikacji, literatura podaje wiele definicji i określeń. Niektóre terminy są używane zamiennie, co może prowadzić do nieporozumień. Zgodnie z założeniem niniejszej pracy skupię się na określeniach pedagogicznych i medycznych. Janusz Nowotny, rozpatrując różne aspekty niepełnosprawności, stawia pytania: Jakie funkcje organizmu zostały uszkodzone przez chorobę? Które formy aktywności życiowej zostały ograniczone? W jakich formach życia społecznego udział został uniemożliwiony (upośledzony)? Podejmując się odpowiedzi, należy rozpocząć od próby zdefiniowania pojęć: „uszkodzenie”, „ograniczenie” i „upośledzenie”<sup>86</sup>. Definicje Janusza Nowotnego określają uszkodzenie jako przejściową lub trwałą utratę bądź anomalię psychologiczną, fizjologiczną lub anatomiczną struktury lub funkcji. Z jednej strony jest bezpośrednim skutkiem choroby lub urazu, z drugiej stanowi przyczynę ograniczeń i upośledzeń. Klasyfikacja uszkodzeń obejmuje dziewięć grup, łącznie z uszkodzeniem narządów zmysłu (osoby niewidome i słabowidzące oraz osoby głuche i słabosłyszące); osoby z niepełnosprawnością fizyczną, czyli z dysfunkcjami motorycznymi (z uszkodzeniem narządów ruchu) i z przewlekłymi schorzeniami narządów wewnętrznych; osoby z niepełnosprawnością psychiczną, czyli z niepełnosprawnością intelektualną i chorobami psychicznymi<sup>87</sup>. Ograniczenia „[...] wynikają bezpośrednio z zaburzeń oraz uszkodzeń i dotyczą zmniejszenia możliwości wykonywania rozmaitych czynności w taki sposób lub w takim rozmiarze, jakie uznaje się za normalne”<sup>88</sup>. Zaistniałe uszkodzenia stają się przyczyną zmniejszenia możliwości udziału danej osoby w codziennej aktywności życiowej, w taki sposób i w takim wymiarze, za jakie uznaje się za normalne w stosunku do płci, wieku, czynników socjalnych i kulturowych, w jakich żyje. Janusz Nowotny, przedstawiając klasyfikację ograniczeń, wyróżnił dziewięć ich grup (analogicznie do klasyfikacji uszkodzeń<sup>89</sup>) oraz siedem stopni ciężkości (w skali od 0 do 6). I tak 0 oznacza brak ograniczeń; 1 – uciążliwość z wykonywaniem czynności; 2 – wykonywanie czynności z pomocą (np. techniczną); 3 – wykonywanie czynności z pomocą

---

<sup>84</sup> Rehabilitacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych – Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2000, s. 45.

<sup>85</sup> A. B u j a n o w s k a, *Uwarunkowania postaw...*, dz.cyt., s. 30.

<sup>86</sup> J. N o w o t n y, *Podstawy fizjoterapii*, Wydawnictwo Kasper Kraków 2005, t. 1, s. 14.

<sup>87</sup> Tamże.

<sup>88</sup> Tamże.

<sup>89</sup> Tamże, s. 52.

drugich osób; 4 – uzależnienie od drugiej osoby; 5 – zależność od drugiej osoby; 6 – całkowita niezdolność wykonywania czynności<sup>90</sup>. Upośledzenia z kolei „[...] są bezpośrednim skutkiem uszkodzeń, zaburzeń i ograniczeń w sferze aktywności społecznej i oznaczają niemożność takiej działalności, jaka jest dla danej osoby normalna”<sup>91</sup>. Istnieje więc pewna dysharmonia pomiędzy funkcją, jaką dana osoba pełni w społeczeństwie, a tym, czego oczekuje ona sama, a nawet tym, czego oczekuje społeczność, do której ta osoba przynależy. [...] Klasyfikacja upośledzeń obejmuje 6 grup zadań życiowo ważnych oraz 1 grupę „innych upośledzeń”. 1 – upośledzenie orientacji – dotyczące przyjmowania sygnałów z otoczenia, ich przyswajania oraz wyrażanie na nie odpowiedzi; 2 – upośledzenia związane z niezależnością fizyczną. Wiążą się one z koniecznością korzystania z pomocy innych osób; 3 – zaburzenia ruchliwości w sensie przemieszczania się; 4 – utrudnienia w wykonywaniu zajęć zwykłych (codziennych) dla danej osoby – wykonywania zawodu, zajęć rekreacyjnych (spędzanie wolnego czasu); 5 – upośledzenia kontaktów społecznych; 6 – upośledzenie samowystarczalności życiowej, także finansowej<sup>92</sup>.

T a b e l a 1

*Klasyfikacja niepełnosprawności według rodzaju wad i etiologii niepełnosprawności*

Klasyfikacja niepełnosprawności ruchowej			
niepełnosprawność wrodzona		niepełnosprawność nabyta	
rodzaje wad	etiologia	rodzaje wad	etiologia
Wady spowodowane czynnikami wewnątrz-pochodnymi	Zaburzenia w chromosomach itp.	Wady wrodzone ujawniające się w różnym okresie życia człowieka	Choroby układu: kostnego, stawowego, mięśniowego, naczyniowego, nerwowego; zwyrodnienia itp.
Wady spowodowane czynnikami zewnątrz-pochodnymi	Niedotlenienie, wpływy toksyczne, infekcje, promieniowanie jonizujące, braki pokarmowe itp.	Wady powstałe w wyniku urazów, wypadku, choroby itp.	Zniekształcenia, złamania, zwichnięcia; uszkodzenia: ścięgien, więzadeł, mięśni, skóry; skostnienie okołostawowe, przykurcze, martwice kości, amputacje itp.

Źródło: B. S z y c h o w i a k, *Wychowanie dzieci niesprawnych ruchowo*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, I. Obuchowska (red.), WSiP, Warszawa 1999, s. 380–381.

W literaturze pedagogicznej czytamy, że uszkodzenie narządów i niepełnosprawność funkcjonalna organizmu powodują pewne konsekwencje w postaci utrudnienia, ograniczenia lub uniemożliwienia mu wypełniania zadań typowych dla jego wieku i płci. Przy czym utrudnienie występuje, gdy osoba niepełnosprawna ma możliwość wypełniania zadań życiowych czy zawodowych, lecz ze znacznymi trudnościami. Ograniczenie występuje, gdy osoba

<sup>90</sup> J. N o w o t n y, *Podstawy...*, dz.cyt., s. 15.

<sup>91</sup> Tamże.

<sup>92</sup> Tamże.

ma możliwość wykonywania zadań w niepełnym lub ograniczonym zakresie, w związku z czym skazana jest na częściową pomoc innych osób. Uniemożliwienie występuje, gdy osoba jest niezdolna do samodzielnego wypełniania zadań i skazana jest na pomoc, a czasem nawet na opiekę innych osób<sup>93</sup>. Z kolei Józef Sowa wymienia sześć głównych grup, w których osoba niepełnosprawna może doświadczać utrudnienia, ograniczenia lub uniemożliwienia. Należą do nich: orientacja w otoczeniu, obejmująca również zdobywanie i wymianę informacji oraz zdobywanie wiedzy; czynności życia codziennego; poruszanie się w przestrzeni; praca zawodowa – wykonywanie różnych prac i zawodów; integracja społeczna – aktywny udział w różnych formach życia społecznego oraz ostatnia sfera to niezależność ekonomiczna uwzględniająca możliwość uzyskania środków na własne utrzymanie<sup>94</sup>.

Należy również podkreślić, że w jednych sferach życia osoba niepełnosprawna może doświadczać jedynie utrudnienia, w innych ograniczenia, a w innych uniemożliwienia. Ponadto u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu wymienione klasyfikacje obejmują różne sfery życia.

Przyczyny niepełnosprawności narządu ruchu w swoich ograniczeniach czy upośledzeniach nie są początkowo widoczne i rozwijają się stopniowo, a ich skutki mogą mieć różną dynamikę. Nasze społeczeństwo nie zwraca uwagi zarówno na ograniczenia okresowe czy nawet na stałe dysfunkcje narządu ruchu. Jesteśmy tak bardzo zapracowani i wpatrzeni w swoje cele zawodowe czy życiowe, że całkowicie zapominamy o naszych cielesnych potrzebach. Myślimy, że choroby narządu ruchu występują tylko po wypadkach czy urazach. Nie dopuszczamy do naszych myśli, że niepełnosprawność narządu ruchu może dotyczyć nas samych, a podstawową i najczęstszą jej przyczyną jest po prostu przesilenie narządu ruchu. Z czasem, gdy zaczyna boleć kręgosłup czy stawy kolanowe zaczynamy się zastanawiać, jaka jest przyczyna bólu i ograniczeń. Zauważamy, iż stopniowo zaczyna pogarszać się nasza jakość życia. Nie jesteśmy już w stanie wytrzymać długotrwałego stania czy siedzenia. Czas czytania książek czy pisanie na komputerze też zaczyna być czynnością uciążliwą, której towarzyszy ból. Czy dochodzi wtedy do nas, że stopniowo zaczyna się rozwijać niepełnosprawność narządu ruchu? W większości przypadków, niestety, nie.

---

<sup>93</sup> B. S z c z e p a n k o w s k a, *Projekt ogólnej definicji pojęcia „osoba niepełnosprawna”*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1994, nr 4 (142), s. 10–14.

<sup>94</sup> J. S o w a, F. W o j c i e c h o w s k i, *Rehabilitacja edukacyjna w zarysie. Ujęcie systemowe*, WSZiA, Zamość 2003, s. 45.



## R o z d z i a ł 3

# Rehabilitacja w kontekście edukacyjnym

W perspektywie edukacyjnej rehabilitacja może być określana przez zaspokojenie potrzeb socjalnych, których właściwe definiowanie i adekwatny do tego sposób postępowania zmniejsza do minimum niepełnosprawność społeczną, mimo istnienia w dalszym ciągu niepełnosprawności narządu ruchu. Jak się wydaje, na tym może polegać głównie tzw. rehabilitacja edukacyjna osób niepełnosprawnych. Osobami niepełnosprawnymi z punktu widzenia edukacji byłyby te jednostki, które, oprócz zaspokojenia podstawowych potrzeb, wymagają wzmożonej opieki i usług w zakresie rehabilitacji edukacyjnej<sup>95</sup>. Tak więc w kontekście skutków niepełnosprawności narządu ruchu słuszne wydaje się przyjęcie szeroko rozumianego pojęcia „niepełnosprawność” jako naruszenia funkcji organizmu i jego sprawności, które mogą wpływać na funkcjonowanie psychiczne i społeczne człowieka.

### 3.1. Rehabilitacja osób z niepełnosprawnością narządu ruchu

Wincenty Okoń interpretuje pojęcie „rehabilitacja” jako oddziaływanie mające na celu przystosowanie do życia społecznego osób, które pod wpływem wrodzonych lub nabytych wad rozwojowych doznały utraty zdrowia i zdolności do pracy. Rehabilitacja, według autora, opiera się na współdziałaniu lekarzy specjalistów z psychologami i pedagogami<sup>96</sup>. Podstawowym aktem prawnym regulującym rehabilitację osób niepełnosprawnych w Polsce jest ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z 27 sierpnia 1997 roku<sup>97</sup>, w której rehabilitacja określona jest jako zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie tych osób, możliwie najwyższego

---

<sup>95</sup> J. S o w a, F. W o j c i e c h o w s k i, *Proces rehabilitacji w kontekście edukacyjnym*, Wydawnictwo Oświatowe FOSZE, Rzeszów 2001, s. 33.

<sup>96</sup> W. O k o ń, *Słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1992, s. 174.

<sup>97</sup> DzU 1997, nr 123, poz. 776.

poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej. Janusz Nowotny w szeroko rozumianej rehabilitacji wyróżnił kilka działów:

1. Rehabilitację medyczną (czyli leczniczą) – oznaczającą takie postępowanie lecznicze, które ma przywrócić osobę niepełnosprawną do normalnego życia społecznego lub stworzyć jej warunki do samodzielnego bytowania.

2. Rehabilitację społeczną – mającą na celu pełną integrację osób niepełnosprawnych w społeczeństwie, która obejmuje działania ukierunkowane między innymi na kształtowanie umiejętności właściwego zachowania się osoby niepełnosprawnej w różnych życiowych sytuacjach – w rodzinie, grupie rówieśniczej, w zakładzie pracy; także łagodzenie barier społecznych – edukacyjnych, ekonomicznych czy architektonicznych.

3. Rehabilitację zawodową, która ma z kolei stworzyć warunki do wykonywania przez osoby niepełnosprawne pracy zawodowej. Obejmuje ona szereg działań ułatwiających osobom niepełnosprawnym podejmowanie pracy zawodowej. Wśród nich wymienia się ocenę zdolności psychofizycznych, poradnictwo zawodowe, wybór optymalnego zatrudnienia, a także przekwalifikowanie zawodowe<sup>98</sup>.

Twórca polskiej szkoły rehabilitacji, Wiktor Dega, który określił rehabilitację leczniczą jako część procesu rehabilitacji, w trakcie której stosuje się metody lecznicze w celu maksymalnego usprawnienia organizmu i niedopuszczenia do pogłębienia się istniejących defektów<sup>99</sup>, zwracał też uwagę na fakt, że rehabilitacja przeciwstawia się dehumanizacji medycyny, w związku z czym „[...] lekarz myślący kategoriami rehabilitacji nie może ograniczyć się do leczenia chorego narządu, lecz musi leczyć chorego człowieka jako członka społeczeństwa”<sup>100</sup>. Rozumiał on rehabilitację jako „[...] proces medyczno-społeczny, który dąży do zapewnienia osobom niepełnosprawnym godziwego życia w poczuciu użyteczności społecznej i bezpieczeństwa społecznego oraz zadowolenia”<sup>101</sup>. Wiktor Dega uważał, że rehabilitacja lecznicza musi być ściśle powiązana z rehabilitacją społeczną i zawodową, bo inaczej wynik rehabilitacji nie będzie pełny<sup>102</sup>. Jego koncepcja przypisuje rehabilitacji następujące cechy:

1) powszechność – obejmuje wszystkie dyscypliny medyczne i jest dostępna wszystkim, którzy jej potrzebują;

<sup>98</sup> J. Nowotny, *Podstawy...*, dz.cyt., s. 12.

<sup>99</sup> W. Dega, *Drogi rozwoju i stan obecny w rehabilitacji leczniczej w Polsce*, [w:] *Rehabilitacja inwalidów w PRL*, Warszawa 1973.

<sup>100</sup> W. Dega, *Ochrona człowieka niepełnosprawnego*, [w:] *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*, Warszawa 1986, s. 9.

<sup>101</sup> W. Dega, *Koncepcja rehabilitacji*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1995, nr 1, s. 10.

<sup>102</sup> Tamże, s. 16.

2) kompleksowość – jest zespolona, bo uwzględnia wszystkie aspekty rehabilitacji, tj. leczniczy, psychologiczny, społeczny i zawodowy;

3) wczesność zapoczątkowania – rozpoczyna się możliwie wcześnie, już w okresie leczenia;

4) ciągłość – powiązanie rehabilitacji medycznej ze społeczną i zawodową<sup>103</sup>.

Do najważniejszych metod rehabilitacji leczniczej należą: fizjoterapia – w tym: kinezyterapia (leczenie ruchem), fizykoterapia (leczenie środkami fizycznymi i mechanicznymi), masaż leczniczy, uprawianie sportu; terapia zajęciowa – usprawnianie przez zastosowanie różnych celowych i planowych zajęć typu manualnego, intelektualnego; psychoterapia.

W pedagogice rehabilitacja oznacza oddziaływanie mające na celu przystosowanie do życia społecznego osób, które pod wpływem wrodzonych lub nabytych wad rozwojowych utraciły zdrowie i zdolność do pracy. Rehabilitacja opiera się na współdziałaniu lekarzy specjalistów z psychologami i pedagogami; niekiedy również z zakładami zatrudniającymi osoby niepełnosprawne<sup>104</sup>.

Ponieważ istotną rolę w całościowej rehabilitacji odgrywa przygotowanie do życia społecznego, stworzono nowy jej dział – rehabilitację społeczną. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje rehabilitację społeczną jako „[...] część ogólnego procesu rehabilitacji, która ma na celu integrację lub reintegrację osoby niepełnosprawnej w środowisko społeczne poprzez udzielanie jej pomocy w przystosowaniu się do wymagań rodziny i środowiska dalszego, usuwając jednocześnie ekonomiczne i społeczne bariery, które mogą utrudnić cały proces rehabilitacji”<sup>105</sup>. Przygotowuje ona osobę niepełnosprawną do całkowitej integracji z życiem społecznym, poprzez ułatwienie jej przystosowania się do wymogów życia społecznego; stwarza pełne warunki tej integracji, usuwając wszelkie bariery: społeczne, ekonomiczne, prawne czy architektoniczne. Istotną częścią wspomnianej rehabilitacji jest przygotowanie rodziny oraz społeczeństwa do współżycia z osobami niepełnosprawnymi. Człowiek niepełnosprawny odczuwa lęki, depresję, swoją drażliwość ukazuje w różny sposób, nawet w formie agresji. Rodziny powinny w sposób umiejętny podchodzić do chorych, aby pomóc im zaadaptować się do środowiska i nowych sytuacji życiowych. Komunikacja rodziny z osobą niepełnosprawną powinna spełniać jej oczekiwania, pomagać w uzyskiwaniu odpowiedzi na dręczące ją pytania. Bardzo ważne jest wyjaśnianie wątpliwości dotyczących rokowań jej jednostki chorobowej. Za czynnik ułatwiający rehabilitację społeczną uznaje

<sup>103</sup> Tamże, s. 19.

<sup>104</sup> W. O k o Ń, *Słownik...*, dz.cyt., s. 174.

<sup>105</sup> T. M a j e w s k i, *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych...*, dz.cyt., s. 49.

się wsparcie społeczne, które tworzą małżonkowie, bliska rodzina, przyjaciele, koledzy, a także rozmaite instytucje i organizacje wspierające osoby niepełnosprawne. Pomoc udzielana przez te instytucje pomaga w likwidowaniu frustracji oraz w osiągnięciu wyższej samooceny.

Ostatnim ogniwem procesu rehabilitacji jest rehabilitacja zawodowa, która „zajmuje się poradnictwem, kształceniem oraz zatrudnianiem osób niepełnosprawnych”<sup>106</sup>. Praca dla osoby niepełnosprawnej jest osiągnięciem, które wymaga często długiego czasu kształcenia i rehabilitacji. Znalezienie odpowiedniego zatrudnienia na wąskim obecnie rynku pracy, a tym bardziej możliwość jego kontynuowania, jest czynnikiem, który pozwoli osobie niepełnosprawnej na powrót do pełnienia odpowiednich dla niej ról społecznych, poprawi jakość życia i umożliwi dalszy rozwój. Wymaga jednak zarówno konsekwentnych działań całego zespołu ludzi zajmujących się rehabilitacją społeczną i zawodową, jak i aktywności samej osoby niepełnosprawnej<sup>107</sup>. Grażyna Cywińska-Wasilewska podkreśla ponadto, jak ważną rolę pełni życzliwość w stosunku do osoby niepełnosprawnej, która może wyzwolić w niej nieujawnione zdolności i wykorzystać je w wyborze nowego zawodu<sup>108</sup>. „Każda osoba niepełnosprawna zachowuje bowiem często znaczną część swego potencjału intelektualnego i fizycznego, a w procesie rehabilitacji może wyzwolić w sobie możliwość utraconych lub zaburzonych sprawności”<sup>109</sup>. Miejsce rehabilitacji zawodowej w kompleksowym systemie przygotowania osób niepełnosprawnych do podjęcia pracy przedstawione zostały na ryc. 1.

Aktywność zawodowa kompensuje osobie niepełnosprawnej jej ograniczenia. Daje poczucie potrzeby innym, możliwość samorealizacji i zwiększa samoocenę. Osoba pracująca ma znacznie więcej kontaktów społecznych, uregulowany tryb życia oraz posiada większe aspiracje życiowe, co zwiększa jej wartość i sens życia. Brak możliwości spełniania się jako osoba pracująca powoduje zaburzenia w postrzeganiu siebie oraz globalną determinację w podejmowaniu wyzwań.

Rehabilitacja jest więc procesem złożonym, wieloaspektowym. Proces rehabilitacji w niepełnosprawności narządu ruchu zawiera wszystkie wymogi standardowego procesu rehabilitacji, przy czym w tej specyficznej sytuacji istotne jest również wykorzystywanie różnych form aktywności ruchowej oraz ćwiczeń. Potwierdzają to również względy merytoryczne, oparte na znaczeniu aktywno-

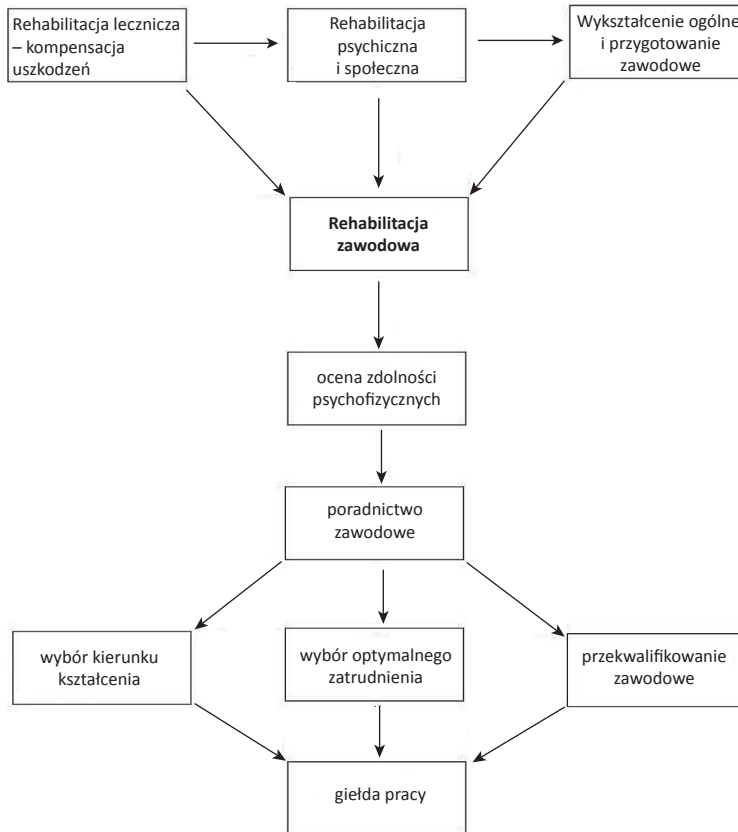
---

<sup>106</sup> C. Rejzner, M. Szczygielska-Majewska, *Wybrane zagadnienia z rehabilitacji*, Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1992, s. 57.

<sup>107</sup> G. Cywińska-Wasilewska, *Rehabilitacja zawodowa i społeczna*, [w:] *Rehabilitacja medyczna*, A. Kwolek (red.), Urban & Partner, Wrocław 2003, t. 1, s. 65.

<sup>108</sup> Tamże.

<sup>109</sup> Tamże.



Źródło: G. Cywińska-Wasilewska, *Rehabilitacja zawodowa i społeczna*, [w:] *Rehabilitacja medyczna*, A. Kwolek (red.), Urban & Partner, Wrocław 2003, t. 1, s. 66.

Ryc. 1. Czynniki wpływające na możliwość zatrudnienia osób niepełnosprawnych

ści fizycznej dla zdrowia, a tym samym dla kształtowania i podtrzymywania sprawności i wydolności człowieka. Integralną częścią jest wykorzystywanie rozmaitych doświadczeń dotyczących wpływu aktywności ruchowej, a zwłaszcza różnych ćwiczeń, oraz różnych form rehabilitacji niepełnosprawności narządu ruchu. Rehabilitacja narządu ruchu ma przywrócić osobom niepełnosprawnym możliwie jak największą sprawność fizyczną, psychiczną, społeczną, zawodową, niezależność ekonomiczną oraz zapewnić im integrację społeczną.

Na co dzień spotykam się z ludźmi z niepełnosprawnością narządu ruchu i często zadaję im pytanie: czy wiedzą, jaka jest przyczyna ich niepełnosprawności? Najczęściej jej nie znają, uważają, że przyczyna tkwi w starzeniu się ich organizmu. Po zapoznaniu się jednak ze stylem życia respondentów nie

sposób nie zauważyć oczywistej zależności. Znakiem dzisiejszych czasów jest również to, że w większości przypadków cierpiący na dysfunkcje narządu ruchu to nie osoby pracujące fizycznie, a pracujące w zawodach umysłowych. Wśród zawodów predysponujących do niepełnosprawności narządu ruchu można wymienić: lekarzy, nauczycieli, informatyków, prawników, pracowników biurowych. Gdy przyczyna problemów zostanie odpowiednio ukazana osobom z dolegliwościami narządu ruchu, chorzy zaczynają sobie uświadamiać swoją rolę w jej spowodowaniu. Dopiero wtedy odkrywany jest bolesny fakt, że od tej chwili przynależą do grupy osób niepełnosprawnych ruchowo. Wgląd w naszą niepełnosprawność budzi w nas chęć zmiany, inicjuje przemiany w naszym umyśle i organizmie. Zaczynamy zmieniać naszą hierarchię wartości, a w krok za tym – cel i poczucie sensu życia. Przyczyna jest prosta – chcemy zapanować nad naszą niepełnosprawnością narządu ruchu. Zaczynamy proces rehabilitacji umysłowej i fizycznej. Podczas rehabilitacji umysłowej stopniowo i konsekwentnie zmieniamy strukturę wartości, uwzględniając na pierwszym miejscu zdrowie naszego organizmu. W naszych codziennych czynnościach znajdujemy już czas i chęci na ćwiczenia, relaksację, sporty, odpowiednie pozycje ciała i przerwy w czasie wykonywania obowiązków zawodowych. Poprzez rehabilitację fizyczną pragniemy osiągnąć poprawę zdrowia i powrót do pełni sprawności życia społecznego.

## 3.2. Oddziaływania niespecyficzne w rehabilitacji

Niespecyficzne czynniki terapeutyczne to oddziaływania o charakterze psychospołecznym, określane niejednokrotnie jako efekt placebo, a także spowodowane do sugestii. Obecne we wszystkich procedurach terapeutycznych zazwyczaj warunkują ich efektywność, a terapeutyczna moc tkwi w oczekiwaniach i nadziei, z jakimi jednostka (pacjent) podejmuje leczenie. Ponadto do tej grupy zalicza się przeświadczenia, działania symboliczne i rytualne (odwołujące się do mitów), wyjaśnienie, uspokojenie, prestiż terapeuty, morale i nadanie nazwy<sup>110</sup>.

W literaturze przedmiotu występuje zgodność, że wzrost nadziei na uzyskanie skutecznego wsparcia psychologicznego na odzyskanie zdrowia i sprawności może być czynnikiem silnie mobilizującym. Terapeuci często celowo kierują tym procesem, budząc nadzieje pacjenta informacjami – w formie sugestii – o możliwościach wyjścia z impasu, wyzbycia się nieprzyjemnych dolegliwości, efektywności podjętych działań czy po prostu pokonania dysfunkcji. Podobnie

---

<sup>110</sup> W. S i k o r s k i, *Oddziaływania niespecyficzne w psychoterapii*, [w:] *Werbalne i niewerbalne oddziaływania w psychoterapii*, W. Sikorski (red.), Difin, Warszawa 2009, s. 212.

rehabilitant może świadomie wykorzystać to zjawisko, podsycając nadzieję pacjenta niepełnosprawnego treściami o takim samym charakterze, ale dotyczącymi procesu rehabilitacji, np. o jego chwilowych i łatwych do usunięcia trudnościach w rehabilitacji lub o popełnianiu błędów, które są do naprawienia. W tym znaczeniu wzrost nadziei ma służyć podtrzymaniu, jakiego udziela środowisko, a głównie społecznie akceptowanego rytuału powrotu do normalności (poprawnego funkcjonowania), zgodnego z oczekiwaniami pacjenta.

Trafnie ten mechanizm objaśnia Jerome D. Frank:

„Brak nadziei może utrudniać wyleczenie, a nawet prowadzić do zgonu pacjenta, podczas gdy mobilizowanie nadziei odgrywa doniosłą rolę w wielu formach leczenia [...] Pozytywne oczekiwania wzbudzają uczucia optymizmu, energii i dobre samopoczucie, mogą wspomagać leczenie szczególnie tych zaburzeń, w których występują wyraźne psychologiczne lub emocjonalne komponenty”<sup>111</sup>.

Z tego względu te aspekty procesu rehabilitacji są stosowane w różnego rodzaju formach uzdrawiania od zamierzchłych czasów. Dawniej przez szamanów i innych uzdrowicieli, a współcześnie – przez lekarzy, rehabilitantów, psychologów czy pedagogów i w wykorzystywanych przez nich naukowych metodach terapeutycznych. Tutaj nadzieja to stan emocjonalny, który jest związany zarówno z wiarą, jak i oczekiwaniami podmiotu oddziaływać. Zaufanie do skuteczności działań terapeuty, wiara pacjenta w to, że mogą mu one pomóc – nawet gdy jest rozbieżna ze stanem faktycznym – skutkują tym, że każdy komunikat, który można ocenić jako potwierdzenie oczekiwania, wzmacnia oczekiwanie<sup>112</sup>.

Pokrewnym czynnikiem są oczekiwania ze strony osób i instytucji prowadzących rehabilitację. Pacjent zgłasza się do terapeuty z określonymi wyobrażeniami o tym, jak będzie wyglądało spotkanie terapeutyczne bądź jak powinno ono przebiegać. W naszym kręgu kulturowym wyobrażenia te są związane z reguły z ustaleniem przyczyny zaburzenia (z diagnozą) oraz zaproponowaniem i użyciem konkretnych metod i technik rehabilitacyjnych. Zadośćuczynienie tym oczekiwaniom, ich jak najpełniejsze zaspokojenie stanowi jeden z ważniejszych elementów, uruchamiających i uaktywniających mechanizmy odpowiedzialne za powrót do zdrowia. Nadzieje, że praca rehabilitacyjna (lekarza, rehabilitanta, pielęgniarki, pedagoga, psychologa) spowoduje ustąpienie zaburzeń, są związane w dużej mierze z powszechnym przeświadczeniem, że sytuacje problemowe czy nieprzyjemne dolegliwości są stanami przejściowymi i przemijającymi, w szczególności gdy zostaną zastosowane już sprawdzone metody. Dotyczy to również stanów (chorób) przewlekłych, poddanych terapii z wykorzystaniem procedur, które innym

---

<sup>111</sup> J. D. F r a n k, *Persuasion and healing*, The John Hopkins University Press, Baltimore–London 1991, s. 96.

<sup>112</sup> W. S i k o r s k i, *Oddziaływania niespecyficzne...*, dz.cyt., s. 213.

pomogły odzyskać pełną sprawność fizyczną i psychiczną. Tutaj czynnikiem „leczącym” staje się konfrontacja oczekiwań z metodami terapii, których skuteczność została zweryfikowana i udowodniona. Stąd też duże znaczenie różnych, przede wszystkim popularnonaukowych informacji, propagowanych m.in. przez środki masowego przekazu (zwłaszcza telewizję, radio, prasę), dostarczających wiedzy i kształtujących poglądy o efektywności różnego rodzaju procedur rehabilitacyjnych.

Z oczekiwaniami ściśle wiążą się przeświadczenia. Wiara osoby objętej terapią w skuteczność stosowanych w jej ramach procedur jest w dużym stopniu zależna od wiary terapeuty w właściwość jego zabiegów i spodziewany efekt. Terapeuci wierzący w to, co proponują i robią, mimowolnie przekazują uczestnikom rehabilitacji własne przeświadczenia. Tworzy się dualny (w terapii indywidualnej) lub zespołowy (w terapii grupowej) system wierzeń, którym kierują się wszystkie osoby zaangażowane w jakiejś mierze w proces rehabilitacyjny – a więc oprócz rehabilitanta i pacjenta także jego najbliższe otoczenie. Skutki tych oddziaływań są mocno powiązane z charakterem i znaczeniem (konotacjami) tych przeświadczeń, stanowiących składowe wspomnianego systemu wierzeń. Jeśli zaś chodzi o samego rehabilitanta, to powszechnie wiadomo, że lepsze efekty uzyskuje ten, który jest przekonany o słuszności dobranych metod, niż ten nastawiony sceptycznie, nawet gdy ten drugi nie prezentuje na zewnątrz pacjentowi swoich obaw<sup>113</sup>.

Siła sprawcza tego typu przeświadczeń widoczna jest w zjawisku definiowanym jako efekt placebo. Obojętnie farmakologicznie lek działa skutecznie, jeśli lekarz jest pewny, że aplikuje specyfik o aktywnym działaniu. Tak samo pacjent przyjmujący taki lek – niezdający sobie sprawy, że podano mu neutralną chemicznie tabletkę – może zacząć odczuwać wyraźną poprawę swojego stanu zdrowia. U nich obu – lekarza i pacjenta – ten niby-lek działa zgodnie z przeświadczeniem o jego właściwościach. Tak samo euforia towarzysząca intensywnej reklamie nowych leków czy wprowadzeniu nowych form terapii zazwyczaj prowadzi do wzrostu ich skuteczności – jednocześnie potęgując zaufanie i pozytywne nastawienie czy oczekiwania osób, które są nimi zainteresowane. Odwrotnie, podważenie skuteczności działania określonego specyfiku bądź procedury terapeutycznej obniża ich specyficzne działanie. Tutaj efekt placebo albo wzmacnia, albo osłabia efektywność danego leku lub procedury terapeutycznej. Niekiedy dopiero z upływem lat – gdy jakaś forma terapii traci swą moc nowości i jest powszechnie stosowana – okazuje się, że dana metoda czy lek, którym przypisywano lecznicze właściwości, są faktycznie całkowicie nieefektywne. Co więcej, te same farmaceutyki mogą działać

---

<sup>113</sup>Tamże, s. 214.



przeciwstawnie do tego, co powinny powodować, w zależności od podanych informacji o tym, jakie przyniosą efekty.

Przekazywanie informacji o możliwości uzyskania wsparcia, o wyjątkowości stosowanych technik terapii rehabilitacyjnych to zazwyczaj w dużym stopniu lub wyłącznie uruchamianie oddziaływań sugestiami. Ponadto, niespecyficzne oddziaływania terapeutyczne są z reguły sprowadzane do występowania silnych przekonań, wpływających na osobę gotową na postępowanie zgodnie z tymi przekonaniem. Proces przekazywania tych przekonań uczestnikom rehabilitacji to czynność określana mianem oddziaływań sugerujących<sup>114</sup>. Doskonałym przykładem tego procesu jest efekt placebo, w którym ważną funkcję pełni komunikat (czasem sformułowany w sposób ukryty) o oczekiwanym skutku posłużenia się konkretną procedurą rehabilitacyjną.

Niespecyficzne czynniki terapeutyczne wiążą się głównie z sugestiami wzmacniającymi nadzieję i morale uczestnika rehabilitacji. Niezależnie od rodzaju zaburzenia ma on w mniejszym lub większym stopniu obniżoną wiarę: jego gotowość do zmobilizowania się i podjęcia walki z przeciwnościami jest osłabiona i zmniejszona. Czując się zagrożony przez coś, z czym nie potrafi sobie poradzić, zazwyczaj załamuje się i rezygnuje z poszukiwania dróg wyjścia z impasu. Takie podejście jest okolicznością sprzyjającą pojawianiu się i rozwijaniu zaburzeń. Powszechnie wiadomo, że porażki i klęski są istotnymi czynnikami ryzyka różnego rodzaju chorobowych dolegliwości. Tak samo powszechne przekonania o tym, jak powstaje stres – kojarzenie go z trudami życia, fatum czy tragediami – są konsekwencją przeżywania upadku ducha. Chociaż wyobrażenia te mają mało wspólnego z rzeczywistym stresem, wynikają z obserwacji, że osoby zmagające się z przeciwnościami losu znacznie częściej cierpią na różne dolegliwości.

Praktyka dowodzi, że o wiele łatwiej przebiega terapia rehabilitacyjna tych, którzy usilnie zabiegają, by pokonać chorobę, znacznie trudniej i powoli ma to miejsce w przypadku tych, którzy poddają się, są zrezygnowani i sceptycznie nastawieni do nasilania się „oporu” w terapii (pojawienia się przeszkód do doznania „wglądu”, do dotarcia do przeżyć odpowiedzialnych za chorobę) lub przedwczesnego wycofania się z jej kontynuowania. Nie tak rzadko właśnie „upadek ducha” skutkuje niepowodzeniami terapii rehabilitacyjnej. Z drugiej strony wysokie morale, dodawanie ducha i pobudzanie nadziei oraz mobilizowanie aktywności uczestnika rehabilitacji stają się oddziaływaniem inspirującym go do odzyskania zdrowia. Tutaj stopień mobilizacji do pokonania zaburzeń decyduje o utrzymaniu na odpowiednim poziomie sprawności mechanizmów układu odpornościowego i obronnego<sup>115</sup>.

---

<sup>114</sup>Tamże.

<sup>115</sup>Tamże, s. 216.

Do grupy niespecyficzných czynników terapeutycznych zalicza się też powstanie relacji pomiędzy pacjentem a rehabilitantem, samo zaistnienie kontaktu. Jest to samo przez się działanie terapeutyczne, niezależnie od tego, że powstaniu tego związku towarzyszy uruchamianie wielu innych niespecyficzných oddziaływań, np. uwolnienie negatywných emocji, dostarczenie poczucia życzliwości i wsparcia, uruchomienie rytuałów dotyczących terapii itp. Przy czym zakres oddziaływania tej szczególnej więzi jest zależny od tego, jak szybko uczestnik terapii zrozumie, że na nim spoczywa główna odpowiedzialność za usuwanie zaburzeń. Z jednej strony samo pojawienie się relacji terapeutycznej, z drugiej, świadomość pacjenta, że to on musi ustalić okoliczności źródła zaburzeń, oczywiście korzystając z inspiracji terapeuty i warunków przez niego zapewnionych – uzależnia intensywność działania niespecyficzných czynników terapeutycznych<sup>116</sup>. Siła lecznicza tkwiąca w zaistnieniu relacji między chorym a osobą, która ma ulżyć jego cierpieniom, jest jedną z ważniejszych składowých zabiegów uzdrawiania. Co więcej, powstanie takich relacji również warunkuje uruchomienie specyficzných czynników leczących. Przez niektórych – zwłaszcza lekarzy i rehabilitantów – relacja z chorym traktowana jest jako procedura zawierająca obie formy oddziaływań – niespecyficzną i specyficzną.

Niespecyficzne czynniki terapeutyczne sprzyjają nie tylko osłabieniu czy usunięciu nieprzyjemnych dolegliwości, lecz również doskonaleniu umiejętności pokonywania problemów. Adresat tego typu oddziaływań ma bowiem stworzone właściwe warunki do zajmowania się sobą i swoimi trudnościami w otoczeniu wolnym od jakichkolwiek zagrożeń i w towarzystwie osoby (rehabilitanta) postrzeganej jako zdolnej do udzielenia profesjonalnej pomocy w tym obszarze.

Tego rodzaju czynniki terapeutyczne były przez długi czas kojarzone z oddziaływaniami psychoterapeutycznymi, uznawane za ich istotę. Wynikało to z popularyzowania wiedzy o tych czynnikach wraz z rozwojem psychoterapii. Tymczasem nie są one związane ani z psychoterapią, ani z procesem określanym jako pomoc psychologiczna czy interwencja kryzysowa. Współcześnie panuje duża zgodność<sup>117</sup>, że – chociaż te czynniki są obecne i nierzadko intencjonalnie stosowane w tych procedurach leczniczych – nie są najistotniejsze w psychoterapii traktowanej jako formie opartej głównie na oddziaływaniach specyficzných.

---

<sup>116</sup> Tamże, s. 219.

<sup>117</sup> J.W. Aleksandrowicz, *Psychoterapia medyczna*, PZWL, Warszawa 1996, s. 57.

## Metodologia badań własnych

### 4.1. Przedmiot i cel badań

Używając zwrotu „przedmiot badań”, mamy na uwadze zarówno „[...] rzeczy i obiekty w sensie dosłownym, jak i zjawiska czy zdarzenia, którym one podlegają i w odniesieniu do których chcemy prowadzić badania”<sup>118</sup>. „Ponadto przedmiot badań musi być określony z punktu widzenia przestrzeni i czasu”<sup>119</sup>. Przedmiotem podejmowanych badań jest indywidualna hierarchia wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu. Takie ujęcie przedmiotu przewidzianego do zbadania nie obejmuje całej złożonej, pedagogicznie wieloaspektowej, struktury zagadnienia. Zaszła zatem konieczność zawężenia obiektu badawczego. Badaniom poddano więc proces zmian indywidualnej hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu wywołany przez rozpoczęcie procesu rehabilitacji.

Pojęciem „osoba z niepełnosprawnością narządu ruchu” określam osobę o ograniczonej sprawności kręgosłupa, kończyn górnych i dolnych. Mówiąc o „procesie rehabilitacji”, mam na myśli działania podejmowane przez personel medyczny opiekujący się chorym z niepełnosprawnością narządu ruchu, m.in. lekarzy, psychologów, magistrów rehabilitacji, techników rehabilitacji oraz pielęgniarki.

Celem badań pedagogicznych jest „bliższe określenie tego, do czego zmierza badacz, co pragnie osiągnąć w swoim działaniu”<sup>120</sup>. Inaczej mówiąc, celem każdego podejmowanego badania jest „uzasadnienie twierdzenia o pewnym jednostkowym podmiocie lub o pewnej ograniczonej klasie zjawisk”<sup>121</sup>. W badaniach społecznych może być wiele celów: „[...] trzy najczęstsze i najbardziej użyteczne to: eksploracja, opis i wyjaśnienie. Większość badań społecznych

---

<sup>118</sup> A. W. M a s z k e, *Tok przygotowywania badań*, [w:] *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, S. Palka (red.), GWP, Gdańsk 2008, s. 158.

<sup>119</sup> L. S o ł o m a, *Metody i techniki badań socjologicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2002, s. 38.

<sup>120</sup> W. Z a c z y ń s k i, *Praca badawcza nauczyciela*, WSiP, Warszawa 1995, s. 52.

<sup>121</sup> S. N o w a k, *Metodologia badań socjologicznych*, PWN, Warszawa 1970, s. 252.

jest prowadzona po to, by rzucić światło na jakiś temat bądź też oswoić badacza z jakąś tematyką”<sup>122</sup>.

Tak więc poprzez badania weryfikacyjne, indukcyjne, sprawozdawcze, analizujące skutki zastosowanych rozwiązań<sup>123</sup> starano się ustalić główne sfery prawidłowości pedagogicznych, uzupełniając w ten sposób wiedzę teoretyczną oraz sferę praktyki edukacyjnej<sup>124</sup>. Głównym celem jest uchwycenie procesu zmian w indywidualnej hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu, który wywołany jest przez rozpoczęcie rehabilitacji. Celem praktycznym zaś, stanowiącym uzupełnienie i konsekwencje założonego celu teoretycznego, jest zbadanie możliwości modyfikowania indywidualnej hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu poprzez rozpoczęcie procesu rehabilitacji.

Zatem cel pierwszy to poznanie indywidualnej hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu.

Drugim celem szczegółowym jest przedstawienie zmian, jakie nastąpiły w systemie indywidualnej hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu pod wpływem procesu rehabilitacji.

Z kolei trzecim celem szczegółowym pracy jest pokazanie wpływu działań personelu medycznego opiekującego się chorym z niepełnosprawnością narządu ruchu na zmiany w indywidualnej hierarchii wartości.

I wreszcie czwarty i ostatni cel szczegółowy – to poznanie oczekiwań wynikających z konieczności stworzenia nowej indywidualnej hierarchii wartości przez osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu, stawianych personelowi prowadzącemu rehabilitację.

## 4.2. Problemy i hipotezy badawcze

Problem główny mojej pracy ma postać następującego pytania: jak przebiega proces zmian w indywidualnej hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu pod wpływem procesu rehabilitacji i od czego zależy? Zakres problemu badawczego nie zostałby wyczerpany, gdyby pominąć sposób wpływu rehabilitacji na modyfikowanie indywidualnej hierarchii wartości. Z tego względu należy uzupełnić fundamentalne pytanie badawcze o próbę zorientowania się: czy i w jaki sposób rehabilitacja wpływa na modyfikowanie

---

<sup>122</sup> E. B a b b i e, *Badania społeczne w praktyce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 111.

<sup>123</sup> M. Ł o b o c k i, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 1999, s. 153.

<sup>124</sup> S. P a l k a, *Pedagogika w stanie tworzenia*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1999, s. 25–27.

indywidualnej hierarchii wartości? Sformułowanie problemu jest pierwszym etapem badań naukowych. Sprowadza się do uświadomienia sobie przez badacza obszaru pewnej niewiedzy i próby wzbogacenia jej w określonym zakresie. Problem należy do elementu wyjściowego szeroko pojmowanej metody naukowej, a ciąg działań składających się na badania naukowe służy do jego rozwiązania. Zatem problem jest składnikiem strukturalnym nadającym sens badaniom<sup>125</sup>, a także jest pytaniem, „[...] na które poszukujemy odpowiedzi w drodze badań naukowych. Za podstawową właściwość pytań będących problemami można przyjąć fakt, że są one pytaniami, na które do tej pory nie udzielono odpowiedzi”<sup>126</sup>.

Postawienie głównego problemu wynika ze specyfiki podjętych badań. Umożliwia obserwację procesu zmian w hierarchii wartości wynikających z rozpoczęcia rehabilitacji. Problem główny jest nazbyt obszerny i przez to słabo poddaje się operacjonalizacji, co ma swoje konsekwencje metodologiczne. Wyłania się przede wszystkim niemożność objęcia funkcją diagnostyczną całości zagadnienia w takim zakresie, jak to opisano w przedmiocie badań. Toteż poprzez uściślenie głównego pytania badawczego wyłoniono następujące problemy szczegółowe:

Problem pierwszy szczegółowy to pytanie: jak przedstawia się indywidualna hierarchia wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu w chwili rozpoczęcia rehabilitacji?

Z kolei drugi problem szczegółowy dotyczy pytania: jakie zmiany nastąpiły w systemie wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu pod wpływem rehabilitacji?

Konkretyzując trzeci szczegółowy problem badawczy, stawia się pytanie: kto i w jaki sposób spośród personelu medycznego opiekującego się chorymi z niepełnosprawnością narządu ruchu wpływa na zmianę indywidualnej hierarchii wartości?

Ostatni – czwarty problem szczegółowy zawiera pytanie: jakie są oczekiwania osób z niepełnosprawnością narządu ruchu w stosunku do osób prowadzących rehabilitację? i zaspakaja w pełni ciekawość badawczą.

Osoba akceptująca niepełnosprawność narządu ruchu przyjmuje postawę, która pozwala dostrzec nieuzasadnione i łatwe do zmiany jej własne negatywne nastawienie. Natomiast gdy jednostka wzdryga się przed akceptacją swej niepełnosprawności i zmianą swoich wartości, obawia się odrzucenia przez społeczeństwo, to również wydaje się nieuzasadnione. Znajomość własnej sytuacji, realna ocena stanu własnej niepełnosprawności oraz wgląd w swe war-

---

<sup>125</sup> S. P a l k a, *Metodologia, badania, praktyka pedagogiczna*, Gdańsk 2006, s. 11.

<sup>126</sup> A.W. M a s z e, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2008, s. 91.

tości pozwalają rozstrzygnąć, czy jednostka jest zdolna do podjęcia poprzedniej pracy zawodowej i powrotu do dawnego życia, czy też nie.

W dobie upowszechniania się w społeczeństwie różnorodnej popularnej wiedzy, w tym i medycznej, przyjmuje się, że jest ona percepowana, interioryzowana i – co najważniejsze – wykorzystywana w bardzo licznych i rozmaitych przejawach życia. Jej praktyczne ujęcie sprowadza się do ulepszenia życia jednostkowego i zbiorowego.

Refleksję tę można odnieść z powodzeniem do aktualnej w każdej epoce problematyki zdrowia i życia człowieka. W procesie wyłaniania się subdyscypliny pedagogicznej – pedagogiki zdrowia – zaobserwowano momenty wspólne jej macierzy: pedagogiki i medycyny<sup>127</sup>. Wspólnym i najistotniejszym celem obu jest dążenie do zmieniania człowieka na lepsze<sup>128</sup>. W nawiązaniu do tego spostrzeżenia jawi się pytanie: w jakim zakresie edukacyjny wpływ może się uwidocznić w stanie i jakości zdrowia somatopsychospołecznego?

Znaczenie rehabilitacji w indywidualnej hierarchii wartości ma ogromne znaczenia dla człowieka. Zakłada się wobec tego, że edukacyjna droga do zdrowia człowieka wiedzie przez osobowość<sup>129</sup>, co udowadnia całą swoją twórczością naukową Marcin Demel – lekarz, wychowawca fizyczny i pedagog. Wskazówkę tę traktuje się tu jako istotną w dalszych rozważaniach naukowych, a po dopracowaniu – zamierza się ją zweryfikować przez badania pedagogiczne.

Tak więc hipoteza główna brzmi: pod wpływem udziału w rehabilitacji następuje zmiana indywidualnej hierarchii wartości pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu. Zmiany te dotyczą przede wszystkim zmniejszenia znaczenia wartości hedonistycznych na rzecz wartości witalnych i religijno-duchowych. Przy czym należy wspomnieć, iż hipotezą naukową określamy „przypuszczalne twierdzenie dotyczące relacji między dwiema lub więcej zmiennymi”<sup>130</sup> i zawsze formułuje się ją w postaci twierdzącej, a ponadto jest ona „[...] zdaniem opisującym związki między zjawiskami (zdarzeniami, stanami, cechami itp.), którego wartość logiczną sprawdzamy w następstwie badań empirycznych”<sup>131</sup>. Z kolei Mieczysław Łobocki twierdzi: „[...] hipotezy są zawsze tylko świadomie przyjętymi przypuszczeniami czy założeniami, wymagającymi potwierdzenia lub odrzucenia w wyniku badań naukowych. Są to założenia odnoszące się do przewidywanego końcowego rezultatu badań nad

---

<sup>127</sup> M. Demel, *Pedagogika zdrowia*, WSiP, Warszawa 1980, s. 49–58.

<sup>128</sup> Tamże, s. 49.

<sup>129</sup> Tamże, s. 107.

<sup>130</sup> M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii badań...*, dz.cyt., s. 133.

<sup>131</sup> E. Hajduk, *Hipoteza w badaniach pedagogicznych. Poradnik dla studentów*, wyd. 2 zmienione, WSiP, Zielona Góra 1993, s. 40.

interesującym badacza problemem, ale nigdy nie przesądzają o ich ostatecznych wynikach lub płynących z nich wnioskach”<sup>132</sup>. Z moich obserwacji podczas pracy z osobami z niepełnosprawnością narządu ruchu wynika, że istotny jest obraz preferowanych wartości w procesie rehabilitacji, uwidaczniający się zmianą hierarchii wartości, a przez to i własnej egzystencji.

Postawiona hipoteza jest nazbyt ogólna. Nie pozostaje więc nic innego, jak skonkretyzować ją w formie hipotez szczegółowych.

Wobec tego hipotetycznie przyjmuje się:

1) w chwili rozpoczęcia procesu rehabilitacji jako główne pacjenci wymieniają wartości hedonistyczne;

2) proces rehabilitacji prowadzi do zmian indywidualnej hierarchii wartości dotyczący przede wszystkim zmniejszenia znaczenia wartości hedonistycznych na rzecz wartości witalnych i religijno-duchowych, a także do wzrostu poziomu samooceny – z niskiej do przeciętnej i wysokiej;

3) spośród personelu medycznego opiekującego się chorym z niepełnosprawnością narządu ruchu największy wpływ na zmianę hierarchii wartości mają pracownicy rehabilitacji, ponieważ najczęściej współpracują z pacjentem, nieco mniejszy lekarze, a najmniejszy pielęgniarki;

4) podstawowym i oczywistym celem działań rehabilitacyjnych jest przywrócenie sprawności fizycznej pacjenta, niemniej związane z nimi oddziaływania niespecyficzne wywierają dodatkowy wpływ na jego stan psychospołeczny, a tym samym na reorganizację indywidualnej hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu.

Godne uwagi jest spostrzeżenie znaczącej roli procesu rehabilitacji w zmianie indywidualnej hierarchii wartości jednostki. Proces edukacyjny występujący podczas rehabilitacji podnosi świadomość ludzką, czego wynikiem są zmiany w osobowości człowieka, w jego subiektywnej hierarchii wartości. To z kolei umożliwia przewyciężanie skutków niepełnosprawności<sup>133</sup>. Korzystając z teorii i praktyki procesu rehabilitacji, uwzględniając socjologiczny aspekt dychotomicznej klasyfikacji wartości, można stwierdzić, że sama rehabilitacja ma szerokie znaczenie, jest bowiem międzynarodowym nurtem wszechstronnego przywracania do normalnego życia osób niepełnosprawnych.

### 4.3. Zmienne i ich wskaźniki

Następnym celem badawczym, wynikającym z ustalenia problemu głównego i problemów szczegółowych, stało się określenie i wyłonienie zmien-

---

<sup>132</sup> M. Ł o b o c k i, *Wprowadzenie...*, dz.cyt., s. 132–133.

<sup>133</sup> J. S o w a, F. W o j c i e c h o w s k i, *Proces rehabilitacji...*, dz.cyt., s. 9.

nych oraz wskaźników pomocnych w sformułowaniu hipotez rozstrzygających to zagadnienie.

„Aby przejść z poziomu pojęciowego na poziom empiryczny, pojęcia muszą zostać przekształcone w zmienne. Zmienną, którą badacz chce wyjaśnić, nazywamy zmienną zależną. Z kolei zmienną, za pomocą której badacz chciałby wyjaśnić zmiany wartości zależnej, nazywamy niezależną”<sup>134</sup>.

Dla każdej zmiennej należy ustalić takie empiryczne cechy, których istnienie w sposób niewątpliwy wykaże, że rozważana przez nas cecha jest właśnie tą i odróżnia się od innych<sup>135</sup>.

Podjmując próbę uszczegółowienia problemów badawczych oraz hipotez, wyłoniono na potrzeby niniejszej pracy dwie zmienne<sup>136</sup> niezależne. Pierwsza opisuje sytuację życiową osób z niepełnosprawnością narządu ruchu w chwili rozpoczęcia rehabilitacji; druga – czynniki umożliwiające modyfikację indywidualnej hierarchii wartości obecne i uaktywniające się podczas rozpoczęcia procesu rehabilitacji poprzez poziom samooceny, styl komunikowania się, empatię i niespecyficzne oddziaływania. Do zmiennych zależnych zaliczono: indywidualną hierarchię wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu w chwili rozpoczęcia rehabilitacji oraz proces zmian, jaki w niej zachodzi pod wpływem rehabilitacji.

Wielość zmiennych pośredniczących, które mają wpływ na proces zmian w hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu, stanowi o trudności ich uchwycenia.

Jednym z nieodzownych warunków właściwego przygotowania procedur badawczych jest ustalenie ściśle określonych wskaźników dla badanych zjawisk<sup>137</sup>.

Wskaźnikiem zmiennej niezależnej obejmującej sytuację życiową osób z niepełnosprawnością narządu ruchu w chwili rozpoczęcia rehabilitacji będzie płeć, wiek (20–25; 25–30; 30–35; 35–40; 40–45; 45–50; 50–55 i 55–60 lat), poziom wykształcenia (podstawowe, zawodowe, średnie, licencjackie, wyższe), ilość pobytów w oddziale rehabilitacyjnym (pierwszy, drugi, trzeci, czwarty i więcej), poruszanie się (samodzielne, przy pomocy kul lub laski, na

<sup>134</sup> Ch. Frankfort-Nachmias, D. Nachmias, *Metody badawcze w naukach społecznych*, Zysk i Spółka, Poznań 2001, s. 70.

<sup>135</sup> T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 2001, s. 201.

<sup>136</sup> M. Łobocki, *Wprowadzenie...*, dz.cyt., s. 131; J. Brzeziniński, *Elementy metodologii badań psychologicznych*, PWN, Warszawa 1984, s. 22; T. Pilch, T. Bauman, *Zasady...*, dz.cyt., s. 33; E. Siwiec, *Zmienne i ich opis*, [w:] *Metodologia i metody badań psychologicznych*, K. Czarnecki (red.), Uniwersytet Śląski, Katowice 1980, s. 39.

<sup>137</sup> M. Łobocki, *Metody badań pedagogicznych*, PWN, Warszawa 1987, s. 99.



wózku inwalidzkim), a także to, czy respondent w codziennych czynnościach życiowych potrzebuje pomocy innych osób.

Wskaźnikiem zmiennej niezależnej – obejmującej czynniki umożliwiające modyfikację indywidualnej hierarchii wartości obecnych i uaktywniających się podczas rozpoczęcia procesu rehabilitacji – będzie szeroko rozumiana działalność rehabilitacyjna, prowadzona przez pracowników służby zdrowia: lekarzy, magistrów i techników rehabilitacji, a także personelu pielęgniarskiego. Czynniki te ustalone zostaną na podstawie danych empirycznych zebranych od osób z niepełnosprawnością narządu ruchu w autorskim kwestionariuszu ankiety z pracownikami służby zdrowia OCR w Korfantowie.

Za wskaźnikowe dla indywidualnej hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu, w chwili rozpoczęcia rehabilitacji, będą wartości wymieniane przez respondentów, umieszczone w: Skali Wartości Schelerowskich (SWS), Skali Satysfakcji z Życia (SWLS), Skali Jakości Życia, Skali Samooceny (SES), Kwestionariuszu ankiety z pacjentami OCR w Korfantowie i Kwestionariuszu ankiety z pracownikami służby zdrowia OCR w Korfantowie.

Wskaźnikiem procesu zmian, jaki zachodzi w indywidualnej hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu pod wpływem rozpoczęcia rehabilitacji, będzie porównanie stanu wyjściowego (deklarowana hierarchia wartości przed chorobą) ze stanem końcowym (deklarowaną hierarchią wartości po zakończeniu rehabilitacji).

Dodatkowym impulsem do podjęcia badań nad hierarchią wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu jest zauważalny brak tego typu opracowań w literaturze polskiej. Większość opracowań, zwłaszcza empirycznych, skupia się na osobach, u których niepełnosprawność jest widoczna z całkowitym pominięciem tych niepełnosprawnych, których deficyty pod względem fizycznym są niezauważalne. Należy stwierdzić, że liczebność tych drugich znacznie przewyższa liczbę niepełnosprawnych z widocznym deficytem. W sytuacji, gdy wyłoniony obiekt badawczy jest trudny do analizy naukowej, warto pokusić się o próbę empirycznej penetracji zjawiska, jakim jest indywidualna hierarchia wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu.

#### 4.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze

Metody badawcze to pewne typowe i powtarzalne sposoby zbierania, analizy i interpretowania danych empirycznych, służące do uzyskania w najwyższym stopniu zasadnych odpowiedzi na postawione pytania w związku z problematyką badawczą<sup>138</sup>. Trafny dobór metod pozwala zbadać mechanizmy,

---

<sup>138</sup> S. N o w a k, *Metodologia badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 46.

poznać związki i zależności między analizowanymi faktami i uogólniać je, umożliwiła też obserwację funkcjonowania porządku oświatowego w aspekcie praktycznym oraz pozwala go usprawnić<sup>139</sup>.

Ponieważ nie ma uniwersalnej metody badawczej, a każda posiada zarówno zalety, jak i wady<sup>140</sup>, do zbadania hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu oraz wpływu procesu rehabilitacji na zmianę ich hierarchii wartości – wśród metod przewodnich niniejszego projektu badawczego znalazł się sondaż diagnostyczny.

Sondaż diagnostyczny jest „[...] najlepszą dostępną metodą dla badaczy, którzy chcą zbierać oryginalne dane w celu opisanego populacji zbyt dużej, by obserwować ją bezpośrednio”<sup>141</sup>. Wybór badań sondażowych wymaga doboru odpowiednich technik i narzędzi badawczych, które dadzą możliwość wszechstronnej analizy badanego problemu.

Podstawową techniką, zastosowaną w tej pracy jest ankieta – zawiera pytania służące do zebrania informacji w procesie wzajemnego komunikowania się w formie pisemnej, które muszą zostać przeanalizowane<sup>142</sup>.

W badaniach prowadzonych przez autora niniejszej pracy wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

I. Skala Wartości Schelerowskich (SWS wersja D-50; Brzozowski<sup>143</sup>); składa się na nią pięćdziesiąt wartości, które tworzą sześć podstawowych podskali wartości: hedonistyczna (H) – osiem pozycji: dostatnie życie, miłość erotyczna, posiadanie, przyjemność, radość życia, wygoda, wypoczynek i życie pełne wrażeń; witalności (W) – sześć pozycji: odporność na zmęczenie, siła fizyczna, sprawność, sprężystość ciała, umiejętność znoszenia chłodu i umiejętność znoszenia głodu; estetyczna (E) – siedem pozycji: elegancja, gustowność, harmonia, ład rzeczy, proporcjonalność kształtów, regularność rysów i uporządkowanie; prawdy (P) – osiem pozycji: inteligencja, logiczność, mądrość, obiektywność, otwarty umysł, rozumienie, szerokie horyzonty umysłowe i wiedza; moralności (M) – jedenaście pozycji: dobroć, honor, miłość bliźniego, pokój, pomaganie innym, prawdomówność, rzetelność, szczerowość, uczciwość, uprzejmość i życzliwość; i ostaną podskala, wartości święte (Ś) – dziewięć pozycji: Bóg, kraj, naród, niepodległość, ojczyzna, patriotyzm, wiara, zbawienie i życie wieczne. Dodatkowo występują cztery podskale czynnikowe: sprawność i siła

<sup>139</sup> M. Ł o b o c k i, *Metody badań...*, dz.cyt., s. 27; S. P a l k a, *Pedagogika ...*, dz.cyt., s. 13.

<sup>140</sup> W. Z a c z y ń s k i, *Praca badawcza nauczyciela*, WSiP, Warszawa 1995, s. 29; S. P a l k a, *Pedagogika ...*, dz.cyt., s. 14–15.

<sup>141</sup> E. B a b b i e, *Badania społeczne...*, dz.cyt., s. 268.

<sup>142</sup> Tamże, s. 268–269.

<sup>143</sup> P. B r z o z o w s k i, *Skala Wartości Schelerowskich – SWS*, Pracownia Testów Psychologicznych PWT, Warszawa 1995.

fizyczna (SSF) – na którą składają się trzy wartości: siła fizyczna, sprawność i sprężystość ciała; oraz wytrzymałość (Wyt.) – należą do niej trzy wartości: odporność na zmęczenie, umiejętność znoszenia chłodu i umiejętność znoszenia głodu. Te dwie podskale przynależą do skali wartości witalnych. Pozostałe dwie podskale: świętości świeckie (ŚŚ) – do których zaliczane jest sześć wartości: kraj, naród, niepodległość, ojczyzna, państwo i patriotyzm oraz świętości religijne (ŚR) – cztery pozycje wartości: Bóg, wiara, zbawienie i życie wieczne. Te dwie podskale z kolei tworzą skalę wartości świętych. Osoby badane oceniają poszczególne wartości w skali punktowej, przypisując im od 0 do 100 pkt. Wartości na arkuszu uporządkowane są alfabetycznie. Przeciętnie czas badania wynosi 20 minut, lecz nie jest on ograniczony. SWS umożliwia ocenę zarówno każdej wartości, jak i całych zespołów wartości dla jednostek i grup osób. W ten sposób uzyskuje się orientację, z jaką siłą poszczególne wartości mogą wpływać na życie badanych. SWS pomaga w oszacowaniu hierarchii wartości, tj. które z podstawowych ich szczęściu grup są wysoko cenione, a które nisko przez jednostkę lub grupę. Pozwala to na poznanie subiektywnej ważności, jaką dla osób badanych posiadają poszczególne grupy wartości, oraz uzyskanie informacji o subiektywnym uporządkowaniu wartości<sup>144</sup>. Zadaniem badanego jest ocena poszczególnych 50 wartości przy użyciu skali stu-jednopunktowej (pomiar na skali interwałowej). Opisane narzędzie zostanie wykorzystane wśród pacjentów przyjętych do szpitala dwukrotnie: po raz pierwszy – w pierwszej dobie po przyjęciu i po raz drugi – w dniu wypisu.

II. Skala Satysfakcji z Życia SWLS (E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larson, S. Griffin). Narzędzie przeznaczone jest do pomiaru zadowolenia z życia, inaczej mówiąc – chodzi o porównanie własnej sytuacji z ustalonymi przez siebie standardami. Jeżeli wynik porównania jest zadowalający, wówczas osoba odczuwa zadowolenia z życia. SWLS opracował Ed Diener ze współpracownikami (Diener, Emmons, Larson, Griffin<sup>145</sup>) na bazie kwestionariusza składającego się z 48 twierdzeń, odnoszących się do różnych aspektów subiektywnego samopoczucia. Po przeprowadzeniu analizy wyodrębniono trzy czynniki: zadowalający afekt, niezadowalający oraz umiarkowany afekt. Po odrzuceniu twierdzeń odnoszących się do afektu oraz korelujących z czynnikiem satysfakcji poniżej 0,60 zostawiono 10 twierdzeń, z których usunięto pięć wykazujących podobieństwo semantyczne; pozostałe pięć było mierni-

---

<sup>144</sup> A. K a l u s, D. K r o k, *Psychologiczny wymiar cierpienia. Teoria i badania*, Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2007, s. 241.

<sup>145</sup> E. D i e n e r, R. A. E m m o n s, R. L a r s e n, S. G r i f f i n, *The satisfaction with life scale*, „Journal of Personality Assessment” 1985, No 49, s. 71–75.

kami zadowolenia z życia<sup>146</sup>, zatem skala składała się z pięciu stwierdzeń. Badany ocenia, w jakim stopniu zgadza się z każdym z nich. Pomiar wykonuje się na siedmiostopniowej skali, jego wynikiem jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia. Im wyższy wynik, tym poczucie satysfakcji z życia jest większe. Skala przeznaczona jest do indywidualnego i grupowego badania zdrowych i chorych osób dorosłych. Do polskich warunków test zaadaptował Zygfryd Juczyński<sup>147</sup>.

III. Skala Jakości Życia (R.A. Cummins) skonstruowana przez Cumminsa<sup>148</sup> służy do pomiaru jakości życia w wymiarze obiektywnym i subiektywnym, obejmuje siedem dziedzin: materialny dobrostan, zdrowie, produktywność, intymność, bezpieczeństwo, wspólnota i emocjonalny dobrostan. Wymiar obiektywny zawiera kulturowo uwarunkowane miary dobrostanu, wymiar subiektywny obejmuje kategorie łączące indywidualne zadowolenie i ważność danej dziedziny życia dla jednostki.

Oryginalną skalę, nazywaną Całościową Skalą Jakości Życia (*Comprehensive Quality of Life Scale*), tworzą trzy elementy mierzące: obiektywne wskaźniki jakości życia, subiektywną ważność oraz subiektywne zadowolenie. Ze względu na metodologię niniejszej pracy wykorzystano dwie ostatnie części skali.

Pierwsza bada subiektywną jakość życia zawiera siedem pytań służących ocenie ważności następujących jego komponentów: rzeczy materialne, osobiste zdrowie, osiągnięcia życiowe, relacje z rodziną i przyjaciółmi, poczucie bezpieczeństwa, działalność społeczna oraz szczęście osobiste. Odpowiedzi oceniane są według pięciopunktowej skali; druga część skali także dotyczy subiektywnej jakości życia i również składa się z siedmiu pytań mierzących stopień zadowolenia badanej osoby w tych samych, wymienionych siedmiu dziedzinach życia, ocenianych też na siedmiopunktowej skali. Wyniki wskazują na subiektywnie rozumianą jakość życia (zadowolenie i niezadowolenie) w poszczególnych jego dziedzinach.

Subiektywną jakość życia można obliczyć w następujących kategoriach: 1) ogólny wynik ważności – suma wyników ważności w poszczególnych dziedzinach podzielona przez siedem; 2) ogólny wynik zadowolenia – suma wyników zadowolenia w poszczególnych dziedzinach podzielona przez siedem; 3) dziedzina życia – wynik oblicza się według wzoru: subiektywna jakość życia

---

<sup>146</sup> Z. J u c z y ń s k i, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.

<sup>147</sup> Tamże.

<sup>148</sup> R.A. C u m m i n s, *Comprehensive Quality of Life Scale – Adult:ComQol – A5*. School of Psychology, Deakin University, Melbourne 1997.

=  $\Sigma$  (ważność w dziedzinie  $x$  zadowolenie w dziedzinie)<sup>149</sup>; 4) ogólny wynik dziedzin życia – suma wyników w poszczególnych dziedzinach podzielona przez siedem. Zgodnie z propozycjami Cumminsa subiektywnie spostrzegana jakość życia reprezentowana jest przez kategorię 3. – mamy wówczas do czynienia z jakością życia dla poszczególnych dziedzin życia, oraz kategorię 4. – w tym przypadku otrzymujemy ogólny wynik jakości życia.

IV. Skala Samoceny SES M. Rosenberga skonstruowana do pomiaru i określenia ogólnej samooceny, tj. tego, jaki stosunek i podejście ma dana osoba do siebie samej. Jest to narzędzie jednowymiarowe, umożliwiające ocenę poziomu ogólnej samooceny, traktowanej jako względnie stała dyspozycja rozumiana w kategoriach świadomej postawy (pozytywnej lub negatywnej) wobec „ja”. Trafnie wyraża to Moriss Rosenberg „[...] gdy mowa o wysokiej samoocenie, mam na myśli to, że jednostka szanuje samą siebie, uważa się za osobę wartościową, niekoniecznie lepszą od innych, lecz zdecydowanie nie gorszą. Jest świadoma braku doskonałości i zna swoje ograniczenia, co pozwala jej zmierzać w kierunku poprawy i rozwoju”<sup>150</sup>. SES składa się z dziesięciu twierdzeń ocenianych na czterostopniowej skali. Wynik ogólny jest sumą odpowiedzi na poszczególne twierdzenia. Im wyższy wynik, tym samoocena jest bardziej pozytywna<sup>151</sup>.

V. Autorski kwestionariusz ankiety z pacjentami OCR w Korfantomie składa się z 26 pytań o: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stopień poruszania się, uzależnienie w codziennych czynnościach życiowych, przyczynę niepełnosprawności, aktywność zawodową, miejsce uczestnictwa w rehabilitacji, a także o osoby, które w największym i najmniejszym stopniu przyczyniły się do powrotu poprzedniej (zdrowej) jakości życia pacjenta oraz sposobu, w jaki to osiągnęły. Są również pytania o sposoby komunikowania się, empatię i niespecyficzne oddziaływania personelu medycznego na pacjentów.

---

<sup>149</sup> Przy obliczaniu wyników dla poszczególnych dziedzin Cummins proponuje dekodowanie wyników w zadowoleniu na skali od +4 (bardzo zadowolony) do -4 (bardzo niezadowolony), a następnie zastosowanie wzoru: subiektywna jakość życia =  $\Sigma$  (ważność w dziedzinie  $x$  zadowolenie w dziedzinie). W takim przypadku uzyskane wyniki są w zakresie od + 20 do -20 i mogą być porównane z wynikami innych badań.

<sup>150</sup> M.J. R o s e n b e r g, *Society and the adolescent self – image*, Princeton University Press, Princeton 1965, s. 49.

<sup>151</sup> I. D z w o n k o w s k a, K. L a c h o w i c z - T a b a c z e k, M. Ł a g u n a, *Samoocena i jej pomiar: polska adaptacja skali SES M. Rosenberga. Podręcznik*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2008.

VI. Autorski kwestionariusz ankiety z pracownikami służby zdrowia OCR w Korfantomie składa się z 20 pytań dotyczących osób, które w największym i najmniejszym stopniu przyczyniły się do powrotu do poprzedniej (zdrowej) jakości życia pacjenta, a także jak wymienione osoby wpłynęły na stworzenie nowej hierarchii wartości pacjenta w czasie procesu rehabilitacji. W kwestionariuszu tym znajdują się również pytania o czynniki niespecyficzne, występujące w czasie procesu rehabilitacji z osobami, które miały największy wpływ na zmianę dotychczasowych wartości pacjenta, a także pytania o oczekiwania pacjenta w stosunku do osób prowadzących rehabilitację.

## 4.5. Teren i organizacja badań

Badania przeprowadzone zostały w I i II kwartale 2011 roku wśród osób z niepełnosprawnością narządu ruchu, zakwalifikowanych po raz pierwszy do leczenia w Opolskim Centrum Rehabilitacji (OCR) w Korfantomie. Taki celowy dobór próby umożliwia bardziej wiarygodną ocenę procesu zmian zachodzących w hierarchii wartości i sensie życia osób z niepełnosprawnością narządu ruchu, ponieważ bardzo często pacjenci dopiero w OCR otrzymują ostateczną diagnozę co do stanu ich zdrowia i rokowań zdrowotnych na przyszłość. Uczestnicząc aktywnie w procesie leczenia i rehabilitacji, obserwują proces zmian zachodzących w ich organizmie i na jego podstawie próbują zbudować nową hierarchię wartości i sens życia. Do grupy badawczej zaliczono pacjentów stacjonarnych i niestacjonarnych (dziennych). Pacjenci stacjonarni to osoby przebywające całą dobę w oddziale rehabilitacyjnym; pacjenci niestacjonarni (dzienni) – przebywają w szpitalu tylko na czas trwania zabiegów rehabilitacyjnych.

Pacjenci Opolskiego Centrum Rehabilitacji pochodzą z całego kraju oraz państw Unii Europejskiej. O wyborze tejże placówki do badań zdecydowało to, że w Polsce jest tylko kilka podobnych ośrodków, a OCR ma opinię instytucji o wysokim poziomie usług, czego potwierdzeniem jest uzyskanie certyfikatu zarządzania jakością według wymagań ISO 9001:2008, a także zarządzania środowiskiem według wymagań ISO 14001:2004.

W jednostce tej jest jeden z największych oddziałów rehabilitacji narządu ruchu w Polsce, z 79 łózkami szpitalnymi. Z leczenia korzystają najczęściej pacjenci po endoprotezoplastyce stawów biodrowych i kolanowych, ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa, zespołami korzonkowymi oraz pacjenci po amputacji kończyn, których pobyt w oddziale przygotowuje do życia z protezą kończyny. W roku 2010 leczyło się tu ponad 1300 chorych<sup>152</sup> z niepełnosprawnością narządu ruchu. Pacjenci poddani rehabilitacji są pod stałą

---

<sup>152</sup> Dane otrzymane z działu statystyki Opolskiego Centrum Rehabilitacji w Korfantomie.

opieką lekarzy, rehabilitantów oraz personelu pielęgniarskiego. Ze względu na możliwość stosowania najnowszych metod usprawniania pacjentów z chorobami narządu ruchu większość z nich po pobycie w OCR odczuwa znaczną poprawę stanu zdrowia i sprawności fizycznej. Z obserwacji wynika również, że pacjenci uzyskują pomoc w zaplanowaniu i zorganizowaniu powrotu do życia codziennego.

Nowością w strukturze tego szpitala jest Oddział Rehabilitacji Diennej, gdzie przebywają pacjenci o ogólnym sprawnym i swobodnym poruszaniu się, którzy nie wymagają całodobowego nadzoru personelu medycznego. Zakres rehabilitacji dziennej obejmuje szeroko pojętą rehabilitację narządu ruchu z uwzględnieniem rehabilitacji ze wskazań ortopedycznych (pourazowych, po zabiegach ortopedycznych, z przewlekłymi schorzeniami), reumatologicznych i innych. W oddziale istnieje ponadto możliwość korzystania z pokoi hotelowych oraz rehabilitacji pełnopłatnej, z której głównie korzystają pacjenci z Unii Europejskiej.

W roku 2010 z zakresu rehabilitacji skorzystało 4000 pacjentów<sup>153</sup>.

Przez dobór próby rozumie się selekcjonowanie do celów badawczych np. określonej liczby osób wchodzących w skład pewnej populacji, którą badacz jest w szczególności sposobem zainteresowany, a która stanowi próbę reprezentatywną szerszej zbiorowości<sup>154</sup>.

Dobór celowy przeprowadzony został wśród pacjentów przyjętych po raz pierwszy do oddziałów rehabilitacyjnych (Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu, Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, Oddział Chirurgii Ortopedycznej, Oddział Rehabilitacji Diennej). Badania miały charakter indywidualny i anonimowy, co wynika szczególnie z osobistego charakteru poruszanych zagadnień oraz dążenia do uzyskania jak najbardziej obiektywnych odpowiedzi. Ponieważ liczba zastosowanych narzędzi jest dość znaczna, nie wprowadzono żadnych ograniczeń czasowych. Założono, że badaniami zostaną objęci wszyscy pacjenci przyjęci w okresie badawczym po raz pierwszy na rehabilitację.

Badania przeprowadzono z 384 osobami, przy czym do dalszej analizy nadawały się wyniki badań wykonanych z 302 pacjentami. Materiał empiryczny zebrany od pozostałych osób zawierał luki lub błędy uniemożliwiające rzetelną analizę. Badaniami objęto również pracowników Opolskiego Centrum Rehabilitacji w Korfąntowie. Rozdano 105 ankiet, z czego wróciły 82 i te poddano analizie.

---

<sup>153</sup> Tamże.

<sup>154</sup> M. Ł o b o c k i, *Wprowadzenie...*, dz.cyt., s. 159.

## 4.6. Charakterystyka badanej grupy

Próba badawcza składała się z 302 osób z niepełnosprawnością narządu ruchu i 82 pracowników medycznych zatrudnionych w oddziałach rehabilitacji narządu ruchu w Opolskim Centrum Rehabilitacji w Korfantowie. Na podstawie danych z arkusza personalnego można przedstawić strukturę badanej grupy względem następujących zmiennych: płeć, wiek, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy, uzależnienie od pomocy innych osób w codziennej egzystencji i miejsce odbywania rehabilitacji. Tabela 2 przedstawia liczbę badanych osób.

Tabela 2  
*Liczba badanych osób z niepełnosprawnością narządu ruchu*

Pacjenci	N	[%]
Kobiety	184	60,9
Mężczyźni	118	39,1
W wieku lat:		
20–25	20	6,6
25–30	19	6,3
30–35	35	11,6
35–40	38	12,6
40–45	50	16,6
45–50	52	17,2
50–55	45	14,9
55–60	43	14,2
Wykształcenie:		
podstawowe	41	13,6
zawodowe	53	17,5
średnie	68	22,5
licencjackie	61	20,2
wyższe	79	26,2
Stopień samodzielności:		
uzależniony	37	12,3
nieuzależniony	265	87,7
status pracownicy:		
fizyczny	106	35,1
umysłowy	196	64,9
Rehabilitacja na oddziale:		
I	57	18,9
II	146	48,3
III	53	17,5
IV	46	15,2

Źródło: Opracowanie własne.



Grupa badanych składała się ze 184 kobiet i 118 mężczyzn, widać, że pod względem płci kobiety stanowiły dominującą większość.

W badaniach dążono do uwzględnienia możliwie szerokiej wiekowej grupy. Badani należeli do następujących grup wiekowych: 20–25; 25–30; 30–35; 35–40; 40–45; 45–50; 50–55; 55–60, najliczniej reprezentowane były osoby w przedziale wiekowym od 45 do 50 lat (17,2%;  $N=52$ ), a najmniejszą stanowili pacjenci w wieku 25–30 lat (6,3%;  $N=19$ ).

Jednym z warunków zakwalifikowania do badań było podanie przez respondentów wykształcenia. Badani należeli do następujących grup: podstawowe, zawodowe, średnie, licencjackie i wyższe. Należy podkreślić, że najliczniej reprezentowaną grupę stanowiły osoby z wykształceniem wyższym (26,2%;  $N=79$ ), a najmniej liczną pacjenci z wykształceniem podstawowym (13,6%;  $N=41$ ).

Podzielono też badanych na osoby uzależnione i nieuzależnione od pomocy innych osób w codziennej egzystencji. Niniejsza praca dotyczyła głównie analizy poczucia sensu życia osób z niewidoczną niepełnosprawnością, dlatego grupa osób nieuzależnionych jest dominująca.

Badaniami objęto także podział na grupy zawodowe: pracownicy fizyczni i umysłowi. Analiza wskazuje, że dominującą grupę badanych stanowili pracownicy umysłowi.

Ostatni podział badanych dotyczył miejsca przeprowadzanej rehabilitacji. Analizą objęto pacjentów przebywających w: Oddziale I Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, Oddziale II Rehabilitacji Narządu Ruchu, Oddziale III Chirurgii Ortopedycznej i w Oddziale IV Rehabilitacji Diennej. Wyniki wskazują, że najliczniej reprezentowaną grupę stanowiły osoby przebywające na Oddziale II (48,3%;  $N=146$ ), a najmniejszą okazali się pacjenci Oddziału IV (15,2%;  $N=46$ ).

Badaniami również objęto pracowników medycznych, których udział procentowy przedstawia tabela 3.

T a b e l a 3

*Liczba badanych pracowników medycznych*

Personel	$N$	[%]
Kobiety	51	62,2
Mężczyźni	31	37,8
Lekarze	14	17,1
Mgr reh.	26	31,7
Tech. reh.	19	23,2
Pielęgniarki	23	28,0

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne.

Badaniami objęto ogółem 82 osoby (51 kobiet i 31 mężczyzn), pod względem płci badanych kobiety stanowiły dominującą grupą.

W badaniach uwzględniono możliwie wszystkie stanowiska medyczne mające bezpośredni kontakt w czasie procesu rehabilitacji z pacjentami z niepełnosprawnością narządu ruchu. Zaliczono do nich: lekarzy, magistrów i techników rehabilitacji oraz pielęgniarki. Wyniki analizy wskazują, że najliczniej reprezentowaną grupą okazali się magistrowie rehabilitacji (31,7%;  $N=26$ ), a najmniejszą stanowili lekarze (17,1%;  $N=14$ ).

## Hierarchia wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu

Wartości w życiu człowieka z niepełnosprawnością narządu ruchu odgrywają duże znaczenie, porządkują przestrzeń społeczną, zaspakajają potrzeby zakorzenienia i bezpieczeństwa. Osoba z niepełnosprawnością narządu ruchu zdaje sobie sprawę, że utraciła jakąś część siebie i ma obecnie w pewnych odcinkach życia nieco odmienne możliwości. Poza dysfunkcją narządu ruchu zachodzi u niej niezgodność dotychczasowego obrazu siebie, wynikająca z utraty dotychczasowych wartości swojego życia. Niezgodność występuje w sensie fizycznym, psychicznym i społecznym. Przedmiotem rehabilitacji będą zatem nie tylko zmiany w zdrowiu fizycznym, ale również, a może przede wszystkim, przemiany, jakie muszą zajść w strukturze osobowości człowieka – one to stanowią podstawę akceptacji samego siebie, jak również decydują o zmianie indywidualnej hierarchii wartości<sup>155</sup>.

Do oceny hierarchii wartości osób niepełnosprawnych ruchowo posłużono się skalą opartą na teorii hierarchii wartości M. Schellera. Skala Wartości Schellerowskich służy do oceny wartości wyznawanych przez jednostkę. Można je skategoryzować w zakresie sześciu podskal podstawowych: hedonistycznych, witalnych, estetycznych, prawdy, moralnych i świętych, i czterech podskal czynnikowych: sprawność fizyczna, wytrzymałość, świętości świeckie i religijne. Narzędzie to szczegółowo zostało omówione w rozdziale 4., metodologicznym, a konkretnie w podrozdziale 4.: *Metody, techniki i narzędzia badawcze*.

### 5.1. Indywidualna hierarchia wartości w czasie rozpoczęcia procesu rehabilitacji

W chwili rozpoczęcia procesu rehabilitacji starano się przeanalizować hierarchię wartości z perspektywy różnych czynników mogących mieć wpływ na jej kształtowanie. Rozpoczęto więc od jej analizy pod kątem płci pacjentów. Zarówno wśród kobiet (55,4%;  $N=102$ ), jak i mężczyzn (66,1%;  $N=78$ ) jako

---

<sup>155</sup> J. Z a b ł o c k i, *Wprowadzenie do rewalidacji...*, dz.cyt., s. 51.

najważniejsze dominują wartości hedonistyczne. Można wymienić: dostatnie życie, miłość erotyczną, posiadanie, przyjemność, radość życia, wygodę, wypoczynek, życie pełne wrażeń. Drugą propozycją ponadczterokrotnie rzadziej wybieraną były wartości witalne – odporność na zmęczenie, siła fizyczna, sprawność, sprężystość ciała, odporność na chłód czy głód. Taką opcję wybrało 13,6% kobiet ( $N=25$ ) i 16,9% mężczyzn ( $N=20$ ). Przy czym należy zauważyć, że wartości witalne zajmują u mężczyzn nieco wyższą pozycję niż u kobiet. Jeszcze rzadziej pojawiają się pozostałe wartości. Niemniej respondentki uznały jako istotne również wartości estetyczne (9,8%;  $N=18$ ), święte (8,7%;  $N=16$ ), moralne (6,5%;  $N=12$ ) i prawdy (6%;  $N=11$ ). Część respondentów wskazała również na wartości prawdy (5,1%;  $N=6$ ), święte (7,6%;  $N=9$ ), moralne (2,5%;  $N=3$ ) i estetyczne (1,7%;  $N=2$ ), choć w deklaracjach mężczyzn pojawiają się one już znacznie rzadziej. Wygląda na to, że mężczyźni rezygnują z nich na rzecz wartości witalnych, związanych zwłaszcza z wytrzymałością, w tym z odpornością na zmęczenie czy umiejętnością znoszenia chłodu i głodu. Deklarowany przez mężczyzn wybór wydaje się oczywisty, ponieważ oczekuje się od nich większej wytrzymałości na trudy fizyczne. Kontynuując rozważania na temat wartości witalnych, należy zauważyć, że zarówno dla kobiet jak i mężczyzn istotna jest sprawność i siła fizyczna (kobiety – 96%;  $N=24$ ; mężczyźni – 80%;  $N=16$ ). Dla kobiet zaś znacznie mniej ważna jest wytrzymałość (kobiety 4%;  $N=1$ ; mężczyźni 20%;  $N=4$ ). Jeżeli chodzi o wartości święte, które możemy podzielić na świeckie i religijne, należy zauważyć, że wśród kobiet przeważają wartości religijne (81,3%;  $N=13$ ) nad świeckimi (18,8%;  $N=3$ ). U mężczyzn zaś odwrotnie, wartości świeckie (66,7%;  $N=6$ ) nad religijnymi (33,3%;  $N=3$ ). Taka różnica między kobietami a mężczyznami może wynikać z większej religijności kobiet. Mężczyźni zaś częściej decydują się na wybór wartości świeckich, ponieważ łączą się one w większym stopniu ze stereotypem męskości – obroną kraju, ojczyzny, a także z niepodległością i patriotyzmem.

Reasumując: dla kobiet i dla mężczyzn najistotniejsze są wartości hedonistyczne, aczkolwiek ważne okazują się również wartości witalne. Pozostałe z analizowanych wydają się znacznie mniej istotne. Można też zauważyć pewien wpływ płci na hierarchię wartości, zwłaszcza w zakresie wartości witalnych, częściej wybieranych przez mężczyzn, i wartości świętych, których religijny charakter bardziej odpowiada kobietom, a świeckie – mężczyznom.

Analizując hierarchię wartości w chwili rozpoczęcia rehabilitacji, za istotny uznano również wiek pacjentów. Z zebranego materiału empirycznego zamieszczonego w tabeli 4 wynika, że wartości hedonistyczne wybierają najczęściej osoby w wieku 40–45 lat (68%;  $N=34$ ), a nieco rzadziej wybierane były przez osoby w wieku 50–60 lat oraz od 30. do 40. roku życia. Najrzadziej pojawiały się wśród osób między 20. a 30. rokiem życia.

Tabela 4

*Hierarchia wartości w czasie rozpoczęcia rehabilitacji w zależności od wieku badanych*

Przedziały wiekowe	Hedonistyczne		Witalne		sprawność i siła fiz.		wytrzymałość	
	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]
20–25	11	55,0	4	20,0	4	100,0	0	0,0
25–30	11	57,9	5	26,3	5	100,0	0	0,0
30–35	21	60,0	6	17,1	5	83,3	1	16,7
35–40	23	60,5	6	15,8	6	100,0	0	0,0
40–45	34	68,0	6	12,0	4	66,7	2	33,3
45–50	30	57,7	9	17,3	8	88,9	1	11,1
50–55	25	55,6	5	11,1	4	80,0	1	20,0
55–60	25	58,1	4	9,3	4	100,0	0	0,0
	Estetyczne		Prawdy		Moralne			
20–25	3	15,0	0	0,0	2	10,0		
25–30	1	5,3	1	5,3	1	5,3		
30–35	2	5,7	1	2,9	2	5,7		
35–40	3	7,9	2	5,3	2	5,3		
40–45	3	6,0	2	4,0	1	2,0		
45–50	3	5,8	3	5,8	2	3,8		
50–55	2	4,4	5	11,1	2	4,4		
55–60	3	7,0	3	7,0	3	7,0		
	Święte		świeckie		religijne			
20–25	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
25–30	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
30–35	3	8,6	1	33,3	2	66,7		
35–40	2	5,3	1	50,0	1	50,0		
40–45	4	8,0	1	25,0	3	75,0		
45–50	5	9,6	2	40,0	3	60,0		
50–55	6	13,3	2	33,3	4	66,7		
55–60	5	11,6	2	40,0	3	60,0		

Wartości statystyczne:  $\chi^2$  Pearsona = 20,58208,  $df = 42$ ,  $V - \text{Cramera} = 0,1065775$ ,  $p = 0,99778$ ,  $\alpha = 0,05(H_0)$ ,  $\alpha = 0,01(H_0)$ .

Źródło: Opracowanie własne.

Wartości witalne były najistotniejsze dla osób między 25. a 30. rokiem życia, mniej ważne zaś dla osób w wieku 55–60 lat. Widoczne jest to również w podskali wartości witalnych: sprawność i siła fizyczna są najistotniejsze między 20. a 30. rokiem życia. Wynika to zapewne z przywiązywania przez osoby młode, jak i starsze większej uwagi do kondycji ciała niż osoby w okresie średniej dorosłości. Ciekawe, że wartości prawdy istotne są zwłaszcza dla osób między 50. a 55. rokiem życia. Związane to może być z uzyskaniem tzw. mądrości wieku dojrzałego. Na uwagę zasługuje spostrzeżenie, że wartości święte najczęściej

deklarowane są przez respondentów między 45. a 60. rokiem życia, a odzwierciedlają się w największym stopniu w wartościach religijnych. Wynika to prawdopodobnie ze wzrostu stopnia religijności ludzi w miarę upływu lat.

W toku dalszych rozważań przedstawiony zostanie wpływ wykształcenia na deklarowaną przez respondentów hierarchię wartości. Z analizy zebranego materiału empirycznego przedstawionego w tabeli 5 wynika, że niezależnie od wykształcenia najistotniejsze dla respondentów są wartości hedonistyczne, przy czym można zauważyć, że osoby z wykształceniem licencjackim (70,5%;  $N=43$ ) tylko nieznacznie częściej aniżeli osoby z wykształceniem zawodowym czy średnim wybierają wspomniane wartości, zaś osoby z wykształceniem podstawowym czynią to nieco rzadziej (51,2%;  $N=21$ ) w porównaniu do pozostałych grup badanych.

Tabela 5

*Hierarchia wartości w czasie rozpoczęcia rehabilitacji w zależności od wykształcenia badanych*

Wykształcenie	Hedonistyczne		Witalne		sprawność i siła fiz.		wytrzymłość	
	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]
Podstawowe	21	51,2	6	14,6	5	83,3	1	16,7
Zawodowe	35	66,0	9	17,0	7	77,8	2	22,2
Średnie	41	60,3	13	19,1	12	92,3	1	7,7
Licencjackie	43	70,5	2	3,3	2	100,0	0	0,0
Wyższe	40	50,6	15	19,0	14	93,3	1	6,7
	Estetyczne		Prawdy		Moralne			
Podstawowe	0	0,0	2	4,9	6	14,6		
Zawodowe	1	1,9	1	1,9	2	3,8		
Średnie	3	4,4	3	4,4	3	4,4		
Licencjackie	6	9,8	4	6,6	2	3,3		
Wyższe	10	12,7	7	8,9	2	2,5		
	Święte		świeckie		religijne			
Podstawowe	6	14,6	2	33,3	4	66,7		
Zawodowe	5	9,4	1	20,0	4	80,0		
Średnie	5	7,4	1	20,0	4	80,0		
Licencjackie	4	6,6	1	25,0	3	75,0		
Wyższe	5	6,3	4	80,0	1	20,0		

Wartości statystyczne:  $\chi^2$  Pearsona = 40,40324,  $df = 24$ ,  $V - Cramera = 0,1828835$ ,  $p = 0,01937$ ,  $\alpha = 0,05(H_1)$ ,  $\alpha = 0,01(H_0)$ .

Źródło: Opracowanie własne.

Znacznie rzadziej wybierane są wartości witalne, chociaż ankietowani z wykształceniem średnim i wyższym stawiają je wyżej w hierarchii wartości niż osoby z wykształceniem zawodowym i podstawowym, co wskazuje na to, że

osoby z najniższym stopniem wykształcenia nie zwracają uwagi na sprawność fizyczną i wytrzymałość. Potwierdzają to również wyniki zawarte w podskali wartości witalnych, z których wynika, że tylko 14,6% ( $N=6$ ) osób z wykształceniem podstawowym wybrało sprawność fizyczną i wytrzymałość jako wartość. Zaskakujące jest to, że dla ankietowanych z wykształceniem licencjackim wartości witalne przedstawiają najmniejsze znaczenie – jak gdyby „zawieszeni” pomiędzy wykształceniem średnim a wyższym mieli problem z docenieniem sprawności, siły fizycznej i wytrzymałości. Z kolei osoby z wykształceniem wyższym częściej deklarują wybór wartości estetycznych, zwracając uwagę na elegancję, gustowność, harmonię czy uporządkowanie. Należy przy tym wspomnieć, że ankietowani z wykształceniem niskim (od podstawowego do średniego) praktycznie w ogóle nie zwracają uwagi na wartości estetyczne (wykształcenie podstawowe  $N=0$ ; zawodowe 1,9%:  $N=1$ , średnie 4,4%,  $N=3$ ).

Wartości prawdy najwyżej oceniane są przez osoby z wykształceniem wyższym i licencjackim. Prawdopodobnie jest to uwarunkowane większą niżeli u pozostałych wrażliwością na inteligencję, mądrość, wiedzę czy szerokie horyzonty umysłowe. Co ciekawe, tylko osoby z wykształceniem podstawowym wskazują na wartości moralne, w tym: dobroć, honor, rzetelność, szczerść czy uczciwość. Dla pozostałych grup wartości moralne wydają się być mało istotne, co należałoby tłumaczyć w kategoriach socjologicznych i ekonomicznych. Na dogłębną analizę zasługują wartości święte, utrzymujące się w każdej grupie respondentów na jednakowym, w miarę wysokim poziomie, co świadczy o tym, że w każdej grupie wartości takie, jak: Bóg, wiara, zbawienie czy życie wieczne są bardzo istotne i ważne bez względu na poziom wykształcenia. Nasuwa się wniosek, że hierarchia wartości religijnych nie ma nic wspólnego z poziomem wykształcenia i wynika z tradycji, a wartości świeckie są tylko w nieco większym stopniu istotne dla osób z wykształceniem wyższym.

Zebrany materiał empiryczny wskazuje najistotniejsze dla respondentów wartości – hedonistyczne – niezależnie od wykształcenia. Znacznie rzadziej pojawiają się wartości witalne, przy czym ankietowani z wykształceniem średnim i wyższym stawiają je wyżej w hierarchii wartości niż osoby z wykształceniem zawodowym i podstawowym. Zaskakujące jest jednak to, że dla osób z wykształceniem licencjackim są one najmniej istotne. Osoby z wykształceniem wyższym i licencjackim częściej wybierają wartości estetyczne i prawdy, osoby z niskim wykształceniem czynią to znacznie rzadziej; z wykształceniem podstawowym traktują wartości estetyczne jako zupełnie nieistotne, natomiast w tej grupie na znaczeniu przybierają wartości moralne, które dla pozostałych grup wydają się mało istotne. Wyznawane wartości religijne są niezależne od poziomu wykształcenia, a wartości świeckie są jedynie w nieco większym stopniu istotne dla osób z wykształceniem wyższym. Należy również zauważyć, że rozkład wartości schelerowskich na poziomie mało istotnym

zależy od wykształcenia. Niska wartość współczynnika  $V$  – Cramera ( $V = 0,18$ ) świadczy o praktycznym braku tej zależności.

Spośród 302 przebadanych respondentów 37 było uzależnionych od pomocy innych osób i 265 osób samodzielnych. Zarówno dla jednej, jak i drugiej grupy najważniejsze są wartości hedonistyczne (niesamodzielnymi – 43,2%;  $N=16$ , samodzielni – 61,9%;  $N=164$ ). Nieco niżej, ale również wysoko w porównaniu z innymi wartościami, uplasowały się wartości witalne (niesamodzielnymi – 24,3%;  $N=9$ , samodzielni – 13,6%;  $N=36$ ), co sugeruje, że dla obu grup zdrowie jest równie ważne. Warto też zauważyć, że w podskali wartości witalnych największą wagę stanowią sprawność i siła fizyczna (niesamodzielnymi – 88,9%;  $N=8$ , samodzielni – 88,9%;  $N=36$ ), zaś wytrzymałość była mniej istotna dla obu badanych grup. Na uwagę zasługują wartości święte, które zajmują 3. pozycję w hierarchii ważności w obu grupach ankietowanych (samodzielnymi – 7,5%;  $N=20$ , niesamodzielnymi – 13,5%;  $N=5$ ), z czego najwyższej oceniane są w obu grupach wartości religijne (samodzielnymi – 60%;  $N=12$ , niesamodzielnymi – 80%;  $N=4$ ). Warto jeszcze zaznaczyć, że pozostałe wartości, takie jak: estetyczne, prawdy i moralne, mają znaczenie tylko dla osób samodzielnych (estetyczne – 6,8%;  $N=18$ , prawdy – 5,3%;  $N=14$ , moralne – 4,9%;  $N=13$ ). Dla uzależnionych od pomocy innych nie mają one większego znaczenia. Przyczyn możemy doszukiwać się w tym, iż osoby uzależnione od pomocy innych bardziej nastawione są na odzyskanie zdrowia i przyjemności życiowych niż na wartości estetyczne i prawdy. Uzależnienie od pomocy innych zabiera im to, co w życiu istotne i przyjemne, dlatego w hierarchii ich wartości najwyższej oceniane są te wartości, które związane są z samodzielnością.

Badaczka nurtował jeszcze jeden problem: czy zachodzą różnice w hierarchii wartości i czy są one zależne od oddziały, do którego w chwili przyjęcia kierowany jest pacjent. Każdy oddział cechuje się pewną specyfiką. I tak na Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej znajdują się pacjenci z niepełnosprawnością narządu ruchu z widocznymi dysfunkcjami i uzależnieni od pomocy innych osób, w Oddziale Narządu Ruchu przebywają pacjenci samodzielni, u których niepełnosprawność jest niewidoczna, na Oddziale Chirurgii Ortopedycznej są pacjenci po przebytych zabiegach endoprotezoplastyki stawów biodrowych i kolanowych, a także po przebytych zabiegach chirurgicznych w obrębie kręgosłupa. Uwagę zwraca również Oddział Rehabilitacji Diennej, który jest nowością w cyklu rehabilitacji, ponieważ przebywają tam pacjenci tylko w czasie przeprowadzanych zabiegów rehabilitacyjnych. Po zakończonych zabiegach wracają do środowisk rodzinnych. Z analizy zebranego materiału empirycznego zamieszczonego w tabeli 6 wynika, że wszyscy pacjenci najwyższej oceniali wartości hedonistyczne. Na 2. miejscu znalazły się wartości witalne, które oprócz uznanych przez pacjentów Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej ulokowały się równie wysoko. Na wspomnianym oddziale na 2. pozycji uplasowały się wartości święte, zaś wartości witalne – na 3.



T a b e l a 6

*Hierarchia wartości w czasie rozpoczęcia rehabilitacji w zależności od oddziału pobytu badanych*

Oddział	Hedonistyczne		Witalne		sprawność i siła fiz.		wytrzymałość	
	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]
I	24	42,1	9	15,8	8	88,9	1	11,1
II	110	75,3	16	11,0	14	87,5	2	12,5
III	19	35,8	14	26,4	13	92,9	1	7,1
IV	27	58,7	6	13,0	5	83,3	1	16,7
	Estetyczne		Prawdy		Moralne			
I	2	3,5	4	7,0	5	8,8		
II	8	5,5	4	2,7	4	2,7		
III	6	11,3	5	9,4	4	7,5		
IV	4	8,7	4	8,7	2	4,3		
	Święte		świeckie		religijne			
I	13	22,8	5	38,5	8	61,5		
II	4	2,7	2	50,0	1	25,0		
III	5	9,4	1	20,0	4	80,0		
IV	3	6,5	1	33,3	2	66,7		

Wartości statystyczne:  $\chi^2$  Pearsona = 50,98892,  $df = 18$ ,  $V - \text{Cramera} = 0,2418402$ ,  $p = 0,00003$ ,  $\alpha = 0,05(H_1)$ ,  $\alpha = 0,01(H_1)$ .

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne.

Taki rozkład odpowiedzi podyktowany jest prawdopodobnie tym, że na Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej przebywają w większości pacjenci, których niesprawność fizyczna jest widoczna, co może być przyczyną zwrócenia większej uwagi na wartości religijne. Co ciekawe, wartości estetyczne są ważne tylko dla pacjentów Oddziału Rehabilitacji Diennej i Chirurgii Ortopedycznej. Prawdopodobnie skutkiem takiego wyboru jest głównie nastawienie pacjentów wymienionych oddziałów na ukrycie widocznej niepełnosprawności swojego ciała, a tym samym poprawę wizerunku własnej osoby. Zaś wśród pacjentów Oddziału Rehabilitacji Diennej zauważalna jest przewaga wartości hedonistycznych i witalnych nad pozostałymi wartościami. Sugeruje to, że pacjenci tego oddziału, przychodząc na rehabilitację, mają za cel powrót do zdrowia i prowadzenie stylu życia sprzed choroby. Należy również zauważyć, że rozkład wartości schelerowskich na poziomie bardzo istotnym zależy od oddziału, na którym przebywa pacjent. Współczynnik  $V - \text{Cramera}$  ( $V = 0,24$ ) świadczy o tym, że zależność ta jest wyraźna, lecz niska.

Kończąc rozważania na temat indywidualnej hierarchii wartości osób rozpoczynających proces rehabilitacji, można stwierdzić, że dla wszystkich przeanalizowanych grup najważniejsze są wartości hedonistyczne, a zaraz za nimi wartości witalne, z których najistotniejsze dla jednostki są sprawność i siła fizyczna,

a dla mężczyzn również wytrzymałość. Tę opcję najczęściej wybierały osoby w wieku od 40. do 45. roku życia, z wykształceniem wyższym i z Oddziału II Rehabilitacji Narządu Ruchu. Mniejszą wagę przywiązują do wartości świętych, a wśród nich do wartości religijnych. Tak wybierały najczęściej kobiety, osoby w wieku od 50. do 60. roku życia, z wykształceniem podstawowym, i z Oddziału I Rehabilitacji Ogólnoustrojowej. Pozostałe wartości, takie jak: estetyczne, prawdy, moralne nie zaliczają się do wartości istotnych dla jednostek rozpoczynających proces rehabilitacji. Wnioski te potwierdzają przyjętą w niniejszej publikacji hipotezę, że w chwili rozpoczęcia rehabilitacji pacjenci jako główne wymieniają wartości hedonistyczne. Warto zaznaczyć, że choć znacznie rzadziej, jednak jako istotne pojawiają się również wartości witalne.

## **5.2. Indywidualna hierarchia wartości po zakończeniu rehabilitacji**

Indywidualna hierarchia wartości zarówno przed, jak i po zakończeniu procesu rehabilitacji została przeanalizowana Skalą Wartości Schelerowskich. Zebrany materiał empiryczny przeanalizowano pod kątem płci pacjentów. Przebadano 184 kobiety i 118 mężczyzn. Kobiety jako najważniejsze wybrały wartości hedonistyczne (33,2%;  $N=61$ ), blisko za nimi uplasowały się wartości witalne (23,9%;  $N=44$ ), a wśród nich najważniejsze okazały się sprawność i siła fizyczna (93,2%;  $N=41$ ). Nieco niższe miejsce zajęły wartości święte (16,8%;  $N=31$ ), a szczególnie wartości religijne (9,3%;  $N=28$ ). Znacznie mniejsze znaczenie, aczkolwiek statystycznie istotne, mają wartości moralne (11,4%;  $N=21$ ). Pozostałe wartości: estetyczne i prawdy, plasują się na podobnym, niskim poziomie (prawdy 8,2%;  $N=15$ , estetyczne 6,5%;  $N=12$ ). Zaskakujący jest fakt, że u kobiet wartości takie jak: elegancja, uporządkowanie czy gustowność, z których słyną kobiety, ułożyły się niżej niż sprawność fizyczna, która wydaje się domeną mężczyzn. Wynika z tego, że rehabilitacja ma wpływ na zmianę wartości u kobiet, a wartości przypisywane głównie mężczyznom pod wpływem procesu rehabilitacji stają się również istotne i dla kobiet.

U mężczyzn, podobnie jak u kobiet, najwyższej cenie są wartości hedonistyczne (44,1%;  $N=52$ ) oraz wartości witalne (34,7%;  $N=41$ ). Aczkolwiek – w przeciwieństwie do kobiet – oprócz sprawności fizycznej (85,4%;  $N=35$ ) również istotna okazała się wytrzymałość (14,6%;  $N=6$ ), co tylko potwierdza tezę, iż mężczyźni, oprócz sprawności fizycznej, stawiają na wytrzymałość i odporność fizyczną. Podobnie jak u kobiet 3. miejsce zajmują u nich wartości święte (11,9%;  $N=14$ ), zarówno religijne (57,1%;  $N=8$ ), jak i świeckie (42,9%;  $N=6$ ), chociaż wydawałoby się, że wartości religijne dominują u kobiet. Nasuwa się stwierdzenie, że zakończony proces rehabilitacji ma istotne znaczenie w zmianie hierarchii

ważności wartości religijnych u mężczyzn. Pozostałe wartości, takie jak: prawdy (5,1%;  $N=6$ ) i moralne (3,4%;  $N=4$ ), znalazły się na podobnie niskim poziomie, zaś wartości estetyczne (0,8%;  $N=1$ ) nie mają dla mężczyzn niemal żadnego znaczenia. Wydaje się to oczywiste, ponieważ mężczyźni, w odróżnieniu do kobiet, nie przywiązują większej uwagi do wartości estetycznych.

Interpretując wyniki hierarchii wartości po zakończonym procesie rehabilitacji, za istotny statystycznie uznano wiek pacjentów. Analiza zebranego materiału przedstawiona w tabeli 7 wskazuje, że w każdej grupie wiekowej najwyżej oceniane są wartości hedonistyczne i witalne. Na uwagę zasługuje grupa między 45. a 50. rokiem życia, w której wartości te są na jednym poziomie istotności. W pozostałych grupach wiekowych występuje minimalna różnica wskazująca jako ważniejsze wartości hedonistyczne, a zaraz po nich wartości witalne. Wyniki przedstawione w tabeli wskazują również, że wśród wartości witalnych ważna dla każdej z grup wiekowych jest sprawność i siła fizyczna. W pozostałych grupach wartości estetyczne, moralne i prawdy są na podobnym poziomie ważności, oprócz wartości świętych, które w grupie wiekowej między 45. a 60. rokiem życia są na podobnym, w miarę wysokim poziomie, tak jak wartości hedonistyczne i witalne. Wartości święte również wysoko wskazywane są grupie wiekowej między 50. a 55. rokiem życia, przy czym najwyżej oceniane są wartości religijne, a świeckie na minimalnym poziomie. Wyniki te wskazują, że osoby w tym wieku bacznie zwracają uwagę na wartości duchowe, a pozostałe zaczynają zanikać lub znacznie się zmniejszać.

Tabela 7

*Hierarchia wartości po zakończeniu rehabilitacji w zależności od wieku badanych*

Przedziały wiekowe	Hedonistyczne		Witalne		sprawność i siła fiz.		wytrzymałość	
	$N$	[%]	$N$	[%]	$N$	[%]	$N$	[%]
20–25	7	35,0	6	30,0	5	83,3	1	16,7
25–30	10	52,6	6	31,6	5	83,3	1	16,7
30–35	14	40,0	11	31,4	9	81,8	2	18,2
35–40	16	42,1	11	28,9	10	90,9	1	9,1
40–45	21	42,0	16	32,0	15	93,8	1	6,3
45–50	17	32,7	16	30,8	15	93,8	1	6,3
50–55	13	28,9	11	24,4	10	90,9	1	9,1
55–60	15	34,9	8	18,6	7	87,5	1	12,5
	Estetyczne		Prawdy		Moralne			
20–25	2	10,0	1	5,0	2	10,0		
25–30	0	0,0	1	5,3	2	10,5		
30–35	2	5,7	2	5,7	2	5,7		
35–40	2	5,3	4	10,5	2	5,3		
40–45	2	4,0	3	6,0	3	6,0		

cd. tab. 7

Przedziały wiekowe	Hedonistyczne		Witalne		sprawność i siła fiz.		wytrzymałość	
	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]
45–50	2	3,8	2	3,8	6	11,5		
50–55	1	2,2	4	8,9	4	8,9		
55–60	2	4,7	4	9,3	4	9,3		
	Święte		świeckie		religijne			
20–25	2	10,0	0	0,0	2	100,0		
25–30	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
30–35	4	11,4	1	25,0	3	75,0		
35–40	3	7,9	1	33,3	2	66,7		
40–45	5	10,0	1	20,0	4	80,0		
45–50	9	17,3	2	22,2	7	77,8		
50–55	12	26,7	1	8,3	11	91,7		
55–60	10	23,3	3	30,0	7	70,0		

Wartości statystyczne:  $\chi^2$  Pearsona = 27,90732,  $df = 42$ ,  $V - \text{Cramera} = 0,1241023$ ,  $p = 0,95338$ ,  $\alpha = 0,05(H_1)$ ,  $\alpha = 0,01(H_1)$ .

Źródło: Opracowanie własne.

Na uwagę zasługuje grupa między 45. a 50. rokiem życia, w której omawiane wartości są na jednym poziomie istotności. W pozostałych grupach wiekowych występuje minimalna różnica wskazująca jako ważniejsze wartości hedonistyczne, a zaraz po nich wartości witalne. Wyniki przedstawione w tabeli wskazują również, że wśród wartości witalnych ważna dla każdej z grup wiekowych jest sprawność i siła fizyczna. W pozostałych grupach wartości estetyczne, moralne i prawdy są na podobnym poziomie ważności, oprócz wartości świętych, które w grupie wiekowej między 45. a 60. rokiem życia są na podobnym, w miarę wysokim poziomie, tak jak wartości hedonistyczne i witalne. Wartości święte również wysoko wskazywane są grupie wiekowej między 50. a 55. rokiem życia, przy czym najwyżej oceniane są wartości religijne, a świeckie na minimalnym poziomie. Wyniki te wskazują, że osoby w tym wieku bacznie zwracają uwagę na wartości duchowe, a pozostałe zaczynają zanikać lub znacznie się zmniejszać. Sugeruje to, że proces rehabilitacji w istotny sposób wpływa na wzrost wartości witalnych oraz na wzrost wartości duchowych. Przepuszczalnie spowodowane jest to zbliżającym się przejściem z okresu późnej dorosłości do okresu starości. Natomiast dla osób między 25. a 30. rokiem życia wartości estetyczne i święte nie mają żadnego znaczenia. Prawdopodobnie powodem tego stanu jest przywiązywanie istotnej uwagi przez osoby w okresie wczesnej dorosłości do korzystania z przyjemności życia, w związku z czym pozostałe wartości są dla nich mało znaczące.

Analizując hierarchię wartości po zakończeniu rehabilitacji, należy także zwrócić uwagę na wpływ, jaki wywiera na nią wykształcenie badanych. Wy-

niki tej analizy przedstawia tabela 8. Rozkład wartości jest niezależny od wykształcenia ( $p = 0,0595$ , a więc w zasadzie jest na pograniczu odrzucenia  $H_0$  na korzyść  $H_1$ ) i jak w każdej z wymienionych grup wartości hedonistyczne i witalne są wartościami przodującymi; nieco poniżej znajdują się wartości święte, a w ich obrębie widoczne są głównie wartości religijne.

Tabela 8

*Hierarchia wartości po zakończeniu rehabilitacji w zależności od wykształcenia badanych*

Wykształcenie	Hedonistyczne		Witalne		sprawność i siła fiz.		wytrzymałość	
	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]
Podstawowe	15	36,6	10	24,4	8	80,0	2	20,0
Zawodowe	23	43,4	17	32,1	16	94,1	1	5,9
Średnie	29	42,6	19	27,9	16	84,2	3	15,8
Licencjackie	25	41,0	15	24,6	14	93,3	1	6,7
Wyższe	21	26,6	24	30,4	23	95,8	1	4,2
	Estetyczne		Prawdy		Moralne			
Podstawowe	0	0,0	2	4,9	6	14,6		
Zawodowe	0	0,0	1	1,9	1	1,9		
Średnie	5	7,4	3	4,4	3	4,4		
Licencjackie	5	8,2	6	9,8	2	3,3		
Wyższe	3	3,8	9	11,4	13	16,5		
	Święte		świeckie		religijne			
Podstawowe	8	19,5	0	0,0	8	100,0		
Zawodowe	11	20,8	0	0,0	11	100,0		
Średnie	9	13,2	3	33,3	6	66,7		
Licencjackie	8	13,1	2	25,0	6	75,0		
Wyższe	9	11,4	4	44,4	5	55,6		

Wartości statystyczne:  $\chi^2$  Pearsona = 44,92514,  $df = 24$ ,  $V - Cramera = 0,1928463$ ,  $p = 0,00595$ ,  $\alpha = 0,05(H_0)$ ,  $\alpha = 0,01(H_0)$ .

Źródło: Opracowanie własne.

Można zauważyć, że badane wartości są we wszystkich grupach wiekowych na podobnym poziomie istotności, wyjątek stanowią tutaj osoby z wykształceniem zawodowym. W tej grupie wartości religijne pozostają niemal na jednym poziomie z grupą wartości hedonistycznych i witalnych, co sugeruje, że dla grupy osób z wykształceniem zawodowym wartości hedonistyczne, witalne i religijne mają takie same znaczenie w indywidualnej hierarchii wartości. W innej grupie takiego związku nie zaobserwowano. Wyjątek stanowią osoby z wykształceniem wyższym, u których wartości moralne plasują się na 3. miejscu po hedonistycznych i witalnych. Sugeruje to, iż jednostki z wykształceniem wyższym stawiają przyjemności, zdrowie i uczciwość na jednym poziomie ważności, a wartości duchowe są dla nich istotne w dalszej kolejności. Należy też zwrócić uwagę na mało istotne dla każdej z grup wartości estetycz-

ne i prawdy, a w grupie osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym nie przypisano im żadnego znaczenia. Nasuwa się wniosek, że osoby z niskim wykształceniem nie uwzględniają w swoich celach życiowych wartości takich jak elegancja czy inteligencja.

W grupie osób uzależnionych i nieuzależnionych od pomocy innych osób dominują wartości hedonistyczne (uzależnieni 27%;  $N=10$ , nieuzależnieni 38,9%;  $N=103$ ), witalne (uzależnieni 32,4%;  $N=12$ , nieuzależnieni 27,5%;  $N=73$ ) i święte (uzależnieni 24,3%;  $N=9$ , nieuzależnieni 13,6%;  $N=36$ ). Przy czym wartości świeckie mają niewielkie znaczenie wśród nieuzależnionych od pomocy innych osób (25%;  $N=9$ ), a wartości religijne stoją wysoko w hierarchii wartości świętych (75%;  $N=27$ ). Wartości estetyczne, prawdy i moralne nie mają żadnego znaczenia dla osób niesamodzielnych. Przymusjonalnie każdy człowiek uzależniony od pomocy innych poszukuje wartości, które pozwoliłyby mu uniezależnić się od innych, a wspomniane wartości nie są mu do tego potrzebne. W grupie osób nieuzależnionych wartości estetyczne, prawdy i moralne plasują się na jednakowym poziomie, co nasuwa wniosek, że u jednostek samodzielnych w codziennej egzystencji zakończony proces rehabilitacji wpływa na podniesienie znaczenia wspomnianych wartości.

Analiza hierarchii wartości po zakończonej rehabilitacji z uwzględnieniem przebywania pacjentów na oddziałach rehabilitacyjnych przedstawiona jest w tabeli 9.

Tabela 9

*Hierarchia wartości w czasie rozpoczęcia rehabilitacji w zależności od oddziału pobytu badanych*

Oddział	Hedonistyczne		Witalne		sprawność i siła fiz.		wytrzymałość	
	$N$	[%]	$N$	[%]	$N$	[%]	$N$	[%]
I	12	21,1	15	26,3	14	93,3	1	6,7
II	69	47,3	39	26,7	36	92,3	3	7,7
III	10	18,9	22	41,5	19	86,4	3	13,6
IV	22	47,8	9	19,6	7	77,8	2	22,2
	Estetyczne		Prawdy		Moralne			
I	0	0,0	4	7,0	9	15,8		
II	6	4,1	6	4,1	10	6,8		
III	3	5,7	7	13,2	4	7,5		
IV	4	8,7	4	8,7	2	4,3		
	Święte		świeckie		religijne			
I	17	29,8	3	17,6	14	82,4		
II	16	11,0	2	12,5	14	87,5		
III	7	13,2	2	28,6	5	71,4		
IV	5	10,9	2	40,0	3	60,0		

Wartości statystyczne:  $\chi^2$  Pearsona = 45,95153,  $df = 18$ ,  $V - Cramera = 0,2252091$ ,  $p = 0,00030$ ,  $\alpha = 0,05(H_1)$ ,  $\alpha = 0,01(H_1)$ .

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela wskazuje na bardzo istotny poziom rozkładu wartości schelerowskich. Współczynnik  $V$  – Cramera ( $V = 0,23$ ) świadczy o tym, że zależność ta jest wyraźna, lecz niska. Pacjenci przebywający na wszystkich badanych oddziałach zgodnie wskazują jako nadrzędne wartości hedonistyczne i witalne. Tylko na Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej widoczna jest dominacja wartości witalnych nad hedonistycznymi, co prawdopodobnie związane jest ze specyfiką oddziału, w którym przebywają pacjenci z widoczną niepełnosprawnością – dla nich istotne i najważniejsze jest zdrowie. Jest to oczywiste i zrozumiałe, bo każda jednostka z widocznym zaburzeniem funkcjonowania fizycznego za nadrzędny cel stawia powrót do normalności w sferze dysfunkcyjnej. Wartości święte zajmują 3. miejsce pod względem ważności, zwłaszcza wśród pacjentów Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej i Oddziału Rehabilitacji Narządu Ruchu. Wydaje się, że na oddziałach, w których rehabilitacja jest długotrwała, wartości święte są przypuszczalnie postrzegane jako pomocne w oczekiwaniu na zadziałanie efektów procesu rehabilitacji.

Reasumując rozważania na temat indywidualnej hierarchii wartości po zakończonym procesie rehabilitacji, można stwierdzić, że w każdej z opisanych grup najwyżej oceniane okazały się wartości hedonistyczne i witalne. Wartości święte, głównie religijne, znalazły się również na wysokim miejscu. Zakończony proces rehabilitacji znacząco wpłynął na zrównanie się w poziomie ważności wartości hedonistycznych i witalnych, a także wyróżnił jako istotne wartości święte.

### 5.3. Zmiana hierarchii wartości pod wpływem procesu rehabilitacji

Zmiana zapowiedziana tytułem podrozdziału została przeanalizowana pod kątem płci pacjentów. W tym celu posłużono się Skalą Wartości Schelerowskich i porównano indywidualne wartości respondentów przed rozpoczęciem rehabilitacji i po jej zakończeniu, a wyniki umieszczono w tabeli 10.

Wśród kobiet proces rehabilitacji znacznie wpłynął na obniżenie znaczenia wartości hedonistycznych na rzecz wartości witalnych, w tym głównie na sprawność i siłę fizyczną. Taka zmiana objęła prawie połowę respondentek. Nasuwa się wniosek, że pod wpływem procesu rehabilitacji pacjentki zmieniają wartości przyjemnościowe na rzecz wartości zdrowia. Zauważalny jest również wzrost wartości świętych, a szczególnie religijnych, z czego wynika następny wniosek – proces rehabilitacji wpływa na zwiększenie się znaczenia wartości religijno-duchowych. Na uwagę zasługują również wartości moralne, które uplasowały się na 4. miejscu w hierarchii ważności, co wskazuje na to, że pacjenci po przebytych procesie rehabilitacji zwracają uwagę na: dobroć,

miłość bliźniego, pomaganie innym, szczerść, życzliwość czy uprzejmość. W wyznawaniu tych wartościach dominują kobiety, a po przebytej rehabilitacji w indywidualnej hierarchii widoczny jest dalszy wzrost owych wartości. Oceniając wartości estetyczne, zauważa się, że i w tym zakresie występuje ich wzrost, co pozwala przypuszczać, że kobiety po zakończonej rehabilitacji przykładają większą uwagę do wartości estetycznych i uporządkowania, kosztem zmniejszenia wartości posiadania czy wygody. Nieco mniej wzrosły wartości prawdy, widoczne głównie u kobiet, aczkolwiek również i ich wybór uległ zwiększeniu kosztem wartości hedonistycznych.

T a b e l a 10

*Zmiany w hierarchii wartości w zależności od płci badanych*

Płeć	Hedonistyczne																		
	przed reh.		po reh.		różnica														
	N	[%]	N	[%]	N	[%]													
Kobiety	102	55,4	61	33,2	41	22,2													
Mężczyźni	78	66,1	52	44,1	26	22,0													
	Witalne						sprawność i siła fizyczna						wytrzymałość						
	przed reh.		po reh.		różnica		przed reh.		po reh.		różnica		przed reh.		po reh.		różnica		
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	[%]	N	[%]	N	[%]	N
Kobiety	25	13,6	44	23,9	-19	-10,3	24	96,0	41	93,2	-17	2,8	1	4,0	3	6,8	-2	-2,8	
Mężczyźni	20	16,9	41	34,7	-21	-17,8	16	80,0	35	85,4	-19	-5,4	4	20,0	6	14,6	-2	5,4	
	Estetyczne						Prawdy						Moralne						
	Kobiety	18	9,8	12	6,5	6	3,3	11	6,0	15	8,2	-4	-2,2	12	6,5	21	11,4	-9	-4,9
	Mężczyźni	2	1,7	1	0,8	1	0,8	6	5,1	6	5,1	0	0,0	3	2,5	4	3,4	-1	-0,8
	Święte						świeckie						religijne						
	Kobiety	16	8,7	31	16,8	-15	-8,2	3	18,8	3	9,7	0	9,1	13	81,3	28	90,3	-15	-9,1
	Mężczyźni	9	7,6	14	11,9	-5	-4,2	6	66,7	6	42,9	0	23,8	3	33,3	8	57,1	-5	-23,8

Źródło: Opracowanie własne.

Proces rehabilitacji u kobiet ogromnie wpływa na przewartościowanie hierarchii – z wartości hedonistycznych na korzyść wartości witalnych, a następnie na rzecz wartości świętych, moralnych, estetycznych i prawdy. Kobiety po przebytych procesie rehabilitacji zwracają baczniejszą uwagę na zdrowie, szczególnie zaś na sprawność i siłę fizyczną. U mężczyzn również zauważa się spadek zainteresowania wartościami hedonistycznymi na rzecz wartości witalnych, głównie sprawności i siły fizycznej, a także zwiększenie wytrzymałości. Ponadto na uwagę zasługuje wzrost wartości świętych, a szczególnie religijnych, co nasuwa wniosek, że proces rehabilitacji u mężczyzn przyczynia się do zwrócenia uwagi na wartości duchowe. Pozostałe wartości nie uległy istotnym zmianom i zajmują niską pozycję. U mężczyzn proces rehabilitacji powoduje zmniejszenie się wartości hedonistycznych i wzrost wartości wital-



nych i religijnych, co wskazuje na ich ogromny wpływ na zdrowie i duchowość mężczyzn.

Analizując zmiany w hierarchii wartości pod wpływem procesu rehabilitacji, za istotny uznano również wiek respondentów. Z analizy zebranego materiału empirycznego umieszczonego w tabeli 11 wynika, że we wszystkich grupach wiekowych stwierdza się spadek wartości hedonistycznych, natomiast obserwowany jest wzrost w wartościach witalnych. Podskale czynnikowe pokazują duży wzrost w zakresie sprawności i siły fizycznej. Badania te pozwalają przypuszczać, że proces rehabilitacji ma zdecydowany wpływ na ukierunkowanie pacjentów na wartości zdrowia, co daje się zaobserwować w każdej grupie wiekowej. Badani uświadamiają sobie, że zdrowie jest wartością najważniejszą. Po wartościach witalnych 2. miejsce zajmują wartości święte, a w podskali czynnikowej wyróżniają się wartości religijne.

Jedyną grupą wiekową, dla której wartości święte nie mają znaczenia, to grupa między 25. a 30. rokiem życia. Można to tłumaczyć tym, że w okresie wczesnej dorosłości sprawy duchowe są na etapie indywidualnych poszukiwań życiowej drogi, celów, świadomego wyboru światopoglądu. Ale również nie można nie zauważyć, że w grupie między 20. a 25. rokiem życia wartości święte zyskują minimalnie na znaczeniu, co sugeruje, że i w tym okresie wiekowym są jednostki, dla których etap rozwijania w sobie wartości duchowych jest istotny. Na uwagę zasługują również wartości estetyczne, które prawie w każdej grupie wiekowej uległy spadkowi, co sugeruje, że proces rehabilitacji w mniejszym stopniu wpływa na zmianę takich wartości jak: elegancja czy uporządkowanie; jest to zrozumiałe, zważywszy na ocenę ważności sprawności narządu ruchu. Pozostałe wartości – prawdy i moralne utrzymują się na podobnym poziomie ważności. Można jedynie zauważyć niewielki wzrost wartości moralnych, szczególnie w grupie wiekowej między 40. a 60. rokiem życia, co nasuwa przypuszczenie, że w okresie średniej i późnej dorosłości takie wartości jak dobroć i pomaganie innym są związane z uzyskaniem „mądrości wieku dojrzałego”.

Proces rehabilitacji zmniejsza zatem wartości hedonistyczne na rzecz wartości witalnych i duchowych w każdej grupie wiekowej, a stwierdzenia, że zdrowie i duchowość są domeną ludzi starych, w analizie tych wyników okazują się nieprawdziwe. Stąd wniosek, że indywidualne wartości mogą zostać zmienione w każdej grupie wiekowej, a proces rehabilitacji ma na tę zmianę poważny wpływ.

Tabela 11

## Zmiany w hierarchii wartości według wieku badanych

Prze- działy wiek- owe	Hedonistyczne																	
	przed reh.		po reh.		różnica													
	N	[%]	N	[%]	N	[%]												
20–25	11	55,0	7	35,0	4	20,0												
25–30	11	57,9	10	52,6	1	5,3												
30–35	21	60,0	14	40,0	7	20,0												
35–40	23	60,5	16	42,1	7	18,4												
40–45	34	68,0	21	42,0	13	26,0												
45–50	30	57,7	17	32,7	13	25,0												
50–55	25	55,6	13	28,9	12	26,7												
55–60	25	58,1	15	34,9	10	23,3												
	Witalne						sprawność i siła fizyczna						wytrzymałość					
	przed reh.		po reh.		różnica		przed reh.		po reh.		różnica		przed reh.		po reh.		różnica	
	N	[%]	N	N	[%]	N	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
20–25	4	20,0	6	30,0	-2	-10,0	4	100,0	5	83,3	-1	16,7	0	0,0	1	16,7	-1	-16,7
25–30	5	26,3	6	31,6	-1	-5,3	5	100,0	5	83,3	0	16,7	0	0,0	1	16,7	-1	-16,7
30–35	6	17,1	11	31,4	-5	-14,3	5	83,3	9	81,8	-4	1,5	1	16,7	2	18,2	-1	-1,5
35–40	6	15,8	11	28,9	-5	-13,2	6	100,0	10	90,9	-4	9,1	0	0,0	1	9,1	-1	-9,1
40–45	6	12,0	16	32,0	-10	-20,0	4	66,7	15	93,8	-11	-27,1	2	33,3	1	6,3	1	27,1
45–50	9	17,3	16	30,8	-7	-13,5	8	88,9	15	93,8	-7	-4,9	1	11,1	1	6,3	0	4,9
50–55	5	11,1	11	24,4	-6	-13,3	4	80,0	10	90,9	-6	-10,9	1	20,0	1	9,1	0	10,9
55–60	4	9,3	8	18,6	-4	-9,3	4	100,0	7	87,5	-3	12,5	0	0,0	1	12,5	-1	-12,5
	Estetyczne						Prawdy						Moralne					
	przed reh.		po reh.		różnica		przed reh.		po reh.		różnica		przed reh.		po reh.		różnica	
	N	[%]	N	N	[%]	N	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
20–25	3	15,0	2	10,0	1	5,0	0	0,0	1	5,0	-1	-5,0	2	10,0	2	10,0	0	0,0
25–30	1	5,3	0	0,0	1	5,3	1	5,3	1	5,3	0	0,0	1	5,3	2	10,5	-1	-5,3
30–35	2	5,7	2	5,7	0	0,0	1	2,9	2	5,7	-1	-2,9	2	5,7	2	5,7	0	0,0
35–40	3	7,9	2	5,3	1	2,6	2	5,3	4	10,5	-2	-5,3	2	5,3	2	5,3	0	0,0
40–45	3	6,0	2	4,0	1	2,0	2	4,0	3	6,0	-1	-2,0	1	2,0	3	6,0	-2	-4,0
45–50	3	5,8	2	3,8	1	1,9	3	5,8	2	3,8	1	1,9	2	3,8	6	11,5	-4	-7,7
50–55	2	4,4	1	2,2	1	2,2	5	11,1	4	8,9	1	2,2	2	4,4	4	8,9	-2	-4,4
55–60	3	7,0	2	4,7	1	2,3	3	7,0	4	9,3	-1	-2,3	3	7,0	4	9,3	-1	-2,3
	Święte						świeckie						religijne					
	przed reh.		po reh.		różnica		przed reh.		po reh.		różnica		przed reh.		po reh.		różnica	
	N	[%]	N	N	[%]	N	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
20–25	0	0,0	2	10,0	-2	-10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	-2	-100,0
25–30	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
30–35	3	8,6	4	11,4	-1	-2,9	1	33,3	1	25,0	0	8,3	2	66,7	3	75,0	-1	-8,3
35–40	2	5,3	3	7,9	-1	-2,6	1	50,0	1	33,3	0	16,7	1	50,0	2	66,7	-1	-16,7
40–45	4	8,0	5	10,0	-1	-2,0	1	25,0	1	20,0	0	5,0	3	75,0	4	80,0	-1	-5,0
45–50	5	9,6	9	17,3	-4	-7,7	2	40,0	2	22,2	0	17,8	3	60,0	7	77,8	-4	-17,8
50–55	6	13,3	12	26,7	-6	-13,3	2	33,3	1	8,3	1	25,0	4	66,7	11	91,7	-7	-25,0
55–60	5	11,6	10	23,3	-5	-11,6	2	40,0	3	30,0	-1	10,0	3	60,0	7	70,0	-4	-10,0

Źródło: Opracowanie własne.

Za istotną stwierdzono również analizę zmiany hierarchii wartości pod wpływem rehabilitacji z uwzględnieniem wykształcenia ankietowanych, która przedstawiona jest w tabeli 12. Wynika z niej, że niezależnie od wykształcenia zmniejszeniu uległa istotność wartości hedonistycznych. Na 1. miejscu pod względem ważności uplasowały się wartości witalne, zwłaszcza sprawność i siła fizyczna. Największy wzrost zaobserwowano u osób z wykształceniem licencjackim i wyższym, co wskazuje na to, że proces rehabilitacji ogromnie wpływa na tę grupę, uświadamiając im rolę fizycznej aktywności. Następne pod względem wzrostu są wartości święte, zwłaszcza wartości religijne. Najwyżej oceniane były w grupie osób z wykształceniem zawodowym, a nieco niżej w grupie osób z wykształceniem podstawowym. W pozostałych grupach utrzymują się na jednym poziomie.

T a b e l a 12

*Zmiany w hierarchii wartości według wykształcenia badanych*

Wykształcenie	Hedonistyczne																	
	przed reh.		po reh.		różnica													
	N	[%]	N	%	N	[%]												
Podstawowe	21	51,2	15	36,6	6	14,6												
Zawodowe	35	66,0	23	43,4	12	22,6												
Średnie	41	60,3	29	42,6	12	17,6												
Licencjackie	43	70,5	25	41,0	18	29,5												
Wyższe	40	50,6	21	26,6	19	24,1												
	Witalne						sprawność i siła fizyczna						wytrzymałość					
	przed reh.		po reh.		różnica		przed reh.		po reh.		różnica		przed reh.		po reh.		różnica	
	N	[%]	N	N	[%]	N	N	[%]	N	%	N	[%]	N	[%]	N	%	N	[%]
Podstawowe	6	14,6	10	24,4	-4	-9,8	5	83,3	8	80,0	-3	3,3	1	16,7	2	20,0	-1	-3,3
Zawodowe	9	17,0	17	32,1	-8	-15,1	7	77,8	16	94,1	-9	-16,3	2	22,2	1	5,9	1	16,3
Średnie	13	19,1	19	27,9	-6	-8,8	12	92,3	16	84,2	-4	8,1	1	7,7	3	15,8	-2	-8,1
Licencjackie	2	3,3	15	24,6	-13	-21,3	2	100,0	14	93,3	-12	6,7	0	0,0	1	6,7	-1	-6,7
Wyższe	15	19,0	24	30,4	-9	-11,4	14	93,3	23	95,8	-9	-2,5	1	6,7	1	4,2	0	2,5
	Estetyczne						Prawdy						Moralne					
	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,9	2	4,9	0	0,0	6	14,6	6	14,6	0	0,0
	1	1,9	0	0,0	1	1,9	1	1,9	1	1,9	0	0,0	2	3,8	1	1,9	1	1,9
Średnie	3	4,4	5	7,4	-2	-2,9	3	4,4	3	4,4	0	0,0	3	4,4	3	4,4	0	0,0
Licencjackie	6	9,8	5	8,2	1	1,6	4	6,6	6	9,8	-2	-3,3	2	3,3	2	3,3	0	0,0
Wyższe	10	12,7	3	3,8	7	8,9	7	8,9	9	11,4	-2	-2,5	2	2,5	13	16,5	-11	-13,9
	Święte						świeckie						religijne					
	6	14,6	8	19,5	-2	-4,9	2	33,3	0	0,0	2	33,3	4	66,7	8	100,0	-4	-33,3
	5	9,4	11	20,8	-6	-11,3	1	20,0	0	0,0	1	20,0	4	80,0	11	100,0	-7	-20,0
Średnie	5	7,4	9	13,2	-4	-5,9	1	20,0	3	33,3	-2	-13,3	4	80,0	6	66,7	-2	13,3
Licencjackie	4	6,6	8	13,1	-4	-6,6	1	25,0	2	25,0	-1	0,0	3	75,0	6	75,0	-3	0,0
Wyższe	5	6,3	9	11,4	-4	-5,1	4	80,0	4	44,4	0	35,6	1	20,0	5	55,6	-4	-35,6

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne.

Bez względu na wykształcenie proces rehabilitacyjny znacznie wpływa na wzrost uduchowienia. Przyczyna zapewne tkwi w tym, że rehabilitacja obniża napięcie mięśniowe, co może zwracać większą uwagę na te wartości, które sprzyjają jak najdłuższemu utrzymaniu tego stanu. Pozostałe wartości w każdej grupie badanych pozostały na podobnym poziomie, oprócz osób z wykształceniem wyższym, u których zauważalny jest spadek wartości estetycznych i wzrost wartości moralnych. Wniosek ten wskazuje, że u jednostek z wykształceniem wyższym zmiany w hierarchii wartości pod wpływem procesu rehabilitacji, oprócz zmian występujących w każdej grupie wykształcenia, powodują dokonanie ponownej oceny wartości estetycznych i uporządkowania na rzecz dobroci, szczerości i uczciwości. Zatem pacjenci po przebytych procesie rehabilitacji stają się lepsi dla siebie i innych.

Analizując wyniki badań empirycznych w grupie osób uzależnionych i nieuzależnionych od pomocy innych osób, zauważamy, że i tu występuje spadek wartości hedonistycznych. Przy czym w grupie osób uzależnionych od pomocy innych osób jest mniejszy (przed reh. 43,2%;  $N=16$ , po reh. 27%;  $N=10$ ) niż w grupie osób samodzielnych (przed reh. 61,9%;  $N=164$ , po reh. 38,9%;  $N=103$ ). Widać, że i w tej grupie wartości witalne są na 1. miejscu pod względem wzrostu znaczenia po przebytych procesie rehabilitacji, ze wskazaniem na sprawność i siłę fizyczną. W następnej kolejności wzrosły wartości święte, a wraz z nimi wartości religijne (uzależnieni 20%;  $N=5$ , nieuzależnieni 15%;  $N=15$ ). Pozostałe, takie jak: estetyczne, prawdy i moralne utrzymywały się w hierarchii na podobnym poziomie.

Można zatem powiedzieć, że – w grupie osób uzależnionych i nieuzależnionych od pomocy innych osób – po przebytych procesie rehabilitacji wartości hedonistyczne, mimo iż w dalszym ciągu są wysokie, ustępują miejsca wartościom zdrowia i świętości.

Na zmiany w hierarchii wartości pod wpływem procesu rehabilitacji wywarły duży wpływ oddziały, w których przebywali badani pacjenci. Wyniki tych badań zamieszczone zostały w tabeli 13. Z analizy tej wynika, że wartości hedonistyczne uległy znacznemu zmniejszeniu. Wartości witalne, a wraz z nimi sprawność i siła fizyczna, na każdym oddziale wysunęły się na 1. miejsce pod względem wzrostu, tylko na Oddziale Rehabilitacji Diennej u nieco mniejszej liczby respondentów. Zapewne jest to spowodowane tylko kilkugodzinnymi zabiegami rehabilitacyjnymi i ten krótki czas przypuszczalnie wiąże się z nieznacznie niższą ich oceną. Nieco mniejszy wzrost obserwuje się w obrębie wartości religijnych ze szczególnym uwzględnieniem wartości świętych, które utrzymują się na podobnym poziomie we wszystkich oddziałach. Pozostałe wartości: estetyczne, prawdy i moralne są porównywalne w granicach ważności na każdym z oddziałów. Wynika z tego, że mają znikome znaczenie w indywidualnej hierarchii wartości.

T a b e l a 13

*Zmiany w hierarchii wartości według miejsca pobytu badanych*

Od- działy	Hedonistyczne					
	przed reh.		po reh.		różnica	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]
I	24	42,1	12	21,1	12	21,0
II	110	75,3	69	47,3	41	28,0
III	19	35,8	10	18,9	9	16,9
IV	27	58,7	22	47,8	5	10,9

	Witalne						sprawność i siła fizyczna						wytrzymałość					
	przed reh.		po reh.		różnica		przed reh.		po reh.		różnica		przed reh.		po reh.		różnica	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
I	9	15,8	15	26,3	-6	-10,5	8	88,9	14	93,3	-6	-4,4	1	11,1	1	6,7	0	4,4
II	16	11,0	39	26,7	-23	-15,8	14	87,5	36	92,3	-22	-4,8	2	12,5	3	7,7	-1	4,8
III	14	26,4	22	41,5	-8	-15,1	13	92,9	19	86,4	-6	6,5	1	7,1	3	13,6	-2	-6,5
IV	6	13,0	9	19,6	-2	-6,5	5	83,3	7	77,8	-2	5,6	1	16,7	2	22,2	-1	-5,6

	Estetyczne						Prawdy						Moralne					
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
I	2	3,5	0	0,0	2	3,5	4	7,0	4	7,0	0	0,0	5	8,8			-4	-7,0
II	8	5,5	6	4,1	2	1,4	4	2,7	6	4,1	-2	-1,4	4	2,7			-6	-4,1
III	6	11,3	3	5,7	3	5,7	5	9,4	7	13,2	-2	-3,8	4	7,5			0	0,0
IV	4	8,7	4	8,7	0	0,0	4	8,7	4	8,7	0	0,0	2	4,3			0	0,0

	Święte						świeckie						religijne					
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
I	13	22,8	17	29,8	-4	-7,0	5	38,5	3	17,6	2	20,8	8	61,5	14	82,4	-6	
II	4	2,7	16	11,0	-12	-8,2	2	50,0	2	12,5	0	37,5	1	25,0	14	87,5	-13	
III	5	9,4	7	13,2	-2	-3,8	1	20,0	2	28,6	-1	-8,6	4	80,0	5	71,4	-1	
IV	3	6,5	5	10,9	-2	-4,3	1	33,3	2	40,0	-1	-6,7	2	66,7	3	60,0	-1	

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne.

Można zatem postawić wniosek, że bez względu na oddział zajmujący się rehabilitacją narządu ruchu, największy wzrost przewartościowania następuje w zakresie spadku wartości hedonistycznych na rzecz witalnych i świętych.

W celu porównania wartości 50 cech schelerowskich przed i po rehabilitacji przeprowadzono testy kolejności par Wilcozona. Narzędzie to jest nieparametryczną alternatywą testu *t*-Studenta dla zmiennych powiązanych. Stosuje się je m.in. wówczas, gdy mamy dwie serie wyników dla tych samych elementów (próby powiązane) w różnym czasie (w naszym przypadku przed i po rehabilitacji). Test stosowany jest również wtedy, gdy nie są spełnione założenia bardziej popularnego testu *t*-Studenta (w naszym przypadku nie są spełnione założenia o normalności populacji różnic badanych cech przed i po rehabilita-

cji). Test Wilcozona wymaga jedynie założenia, że badane zmienne możemy uporządkować (są mierzalne w skali porządkowej). Uwzględnia on zarówno znak różnic rozważanych par (parę w naszych rozważaniach tworzą wartości rozważanej cechy schelerowskiej przed i po rehabilitacji danego pacjenta), ich wielkość i kolejność (stąd nazwa testu). Po uporządkowaniu różnic w szereg rosnący przypisujemy im rangi. Następnie osobno sumujemy rangi różnic dodatnich i ujemnych. Mniejsza z otrzymanych sum jest wartością testu Wilcozona.

Hipoteza zerowa ( $H_0$ ) wymienionego testu mówi, że wyniki w obu grupach (przed i po rehabilitacji) są jednakowe; natomiast hipoteza alternatywna ( $H_1$ ) jest zaprzeczeniem  $H_0$ . Testy zostały przeprowadzone dla dwóch różnych poziomów istotności  $\alpha = 0,05$  (różnice między wartościami cechy przed i po rehabilitacji mało istotne) i  $\alpha = 0,01$  (różnice między wartościami cechy przed i po rehabilitacji bardzo istotne).

Wyniki testów zostały zestawione w tabelach 14–20, oddzielnie dla każdej z grup badanych cech schelerowskich. Tabele zawierają: średnie arytmetyczne oraz odchylenia standardowe badanych cech przed i po rehabilitacji; różnice między średnimi arytmetycznymi przed i po rehabilitacji; liczbę par, dla których różnica między wartością cechy przed i po rehabilitacji jest niezerowa ( $N$  ważnych); komputerowy poziom prawdopodobieństwa ( $p$ ), zwany też prawdopodobieństwem losowym (*significance level*). W ostatniej kolumnie zapisano wynik testu dla wcześniej wymienionych dwóch poziomów istotności. Jeżeli w tym miejscu wpisane jest  $H_0$ , należy rozumieć, że na tym poziomie istotności nie ma podstaw do odrzucenia  $H_0$ ; jeżeli natomiast  $H_1$ , wtedy odrzucamy  $H_0$  na korzyść  $H_1$ .

Zmianę w hierarchii wartości hedonistycznych pod wpływem procesu rehabilitacji przedstawiono w tabeli 14. Wszystkie wymienione cechy hedonistyczne charakteryzują się spadkiem wartości po rehabilitacji na poziomie bardzo istotnym. Spadek ten jest bardzo zróżnicowany, średnio dla badanej próby kształtuje się od około 9 pkt (dla cechy „wypoczęcie”) do około 86 pkt (dla cechy „życie pełne wrażeń”). Liczba osób, która zmieniła zdanie na temat ważności rozważanych wartości jest również zróżnicowana i kształtuje się w badanej próbie od 55 (dla cechy „wypoczęcie”) do 279 (dla cechy „życie pełne wrażeń”). Można przypuszczać, że proces rehabilitacji przyczynił się do zmiany wartości wypoczęcie i życie pełne wrażeń na rzecz prowadzenia tzw. zdrowego trybu życia.

T a b e l a 14

*Porównanie wartości cech hedonistycznych przed i po rehabilitacji*

Zmienna		Średnia	Odchylenie standardowe	Różnica	N ważnych	p	Decyzja $\alpha = 0,05$
							Decyzja $\alpha = 0,01$
Dostatnie życie	a	97,73179	12,84604	20,18212	151	0,000000	$H_1$
	b	77,54967	35,69838				$H_1$
Miłość erotyczna	a	88,84106	28,32795	13,94040	154	0,000000	$H_1$
	b	74,90066	37,47190				$H_1$
Posiadanie	a	97,58278	14,31555	46,62252	218	0,00	$H_1$
	b	50,96026	43,93334				$H_1$
Przyjemność	a	99,61921	3,94363	27,20199	144	0,000000	$H_1$
	b	72,41722	39,83710				$H_1$
Radość życia	a	99,65232	5,76059	11,34106	78	0,000000	$H_1$
	b	88,31126	27,98841				$H_1$
Wygoda	a	89,18874	28,89874	71,88411	268	0,00	$H_1$
	b	17,30464	33,99443				$H_1$
Wypoczęcie	a	99,48675	6,43016	8,807947	55	0,000000	$H_1$
	b	90,67881	25,92385				$H_1$
Życie pełne wrażeń	a	99,33775	7,02808	85,64570	279	0,00	$H_1$
	b	13,69205	32,39131				$H_1$

a – przed rehabilitacją; b – po rehabilitacji.

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne.

Porównanie wpływu procesu rehabilitacji na zmiany wartości witalnych uznawanych przed i po rehabilitacji u badanych osób przedstawia tabela 15. Spośród rozważanych cech witalnych po rehabilitacji trzy z nich pozostają na tym samym poziomie. Są to: „odporność na zmęczenie”, „umiejętność znoszenia chłodu” i „umiejętność znoszenia głodu”. Pozostałe trzy („siła fizyczna”, „sprawność” i „sprężystość”) charakteryzują się wzrostem na poziomie bardzo istotnym. Przeciętny wzrost wartości tych cech dla badanej grupy kształtuje się od 59,5 do 71,4 pkt, a liczba osób, która zmieniła zdanie na temat stopnia ważności tych cech jest wysoka i wynosi od 258 do 268 (ponad 85% pacjentów). Wyniki te nasuwają przypuszczenie, że proces rehabilitacji zdecydowanie wpływa na zwrócenie szczególnej uwagi na wartości zdrowia przez osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu, co ukazuje, jak zasadne jest stwierdzenie, że zdrowie jest wartością najważniejszą.

T a b e l a 15

## Porównanie wartości cech witalnych przed i po rehabilitacji

Zmienna		Średnia	Odchylenie standardowe	Różnica	N ważnych	p	Decyzja $\alpha = 0,05$
							Decyzja $\alpha = 0,01$
Odporność na zmęczenie	a	14,95033	33,45917	-1,44040	107	0,683898	$H_0$
	b	16,39073	32,95602				$H_0$
Siła fizyczna	a	20,94371	36,15471	-71,4073	268	0,00	$H_1$
	b	92,35099	22,84069				$H_1$
Sprawność	a	34,05629	39,41668	-65,2318	264	0,00	$H_1$
	b	99,28808	6,66521				$H_1$
Sprężystość	a	39,37086	39,39874	-59,4702	258	0,00	$H_1$
	b	98,84106	8,87236				$H_1$
Umiejętność znoszenia chłodu	a	0,596026	2,668081	-0,927152	33	0,668049	$H_1$
	b	1,523179	9,320669				$H_0$
Umiejętność znoszenia głodu	a	0,827815	6,12523	-0,579470	28	0,327496	$H_0$
	b	1,407285	10,96308				$H_0$

a – przed rehabilitacją; b – po rehabilitacji.

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne.

Analiza porównawcza wartości cech estetycznych przed i po rehabilitacji zamieszczona została w tabeli 16. Cechy z grupy cech estetycznych (poza „elegancja”) wśród zbadanych osób charakteryzują się niskim poziomem ich ważności, zarówno przed, jak i po rehabilitacji (średnia nie przekracza 5,2 pkt). Różnice między wartościami cechy przed i po rehabilitacji są nieistotne statystycznie dla zmiennych: „proporcjonalność kształtów”, regularność rysów” i „uporządkowanie”. Pozostałe cechy charakteryzują się zmianami wartości na poziomie statystycznym bardzo istotnym, a rehabilitacja powoduje spadek ich ważności u pacjentów. Można zatem powiedzieć, że proces rehabilitacji znacząco przyczynił się do zmniejszenia u pacjentów z dysfunkcją narządu ruchu uwagi skierowanej wyłącznie na wartości estetyczne. Zapewne powodem tego zjawiska jest zmiana hierarchii ważności wartości i przypuszczalnie te omawiane straciły po przebytych procesie rehabilitacji na atrakcyjności u badanych osób.



T a b e l a 16

*Porównanie wartości cech estetycznych przed i po rehabilitacji*

Zmienna		Średnia	Odchylenie standardowe	Różnica	N ważnych	p	Decyzja $\alpha = 0,05$
							Decyzja $\alpha = 0,01$
Elegancja	a	16,65563	31,81509	9,304636	120	0,000020	$H_1$
	b	7,35099	20,53526				$H_1$
Gustowność	a	5,182119	15,48389	3,062914	69	0,000707	$H_1$
	b	2,119205	10,55656				$H_1$
Harmonia	a	3,526490	13,55673	3,195364	41	0,000006	$H_1$
	b	0,331126	3,29446				$H_1$
Ład rzeczy	a	1,738411	8,619366	1,258278	40	0,006233	$H_1$
	b	0,480132	3,803906				$H_1$
Proporcjonalność kształtów	a	0,281457	1,353077	0,182119	19	0,067099	$H_0$
	b	0,099338	0,809043				$H_0$
Regularność rysów	a	0,413907	2,527761	0,165563	21	0,159225	$H_0$
	b	0,248344	2,483416				$H_0$
Uporządkowanie	a	0,960265	6,132947	-0,165563	46	0,437926	$H_0$
	b	1,125828b	7,418935				$H_0$

a – przed rehabilitacją; b – po rehabilitacji.

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne.

Wyniki porównania wartości cech prawdy przed i po rehabilitacji pokazuje analiza zawarta w tabeli 17. Cechy należące do grupy cech prawdy w zbadanej grupie pacjentów charakteryzują się niskimi wartościami przed rehabilitacją (średnia nie przekracza 10 pkt). Większość z nich („mądrość”, „obiektywność”, „otwarty umysł”, „rozumienie” i „szerokie horyzonty umysłowe”) pod wpływem rehabilitacji nie zmienia swoich wartości w sensie statystycznym. Bardzo istotne są różnice wartości przed i po rehabilitacji dla cech: „inteligencja” oraz „wiedza”. W obu przypadkach odnotowujemy wzrost wartości tych zmiennych (w badanej grupie pacjentów średnio odpowiednio o około 30,5 i 8,7 pkt). Na poziomie mało istotnym zmienia się natomiast wartość zmiennej „logiczność”. W tym przypadku również odnotowujemy wzrost (w badanej grupie przeciętnie o około 1,4 pkt). Można zatem powiedzieć, że proces rehabilitacji kieruje uwagę u pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu na posiadaną przez nich wiedzę. Zapewne rehabilitacja przyczynia się do pogłębiania wiedzy w zakresie profilaktyki narządu ruchu, co skutkuje wyeliminowaniem dolegliwości bólowych.

Tabela 17

## Porównanie wartości cech prawdy przed i po rehabilitacji

Zmienna		Średnia	Odchylenie standardowe	Różnica	N ważnych	p	Decyzja $\alpha = 0,05$
							Decyzja $\alpha = 0,01$
Inteligencja	a	5,28146	21,78505	-30,4801	171	0,000000	$H_1$
	b	35,76159	40,08400				$H_1$
Logiczność	a	0,298013	1,751296	-1,44040	28	0,020197	$H_1$
	b	1,738411	9,376286				$H_0$
Mądrość	a	9,801325	28,71779	3,758278	104	0,585897	$H_0$
	b	6,043046	16,09734				$H_0$
Obiektywność	a	1,374172	8,472100	0,662252	23	0,308251	$H_0$
	b	0,711921	5,352038				$H_0$
Otwarty umysł	a	0,579470	4,283784	-0,264901	19	0,809204	$H_0$
	b	0,844371	7,281635				$H_0$
Rozumienie	a	0,894040	5,238057	-0,794702	34	0,188030	$H_0$
	b	1,688742	8,748752				$H_0$
Szerokie horyzonty umysłowe	a	0,612583	5,909526	0,331126	16	0,14761	$H_0$
	b	0,281457	2,911243				$H_0$
Wiedza	a	1,043046	7,16359	-8,72517	70	0,000000	$H_1$
	b	9,768212	23,98669				$H_1$

a – przed rehabilitacją; b – po rehabilitacji

Źródło: Opracowanie własne.

Z kolei porównanie wartości cech moralnych przed i po rehabilitacji pokazuje analiza zawarta w tabeli 18. W grupie cech moralnych występuje duże zróżnicowanie zarówno pod względem stopnia ważności rozważanych wartości schelerowskich, jak i wpływu rehabilitacji na te cechy. Cechy: „dobroć”, „uprzejmość” i „życzliwość” charakteryzują się bardzo istotnymi zmianami różnic przed i po rehabilitacji. W ich przypadku w badanej grupie pacjentów wzrost jest na bardzo wysokim poziomie, bo sięgającym od 66 do 77 pkt. Bardzo istotnie statystycznie wzrastają również pod wpływem rehabilitacji wartości zmiennej „honor”, przy czym wzrost w zbadanej grupie pacjentów nie jest tak duży, jak w przypadku wcześniej wymienionych cech (przeciętnie wynosi 1,4 pkt). Cechy: „miłość bliźniego”, „pomaganie innym” i „szczerść” charakteryzują się zmianami wartości po rehabilitacji na poziomie mało istotnym, kierunek tych zmian jest przeciwny do zmian wcześniej omówionych cech; w tych przypadkach odnotowujemy spadek stopnia ważności wartości schelerowskich u osób po przebytej rehabilitacji.

T a b e l a 18

*Porównanie wartości cech moralnych przed i po rehabilitacji*

Zmienna		Średnia	Odchylenie standardowe	Różnica	N ważnych	p	Decyzja $\alpha = 0,05$
							Decyzja $\alpha = 0,01$
Dobroć	a	6,68874	23,37679	-66,2583	260	0,00	$H_1$
	b	72,94702	39,86594				$H_1$
Honor	a	0,662252	6,09110	-4,18874	71	0,000000	$H_1$
	b	4,850993	14,76486				$H_1$
Miłość bliźniego	a	2,102649	10,37340	1,142384	46	0,021461	$H_1$
	b	0,960265	7,25005				$H_0$
Pokój	a	0,529801	4,202211	0,298013	31	0,383184	$H_0$
	b	0,231788	1,129159				$H_0$
Pomaganie innym	a	1,291391	7,289996	0,910596	32	0,030795	$H_1$
	b	0,380795	2,928386				$H_0$
Prawdomówność	a	0,231788	1,713514	-0,082781	17	0,962244	$H_0$
	b	0,314570	3,047310				$H_0$
Rzetelność	a	0,645695	6,379236	0,281457	19	0,840534	$H_0$
	b	0,364238	2,829563				$H_0$
Szczerość	a	3,509934	15,02815	2,450331	51	0,044865	$H_1$
	b	1,059603	4,87755				$H_0$
Uczciwość	a	1,423841	7,032848	-0,248344	44	0,480160	$H_0$
	b	1,672185	8,198239				$H_0$
Uprzejmość	a	0,54636	3,35341	-77,0695	268	0,00	$H_1$
	b	77,61589	37,05000				$H_1$
Życzliwość	a	0,64570	4,87351	-68,5430	242	0,00	$H_1$
	b	69,18874	41,80425				$H_1$

a – przed rehabilitacją; b – po rehabilitacji

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne.

Pozostałe cechy: „prawdomówność”, „rzetelność” i „uczciwość” w sensie statystycznym osiągają te same wartości przed i po rehabilitacji, dodatkowo w zbadanej grupie okazują się mało ważne dla pacjentów (średnia nie przekracza 2 pkt). Można zatem powiedzieć, że pacjenci po przebytych procesie rehabilitacji zwracają się ku wartościom dobra, życzliwości i uprzejmości, i zapewne spowodowane jest to uzyskaniem „mądrości wieku dojrzałego”, przez co stają się lepsi dla siebie i innych.

Porównanie wartości cech świętych świeckich przed i po rehabilitacji pokazuje analiza zawarta w tabeli 19.

T a b e l a 19

Porównanie wartości cech świętych świeckich przed i po rehabilitacji

Zmienna		Średnia	Odchylenie standardowe	Różnica	N ważnych	$p$	Decyzja $\alpha = 0,05$
							Decyzja $\alpha = 0,01$
Kraj	a	3,278146	15,65880	2,682119	28	0,017874	$H_1$
	b	0,596026	4,38690				$H_0$
Naród	a	0,844371	5,332682	0,016556	26	0,500918	$H_0$
	b	0,827815	5,861935				$H_0$
Niepodległość	a	0,099338	0,905905	-0,231788	11	0,373945	$H_0$
	b	0,331126	3,192020				$H_0$
Ojczyzna	a	0,149007	0,944110	-0,413907	26	0,033945	$H_1$
	b	0,562914	3,412068				$H_0$
Państwo	a	0,860927	6,740604	0,447020	25	0,435215	$H_0$
	b	0,413907	3,195336				$H_0$
Patriotyzm	a	0,000000	0,000000	-0,165563	6	0,027709	$H_1$
	b	0,165563	1,402089				$H_0$

a – przed rehabilitacją; b – po rehabilitacji.

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne.

Cechy należące do grupy świętych świeckich w zbadanej grupie charakteryzują się najmniejszymi wartościami. Poza zmienną „kraj”, przed rehabilitacją, dla której średnia wynosi około 3,3 pkt, średnie dla pozostałych zmiennych nie przekraczają nawet 1 pkt, a w przypadku niektórych cech są wręcz bliskie 0. Rehabilitacja w bardzo niewielkim stopniu wpływa na zmianę poglądów na temat tych wartości schelerowskich. W przypadku cech: „naród”, „niepodległość” i „państwo” zmiany te są nieistotne statystycznie. W przypadku cech: „kraj”, „ojczyzna” i „patriotyzm” zmiany te są mało istotne, przy czym w przypadku „kraju” zaobserwowano spadek zainteresowania pacjentów tą cechą, natomiast w dwóch pozostałych nieznaczny wzrost. Można zatem powiedzieć, że proces rehabilitacji nie wpływa u badanych osób na zwracanie szczególnej uwagi na niepodległość i patriotyzm swojego kraju.

Ostatnia analiza pokazuje wpływ procesu rehabilitacji na wartości cech świętych religijnych; zawarta jest w tabeli 20.

T a b e l a 20

*Porównanie wartości cech świętych religijnych przed i po rehabilitacji*

Zmienna		Średnia	Odchylenie standardowe	Różnica	N ważnych	p	Decyzja $\alpha = 0,05$
							Decyzja $\alpha = 0,01$
Bóg	a	74,20530	42,33858	0,927152	139	0,937994	$H_0$
	b	75,13245	42,91476				$H_0$
Wiara	a	12,05298	29,71499	-59,6689	215	0,00	$H_1$
	b	71,72185	44,65834				$H_1$
Zbawienie	a	5,92715	21,60045	-65,4967	218	0,00	$H_1$
	b	71,42384	44,65027				$H_1$
Życie wieczne	a	8,85762	25,44167	-62,4669	219	0,00	$H_1$
	b	71,32450	44,62729				$H_1$

a – przed rehabilitacją; b – po rehabilitacji.

Źródło: Opracowanie własne.

Cechą charakterystyczną zmiennych należących do grupy wartości świętych religijnych są wysokie w zbadanej grupie pacjentów (na poziomie około 71–75 pkt) średnie wartości tych cech po rehabilitacji. W przypadku zmiennej „Bóg” wartości były wysokie już przed rehabilitacją i okazuje się, że rehabilitacja nie wpływa na zmianę poglądów pacjentów na tę wartość schelerowską. Pozostałe cechy charakteryzują się bardzo istotnym, w sensie statystycznym, wzrostem wartości. Wzrost ten w przebadanej grupie pacjentów kształtuje się na poziomie 60–65 pkt. Można zatem powiedzieć, że proces rehabilitacji znacząco przyczynił się do zmiany w hierarchii ważności wartości religijnych u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu. Nasuwa się zatem przypuszczenie, że poprawa sprawności w obrębie narządu ruchu pacjentów wpłynęła również korzystnie na ich kondycję psychiczną, a wraz z nią na duchową.

Porównując cechy schelerowskie pod wpływem rehabilitacji, widać że proces rehabilitacji przyczynił się do: zmiany wartości „wypoczęcia” i „życia pełnego wrażeń” na rzecz prowadzenia tzw. zdrowego trybu życia, zwracania szczególnej uwagi na wartości zdrowia, zmniejszenia się u pacjentów z dysfunkcją narządu ruchu uwagi wyłącznie na wartościach estetycznych, pogłębiania wiedzy w zakresie profilaktyki narządu ruchu, zwracania się badanych ku wartościom: „dobra”, „życzliwości” i „uprzejmości”, a także do zmiany w hierarchii ważności wartości religijnych. Natomiast nie wpłynął na postrzeganie „niepodległości” i „patriotyzmu”.

Można zatem postawić wniosek, że proces rehabilitacji przyczynił się u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu do obniżenia u nich wartości hedonistycznych, a zwiększenia witalnych i religijnych.

Kończąc rozważania na temat wpływu procesu rehabilitacji na zmianę hierarchii wartości u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu, należy zaznaczyć, że bez względu na płeć, wiek, wykształcenie, samodzielność w codziennej egzystencji czy przebywanie na jakimkolwiek z oddziałów rehabilitacji narządu ruchu obserwuje się spadek wartości hedonistycznych na rzecz wartości witalnych i świętych. Pozostałe wartości utrzymują się w podobnych granicach. Można wnioskować, że proces rehabilitacji może wpłynąć pozytywnie na każdą jednostkę, pozwalając zwrócić uwagę na narząd ruchu, szczególnie na sprawność i siłę fizyczną. Można również zauważyć, że rehabilitacja poprawia nie tylko kondycję fizyczną, ale też psychiczną, a wraz z nią duchową, co wpływa korzystnie na każdą osobę. Założona w niniejszych rozważaniach hipoteza mówiąca, że rehabilitacja prowadzi do zmian indywidualnej hierarchii wartości, zdaje się uzasadniona – dotyczy to przede wszystkim zmniejszenia wartości hedonistycznych na korzyść wartości witalnych i religijno-duchowych. Preferowane zmiany w systemie wartości pod wpływem procesu rehabilitacji uzmysławiają ich istotne znaczenie dla każdego, wskazując, że wysoko oceniane przez respondentów przed procesem rehabilitacji wartości przyjemności i posiadania zostają zamienione na wartości profilaktyki zdrowia, a w następnej kolejności na duchowość.

## R o z d z i a ł 6

# Zmiany w indywidualnej hierarchii wartości pod wpływem rehabilitacji

Indywidualna hierarchia wartości w strukturze psychicznej jednostki z niepełnosprawnością narządu ruchu spełnia istotną rolę w jej funkcjonowaniu w życiu społecznym, ponieważ jest silnie związana z motywacją i tym samym decyduje o kierunku i zakresie podejmowanych działań<sup>156</sup>. Funkcje wartości uwidaczniają się szczególnie wtedy, gdy człowiek doświadcza trudności w samoocenie, satysfakcji z życia, jak również jego jakości. Motywacyjny charakter wartości okazuje się odgrywać ważną rolę w procesie rehabilitacji, ponieważ warunkuje sposób, w jakim człowiek zmagą się z codziennością.

Wpływ procesu rehabilitacji na zmiany w indywidualnej hierarchii wartości zostanie poddany trzem analizom zastosowanym przed i po rehabilitacji. Pierwsza z nich to *analiza poziomu samooceny* – wskaże jej zmiany w czasie procesu rehabilitacji. Natomiast druga to *analiza pomiaru zadowolenia z życia* – ukaże przeobrażenia w indywidualnej hierarchii wartości pod wpływem rehabilitacji. Jest ona wskaźnikiem odczucia zadowolenia z życia osoby z niepełnosprawnością ruchu. Trzecia, a zarazem ostatnia, to *analiza pomiaru jakości życia* – obiektywny wskaźnik jakości życia, subiektywnej ważności oraz subiektywnego zadowolenia.

### 6.1. Ogólny poziom samooceny

Znaczny wpływ na hierarchię wartości odgrywa pozytywna samoocena i akceptacja własnej osoby, a w przypadku osób z niepełnosprawnością – również akceptacja własnej niepełnosprawności. Trafnie wyraża to Morris Rosenberg, mówiąc: „[...] gdy mowa o pozytywnej samoocenie, mam na myśli to, że jednostka szanuje samą siebie, uważa się za osobę wartościową, niekoniecznie lepszą od innych, lecz zdecydowanie nie gorszą. Jest świadoma braku doskonałości i zna swoje ograniczenia, co pozwala jej zmierzać w kierunku poprawy i rozwoju”<sup>157</sup>.

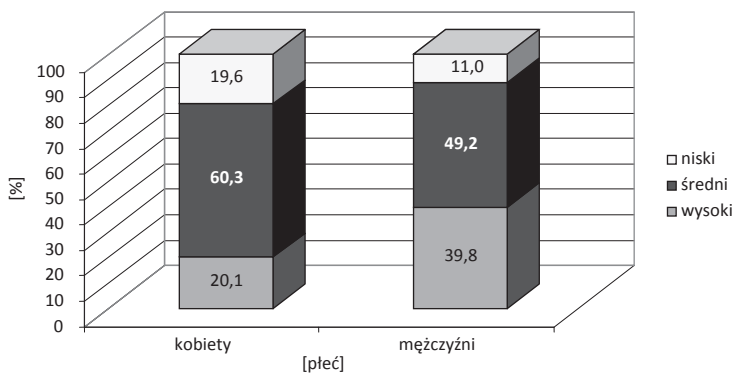
---

<sup>156</sup> A. Kalus, D. Krok, *Psychologiczny wymiar...*, dz.cyt., s. 231.

<sup>157</sup> J.M. Rosenberg, *Society and...*, dz.cyt., s. 49.

Do oceny samooceny u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu posłużono się Skalą Samooceny SES, którą zastosowano przed i po rehabilitacji. Została ona opracowana w celu dokonania pomiaru i określenia ogólnej samooceny, tj. tego, jaki stosunek i podejście ma dana osoba do siebie samej. Skala jest narzędziem jednowymiarowym, umożliwiającym ocenę poziomu ogólnej samooceny, która jest traktowana jako względnie stała dyspozycja rozumiana w kategoriach świadomej postawy (pozytywnej lub negatywnej) wobec „ja”. Narzędzie składa się z dziesięciu twierdzeń ocenianych na czterostopniowej skali. Ogólny wynik jest sumą odpowiedzi na poszczególne twierdzenia. Im wyższy, tym samoocena jest bardziej pozytywna. Narzędzie to szczegółowo zostało omówione w rozdziale 4. (podrozdz. 4.4. *Metody, techniki i narzędzie badawcze*).

Ogólną samoocenę w chwili rozpoczęcia rehabilitacji starano się przeanalizować z perspektywy różnych czynników mogących mieć wpływ na jej ocenę. Do tego celu posłużono się skalą SES. Badania rozpoczęto od analizy skali samooceny dokonanej w kontekście płci pacjentów (wykres 1).



Źródło: Opracowanie własne

Wykres 1. Skala samooceny w czasie rozpoczęcia rehabilitacji a płeć badanych

Zarówno wśród kobiet, jak i u mężczyzn w czasie rozpoczęcia procesu rehabilitacji dominuje średnia samoocena; u kobiet (60,3%;  $N=111$ ) jest ona nieco wyższa niż u mężczyzn (49,2%;  $N=58$ ), co nasuwa przypuszczenie, że niezależnie od płci badanych okres życia człowieka z niesprawnością narządu ruchu przed rozpoczęciem rehabilitacji charakteryzuje się średnią doskonałością i neutralną postawą wobec własnego „ja”. Wydaje się, że jednostki te charakteryzują się średnim poszanowaniem siebie oraz uznaniem siebie za osobę wartościową. Wyniki pokazują również, że wysoka ocena samooceny jest znacznie większa u mężczyzn (39,8%;  $N=47$ ) niż u kobiet (20,1%;  $N=37$ ).



Z kolei ocena niska jest wyższa u kobiet (19,6%;  $N=36$ ) niż u mężczyzn (11%;  $N=13$ ). Taka różnica między kobietami a mężczyznami może wynikać z tego, że mężczyźni w znacznie większym stopniu niż kobiety są realistami, a tym samym znają swoje ograniczenia i są bardziej otwarci w kierunku poprawy i rozwoju swej samooceny.

Analizując samoocenę w chwili rozpoczęcia rehabilitacji, za istotny uznano również podział na rodzaj wykonywanej pracy zawodowej (fizyczna i umysłowa). Zebrany materiał empiryczny wskazuje na to, że zarówno u pracowników fizycznych (55,7%;  $N=59$ ), jak i umysłowych (56,1%;  $N=110$ ) samoocena pozostaje na niemal identycznym średnim poziomie. Może to świadczyć o tym, że w niepełnosprawności narządu ruchu, niezależnie od wykonywanej pracy, występuje jej średnia ocena. Z kolei wysoka ocena samooceny jest większa w grupie pracowników fizycznych (30,2%;  $N=32$ ) niż umysłowych (26,5%;  $N=52$ ), a niskie są częstsze u pracowników umysłowych (17,3%;  $N=34$ ) aniżeli w grupie osób wykonujących pracę fizyczną (14,2%;  $N=15$ ). Tak więc w grupie pracowników fizycznych częściej występuje wysoka samoocena, natomiast znacznie rzadziej niska. W grupie pracowników umysłowych zachodzi relacja odwrotna. Można zatem powiedzieć, iż pracownicy fizyczni są w mniejszym stopniu narażeni na negatywną postawę wobec „ja”, a także wydają się bardziej świadomi swoich ograniczeń niż pracownicy umysłowi, mimo niesprawności narządu ruchu. Prawdopodobnych przyczyn można się doszukiwać w tym, że pracownicy umysłowi w mniejszym stopniu akceptują swoje ograniczenia występujące w ich narządzie ruchu podczas wykonywania czynności zawodowych aniżeli pracownicy fizyczni.

Badacza interesowało również, czy istniejąca różnica własnej samooceny zależy od wieku pacjenta przyjętego po raz pierwszy na rehabilitację. Wyniki badań zamieszczone w tabeli 21 wskazują, że w grupach wiekowych pomiędzy 20. a 55. rokiem życia najczęściej notowano średnią ocenę samooceny. Skala samooceny SES przed rehabilitacją na poziomie bardzo istotnym zależy od wieku. Współczynnik  $V$ -Cramera ( $V = 0,29$ ) wskazuje na zależność wyrażoną, lecz niską. Przy czym w wieku 20–25 lat (80%;  $N=16$ ) oraz między 35. a 40. rokiem życia (73,7%;  $N=28$ ) zauważa się największą częstotliwość wskazywania tej oceny. Przypuszczalnie świadczy to o tym, że osoby wchodzące w wiek wczesnej i średniej dorosłości wyróżniają się szukaniem pozytywnej postawy wobec „ja”.

Tabela 21

## Skala samooceny a wiek badanych w czasie rozpoczęcia rehabilitacji

Poziom samooceny	Przedziały wiekowe [lata]															
	20–25		25–30		30–35		35–40		40–45		45–50		50–55		55–60	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
Wysoki	2	10,0	4	21,1	17	48,6	9	23,7	8	16,0	10	19,2	10	22,2	24	55,8
Średni	16	80,0	12	63,2	18	51,4	27	71,1	31	62,0	29	55,8	25	55,6	11	25,6
Niski	2	10,0	3	15,8	0	0,0	2	5,3	11	22,0	13	25,0	10	22,2	8	18,6

Wartości statystyczne:  $\chi^2$  Pearsona = 50,20752,  $df = 14$ ,  $V$  – Cramera = 0,2883141,  $p = 0,00001$ ,  $\alpha = 0,05(H_1)$ ,  $\alpha = 0,01(H_1)$ .

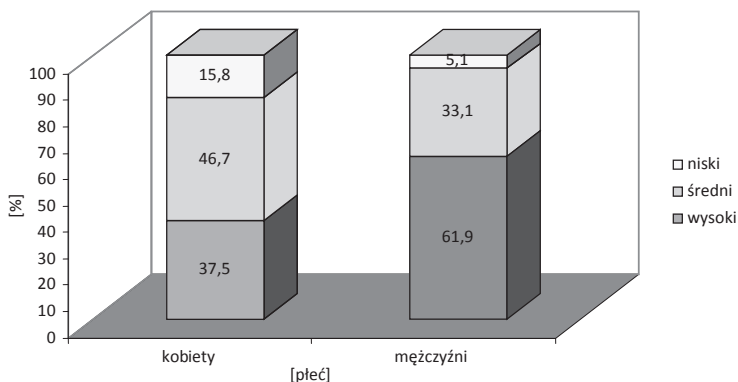
Źródło: Opracowanie własne.

Wyjątek stanowią osoby w wieku od 55 do 60 lat (55%;  $N=24$ ), które najczęściej wskazywały na wysoką samoocenę. Można zatem powiedzieć, że w wieku późnej dorosłości samoocena jest już pozytywnie ukształtowana. W pozostałych grupach wiekowych ocena wysoka plasuje się na podobnym niskim poziomie, przy czym w wieku 20–25 lat (10%;  $N=2$ ) jest najmniejsza, co potwierdza tezę, że w tym okresie życia człowiek nie doszedł do doskonałości i nie zna sposobu na zmianę swojego stanu. Na uwagę zasługuje również niska samoocena, której największe natężenie widoczne jest w okresie od 40. do 55. roku życia, a najmniejsze u osób wchodzących w okres średniej dorosłości (35–40 lat). Może to sugerować, że okres średniej i późnej dorosłości wiąże się ze zwróceniem szczególnej uwagi na swoje możliwości i ograniczenia, co zapewne jest przyczyną negatywnej oceny własnych możliwości, powodując niską samoocenę. Potwierdzeniem może być niska ocena odnotowana w grupie osób młodych (20–30 lat). Przyniesione dane nasuwają wniosek, że osoby znajdujące się w tym okresie życia powinny uzyskać pomoc w prawidłowym ocenianiu swych doskonałości i ograniczeń, by w późniejszych okresach życia dokonać prawidłowej samooceny. Interpretując wyniki, należy zwrócić również uwagę, że u osób w wieku 30–35 lat nie występuje niska ocena, a także oceny wysoka i średnia nie plasują się na porównywalnym poziomie. Można zatem przypuszczać, że ten właśnie okres jest znaczący dla jednostki pod względem szacunku do siebie i uważania się za osobę wartościową.

Kończąc rozważania ukazujące samoocenę badanych osób przed rozpoczęciem rehabilitacji, można stwierdzić, że zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn w czasie rozpoczęcia procesu rehabilitacji dominuje średnia samoocena. Przy czym u kobiet jest ona nieco większa niż u mężczyzn. Z kolei wysoka samoocena jest znacznie większa u mężczyzn niż u kobiet. W konsekwencji tego ocena niska jest wyższa u kobiet niż u mężczyzn. Analiza samooceny pod kątem wykonywanej przez badanych pracy wskazuje, że grupy te, pomimo podobnej liczby osób ze średnią oceną samooceny, różnią się między sobą. Pracownicy

fizyczni w nieco większym zakresie mają wysoką samoocenę i mniejszym – niską; inaczej niż pracownicy umysłowi. Interpretując wyniki samooceny w zależności od wieku, można powiedzieć, że w grupach wiekowych pomiędzy 20. a 55. rokiem życia najczęściej notowano średnią samoocenę. Przy czym w wieku 20–25 lat oraz między 35. a 40. rokiem życia zauważa się największą częstotliwość wskazywania tej oceny. Wyjątek stanowią osoby w grupie wieku 55–60 lat, w której badani najczęściej wskazywali swoją wysoką ocenę. W pozostałych grupach wiekowych ocena wysoka plasuje się na podobnym niskim poziomie, przy czym w wieku 20–25 lat jest ona najmniejsza. Na uwagę zasługują również niska ocena samooceny, której największe natężenie widoczne jest w okresie od 40. do 55. roku życia, a najmniejsze u osób wchodzących w okres średniej dorosłości (35–40 lat). Należy zwrócić również uwagę na to, że u osób w wieku 30–35 lat nie występuje niska ocena, a także porównywalny poziom oceny wysokiej i średniej. Nasuwa się zatem wniosek: w czasie rozpoczęcia procesu rehabilitacji jednostka pozbawiona jest wysokiej samooceny, w związku z czym nie zna swej doskonałości i nie potrafi tego zmienić.

Samoocenę pacjentów po zakończeniu rehabilitacji starano się przeanalizować z perspektywy różnych czynników mogących mieć wpływ na jej przebieg. Do tego celu posłużono się skalą SES. Analizę rozpoczęto od badania samooceny pacjentów w kontekście ich płci, którą przedstawia wykres 2.



Źródło: Badania własne.

Wykres 2. Skala samooceny po zakończeniu procesu rehabilitacji według płci badanych

I tak u mężczyzn (61,9%;  $N=73$ ) dominują oceny wysokie. Znacznie niżej plasują się wartości średnie (33,1%;  $N=39$ ), a ocena niska wskazywana jest rzadko i można uznać ją za nieistotną. Zatem zakończony proces rehabilitacji u mężczyzn znacząco wpływa na wysoką ich samoocenę. Można również powiedzieć, że mężczyźni po zakończeniu rehabilitacji wyróżniają się szacun-

kiem dla własnej osoby i znają swoją wartość w społeczeństwie. Nieco inaczej przedstawia się samoocena po zakończonej rehabilitacji u kobiet – u nich na pierwszym miejscu plasuje się średnia ocena (46,7%;  $N=86$ ), nieco niżej jest ocena wysoka (37,5%;  $N=69$ ), zaś niska zajmuje ostatnie miejsce i jest znacząco niska w odniesieniu do wysokiej i średniej oceny. Z przeprowadzonych badań wynikałoby, że kobiety charakteryzują się średnim poszanowaniem siebie, jak również średnim uważaniem się za osobę wartościową, pomimo zakończonego procesu rehabilitacji.

Spośród 302 przebadanych 106 osób to pracownicy wykonujący zawody fizyczne, a 196 umysłowe. Najwyżej wskazywana jest wysoka ocena poziomu samooceny po zakończonej rehabilitacji, która dominuje u pracowników fizycznych (61,3%;  $N=65$ ), znacznie niżej w tej grupie plasuje się średnia ocena (32,1%;  $N=34$ ), zaś niska (6,6%;  $N=7$ ) wskazywana jest rzadko i można przyjąć ją za nieistotną. Można zatem powiedzieć, że zakończony proces rehabilitacji u pracowników fizycznych odznacza się wysoką oceną ich samooceny, co nasuwa przypuszczenie, że w zawodach wymagających siły fizycznej proces rehabilitacji znacząco wpływa na pozytywną samoocenę. Z kolei u osób wykonujących pracę umysłową dominuje średnia ocena (46,4%;  $N=91$ ) ich samooceny, nieco niżej plasuje się wysoka (39,3%;  $N=77$ ), niska (14,3%;  $N=28$ ) zaś jest znacząco mniejsza w stosunku do średniej i wysokiej, dlatego można ją określić jako mało znaczącą. Przypuszczalnie pracownicy umysłowi po zakończonej rehabilitacji mają nieco niższą – w porównaniu do pracowników fizycznych – świadomość swej doskonałości i braku ograniczeń, a także w nieco mniejszym stopniu zmierzają w kierunku poprawy samooceny i jej rozwoju.

Badacza interesowało również występowanie różnic w samoocenie w zależności od wieku pacjenta po zakończeniu procesu rehabilitacji. Wyniki badań umieszczone w tabeli 22 pokazują, że samoocena po rehabilitacji na poziomie bardzo istotnym zależy od wieku. Współczynnik  $V$ -Cramera ( $V = 0,27$ ) wskazuje na zależność wyraźną, lecz niską. Przy czym należy zauważyć, że wysoka samoocena dominowała głównie u osób między 30. a 40. rokiem życia.

Tabela 22

*Skala samooceny po zakończeniu procesu rehabilitacji według wieku badanych*

Poziom samooceny	Przedziały wiekowe [lata]															
	20–25		25–30		30–35		35–40		40–45		45–50		50–55		55–60	
	$N$	[%]	$N$	[%]	$N$	[%]	$N$	[%]	$N$	[%]	$N$	[%]	$N$	[%]	$N$	[%]
Wysoki	7	35,0	8	42,1	24	68,6	27	71,1	22	44,0	17	32,7	13	28,9	24	55,8
Średni	11	55,0	9	47,4	11	31,4	8	21,1	23	46,0	20	38,5	29	64,4	14	32,6
Niski	2	10,0	2	10,5	0	0,0	3	7,9	5	10,0	15	28,8	3	6,7	5	11,6

Wartości statystyczne:  $\chi^2$  Pearsona = 44,65161,  $df = 14$ ,  $V$  – Cramera = 0,2718943,  $p = 0,00005$ ,  $\alpha = 0,05(H_1)$ ,  $\alpha = 0,01(H_1)$ .

Najmniejsza częstotliwość zmiany samooceny zauważalna jest w wieku 50–55 lat (28,9%;  $N=3$ ). Przymierzalnie osoby w wieku średniej dorosłości potrafią w największym stopniu zmienić samoocenę, korzystając ze sposobów i metod wskazywanych przez proces rehabilitacji, przy czym u pacjentów między 50. a 55. rokiem życia zmiana ta jest już znacznie trudniejsza. W pozostałych analizowanych grupach plasuje się na podobnym, nieco mniejszym wysokim poziomie. Prawdopodobnie rehabilitacja ma znaczny wpływ na pozytywną samoocenę badanych osób. Najbardziej efektywna jest w wieku średniej dorosłości, najmniej w okresie wchodzenia w wiek późnej dorosłości. Natomiast średnia ocena okazuje się znacząca dla najmłodszej badanej grupy (20–25 lat), a następnie dla przedziału wiekowego 25–30 lat; najmniejsze wskazania występowały u osób w wieku 35–40 lat. W pozostałych grupach – z wyjątkiem przedziału 50–55 lat – plasuje się na podobnym poziomie częstotliwości wskazywania. Zakończony zatem proces rehabilitacji w najmłodszych i najstarszych grupach wiekowych u badanych osób jest na poziomie adekwatnym w stosunku do wieku, wskazując w każdej z nich potrzebę przemyślenia postawy wobec „ja”, której continuum powinno nastąpić w okresie ich średniej dorosłości. Z kolei ciekawe zjawisko zachodzi podczas analizy niskiej oceny, w której widoczna jest jej mała częstotliwość występowania w każdej z badanych grup, przy czym brak jej wskazywania przez badanych występuje w grupie osób między 30. a 35. rokiem życia. Największa liczba wskazań takiej oceny przypadła w grupie osób w wieku od 40 do 45 lat (28,8%;  $N=15$ ). W pozostałych można uznać ją jako nieistotną w porównaniu do wskazywanych wysokich i średnich ocen samooceny. Wynika z tego, że zakończony proces rehabilitacji znacząco wpływa na pozytywną samoocenę u większości przebadanych grup pod kątem ich wieku. Argumentem potwierdzającym taki wniosek jest zauważalna w każdym wieku dominacja oceny wysokiej i średniej; niska wykazuje się małym poziomem istotności.

Kończąc rozważania ukazujące samoocenę badanych po zakończeniu rehabilitacji, można stwierdzić, że u mężczyzn dominują oceny wysokie. Znacznie niżej plasują się wartości średnie, a ocena niska wskazywana jest rzadko i można uznać ją za nieistotną. Natomiast u kobiet na 1. miejscu plasuje się ich średnia ocena samooceny, nieco niżej widoczna jest ocena wysoka, zaś niska zajmuje ostatnie miejsce w hierarchii jej wskazywania przez badanych i jest znacząco niska do wysokiej i średniej oceny. W związku z wykonywaną pracą badanych można powiedzieć, że u pracowników fizycznych dominuje wysoka ocena, znacznie niżej w tej grupie plasuje się średnia jej ocena, zaś niska wskazywana jest rzadko i można przyjąć ją za nieistotną. Natomiast u osób wykonujących pracę umysłową dominująca okazuje się średnia, nieco niżej plasuje się ocena wysoka, niska zaś jest znacząco mniejsza w stosunku do średniej i wysokiej, dlatego można ją określić jako mało znaczącą w ocenie

samooceny. Analiza pod kątem wieku wskazuje, że wysoka ocena samooceny dominuje u osób między 30. a 40. rokiem życia. Najmniejsza jej częstotliwość zauważana jest w wieku od 50 do 55 lat. W pozostałych analizowanych grupach plasuje się na podobnym, nieco mniejszym niż wysokim poziomie. Natomiast średnia samoocena najwyżej uplasowała się w najmłodszej badanej grupie osób (20–25 lat) i niemal w najstarszej z badanych (50–55), najmniejsze jej wskazania występowały u osób w wieku 35–40 lat. W pozostałych grupach lokowała się na podobnym poziomie częstotliwości. Na równie ciekawe zjawisko wskazuje analiza niskiej oceny, w obrębie której zachodzi mała częstotliwość jej występowania w każdej z badanych grup, przy czym nie wskazują jej badani w grupie osób między 30. a 35. rokiem życia, natomiast największa liczba wskazań dotyczy grupy osób w wieku od 40 do 45 lat. W pozostałych grupach okazuje się istotna w porównaniu do wskazywanych wysokich i średnich ocen samooceny, co oznacza, że zakończony proces rehabilitacji znacząco wpływa na pozytywną samoocenę w większości badanych grup.

W toku dalszych rozważań przedstawiony zostanie wpływ rehabilitacji na zmianę samooceny przed rozpoczęciem rehabilitacji i po jej zakończeniu, korzystając z kwestionariusza SES. Wyniki zamieszczone zostały w tabeli 23.

T a b e l a 23

*Wpływ rehabilitacji na samoocenę badanych osób*

Wyszczególnienie	Wysoki						Średni						Niski					
	przed reh.		po reh.		różnica		przed reh.		po reh.		różnica		przed reh.		po reh.		różnica	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
Kobiety	37	20,1	69	37,5	-32	-17,4	111	60,3	86	46,7	25	13,6	36	19,6	29	15,8	7	3,8
Mężczyźni	47	39,8	73	61,9	-26	-22,0	58	49,2	39	33,1	19	16,1	13	11,0	6	5,1	7	5,9
Fizyczni	32	30,2	65	61,3	-33	-31,1	59	55,7	34	32,1	25	23,6	15	14,2	7	6,6	8	7,5
Umysłowi	52	26,5	77	39,3	-25	-12,8	110	56,1	91	46,4	19	9,7	34	17,3	28	14,3	6	3,1
20–25 lat	2	10,0	7	35,0	-5	-25,0	16	80,0	11	55,0	5	25,0	2	10,0	2	10,0	0	0,0
25–30	4	21,1	8	42,1	-4	-21,1	12	63,2	9	47,4	3	15,8	3	15,8	2	10,5	1	5,3
30–35	17	48,6	24	68,6	-7	-20,0	18	51,4	11	31,4	7	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
35–40	9	23,7	27	71,1	-18	-47,4	27	71,1	8	21,1	19	50,0	2	5,3	3	7,9	-1	-2,6
40–45	8	16,0	22	44,0	-14	-28,0	31	62,0	23	46,0	8	16,0	11	22,0	5	10,0	6	12,0
45–50	10	19,2	17	32,7	-7	-13,5	29	55,8	20	38,5	9	17,3	13	25,0	15	28,8	-2	-3,8
50–55	10	22,2	13	28,9	-3	-6,7	25	55,6	29	64,4	-4	-8,9	10	22,2	3	6,7	7	15,6
55–60	24	55,8	24	55,8	0	0,0	11	25,6	14	32,6	-3	-7,0	8	18,6	5	11,6	3	7,0

Źródło: Opracowanie własne.

Z analizy zebranego materiału empirycznego wynika, że wysoka ocena samooceny u obojga płci uległa wzrostowi, przy czym u mężczyzn (wzrost o 22,1%;  $N=26$ ) wzrost ten jest nieco większy niż u kobiet (wzrost o 17,4%;

$N=32$ ). Przepuszczalnie powodem jest osobowość mężczyzny charakteryzująca się łatwiejszym rozwijaniem doskonałości i mniejszym krytycyzmem wobec swoich ograniczeń w porównaniu do kobiety. Analizując średnią ocenę samooceny, zauważyć można jej spadek wśród liczby badanych po zakończonej rehabilitacji, przy czym spadek ten jest większy u mężczyzn (o 16,1%;  $N=19$ ) niż u kobiet (o 13,6%;  $N=25$ ). Prawdopodobnie przyczyną jest sam proces rehabilitacji prowadzący do zmiany samooceny ze średniej na wysoką. Również zauważalny jest spadek niskiej oceny – analogicznie jak w opisanych analizach jest on większy u mężczyzn (o 5,9%;  $N=7$ ) niż u kobiet (o 3,8%;  $N=7$ ). A zatem niska samoocena jest znacznie rzadsza po zakończeniu rehabilitacji aniżeli przed jej rozpoczęciem, co sugeruje, że proces rehabilitacji również u osób z negatywną samooceną wpływa na jej poprawę. Biorąc pod uwagę rodzaj wykonywanej pracy, zauważa się znaczny przyrost wysokiej samooceny u pracowników fizycznych (o 31,1%;  $N=33$ ), a mniejszy jej wzrost w grupie osób pracujących na stanowiskach umysłowych (o 12,8%;  $N=25$ ). Na tej podstawie wolno sądzić, że osoby pracujące umysłowo słabiej niż pracownicy fizyczni reagują na zmianę samooceny, jaką wywołuje proces rehabilitacji. W pozostałych ocenach – średniej i niskiej – widoczne są spadki, przy czym większe zaobserwować można również w grupie pracowników fizycznych aniżeli umysłowych, co pokazuje, że osoby pracujące fizycznie w większym stopniu reagują na zmiany samooceny na skutek procesu rehabilitacji. Należy również nadmienić, że prawdopodobnie spadki oceny średniej i niskiej przyczyniły się do wzrostu oceny wysokiej, czyli rehabilitacja ma znaczny wpływ na wzrost samooceny i, jak już wcześniej powiedziano, mocniej reagują na nią pracownicy fizyczni niż umysłowi. W ostatniej analizie (ocena pod kątem wieku pacjentów) można zauważyć, że w wieku 25–50 lat wystąpił znaczny wzrost oceny wysokiej. Wyjątkiem jest grupa osób 50–55-letnich oraz pacjentów między 55. a 60. rokiem życia; w pierwszej występuje najmniejszy wzrost (o 6,7%;  $N=3$ ) tej oceny spośród pozostałych, a w drugiej w ogóle go nie ma. Wniosek: proces rehabilitacji znacznie przyczynia się do wzrostu wysokiej samooceny w grupach od wczesnej do średniej dorosłości, nieco rzadziej zaś oddziałuje na pacjentów w okresie późnej dorosłości. Przepuszczalnie powodem jest już ustabilizowana samoocena osób od 50. roku życia i zmiana jej w tym wieku jest trudna do przeprowadzenia. Z drugiej strony tylko w tej grupie wzrosła ocena średnia, co pozwala domniemywać, że grupa osób w okresie późnej dorosłości również wykazuje gotowość do zmiany samooceny, tylko w mniejszym stopniu. W pozostałych grupach wiekowych średnia ocena znajduje się na podobnym poziomie, poza osobami w wieku od 35 do 40 lat (50%;  $N=19$ ), u których plasuje się na wysokim poziomie istotności, co przepuszczalnie wskazuje na to, że równocześnie z wchodzeniem w wiek średniej dorosłości, pomimo zakończonego procesu rehabilitacji, znacznie wolniej poprawia się

samoocena i rozwój jednostki. Ciekawe są również wyniki analizy oceny niskiej samooceny badanych osób – w większości badanych grup obserwuje się jej spadek lub stabilizację. Wyjątek stanowią osoby w wieku 35–40 lat, a także pacjenci między 45. a 50. rokiem życia, u których zanotowano jej nieznaczny wzrost, ale wypada go uznać za mało istotny. Można zatem powiedzieć, że proces rehabilitacji w większości badanych grup pod kątem wieku zmniejsza lub stabilizuje poziom negatywnej ich samooceny.

W zakończeniu warto stwierdzić, że proces rehabilitacji przyczynił się do wzrostu wysokiej samooceny u obojga płci, przy czym u mężczyzn wzrost ten jest nieco większy niż u kobiet. Analizując ocenę średnią i niską samooceny pod kątem płci, zauważyć można jej spadek wśród badanych osób po zakończonej rehabilitacji, przy czym spadek ten jest większy u mężczyzn niż u kobiet. Przepuszczalnie przyczyną spadku tej oceny jest wzrost oceny wysokiej. Z uwagi na rodzaj wykonywanej pracy widoczny jest znaczny przyrost oceny wysokiej u pracowników fizycznych i mniejszy w grupie osób pracujących umysłowo. W pozostałych ocenach (średniej i niskiej) widoczne są zauważalne również spadki, większe u pracowników fizycznych niż umysłowych. W ostatniej analizie zbadanej pod kątem wieku pacjentów można zauważyć znaczny wzrost oceny wysokiej u osób w wieku 25–50 lat. Wyjątkiem jest grupa osób 50–55-letnich i pacjentów między 55. a 60. rokiem życia; w pierwszej z nich występuje najmniejszy spośród pozostałych wzrost oceny wysokiej, a w drugiej w ogóle nie nastąpił. Natomiast ocena średnia wzrosła tylko u badanych w wieku 50–60 lat. W pozostałych grupach wiekowych plasuje się na podobnym poziomie, poza osobami w wieku od 35. do 40. lat, u których występuje na wysokim poziomie wybieralności. Ciekawe są również wyniki analizy oceny niskiej – w większości badanych grup obserwuje się jej spadek. Wyjątek stanowią osoby w wieku od 35 do 40 lat, a także pacjenci między 45. a 50. rokiem życia, u których zanotowano jej nieznaczny wzrost, ale można jednak uznać go za mało istotny. Zatem rehabilitacja wpływa na osiągnięcie pozytywnej samooceny jednostki w niemalże wszystkich analizowanych grupach osób. Przepuszczalnie proces ten również umożliwia poznanie niedoskonałości i ograniczeń osób z niepełnosprawnością narządu ruchu, a także wskazuje drogę poprawy i rozwoju własnej samooceny.

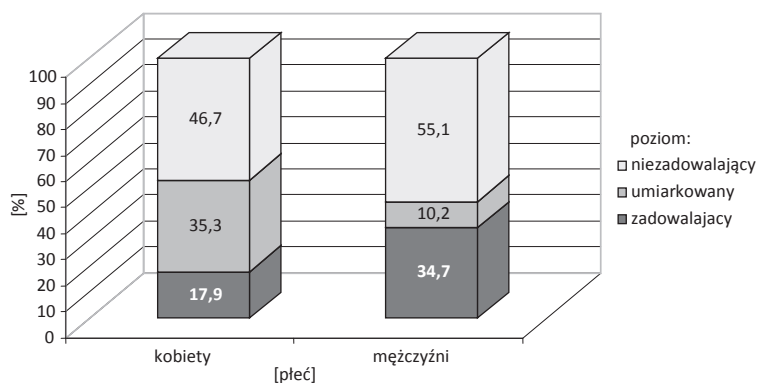
Kończąc rozważania na temat samooceny badanych osób pod wpływem rehabilitacji, można stwierdzić, że proces rehabilitacji w znaczny sposób wpływa na jej wysoką a następnie średnią samoocenę. Wzrost samooceny zależy od płci, rodzaju wykonywanej pracy i wieku, przy czym największy jest u mężczyzn, w grupie pracowników fizycznych i u osób w wieku 25–50 lat, a nieco mniejszy u kobiet, w grupie pracowników umysłowych i u osób w wieku od 50 do 60 lat. A zatem na tej podstawie można stwierdzić, iż przyjęta w niniejszej pracy hipoteza mówiąca, że proces rehabilitacji prowadzi do zmian samooceny z niskiej do średniej i wysokiej wydaje się być potwierdzona.



## 6.2. Pomiar zadowolenia z życia pod wpływem rehabilitacji

Stopień zadowolenia z życia w chwili rozpoczęcia rehabilitacji starano się przeanalizować z perspektywy różnych czynników mogących mieć wpływ na satysfakcję człowieka. Posłużono się w tym celu Skalą Satysfakcji z Życia. Narzędzie to przeznaczone jest do pomiaru zadowolenia z życia będącego wynikiem porównania własnej sytuacji z ustalonymi przez siebie standardami. Jeżeli wynik porównania jest zadowalający, wówczas osoba odczuwa zadowolenie z życia. Skala Satysfakcji z Życia została opracowana przez Eda Dienera i jego współpracowników (Diener, Emmons, Larson, Griffin<sup>158</sup>) na bazie kwestionariusza składającego się z 48 twierdzeń, które odnosiły się do różnych aspektów subiektywnego samopoczucia. Po przeprowadzeniu analizy czynnikowej wyodrębniono trzy czynniki: zadowalający afekt, niezadowalający afekt oraz umiarkowany. Skala składa się z pięciu stwierdzeń, badany ocenia, w jakim stopniu zgadza się z każdym z nich. Pomiaru dokonuje się na siedmiostopniowej skali, wynikiem jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia – im wyższy wynik, tym poczucie satysfakcji z życia jest większe. Narzędzie to szczegółowo zostało omówione w rozdziale 4 (podrozdz. 4.4. *Metody, techniki i narzędzie badawcze*).

Analizę zadowolenia z życia w chwili przystąpienia do rehabilitacji rozpoczęto od badania pacjentów pod kątem płci. Posłużono się w tym celu skalą SWLS. Wyniki tej analizy przedstawia wykres 3.



Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 3. Zadowolenie z życia w czasie rozpoczęcia rehabilitacji z uwzględnieniem płci pacjentów

<sup>158</sup> E. Diener, R.A. Emmons, R. Larson, S. Griffin, *The satisfaction with life scale...*, dz.cyt., s. 71–75.

Analiza wyników wskazuje na dominujący stan niezadowolenia z życia u obojga płci. Zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn z niepełnosprawnością narządu ruchu w chwili rozpoczęcia rehabilitacji brakuje satysfakcji z życia. Przypuszczalnie przyczyna tkwi w dolegliwościach bólowych występujących w narządzie ruchu podczas wykonywania czynności życiowych, co powoduje niezadowolenie, a także frustrację jednostki. Na uwagę również zasługują wyniki oceny zadowolającej, widocznej w znacznej przewadze u mężczyzn (34,7%;  $N=41$ ) niż kobiet (17,9%;  $N=33$ ). Zatem mężczyźni, w przeciwieństwie do kobiet, pomimo dysfunkcji występującej w ich narządzie ruchu, znacznie częściej potrafią odczuwać zadowolenie z życia. Odwrotna sytuacja występuje we wskazywanej przez respondentów ocenie umiarkowanej, dominującej u kobiet (35,3%;  $N=65$ ), w przeciwieństwie do mężczyzn (10,2%;  $N=12$ ). Wynika z tego, że kobiety w chwili rozpoczęcia rehabilitacji wykazują większe wahania pomiędzy zadowoleniem i niezadowoleniem z życia.

Pomiar zadowolenia z życia pod kątem płci, dokonany wśród badanych w chwili rozpoczęcia przez nich rehabilitacji, wykazał stan niezadowolenia z życia u obojga płci. W następnej kolejności pod względem wskazań badanych mężczyzn plasuje się ocena zadowolenia, a jej umiarkowany poziom znajduje się na 3. miejscu w hierarchii. Odwrotna sytuacja występuje u kobiet, u których na 2. miejscu ulokowała się umiarkowana ocena, a zadowolająca na miejscu 3. Czyli zarówno u kobiet, jak i mężczyzn z niepełnosprawnością narządu ruchu w czasie rozpoczęcia rehabilitacji brakuje satysfakcji z życia. Rzadziej też ankietowani wskazują na poziom zadowolenia z życia, zaś najmniej na umiarkowany.

Na uwagę zasługują również wyniki analizy badanych pod kątem wykonywania pracy zawodowej: fizycznej czy umysłowej. Najczęściej wskazują na stan niezadowolenia z życia, przy czym jest on bardziej widoczny u pracowników umysłowych (54,1%;  $N=47$ ) niż fizycznych (42,5%;  $N=27$ ). W następnej kolejności pod względem liczby wskazań znalazła się umiarkowana ocena satysfakcji z życia, która częściej wskazywana była przez pracowników fizycznych (32,1%;  $N=34$ ) niż u umysłowych (21,9%;  $N=43$ ). Najmniej wskazywaną przez badanych jest ocena zadowolająca, która nieznacznie częściej występuje u pracowników fizycznych (25,5%;  $N=27$ ) niż umysłowych (24%;  $N=47$ ). Wynika z tego, że osoby wykonujące zawód wymagający siły fizycznej wykazują większe zadowolenie z życia aniżeli osoby pracujące umysłowo, co oznacza, że osoby wykonujące zawody fizyczne znacznie łatwiej potrafią się cieszyć życiem, pomimo ograniczeń fizycznych, aniżeli pracownicy umysłowi.

Ostatnim elementem badawczym pomiaru zadowolenia z życia w chwili rozpoczęcia rehabilitacji był wiek respondentów. Jego wyniki zamieszczone zostały w tabeli 24.

T a b e l a 24

*Zadowolenie z życia w czasie rozpoczęcia rehabilitacji z uwzględnieniem wieku pacjentów*

Poziom zadowolenia	Przedział wiekowy [lata]															
	20–25		25–30		30–35		35–40		40–45		45–50		50–55		55–60	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
Zadowolający	6	30,0	3	15,8	6	17,1	10	26,3	18	36,0	14	26,9	11	24,4	6	14,0
Umiarkowany	9	45,0	4	21,1	12	34,3	11	28,9	23	46,0	9	17,3	2	4,4	7	16,3
Niezadowolający	5	25,0	12	63,2	17	48,6	17	44,7	9	18,0	29	55,8	32	71,1	30	69,8

Wartości statystyczne:  $\chi^2$  Pearsona = 0, 2906107,  $df=$  14,  $V$  – Cramera = 0,2906107,  $p$  = 0,00000,  $\alpha$  = 0,05( $H_1$ ),  $\alpha$  = 0,01 ( $H_1$ ).

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne.

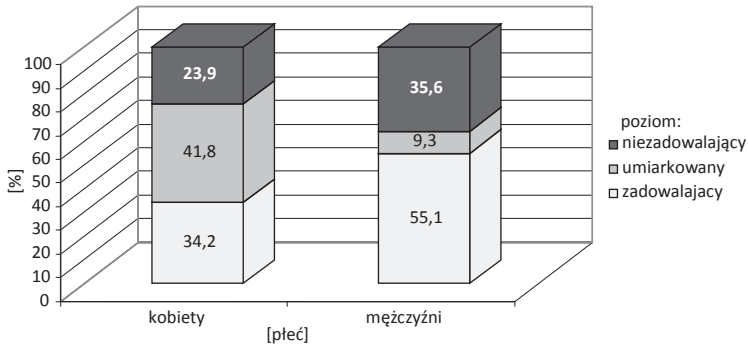
Na podstawie przeprowadzonej analizy danych należy zauważyć, że skala satysfakcji SWLS przed rehabilitacją na poziomie bardzo istotnym zależy od wieku. Współczynnik  $V$ -Cramera ( $V=0,29$ ) wskazuje na zależność wyraźną, lecz niską. Przy czym ankietowani najczęściej wyrażają swoje niezadowolenie z życia. Wyjątek stanowią tylko grupy osób w wieku 40–45 lat (18%;  $N=9$ ) oraz osoby w najmłodszej grupie badanych, czyli między 20. a 25. rokiem życia (25%;  $N=5$ ), gdzie liczba wskazań tej oceny jest najniższa spośród wszystkich. Przepuszczalnie okresy wczesnej i średniej dorosłości charakteryzują się znacznie większym zadowoleniem z życia, pomimo niesprawności narządu ruchu, w porównaniu do pozostałych badanych grup wiekowych, ponieważ żywią przekonanie, że stan fizyczny ich narządu ruchu ulegnie poprawie. Na 2. miejscu pod względem liczby wskazań znalazła się ocena umiarkowanego zadowolenia z życia, przy czym najwyższe wskazania odnotowano wśród badanych w wieku od 20 do 25 lat oraz w okresie między 40. a 45. rokiem życia, co potwierdza przyjętą tezę, iż okresy te charakteryzują się najlepszymi wynikami satysfakcji z życia w porównaniu z innymi grupami wiekowymi. Osoby z tych grup, pomimo niesprawności w narzędziu ruchu, potrafią czerpać przyjemności z życia. Można zatem powiedzieć, że w okresie wczesnej i średniej dorosłości, pomimo przeciwności zdrowotnych, jednostka jest zdolna do odnoszenia satysfakcji w każdej dziedzinie życia. Warto jeszcze wspomnieć o grupie osób w wieku 50–55 lat (4,4%;  $N=9$ ), które ocenę umiarkowaną wskazywały najrzadziej, co świadczy, że okres późnej starości w czasie rozpoczęcia rehabilitacji ujawnia się nam jako jeden z najbardziej niesatysfakcjonujących w życiu badanych osób. W pozostałych grupach wiekowych ocena umiarkowana sytuowała się na podobnym poziomie. Ostatnią pod względem częstotliwości wskazania przez respondentów okazała się wysoka ocena zadowolenia z życia. Uplasowała się najwyżej u osób w wieku 20–25 lat (30%;  $N=6$ ) i między

40. a 45. rokiem życia (36%;  $N=18$ ), co ponownie pozwala wysnuć wniosek, że młodszy i średni okres dorosłości uwidacznia się jako znaczący pod względem zadowolenia z życia. Najrzadziej na tę ocenę wskazują osoby w wieku od 25 do 35 lat, a także najstarsza z grup, czyli badani między 55. a 60. rokiem życia. Wypada sądzić, że badani w tym wieku mają największe problemy ze znalezieniem ideału swego życia. W pozostałych grupach ocena ta lokuje się na podobnym niskim poziomie częstotliwości wskazywania.

Kończąc rozważania na temat poziomu zadowolenia z życia u osób rozpoczynających proces rehabilitacji, należy zauważyć, że dominująca jest ocena wskazująca na stan niezadowolenia u obojga płci. Następnie pod względem wskazań badanych mężczyzn plasuje się ocena zadowolenia, a jej poziom umiarkowany zajmuje 3. miejsce w hierarchii. Odwrotna sytuacja występuje u kobiet, u których 2. miejsce przypadło umiarkowanej ocenie, a zadowalające 3. Ciekawe są również wyniki analizy badanych pod kątem wykonywania pracy zawodowej (fizyczna, umysłowa) – do najczęściej wskazywanych należy stan niezadowolenia z życia, przy czym jest on większy u pracowników umysłowych niż fizycznych. W następnej kolejności pod względem liczby wskazań znalazła się umiarkowana ocena satysfakcji z życia, która znacznie częściej wskazywana była przez pracowników fizycznych niż umysłowych. Najrzadziej wskazywana przez badanych była ocena zadowalająca, która tylko nieznacznie częściej występowała u pracowników fizycznych niż umysłowych. Ostatnim elementem badawczym pomiaru zadowolenia z życia w chwili rozpoczęcia rehabilitacji był wiek respondentów; ocena poziomu satysfakcji z życia w różnym wieku jest niezadowalająca. Wyjątek stanowią tylko grupy osób w wieku 40–45 lat oraz osoby najmłodsze, czyli między 20. a 25. rokiem życia – liczba wskazań oceny niezadowalającej jest najniższa wśród wszystkich badanych. Na 2. miejscu pod względem liczby wskazań znalazła się ocena umiarkowanego zadowolenia z życia. Również i ona najczęściej wskazywana była w przedziale wieku 20–25 lat oraz w okresie między 40. a 45. rokiem życia. Warto jeszcze wspomnieć o grupie osób w wieku 50–55 lat, u których ocena umiarkowana należała do najrzadziej wskazywanych. W pozostałych grupach wiekowych omawiana ocena utrzymała się na podobnym poziomie. Ostatnią pod względem częstotliwości jej wskazywania przez respondentów okazała się ocena wysokiego zadowolenia z życia. Uplasowała się najwyżej w grupach wiekowych 20–25 lat i między 40. a 45. rokiem życia. Najrzadziej wskazywały na nią osoby w wieku od 25 do 35 lat, a także najstarsza z grup, czyli między 55. a 60. rokiem życia. W pozostałych grupach ocena ta plasuje się na podobnym niskim poziomie częstotliwości wskazywania. Zatem niemal u wszystkich przebadanych w chwili rozpoczęcia rehabilitacji brakuje satysfakcji z życia. Przepuszczalnie przyczyna tkwi w dolegliwościach bólowych występujących

w narzędzie ruchu podczas wykonywania czynności życiowych, co prowadzi do niezadowolenia a także frustracji jednostki.

Kolejna analiza objęła proces zadowolenia z życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu po zakończonym procesie rehabilitacji. Do tego celu posłużono się skalą SWLS i objęto grupy badawcze, analizując je pod względem płci, rodzaju pracy i wieku respondentów. Wykres 4 przedstawia wyniki zadowolenia z życia pod kątem płci badanych.



Źródło: Opracowanie własne

Wykres 4. Zadowolenie z życia po zakończeniu rehabilitacji według płci pacjentów

U mężczyzn (55,1%;  $N=65$ ) dominuje wysoka ocena satysfakcji z życia. Znacznie niżej plasuje się niezadowolający wynik (35,6%;  $N=42$ ), zaś umiarkowany wskaźnik satysfakcji z życia uplasował się u mężczyzn na mało znaczącej statystycznie pozycji i wyniósł 9,3%;  $N=11$ . Natomiast u kobiet po zakończonej rehabilitacji dominuje umiarkowany poziom satysfakcji (41,8%;  $N=77$ ), nieco niżej pod względem częstotliwości jego wskazań widoczny jest poziom wysoki (34,2%;  $N=63$ ), zaś niezadowolenie z życia znalazło się w hierarchii satysfakcji na 3. (ostatnim) miejscu i wyniosło 23,9%;  $N=44$ . Wniosek: proces rehabilitacji w znacznym stopniu wpłynął na wysokie zadowolenie z życia u mężczyzn, natomiast u kobiet uplasował się na umiarkowanym poziomie satysfakcji z życia.

Następnym punktem analizy poziomu satysfakcji z życia po zakończonej rehabilitacji była zmienna dzieląca badanych na pracowników fizycznych i umysłowych. Wynika z niej, że najwyższy poziom zadowolenia osiągnęli pracownicy fizyczni, a znacznie niższy pracownicy umysłowi (58,5%;  $N=62$ ). Na 2. miejscu w hierarchii częstotliwości wskazywania przez badanych uplasował się wynik umiarkowany, dominujący u pracowników umysłowych (34,2%;  $N=67$ ), a u fizycznych rzadko wskazywany (19,8%;  $N=21$ ). Niezadowolenie z życia, które było wskazywane jako ostatnie pod względem liczby badanych,

znacznie częściej występowało u pracowników umysłowych (32,1%;  $N=63$ ) niż fizycznych (21,7%;  $N=23$ ). Zatem zakończony proces rehabilitacji w znacznym stopniu wpłynął na wysokie zadowolenie z życia u pracowników fizycznych, natomiast u umysłowych uplasował się na umiarkowanym poziomie satysfakcji z życia. Proces rehabilitacji wzmacnia poziom życiowej satysfakcji głównie u osób wykonujących zawód wymagający siły fizycznej, co nasuwa przypuszczenie, że pracownicy umysłowi, pomimo znacznej poprawy w ich funkcjonowaniu narządu ruchu, rzadziej widzą w tej zmianie zadowolenie i życiową radość.

Ostatnią zmienną, którą wykorzystano w celu dokonania analizy pomiaru satysfakcji z życia, był wiek pacjentów. Wyniki badań zostały zamieszczone w tabeli 25.

Tabela 25

*Zadowolenie z życia po zakończeniu rehabilitacji z uwzględnieniem wieku pacjentów*

Poziom zadowolenia	Przedział wiekowy [lata]															
	20–25		25–30		30–35		35–40		40–45		45–50		50–55		55–60	
	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]
Zadowolający	11	55,0	9	47,4	13	37,1	14	36,8	26	52,0	29	55,8	17	37,8	9	20,9
Umiarkowany	6	30,0	7	36,8	18	51,4	18	47,4	18	36,0	4	7,7	7	15,6	10	23,3
Niezadowolający	3	15,0	3	15,8	4	11,4	6	15,8	6	12,0	19	36,5	21	46,7	24	55,8

Wartości statystyczne:  $X^2$  Pearsona = 63,15404,  $df = 14$ ,  $V - \text{Cramera} = 0,3233569$ ,  $p = 0,00000$ ,  $\alpha = 0,05$  ( $H_1$ ),  $\alpha = 0,01$  ( $H_1$ ).

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując zadowolenie z życia pod kątem wieku pacjentów, widać, że w większości analizowanych grup występuje wysoki poziom zadowolenia z życia. Wyjątek stanowi grupa osób w wieku najstarszym (20,9%;  $N=9$ ). Co wskazuje, że proces rehabilitacji niemal we wszystkich grupach wpłynął na wysoki poziom zadowolenia z życia badanych, oprócz osób w wieku od 55 do 60 lat, u których uplasował się na niższej pozycji w przeciwieństwie do pozostałych grup wiekowych. Przypuszczalnie przyczyna tkwi w ukształtowanym poczuciu zadowolenia z życia osób w okresie późnej dorosłości i proces rehabilitacji zapewne u większości tych osób nie jest już w stanie niczego zmienić. Na 2. miejscu w hierarchii częstotliwości wybierania ulokowała się umiarkowana ocena zadowolenia z życia. Przy czym najczęściej wybierana była przez pacjentów w wieku 30–40 lat, a najrzadziej u osób między 45. a 55. rokiem życia. Z kolei ocena niezadowolająca z satysfakcji z życia wskazuje na to, że w okresie od 20. do 45. roku życia plasuje się ona na niskim poziomie wybieralności i można uznać tę ocenę za nieistotną. Natomiast w wieku od 45. do 60. roku życia ocena niezadowolająca jest znacząco częściej wskazywana

przez badanych, co ponownie przemawia za argumentem, że osoby w okresie późnej dorosłości mają już ukształtowane poczucie zadowolenia z życia i proces rehabilitacji zapewne u większości tych osób nie jest już w stanie tego zmienić. Wskazuje to, że przebyty proces rehabilitacji charakteryzuje się niemal niewystępowaniem niezadowolenia z satysfakcji z życia u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu, mieszczących się w przedziale wieku od młodszego do średniego okresu dorosłego życia; przeciwieństwem są pacjenci w okresie starszej dorosłości, u których niezadowolenie z życia jest dość powszechnym zjawiskiem.

Kończąc rozważania na temat ukazania zadowolenia z życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu po zakończonym procesie rehabilitacji, wypada stwierdzić, że poziom satysfakcji z życia, w zależności od płci badanych, wskazuje, że u mężczyzn dominuje wysoka ocena satysfakcji z życia. Znacznie niżej plasuje się niezadowolający wynik satysfakcji z życia, zaś umiarkowany wskaźnik uplasował się u mężczyzn na mało znaczącej statystycznie pozycji. Natomiast u kobiet po zakończonej rehabilitacji dominuje umiarkowany poziom satysfakcji, nieco niżej pod względem częstotliwości jego wskazań widoczny jest poziom wysoki, zaś niezadowolenie z życia znalazło się w hierarchii satysfakcji na 3. miejscu – ostatnim. Ponadto można powiedzieć, że satysfakcję z życia po zakończonym procesie rehabilitacji głównie odczuwają pacjenci z niepełnosprawnością narządu ruchu pracujący fizycznie, natomiast pracownicy umysłowi zgłaszają poziom umiarkowany. Pod kątem analizy wieku badanych – od młodszego do średniego okresu dorosłego życia – można zauważyć, że przebyty proces rehabilitacji charakteryzuje się niemal niewystępowaniem niezadowolenia z satysfakcji z życia u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu; przeciwieństwo stanowią pacjenci w okresie starszej dorosłości, u których niezadowolenie z życia jest częstszym zjawiskiem. Wyniki tych badań wskazują, że zakończony proces rehabilitacji znacząco wpływa na zadowolenie z życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu u większości badanych osób.

W toku dalszych rozważań przedstawiony zostanie wpływ rehabilitacji na pomiar zadowolenia z życia przed rozpoczęciem rehabilitacji i po jej zakończeniu, korzystając ze skali SWLS. Wyniki tej analizy pokazuje tabela 26.

Tabela 26

Wpływ rehabilitacji na zadowolenie z życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu

Wyszczególnienie	Zadowolający						Umiarkowany						Niezadowolający					
	przed reh.		po reh.		różnica		przed reh.		po reh.		różnica		przed reh.		po reh.		różnica	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
Kobiety	33	17,9	63	34,2	-30	-16,3	65	35,3	77	41,8	-12	-6,5	86	46,7	44	23,9	42	22,8
Mężczyźni	41	34,7	65	55,1	-24	-20,3	12	10,2	11	9,3	1	0,8	65	55,1	42	35,6	23	19,5
Fizyczni	27	25,5	62	58,5	-35	-33,0	34	32,1	21	19,8	13	12,3	45	42,5	23	21,7	22	20,8
Umysłowi	47	24,0	66	33,7	-19	-9,7	43	21,9	67	34,2	-24	-12,2	106	54,1	63	32,1	43	21,9
20–25 lat	6	30,0	11	55,0	-5	-25,0	9	45,0	6	30,0	3	15,0	5	25,0	3	15,0	2	10,0
25–30	3	15,8	9	47,4	-6	-31,6	4	21,1	7	36,8	-3	-15,8	12	63,2	3	15,8	9	47,4
30–35	6	17,1	13	37,1	-7	-20,0	12	34,3	18	51,4	-6	-17,1	17	48,6	4	11,4	13	37,1
35–40	10	26,3	14	36,8	-4	-10,5	11	28,9	18	47,4	-7	-18,4	17	44,7	6	15,8	11	28,9
40–45	18	36,0	26	52,0	-8	-16,0	23	46,0	18	36,0	5	10,0	9	18,0	6	12,0	3	6,0
45–50	14	26,9	29	55,8	-15	-28,8	9	17,3	4	7,7	5	9,6	29	55,8	19	36,5	10	19,2
50–55	11	24,4	17	37,8	-6	-13,3	2	4,4	7	15,6	-5	-11,1	32	71,1	21	46,7	11	24,4
55–60	6	14,0	9	20,9	-3	-7,0	7	16,3	10	23,3	-3	-7,0	30	69,8	24	55,8	6	14,0

Źródło: Opracowanie własne.

Z analizy zebranego materiału empirycznego wynika, że proces rehabilitacji przyczynił się do znacznego wzrostu zadowolenia z życia u mężczyzn (o 20,4%;  $N=24$ ), a nieco niżej u kobiet (o 16,3%;  $N=30$ ). W ocenie umiarkowanej satysfakcji z życia zauważalny jest jej nieznaczny spadek, wyraźniejszy u kobiet (o 6,5%;  $N=12$ ), natomiast w grupie mężczyzn ocena umiarkowana plasuje się na niemal identycznym poziomie zarówno przed, jak i po rehabilitacji. Ciekawie przedstawia się analiza wpływu rehabilitacji na poziom niezadowolenia z życia pacjentów pod kątem płci. Widać, że rehabilitacja w znacznym stopniu przyczyniła się do spadku częstotliwości niezadowolenia zarówno u kobiet (o 22,8%;  $N=42$ ), jak i u mężczyzn (o 19,5%;  $N=23$ ). Wynika z tego, że proces rehabilitacji, niezależnie od płci, znacząco przyczynia się do zwiększenia zadowolenia z życia u chorych z niepełnosprawnością narządu ruchu, kosztem widocznego spadku oceny ich niezadowolenia. Zapewne spowodowane jest to poprawą samopoczucia fizycznego pacjentów pod wpływem rehabilitacji, która jednocześnie przyczyniła się do odczuwania przez badanych zadowolenia z życia. Analizując wyniki wpływu rehabilitacji na zadowolenie z życia, w grupie pracowników zatrudnionych na stanowiskach fizycznych i umysłowych, od razu zauważa się znaczny wzrost zadowolenia w obu badanych grupach, przy czym u pracowników fizycznych (o 33%;  $N=35$ ) jest większy aniżeli w grupie osób pracujących umysłowo (o 9,7%;  $N=19$ ). Ciekawe wyniki analizy można również zauważyć w umiarkowanej ocenie zadowolenia z życia: u pra-



cowników umysłowych wystąpił jej wzrost (o 12,3%;  $N=24$ ), natomiast u osób pracujących fizycznie spadła (o 12,3%;  $N=13$ ). A zatem ocena ta uległa obniżeniu. Analiza oceny umiarkowanej każe zwrócić uwagę na jeszcze jedno ciekawe zjawisko – identyczny procent zmian częstotliwości wybierania tej oceny przez respondentów, przy czym u pracowników umysłowych na korzyść tejże oceny (12,3%), a odwrotnie u fizycznych (12,3%). Natomiast w analizie oceny niezadowolenia z życia zauważa się znaczny spadek jej wskazywania przez badanych, zarówno w grupie osób pracujących fizycznie, jak i umysłowo. Nieco większy spadek zauważalny jest w grupie osób wykonujących pracę umysłową (22%;  $N=43$ ) aniżeli fizyczną (20,8%;  $N=22$ ). Można zatem przypuszczać, że proces rehabilitacji znacząco wpływa na uzyskanie wysokiego poziomu zadowolenia z życia, zarówno u pracowników wykonujących pracę fizyczną, jak i umysłową, aczkolwiek w grupie pracowników fizycznych wzrost ten jest bardziej zauważalny aniżeli u pracowników umysłowych, czyli przebyta rehabilitacja bardziej wpływa na wzrost zadowolenia z życia u pracowników zatrudnionych na stanowiskach fizycznych niż na umysłowych. I jest to zapewne spowodowane tym, że pracownicy fizyczni, nie odczuwając dyskomfortu układu narządu ruchu, lepiej wykorzystują ten fakt w pracy zawodowej w przeciwieństwie do osób pracujących umysłowo. Z kolei w ostatniej analizowanej grupie, która ukazała wpływ na zadowolenie z życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu po zakończonym procesie rehabilitacji, znalazł się podział na wiek badanych osób. Analiza ta wskazuje na znaczący wzrost wysokiej oceny zadowolenia z życia w każdej z przeanalizowanych grup, przy czym największy obserwowano w grupie wiekowej między 25. a 30. rokiem życia (o 31,6%;  $N=6$ ), a także u osób w przedziale lat 45–50 (o 28,9%;  $N=15$ ). Natomiast najmniejszy wzrost wysokiej oceny zadowolenia życia notuje się u osób między 55. a 60. rokiem życia (o 6,9%;  $N=3$ ), co wskazuje, że w okresie późnej dorosłości proces rehabilitacji ma niewielki wpływ na podniesienie oceny stanu zadowolenia z życia. Zapewne spowodowane jest to mniejszą poprawą w funkcjonowaniu narządu ruchu, a zatem mniejszą satysfakcją z życia tych osób. Potwierdzeniem tego może być analiza oceny niezadowolenia z życia, która również w tych grupach wykazała najmniejszy spadek. Omawiane niezadowolenie z życia pod wpływem rehabilitacji wskazuje ponadto, że w każdej z omawianych grup zauważa się jego znaczny spadek, przy czym należy podkreślić, że i w wieku od 40. do 45. roku życia (o 6%,  $N=8$ ) jest również niski. Natomiast znaczne zmniejszenie jego częstotliwości wskazań przez badanych obserwuje się we wszystkich pozostałych grupach wiekowych, ale największy spadek tejże oceny występuje między 25. a 30. rokiem życia (o 47,4%;  $N=9$ ). Można zatem powiedzieć, że analiza niezadowolenia z życia u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu pod wpływem rehabilitacji wskazuje, że niemal w każdym wieku proces ten odgrywa szczególną rolę w uzyskaniu satysfakcji

z życia pacjentów. W analizie oceny umiarkowanej zauważalny jest wzrost częstotliwości wskazań przez badanych w wieku od 25. do 40. roku życia, a także u osób w wieku 50–60 lat. Spadek tej oceny widoczny jest u pacjentów między 20. a 25. rokiem życia oraz u respondentów od 40. do 50. roku życia; zapewne spadek tejże oceny wpływa na podniesienie wysokiego poziomu zadowolenia z życia pacjentów. Wynika z tego, że umiarkowana ocena zadowolenia z życia pacjentów jest różnorodna pod względem jej wybieralności, zarówno przed, jak i po procesie rehabilitacji i stanowi środek pomiędzy poziomem niezadowolenia a stanem umiarkowanym; a także umiarkowanym a wysokim. Zatem proces rehabilitacji znacząco podnosi zadowolenie z życia pacjentów, co jest zjawiskiem pozytywnym.

Reasumując wpływ rehabilitacji na stopień zadowolenia z życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu, można powiedzieć, że znaczny wzrost zadowolenia z życia widoczny jest u mężczyzn, zaś nieco niższy u kobiet. W ocenie umiarkowanej satysfakcji z życia zauważalny jest jej nieznaczny spadek widoczny u kobiet, natomiast u mężczyzn ocena umiarkowana pozostaje na niemal identycznym poziomie. Ciekawe wyniki przedstawia analiza wpływu procesu rehabilitacji na poziom niezadowolenia z życia pacjentów pod kątem płci. Wynika z niej, że rehabilitacja znacznie przyczyniła się do spadku częstotliwości niezadowolenia zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Analizując wyniki wpływu rehabilitacji na zadowolenie z życia w grupie pracowników zatrudnionych na stanowiskach fizycznych i umysłowych, zauważa się znaczny wzrost zadowolenia, przy czym u pracowników fizycznych jest on większy aniżeli w grupie osób pracujących umysłowo. Analizując wyniki umiarkowanej oceny zadowolenia z życia widać, że u pracowników umysłowych wzrosła, natomiast u fizycznych ocena się obniżyła. Natomiast w analizie oceny niezadowolenia z życia zauważa się znaczny spadek jej wskazywania przez badanych, zarówno w grupie osób pracujących fizycznie, jak i umysłowo, przy czym nieco większy spadek zauważalny jest w grupie osób wykonujących pracę umysłową aniżeli fizyczną. W ostatniej analizie, która ukazywała wpływ na zadowolenie z życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu po zakończonym procesie rehabilitacji, uwzględniono podział na wiek badanych. I tak wysoka ocena zadowolenia z życia w każdej z przeanalizowanych grup znacząco wzrosła, przy czym największy jej wzrost obserwuje się w grupie wiekowej między 25. a 30. rokiem życia, a także u osób w przedziale lat 45–50. Najmniejszy wzrost wysokiej oceny zadowolenia życia notuje się u osób między 55. a 60. rokiem życia. Potwierdzeniem tego może być analiza oceny niezadowolenia z życia, które również w tych grupach wykazało najmniejszy poziom spadku. Omawiane niezadowolenie z życia pod wpływem rehabilitacji wskazuje ponadto znaczny spadek w każdej z omawianych grup, przy czym należy zauważyć, że i w wieku od 40. do 45. roku życia jest również niski. Znaczne zmniejszenie

częstotliwości jego wskazań przez badanych obserwuje się we wszystkich pozostałych grupach wiekowych, z tym że największy spadek tejże oceny występuje między 25. a 30. rokiem życia. W analizie oceny umiarkowanej zauważalny jest wzrost częstotliwości jej wskazań przez badanych w wieku od 25 do 40 lat, a także u osób między 50. a 60. rokiem życia. Spadek tej oceny widoczny jest u pacjentów 20–25-letnich oraz u respondentów od 40. do 50. roku życia; zapewne spadek tejże oceny wpływa na podniesienie wysokiego poziomu zadowolenia z życia pacjentów oddziałów rehabilitacji narządu ruchu. Można zatem stwierdzić, że proces rehabilitacji znacząco podnosi zadowolenie z życia pacjentów.

### 6.3. Obiektywna i subiektywna jakość życia

Obiektywny i subiektywny pomiar jakości życia u jednostki z niepełnosprawnością narządu ruchu obejmuje siedem dziedzin: dobrostan materialny i emocjonalny, zdrowie, produktywność, intymność, bezpieczeństwo, wspólnota. Wymiar obiektywny składa się z kulturowo uwarunkowanych miar dobrostanu, natomiast wymiar subiektywny odnosi się do kategorii łączącej indywidualne zadowolenie i ważność danej dziedziny życia dla jednostki<sup>159</sup>.

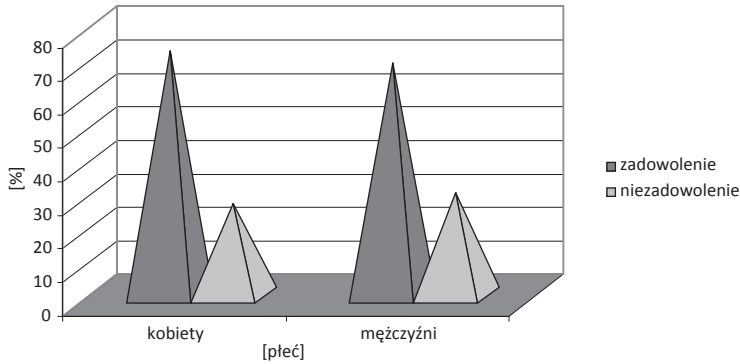
Do oceny jakości życia u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu posłużono się oryginalną skalą nazwaną Całościową Skalą Jakości Życia (*Comprehensive Quality of Life Scale*)<sup>160</sup>, składającą się z trzech części mierzących kolejno: obiektywne wskaźniki jakości życia, subiektywną ważność oraz subiektywne zadowolenie. Ze względu na metodologię niniejszej pracy wykorzystano tylko dwie ostatnie części skali. Według pierwszej bada się subiektywną jakość życia; składa się ona z siedmiu pytań służących ocenie ważności następujących dziedzin życia: rzeczy materialne, osobiste, zdrowie, osiągnięcia życiowe, relacje z rodziną i przyjaciółmi, poczucie bezpieczeństwa, działalność społeczna oraz szczęście osobiste; ocena dokonywana jest w skali pięciopunktowej. Druga część skali obejmuje też subiektywną jakość życia i też składa się z siedmiu pytań, ale są to pytania mierzące stopień zadowolenia osoby badanej z tych samych, wymienionych siedmiu dziedzin życia. Wyniki oceniane w siedmiopunktowej skali wskazują na subiektywnie rozumianą jakość życia w zakresie zadowolenia i niezadowolenia. Narzędzie to szczegółowo omówiono również w rozdziale 4, podrozdz. 4.4. *Metody, techniki i narzędzie badawcze.*

---

<sup>159</sup> D. K r o k, *Religijność a jakość życia w perspektywie mediatorów psychospołecznych*, Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2009, s. 193.

<sup>160</sup> R.A. C u m m i n s, *Comprehensive Quality of Life Scale...*, dz.cyt.

Pomiar jakości życia w chwili rozpoczęcia rehabilitacji starano się przeanalizować z perspektywy różnych czynników mogących mieć wpływ na jej ocenę. Rozpoczęto od analizy Skali Jakości Życia w kontekście płci pacjentów, przedstawioną na wykresie 5.



Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 5. Skala jakości życia w czasie rozpoczęcia rehabilitacji według płci badanych

Zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn w czasie rozpoczęcia rehabilitacji dominuje zadowolenie z obecnej jakości życia. Przy czym u kobiet (72,8%;  $N=134$ ) jest ono nieco większe niż u mężczyzn (69,5%;  $N=82$ ). Odwrotna relacja występuje w ocenie niezadowolenia z jakości życia, gdzie widoczna jest większa liczba wskazań u mężczyzn (30,5%;  $N=36$ ) niż u kobiet (27,2%;  $N=50$ ). Należy zauważyć, że u kobiet, tak jak i mężczyzn niezadowolenie z jakości życia lokuje się na niskim poziomie częstotliwości występowania. Można zatem powiedzieć, że z chwilą przyjęcia na rehabilitację pacjenci, niezależnie od płci, są w większości zadowoleni z takich dziedzin jak: materialny dobrostan, zdrowie, produktywność, intymność, bezpieczeństwo, wspólnota.

Analizując jakość życia pacjentów w momencie rozpoczęcia rehabilitacji, za istotny uznano również podział na rodzaj wykonywanej pracy zawodowej (fizyczna i umysłowa). Zebrany materiał empiryczny wskazuje na to, że wszyscy pracownicy fizyczni są zadowoleni z jakości życia, co wiąże się z jednoczesnym niewystępowaniem niezadowolenia z życia. Natomiast u pracowników umysłowych zadowolenie z życia deklaruje większa część respondentów (56,1%;  $N=110$ ), a mniej niż połowa badanych wskazywała niezadowolenie (43,9%;  $N=86$ ). Zatem z chwilą przyjęcia na rehabilitację zadowolenie z jakości życia przejawia głównie grupa osób pracujących fizycznie, natomiast pracownicy umysłowi oceniają zadowolenie na niemal podobnym poziomie co niezadowolenie. Zatem mimo niepełnosprawności narządu ruchu pracownicy

zatrudnieni na stanowiskach fizycznych są zadowoleni z jakości dotychczasowego życia przed rozpoczęciem rehabilitacji, w przeciwieństwie do znacznej liczby badanych pracujących umysłowo.

Kolejnym zagadnieniem interesującym badacza było pytanie o istnienie różnicy w pomiarze jakości życia zależnej od wieku pacjenta przyjętego po raz pierwszy na rehabilitację. Wyniki badań w tabeli 27 wskazują, że we wszystkich grupach wiekowych dominuje zadowolenie. Skala jakości życia przed rehabilitacją zależy bardzo istotnie od rodzaju wykonywanej pracy. Współczynnik  $V$ -Cramera ( $V = 0,31$ ) wskazuje na zależność wyraźną, lecz niską.

T a b e l a 27

*Skala jakości życia w czasie rozpoczęcia rehabilitacji z uwzględnieniem wieku badanych*

Skala	Przedział wiekowy [lata]															
	20–25		25–30		30–35		35–40		40–45		45–50		50–55		55–60	
	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]
Zadowolenie	20	100	19	100	24	68,6	21	55,3	31	62,0	38	73,1	27	60,0	36	83,7
Niezadowolenie	0	0	0	0	11	31,4	17	44,7	19	38,0	14	26,9	18	40,0	7	16,3

Wartości statystyczne:  $\chi^2$  Pearsona = 29,97311,  $df = 7$ ,  $V$  - Cramera = 0,3097377,  $p = 0,00015$ ,  $\alpha = 0,05(H_1)$ ,  $\alpha = 0,01(H_1)$ .

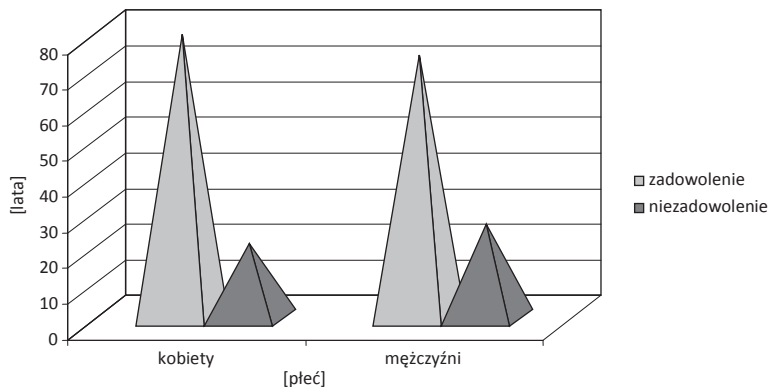
Ź r ó ł o: Opracowanie własne.

U osób młodych między 20. a 30. rokiem życia w ogóle nie występuje niezadowolenie z dotychczasowej jakości życia, co należy tłumaczyć w kategoriach psychologicznych. Osoby we wczesnej dorosłości charakteryzują się zadowoleniem we wszystkich dziedzinach życia, pomimo niepełnosprawności narządu ruchu. Na uwagę zasługuje również najstarsza grupa badanych, u której również występuje znaczne zadowolenie (83,7%;  $N=36$ ) z jakości życia w stosunku do niezadowolenia (16,3%;  $N=7$ ). Wynika z tego, że osoby w późnej dorosłości niemal podobnie jak osoby w młodym wieku potrafią być zadowolone z jakości życia, pomimo zaistniałych niedogodności w stanie ich zdrowia fizycznego. Dane w pozostałych grupach wiekowych pokazują, że w każdej z nich większość respondentów deklarowała w miarę wysokie zadowolenie z jakości życia w stosunku do jego niezadowolenia, co świadczy o tym, że w każdej grupie wiekowej z niepełnosprawnością narządu ruchu w chwili rozpoczęcia rehabilitacji występuje niskie niezadowolenie z jakości życia.

Kończąc rozważania na temat pomiaru jakości życia w aspekcie zadowolenia i niezadowolenia, obejmującego wiele dziedzin życia badanych przed rozpoczęciem rehabilitacji, można powiedzieć, że zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn w czasie rozpoczęcia procesu rehabilitacji dominuje zadowolenie z obecnej jakości życia. Przy czym u kobiet jest ono nieco większe niż

u mężczyzn. Odwrotna relacja występuje w ocenie niezadowolenia z jakości życia, gdzie zauważalna jest większa liczba wskazań u mężczyzn niż u kobiet, ale należy zauważyć, że tak jak u kobiet, tak i u mężczyzn niezadowolenie z jakości życia pozostaje na niskim poziomie częstotliwości występowania. Analiza jakości życia pod kątem wykonywanej pracy badanych wskazuje, że u wszystkich pracowników fizycznych występuje zadowolenie z jakości życia przy jednoczesnym niewystępowaniu niezadowolenia. Wśród pracowników umysłowych zadowolenie obserwowane jest u nieco większej części respondentów w odróżnieniu od liczby wskazań niezadowolenia. Interpretując wyniki jakości życia w zależności od wieku, można powiedzieć, że w chwili rozpoczęcia rehabilitacji we wszystkich grupach wiekowych dominuje zadowolenie z jakości życia. Wśród osób młodych między 20. a 30. rokiem życia w ogóle nie występuje niezadowolenie z dotychczasowej jakości życia. Na uwagę zasługuje również najstarsza grupa badanych, u której również występuje znaczne zadowolenie z jakości życia w stosunku do niezadowolenia. Dane z pozostałych grup wiekowych pokazują, że w każdej z nich większość respondentów wskazywała w miarę wysokie zadowolenie z jakości życia w stosunku do niezadowolenia. Tak więc w chwili rozpoczęcia rehabilitacji znacząca jest ocena zadowolenia z dotychczasowej jakości życia w porównaniu do niezadowolenia.

Pomiar zadowolenia i niezadowolenia jakości życia po zakończonej rehabilitacji starano się przeanalizować z perspektywy różnych czynników mogących mieć wpływ na jego ocenę. Do tego celu posłużono się Skalą Jakości Życia. Analizę rozpoczęto w kontekście płci pacjentów, którą przedstawia wykres 6.



Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 6. Skala jakości życia po zakończeniu procesu rehabilitacji według płci badanych

Z wykresu wynika, że zarówno kobiety (79,3%;  $N=146$ ), jak i mężczyźni (73,7%;  $N=87$ ) wykazują podobny, tj. wysoki poziom zadowolenia z życia, a ocena niezadowolenia jest rzadko wyrażania, przy czym bywa ona nieco większa u mężczyzn (26,3%;  $N=31$ ) niż u kobiet (20,7%;  $N=38$ ). Można zatem powiedzieć, że po zakończeniu procesu rehabilitacji badane jednostki charakteryzują się wysokim zadowoleniem z jakości życia, co nasuwa przypuszczenie, że proces ten znacznie wpływa na subiektywną ważność i zadowolenie z jakości życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu niezależnie od płci badanych.

Spośród 302 badanych osób 106 jest pracownikami wykonującymi zawód fizyczny, a 196 pracuje umysłowo. Najwyższe zadowolenie z jakości życia zanotowano u wszystkich badanych pracowników fizycznych; u pracowników umysłowych również wysoka jest ocena zadowolenia z jakości życia (64,8%;  $N=127$ ), zaś znacznie niżej uplasował się poziom jego niezadowolenia (35,2%;  $N=69$ ). Wynika z tego, że zakończony proces rehabilitacji pacjentów charakteryzuje się wysokim poziomem zadowolenia z jakości życia niezależnie od wykonywanego zawodu.

Autora pracy interesowało również istnienie różnicy w pomiarze jakości życia po zakończonym procesie rehabilitacji, zależnej od wieku pacjenta. Wyniki badań w tabeli 28 wskazują, że we wszystkich badanych grupach wiekowych dominuje zadowolenie z życia. Jest ono największe u wszystkich osób w wieku od 20. do 30. roku życia oraz u większości osób w najstarszej grupie badanych (83,7%;  $N=36$ ). W pozostałych grupach wiekowych wysoka ocena plasuje się równie wysoko, przy czym najmniejsza jej częstotliwość wskazywana jest w wieku od 35 do 40 lat (60,5%;  $N=23$ ). Zatem po zakończonym procesie rehabilitacji we wszystkich grupach wiekowych występuje zadowolenie z jakości życia.

T a b e l a 28

*Skala jakości życia po zakończeniu procesu rehabilitacji z uwzględnieniem wieku badanych*

Skala	Przedział wiekowy [lata]															
	20–25		25–30		30–35		35–40		40–45		45–50		50–55		55–60	
	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]	<i>N</i>	[%]
Zadowolenie	20	100	19	100	27	77,1	23	60,5	36	72,0	39	75,0	33	73,3	36	83,7
Niezadowolenie	0	0	0	0	8	22,9	15	39,5	14	28,0	13	25,0	12	26,7	7	16,3

Wartości statystyczne:  $\chi^2$  Pearsona = 19,82275,  $df = 7$ ,  $V$  – Cramera = 0,2561996,  $p = 0,00597$ ,  $\alpha = 0,05(H_0)$ ,  $\alpha = 0,01(H_0)$ .

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne.

W ocenie zadowolenia dominują najmłodsze i najstarsze grupy badanych, co sugeruje, że proces rehabilitacji właśnie w tych okresach najsilniej oddziałuje na zadowolenie z jakości życia jednostki. Natomiast poziom niezadowolenia występuje w mało istotnej częstotliwości, poza osobami w wieku od 35 do 40 lat (39,5%;  $N=23$ ), które nieco częściej go wskazują w przeciwieństwie do innych grup wiekowych. Najprawdopodobniej okres średniej dorosłości to czas szukania zadowolenia z jakości życia i gdy zauważalnie, według ankietowych, występuje niemal u wszystkich badanych we wczesnej i późnej dorosłości, tak w średnim okresie przychodzi pewien kres poszukiwań. Widocznie właśnie w tym czasie rehabilitacja odgrywa istotną rolę w szukaniu zadowolenia z jakości życia.

Kończąc temat poziomu jakości życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu po zakończeniu rehabilitacji, można stwierdzić, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni plasują się na podobnie wysokim poziomie zadowolenia z życia, a ocena niezadowolenia jest rzadko wskazywana, przy czym jest ona nieco większa u mężczyzn niż u kobiet. Pod względem kryterium zawodowego osoby wykonujące zawody fizyczne deklarują w całości zadowolenie z jakości życia, u pracowników umysłowych zanotowano również wysokie wskazanie, a niezadowolenie uplasowało się znacznie poniżej. Można zaobserwować ciekawe zjawisko, analizując wyniki poziomu jakości życia po uwzględnieniu wieku respondentów: u wszystkich osób w wieku od 20. do 30. lat, podobnie jak w najstarszej grupie badanych, występuje zadowolenie z jakości życia. W pozostałych grupach wiekowych wysoka ocena lokuje się równie wysoko, przy czym najmniejsza częstotliwość wskazywana jest w wieku od 35 do 40 lat. Poziom niezadowolenia występuje w mało istotnej częstotliwości, poza osobami w wieku od 35 do 40 lat, które nieco częściej go wskazywały w odróżnieniu do innych grup wiekowych.

Po zakończonym procesie rehabilitacji badane jednostki charakteryzują się wysokim zadowoleniem z jakości życia, co pozwala na przypuszczenie, że rehabilitacja znacznie wpływa na subiektywną ważność i zadowolenie z jakości życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu.

W toku dalszych rozważań przedstawiony zostanie wpływ rehabilitacji na zmianę poziomu jakości życia przed rozpoczęciem rehabilitacji i po jej zakończeniu. W tym celu porównane zostaną wyniki ze Skali Jakości Życia zamieszczone w tabeli 29.



T a b e l a 29

*Wpływ rehabilitacji na jakość życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu*

Wyszczególnienie	Zadowolenie						Niezadowolenie					
	przed reh.		po reh.		różnica		przed reh.		po reh.		różnica	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
Kobiety	134	72,8	146	79,3	-12	-6,5	50	27,2	38	20,7	12	6,5
Mężczyźni	82	69,5	87	73,7	-5	-4,2	36	30,5	31	26,3	5	4,2
Fizyczni	106	100,0	106	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Umysłowi	110	56,1	127	64,8	-17	-8,7	86	43,9	69	35,2	17	8,7
20–25 lat	20	100,0	20	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
25–30	19	100,0	19	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
30–35	24	68,6	27	77,1	-3	-8,6	11	31,4	8	22,9	3	8,6
35–40	21	55,3	23	60,5	-2	-5,3	17	44,7	15	39,5	2	5,3
40–45	31	62,0	36	72,0	-5	-10,0	19	38,0	14	28,0	5	10,0
45–50	38	73,1	39	75,0	-1	-1,9	14	26,9	13	25,0	1	1,9
50–55	27	60,0	33	73,3	-6	-13,3	18	40,0	12	26,7	6	13,3
55–60	36	83,7	36	83,7	0	0,0	7	16,3	7	16,3	0	0,0

Źródło: Opracowanie własne.

Z analizy zebranego materiału empirycznego wynika, że zadowolenie z jakości życia pod wpływem rehabilitacji u obojga płci wzrastało, przy czym u kobiet (o 6,5%;  $N=12$ ) nieco więcej niż u mężczyzn (o 4,2%;  $N=5$ ). Przeciwnieństwem tych wyników jest analiza niezadowolenia z jakości życia. Wzrost zadowolenia zmniejsza niezadowolenia. Można zatem powiedzieć, że proces rehabilitacji przyczynia się do zmiany poziomu jakości życia z oceny niezadowolenia na zadowolenie zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Biorąc pod uwagę rodzaj wykonywanej pracy, zauważa się, że proces rehabilitacji nie wpływa na zmianę stopnia zadowolenia pracowników fizycznych – wszyscy badani wykazali wysoki poziom zadowolenia, zarówno przed, jak i po rehabilitacji. Natomiast w grupie pracowników wykonujących pracę umysłową zauważa się wzrost zadowolenia u badanych osób (o 8,7%;  $N=17$ ) kosztem zmniejszenia poziomu niezadowolenia (spadek o 8,7%;  $N=17$ ). Nasuwa się zatem wniosek, że proces rehabilitacji przyczynia się do wzrostu zadowolenia z jakości życia u osób pracujących na stanowiskach umysłowych, zaś u osób fizycznych, u których stwierdza się zadowolenie zarówno przed, jak i po rehabilitacji, pozostaje bez zmian. Zatem pracownicy umysłowi w większym zakresie reagują na zmiany zadowolenia z jakości życia pod wpływem procesu rehabilitacji. W ostatniej analizie, ocenianej pod kątem wieku pacjentów, można zauważyć, że proces rehabilitacji nie ma wpływu na zmianę wysokiej oceny jakości życia u osób pomiędzy 20. a 30. rokiem życia oraz u badanych między 55.

a 60. rokiem życia, przy czym u każdej z tych osób występowało zadowolenie z życia, zarówno przed, jak i po rehabilitacji; czyli okresy wczesnej i późnej dorosłości charakteryzują się zadowoleniem z jakości życia bez względu na przebyty proces rehabilitacji. Znaczny wzrost zadowolenia z jakości życia obserwowany jest w grupie osób między 50. a 55. (o 13,3%;  $N=6$ ) oraz między 40. a 45. rokiem życia badanych (o 10%;  $N=5$ ). Dokonał się kosztowny spadek wskazywanego niezadowolenia z życia pacjentów przed rozpoczęciem rehabilitacji. Przepuszczalnie wchodzenie w okresy średniej i późnej dorosłości charakteryzuje się zmianą poziomu oceny jakości życia pod wpływem procesu rehabilitacji. W pozostałych grupach wiekowych widoczny jest wzrost zadowolenia na niekorzyść niezadowolenia z jakości życia; plasuje się na podobnym miejscu, przy czym najmniejszy wzrost zauważalny jest w grupie osób między 45. a 50. rokiem życia (o 1,9%;  $N=1$ ). Proces rehabilitacji wpływa na poziom zadowolenia z jakości życia pacjentów, ale u młodych i starszych osób nie zmienia go zarówno przed, jak i po rehabilitacji, a u pozostałych wpływa na zmniejszenie się niezadowolenia.

Kończąc rozważania na temat poziomu jakości życia badanych osób pod wpływem rehabilitacji, można stwierdzić, że proces rehabilitacji wpływa na zadowolenie z jakości życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu. Zależy od płci, rodzaju wykonywanej pracy czy wieku. Największy wzrost zauważalny jest u kobiet, w grupie pracowników umysłowych i wchodzenia w okres średniej i późnej dorosłości badanych osób. U osób pracujących fizycznie, a także w okresach między 20. a 30. oraz od 55. do 60. roku życia plasuje się na poziomie zadowolenia z jakości życia, zarówno przed, jak i po rehabilitacji. Nieco mniejszy wzrost zadowolenia widoczny jest wśród mężczyzn oraz u osób wchodzących w okres średniej dorosłości. Na tej podstawie wnioskuje się, że proces rehabilitacji wpływa na podniesienie zadowolenia z jakości życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu.

## R o z d z i a ł 7

# Wpływ personelu medycznego na zmiany indywidualnej hierarchii wartości

Wpływ personelu medycznego na zmiany w indywidualnej hierarchii wartości u pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu może mieć tylko ten pedagog/wychowawca, który w każdym swoim oddziaływaniu widzi całościowe, zintegrowane kształtowanie osobowości jednostki niepełnosprawnej. Mówiąc o oddziaływaniach rehabilitacyjnych, trzeba wskazać na zasady procesu rehabilitacji. Z każdej zasady dadzą się wyprowadzić szczegółowe wytyczne wyznaczające konkretne zadania rehabilitanta, zapewniające im optymalną skuteczność. Zasady rehabilitacji jako wyraz prawidłowości kształtowania ludzkiej osobowości nie zależą od procesu rehabilitacyjnego. Większość analizowanych zasad rehabilitacji ustala się w wyniku praktycznych doświadczeń specjalnych pedagogów oraz badań pedagogicznych ze zdecydowanym ograniczeniem do czynności dydaktycznych<sup>161</sup>.

Do oceny wpływu działań personelu medycznego na zmiany indywidualnej hierarchii wartości posłużono się Autorskim kwestionariuszem ankiety z pracownikami służby zdrowia OCR w Korfantomie. Kwestionariusz składał się z dwudziestu pytań dotyczących osób zatrudnionych w oddziałach rehabilitacyjnych, które w największym i najmniejszym stopniu przyczyniły się do powrotu poprzedniej jakości życia pacjenta. Ponadto zawierał pytania o sposoby tworzenia przez te osoby nowej hierarchii wartości pacjenta w czasie procesu rehabilitacji, a także o metody dydaktyczne, jakie zastosowano w stosunku do badanych. Narzędzie to szczegółowo zostało omówione w rozdziale 4, podrozdz. 4: *Metody, techniki i narzędzie badawcze*.

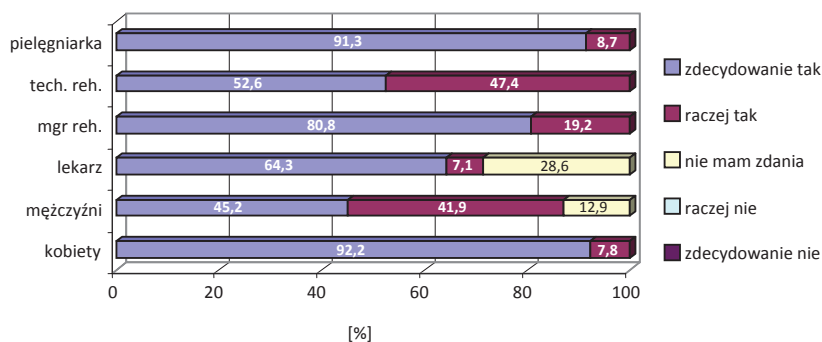
### 7.1. Wpływ pracowników rehabilitacji

Obserwację wpływu pracowników rehabilitacji na indywidualną hierarchię wartości pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu rozpoczęto od

---

<sup>161</sup> M. G r z e g o r z e w s k a, *Pedagogika specjalna*, Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 1968, s. 88; O. L i p k o w s k i, *Pedagogika specjalna: zarys*, wyd. 4., PWN, Warszawa 1981, s. 46; Z. S ę k o w s k a, *Wprowadzenie do...*, dz.cyt., s. 29; J. S o w a, F. W o j - c i e c h o w s k i, *Proces rehabilitacji...*, dz.cyt., s. 167.

zbadań opinii pracowników oddziałów rehabilitacyjnych: lekarzy, rehabilitantów i pielęgniarek, uwzględniając kryterium zawodowe i płeć. Wykres 7 przedstawia wyniki opinii pracowników na temat wpływu kontaktów pracownik służby zdrowia–pacjent na zmianę jego hierarchii wartości.



Źródło: Opracowanie własne

Wykres 7. Wpływ pracowników służby zdrowia na zmianę hierarchii wartości pacjentów

U kobiet (92%;  $N=47$ ) dominuje zdecydowane potwierdzenie wpływu pracowników służby zdrowia na zmianę hierarchii wartości u pacjentów; u mężczyzn (45,2%;  $N=14$ ) wskaźnik jest niższy niż u kobiet. Mężczyźni (41,9%;  $N=13$ ) są mniej pewni swojego wpływu na zmiany hierarchii wartości u pacjentów, w tym 12,9% ( $N=4$ ) nie ma w ogóle zdania, czy taki wpływ istnieje. Wynika z tego, że zarówno u kobiet, jak i mężczyzn pracujących na stanowiskach medycznych w oddziałach rehabilitacji narządu ruchu dominuje zdecydowane potwierdzenie ich wpływu na zmianę hierarchii wartości pacjentów. Kobiety są pewniejsze tego wpływu aniżeli mężczyźni. Z uwagi na rodzaj wykonywanej przez badanych pracy zauważa się dominację oceny potwierdzającej wpływ służby zdrowia na zmiany hierarchii wartości u podległych im pacjentów; najbardziej pewne tego wpływu są pielęgniarki (91,3%;  $N=21$ ), a także magistrowie rehabilitacji (80,8%;  $N=21$ ), natomiast lekarze i technicy rehabilitacji, mimo że równie wysoko oceniali potwierdzenie omawianego wpływu, jednak, w odróżnieniu od pozostałych grup, są umiarkowanymi optymistami. W odpowiedziach lekarzy brakowało zdecydowania co do pewności tego zjawiska, a także pojawił się pewien sceptycyzm, wyrażający się brakiem zdania na ten temat. Wynika z tego, że na ogół wszyscy pracownicy medyczni zajmujący się pacjentami z niepełnosprawnością narządu ruchu potwierdzają wpływ swojej pracy na zmianę hierarchii wartości rehabilitujących się u nich pacjentów.

Badacza zastanawiały również te działania pracowników służby zdrowia, które znacząco wpływały na indywidualną hierarchię wartości pacjentów. Respondenci mieli do wyboru odpowiedzi: czy te działania to: diagnoza stanu zdrowia/choroby, czy rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku wyzdrowienia, a może rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku możliwości pogorszenia stanu zdrowia, lub luźna rozmowa z pacjentem. Badani mieli również możliwość dopisania własnych propozycji odpowiedzi. Zarówno wśród kobiet (68,6%;  $N=35$ ), jak i mężczyzn (74,2%;  $N=23$ ) dominuje luźna rozmowa z pacjentem jako najwyższej punktowane działanie wpływające na zmianę hierarchii wartości u pacjentów. Na 2. miejscu pod względem częstotliwości wskazań ulokowało się rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku wyzdrowienia, przy czym w większym stopniu wskazywały je kobiety (31,4%;  $N=16$ ) niż mężczyźni (25,8%;  $N=8$ ). Natomiast działania wymienione jako diagnoza stanu zdrowia oraz rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku możliwości pogorszenia stanu zdrowia nie pojawiło się w żadnej z odpowiedzi badanych, co wyklucza jakikolwiek ich wpływ na zmianę hierarchii wartości u pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu. Zatem znaczący wpływa na zmianę u pacjentów hierarchii wartości w opinii obojga płci mają luźna rozmowa oraz rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku wyzdrowienia. W czasie takich rozmów pracowników medycznych z pacjentem porusza się wiele problemów, z którymi pacjent borykał się jeszcze przed rozpoczęciem rehabilitacji, jak również tych uzyskanych przez niego z informacji o metodach wyzdrowienia. Nasuwa się też przypuszczenie, że podczas takich rozmów następuje zmiana poczucia sensu życia pacjenta, co będzie również poddane empirycznej penetracji w następnych analizach. Biorąc pod uwagę stanowiska badanych pracowników medycznych, zauważa się takie same zjawisko w podawanych opiniach badanych, jak i w odpowiedziach kobiet i mężczyzn, gdzie również dominują wyłącznie dwa wymienione działania wpływające na zmianę hierarchii wartości pacjentów; są nimi: luźna rozmowa z pacjentem oraz rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku wyzdrowienia. Na 1. miejscu w hierarchii ważności uplasowała się luźna rozmowa z pacjentem, przy czym najwyższej punktowana była przez lekarzy (85,7%;  $N=12$ ), a także magistrów rehabilitacji (88,5%;  $N=23$ ). Znacznie niżej ocena ta uplasowała się u techników rehabilitacji (57,9%;  $N=11$ ), jak również pielęgniarek (52,2%;  $N=12$ ). Zatem rozmowa z pacjentem w największym stopniu uznawana jest za instrument sprzyjający zmianom w hierarchii wartości w opinii lekarzy i magistrów rehabilitacji. Wymienione zawody opierają się na komunikacji z pacjentem, wskazując mu prawidłową drogę zlikwidowania lub zminimalizowania dolegliwości w obrębie jego narządu ruchu, co z kolei procentuje zmianą hierarchii wartości pacjenta. Na 2. i ostatnim miejscu pracownicy służby zdrowia wymienili rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku wyzdrowienia jako czynnik znacznie mniej

sprzyjający zmianom hierarchii wartości pacjentów. Najczęściej wskazywany był on przez pielęgniarki (47,8%;  $N=11$ ) i techników rehabilitacji (42,1%;  $N=8$ ), a najmniej przez magistrów rehabilitacji (11,5%;  $N=3$ ), a także przez lekarzy (14,3%;  $N=2$ ), co da się wyjaśnić możliwościami komunikacji z pacjentem w czasie trwania jego rehabilitacji. Zarówno pielęgniarki, jak i technicy rehabilitacji, w mniejszym zakresie niż magistry i lekarze, komunikują się z pacjentem, więc samo zapoznanie osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu z pomyślnym rokowaniem rehabilitacji wpływa na zmianę hierarchii wartości. Pozostałe możliwości odpowiedzi, wskazujące działania mające wpływ na zmiany u pacjentów, takie jak: diagnoza stanu zdrowia i rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku możliwości pogorszenia stanu zdrowia, w ogóle nie wystąpiły u badanych na żadnym ze stanowisk medycznych. Można zatem przypuszczać, że pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu nie interesuje diagnoza ich stanu zdrowia oraz nieprzychylnie dla nich rokowania. Nastawieni są głównie na rozmowy z lekarzami i magistrami rehabilitacji, które mają pomóc w uzupełnieniu ich wiedzy na temat zmian funkcjonowania niepełnosprawnych w społeczeństwie, pomimo objawów patologii narządu ruchu.

Respondenci mieli również możliwość podania własnych propozycji odpowiedzi na temat działań wpływających na zmianę hierarchii wartości pacjenta. Żaden z pracowników z tej możliwości nie skorzystał, zatem nasuwa się wniosek: najbardziej skutecznym działaniem, mającym wpływ na zmianę hierarchii wartości pacjentów, jest luźna rozmowa z pracownikiem służby zdrowia, a także wskazanie pozytywnego rokowania rehabilitacji.

Reasumując: dominujący wpływ na zmianę hierarchii wartości u pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, ma luźna rozmowa z pacjentem (najwyżej punktowane działanie). Na 2. miejscu, już mniej znaczącym pod względem częstotliwości wskazań, znalazło się rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku wyzdrowienia, przy czym w większym stopniu wskazywane jest przez kobiety niż mężczyzn. Natomiast diagnoza stanu zdrowia oraz rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku możliwości pogorszenia stanu zdrowia nie pojawiło się w żadnej odpowiedzi.

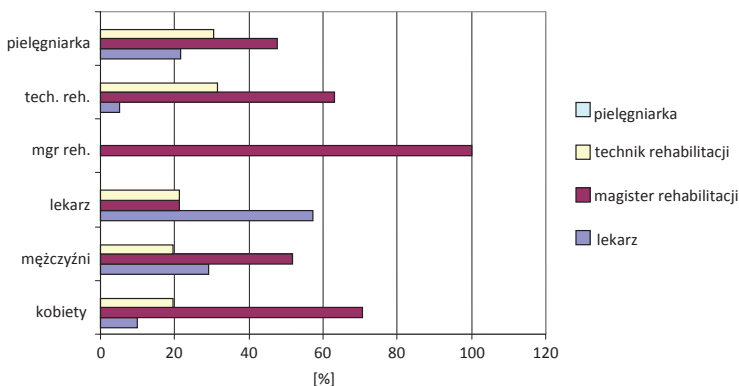
Biorąc pod uwagę stanowiska badanych pracowników medycznych, obserwujemy podobne zjawisko w udzielanych odpowiedziach badanych – i w odpowiedziach kobiet, i mężczyzn, gdzie również jako dominujące są dwa już wymienione czynniki wpływające na zmianę hierarchii wartości pacjentów. Na 1. miejscu uplasowała się luźna rozmowa z pacjentem, przy czym najwyższą punktowano ją przez lekarzy, a także magistrów rehabilitacji. Znacznie niższe notowania otrzymała u techników rehabilitacji oraz pielęgniarek. Na 2. miejscu pracownicy służby zdrowia wymienili rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku wyzdrowienia jako czynnik znacznie mniej sprzyjający zmianom hierarchii wartości pacjentów. Najczęściej wskazywany był przez pielęgniarkę

ki i techników rehabilitacji, najrzadziej przez magistrów rehabilitacji i lekarzy. Pozostałe możliwości odpowiedzi mające wpływ na zmiany u pacjentów, takie jak: diagnoza stanu zdrowia i rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku możliwości pogorszenia stanu zdrowia, w ogóle nie wystąpiły na żadnym ze stanowisk medycznych. Wniosek: najbardziej skutecznymi działaniami wpływającymi na zmianę hierarchii wartości pacjentów są luźna rozmowa z pracownikiem służby zdrowia, a także wskazanie pozytywnego rokowania rehabilitacji.

W dalszej fazie badań poproszono pracowników medycznych o ocenę w skali od 1 do 10 (1–4 mały wpływ, 5 – średni, 6–10 duży) wpływu ich pracy zawodowej na pacjentów i kompetencji zawodowych ujawniających się w kontaktach z nimi, które przyczyniają się do zmiany hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu. U wszystkich badanych, bez względu na płeć i stanowisko zawodowe, wskazywany jest wysoki poziom wpływu ich kompetencji na zmianę hierarchii wartości badanych, przy czym przez wszystkie kobiety i magistrów rehabilitacji wskazywany był dziesięciopunktowy wynik odpowiedzi, a najmniejszy zanotowany został u lekarzy i mężczyzn (średnia 7). W pozostałych grupach plasował się na poziomie 8.

Wszyscy pracownicy służby zdrowia zatrudnieni na oddziałach rehabilitacji narządu ruchu wysoko oceniają swój wpływ na zmianę hierarchii wartości chorego. Aczkolwiek należy zaznaczyć, że najwyższy wpływ obserwowany jest w grupie kobiet i magistrów rehabilitacji, a najmniejszy wywierany przez mężczyzn i lekarzy.

Następnie poproszono pracowników medycznych o wskazanie osób zatrudnionych w oddziale rehabilitacji narządu ruchu mających największy wpływ na zmianę hierarchii wartości pacjenta w czasie procesu rehabilitacji. Wykres 8 przedstawia wyniki badań.



Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 8. Pracownicy mający największy wpływ na zmianę hierarchii wartości pacjentów

Z analizy pod kątem płci badanych wynika, że na 1. miejscu w hierarchii ważności znalazł się magister rehabilitacji, przy czym u kobiet (70,6%;  $N=36$ ) odnotowano znaczny stopień częstotliwości wskazania, zaś u mężczyzn (51,6%;  $N=16$ ) nieco niższy. Na 2. miejscu uplasował się zawód technika rehabilitacji, ale już z mniejszym wskazaniem stopnia jego oddziaływania na przewartościowanie życia pacjenta. Obydwa utrzymują się na podobnym poziomie zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. Ostatnie miejsce pod względem liczby wskazań zajmuje lekarz, ale jest o wiele częściej wskazywany przez mężczyzn (29,9%;  $N=9$ ) niż kobiety (9,8%;  $N=5$ ). Stanowisko pielęgniarki w ogóle nie było wymieniane przez badanych. Badania te wskazują, że bez względu na płeć badanych największy wpływ na zmianę hierarchii wartości pacjentów przypada magistrowi i technikowi rehabilitacji, a znacznie mniejszy lekarzowi. Natomiast pielęgniarka nie odgrywa według badanych żadnej istotnej roli w zmianie hierarchii wartości pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu.

Z uwagi na stanowisko zatrudnienia ankietowanych zaobserwować można ciekawe zjawisko. Magistrzy rehabilitacji wskazywali siebie jako jedynych w grupie badanych mających wpływ na przewartościowanie życia pacjenta, podobnie postrzegali siebie lekarze, którzy w większości wskazywali na swój zawód jako inspirujący do przemiany hierarchii wartości u pacjentów, aczkolwiek typowali też zawód magistra i technika rehabilitacji, ale w mniejszym stopniu; pielęgniarki i technicy rehabilitacji wskazywali na magistrów i techników rehabilitacji jako tych, którzy mają największy udział w zmianie hierarchii wartości pacjentów. Zawód lekarza był rzadko zgłaszany. Zatem magistrzy rehabilitacji mają świadomość znaczenia wartości swojej pracy oraz roli, jaką odgrywają w przemianie hierarchii wartości pacjentów, co widoczne jest w ich opiniach. Pozostałe grupy, z wyjątkiem lekarzy, również uznawały znaczenie stanowiska magistra i technika rehabilitacji jako odznaczające się istotnym wpływem. Z analizy danych wypływa bardzo oczywisty wniosek: największy wpływ na zmianę hierarchii wartości pacjentów spośród pracowników medycznych mają magistrzy i technicy rehabilitacji, znacznie mniejszy lekarze, zaś pielęgniarki nie wywierają żadnego wpływu.

I tak na 1. miejscu w hierarchii ważności znalazł się magister rehabilitacji, przy czym kobiety przyznały mu znacznie większy stopień częstotliwości wskazań niż mężczyźni. Na 2. miejscu sytuuje się zawód technika rehabilitacji, ale zakres jego oddziaływania jest mniejszy – wskazania na niego pozostają na podobnym poziomie zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. Ostatnie miejsce pod względem liczby wskazań zajmuje lekarz, chociaż mężczyźni wyróżniają go o wiele częściej aniżeli kobiety. Stanowisko pielęgniarki w ogóle nie było wymieniane przez badanych.

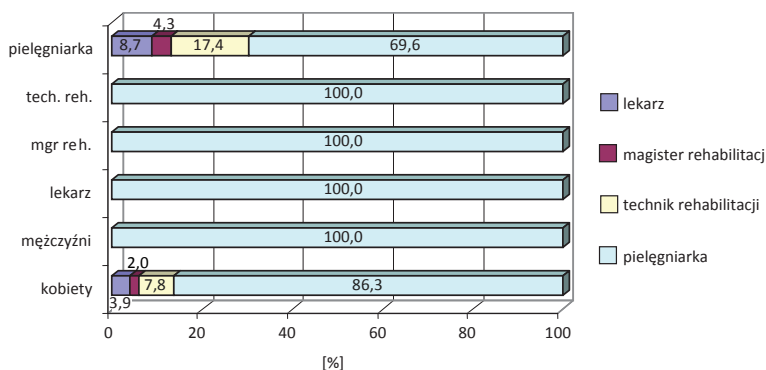
Poproszono również respondentów o uzasadnienie, dlaczego osoba wymieniona przez nich ma, ich zdaniem, największy wpływ na zmianę hierarchii



wartości w czasie rehabilitacji. Zdaniem badanych największy wpływ wywiera magister rehabilitacji, ponieważ w indywidualnej terapii poświęca pacjentowi najwięcej czasu, prowadzi wtedy wiele rozmów na temat sensu życia. Magister rehabilitacji codziennie, bezpośrednio pracując z pacjentem, ma możliwość wsłuchania się w zwierzenia pacjentów dotyczących ich życiowych problemów i codziennych trudów, dzięki czemu ma wpływ na próbę modyfikacji postaw i filozofii życia. Magistrowie rehabilitacji są dla pacjentów nie tylko trenerami w ich niepełnosprawności, ale również psychoterapeutami. I tak postrzega ich wielu pacjentów

U badanych pojawiły się również odpowiedzi stwierdzające, że każdy z pracowników może mieć wpływ na chorego. Wszystko zależy od zaufania i dobrego kontaktu z pacjentem, a także od tego, ile czasu poświęca się osobom z niepełnosprawnością narządu ruchu. A zatem magistrowie rehabilitacji, ze względu na poświęcony chorym czas, w opinii pracowników służby zdrowia są dla pacjenta indywidualnymi nauczycielami, nie tylko w fizycznej, ale i w psychicznej sferze ich egzystencji.

Badacza interesowało również, który z pracowników ma najmniejszy wpływ na zmianę hierarchii wartości pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu. Wyniki tej analizy zamieszczone są na wykresie 9.



Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 9. Pracownicy mający najmniejszy wpływ na zmianę hierarchii wartości pacjentów

Wszystkie grupy badanych, zarówno pod względem płci, jak i zajmowanych stanowisk, wskazały, że najmniejszy wpływ na zmianę hierarchii wartości pacjentów mają pielęgniarki, przy czym wszyscy badani mężczyźni okazali się w tej materii zgodni. Wynika z tego, że na oddziałach rehabilitacyjnych pielęgniarki mają najmniejszy indywidualny kontakt z pacjentem. Przyczyna tego zjawiska leży w małej liczbie zatrudnionych pielęgniarek w stosunku do

liczby pacjentów przebywających na oddziale pod ich opieką, a to oznacza niewielką ilość czasu poświęcanego choremu. Należy też zauważyć, że tylko w grupie kobiet i pielęgniarek, które zapewne są badanymi mieszczącymi się w obu tych grupach jednocześnie, widoczne są wskazania na inne grupy zawodowe mające najmniejszy wpływ na zmiany wartości u pacjentów. To spowodowało, że po pielęgniarkach znaleźli się technicy rehabilitacji, następnie lekarze i magistrowie rehabilitacji, aczkolwiek ta znikoma liczba wskazań może być uznana za nieistotną statystycznie. Wniosek: najmniejszy wpływ na zmianę hierarchii wartości pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu podczas ich procesu rehabilitacji ma zawód pielęgniarki.

W związku z przeprowadzoną analizą poproszono również respondentów o uzasadnienie, dlaczego osoba wymieniona przez nich ma najmniejszy wpływ na zmianę hierarchii wartości i poczucia sensu życia w czasie procesu rehabilitacji. Według ankietowanych pielęgniarka ma najmniejszy wpływ na przewartościowanie życia pacjenta, ponieważ nie okazuje mu dostatecznego zainteresowania i wsparcia duchowego. Posiada inny zakres obowiązków niż magister czy technik rehabilitacji, a także ma najmniej czasu na indywidualny kontakt z pacjentem. Pojawiły się również odpowiedzi, że pielęgniarka nie rozmawia z pacjentem o zdrowiu i jest w najmniejszym stopniu zaangażowana w proces rehabilitacji. Opinie te potwierdzają przyjęte przypuszczenie, że stanowiska pielęgniarskie w oddziałach rehabilitacyjnych charakteryzują się małą liczbą zatrudnionych pielęgniarek w stosunku do pacjentów, co przyczynia się, ze względu na limit poświęcanego czasu, do najmniejszego ich zaangażowania w rehabilitację, a tym samym niemożność wpływu na zmianę hierarchii wartości pacjentów.

Kończąc rozważania na temat wpływu pracowników rehabilitacji na zmianę indywidualnej hierarchii wartości u pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu po zakończonym procesie rehabilitacji, można powiedzieć, że wszyscy pracownicy medyczni, bez względu na ich płeć i zajmowane stanowisko, potwierdzają wpływ swojego zawodu na zmianę hierarchii wartości rehabilitujących się u nich pacjentów. Z kolei analizując działania mające ten wpływ, można powiedzieć, że zarówno u kobiet jak i mężczyzn jako forma najistotniejsza pojawia się luźna rozmowa z pacjentem i to ona jest najwyższym punktowanym działaniem. Na 2. miejscu – mniej znaczącym pod względem częstotliwości wskazań – znalazło się rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku wyzdrowienia, przy czym w większym stopniu wskazywane jest ono przez kobiety niż mężczyzn. Diagnoza stanu zdrowia oraz rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku możliwości pogorszenia stanu zdrowia nie pojawiło się w żadnej odpowiedzi badanych osób.

Biorąc pod uwagę stanowiska badanych pracowników medycznych, zauważalne jest takie same podejście w opiniach badanych, jak i w odpowiedziach

badanych kobiet i mężczyzn, gdzie dominują wyłącznie dwa działania wpływające na zmianę hierarchii wartości pacjentów – luźna rozmowa z pacjentem oraz rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku wyzdrowienia. Na 1. miejscu w hierarchii ważności uplasowała się luźna rozmowa z pacjentem, która najwyżej punktowana była przez lekarzy i magistrów rehabilitacji. W opinii techników rehabilitacji i pielęgniarek została oceniona niżej. Na 2. miejscu pracownicy służby zdrowia wymienili rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku wyzdrowienia jako czynnik znacznie mniej sprzyjający zmianom poczucia sensu życia pacjentów, przy czym najczęściej wskazywany był przez pielęgniarki i techników rehabilitacji, a najmniej przez magistrów rehabilitacji i przez lekarzy. Pozostałe możliwości odpowiedzi, wskazujące działania mające wpływ na zmiany wartości u pacjentów, takie jak: diagnoza stanu zdrowia i rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku możliwości pogorszenia stanu zdrowia, w ogóle nie wystąpiły u badanych na żadnym ze stanowisk medycznych. W analizie dotyczącej wskazania osoby medycznej, która ma największy wpływ na zmianę hierarchii wartości pacjentów, na 1. miejsce wytypowano magistra rehabilitacji, przy czym u kobiet częstotliwości wskazywania występowała w znacznym stopniu, zaś u mężczyzn w nieco mniejszym. Na 2. miejscu ułożył się zawód technika rehabilitacji, ale już w mniejszym stopniu wskazywania tego stanowiska jako mające wpływ na przewartościowanie w hierarchii u pacjenta, przy czym wskazywany jest na podobnym poziomie zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Ostatnie miejsce pod względem liczby wskazań zajmuje zawód lekarza – przez mężczyzn wskazany jest o wiele częściej niż kobiety. Natomiast stanowisko pielęgniarki w ogóle nie było wymieniane przez badanych.

Ze względu na stanowisko zatrudnienia ankietowanych należy zwrócić uwagę na ciekawy wynik; otóż magistrowie rehabilitacji wskazywali siebie jako na jedyne mających wpływ na zmiany wartości u pacjenta, podobnie lekarze w większości wskazywali na swój zawód jako inspirujący przewartościowania u pacjentów, chociaż również w małym stopniu wskazali na zawód magistra rehabilitacji i technika rehabilitacji. Natomiast u pielęgniarek i techników rehabilitacji dominującym stanowiskiem przez nich wskazywanym, mającym zastosowanie w przemianie hierarchii wartości pacjentów, okazał się magister i technik rehabilitacji, a zawód lekarza wskazywany był rzadko. W analizie empirycznej dotyczącej wskazania osoby medycznej, która ma najmniejszy taki wpływ, na 1. miejscu w hierarchii ważności wskazano zawód pielęgniarki. Takie opinie podzielane przez wszystkich badanych zanotowano u mężczyzn, lekarzy a także magistrów i techników rehabilitacji. Tylko w grupie kobiet i pielęgniarek, które zapewne są badanymi mieszczącymi się w obu tych grupach jednocześnie, widoczne są wskazania na inne grupy zawodowe mające najmniejszy wpływ na przewartościowania u pacjentów. Wskazują one na to,

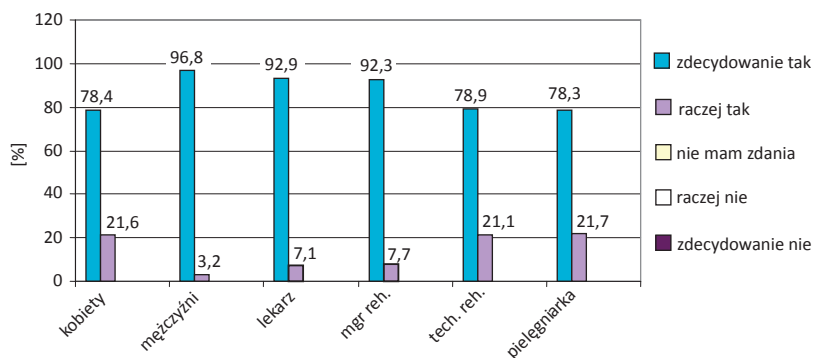
że po pielęgniarkach uplasowali się technicy rehabilitacji, lekarze i magistrowie rehabilitacji. Ta znikoma liczba wskazań może być uznana za nieistotną statystycznie.

Wpływ na zmianę hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu według opinii pracowników oddziałów rehabilitacyjnych mają: magister i technik rehabilitacji, nieco mniejszy lekarze, a zawód pielęgniarki takiego wpływu nie ma. Spośród działań wpływających na przewartościowanie jednostek z niepełnosprawnością narządu ruchu najczęściej wskazywane są przez badanych takie jak: luźna rozmowa i optymistyczne rokowanie rehabilitacji.

Podsumowanie: w procesie rehabilitacji znaczny wpływ na zmianę hierarchii wartości pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu w głównej mierze wywiera zawód magistra i technika rehabilitacji w indywidualnym kontakcie z pacjentem, co potwierdza przyjętą w niniejszej pracy hipotezę, ponieważ najczęściej współpracują z pacjentem, nieco mniejszy lekarze, a najmniejszy pielęgniarki.

## 7.2. Działania personelu medycznego

Analizę wpływu działań personelu medycznego na zmiany indywidualnej hierarchii wartości u pacjentów rozpoczęto od zbadania, czy, zdaniem personelu medycznego, dobrze ustalona hierarchia wartości wpływa na proces rehabilitacji pacjenta. Wyniki przedstawia wykres 10.



Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 10. Hierarchia wartości pacjenta i jej wpływ na proces rehabilitacji

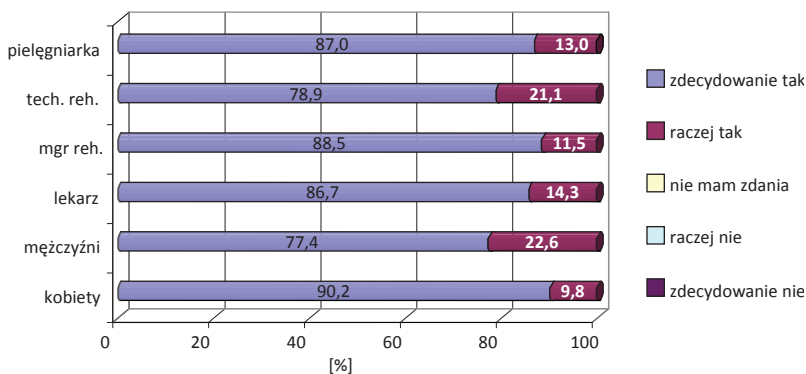
Analizę rozpoczęto więc od podziału badanych ze względu na płeć. Zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn dominuje przeświadczenie, że prawidłowo ustalona hierarchia wartości wpływa na proces rehabilitacji. Zdecydowanie

bardziej widoczne jest to u mężczyzn (96,8%;  $N=30$ ) aniżeli u kobiet (78,4%;  $N=40$ ). Oznacza to, że pracownicy medyczni bez względu na płeć potwierdzają prawdziwość opisywanego problemu. Argumentem wiarygodności tej opinii jest mała liczba osób wyrażająca zwerbalizowaną odpowiedź „raczej tak” – u mężczyzn prawie w ogóle nie występuje (3,2%;  $N=1$ ), natomiast u kobiet zajmuje niski poziom wskazań (21,6%;  $N=11$ ). Kolejnym potwierdzeniem tej opinii jest brak odpowiedzi zaprzeczających, niezdecydowanych czy ujawniających brak zdania na ten temat. Biorąc pod uwagę stanowiska medyczne, na których zatrudnieni są badani, można powiedzieć, że wszyscy ankietowani z całą pewnością potwierdzają, iż jasno wytyczony sens życia ma wpływ na proces rehabilitacji; najczęściej na tę opinię wskazują lekarze i magistrowie rehabilitacji, potem technicy i pielęgniarki. Odwrotne wskazania zauważane są w opiniach mniejszego zdecydowania co do ważności omawianego wpływu na proces rehabilitacji. Mniej zdecydowane są pielęgniarki i technicy rehabilitacji, wątpliwości prawie nie mają lekarze i magistrowie rehabilitacji. Potwierdzeniem zdecydowanych i nieco mniej pewnych opinii wydaje się brak odpowiedzi negatywnych. Można zatem powiedzieć, że wszystkie grupy zawodowe służby zdrowia potwierdzają istotność i wpływ dobrze ustalonej hierarchii wartości na proces rehabilitacji.

W zakończeniu analizy danych warto powtórzyć, że zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn dominuje przeświadczenie, że prawidłowo ustalona hierarchia wartości wpływa na proces rehabilitacji. Stanowisko to bardziej widoczne jest u mężczyzn aniżeli u kobiet.

Wszyscy ankietowani – biorąc pod uwagę stanowiska medyczne, na których są zatrudnieni – z całą pewnością potwierdzają, że jasno określony sens życia ma wpływ na proces rehabilitacji. Najczęściej tego zdania są lekarze oraz magistrowie rehabilitacji, a dopiero po nich technicy rehabilitacji i pielęgniarki. Odwrotne zjawisko zauważalne jest w opinii mniejszego zdecydowania co do ważności wpływu hierarchii wartości na proces rehabilitacji pacjentów. Wynika z niego, że mniej zdecydowane są pielęgniarki i technicy rehabilitacji, a wątpliwości nie mają lekarze i magistrowie rehabilitacji. Należy również zaznaczyć, że tak u badanych pod względem płci, jak i u osób na różnych stanowiskach medycznych nie zanotowano odpowiedzi zaprzeczających lub wstrzymujących się od wyrażenia opinii. Przepuszczalnie ogół pracowników służby zdrowia z całym przekonaniem potwierdza istotność dobrze ustalonej hierarchii wartości pacjenta w procesie rehabilitacji.

Następnym zagadnieniem badawczym było sprawdzenie, czy pracownicy OCR obserwują zmiany w hierarchii wartości pod wpływem ich współpracy z pacjentem. Analizując wyniki badań zamieszczone na wykresie 11, można powiedzieć, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni potwierdzają omawiany wpływ, przy czym kobiety (90,2%;  $N=46$ ) są bardziej o tym przekonane niż mężczyźni (77,4%;  $N=24$ ).



Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 11. Obserwacje pracowników medycznych odnośnie zmian zachodzących w hierarchii wartości pacjentów

W odpowiedziach o mniejszym stopniu przekonania („raczej tak”) widoczna jest mała częstotliwość ich wskazywania przez badanych – dla kobiet jest ono mało istotne (9,8%;  $N=5$ ), dla mężczyzn natomiast nieco większe (22,6%;  $N=22,6\%$ ;  $N=7$ ). Należy również zauważyć, że u obojga płci występuje zupełny brak potwierdzenia niezgodności co do braku wpływu ich współpracy na zmianę hierarchii wartości pacjentów. Zatem zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn występuje przekonanie o ich znacznym wpływie na pracę z pacjentem na zmianę jego wartości.

W analizie badanych pod kątem zajmowanego przez nich stanowiska w oddziałach rehabilitacji narządu ruchu dominuje przekonanie o wpływie pracy osób medycznych na zmianę hierarchii wartości pacjentów w każdym badanym zawodzie. Jednak należy zwrócić uwagę, że we wszystkich grupach występują również oceny wskazujące na mniejsze przekonanie o takim wpływie ich stanowisk, ale są one znacznie niższe w porównaniu z pełnym przekonaniem. Potwierdza to również całkowity brak odpowiedzi zaprzeczających, że takie zjawisko nie występuje. Można zatem powiedzieć, że bez względu na zajmowane stanowisko w placówkach rehabilitacji narządu ruchu panuje przekonanie o znacznym wpływie pracy osób medycznych na zmianę hierarchii wartości u pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu.

Wyniki przedstawionych badań ukazały znaczny wpływ pracowników zatrudnionych w oddziałach rehabilitacji narządu ruchu na zmiany indywidualnej hierarchii wartości u pacjentów. W związku z tym uznano za istotne prześledzenie metod oddziałujących na te przemiany po zakończonym procesie rehabilitacji. Analiza przedstawiona w tabeli 30 pokazuje metody wykorzystywane w pracy z pacjentami z niepełnosprawnością narządu ruchu.

Wśród wpływających na zmianę hierarchii wartości u omawianych pacjentów wymieniono: rozmowę z pacjentem, pokaz metod rehabilitacyjnych oraz indywidualny kontakt z: lekarzem, magistrem i technikiem rehabilitacji, a także z pielęgniarką. Respondenci mogli również dopisywać własne propozycje odpowiedzi.

T a b e l a 30

*Metody pracy i ich wpływ na zmianę hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu*

Metody pracy z pacjentami	Kobiety		Mężczyźni		Lekarz		Mgr reh.		Tech. reh.		Pielęgniarka	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
Rozmowa z pacjentem	45	88,2	25	80,6	9	64,3	25	96,2	19	100,0	17	73,9
Pokaz metod rehabilitacyjnych	4	7,8	3	9,7	2	14,3	1	3,8			4	17,4
Indywidualny kontakt z lekarzem	2	3,9	3	9,7	3	21,4					2	8,7
Indywidualny kontakt z mgr. reh.												
Indywidualny kontakt z tech. reh.												
Indywidualny kontakt z pielęgniarką												

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne.

Z analizy zebranego materiału empirycznego wynika, że zarówno u kobiet, jak i mężczyzn najwyżej oceniana była metoda rozmowy z pacjentem. Na 2. miejscu znalazł się pokaz metod rehabilitacyjnych, a na 3. uplasował się indywidualny kontakt z lekarzem, aczkolwiek te dwie ostatnie metody znacznie częściej wskazywane były przez mężczyzn niż kobiety. Pozostałe metody, takie jak: indywidualny kontakt z magistrem czy technikiem rehabilitacji, a także z pielęgniarką w ogóle nie były wskazywane przez badanych pracowników medycznych. Zatem zarówno kobiety, jak i mężczyźni uważają, iż najważniejszą metodą wpływającą na zmianę hierarchii wartości jest indywidualna rozmowa z pacjentem. Wydaje się to zrozumiałe, pacjenci zapewne potrzebują kontaktu werbalnego z pracownikiem służby zdrowia, który wskaże zmiany, jakie powinny nastąpić u jednostki w związku z przewartościowaniem sensu życia. Na rozmowę z pacjentem jako najważniejszą metodę oddziałującą na zmianę poczucia sensu życia pacjenta wskazali też wszyscy pracownicy oddziału, bez względu na zajmowane stanowisko. Przy czym wszyscy technicy rehabilitacji jako jedyni wymienili tę metodę jako jedyną i najważniejszą. Podobnie wysokie notowania osiągnęła ona u magistrów rehabilitacji (96,2%; N=25). W następnej kolejności w hierarchii wskazań badanych znalazła się metoda pokazu rehabilitacyjnego, która najwyżej typowana była przez pielęgniarki (17,4%; N=4), a najniżej u magistrów rehabilitacji (3,8%; N=1) i le-





Pytania/odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Lekarz		Mgr reh.		Tech. reh.		Pielęgniarka	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
Czy łatwo się Pan/Pani nudzi tym, co mają pacjenci Panu do powiedzenia?												
– nie mam zdania	3	5,9									3	13,0
– raczej nie	25	49,0	29	93,5	14	100,0	21	80,8	3	15,8	16	69,6
– zdecydowanie nie	23	45,1	2	6,5			5	19,2	16	84,2	4	17,4
Czy umie Pan/Pani dodawać pacjentom wsparcia, otuchy i siły?												
– zdecydowanie tak	34	66,7	20	64,5	2	14,3	15	57,7	19	100,0	18	78,3
– raczej tak	15	29,4	11	35,5	12	85,7	11	42,3			3	13,0
– nie mam zdania	2	3,9									2	8,7
– raczej nie												
– zdecydowanie nie												

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne.

Z tabeli wynika, że kobiety (zdecydowanie tak: 82,4%;  $N=42$ ) w poważnej większości znajdują wspólny język z pacjentem i lubią z nim rozmawiać. Natomiast nie do końca są przekonane co do stopnia zainteresowania tematem rozmów, tego co pacjent ma im do powiedzenia, aczkolwiek z drugiej strony w zdecydowanej większości potrafią dodawać osobom z niepełnosprawnością narządu ruchu wsparcia, otuchy i siły (zdecydowanie tak: 66,7%;  $N=34$ ). Mężczyźni (raczej tak: 54,8%;  $N=17$ ) – w porównaniu do kobiet – są mniej przekonani o znajdowaniu wspólnego języka z pacjentem i czerpaniu przyjemności z tej rozmowy. Poza tym (93,5%;  $N=29$ ) w większości deklarują, że raczej nie nudzą się tym, co pacjent ma im do powiedzenia, aczkolwiek zdecydowanie wskazują (zdecydowanie tak: 64,5%;  $N=20$ ), iż są przekonani na temat swego wpływu na dodawanie wsparcia i otuchy chorym z dysfunkcją narządu ruchu.

W analizie badanych respondentów pod kątem zajmowanych przez nich stanowisk w oddziałach rehabilitacji narządu ruchu zauważyć można, że w grupie lekarzy, magistrów rehabilitacji i pielęgniarek dominuje zdecydowane potwierdzenie znajdowania wspólnego języka z pacjentem, jak i czerpanie z tych rozmów przyjemności. Wyjątek stanowią tylko technicy rehabilitacji (raczej tak: 52,6%;  $N=10$ ), którzy zadeklarowali nieco mniejsze przekonanie. Z analizy dotyczącej zainteresowania się rozmową z pacjentem przez pracowników służby zdrowia wynika, że tylko technicy rehabilitacji w większości (zdecydowanie nie: 84,2;  $N=16$ ) zdecydowanie są przekonani, iż rozmowa z pacjentem ich nie nudzi. W pozostałych analizowanych grupach widoczne

jest mniejsze przekonanie, a u pielęgniarek (nie mam zdania: 13,0%;  $N=3$ ) zauważalny jest nieliczny brak zdania na ten temat. Ciekawe wyniki pokazuje analiza na temat wywierania wpływu przez pracowników medycznych na pacjentów w celu dodawania im otuchy, wsparcia i siły w zmaganiu się z ich niepełnosprawnością fizyczną. W sposób zdecydowany są o tym przekonani magistrowie i technicy rehabilitacji, a także pielęgniarki. Wyjątek stanowią lekarze (raczej tak: 85,7%;  $N=12$ ), u których widoczne jest w tym przypadku mniejsze przekonanie. Warto w tym miejscu podkreślić, że osoby zajmujące różne stanowiska w oddziałach rehabilitacji narządu ruchu w większości potrafią znaleźć wspólny język z pacjentem, jak również są w stanie czerpać z tych rozmów przyjemność. Podobną reakcję zaobserwować można w badaniu zainteresowania się tym, co pacjenci mają do powiedzenia, oraz w działaniach zmierzających do poprawy kondycji psychicznej pacjentów.

Kończąc rozważania na temat wpływu działań personelu medycznego na zmiany indywidualnej hierarchii wartości u pacjentów, można stwierdzić, że zarówno wśród kobiet, jak i u mężczyzn dominuje zdecydowane potwierdzenie prawidłowo ustalonej hierarchii wartości na pozytywne osiągnięcia w procesie rehabilitacji. Przy czym zdecydowanie jest to bardziej widoczne u mężczyzn aniżeli u kobiet.

Ze względu na stanowiska medyczne, na którym zatrudnieni są badani, można powiedzieć, że wszyscy ankietowani z całą pewnością potwierdzają wpływ właściwego sensu życia na przebieg procesu rehabilitacji. Najczęściej dzielają tę opinię lekarze i magistrowie rehabilitacji, po nich technicy rehabilitacji i pielęgniarki. Odmienne kształtują się opinie o ważności wpływu hierarchii wartości pacjentów na proces rehabilitacji – mniej zdecydowane okazują się pielęgniarki oraz technicy rehabilitacji. Takich dylematów nie mają lekarze ani magistrowie rehabilitacji. Należy również zaznaczyć, że i u badanych pod względem płci, jak i u osób na różnych stanowiskach medycznych nie zanotowano odpowiedzi zaprzeczających lub wstrzymujących się od wyrażenia opinii. W analizie dotyczącej pracowników OCR – dokonanej pod kątem obserwacji zmian w hierarchii wartości na skutek ich współpracy z pacjentem – zarówno kobiety, jak i mężczyźni potwierdzają wpływ swojej współpracy z pacjentem na jego zmiany w poczuciu sensu życia, przy czym kobiety są bardziej o tym przekonane niż mężczyźni. W odpowiedziach „raczej tak” widoczna jest mała częstotliwość ich wskazywania przez badanych; u kobiet to mniejsze przekonanie jest mało istotne, u mężczyzn nieco większe. Należy również zaznaczyć, że tak kobiety, jak i mężczyźni nie zgadzają się z brakiem wpływu ich współpracy z pacjentem na zmianę poczucia sensu życia.

W analizie badanych pod kątem zajmowanego przez nich stanowiska w oddziałach rehabilitacji narządu ruchu zauważyć można zgodność przekonania

o wpływie ich pracy na zmianę poczucia sensu życia pacjentów. W każdej z tych grup występują jednak również oceny pomniejszające to przekonanie, ale są one, w porównaniu do pełnego przekonania, znacząco niższe, co potwierdza też całkowity brak odpowiedzi zaprzeczających, że takie zjawisko nie występuje.

W ostatniej analizie – badającej sprawdzenie nawiązywania komunikacji interpersonalnej pracowników medycznych z podległymi im pacjentami z niepełnosprawnością narządu ruchu – w większości badanych grup dominuje zdecydowane potwierdzenie porozumienia z pacjentem, jak również czerpania przyjemności z prowadzonych rozmów. Wyjątek stanowią technicy rehabilitacji, którzy są nieco rzadziej o tym przekonani. Podobna relacja zauważalna jest w badaniu zainteresowania się tym, co pacjenci mają do powiedzenia, jak również w sytuacji udzielania pacjentom wsparcia psychicznego; kobiety, magistrowie i technicy rehabilitacji, jak również pielęgniarki są bardziej o tym przekonani aniżeli mężczyźni i lekarze. Wniosek: działania personelu medycznego odgrywają istotną rolę w zmianie indywidualnej hierarchii wartości u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu. Potwierdzają też, że prawidłowo ustalona hierarchia ma wpływ na ich proces rehabilitacji, jak również praca personelu medycznego odgrywa istotną rolę w jego modyfikacji. Respondenci zajmujący się bezpośrednio osobami z dysfunkcjami narządu ruchu deklarują zdecydowane potwierdzenie odnajdywania wspólnego języka z pacjentem, jak również czerpania przyjemności z tych rozmów. Podobna relacja zauważalna jest w badaniu zainteresowania się tym, co pacjenci mają do powiedzenia, jak również w motywowaniu do podejmowanych działań i dbania o ich kondycję psychiczną.

### 7.3. Wpływ procesu rehabilitacji

Wpływ procesu rehabilitacji na zmiany indywidualnej hierarchii wartości pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu rozpoczęto od zbadania pracowników medycznych pod kątem przekazywania przez nich informacji pacjentowi dotyczących rokowania jego stanu zdrowia. Tabela 32 przedstawia wyniki tych badań.

Tabela 32

## Wpływ procesu rehabilitacji na rokowanie stanu zdrowia pacjentów

Pytania/odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Lekarz		Mgr reh.		Tech. reh.		Pielęgniarka	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
Czy jeśli rokowanie co do stanu zdrowia pacjenta jest pomyślne, to:												
– chętnie tę informację przekazuję pacjentowi	51	100,0	23	74,2	12	85,7	20	76,9	19	100,0	23	100,0
– nie rozmawiam o tym z pacjentem												
– jest to indywidualne w stosunku do każdego pacjenta			8	25,8	2	14,3	6	23,1				
Jeśli rokowanie rehabilitacji może być niepomyślne, to:												
– sam dokonuję wyboru dalszego postępowania			3	9,7			3	11,5				
– pozostawiam decyzję choremu	23	45,1									23	100,0
– przekazuję informacje i sugestie, ale ostateczna decyzja należy do pacjenta	20	39,2	7	22,6	14	100,0	13	50,0				
– podpowiadam, co można zrobić, aby rehabilitacja odniosła skutek	8	15,7	21	67,7			10	38,5	19	100,0		
Jeśli rokowanie rehabilitacji jest negatywne, to:												
– nic nie mówię choremu, by go nie przestraszyć												
– nic nie mówię, ponieważ i tak pacjent wie												
– nic nie mówię, ponieważ to w niczym nie pomoże	9	17,6	21	67,7	11	78,6			19	100,0		
– nic nie mówię	14	27,5	10	32,3	3	21,4	21	80,8				
– inne, jakie	28	54,9					5	19,2			23	100,0
Rozmowa z pacjentem, u którego rokowanie jest niepomyślne, jest dla mnie:												
– bardzo trudna i dlatego czynię to w sytuacjach ostatecznych	20	39,2	4	12,9			24	92,3				
– bardzo trudna, ale nie robi to na mnie wrażenia			2	6,5			2	7,7				
– nie zwracam na to uwagi												
– inne, jakie	31	60,8	25	80,6	14	100,0			19	100,0	23	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

Otrzymany zestaw odpowiedzi wskazuje na dominującą chęć przekazywania pacjentom pomyślnych informacji na temat rokowania procesu rehabilitacji – i to zarówno pod względem płci badanych, jak i zajmowanych przez nich stanowisk. Ponadto w grupie mężczyzn (25,8%;  $N=8$ ), magistrów rehabilitacji (23,1%;  $N=6$ ) i lekarzy (14,3%;  $N=2$ ) pojawiają się także nieliczne odpo-

wiedzi o indywidualnym podejściu do każdego pacjenta w kwestii rokowania rehabilitacji. Żadna z badanych osób nie uchyla się od przekazania pacjentowi informacji o pozytywnych rokowaniach. Badania te wskazują, że pracownicy rehabilitacji, niezależnie od płci i zajmowanego stanowiska, z przyjemnością informują pacjenta z niepełnosprawnością narządu ruchu o pozytywnym rokowaniu rehabilitacji w jego schorzeniu, a tylko nieliczni badani uważają, że jest to problem wymagający indywidualnego podejścia w stosunku do każdego pacjenta. W odpowiedzi na pytanie o przekazywanie pacjentom informacji o możliwości negatywnych rokowań rehabilitacji tylko nieliczna grupa mężczyzn (9,7%;  $N=3$ ) i magistrów rehabilitacji (11,5%;  $N=3$ ) odpowiedziała, że sami pacjenci decydują o dalszym toku postępowania. Natomiast ankietowane kobiety (45,1%;  $N=23$ ) w znacznej większości, w tym ogół pielęgniarek (100%;  $N=23$ ), deklarowały, że decyzję o możliwości wystąpienia niepomyślnych dla chorych rokowań pozostawiają w gestii samych zainteresowanych. Ogół lekarzy, jak również znaczna liczba badanych kobiet (39,2%;  $N=20$ ), mężczyzn (22,6%;  $N=7$ ) i magistrów rehabilitacji (50%;  $N=13$ ) przekazują informacje i sugestie pacjentom o możliwości bezefektywnej rehabilitacji, ale ostateczną decyzję podejmuje pacjent. Należy również zauważyć, że ogół techników rehabilitacji i znaczna liczba mężczyzn (67,7%;  $N=21$ ), jak również nieco mniejsza liczba badanych kobiet (15,7%;  $N=8$ ) i magistrów rehabilitacji (38,5%;  $N=10$ ) podpowiada pacjentom pomocne sposoby uzyskania pozytywnego skutku rehabilitacji. Zatem wobec niepomyślnych rokowań rehabilitacji u pacjenta personel medyczny informuje go o tym, a także próbuje wszelkich możliwych sposobów medycznych, aby ten stan uległ zmianie. Badaczka interesowała również, jakie sposoby wykorzystuje personel medyczny u pacjentów, o których wiadomo, że proces rehabilitacji nie wpłynie na poprawę ich stanu zdrowia, a nawet może przyczynić się do jego pogorszenia. Wyniki analizy pokazują, że personel medyczny nie informuje o tym pacjentów, aby ich nie przestraszyć, wychodząc z założenia, że chorzy o tym wiedzą. Natomiast znacząca liczba mężczyzn (67,7%;  $N=21$ ), lekarzy (78,6%;  $N=11$ ) i wszyscy technicy rehabilitacji twierdzą, że nie przekazują takich informacji pacjentom, ponieważ to w niczym, według nich, nie pomoże, a wręcz przeciwnie – może stać się przyczyną pogorszenia stanu psychicznego pacjenta, co może skutkować obniżeniem stanu fizycznego narządu ruchu. Przy tym znaczna liczba magistrów rehabilitacji (80,8%;  $N=21$ ) z mniejszą częstotliwością wskazań mężczyzn (32,3%;  $N=10$ ), kobiet (27,5%;  $N=14$ ) i lekarzy (21,4%;  $N=3$ ) nie rozmawiają z pacjentami ani nie przekazują informacji o braku perspektyw poprawy w ich schorzeniach mimo prowadzonej rehabilitacji. Warto podkreślić, że wszystkie badane pielęgniarki skorzystały z możliwości podania własnej propozycji odpowiedzi w rozmowie z pacjentem o znanym niepomyślnym dla niego rokowaniu rehabilitacji – przeważnie mówiły, że przekazywanie takich

informacji nie leży w kompetencjach pielęgniarskich. Nie brakowało też odpowiedzi sugerujących, że w takich sytuacjach podtrzymują nadzieję pacjenta i dodają mu otuchy, argumentując, że to postępowanie należy potraktować jako sposób leczenia. Z możliwości dopisania własnej propozycji odpowiedzi skorzystały także kobiety (wśród nich opisana grupa pielęgniarek), jak również magistrowie rehabilitacji, którzy w przeważającej większości informowali pacjentów o negatywnym rokowaniu rehabilitacji, ale dopiero po zakończonym leczeniu.

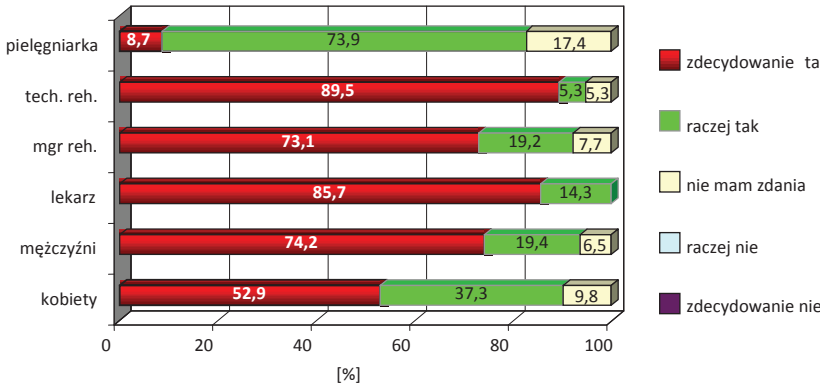
Pracownicy medyczni pracujący z osobami ze zdiagnozowaną niepełnosprawnością narządu ruchu, niepodlegającą efektom zaradczym podczas rehabilitacji, starają się nie zabierać im ostatnich nadziei. Próbuje natomiast wszelkich możliwych sposobów, aby nie pogorszyć stanu psychicznego pacjenta, zwłaszcza stanów depresyjnych wynikających ze zwątpienia w jego codzienną egzystencję. Ostatnie pytanie miało sprawdzić emocje towarzyszące personelowi medycznemu podczas rozmów z pacjentami, u których wiadome jest niepomyślne lub negatywne rokowanie procesu rehabilitacji. I tak niemal wszyscy magistrowie rehabilitacji (92,3%;  $N=24$ ) deklarują, że czynią to w sytuacjach ostatecznych, a rozmowa jest dla nich bardzo trudna. To samo zjawisko, aczkolwiek rzadziej występujące, widoczne jest również u kobiet (39,2%;  $N=20$ ) i mężczyzn (12,9%;  $N=4$ ). Bez względu na stanowisko pracy taka rozmowa jest bardzo trudna, ale nie robi na pracownikach większego wrażenia, zauważalna jest niemal nieznaczająca liczba jej wskazań; zanotowana została tylko u mężczyzn (6,5%;  $N=2$ ) i magistrów rehabilitacji (7,7%;  $N=2$ ). Natomiast odpowiedzi, jakoby personel medyczny w ogóle nie zwracał uwagi na tak trudne dla pacjenta rozmowy, nie zanotowano w żadnej grupie. Badani w znacznej liczbie wskazań skorzystali z możliwości pytań otwartych. Uwaga ta odnosi się do mężczyzn, a w obrębie grup zawodowych do lekarzy. Zgodnie stwierdzili, że, pomimo trudności w przekazywaniu tego typu informacji, są do tego zobowiązani. Natomiast kobiety, technicy rehabilitacji i personel pielęgniarski w takich sytuacjach próbują przekonać pacjentów, aby walczyli i nie poddawali się pomimo niekorzystnej dla nich diagnozy. Zatem pracownicy oddziałów rehabilitacji narządu ruchu niechętni są do udzielania pacjentom informacji o niepomyślnych lub negatywnych rokowaniach procesu rehabilitacji, aczkolwiek są świadomi swoich obowiązków zawodowych. Mimo to, starają się poszukiwać takich dróg i środków, które będą dla pacjenta pomocne w pokonywaniu ciężaru, jaki niesie ze sobą ich dysfunkcja ruchowa.

Można zatem powiedzieć, że personel medyczny – w momencie możliwości wystąpienia niepomyślnych rokowań rehabilitacji – informuje o tym pacjenta, a także próbuje wszelkich możliwych sposobów medycznych, aby ten stan uległ zmianie. Osobom ze zdiagnozowaną niepełnosprawnością narządu

ruchu, niepodlegającą efektom zaradczym w procesie rehabilitacji, starają się nie zabierać ostatnich nadziei. Pracownicy próbują wszelkich możliwych rozwiązań, aby nie pogorszyć stanu psychicznego pacjenta i nie doprowadzić go do zwątpienia w sens jego codziennej egzystencji. Pracownicy służby zdrowia niechętni są udzielaniu pacjentom informacji o niepomyślnych lub negatywnych rokowaniach procesu rehabilitacji, aczkolwiek są świadomi, że należy to do ich obowiązków zawodowych.

W toku dalszej analizy badającej wpływ procesu rehabilitacji na poczucie sensu życia i indywidualną hierarchię wartości pacjenta zadano pracownikom medycznym pytanie o wartości życiowe, które ułatwiają/utrudniają proces jego leczenia w toku rehabilitacji. Do wartości ułatwiających leczenie według pielęgniarek należy: wiara, radość życia, rozumienie potrzeby rehabilitacji, wartości witalne, jak również zaufanie, bezpieczeństwo, odpowiedzialność i szczerłość. Lekarze wymieniali: optymizm, wiarę w siebie, cierpliwość, konsekwencję, otwartość umysłu, wyobraźnię, inteligencję, porozumienie interpersonalne i empatię. U magistrów rehabilitacji dominowały: wiara, rozumienie, rzetelność, sprężystość ciała, szczerłość, uczciwość, uprzejmość, inteligencja, stabilność emocjonalna, udane życie rodzinne, stabilizacja finansowa oraz pozytywne planowanie przebiegu rehabilitacji. Ostatnia grupa – techników rehabilitacji – wymieniała wartości, takie jak: wiara w pozytywny rezultat leczenia, zaufanie do osób, które mają kontakt i wpływają na proces leczenia, jak również umiejętność pozytywnego myślenia i nastawienia. Z kolei cechy utrudniające proces leczenia pacjenta wskazywane przez pielęgniarki: zbyt niskie poczucie wartości swojej osoby, jak również przesadne poczucie ważności utrudniające akceptację innych oraz wymieniane już wartości hedonistyczne. Lekarze wskazywali na: pesymizm, brak wiary w siebie i osobowość neurotyczną. Magistrowie rehabilitacji wymienili pseudowartości: brak wiary, wygoda, przyjemność, pesymizm, konfliktowość, brak empatii, niechęć do rehabilitacji oraz brak współpracy z terapeutą; technicy rehabilitacji: brak wiary i zaufania, przygnębienie oraz rezygnacja. Wszyscy badani zajmujący stanowiska medyczne w oddziałach rehabilitacji narządu ruchu wskazują, że pozytywne wartości występujące u pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu są przypuszczalnie warunkiem powodzenia przeprowadzanego u nich procesu rehabilitacji. Natomiast wymienione przez pracowników medycznych antywartości są przyczyną słabszych jej efektów.

Ostatnie pytanie – o wpływ procesu rehabilitacji na zmianę poczucia sensu życia osób z niepełnosprawnością narządu ruchu – dotyczyło opinii personelu medycznego: czy pacjent po wyjściu z oddziału rehabilitacyjnego zmienia hierarchię wartości. Wyniki tej analizy zawarte są w wykresie 12.



Źródło: Opracowanie własne

Wykres 12. Opinia personelu medycznego na temat zmiany w hierarchii wartości pacjentów w czasie zakończenia procesu rehabilitacji

Niemal wszystkie grupy badanych potwierdziły, iż pacjent po wyjściu z oddziałów rehabilitacji zmienia hierarchię wartości i sens życia. Najwyższy odsetek zanotowano w grupie techników rehabilitacji (zdecydowanie tak: 89,5%;  $N=17$ ), lekarzy (zdecydowanie tak: 85,7%;  $N=12$ ), mężczyzn (zdecydowanie tak: 74,2%;  $N=23$ ) i magistrów rehabilitacji (zdecydowanie tak: 73,1%;  $N=19$ ). Takiej odpowiedzi, ale w niższym stopniu udzieliły kobiety (zdecydowanie tak: 52,9%;  $N=22$ ), najmniej przekonane były pielęgniarki (zdecydowanie tak: 8,7%;  $N=2$ ), u których dominowało nieco mniejsze przekonanie (raczej tak: 73,9%;  $N=17$ ). Wybrane przez badanych odpowiedzi raczej potwierdziły możliwość przewartościowania życia pacjentów pod wpływem rehabilitacji, również w pozostałych badanych grupach taka odpowiedź pojawiła się, ale w małej częstotliwości wskazywania przez respondentów. Jako trzecia w kolejności wskazań badanych uplasowała się odpowiedź, iż pracownicy medyczni nie mają zdania, czy taki wpływ istnieje, aczkolwiek liczba wskazań tej opinii w każdej grupie jest tak mała w porównaniu do pozostałych, że można uznać ją za mało istotną. Zatem większość pracowników medycznych zdecydowanie potwierdza wpływ procesu rehabilitacji na zmianę hierarchii wartości pacjenta. Wniosek: zakończony proces rehabilitacji istotnie pomaga osobom z dysfunkcją narządu ruchu przywrócić zadowolenie z własnej hierarchii wartości.

Kończąc rozważania na temat wpływu procesu rehabilitacji na poczucie sensu życia i indywidualnej hierarchii wartości pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu, należałoby powiedzieć, że w momencie wystąpienia niepomyślnych dla pacjenta rokowań rehabilitacji personel medyczny informuje go o tym, a także próbuje użyć wszelkich możliwych sposobów medycznych,



aby ten stan uległ zmianie. Osobom, u których zdiagnozowana została niepełnosprawność narządu ruchu, niepodlegająca efektom zaradczym w procesie rehabilitacji, starają się nie zabierać resztek nadziei. Pracownicy sięgają po inne rozwiązania, aby nie pogorszyć stanu psychicznego pacjenta, i nie doprowadzić go do zwątpienia w sens jego codziennej egzystencji. Pracownicy służby zdrowia niechętnie udzielają pacjentom informacji o niepomyślnych lub negatywnych rokowaniach rehabilitacji, aczkolwiek są świadomi swoich obowiązków zawodowych. Mimo to, starają się poszukiwać każdej możliwości pomocnej dla pacjenta w pokonywaniu ciężaru, jakim jest niedająca się pokonać przez rehabilitację narządu ruchu ich dysfunkcja ruchowa. Istotne jest również zwrócenie uwagi przez wszystkich badanych zajmujących stanowiska medyczne w oddziałach rehabilitacji narządu ruchu na pozytywne wartości występujące u pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu, które są przypuszczalnie warunkiem powodzenia procesu rehabilitacji. Wymienione przez pracowników medycznych antywartości są przyczyną słabszych jej efektów. Należy również podkreślić, że większość pracowników medycznych zdecydowanie potwierdza wpływ procesu rehabilitacji na zmianę hierarchii wartości pacjenta.

Wniosek: zakończona rehabilitacja istotnie pomaga osobom z dysfunkcją narządu ruchu powrócić do stanu zadowolenia z poczucia sensu swojego życia. Natomiast pracownicy pełnią w tym procesie ważną rolę, przyczyniając się do osiągnięcia celu.

## **Oczekiwania osób z niepełnosprawnością narządu ruchu w związku ze stworzeniem nowej indywidualnej hierarchii wartości**

Pacjent zgłasza się do terapeuty z określonymi wyobrażeniami o tym, jak będzie wyglądało spotkanie terapeutyczne bądź jak powinno ono przebiegać. W naszym kręgu kulturowym wyobrażenia te są związane z reguły z oczekiwaniem ustalenia przyczyny zaburzenia (z diagnozą) oraz zaproponowaniem i użyciem konkretnych metod i technik rehabilitacyjnych. Zadośćuczynienie tym oczekiwaniom, jak i ich najpełniejsze zaspokojenie stanowi jeden z ważniejszych elementów uruchamiających i uaktywniających mechanizmy odpowiedzialne za powrót do zdrowia. Oczekiwania, że praca rehabilitacyjna (lekarza, rehabilitanta, pielęgniarki, pedagoga, psychologa) spowoduje ustąpienie zaburzeń, są związane w dużej mierze z powszechnym przeświadczeniem, że sytuacje problemowe czy nieprzyjemne dolegliwości są stanami przejściowymi i przemijającymi, w szczególności gdy zostaną zastosowane metody już sprawdzone. Dotyczy to również stanów (chorób) przewlekłych, poddanych terapii z wykorzystaniem procedur, które innym pomogły odzyskać pełną sprawność fizyczną i psychiczną. Tutaj czynnikiem „leczącym” staje się konfrontacja oczekiwań z metodami terapii skutecznymi oraz zweryfikowanymi i udowodnionymi. Stąd też duże znaczenie różnych, przede wszystkim popularnonaukowych, informacji propagowanych m.in. przez środki masowego przekazu (zwłaszcza telewizję, radio, prasę), dostarczających wiedzę i kształtujących poglądy o efektywności różnego rodzaju procedur rehabilitacyjnych.

Z oczekiwaniami ściśle wiążą się przeświadczenia. Wiara osoby objętej terapią w skuteczność stosowanych w jej ramach procedur jest w dużym stopniu zależna od przeświadczenia terapeuty, że jego zabiegi są właściwe i przyniosą spodziewany efekt. Terapeuci wierzący w to, co proponują i robią, mimowolnie przekazują uczestnikom rehabilitacji własne przekonania. Tworzy się dualny (w terapii indywidualnej) lub zespołowy (w terapii grupowej) system wierzeń, którym kierują się wszystkie osoby zaangażowane w jakiejś mierze w proces rehabilitacyjny – oprócz rehabilitanta i pacjenta, także jego najbliższe otoczenie. Skutki tych oddziaływań są mocno powiązane z charakterem i zna-

zeniem tych przeświadczeń, stanowiących składowe wspomnianego systemu wierzeń. Jeśli zaś chodzi o samego rehabilitanta, to powszechnie wiadomo, że lepsze efekty uzyskuje ten, który jest przekonany o słuszności dobranych metod niż ten nastawiony sceptycznie, nawet gdy ten drugi nie prezentuje na zewnątrz pacjentowi swoich obaw<sup>162</sup>.

Do oceny oczekiwań pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu związanych ze stworzeniem nowej dla nich hierarchii wartości poprzez proces rehabilitacji posłużono się autorskim Kwestionariuszem ankiety z pacjentami OCR w Korfantowie. Narzędzie to składało się z dwudziestu sześciu pytań dotyczących badanych osób, takich jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stopień poruszania się, uzależnienie w codziennych czynnościach życiowych, przyczyna niepełnosprawności, aktywność zawodowa, miejsce uczestnictwa w rehabilitacji, a także osób, które w największym i najmniejszym stopniu przyczyniły się do powrotu poprzedniej (zdrowej) jakości życia pacjenta i w jaki sposób. Kwestionariusz zawierał również pytania o sposób komunikowania się, wyrażania empatii czy oddziaływania niespecyficzne. Narzędzie to szczegółowo omówiono w rozdziale 4. (podrozdz. 4.4. *Metody, techniki i narzędzie badawcze*) i wykorzystano po zakończonym procesie rehabilitacji pacjenta z niepełnosprawnością narządu ruchu.

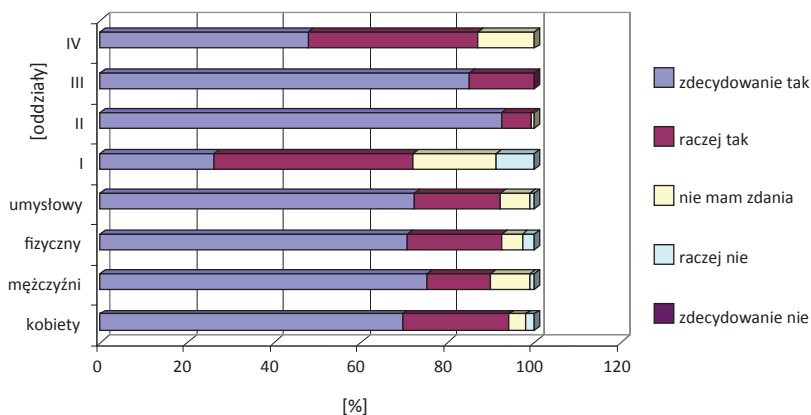
## 8.1. Oczekiwanie osób z niepełnosprawnością narządu ruchu w stosunku do osób prowadzących rehabilitację

Badania oczekiwań pacjentów z dysfunkcją narządu ruchu w stosunku do opiekującego się nimi personelu rozpoczęto od poproszenia respondentów, aby wymienili własne propozycje oczekiwań. U wszystkich badanych grup respondentów dominowały odpowiedzi takie jak: poprawa samopoczucia, zmobilizowanie możliwości bezbólowego chodzenia, pomoc w maksymalnym powrocie do sprawności fizycznej, zniesienie bólu, szczerą i dokładnie wyjaśniającą rozmowę na temat procesu rehabilitacji, sumiennosc pracowników rehabilitacji w podjętych przez nich zadaniach, zrozumienie i cierpliwość, rzetelne zaangażowanie się w wykonywanie swojej pracy. Czyli osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu domagają się od pracowników rehabilitacji pełnego zaangażowania się w swój proces rehabilitacji, mając nadzieję, że personel będzie pełnił rolę ich indywidualnego przewodnika i doradcy wskazującego drogę powrotu do zdrowia.

---

<sup>162</sup> W. S i k o r s k i, *Oddziaływania niespecyficzne...*, dz.cyt., s. 214.

W związku z pytaniem zadaniem pacjentom, czy metody przeprowadzania procesu rehabilitacji zmieniły ich poczucie sensu życia i hierarchię wartości, respondenci wskazywali oceny, które przedstawia wykres 13. W analizie badawczej uwzględniono płeć, rodzaj wykonywanej pracy (fizyczna lub umysłowa) i oddział, w którym przebywali badani.



Źródło: Opracowanie własne

Wykres 13. Metody procesu rehabilitacji a zmiany w hierarchii wartości pacjentów

Interpretacja wyników wykazała dominującą w niemal wszystkich badanych grupach odpowiedź twierdzącą: metody zastosowane w rehabilitacji zmieniły ich hierarchię wartości; najwyżej notowane były u pacjentów przebywających w Oddziale II Rehabilitacji Narządu Ruchu (92,5%;  $N=135$ ), na którym przebywają pacjenci samodzielni, a zarazem z niewidoczną niepełnosprawnością. Tylko nieco niżej ocena zdecydowanego potwierdzenia uplasowała się na Oddziale III Chirurgii Ortopedycznej (84,9%;  $N=45$ ), gdzie przebywają osoby po przebytych zabiegach operacyjnych narządu ruchu. Przepuszczalnie nie tylko operacja ma wpływ na zmianę poczucia sensu życia badanych osób, ale również lub może przede wszystkim metody rehabilitacyjne zastosowane po zabiegu chirurgicznym. Natomiast pacjenci Oddziału I Rehabilitacji Ogólnoustrojowej (zdecydowanie tak: 26,3%;  $N=15$ ) jednoznaczny wpływ metod rehabilitacji na ich zmianę wartości potwierdzili w najmniejszym stopniu. W większości odpowiadali, że raczej taki wpływ istnieje, ale nie są o tym do końca przekonani. Można przypuszczać, że pacjenci Oddziału I, w większości z widoczną niepełnosprawnością, u których rokowanie procesu rehabilitacji może być niepomyślne lub negatywne, mają wątpliwości co do stwierdzenia skuteczności zastosowanych metod rehabilitacyjnych w przypadku ich stanu fizycznego, który może się nie polepszyć. Fakt ten

nasuwa wniosek, że metody rehabilitacyjne, pomimo braku możliwości ich oddziaływania na stan fizyczny pacjenta, i tak są wskazywane przez badane osoby jako potwierdzające ich wpływ na zmianę poczucia sensu życia badanych. Ciekawe zjawisko zaobserwować można w grupie badanych osób pracujących fizycznie i umysłowo, ponieważ zarówno u jednych, jak i u drugich na prawie tym samym poziomie wskazań pozostaje odpowiedź zdecydowanie twierdząca („zdecydowanie tak”), jak i świadcząca o mniejszym przekonaniu („raczej tak”) wpływu metod rehabilitacji na zmianę poczucia ich sensu życia. Zatem niezależnie od wykonywanej pracy zawodowej metody rehabilitacji znacząco wpływają na zmianę przewartościowania u osób korzystających z nich. Podobne wyniki uzyskano u badanych pod kątem płci – u mężczyzn (75,4%;  $N=89$ ) widoczne jest większe zdecydowanie potwierdzenia omawianego wpływu niż u kobiet (69,6%;  $N=128$ ). Analiza wyników oceny mówiącej o braku zdania respondentów, czy taki wpływ istnieje, ukazuje nieznaczną liczbę wskazań i występuje w większości u mężczyzn (9,3%;  $N=11$ ), pracowników umysłowych (6,6%;  $N=13$ ) i pacjentów Oddziału Rehabilitacji Diennej (13%;  $N=6$ ). Natomiast u kobiet (2,2%;  $N=4$ ), pracowników umysłowych (1%;  $N=2$ ), jak i w Oddziale I (0,7%;  $N=1$ ) wskazywana jest rzadko i można uznać ją za nieistotną statystycznie. Wniosek: liczba wskazań braku przekonania o wpływie metod rehabilitacyjnych jest tak mała w stosunku to potwierdzeń, że można uznać ją za nieistotną.

Ostatnia analizowana odpowiedź badanych (metody rehabilitacyjne raczej nie mają wpływu na zmianę ich indywidualnej hierarchii wartości) jest bardzo rzadko wymieniana przez respondentów. Najwyżej notowana była u pacjentów Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej (8,8%;  $N=5$ ), o którym już wspomniano, że przebywają tam pacjenci niesamodzielnymi w codziennej egzystencji, jak również z nieznacznym wpływem procesu rehabilitacji na zmianę ich stanu zdrowia fizycznego. Dlatego można uznać, że osoby, które nie widzą możliwości zmian w stanie fizycznym z powodu ciężkiego uszkodzenia narządu ruchu, wskazują, że u nich metody rehabilitacyjne raczej nie wpływają na stan zdrowia, a co za tym idzie, są mniej znaczące w zmianie hierarchii wartości.

We wszystkich badanych grupach osób znacząco widoczny jest wpływ metod rehabilitacyjnych na zmianę hierarchii wartości pacjentów. Największy wpływ odczuwany jest przez osoby z niewidoczną niepełnosprawnością narządu ruchu. Natomiast badani, którym rehabilitacja dysfunkcji narządu ruchu znacząco nie poprawia stanu zdrowia fizycznego, odczuwają jej efekty w o wiele mniejszym stopniu. Wniosek: metody rehabilitacyjne mają znaczny wpływ na zmianę hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu, lecz jest on uzależniony od poprawy ich kondycji fizycznej.

W związku z wynikami przeprowadzonej analizy, stwierdzającymi, że metody rehabilitacyjne mają wpływ na zmianę hierarchii wartości pacjenta z niepełnosprawnością narządu ruchu, badaczka zainteresowała również, jakie metody rehabilitacyjne przyczyniają się do tej zmiany. Badania przeprowadzono u pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu pod kątem płci, rodzaju wykonywanej pracy zawodowej, a także oddziału rehabilitacyjnego, na którym przebywają. Respondenci korzystali z odpowiedzi zamkniętych, mając do wyboru kilka wariantów, oraz otwartej. Wyniki zamieszczono w tabeli 33.

T a b e l a 33

*Metody zmieniające indywidualną hierarchię wartości*

Metody	Kobiety		Mężczyźni		Fizyczny		Umysłowy		Oddziały							
									I		II		III		IV	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
Rozmowa z pacjentem																
Pokaz metod rehabilitacyjnych	7	3,8	17	14,4			24	12,2					5	9,4	19	41,3
Indywidualny kontakt z lekarzem	5	2,7					5	2,6					5	9,4		
Indywidualny kontakt z mgr. reh.	172	93,5	101	85,6	106	100,0	167	85,2	57	100,0	146	100,0	43	81,1	27	58,7
Indywidualny kontakt z tech. reh.																
Indywidualny kontakt z piel.																
Inne, jakie																

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne.

We wszystkich badanych grupach dominującą metodą, o zasadniczym wpływie na zmiany hierarchii wartości u osób z dysfunkcją narządu ruchu, jest indywidualny kontakt z magistrem rehabilitacji. Jako jedyna wskazywana była przez wszystkich pracowników zatrudnionych na stanowiskach fizycznych, a także przebywających na Oddziałach I i II Rehabilitacji Narządu Ruchu. Nieco niżej lokowały ją kobiety (93,5%;  $N=172$ ) i mężczyźni (85,6%;  $N=101$ ) oraz pracownicy umysłowi (85,2%;  $N=167$ ) i pacjenci przebywający na Oddziale III Chirurgii Ortopedycznej (81,1%;  $N=43$ ). Najniżej zanotowano jej częstotliwość na Oddziale Rehabilitacji Diennej (58,7%;  $N=27$ ), przy czym należy przypomnieć, że na tym oddziale przebywają pacjenci, którzy korzystają jedynie z zabiegów, a po ich zakończeniu wracają do środowisk rodzinnych, co niewątpliwie wpływa na to, że metoda indywidualnego kontaktu z magistrem rehabilitacji jest mniej przez nich postrzegana jako najważniejsza. Warto przypomnieć, że to właśnie magister rehabilitacji jest tą najważniejszą osobą, czynnie uczestniczącą w procesie rehabilitacji. Ten pracownik medyczny w czasie

indywidualnej terapii spędza z pacjentem najwięcej czasu, sprawdzając efekty własnej pracy, jak i zespołu rehabilitacyjnego. A zatem magister rehabilitacji ma zasadniczy wpływ na zadowolenie pacjentów i pozytywne przeprowadzenie u nich procesu rehabilitacji. Na 2. miejscu w hierarchii liczby wskazań przez badanych znalazła się metoda pokazu metod rehabilitacyjnych, która choć rzadko typowana, miała największe wskazania w grupie osób przebywających na Oddziale IV (41,3%;  $N=19$ ), co sugeruje, że pacjenci dojeżdżający na zabiegi rehabilitacyjne o wiele bardziej koncentrują uwagę na pokazie metod rehabilitacyjnych, które będą stosowali, by zapobiec nawrotom dolegliwości bólowych narządu ruchu, aniżeli pacjenci pozostałych oddziałów. Metoda ta ma więcej wskazań u mężczyzn (14,4%;  $N=17$ ), jak również u osób pracujących umysłowo (12,2%;  $N=24$ ). W grupie kobiet (3,8%;  $N=7$ ) i pacjentów Oddziału III (9,4%;  $N=5$ ) jej częstotliwość wskazań pozostaje na nieznacznym poziomie. Badania te wskazują jednogłośnie, że z pokazu metod rehabilitacyjnych korzystają głównie pacjenci Oddziału IV Rehabilitacji Diennej i to właśnie ta metoda ma znaczny wpływ na zmianę ich indywidualnej hierarchii wartości.

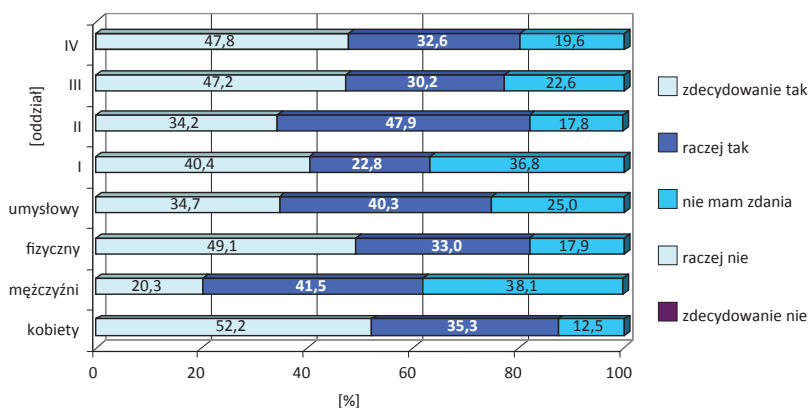
Jako ostatnią badani wymienili indywidualny kontakt z lekarzem. Metoda ta zajmuje ostatnie miejsce pod względem częstotliwości wskazań i typowana była tylko nieznacznie przez kobiety (2,7%;  $N=5$ ), jak również osoby pracujące umysłowo i pacjentów Oddziału Chirurgii Ortopedycznej (9,4%;  $N=5$ ). Prawdopodobnie wymienili tę metodę głównie osoby przebywające na oddziale operacyjnym, gdzie lekarz odgrywa wiodącą rolę w chirurgicznym sposobie poprawy narządu ruchu pacjenta. Należy zwrócić również uwagę, że metoda rozmowy z pacjentem, jak również indywidualny kontakt z technikiem i pielęgniarką w ogóle nie były wskazywane przez badanych, co pozwala domniemywać, że nie wpływają one na zmianę poczucia sensu życia u badanych osób. Badani mieli możliwość wyrażenia własnych propozycji metod, ale z niej nie skorzystali. Przypuszczalnie wymienione przez ankietowanych metody są dlań jedynymi istotnymi sposobami omawianych oddziaływań. Wniosek: stanowisko magistra rehabilitacji ma zasadniczy wpływ na zadowolenie pacjentów i pozytywne przeprowadzenie u nich procesu rehabilitacji.

Badanym zadano również pytanie, czy są przekonani, że proces rehabilitacji może przyczynić się do zmiany jakości ich życia. Wszyscy badani zdecydowanie potwierdzają, że proces rehabilitacji przyczynił się do zmiany ich jakości życia. Najwyższa częstotliwość wskazań zdecydowanego potwierdzenia tej zmiany widoczna jest u pacjentów zatrudnionych na stanowiskach fizycznych i pacjentów Oddziałów II i IV, gdzie wszyscy udzielili odpowiedzi „zdecydowanie tak”. Nieco niżej odpowiedź tę wskazały kobiety (98,9%;  $N=182$ ) i mężczyźni (95,8%;  $N=113$ ), jak również osoby pracujące umysłowo (96,4%;  $N=189$ ) oraz przebywający na Oddziałach I (91,2%;  $N=52$ ) i III (96,2%;  $N=51$ ). Na 2. i zarazem ostatnim miejscu badani wskazywali odpowiedź „raczej tak”,

która rzadko była wymieniana przez respondentów i wystąpiła w zaledwie 4,2% ( $N=5$ ) u mężczyzn i w 1,1% ( $N=2$ ) u kobiet, a także w 3,6% ( $N=7$ ) u osób pracujących umysłowo oraz u pacjentów Oddziałów I (8,8%;  $N=5$ ) i III (3,8%;  $N=2$ ). Pozostałych odpowiedzi, z których mogli skorzystać badani, takich jak „zdecydowanie nie”, „raczej nie”, jak również „nie mam zdania”, nie zano-towano.

Osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu bez względu na płeć, rodzaj wykonywanej pracy czy pobyt na danym oddziale rehabilitacyjnym, są przekonane, że proces rehabilitacji przyczynia się do zmiany na lepsze ich jakości życia. Powodem takiego myślenia są widoczne efekty poprawy zdrowia, wyeliminowanie lub znaczne zmniejszenie dolegliwości bólowych ze strony narządu ruchu, jak również podniesienie poziomu edukacji badanych w zakresie sposobów zapobiegania tym dolegliwościom, co pozwala na ich powrót do zdrowej egzystencji.

Autora interesowała również opinia pacjentów, czy, ich zdaniem, po ukończeniu procesu rehabilitacji poczucie sensu życia zostanie utrwalone przez nowe wartości. Wykres 14 pokazuje wyniki odpowiedzi badanych, przeprowadzone pod kątem ich płci, rodzaju wykonywanej pracy oraz pobytu pacjenta na oddziale.



Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 14. Wpływ zakończonego procesu rehabilitacji na nadanie nowych wartości w poczuciu sensu życia

Kobiety (52,2%;  $N=96$ ) i osoby pracujące na stanowiskach fizycznych (49,1%;  $N=52$ ) w znacznej liczbie wskazań zdecydowanie potwierdzają poczucie sensu życia nadane im przez nowe wartości, mężczyźni (20,3%;  $N=24$ ) oraz pracownicy umysłowi (34,7%;  $N=68$ ) przekonani są o tym w mniejszym stop-



niu. U badanych ze względu na oddział w sposób zdecydowany potwierdzają ten fakt pacjenci Oddziałów I (40,4%;  $N=23$ ), III (47,2%;  $N=25$ ) i IV (47,8%;  $N=22$ ), a pacjenci Oddziału II (34,2%;  $N=50$ ) są rzadziej o tym przekonani. Większość badanych zdecydowanie potwierdza, iż zakończony u nich proces rehabilitacji przyczynił się do zmiany poczucia sensu życia poprzez nadanie nowych wartości. Analizując wyniki odpowiedzi „raczej tak”, zauważa się, że dominują one u mężczyzn (41,5%;  $N=49$ ), pracowników umysłowych (40,3%;  $N=79$ ) i badanych Oddziału II (47,9%;  $N=70$ ). Mniejsza częstotliwość wskazań widoczna jest u kobiet (35,3%;  $N=65$ ), pracowników fizycznych (33%;  $N=35$ ) i pacjentów przebywających na pozostałych oddziałach rehabilitacyjnych. Odpowiedź, iż badani nie potrafili ocenić, czy nastąpiła u nich zmiana poczucia sensu życia poprzez nadanie im nowych wartości po zakończonej rehabilitacji, jest częstsza u mężczyzn (38,1%;  $N=45$ ), jak również u osób pracujących na stanowiskach umysłowych (25%;  $N=49$ ) i pacjentów przebywających na Oddziale I Rehabilitacji Ogólnoustrojowej (36,8%;  $N=21$ ); w pozostałych badanych grupach wskazywana jest rzadko. Można zatem powiedzieć, że mężczyźni, osoby pracujące umysłowo i pacjenci przebywający na oddziale, w którym jest widoczna ich niepełnosprawność narządu ruchu, częściej, w porównaniu do innych badanych grup, nie potrafili określić, czy zakończony proces rehabilitacji wpłynął na ich zmianę poczucia sensu życia poprzez nadanie nowych wartości. Wniosek: przypuszczalnie proces rehabilitacji jest w stanie zmieniać poczucie sensu życia pacjentów poprzez nadanie im nowych wartości.

Ostatnim pytaniem postawionym przez badacza, odnoszącym się do oceny oczekiwań osób z niepełnosprawnością narządu ruchu w stosunku do osób prowadzących rehabilitację, było typowym pytaniem sprawdzającym: czy respondenci kontynuują pracę zawodową, którą wykonywali przed rozpoznaniem u nich niepełnosprawności narządu ruchu. Wyniki tej analizy pokazują, że wszyscy badani płci żeńskiej, jak również pracujący na stanowiskach umysłowych, a także przebywający na Oddziałach I, II i IV potwierdzają kontynuację dotychczasowej pracy zawodowej. Zatem pomyślnie zakończony proces rehabilitacji umożliwia badanym powrót do dotychczasowej pracy zawodowej, co przypuszczalnie wpływa również na zwiększenie u nich poczucia sensu życia. Tylko nieliczni badani mężczyźni (1,7%;  $N=2$ ) i pacjenci przebywający na Oddziale Chirurgii Ortopedycznej (3,8%;  $N=2$ ) odpowiedzieli, że nie kontynuują pracy zawodowej z powodu niepełnosprawności narządu ruchu, co zapewne wynika z ich stanu zdrowia fizycznego po zabiegu operacyjnym.

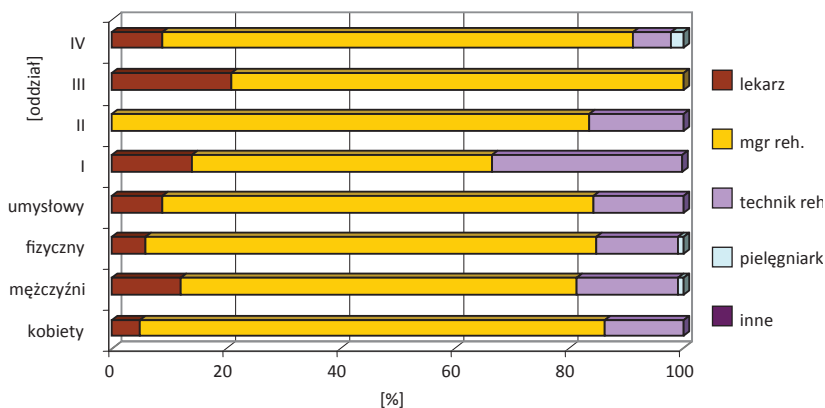
Kończąc rozważania na temat wpływu oczekiwań osób z niepełnosprawnością narządu ruchu w stosunku do osób prowadzących ich rehabilitację, można powiedzieć, że we wszystkich badanych grupach osób dostrzega się

wpływ metod rehabilitacyjnych na zmianę indywidualnej hierarchii wartości. Najbardziej widoczny jest u osób z niewidoczną niepełnosprawnością narządu ruchu, natomiast u badanych, u których rehabilitacja ich dysfunkcji nie ma znacznego udziału w poprawie ich stanu zdrowia fizycznego – jest mniejszy. Większe zróżnicowanie w obrębie badanych grup wystąpiło w wyborze metod wpływających na zmianę omawianej hierarchii. Najważniejszą metodą dla pacjentów okazał się indywidualny kontakt z magistrem rehabilitacji. Dla pacjentów korzystających z rehabilitacji dziennej istotne znaczenie miała metoda pokazu sposobów rehabilitacyjnych, zaś dla pacjentów po przebytych zabiegach operacyjnych narządu ruchu równie znaczący był indywidualny kontakt z lekarzem. Warto podkreślić, że osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu są przekonane o wpływie rehabilitacji na lepszą ich jakości życia, a także na zmianę poczucia sensu życia poprzez nadanie nowych wartości. Mężczyźni, pracownicy umysłowi oraz pacjenci Oddziału I mniej są o tym przekonani lub nie potrafią wypowiedzieć się na ten temat. W zakończeniu wypada stwierdzić, że niemal wszystkie osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu powracają po zakończonej rehabilitacji do dotychczasowej pracy zawodowej.

Pacjenci z niepełnosprawnością narządu ruchu oczekują od osób prowadzących rehabilitację odpowiednio dobranego zestawu metod rehabilitacyjnych oddziałujących na poprawę ich stanu zdrowia fizycznego. Liczą też na indywidualny kontakt z magistrem rehabilitacji. Są przekonani, że oczekiwany rezultat rehabilitacji oznacza lepszą jakość ich życia oraz zmianę poczucia sensu życia poprzez nadanie im nowych wartości.

## **8.2. Wpływ pracowników medycznych**

Analizę wpływu pracowników medycznych podczas rehabilitacji na stworzenie nowej indywidualnej hierarchii wartości u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu rozpoczęto od próby wyłonienia pracownika medycznego, który, zdaniem respondentów, w największym stopniu przyczynił się do powrotu zdrowia fizycznego. Wyniki analizy przedstawione zostały na wykresie 15.



Źródło: Opracowanie własne

Wykres 15. Pracownik medyczny mający znaczny wpływ na powstanie nowej indywidualnej hierarchii wartości u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu

Na 1. miejscu w hierarchii wskazań przez wszystkie grupy badanych znalazło się stanowisko magistra rehabilitacji, przy czym najczęściej wybierany był przez kobiety (81,5%;  $N=150$ ), pacjentów Oddziałów II (83,6%;  $N=122$ ) i IV (82,6%;  $N=38$ ), nieco niżej wskazywany był przez mężczyzn (69,5%;  $N=82$ ), pracowników fizycznych (79,2%;  $N=84$ ) i umysłowych (75,5%;  $N=148$ ), a także pacjentów przebywających na Oddziale III (79,2%;  $N=42$ ). Najmniejsza częstotliwość wskazań zauważalna jest u chorych Oddziału I (52,6%;  $N=30$ ); zapewne przyczyną tych niższych ocen w stosunku do pozostałych grup jest to, że pacjenci tego oddziału wymagają większej liczby osób zaangażowanych w ich proces rehabilitacji. Można zatem powiedzieć, że magister rehabilitacji ma największy wpływ na powstanie nowej indywidualnej hierarchii wartości pacjentów z dysfunkcją narządu ruchu, co wynika z zakresu ich obowiązków – oni są odpowiedzialni za indywidualne przeprowadzanie cyklu rehabilitacji u chorych. Mają z nimi codzienny kontakt, obserwują zmiany, jakie następują u pacjentów pod wpływem rehabilitacji. W zależności od potrzeby modyfikują sposoby usprawniania badanych. To właśnie magister rehabilitacji jest psychoterapeutą ciała i duszy, sprawcą fizycznych i psychicznych zmian następujących na skutek rehabilitacji. Z dalszej analizy wyników badanych osób wynika, że kolejnymi wyróżnionymi osobami są technicy rehabilitacji. Najczęściej wskazywali tę osobę pacjenci przebywający na Oddziale I (33,3%;  $N=19$ ), co zapewne należy tłumaczyć ich zatrudnieniem – na tym oddziale pracuje ich znacznie więcej aniżeli w pozostałych. Ich praca zbliżona jest do pracy magistra rehabilitacji, polega na indywidualnym kontakcie z pacjentem,

wykonywaniem z nim ćwiczeń zleconych przez magistra rehabilitacji i obserwowaniem efektów. Wraz z magistrem rehabilitacji tworzą oni duet odpowiedzialny za wyeliminowanie lub zminimalizowanie u pacjenta niekorzystnych objawów bólowych ze strony narządu ruchu. Technik rehabilitacji, oprócz wspomnianego istotnego wskazywania go przez pacjentów Oddziału I, także w pozostałych badanych grupach często był wskazywany. Wyjątek stanowią tylko badani Oddziału III, na którym nie są zatrudnieni technicy, i dlatego nie byli wskazywani przez badanych. Na 3. miejscu pod względem liczby wskazań przez badanych znalazło się stanowisko lekarza, co zastanawia, ponieważ to właśnie lekarz bywa w pierwszej kolejności odpowiedzialny za leczenie pacjenta. Zapewne wynika to ze zbyt dużej liczby pacjentów pod opieką lekarza, stąd nie są w stanie sobie zapewnić codziennego indywidualnego kontaktu z pacjentem, aczkolwiek nadzorują i kontrolują pracę zespołu terapeutycznego odpowiedzialnego za proces rehabilitacji. Dla pacjentów częsty kontakt z pracownikiem medycznym wydaje się bardzo ważny. Dla większości z nich stanowi on autorytet w tej dziedzinie, i z tego też zapewne powodu lekarze są rzadziej wymieniani przez pacjentów jako ci, którzy odgrywają znaczący udział w rehabilitacji. Należy również zauważyć, że lekarze często wskazywani byli przez pacjentów Oddziału III, co wydaje się zrozumiałe, ponieważ na tym oddziale przeprowadzane są zabiegi operacyjne, które poprawiają stan fizyczny pacjenta i lekarz jest tam. Zastanawia brak wskazań stanowiska lekarskiego jako mającego wpływ na powrót badanych do zdrowia fizycznego przez pacjentów Oddziału II. Można to chyba wyjaśnić stanem fizycznym pacjentów z niewidoczną niepełnosprawnością narządu ruchu. Na efekty usprawnienia wpływają działania rehabilitanta, w związku z czym lekarz nie uczestniczy aktywnie w ich powrocie do zdrowia. Również stanowisko pielęgniarskie było rzadko wymieniane przez respondentów i można powiedzieć, że zawód ten nie wpływa na poprawę jakości życia w sferze fizycznej. Respondenci mieli możliwość wskazania własnej propozycji odpowiedzi, ale z niej nie skorzystali.

Wniosek: magistrowie i technicy rehabilitacji są osobami mającymi największy wpływ na zmianę poczucia sensu życia pacjentów z dysfunkcją narządu ruchu. Zapewne na wskazanie tych stanowisk pracy wpływa odpowiedzialność rehabilitantów za indywidualne przeprowadzanie cyklu rehabilitacji chorych. Mają z nimi codzienny kontakt, obserwują zmiany, jakie następują u pacjentów pod wpływem rehabilitacji. W zależności od potrzeby modyfikują sposoby usprawniania badanych. Można nawet powiedzieć, że to właśnie oni są terapeutami ciała i duszy osób z niepełnosprawnością narządu ruchu, tak pod względem fizycznych jak i psychicznych zmian następujących pod wpływem procesu rehabilitacji.

Autora interesowała również odpowiedź pacjentów na pytanie odnoszące się do działań pracowników medycznych, które, według badanych osób, w największym stopniu przyczyniły się do ich powrotu do zdrowia fizycznego, tzn. były pomocne w zmianie ich hierarchii wartości. Wyniki tej analizy zamieszczono zostały w tabeli 34.

T a b e l a 34

*Działania pracowników medycznych o największym wpływie na zmianę hierarchii wartości osób z dysfunkcją narządu ruchu*

Instrumenty oddziaływania na pacjentów	Kobiety		Mężczyźni		Fizyczny		Umysłowy		Oddziały							
									I		II		III		IV	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
Postawienie diagnozy stanu zdrowia																
Ustalenie rokowania procesu rehabilitacyjnego			5	4,2			5	2,6			3	2,1	1	1,9	1	2,2
Luźna rozmowa	3	1,6					3	1,5							3	6,5
Dawanie nadziei na poprawę stanu zdrowia	42	22,8	37	31,4	27	25,5	52	26,5	19	33,3	26	17,8	23	43,4	11	23,9
Wzbudzanie dobrego samopoczucia	86	46,7	59	50,0	63	59,4	82	41,8	23	40,4	89	61,0	17	32,1	16	34,8
Wzbudzanie zaufania	53	28,8	17	14,4	16	15,1	54	27,6	15	26,3	28	19,2	12	22,6	15	32,6

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne.

Analizując wyniki badanych pod względem płci, rodzaju wykonywanej pracy i oddziału, na którym przebywali, można powiedzieć, że działanie, które według ankietowanych w największym stopniu przyczyniło się do zmiany ich hierarchii wartości, związane było z poprawą dobrego samopoczucia pacjentów. Zarówno mężczyźni (50%;  $N=59$ ), jak i kobiety (46,7%;  $N=86$ ), a także pracownicy fizyczni (59,4%;  $N=63$ ) i umysłowi (41,8%;  $N=82$ ) oraz pacjenci Oddziałów II (61%;  $N=89$ ) i I (40,4%;  $N=23$ ) wskazywali znaczący efekt tego działania na przewartościowanie sensu życia. A zatem wzbudzanie dobrego samopoczucia u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu przez osoby zajmujące się procesem rehabilitacji należy uznać za działania znaczące. Rządziej działanie to wskazywali pacjenci Oddziałów III (32,1%;  $N=17$ ) i IV (34,8%;  $N=16$ ), co przypuszczalnie ma związek z mniejszą wartością przywiązywaną do wzbudzania u nich dobrego samopoczucia, raczej nastawieniem na widoczne efekty poprawy stanu fizycznego osób przebywających na oddziale pooperacyjnym, jak i badanych korzystających z rehabilitacji dziennej. W następnej kolejności znalazła się nadzieja na poprawę stanu zdrowia. Wyniki ankiet wskazują, że w niemal wszystkich badanych grupach pacjentów dawanie nadziei również odgrywa pomocną rolę w omawianym procesie. Przy czym częściej wskazywali je mężczyźni (31,4%;  $N=37$ ) niż kobiety (22,8%;  $N=42$ ). Podob-

ny poziom wskazań przez badanych widoczny jest u pracowników fizycznych (25,5%;  $N=27$ ) i umysłowych (26,5%;  $N=52$ ). Biorąc pod uwagę oddział rehabilitacyjny, budzenie nadziei często wskazywane było przez osoby z Oddziału III (43,4%;  $N=23$ ), a nieco mniej przez pacjentów z Oddziału I (33,3%;  $N=19$ ); w pozostałych oddziałach rzadziej na nie wskazywano. Wydaje się, że osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu potrzebują od pracowników medycznych zapewnienia o pozytywnych skutkach ich leczenia, dzięki czemu czują się bezpieczni, nabierają do metod i pracowników rehabilitacji zaufania, co zapewne okazuje się pomocne w przewartościowaniu przez nich sensu życia. Na 3. miejscu w hierarchii częstotliwości wskazań przez badanych uplasowało się zaufanie pacjenta – odczucie wskazujące w największym stopniu, że osoba przyczyniająca się do zmiany indywidualnej hierarchii wartości powinna wzbudzić właśnie zaufanie. Najwyraźniej jego znaczenie dostrzec można w grupie kobiet (28,8%;  $N=53$ ) i osób pracujących umysłowo (27,6%;  $N=54$ ), a także u pacjentów wszystkich badanych oddziałów. Rzadko natomiast wskazywali je mężczyźni (14,4%;  $N=17$ ), jak i osoby pracujące na stanowiskach fizycznych (15,1%;  $N=16$ ). Fakt ten wskazuje, że wzbudzenie zaufania do pracownika zajmującego się procesem rehabilitacji pacjenta wydaje się istotne ze względu na przewartościowanie sensu życia pacjentów. Niemal wszystkie grupy ankietowanych potwierdzają to przypuszczenie, przy czym najbardziej o tym przekonane są kobiety, pracownicy umysłowi i pacjenci badanych oddziałów rehabilitacyjnych, natomiast mniej pewni są mężczyźni i pracownicy zatrudnieni na stanowiskach fizycznych. Ustalenie rokowania procesu rehabilitacji plasuje się na 4. miejscu pod względem liczby wskazań przez badanych. Obserwujemy je tylko w grupie mężczyzn (4,2%;  $N=5$ ), pracowników zatrudnionych na stanowiskach umysłowych (2,6%;  $N=5$ ) i u nielicznych pacjentów Oddziałów II (2,1%;  $N=3$ ), III (1,9%;  $N=1$ ) i IV (2,2%;  $N=1$ ). Ostatnia okazała się luźna rozmowa, rzadko wskazywana i tylko w grupie kobiet (1,6%;  $N=3$ ), pracowników umysłowych (1,5%;  $N=5$ ) i pacjentów Oddziału IV (6,5%;  $N=3$ ). Dane uzmysławiają, że luźna rozmowa z pracownikiem rehabilitującym pacjenta nie wpływa w sposób znaczący na zmiany w jego hierarchii wartości. Należy nadmienić, że postawienie diagnozy stanu zdrowia nie zostało wskazane przez badanych, co nasuwa przypuszczenie, że osób z niepełnosprawnością nie interesują medyczne diagnozy, tylko przypuszczalnie chcą wyeliminowania ich problemu zdrowotnego. Wniosek: pracownik medyczny, który znacząco wpłynął na zmianę hierarchii wartości pacjenta z niepełnosprawnością narządu ruchu, to osoba, która wzbudziła u badanego dobre samopoczucie i zdobyła zaufanie, a także potrafiła dać mu nadzieję na poprawę jego zdrowia.

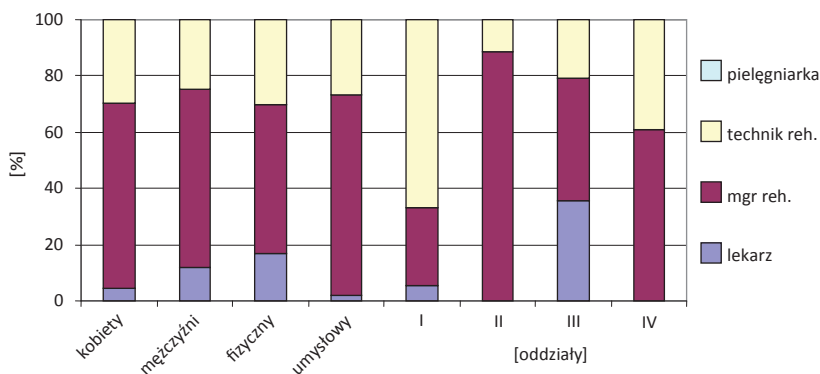
W obszarze zainteresowań badacza znalazła się kwestia zaufania: czy i na ile pacjenci nabrali zaufania i wiary w skuteczność metod zastosowanych przez personel medyczny. Analiza materiału empirycznego wykazała, że u ko-

biet (zdecydowanie tak: 69%;  $N=127$ ) dominowała ocena zdecydowanego potwierdzenia tego faktu; rzadziej natomiast (raczej tak: 31%;  $N=57$ ) wskazywały na mniejsze przekonania. „Brak zdania”, jak również negacja („raczej nie” i „zdecydowanie nie”) pełnego zaufania i wiary w skuteczność metod stosowanych przez osoby, które, zdaniem kobiet, wpłynęły w największym stopniu na zmianę hierarchię wartości – nie wystąpiły. Można zatem powiedzieć, że kobiety podczas procesu rehabilitacji częściej aniżeli mężczyźni pokładały znaczne zaufanie i wiarę w skuteczność metod rehabilitacyjnych. Badani mężczyźni (zdecydowanie tak: 56,8%;  $N=67$ ) podobnie jak kobiety opowiedzieli się za zdecydowanym „tak”, ale w odróżnieniu od kobiet w mniejszym stopniu byli tego pewni. W porównaniu do kobiet częściej pojawiały się u nich (raczej tak: 41,5%;  $N=49$ ) oceny mniejszego przekonania do zaufania. Ponadto wśród mężczyzn (nie mam zdania: 1,7%;  $N=2$ ) zanotowano też nieznaczną liczbę badanych, która nie miała zdania na temat zaufania. Można zatem powiedzieć, że mężczyźni, aczkolwiek potwierdzają wpływ zaufania, to jednak są o nim zdecydowanie mniej przekonani niż kobiety. Z uwagi na grupę badanych pod kątem rodzaju wykonywanej pracy zawodowej (fizycznej lub umysłowej) stwierdzić można jednoznaczne potwierdzenie stanowiska, że w czasie procesu rehabilitacji badani posiadali pełne zaufanie i wiarę w skuteczność metod stosowanych przez osoby wpływające na zmianę hierarchii wartości. W większym stopniu widać to u pracowników umysłowych (zdecydowanie tak: 74%;  $N=145$ ) niż fizycznych (zdecydowanie tak: 46,2%;  $N=49$ ). Odwrotna relacja występuje zaś w kwalifikatorach mniejszego przekonania do zaufania (pracownicy fizyczni – raczej tak: 51,9%;  $N=55$ , umysłowi – raczej tak: 26%;  $N=51$ ). Ponadto statystycznie nieznaczną była odpowiedź „brak zdania”, która wystąpiła tylko u osób pracujących fizycznie (nie mam zdania: 1,7%;  $N=2$ ). Negacja zaufania nie została uwidoczniła w żadnej z wcześniej omawianych grup. Osoby pracujące na stanowiskach umysłowych, w porównaniu do fizycznych, są zatem bardziej przekonane, iż posiadali pełne zaufanie i wiarę w skuteczność metod stosowanych przez pracowników medycznych, którzy według nich wpłynęli w największym stopniu na zmianę hierarchii wartości. W ostatniej analizowanej grupie pod względem umiejscowienia badanych osób na oddziałach rehabilitacyjnych zauważa się, że zdecydowanie potwierdzają wpływ zaufania pacjenci Oddziałów: II (zdecydowanie tak: 78,8%;  $N=115$ ), III (zdecydowanie tak: 64,2%;  $N=34$ ) i IV (zdecydowanie tak: 67,4%;  $N=31$ ). Wyjątek stanowią tylko przebywający na Oddziale I (zdecydowanie tak: 24,6%;  $N=14$ ), u których dominuje mniejsze przekonanie, co zapewne spowodowane jest tym, że badani tego oddziału w większym stopniu aniżeli pacjenci pozostałych oddziałów chorują na jednostki chorobowe narządu ruchu, w których rehabilitacja w mniejszym stopniu wpływa na poprawę ich stanu zdrowia. Natomiast w pozostałych oddziałach (II – raczej tak: 21,2%;  $N=31$ , III – raczej tak: 32,1%;

$N=17$ , IV – raczej tak: 32,6%;  $N=15$ ) odpowiedzi badanych raczej potwierdzają zaufanie i plasuje je na podobnym poziomie wskazań. „Brak zdania” na ten temat zanotowano u nieznacznej liczby badanych przebywających w Oddziale III (3,8%;  $N=2$ ), a odpowiedzi „raczej nie” i „zdecydowanie nie” potwierdzające omawiane zjawisko w każdej z badanych grup nie wystąpiły. Z analizy przeprowadzonych danych wynika, że pacjenci przebywający na różnych oddziałach rehabilitacji narządu ruchu są zgodni co do tego, że w czasie rehabilitacji posiadali pełne zaufanie i wiarę w skuteczność metod stosowanych przez personel medyczny, które, ich zdaniem, przyczyniły się w największym stopniu do zmiany ich hierarchii wartości.

Wniosek: większość osób z niepełnosprawnością narządu ruchu posiadała zaufanie i wiarę w skuteczność metod stosowanych przez personel medyczny. Osiągnięcie powodzenia w usunięciu lub zminimalizowaniu dysfunkcji narządu ruchu – co warto jeszcze raz podkreślić – wymaga zaufania i wiary pacjenta w skuteczność metod osób prowadzących proces rehabilitacji.

W związku z przeprowadzonymi badaniami za istotne uznano poproszenie badanych o wymienienie pracownika oddziału rehabilitacji mobilizującego pacjenta do aktywności. Wyniki tej analizy przedstawione zostały na wykresie 16.



Źródło: Opracowanie własne.

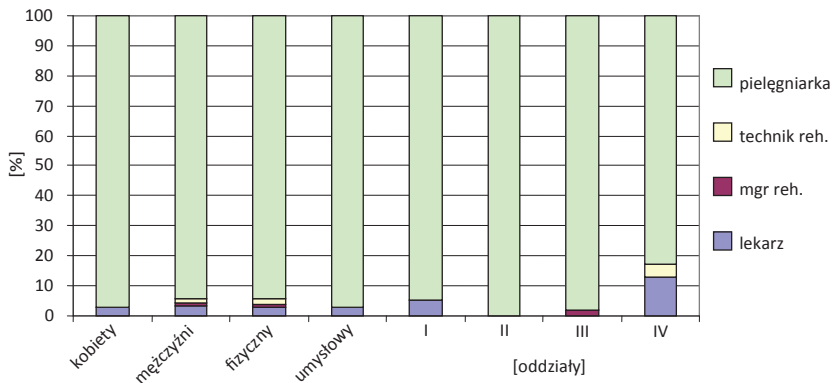
Wykres 16. Pracownicy służby zdrowia mobilizujący aktywność w rehabilitacji pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu

Z analizy wynika, że wśród respondentów, bez względu na płeć, rodzaj pracy czy miejsce pobytu w oddziale rehabilitacji, najważniejszą osobą, która mobilizowała badanych do aktywności w procesie rehabilitacji okazał się magister rehabilitacji. Przy czym najmniej wskazań pracownicy ci otrzymali od badanych przebywających w Oddziałach I (28,1%;  $N=16$ ) i III (43,4%;  $N=43,4$ ), co zapewne spowodowane jest specyfiką oddziałów. Przypomnieć



należy, że przebywają tam pacjenci z małymi rokowaniami na poprawę stanu zdrowia. Na 2. miejscu ułożył się zawód technika rehabilitacji, który nisko był wskazywany tylko przez pacjentów Oddziału II (11,6%;  $N=17$ ), co wynika ze struktury zatrudnienia. Na tym oddziale pracują głównie magistrowie rehabilitacji, a technicy pozostają w mniejszości. Ostatnie miejsca w częstotliwości wskazań badanych zajął lekarz, z najliczniejszymi wskazaniami pacjentów Oddziału III (35,8%;  $N=19$ ), na którym wykonywane są zabiegi operacyjne i lekarz stanowi ważną osobę w procesie chirurgicznego usunięcia skutków dysfunkcji narządu ruchu. Jako ciekawostkę warto podać, że najniżej stanowisko lekarza jako osoby mobilizującej do aktywności w rehabilitacji pacjentów oceniły kobiety (4,3%;  $N=8$ ). Opinie te wydają się uzasadnione, zważywszy, że w procesie rehabilitacji lekarz odgrywa rolę koordynatora rehabilitacji, natomiast mało znacząco wpływa na jednostkę w jej aktywnym korzystaniu z możliwości, jaką daje proces rehabilitacji w powrocie do zdrowia fizycznego. Trzeba również zwrócić uwagę, że w przeprowadzonej analizie wyników brakuje zawodu pielęgniarki – nie został on uwzględniony przez badanych. Należy zatem sądzić, że pielęgniarki nie uczestniczą w procesie rehabilitacji i nie mają wpływu na jej indywidualny przebieg.

Ostatnie pytanie – o cenę wpływu pracowników medycznych na stworzenie nowej hierarchii wartości u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu – dotyczyło sprawdzenia, kto z personelu medycznego w najmniejszym stopniu przyczynił się do omawianej zmiany. Wyniki analizy pokazane są na wykresie 17.



Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 17. Pracownik medyczny bez wpływu na zmianę hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu

Wśród badanych osób, bez względu na płeć, rodzaj pracy czy miejsce pobytu w oddziale rehabilitacji, dominującą osobą, która nie wpływała mobilizująco na aktywność w procesie rehabilitacji, według opinii badanych osób, okazał się zawód pielęgniarstwa. Na 2. miejscu znalazł się lekarz, przy czym częściej wskazywali nań mężczyźni (3,4%;  $N=4$ ), pracownicy zatrudnieni na stanowiskach umysłowych (3,1%;  $N=6$ ), jak również korzystający z rehabilitacji w Oddziałach I (5,3%;  $N=3$ ) i IV (13%;  $N=6$ ). W pozostałych grupach wskazywany był rzadko, a pacjenci Oddziałów II i III w ogóle go nie wymieniali. Prawdopodobnie dla pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu korzystających z rehabilitacji w specjalistycznym ośrodku stanowisko lekarza w mniejszym stopniu powoduje zmiany ich hierarchii wartości. Zapewne przyczyna tego zjawiska tkwi w małej liczbie zatrudnionych lekarzy w stosunku do rehabilitujących się pacjentów, a przez to małej możliwości częstszego kontaktu lekarza z pacjentem. Natomiast stanowiska magistra i technika rehabilitacji były tak rzadko wskazywane przez respondentów, że w tym obszarze badań można je uznać za nieistotne statystycznie.

Na końcu rozważań o wpływie pracowników medycznych na stworzenie nowej hierarchii wartości u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu po przebytych procesie rehabilitacji można powiedzieć, że magistrowie i technicy rehabilitacji są osobami mającymi w tym zakresie największy wpływ. Wzbudzają u pacjentów dobre samopoczucie, zaufanie, a także potrafią dać nadzieję choremu na poprawę stanu jego zdrowia. Należy również zauważyć, że osiągnięcie powodzenia w usunięciu lub zminimalizowaniu dysfunkcji narządu ruchu wymaga zaufania i wiary pacjenta w skuteczność metod osób prowadzących proces rehabilitacji. Wyniki analiz również pokazały, że to magister rehabilitacji czynnie mobilizuje pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu do aktywności w procesie rehabilitacji. Warto też podkreślić, że pielęgniarka zatrudniona w oddziale rehabilitacji narządu ruchu zapewne zajmuje się wyłącznie pielęgnacją podległych jej pacjentów i nie uczestniczy w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością narządu ruchu, a także nie ma wpływu na jej wyniki.

### **8.3. Wpływ oddziaływań niespecyficznych**

Badanie wpływu oddziaływań niespecyficznych, pomocnych w stworzeniu nowej hierarchii wartości u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu w stosunku do osób prowadzących rehabilitację, rozpoczęto od zbadania relacji łączących pacjenta ze wskazaną przez niego osobą, która, jego zdaniem, była pomocna w ich stworzeniu. Tabela 35 pokazuje wyniki tych badań.

T a b e l a 35

*Relacje łączące pacjentów z pracownikami medycznymi*

Relacje	Kobiety		Męż- czyźni		Fizyczni		Umysło- wi		Oddziały							
									I		II		III		IV	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
Zaufanie	39	21,2	19	16,1	26	24,5	32	16,3	8	14,0	24	16,4	12	22,6	14	30,4
Przyjaźń	23	12,5	17	14,4	18	17,0	22	11,2	2	3,5	19	13,0	7	13,2	12	26,1
Szacunek	37	20,1	12	10,2	21	19,8	28	14,3	7	12,3	23	15,8	11	20,8	8	17,4
Wzajemna życzliwość	8	4,3	24	20,3	10	9,4	22	11,2	5	8,8	17	11,6	8	15,1	2	4,3
Prawdomówność	18	9,8	11	9,3	8	7,5	21	10,7	4	7,0	19	13,0	3	5,7	3	6,5
Partnerstwo	43	23,4	35	29,7	19	17,9	59	30,1	19	33,3	44	30,1	8	15,1	7	15,2
Wsparcie	16	8,7			4	3,8	12	6,1	12	21,1			4	7,5		
Brak współpracy																
Brak zrozumienia																
Wzajemna niechęć																
Żadne																
Inne																

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne.

Zarówno wśród mężczyzn (29,7%;  $N=35$ ), jak i kobiet (23,4%;  $N=43$ ) dominuje relacja partnerstwa z pracownikiem zajmującym się rehabilitacją – u mężczyzn jest ona nieco większa niż u kobiet. Przepuszczalnie, niezależnie od płci badanych, partnerstwo jest istotnym czynnikiem gwarantującym udaną współpracę między pacjentem a pracownikiem rehabilitacji. W dalszym ciągu analizy można zauważyć, że kobiety również wysoko oceniają zaufanie i szacunek, a nieco rzadziej przyjaźń, prawdomówność, wsparcie czy wzajemną życzliwość. Zatem kobiety, oprócz wspomnianego partnerstwa, potrzebują również obdarzać osobę odpowiedzialną za ich proces rehabilitacji szacunkiem i życzliwością, a także oczekują niespecyficznych relacji, jak przyjaźń, wzajemna życzliwość czy wsparcie. Prawdopodobnie kobiety potrzebują dostarczyć w rehabilitującej je osobie przyjaciela pomocnego w fizycznych dolegliwościach, jak i mającego znaczny wpływ na ich psychiczną egzystencję. Natomiast mężczyźni, poza omawianym partnerstwem, równie wysoko cenią wzajemną życzliwość i zaufanie, zaś nieco niżej przyjaźń, szacunek i praw-

domówność. Mężczyźni, podobnie jak kobiety, potrzebują, ażeby osoba ich rehabilitująca stworzyła duet oparty na wzajemnej życzliwości i zaufaniu. Kobiety i mężczyźni nie wymienili elementów zakłócających wzajemne relacje, jak: brak współpracy i zrozumienia, obopólna niechęć lub brak jakichkolwiek znaków komunikacji z pracownikiem rehabilitacji. Mogli również dopisać własne propozycje odpowiedzi, ale z tego nie skorzystali. Prawdopodobnie, niezależnie od płci badanych, relacje z osobami aktywnie uczestniczącymi w rehabilitacji z pacjentami powinny mieć charakter partnerstwa i iść w kierunku wzajemnego zaprzyjaźnienia się. Z kolei analiza badanych pod kątem rodzaju i wykonywanej przez nich pracy, fizycznej i umysłowej, wskazuje, że dla pracowników fizycznych najważniejsze jest zaufanie (24,5%;  $N=26$ ) do rehabilitanta, a dla umysłowych (30,1%;  $N=59$ ) – partnerstwo. Dla osób wykonujących pracę fizyczną bardziej liczy się zaufanie do rehabilitanta, a pracownicy umysłowi stawiają na partnerstwo; pracujący fizycznie, oprócz zaufania, cenią również szacunek, partnerstwo, przyjaźń i nieco rzadziej wzajemną życzliwość, prawdomówność czy wsparcie (pracujący fizycznie oczekują od osób je ćwiczących relacji koleżeństwa, a nawet przyjaźni). Zatrudnieni na stanowiskach umysłowych, oprócz wspomnianego partnerstwa, potrzebują od rehabilitanta wzajemnego zaufania, szacunku, życzliwości, przyjaźni, prawdomówności i wsparcia. Te niespecyficzne czynniki wchodzące w zakres przyjaźni pomagają im kształtować wartości i poczucie sensu życia. Zwraca uwagę niewymienienie zarówno przez pracowników fizycznych, jak i umysłowych takich czynników, jak: brak współpracy i zrozumienia, obopólna niechęć lub brak jakichkolwiek relacji z pracownikiem rehabilitacji. Mogli również dopisać własne propozycje odpowiedzi, z czego nie skorzystali. W ostatniej analizowanej grupie osób przebywających na różnych oddziałach wyróżnia się Oddział I, skupiający pacjentów niesamodzielnych lub z ograniczoną samodzielnością w codziennych czynnościach życiowych, a także ciężkie przypadki chorób narządu ruchu – dominuje w niej relacja partnerstwa (33,3%;  $N=19$ ) pomiędzy chorymi a rehabilitantem. Znacznie mniej wskazań mają: wsparcie, zaufanie i szacunek, najmniej – wzajemna życzliwość, prawdomówność, przyjaźń. Inne relacje nie zostały przez badanych tego oddziału wymienione, jak również nie uwzględnili własnych propozycji odpowiedzi. Można zatem powiedzieć, że u pacjentów z widoczną niepełnosprawnością czynnikiem mogącym odnieść skutek i powodzenie w ich rehabilitacji jest partnerstwo. W Oddziale II, w którym przebywają pacjenci z niewidoczną niepełnosprawnością narządu ruchu, podobnie jak w poprzednim omawianym oddziale, dominującą pozycję zajmuje partnerstwo (30,1%;  $N=44$ ), nieco rzadziej zaufanie, szacunek, prawdomówność i przyjaźń, a na końcu uplasowała się wzajemna życzliwość – zatem u pacjentów samodzielnych z niewidoczną niepełnosprawnością, a także mających wysokie gwarancje

powodzenia procesu rehabilitacji o ich zadowoleniu z przeprowadzanego cyklu rehabilitacji decydują partnerstwo i relacje przyjacielskie. Analizując odpowiedzi pacjentów Oddziału III, w którym przebywają pacjenci po chirurgicznym leczeniu narządu ruchu, zauważa się znaczące dla nich zaufanie (22,6%;  $N=12$ ) i szacunek (20,8%;  $N=11$ ). Oba te odczucia również stanowią gwarancję obustronnego zadowolenia z terapii. Badani tegoż oddziału, już w wyraźnie mniejszej liczbie, wybierali: partnerstwo, wzajemną życzliwość, przyjaźń, natomiast rzadziej prawdomówność i wsparcie personelu medycznego. Można zatem powiedzieć, że w oddziale chirurgicznym z zakresu narządu ruchu relacje łączące pacjenta i pracownika medycznego, skutkujące zadowoleniem badanego i mające wpływ na zmianę u niego poczucia sensu życia, opierają się na pełnym zaufaniu do siebie. Natomiast takie relacje jak przyjaźń czy partnerstwo są mało istotne dla tych badanych. W Oddziale IV, w którym rehabilitowani są pacjenci w systemie dziennym, istotną relacją łączącą ich z pracownikiem rehabilitacji jest zaufanie (30,4%;  $N=14$ ) i przyjaźń (26,1%;  $N=12$ ). Sądzić można że osoby korzystające tylko i wyłącznie z zabiegów rehabilitacyjnych zaprzyjaźniają się z personelem medycznym i mają do niego zaufanie. Można zatem przypuszczać, że wpływ czynników niespecyficznych wywiera znaczny wpływ na stan psychospołeczny pacjenta, a tym samym na poczucie jego sensu życia i reorganizację hierarchii wartości. Pacjenci rehabilitacji dziennej wymieniali już rzadziej takie relacje, jak szacunek i partnerstwo, a najmniej znaczące dla badanych osób okazały się prawdomówność i wzajemna życzliwość. Ponadto trzeba podkreślić, że na żadnym z analizowanych oddziałów nie zostały zanotowane: brak współpracy i zrozumienia, wzajemna niechęć lub brak jakichkolwiek relacji z pracownikiem rehabilitacji. Nie dopisali własnych propozycji odpowiedzi, chociaż mogli. Tylko w grupie mężczyzn, a także pacjentów Oddziałów II i IV nie wskazano na relacje wsparcia personelu opiekującego się ich procesem rehabilitacji. Można zatem powiedzieć, że mężczyźni i pacjenci samodzielni, jak i korzystający z dziennej rehabilitacji nie wymieniają wsparcia jako relacji łączącej ich z opiekunem rehabilitacji, co zapewne świadczy o nastawieniu badanych na partnerskie relacje, a wspieranie ich w dysfunkcji narządu ruchu nie oddziałuje na nich mobilizująco.

Badane związki łączące osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu z pomocnym pracownikiem rehabilitacji przyczyniającym się do zmiany u nich hierarchii wartości (wśród mężczyzn, jak i kobiet) ukazują dominującą relację partnerstwa z pracownikiem zajmującym się rehabilitacją badanych; u mężczyzn są to liczniejsze wskazania niż u kobiet. Z kolei analiza badanych pod kątem rodzaju wykonywanej przez nich pracy (fizycznej i umysłowej) wskazuje, że dla pracowników fizycznych najważniejsze jest zaufanie do rehabilitanta, a dla pracowników umysłowych partnerstwo między nimi. U pacjentów

z widoczną niepełnosprawnością czynnikiem mogącym odnieść powodzenie w ich procesie rehabilitacji staje się partnerskie podejście między nimi a rehabilitantami; u osób z niewidoczną niepełnosprawnością narządu ruchu wysokie gwarancje powodzenia rehabilitacji decydują o relacjach przyjacielskich i partnerstwie. W oddziale operacyjnym zaufanie i wzajemny szacunek pacjenta i lekarza operacyjnego stanowi gwarancję zadowolenia z terapii dla obu stron. W ostatniej analizie osób korzystających z dziennej rehabilitacji pojawia się głównie zaprzyjaźnienie z personelem medycznym.

Na podstawie przeprowadzonej analizy można postawić wniosek końcowy: wpływ czynników niespecyficznych wywiera znaczny wpływ na stan psychospołeczny pacjenta w czasie rehabilitacji, a tym samym na poczucie jego sensu życia i reorganizację hierarchii wartości. Wniosek ten jest potwierdzeniem przyjętej w niniejszej pracy hipotezy, że podstawowym i oczywistym celem działań rehabilitacyjnych jest przywrócenie sprawności fizycznej pacjenta, niemniej związane z nimi działania niespecyficzne wywierają dodatkowy wpływ na jego stan psychospołeczny, a zatem na reorganizację indywidualnej hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu.

Badacza interesowało również, czy podczas rehabilitacji pacjenci szybko odnaleźli wspólny język z pracownikiem medycznym, a także czy czuli się z nim swobodnie podczas rozmowy. Wyniki badań tej analizy zamieszczone są w tabeli 36. Analizując badanych pod kątem płci, zauważa się, że pracownikiem, z którym bez problemu odnaleźli wspólny język i czuli się swobodnie podczas rozmowy, okazał się magister rehabilitacji; w porównaniu z mężczyznami kobiety są o tym bardziej przekonane. Czyli magister rehabilitacji, który pełni znaczącą rolę w procesie rehabilitacji pacjenta, powinien odznaczać się umiejętnością komunikacji werbalnej, jak i niewerbalnej z pacjentem, niezależnie od jego płci. Umiejętność ta wpływa znacząco na zadowolenie i ufność poddającym się procesowi rehabilitacji pacjentom. Natomiast badane kobiety i mężczyźni rzadziej wskazywali na pozostałe stanowiska, tj. technika rehabilitacji i lekarza, przy czym mężczyźni, w porównaniu z kobietami, wymieniali je częściej. Zawód pielęgniarki – jak to wielokrotnie podkreślano – i tym razem był sporadycznie wymieniany, i to częściej przez mężczyzn niż kobiety. Można powiedzieć, że bez względu na płeć badani niemal jednogłośnie wskazywali, że osobą posiadającą umiejętności komunikacji werbalnej i niewerbalnej jest magister rehabilitacji. Na 2. miejscu nieco rzadziej technik rehabilitacji, a za nim lekarz i pielęgniarka.

T a b e l a 36

*Komunikacja werbalna i niewerbalna pracowników medycznych z pacjentami*

Pytania/odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Fizyczni		Umysłowi		Oddziały									
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	I		II		III		IV			
Czy w czasie procesu rehabilitacji szybko odnalazł Pan/Pani wspólny język z:	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
– lekarzem	6	3,3	10	8,5	4	3,8	12	6,1	1	1,8			15	28,3				
– mgr. reh.	157	85,3	75	63,6	74	69,8	158	80,6	25	43,9	127	87,0	34	64,2	46	100,0		
– technikiem reh.	20	10,9	31	26,3	25	23,6	26	13,3	28	49,1	19	13,0	4	7,5				
– pielęgniarką	1	0,5	2	1,7	3	2,8			3	5,3								
Z którym z wymienionych pracowników czuje się Pan/Pani swobodnie podczas rozmowy?																		
– lekarzem	7	3,8	13	11,0	3	2,8	17	8,7	4	7,0	7	4,8	8	15,1	1	2,2		
– mgr. reh.	156	84,8	65	55,1	74	69,8	147	75,0	10	17,5	127	87,0	39	73,6	45	97,8		
– technikiem reh.	21	11,4	32	27,1	27	25,5	26	13,3	35	61,4	12	8,2	6	11,3				
– pielęgniarką			8	6,8	2	1,9	6	3,1	8	14,0								

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując komunikację pracowników medycznych z pacjentami pod kątem rodzaju wykonywanej przez nich pracy (fizycznej i umysłowej), można powiedzieć, że magister rehabilitacji okazał się najistotniejszym pracownikiem medycznym odznaczającym się umiejętnościami komunikacji werbalnej, jak i niewerbalnej, zarówno dla osób pracujących fizycznie, jak i umysłowo, przy czym ci ostatni bardziej byli o tym przekonani. Niezależnie zatem od rodzaju pracy wykonywanej przez badanych magister rehabilitacji posiada zdolności komunikowania się i osiągnięcia obopólnych satysfakcji z rozmów, zarówno z osobami wykonującymi zawód fizyczny, jak i umysłowy. Na 2. miejscu pod względem częstotliwości wskazań przez badanych, aczkolwiek znacząco niżej od magistra rehabilitacji, uplasował się technik rehabilitacji, którego pracownicy fizyczni częściej wskazywali aniżeli umysłowi. Z kolei 3. miejsce w hierarchii wskazań przez badanych zajął lekarz, który również był częściej wskazywany przez pracowników fizycznych niż umysłowych. Ostatnie miejsce w klasyfikacji wskazań pacjentów zajęła pielęgniarka, której pracujący na stanowiskach umysłowych zarzucali brak porozumienia oraz swobody podczas rozmów. Pracujący na stanowiskach fizycznych częściej niż zatrudnieni na stanowiskach umysłowych wskazywali na umiejętności komunikacyjne pielęgniarek. Z rozkładu odpowiedzi wynika, że bez względu na rodzaj wykonywanej pracy magister rehabilitacji okazał się najważniejszym wskazanym przez badane osoby pracownikiem z umiejętnościami komunikacji werbalnej, jak i niewerbalnej, kolejno uplaso-

wał się technik rehabilitacji, potem lekarz, a ostatnie miejsce zajęła pielęgniarka, wskazywana głównie przez pracowników fizycznych. W grupie badanych pod kątem ich przebywania w oddziałach rehabilitacyjnych zauważa się, że niemal wszyscy pacjenci wskazują magistra rehabilitacji jako odznaczającego się umiejętnościami komunikacyjnymi podczas procesu rehabilitacji, a przekonani o tym są niemal wszyscy pacjenci Oddziału Rehabilitacji Diennej. Wyjątek stanowią pacjenci Oddziału I Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, na którym przebywają w głównej mierze osoby uzależnione w codziennej egzystencji od pomocy innych i z którymi magister rehabilitacji ma mniejszy kontakt niż technik; dlatego zapewne technik rehabilitacji okazał się dla tych pacjentów najważniejszą osobą w komunikacji. Na pozostałych oddziałach stanowisko technika pojawiło się na 2. (Oddział II) lub 3. miejscu pod względem liczby wskazań (Oddział III). Ze względu na sporadyczny kontakt pacjenci rehabilitacji dziennej nie wymieniali stanowiska technika. Stanowisko lekarza uplasowało się na 2. miejscu pod względem częstotliwości wskazań przez pacjentów oddziału chirurgicznego, co spowodowane jest koniecznością komunikacji z lekarzem w przebiegu leczenia. Również pacjenci Oddziału Rehabilitacji Diennej wskazali stanowisko lekarza na 2. miejscu w hierarchii ważności i umiejętności komunikacyjnych. U pacjentów Oddziału II lekarz ułożył się na 3. pozycji, a u pacjentów Oddziału I na 4. Tylko pacjenci Oddziału I wskazywali pielęgniarki jako mające również zdolności komunikacyjne z pacjentami, lokując je pod względem ważności po techniku i magistrze rehabilitacji, a przed lekarzem, który uplasował się na ostatnim miejscu. Tłumaczy to przebywanie na Oddziale I pacjentów potrzebujących codziennie pomocy pielęgniarskiej, co sprawia, że mają oni częstszy kontakt z personelem pielęgniarskim. W pozostałych badanych oddziałach zawód pielęgniarki nie był w ogóle wymieniany jako ten, który wpływa na budowanie więzi i komunikacji z pacjentem. Przyczyną takiej opinii jest ich mały wpływ na pacjentów niepotrzebujących opieki pielęgniarskiej podczas rehabilitacji. Niemal wszyscy pacjenci badanych oddziałów wymieniają kompetencje komunikacyjne magistra rehabilitacji. Wyjątek stanowią pacjenci Oddziału I Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, którzy wskazują na technika rehabilitacji. Pozostałe stanowiska, takie jak lekarz i pielęgniarka, zajęły niższe pozycje w hierarchii ważności badanych, a wyniki uzależnione są od specyfiki oddziału.

Przeanalizowane dane prowadzą do konkluzji, że magister i technik rehabilitacji, którzy pełnią znaczącą rolę w procesie rehabilitacji pacjenta, powinni w rozmowie z pacjentem z niepełnosprawnością narządu ruchu odznaczać się umiejętnością komunikacji werbalnej, jak i niewerbalnej. Ponieważ umiejętność ta wywiera dodatkowy pozytywny wpływ na stan psychospołeczny pacjenta podczas rehabilitacji, tym samym inspiruje go do reorganizacji indywidualnej hierarchii wartości.



Pacjentów pytano także o różne czynniki niespecyficzne, które w opinii badacza mogą mieć wpływ na powodzenie rehabilitacji osób z niepełnosprawnością narządu ruchu. Pytania dotyczyły pierwszego kontaktu z pracownikiem oddziału rehabilitacyjnego – czy uwagę pacjentów zwrócił jego wygląd zewnętrzny, czy może „wnętrze”, a także, czy łatwo potrafią nawiązywać nowe znajomości oraz czy chętnie wyrażają swoje prawdziwe opinie. Analiza wyników odpowiedzi została umieszczona w tabeli 37.

T a b e l a 37

*Czynniki niespecyficzne i ich wpływ na przeprowadzany proces rehabilitacji u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu*

Pytania/odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Fizyczni		Umysłowi		Oddziały								
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	I		II		III		IV		
Czy uważa badany, że w pierwszym kontakcie z pracownikiem rehabilitacji bardziej się liczy jego wygląd zewnętrzny niż „wnętrze” człowieka?																	
– zdecydowanie tak																	
– raczej tak	7	3,8	18	15,3	6	5,7	19	9,7	6	10,5	11	7,5	5	9,4	3	6,5	
– nie mam zdania	64	34,8	43	36,4	49	46,2	58	29,6	18	31,6	72	49,3	10	18,9	7	15,2	
– raczej nie	113	61,4	57	48,3	51	48,1	119	60,7	33	57,9	63	43,2	38	71,7	36	78,3	
– zdecydowanie nie																	
Czy łatwo Pan/Pani nawiązuje nowe znajomości?																	
– zdecydowanie tak	115	62,5	76	64,4	56	52,8	135	68,9	30	52,6	111	76,0	29	54,7	21	45,7	
– raczej tak	43	23,4	21	17,8	28	26,4	36	18,4	16	28,1	23	15,8	13	24,5	12	26,1	
– nie mam zdania	18	9,8	9	7,6	16	15,1	11	5,6	7	12,3	11	7,5	5	9,4	4	8,7	
– raczej nie	8	4,3	12	10,2	6	5,7	14	7,1	4	7,0	1	0,7	6	11,3	9	19,6	
– zdecydowanie nie																	
Czy chętnie Pan/Pani wyraża swoje prawdziwe opinie?																	
– zdecydowanie tak	38	20,7	47	39,8	46	43,4	39	19,9	9	15,8	41	28,1	11	20,8	24	52,2	
– raczej tak	106	57,6	21	17,8	18	17,0	109	55,6	23	40,4	74	50,7	18	34,0	12	26,1	
– nie mam zdania	33	17,9	17	14,4	29	27,4	21	10,7	13	22,8	17	11,6	15	28,3	5	10,9	
– raczej nie	5	2,7	21	17,8	12	11,3	14	7,1	8	14,0	9	6,2	6	11,3	3	6,5	
– zdecydowanie nie	2	1,1	12	10,2	1	0,9	13	6,6	4	7,0	5	3,4	3	5,7	2	4,3	

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne.

Z analizy zebranego materiału empirycznego wynika, że wśród wszystkich badanych kobiet i mężczyzn dominują opinie, iż „wnętrze” pracownika medycznego przeprowadzającego rehabilitację u pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu jest raczej bardziej dla nich istotne niżeli jego wygląd

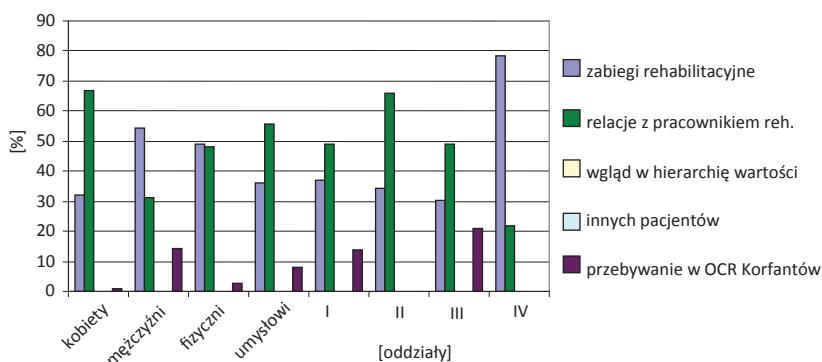
zewnątrzny; kobiety są bardziej o tym przekonane niż mężczyźni. Na tej podstawie można określić sylwetkę osoby odpowiedzialnej za proces rehabilitacji pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu: powinna charakteryzować się optymistycznym podejściem do świata i posiadać osobowość budzącą zaufanie i dawać pewność skuteczności jej metod rehabilitacyjnych w pracy z osobami z dysfunkcją narządu ruchu, a jej wygląd zewnętrzny dla badanych jest nieistotny. Ponadto analiza ta również wskazuje, że kobiety łatwiej nawiązują nowe znajomości i raczej chętnie wyrażają swoje opinie. Mężczyźni w większości wskazań badanych są zdecydowanie pewni tego faktu. Tak kobiety, jak i mężczyźni upatrujący w pracowniku rehabilitacji jego wewnętrzną umiejętność zjednywania sobie ludzi i wzbudzającym ich zaufanie charakteryzują się łatwym nawiązywaniem nowych znajomości i chętnie wyrażają swoje prawdziwe opinie. Należy również zauważyć, że prawdopodobnie pacjenci obu płci, dla których liczy się głównie wygląd zewnętrzny pracownika rehabilitacji, prawdopodobnie trudniej nawiązują nowe znajomości, jak również niechętnie wyrażają swoje prawdziwe opinie. Na tej podstawie można postawić wniosek: pacjenci z niepełnosprawnością narządu ruchu, niezależnie od ich płci, charakteryzują się szukaniem u osoby przeprowadzającej z nimi rehabilitację jej wewnętrznego ciepła emocjonalnego i szczerą chęcią niesienia im pomocy. Cechy osobowości pacjentów, takie jak łatwe nawiązywanie kontaktów z ludźmi czy szczerze wyrażanie własnych opinii, wywierają dodatkowy wpływ na odniesienie pozytywnych efektów rehabilitacji. W analizie badanych dokonanej pod kątem rodzaju wykonywanej przez nich pracy (fizycznej czy umysłowej) zauważa się, że pracownicy zatrudnieni na stanowiskach umysłowych są bardziej przekonani aniżeli pracownicy fizyczni, że rehabilitująca ich osoba nie musi charakteryzować się idealnym wyglądem zewnętrznym. Powinna natomiast posiadać cechy budzące u pacjentów zaufanie i poddawanie się proponowanym przez nich metodom rehabilitacji. Należy również zwrócić uwagę, że pracownicy wykonujący zawody fizyczne w znacznej większości ankietowanych nie mają zdania na temat pierwszego kontaktu z pracownikiem rehabilitacji – czy bardziej liczy się jego wygląd zewnętrzny czy „wnętrze”. Pracownicy pracujący na stanowiskach umysłowych bardziej od fizycznych są przekonani o tym, że w pierwszym kontakcie z pracownikiem rehabilitacji nie jest ważny jego wygląd zewnętrzny, lecz jego wewnętrzne pozytywne nastawienie do zrozumienia problemu, z którym zgłosiła się do niego osoba z niepełnosprawnością narządu ruchu oraz pomocą w jego zredukowaniu. Dalsza analiza ujawniała, że pacjenci pracujący umysłowo łatwiej nawiązują nowe znajomości niż pracujący fizycznie. Odwrotna relacja zachodzi w wyrażaniu swych prawdziwych opinii. Tutaj dominuje przekonane potwierdzenie tego faktu u pracowników na stanowiskach fizycznych, a u umysłowych występuje mniejsze zdecydowanie. U badanych pracujących na stanowiskach fizycz-

nych i umysłowych zauważa się zatem, że osoba ich rehabilitująca nie musi charakteryzować się idealnym wyglądem zewnętrznym, natomiast powinna posiadać cechy osobowości budzące u pacjentów pełne zaufanie i poddawanie się proponowanym przez nią metodom rehabilitacji. Bardziej przekonane o tym są osoby pracujące na stanowiskach umysłowych niż fizycznych. Warto podkreślić również to, że pracownicy umysłowi łatwiej nawiązują nowe znajomości w porównaniu do fizycznych, natomiast ci ostatni dominują w wyrażaniu swych prawdziwych opinii w porównaniu do umysłowych. Wniosek: pracownicy zatrudnieni na stanowiskach umysłowych z łatwością nawiązują nowe znajomości, uczestnicząc w procesie rehabilitacji, aczkolwiek są ostrożni w wyrażaniu swych prawdziwych opinii. Pracujący na stanowiskach fizycznych prezentują relacje odwrotne – trudniej nawiązują nowe znajomości, ale za to są bezpośredni w wyrażaniu własnych opinii. W analizie badanych pod kątem ich pobytu w oddziałach rehabilitacji narządu ruchu należałoby powiedzieć, że niemal we wszystkich oddziałach pacjenci potwierdzają, że w pierwszym kontakcie z pracownikiem rehabilitacji nie liczy się dla nich jego wygląd zewnętrzny, lecz jego osobowość. Wyjątek stanowią pacjenci Oddziału II, w którym dominuje brak zdania na ten temat. Ogólnie pacjenci potrzebujący pomocy innych osób w codziennej egzystencji, jak również osoby po zabiegach operacyjnych czy korzystający z rehabilitacji dziennej zwracają głównie uwagę na cechy osobowościowe rehabilitanta z nimi współpracującego niż na jego wygląd zewnętrzny. Natomiast pacjenci z niewidoczną niepełnosprawnością narządu ruchu i samodzielni w codziennej egzystencji znacznie mniej są o tym przekonani – w stosunku do pozostałych oddziałów większość badanych nie potrafi się na ten temat wypowiedzieć. Na pytania o łatwe nawiązywanie nowych znajomości i chętnie wyrażanie własnych opinii pacjenci wszystkich oddziałów odpowiadają pozytywnie.

Przeprowadzone analizy pozwalają na końcowe wnioski. Pacjenci z niepełnosprawnością narządu ruchu, niezależnie od płci, rodzaju wykonywanej pracy zawodowej czy miejsca ich rehabilitacji, szukają u osoby przeprowadzającej z nimi proces rehabilitacji jej wewnętrznego ciepła emocjonalnego, otwarcia na ich problemy oraz oczekują od niej szczerzej chęci pomocy. Natomiast cechy osobowości pacjentów, takie jak: łatwe nawiązywanie kontaktów z ludźmi czy szczerze wyrażanie własnych opinii wywierają dodatkowy wpływ na odniesienie pozytywnych efektów procesu rehabilitacji.

Ostatnie pytanie zadane osobom z niepełnosprawnością narządu ruchu należało do typu sprawdzających: czy uważają, że na zmianę ich hierarchii wartości podczas procesu rehabilitacji wpłynęły takie czynniki, jak: zabiegi rehabilitacyjne, relacje z osobą, która w największym stopniu przyczyniła się do zmiany wśród badanych poczucia sensu życia, czy może wygląd w hierarchię

wartości innych pacjentów lub samo przebywanie w OCR w Korfantowie. Wyniki przedstawia wykres 18.



Źródło: Opracowanie własne

Wykres 18. Metody zmieniające hierarchię wartości u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu

U badanych ze względu na płeć zauważa się, że na zmianę indywidualnej hierarchii wartości u kobiet głównie wpłynęła relacja z pracownikiem rehabilitacji odpowiedzialnym za proces terapii, a na 2. miejscu uplasowały się zabiegi rehabilitacyjne. Natomiast u badanych mężczyzn ta hierarchia wskazań jest odwrotna. Należy również zauważyć, że przebywanie w OCR w Korfantowie okazało się mało znaczącym czynnikiem wpływającym na zmianę omawianego procesu badanych, a wgląd w hierarchię wartości innych pacjentów w ogóle nie został przez badanych wzięty pod uwagę. Wynika z tego, że na zmianę indywidualnej hierarchii wartości u kobiet wpłynął pracownik odpowiedzialny za indywidualny proces rehabilitacji i zabiegi rehabilitacyjne, u mężczyzn zaś głównym czynnikiem w przewartościowaniu okazały się zabiegi rehabilitacyjne, a następnie relacja z pracownikiem rehabilitacji. Z analizy badanych pod kątem rodzaju wykonywanej przez nich pracy (fizycznej czy umysłowej) wynika, że pracownicy zatrudnieni na stanowiskach fizycznych podają niemal podobną liczbę wskazań na zabiegi rehabilitacyjne oraz relacje z pracownikiem rehabilitacji jako czynniki istotnie wpływające na zmianę ich hierarchii wartości. Natomiast pracownicy umysłowi jako najistotniejsze czynniki przewartościowania systemu wartości wybrali relacje z pracownikiem odpowiedzialnym za ich proces rehabilitacji, w następnej kolejności zabiegi rehabilitacyjne. Należy również zauważyć, że przebywanie w OCR w Korfantowie miało mało znaczący wpływ na zmianę hierarchii wartości badanych, a czynnik wglądu w hierarchię wartości innych pacjentów w ogóle nie został przez badanych wymieniony. Zatem bez względu na rodzaj wykonywanej pracy zawodowej

czynnikami wpływającymi na zmianę hierarchii wartości pacjentów okazały się relacje z pracownikiem prowadzącym ich proces rehabilitacji i zabiegi rehabilitacyjne. Ankietowani niezależnie od oddziału, na którym przebywali, są zgodni co do osoby odpowiedzialnej za zmieniający się u nich proces. Na 2. miejscu znalazły się zabiegi rehabilitacyjne. Wyjątek stanowią tylko pacjenci Oddziału IV, w którym rehabilitacja odbywa się w warunkach niestacjonarnych i którzy jako pierwszy czynnik pod względem ważności wskazali na zabiegi rehabilitacyjne, a jako drugi relacje z pracownikiem ich rehabilitującym. Należy również zauważyć, że przebywanie w OCR w Korfantomie miało mało znaczący wpływ na zmianę hierarchii wartości badanych, a wgląd w hierarchię wartości innych pacjentów w ogóle nie zostały przez badanych wymienione. Bez względu na oddział zajmujący się rehabilitacją narządu ruchu, badane osoby jako główny czynnik zmieniający u nich hierarchię wartości wskazują relacje z pracownikiem odpowiedzialnym za proces ich rehabilitacji, a następnie wymieniają zabiegi rehabilitacyjne. Wyjątek stanowią pacjenci korzystający z rehabilitacji dziennej, u których omawiana hierarchia czynników jest odwrotna.

Wniosek: u pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu, niezależnie od płci, rodzaju wykonywanej pracy zawodowej czy miejsca ich rehabilitacji czynnikami wpływającymi na zmianę ich hierarchii wartości są relacje z pracownikiem prowadzącym ich proces rehabilitacji i zabiegi rehabilitacyjne.

Kończąc rozważania na temat oczekiwań osób z niepełnosprawnością narządu ruchu w stworzeniu indywidualnej hierarchii wartości poprzez proces rehabilitacji, należałoby powiedzieć, że czynniki niespecyficzne wywierają znaczny wpływ na stan psychospołeczny pacjenta w czasie procesu rehabilitacji, a tym samym na poczucie jego sensu życia i reorganizację hierarchii wartości. Warto również zauważyć, że magister i technik rehabilitacji, którzy pełnią znaczącą rolę w procesie rehabilitacji pacjenta, powinni odznaczać się umiejętnością komunikacji werbalnej, jak i niewerbalnej z pacjentem z niepełnosprawnością narządu ruchu, ponieważ umiejętność ta wywiera dodatkowy pozytywny wpływ na jego stan psychospołeczny podczas rehabilitacji, a tym samym inspiruje go do zmiany swojego poczucia sensu życia i reorganizacji indywidualnej hierarchii wartości. Istotne jest również to, że pacjenci z niepełnosprawnością narządu ruchu szukają u osoby przeprowadzającej z nimi rehabilitację jej wewnętrznego ciepła emocjonalnego, jak również wynikającej z tego szczerzej chęci pomocy. Natomiast cechy osobowości pacjentów, takie jak: łatwe nawiązywanie kontaktów z ludźmi czy szczerze wyrażanie własnych opinii, wywierają dodatkowy wpływ na odniesienie pozytywnych efektów rehabilitacji. Ostatnie u pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu są czynniki wpływające na zmianę ich hierarchii wartości: relacje z pracownikiem prowadzącym ich proces rehabilitacji i zabiegi rehabilitacyjne.

Należy zatem podkreślić, że wnioski te są potwierdzeniem przyjętej w niniejszej pracy hipotezy: podstawowym i oczywistym celem działań rehabilitacyjnych jest przywrócenie sprawności fizycznej pacjenta, niemniej związane z nimi działania niespecyficzne wywierają dodatkowy wpływ na jego stan psychospołeczny, a tym samym na reorganizację indywidualnej hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu.

## Zakończenie i wnioski

W niniejszej publikacji ukazano preferowane wartości osób dorosłych z niepełnosprawnością narządu ruchu, które pomimo ograniczeń ciała odczuwają potrzebę pełnego funkcjonowania w społeczeństwie. Poznanie potrzeb i dynamizmu rozwojowego pacjentów leży u podstaw ich optymalnej rehabilitacji. Podmiotowe traktowanie człowieka w jego rozwoju indywidualnym i zbiorowym podkreśla humanistyczny wymiar szeroko rozumianego procesu rehabilitacji. Pozytywne myślenie o możliwościach rozwoju jednostki – wspierane naukową wiedzą o potędze ludzkiego umysłu i zdolnościach modyfikacyjno-adaptacyjnych całego organizmu człowieka – powinno być ideą przewodnią każdego pedagoga; powinno stać się podstawą polityki edukacyjnej i społecznej osób z niepełnosprawnością narządu ruchu. Rehabilitacja wspomnianych osób jest ważnym czynnikiem na drodze ku przywróceniu ich społeczeństwu, a im samym wiary w potrzebę pokonywania piętrzących się barier i problemów życiowych. Powstają zatem pytania dotyczące kształtu nowoczesnej rehabilitacji osób z niepełnosprawnością narządu ruchu, która wobec ich oczekiwań nie może koncentrować się tylko na fizjologiczno-medycznej płaszczyźnie. Odwoływanie się w tym miejscu do potrzeby rozwijania umiejętności radzenia sobie z różnymi problemami, jakie niesie ze sobą każda niepełnosprawna ludzka egzystencja, to tylko kropla w morzu jej potrzeb.

Impulsem podjęcia badań zawartych w tej publikacji był zauważalny brak tego typu opracowań w literaturze polskiej. Większość opracowań, zwłaszcza empirycznych, skupia się nad osobami z widoczną niepełnosprawnością z całkowitym pominięciem tych niepełnosprawnych, których deficyty są niezauważalne pod względem fizycznym. Warto podkreślić, że liczebność tych drugich znacznie przewyższa liczbę niepełnosprawnych z widocznym deficytem. Przedstawione w niniejszej pracy badania miały na celu ukazanie fragmentu rzeczywistości, której uczestnikami były dorosłe osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu. Konkretnie chodziło o zaprezentowanie preferowanych przez nie wartości. Chodziło też o zbadanie możliwości modyfikowania indywidualnej hierarchii wartości osób z dysfunkcją narządu ruchu poprzez rozpoczęcie procesu rehabilitacji.

Przyjęto zatem wstępną hipotezę badawczą: pod wpływem udziału w rehabilitacji następuje zmiana indywidualnej hierarchii wartości pacjentów

z niepełnosprawnością narządu ruchu. Zmiany te dotyczą przede wszystkim zmniejszenia znaczenia wartości hedonistycznych na rzecz wartości witalnych i religijno-duchowych, a także prowadzi do wzrostu poziomu samooceny – z niskiej do przeciętnej i wysokiej. Dodatkowo też uznano, że zmiany te zależne są od takich czynników indywidualnych, jak: płeć, wiek, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy zawodowej, samodzielność w codziennej egzystencji czy oddziaływanie, w którym przeprowadzana była rehabilitacja.

Podjęto również próbę ukazania wpływu działań personelu medycznego opiekującego się chorym z niepełnosprawnością narządu ruchu na zmianę jego indywidualnej hierarchii wartości. I tak największy wpływ spośród personelu medycznego opiekującego się chorym mają: pracownicy rehabilitacji, ponieważ to oni najczęściej współpracują z pacjentem; nieco mniejszy wpływ wywierają lekarze, a najmniejszy pielęgniarki. Założono, że podstawowym i oczywistym celem działań rehabilitacyjnych jest przywrócenie sprawności fizycznej pacjenta, niemniej związane z nimi oddziaływania niespecyficzne wywierają dodatkowy wpływ na jego stan psychospołeczny, a tym samym na reorganizację hierarchii wartości pacjenta.

Uzyskane wyniki pozwalają na stwierdzenie, przy wykorzystaniu skali SWS, że proces rehabilitacji wpływa na zmianę hierarchii wartości każdej badanej osoby. Obserwowany jest spadek wartości hedonistycznych na rzecz wartości witalnych i świętych. Pozostałe wartości utrzymują się w podobnych granicach. Świadczy to o tym, że proces rehabilitacji może na każdą jednostkę wpłynąć pozytywnie. Należy również wskazać, że rehabilitacja poprawia nie tylko kondycję fizyczną, ale i psychiczną, a wraz z nią także duchową. Z dalszej części badań dotyczących samooceny badanych osób wynika, że proces rehabilitacji w znaczny sposób wpłynął na wzrost wysokiej samooceny. Największy wzrost zauważany jest u mężczyzn, w grupie pracowników fizycznych i u osób w wieku od 25 do 50 lat, a nieco mniejszy u kobiet, w grupie pracowników umysłowych i u osób w wieku od 50 do 60 lat. Zatem proces rehabilitacji umożliwia nie tylko poznanie niedoskonałości i ograniczeń osób z niepełnosprawnością narządu ruchu, a także wskazuje drogę poprawy i rozwoju własnej samooceny.

Z przeprowadzanych badań wynika również, że największy wpływ na zmianę hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu, według opinii pracowników oddziałów rehabilitacyjnych, mają magister i technicy rehabilitacji, nieco mniejszy lekarze a najmniejszy pielęgniarki. Na przewartościowanie mają wpływ wskazywane przez badanych luźna rozmowa i optymistyczne rokowanie procesu rehabilitacji. Badania wskazały, że działania personelu medycznego odgrywają istotną rolę w zmianie indywidualnej hierarchii wartości u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu, potwierdzając tym samym, że prawidłowo ustalony sens życia pacjentów ma wpływ na proces rehabilitacji.



Także ich praca odgrywa istotną rolę w jego modyfikacji. Warto zaznaczyć, że badany personel medyczny, zajmujący się bezpośrednio osobami z dysfunkcjami narządu ruchu, zdecydowanie potwierdza odnajdywanie „wspólnego języka” z pacjentem, jak również czerpanie przyjemności z tych rozmów. Podobna relacja zauważalna jest w badaniach zainteresowania się tym, co pacjenci mają do powiedzenia, jak również działań psychologicznych personelu medycznego. Z odpowiedzi badanych wynika, że zakończona rehabilitacja istotnie pomaga osobom z dysfunkcją narządu ruchu powrócić do stanu zadowolenia z poczucia sensu swojego życia. Natomiast pracownicy odgrywają w tym procesie ważną rolę umożliwiającą jego pełne osiągnięcie.

Wyniki badań pozwalają również na stwierdzenie, że czynniki niespecyficzne wywierają znaczny wpływ na stan psychospołeczny pacjenta w czasie procesu rehabilitacji, a tym samym na reorganizację hierarchii wartości badanych osób. Warto zauważyć, że magister i technik rehabilitacji, którzy pełnią znaczącą rolę w rehabilitacji pacjenta, wśród swych zawodowych kompetencji powinni posiadać umiejętności komunikacji werbalnej, jak i niewerbalnej z pacjentem, ponieważ umiejętność ta wywiera dodatkowy pozytywny wpływ na jego stan psychospołeczny podczas prowadzenia rehabilitacji, a tym samym inspiruje go do reorganizacji indywidualnej hierarchii wartości. Badania udowodniły, że pacjenci z niepełnosprawnością narządu ruchu poszukują u osoby przeprowadzającej z nimi rehabilitację wewnętrznego ciepła emocjonalnego, zrozumienia swoich zdrowotnych problemów oraz szczerzej chęci niesienia pomocy. Natomiast cechy osobowości pacjentów, takie jak łatwe nawiązywanie kontaktów z ludźmi czy szczerze wyrażanie własnych opinii wywierają dodatkowy wpływ na odniesienie pozytywnych efektów rehabilitacji. Tak więc u pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu czynnikami wpływającymi na zmianę hierarchii wartości są relacje z pracownikiem prowadzącym ich rehabilitację i zabiegi rehabilitacyjne.

Warto także wspomnieć – pomimo braku założenia takich celów w niniejszej pracy – że stwierdzono również istnienie dodatkowego pozytywnego wpływu rehabilitacji na pomiar zadowolenia z życia badanych osób, jak również obiektywnej i subiektywnej jakości ich życia. Stwierdzono, że proces rehabilitacji znacząco podnosi ocenę zadowolenia z życia pacjentów, niezależnie od ich płci, rodzaju wykonywanej pracy czy wieku, pomniejszając ocenę niezadowolenia. Ponadto zauważono, że zakończona rehabilitacja podnosi poziom zadowolenia z życia, co nasuwa przypuszczenie, że rehabilitacja znacznie wpływa na subiektywną ważność i zadowolenie z jakości życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu.

Przedstawione w niniejszej publikacji rozważania empiryczne na temat indywidualnej hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu z całą pewnością nie wyczerpują tej tematyki. Należy potraktować je jako

jedne z niewielu prób dociekania związku tego poczucia z czynnikami, które mogą kształtować poziom zadowolenia z życia. Z tego też powodu pedagogika jako nieodłączny element rehabilitacji powinna nadać tym działaniom właściwy kierunek i cel osobistych przemian oraz dostarczać rodzinie, przyjaciołom i całemu społeczeństwu wyczerpujących informacji dotyczących sposobu postępowania z osobami z niepełnosprawnością narządu ruchu. Chodzi tu zwłaszcza o przygotowanie do współpracy, poszanowania, a w razie konieczności do udzielania pomocy w kształtowaniu indywidualnej hierarchii wartości. Zasygnalizowane problemy i wyciągnięte wnioski wymagają podjęcia dalszych szczegółowych badań w tym zakresie, które powinny przyczynić się do rozpoznania tego skomplikowanego procesu tworzenia się i rozwijania pozytywnej koncepcji własnego życia osób z niepełnosprawnością narządu ruchu.

## Wnioski pedagogiczne

Wielowymiarowość procesu rehabilitacji i objęcie nim aspektów medyczno-psychologiczno-pedagogicznych było zadaniem dość trudnym. Zaprezentowane wnioski pedagogiczne eksponują przede wszystkim podejście humanistyczno-społeczne i podmiotowe w procesie rehabilitacji. Warto podkreślić, że proces, o którym mowa, jest próbą poszukiwania alternatywnych możliwości stymulowania indywidualnego rozwoju jednostki z niepełnosprawnością narządu ruchu z udziałem pracowników medycznych mających znaczny wpływ na jego przebieg.

Analiza hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu ukazuje, że u badanych respondentów, bez względu na płeć, wiek, wykształcenie, stopień uzależnienia od innych osób czy przebywanie na jakimkolwiek z oddziałów rehabilitacji, obserwuje się spadek wartości hedonistycznych na rzecz wartości witalnych i świętych. Pozostałe wartości utrzymują się w podobnych granicach, co prowadzi do wniosku, że rehabilitacja może pozytywnie wpłynąć na każdą jednostkę. Można również zauważyć, że proces rehabilitacji poprawia nie tylko kondycję fizyczną, ale również psychiczną, a wraz z nią i duchową. Pod wpływem procesu rehabilitacji preferowane zmiany w systemie wartości uzmysławiają ich istotne znaczenie dla każdej jednostki, wskazując, że oceniane przed procesem rehabilitacji wartości przyjemności i posiadania zostają zamienione na wartości profilaktyki zdrowia, a następnie na elementy duchowości. Rezultaty z ich powiązania wpływają na poczucie sensu naszego życia. Z tych powodów człowieka dotkniętego niepełnosprawnością narządu ruchu należy edukować i przekonywać, że utracone wartości stały się „[...] tylko małymi punkcikami na wielkiej mapie świata, którego wielkie obszary pozostają względnie nietknięte i nie przestają być dla niego dostępne. Zrozumiemy wtedy, że nie jest inwalidą, ale osobą z niepełnosprawnością i że życie ma

wiele sensu, pełne jest w tym samym stopniu szans, co frustracji, oraz że tylko niektóre z jego atrybutów związane są z inwalidztwem”<sup>163</sup>.

Wnioski z badań dotyczących samooceny wskazują, że proces rehabilitacji w znaczny sposób wpływa na jej wysoką, a następuje średnią ocenę. Przy czym największy wzrost samooceny zauważalny jest u mężczyzn, w grupie pracowników fizycznych i u osób w wieku od 25 do 50 lat i nieco mniejszy u kobiet, w grupie pracowników umysłowych i u osób w wieku od 50 do 60 lat. Na tej podstawie można stwierdzić, że rehabilitacja prowadzi do zmian samooceny – z niskiej do średniej i wysokiej.

Analiza wniosków z pomiaru zadowolenia z życia osób z niepełnosprawnością narządu ruchu wskazuje, że proces rehabilitacji znacząco podnosi zadowolenie z życia wszystkich pacjentów, pomniejszając ocenę niezadowolenia, jak i umiarkowaną, co należy tłumaczyć poprawą samopoczucia fizycznego pacjentów pod wpływem rehabilitacji.

Analiza dotycząca poziomu jakości życia badanych osób wykazała, że rehabilitacja wpływa na zadowolenie z jakości życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu. Największy jego wzrost zauważalny jest u badanych kobiet, w grupie pracowników umysłowych i u progu okresu średniej i późnej dorosłości. Natomiast u osób pracujących fizycznie, a także w okresach między 20. a 30. i 55. do 60. rokiem życia plasuje się na poziomie zadowolenia z jakości życia, zarówno przed, jak i po rehabilitacji. Nieco mniejszy wzrost zadowolenia zauważalny jest wśród mężczyzn oraz u osób wchodzących w okres średniej dorosłości. A zatem na tej podstawie można stwierdzić, że proces rehabilitacji wpływa na podniesienie zadowolenia z jakości życia u pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu, a także przyczynia się do utrzymywania u badanych osób poziomu zadowolenia bez względu na dysfunkcję w ich narządzie ruchu. Aczkolwiek należy zaznaczyć, że w ocenie zadowolenia dominują najmłodsze i najstarsze grupy badanych, co sugeruje, że rehabilitacja właśnie w tych okresach przypuszczalnie wpływa na poprawę zadowolenia z jakości życia jednostki.

Badania nad wpływem działań personelu medycznego na zmiany indywidualnej hierarchii wartości badanych osób doprowadziły do kolejnych wniosków. Magistrowie i technicy rehabilitacji mają największy wpływ na omawiane zmiany, gdyż wzbudzają u pacjentów dobre samopoczucie i zaufanie, a także potrafią dać nadzieję choremu na poprawę jego zdrowia, a osiągnięcie powodzenia w usunięciu lub zminimalizowaniu dysfunkcji narządu ruchu w dużej mierze wymaga zaufania i wiary pacjenta w skuteczność zaproponowanych metod rehabilitacji. Wyniki analiz również pokazały, że to magister rehabilitacji jest tym, który czynnie mobilizuje pacjentów do aktywności podczas

---

<sup>163</sup> B. W r i g h t, *Psychologiczne aspekty...*, dz.cyt., s. 147.

rehabilitacji. Warto też podkreślić to, że pielęgniarka zatrudniona w oddziale rehabilitacji narządu ruchu zajmuje się wyłącznie pielęgnacją pacjentów i nie uczestniczy w ich rehabilitacji.

Niemale znaczenie mają także czynniki niespecyficzne, które wywierają znaczny wpływ na stan psychospołeczny pacjenta w czasie rehabilitacji, a tym samym na reorganizację jego hierarchii wartości. Trzeba zauważyć, że magister i technik rehabilitacji, którzy pełnią znaczącą rolę w rehabilitacji pacjenta, powinni odznaczać się umiejętnością komunikacji werbalnej, jak i niewerbalnej, ponieważ umiejętność ta wywiera dodatkowy pozytywny wpływ na stan psychospołeczny pacjenta, a tym samym inspiruje go do zmiany swojego poczucia sensu życia i reorganizacji indywidualnej hierarchii wartości. Istotne jest również to, że pacjenci z niepełnosprawnością narządu ruchu poszukują u osoby je rehabilitującej specyficznych cech osobowości: ciepła, otwartości, zrozumienia. Natomiast cechy osobowości pacjentów, takie jak: łatwe nawiązywanie kontaktów z ludźmi czy szczere wyrażanie własnych opinii, wywierają dodatkowy wpływ na odniesienie pozytywnych efektów rehabilitacji. Pacjenci wskazują też, że czynnikami wpływającymi na zmianę ich hierarchii wartości są relacje z pracownikiem prowadzącym ich rehabilitację i zabiegi rehabilitacyjne. Tego typu opinie wyrażają wszyscy badani. Takie wnioski wskazują, że podstawowym i oczywistym celem działań rehabilitacyjnych jest przywrócenie sprawności fizycznej pacjenta, a związane z nimi działania niespecyficzne wywierają dodatkowy wpływ na jego stan psychospołeczny, a tym samym na reorganizację indywidualnej hierarchii wartości pacjenta.

Na zakończenie warto przywołać myśl: „[...] zdrowie to nie dar niebios dany raz na zawsze. Nad zdrowiem trzeba pracować i praca ta ma charakter pedagogiczny”<sup>164</sup>. W kontekście pedagogicznym trzeba też postrzegać same wartości, w których kształtowaniu posilkować się trzeba całym metodycznym instrumentarium pedagogiki. W pracach nad zdrowiem człowieka, zwłaszcza pacjenta, odpowiedzialne zadanie przypada pracownikom służby zdrowia. Oczekuje się od nich nie tylko poprawnego dydaktycznie przekazu wiedzy o zdrowiu, jego ochronie i ratowaniu, ale także wyznacza się mu trudniejsze zadanie polegające na kształtowaniu świadomości zdrowotnej i przekonań zdrowotnych, postaw prozdrowotnych oraz niezwykle ważnych zachowań zdrowotnych pacjentów<sup>165</sup>. Jak z tego wynika, praca personelu medycznego nabiera obecnie walorów pedagogicznych. Jest to możliwe, ponieważ w poradnictwie medycznym dokonuje się stopniowe przenoszenie akcentów z oddziaływań leczniczych na pracę prewencyjną oraz dydaktyczno-wychowawczą.

---

<sup>164</sup> M. D e m e l, *Pedagogika...*, dz.cyt., s. 6.

<sup>165</sup> M. D e m e l, *O wychowaniu zdrowotnym*, PZWS, Warszawa 1968, s. 55; B. W o y n a r o w s k a, *Zdrowie i szkoła*, PZWL, Warszawa 2000, s. 418.

# Literatura

## Akty prawne

Dziennik Ustaw 1997, nr 123, poz. 776.

Dziennik Ustaw 1997, nr 50, poz. 475.

## Wydawnictwa zwarte

Albertoni F., *Optymizm*, Książka i Wiedza, Warszawa 1997.

Aleksandrowicz J.W., *Psychoterapia medyczna*, PZWL, Warszawa 1996.

Altman B.M., *Studiem of attitudes toward the handicapped: the Reed for a New direction*, „Social Problems”, February 1981, vol. 28.

Anderson R.J., Antonak R.F., *The influence of attitudes and contact on reaction to persons with physical and speech disabilities*, „Rehabilitation Conseling Bulletin”, June 1991, vol. 35.

Antonowsky A., *Heath, stress, and coping*, Jossey-Bass, San Francisco 1979.

Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.

Bailey A., Barr O., Bunting B., *Police attitudes toward people with intellectual disability: an evaluation of awareness training*, „Journal of Intellectual Disability Research”, August 2001, vol. 45.

Barłóg K., *Bariery i zagrożenia integracji osób niepełnosprawnych*, [w:] *Problemy pedagogiki specjalnej w okresie przemian społecznych*, A. Pielecki (red.) Wydawnictwo UMCS, Lublin 2002.

Barnes C., Marcer G., *Niepełnosprawność*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2008.

Barzykowska A., *Postrzeganie społeczne osób niepełnosprawnych – przyczyny niechęci i braku akceptacji*, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn 2002.

Bauman Z., *Ponowoczesność jako źródło cierpień*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2000.

Biliński K., *Znaczenie religii w życiu głuchoniewidomych*, „Dłonic i Słowo” 1998, nr 3.

Błeszyńska K., *Spoleczna percepcja osób niepełnosprawnych*, „Psychologia Wychowawcza” 1997, nr 5.

Błeszyńska K., *Wartość miłości, małżeństwa i rodziny w życiu osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 1994.

Bochenek A., Reichter M., *Anatomia człowieka*, t. 1, PZWL, Warszawa 2007.

Bocheński J.M., *Sto zabobonów*, Wydawnictwo Philed, Kraków 1992.

Bodys-Cupak I., Skorupska A., *Podstawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych ruchowo*, UMCS, Lublin 2003.

Borowiec A., *Życie z niepełnosprawnością*, [w:] *Człowiek niepełnosprawny. Sprawność w niepełnosprawności*, M. Kościelska, B. Aouila (red.), Akademia Bydgoska, Bydgoszcz 2003.

Borowska T., *Pedagogika ograniczeń ludzkiej egzystencji*, Wydawnictwo IBC, Warszawa 2000.

Borzyszkowska H., *Isolacja społeczna rodzin mających dziecko upośledzone w stopniu lekkim*, Uniwersytet Gdański, Gdańsk 1997.

- Bradshaw J., *Toksyczny wstyd*, Wydawnictwo Akuracik, Warszawa 1997.
- Branden N., *Jak dobrze być sobą. O poczucie własnej wartości*, GWP, Gdańsk 2007.
- Brzeziński J., *Elementy metodologii badań psychologicznych*, PWN, Warszawa 1984.
- Brzozowski P., *Rokeacha „Procedura zmiany wartości”*, [w:] *Psychologia matematyczna*, t. 3, J. Brzeziński, T. Marek, Cz. Noworol (red.) Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1989.
- Brzozowski P., *Skala Wartości Schelerowskich – SWS*, Pracownia Testów Psychologicznych PWT, Warszawa 1995.
- Brzozowski P., *Wzorcową hierarchia wartości*, UMCS, Lublin 2007.
- Buczyńska-Garewicz H., *Wstęp*, [w:] M. Scheler, *Resentyment a moralność*, Czytelnik, Warszawa 1977.
- Bujanowska A., *Uwarunkowania postaw studentów pedagogiki wobec osób niepełnosprawnych*, UMCS, Lublin 2009.
- Chodkowska M., *Kobieta niepełnosprawna. Socjopedagogiczne problemy postaw*, UMCS, Lublin 1993.
- Cichoń W., *Wartości, człowiek, wychowanie*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1996.
- Cooney T.M., An J.S., *Psychological well – being in mid to late life: The role of generativity development and parent – child relationships across the lifespan*, „International Journal of Behavioral Development” 2006, No 30.
- Cooper A.E., Rose J., Mason O., *Mental health professionals attitudes towards people who are deaf*, „Journal of Community & Applied Social Psychology”, February 2003.
- Corsano P., Majorano M., Champretavy L., *Psychological well – being in adolescence: the contribution of interpersonal relations and experience of being love*, „Adolescence” 2006, No 41.
- Cui C.H., Li C.H., Wang X., *The application of Ryff's psychological well – being scale in college students*, „Chinese Mental Health Journal” 2005, No 19.
- Cummins R.A., *Comprehensive Quality of Life Scale – Adult: ComQol – A5*, School of Psychology, Deakin University, Melbourne 1997.
- Cywińska-Wasilewska G., *Rehabilitacja zawodowa i społeczna*, [w:] *Rehabilitacja medyczna*, A. Kwolek (red.), Urban & Partner, Wrocław 2003, t. 1.
- Czerwińska H., Ochoczenko M., *Przyczynek do rozważań nad tożsamością i poczuciem wartości studentów niepełnosprawnych*, [w:] *Osoba niepełnoprawna w społeczności akademickiej*, H. Ochoczenko, G. Miłkowska (red.), Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005.
- Czyżowski T., *Pisma z etyki i teorii wartości*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich PAN, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1989.
- Ćwirynkało K., *Znaczenie pracy w rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, [w:] *Od tradycjonalizmu do ponowoczesności*, E. Garniewicz, A. Krause (red.), Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn 2002.
- Dega W., *Drogi rozwoju i stan obecny w rehabilitacji leczniczej w Polsce*, [w:] *Rehabilitacja inwalidów w PRL*, W. Dega (red.), Warszawa 1973.
- Dega W., *Koncepcja rehabilitacji*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1995, nr 1.
- Dega W., *Ochrona człowieka niepełnosprawnego*, [w:] *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*, W. Dega (red.), Warszawa 1986.
- Demel M., *O wychowaniu zdrowotnym*, PZWS, Warszawa 1968.
- Demel M., *Pedagogika zdrowia*, WSiP, Warszawa 1980.
- Diener E., Emmons R.S., Larsen R., Griffin S., *The satisfaction with life scale*, „Journal of Personality Assessment” 1985, No 49.
- Dykciak W., *Pedagogika specjalna*, UAM, Poznań 2001.
- Dykciak W., *Pedagogika specjalna*, UAM, Poznań 2002.

Dzwonkowska I., Lachowicz-Tabaczek K., Łaguna M., *Samoocena i jej pomiar: polska adaptacja skali SES M. Rosenberga*. Podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2008.

Foucault M., *Użytek z przyjemności*, [w:] *Historia seksualności*, M. Foucault (red.), Słowo/Obraz/Terytoria, Gdańsk 2010.

Frank J.D., *Persuasion and healing*, The John Hopkins University Press, Baltimore-London 1991.

Frankfort-Nachmiast Ch., Nachmiast D., *Metody badawcze w naukach społecznych*, Zysk i Spółka, Poznań 2001.

Frankl V.E., *Homo patiens*, Pax, Warszawa 1984.

Frankl V.E., *Psychoterapia dla każdego*, Pax, Warszawa 1978.

Gałkowski T., *Nowe podejścia do niepełnosprawności. Uporządkowania terminologiczne*, „Logopedia” 2000, t. 28.

Gałkowski T., *Wokół definicji pojęcia osoba niepełnosprawna – doświadczenie europejskie*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1997, nr 3 (153).

Gaś Z.B., *Umiejętność działania konstruktywnego a poczucie sensu*, [w:] *Osobowościowe i środowiskowe korelaty poczucia sensu życia*, B. Pilecka (red.), Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Rzeszów 1986.

Gawęł A., *Pedagodzy wobec wartości zdrowia*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2003.

Gaździk T., *Ortopedia i traumatologia*, PZWL, Warszawa 2005.

Gindrich P., *Psychospołeczne komponenty nieprzystosowania*, UMCS, Lublin 2007.

Gogacz M., *Sens życia i wspólnota*, „Studia Filozoficzne” 1981, nr 4.

Grzegorzewska M., *Pedagogika specjalna*, Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 1968.

Hajduk E., *Hipoteza w badaniach pedagogicznych. Poradnik dla studentów*, wyd. 2 zmienione, WSiP, Zielona Góra 1993.

Hartman J., *Słownik filozofii*, Wydawnictwo Zielona Sowa, Kraków 2004.

Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

Hulek A., *Podstawy, stan obecny i przyszłość edukacji osób niepełnosprawnych*, [w:] *Edukacja osób niepełnosprawnych*, A. Hulek (red.), Upowszechnianie Nauki – Oświata „UN-O”, Warszawa 1993.

Ignatczyk W., *System wartości rodzinnych młodzieży końca XX wieku (na przykładzie województwa poznańskiego)*, „Studia Demograficzne” 1999, nr 1.

Imieliński Ch., Imieliński A., *Godność człowieka w świetle Deklaracji Barcelońskiej*, [w:] *Medycyna u progu XXI wieku. Godność chorego człowieka*, K. Imieliński (red.), Polska Akademia Medycyny, Warszawa 1996.

Ingarden R., *Czego nie wiemy o wartościach*, [w:] *Przeżycie, dzieło, wartość*, R. Ingarden (red.), Wydawnictwo Literackie, Kraków, 1966.

Ingarden R., *Uwagi o względności wartości*, [w:] *Przeżycie, dzieło, wartość*, R. Ingarden (red.), Wydawnictwo Literackie, Kraków 1966.

Janczur E., *Wartości jako wyznacznik sensu życia*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego” 1995, nr 21: Prace Pedagogiczne.

Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.

Kalus A., Krok D., *Psychologiczny wymiar cierpienia. Teoria i badania*, Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2007.

Kamiński S., *Jak uporządkować rozmaite koncepcje wartości?*, [w:] *O wartościowaniu w badaniach literackich*, S. Sawicki, W. Panas (red.), KUL, Lublin 1986.

Keyes C.L.M., Shmotkin D., Ryff C.D., *Optimizing well – being: The empirical encounter of two traditions*, „Journal of Personality and Social Psychology” 2002, No 82, s. 6.

King V., *Teatr nasz wewnątrzny. Wstęp do kursu psychosyntezy*, Wydawnictwo CODN, Warszawa 1998.

Kirejczyk K., *Cele wychowania i nauczania upośledzonych*, [w:] *Upośledzenie umysłowe – pedagogika*, K. Kirejczyk (red.), PWN, Warszawa 1981.

Kirejczyk K., *Upośledzenie umysłowe. Pedagogika*, PWN, Warszawa 1981.

Kirenko J., *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*, UMCS, Lublin 2006.

Kirenko J., *Osoby z dysfunkcją narządu ruchu z powodu uszkodzenia rdzenia kręgowego*, [w:] *Osoby niepełnosprawne w środowisku lokalnym. Wyrównanie szans*, B. Szczepanowska, J. Mikulski (red.), Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacja Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 1999.

Kirenko J., *Psychospołeczne determinanty funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*, UMCS, Lublin 1998.

Kirenko J., *W stronę społecznego modelu niepełnosprawności*, [w:] *Pedagogika specjalna w reformowanym ustroju edukacyjnym*, Z. Pałak (red.), UMCS, Lublin 2001.

Klamut R., *Cel – czas – sens życia*, KUL, Lublin 2002.

Kluckhohn C., *Values and values orientations in the theory of action: An exploration in definition and classification*, [w:] *Toward a general theory of action*, E. Shils, T. Parsons (eds.), Harvard University Press, Cambridge 1962.

Kłosiński M., Lubowicz Z., *Uwagi o problematyce i metodzie badań*, [w:] *Młodzież szkolna i jej świat wartości. Raport końcowy IBPM*, Warszawa 1985.

Konarska J., *Poczucie sensu życia młodzieży z inwalidztwem wzroku*, UMCS, Lublin 1994.

Konarska J., *Psychospołeczne korelaty poczucia sensu życia a niepełnosprawność*, Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała A. Hłonda, Mysłowice 2000.

Kosakowski C., *Wielopłaszczyznowość zjawiska odchylenia od normy*, „Wychowanie na co Dzień” 2003, nr 10/11.

Kowalewski L., *Psychologiczna i społeczna sytuacja dzieci niepełnosprawnych*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, I. Obuchowska (red.), WSiP, Warszawa 1999.

Kowalik S., *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Intercart, Warszawa 1996.

Kozielecki J., *Człowiek wielowymiarowy*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 1996.

Krajewski W., *Słownik pojęć filozoficznych*, Scholar, Warszawa 1996.

Krok D., *Religijność a jakość życia w perspektywie mediatorów psychospołecznych*, Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2009.

Krok D., *Rola poczucia sensu życia w radzeniu sobie ze stresem wśród młodzieży*, [w:] *Sytuacje konfliktu w środowisku rodzinnym, szkolnym i rówieśniczym*, D. Borecka-Biernat (red.), Difin SA, Warszawa 2010.

Kubiniowski D., *Jakościowe badanie pedagogiczne. Filozofia – metodyka – ewaluacja*, UMCS, Lublin 2010.

Lange H., *Maska dobroczynności: deprecjacja społeczności głuchych*, WSiP, Warszawa 1996.

Larkowa H., *Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne*, PWN, Warszawa 1987.

Lech M., *Mechanizmy kształtowania się poczucia bezsensu życia*, „Acta Universitatis Wratislaviensis” 1982, nr 16: Prace Psychologiczne.

Lipkowski O., *Pedagogika specjalna: zarys*, wyd. 4. PWN, Warszawa 1981.

Łagodzik W., Pyszczek W. (red.), *Filozofia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.

Łobocki M., *Metody badań pedagogicznych*, PWN, Warszawa 1987.



- Łobocki M., *Pedagogika wobec wartości*, [w:] *Kondensacje psychologiczne*, B. Śliwerski (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków 1993.
- Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2007.
- Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 1999.
- Majewski T., *Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Uszkodzenia – problemy i nowe propozycje*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1998, nr 1.
- Majewski T., *Podstawy rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych*, APS, Warszawa 2002.
- Majewski T., *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*, Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 1995.
- Mariański J., *Między nadzieją i zwątpieniem. Sens życia w świadomości młodzieży szkolnej*, KUL, Lublin 1998.
- Mariański J., Zdaniewicz W., *Wartości religijne i moralne młodych Polaków*, Pallottinum, Warszawa 1991.
- Martynowicz E., *Wartości oraz ich wpływ na działanie*, [w:] *Motywy, cele wartości. Przyczynek do rozumienia stanu ducha i stanu umysłu współczesnych Polaków*, E. Martynowicz (red.), Impuls, Kraków 2004.
- Maszkę A.W., *Tok przygotowywania badań*, [w:] *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, S. Palka (red.), GWP, Gdańsk 2008.
- Maszkę A.W., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2008.
- Matusewicz Cz., *Psychologia wartości*, PWN, Warszawa 1975.
- Misztal M., *Problematyka wartości w świecie socjologii*, PWN, Warszawa 1975.
- Muszyńska E., *Ogólne problemy wychowania w rodzinie dzieci niepełnosprawnych*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, I. Obuchowska (red.) WSiP, Warszawa 1999.
- Nosal A., *Akceptacja własnej przeszłości i siebie i poczucie sensu życia a sposób funkcjonowania w warunkach Domu Opieki Społecznej*, [w:] *Osobowościowe i środowiskowe korelaty poczucia sensu życia*, B. Pilecka (red.), Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Rzeszów 1986.
- Nowak S., *Metodologia badań socjologicznych*, PWN, Warszawa, 1970.
- Nowak S., *Metodologia badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Nowotny J., *Podstawy fizjoterapii*, Wydawnictwo Kasper, Kraków 2005.
- Ogólnopolski Sejmik Osób Niepełnosprawnych. Społeczny model niepełnosprawności*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1998, nr 1.
- Okóń W., *Słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1992.
- Oleś P., *Wartościowanie a osobowość*, KUL, Lublin 1989.
- Olszak-Krzyżanowska B., *Świat wartości i sen życia osób niepełnosprawnych studentów zielonogórskich*, [w:] *Osoba niepełnosprawna w społeczności akademickiej*, H. Ochoczenko, G. Miłkowska (red.), Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005.
- Olszak A., *Preferencje wartości osób przewlekle chorych w świetle badań empirycznych*, [w:] *Problemy pedagogiki specjalnej w okresie przemian społecznych*, A. Pilecki (red.), UMCS, Lublin 2002.
- Ostasz L., *Analiza przeżycia sensu życia i niektóre jej konsekwencje dla wychowania*, „Teraz-niejszość – Człowiek – Edukacja” 2002, nr 3.
- Ostasiewicz S., Rusnak Z., Siedlecka U., *Statystyka, elementy teorii i zadania*, Akademia Ekonomiczna, Wrocław 2003.
- Ostrowska A., *Niepełnosprawni w społeczeństwie. Postawy społeczeństwa polskiego wobec ludzi niepełnosprawnych*. Raport z badań, Warszawa 1994.

Ostrowska A., *Postawy społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych*, [w:] *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych*, J. Mikulski, J. Auleytner (red.), Wyższa Szkoła Pedagogiczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej, Warszawa 1996.

Ostrowska K., *W poszukiwaniu wartości*, cz. 1, GWP, Gdańsk 1994.

Pałak Z., *Jakość życia a niepełnosprawność: konteksty psychopedagogiczne*, UMCS, Lublin, Szkoła Wyższa im. P. Włodkowica, Płock 2006.

Pałka S., *Metodologia, badania, praktyka pedagogiczna*, Gdańsk 2006.

Pałka S., *Pedagogika w stanie tworzenia*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1999.

Piasecki M., *Psychospołeczne aspekty integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem*, [w:] *Standardowe zasady wyrównania szans osób niepełnosprawnych*, M. Piasecki, M. Stępnik (red.), Fundacja Fuga Mundi, Lublin 1998.

Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 2005.

Podgórska-Jachnik D., *Oczekiwania wobec systemu terminologicznego w pedagogice specjalnej jako semantycznej wykładni wieloaspektowości problematyki niepełnosprawności*, [w:] *Forum pedagogów specjalnych XXI wieku*, J. Pańczyk (red.), Uniwersytet Łódzki, Łódź 2002.

Podsiad A., *Słownik terminów i pojęć filozoficznych*, Pax, Warszawa 2000.

Popielski K., „Sens” i „wartość” jako kategorie antropologiczno-psychologiczne, [w:] *Człowiek – pytania otwarte. Studia z logoterapii*, KUL, Lublin 1987.

Popielski K., *Antropologiczno-egzystencjalne potrzeby człowieka*, [w:] *Człowiek – wartość – sens*, K. Popielski (red.), KUL, Lublin 1996.

Popielski K., *Człowiek: egzystencja podmiotowo-osobowa*, [w:] *Człowiek – wartość – sens*, K. Popielski (red.), KUL, Lublin 1987.

Popielski K., *Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia*, KUL, Lublin 1984.

Popielski K., *Psychologiczno-egzystencjalna interpretacja problematyki sensu i sensowności*, [w:] *Człowiek – wartość – sens*, KUL, Lublin 1996.

Popielski K., *Wartości i ich znaczenie w życiu ludzi*, [w:] *Człowiek – wartość – sens*, K. Popielski (red.), KUL, Lublin 1987.

Poszwińska A., *Doświadczyć niepełnosprawności. Powrót do dzieciństwa i młodości*, [w:] *Człowiek niepełnosprawny w różnych fazach życia*, J. Bąbka (red.), Wydawnictwo Żak, Warszawa 2004.

Poznaniak W., *Problemy etyki zawodowej w rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, [w:] *Optymalizacja interakcji w procesie fizycznym i psychicznym*, S. Kowalik, J. Kwiek, B. Szychowiak (red.), UAM, Poznań 1989.

Przełęcki M., *Sens a wartość*, „Studia Filozoficzne” 1981, nr 4.

Rakoczy G., *Poczucie sensu życia a dysponowanie określonymi warunkami terytorialnymi*, [w:] *Osobowościowe i środowiskowe korelaty poczucia sensu życia*, B. Pilecka (red.), Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Rzeszów 1986.

Rehabilitacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych – Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2000.

Rejzner C., Szczygiełska-Majewska M., *Wybrane zagadnienia z rehabilitacji*, Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1992.

Ricoeur P., *Język, tekst, interpretacja*, PIW, Warszawa 1989.

Rokeach M., *The nature of human values*, The Free Press, New York 1973.

Rokeach M., *The organization and modification of beliefs*, [w:] *Current perspectives in social psychology*, E.P. Hollander, R.G. Hunt (eds.), Oxford University Press, New York 1971.

Rosenberg J.M., *Society and the adolescent self – image*, Princeton University Press, Princeton 1965.

- Ryff C.D., *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1989, No 57.
- Scheler M., *Aprioryczne powiązania o charakterze starszeństwa między modalnościami wartości*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1975.
- Scheler M., *Der Formalismus in Der Ethik und die Materiale Wertethik*, Manfred S. Frings, 2005.
- Sękowska Z., *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, WSPS, Warszawa 1998.
- Siciński A., *Styl życia, kultura, wybór*, IFIS PAN, Warszawa 2002.
- Sikorski W., *Oddziaływania niespecyficzne w psychoterapii*, [w:] *Werbalne i niewerbalne oddziaływania w psychoterapii*, W. Sikorski (red.), Difin, Warszawa 2009.
- Silverman D., *Interpretacja danych jakościowych: metody analizy rozmowy, tekstu i interakcji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Siwiec E., *Zmienne i ich opis*, [w] *Metodologia i metody badań psychologicznych*, K. Czarnecki (red.), Uniwersytet Śląski, Katowice 1980.
- Skubis W., *Sens życia, sens dziejów. Pytania o naukową filozofię sensu*, „Studia Filozoficzne” 1981, nr 1.
- Sobczyk M., *Statystyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
- Sobol E. (red.), *Słownik wyrazów obcych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
- Sołoma L., *Metody i techniki badań socjologicznych*, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn 2002.
- Sowa J., Wojciechowski F., *Proces rehabilitacji w kontekście edukacyjnym*, Wydawnictwo Oświatowe FOSZE, Rzeszów 2001.
- Sowa J., Wojciechowski F., *Rehabilitacja edukacyjna w zarysie. Ujęcie systemowe*, WSZiA, Zamość 2003.
- Sroczyński W., *O pracach nad projektem definicji osoby niepełnosprawnej*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1995, nr 1.
- Stanisławski J., Szercha M., *Podręczny słownik angielsko-polski*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1994.
- Stanisz A., *Przystępny kurs statystyki w oparciu o program STATISTICA PL na przykładach z medycyny*, Kraków 1998.
- Steger M.F., Frazier P., Oishi S., Kaler M., *The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life*, „Journal of Counseling Psychology” 2006, Vol. 53, No 1.
- Stokłosa B., *Lokalizacja kontroli poczucie sensu życia*, [w:] *Osobowościowe i środowiskowe korelaty poczucia sensu życia*, B. Pilecka (red.), Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Rzeszów 1986.
- Stróżewski W., *Transcendentalia i wartości*, Wydawnictwo Znak, Kraków 1981.
- Stróżewski W., *Człowiek i wartość w filozofii Romana Ingardena*, [w:] *Istnienie i wartość*, W. Stróżewski (red.), Wydawnictwo Znak, Kraków 1981.
- Stróżewski W., *Istnienie i sens*, Wydawnictwo Znak, Kraków 1994.
- Szczepankowska B., *O sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce – wybrane problemy*, [w:] *Osoby niepełnosprawne w środowisku lokalnym. Wyrównanie szans*, B. Szczepankowska, J. Mikulski (red.) Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 1999.
- Szczepankowska B., *Projekt ogólnej definicji pojęcia „osoba niepełnosprawna”*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1994, nr 4.
- Szczepański J., *Elementarne pojęcia socjologii*, PWN, Warszawa 1970.
- Sztumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 2005.
- Szychowiak B., *Wychowanie dzieci niesprawnych ruchowo*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, I. Obuchowska (red.), WSiP, Warszawa 1999.

- Szymanowska A., *Problematyka poczucia sensu życia*, [w:] *Atak – rezygnacja – strategie działania*, K. Ostrowska (red), Centralny Program Badań Podstawowych, Warszawa 1990.
- Świda H., *Młodzież a wartości*, PWN, Warszawa 1979.
- Tatarkiewicz W., *Historia filozofii*, PWN, Warszawa 1970, t. 1.
- Timoszyk - Tomczak C., *Strategie konstruowania własnej przyszłości*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2003.
- Tischner J., *Etyka, wartości i nadziei*, [w:] *Wobec wartości*, D. von Hildebrand, J.A. Kłockowski, J. Paściak, J. Tischner (red.), Wydawnictwo „W drodze”, Poznań 1982.
- Tischner J., *Myślenie według wartości*, Wydawnictwo Znak, Kraków 1998.
- Tkaczyk G., *Rewalidacyjne wartości metody ośrodków pracy*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1999.
- Tokarski J., *Słownik wyrazów obcych PWN*, PWN, Warszawa 1980.
- Tomaszewski T., *Psychologia*, PWN, Warszawa 1975.
- Wapiennik E., Piotrowicz R., *Niepełnosprawny – pełnosprawny obywatel Europy*, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Warszawa 2002.
- Węgrzecki A., *Scheler*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1975.
- Witkowski T., *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych (13 rodzajów niepełnosprawności)*, Wydawnictwo MDBO, Warszawa 1993.
- Włostowska K., *Poczucie sensu życia studentów IWFis w Bielsku Białej a ich postawy prozdrowotne i prosportowe*, „Roczniki Naukowe AWF” 1999, nr 38.
- Wong P.T.P., *Implicit theories of meaningful life and the development of the Personal Meaning Profile (PMP)*, [w:] *Handbook of personal meaning: Theory, research, and practice*, P.T.P. Wong, P. Fry (eds.), Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum, 1998.
- Woynarowska B., *Zdrowie i szkola*, PZWL, Warszawa 2000.
- Woźniak Z., *Zdrowie – choroba – niepełnosprawność a rodzina. Relacje wzajemne w perspektywie teoretyczno-metodologicznej*, „Roczniki Socjologii Rodziny” 1991, t. 3.
- Wright B., *Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa*, PWN, Warszawa 1965.
- Zabłocki J., *Wprowadzenie do rewalidacji*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1998.
- Zaborowski Z., *Problemy psychologii życia*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 2001.
- Zaborowski Z., *Problemy psychologii życia*, Wydawnictwo Profi, Warszawa 1997.
- Zaczyński W., *Praca badawcza nauczyciela*, WSiP, Warszawa 1995.
- Ziembiński Z., „Sens życia” a system wartości, „Studia Filozoficzne” 1981, nr 4.
- Zimbardo Ph.G., Ruch L.F., *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
- Zwoliński M., *Kontrowersje struktury czynnikowej Kwestionariusza Orientacji Życiowej (skali SOC) A. Antkowsky'ego*, „Przegląd Psychologiczny” 2000, nr 3.
- Żuraw H., *Konstrukty pojęciowe w pedagogice specjalnej*, [w:] *Forum pedagogów specjalnych XXI wieku*, J. Pańczyk (red.), Uniwersytet Łódzki, Łódź 2002.

# Spis, rysunków, tabel i wykresów

## Ryciny

Rycina 1.	Czynniki wpływające na możliwość zatrudnienia osób niepełnosprawnych	37
-----------	--	----

## Wykresy

Wykres 1.	Skala samooceny w czasie rozpoczęcia rehabilitacji według płci badanych	87
Wykres 2.	Skala samooceny po zakończeniu procesu rehabilitacji a płęć badanych	90
Wykres 3.	Zadowolenie z życia w czasie rozpoczęcia rehabilitacji z uwzględnieniem płci pacjentów	96
Wykres 4.	Zadowolenie z życia po zakończeniu rehabilitacji według płci pacjentów	100
Wykres 5.	Skala jakości życia w czasie rozpoczęcia rehabilitacji według płci badanych	107
Wykres 6.	Skala jakości życia po zakończeniu procesu rehabilitacji według płci badanych	109
Wykres 7.	Wpływ pracowników służby zdrowia na zmianę hierarchii wartości pacjentów	115
Wykres 8.	Pracownicy mający największy wpływ na zmianę hierarchii wartości pacjentów	118
Wykres 9.	Pracownicy mający najmniejszy wpływ na zmianę hierarchii wartości pacjentów	120
Wykres 10.	Hierarchia wartości pacjenta i jej wpływ na proces rehabilitacji	123
Wykres 11.	Obserwacje pracowników medycznych odnośnie zmian zachodzących w hierarchii wartości pacjentów	125
Wykres 12.	Opinia personelu medycznego na temat zmiany w hierarchii wartości pacjentów w czasie zakończenia procesu rehabilitacji	135
Wykres 13.	Metody procesu rehabilitacji a zmiany w hierarchii wartości pacjentów	139
Wykres 14.	Wpływ zakończonego procesu rehabilitacji na nadanie nowych wartości w poczuciu sensu życia	143
Wykres 15.	Pracownik medyczny mający znaczny wpływ na powstanie nowej indywidualnej hierarchii wartości u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu	146

Wykres 16.	Pracownicy służby zdrowia mobilizujący aktywność w rehabilitacji pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu	151
Wykres 17.	Pracownik medyczny bez wpływu na zmianę hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu	152
Wykres 18.	Metody zmieniające hierarchię wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu	163

### Tabele

Tabela 1.	Klasyfikacja niepełnosprawności według rodzaju wad i etiologii niepełnosprawności	30
Tabela 2.	Liczba badanych osób z niepełnosprawnością narządu ruchu	55
Tabela 3.	Liczba badanych pracowników medycznych	56
Tabela 4.	Hierarchia wartości w czasie rozpoczęcia rehabilitacji w zależności od wieku badanych	60
Tabela 5.	Hierarchia wartości w czasie rozpoczęcia rehabilitacji w zależności od wykształcenia badanych	61
Tabela 6.	Hierarchia wartości w czasie rozpoczęcia rehabilitacji w zależności od oddziałybytu badanych	64
Tabela 7.	Hierarchia wartości po zakończeniu rehabilitacji w zależności od wieku badanych	66
Tabela 8.	Hierarchia wartości po zakończeniu rehabilitacji w zależności od wykształcenia badanych	68
Tabela 9.	Hierarchia wartości w czasie rozpoczęcia rehabilitacji w zależności od oddziałybytu badanych	69
Tabela 10.	Zmiany w hierarchii wartości w zależności od płci badanych	71
Tabela 11.	Zmiany w hierarchii wartości według wieku badanych	73
Tabela 12.	Zmiany w hierarchii wartości według wykształcenia badanych	74
Tabela 13.	Zmiany w hierarchii wartości według miejsca pobytu badanych	76
Tabela 14.	Porównanie wartości cech hedonistycznych przed i po rehabilitacji	78
Tabela 15.	Porównanie wartości cech witalnych przed i po rehabilitacji	79
Tabela 16.	Porównanie wartości cech estetycznych przed i po rehabilitacji	80
Tabela 17.	Porównanie wartości cech prawdy przed i po rehabilitacji	81
Tabela 18.	Porównanie wartości cech moralnych przed i po rehabilitacji	82
Tabela 19.	Porównanie wartości cech świętych świeckich przed i po rehabilitacji	83
Tabela 20.	Porównanie wartości cech świętych religijnych przed i po rehabilitacji	84
Tabela 21.	Skala samooceny a wiek badanych w czasie rozpoczęcia rehabilitacji	89
Tabela 22.	Skala samooceny po zakończeniu procesu rehabilitacji według wieku badanych	91
Tabela 23.	Wpływ rehabilitacji na samoocenę badanych osób	93
Tabela 24.	Zadowolenie z życia w czasie rozpoczęcia rehabilitacji z uwzględnieniem wieku pacjentów	98

Tabela 25.	Zadowolenie z życia po zakończeniu rehabilitacji z uwzględnieniem wieku pacjentów	101
Tabela 26.	Wpływ rehabilitacji na zadowolenie z życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu	103
Tabela 27.	Skala jakości życia w czasie rozpoczęcia rehabilitacji z uwzględnieniem wieku badanych	108
Tabela 28.	Skala jakości życia po zakończeniu procesu rehabilitacji z uwzględnieniem wieku badanych	110
Tabela 29.	Wpływ rehabilitacji na jakość życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu	112
Tabela 30.	Metody pracy i ich wpływ na zmianę hierarchii wartości osób z niepełnosprawnością narządu ruchu	126
Tabela 31.	Komunikacja społeczna personelu medycznego i jej wpływ na pacjentów	127
Tabela 32.	Wpływ procesu rehabilitacji na rokowanie stanu zdrowia pacjentów	131
Tabela 33.	Metody zmieniające indywidualną hierarchię wartości	141
Tabela 34.	Działania pracowników medycznych o największym wpływie na zmianę hierarchii wartości osób z dysfunkcją narządu ruchu	148
Tabela 35.	Relacje łączące pacjentów z pracownikami medycznymi	154
Tabela 36.	Komunikacja werbalna i niewerbalna pracowników medycznych z pacjentami	158
Tabela 37.	Czynniki niespecyficzne i ich wpływ na przeprowadzany proces rehabilitacji u osób z niepełnosprawnością narządu ruchu	160