

## Samoocena osób z niepełnosprawnością w świetle wybranej literatury i badań własnych

### Streszczenie

Niepełnosprawność stanowi poważny problem społeczny, ale też przedmiot zainteresowań wielu dyscyplin naukowych. Niniejszy artykuł wpisuje się w obszar badań tematycznych i dotyczy samooceny oraz postaw osób z niepełnosprawnością. Treści artykułu koncentrują się wokół aspektów teoretycznych kluczowych kategorii: niepełnosprawność i samoocena oraz obejmują przegląd badań w tym zakresie, z włączeniem aktualnych badań prowadzonych przez autora tekstu, które są fragmentem szerszego ujęcia badawczego realizowanego w ramach pracy naukowej. Artykuł ma charakter badawczy, stąd dyskusja i implikacje do praktyki, które stanowią podsumowanie i jednocześnie konkluzję przeprowadzonych analiz.

**Słowa kluczowe:** niepełnosprawność, osoba niepełnosprawna, samoocena, postawa

### Self-assessment of people with disabilities in the light of selected literature and own research

### Abstract

Disability stands for a serious social problem, and the object of interest of many scientific disciplines. This article is part of a thematic research area and refers to the self-assessment and attitudes of people with disabilities. The article is focused on the theoretical aspects of key categories: disability and self-assessment, and include a review of research in this area, including the current research conducted by the author of the text, being a part of a wider research carried out as part of his scientific work. The article is of scientific nature, hence the discussion and implications for practice that are a summary and, at the same time, a conclusion of the analyzes.

**Keywords:** disability, a disabled person, self-assessment, attitude

## Wprowadzenie

Problem niepełnosprawności rozpatruję z perspektywy zawodowej pedagoga oraz z własnej perspektywy osoby dotkniętej niepełnosprawnością. Stanowi to uzasadnienie dla podjęcia tej tematyki badawczej, której przedmiotem są postawy osób wobec zjawiska niepełnosprawności i ich związek z samooceną. Analizy teoretyczno-praktyczne wymagają wyjaśnienia czy określenia podstawowych

pojęć i terminów używanych w niniejszej pracy, jakimi są: niepełnosprawność, osoba niepełnosprawna, samoocena, postawa.

– **Niepełnosprawność** – to odchylenie od normy rozwoju fizycznego lub umysłowego czy dojrzałości społecznej, powodujące utrudnienia i ograniczenia rozwojowo-funkcjonalne. Wiąże się z nią zazwyczaj również tzw. niepełnosprawność społeczna, czyli niemożność pełnego funkcjonowania w społeczeństwie.

– **Osoba niepełnosprawna** – to taka osoba, u której uszkodzenie i obniżony poziom 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.

– **Samoocena** – jest to postawa wobec siebie samego, swoich cech, możliwości, zdolności i wad, stanowiąca emocjonalny komponent obrazu własnej osoby, czyli zespół różnorodnych sądów i opinii, które jednostka odnosi do siebie, a dotyczą one fizycznych, psychicznych i społecznych właściwości danego człowieka.

– **Postawa** – tendencja do zachowania się w specyficzny sposób wobec jakiejś osoby, sytuacji czy problemu, czyli ogólniej mówiąc, jakiegoś przedmiotu, na który jest skierowana.

## Niepełnosprawność i jej oblicza

Problem niepełnosprawności istniał na całym świecie od wieków i istnieje nadal. Jednak w wielu krajach, w tym także w Polsce, nie mówiło się o nim zbyt wiele. Dopiero stosunkowo niedawno informacje na temat niepełnosprawności zaczęły się pojawiać na szerokim forum. Zainteresowanie tą problematyką staje się coraz większe i powszechniejsze, czego efektem są zmiany, jakie pojawiły się zarówno u osób zdrowych, jak i niepełnosprawnych. Zmianie ulega podejście społeczeństwa do niepełnosprawności, a przede wszystkim zmieniają się **postawy** osób zdrowych wobec ludzi nią dotkniętych. Coraz mniej powszechna staje się postawa izolacji i dyskryminacji. Obecnie osoby niepełnosprawne starają się być aktywne. Mają coraz większe szanse rozwoju oraz normalnego życia wśród ludzi zdrowych. Właściwe postawy ludzi sprawnych wpływają też pozytywnie na poziom ich samooceny oraz postawy wobec siebie samych oraz innych ludzi. Trzeba jednak pamiętać o tym, że w większości przypadków niepełnosprawność stanowi duże utrudnienie i osobistą tragedię każdego, kto został nią dotknięty. Potrzeba wiele sił oraz wewnętrznej determinacji do walki z nią, a także do udowodnienia innym i sobie, że „[...] nie ma [jak mawiała Maria Grzegorzewska] kaleki, a jest człowiek”. Człowiek wprawdzie z ułomnością, obwarowany skazą natury biologicznej i społecznej, ale przecież zawsze człowiek<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Zob. J. Kirenko, *Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności*, Lublin, Wydawnictwo UMCS, 2006

Pojęcie „niepełnosprawność” pojawia się w wielu naukach społecznych, m.in.: w pedagogice specjalnej, psychologii, socjologii, a także w medycynie oraz rehabilitacji. Jest obecne także w wielu aspektach ludzkiego życia, dlatego to pojęcie ma szerokie znaczenie. Niepełnosprawność zazwyczaj powoduje niemożność pełnego funkcjonowania w społeczeństwie i obejmuje różne ograniczenia funkcjonalne wynikające z uszkodzenia zdolności wykonywania określonej czynności w sposób uważany w danym społeczeństwie za normalny, typowy dla życia ludzkiego. Ograniczenia te powodują dla osoby niepełnosprawnej różnego rodzaju skutki: fizyczne, psychiczne i społeczne<sup>2</sup>. Według większości autorów i dostępnej literatury wyróżniamy następujące rodzaje niepełnosprawności:

1. **Niepełnosprawność sensoryczna** – polega na uszkodzeniu zmysłów wzroku, słuchu, a także mowy.
2. **Niepełnosprawność fizyczna** – polega na uszkodzeniu narządu ruchu.
3. **Niepełnosprawność psychiczna (intelektualna)** – upośledzenie umysłowe lub choroby psychiczne.
4. **Choroby przewlekłe** – np. choroby układu krążenia, układu oddechowego, cukrzyca, epilepsja, nowotwory<sup>3</sup>.

W krajach Unii Europejskiej przyjmuje się następującą definicję **osoby niepełnosprawnej**: „Niepełnosprawny to osoba, która z powodu urazu, choroby lub wady wrodzonej ma poważne trudności albo nie jest zdolna wykonywać czynności, które osoba w tym samym wieku jest zdolna wykonywać”. W podobny sposób pojęcie osoby niepełnosprawnej definiuje Karta Praw Osób Niepełnosprawnych – Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 roku<sup>4</sup>. Uznaje ona, iż: „[...] osobą niepełnosprawną jest osoba, której sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych”. Powyższe próby definiowania niepełnosprawności pokazują jej szerokie pojmowanie i niejednoznaczność rozumienia, co akcentuje złożoność i wieloaspektowość problemu.

## Samoocena i jej rodzaje

Uwzględniając psychiczne i społeczne skutki niepełnosprawności, chciałbym skoncentrować się na **samoocenie** osób z niepełnosprawnością. Jest to termin psychologiczny, który ma różne definicje. Według L. Niebrzydowskiego (1989) jest ona elementem systemu wiedzy człowieka o sobie samym. Stanowi trzon

<sup>2</sup> Zob. J. Kirenko, P. Gindrich, *Odkrywanie niepełnosprawności wzrokowej w nauczaniu włączającym*, Lublin, Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. Wincentego Pola, 2007

<sup>3</sup> Zob. T. Majewski, *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*, Warszawa, Wydawnictwo Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, 1995

<sup>4</sup> Karta Praw Osób Niepełnosprawnych – Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 roku, (M.P. nr 50 poz. 475)

obrazu własnej osoby, istotny składnik świadomości samego siebie, jest nierozwalnie związana z pojęciem o sobie samym, gdyż bez niej nie byłoby możliwe określenie własnej istoty ani wyodrębnienie siebie ze środowiska<sup>5</sup>. Samoocena stanowi pewnego rodzaju teorię na swój własny temat, odnoszącą się głównie do wewnętrznych czynników, od których zależy realizacja stawianych sobie celów. Interesujące podejście do omawianego zagadnienia można odnaleźć w poglądach E. Aronsona, T. D. Wilsona i R. M. Akerta (2006), którzy pod pojęciem samooceny rozumieją dokonywane przez ludzi oszacowania wartości samych siebie, to znaczy rozmiaru, w jakim spostrzegają siebie jako dobrych, kompetentnych i przyzwoitych<sup>6</sup>. Według N. Brandena (1998) samoocena składa się z dwóch współzależnych czynników. Pierwszy z nich to wiara we własną skuteczność – rozumiana jako zaufanie do własnego umysłu, umiejętność myślenia, uczenia się, dokonywania wyborów i podejmowania decyzji. Drugi czynnik to szacunek do siebie – czyli przekonanie człowieka, że ma prawo do szczęścia i powodzenia, że jest jednostką wartościową oraz zasługuje na zaspokojenie swoich potrzeb czy pragnień. Oznacza także osiąganie tego, co dla danej osoby jest ważne. Można zatem przyjąć, iż jest to postawa wobec siebie samego, swoich cech, możliwości, zdolności i wad, stanowiąca emocjonalny komponent obrazu własnej osoby, czyli zespół różnorodnych sądów i opinii, które jednostka odnosi do siebie, a dotyczą one fizycznych, psychicznych i społecznych właściwości danego człowieka. Z samooceną często związane są takie pojęcia, jak: obraz własnej osoby, poczucie własnej wartości, miłość własna, samowiedza, Ja, samoakceptacja. Są one niekiedy bardzo do siebie zbliżone i traktowane synonimicznie. Problematyka obrazu własnej osoby oraz samooceny jest dość mocno powiązana z zagadnieniem poczucia własnej wartości. Podobnie jak samoocena, jest ono jednym z głównych regulatorów ludzkiego zachowania, mającym wpływ na stosunek jednostki do rzeczywistości, do ludzi i do samego siebie.

W literaturze możemy spotkać wiele rodzajów samooceny. Autorzy dokonują jej podziałów ze względu na różne kryteria i czynniki. Tabela 1 przedstawia najczęściej wymieniane rodzaje samooceny i ich krótką charakterystykę.

W związku z samooceną możemy wyróżnić dwa przeciwstawne rodzaje postaw człowieka wobec samego siebie. Pierwszą z nich jest postawa samoakceptacji, czyli pozytywne postrzeganie własnej osoby, wiara we własne siły i umiejętności. Drugą natomiast jest samoodtrącenie – negatywne postrzeganie i nieufność wobec siebie, poczucie niższości, brak wiary w siebie.

<sup>5</sup> Zob. L. Niebrzydowski, *Psychologia wychowawcza – samoświadomość, aktywność, stosunki interpersonalne*, Warszawa, Wydawnictwo PWN, 1989

<sup>6</sup> Zob. E. Aronson, R. M. Akert, T. D. Wilson, *Psychologia społeczna – serce i umysł*, Poznań, Wydawnictwo Zysk i S-ka, 1997

**Tabela 1 Rodzaje samooceny i ich charakterystyka**

Lp.	Kryterium podziału	Rodzaje samooceny	Charakterystyka
1.	Ze względu na stopień ogólności	globalna (ogólna)	Dotyczy całej osobowości.
		parcjalna	Odnosi się do jednej cechy.
2.	Ze względu na poziom	wysoka	Związana jest z niewielką rozbieżnością między Ja realnym a Ja idealnym. Charakteryzuje się zadowoleniem z własnych działań i z siebie samego.
		niska	Wiąże się z poczuciem bezradności i przekonaniem, że jest się gorszym od innych. Oznacza brak wiary we własne siły, niezadowolenie z siebie, szybkie rezygnowanie z podjętych zadań i ograniczoną aktywność.
3.	Ze względu na trwałość	stabilna	Jest względnie stała i nie ulega zbyt gwałtownym i nieoczekiwanym zmianom.
		niestabilna	Charakteryzują ją częste zmiany poglądów na swój temat i duże wahania w zakresie poziomu aspiracji. Może ona oznaczać niedojrzałość osobowości lub zaburzenia procesów emocjonalnych.
4.	Ze względu na zgodność i trafność samooceny z faktycznymi możliwościami jednostki	adekwatna	Występuje wtedy, gdy człowiek prawidłowo ocenia swoje możliwości i umiejętności.
		nieadekwatna (zawyżona lub zaniżona)	Nie odpowiada ona rzeczywistym możliwościom jednostki. Z samooceną zaniżoną mamy do czynienia wówczas, gdy człowiek przypisuje sobie mniejsze możliwości niż w rzeczywistości posiada. Osoby takie nie doceniają siebie i nie wierzą we własne siły. Zawyżona samoocena występuje wtedy, gdy człowiek przecenia swoje możliwości, jest zbyt pewny siebie i podejmuje się zadań, których nie jest w stanie wykonać. Często naraża się na zawód i frustrację.
5.	Ze względu na wartość	pozytywna	Występuje wtedy, gdy człowiek akceptuje sam siebie, jest przygotowany na pokonywanie różnych trudności i wytrwale dąży do postawionego sobie celu.
		negatywna	Występuje wtedy, gdy człowiek dostrzega u siebie duże rozbieżności pomiędzy tym, jaki jest (Ja realne) a tym, jaki chciałby być (Ja idealne), ocenia siebie negatywnie, czuje smutek i przygnębienie.
6.	Ze względu na pewność sądów i opinii człowieka na temat samego siebie	pewna	Występuje wtedy, gdy jednostka jest pewna swojej wartości i swoich przekonań o sobie samym.
		zagrożona	Występuje wtedy, gdy jednostka nie jest dość pewna swojej wartości i często wątpi w to, czy podejmowane prze nią zadania odniosą sukces. Osoby takie są bardzo wrażliwe na krytykę ze strony innych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: D. Wosik-Kawala, *Korygowanie samooceny uczniów gimnazjum*, Lublin, Wydawnictwo UMCS, 2007

## **Czynniki wpływające na kształtowanie się samooceny osób z niepełnosprawnością**

Kształtowanie się samooceny i obrazu własnej osoby rozpoczyna się od samego początku życia jednostki. Mają na nie wpływ praktycznie wszystkie zdarzenia, uczucia i emocje, jakich człowiek doświadcza w swoim życiu. Bardzo dużą rolę odgrywa przede wszystkim środowisko społeczne, które go otacza i w którym się wychowywał. Podstawowym środowiskiem wychowawczym jest rodzina. To w niej przekazywane są podstawowe normy, wartości i wzorce zachowań. Jest ona podstawową grupą społeczną, w której kształtuje się obraz samego siebie, samoocena i samoakceptacja dziecka. Właściwy przebieg interakcji rodzinnych i małżeńskich ma bardzo duży wpływ na pozytywną samoocenę i postawy osób niepełnosprawnych. Bardzo istotną rolę odgrywają postawy rodziców. Dla prawidłowej samooceny dziecka, a w szczególności tego z niepełnosprawnością, szczególne znaczenie ma postawa akceptacji rodziców. Powinni oni akceptować dziecko bez względu na to, jakie ono jest, ze wszystkimi jego wadami i niedoskonałościami, skupiać się na jego zaletach i mocnych stronach, podkreślać je i cieszyć się z każdego jego sukcesu. Dziecko, które jest kochane i cenione przez rodziców, ma poczucie bezpieczeństwa, a jego stosunek do siebie i świata jest pozytywny. Kiedy rodzice prezentują wobec dziecka postawę odrzucenia i odtrącenia, odczuwa ono lęk, nie czuje się nikomu potrzebne i negatywnie postrzega siebie. Dziecko powinno mieć poczucie, że w każdej chwili może liczyć na pomoc i wsparcie swoich rodziców, którzy mają za zadanie stymulować jego rozwój, motywować je i zachęcać do działania zgodnie z jego możliwościami. Bardzo niekorzystna może być dla niego i dla jego samooceny postawa nadmiernie chroniąca ze strony rodziców. Wyręczają oni we wszystkim swoje dziecko, które według nich jest już i tak wystarczająco skrzywdzone przez los. Często panuje bowiem stereotyp, że osoba niepełnosprawna jest całkowicie niesamodzielną i przez całe życie będzie skazana na pomoc innych. Nie jest to jednak prawdą. Rodzice prezentujący postawę nadmiernie chroniącą mogą przyczyniać się do hamowania rozwoju i naturalnej aktywności dziecka, a tym samym obniżać jego samoocenę. Oprócz rodziny, kluczowym czynnikiem dla ukształtowania prawidłowego i pozytywnego obrazu siebie osób niepełnosprawnych są postawy społeczne innych ludzi. Ważne są tu przede wszystkim postawy kolegów, koleżanek, nauczycieli. Jeśli będą one prawidłowe, odznaczające się akceptacją oraz zrozumieniem, to osoby niepełnosprawne będą prawidłowo postrzegać siebie same i otaczający je świat.

U osób niepełnosprawnych znaczącymi czynnikami mającymi wpływ na poziom ich samooceny są: rodzaj niepełnosprawności, czas jej trwania oraz stopień zaakceptowania swojej niesprawności i ograniczeń z niej wynikających. Jest to podstawą pozytywnego postrzegania swojej osoby i poczucia własnej wartości. Zdarza się dość często, że młodzi ludzie niepełnosprawni zamykają się w sobie, nie rozmawiają z bliskimi

o swoich problemach, wycofują się z życia towarzyskiego. Związane jest to z brakiem akceptacji własnej niepełnosprawności. Szczególnie trudno jest zaakceptować niepełnosprawność nabytą, która często wystąpiła nagle i niespodziewanie, np. na skutek wypadku. Świat takich osób zmienia się całkowicie, nie są do tego przygotowani i niezwykle trudno jest im pogodzić się z tym, co je spotkało. Muszą uporać się z poczuciem straty (w tym przypadku jest to utrata sprawności lub zdrowia w pewnym zakresie).

Problem samooceny jest też szczególnie ważny wtedy, gdy mamy do czynienia z poważną niepełnosprawnością fizyczną, sensoryczną (np. całkowita utrata wzroku, słuchu, utrata zdolności mowy) lub ciężkimi chorobami (np. nowotworowymi). Osoby nimi dotknięte mogą odczuwać szereg negatywnych uczuć i negatywnych emocji wpływających na własne postrzeganie siebie. Emocjami tymi mogą być:

1. Frustracja spowodowana trudnościami z poruszaniem się i przemieszczaniem, trudnościami z odbieraniem bodźców ze środowiska zewnętrznego oraz trudnościami w komunikacji z najbliższymi.
2. Uczucie smutku, żalu, depresji z powodu zaistniałej sytuacji.
4. Poczucie osamotnienia i wyizolowania spowodowane niekiedy poważnym ograniczeniem uczestnictwa w życiu społecznym i towarzyskim lub koniecznością długotrwałego pobytu w szpitalu z powodu choroby.
5. Problemy z zaakceptowaniem swojego wyglądu zewnętrznego. Z tych właśnie powodów poziom samooceny osób niepełnosprawnych ruchowo może być znacznie niższy niż osób sprawnych.
6. Poczucie braku nadziei i braku perspektyw spowodowane przeszkodami w realizacji własnych aspiracji i planów życiowych.

## **Przegląd wybranych badań nad samooceną osób z niepełnosprawnością**

Na przestrzeni wielu lat dokonywano szeregu badań związanych z samooceną osób niepełnosprawnych i czynników mających na nią wpływ. Najczęstszym tematem badań był wpływ różnych rodzajów niepełnosprawności na samoocenę jednostki. W dawniejszych latach okazywała się ona znacznie niższa niż u osób pełnosprawnych, np. wyniki badań przeprowadzonych przez H. Larkową (1974) wykazywały, że cechy, które przypisywała sobie badana młodzież niepełnosprawna, znacznie odbiegały od tych wybieranych przez osoby pełnosprawne. Obecnie sytuacja zmienia się na lepsze, na co wpływ zdecydowanie ma poprawiający się stosunek społeczeństwa osób zdrowych do osób z niepełnosprawnością. Ludzie pełnosprawni stają się coraz bardziej empatyczni, wrażliwi i otwarci na potrzeby osób niepełnosprawnych.

J. Kirenko i M. Korczyński (2008) zbadali postawy osób z niepełnosprawnością wobec niepełnosprawności. W większości przypadków były one pozytywne i często zbliżone do prawidłowych postaw, jakie wykazywały osoby pełnosprawne. Badania

pokazały również, że osoby niepełnosprawne, których postawy były pozytywne (zwłaszcza postawa akceptacji wobec niepełnosprawności), same akceptują swoją niepełnosprawność i swój wygląd zewnętrzny. W związku z tym ich samoocena jest pozytywna i adekwatna. Osoby takie z chęcią podejmują kontakty społeczne zarówno z ludźmi sprawnymi, jak i niepełnosprawnymi. Im wyższy jest ich poziom samoakceptacji, tym bardziej pozytywne postawy wobec osób zdrowych<sup>7</sup>.

Równie często podejmowanym tematem badań był wpływ samooceny osób niepełnosprawnych na ich aspiracje i plany życiowe. Z badań przeprowadzonych przez E. Drozd (1999) wynikało, że ok. połowa badanych osób niepełnosprawnych chciałaby po zakończeniu szkoły średniej rozpocząć naukę w szkole pomaturalnej, a tylko 27% na studiach wyższych. W przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową ważnym problemem są również bariery architektoniczne, które napotkać mogą w budynkach uczelni lub w akademikach. Mogą mieć one duży wpływ na ich decyzje dotyczące dalszego kształcenia. Po skończeniu nauki w liceum tylko 17% badanych uczniów niepełnosprawnych planowało rozpoczęcie pracy, pozostali myśleli o założeniu rodziny<sup>8</sup>. Obecnie sytuacja poprawia się, co ma związek z ograniczeniem wielu barier społecznych i architektonicznych dotyczących osób niepełnosprawnych. Powstaje coraz więcej szkół dostosowanych do potrzeb uczniów niepełnosprawnych i o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Zmienia się podejście nauczycieli, którzy posiadają o wiele większą wiedzę i przygotowanie z zakresu pedagogiki specjalnej niż chociażby kilkanaście lat temu. Według badań m.in. G. Kwaśniewskiej (2006) coraz więcej osób niepełnosprawnych ma szansę kształcić się na wyższych uczelniach, realizować swoje zamierzenia i plany życiowe<sup>9</sup>. Z pewnością przekłada się to pozytywnie na poziom ich samooceny i poczucia własnej wartości. Zainspirowany wynikami badań w obszarze moich zainteresowań, podjąłem próbę przeprowadzenia własnych badań, których wyniki prezentuję poniżej.

## Założenia metodologiczne badań własnych

Podstawowym problemem badawczym mojej pracy jest poziom samooceny osób niepełnosprawnych i jego porównanie z poziomem samooceny osób pełnosprawnych, co definiuję w następujących pytaniach:

1. Jaki jest ogólny poziom samooceny badanych osób niepełnosprawnych?
2. Jaki jest poziom samooceny osób niepełnosprawnych w porównaniu do osób pełnosprawnych?

<sup>7</sup> Zob. J. Kirenko, M. Korczyński, *Wobec niepełnosprawności*, Lublin, Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. Wincentego Pola, 2008

<sup>8</sup> Zob. E. Drozd, *Postawy rodziców dzieci niepełnosprawnych*, „Edukacja i dialog” 1999, Nr 10, s. 34–41

<sup>9</sup> Zob. G. Kwaśniewska, *Student z niepełnosprawnością – zadania i wyzwania*, [w:] *Jakość życia a niepełnosprawność – konteksty psychopedagogiczne*, red. Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska, Lublin, Wydawnictwo UMCS, 2006



W moich badaniach zastosowałem metodę sondażu diagnostycznego oraz technikę kwestionariusza. Użyty przez mnie narzędziem badawczym była Skala Samooceny W. H. Fittsa. Powstała ona na przełomie lat 50. i 60. w Stanach Zjednoczonych. Na język polski została przetłumaczona w 1975 r. przez Helenę Grzegółowską. Składa się ona ze stu twierdzeń. 10 z nich tworzy tzw. skalę samokrytyki, której wynik daje nam stopień obronności badanego. Pozostałe 90 twierdzeń stanowi skalę właściwą. Badany ma do dyspozycji 5 różnych odpowiedzi, z których musi zakreślić jedną. Są one ułożone w szeregu od 1 do 5. Poszczególne cyfry odpowiadają opiniom, w jakim stopniu badany zgadza się z danym twierdzeniem. Skala Samooceny W. H. Fittsa bada trzy poziomy: tożsamość, zadowolenie z siebie oraz zachowania, wokół których koncentruje się pięć sfer Ja: fizyczne, moralno-etyczne, osobiste, rodzinne i społeczne. Ja fizyczne dotyczy tego, jak jednostka postrzega swoje ciało, swój stan zdrowia, wygląd fizyczny, sprawność i seksualność. Ja moralno-etyczne uwzględnia moralne i etyczne wartości jednostki, takie jak stosunek do Boga, poczucie bycia dobrym lub złym człowiekiem, zadowolenie z wyznawanej religii lub jego brak. Ja osobiste odzwierciedla osobiste poczucie własnej wartości. Ja rodzinne ukazuje odczucia jednostki w odniesieniu do własnej wartości jako członka rodziny. Wreszcie Ja społeczne odbija poczucie własnej wartości jednostki, jakie ma ona w społecznych interakcjach z innymi ludźmi.

Badania przeprowadzałem na terenie Radomia. Grupę badawczą stanowili niepełnosprawni uczniowie jednego z radomskich liceów, a także podopieczni Fundacji Polskich Kawalerów Maltańskich w Radomiu. Grupa ta składała się z 30. osób. Byli to mężczyźni i kobiety w wieku, w granicach od 16. do 30. lat. Grupę porównawczą (kolejne 30 osób) stanowiły osoby pełnosprawne. Byli to uczniowie radomskich szkół średnich oraz studenci. Ich wiek kształtował się również w granicach od 16. do 30. lat.

**Tabela 2 Charakterystyka badanych osób ze względu na płeć**

PŁEĆ	Niepełnosprawni		Pełnosprawni	
	N	%	N	%
<b>Kobiety</b>	13	43,3%	19	63,3%
<b>Mężczyźni</b>	17	56,7%	11	36,7%
<b>RAZEM</b>	30	100%	30	100%

N – liczba badanych osób, % – procent badanych osób

Źródło: badania własne

Grupa badanych osób niepełnosprawnych składała się z większej liczby mężczyzn. Było ich 17., co stanowiło 56,7%. Kobiet było 13, co stanowiło 43,3%. W grupie porównawczej osób pełnosprawnych sytuacja była odwrotna. Tutaj większą liczbę stanowiły kobiety, których było 19 (63,3%). Mężczyzn było 11., czyli 36,7%.

**Tabela 3 Charakterystyka badanych osób ze względu na wiek**

WIEK	Niepełnosprawni		Pełnosprawni	
	N	%	N	%
<b>16–18</b>	16	53,3%	6	20%
<b>19–25</b>	14	46,7%	22	73,3%
<b>26–30</b>	0	0%	2	6,7%
<b>RAZEM</b>	30	100%	30	100%

Źródło: badania własne

Dla badanych przeze mnie osób przyjąłem trzy przedziały wiekowe: 16–18, 19–25 oraz 26–30 lat. Wśród osób niepełnosprawnych największą grupę stanowiła młodzież 16–18 roku życia. Było ich 16, co daje 53,3%. Następne w kolejności były osoby niepełnosprawne w wieku 19–25 lat, których było 14 (46,7%). Osób 26–30 lat nie było w tej grupie w ogóle. W grupie porównawczej osób pełnosprawnych najwięcej było osób w wieku 19–25 lat (22 osoby, czyli 73,3%). Znacznie mniej było osób w wieku 16–18 lat. Było ich 6, co stanowiło 20%. Osób w wieku 26–30 lat było tylko 2 (6,7%).

**Tabela 4 Charakterystyka badanych osób ze względu na wykształcenie**

WYKSZTAŁCENIE	Niepełnosprawni		Pełnosprawni	
	N	%	N	%
<b>Podstawowe</b>	0	0%	0	0%
<b>Zawodowe</b>	0	0%	0	0%
<b>Średnie</b>	23	76,7%	18	60%
<b>Wyższe</b>	7	23,3%	12	40%
<b>RAZEM</b>	30	100%	30	100%

Źródło: badania własne

Biorąc pod uwagę wykształcenie badanych osób, żadna z nich nie posiadała wykształcenia podstawowego lub zawodowego. Wszyscy badani mieli wykształcenie średnie bądź wyższe. Wśród osób z niepełnosprawnością największą liczbę stanowiły osoby z wykształceniem średnim (23 osoby, co stanowiło 76,7%). 7 badanych osób niepełnosprawnych (23,3%) posiadało wykształcenie wyższe. W grupie porównawczej także większą część stanowiły osoby z wykształceniem średnim. Było ich 18 (60%). Osób pełnosprawnych z wykształceniem wyższym było 12 (40%).

**Tabela 5 Charakterystyka badanych osób ze względu na stan cywilny**

STAN CYWILNY	Niepełnosprawni		Pełnosprawni	
	N	%	N	%
<b>Wolny</b>	28	93,3%	29	96,7%
<b>Mężatka/żonaty</b>	2	6,7%	1	3,3%
<b>RAZEM</b>	30	100%	30	100%

Źródło: badania własne

Uwzględniając stan cywilny badanych osób, większość z nich była stanu wolnego. W przypadku osób niepełnosprawnych było to 28 osób (93,3%), a w przypadku pełnosprawnych 29 osób (96,7%). 2 badane osoby niepełnosprawne (6,7%) posiadały męża lub żonę. U osób pełnosprawnych była to 1 osoba (3,3%).

**Tabela 6 Charakterystyka badanych osób ze względu na stan rodzinny**

STAN RODZINNY	Niepełnosprawni		Pełnosprawni	
	N	%	N	%
<b>Rodzina pełna</b>	25	83,3%	25	83,3%
<b>Rodzina niepełna</b>	5	16,7%	5	16,7%
<b>RAZEM</b>	30	100%	30	100%

Źródło: badania własne

Tyle samo osób niepełnosprawnych, jak i zdrowych (25 osób, co stanowiło 83,3%) pochodziło z pełnych rodzin. Z rodzin niepełnych pochodziło po 5 osób (16,7%).

**Tabela 7 Charakterystyka badanych osób ze względu na status materialny**

STATUS MATERIALNY	Niepełnosprawni		Pełnosprawni	
	N	%	N	%
<b>Wysoki</b>	1	3,3%	2	6,7%
<b>Średni</b>	28	93,3%	25	83,3%
<b>Niski</b>	1	3,3%	3	10%
<b>RAZEM</b>	30	100%	30	100%

Źródło: badania własne

28 badanych osób niepełnosprawnych (93,3%) postrzegało swój status materialny jako średni. 1 osoba niepełnosprawna (3,3%) uważała, że jej status materialny jest wysoki. Również 1 osoba (3,3%) stwierdziła, że jest niski. Także większość osób pełnosprawnych (25 osób, co stanowiło 83,3%) uważała swój status materialny za średni. 3 osoby (10%) twierdziło, że ich status materialny jest niski, natomiast 2 osoby (6,7%), że jest on wysoki.

**Tabela 8 Charakterystyka badanych osób niepełnosprawnych ze względu na rodzaj niepełnosprawności**

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	N	%
<b>Ruchowa</b>	16	53,3%
<b>Sensoryczna</b>	10	33,3%
<b>Psychiczna (intelektualna)</b>	0	0%
<b>Choroby przewlekłe</b>	4	13,4%
<b>RAZEM</b>	30	100%

Źródło: badania własne

Ponad połowę badanych osób niepełnosprawnych stanowiły osoby niepełnosprawne ruchowo. Było to 16 osób (53,3%). Osób z niepełnosprawnością sensoryczną było 10, co stanowiło 33,3%. 4 osoby (13,4%) cierpiały na choroby przewlekłe.

**Tabela 9 Charakterystyka badanych osób niepełnosprawnych ze względu na stopień niepełnosprawności**

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	N	%
<b>Znaczny</b>	15	50%
<b>Umiarkowany</b>	11	36,7%
<b>Lekki</b>	4	13,3%
<b>RAZEM</b>	30	100%

Źródło: badania własne

Połowa badanych osób (15) to osoby niepełnosprawne w stopniu znacznym, 36,7% (11 osób) w stopniu umiarkowanym, natomiast 13,3% (4 osoby) w stopniu lekkim.

**Tabela 10 Charakterystyka badanych osób niepełnosprawnych ze względu na czas trwania niepełnosprawności**

CZAS TRWANIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	N	%
<b>Od urodzenia</b>	25	83,3%
<b>Nabyta</b>	5	16,7%
<b>RAZEM</b>	30	100%

Źródło: badania własne

Znaczna liczba badanych osób niepełnosprawnych (25 osób, co stanowiło 83,3%) była niepełnosprawna od urodzenia. Tylko w przypadku 5. osób (16,7%) była to niepełnosprawność nabyta.

## **Analiza uzyskanych wyników badań**

W Skali Samooceny W. H. Fittsa poziom samooceny obejmuje trzy poziomy funkcjonowania jednostki ujęte w trzech tzw. rzędach. Są to: tożsamość jednostki, akceptacja i zadowolenie z siebie oraz ocena własnego zachowania. Poziomy te obejmują z kolei pięć wymiarów Ja, tzw. kolumny. Są nimi: Ja fizyczne, Ja moralno-etyczne, Ja osobiste, Ja rodzinne oraz Ja społeczne. Oprócz tego Skala pozwala na obliczenie poziomu samokrytycyzmu osoby badanej, a także poziomu dystrybucji mówiącego o pewności, z jaką postrzega siebie badana osoba.

**Tabela 11 Średnie arytmetyczne uzyskane w poszczególnych wymiarach Skali Samooceny W. H. Fittsa – porównanie**

	<b>M Osoby niepełnosprawne</b>	<b>M Osoby pełnosprawne</b>	<b>P</b>
<b>P</b>	284,87	277,67	0,1184
<b>Suma rząd 1</b>	86,13	84,77	0,4000
<b>Suma rząd 2</b>	101,07	96,20	0,0322
<b>Suma rząd 3</b>	98,33	96,70	0,3820
<b>Suma kolumna A</b>	55,40	55,07	0,8056
<b>Suma kolumna B</b>	58,13	55,00	0,0247
<b>Suma kolumna C</b>	54,50	54,80	0,8003
<b>Suma kolumna D</b>	62,27	58,87	0,0278
<b>Suma kolumna E</b>	55,23	53,93	0,3889
<b>S.C.</b>	33,93	36,47	0,0236
<b>D</b>	123,40	123,87	0,9400

M – średnia arytmetyczna, p – współczynnik istotności, P – całkowita suma pozytywna, Suma rząd 1 – tożsamość jednostki, Suma rząd 2 – akceptacja siebie, Suma rząd 3 – ocena własnego zachowania, Suma kolumna A – Ja fizyczne, Suma kolumna B – Ja moralno-etyczne, Suma kolumna C – Ja osobiste, Suma kolumna D – Ja rodzinne, Suma kolumna E – Ja społeczne, S.C. – samokrytycyzm, D – poziom dystrybucji

Źródło: badania własne

W każdym przypadku współczynnik istotności okazał się większy od 0,005 ( $p > 0,005$ ). Zatem możemy stwierdzić, że wszystkie różnice między średnimi arytmetycznymi mogą nie być w stu procentach istotne statystycznie. Istnieje jednak prawdopodobieństwo, że mają one znaczenie.

Całkowita suma pozytywna (P) odzwierciedla ogólny poziom samooceny. Najwyższy wynik uzyskany w grupie badanych przez mnie osób niepełnosprawnych wynosił 344 pkt., natomiast najwyższy wynik w grupie porównawczej osób pełnosprawnych to 323 pkt. Wyniki surowe pozwoliły na obliczenie średnich arytmetycznych w każdej z grup. W grupie badawczej wynosiła ona 284,87, a w grupie porównawczej 277,67. Widzimy zatem, że badane osoby niepełnosprawne prezentowały wyższy ogólny poziom samooceny niż osoby pełnosprawne.

Aby dokładniej przeanalizować samoocenę obu badanych grup, należy uwzględnić wyniki uzyskane w 3. rzędach Skali Samooceny. Pierwszym z nich jest tożsamość jednostki. Osoba badana dokonuje w niej interpretacji postrzegania samego siebie. Osoby niepełnosprawne uzyskały tu nieco wyższą średnią (86,13) niż osoby pełnosprawne (84,77). Wynik ten świadczyć może o tym, iż badane osoby z niepełnosprawnością oraz osoby pełnosprawne postrzegają siebie dość pozytywnie. Jednak na tej podstawie nie można jeszcze dokładnie stwierdzić i porównać, jaki jest dokładny poziom samooceny u osób z grupy badawczej i porównawczej. Można jedynie powiedzieć, że u osób niepełnosprawnych był on

w miarę wysoki, a ich postrzeganie własnej osoby może być prawidłowe. Mogą zatem nie występować duże rozbieżności między ich Ja realnym a Ja idealnym. Drugi rząd odgrywa bardzo duże znaczenie w przypadku poziomu samooceny. Jest to akceptacja samego siebie. Odzwierciedla ona poziom zadowolenia jednostki z samego siebie. Osoby niepełnosprawne uzyskały tutaj również wyższą średnią niż osoby pełnosprawne. Średnia arytmetyczna u osób z niepełnosprawnością wynosiła 101,07, natomiast u osób pełnosprawnych 96,20. Różnica między średnimi jest więc wyższa niż w przypadku pierwszego rzędu. Jest to pozytywny wynik, gdyż świadczyć może o tym, że badane osoby niepełnosprawne nie tylko postrzegają siebie pozytywnie, ale także akceptują swoją niepełnosprawność i ograniczenia z niej wynikające. Można wywnioskować, że ich samoocena może być pozytywna i adekwatna. Możemy się zatem domyślać, że większość badanych osób niepełnosprawnych, akceptując siebie, stara się pokonywać napotkane trudności i jak najlepiej funkcjonować w społeczeństwie. Ostatnim, trzecim rzędem w skali W. H. Fittsa, jest ocena i stopień zadowolenia z własnego postępowania i zachowania. Tutaj również osoby niepełnosprawne uzyskały wyższy wynik niż osoby pełnosprawne. Średnia arytmetyczna w grupie badawczej wynosiła 98,33, a w grupie porównawczej 96,70. Na podstawie tego wyniku można wywnioskować, że badane osoby niepełnosprawne mogą być zadowolone ze swojego postępowania, zachowania oraz postaw, jakie prezentują.

Kolumna A Skali Samooceny W. H. Fittsa zawiera stwierdzenia dotyczące samooceny w zakresie Ja fizycznego. Mówi o tym, jak osoba badana postrzega swoje ciało, wygląd zewnętrzny, stan zdrowia, sprawność i atrakcyjność. Obydwie grupy, czyli zarówno osoby niepełnosprawne, jak i zdrowe, uzyskały w tym zakresie bardzo zbliżone do siebie wyniki. Ich średnie arytmetyczne wynosiły kolejno 55,40 i 55,07. Wynik ten jest bardzo pozytywny, zwłaszcza, że większość badanych osób niepełnosprawnych stanowią osoby z niepełnosprawnością ruchową (53,3%). W ich przypadku niepełnosprawność może mieć wpływ na wygląd zewnętrzny, a przede wszystkim na sprawność, gdyż są to osoby, których zdolność poruszania się i szybkiego przemieszczania jest znacznie ograniczona. Jednak, jak widać na podstawie uzyskanych wyników, większość z tych osób akceptuje swój wygląd i jednocześnie swoją niepełnosprawność. Można też domyślać się, że starają się oni pokonywać różnego rodzaju przeszkody i dają sobie dobrze radę w życiu codziennym. Kolumna B obejmuje opis własnego Ja w odniesieniu do wartości moralnych, stosunku do Boga, poczucia bycia „dobrym” lub „złym” człowiekiem oraz zadowolenia z wyznawanej religii. Osoby niepełnosprawne uzyskały tu wyższą średnią (58,13) niż osoby pełnosprawne (55,00). Różnica między średnimi jest wyższa niż w przypadku samooceny w zakresie Ja fizycznego. Oznacza to może, że badane osoby niepełnosprawne są bardziej zadowolone ze swojego postępowania moralnego i wyznawanych wartości niż osoby pełnosprawne. Mogą postrzegać siebie jako osoby uczciwe, prawdomówne i godne zaufania. Mogą być

też bardziej zadowolone ze swojego stosunku do wyznawanej religii niż osoby zdrowe. Kolumna C Skali Samooceny zawiera stwierdzenia odzwierciedlające osobiste poczucie własnej wartości, adekwatności własnej osoby oraz ocenę swojej osobowości w odrębności od swojego ciała i stosunku do innych ludzi. Podobnie jak w zakresie Ja fizycznego, osoby niepełnosprawne i pełnosprawne uzyskały zbliżone do siebie wyniki, jednak tym razem osoby zdrowe uzyskały wyższą średnią. Średnia w grupie badawczej wynosiła 54,50, a w grupie porównawczej 54,80. Wskazywać by to mogło, że badane osoby zdrowe mają wyższe poczucie własnej wartości niż jednostki niepełnosprawne. Należy jednak wziąć pod uwagę, że w wielu przypadkach w obu grupach może być ono nieznacznie zawyżone. Świadczyć o tym mogą wyższe wyniki uzyskane przez osoby badane w zakresie akceptacji samego siebie oraz oceny własnego postępowania niż wyniki w zakresie postrzegania siebie i własnej tożsamości. Taka sytuacja ma miejsce zarówno w grupie osób niepełnosprawnych, jak i osób zdrowych. Kolumna D to obszar samooceny odnoszący się do Ja rodzinnego. Wskazuje on na poziom samooceny osoby badanej w środowisku rodzinnym. Obrazuje on, jak dana osoba czuje się w swoim środowisku rodzinnym i jak w nim funkcjonuje. Wskazuje też na relacje między badaną osobą a członkami jej rodziny, np. rodzicami, rodzeństwem. Osoby niepełnosprawne uzyskały tu wyższy średni wynik (62,27) niż osoby zdrowe (58,87). Wskazywać to może na to, że prawidłowo funkcjonują one w swoich rodzinach, które zapewne są dla nich wsparciem. Szczególnie należy tu zwrócić uwagę na postawy rodziców. Gdy są one pełne akceptacji, zrozumienia i pomocy, to pozytywnie wpływają na kształtowanie się samooceny osoby niepełnosprawnej i jej poczucia własnej wartości. Ostatnia kolumna E obejmuje stwierdzenia dotyczące samooceny w zakresie Ja społecznego. Ukazują one, jak dana jednostka postrzega siebie w społeczeństwie oraz w relacjach z innymi osobami. Osoby niepełnosprawne uzyskały tu średni wynik 55,23, a osoby sprawne 53,93. Świadczyć to może o tym, że badane jednostki z niepełnosprawnością dość dobrze czują się w interakcjach z innymi ludźmi, zwłaszcza zdrowymi. Wskazywać to też może na coraz większą ilość pozytywnych postaw społeczeństwa osób zdrowych wobec osób niepełnosprawnych. Skala Samooceny W. H. Fittsa zawiera także tzw. skalę samokrytycyzmu (S.C.). Tworzy ją 10 „lekkowłóczących” stwierdzeń, zapożyczonych ze skali, które, jak twierdzi W. H. Fitts (1965), większość ludzi uważa za prawdziwe w odniesieniu do własnej osoby. Osoby badane, zaprzeczające prawdziwości większości z tych stwierdzeń, wykazują defensywność i usilnie pragną przedstawiać siebie jak najlepiej. Wysoka punktacja na ogół wskazuje na normalną, zdrową otwartość i zdolność do samokrytycyzmu, a więc adekwatną samoocenę. Niska zaś punktacja świadczy o wysokim poziomie obronności i sugeruje prawdopodobieństwo uzyskania sztucznie podniesionych wyników, zwłaszcza w skali ogólnej punktacji pozytywnej (P). Badane osoby niepełnosprawne uzyskały tu niższy średni wynik (33,93) niż osoby pełnosprawne (36,47). Wyniki te

mogą więc sugerować, że osoby z grupy badawczej mogły próbować nie do końca szczerze odpowiadać na niektóre stwierdzenia zawarte w Skali Samooceny, chcąc tym samym uzyskać wyższy wynik i pokazać się w lepszym świetle. Ostatnim aspektem, który zbadałem za pomocą Skali Samooceny W. H. Fittsa, jest tzw. poziom dystrybucji (D). Określa on sposób, w jaki osoba badana dokonuje rozmieszczenia swoich odpowiedzi w pięciu kolumnach Skali, czyli: Ja fizycznego, Ja moralno-etycznego, Ja osobistego, Ja rodzinnego oraz Ja społecznego. Interpretuje się ją także jako pomiar jeszcze jednego aspektu percepcji siebie, a mianowicie: pewności co do sposobu, w jaki spostrzega siebie osoba badana. Wyniki wysokie wskazują na zdecydowanie i pewność w tym, co się mówi o sobie, wyniki niskie oznaczają przeciwieństwo poprzedniego. Średni wynik uzyskany przez osoby niepełnosprawne jest zbliżony do średniego wyniku uzyskanego przez osoby zdrowe, jest jednak niewiele niższy (123,40). Osoby pełnosprawne osiągnęły wynik 123,87. Oznaczać to może, że samoocena osób z niepełnosprawnością może być mniej pewna i stabilna niż u osób pełnosprawnych. Wpływ na to zapewne ma ich funkcjonowanie w społeczeństwie i środowiskach osób pełnosprawnych. W kontaktach z innymi ludźmi mogą czuć się oni niepewnie. Mogą być zaniepokojeni, jak zareagują na nich osoby sprawne i jakie będą ich postawy wobec nich.

## Wnioski i konkluzje

Analizując poziom samooceny badanych osób niepełnosprawnych oraz osób zdrowych, da się zauważyć, że:

1. Osoby niepełnosprawne wykazywały wyższy ogólny poziom samooceny niż osoby pełnosprawne.
2. Osoby niepełnosprawne uzyskały nieco wyższe wyniki w zakresie postrzegania własnej osoby, akceptacji samego siebie oraz oceny własnego postępowania niż osoby pełnosprawne.
3. W zakresie Ja fizycznego obydwie grupy – badawcza i porównawcza – uzyskały zbliżone do siebie wyniki. Może to oznaczać, że pomimo niepełnosprawności badane osoby postrzegają pozytywnie swoją powierzchowność.
4. W zakresie Ja moralno-etycznego osoby niepełnosprawne uzyskały wyższy wynik niż osoby pełnosprawne. Mogą one zatem uważać swoje moralne postępowanie za zadowalające.
5. W zakresie Ja osobistego osoby niepełnosprawne i pełnosprawne uzyskały podobne wyniki, jednak wyniki osób pełnosprawnych były niewiele wyższe.
6. W zakresie Ja rodzinnego osoby niepełnosprawne uzyskały wyższy wynik niż osoby pełnosprawne. Świadczy to zapewne o tym, że czują się dobrze w swoich środowiskach rodzinnych i są blisko związane ze swoimi rodzinami.



7. W zakresie Ja społecznego osoby niepełnosprawne uzyskały także wyższy wynik niż osoby pełnosprawne. Świadczyć to może o tym, że funkcjonują one prawidłowo w społeczeństwie, zarówno wśród osób niepełnosprawnych, jak i zdrowych.
8. Osoby pełnosprawne wykazują nieznacznie wyższy poziom samokrytycyzmu niż osoby niepełnosprawne. Oznaczać to może, że samoocena niektórych osób niepełnosprawnych może być w niewielkim stopniu zawyżona.
9. Poziom dystrybucji jest niewiele wyższy u osób pełnosprawnych niż u niepełnosprawnych, co może oznaczać, że ich samoocena jest bardziej stabilna.

Wysunięte wnioski o charakterze teoretycznym implikują postawienie kolejnych wniosków o charakterze praktycznym. Jest to swoista realizacja praktycznego celu pracy. Można wywnioskować, że:

1. Mimo iż u badanych osób niepełnosprawnych występuje dość wysoki poziom samooceny i pozytywne postawy, to istnieją jednak osoby, u których sytuacja jest inna. Dlatego też potrzebna jest im pomoc i wsparcie ze strony różnych instytucji oraz osób, np. nauczycieli, pedagogów, psychologów, terapeutów.
2. Osobom pełnosprawnym, które wykazują negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych, potrzebna jest edukacja i informacje z zakresu niepełnosprawności, gdyż większość negatywnych postaw i stereotypów wynika z braku odpowiedniej wiedzy.

Otrzymane wyniki stanowią wąski wycinek badanego problemu, ale mogą stanowić wstęp do zdecydowanie szerszych badań obejmujących większą populację, tak, aby można było ich wyniki generalizować. Problematyka niepełnosprawności wciąż odkrywa nowe tajemnice, dostarcza nowej wiedzy, stąd potrzeba podejmowania badań, analiz, których celem jest poprawa jakości życia osób z niepełnosprawnością w różnych wymiarach ich funkcjonowania.

## Bibliografia

- Aronson E., Akert R., Wilson T., *Psychologia społeczna – serce i umysł*, Poznań, Wydawnictwo Zysk i S-ka, 1997
- Drozd E., *Postawy rodziców dzieci niepełnosprawnych*, „Edukacja i dialog” 1999, Nr 10
- Karta Praw Osób Niepełnosprawnych – Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 roku, (M.P. nr 50 poz. 475)
- Kirenko J., *Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności*, Lublin, Wydawnictwo UMCS, 2006
- Kirenko J., Gindrich P., *Odkrywanie niepełnosprawności wzrokowej w nauczaniu włączającym*, Lublin, Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. Wincentego Pola, 2007

- Kirenko J., Korczyński M., *Wobec niepełnosprawności*, Lublin, Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. Wincentego Pola, 2008
- Kwaśniewska G., *Student z niepełnosprawnością – zadania i wyzwania*, [w:] *Jakość życia a niepełnosprawność – konteksty psychopedagogiczne*, red. Palak Z., Lewicka A., Bujnowska A., Lublin, Wydawnictwo UMCS, 2006
- Majewski T., *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*, Warszawa, Wydawnictwo Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, 1995
- Niebrzydowski L., *Psychologia wychowawcza – samoświadomość, aktywność, stosunki interpersonalne*, Warszawa, Wydawnictwo PWN, 1989
- Sękowska Z., *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Warszawa, Wydawnictwo APS, 2001
- Wosik-Kawała D., *Korygowanie samooceny u uczniów gimnazjum*, Lublin, Wydawnictwo UMCS, 2007