

Krzysztof Gerc

Preferencja wartości jako modyfikator postawy wobec choroby u młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu

Wprowadzenie

W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania problematyką społecznych i organizacyjnych determinant rozwoju i wychowania człowieka, w tym etiologią jego postaw i emocji. Świadczy o tym bogata literatura przedmiotu, często oparta na szeroko zakrojonych badaniach empirycznych i pogłębionej, interdyscyplinarnej analizie teoretycznej. Szczególnym przejawem tej tendencji jest poszukiwanie prawidłowości rządzących rozwojem postaw w kontekście indywidualnego biegu życia jednostki oraz w szeroko rozumianym kontekście społecznym.

Każdy z chorych pełni w społeczeństwie określone role, takie jak inni ludzie i charakterystyczne dla stanu, zawodu, stanowiska, zainteresowania, z tą jednak różnicą, że pełni je z okresowymi przeszkodami, trudnościami, pułapkami, zaskoczeniami spowodowanymi chorobą. W przeciętnym odbiorze społecznym człowiek chory, zwłaszcza przewlekle, jest postrzegany jako zbędny, niepotrzebny, nie biorący udziału w życiu, obciążający swoją obecnością ludzi najbliższych oraz instytucje państwowe i wspólnoty, z którymi jest związany. Sytuacja przeżywania przez określonego człowieka własnej choroby kreuje zatem swoistą sytuację, która

domaga się od niego przyjęcia wobec doświadczanego schorzenia określonej postawy. Badania prowadzone w różnych kontekstach naukowych dowodzą, iż postawa wobec choroby, czy niepełnosprawności związana jest m.in. z hierarchią wartości danego człowieka.

Problematyka wartości jest aktualnie przedmiotem zainteresowań psychologów, pedagogów, ale również socjologów i polityków¹. W dziedzinie psychologii jest ona szeroko omawiana w rozważaniach teoretycznych oraz podejmowana w analizach empirycznych. Wartości uznaje się współcześnie za czynnik mierzalny, różniący ludzi, dający się oszacować i hierarchizować². Twórcą szczególnie popularnej w psychologii teorii wartości jest amerykański psycholog M. Rokeach³. Jego koncepcja stała się podstawą przedstawianych w niniejszym opracowaniu analiz związku indywidualnej hierarchii wartości człowieka oraz ujawnianej przez niego postawy wobec choroby.

Przesłanki ustosunkowań wobec własnego schorzenia – analiza wybranych koncepcji postawy wobec choroby

Choroba jest zawsze procesem trudnym, wymagającym wielkiego, wszechstronnego wysiłku. Proces ten trwa w czasie i kształtuje chorego, a sposób, w jaki ów proces przebiega nie jest nigdy obojętny ani dla samego chorego, ani dla ludzi i środowisk, z którymi chory się styka⁴.

W przebiegu procesu chorobowego tworzą się różne postawy człowieka wobec własnej choroby. Postawy te są charakterystyczne i one kształtują role społeczne specyficzne dla ludzi chorych oraz wpływają, w bardzo wyraźny sposób, na tworzenie opinii o ludziach chorych w społeczeństwie⁵.

¹ Por. K. Popielski, *Wartości i ich znaczenie w życiu ludzi* [w:] *idem, Człowiek – wartość – sens. Studia z psychologii egzystencjalnej*, Lublin 1996.

² Por. E. Dolata, *Aspekty filozoficzne psychologii wartości*, [w:] *Wykłady w KUL*, t. 5, Lublin 1991.

³ Według niego wartość to trwałe przekonanie, że specyficzny sposób zachowania lub stan finalny egzystencji jest osobowo lub społecznie lepszy od przeciwstawnego lub odwrotnego sposobu postępowania lub stanu finalnego egzystencji.

⁴ Por. K. Osińska, *Umiejętność chorowania* [w:] *eadem, Refleksje nad etyką lekarską*, Warszawa 1990, s. 42.

⁵ Por. H.S. Friedman, *Uzdrowiająca osobowość*, Gdańsk 2000.

Postawy chorych wobec własnej choroby K. Osińska dzieli na dwie grupy, wymieniając postawy altruistyczne oraz egocentryczne. Nazywa je także postawami twórczymi i postawami pasożytniczymi⁶. W grupie postaw altruistycznych (twórczych) wyróżnia osiem postaw cząstkowych: *dawcy, samarytanina, pomocnika, konspiratora, poszukiwacza, żołnierza, artysty i bohatera*⁷. W grupie postaw egocentrycznych (pasożytniczych) K. Osińska wyróżnia natomiast osiem innych postaw cząstkowych: *biorca, hipochondryka, malkontenta, zasłużonego, statysty, żebraka, zawodowca i świętoszka*⁸.

Sposoby zmagania się z chorobą są różnorodne i wyraźnie wiążą się z tym, co oznacza choroba dla człowieka, a co zostało ukształtowane m.in. przez wychowanie i kulturę⁹. Rozpoznanie ich na każdym etapie choroby jest ważne z perspektywy ustalania metod postępowania z pacjentem, wzmacniania czynników pożądaných lub osłabiania innych. Według Z. Lipowskiego¹⁰ choroba może być postrzegana przez człowieka jako: *wyzwanie, wróg, kara, słabość, ulga, strategia, nieodwracalna strata* bądź też jako *wartość*¹¹.

⁶ Por. K. Osińska, *op. cit.*, s. 42–56.

⁷ *Dawca* (chory dostrzegający w chorobie możliwość świadczenia pomocy na rzecz innych), *samarytanin* (osoba umiarkowana w ocenie własnej dysfunkcji i uznająca ją za fragment życia), *pomocnik* (akceptujący własną chorobę, współdziałający w procesie leczenia), *konspirator* (człowiek świadomy własnego stanu, ale nie uzewnętrzniający tego faktu), *poszukiwacz* (zaciekawiony chorobami, poszukujący w chorobie akcentów nowych, ciekawych, twórczych), *żołnierz* (osoba odważnie oceniająca swoją chorobę i jej konsekwencje), *artysta* (umiejący trudności związane z chorobą przekształcić w coś pozytywnego, osoba aktywna w chorobie), *bohater* (cechuje go silne oddziaływanie na otoczenie i zdolność wpływania na innych).

⁸ *Biorca* (pragnie czerpać korzyści z własnej choroby oraz jej skutków), *hipochondryk* (wykazuje tendencję i potrzebę bycia traktowanym i postrzeganym w kategoriach cierpiącego), *malkontent* (chory, który nie akceptuje swej choroby i w konsekwencji świadomie nie poddaje się leczeniu), *zasłużony* (manifestujący fakt bycia chorym, traktujący chorobę jako aspekt pozytywnie wyróżniający osobę spośród innych), *statysta* (człowiek o biernej postawie wobec choroby, jej objawów, diagnozy, przebiegu i rokowania), *żebrak* (pacjent, który nie wykazuje umiejętności lub nie ujawnia chęci włączenia się w zmaganie z chorobą, zdający się na innych), *zawodowiec* (schematyczny w myśleniu i działaniu, które wypracował w toku leczenia i przeżywania choroby, osoba przeświadczona o szerokiej, osobistej wiedzy o chorobie), *świętoszek* (postawa cechująca pacjenta, który przypisuje sobie w przeżywaniu choroby heroiczne cechy).

⁹ Por. Ch. Sheridan, S. Radmacher, *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Warszawa 1998.

¹⁰ Por. M.H. Hollender, *Psychologia w praktyce lekarskiej*, Warszawa 1987.

¹¹ W opracowaniu Skali Postawy wobec Choroby, wykorzystanej do cytowanych w niniejszej pracy badań, J. Kostrzewski opierał się na wymienionych strategiach zmagania się z chorobą, zaproponowanych przez Z. Lipowskiego.

Choroba, oznaczając cierpienie, staje się sytuacją graniczną¹², czyli wyjątkowym doświadczeniem egzystencjalnym, przez które człowiek musi przejść indywidualnie i nie może go złożyć na barki kogoś innego¹³. Choroba jako doświadczenie jest dla człowieka czymś wyjątkowym, choć cierpienie jest pojęciem o wiele szerszym i bardziej złożonym¹⁴.

Materiał badawczy

Ogólnie sformułowanym problemem niniejszej pracy jest analiza zespołu uwarunkowań postawy wobec choroby, kształtującej się u młodzieży niepełnosprawnej ruchowo w normie intelektualnej. Najbardziej zasadniczym elementem problemu pracy jest wyodrębnienie czynników związanych z indywidualną hierarchią wartości, mających wpływ na kształtowanie się różnych postaw wobec choroby i własnej niepełnosprawności u adolescentów. W tym celu przebadano grupę 280 adolescentów¹⁵, koncentrując się jednocześnie na czynnikach otoczenia organizacyjnego (w tym celu opracowano Inwentarz IPKO¹⁶), które, według założeń, mają istotny wpływ na kształtowanie się postaw wobec choroby oraz procesu rehabilitacji¹⁷.

Na podstawie powyższych założeń przyjęto następujące hipotezy badawcze¹⁸:

¹² Por. K. Jaspers, *Filozofia egzystencji*, Warszawa 1990.

¹³ Por. V.E. Frankl, *Homo patiens*, Warszawa 1984.

¹⁴ Por. T. Kielanowski, *Człowiek, jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia*, Gdańsk 1980.

¹⁵ Badania realizowano od lutego 1998 r. do października 2003 r. Mając na względzie dobranie stosunkowo jednorodnej grupy młodzieży niepełnosprawnej ruchowo, w normie intelektualnej, w wieku 16–19 lat, przeprowadzono je indywidualnie i wieloetapowo. Badania były przeprowadzane anonimowo w Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Radziszowie oraz w Wojewódzkim Ośrodku Rehabilitacyjnym w Krakowie.

¹⁶ Wyłonione warianty preferencji, z uwagi na swoiste charakterystyki, nazwano: typem obojętnym preferencji kultury organizacji (TO), kooperującym (TK), innowacyjnym (TI) oraz typem partnerskim preferencji kultury organizacji (TP).

¹⁷ Więcej informacji na ten temat zob. K. Gerc, *Podmiotowe i społeczne determinanty preferowanego przez młodzież typu organizacji wychowującej*, [w:] *Nauki społeczne wobec edukacji i badań oświatowych*, Kraków 2008.

¹⁸ Przedstawione w dalszej części wyniki są fragmentem szerszych badań, dotyczących preferencji kultury organizacji wychowującej.

- **Hipoteza I**

Istnieje związek pomiędzy preferencją określonych wartości a postawą wobec niepełnosprawności.

- **Hipoteza II**

Związek między wymiarami osobowości i postawą wobec choroby jest modyfikowany poprzez zmienne związane z preferowanymi aspektami kultury organizacyjnej instytucji edukacyjno-rehabilitacyjnej.

- **Hipoteza III**

Związek między wymiarami osobowości i postawą wobec choroby jest modyfikowany swoistym profilem preferowanych wartości.

W celu weryfikacji przedstawionych hipotez wykorzystano następujące, uznane naukowo metody diagnostyczne oraz narzędzia własnego opracowania: Inwentarz Osobowości NEO – FFI¹⁹, Skalę Preferencji Wartości M. Rokeacha²⁰, Inwentarz Preferencji Kultury Organizacyjnej²¹ własnego opracowania, Skalę Postaw wobec Choroby Janusza Kostrzewskiego²², Test Zdań Niedokończonych własnego opracowania, Dyferencjał semantyczny oraz Wywiad standaryzowany z arkuszem biograficznym.

Hipotezy zasadniczo obejmują swym zakresem całość problematyki podejmowanej w niniejszej pracy. Wyznaczają zarówno kierunek poszukiwania zależności pomiędzy zmiennymi, co zilustrowano na rysunku 1, jak również zawierają sugestie dotyczące badania tych zmiennych.

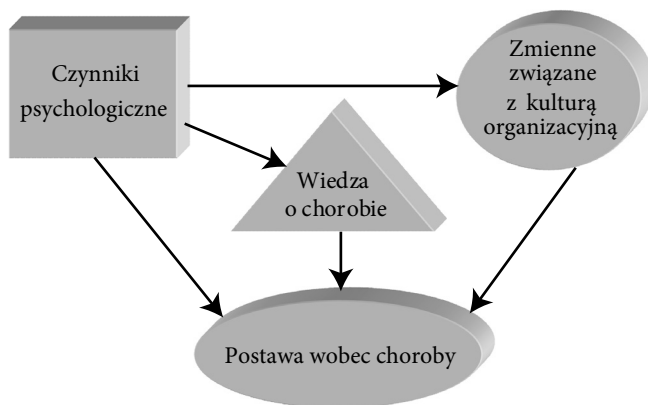
¹⁹ B. Zawadzki, J. Strelau, P. Szczepaniak, m. Śliwińska, *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae*, Warszawa 1998.

²⁰ P. Brzozowski, *Skala Wartości – Polska wersja testu Milтона Rokeacha*, [w:] *Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej*, red. R.Ł. Drwal, Lublin 1997; P. Brzozowski, *Skala Wartości M. Rokeacha – podręcznik*, Warszawa 1996.

²¹ Rzetelność poszczególnych wymiarów IPKO została wyliczona w sposób następujący: współczynnik zgodności wewnętrznej dla inwentarza wynosi $r_{tt}=0,79$; współczynniki stałości bezwzględnej dla poszczególnych typów preferencji kultury organizacji: (TO) $r=0,77$; (TK) $r=0,81$; (TI) $r=0,69$; (TP) $r=0,65$.

²² Skala składa się z 75 twierdzeń, do których badani ustosunkowują się zaznaczając swoje odpowiedzi na siedmiostopniowej skali typu Likerta. W opracowaniu skali J. Kostrzewski opierał się na strategiach zmagania się z chorobą zaproponowanych przez Lipowskiego. Analiza czynnikowa dokonana przez autora skali wykazała, że skala ta może wyznaczać pięć następujących czynników: choroba jako cierpienie, nieszczęście, przykrość, utrata wartości; choroba jako wartość duchowa; choroba jako korzyść i ulga; choroba jako wyzwanie; choroba jako kara i obciążenie finansowe. Rzetelność poszczególnych wymiarów została oszacowana przy zastosowaniu wzoru alfa Crombacha i dla poszczególnych czynników wynosi odpowiednio: 0,9186; 0,9052; 0,8591; 0,7981; 0,6316.

Rys 1. Model hipotetycznych powiązań pomiędzy zmiennymi



W oparciu o badanie Skalą Wartości Rokeacha otrzymano pełne dane o indywidualnych hierarchiach wartości badanych osób. Chcąc uzyskać informacje o przeciętnej hierarchii wartości, charakterystycznej dla próby badanej – osobno dla każdej z wartości – obliczono średnią z rang przypisanych danej wartości przez grupę młodzieży oraz odchylenia standardowe, a także rangę (pozycję) danej wartości w średniej hierarchii²³.

Informacje o przeciętnych systemach wartości ostatecznych oraz wartości instrumentalnych uzyskanych w badanej grupie, zawierają tabele 1 i 2.

²³ Im mniejsza jest średnia, tym wyżej jest oceniana określona wartość. Pierwsze miejsce zajmuje wartość, która ma najmniejszą średnią rangę. Odchylenie standardowe mierzy zaś zróżnicowanie poziomu wartości. Im mniejsze jest odchylenie standardowe, tym większa jest zgodność w wybieraniu (ustalaniu) pozycji tej wartości. Stosując następnie analizę wariancji, zbadano różnice pomiędzy średnimi rangami, przyznawanymi poszczególnym wartościom. W sytuacjach, kiedy stwierdzano występowanie istotnych statystycznie różnic, to w dalszej kolejności podejmowano próbę ustalenia pomiędzy którymi, wyodrębnionymi typami preferencji kultury organizacyjnej, te różnice występują. W tym celu skorzystano z testu Newmana–Keulsa do porównywania średnich parami. Do porównania podobieństwa hierarchii wartości pomiędzy analizowanymi typami preferencji kultury organizacyjnej zastosowano współczynnik korelacji rangowej Ch.E. Spearmana. Tę samą procedurę zastosowano, analizując wartości ostateczne i instrumentalne.

Tabela 1. Przeciętne systemy wartości ostatecznych w badanej grupie młodzieży z uwzględnieniem płci badanych

WARTOŚCI	Płeć					
	Dziewczeta N=136			Chłopcy N=144		
	Ranga	Średnia rang	Odchylenie standardowe	Ranga	Średnia rang	Odchylenie standardowe
1. bezpieczeństwo narodowe	4	5,10	4,37	2	5,30	4,04
2. dojrzała miłość	3	4,82	5,09	1	3,90	4,21
3. mądrość	12	11,20	6,02	11	10,21	5,13
4. piękno świata	14	12,51	4,13	18	15,30	3,91
5. pokój na świecie	5	6,11	5,18	8	6,51	4,68
6. prawdziwa przyjaźń	13	12,31	4,29	13	13,26	3,91
7. przyjemność życia	7	7,41	3,91	9	8,52	5,30
8. równość ludzi	1	3,40	4,13	3	5,31	4,36
9. sukcesy życiowe	8	7,28	4,01	8	8,95	3,68
10. szacunek dla siebie	18	14,52	4,18	17	14,95	3,86
11. uznanie społeczne	11	9,73	4,08	10	9,31	3,55
12. wewnętrzny spokój i harmonia	10	9,05	4,11	12	10,80	4,39
13. wolność osobista	6	6,53	3,81	7	8,15	4,97
14. wygodne życie	15	13,10	3,52	16	14,35	5,62
15. zabezpieczenie bytu	17	14,25	3,26	14	14,00	6,01
16. zbawienie	2	4,14	3,81	5	6,30	3,55
17. zdrowie	9	8,90	3,49	4	5,49	3,81
18. życie pełne wrażeń	16	13,95	3,68	15	14,16	4,99

Dokonując analizy danych, zamieszczonych w tabeli 1, należy stwierdzić, że struktura wartości dominujących u badanej młodzieży obejmuje głównie sferę motywacji ukierunkowaną na indywidualną atrybucję

w poczuciu osobistego dokonania, zgodnego z uniwersalnymi zasadami moralnymi. Zdrowie zyskuje znacznie wyższą rangę w grupie chłopców. Osiągnięcie szeroko rozumianego samozadowolenia (przyjemność, dostatnie życie) w badanej grupie uplasowane jest na dalszych miejscach indywidualnych hierarchii wartości. Analogicznej zależności nie stwierdzono wśród przebadanych dziewcząt.

Poczynione spostrzeżenia zyskują również potwierdzenie w zakresie organizacji hierarchii wartości instrumentalnych, których zestawienie przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Przeciętne systemy wartości instrumentalnych w badanej grupie młodzieży z uwzględnieniem płci badanych

WARTOŚCI	Płeć					
	Dziewczęta, N=136			Chłopcy, N= 144		
	Ranga	Średnia rang	Odchylenie standardowe	Ranga	Średnia rang	Odchylenie standardowe
1. ambicja	4	6,15	5,39	5	7,28	4,18
2. czystość	6	7,31	4,27	10	10,24	3,95
3. gotowość kochania	2	5,12	3,91	3	6,90	4,34
4. grzeczność	10	10,05	2,91	8	9,60	4,57
5. logiczność myślenia	11	11,30	3,31	7	9,10	4,29
6. lojalność	16	14,31	4,15	18	15,60	4,90
7. odpowiedzialność	3	5,90	4,09	2	6,30	5,11
8. odwaga	7	8,90	4,92	4	7,10	3,83
9. opanowanie	12	11,38	3,98	9	9,83	4,31
10. pomysłowość	15	13,05	3,78	12	10,47	3,88
11. posłuszeństwo	18	17,21	4,01	17	14,98	3,72
12. refleksyjność	8	8,93	4,27	14	11,21	3,90
13. samodzielność	5	6,25	4,32	6	7,30	4,08
14. tolerancja	17	16,31	5,19	16	14,33	4,19
15. uczciwość	1	4,22	3,79	1	5,98	4,51
16. uczynność	9	9,73	3,31	11	10,31	4,29
17. wyrozumiałość	13	12,20	4,78	15	11,87	4,33
18. zdolność	14	12,80	5,39	13	10,73	3,94

Na podstawie analizy danych, zamieszczonych w tabeli 2, w konwencji analogicznej do tej, którą zastosowano w przypadku hierarchii wartości ostatecznych stwierdza się, że konfiguracja wartości instrumentalnych obejmuje również głównie sferę motywacji ukierunkowaną na autonomię decyzyjną.

Z uwagi na fakt, że skala rangowa jest skalą porządkową i jako taka znacznie zawęża zakres możliwych analiz statystycznych, dla potrzeb dalszych zastosowanych analiz (wielowymiarowej analizy korelacyjno-regresyjnej) przekształcono rangi na wyniki standaryzowane²⁴. Uzyskane w ten sposób średnie i odchylenia standardowe odzwierciedlają dużą zmienność w zakresie preferowanych przez badaną młodzież wartości. Świadczy to niewątpliwie o niskiej, choć rozwojowo jeszcze dopuszczalnej, stabilności ich systemu aksjologicznego. Jednak może być ona uwarunkowana wpływem zmiennych, związanych z faktem wieloletniego leczenia oraz wpływem czynników związanych z charakterystyką organizacyjną miejsca procesu edukacyjno-rehabilitacyjnego.

Podsumowując ten etap analiz, można uznać, iż badana młodzież w znacznej większości najbardziej zatroskana jest o realizację życiowych marzeń, ceni osiągnięcie życiowego sukcesu. Dominującym jej pragnieniem jest uzyskanie pełni zdrowia. Pragnie stabilizacji w życiu, chcąc w pełni odpowiadać za jego przebieg.

Hierarchia potrzeb, ujawnianych przez badaną młodzież pozostaje w bezpośredniej zależności wyznawanego przez nią systemu wartości i koresponduje z wynikami uzyskanymi przy pomocy Skali Wartości Rokeacha. Dominującym pragnieniem deklarowanym przez większość badanej młodzieży (71%) jest pragnienie zdrowia, życiowej stabilizacji, przy równocześnie obserwowanej głębokiej motywacji afiliacyjnej, potrzebie akceptacji. Taka koegzystencja potrzeb może rodzić konflikt emocjonalny i stanowić tym samym istotny czynnik nerwicorodny.

Determinanty różnych typów postawy wobec choroby sprowadzają się do następujących modeli korelacji, przedstawionych w tabelach 3–7.

²⁴ G.A. Ferguson, Y. Takane, *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*, Warszawa 1999.

Tabela 3. Model korelacji dla postawy wobec choroby, pojmowanej jako cierpienie, nieszczęście, przykrość, utrata wartości, jako zmiennej zależnej ($R=0,50$; $R^2=25\%$)

Zmienna niezależna	Współczynnik regresji	Beta	Test	Istotność współczynnika regresji	
				t	p
Neurotyzm	0,15	0,33	prawostr.	3,18	0,04
Typ obojętny (TO) preferencji kultury organizacyjnej	0,21	0,48	prawostr.	2,37	0,035
Preferencja wartości – wewnętrzny spokój i harmonia	0,31	0,52	prawostr.	3,11	0,02
Preferencja wartości – samodzielność*	0,89	0,18	dwustr.	3,16	0,05
Wyraz wolny	4,11				

*wartości instrumentalne

W tabeli 3 zawarto model korelacji dla postawy wobec choroby, pojmowanej jako cierpienie, nieszczęście, przykrość, utrata wartości, jako zmiennej zależnej. Stwierdzono następującą zależność – osoby charakteryzujące się wyższym poziomem neurotyzmu częściej ujawniają tego typu postawy ($\beta=0,33$, $p<0,04$). Występowanie postawy wobec choroby, charakteryzującej się interpretowaniem jej w kategoriach nieszczęścia, współwystępuje również z ujawnianym obojętnym typem preferencji kultury organizacyjnej ($\beta=0,48$, $p<0,035$). Wyodrębniona postawa zależy również od określonego typu preferencji wartości ostatecznych oraz od hierarchii wartości instrumentalnych. Osoby akcentujące znaczenie wewnętrznego spokoju i harmonii w perspektywie wartości ostatecznych ($\beta=0,52$, $p<0,02$) oraz przypisujące wyższą rangę samodzielności, opisując wartości instrumentalne ($\beta=0,18$, $p<0,05$) mają większą skłonność do przyjmowania postaw wobec choroby, charakteryzujących ją jako utrata wartości czy cierpienia.

Hierarchia wartości, akcentująca wewnętrzny spokój i harmonię sprzyja zaistnieniu analizowanej postawy, ponieważ koncentruje się na komforcie niepełnosprawnego, który słabo toleruje czynniki zakłócające

jego dobrostan emocjonalny. Z tym faktem wiąże się również swoista wybiórczość i obojętność dotycząca interpretowania kultury organizacji.

Wybór samodzielności wśród istotnych wartości instrumentalnych wpisuje się w logikę postawy cierpiętniczej, gdyż może być ona narzędziem realizacji własnych potrzeb i dostosowywania okoliczności do bieżących oczekiwań. Jest to sposób redukowania lęku przed skutkami niepełnosprawności i adaptowania się do sytuacji egzystencjalnej przez nią wyznaczonej. W tabeli 4 przedstawiono korelaty kolejnego typu postawy wobec choroby.

Tabela 4. Model korelacji dla postawy wobec choroby, pojmowanej jako wartość duchowa, jako zmiennej zależnej ($R=0,37$; $R^2=21\%$)

Zmienna niezależna	Współczynnik regresji	Beta	Test	Istotność współczynnika regresji	
				t	p
Ugodowość	0,17	0,38	prawostr.	3,14	0,03
Preferencja wartości – zbawienie	0,21	0,42	prawostr.	3,10	0,01
Preferencja wartości – uczynność*	0,24	0,48	prawostr.	3,51	0,05
Preferencja wartości – opanowanie *	0,39	0,28	prawostr.	3,29	0,009
Wyraz wolny	3,87				

*wartości instrumentalne

Model korelacji dla postawy wobec choroby czy niepełnosprawności, rozumianej jako wartość duchowa, współwystępuje z wyższym stopniem ugodowości według kryteriów osobowości Costy i McCrae ($\beta=0,38$, $p<0,03$). Interesująca jest również korelacja tego typu postawy z określonym typem hierarchii wartości ostatecznych i instrumentalnych. I tak: w zakresie preferencji wartości ostatecznych osoby ujawniające uduchowioną postawę wobec niepełnosprawności przypisują wyższą rangę zbawieniu ($\beta=0,42$, $p<0,01$) oraz, w perspektywie wartości instrumentalnych, uczynności ($\beta=0,48$, $p<0,05$), co logicznie związane jest z postawą altruistyczną, charakterystyczną dla ugodowości, a także opanowaniu ($\beta=0,28$,

$p < 0,009$), które może być utożsamiane z pewnym dystansem wobec życia i koncentracją na uniwersaliach, a nie instrumentalniach.

Nie stwierdzono wpływu typu preferencji kultury organizacyjnej na analizowany typ postawy wobec choroby, co może oznaczać, że dla chorego uduchowionego sama kultura organizacji ma mniejsze znaczenie i w sposób wyraźny nie kreuje stosunku do choroby.

W tabeli 5 przedstawiono zmienne w istotny sposób wpływające na ujawnianie się postawy wobec choroby czy niepełnosprawności, rozumianej jako korzyść i ulga.

Tabela 5. Model korelacji dla postawy wobec choroby, pojmowanej jako korzyść i ulga, jako zmiennej zależnej ($R=0,40$; $R^2=23\%$)

Zmienna niezależna	Współczynnik regresji	Beta	Test	Istotność współczynnika regresji	
				t	p
Sumienność	- 0,22	- 0,49	lewostr.	-3,18	0,02
Preferencja typu TI – innowacyjnego kultury organizacyjnej	- 0,18	- 0,37	prawostr.	3,05	0,04
Wiek	- 0,25	- 0,57	lewostr.	4,25	0,005
Wiedza o chorobie	- 0,21	- 0,50	lewostr.	3,11	0,01
Wyraz wolny	3,15				

W tabeli 5 zawarto korelaty postawy wobec choroby, pojmowanej w kategoriach korzyści i ulgi, jako zmiennej zależnej. Przeprowadzona analiza wskazuje, że taki typ postawy współwystępuje z małą sumiennością, czyli niewielką dokładnością w działaniach, tendencją do hedonistycznego nastawienia wobec życia ($\beta=-0,49$, $p < 0,02$). Stwierdza się również, że nasilenie preferencji innowacyjnego typu kultury organizacyjnej zmniejsza częstotliwość pojawiania się analizowanego typu postawy wo-

bec choroby (preferencja typu TI a postawa wobec choroby rozumianej jako korzyść i ulga: $\beta = -0,37$, $p < 0,04$). Zauważono, że wraz z wiekiem maleje skłonność do ujawniania postawy traktującej chorobę w kategoriach zysku i ulgi: ($\beta = -0,57$, $p < 0,005$). Badania wskazują także, że manifestowanie bogatej wiedzy o chorobie i jej objawach oraz sposobach leczenia zmniejsza szanse na pojawienie się wyodrębnionego w modelu typu postawy ($\beta = -0,50$, $p < 0,01$).

Osoby preferujące innowacyjny typ kultury organizacji rzadziej ujawniają analizowany typ postawy wobec choroby, ponieważ są świadome, iż niepełnosprawność i koncentracja na niej obiektywnie mogą obniżyć możliwości kreatywnego działania i pełnego zaangażowania się w proces leczenia, oferowany przez instytucję.

Ujemna korelacja wieku i omawianego w tabeli nr 5 typu postawy może być tłumaczona m.in. faktem wpływu dojrzałości procesów poznawczych (w okresie adolescencji rosną z wiekiem) na postrzeganie ograniczeń wynikających z faktu bycia niepełnosprawnym czy chorym. Dotyczy to również poszerzania się zakresu doświadczeń społecznych, unaoczniających mało przystosowawczy charakter tego typu postawy.

Równie istotny i interesujący jest ujemny wpływ poziomu wiedzy o niepełnosprawności na ujawnianie się typu postawy wobec niej, interpretowanej w kategoriach zysków i ulg.

Wraz ze wzrostem wiedzy o niepełnosprawności poszerza się świadomość realnych ograniczeń związanych z przeżywaniem choroby oraz wzbogaca zasób informacji o takich sposobach przezwyciężania fizycznych niedoborów, które efektywniej kompensują odczuwane niedogodności i braki. Tłumaczy znaczenie wiedzy o chorobie dla zmniejszania się prawdopodobieństwa ujawnienia postawy wobec choroby, traktującej ją jako korzyść i ulgę.

Korelacja wiedzy o chorobie (niepełnosprawności) i jej leczeniu ze zdolnością do rozwiązywania problemów (w okresie dojrzewania wzrasta z wiekiem) wyraża się – jak się wydaje – w samym odczuciu potrzeby poszukiwania informacji w celu uspokojenia, odreagowania przykrych stanów emocjonalnych związanych z faktem choroby.

W tabeli nr 6 przedstawiono model korelacji dla postawy wobec choroby, pojmowanej jako wyzwanie.

Tabela 6. Model korelacji dla postawy wobec choroby, pojmowanej jako wyzwanie, jako zmiennej zależnej ($R=0,34$; $R^2=19\%$)

Zmienna niezależna	Współczynnik regresji	Beta	Test	Istotność współczynnika regresji	
				t	p
Preferencja typu TI – innowacyjnego kultury organizacyjnej	0,21	0,47	prawostr.	3,18	0,05
Ekstrawersja	0,29	0,61	lewostr.	4,38	0,03
Preferencja wartości – zdrowie	0,24	0,48	dwustr.	3,14	0,009
Wiek	0,18	0,54	prawostr.	4,21	0,04
Wyraz wolny	3,91				

Przedstawiony w tabeli nr 6 model korelacji dla aktywnej postawy wobec choroby wskazuje, że zależy ona zarówno od wymiarów podmiotowych (ekstrawersja), jak wiek, preferencja wartości ostatecznych, i od zmiennych akcentujących rolę kultury organizacji. Stwierdzono, że osoby bardziej ekstrawertywne – otwarte i towarzyskie, częściej wykazują aktywną postawę wobec choroby ($\beta=0,61$, $p<0,03$).

Osoby preferujące innowacyjny typ kultury organizacyjnej częściej traktują chorobę w kategoriach wyzwania, czują się przez nią mobilizowane do aktywnego przeciwdziałania ograniczeniom ($\beta=0,47$, $p<0,05$).

Ważna jest również pozytywna korelacja czynnika wieku badanych niepełnosprawnych uczniów: wraz z wiekiem aktywne postawy zmagające się z niepełnosprawnością stają się częstsze ($\beta=0,54$, $p<0,04$). Hierarchia wartości ostatecznych akcentująca istotność zdrowia zwiększa szansę na ujawnianie czynnej postawy wobec niepełnosprawności ($\beta=0,48$, $p<0,009$).

Otwartość, charakterystyczna dla ekstrawersji, umożliwia niepełnosprawnym komunikowanie wprost innym osobom swoich oczekiwań i, na zasadzie sprzężenia zwrotnego, zyskują oni szansę na bardziej autentyczne wsparcie i bezpośrednią mobilizację. Zwiększa to również ich

udział w funkcjonowaniu organizacji i umożliwi traktowanie przez inne podmioty organizacji jako osoby pełnowartościowe i mające wiele do zaoferowania organizacji.

Można podejrzewać, że preferencja innowacyjnej kultury organizacyjnej wiąże się ze sposobem traktowania przez tych niepełnosprawnych wszystkich zmian jako alternatywnych możliwości działania, nie zaś jako przeszkód, przed którymi należy się wycofywać lub je omijać.

Wiek wpływa na umiejscowienie w indywidualnym systemie aksjologicznym człowieka wartości, jaką jest zdrowie. Im wyżej badani niepełnosprawni cenią sobie własne zdrowie, tym bardziej są skłonni przyjmować postawy przeciwdziałające niepełnosprawności, przejawiając wysoki poziom aktywności.

W tabeli 7 zawarto model wyjaśniający przyczyny ujawniania się postawy wobec choroby rozumianej jako kara i obciążenie finansowe.

Tabela 7. Model korelacji dla postawy wobec choroby, pojmowanej jako kara i obciążenie finansowe, jako zmiennej zależnej ($R=0,37$; $R^2=17\%$)

Zmienna niezależna	Współczynnik regresji	Beta	Test	Istotność współczynnika regresji	
				t	p
Otwartość na doświadczenie	- 0,21	- 0,42	lewostr.	-3,17	0,04
Preferencja typu TP – partnerskiego kultury organizacyjnej	-0,17	- 0,29	prawostr.	3,18	0,008
Preferencja wartości – samodzielność*	0,24	0,46	prawostr.	3,22	0,005
Wyraz wolny	4,55				

*wartości instrumentalne

Tabela 7 przedstawia wyodrębniony w badaniu model kształtowania się postawy wobec choroby pojmowanej w kategoriach sankcji i obciążenia finansowego.

Stwierdzono, że otwartość na doświadczenie nie sprzyja ujawnianiu tego typu postawy ($\beta=-0,42$, $p<0,04$). Ujawniania analizowanego typu postawy nie intensyfikuje (stwierdzona ujemna korelacja) preferencja partnerskiego typu kultury organizacyjnej ($\beta=-0,29$, $p<0,008$). Wręcz przeciwnie, deklarowana wysoka ranga samodzielności w indywidualnej preferencji wartości instrumentalnych zwiększa szansę na wystąpienie tego typu postawy u badanych ($\beta=0,46$, $p<0,05$).

Interpretując przedstawiony w tabeli nr 7 model zależności, można przypuszczać, że osoby przejawiające wysokie nasilenie otwartości na doświadczenie ujawniają równocześnie predyspozycję do traktowania swojej niepełnosprawności lub choroby jako jednego z doświadczeń życiowych, które wymaga aktywnego ustosunkowania, a w mniejszym stopniu usprawiedliwienia (za takie można uznać traktowanie niepełnosprawności jako kary) i dlatego nie interpretują dysfunkcji jako istotnego obciążenia czy sankcji.

Akcentowanie samodzielności, jako istotnej wartości instrumentalnej sprzyja kształtowaniu się postawy ciemniejszego, gdyż choroba jest przez takiego chorego pojmowana jako istotny element uzależniający od wspomagających go w jego niepełnosprawności oraz ograniczający lub wręcz uniemożliwiający swobodne wybory i decyzje.

Chory, doświadczając własnej podmiotowości może nabierać poczucia sprawstwa i możliwości wpływania na procesy zdrowienia, a to odsuwa spojrzenia na chorobę w kategoriach ograniczenia i bezwolnego poddawania się niepełnosprawności jako sankcji.

Wnioski

Badania potwierdziły istnienie związku pomiędzy preferencją określonych wartości a postawą wobec własnej choroby – niepełnosprawności.

Wykazano istnienie przyczynowego, choć nie całkowicie autonomicznego związku zmiennych, obejmujących preferencję wartości (występują również modyfikatory osobowościowe), w którym przypisywanie przez badanego wyższej rangi w zakresie wartości ostatecznych wewnętrznemu spokojowi i harmonii, a w dziedzinie wartości instrumentalnych – samodzielności, prowadzi do kształtowania się postawy wobec choroby pojmowanej jako cierpienie, przykrość, utrata wartości. Postawa taka charakteryzuje się raczej negatywnym stosunkiem do samego siebie, roz-

goryczeniem, poczuciem krzywdy, próbami obarczania bliskich odpowiedzialnością za leczenie i własną niepełnosprawność. Młodzież ujawniająca taki typ postawy częściej przyjmuje postawę pasywną i roszczeniową.

Z przyjęciem postawy charakterystycznej dla pojmowania choroby jako wartości duchowej, współwystępuje eksponowanie przez badanych następujących wartości instrumentalnych: czynności i opanowania, a w dziedzinie wartości ostatecznych – zbawienia. Można sądzić, że wyodrębniony model zależności stanowi o próbie przewartościowania sytuacji, w jakiej znajdują się młodzi niepełnosprawni, korespondujący z wynikami analiz S. Sadowskiej²⁵ oraz rezultatami badań podejmowanymi w nieco odmiennych kontekstach empirycznych w odniesieniu do wyselekcjonowanych grup schorzeń narządu ruchu, a dotyczącymi problematyki postaw wobec własnej niepełnosprawności w koegzystencji z warunkami środowiskowo-organizacyjnymi²⁶.

W badaniach nie wykazano, by istniała zależność pomiędzy indywidualną hierarchią wartości a manifestowaniem przez badanych postawy wobec choroby – niepełnosprawności, charakterystycznej dla pojmowania jej w kategoriach korzyści i ulgi, co może być związane z istotnie modyfikującym (ujemnym) wpływem pozostałych zmiennych, wyodrębnionych w badaniu i charakteryzowanych w innych częściach pracy, m.in.: profilu osobowości, preferencji innowacyjnego typu kultury organizacyjnej, wieku oraz bogatej wiedzy o niepełnosprawności, a także jej genезie i metodach leczenia.

Interesującym dla praktycznego wymiaru niniejszego opracowania jest wykazany związek pomiędzy akcentowaniem przez badanych znaczenia wartości ostatecznej – zdrowie, a aktywną postawą wobec choroby, charakterystyczną dla interpretacji zmian, które powodują ujmowanie pełnej sprawności i zdrowia jako życiowego wyzwania.

Preferowanie przez badanych wartości instrumentalnej – samodzielność – współwystępuje, a dzięki wyodrębnieniu zależności przyczynowych można uznać, iż sprzyja ujawnianiu postawy wobec choroby, zwa-

²⁵ S. Sadowska, *Ku edukacji zorientowanej na zmianę społecznego obrazu osób niepełnosprawnych*, Toruń 2005.

²⁶ K. Dropowa, I. Solecka, K. Gerc, M. Figarska, *Dziecko niepełnosprawne ruchowo jako podmiot oddziaływań edukacyjno-wychowawczych w warunkach rehabilitacji szpitalnej*, „Postępy Rehabilitacji” nr 3/2000; G. Makiello-Jarża, K. Gerc, *Konsekwencje psychologiczne niepełnosprawności ruchowej o podłożu neurologicznym w ujęciu rozwojowym*, „Przegląd Lekarski”, t. 55, nr 4/1998.

nej postawą ukaranego. Osoby, które cenią sobie autonomiczność oraz niezależność własnych egzystencjalnych i aksjologicznych wyborów, chorobę związaną z niepełnosprawnością postrzegają jako obciążenie finansowe i karę.

Bibliografia

- Brzozowski P. (1996), *Skala Wartości M. Rokeacha – podręcznik*, Warszawa.
- Brzozowski P. (1997), *Skala Wartości – Polska wersja testu Milтона Rokeacha*, [w:] *Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej*, red. R.Ł. Drwa, Lublin.
- Dolata E. (1991), *Aspekty filozoficzne psychologii wartości*, [w:] *Wykłady w KUL*, t. 5, Lublin.
- Dropowa K., Solecka I., Gerc K., Figarska M. (2000), *Dziecko niepełnosprawne ruchowo jako podmiot oddziaływań edukacyjno-wychowawczych w warunkach rehabilitacji szpitalnej*, „Postępy Rehabilitacji” nr 3.
- Ferguson G.A., Takane Y. (1999), *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*, Warszawa.
- Frankl V. E. (1984), *Homo patiens*, Warszawa.
- Friedman H.S. (2003), *Uzdrowiająca osobowość*, Gdańsk.
- Hollender M.H. (1987), *Psychologia w praktyce lekarskiej*, Warszawa.
- Jaspers K. (1990), *Filozofia egzystencji*, Warszawa.
- Kielanowski T. (1980), *Człowiek, jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia*, Gdańsk.
- Makiełło-Jarża G., Gerc K. (1998), *Konsekwencje psychologiczne niepełnosprawności ruchowej o podłożu neurologicznym w ujęciu rozwojowym*, „Przegląd Lekarski”, t. 55, nr 4.
- Osińska K. (1990), *Umiejętność chorowania*, [w:] *eadem, Refleksje nad etyką lekarską*, Warszawa.
- Popielski K. (1996), *Wartości i ich znaczenie w życiu ludzi*, [w:] *idem, Człowiek – wartość – sens. Studia z psychologii egzystencjalnej*, Lublin.
- Sadowska S. (2005), *Ku edukacji zorientowanej na zmianę społecznego obrazu osób niepełnosprawnych*, Toruń.
- Sheridan Ch., Radmacher S.A. (1998), *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Warszawa.
- Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M. (1998), *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae*, Warszawa.

Streszczenie

Postęp w dziedzinie nauk medycznych i humanistycznych otworzył nowe perspektywy rozwoju różnych, wspólnych dla tych dyscyplin, bardziej efektywnych form oddziaływań terapeutycznych, podejmowanych wobec dzieci i młodzieży niepełnosprawnych ruchowo i przewlekłe chorych.

Poznanie relacji zachodzącej pomiędzy indywidualną hierarchią wartości człowieka a jego postawą wobec własnej niepełnosprawności zyskuje dziś coraz istotniejsze znaczenie w postępowaniu leczniczo-rehabilitacyjnym. Stwierdzony fakt powoduje, że w ciągu ostatnich lat pojawiają się w dziedzinie naukowej dyskusji o niepełnosprawności ruchowej rozmaite koncepcje usprawnienia cyklu rehabilitacji i kształcenia młodzieży, posługujące się parametrami z wielu dziedzin nauk medycznych (głównie neurologii i rehabilitacji) oraz psychologii. Skuteczność proponowanych oddziaływań rozpatrywana jest współcześnie w perspektywie postaw, hierarchii wartości oraz utrwalonych wzorów zachowań młodych niepełnosprawnych.

Podjęcie analiz empirycznych, dotyczących uwarunkowań postaw wobec choroby młodzieży niepełnosprawnej ruchowo wydaje się być niezwykle istotne z przyczyn etycznych, psychologicznych oraz ekonomicznych. Wszystkie one wpływają na kreowanie ogólnej strategii pracy edukacyjno-terapeutycznej z tą grupą adolescentów oraz jej efektywność.

Artykuł zawiera prezentację wyników badań, przeprowadzonych przez autora na grupie 280 pacjentów z dysfunkcją narządu ruchu w wieku 16–19 lat. Interesujący dla praktycznego wymiaru przedstawianego opracowania jest wykazany związek pomiędzy akcentowaniem przez badanych znaczenia wartości ostatecznej – zdrowie a aktywną postawą wobec choroby, charakterystyczną dla interpretacji zmian, które powodują ujmowanie pełnej sprawności i zdrowia jako życiowego wyzwania. Implikacja ta jest ważna, ponieważ dla organizacji, odwołującej się w swojej misji do różnych wymiarów perspektywy szeroko rozumianego zdrowia, może oznaczać szansę skutecznego motywowania młodych niepełnosprawnych do podejmowania trudów rehabilitacji, a poprzez oddziaływania ukierunkowane na zmianę postaw może też stanowić cenne odniesienie profilaktyczne.