

SPORTOWCY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

**Aspekty
psychologiczne
i społeczne**

Iwona Sikorska
Krzysztof Gerc
Leszek Pawłowski
redakcja naukowa

SPORTOWCY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

**Aspekty
psychologiczne
i społeczne**

Kraków 2017

Rada Wydawnicza Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego:
Klemens Budzowski, Maria Kapiszewska, Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Recenzja: dr hab. Jan Blecharz, prof. nadzw. AWF

Okładka: projekt Kazimierz Zajda,
realizacja i przygotowanie do druku Oleg Aleksejczuk

Adiustacja: Kamil Jurewicz

Fotografie na stronach rozdziałowych: Life Image.pl

Monografia powstała przy wsparciu finansowym Pracowni Psychologicznej
„Psychopraxis” Michała Górnego.

ISBN 978-83-65208-81-1

Copyright© by Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Kraków 2017

Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani magazynowana
w sposób umożliwiający ponowne wykorzystanie,
ani też rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie
za pomocą środków elektronicznych, mechanicznych, kopiujących,
nagrywających i innych, bez uprzedniej pisemnej zgody właściciela praw autorskich.

Na zlecenie:



Krakowskiej Akademii
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
www.ka.edu.pl

Wydawca: Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2017

Sprzedaż: ksiegarnia@kte.pl

Skład: Oleg Aleksejczuk

Druk i oprawa: Zakład Poligraficzny Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie

Spis treści

<i>Iwona Sikorska, Krzysztof Gerc, Leszek Pawłowski</i> Wstęp. Sport osób z niepełnosprawnością jako metoda inkluzyjnej społecznej.....	7
---	---

Część pierwsza

Niepełnosprawni sportowcy w społeczeństwie

<i>Krzysztof Gerc</i> Wykluczenie społeczne osób z niepełnosprawnością w świetle współczesnych teorii i badań	19
<i>Edyta Szyszka</i> Poczucie niesprawiedliwości w perspektywie jakości życia u osób niepełnosprawnych ruchowo.....	37
<i>Wojciech Pal, Krzysztof Gerc</i> Audiodeskrypcja jako forma udziału osób z uszkodzeniem narządu wzroku w wydarzeniach sportowych	51

Część druga

Aktywność ruchowa osób z niepełnosprawnością. Aspekty międzykulturowe

<i>Jean M. Novak</i> Sport dla osób z niepełnosprawnością w Stanach Zjednoczonych. Perspektywa terapeutyczna	71
<i>Barbara Róża Superson</i> Rola inteligencji cielesno-kinestetycznej w procesie edukacji dzieci niepełnosprawnych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym w Burundi	83

Część trzecia

Sportowcy z niepełnosprawnością. Badania

<i>Iwona Sikorska, Krzysztof Gerc, Tomasz Nowak</i> Przystosowanie psychologiczne sportowców z niepełnosprawnością	97
--	----

<i>Krzysztof Gerc, Aleksandra Adamiec</i> Wybrane psychologiczne korelaty motywacji do uprawiania sportu u osób z dysfunkcją narządu wzroku.....	125
--	-----

<i>Joanna Konarska</i> Aktywność sportowa jako jedna z form wspomaganie procesu leczenia i rehabilitacji młodzieży z chorobą cukrzycową	157
---	-----

Część czwarta

Sportowcy niepełnosprawni w działaniu i w oczach innych

<i>Grzegorz Więclaw, Marcin Kochanowski</i> Na pierwszym planie – sport! Praktyczne zastosowanie psychologii sportu we współpracy z kadrami narodowymi osób niepełnosprawnych w sportach drużynowych	173
---	-----

Codziennosc paraolimpijczyka. Z Katarzyną Rogowicz rozmawia Iwona Sikorska.....	189
--	-----

Upowszechnianie idei sportu wśród osób niepełnosprawnych – znaczenie społeczne i zdrowotne. Z Rafałem Szumcem rozmawia Iwona Sikorska.....	195
--	-----

Przedstawiciele nauk społecznych o sporcie paraolimpijskim

<i>Jan Piasecki: Każdy sportowiec jest niepełnosprawny.....</i>	199
---	-----

<i>Henryka Olbrych: Niepełnosprawny sportowiec w szkole.....</i>	202
--	-----

<i>Małgorzata Majewska: Parasport – bardziej para czy bardziej sport? O problemach z nazwą.....</i>	204
---	-----

Aneks

<i>Jean M. Novak</i> Sports in the US for individuals with disabilities: a therapeutic perspective	211
--	-----

Noty o autorach	221
-----------------------	-----

Iwona Sikorska, Krzysztof Gerc

Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Leszek Pawłowski

Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Wstęp. Sport osób z niepełnosprawnością jako metoda inkluzji społecznej

Zagadnienie sportu oraz aktywności fizycznej osób z niepełnosprawnością, ze wszech miar godne pogłębionych badań i refleksji naukowej, jest w naszym kraju nowe i dotychczas rzadko opisywane. Zamierzeniem redaktorów naukowych monografii jest przede wszystkim ukazanie specyfiki funkcjonowania sportowców z niepełnosprawnością w perspektywie osiągnięć współczesnej psychologii rehabilitacji, psychologii sportu oraz psychologii biegu życia z zachowaniem interdyscyplinarności w podejściu do opisywanych zjawisk i problemów. Z uwagi na swoistość i unikatowość tematyki akcent zostanie położony na paradygmat jakościowy w badaniach społecznych, ze szczególnym odniesieniem do tzw. podejścia narracyjnego.

Europejska Federacja Psychologii Sportu (FEPSAC) określiła tę subdyscyplinę psychologii jako skoncentrowaną na procesach psychologicznych i efektach aktywności sportowej osoby lub grupy osób. Domeną psychologii sportu jest zatem badanie zmian w zachowaniu osób uprawiających sport oraz charakterystyka zmiennych psychologicznych, które tym zmianom towarzyszą: np. emocji i uczuć, procesów poznawczych, motywacji oraz doznań o charakterze somatycznym, zmysłowym. Aktywność fizyczna może wynikać z bardzo różnych motywów oraz wykazywać różnicowane cele (por. Blecharz, 2006). Psychologia sportu, opisując zachowania ludzi pełnosprawnych, wskazuje zarówno na aspekt rywalizacyjny (właściwy dla sportu wyczynowego), jak i edukacyjny, rekreacyjny oraz prewencyjny. Coraz częściej, zwłaszcza w publikacjach amerykańskich, dostrzega się również wymiar rehabilitacyjny aktywności sportowej. Refleksja nad psychologią sportu, w tym zwłaszcza sportu osób z niepełnosprawnością, wymaga ważnego zastrzeżenia. Otóż poza osobami bezpośrednio podejmującymi aktywność sportową, naukowy namysł oraz wyniki badań empirycznych są użytecz-

ne dla środowisk w mniej lub bardziej pośredni sposób zaangażowanych w działalność sportową, tj. trenerów, nauczycieli, lekarzy, fizjoterapeutów, pracowników socjalnych, polityków, czy wreszcie rodziców i opiekunów osób uprawiających sport oraz samego audytorium wydarzeń sportowych. Do nich również adresowana jest niniejsza publikacja.

Tradycja amerykańska traktuje psychologię sportu jest dziedziną psychologii akademickiej – ukierunkowanej na poszukiwanie, opis, wyjaśnienie i przewidywanie czynników psychologicznych, które mają znaczenie w rozwijaniu i doskonaleniu aktywności sportowej – jak i stosowanej, wykorzystującej rozstrzygnięcia psychologii akademickiej w edukacji sportowej i oferowaniu wsparcia psychologicznego dla osób uprawiających sport (Jarvis, 2003). Podobny podział nie jest tak wyraźny w europejskiej psychologii sportu, gdzie nadal traktowana jest ona przede wszystkim jako dziedzina psychologii stosowanej (Kremer, Scully, 1994).

Charakteryzując ogólny kontekst niniejszej monografii, trzeba zauważyć, że rehabilitacyjna funkcja sportu nadal wydaje się niedoceniana, zwłaszcza w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością. Problematyczne staje się też wytyczenie precyzyjnych granic sportu wyczynowego, rekreacyjnego i procesu rehabilitacji (por. Koper, Tasiemski, 2013). Osoby zaangażowane w organizowanie procesu rehabilitacyjnego osób z niepełnosprawnością stają często przed pytaniami o różnice dotyczące funkcji sportu dla osób sprawnych i obarczonych uszkodzeniem, czy też wątpliwościami obejmującymi kompensacyjną funkcję sportu. Podobne kwestie inspirują do podejmowania zarówno refleksji teoretycznej, jak i badań empirycznych, eksplorujących zagadnienie w perspektywie interdyscyplinarnej: socjologicznej, psychologicznej i medycznej. Efekty tych analiz wskazują, że początek sportu osób niepełnosprawnych jest wyraźnie związany z jego funkcją rehabilitacyjną. Ludwig Guttmann, określany mianem ojca ruchu paraolimpijskiego (w 1948 r. zorganizował pierwsze igrzyska dla osób na wózkach), podkreślał, że sport jest nie tylko atrakcyjną formą rehabilitacji, ale również znakomitym czynnikiem aktywizującym osoby z niepełnosprawnością, w naturalny sposób zagrożone wykluczeniem społecznym (Wilkowicz, 2012). Dostrzeżono, że pomimo ograniczeń pełnej sprawności osoby z niepełnosprawnością mogą uzyskiwać wymierne korzyści z uprawiania sportu poprzez poprawę wydolności oraz sprawności (Pieszak, 2012).

Jan Dziedzic, twórca pierwszej w Polsce sekcji sportowej osób niepełnosprawnych, zauważył, że dyscyplina podejmowana przez niepełnosprawnych sporowców powinna być adekwatna do ich możliwości psychofizycznych oraz łączyć funkcje rekreacyjną i rehabilitacyjną (tamże).

Piszący o sporcie osób z niepełnosprawnością zauważają, że uruchamia on mechanizmy kompensacyjne (Plinta i in., 2005; Pieszak 2012; Otrębski

i in., 2011) oraz może w pozytywny sposób wpływać na obraz własnego ciała (Guszkowska, Pater, 2010). Doświadczenia sukcesów i porażek stanowią natomiast podstawę do modyfikacji perspektywy postrzegania siebie, czyniąc ów obraz bardziej adekwatnym. Regularna aktywność fizyczna pośrednio poprawia również poczucie osobistej atrakcyjności.

Warto dostrzec, że badania osób niepełnosprawnych ruchowo uprawiających sport oraz nieaktywnych fizycznie wskazują (np. Besz, 2012), że ludzie aktywni znacząco wyżej oceniają swoją sprawność m.in. w takich zakresach jak: utrzymywanie równowagi, gibkość, szybkość poruszania, wytrzymałość, siła mięśni oraz sprawność seksualna. Charakteryzowany obraz tej sprawności jest także bardziej spójny.

Stucki, Cieza i Melvin (2007) posługują się syntetyczną definicją rehabilitacji, opartą na założeniach Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia w 2001 r. Według tych autorów

rehabilitacja jest strategią zdrowia stosowaną przez [...] profesjonalistów z sektora opieki zdrowotnej i innych sektorów, której celem jest umożliwienie ludziom dotkniętym problemami zdrowotnymi i doświadczającym lub zagrożonym niepełnosprawnością osiągnięcia i utrzymania optymalnego funkcjonowania w interakcji ze środowiskiem (tamże, s. 279).

Ta interesująca definicja doskonale koresponduje z założeniami dotyczącymi rehabilitacyjnej funkcji sportu osób z niepełnosprawnością. Mówi bowiem o wszelkich działaniach, podejmowanych przez specjalistów różnych dziedzin, których odbiorcami są osoby ujawniające różnego rodzaju uszkodzenia ciała, które stanowią o ryzyku wystąpienia niepełnosprawności (Botwina, Kowalik, 2013). Współczesne definicje niepełnosprawności postulują dostrzeżenie faktu, że poziom funkcjonowania człowieka powinien być rozpatrywany w relacji do środowiska. Środowisko zaś może być charakteryzowane jako swoisty moderator między fizjologicznymi aspektami uszkodzenia ciała a doświadczeniem niepełnosprawności oraz ważny obszar odniesienia dla działań rehabilitacyjnych i ich ewaluacji. Rozdziały monografii wpisują się w opisany sposób rozumienia oddziaływań rehabilitacyjnych, rozpatrując poziom funkcjonowania określonej osoby w odniesieniu do kontekstu środowiskowego, a nie w perspektywie wąsko i w izolowany sposób pojmowanego uszkodzenia ciała czy niepełnosprawności sensorycznej.

Dokonując refleksji nad oddziaływaniami rehabilitacyjnymi oraz miejscem sportu w ich ramach, warto przytoczyć wypowiedź S. Kowalika (2007), który zwraca uwagę na fakt, że początkowo w rehabilitacji dominował model biomedyczny, wedle którego

niepełnosprawność traktowana była jako rodzaj utraty dobrego stanu zdrowia, polegający na uszkodzeniu ciała w wyniku przebytej choroby, wypadku lub wady wrodzonej, co skutkuje poważnymi oraz trwałymi konsekwencjami w zakresie wykonywania różnorodnych czynności życiowych (tamże, s. 100).

Współcześnie rehabilitacja oparta na podejściu biomedycznym, skoncentrowanym niemal wyłącznie na fizycznym aspekcie niepełnosprawności, wydaje się tracić popularność. Komentując ten proces, Kowalik stwierdza: „chodzi o to, aby sposób prowadzenia rehabilitacji w ramach podejścia biomedycznego wzbogacić o wartości humanistyczne, a nawet w całości nasycić go tymi wartościami” (tamże, s. 106). Zainteresowanie autorów niniejszej monografii sportem osób z niepełnosprawnością jest ufundowane na podobnej konstatacji oraz wynika z analogicznej potrzeby – wzbogacenia dotychczasowych form oddziaływań rehabilitacyjnych i naturalnej aktywności osób z niepełnosprawnością o wartości charakterystyczne dla doświadczeń każdego człowieka.

Niniejsza monografia nie zamierza bezrefleksyjnie powielać często przywołanego – niczym slogan reklamowy – hasła, że sport może stać się dla osoby niepełnosprawnej skuteczną i atrakcyjną formą rehabilitacji oraz środkiem do poprawy społecznego funkcjonowania. Celem zgromadzonych tekstów jest określenie warunków, w jakich sport dla osób z niepełnosprawnością może stać się empirycznie zweryfikowaną wartością. Publikacja ma również stworzyć szansę zbudowania swego rodzaju mostu pomiędzy refleksją naukową i jej praktycznym zastosowaniem, obecnym w psychologii sportu, a ludźmi organizującymi rehabilitację oraz aktywność sportową osób z niepełnosprawnością (Jarvis, 2003; Rutkowska, 2014). Dzięki podejściu multidyscyplinarnemu, obejmującemu działania medyczne, fizjoterapeutyczne, trenerskie oraz psychologiczne, osoba niepełnosprawna może otrzymać pełne, profesjonalne wsparcie (Kowalik, 2014). Sport zaś może stanowić jeden ze szlaków wyrównywania szans osób zdrowych i niepełnosprawnych, a także jeden ze sposobów społecznej inkluzji lub reintegracji, usamodzielnienia i doświadczenia wysokiej jakości życia dla środowiska osób z uszkodzeniami.

Zdaniem redaktorów naukowych monografia może stanowić dla osób z różnego rodzaju niepełnosprawnością interesujące studium motywacji do aktywności sportowej oraz uprawiania sportu. Zebrana i zaprezentowana w monografii wiedza o funkcjonowaniu człowieka z dysfunkcją może być ważnym przyczynkiem do pokazania, jak bogaty może być świat doświadczeń i możliwości ludzi wykluczanych społecznie, którzy starają się radzić sobie z sytuacją samotności i względnej izolacji od świata zewnętrznego.

Autorzy kolejnych rozdziałów monografii podjęli się analizy zjawiska sportu i aktywności fizycznej osób z niepełnosprawnością na podstawie

często bardzo szczegółowo poznanego przez nich wycinka rzeczywistości, co daje pewność wartości przeprowadzonych przez nich analiz i badań oraz świadczy o istotności formułowanych wniosków. Część autorów jest związana profesjonalnie ze sportem osób z niepełnosprawnością. Monografia oprócz wyników badań krajowych zawiera również unikatowe doniesienia międzynarodowe.

Monografia obejmuje rozdziały z doniesieniami empirycznymi (wynikami badań charakteryzującymi korelaty psychologiczne aktywności sportowej oraz relatywnie korzystnego przystosowania osób z niepełnosprawnością ruchową i sensoryczną) i teoretyczne omówienia współczesnych koncepcji przyczyn marginalizacji i stygmatyzacji osób z niepełnosprawnością oraz adaptacji do niepełnosprawności z uwzględnieniem sportu jako czynnika ochronnego i aktywizującego mechanizmy zmagania się z traumą pourazową u osób z dysfunkcją nabytą w toku życia. Praktyczny zakres poruszanej tematyki prezentują doniesienia psychologów sportu pracujących ze sportowcami niepełnosprawnymi oraz wywiady z czołowymi polskimi paraolimpijczykami.

Publikacja *Sportowcy z niepełnosprawnością. Aspekty psychologiczne i społeczne* została podzielona na cztery części, prezentujące kolejno: zagadnienie funkcjonowania sportowców z niepełnosprawnością w społeczeństwie; charakterystykę aktywności ruchowej osób z niepełnosprawnością w perspektywie międzykulturowej, a także opis wyników badań własnych ukazujących znaczenie sportu i aktywności fizycznej dla osób z niepełnosprawnością oraz przykłady praktycznej realizacji idei sportu paraolimpijskiego.

Część pierwszą rozpoczyna omówienie zagadnienia wykluczenia społecznego osób z niepełnosprawnością. Krzysztof Gerc dowodzi, że odmiennosc uwarunkowana niepełnosprawnością nie oznacza znaczącego zubożenia sfery doznań, emocji, doświadczeń egzystencjalnych i intelektualnych oraz różnych przejawów uczestniczenia w pełni życia. Odwołując się do klasycznych i współczesnych teorii stygmatyzacji, autor charakteryzuje mechanizmy tradycyjnie obecne w odniesieniu do osób niepełnosprawnych – często wynikające bardziej z uprzedzeń, stereotypowego nastawienia oraz pozainstytucjonalnych, bezrefleksyjnych automatyzmów w komunikacji i relacji, niż z obiektywnie występujących ograniczeń osób z uszkodzeniem.

Poczucie niesprawiedliwości w perspektywie jakości życia osób z niepełnosprawnością ruchową jest tematem rozdziału Edyty Szyszki. Autorka badała poczucie jakości życia u 50 osób dorosłych, które z uwagi na niepełnosprawność mogły być narażone na doświadczenia egzystencjalnie trudne. Przedstawione wyniki wskazują, że niepełnosprawność ruchowa jest doświadczeniem, które relatywnie często może sprzyjać powstaniu poczucia niesprawiedliwości, a pośrednio – utrudniać proces inkluzji tej grupy osób w społeczeństwo pełnosprawnych.

Rozdział Wojciecha Pala i Krzysztofa Gerca opisuje niezwykle interesujący i słabo scharakteryzowany w literaturze przedmiotu fenomen audiodeskrypcji. Autorzy przedstawiają rozwój audiodeskrypcji w perspektywie historycznej, a następnie charakteryzują ów proces jako efektywną formę zapewnienia dostępu do różnorodnych przestrzeni ludzkiego funkcjonowania osobom z dysfunkcją narządu wzroku – ze szczególnym uwzględnieniem uczestnictwa w kulturze i sporcie.

Część drugą rozpoczyna tekst prof. Jean M. Novak, neurologopedy z San Jose State University, ujmujący zagadnienie sportu osób z niepełnosprawnością z perspektywy terapeutycznej. Autorka wskazuje w nim na znaczenie sportu jako ważnego czynnika motywującego do codziennej aktywności oraz przekraczania barier w naturalny sposób związanych z doświadczeniem uszkodzenia. Prof. Novak, odwołując się do konkretnych przykładów, pokazuje efektywność działań sportowców z niepełnosprawnością oraz inicjatywy na rzecz środowiska osób z autyzmem w Stanach Zjednoczonych.

W kolejnym rozdziale Barbara Róża Superson przedstawia niezwykle autorski projekt badań społeczności afrykańskiej, koncentrujący się na inteligencji kinestetycznej dzieci niepełnosprawnych. Opisuje praktyczne możliwości ukierunkowania rozwoju poznawczego dzieci niepełnosprawnych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym w Afryce Wschodniej poprzez wykorzystanie ich potencjału ruchowego. Wnioski wysuwane przez autorkę są szczególnie cenne, bo wynikają wprost z jej własnych obserwacji i badań prowadzonych w Afryce oraz dotyczą problematyki i populacji niezwykle rzadko charakteryzowanej w publikacjach naukowych.

Przystosowanie psychologiczne sportowców po amputacji jest tematem, na którym koncentruje się rozdział Iwony Sikorskiej, Krzysztofa Gerca oraz Tomasza Nowaka rozpoczynający część trzecią. Autorzy dokonują porównania grup sportowców niepełnosprawnych i pełnosprawnych w takich obszarach funkcjonowania intrapsychnicznego jak: umiejscowienie poczucia kontroli, prężność psychiczna, samoocena oraz strategie radzenia sobie ze stresem. Szczególnie istotnym rezultatem prezentowanych badań jest wynik wskazujący na relatywnie wyższy poziom samooceny sportowców niepełnosprawnych w stosunku do grupy pełnosprawnej.

Zasadniczy problem badawczy kolejnego rozdziału, autorstwa Krzysztofa Gerca i Aleksandry Adamiec, koncentruje się wokół rozstrzygnięcia kwestii, czy konkretny typ motywacji do uprawiania sportu jest u osób niewidomych i niedowidzących związany ze sportową motywacją osiągnięć, poczuciem koherencji, poczuciem własnej skuteczności i ogólną postawą wobec sportu – jak również czy istnieją pod tym względem różnice w porównaniu do sportowców pełnosprawnych. Autorzy, odwołując się do humanistycznej koncepcji motywacji Richarda Ryana i Edwarda Deciego oraz wyników

badań własnych, formułują wniosek, że funkcjonowanie sportowe osób słabowidzących i niewidomych stanowi dla tej grupy ważny czynnik inspirujący do rozwoju osobistego.

Kolejny rozdział, autorstwa Joanny Konarskiej, skupia się na aktywnych sportowo osobach z cukrzycą. Autorka wnikliwie i detalicznie przedstawia specyfikę choroby oraz korzyści, jakie dla chorych niesie aktywność ruchowa. Przytoczone przykłady zmagających się z cukrzycą medalistów i olimpijczyków stanowią argument na rzecz angażowania się w sport mimo ograniczeń zdrowotnych.

Część czwarta monografii koncentruje się na obrazie aktywności sportowca z niepełnosprawnością. Otwiera ją rozdział Grzegorza Więclawa i Marcina Kochanowskiego, którzy dzielą się własnymi refleksjami na temat współpracy psychologów sportu z kadrami narodowymi osób niepełnosprawnych w sportach drużynowych. Obaj autorzy są profesjonalnymi psychologami sportu – z wyjątkowym doświadczeniem towarzyszenia polskiej paraolimpijskiej kadrze rugby.

W sekcji *Przedstawiciele nauk społecznych o sporcie paraolimpijskim* Czytelnik poznaje opinię filozofa, nauczyciela i językoznawcy o miejscu sportowca z niepełnosprawnością w społeczeństwie. Rozdział bioetyka Jana Piaśkiego skupia się wokół paradoksu zawartego w twierdzeniu, iż „każdy sportowiec jest niepełnosprawny”. Niezwykle interesujące przemyślenia interdyscyplinarnie wykształconego filozofa pozwalają na refleksję nad najgłębszą istotą sportu.

O niepełnosprawnym sportowcu w szkole pisze Henryka Olbrych. Ukazuje zadania nauczyciela zarówno wobec samego adepta sportu, jak i wobec otaczających go rówieśników. Edukacja i wychowanie wskazujące wartości humanistyczne, nawiązujące do mitycznych korzeni sportu powinny według autorki stanowić wsparcie dla młodego niepełnosprawnego sportowca.

Małgorzata Majewska – językoznawca i dziennikarka – analizuje medialny obraz niepełnosprawnego sportowca i konstatuje, iż sport może być przedstawiany za pomocą metafory rywalizacji i walki lub metafory zmagania się z własnymi słabościami.

Monografia jest rezultatem dostrzeżenia ważnej współcześnie, opartej na przesłankach kulturowych, społecznych i psychologicznych tendencji: oto osoby z niepełnosprawnością coraz częściej spontanicznie wyrażają gotowość podejmowania zbiorowych działań, również wspólnych z pełnosprawnymi, zmierzających do poprawy warunków ich życia i skutecznej rehabilitacji. Autorzy wyrażają nadzieję, opartą zresztą na wynikach współczesnych badań nad stygmatyzacją, iż pewne cechy wyróżniające osoby niepełnosprawne tracą – m.in. dzięki rozwojowi technologii medycznej – na znaczeniu oraz zminimalizują swoje stygmatyzujące oddziaływanie dzięki

bardziej dojrzałym mechanizmom funkcjonowania społecznego. Należy także oczekiwać, iż media będą kreowały bardziej trafny obraz osób niepełnosprawnych, a otoczenie architektoniczne i instytucjonalne będzie dla nich bardziej przyjazne. Może się zatem okazać, iż w wyniku przemyślanych i konsekwentnych działań, akcentujących konieczność realnej integracji na każdym z etapów rozwoju człowieka, w całkiem nieodległej przyszłości deficyty fizyczne będą oceniane raczej w kategoriach swoistych typów ludzkiej kondycji, a nie jako wyznaczniki i determinanty wykluczenia społecznego.

Bibliografia

- Besz A. (2012). Struktura wizerunku własnego ciała u sportowców z uszkodzeniem narządu ruchu, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Prace Instytutu Kultury Fizycznej*, nr 28, <http://www.cejssm.usz.edu.pl/attachments/article/231/BODY%20SELF-ESTEEM%20STRUCTURE%20IN%20PHYSICALLY%20DISABLED%20ATHLETES.pdf> [dostęp: 25.05.2017].
- Blecharz J. (2006). Psychologia we współczesnym sporcie – punkt wyjścia i możliwości rozwoju, *Przegląd Psychologiczny*, vol. 49, nr 4, s. 445–462.
- Botwina R., Kowalik S. (2013). *Mentalne wspomaganie sportowców niepełnosprawnych. Teoria i praktyka*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe AWF.
- European Federation of Sport Psychology*, <http://www.fepsac.com> [dostęp: 20.09.2015].
- Guszkowska M., Pater B. (2010). Ocena własnego ciała, samoakceptacja i stan zdrowia psychicznego osób niepełnosprawnych ruchowo uprawiających sport i nietreningujących, *Postępy Rehabilitacji*, vol. 24, nr 2, s. 37–43.
- Jarvis M. (2003). *Psychologia sportu*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Koper M., Tasiemski T. (2013). Miejsce sportu w procesie rehabilitacji osób niepełnosprawnych fizycznie, *Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania*, nr 3, s. 111–134.
- Kowalik S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Kowalik S. (2014). Niepełnosprawność w ujęciu neoewolucyjnym, [w:] Otrębski W. (red.) *Teoretyczne i metodologiczne problemy psychologii rehabilitacji*, Lublin: Wydawnictwo Naukowe KUL, s. 3–7.
- Kremer J., Scully D. (1994). *Psychology in sport*, London: Taylor & Francis.
- Otrębski W., Morgulec N., Kosmol A. (2011). The effect of sport participation on the intensity of psychosocial problems of males with quadriplegia in Poland, *International Journal of Sport Psychology*, vol. 42, s. 307–320.
- Pieszak E. (2012). Aktywność fizyczna a jakość życia osób z ograniczoną sprawnością, *Fides et Ratio*, nr 2, <http://www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/Presentations0/08-12-2.pdf> [dostęp: 25.05.2017].

- Plinta R., Saulicz E., Sobiecka J., Knapik A., Saulicz M. (2005). Szybkość reakcji osób niepełnosprawnych aktywnych i nieaktywnych fizycznie, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio D*, vol. 60, suplement 16, s. 371–373.
- Rutkowska K. (2014). Analiza wybranych zagadnień psychologii sportu osób z niepełnosprawnością, *Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania*, nr 1, s. 111–120.
- Stucki G., Cieza A., Melvin J. (2007). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy, *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 39, nr 4, s. 279–285.
- Wilkowicz P. (2012). *Doktor Ludwig od godności*, Rp.pl, <http://www.rp.pl/artyku-1/928124-Doktor-Ludwig-od-godnosci.html#ap-1> [dostęp: 25.05.2017].

Część pierwsza
**Niepełnosprawni sportowcy
w społeczeństwie**



Krzysztof Gerc

Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Wykluczenie społeczne osób z niepełnosprawnością w świetle współczesnych teorii i badań

Streszczenie

Niepełnosprawność oraz choroba przewlekła traktowane są współcześnie jako doświadczenia powszechne w życiu człowieka. Cierpienie osobiste, z którym często się one wiążą, nazywane jest czasem metaforycznie „drugą chorobą” (Schulze, Angermeyer, 2003). Wynika ona jednak nie tylko z ograniczeń w funkcjonowaniu organizmu, lecz bywa także skutkiem marginalizacji czy wręcz stygmatyzacji osób ujawniających odmienną somatyczną. W rozdziale – w perspektywie wyników współczesnych badań, prowadzonych zwłaszcza w paradygmacie tzw. modelu stygmatyzacji (Phelan i in., 2008; Stuber i in., 2008) – podjęta zostanie próba analizy kontekstu (psychologicznego, kulturowego oraz społecznego) zjawiska wykluczenia społecznego osób niepełnosprawnych oraz zostanie dokonana charakterystyka działań pozwalających minimalizować tendencje segregacyjne ujawniane w odniesieniu do tej grupy osób, ze szczególnym uwzględnieniem oddziaływań promujących aktywność sportową osób z niepełnosprawnością.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, stygmatyzacja, wykluczenie

Wprowadzenie

Wielość płaszczyzn funkcjonowania człowieka oraz związana z nią różnorodność odgrywanych ról i zajmowanych pozycji w hierarchii różnych grup społecznych determinuje wieloaspektowość stygmatyzacji, a w konsekwencji marginalizacji lub – niekiedy – wykluczenia osób niepełnosprawnych.

D. Allman (2013), analizujący w sposób wieloaspektowy funkcjonowanie kategorii ekskluzji i inkluzji w naukach społecznych, zauważył, że o ile wczesne definicje wykluczenia i inkluzji eksponowały czynnik statusu ekonomicznego (za istotny wyznacznik decydujący o stygmatyzowaniu lub włączaniu uznano np. dostęp do rynku pracy), o tyle z upływem czasu akcent

deficytowy przenosił się na inne obszary, w których osoba wykluczana napotyka na ograniczenia w korzystaniu z rozmaitych dóbr. Niewątpliwie grupą doznającą wielu ograniczeń – w wymiarze edukacyjnym, zawodowym, ekonomicznym, kulturalnym, społecznym, a nawet architektonicznym – są osoby niepełnosprawne. Podjęcie analizy wieloaspektowości kontekstu ich marginalizacji i wykluczania jest więc kwestią pilną.

Do niedawna przedmiotem analiz empirycznych dotyczących zagadnienia niepełnosprawności było głównie określenie możliwie precyzyjnych kategorii charakteryzujących różne jej typy (Thomas, Chan, 2000; Thomas, Rosenthal, 2004). Ostatnio zainteresowano się również czynnikami modyfikującymi funkcjonowanie osób niepełnosprawnych w otaczającym je świecie, nie koncentrując się wyłącznie na zewnętrznych aspektach uszkodzeń (Kowalik, 2007). Dostrzeżono, że zjawiska marginalizacji osób z niepełnosprawnością wykazują ścisły związek z czynnikami kulturowymi, które kreują sytuację społeczną tej grupy osób. Społeczna percepcja osób niepełnosprawnych związana jest z systemem wartości, poziomem wiedzy i organizacją życia zbiorowego określonej społeczności, determinowanej przez konkretne doktryny polityczne i religijne. Kultura określonej grupy społecznej w szerokim rozumieniu wpływa na fakt oceny człowieka. Podstawę dokonywanej oceny stanowi jednak zawsze jakiś układ odniesienia, pewien model składający się z określonych kulturowo standardów, które podlegają dynamicznym zmianom. Charakteryzując człowieka, najczęściej bierze się pod uwagę pewne konkretne właściwości: wygląd, cechy psychiki, sposób zachowania. Warto zastrzec, że dotyczy to zarówno osób pełnosprawnych, jak i niepełnosprawnych i w obu przypadkach podlega niemal identycznym prawom.

Rzetelna analiza problematyki stygmatyzacji i wykluczenia osób z różnego rodzaju niepełnosprawnościami wymaga uprzedniej analizy nurtów deficytowych pojęcia niepełnosprawności. Z. Woźniak (2007) stwierdza, iż obecnie istnieje szerokie spektrum definicji niepełnosprawności. Część z nich nawiązuje wprost do koncepcji biologicznych, podczas gdy inne eksponują aspekty prawne, ekonomiczne, kulturowe, aż do modeli społecznych. Zdaniem cytowanego autora, „niepełnosprawność pierwotna” (tamże), stanowi efekt pewnej relatywnie stałej i możliwej do przewidzenia sekwencji zdarzeń. Jej początek stanowi zwykle uraz lub choroba, często o charakterze przewlekłym. Wydarzenie to narusza naturalną strukturę organizmu (aspekt biologiczny), powodując następnie konsekwencje o charakterze społecznym czy psychicznym i prowadząc do trwałych lub okresowych zaburzeń i ograniczeń. Istotny – zdaniem Woźniaka (tamże) – jest także aspekt „niepełnosprawności wtórnej” (por. też Kowalik, 2007), która często kreowana jest poprzez otoczenie osoby dotkniętej niepełnospraw-

nością, stwarzające liczne bariery i ograniczenia, zarówno natury architektonicznej, jak i społecznej, przejawiające się stygmatyzowaniem i stereotypizacją. Ważnymi aspektami przeżywania przez człowieka niepełnosprawności są również jego motywacja i osobisty wysiłek, ponieważ te czynniki mogą zwiększać bądź zmniejszać komplikacje wynikające z wytworzonych ograniczeń (Woźniak, 2007).

Definicje medyczne, które bywają źródłem stygmatyzacji, interpretują niepełnosprawność jako odchylenie od pewnego ustalonego, biomedycznego wzorca struktury czy funkcji organizmu. Niepełnosprawność analizowana jest w nich głównie poprzez odniesienie do obiektywnie mierzalnych uszkodzeń, deficytów czy ograniczeń, które są bezpośrednim skutkiem choroby bądź urazu (Locker, 1983). Odwołując się do tego faktu, Z. Woźniak konstatuje:

Niestety jednostronne *stricte* medyczne podejście do niepełnosprawności może prowadzić do dyskryminacji osób z ograniczeniem sprawności, a budowane na tej podstawie definicje prawne wykorzystywane w orzecznictwie rentowym sprzyjają etykietowaniu (stygmatyzacji) tychże osób, wykluczając większość z nich z wielu dostępnych dla innych obywateli obszarów życia zbiorowego, marginalizując tym samym ich pozycję w społeczeństwie i uzależniając od systemu rodzinnego i/lub systemu świadczeń społecznych (Woźniak, 2007, s. 34).

Problematyka naznaczenia osób z niepełnosprawnością w perspektywie teoretycznej

Badacze i teoretycy problematyki stygmatyzacji posługują się pojęciami: stygmatyzacja, uprzedzenie i dyskryminacja (Świtaj, 2010). Potrzeba precyzyjnej operacjonalizacji tych terminów oraz określenia klarownych różnic w ich znaczeniu doprowadziły do wyodrębnienia dwóch głównych modeli teoretycznych: modelu uprzedzeń i dyskryminacji oraz modelu stygmatyzacji (piętna), jako dwóch odmiennych ujęć reprezentujących dwie różne tradycje badawcze (Phelan i in., 2008; Stuber i in. 2008; Świtaj, 2010). Za prekursora pierwszego modelu, koncentrującego się wokół cech właściwych grupom, uważa się G. Allporta, natomiast za twórcę drugiego, eksponującego cechy indywidualne – E. Goffmana.

G. Allport (za: Aronson i in., 1997), definiując *uprzedzenie*, akcentuje fakt pewnej bezrefleksyjności tego procesu, przebiegający w kontekście społecznym, manifestujący się brakiem racjonalnego, logicznego uzasadnienia dla negatywnej oceny reprezentanta jakiejś grupy – oraz eksponuje proces uogólniania zachodzący w sytuacji generującej uprzedzenie. W po-

dobny sposób o uprzedzeniu pisze B. Weigl (2000), określając je jako „[...] powziętą z góry niechęć do innych tylko dlatego, że należą do jakiejś wyodrębnionej grupy społecznej” (tamże, s. 214).

E. Goffman (2005) jako pierwszy posłużył się pojęciem piętna, uwzględniając jego wielowymiarowość poprzez wyodrębnienie kilku kategorii decydujących o sile stygmatyzacji. Cytowany autor zaproponował sześć wymiarów piętna: możliwość ukrycia, przebieg, stopień zakłócenia interakcji społecznych, pochodzenie, właściwości estetyczne i niebezpieczeństwo. Charakterystyka aspektu naznaczenia – zdaniem badacza – decyduje o potencjalnej sile wykluczenia. I tak oto: im mniej widoczne i łatwiejsze do ukrycia jest piętno, tym słabsze jest ryzyko wykluczenia jednostki je ujawniającej (por. Czyż, 2013); im bardziej odwracalne są symptomy piętna (np. poddające się leczeniu defekty zewnętrzne), tym słabsza jest stygmatyzacja; im mniej zakłócona i bardziej efektywna jest komunikacja z osobą z piętnem, tym mniejsze jest ryzyko jej wykluczenia. Badania F. Wojciechowskiego (2007) wykazały, że osoby niewidome dwukrotnie częściej 63,33% doświadczały wsparcia niż głuche i słabosłyszące (36,67%); im atrakcyjniejsza jest powierzchowność fizyczna osoby zagrożonej wykluczeniem, tym słabsze jest ryzyko jej marginalizacji (por. Wojciechowski, 2007; Kubiak, Jakoniuk-Diallo, 2011); im mniej intencjonalnie uwarunkowane – w ocenie społeczeństwa – jest czyjeś piętno, tym mniejsze ryzyko stygmatyzowania; im większa przewidywalność reakcji i zachowań piętnowanego, tym słabiej działające mechanizmy stygmatyzacji (por. Małek, 2015). Samo piętno Goffman (2005, s. 33) pojmował jako „atrybut dotkliwie dyskredytujący”, przyczyniający się do postrzegania osoby nim dotkniętej jako niepełnowartościowej i naznaczonej. W koncepcji cytowanego autora piętno stanowiło „szczególny rodzaj relacji między atrybutem a stereotypem” (Goffman, 2005, s. 34). Piętno społeczne wyrażać się miało – jego zdaniem – w brzydocie cielesnej (będącej wynikiem deformacji cielesnych, uwarunkowanych chorobą lub niepełnosprawnością), wadach charakteru, które stereotypowo przypisuje się osobom o określonych doświadczeniach (np. pobytu w więzieniu czy hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym) lub takim, których biografie zawierają pewne okoliczności świadczące o słabszych mechanizmach adaptacyjnych (np. próby samobójcze, nałogi, bezrobocie), albo w kategoriach grupowych, jak: rasa, narodowość i wyznanie, które – jako przekazywane kolejnym generacjom – obejmowały stygmatyzacją całe systemy rodzinne. Stygmatyzacja pojmowana była przez Goffmana w perspektywie dynamicznej – jako „proces społecznej konstrukcji piętna” (Świtaj, 2010, s. 316).

W literaturze przedmiotu piętno traktowane jest przede wszystkim jako swoiste zagrożenie dobrostanu ekonomicznego pewnych grup (zjawisko

to widoczne jest obecnie choćby w niechęci i niekiedy w ksenofobicznych nastawieniach wobec imigrantów, podejmujących za niższe stawki pracę, której nie chcą wykonywać obywatele danego kraju), zdrowia i życia (wykluczanie osób chorych na AIDS, izolacja narkomanów) lub moralności i szeroko pojętego ładu społecznego (np. wykluczanie homoseksualistów). Istotny element w uruchamianiu mechanizmów stygmatyzacji stanowią wartości zbiorowe, których wyznawanie i zarazem przestrzeganie zasad, jakie na nich podstawie sformułowano, ma za cel zapewnienie ładu społecznego. Nie mniej istotnym czynnikiem jest jednak efektywność funkcjonowania grupy i jej sprawność (Neuberg, Smith, Asher, 2008). W cytowanych próbach interpretacji źródeł piętna zakłada się, że w celu zapewnienia efektywnego działania grupy jej członkowie muszą przestrzegać zasady wzajemności (oddawać tyle, ile biorą), zaufania (nie zagrażać interesowi grupy), wspólnych wartości (nie podważać wartości przekazywanych przez dominującą grupę społeczną) i interesu grupowego (uniknąć sprzeczności celów i dążeń z interesem grupy własnej). W przypadku osób z niepełnosprawnością czynnikiem skłaniającym środowisko do stygmatyzacji może być zatem – wedle cytowanej koncepcji – antycypowany brak wzajemności w wymiarze ekonomicznym. Analiza literatury z dziedziny socjologii i antropologii wskazuje, że wzajemność traktowana była jako reguła społeczna już u najprymitywniejszych grup i plemion, ale współcześnie jest również istotna w regulacji relacji społecznych. Rozpatrując problem historycznie, warto przywołać poglądy B. Malinowskiego (1967), który zauważył, że – poza aspektem ekonomicznym – wzajemność odgrywa znaczącą rolę w procesie integrowania zbiorowości, gdyż ustawiczne „nieodwzajemnianie się” przyczynia się do skazania określonej osoby na społeczne sankcje. G. Simmel także podkreślał, że tzw. wzajemność usług stanowi warunek równowagi i spójności społeczeństw (por. Sztompka, 2016). P. Sztompka (2016) wskazuje także, że jednym z określeń natury człowieka jest *homo reciprocus*, czyli „człowiek odwzajemniający się”.

Współczesne teorie stygmatyzacji a zjawisko marginalizacji osób z niepełnosprawnością

Koncepcja stygmatyzacji przyczyniła się do wyodrębniania dwóch typów ideologii usprawiedliwiających (Crandall, 2008). Pierwszy stanowią podejścia atrybucyjne, akcentujące charakterystyki („atrybuty”), czyniące odpowiedzialną za piętno samą osobę napiętnowaną. Poszczególne grupy społeczne i całe społeczeństwa czują się w tych okolicznościach zwolnione z odpowiedzialności za brak pełnej inkluzji, a w skrajnych przypadkach

usprawiedliwione zostaje brutalne traktowanie osób piętnowanych. Drugi typ tworzą podejścia hierarchiczne, których zwolennicy zakładają, iż istnienie swoistej relacji wyższy–niższy jest uzasadnione i z wielu względów korzystne. Stygmatyzacja i wykluczenie stanowią podstawy procesu dystynkcji (Marchwacka, 2015), ukierunkowanego na reprodukcję dominacji (uprzywilejowani pozostają uprzywilejowanymi). W praktyce badawczej podejścia te bywają łączone i tworzą rozmaite kombinacje teoretyczne, inspirując do analiz empirycznych zagadnienia piętna.

Najpopularniejszą spośród strategii atrybucyjnych jest tzw. wiara w sprawiedliwy świat, w której sprawiedliwość definiowana jest jako otrzymywanie w życiu tego, na co się zasłużyło, przy czym – jak zauważa B. Lerner – „to, na co się zasługuje, oceniane jest na podstawie rezultatów, do otrzymania których jest się uprawnionym” (Lerner, 1980, s. 11). W tej perspektywie przyjmuje się, że napiętnowani sami są winni doświadczanego piętna – niezależnie od jego kontekstu, przyczyny, głębokości zmian w funkcjonowaniu, które ono powoduje – piętnujący zaś wybierają lub nawet mistyfikują rzekome dowody na to, że ich działanie jest uzasadnione.

Drugą powszechnie znaną strategię stanowi tzw. obwinianie ofiary (Ryan, 1971). Polega ona na przypisywaniu osobom wykluczającym takich form zachowań, deklaracji, przekonań, wartości czy postaw, które skłaniają do uznania, że znalazła się ona w gorszym położeniu z własnej winy, np. wskutek mniejszej zaradności, niższego wykształcenia czy swobody obyczajów.

Zgodnie ze strategią przypisywania kontroli i odpowiedzialności (Weiner, 1995), kluczowe dla uruchamiania działań stygmatyzujących i wykluczających jest poczucie gniewu, towarzyszące przekonaniu piętnującego o tym, że piętno zostało nabyte przez określoną osobę z jej winy, np. poprzez różnego rodzaju zaniedbania czy brak ostrożności. Uznanie kogoś za winnego stanu, w którym się znalazł, prowadzi – co oczywiste – do braku akceptacji, depersonalizacji i zaniechań działań pomocowych.

Liczni badacze wskazują na duże znaczenie protestanckiej etyki pracy dla wyjaśnienia pewnych mechanizmów wykluczających. Z perspektywy refleksji i naukowych analiz dotyczących wykluczenia najważniejsze jest jej przekonanie, że wyznacznikami sukcesu są: determinacja, ciężka praca i samokontrola. Katz i Haas ujmują to założenie w stwierdzeniu, że „[...] większość ludzi, którym się w życiu nie wiedzie, jest po prostu leniwa” (za: Crandall, 2008, s. 131). Twierdzenie to nabiera szczególnego znaczenia w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością, które często realizują swój osobisty potencjał w ograniczony sposób, gdyż nie wszystkie zawody są im dostępne ze względu na rodzaj uszkodzenia, stan zdrowia czy konieczność długotrwałej rehabilitacji, a w wielu przypadkach przygotowanie adekwatnego do ich potrzeb stanowiska pracy wymaga szeroko rozumianej modyfikacji i indywidual-

alizacji (część z nich może pracować wyłącznie na stanowiskach odpowiednio zaadaptowanych).

Heider (1988; zob. też Goffman, 2005), według którego teorie atrybucji oraz teorie równowagi pozostają ze sobą powiązane, tłumacząc proces wykluczenia, stwierdził, że skoro piętno jest czymś, za co osoba doświadczająca marginalizacji – w opinii piętnującego – ponosi odpowiedzialność, to można uznać, że samo naznaczenie jest zarazem odzwierciedleniem jej charakteru w wymiarze moralnym. Warto w tym kontekście zauważyć, że pełnosprawność, pomijając wszelkie aspekty psychofizyczne, wyznacza również pewien poziom statusu społecznego, decydującego o przynależności do określonej społeczności. Nabiera ona szczególnego znaczenia w kontekście doktryny przynależności R. Mertona (1977). W określonych warunkach sytuacyjnych, kiedy konieczne jest rozwiązanie jakiegoś problemu, ludzie wykazują tendencję do posługiwania się konkretnymi właściwościami (na przykład wspomnianym czynnikiem statusu) i z uwagi na ten aspekt klasyfikują członków grupy – jako posiadających pewną cechę bądź jej pozbawionych. Opisujący mechanizm porównań społecznych komplikuje integrację osób pełnosprawnych z niepełnosprawnymi oraz sprzyja zjawisku wykluczenia. Status społeczny, w tym kontekście przyznawany ze względu na atrybuty zewnętrzne, staje się podstawą dyskryminacji społecznej nawet wówczas, gdy faktycznie i funkcjonalnie jest nieistotny. Tendencja do wykluczania może być zatem tym częstsza i intensywniejsza, im bardziej widoczne jest kalectwo osoby niepełnosprawnej. Akceptując pomaganie osobie niepełnosprawnej, często traktuje się ją w społeczeństwie jako outsidera, któremu pomoc warto zaoferować z uwagi na motywację religijną czy humanitarną – ale nie przyznaje się jej praw równorzędnego partnera w życiu społeczności, a raczej ogranicza do tolerowania w określonym ekosystemie społecznym. Opiswane zjawisko ma dwa zasadnicze źródła: tendencje społeczności do marginalizacji tych osób przez pozostałych członków oraz opór samych niepełnosprawnych w dążności do integracji z własną społecznością. Pokonanie tendencji odrzucających jest możliwe poprzez podjęcie działań ukierunkowanych na wspólne zaangażowanie pełnosprawnych i niepełnosprawnych w pracę dla określonej grupy. Dotyczy to sytuacji, w której osoba niepełnosprawna uznaje siebie za pełnoprawnego członka społeczności, a ten fakt zostanie zaakceptowany przez wszystkich członków. Ten szczególny rodzaj rehabilitacji środowiskowej może mieć podstawy ekonomiczne lub afirmacyjne. Uczestnictwo w działaniach zespołowych ma szansę stać się dla wszystkich źródłem szacunku społecznego, radości, sprawdzenia siebie i podstawą pozytywnej samooceny. Jednocześnie sprzyja pobudzeniu u osób niepełnosprawnych poczucia upoważnienia do podejmowania działań na rzecz poprawy własnej sytuacji życiowej. Doskonałym przykładem zastosowania tego modelu

jest zainteresowanie osób z niepełnosprawnością własną aktywnością sportową oraz promowanie wartości istotnych w sporcie (Blecharz, 2006; 2010).

Charakterystyczną cechą podejść hierarchicznych jest usprawiedliwienie niepełnej inkluzji (lub podejścia segregacyjnego w odniesieniu do osób ze stigmą), a także zachowań agresywnych i zaniechania działań pomocowych wobec osób z piętnem, przekonaniem, że w każdej hierarchii znajdują się grupy wyżej i niżej sytuowane oraz zawsze te usytuowane niżej podlegają silniejszej kontroli społecznej oraz posiadają ograniczoną liczbę przywilejów. Wykluczenie pewnej grupy osób, uwarunkowane posiadaniem przez nie piętna, ma w istocie za cel reprodukcję społecznych nierówności (Neuberg i in., 2008; Nowakowska, 2009). Część badaczy zwraca również uwagę, że niektóre ułatwienia i udogodnienia, mające poszerzyć inkluzję osób z piętnem (np. osób niepełnosprawnych, imigrantów, mniejszości etnicznych i językowych), służą w istocie poszerzaniu stygmatyzacji. R. Dahrendorf (1967), a wcześniej L.A. Coser (1962) i L. Wirth (1945), uważali, że tzw. grupy większości narzucają swoją percepcję świata i rozwiązywania konfliktów interesów międzygrupowych grupom mniejszości. O sile oddziaływania grup decydować miały, ich zdaniem, czynniki socjopolityczne, jak: odmienność fizyczna czy odbiegający od standardowego sposób funkcjonowania.

Jedną ze strategii sformułowanych w ramach podejść hierarchicznych jest tzw. społeczny darwinizm, polegający na przeniesieniu założeń K. Darwina na grunt zagadnień społecznych. W myśl tej strategii, im jednostka jest silniejsza pod względem biologicznym, ale także intelektualnym i fizycznym, tym większa jest jej szansa na przetrwanie w rzeczywistości nacechowanej presją populacji oraz środowiska naturalnego (Hawkins, 1997). W takim ujęciu dyskryminacja, a nawet ekskluzja osób piętnowanych (np. ze względu na niepełnosprawność) uznawana jest nie tylko za uzasadnioną, ale wręcz moralnie adekwatną. Strategia ta zakłada także, że należy uczynić miejsce dla nowych, silnych gatunków, powstających w wyniku naturalnej selekcji. Zwolennicy nowoczesnego społecznego darwinizmu upatrują niższej pozycji różnych grup piętnowanych, w tym osób z niepełnosprawnością, w odmiennej przeszłości genowej. Znane są badania Herrnsteina i Murraya (1994), którzy dowodzili, że z racji genetycznego uwarunkowania poziomu inteligencji osoby, a nawet całe rasy, o niższych wskaźnikach IQ muszą cierpieć pod względem społecznym i ekonomicznym. O ile cierpienie w wymiarze ekonomicznym uwarunkowane jest częściowo niższym poziomem wykształcenia (Kubiak, Jakoniuk-Diallo, 2011), relatywnie zdeterminowanym przez możliwości poznawcze tych osób, o tyle ich niski poziom zaangażowania społecznego wskazuje na swoisty rodzaj zamknięcia się względem tej grupy. Obrazują to m.in. badania A. Zawiślak (2011), która ustaliła,

że poczucie przynależności społecznej i wynikającej z niej satysfakcji w relacjach międzyludzkich stanowi obszar funkcjonowania najgorzej oceniony przez osoby niepełnosprawne intelektualnie (warto dodać, że w przypadku innych grup niepełnosprawnych ocena jest niewiele wyższa, ponieważ obszar ten plasuje się na przedostatnim miejscu).

Według zwolenników strategii usprawiedliwiania, mity dotyczące m.in. piętna niepełnosprawności uprawomocniają nawet najbardziej krzywdzące systemy, gdyż

pełnią funkcje ideologiczne, w szczególności zaś usprawiedliwiają wyzysk jednych grup przez inne i wyjaśniają ubóstwo lub bezsilność pewnych grup i sukcesy innych w taki sposób, że te różnice wydają się uzasadnione, a nawet naturalne (Jost, Banaji, 1994, s. 10).

Do charakteryzowanej strategii nawiązuje tzw. orientacja na dominację społeczną, czyli SDO (*social dominance orientation*), wyrażająca stopień poparcia przez jednostkę nierówności w strukturze społecznej. Osoby o wysokim wskaźniku SDO raczej nie dążą do integracji i wyrównywania różnic, preferując układ hierarchiczny (Crandall, 2008).

Drugą grupę, obok strategii usprawiedliwiania, stanowią ideologie tłumienia. Elementem łączącym je jest eksponowanie wartości egalitaryzmu i humanitaryzmu jako czynników nakazujących tłumienie negatywnych emocji i powstrzymywanie się od agresywnych i wykluczających zachowań względem osób z piętnem. Fundamentem jest w tym kontekście przekonanie o pełnowartościowości wszystkich ludzkich istot. Jedną z najbardziej znanych w psychologii konsekwencji strategii tłumienia jest efekt „bumerangu”. Polega on na tym, że osoba starająca się stłumić w sobie określone myśli, paradoksalnie właśnie wtedy na nich się bardziej koncentruje. Dlatego też przyjmuje się, że im silniejsza jest wola stłumienia w sobie określonych treści, tym większa jest ich obecność w ludzkiej świadomości. Stłumienie może być również traktowane jako usprawiedliwienie, zgodnie z założeniem, że stłumione uprzedzenia świadczą w istocie o otwartości na odmienność, której w gruncie rzeczy nadal się nie akceptuje.

Zagadnienie stygmatyzacji i wykluczenia obecne jest również w obszarze polityki. Tak jak akceptowanie niektórych nierówności uwarunkowane jest w większym stopniu poglądami politycznymi niż hierarchicznymi – Crandall (2008) nazywa to podejściem mieszanym – tak również istotnym mechanizmem uwolnienia tłumienia jest sprzeciw wobec polityki społecznej poprawności. Pomijając czynniki polityczne, dla wielu ludzi uwolnienie tłumionych uprzedzeń może być źródłem naturalnej satysfakcji. Ta afektywna nagroda (choćby zadowolenie, że ma się odwagę mówić to, co aktualnie się myśli) przyczynia się do otwartego uzewnętrznienia swoich uprzedzeń

w jeszcze większym stopniu, niż działałoby się to u ludzi, którzy nigdy nie stosowali strategii tłumienia.

Interesujące ujęcie problemu wykluczenia proponują reprezentanci orientacji psychologizujących. J.P. Codol (1989) upatrywał przyczyn dyskryminowania pewnych grup w potrzebie „pozytywnego odróżniania się od innych”, poprzez marginalizowanie wybranych grup społecznych. Zależność ta ujawniała się również w wynikach badań własnych (Gerc, 2014), które pozwalają na konkluzję, że pozytywnej percepcji osób niepełnosprawnych i otwartości względem nich sprzyja wysoka samoocena, odczuwana satysfakcja z własnego ciała oraz poczucie własnej atrakcyjności fizycznej. Wskaźniki te zmniejszają z kolei potrzebę budowania obrazu własnej osoby poprzez dewaluację innych. T.W. Adorno czy F. Heider upatrywali natomiast przyczyn stygmatyzacji i dyskryminacji w „lęku przed obcym” (Błęszyńska, 2001, s. 70, por. też: Gerc, 2008).

Sport osób z niepełnosprawnością szansą na zmniejszenie ryzyka marginalizacji

Jednym z wymiarów kontekstu wykluczania osób z niepełnosprawnością jest niski kapitał społeczny niektórych społeczeństw. Wyznacznikami kapitału społecznego jest, ujmując najogólniej, sposób realizacji określonych idei, które powszechnie uznawane są za ważne i ponadczasowe. Jedną z idei budzących największe społeczne emocje jest sprawiedliwość. P. Sztompka (2016, s. 194) sformułował pięć zasad realizacji idei sprawiedliwości: „zasadę podziału wedle zasług, zasadę korzystnego udziału, zasadę słusznej odpłaty, zasadę godziwej zapłaty i zasadę rzetelnej oceny”. Autor zwraca uwagę, że choć odnoszą się one do idei równości i mają służyć sankcjonowaniu jej, w istocie sprzyjają powstawaniu nowych nierówności, gdyż w praktyce nie stosują się do podmiotów obiektywnie równych. W celu precyzyjnego wyjaśnienia tego stanowiska trzeba odwołać się do pojęć sprawiedliwości komunikatywnej i dystrybutywnej. W myśl istoty sprawiedliwości komunikatywnej wszyscy członkowie społeczeństwa ponoszą koszty na rzecz służby zdrowia, ale tylko niektórzy korzystają z usług placówek publicznych. Różny jest także zakres korzystania z leczenia i zabiegów leczniczych. Warto zwrócić uwagę, że osoby zmagające się z pewnymi rodzajami niepełnosprawności czerpią z systemu – wedle wąsko pojętych kryteriów ekonomicznych – wielokrotnie więcej niż inni, ponoszący identyczne albo niższe koszty. Sztompka (2016, s. 195) definiuje zatem sprawiedliwość jako „równość kryteriów nierówności [...], a niesprawiedliwość [...] [jako] nierówność kryteriów nierówności”. Autor nie postępuje jednak pojęciem egalitaryzmu. Inną ważną wartością z perspek-

tywy budowania kapitału społecznego jest zaufanie, które wzrasta w otoczeniu o cechach familiarności (Sztompka, 2007; 2016). Innymi słowy, ludzie są bardziej ufni w otoczeniu, w którym spotykają inne osoby podobne pod względem fizycznym czy psychicznym. Prawidłowość ta wyjaśnia chociażby dyskryminację osób niepełnosprawnych z widocznymi oznakami uszkodzenia (np. deformacje cielesne, poruszanie się na wózku inwalidzkim, noszenie aparatu słuchowego czy poruszanie się z wykorzystaniem białej laski), jak i osób komunikujących się w sposób alternatywny (piktogramy, język migowy itp.). Potwierdzają to m.in. badania J. Smogorzewskiej i G. Szumskiego (2015), którzy zaobserwowali, że w miarę przebywania dzieci niepełnosprawnych z pełnosprawnymi, liczba negatywnych wyborów dzieci z dysfunkcjami (np. deklarowanie przez pełnosprawne dzieci w badaniach socjometrycznych, że nie chciałyby siedzieć w ławce z osobą z niepełnosprawnością) ulegała wzrostowi, co autorzy tłumaczą obserwowaniem i uświadamianiem sobie przez zdrowe dzieci odmienności ich niepełnosprawnych rówieśników i spadającą ich akceptacją. Co więcej, mechanizm ten nie ulegał zmianie w miarę rozwijania się kompetencji społecznych u dzieci z niepełnosprawnością. Prowadzi to do mniej lub bardziej uświadomionej autostygmatyzacji i automarginalizacji, która przejawia się m.in. w fakcie dobierania przez niepełnosprawne osoby – jako przyjaciół, partnerów zabaw czy rozmówców – także ludzi niepełnosprawnych (Kubiak, Jakoniuk-Diallo, 2011).

Istotną przestrzenią integracji osób niepełnosprawnych – bez względu na typ niepełnosprawności – z pełnosprawną częścią populacji może być aktywność fizyczna i sport. Obserwuje się to już w okresie dzieciństwa, kiedy okazją do komunikowania się i nawiązywania relacji są zabawy i gry ruchowe, a także później – w okresie adolescencji, kiedy młodzież chętnie doskonali się i rywalizuje ze sobą w rozmaitych dyscyplinach sportowych. Na problem znaczenia sfery aktywności fizycznej zwrócił pośrednio uwagę P. Majewicz (2008), który odnotował, że młodzież niepełnosprawna ruchowo ujawnia bierność oraz zintensyfikowane wycofywanie się (tamże). Badania R.E. Klecka (za: Gerc, 2008) przeprowadzone w latach 60. ujawniły, że wiele pełnosprawnych osób w kontakcie z niepełnosprawnymi ruchowo partnerami interakcji ogranicza, w sposób mniej lub bardziej świadomy, własne zachowania ruchowe, np. gestykulację (Gerc, 2008). Świadczy to o uwrażliwieniu na dyskomfort, jaki grupa ta może odczuwać w doświadczeniu ruchu innej osoby, jednak – jak przekonują późniejsze badania – jest merytorycznie nieuzasadnione. Podkreśla się, że ruch rozwija świadomość własnego ciała, umożliwiając jego adekwatne i skuteczne wykorzystanie w procesie komunikacji (Butkowska, 2012).

K. Błeszyńska (2001) zwraca uwagę, że aktywność sportowa wpływa pozytywnie na kształtowanie się tożsamości osób niepełnosprawnych,

a w konsekwencji – na ich integrację z ludźmi pełnosprawnymi. Podkreśla, że duże znaczenie ma już aktywność bierna, polegająca na kibicowaniu innym podczas rozgrywek sportowych. Zdaniem badaczki (tamże), uruchamiane zostają wówczas trzy ważne społecznie mechanizmy. Pierwszy polega na aktywizacji rozróżnienia „my i oni” (co już jest równoznaczne z utożsamieniem się osoby niepełnosprawnej z określoną grupą, wzmocnionym przez poczucie przynależności do niej). Drugi sprowadza się do utożsamienia w wymiarze emocjonalnym poprzez przeżywanie silnych emocji. Trzeci natomiast pozwala na budowanie pozytywnej samooceny w wyniku identyfikacji ze skutecznym, zwyciężskim zespołem. Zdaniem K. Błeszyńskiej (2001), sama więź z określonym klubem sportowym czy zespołem zapobiega marginalizacji osób z niepełnosprawnością.

Ważną rolę odgrywa jednak przede wszystkim czynna aktywność sportowa, która z jednej strony stanowi dziedzinę wielu sukcesów ludzi z różnymi typami niepełnosprawności, z drugiej natomiast może pełnić funkcję rehabilitacyjną i zapobiegać wadom i uszkodzeniom wtórnym, wynikającym z podstawowej niepełnosprawności (por. Majewicz, 2013). W literaturze przedmiotu podkreśla się, że brak lub niedostateczna stymulacja sfery ruchowej może prowadzić do „analfabetyzmu ruchowego”, którego konsekwencje odczuwane są przez całe życie i wpływają niekorzystnie na integrację i funkcjonowanie społeczne (Jeszka i in., 2000). W. Pilecka (2002) dostrzega, że sprawność motoryczna w okresie adolescencji jest jednym z istotnych składników samoświadomości, a deprivacja potrzeb ruchowych może wywołać intensyfikację napięcia, a w skrajnych przypadkach doprowadzić do przykrych doznań bólowych i zaburzeń odczuwania w sferze sensorycznej. Ograniczenie ruchu lub unieruchomienie osoby sprowadza się bowiem do minimalizacji lub braku doświadczeń postrzegania siebie „jako źródła przyjemnej aktywności” (Pilecka, 2002, s. 119). Systematyczna aktywność ruchowa, jak i uprawianie sportu przyczyniają się ponadto do szybszej adaptacji społecznej, kształtując, a następnie rozwijając te cechy charakteru i postawy, które odpowiedzialne są za konstruktywne radzenie sobie w sytuacjach trudnych. Badacze zajmujący się problematyką *resilience* zwracają uwagę, że wskaźnikiem prawidłowej adaptacji są tzw. zasoby wewnętrzne (przede wszystkim samoocena i poczucie efektywności własnych działań), dzięki którym osoba jest w stanie podjąć konfrontację z sytuacją trudną (Sikorska, 2016) i zachować zdrowie psychiczne w warunkach stresu, jakiego niewątpliwie doświadczają niepełnosprawni oraz przewlekłe chorzy (Pilecka, 2014).

Uprawianie sportu przez osobę niepełnosprawną wiąże się niekiedy z potrzebą przeorganizowania planów pozostałych członków rodziny, zwłaszcza jeśli w pobliżu miejsca zamieszkania brakuje stosownych obiektów.

tów sportowych, a samodzielny dojazd wiąże się z dużym niebezpieczeństwem albo z barierami architektonicznymi czy komunikacyjnymi. Jeśli nie brak wytrwałości samemu niepełnosprawnemu, to często zaczyna jej brakować poszczególnym opiekunom. Aktywność ruchowa – także wtedy, gdy nie jest podejmowana systematycznie – integruje rodzinę, w której funkcjonuje dziecko lub dorosła osoba niepełnosprawna. Stwarzając okazję do wzajemnego odkrywania swoich mocnych stron, ułatwia akceptację codziennych ograniczeń. Staje się jednocześnie przestrzenią relaksu i odreagowania nagromadzonego stresu przez wszystkich członków rodziny, sprzyjając lepszej adaptacji i integracji całego systemu rodzinnego.

Podsumowanie

Sport wydaje się w doskonały sposób odzwierciedlać założenia filozofii społecznej akceptacji i równych szans dla wszystkich osób, niezależnie od ujawnianego przez nie uszkodzenia, niepełnosprawności czy odmienności neurologicznej. Jak zauważają bowiem zwolennicy normalizacji w podejściu do niepełnosprawności (Jaarsma, Welin, 2012), z perspektywy etycznej i społecznej różnice w wyglądzie, odmienność w strukturze i sprawności mózgu czy funkcjonowaniu neurologicznym (dotyczy np. osób z autyzmem) nie mogą być bardziej istotne od różnic etnicznych, kulturowych czy rasowych.

Tolerancja i akceptacja – same w sobie – nie zlikwidują trudności osób z niepełnosprawnością w relacjach społecznych czy komunikacji ani nie spowodują ich swobodnego – bez piętna posiadania deficytu – funkcjonowania w środowisku społecznym.

Istotne w pokonaniu tego paradoksu wydaje się zrozumienie potencjalnych przyczyn marginalizacji osób z niepełnosprawnością, przekroczenie tradycyjnego myślenia o uszkodzeniu oraz niepełnosprawności i adekwatne określenie przestrzeni normalizacji.

Ten postulat znakomicie oddają słowa J. Konarskiej:

Nie ma różnicy między potrzebami osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych, ale jest różnica w możliwościach i sposobach ich realizacji. Zdarza się, że niektóre potrzeby u osób z różnym rodzajem niepełnosprawności się nie wykształcają, ponieważ nie mogły być zrealizowane potrzeby, na których bazie tworzą się te nowe, niewykształcone. Tak zresztą dzieje się ze wszystkimi potrzebami u wszystkich ludzi, tyle tylko, że osoby niepełnosprawne częściej doświadczają deprywacji potrzeb z racji niemożności ich realizacji albo niemożności ich rozbudzenia wskutek deprywacji bodźców, które wywołują te potrzeby (Konarska, 2012, s. 49).

Bibliografia

- Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M. (1997). *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, Poznań: Zysk i Spółka.
- Allman D. (2013). The sociology of social inclusion, *SAGE Open*, January–March, s. 7.
- Blecharz J. (2006). Psychologia we współczesnym sporcie – punkt wyjścia i możliwości rozwoju, *Przegląd Psychologiczny*, t. 49, nr 4, s. 445–462.
- Blecharz J. (2010). Psychologia sprawdza się (najlepiej) w praktyce. Praktyczna psychologia sportu, czyli jaka? – rozmowa z prof. J. Blecharzem, *Sport Wyczytany*, nr 3, s. 171–180.
- Błęszyńska K. (2001). *Niepełnosprawność a struktura identyfikacji społecznych*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Butkowska M. (2012). Nie bójmy się karate w pracy z dziećmi z wieloraką niepełnosprawnością, [w:] Wolska D., Mikrut A. (red.). *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Paedagogica II*, nr 108, Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP, s. 254–259.
- Codol J.-P., Jarymowicz M., Kamińska-Feldman M., Szuster A. (1989). Asymmetry in estimation of interpersonal distance and identity differentiation, *European Journal of Social Psychology*, vol. 19, s. 11–22.
- Coser L.A. (1962). Some functions of deviant behaviour and normative flexibility, *American Journal of Sociology*, vol. 68, s. 172–181.
- Crandall Ch. (2008). Ideologia i potoczne teorie piętna: usprawiedliwianie piętnowania, [w:] Heatherton T.F., Kleck R.E., Hebl M.R., Hull J.G. (red.). *Společna psychologia piętna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 126–145.
- Czyż A. (2013). Poczucie jakości życia osób z uszkodzonym narządem słuchu w kontekście psychospołecznych wskaźników, [w:] Grochmal-Bach B., Alberska M., Grzebinoga A. (red.). *Wspomaganie funkcjonowania psychospołecznej osoby z niepełnosprawnością*, Kraków: Akademia Ignatianum, Wydawnictwo WAM, s. 225–303.
- Dahrendorf R. (1967). *Essays in the theory of society*, Stanford: University Press.
- Gerc K. (2008). Niepełnosprawność powodem wykluczenia, [w:] Duda M., Gulla B. (red.). *Przeciw wykluczeniu społecznemu*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe PAT, s. 123–140.
- Gerc K. (2014). Podmiotowe korelaty postaw pełnosprawnych studentów wobec osób z niepełnosprawnością fizyczną, [w:] Piotrowski P., Smoter B., Gaczoł K. (red.). *Wychowanie. Uwarunkowania, konteksty, narracje*, Nowy Sącz: Wydawnictwo Naukowe PWSZ, s. 137–156.
- Goffman E. (2005). *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hawkins M. (1997). *Social Darwinism in European and American thought, 1860–1945: nature as model and nature as threat*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Heider F. (1988). *The notebooks of Fritz Heider*, vol. 4. *Balance theory*, Benesh-Weiner M. (red.), Munich: Psychologie Verlags Union.

- Herrnstein R.J., Murray C. (1994). *The bell curve: intelligence and class structure an American life*, New York: Free Press.
- Jaarsma P., Welin S. (2012). Autism as a natural human variation: reflections on the claims of the Neurodiversity Movement, *Health Care Analysis*, vol. 20 (1), s. 20–30.
- Jeszka J., Kostrzewa-Tarnowska A., Człapka-Matyasik M., Reguła J. (2000). Spontaniczna aktywność ruchowa młodzieży w wieku 12–14 lat oraz 15–17 lat, [w:] Kolarzyk E. (red.). *Problemy wieku dojrzewania*, cz. II: *Prozdrowotny styl życia*, Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieniczne, s. 249–254.
- Jost J.T., Banaji M.R. (1994). The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness, *British Journal of Social Psychology*, vol. 33, s. 1–27.
- Konarska J. (2012). Formy wsparcia rehabilitacji osób z niesprawnością wzroku, [w:] Grochmal-Bach B., Alberska M., Grzebinoga A. (red.). *Wspomaganie funkcjonowania psychospołecznego osób z niepełnosprawnością*, Kraków: Akademia Ignatianum, Wydawnictwo WAM, s. 47–72.
- Kowalik S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Kubiak H., Jakoniuk-Diallo A. (2011). *Człowiek niepełnosprawny w otoczeniu społecznym*, Warszawa: Difin.
- Lerner M. (1980). *The belief in a just in world: a fundamental delusion*, New York: Plenum Press.
- Locker D. (1983). *Disability and disadvantage: the consequences of chronic illness*. London: Tavistock.
- Majewicz P. (2008). Relacje interpersonalne młodzieży niepełnosprawnej ruchowo – perspektywa obserwatora i aktora, [w:] Pilecka W., Bidziński K., Pietrzakiewicz M. (red.). *O poznawaniu siebie i świata przez dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, Kielce: Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, s. 153–163.
- Majewicz P. (2013). Wspomaganie rozwoju psychomotorycznego dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością ruchową, [w:] Grochmal-Bach B., Alberska M., Grzebinoga A. (red.) *Wspomaganie funkcjonowania psychospołecznego osób z niepełnosprawnością*, Kraków: Akademia Ignatianum, Wydawnictwo WAM, s. 113–135.
- Malinowski B. (1967). *Argonauci zachodniego Pacyfiku*, Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Małek A. (2015). W poszukiwaniu strategii zapobiegających szkolnemu wykluczeniu uczniów z Zespołem Tourette’a, [w:] Komorowska-Zielony A., Szkudlarek T. (red.). *Różnice. Edukacja. Inkluzja*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, s. 279–286.
- Marchwacka M.A. (2015). Edukacja i zdrowie a nierówności społeczne wśród młodzieży w Niemczech, [w:] Komorowska-Zielony A., Szkudlarek T. (red.). *Różnice. Edukacja. Inkluzja*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, s. 287–294.

- Merton R. (1977). Członkowie grupy i outsiderzy. Rozdział z socjologii wiedzy, [w:] Szacki J. (red.). *Czy kryzys socjologii?*, Warszawa: Czytelnik, s. 407.
- Neuberg S.L., Smith D.M., Asher T. (2008). Dlaczego ludzie piętnują: w stronę podejścia biokulturowego, [w:] *Spółeczna psychologia piętna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 49–73.
- Nowakowska L. (2009). Doświadczenie niepełnosprawności w świetle teorii stigmatyzacji, [w:] Janowski K., Cudo A. (red.). *Człowiek chory – aspekty biopsychospołeczne*, t. 2, Lublin: Centrum Psychoedukacji i Pomocy Psychologicznej, s. 273–282.
- Phelan J.C., Link B.G., Dovidio J.F. (2008). Stigma and prejudice: one animal or two?, *Social Science and Medicine*, vol. 67, s. 358–367.
- Pilecka W. (2002). *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Problemy psychologiczne*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pilecka W. (2014). Resilience as a chance of developmental success for a child with a chronic illness, [w:] Ostrowski T.M., Sikorska I. (red.). *Health and Resilience*, Kraków: Jagiellonian University Press, s. 141–156.
- Ryan W. (1971). *Blaming the victim*, New York: Vintage.
- Schulze B., Angermeyer M.C. (2003). Subjective experiences of stigma, *Social Science and Medicine*, vol. 56, s. 299–312.
- Sikorska I. (2016). *Odporność psychiczna w okresie dzieciństwa*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Smogorzewska J., Szumski G. (2015). *Rozwijanie kompetencji społęcznych dzieci przedszkolnych. Teoria. Metodyka. Efekty*, Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Stuber J., Galea S., Link G.B. (2008). Smoking and the emergence of a stigmatized social status, *Social Science and Medicine*, vol. 67, s. 351–357.
- Sztompka P. (2007). *Zaufanie. Fundament społęczeństwa*, Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Sztompka P. (2016). *Kapitał społęczny. Teoria przestrzeni międzyludzkiej*, Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Świtaj P. (2010). Piętno społęczne związane z chorobą i niepełnosprawnością – typy, wymiary, geneza, funkcje, [w:] Zasępa E. (red.). *Choroba, niepełnosprawność cierpienie oraz postawy wobec nich – w teorii i w badaniach*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, s. 313–342.
- Thomas K.R., Chan F. (2000). On becoming a rehabilitation psychologist: many roads lead to Rome. *Rehabilitation Psychology*, vol. 45, s. 65–73.
- Thomas D.F., Rosenthal D. (2004). An introduction to international perspectives in rehabilitation psychology research, *Rehabilitation Psychology*, vol. 49, s. 3–4.
- Weigl B. (2000). Stereotypy i uprzedzenia, [w:] Strelau J. (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 203–224.
- Weiner B. (1995). *Judgments of responsibility*, New York: Guilford Press.
- Wirth L. (1945). The problem of minority groups, [w:] Linton R. (red.), *The Science of Man in the World Crisis*, New York: Columbia University, s. 347–372.

- Wojciechowski F. (2007). *Niepełnosprawność. Rodzina. Dorastanie*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Woźniak Z. (2007). Teoretyczne podstawy badań nad aktywnością zawodową osób z ograniczoną sprawnością, [w:] Brzezińska A., Woźniak Z., Maj K. (red.). *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy*, Warszawa: Wydawnictwo SWPS „Academica”, s. 33–50.
- Zawiślak A. (2011). *Jakość życia osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną*, Warszawa: Difin.

Edyta Szyszka

Instytut Nauk o Wychowaniu, Akademia Ignatianum w Krakowie

Poczucie niesprawiedliwości w perspektywie jakości życia u osób niepełnosprawnych ruchowo

Streszczenie

Postrzegane poczucie niesprawiedliwości, wynikające z przekonania o byciu pokrzywdzonym, jest znaczącym czynnikiem wpływającym na jakość życia osób niepełnosprawnych ruchowo. Celem opisywanych w rozdziale badań, przeprowadzonych na grupie 50 osób, było precyzyjne określenie tego wpływu. Narzędziem badawczym był Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 oraz Skala jakości życia A. Campbella. Wyniki badań wskazują, że doświadczane poczucie niesprawiedliwości osób niepełnosprawnych ruchowo jest przyczyną obniżenia jakości ich życia w dwóch z ośmiu badanych wskaźników: Funkcjonowaniu społecznym (SF) i Ograniczeniu w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego (RP).

Słowa kluczowe: niesprawiedliwość, jakość życia, niepełnosprawność ruchowa

Wprowadzenie

Zależność pomiędzy poczuciem niesprawiedliwości a jakością życia u osób niepełnosprawnych ruchowo można rozpatrywać dwukierunkowo. Jakość życia tej grupy osób związana jest z czynnym zmaganiem się z wyzwaniami i trudnościami codziennej egzystencji. Jest zależna od stanu zdrowia, stopnia niezależności od otoczenia, infrastruktury architektonicznej, postawy rodziny, przyjaciół, znajomych i wielu innych aspektów.

Znaczącym czynnikiem wpływającym na jakość życia osób niepełnosprawnych ruchowo jest ich postrzegane poczucie niesprawiedliwości, wynikające z przekonania o byciu pokrzywdzonym i o naruszeniu ich godności osobistej. Zagadnienie jakości życia należy do istotnych problemów badawczych i odnosi się zarówno do aspektu ruchowego, jak i psychicznego. W wymiarze metodologicznym na pierwszy plan wysuwa się najczęściej

aspekt psychologiczny oraz badania związane z zadowoleniem z życia oraz dobrostanu psychicznego. S. Kowalik (2000) zwraca uwagę, że większość koncepcji dotyczących jakości życia skupia się na obiektywnym wymiarze egzystencji człowieka, pomijając subiektywną ocenę życia przez jednostkę.

Badacze zwracają uwagę, że każdy człowiek w sposób indywidualny definiuje jakość swojego życia i jest to najczęściej uzależnione od doświadczeń i oczekiwań osoby oceniającej. Zasadne jest odwołanie się do dwóch wymiarów takiej oceny. Wymiar obiektywny to środowisko społeczne oraz struktura społeczna w całościowym aspekcie społecznym, ekonomicznym i demograficznym. Wymiar subiektywny odnosi się do osobistych przekonań (wartości, postrzegania przeszłości oraz oceny perspektyw i satysfakcji z dobrego zdrowia) (Kirenko, 2006). Można wnioskować, że wymiary te, określające jakość życia w indywidualnych ocenach osób, stanowią pewną nierozzerwalną całość.

Istnieje wiele definicji niepełnosprawności fizycznej, na podstawie których można wnioskować, że jest ona zjawiskiem wielowymiarowym i wielopłaszczyznowym, którego istoty nie można ograniczyć wyłącznie do uszkodzeń morfologicznych organizmu czy też sprawności funkcjonowania aparatu ruchu. Jak dotąd nie zostały opracowane kryteria, które w sposób jednoznaczny definiują niepełnosprawność ruchową (Kowalik, 2007). Określając niepełnosprawność fizyczną, zwraca się uwagę na trwałe uszkodzenie i obniżenie sprawności funkcjonowania aparatu ruchu, które w znacznym stopniu utrudnią lub uniemożliwią podejmowanie aktywności życiowej (Tasiemski, Koper, 2009). Niepełnosprawność ruchowa może mieć zróżnicowane przyczyny (np. uwarunkowania dziedziczne) i pojawiać się w różnych okresach życia człowieka: w jego wczesnym etapie lub w okresie dojrzewania czy dopiero w dorosłości (Majewicz, 2012).

Poczucie sprawiedliwości jest niezbędne do właściwego funkcjonowania jednostki w społeczeństwie. Naruszenie poczucia sprawiedliwości jest doświadczane na każdym etapie codzienności. Ludzie często mówią o dobrych i złych zjawiskach napotykanym w interakcjach społecznych właśnie w kontekście sprawiedliwości i niesprawiedliwości (De Cremer, van den Bos, 2007).

Wyniki badań wskazują, że poczucie niesprawiedliwości może być również konsekwencją psychologicznych i fizjologicznych zmian, w znacznym stopniu uniemożliwiających powrót do zdrowia. Postrzeganie sytuacji jako niesprawiedliwej niesie również szkodliwe skutki dla zdrowia psychicznego, może być jedną z przyczyn cierpienia i pogłębiającej się niepełnosprawności (Jakobov i in., 2014). Podobne stanowisko prezentuje Kowalik (1999, s. 34), który zauważa, że niepełnosprawność jest najczęściej też dużym obciążeniem psychicznym, silnie wpływającym na rozwój psychofizyczny człowieka. W opinii tego autora pośrednim skutkiem uszkodzenia organizmu jest „nie-

pełnosprawność psychiczna i społeczna”. W wielu przypadkach życie osób po przebytych kontuzjach jest naznaczone trwałym fizycznym i emocjonalnym cierpieniem. Dotyczy to szczególnie sytuacji nieoczekiwanych, które stanowią przyczynę silnego stresu i wymagają wiele energii niezbędnej do poradzenia sobie i przetrwania traumy (Wolski, 2010). Jakość życia ulega pogorszeniu z powodu strat (pracy, zabezpieczenia finansowego, samodzielności, poczucia tożsamości itp.). Niektóre z tych strat mają charakter tymczasowy, inne zaś – trwałe. Szczególnego charakteru nabiera utrata lub szkoda będąca wynikiem błędu bądź zaniedbania innej osoby, gdyż wówczas „spersonifikowany” uraz i towarzyszące poczucie niesprawiedliwości są szczególnie dotkliwe i długotrwałe. Badania wykazały, że u osoby, która doświadczyła niezastężonego cierpienia bądź nieodwracalnej straty, może dochodzić do postrzegania poczucia niesprawiedliwości (Sullivan i in., 2008). Nagła utrata sprawności „wiąże się z negatywnymi konotacjami. Są one odbierane jako skutki niepełnosprawności i pojawiają się w trzech głównych poziomach: doświadczeniowym, behawioralnym oraz społecznym” (Wiliński, 2010, s. 62). Również Sullivan wskazuje na dwie zmienne: myślenie katastroficzne i postrzeganie niesprawiedliwości, które determinują efektywność leczenia. Badania sugerują, że osoby, które wykazują katastroficzne myślenie na temat swojej niepełnosprawności, należą do grupy wysokiego ryzyka (Sullivan i in., 2001).

Cel badań. Materiał i metody

Celem badań było określenie wpływu poczucia niesprawiedliwości na jakość życia osób niepełnosprawnych ruchowo.

Badania przeprowadzono od maja do grudnia 2015 r. wśród 50 osób z niepełnosprawnością nabytą i wrodzoną zamieszkałych na terenie Małopolski. Grupę badanych stanowiło 26 kobiet i 24 mężczyzn. Średnia wieku 34,4 roku, odchylenie standardowe 9,9 roku, minimum 20, maksimum 58 lat.

Osoby badane zostały poinformowane o celu badań, ich anonimowości oraz sposobie wykorzystywania uzyskanych wyników. Badania miały charakter dobrowolny – w każdej chwili można było się z nich wycofać bez podania przyczyny.

W badaniach zastosowano Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36. Narzędzie to ma charakter samoopisowy. Daje możliwość wyznaczenia ośmiu wskaźników poziomu jakości życia. Są to: Funkcjonowanie fizyczne (PF), Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego (RP), Ograniczenie w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych (RE), Poczucie zdrowia psychicznego (MH), Witalność (VT), Dolegliwości bólowe (BP),

Ogólne poczucie zdrowia (GH) i Funkcjonowanie społeczne (SF). Kwestionariusz SF-36 jest szeroko stosowany do badania jakości życia grup wyróżnionych według różnych kryteriów. Szczegóły psychometryczne zawiera szereg publikacji (np. Zawisza i in., 2009). Drugim zastosowanym narzędziem badawczym była Skala jakości życia A. Campbella, oparta na siedmiopozycyjnej skali Likerta. W badaniach wykorzystano skalę Campbella w adaptacji S. Kowalika, z opisem 16 dziedzin życia. Wyróżnione zostały cztery poziomy jakości życia: publiczny, lokalny, rodzinny i osobisty – w dwóch opcjach czasowych: aktualnej i przewidywanej. Suma wszystkich ocen stanowi miarę globalnej jakości życia badanych osób. Wykorzystana skala służy również do określenia przewidywanego wskaźnika jakości życia.

Wyniki

Tabela 1. Rozkład badanych według płci

	Częstość	Procent
Kobiety	26	52,0
Mężczyźni	24	48,0
Ogółem	50	100,0

Źródło: badania własne.

Rozkład według typu wykształcenia wskazuje, że w badanej grupie dominują osoby z wykształceniem wyższym (46%) oraz średnim (40%). Pozostałe osoby mają wykształcenie zawodowe (14%).

Tabela 2. Rozkład badanych według wykształcenia

	Częstość	Procent
Zawodowe	7	14,0
Średnie	20	40,0
Wyższe	23	46,0
Ogółem	50	100,0

Źródło: badania własne.

W tabeli 3 zestawiono statystyki opisowe dla wyników kwestionariusza SF-36. Analiza wartości średnich wskazuje, że najwyższą wartość przyjmuje Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego (RP) (61,50).

Najniższą wartość przyjmują podskale Funkcjonowanie fizyczne (PF) (37,50) oraz Ogólne poczucie zdrowia (GH) (41,70).

Tabela 3. Jakość życia w kwestionariuszu SF-36

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SKE</i>	<i>K</i>	Min	Max
Funkcjonowanie fizyczne (PF)	37,50	22,97	0,214	-0,647	0,00	85,00
Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego (RP)	61,50	25,23	0,377	-0,677	12,50	112,50
Ograniczenie w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych (RE)	48,00	47,70	0,082	-1,962	0,00	100,00
Poczucie zdrowia psychicznego (MH)	52,96	19,47	0,074	-0,287	12,00	100,00
Witalność (VT)	50,40	17,11	0,333	-0,006	20,00	90,00
Dolegliwości bólowe (BP)	54,37	17,99	0,181	-0,544	20,41	100,00
Ogólne poczucie zdrowia (GH)	41,70	12,40	0,496	0,117	20,00	70,00
Funkcjonowanie społeczne (SF)	50,00	24,74	0,263	0,269	0,00	100,00

Źródło: badania własne.

Tabela 4 zawiera statystyki opisowe podskal Skali jakości życia A. Campbella w adaptacji S. Kowalika. Analiza wartości średnich wskazuje, że we wszystkich obszarach przewidywane poczucie jakości życia przyjmuje wartości wyższe niż poczucie jakości życia aktualnego.

Tabela 4. Jakość życia w Skali jakości życia A. Campbella

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SKE</i>	<i>K</i>	Min	Max
PJŻ osobiste aktualne	11,20	2,82	0,157	0,735	4,00	19,00
PJŻ rodzinne aktualne	13,98	2,60	-0,093	-0,384	9,00	19,00
PJŻ lokalne aktualne	14,34	2,91	-0,233	0,989	5,00	20,00
PJŻ publiczne aktualne	12,76	3,09	-0,164	-0,733	6,00	19,00
PJŻ osobiste przewidywane	12,78	2,77	-0,583	-0,481	6,00	17,00
PJŻ rodzinne przewidywane	14,50	2,44	-0,525	-0,407	9,00	19,00
PJŻ lokalne przewidywane	14,46	2,70	-0,975	3,303	4,00	19,00
PJŻ publiczne przewidywane	12,68	3,08	-0,415	-0,260	5,00	19,00

Źródło: badania własne.

Dla określenia normalności rozkładu dla składowych jakości życia wg SF-36 zastosowano test Shapiro-Wilka. Zmiennymi zbieżnymi do rozkładu normalnego są: Funkcjonowanie fizyczne (PF), Poczucie zdrowia psychicznego (MH), Witalność (VT), Dolegliwości bólowe (BP). Pozostałe zmienne nie spełniają kryterium normalności.

Tabela 5. Testy normalności rozkładu dla składowych jakości życia w SF-36

	Shapiro-Wilk		
	Z	df	Istotność
Funkcjonowanie fizyczne (PF)	0,970	50	0,221
Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego (RP)	0,932	50	0,007
Ograniczenie w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych (RE)	0,702	50	0,000
Poczucie zdrowia psychicznego (MH)	0,981	50	0,584
Witalność (VT)	0,957	50	0,066
Dolegliwości bólowe (BP)	0,965	50	0,146
Ogólne poczucie zdrowia (GH)	0,948	50	0,029
Funkcjonowanie społeczne (SF)	0,875	50	0,000

Źródło: badania własne.

Dla określenia normalności podskal Skali jakości życia A. Campbella zastosowano test Shapiro-Wilka. Zmiennymi spełniającymi kryterium normalności są: PJŻ osobiste aktualne, PJŻ rodzinne aktualne, PJŻ publiczne aktualne, PJŻ publiczne przewidywane. Pozostałe podskale nie spełniają kryterium normalności.

Stosownie do wyników badania normalności rozkładów w tabeli 5 wyliczono poziom średnich rang podskal testu SF-36 według kryterium doznawanego poczucia niesprawiedliwości. Zwraca uwagę wysoka różnica między średnimi rangami ze względu na doznawane poczucie niesprawiedliwości dla podskal Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego (RP) oraz Funkcjonowanie społeczne (SF).

Tabela 6. Testy normalności dla podskal w Skali jakości życia A. Campbella w adaptacji S. Kowalika

	Shapiro-Wilk		
	Z	df	Istotność
PJŻ osobiste aktualne	0,975	50	0,366
PJŻ rodzinne aktualne	0,963	50	0,118
PJŻ lokalne aktualne	0,945	50	0,021
PJŻ publiczne aktualne	0,965	50	0,145
PJŻ osobiste przewidywane	0,933	50	0,007
PJŻ rodzinne przewidywane	0,950	50	0,033
PJŻ lokalne przewidywane	0,922	50	0,003
PJŻ publiczne przewidywane	0,967	50	0,183

Źródło: badania własne.

Tabela 7. Rangi wybranych podskal testu SF-36 według doznanego poczucia niesprawiedliwości

	Doznawane poczucie niesprawiedliwości	n	Średnia ranga	Suma rang
Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego (RP)	nie	14	33,46	468,50
	tak	36	22,40	806,50
	ogółem	50		
Ograniczenie w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych (RE)	nie	14	30,00	420,00
	tak	36	23,75	855,00
	ogółem	50		
Ogólne poczucie zdrowia (GH)	nie	14	25,39	355,50
	tak	36	25,54	919,50
	ogółem	50		
Funkcjonowanie społeczne (SF)	nie	14	35,29	494,00
	tak	36	21,69	781,00
	ogółem	50		

Źródło: badania własne.

Analiza istotności różnic rang pokazuje, że wskazane różnice przyjmują poziom statystycznie istotny. Funkcjonowanie społeczne (SF) osób niepełnosprawnych niedoznających poczucia niesprawiedliwości jest wyższe niż osób doznających poczucia niesprawiedliwości. Analogicznie, Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego (RP) u osób niedoznających poczucia niesprawiedliwości jest wyższe niż u osób odczuwających poczucie niesprawiedliwości.

Tabela 8. Test *U* Manna-Whitneya dla wybranych podskal testu SF-36

	<i>U</i> Manna-Whitneya	<i>W</i> Wilcoxona	<i>Z</i>	Istotność asymptotyczna (dwustronna)
Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego (RP)	140,5	806,5	-2,463	0,014
Ograniczenie w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych (RE)	189	855	-1,496	0,135
Ogólne poczucie zdrowia (GH)	250,5	355,5	-0,033	0,974
Funkcjonowanie społeczne (SF)	115	781	-3,213	0,001

a. Zmienna grupująca: Doznawane poczucie niesprawiedliwości

Źródło: badania własne.

W tabeli 9 zestawiono wartości średnie zmiennych spełniających kryterium normalności według doznawanego poczucia niesprawiedliwości. Największe różnice występują w podskalach Funkcjonowanie fizyczne (PF) i Poczucie zdrowia psychicznego (MH).

Analiza istotności różnic dla wskazanych zmiennych wskazuje, że Funkcjonowanie fizyczne (PF) u osób doznających poczucia niesprawiedliwości przyjmuje niższy poziom niż w przypadku osób niedoznających poczucia niesprawiedliwości. Podobna zależność występuje dla zmiennej Poczucie zdrowia psychicznego (MH) – osoby niedoznające poczucia niesprawiedliwości mają wyższy poziom poczucia zdrowia psychicznego niż osoby doznające poczucia niesprawiedliwości. Różnice dla pozostałych zmiennych są nieistotne statystycznie.

Tabela 9. Wartości średnie wybranych podskal SF-36 według kryterium doznawanego poczucia niesprawiedliwości

	Doznawane poczucie niesprawiedliwości			
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Funkcjonowanie fizyczne (PF)	nie	14	76,79	26,79
	tak	36	55,56	22,25
Poczucie zdrowia psychicznego (MH)	nie	14	63,71	16,56
	tak	36	48,78	19,10
Witalność (VT)	nie	14	54,64	10,82
	tak	36	48,75	18,87
Dolegliwości bólowe (BP)	nie	14	60,20	18,41
	tak	36	52,10	17,55

Źródło: badania własne.

Tabela 10. Test Levene'a jednorodności wariancji i test *t* równości średnich dla wybranych podskal SF-36 według doznawanego poczucia niesprawiedliwości

	Założono równość wariancji	Test Levene'a jednorodności wariancji		Test <i>t</i> równości średnich			
		<i>F</i>	Istotność	<i>t</i>	<i>df</i>	Istotność (dwustronna)	Różnica średnich
Funkcjonowanie fizyczne (PF)	tak	1,494	0,228	2,860	48	0,006	21,23
	nie			2,633	20,365	0,016	21,23
Poczucie zdrowia psychicznego (MH)	tak	0,695	0,409	2,571	48	0,013	14,94
	nie			2,740	27,210	0,011	14,94
Witalność (VT)	tak	5,436	0,024	1,096	48	0,279	5,89
	nie			1,379	40,754	0,175	5,89
Dolegliwości bólowe (BP)	tak	0,110	0,742	1,447	48	0,154	8,11
	nie			1,416	22,763	0,170	8,11

a. Zmienna grupująca: Doznawane poczucie niesprawiedliwości

Źródło: badania własne.

Dla podskal Skali jakości życia A. Campbella niespełniających kryterium normalności utworzono zestawienie średnich rang ze względu na doznawane poczucie niesprawiedliwości.

Tabela 11. Rangi wybranych podskal w Skali jakości życia A. Campbella według doznawanego poczucia niesprawiedliwości

	Doznawane poczucie niesprawiedliwości	<i>n</i>	Średnia ranga	Suma rang
PJŻ lokalne aktualne	nie	14	31,07	435,00
	tak	36	23,33	840,00
	ogółem	50		
PJŻ osobiste przewidywane	nie	14	29,64	415,00
	tak	36	23,89	860,00
	ogółem	50		
PJŻ rodzinne przewidywane	nie	14	30,00	420,00
	tak	36	23,75	855,00
	ogółem	50		
PJŻ lokalne przewidywane	nie	14	29,64	415,00
	tak	36	23,89	860,00
	ogółem	50		

Źródło: badania własne.

Analiza istotności różnic powyższych podskal przy zmiennej grupującej Doznawane poczucie niesprawiedliwości wykazuje brak znaczących różnic.

Tabela 12. Test *U* Manna-Whitneya dla wybranych podskal w Skali jakości życia A. Campbella według doznawanego poczucia niesprawiedliwości

	PJŻ lokalne aktualne	PJŻ osobiste przewidy- wane	PJŻ rodzinne przewidy- wane	PJŻ lokalne przewidy- wane
<i>U</i> Manna-Whitneya	174,000	194,000	189,000	194,000
<i>W</i> Wilcoxona	840,000	860,000	855,000	860,000
<i>Z</i>	-1,708	-1,265	-1,374	-1,268
Istotność asymptotyczna (dwustronna)	0,088	0,206	0,169	0,205

a. Zmienna grupująca: Doznawane poczucie niesprawiedliwości

Źródło: badania własne.

Dla pozostałych podskal PJŻ utworzono zestawienie średnich wartości według kryterium doznawanego poczucia niesprawiedliwości.

Tabela 13. Wartości średnie wybranych podskal Skali jakości życia A. Campbella według doznanego poczucia niesprawiedliwości

	Doznawane poczucie niesprawiedliwości	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
PJŻ osobiste aktualne	nie	14	12,21	1,93
	tak	36	10,81	3,03
PJŻ rodzinne aktualne	nie	14	14,93	2,09
	tak	36	13,61	2,71
PJŻ publiczne aktualne	nie	14	14,71	2,52
	tak	36	12,00	2,98
PJŻ publiczne przewidywane	nie	14	14,29	2,81
	tak	36	12,06	2,99

Źródło: badania własne.

Analiza statystyczna istotności różnic wskazuje, że doznawane poczucie niesprawiedliwości różnicuje na poziomie statystycznie istotnym poczucie jakości życia publiczne aktualne ($t(48)=3,012$; $p=0,04$). Doznawane poczucie niesprawiedliwości różnicuje również poczucie jakości życia publiczne przewidywane ($t(48)=2,409$; $p=0,20$).

Tabela 14. Test Levene'a jednorodności wariancji i test *t* równości średnich dla wybranych podskal Skali jakości życia A. Campbella według doznawanego poczucia niesprawiedliwości

	Założono równość wariancji	Test Levene'a jednorodności wariancji		Test <i>t</i> równości średnich			
		<i>F</i>	Istotność	<i>t</i>	<i>df</i>	Istotność (dwustronna)	Różnica średnich
PJŻ osobiste aktualne	tak	2,469	0,123	1,611	48	0,114	1,41
	nie			1,952	37,219	0,059	1,41
PJŻ rodzinne aktualne	tak	1,124	0,294	1,637	48	0,108	1,32
	nie			1,833	30,615	0,076	1,32
PJŻ publiczne aktualne	tak	1,955	0,169	3,012	48	0,004	2,71
	nie			3,241	27,829	0,003	2,71
PJŻ publiczne przewidywane	tak	0,006	0,941	2,409	48	0,020	2,23
	nie			2,474	25,094	0,020	2,23

a. Zmienna grupująca: Doznawane poczucie niesprawiedliwości

Źródło: badania własne.

Dyskusja wyników

Przeprowadzone badania wykazały, że doznawane poczucie niesprawiedliwości obniża funkcjonowanie społeczne osób niepełnosprawnych ruchowo. Jednocześnie, co wydaje się zaskakujące, doznawane poczucie niesprawiedliwości obniża poziom ograniczeń w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego. Zależność tę można interpretować jako skutek mechanizmu hiperkompensacji i wzmożonych starań osób doznających poczucia niesprawiedliwości w celu zmniejszenia skutków wynikających z ograniczeń fizycznych. Różnicujący wpływ doznawanego poczucia niesprawiedliwości ujawnił się również w funkcjonowaniu fizycznym. Osoby doznające poczucia niesprawiedliwości wykazują niższy poziom funkcjonowania fizycznego niż osoby niedoznające poczucia niesprawiedliwości. Doznawane poczucie niesprawiedliwości obniża poziom zdrowia psychicznego, tzn. osoby niedoznające tej traumy wykazują lepsze samopoczucie psychiczne. Badania nie wykazują różnicującego wpływu doznawanego poczucia niesprawiedliwości na aktualne poczucie jakości życia lokalne i odnoszące się do przyszłości w sferze osobistej, rodzinnej i lokalnej. Różnicujący charakter doznawanego poczucia niesprawiedliwości ujawnia się dopiero w poczuciu jakości życia w sferze publicznej, aktualnej i przyszłej. Oznacza to, że sfera funkcjonowania publicznego jest wrażliwa na doznawane poczucie niesprawiedliwości. Z drugiej strony brak zróżnicowania w pozostałych obszarach i odniesieniach czasowych wskazuje, że osoby niepełnosprawne ruchowo radzą sobie w nich z doznawanym poczuciem niesprawiedliwości. Badania nie wykazały różnicującego wpływu poczucia niesprawiedliwości na ogólne poczucie zdrowia, poziom dolegliwości bólowych czy witalność, ani różnicującego wpływu doznawanego poczucia niesprawiedliwości na ograniczenie w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych.

Wnioski

Niepełnosprawność ruchowa jest doświadczeniem egzystencjalnym, które może sprzyjać powstaniu poczucia niesprawiedliwości. Tak wykreowane długotrwałe poczucie niesprawiedliwości jest czynnikiem istotnie wpływającym na jakość życia. Ważnym elementem w przyszłych badaniach nad zależnością między doznawanym poczuciem niesprawiedliwości a jakością życia powinna być szczegółowa analiza poczucia niesprawiedliwości ze względu na przyczyny jego zaistnienia (rodzaj niepełnosprawności), czas trwania, natężenie dolegliwości i uciążliwości. Zasadne byłoby również uwzględnienie w badaniach czynników osobowościowych oraz analizy biograficznej.

Bibliografia

- De Cremer D., van den Bos K. (2007). Justice and feelings: toward a new era in justice research, *Social Justice Research*, vol. 20, nr 1, s. 1–6.
- Kirenko J. (2006). Jakość życia w niepełnosprawności, [w:] Palak Z. (red.), *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 15–28.
- Kowalik S. (1999). *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Katowice: Wydawnictwo Śląsk.
- Kowalik S. (2000). Jakość życia psychicznego, [w:] Derbis R. (red.). *Jakość rozwoju a jakość życia*, Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Kowalik S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Majewicz P. (2012). *Psychospołeczna adaptacja osób z niepełnosprawnością ruchową w okresie dorosłości*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP.
- Sullivan M.J., Adams H., Horan S., Maher D., Boland D., Gross R.R. (2008). The role of perceived injustice in the experience of chronic pain and disability: scale development and validation, *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 18, nr 3, s. 249–261.
- Sullivan M.J., Thorn B., Haythornthwaite J.A., Keefe F., Martin M., Bradley L.A., Lefebvre J.C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain, *Clinical Journal of Pain*, vol. 17, nr 1, s. 52–64.
- Tasiemski T., Koper M. (2009). Dostosowana aktywność ruchowa dla osób z uszkodzeniem narządu ruchu, [w:] Kowalik S. (red.). *Kultura fizyczna osób niepełnosprawnych. Dostosowana aktywność ruchowa*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 354–395.
- Wiliński M. (2010). Modele niepełnosprawności – indywidualny i funkcjonalny, [w:] Brzezińska A.I., Kaczan R., Smoczyńska K. (red.). *Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 15–60.
- Wolski P. (2010). *Utrata sprawności. Radzenie sobie z niepełnosprawnością nabytą a aktywizacja zawodowa*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Yakovov E., Scott W., Tanzer M., Stanish W., Dunbar M., Richardson G., Sullivan M.J. (2014). Validation of the injustice experiences questionnaire adapted for use with patients with severe osteoarthritis of the knee, *Journal of Arthritis*, vol. 3, nr 2, s. 1–6.
- Zawisza K., Tobiasz-Adamczyk B., Zapała J., Marecik T. (2009). Trafność i rzetelność kwestionariusza ogólnej oceny stanu zdrowia SF-36 w populacji chorych na nowotwory głowy i szyi, *Czasopismo Stomatologiczne*, vol. 62, nr 9, s. 751–763.

Wojciech Pal

Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Krzysztof Gerc

Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński Krakowie

Audiodeskrypcja jako forma udziału osób z uszkodzeniem narządu wzroku w wydarzeniach sportowych

Streszczenie

Mimo dynamicznego rozwoju audiodeskrypcji w ostatnich latach, brak jest publikacji naukowych dokumentujących to zjawisko. W rozdziale przedstawiono specyfikę psychologicznych konsekwencji dysfunkcji narządu wzroku i w ich kontekście scharakteryzowano wybrane aspekty fenomenu audiodeskrypcji. Szczególnie wyeksponowano te elementy procesu, które dotyczą relacjonowania wydarzeń sportowych. Pierwszym ujęciem jest usytuowanie idei audiodeskrypcji w perspektywie historycznej, następnie omówione zostało upowszechnianie tej formy zapewnienia dostępu do różnorodnych przestrzeni ludzkiego funkcjonowania osobom z dysfunkcją narządu wzroku w Polsce. W zakończeniu została zamieszczona krótka charakterystyka zastosowania audiodeskrypcji w sporcie i prezentacja jej wykorzystywania przez niepełnosprawnych wzrokowo kibiców Wisły Kraków uczestniczących w meczach rozgrywanych na Stadionie Miejskim im. Henryka Reymana w Krakowie.

Słowa kluczowe: niewidomi, słabowidzący, sport, audiodeskrypcja

Charakterystyka funkcjonowania psychologicznego osób z niepełnosprawnością narządu wzroku

Wzrok określany jest jako jeden z najważniejszych zmysłów człowieka. Umożliwia poznawanie i orientację w otaczającej rzeczywistości, budowanie adekwatnej wiedzy o świecie, o przedmiotach, zjawiskach i relacjach, które go tworzą (Majewski, 2002), oraz odgrywa istotną rolę w prawidłowym rozwoju procesów poznawczych. Zmysł wzroku, poprzez zapewnienie możliwości swobodnego planowania i kontrolowania wykonywanych czynności, jest również ważny w codziennej aktywności człowieka.

Dlatego psychologowie i badacze zagadnienia niepełnosprawności narządu wzroku dowodzą istnienia wielu konsekwencji upośledzenia widzenia (Adamowicz-Hummel, 2001; Gerc, 2011; Konarska, 2012). Uszkodzenie organizmu (np. analizatora wzroku) powoduje nie tylko zmiany o charakterze fizjologicznym, ale wpływa również znacząco na aktywność psychiczną i kontakty społeczne jednostki. Wszystkie te wymiary determinują aktywność zawodową (jej podjęcie lub zaniechanie) oraz warunki życia całej rodziny osoby z niepełnosprawnością. Ograniczenia somatyczne nie pozostają bez wpływu na jakość życia oraz poczucie własnej wartości danej osoby i jej kondycję psychiczną. Jak zauważają Hodge i in. (2013), konsekwencje psychospołeczne uszkodzenia narządu wzroku często prowadzą do poważnych zakłóceń funkcjonowania emocjonalnego, depresji i innych zaburzeń nastroju, napięcia, utraty poczucia pewności siebie, do społecznego wycofania i izolacji. Budowanie i podtrzymywanie relacji społecznych przez osobę dotkniętą niedowidzeniem staje się coraz trudniejsze – zarówno w przestrzeni osobistej, jak i zawodowej (Barnes, Mercer 2010). Liczne badania (Hodge i in., 2013; Hunt, Hunt, 2004; Mik-Meyer, 2015; 2016; Kulkarni, Lengnick-Hall, 2011; Robert, Harlan, 2006) wskazują, że osoba z dysfunkcją – nawet, jeśli jest aktywna zawodowo – często cierpi z powodu rozmaitych uprzedzeń i stereotypów na temat swojej przydatności społecznej i wydajności w pracy. Ilustrują ten fakt nieco zaskakujące rezultaty badań przeprowadzonych przez N. Mik-Mayer (2016) w kilku duńskich przedsiębiorstwach, a dotyczących postrzegania osób słabowidzących przez ich kolegów (pracowników bez zaburzeń widzenia). Pracownicy słabowidzący – jak przywołuje cytowana autorka – często byli określani jako: niegodni zaufania, nieprzewidywalni, budzący lęk, pozbawieni zdolności i kompetencji zawodowych, mało przydatni społecznie, a nawet jako „nie-Duńczycy”, czyli szeroko rozumiani „obcy”. Zwłaszcza ta ostatnia charakterystyka jest interesująca psychologicznie, ponieważ w jakimś aspekcie może oznaczać deklaratywne kwestionowanie prawa pracowników słabowidzących do statusu pełnoprawnych obywateli kraju – w tym konkretnym przypadku – Danii.

Wyróżnia się dwie zasadnicze grupy osób z uszkodzeniem narządu wzroku. Do pierwszej należą osoby niewidome od urodzenia, szcążtkowo widzące oraz ociemniałe, natomiast do drugiej – osoby słabowidzące oraz słabowidzące z wadami obuocznego widzenia. Każda z tych grup ujawnia odmienne problemy i różne możliwości poznawania otoczenia. Warto także zwrócić uwagę na osoby zaliczane do niewidomych, czy też „praktycznie niewidomych”, u których – pomimo że są zdolne do odróżniania niektórych barw, ich kontrastów – ograniczenie widzenia jest na tyle duże, że uniemożliwia im samodzielne funkcjonowanie. Zachowanie choć minimalnej zdolności widzenia z reguły ma niezwykle ważną psychologicznie wartość.

Fakt ten może również mieć znaczenie, gdy bierze się pod uwagę kryterium psychologiczne – w tym kontekście podziału na wymienione grupy dokonuje się w zależności od stosowanych przez nie technik umożliwiających funkcjonowanie w świecie (wzrokowo-słuchowo-dotykowych, dotykowo-słuchowo-wzrokowych czy dotykowo-słuchowych, czyli bezwzrokowych). W zależności od stopnia i zakresu uszkodzenia wzroku stosują albo jedną z nich, albo też korzystają ze wszystkich w zależności od sytuacji (Majewski, 2002). Niezwykle ważny jest zatem stopień utraty wzroku i moment czasowy pojawienia się niepełnosprawności. Odmienne problemy dotyczą osób całkowicie niewidomych od urodzenia i tych, które utraciły wzrok po piątym roku życia, dłużej mogąc poznawać świat za jego pomocą. Utrata wzroku, która nastąpiła w toku życia, powoduje ważną zmianę w dotychczasowym funkcjonowaniu jednostki. Po utracie wielu istotnych sprawności, ufundowanych na działaniu narządu wzroku, osoba taka na nowo musi nauczyć się istnieć w swoim otoczeniu. Trudności, jakie napotyka, to m.in. deficyt informacji, problemy z podjęciem decyzji, przeciążenie procesów regulacyjnych, a także ryzyko uszkodzeń wynikających z wypadków (Ossowski, 2001). Ważną kwestią jest wobec tego kompensacja zmysłu wzroku za pomocą innych zmysłów, co związane jest z wyrównywaniem braków lub ograniczeń pojawiających się w rozwoju procesów poznawczych. Współcześnie odrzucona została teoria tzw. wikariatu, czyli zastępstwa utraconego zmysłu poprzez uwrażliwienie innego na poziomie sensorycznym. Taka „kompensacja sensoryczna” zastąpiona została kompensacją percepcyjną, opartą na współdziałaniu wszystkich pozostałych zmysłów i usprawnieniu całego procesu spostrzegania. Połączenie dotyku, zmysłu kinestetycznego i słuchu oraz węchu tworzy strukturalne całości. U osób, które zachowały szczątkową zdolność widzenia, także i ona zostaje włączona do zespołu posiadanych zmysłów. Pojęciem powiązanim ze spostrzeżeniami są wyobrażenia, rozumiane jako „odtworzenie obrazu przedmiotu czy zjawiska na podstawie dawnych doświadczeń” (Majewski, 1983, s. 101). W przypadku osób niewidomych wyobrażenia te mają charakter doznań dotykowych, słuchowych czy kinestetycznych. Można wyróżnić dwa rodzaje wyobrażeń: odtwórcze (reprodukcyjne), tworzone na podstawie spostrzeganych wcześniej elementów otoczenia, oraz wytwórcze (Majewski, 1993; 2002).

Spostrzeżenia osób niewidomych składają się zatem głównie z elementów przestrzennych (Majewski, 1983). W przypadku osób ociemniałych, które w swym życiu doświadczyły wyobrażeń wzrokowych, można mówić o tzw. wtórnej wizualizacji spostrzeżeń dotykowych, która miałaby pomóc w symultanicznym odbiorze informacji. Można przyjąć, iż jedną z funkcji wyobrażeń wzrokowych jest kształtowanie wiedzy o przestrzeni i usytuowaniu w niej przedmiotów. Podobnego rodzaju wyobrażenia mogą powstawać

także u osób niewidomych od urodzenia, z zastrzeżeniem, iż dzieje się to bez udziału wzroku. Szczególne znaczenie rozwojowe mają wyobrażenia przestrzenne, umożliwiające prawidłową orientację w przestrzeni i poruszanie się osoby niewidomej po znanym i nowym otoczeniu. Tutaj także zaznacza się istotna rola dotyku i słuchu (Majewski, 1983; 1995). Podkreśla się także znaczenie tzw. zmysłu przeszkód, pełniącego istotną funkcję orientacyjno-poznawczą (Ossowski, 2001).

Zastanawiano się, czy są możliwe treści wzrokowe wyobrażeń u osób niewidomych, zważywszy na fakt posługiwania się przez te osoby językiem zawierającym treści wizualne, tak jak czynią to osoby widzące. Badania wykluczyły jednak taką możliwość (por. Majewski, 2002). Ważnym składnikiem treści życia psychicznego osób niewidomych, związanym z używaniem przez nie pojęć i określeń wizualnych, są tzw. wyobrażenia surogatowe, czyli zastępcze. Stanowią one ekwiwalent tych treści poznawczych, których osoba niewidoma nie może poznać bezpośrednio – przyjmują zatem postać wyobrażeń wytwórczych oraz określeń zaczerpniętych z języka ludzi widzących. Można wyróżnić dwa rodzaje wyobrażeń surogatowych: wyobrażenia przedmiotów, niedostępnych dla osoby niewidomej, związanych ze stosunkami przestrzennymi (np. wzniesienie, dolina), oraz takie, które bezpośrednio dotyczą światła i barwy (powstające za pomocą kojarzenia z nimi bodźców nieadekwatnych, przede wszystkim słuchowych). W procesach poznawczych osób niewidomych szczególnie ważna jest rola analogii, które często stanowią element kompensujący te aspekty poznania, które w życiu widzącego z reguły są efektem osobistego (opartego na percepcji wzorkowej) doświadczenia. Duże znaczenie w funkcjonowaniu osób niewidomych ma też kompensacja werbalna, polegająca na zastępowaniu słownym opisem tych informacji, których widzącym dostarcza wzrok. Może ona stanowić pewien rodzaj uzupełnienia kompensacji percepcyjnej. Jest szczególnie ważna w odniesieniu do przedmiotów i zjawisk niedostępnych poznaniu innemu niż wzrokowe, jak np. relacje dotyczące barw czy stosunków przestrzennych. Najistotniejsze w tworzeniu wyobrażeń jest zachowanie ich adekwatności do rzeczywistości. W ten sposób zapobiega się powstawaniu tzw. werbalizmów, czyli zwrotów, których znaczenie różni się od nadawanego im przez osoby widzące.

Charakterystyka fenomenu audiodeskrypcji

J. Snyder – znany propagator audiodeskrypcji – próbując scharakteryzować dynamiczny charakter tego procesu, podkreśla, że audiodeskrypcja pozwala wizualne aspekty rzeczywistości, dostępne w naturalny sposób w mediach

i sztukach odbieranych wzrokowo, uczynić dostępnymi również dla osób niewidomych i słabowidzących. Zaznacza przy tym, iż narracja w audiodeskrypcji winna być „zwięzła, żywa i pomysłowa” (*succinct, vivid and imaginative*). Dzięki tej zwięzłości i kreatywności audiodeskrypcja ma wymierny wpływ na pobudzanie wyobraźni i poprawę percepcji u odbiorców, szczególnie niewidomych i słabowidzących (Snyder, 2014, s. 11).

Audiodeskrypcja nie stanowi procesu o jakiejś zupełnie nowej charakterystyce – zarówno w wymiarze idei i celów, jak i w aspekcie praktycznej realizacji. W jej relatywnie krótkiej historii można wyodrębnić kilka ważnych osiągnięć dorobku naukowego i praktycznego. Niektóre z nich dotyczą rozumienia i wykorzystywania dostępnej informacji (zaprezentowanej i odebranej) jako swoistej odmiany tłumaczenia:

audiodeskrypcję można nazwać szczególną odmianą tłumaczenia audiowizualnego, dzięki której osoby z deficytem wzroku otrzymują dostęp do treści odbieranych przez osoby widzące głównie za pomocą narządu wzroku. Definicję tę można uznać za zbyt ogólną, a jednak, jak się wydaje, obejmuje ona wszystkie pola, na których audiodeskrypcja znajduje obecnie zastosowanie (Jankowska, Szarkowska, 2014, s. 9).

Cytowane autorki zaznaczają również, że audiodeskrypcja najczęściej znajduje zastosowanie w dziedzinie telewizji i kina, ale tworzone są również tłumaczenia i narracje dla wydarzeń muzealnych i turystycznych (wystawy i zwiedzanie), sportowych, tanecznych, opisy koncertów, ilustracji itp. (tamże).

Początki audiodeskrypcji wiąże się (w ujęciu tradycyjnej, potocznej obserwacji) ze zjawiskiem naturalnej tendencji do przedstawiania świata (przedmiotów i zdarzeń) osobom niewidomym i słabowidzącym przez osoby widzące: uczestnikom przez obserwatorów (tamże).

Audiodeskrypcja jest zatem włączana do kategorii zjawisk komunikacji międzyludzkiej obecnych od czasów prehistorycznych (Snyder, 2014, s. 13). Snyder – na potwierdzenie swojej tezy – przywołuje definicję innego autora: B. Benecke twierdzi, iż „audiodeskrypcja jest tak stara, jak opowiadanie osobie z upośledzeniem wzroku przez osobę widzącą o wizualnych wydarzeniach dziejących się w otoczeniu” (Benecke, 2004, za: Snyder, 2014, s. 1).

S. Kotowski postulował, aby tam, gdzie (także w trakcie audiodeskrypcji) jest to możliwe, używać czasowników „oglądać”, „czytać”, a nie np. „słuchać”. Uprawnione wydaje się zatem używanie sformułowań: „oglądanie meczu”, a nie tylko „słuchanie audiodeskrypcji” (Kotowski, 1994, s. 68–70; por. Künstler, 2014, s. 140–141).

Audiodeskrypcja wedle Snydera (2014) powinna stanowić technikę wspomagającą, a nie wyřęczającą w procesie aktywności percepcyjnej osób z niepełnosprawnością narządu wzroku.

Jak podaje Snyder (2014, s. 1–2, 20–21), audiodeskrypcja i badania nad nią (jako sformalizowanym procesem tłumaczenia) i jej osiągalnością dla odbiorców mają już ponad trzydziestoletnią historię, choć sama idea pojawiła się po raz pierwszy już w latach 60. i 70. minionego wieku. Najszerze zastosowanie audiodeskrypcja znajduje obecnie w Wielkiej Brytanii: od wydarzeń artystycznych (filmy, spektakle), przez media, aż po wydarzenia sportowe i wystawy (Snyder, 2008, s. 191).

W zgodnym ujęciu badaczy kolebką audiodeskrypcji są Stany Zjednoczone Ameryki Północnej, choć jej idea została przeszczepiona na tamtejszy grunt właśnie z Wielkiej Brytanii, a następnie – niejako wtórnie – przywdrowała do Europy.

Pierwszym sformalizowanym użyciem opisu audiodeskrypcyjnego jako formy narracji dla osób niewidomych i słabowidzących było zaprezentowanie publiczności spektaklu teatralnego *Major Barbara* w Waszyngtonie, w 1981 r. (Snyder, 2014, s. 19; AFB, 1991, s. 5). Teatr „Arena Stage”, gdzie odbył się ów spektakl, zaangażował w jego przygotowanie pierwszych specjalistów i pionierów audiodeskrypcji: Margaret Pfanstiehl i jej męża Cody’ego, którzy wówczas mogli się poszczycić już niemal dziesięcioletnim wkładem w rozwój tej idei (Kalbarczyk, Mirowski, 2015, s. 58–59).

W następnych latach opisy w formie audiodeskrypcji sporządzane były w USA do seriali telewizyjnych i wystaw muzealnych¹. Dość wspomnieć rychłe wprowadzenie (we współpracy z Pfanstiehlami, już w 1986 r.) w bostońskim oddziale stacji WGH-B-TV przesyłu audiodeskrypcji w wersji audio (technologią SAP – *separated audio program*) w „dedykowanej” dla osób z niepełnosprawnością wzroku audycji (DVS – *Descriptive Video Service*), czy też późniejsze udostępnienie audiodeskrypcji szerszym kręgom odbiorców – w salach kinowych (AFB, 1991, s. 5–9; Snyder, 2014, s. 22).

Kilka lat po pierwszym publicznym udostępnieniu audiodeskrypcji na spektaklu w Waszyngtonie – Amerykańska Fundacja na rzecz Niewidomych (AFB, 1991) opublikowała krótkie wprowadzenie w tę ideę. Znalazła się w nim definicja audiodeskrypcji wskazująca, iż jest to „sztuka mówienia obrazowego”, integrująca w sobie możliwości i zdolności do uważnej obserwacji z osiągnięciami technologicznymi. Jej celem zaś jest zaferowanie osobom niewidomym tego, co nie może zostać przez nie doświadczone w percepcji wzrokowej albo nie zostało wypowiedziane. Chodzi zatem o wizualne i niewerbalne sygnały i informacje będące integralną częścią zdarzenia, przedmiotu, historii itp. Zaliczyć tutaj można takie aspekty widzialnego spektrum przedmiotów i zjawisk jak wygląd postaci (kostiumy i charakterystyka), sceneria, dynamika i język ciała.

¹ B. Szymańska podaje, że pierwszy program telewizyjny z audiodeskrypcją wyemitowany został w Japonii w 1983 r. (Szymańska, 2011, s. 28).

Audiodeskrypcja poszerza perspektywy percepcyjne osób słabowidzących i niewidomych, przede wszystkim w wymiarze cieszenia się tymi aspektami kultury popularnej, które były dla nich do tej pory nieosiągalne czy problematyczne w dostępie. Nie dziwi zatem, iż w literaturze przedmiotu audiodeskrypcja przedstawiona została jako jedno z przełomowych osiągnięć (obok alfabetu Braille'a czy książek w wersji audio) umożliwiających osobom z niepełnosprawnością wzroku „dostęp do świata osób widzących” (*access to mainstream life*; AFB, 1991, s. 2–4).

Zwieńczeniem wysiłków mających na celu propagowanie audiodeskrypcji jako techniki wśród społeczeństwa amerykańskiego, a zwłaszcza jej udostępnianie dla osób z niepełnosprawnością wzroku, było zawiązanie w 1995 r. między państwowej (USA i Kanada) organizacji ADI – Audio Description International (Snyder, 2014, s. 23).

W Europie natomiast, w ramach programu Unii Europejskiej *Lifelong Learning Programme* (LLP) powstał projekt ADLAB (*Audio Description: Lifelong Access for the Blind*) (ADLAB, 2014). Była to inicjatywa z lat 2011–2014, moderowana przez społeczności osób niewidomych i środowiska naukowe państw członkowskich (m.in. Polski Związek Niewidomych oraz Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu) (Mazur, Chmiel, 2011; Chmiel, Mazur, 2014). W przeprowadzane badania zaangażowane zostały ośrodki z sześciu państw: Włoch, Hiszpanii, Portugalii, Polski, Belgii i Niemiec. W założeniach projektu zwrócono uwagę, iż ma on na celu wypracowanie użytecznego na poziomie całej Europy systemu wytycznych dla tworzenia audiodeskrypcji, którą zdefiniowano jako:

wstawianie krótkich słownych opisów istotnych elementów wizualnych jakiegoś produktu audiowizualnego (filmów, programów w TV, filmów dokumentalnych, reklam, ale także takich zjawisk jak galerie sztuki, muzea, przedstawienia taneczne, zwiedzanie miast, wydarzenia na żywo itd.) dla osób ze społeczności niewidomych i słabowidzących (ADLAB, 2014).

Pośród wskazówek konstruowania narracji i opisów werbalnych często cytowane są zasady przygotowania i szkolenia audiodeskrytorów oraz opracowania samej audiodeskrypcji podawane przez Snydera (2014, s. 29–71). Ich zwięzła forma przekazuje głęboką i bogatą treść. Dotyczą czterech fundamentalnych umiejętności, na których deskryptor powinien bazować i które powinien rozwijać: obserwacji, edycji (dotyczące zawartości merytorycznej opisu), odpowiedniej sprawności językowej oraz zdolności głosowych w prezentowaniu audiodeskrypcji.

Analizując wymienione kompetencje, Snyder w następujący sposób omawia fazy audiodeskrypcji (Snyder, 2008, s. 195–196). Jako fundamentalną zdolność wymienia umiejętność *o b s e r w o w a n i e*. Opisywanie zjawisk

i przedmiotów powinno być ukierunkowane na aktywną obserwację świata przez audiodeskrybera, zmierzającą do poprawiania jego własnej zdolności widzenia-zauważania (*visual literacy*). Następująca później edycja polega na doborze najistotniejszych – według kryterium krytycyzmu i logiki obrazu wizualnego – elementów: „wybranie, co jest najbardziej uzasadnione, co jest najważniejsze, krytyczne dla zrozumienia i ocenienia/oszacowania danego obrazu wizualnego” (tamże, s. 195).

Kolejnym etapem procesu audiodeskrypcji jest przekaz wybranych treści poprzez narrację z użyciem odpowiednich, obiektywnych, żywych i oddziałujących na wyobraźnię terminów, wyrażen i metafor, z uwzględnieniem np. specjalistycznych i żargonowych określeń (wszystko zgodnie z zasadą WYSIWYS – *What You See Is What You Say*: „mówisz o tym, co widzisz”). Niezwykle istotne jest takie prowadzenie audiodeskrypcji, by umożliwić odbiorcy „wyjście poza to, co oczywiste” oraz „utrzymać pewien stopień obiektywności”.

W końcowym elemencie procesu – wykonaniu audiodeskrypcji – Snyder proponuje zwrócenie uwagi na interpretację i głos. Audiodeskryber powinien zatem uczyć się na nowo oglądać otaczającą go rzeczywistość – tak aby poprawnie analizować, co jest percepowane wzrokowo, i następnie te postrzegane aspekty przekazać w sposób precyzyjny i pobudzający wyobraźnię słuchaczy do „wizualizowania” opisywanej rzeczywistości (tamże, s. 196).

Do wymienionych zasad przygotowania audiodeskrypcji Snyder dołącza cenne wskazówki dla osób relacjonujących przebieg wydarzeń zawierających ruch (Snyder, 2014, s. 86–99). Akcentuje potrzebę stosowania słów, które można sklasyfikować w czterech kategoriach, stosowanych do opisu ruchu w przestrzeni. Są to: specyficzne czynności ciała (np. chodzenie, skakanie), dynamika (w wymiarach: przepływu [*flow*; np. postęp], czasu [*time*; np. pośpiech], siły [*force*; np. tupać] i skupienia/ostrości [*focus*; np. błąkać się]), przestrzeń (kierunki i ścieżki; np. trawersować) oraz kształt ciała i postawa (np. zataczać się).

W autorskim rozumieniu Kalbarczyka i Mirowskiego (2015, s. 129–135) zaproponowane zostało inne nazewnictwo:

Obiekt – czyli to, co jest opisywane (niezależnie: ożywione/nieożywione); należy wyodrębnić kategorie obiektów związanych z dźwiękiem.

Deskrypcja – „proces tworzenia opisów otaczającej nas rzeczywistości [jej aspektów wizualnych] oraz efekt tego procesu”, czyli opis.

Ze względu na formę przekazu autorzy wyodrębiają deskrypcję tekstową i dźwiękową (audiodeskrypcję: napisaną przez deskryptora i przekazaną do odczytu indywidualnego osobie zainteresowanej bądź do odczytu przez lektora), a ze względu na sposób przekazu – realizowaną na żywo podczas

obserwowania obiektów i wydarzeń (film, wystawa, mecz itp.) i nagrywaną (do odtworzenia).

Tyflodeskrybowanie: „specjalny sposób opisywania rzeczywistości, zaprojektowany dla osób, które nie tylko nie widzą, a więc nie widzą także opisywanych przedmiotów, ale również nie dysponują wyobraźnią wzrokową i nie są w stanie odczytać treści dotyczących obrazów” (tamże, s., 133) (np. dla niewidomych od urodzenia).

Deskryptor – tworzy opis obiektów (obrazy i zjawiska wizualne).

Lektor – odczytuje na głos deskrypcję.

Audiodeskryptor – twórca i jednocześnie lektor opisu.

Ważnym elementem rozważań nad naturą i funkcją audiodeskrypcji jest uwaga o jej odbiorze wyrażona przez widownię – osoby z uszkodzeniem narządu wzroku. Tworzą oni bowiem interpretację opowieści (narracji) z połączenia informacji płynących od bohaterów (wpływających na wydarzenia) i zależności przestrzenno-czasowych, w których zlokalizowani są bohaterowie i akcja, z uwzględnieniem chronologii wydarzeń. W efekcie powstaje w świadomości odbiorców umysłowy model historii/wydarzenia cały czas podatny na weryfikację (przez włączane doń nowe informacje, nadbudowujące na starych bądź zmieniające uzmysławiane sobie fakty i zależności) i otwarty na zmiany w oparciu o przyszłe fakty (tamże, s. 13).

Odbiorcami audiodeskrypcji, jak podają Kalbarczyk i Mirowski (s. 71), są:

- 1) osoby całkowicie niewidome, niewidzące od urodzenia albo ociemniałe;
- 2) niedowidzący;
- 3) daltoniści;
- 4) osoby mające problem z odczytaniem obrazu mimo jego fizycznego „widzenia”;
- 5) „odbiorcy o zróżnicowanym życiowym doświadczeniu oraz zdobytym wcześniej doświadczeniu w rozumieniu dzieł wizualnych oraz towarzyszących im opisów”;
- 6) „osoby o różnym pochodzeniu i statusie społecznym, które to czynniki mogą mieć i najczęściej mają znaczący wpływ na obcowanie z kulturą i sztuką”.

Chociaż – jak zauważa Snyder – główną grupę odbiorców audiodeskrypcji stanowią osoby z niepełnosprawnością wzroku (niewidomi i słabowidzący), to krąg jej beneficjentów poszerzony bywa o osoby, dla których taka forma przekazu jest wygodniejsza w odbiorze i łatwiej „pryswajalna”. Wedle rozumienia cytowanego amerykańskiego badacza i popularyzatora audiodeskrypcji stanowi ona niejako formę literacką – a nawet – porównywana jest do zwięzłej formy *haiku*: to, co widzialne, uczynione zostaje werbalnym/słownym (*the visual made verbal*), słuchowym (*aural – he points to his ears*) i „ustnym” (*oral – he points to his mouth*) (Snyder, 2014,

s. 11). Ten sam autor dodaje, iż w dzisiejszych czasach audiodeskrypcja znajduje zastosowanie w takich momentach jak „ślub, parady, rodeo, występy cyrkowe, wydarzenia sportowe, a nawet pogrzeby”, a także – w nieco bardziej pragmatycznym ujęciu rzeczywistości – przy czynnościach wymagających podzielności uwagi, np. jednoczesnym wykonywaniu prac związanych z gospodarstwem domowym i słuchaniu programu w TV, kiedy opis (audiodeskrypcja) zastępuje śledzenie obrazu. Najnowsze zastosowania audiodeskrypcji ujawniają także jej niebagatelny wpływ na rozwijanie zdolności językowych (wzbogacanie słownictwa, zasobu porównań i metafor) u dzieci w trakcie nauki szkolnej (Snyder, 2008, s. 192–193, 197).

Audiodeskrypcja umożliwia choć częściowe zaspokojenie następujących potrzeb:

- 1) poczucia integracji ze światem;
- 2) poczucia (doznania) wolności;
- 3) udziału we wspólnych doświadczeniach, przeżywanych z bliskimi, z rówieśnikami czy też z jakimkolwiek środowiskiem społecznym;
- 4) dostępu do kultury;
- 5) wyzwolenia od konieczności denerwującego i krępującego szeptania w celu uzyskania informacji od widzących w trakcie spektaklu itp.

Dla rodziców i rodzin osób niepełnosprawnych wzrokowo audiodeskrypcja ma znaczenie w następujących wymiarach:

- 1) zrozumienie wartości kultury i dostępu do niej (*appreciation for culture*) przez osobę z uszkodzeniem wzroku;
- 2) doświadczenie samorealizacji przez osobę z niepełnosprawnością narządu wzroku;
- 3) jako ścieżka do niezależności i podniesienia satysfakcji życiowej osoby niepełnosprawnej.

Profesjoniści pracujący z osobami niewidomymi zwracają uwagę na:

- 1) możliwość zastosowania audiodeskrypcji w celu zwiększenia efektywności szkoleń zawodowych (przysposabiania do pracy: *keeping pace with on-the-job training*);
- 2) rolę audiodeskrypcji w kształtowaniu umiejętności społecznych (np. poprzez wyrażanie emocji, mowę ciała);
- 3) włączenie w życie rodzinne i społeczne (*inclusion*), jako przeciwdziałanie alienacji.

Rozwój audiodeskrypcji w Polsce

A. Jankowska i A. Szarkowska (2014, s. 9) zaznaczają, że choć audiodeskrypcja pojawiła się w Polsce na początku XXI w., to jej pierwsze zwiastuny po-

jawiły się w tzw. tyflobłmach w latach 90. wieku XX. Z informacji własnych wynika jednak, iż w krakowskiej społeczności niewidomych i osób związanych z SOSW dla Dzieci Niewidomych i Słabowidzących w Krakowie przy ul. Tynieckiej 6 niewidomy Andrzej Woch już wcześniej propagował ideę audiodeskrypcji, z którą spotkał się w Niemczech. Jako pioniera audiodeskrypcji w Polsce wymieniają go także środowiska z Białegostoku, które już w XXI w. zrealizowały pierwszy pokaz filmu audiodeskrybowanego.

Potwierdzeniem takiej periodyzacji rozwoju audiodeskrypcji w polskiej rzeczywistości jest opis pierwszych pokazów wspomnianych tyflobłmów. Miało to miejsce u schyłku minionego tysiąclecia (1999 r.) z inicjatywy A. Wocha, w ramach działalności Biblioteki Centralnej przy Polskim Związku Niewidomych. Mechanizm wprowadzania opisu audiodeskrypcyjnego w tego rodzaju projekcji filmu można by nazwać „sekwencyjnym”: zatrzymywano projekcję filmu, aby wprowadzić narrację dla osób z niepełnosprawnością wzroku (Kalbarczyk, Mirowski, 2015, s. 63; Szymańska, 2011, s. 29).

Za punkt zwrotny w historii rozkwitu idei i praktykowania audiodeskrypcji w Polsce uznawany jest dzień 27 listopada 2006 r. Wówczas w Białymstoku odbyła się pierwsza w Polsce kinowa projekcja filmu (*Statyści*) z dołączoną audiodeskrypcją (Kalbarczyk, Mirowski, 2015, s. 64; Jankowska, Szarkowska, 2014, s. 9).

Kolejne seanse odbyły się w ramach projektu kinowego „Poza ciszą i ciemnością” w Warszawie, gdzie w 2008 r. zaprezentowano publiczności kilka filmów z audiodeskrypcją przygotowaną przez Fundację Zdażyć z Pomocą. Wg A. Musiejkiwicz projekt ten był kamieniem milowym w historii audiodeskrypcji w Polsce, zmniejszaniem „przepaści między widzami ze zdrowymi narządami wzroku a niewidomymi i słabowidzącymi” (Musiejkiwicz, 2008, s. 22–23). Z tej inicjatywy, mającej na celu inkluzję kulturalną i społeczną osób niepełnosprawnych wzrokowo, narodziła się Fundacja Kultury bez Barier. Dzisiaj jej dorobek obejmuje realizację audiodeskrypcji do 85 spektakli, do wystaw w 7 muzeach, a także 56 filmów kinowych i 28 wydań filmów na DVD (KBB).

W 2007 r. audiodeskrypcja pojawiała się na antenie TVP. Najpierw dotyczyła kilkunastu odcinków popularnego serialu, później w audiodeskrybowanej wersji pojawiły się również inne programy i seriale. W tym samym roku, podczas XXII Festiwalu Filmów Fabularnych w Gdyni – z inicjatywy ośrodka białostockiego – jeden z filmów zaprezentowany został z dodatkiem opisu deskrypcyjnego. Było to wydarzenie bezprecedensowe na skalę światową: pierwszy raz na festiwalu filmowym udostępniono projekcję z narracją audiodeskrypcyjną. W 2007 r. w Białymstoku zaprezentowano również audiodeskrybowany spektakl teatralny dla dzieci, a rok później pojawiła się na polskim rynku filmowym pierwsza płyta z filmem z audiodeskrypcją.

Prezentując inicjatywy polskich środowisk związanych z audiodeskrypcją, można również zwrócić uwagę na projekt Fundacji na Rzecz Rozwoju Audiodeskrypcji „Katarynka”. Przygotowała ona w 2013 r. narrację dla osób niewidomych zwiedzających ZOO we Wrocławiu (Kalbarczyk, Mirowski, 2015, s. 64).

Nowelizacja Ustawy o radiofonii i telewizji z 25 marca 2011 r. (Ustawa, 2011) nakłada na nadawców obowiązek wprowadzania audiodeskrypcji jako udogodnienia w odbiorze materiałów audiowizualnych w TV, w wymiarze 10% niereklamowego czasu antenowego (Jankowska, Szarkowska, 2014, s. 9–10). W dokumencie podana jest również definicja audiodeskrypcji („weralbny, dźwiękowy opis obrazu i treści wizualnych zawartych w audycji audiowizualnej, przeznaczony dla osób niepełnosprawnych z powodu dysfunkcji narządu wzroku, umieszczony w audycji lub rozpowszechniany równocześnie z audycją”).

R. Więckowski (2010, s. 6–9) zauważa, iż audiodeskrypcja jest dla niewidomych jak drzwi „do krainy filmu, teatru i sztuk wizualnych”, pozwala im samodzielnie analizować symbolikę i metaforę ukryte w audiodeskrybowanym dziele oraz umożliwia nieskrępowany dostęp do dóbr kultury, niejednokrotnie pozostający do tej pory w sferze marzeń i pragnień.

Warto również wymienić polskie inicjatywy mające na celu kodyfikację zasad tworzenia audiodeskrypcji. Niestety dwa wzorcowe opracowania pochodzą z dwóch ośrodków, co skłania do refleksji o braku ich ujednoczenia. Pierwsze zostało zaproponowane przez B. Szymańską i T. Strzymińskiego (2010). Drugie – przez I. Künstler, U. Butkiewicz i R. Więckowskiego (2012; zawarto tam m.in. następującą zasadę: opisujemy rzeczywistość tak, by pobudzić wyobraźnię) w ramach Fundacja Kultury Bez Barrier (por. Kalbarczyk, Mirowski, 2015, s. 91–98). Istnieje również najnowsza, autorska propozycja zasad tworzenia i przeprowadzania audiodeskrypcji, której twórcami są M. Kalbarczyk i J. Mirowski (tamże, s. 135–146).

Zastosowanie audiodeskrypcji w sporcie

Audiodeskrypcja wydarzenia sportowego różni się od komentarza radiowego, ponieważ zawiera bardziej precyzyjnie przedstawione informacje na temat dynamiki gry (np. interakcji między uczestnikami) oraz lokalizacji zawodników i miejsca przebiegu akcji. Z większą częstotliwością powtarzane są pewne informacje, istotne dla wyobrażenia sobie przebiegu meczu, np.: dotychczasowy wynik, skład drużyn, czas trwania wydarzenia, opis zachowania kibiców na trybunach i tłumaczenie ich reakcji (Kalbarczyk, Mirowski, 2015, s. 88, 112–113).

Przeprowadzanie audiodeskrypcji w trakcie wydarzenia sportowego, zdaniem Snydera (2014) sytuuje obiorców widzących w roli widzów, zaś niepełnosprawnych wzrokowo (z uwzględnieniem możliwości posługiwania się tzw. „resztkami wzrokowymi”) sprowadza do roli słuchaczy, czy też – jak postuluje wielu przytaczanych w niniejszym opracowaniu autorów – do roli odbiorców. Ważnym spostrzeżeniem amerykańskiego badacza dotyczącym istoty audiodeskrypcji jest podkreślenie jej niezwykłego prawa do istnienia i funkcjonowania zawsze wtedy, gdy jakimś wydarzeniu (*event*) towarzyszy obraz wizualny – który sam z siebie domaga się niejako zdeskrybowania dla osób niewidomych i słabowidzących, celem umożliwienia im pełniejszego udziału w tymże wydarzeniu (Snyder 2014, s. 15; por. Szymańska, 2011, s. 36–37).

Tuż przed turniejem finałowym Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej, w marcu 2012 r., na Stadionie Miejskim im. Henryka Reymana w Krakowie przy ulicy Reymonta 22 po raz pierwszy w Polsce umożliwiono odbiór transmisji meczów z audiodeskrypcją dla osób niewidomych i słabowidzących. Prekursorska idea zrodziła się z inspiracji działaniami CAFE (Centre for Access to Football in Europe) oraz z własnych doświadczeń pracowników Wisły Kraków S.A., realizacja pomysłu była możliwa dzięki zaangażowaniu Fundacji Otwarte Ramię Białej Gwiazdy (FORBG), która otacza opieką niepełnosprawnych kibiców Wisły Kraków i nieprzerwanie przygotowuje i oferuje audiodeskrypcję do meczów rozgrywanych przy ul. Reymonta 22 (informacja własna: G. Halat i M. Gój, Prezes FORBG, 29 listopada 2015 r.; por.: Michalewicz, 2014, s. 15; Nurzyński, 2012, s. 45–46).

W tym samym czasie podobna inicjatywa pojawiła się we Wrocławiu (na stadionie, gdzie swoje mecze rozgrywa Śląsk Wrocław) – dzięki współpracy klubu z Fundacją „Katarzynka”, która niedługo później zaoferowała audiodeskrypcję meczu piłkarskiego na stołecznym stadionie przy ul. Łazienkowskiej (Michalewicz, tamże).

Głównym momentem „zaistnienia” audiodeskrypcji towarzyszącej wydarzeniom sportowym w Polsce był turniej piłkarski Euro 2012, którego współgospodarzami były Polska i Ukraina. Jak podaje Michalewicz (2014), wszystkie z 31 meczów tychże rozgrywek opatrzone były narracją skierowaną przede wszystkim do osób z niepełnosprawnością wzroku, dla których zagwarantowano też odpowiednią liczbę biletów (40–60 na każdy mecz). Audiodeskrypcja nadawana była na przygotowane uprzednio, kompatybilne ze stacją nadawczą (miksery i nadajniki dźwięku, urządzenia kompresujące i monitorujące – część sprzętu przekazana została na wyposażenie Stadionu Narodowego w Warszawie) (CAFE b.) zestawy słuchawkowe, dostarczone przez wspomnianą CAFE. Deskrypcji meczów dokonywało 16 (z 26 wyszkolonych uprzednio przez współpracującą w Polsce z CAFE Fun-

dację TUS) wolontariuszy (Michalewicz, 2014, s. 154–156, opis szkolenia: s. 157; Nurzyński, 2012, s. 42).

Na stronie internetowej CAFE w podsumowaniu programu związanego z turniejem Euro 2012 przeczytać można, iż:

Jako element projektu UEFA Euro 2012 *Respect Inclusion – Football with No Limits*, CAFE dostarczało komentarz audiodeskrypcyjny dla osób niewidzących i słabowidzących, podczas każdego meczu turnieju na ośmiu gościnnych stadionach. Komentarz audiodeskrypcyjny został przedstawiony w Polsce i na Ukrainie i w związku z sukcesem jakim się cieszył, wiele klubów do dzisiaj oferuje audiodeskrypcję kibicom na swoich stadionach (CAFE a).

Dodatkowo – w ramach imprez towarzyszących rozgrywkom Euro – rozgrywano także mecze blind-footballu (szerzej o tym wydarzeniu pisała E. Kowalczyk, 2012, s. 47–49).

Na Stadionie Miejskim w Krakowie audiodeskrypcja przeprowadzana jest ze stanowiska dla mediów. Znajduje się ono na najwyższym poziomie trybuny położonej nad ławkami zawodników rezerwowych (z tej perspektywy najczęściej prezentowane są mecze w transmisjach telewizyjnych). W jej realizację zaangażowani są zazwyczaj dwaj przedstawiciele fundacji FORBG. Jeden z nich pełni funkcję deskrybera, drugi zaś czuwa nad jakością dźwięku (oba mają bezpośredni odłuch transmitowanego sygnału audio).

Niezwykle cennym technicznym udogodnieniem dla samych prezentatorów audiodeskrypcji i pośrednio dla jej obiorców jest możliwość skorzystania z obrazu telewizyjnego produkowanego przez oficjalnego partnera Ekstraklasy SA – stację Canal+ (por. Michalewicz, 2014, s. 155). Z relacji audiodeskryberów wynika (informacja własna, 29 listopada 2015 r.), iż umożliwia to lepszą (niż samo obserwowanie meczu z łoża medialnej) orientację w wydarzeniach boiskowych. Stanowi również niezwykle cenne źródło informacji na temat zdarzeń niedostępnych kibicom znajdującym się na stadionie. Wymienić można zbliżenia na zawodników czy ławkę trenerską, prezentowane przez nadawcę statystyki i wywiady, a przede wszystkim powtórki akcji – ze szczególnym uwzględnieniem wszystkich sytuacji kontrowersyjnych (faule, kontuzje, ofsajdy itp.). Praktycznie rzecz ujmując, można stwierdzić, że audiodeskrypcja w takim wydaniu – z takim bogactwem informacji – daje możliwość zapoznania się z wiadomościami dostępnymi widzom przed telewizorami. Nie dziwi zatem fakt, iż również niektóre widzące osoby korzystają na trybunach z narracji audiodeskrypcyjnej.

Trybuna, z której nadawana jest audiodeskrypcja meczów Wisły Kraków, znajduje się po przeciwnej stronie boiska w stosunku do sektora E, na którym zazwyczaj zasiadają osoby zapraszane przez fundację FORBG. Mimo to

audiodeskryber opisuje wydarzenia z perspektywy widza – niejednokrotnie nawet odwraca się, aby w ferworze prezentowania narracji nie popełnić błędu w konstruowaniu sformułowań typu „po prawej stronie boiska”, „z lewego narożnika” itp.).

W audiodeskrypcji meczów Wisły Kraków – oprócz informacji na temat wydarzeń boiskowych – podawane są także opisy reakcji trybun czy przygotowanych elementów wspierających doping (sektorówki, kartoniady itp.). Praktyka ta wpisuje się w jedną z definicji audiodeskrypcji, która mówi, iż jest to „komentarz wpleciony w ścieżkę dźwiękową, wykorzystujący pauzy w dialogach, aby opisać to, co się dzieje na ekranie, postaci, miejsca, mimikę twarzy, język ciała, kostiumy, rekwizyty” (Ofcom, 2010, s. 13, za: Kalbarczyk, Mirowski, 2015, s. 75).

I. Michalewicz (2014, s. 157), opisując wskazówki, którymi mieli kierować się audiodeskryberzy podczas prowadzenia narracji w czasie meczów Euro 2012, wspomina: „sugerowano nam, abyśmy nie unikali subiektywnych opisów i porównań (nie zapominając przy tym o precyzyjności opisu)”. Z informacji własnej wynika, że audiodeskrypcja meczów piłkarskich Wisły Kraków jest podawana w podobny sposób.

Jak podają Kalbarczyk i Mirowski,

do wspólnych cech audiodeskrypcji i komentarza sportowego można zaliczyć przyzwolenie, a wręcz wymóg emocjonalnego podejścia audiodeskrybtora/komentatora do opisywanego/komentowanego wydarzenia. Dobry audiodeskrybtor sportowy to z pewnością tak samo zapalony kibic i znawca danej dyscypliny, jak komentator sportowy (Kalbarczyk, Mirowski, 2015, s. 113).

W literaturze przedmiotu znaleźć można korespondującą w powyższymi obserwacjami (zarówno w kwestii specyfiki szkolenia audiodeskrybtera podejmującego się tej formy narracji, jak i w akcentowaniu umiejętności i wiedzy sportowej) informację, wedle której efektem audiodeskrypcji prowadzonej na żywo jest perspektywa rozwoju tzw. audiodeskrypcji symultanicznej, czyli realizowanej w sposób analogiczny do tłumaczenia symultanicznego oraz z wykorzystaniem podobnego sprzętu (s. 161–162; o narracji symultanicznej por. Ofcom, 2000, s. 30).

Jak zauważa Snyder (2014, s. 100), osoby niepełnosprawne wzrokowo mają utrudniony, ograniczony dostęp do wydarzeń, które ze swej natury są w pierwszej kolejności odbierane wzrokowo. Do ograniczeń losowych należy dodać koszty finansowe, związane z transportem tychże osób i pozostałe związane np. z realizacją audiodeskrypcji. Dlatego postuluje on, aby audiodeskrypcja była jak najszerszej popularyzowana – w wersji umożliwiającej coraz powszechniejszy dostęp do niej osobom dotkniętym wadami wzroku.

W polskiej rzeczywistości meczów piłkarskich – kalkulacja ta wyraża się w zestawieniu następujących kosztów: bilet na mecz, transport na stadion, czas dojazdu, zaangażowanie i czas osób towarzyszących. Dlatego fundacja FORBG oferuje dla osób niepełnosprawnych pulę biletów za symboliczną złotówkę i bezpłatną audiodeskrypcję, możliwą do odsłuchania bez konieczności wypożyczenia jakiegokolwiek sprzętu. Odbiór sygnału możliwy jest bowiem na odbiornikach radiowych uczestników meczu na częstotliwości 98,3 FM. Nie ma zatem konieczności używania żadnych innych, specjalnych odbiorników radiowych czy infraczerwonych (por. Snyder, 2008, s. 194).

Bibliografia

- Adamowicz-Hummel A. (2001). Postępowanie się wzrokiem przez dzieci słabowidzące, [w:] Jakubowski S. (red.). *Poradnik dydaktyczny dla nauczycieli realizujących podstawę programową w zakresie szkoły podstawowej i gimnazjum z uczniami niewidomymi i słabo widzącymi*, Warszawa: MEN, s. 33–51.
- ADLAB (2014). *Audio Description: Lifelong Access for the Blind*, <http://www.adlabproject.eu> [dostęp: 12.04.2017].
- AFB (1991). *A picture is worth a thousand words for blind and visually impaired persons too!: an introduction to audiodescription*, New York: American Foundation for the Blind.
- ADI (2002). *The Audio Description Project*, <http://www.acb.org/adp/> [dostęp: 12.04.2017].
- Barnes C., Mercer G. (2010). *Exploring disability*, wyd. 2, Cambridge: Polity.
- CAFE (a). *Audiodeskrypcja*, <http://www.cafefootball.eu/pl/audiodeskrypcja> [dostęp: 12.04.2017].
- CAFE (b). *Audiodeskrypcja na Stadionie Narodowym*, <http://www.cafefootball.eu/pl/news/audiodeskrypcja-na-stadionie-narodowym> [dostęp: 12.04.2017].
- Chmiel A., Mazur I. (2014). *Audiodeskrypcja*, Poznań: Wydział Anglistyki UAM w Poznaniu, <http://hdl.handle.net/10593/12861> [dostęp: 12.04.2017].
- Gerc K. (2008). Niepełnosprawność powodem wykluczenia, [w:] Duda M., Gulla B. (red.). *Przeciw wykluczeniu społecznemu*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe PAT, s. 123–140.
- Gerc K. (2011). Dreams of the blind people – conceptions and research review, [w:] Steuden S., Janowski K. (red.). *The Multidisciplinary Approach to Health and Disease: Selected Papers*, Lublin: CPPP Scientific Press, s. 216–225.
- Hodge S., Barr W., Bowen L., Leeven M., Knox P. (2013). Exploring the role of an emotional support and counselling service for people with visual impairments, *British Journal of Visual Impairment*, vol. 31, nr 1, s. 5–19.
- Hunt C.S., Hunt B. (2004). Changing attitudes toward people with disabilities. Experimenting with an educational intervention, *Journal of Managerial Issues*, vol. 16, nr 2, s. 266–280.

- Jankowska A., Szarkowska A. (2014). Wstęp, *Przekładaniec*, nr 28: *Audiodeskrypcja*, s. 9–10.
- Kalbarczyk M., Mirowski J. (2015). *Świat opisywany dźwiękiem*, Warszawa: Fundacja Szansa dla Niewidomych.
- KBB, *O fundacji*, Fundacja Kultury Bez Barrier, <http://kulturabezbarier.org/> [dostęp: 12.04.2017].
- Konarska J. (2012). Formy wsparcia rehabilitacji osób z niesprawnością wzrokową, [w:] Grochmal-Bach B., Alberska M., Grzebinoga A. (red.). *Wspomaganie funkcjonowania psychospołecznego osób z niepełnosprawnością*, Kraków: Akademia Ignatianum, Wydawnictwo WAM, s. 47–72.
- Kotowski S. (1994). *Pomyślmy i porozmawiajmy o naszych sprawach*, Warszawa: Redakcja Wydawnictw Tyflogicznych PZN (Zeszyty Tyflogiczne, nr 11).
- Kowalczyk E. (2012). Wystąpić na Euro, *Pochodnia*, nr 4 (889), s. 47–49.
- Kulkarni M., Lengnick-Hall M. (2011). Socialization of people with disabilities in the workplace, *Human Resource Management*, vol. 50, nr 4, s. 521–540.
- Künstler I. (2014). Cel uświęca środki audiodeskrypcji, *Przekładaniec*, nr 28: *Audiodeskrypcja*, s. 140–152.
- Künstler I., Butkiewicz U., Więckowski R. (2012). *Audiodeskrypcja – zasady tworzenia*, Warszawa: Fundacja Kultury bez Barrier, <http://kulturabezbarier.org/container/Publikacja/Audiodeskrypcja%20-%20zasady%20tworzenia.pdf> [dostęp: 18.04.2017].
- Majewski T. (1983). *Psychologia niewidomych i niedowidzących*, Warszawa: PWN.
- Majewski T. (1993). Słabowzroczność w świetle Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń, *Przegląd Tyflogiczny*, nr 1–2, s. 7–23.
- Majewski T. (1995). Percepcja wzrokowa u dzieci słabowidzących, *Przegląd Tyflogiczny*, nr 1–2, s. 58–73.
- Majewski T. (2002). Tyflopsychologia rozwojowa. Psychologia dzieci niewidomych i słabowidzących (Zeszyty Tyflogiczne, nr 20).
- Mazur I., Chmiel A. (2011). Odzwierciedlenie percepcji osób widzących w opisie dla osób niewidomych. Badania okulograficzne nad audiodeskrypcją, *Lingwistyka Stosowana*, nr 4, s. 163–180.
- Michalewicz I. (2014). Audiodeskrypcja po Euro 2012 – zawrotne tempo akcji czy para w gwizdek?, *Przekładaniec*, nr 28: *Audiodeskrypcja*, s. 153–162.
- Mik-Meyer N. (2015). Gender and disability: feminizing male employees with impairments in Danish work organizations, *Gender, Work and Organization*, vol. 22, nr 6, s. 579–595.
- Mik-Meyer N. (2016). Othering, ableism and disability: a discursive analysis of co-workers' construction of colleagues with visible impairments, *Human Relations*, vol. 69, nr 6, s. 1341–1363.
- Musiejkiwicz A. (2008). Nowa era – kino dla niewidomych, *Pochodnia*, nr 12 (856), s. 22–23.
- Nurzyński L. (2012). Tylofutbol po polsku, *Pochodnia*, nr 4 (889), s. 42–47.

- Ofcom (2000). *ITC Guidance on Standards for Audio Description*, http://www.ofcom.org.uk/static/archive/itc/itc_publications/codes_guidance/audio_description/index.asp.html [dostęp: 19.04.2017].
- Ossowski R. (2001). Pedagogika niewidomych i niedowidzących, [w:] Dykciak W.K. (red.). *Pedagogika specjalna*, wyd. 2, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 179–190.
- Robert P.M., Harlan S.L. (2006). Mechanism of disability discrimination in large bureaucratic organizations: ascriptive inequalities in the workplace, *Sociological Quarterly*, vol. 47, nr 4, s. 599–630.
- Snyder J. (2008). Audio description: the visual made verbal, [w:] Cintas J.D. (red.). *The Didactics of Audiovisual Translation*, Amsterdam–Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Snyder J. (2014). *The visual made verbal: a comprehensive training manual and guide to the history and applications of audio description*, Arlington, VA: American Council of the Blind.
- Szymańska B. (2011). Audiodeskrypcja, czyli o tym, jak kultura audiowizualna staje się dostępna dla osób niewidomych, *Tyfloświat*, nr 4 (13), s. 26–37.
- Szymańska B., Strzymiński T. (2010). *Standardy tworzenia audiodeskrypcji do produkcji audiowizualnych*, Fundacja Audiodeskrypcja, <http://www.audiodeskrypcja.org.pl/standardy-tworzenia-audiodeskrypcji/do-produkcji-audiowizualnych.html?showall=1&limitstart=> [dostęp: 12.04.2017].
- Ustawa z dnia 25 marca 2011 r. o zmianie ustawy o radiofonii i telewizji oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2011 r., nr 85, poz. 459.
- WHO (2008). *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Rewizja dziesiąta*, <http://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10Tom1.pdf> [dostęp: 12.04.2017].
- Więckowski R. (2010). Na imię ma Audiodeskrypcja, [w:] R. Więckowski, T. Rączek, I. Künstler, *Białą laską po kinowym ekranie. Wprowadzenie do sztuki filmowej i audiodeskrypcji dla osób słabowidzących i niewidomych*, Warszawa: Wydawnictwa Polskiego Związku Niewidomych, s. 5–9.
- Więckowski R. (2014). Audiodeskrypcja piękna, *Przekładaniec*, nr 28: *Audiodeskrypcja*, s. 109–123.

Część druga
**Aktywność ruchowa osób
z niepełnosprawnością.
Aspekty międzykulturowe**



Jean M. Novak

San Jose State University, CA, USA

Communicative Disorders & Sciences Department

Sport dla osób z niepełnosprawnością w Stanach Zjednoczonych. Perspektywa terapeutyczna¹

Streszczenie

Rozdział przedstawia ogólne korzyści wynikające z udziału osób z niepełnosprawnością w zajęciach sportowych – odnosząc je do rozwoju fizycznego, emocjonalnego, społecznego oraz komunikacji tych osób. Autorka koncentruje się na opisie wrażliwości zmysłowej, stymulowanej przez uczestnictwo w sporcie, i przedstawia uwarunkowania zastosowania podejścia wielospecjalistycznego do ustalenia rodzaju zajęć sportowych, które są odpowiednie dla osób z określoną niepełnosprawnością.

Referat podkreśla także znaczenie współpracy rodziców i specjalistów w zakresie doboru optymalnej aktywności dla niepełnosprawnego dziecka. Wskazano, że w celu promowania naturalnego środowiska terapeutycznego oraz zapewnienia możliwości transferu i generalizacji umiejętności przez niepełnosprawnego, identyfikacja celów i zadań dokonywana przez zespół terapeutyczny powinna również uwzględniać zajęcia sportowe. Istotność wczesnego włączenia zajęć sportowych do pracy z dziećmi jest wpisana w amerykańskie prawo. W artykule przedstawia się przykłady amerykańskich programów sportowo-adaptacyjnych, w tym nowy program dla dzieci z autyzmem.

Słowa kluczowe: sport, indywidualna niepełnosprawność, współpraca interdyscyplinarna

Wprowadzenie

Aktywność fizyczna jest niezbędna dla zachowania i przywracania zdrowia oraz zapewnienia dobrostanu każdego człowieka niezależnie od tego, czy jest w pełni sprawny, czy też doświadcza niepełnosprawności. Aktywizację

¹ Tłum. Krzysztof Gerc. Tekst oryginalny został umieszczony w Aneksie na końcu niniejszej monografii.

ruchową można realizować poprzez uczestnictwo w różnych przedsięwzięciach sportowych. Korzyści płynące z uprawiania sportu zostały zdefiniowane w perspektywie rozwoju fizycznego, emocjonalnego i społecznego, a także w aspekcie rozwoju komunikacji (Wilson, 2002). Zyski z uprawiania sportu obejmują także: poprawę ogólnej kondycji człowieka, zwłaszcza kondycji fizycznej, zmniejszenie ryzyka otyłości (American Academy of Pediatrics, 2006), spowolnienie postępu chorób przewlekłych, stymulację rozwoju zdolności poznawczych, doskonalenie kompetencji motorycznych i osobistej wytrwałości, wzmacnianie poczucia własnej wartości, zaufania, motywacji, rozwój elastyczności w działaniu, minimalizację stresu, poprawę zdolności samokontroli emocjonalnej, umiejętność akceptacji porażki/straty i/lub wygranej. Aktywność fizyczna przyczynia się do: akceptacji towarzystwa innych osób; kształtuje tolerancję na zmiany, zdolność dostosowania się/poświęcenia dla dobra zespołu; wpływa na poprawę relacji interpersonalnych. Umożliwia też naukę rozwiązywania konfliktów, przyczyniając się do budowy ducha zespołu i poczucia bycia jego częścią oraz zrozumienia kwestii zaufania; stymuluje rozwijanie umiejętności przywódczych i poczucia niezależności, a także zdolności poszukiwania wielokierunkowej pomocy. Przyczynia się do rozwoju interakcji ze światem, odkrywania u siebie mocnych i słabych stron oraz upodobań, a także wyrabia zdolność do przyjmowania obowiązków (Case-Smith, 2013; Cosbey i in., 2010; Murphy i in., 2008). Wszystkie wymienione korzyści terapeutyczne są możliwe do osiągnięcia, gdy podejmowana aktywność sportowa staje się jednocześnie świetną zabawą. Rozwój tych umiejętności wydaje się niezbędny u wszystkich ludzi – szczególnie jednak u osób z niepełnosprawnością.

Udział w zajęciach sportowych zapewnia stymulację układu przedsionkowego, zwłaszcza w płaszczyźnie ruchu liniowego i rotacji, jak również sprzyja rozwojowi prawidłowej postawy, koordynacji i intensyfikacji doznań kinestetycznych (ruch mięśni i stawów). Zaangażowanie w aktywność sportową umożliwia także poprawną integrację wrażeń zmysłowych, które z kolei warunkują prawidłowe kształtowanie się percepcji, procesów uczenia się i zachowania (doświadczenie własnego ciała w przestrzeni), stanowiąc podstawę do rozwoju stymulacji innych zmysłów, gdyż inne rodzaje doznań sensorycznych są przetwarzane w odniesieniu do układu przedsionkowego (Kirkpatrick, 2012; King i in., 2003). Aktywność związana ze sportem pomaga trenować świadomość własnego ciała (obraz, schemat), która obejmuje zarówno odbiór poszczególnych jego części, jak też doświadczenie ciała w przestrzeni. Bywa ono określane jako krytyczne dla rozwoju poczucia własnej wartości i umiejętności poznawczych. Działania te aktywizują również sferę dźwiękowych i wizualnych systemów przetwarzania (Hubert, 2014). W zależności od indywidualnych trudności, osoba niepełnosprawna ujawnia

nia na ogół deficyty w obszarze integracji sensorycznej, które są zazwyczaj przedmiotem interwencji terapeutycznych, podejmowanych przez różnych lekarzy i specjalistów w szczególnym środowisku terapeutycznym.

Osoby niepełnosprawne są często poddawane złożonemu procesowi terapeutycznemu, ukierunkowanemu na realizację licznych, ważnych celów. Te cele i zadania z nich wynikające można również częściowo osiągnąć poprzez działania sportowe. Jednak aby były one skuteczne, muszą zostać sformułowane oraz realizowane przez interdyscyplinarny zespół specjalistów i terapeutów. Początkowo – zanim jakkolwiek aktywność sportowa zostanie zaproponowana czy też zalecona, a następnie podjęta przez daną jednostkę z niepełnosprawnością – lekarz musi rozwiązać wszystkie zasadnicze problemy zdrowotne pacjenta, wskazać mu kierunki pokonania fizycznego ograniczenia, a także uwzględnić znaczenie farmakoterapii w jego indywidualnej aktywności. Ważne jest również określenie zakresu oraz intensywności aktywności fizycznej, jaką osoba z niepełnosprawnością może bezpiecznie podjąć. Specjaliści innych niż medycyna dziedzin: psychologzy, terapeuci zajęciowi, fizjoterapeuci, rehabilitanci, logopedzi, pedagodzy specjalni – powinni natomiast określić zasadnicze kryteria uczestnictwa, które odnoszą się do sfery rozwoju społeczno-emocjonalnego, kompetencji komunikacyjnych i motywacji danej osoby. Współpraca między specjalistami różnych dyscyplin i zapewnienie odpowiedniego nadzoru nad bezpieczeństwem osoby ze specjalnymi potrzebami są konieczne do realizacji celów terapeutycznych bez szkody dla tej osoby (Bassett, 2013).

Co najważniejsze, rodzice/opiekunowie i/lub małżonkowie osób z niepełnosprawnością powinni być zaangażowani w realizację celów i zadań terapeutycznych, a także motywowani do coraz głębszego rozumienia procesu terapeutycznego opartego na aktywności fizycznej. Niejednokrotnie rodzice z powodu własnej niewiedzy i strachu obawiają się narażenia ich niepełnosprawnego dziecka na kontuzje podczas aktywności fizycznej albo też niepokoją się o to, jak podczas zabaw zespołowych będą się kształtowały jego relacje z pełnosprawnymi rówieśnikami. Część rodziców lęka się także, że ich dziecko będzie dokuczało innym lub że zostanie emocjonalnie zranione przez rówieśników niedoświadczających żadnych trudności związanych z niepełnosprawnością. Rodzice dostrzegający wskazane trudności powinni mieć dostęp do szkoleń i doradztwa, pozwalającego zrozumieć, w jaki sposób ich dziecko może korzystać z aktywności sportowej, podczas której następuje również proces kształcenia (Dykens i in., 1998). Wsparcie psychoedukacyjne połączone z obserwacją aktywności dziecka pozwoli również rodzicom pozyskać informacje na temat jego mocnych i słabych stron oraz efektywniej uczestniczyć w dialogu z terapeutami, wskazując im, jaki rodzaj aktywności sportowej byłby dla konkretnego dziecka najbardziej korzystny.

Analizując zagadnienie z perspektywy holistycznej, warto podkreślić, że wartość ruchu i szeroko rozumianego zaangażowania w aktywność sportową przyczynia się do optymalizacji pracy mózgu oraz funkcjonowania psychofizycznego człowieka (Promislow, 2003). W sporcie ruch występuje bowiem w sytuacji naturalnej aktywności, pozytywnie determinując różne „układy” funkcjonalne oraz zwiększając szanse i efektywność uczenia się nowych umiejętności w otoczeniu przyrody, stanowiącej bezpośrednie środowisko życia. Udział w zajęciach sportowych wymaga wielokrotnych powtórzeń określonych zadań, licznych prób. To z kolei przyczynia się do opanowania przez daną osobę konkretnych, nowych umiejętności lub form aktywności (np. odbijania piłki kijem lub kopnięcia piłki w określonym kierunku, np. w słupek). Umiejętności, jakie osoba z niepełnosprawnością przyswaja przez te powtarzające się, wymagające ruchu czynności, ulegają następnie stopniowemu uogólnieniu i przeniesieniu na inne aspekty funkcjonowania (Wilson, Clayton, 2010). W rezultacie, ze względu na bardziej ukierunkowane i spontaniczne oddziaływanie środowiska, aktywność sportowa osób z niepełnosprawnością sprzyja szybszemu transferowi kompetencji, utwaleniu nowych umiejętności oraz ich uogólnieniu.

Przepisy prawne oraz charakterystyka statystyczna niepełnosprawności w USA

Osoby z niepełnosprawnością lub ujawniające tzw. specjalne potrzeby stanowią w Stanach Zjednoczonych Ameryki 19% populacji. Ponad 49 mln Amerykanów powyżej czwartego roku życia to osoby z niepełnosprawnością; jedno na dziewięćdzieci w wieku poniżej osiemnastu lat w Stanach Zjednoczonych otrzymuje specjalne usługi edukacyjne. Ponad 55% dorosłych osób z niepełnosprawnością (w porównaniu do 36% zdrowych Amerykanów) nie podejmuje żadnej aktywności fizycznej czy rekreacji, która obejmowałaby sport (Healthy People 2010).

Pewne trudności, jakich doświadczają osoby z niepełnosprawnością, niepozwalające im na aktywne uczestnictwo w sporcie, mogą być realnie determinowane przez różne przyczyny. Mogą wynikać na przykład z: funkcjonalnych, fizycznych ograniczeń, wysokich kosztów specjalistycznego sprzętu, braku urządzeń i adekwatnych programów treningowych, a także z ograniczeń czasowych (z powodu zaabsorbowania pracami domowymi), lęku przed zranieniem oraz braku wsparcia środowiska domowego. Determinantą mogą być również konkretne postawy społeczne, implikujące zaistnienie swoistych barier (King i in., 2003). National Center for Health Statistics wskazuje, że tylko 7% kobiet z niepełnosprawnością uczestniczy

w zajęciach sportowych lub w innych podobnych formach aktywności, co dowodzi istniejącego nadal piętna niepełnosprawności. W Stanach Zjednoczonych funkcjonują akty prawne, nakładające na instytucje obowiązek, by wszystkie osoby, bez względu na swoją sprawność, miały dostęp do takiej formy aktywności sportowej, która jest przez nie preferowana. Przepisy te, uwzględniające potrzebę udziału osób niepełnosprawnych w zajęciach sportowych, podkreślają społeczne znaczenie pełnego włączenia osób z niepełnosprawnością.

W amerykańskiej ustawie o rehabilitacji z 1973 r. (pkt 504) stwierdza się, że szkoły, a także college'e i uniwersytety, które otrzymują federalne fundusze na programy wychowania fizycznego, mają obowiązek zapewnić uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi warunki dostępności oraz możliwość udziału w zajęciach sportowych. Zgodnie z The Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) z 1990 r. wychowanie fizyczne w szkołach publicznych musi być obowiązkowo oferowane osobom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. The Americans with Disabilities Act (ADA) z 1990 r. zakazuje dyskryminacji osób ze specjalnymi potrzebami i wymaga, aby wszystkie programy sportowe respektowały ADA.

W 2011 r. Amerykański Departament Edukacji opublikował dokument podkreślający znaczenie uczestnictwa w sporcie dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Raport przedstawia różne czynniki, które mają pozytywny wpływ na podtrzymanie zdrowia fizycznego (zmniejszenie ryzyka otyłości), a także wymienia kwestie odnoszące się do zdrowia psychicznego osób z niepełnosprawnością: zmniejszenie ryzyka doświadczenia krzywdy, odrzucenia. Dokument wskazuje również na konkretne potrzeby: użytkowania odpowiednio przystosowanego sprzętu, przygotowania kadry do rozwiązywania problemów sensorycznych i behawioralnych osób z niepełnosprawnością, modyfikacji metodyki kształcenia nauczycieli, którzy winni skoncentrować się raczej na aspekcie indywidualnego usprawnienia, nie zaś na rywalizacji o wygraną za wszelką cenę. Realizacja celów tak pojętej aktywności sportowej w ramach zajęć obowiązkowych oraz pozalekcyjnych oznacza zachęcanie do wspólnej zabawy i kontaktów społecznych rówieśników pełnosprawnych oraz tych ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Istniejące przepisy, pozwalające dzieciom niepełnosprawnym na swobodne uczestnictwo w zajęciach sportowych, nie wykluczają jednak sytuacji, w których dochodzi do ich dyskryminacji z powodu deficytów poznawczych lub fizycznych i bywają one zwalniane z wymaganych zajęć wychowania fizycznego. Dlatego tak ważne jest zrozumienie przez rodziców, nauczycieli i administratorów okręgów szkolnych prawa dotyczącego inkluzji dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi oraz jego stosowania (US Department of Education, 2011).

Krajowe programy adaptacyjno-sportowe w Stanach Zjednoczonych

Do najpopularniejszych rodzajów sportu dedykowanych osobom z niepełnosprawnością należą w Stanach Zjednoczonych: pływanie, jazda na rowerze, piłka nożna, futbol amerykański, koszykówka, piłka ręczna, hokej, gimnastyka, podnoszenie ciężarów, jazda konna. Udział w zajęciach sportowych dostępny jest dla osób niepełnosprawnych zarówno na poziomie indywidualnym, jak i w zakresie konkurencji zespołowych (Wilson, Clayton, 2010). W Stanach Zjednoczonych istnieją organizacje, które zapewniają dostęp do aktywności sportowej dla osób z wszystkimi rodzajami niepełnosprawności, we wszystkich grupach wiekowych. Zajmują się one przygotowaniem imprez sportowych oraz zapewniają dostęp do sprzętu sportowego zaadaptowanego do potrzeb osób z niepełnosprawnością, szkoleń, obozów i możliwości dotacji. Do najbardziej znanych organizacji należą: Disabled Sports USA, New England Disabled Sports, National Center for Disabled, Special Olympics, US Department of Veteran's Affairs i inne. Ponadto z myślą o osobach z niepełnosprawnością niektóre amerykańskie uniwersytety, wśród nich University of San Diego (USD) oraz San Jose State University (SJSU), rozpoczęły realizację specjalnych programów mentorskich.

Organizacja Disabled Sports USA, założona w 1967 r., oferuje obecnie ponad 45 adaptacyjnych konkurencji sportowych dedykowanych osobom z niepełnosprawnością. Należą do nich: snowboard, hokej, narciarstwo biegowe i zjazdowe, kolarstwo, surfing, golf, kajakarstwo, wioślarstwo, narty wodne, żeglarstwo, wędkarstwo, nurkowanie, wspinaczka, wędrówki piesze, marsze z wykorzystaniem rakiet śnieżnych, triathlon, jeździectwo, a także wiele innych dyscyplin sportowych.

New England Disabled Sports, założona w 1987 r., jest organizacją non-profit zapewniającą szkolenia sportowo-adaptacyjne dla wszystkich osób z niepełnosprawnością, w tym dla osób z deficytami fizycznymi, zaburzeniami wzroku i słuchu, a także niepełnosprawnością intelektualną. Organizacja oferuje również specjalne programy treningowo-adaptacyjne dla weteranów wojennych z nabytą niepełnosprawnością oraz żołnierzy, którzy doświadczyli stresu pourazowego w trakcie działań wojennych oraz pobytu w obozach jenieckich.

The National Center for Disabled Sports rozpoczęło swoją działalność w 1970 r. w Denver, w stanie Colorado i stało się jedną z największych terapeutycznych agencji sportowych i rekreacyjnych. Oferuje całoroczny program zajęć sportowych dla osób z deficytami poznawczymi, emocjonalnymi, sensorycznymi, zaburzeniami zachowania i innymi rodzajami niepełnosprawności, dla wszystkich grup wiekowych.

Organizacja Special Olympics odnosi się do tej formy aktywności sportowej osób z niepełnosprawnością, którą popularyzują różne turnieje i konkursy, organizowane niemal codziennie na całym świecie.

Światowe zawody organizowane pod egidą Special Olympics odbywają się co 2 lata. Są największym turniejem sportowym dla osób niepełnosprawnych. Pierwsze zawody o zasięgu międzynarodowym odbyły się w Chicago, w stanie Illinois w 1968 r. Zawody krajowe organizowane są co 4 lata.

Pierwsze ogólnonarodowe mistrzostwa USA odbywały się od 1 do 8 lipca 2006 r. w Ames, w stanie Iowa. Reprezentanci 50 stanów uczestniczyli w 13 imprezach sportowych, które obejmowały: sporty wodne, koszykówkę, boccia (analogiczną do włoskiej gry w bule), kręgle, golf, gimnastykę artystyczną i sportową, podnoszenie ciężarów, piłkę nożną, softball, tenis, lekkoatletykę i siatkówkę. W wydarzeniu wzięło udział ponad 3000 zawodników. Amerykański Departament do spraw Weteranów zapewnia adaptacyjne programy sportowe dla weteranów wojennych z niepełnosprawnością. Rocznie organizuje sześć przeznaczonych dla nich krajowych wydarzeń sportowych.

Większość organizacji wymienionych powyżej dysponuje ośrodkami zlokalizowanymi na terytorium całych Stanów Zjednoczonych. Zapewnia to osobom niepełnosprawnym mieszkającym w różnych regionach dostęp do licznych programów sportowo-adaptacyjnych. Terapeutyczna skuteczność tych programów uzależniona jest jednak także od odpowiednio wczesnego zainteresowania nimi osób z niepełnosprawnością.

Uniwersyteckie programy sportowe oparte na mentoringu

Uniwersytet w San Diego

Kilka lat temu zainicjowano realizację nowatorskiego programu, który obejmuje pracę sportowców uczelni z dziećmi z autyzmem. Program został opracowany przez Autism Tree Project Foundation (ATPF), która została założona w 2003 r. w San Diego w Kalifornii. Celem ATPF jest popularyzacja wiedzy na temat autyzmu oraz pomoc konkretnym rodzinom osób z tym typem zaburzenia. ATPF stara się uczyć i pokazywać osobom z autyzmem, że mają przed sobą wspaniałą przyszłość i mogą poprawić jakość swojego życia przez udział wraz z rodzinami w codziennych aktywnościach, takich jak zawody sportowe. Fundacja, uczestnicząc wraz z rodzinami osób z zaburzeniami w ich codziennych doświadczeń życiowych, takich jak imprezy sportowe, dąży również do poprawy jakości życia tych osób.

Rodziny osób z autyzmem łączy często doświadczenie izolacji od reszty społeczeństwa. Dlatego też w 2009 r. na Uniwersytecie w San Diego (USD) Departament Kultury Fizycznej uruchomił we współpracy z ATPF program

mentorski prowadzony przez trenera zespołu futbolu amerykańskiego San Diego Toreros Rona Caraghera. Program polega zasadniczo na współpracy futbolistów z konkretnymi dziećmi z autyzmem. Gracze stają się dla nich niejako „starszymi braćmi”. Po kilku latach trwania projektu oraz pełnego pasji zaangażowania zawodników okazało się, że w przedsięwzięciu uczestniczyło niemal 100% składu zespołu (ponad 95 piłkarzy). Zespół San Diego Toreros stał się ważnym partnerem działań podejmowanych na rzecz osób z autyzmem oraz mających podnosić społeczną świadomość na temat tego zaburzenia. Niezależnie od zasadniczych działań zespołu, towarzyszących mentoringowi, drużyna wspiera rodziny zrzeszone w ATPF w San Diego.

Drużyna San Diego Toreros przyjmuje rodziny skupione wokół ATPF na wszystkich meczach rozgrywanych na własnym boisku. Dzieci obserwują grę i dopingują swoich zawodników, a po meczu ćwiczą z nimi podania. Od początku trwania projektu, pokazującego wzorec osobowy sportowca, wzięło w nim udział ponad 800 dzieci i ich rodzin. Charakteryzowany program stanowi swoistą „linię życia” zarówno dla tych dzieci, jak i ich rodzin, tworząc szczególny rodzaj więzi społecznej, opartej na pozytywnych doświadczeniach i wspomnieniach, które trwają przez całe życie.

Referencje dla Uniwersytetu w San Diego

Jedna z matek, która ma dwoje dzieci z autyzmem, napisała:

Program piłkarski San Diego Toreros przywrócił życie w naszej rodzinie. Możemy uczestniczyć w grze, świetnie spędzać czas, i nie trzeba się martwić autyzmem, ponieważ nie przeszkadza on nikomu... możemy po prostu być rodziną. Nasi chłopcy uwielbiają dopingować swoich graczy.

Pokój mojego syna jest urządzony niczym twierdza kibica – entuzjasty futbolu amerykańskiego; ma zdjęcia wszystkich swoich „braci” w piłkarskiej drużynie i porościki zespołu. Jego ostatni „brat” piłkarz jest obecnie zawodnikiem New Orleans Saints. Mój syn może powiedzieć, kiedyś go znałem...:) – Sandi.

Program przynosi korzyści nie tylko dzieciom z autyzmem i ich rodzinom, ale także samym zawodnikom – mentorom rodzin. Zwiększają oni swoją wiedzę na temat autyzmu i dowiadują się, w jaki sposób odnosić się do dzieci niepełnosprawnych. Tworzą również niepowtarzalną więź z tymi dziećmi.

Jeden z zawodników futbolu amerykańskiego napisał:

Program ATPF/USD był jedną z moich największych szans w życiu, pozwalającą na pracę z jednymi z najwspanialszych dzieci na świecie. Dzieciaki w ATPF nauczyły mnie więcej na temat życia i i mnie samego niż ktokolwiek inny, kogo kiedykolwiek spotkałem. Miałem okazję pracować z jed-

nymi z najszcześniejszych i najbardziej energicznych dzieci na świecie – i ta energia przeszła na mnie w najlepszy możliwy sposób. Zawarłem znajomości z dziećmi, które będą trwałe przez całe życie, szczególnie z jednym chłopcem. Ma niezwykłą osobowość, jest tak wielkoduszny, że trudno jest o nim nie myśleć. Jest nie tylko bardzo inteligentny, ale myślę, że kiedyś będzie wielkim graczem Toreros. Dzięki programowi ATPF/USD Mentor zdobyłem cenne doświadczenia, wspomnienia i przyjaciół, które w innych okolicznościach nie stałyby się moim udziałem – Sam.

Uniwersytet w San Jose

W 2013 r. charakteryzowany program powtarzano w San Jose State University (SJSU), gdzie Ron Caragher – były trener futbolu amerykańskiego z Uniwersytetu w San Diego – podjął się podobnego zadania. W tym środowisku akademickim prof. dr Jean M. Novak, dyrektor ATPF ds. badań nad wczesną interwencją terapeutyczną, uczy i kształci studentów logopedii. Profesor dr Novak i trener Caragher realizują program mentorski, oparty na relacji zawodników i rodzin dzieci z autyzmem poszerzony o ważny aspekt. Prof. dr Novak postanowiła poszerzyć zespół mentorski o studentów i absolwentów logopedii, którzy wspierają rozwój werbalny dzieci z autyzmem i – obok piłkarzy futbolu amerykańskiego – pomagają ich rodzinom. Studenci przygotowują dla rodzin narracje społeczne „Uczestnictwo w meczu piłkarskim”. Rodzice czytają te historie dziecku, dzięki czemu dowiaduje się ono, jak zachowywać się na meczu, gdy zobaczy swojego „brata”-mentora na boisku, i może przygotować się do wydarzeń na stadionie. Pozwala to dzieciom mającym problemy z wyjściem poza powtarzane schematy zachowań na adaptację do nowej sytuacji, takiej jak uczestnictwo w wydarzeniu sportowym.

W projekcie opracowanym przez prof. dr Novak dzieci mogą także, w określonych terminach w trakcie semestru, uczestniczyć w treningach drużyny, a także brać udział w różnych projektach tematycznych z obszaru sztuki i rzemiosła, przygotowanych przez studentów logopedii.

Programy podobne do przedstawionych pozwalają dzieciom z autyzmem kreować szczególną interakcję z zawodnikami sportowymi i doświadczyć uczestnictwa w wydarzeniach sportowych wspólnie z rodzinami. Stwarzają także rodzinom okazję do udziału w wydarzeniu sportowym, której nawet się nie spodziewali. Dodatkowo, doświadczenie zdobyte przez dziecko o ograniczonych doświadczeniach społecznych podczas zabawy piłką z mentorem-piłkarzem, pozwala mu na udział w zawodach sportowych, bez obawy o to, że nie będzie rozumiało tego, co dzieje się na boisku. Umożliwia dziecku przyjęcie wstępnych oczekiwań odnośnie tego, co się wydarzy, zmniejszając lęk przed uczestnictwem w nowej sytuacji. Uniwersyteckie programy mentorskie zapewniają również korzyści z uczestnictwa w zawo-

dach sportowych, o których wspomniano na początku rozdziału: rozwój fizyczny, społeczno-emocjonalny i w dziedzinie komunikacji.

Podsumowanie

Osoby niepełnosprawne powinny być traktowane z taką samą godnością i szacunkiem, z jaką społeczeństwo odnosi się do ludzi bez deficytów. Powinny one mieć dostęp do udziału w różnych wydarzeniach, w których swobodnie uczestniczą osoby, których nie dotyczy doświadczenie niepełnosprawności. Programy, które zapoznają dzieci niepełnosprawne we wczesnym okresie dzieciństwa z imprezami sportowymi, mogą pomóc w zachęceniu dziecka i jego rodziny do udziału w aktywności sportowej, co może zbliżyć rodzinę do siebie i wytworzyć bezpieczne i pozwalające na rozwój środowisko. Wspólne uczestnictwo w wydarzeniu sportowym również może być doświadczeniem budującym więź.

Dzięki odpowiedniemu wyposażeniu, usługom i materiałom, a także pracy różnych organizacji, osoby z niepełnosprawnością mają w USA możliwość swobodniejszego uczestnictwa w imprezach sportowych i ujawniania swojego rzeczywistego potencjału. Potwierdzanie ich umiejętności, a nie ograniczeń pozwala im przekraczać własne bariery i ogólnie poprawiać jakość ich życia – a także jakość życia tych, którzy są częścią ich ekosystemu.

Bibliografia

- American Academy of Pediatrics, Council on Sports Medicine and Fitness and Council on School Health (2006). Active healthy living: prevention of childhood obesity through increased physical activity, *Pediatrics*, vol. 117, nr 5, s. 1834–1842.
- Autism Tree Project Foundation (ATPF), www.autismtreeproject.org [dostęp: 18.04.2017].
- Bassett J. (2013). All in: PT's help open the world of sports to people with disabilities, *Advance for Physical Therapy and Rehab Medicine*, vol. 24, nr 14, s. 16–19.
- Case-Smith J. (2013). Systematic review of interventions to promote social-emotional development in young children with or at risk for disability, *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 67, nr 4, s. 395–404.
- Cosbey J., Johnston S., Dunn L. (2010). Sensory processing disorders and social participation, *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 64, nr 3, s. 462–473.
- Disabled Sports USA, www.disabledsportsusa.org [dostęp: 18.04.2017].

- Dykens E., Rosner B., Butterbaugh G. (1998). Exercise and sports in children and adolescents with developmental disabilities: positive physical and psychosocial effects, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 7, nr 4, s. 757–771.
- Healthy People 2010. United States Department of Health, Centers for Disease Control and Prevention, President's Council of Physical Fitness and Sports. Chapter 22 – Physical Activity and Fitness, Washington, D.C.
- Hubert B. (2014). *Bal-A-Vis-X: rhythmic balance/auditory/vision exercises for brain and brain-body integration* (2nd ed.), Wichita, KS.
- King G., Law M., King S., Rosenbaum P., Kertoy M., Young N. (2003). A conceptual model of the factors affecting the recreation and leisure participation of children with disabilities, *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, vol. 23, nr 1, s. 63–90.
- Kirkpatrick J. (2012). Sports for children with sensory processing disorders, *OT Practice*, vol. 6, s. 8–12.
- Murphy N., Carbone P., The American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities. (2008). Promoting the participation of children with disabilities in sports, recreation and physical activities, *Pediatrics*, vol. 121, nr 5, s. 1057–1061.
- National Sports Center for Disabled, www.nscd.org [dostęp: 18.04.2017].
- New England Disabled Sports, www.nedisabledsports.org [dostęp: 18.04.2017].
- Promislow S. (2003). *Making the brain body connection*, Vancouver, BC: Enhanced Learning & Integration, Inc.
- Special Olympics, www.specialolympics.org [dostęp: 18.04.2017].
- US Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, Office of Special Education Programs (2011). *Creating equal opportunities for children and youth with disabilities to participate in physical education and extracurricular athletics*, Washington, D.C.
- US Department of Veteran's Affairs, www.va.gov [dostęp: 18.04.2017].
- Wilson P. (2002). Exercise and sports for children who have disabilities, *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics in North America*, vol. 13, nr 4, s. 907–923.
- Wilson P., Clayton G. (2010). Sports and disability, *American Academy of Pediatrics*, vol. 2, nr 3, s. 46–54.

Barbara Róża Superson

Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Zespół Placówek Oświatowych przy Małopolskim Centrum Rehabilitacji Dzieci „Solidarność” w Radziszowie

Rola inteligencji cielesno-kinestetycznej w procesie edukacji dzieci niepełnosprawnych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym w Burundi

Streszczenie

Rozdział opisuje praktyczne możliwości ukierunkowania rozwoju poznawczego dzieci niepełnosprawnych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym w Afryce Wschodniej poprzez wykorzystanie ich potencjału ruchowego. Przedstawione zostały metody rozwijające inteligencję cielesno-kinestetyczną dzieci, tj. pedagogika Marii Montessori, Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne oraz Programy Aktywności Marianny i Christophera Knillów. Głównym podłożem teoretycznym przeprowadzonych obserwacji terenowych jest teoria inteligencji wielorakich autorstwa Howarda Gardnera.

Słowa kluczowe: inteligencja cielesno-kinestetyczna, Burundi, pedagogika specjalna, dzieci z niepełnosprawnościami, Afryka Wschodnia

Burundi. kontekst społeczno-ekonomiczny

Burundi to niewielkie państwo leżące we wschodniej Afryce, zajmujące 0,09% powierzchni kontynentu. Kraj jest bardzo gęsto zaludniony – zamieszkuje go ponad 10 mln osób¹. Większość Burundyjczyków żyje w skrajnym ubóstwie. Według Raportu o Rozwoju Społecznym 2014, aż 81% tamtejszej ludności żyje za mniej niż 1,25 USD dziennie. W rankingu Human

¹ W związku z obecną niestabilną sytuacją społeczno-polityczną wielu Burundyjczyków wyemigrowało z kraju do Tanzanii i Rwandy.

Development Index² Burundi zajmuje 180. pozycję na świecie (HDR, 2014, s. 159, 162, 166, 171, 174, 179, 187, 199, 203). Sytuacja ekonomiczna jest bardzo trudna, co jest m.in. pokłosiem wielu lat konfliktów etnicznych, masowych mordów między plemionami Hutu i Tutsi oraz wciąż niestabilnych rządów – wybory prezydenckie w 2015 r. wywołały falę protestów i krwawo tłumionych manifestacji. Mimo że podziały etniczne nie są już przedmiotem waśni, długie lata wojny wyniszczyły kraj i istniejącą tam infrastrukturę, w tym szpitale i szkoły, które są często zamykane. Społeczny niepokój rzutuje na efektywność procesu edukacji (por. Janus, 2015).

Tabela 1. Zestawienie danych Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczących Polski i Burundi

	Burundi	Polska	
Wskaźnik HDI oraz pozycja państwa na świecie (dane z 2013 r.)	0,389 180. miejsce na świecie	0,834 35. miejsce na świecie	
Średnia oczekiwana długość życia	54,1	76,4	
Średnia długość nauki szkolnej (dane z 2012 r.)	2,7	11,8	
Oczekiwana długość nauki szkolnej (dane z 2012 r.)	10,1	15,5	
Niedożywione dzieci poniżej 5. roku życia (w %)	57,7	brak danych	
Liczba uczniów przypadająca na jednego nauczyciela w klasie	47	10	
Poziom piśmienności (2005–2012)	15 lat i starsi	86,9%	99,7%
	od 15 do 24 lat	88,9%	100%
Dzieci (od 5. do 14. roku życia) wykonujące pracę zarobkową	26,3	brak danych	

Źródło: opracowanie własne na podstawie Human Development Reports, United Nations Development Programme.

² Wskaźnik rozwoju społecznego (Human Development Index, HDI) jest miernikiem wprowadzonym przez Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (United Nations Development Programme, UNDP) do celów porównań międzynarodowych. Ocenia kraje wg trzech komponentów: oczekiwana długość życia, poziom edukacji oraz dochód narodowy (PKB *per capita*).

Funkcjonowanie poznawczo-społeczne dzieci niepełnosprawnych w Burundi należy zawsze rozpatrywać w szerokim kontekście społecznym, ekonomicznym, historycznym, edukacyjnym, etnicznym, religijnym i antropologicznym. Tylko taka perspektywa pozwala zrozumieć warunki, w jakich żyją i w jakich się rozwijają.

Edukacja dzieci z niepełnosprawnościami w Burundi

Europejskie nauczanie i afrykańskie wykształcenie muszą być zharmonizowane i prowadzone równocześnie, ze świadomym ukierunkowaniem i dostosowywaniem. Alternatywą jest konflikt wewnętrzny jednostki i chaos w społeczności (Malinowski, 2000, s. 461)

Jak w każdym zakątku świata, funkcjonowanie poznawcze dzieci niepełnosprawnych w Burundi uwarunkowane jest nie tylko czynnikami środowiskowymi, ale i jakością systemu oświaty. Malinowski (2000, s. 455) pisał, że „antropologiczne badanie terenowe powinno w każdym plemieniu poznać system edukacji”.

W Burundi osoby niepełnosprawne miały przez wiele lat bardzo utrudniony dostęp do edukacji. Dopiero w marcu 1999 r. rząd przyjął dekret precyzujący działania na rzecz tych środowisk, zakładający m.in. redukcję wszelkiego typu nierówności edukacyjnych wynikających z biedy, niepełnosprawności intelektualnej czy fizycznej oraz wprowadzenie zaadaptowanych programów szkolnych (Niyongabo i in., 2006). Przeprowadzona obserwacja i analiza środowiska osób niepełnosprawnych w Burundi wskazują jednak, że polityczne obietnice nie mają odzwierciedlenia w rzeczywistości burundyjskich szkół publicznych (Janus, 2013).

Większość dzieci niepełnosprawnych w Burundi, zwłaszcza tych z upośledzeniem umysłowym, zostaje wykluczona z systemu szkolnictwa, a następnie – w najlepszym wypadku – umieszcza się je w ośrodkach dla dzieci niepełnosprawnych (np. w Ośrodku dla Niepełnosprawnych Fizycznie im. Jana Bosko w Muyinga – *La Centre Des Handicapes Physiques Saint Jean Bosco*). Mogą tu liczyć na podstawową rehabilitację, jedzenie, miejsce do spania i – jeśli pozwala na to stan zdrowia – włączenie w system edukacyjny (ale np. dziecko głuchonieme w wielu ośrodkach nie uczęszcza do szkoły, ponieważ brakuje specjalistów mogących się nim zaopiekować). Czasami uczestniczą w szkoleniach zawodowych, np. krawieckich, co daje im szansę na zdobycie pracy po opuszczeniu ośrodka. Ciągłe jednak rozwiązanie problemu braku odpowiedniej edukacji osób niepełnosprawnych pozostaje priorytetowym zadaniem dla wszystkich ośrodków (Janus, 2013).

Największym problemem jest jednak to, że znaczna część niepełnosprawnych dzieci, przejawiających duże problemy psychiczne, fizyczne czy intelektualne, jest ukrywana, zamykana w domach, leczona u lokalnych szamanów.

Szansą na włączenie osób zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz niepełnosprawnych do systemu edukacji są różnego rodzaju stowarzyszenia będące rodzajem podmiotów ekonomii społecznej. Ciekawą inicjatywę zaproponowali członkowie AJGA (Association des Jeunes de Gakungwe) – organizacji zrzeszającej młodych nauczycieli i od 7 lat uczącej dzieci z bardzo ubogich okolic Bujumbury. Dzięki wsparciu w ramach konkursu polskiego Ministerstwa Spraw Zagranicznych oraz Fundacji Ekonomicznej Polska-Afryka Wschodnia (PEAEF) stworzyli nowoczesne Centrum Edukacyjne, z własną biblioteką i pomocami dydaktycznymi. Nauka odbywa się m.in. w oparciu o pedagogikę Marii Montessori.

Jeśli nawet dziecko z niepełnosprawnością znajdzie się w szkole publicznej, na ogół warunki i tak nie sprzyjają jego rozwojowi poznawczemu: klasy są przełudnione, źle wyposażone, a dzieci bardzo często nie mają zeszytów i książek. Zabawki to zwykle samodzielnie wykonane piłki, lalki, samochody z bambusa. Specjalistyczne pomoce dydaktyczne w takiej szkole są rzadkością.

Wyniki badań (Janus, 2013) pokazały wpływ wczesnodziecięcej deprywacji bodźców na rozwój procesów poznawczych takich jak analiza oraz synteza kształtów, kolorów i przestrzeni, kategoryzacja i klasyfikacja, rozumowanie indukcyjne, zdolności grafomotoryczne.

Rozwój motoryczny a rozwój poznawczy

Ruch stanowi jedną z podstawowych potrzeb każdego człowieka. Już w okresie płodowym dziecko uczy się schematów ruchowych, np. kołysze biodrami, chwyta się za stopy, zgina łokcie (Hooker, 1952; za: Trempała, 2011). U dziecka pojawiają się odruchy unikania niepożądanych bodźców, a utrwalające się wzorce motoryczne zapewniają mu prawidłowy rozwój prenatalny (Prechtel, 2001; za: Trempała, 2011). Po narodzinach następuje dalszy rozwój motoryki małej i dużej. Dziecko pokonuje tzw. kamienie milowe, np. unosi głowę, siada, by pod koniec pierwszego roku życia móc samodzielnie stać i stawiać pierwsze kroki (Trempała, 2011). Ruch, będący nieodłączną formą rozwoju motorycznego dziecka, przejawia się również w zabawie, tym samym sprzyjając rozwojowi społecznemu, emocjonalnemu i intrapersonalnemu. Podłoże teoretyczne Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne, opisywanej dalej w artykule, opiera się na założeniu, że aktywność ruchowa jest w stanie efektywnie wspomagać rozwój psychoruchowy, społeczny i emocjonalny dziecka (Bogdanowicz, Okrzesik, 2011).

Rozwój motoryczny dzieci w Polsce i Burundi przebiega nieco odmiennie. Mają na to wpływ przede wszystkim czynniki środowiskowe i kulturowe. Dzieci w Burundi niemal od pierwszych chwil życia noszone są na plecach matki lub rodzeństwa. Tym samym szybko przebiega pozorna pionizacja ciała, co nie jest bez znaczenia dla rozwoju stawów biodrowych oraz stóp. Wśród dzieci stosunkowo często występuje koślawość stóp oraz deformacje stawów biodrowych. Niemniej jednak wraz z pierwszymi krokami dziecko eksploruje świat i własną fizyczność dużo bardziej intensywnie niż w przypadku polskich niemowląt. Mały Burundczyk żyje w ciągłym ruchu: porusza się boso, po zróżnicowanym podłożu, jest w bliskim kontakcie fizycznym z innymi dziećmi, pomaga rodzicom w pracy w gospodarstwie. Już w wieku kilku lat potrafi nosić na głowie wodę (co jest możliwe tylko przy bardzo dobrej koordynacji wzrokowo-ruchowej) ze źródła oddalonego często o kilka lub kilkanaście kilometrów.

Dzięki wykorzystaniu ćwiczeń kinestetyczno-ruchowych, rozwijaniu świadomości ciała, bazowaniu na materiale konkretnym i włączeniu aktywności ruchowej w proces uczenia się burundyjskiemu dziecku łatwiej opanować wiele umiejętności szkolnych, a także budować bazę wiedzy o świecie. Zgodnie z koncepcją inteligencji wielorakich H. Gardnera (2009) każde dziecko ma niepowtarzalny potencjał biopsychiczny, który w zależności od warunków i możliwości, np. kulturowych, może być różnorodnie ukierunkowywany. W przeciwieństwie do kultur zachodnich, w których główny akcent kładzie się na logiczne i analityczne myślenie, w Afryce Wschodniej dominuje postrzeganie inteligencji jako umiejętności dobrej adaptacji i adekwatnego funkcjonowania w środowisku (por. Reber, 2000; Anastasi, 1984; Piaget, 1966; Jaworowska, Szustrowa, 1990; Nisbett, 2011). W tym kontekście inteligencję można określić jako „zdolność wyrażającą stopień (poziom) nauczania się lub możliwości nauczania się adaptacji do własnego środowiska” (Colvin, za: Strelau, 2002). Relatywizm kulturowy wskaźników inteligencji jest w literaturze poparty wieloma badaniami międzykulturowymi, np. wśród Indian północnoamerykańskich za osoby inteligentne uważane są te, które potrafią dobrze czytać ślady zwierzyny łownej. To, i wiele innych badań, wskazuje na adaptacyjność i kontekstualność pojęcia inteligencji. Według prof. E. Nęcki (1994) dana zdolność może być postrzegana jako wskaźnik poziomu inteligencji tylko wtedy, gdy jest istotna w danej kulturze, a jednocześnie stosunkowo rzadka w społeczności. Ludzie stosują takie narzędzia poznawcze, które mają dla nich sens i znaczenie w ich rozumieniu natury świata (Nisbett, 2011).

Sposób porządkowania świata wśród Burundyjczyków jest odmienny od polskiego. Nisbett (2011) zauważył różnice w zakresie percepcji i myślenia osób z różnych kultur, np. w zakresie szybkości przyswajania rzeczowników

i czasowników przez mieszkańców Zachodu i mieszkańców Azji Wschodniej. Badania dowodzą (Chiu, 1972; za Nisbett, 2011), że mieszkańcy Ameryki szybciej uczą się rzeczowników oraz kategoryzują obiekty, podczas gdy chińskie dzieci łączą obiekty ze względu na relacje, np. krowa i trawa pasują do siebie, bo „krowa je trawę”. Badania nad funkcjonowaniem poznawczym dzieci w Burundi (Janus, 2013) również wskazywały na trudność w klasyfikowaniu obiektów – porządkują one bowiem świat głównie za pomocą relacji, a nie kategorii.

W Burundi, zapewne ze względu na bardzo trudną sytuację ekonomiczną, za inteligentne uchodzi najczęściej dziecko zaradne, potrafiące zarobić na jedzenie, pomóc rodzicom przy uprawie ryżu itd. Taki schemat nieodzownie wiąże się z aktywnością fizyczną.

Warunki geograficzno-ekonomiczne sprawiają więc, że w życiu Burundczyka od najmłodszych lat intensywnie rozwija się inteligencja cielesno-kinestetyczna. Jest to pojęcie wprowadzone do psychologii przez Gardnera, który na początku lat 80. XX w. przedstawił teorię inteligencji wielorakich jako swoją odpowiedź na – niesłuszne jego zdaniem – „ujednolicone podejście” do inteligencji. Autor teorii uważa, że należy przedstawiać inteligencję w podejściu pluralistycznym, jako pewien zbiór zdolności, talentów czy umiejętności poznawczych (Gardner, 2009). Inteligencja cielesno-kinestetyczna, nazywana ruchową, przejawia się u osób, które najlepiej uczą się „w ruchu”, np. manipulują przedmiotami, powtarzają treści do zapamiętania, chodząc przy tym po pokoju itp. (por. Blumenfeld-Jones, 2009).

Założenia teorii inteligencji wielorakich są zatem korzystne dla każdego dziecka, bazuje się bowiem na jego profilu inteligencji i wspiera się jego mocne strony. W Polsce model edukacyjny oparty na teorii inteligencji wielorakich był stosowany m.in. w ramach kilkuletniego projektu „Pierwsze uczniowskie doświadczenia drogą do wiedzy”, prowadzonego na terenie sześciu województw. Wynikające z teorii inteligencji wielorakich implikacje pedagogiczne były bardzo pomocne podczas realizacji moich projektów na rzecz edukacji i rehabilitacji dzieci z niepełnosprawnościami w Afryce Wschodniej³.

Przeprowadzone przeze mnie badania (2013) nad funkcjonowaniem poznawczym dzieci z niepełnosprawnościami w Burundi udowodniły nieadekwatność klasycznego ujęcia psychometrycznego w badaniu inteligencji w Afryce Wschodniej. Testy inteligencji określane mianem „międzyna-

³ Projekty: „Rozwój wiedzy i umiejętności psychologicznych pracowników Ośrodka dla Niepełnosprawnych w Muyinga, w Burundi oraz jego podopiecznych i ich rodzin” (2012); „Uczymy się nie dla szkoły, lecz dla życia – wsparcie metodyki pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w centrach prowadzonych przez Stowarzyszenie Mam Dzieci Niepełnosprawnych AMEH Indemesho w Burundi” (2013).

rodowych”, takie jak np. Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera, są w wielu kręgach kulturowych nierzetelne, nietrafne i – z moralnego punktu widzenia – nieuczciwe. Najczęściej opierają się na założeniu, że istnieje tzw. inteligencja ogólna, określana jako czynnik *g*, która jest stosunkowo stałą cechą człowieka, a zatem w niewielkim stopniu zależną od edukacji czy doświadczeń jednostki (por. Gardner, 2009). Testy inteligencji wywodzące się z zachodniego kręgu kulturowego przeprowadzane wśród mieszkańców krajów Afryki Wschodniej mogą dostarczać cennych informacji na temat funkcjonowania percepcji i myślenia jej mieszkańców, ale nie uprawniają do wnioskowania o poziomie inteligencji.

Aby zatem efektywnie wspierać rozwój intelektualny mieszkańców krajów Afryki Wschodniej, niezmiernie ważne jest kierowanie procesem edukacji w sposób zaadaptowany do ich intelektualnego potencjału, profilu inteligencji (w rozumieniu Gardnerowskim) oraz adaptacja pomocy edukacyjnych (np. materiały do nauki czytania w języku kirundi, zegary wyznaczające godziny od wschodu do zachodu Słońca, szczegółowa mapa Afryki, alfabet w kirundi, puzzle z wizerunkiem znanego dzieciom zwierzęcia: ryby z jeziora Tanganika czy kolorowego ptaka).

Wyływające z niniejszego rozdziału wnioski dotyczące wspierania procesu edukacyjnego burundyjskich dzieci poprzez wykorzystywanie ich potencjału ruchowego, dobrej koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz możliwości percepcyjnych nie uzasadniają jednak słuszności założeń tzw. metody kinezjologii edukacyjnej autorstwa P.E. Dennisona. Wobec tej – coraz popularniejszej wśród polskich psychologów i pedagogów – tzw. gimnastyki mózgu (ang. *brain gym*) wysuwanych jest wiele zastrzeżeń merytorycznych, a jej podstawy naukowe nie są zgodne ze współczesną wiedzą dotyczącą funkcjonowania mózgu (Grabowska, 2006). Niektóre proponowane przez Dennisona ćwiczenia mogą mieć pozytywny wpływ na poprawę funkcji wzrokowo-motorycznych i ruchowych, natomiast nie ma podstaw naukowych udowadniających ich wymierną skuteczność w zakresie rozwoju poznawczego (tamże).

Wykorzystanie inteligencji cielesno-kinestetycznej w procesie edukacyjnym burundyjskiego dziecka

Realizacja dwóch projektów rozwojowych na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych w Burundi pozwoliła mi zebrać garść cennych doświadczeń, stawiając mnie zarówno w roli uczestnika, jak i obserwatora zastanej rzeczywistości. W niniejszym artykule przedstawię wykorzystanie aktywności ruchowej we wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami oraz

zagrożonych wykluczeniem społecznym w ramach trzech metod pedagogicznych:

- 1) Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne;
- 2) pedagogiki Marii Montessori;
- 3) Programów Aktywności Marianny i Christophera Knillów.

Pomysły na warsztaty i konkretne ćwiczenia oparte były na analizie i interpretacji wyników badań „Poznawcze i społeczne funkcjonowanie dzieci z niepełnosprawnościami w Burundi” (Janus, 2013).

Ad. 1 Hugo: inteligencja vs. grupa etniczna

Hugo pochodzi z plemienia Twa, czyli Pigmejów, stanowiących około 1% społeczeństwa burundyjskiego. Pigmeje niechętnie asymilują się do systemu edukacyjnego, zaledwie garstka pigmejskich dzieci jest posyłana do szkoły. Żyją w bardzo prowizorycznych warunkach, korzystając przede wszystkim z darów natury.

Hugo trafił do ośrodka dla dzieci niepełnosprawnych w Muyinga z diagnozą stóp końsko-szpotaowych (fr. *pied bot congenital varus equins*). Z uwagi na unieruchomienie obydwu nóg był hospitalizowany w placówce przez kilka miesięcy. Choć miał już około 12 lat⁴, nigdy nie chodził do szkoły. Przeprowadzone badania psychologiczne wskazywały na jego duży potencjał intelektualny – chłopiec opanował zdolność klasyfikacji i kategoryzacji obiektów, poprawnie wykonywał zadania wymagające rozumowania indukcyjnego, dobrze funkcjonowała jego pamięć bezpośrednia. Podobnie jak inne dzieci pochodzące z często dyskryminowanej grupy Pigmejów, w ośrodku miał trudności w nawiązaniu kontaktów rówieśniczych.

Z uwagi na deformację jego nóg uznałam, że Hugo nie będzie mógł wziąć udziału w zajęciach Metodą Ruchu Rozwijającego (MRR) Weroniki Sherborne. Chłopiec przyszedł jednak na zajęcia o kulach, odstawił je na bok i razem z innymi dziećmi wykonywał ćwiczenia. Jego bardzo dobre funkcjonowanie na zajęciach sprawiło, że nabrał większej wiary w swoje możliwości, zaczął również przychodzić na zajęcia rozwijające zdolności poznawcze (warsztaty edukacyjne), był wytrwały i w dobrym nastroju, co w dużej mierze można uznać za rezultat zajęć MRR Sherborne.

Inteligencję cielesno-kinestetyczną można przejawiać w rozmaity sposób własnym ciałem, np. w tańcu, wyrażając przy tym emocje, czy w sporcie, biorąc udział we wspólnej grze. Podane przykłady, według autora teorii inteligencji wielorakich, są dowodem na poznawcze cechy posługiwania się ciałem (Gardner, 2009). Hugo wykorzystał możliwości ruchowe swojego ciała, by podczas zajęć MRR Sherborne rozwijać relacje z innymi dziećmi

⁴ Hugo, tak jak wiele osób w Burundi, nie zna daty swojego urodzenia.

i budować wiarę we własne możliwości. Wydawał się chłopcem o wysokim poziomie świadomości swojego ciała. Po dwóch miesiącach zajęć rozpoczął naukę w szkole publicznej. Od pierwszych dni wykazywał ogromną motywację do nauki i miał dobry kontakt z rówieśnikami.

Ad 2. Angella: inteligencja vs. wada wymowy

Angella miała około 13 lat i ze względu na poważną wadę wymowy została wyrzucona ze szkoły publicznej. W czasie zajęć można było zaobserwować, że dziewczynka ma bardzo dobrą pamięć – z łatwością przyswoiła sobie nazwy wszystkich kontynentów. W ciągu zaledwie dwóch tygodni nauczyła się liczyć do 20, a co najważniejsze – otworzyła się na komunikację z rówieśnikami.

Praca z Angellą opierała się przede wszystkim na pedagogice Marii Montessori, która służy zarówno celom edukacyjnym, jak i terapeutycznym. Autorka rozwijała swoją koncepcję nauczania, bazując na wielozmysłowym doświadczaniu rzeczywistości, które jest niezbędne do powstawania skojarzeń w procesie zdobywania wiedzy. Założenia pedagogiki montessoriańskiej i praktyczne implikacje wynikające z teorii inteligencji wielorakich są zasadniczo podobne: każde dziecko jest zdolne, a rolą nauczyciela czy terapeuty jest dotarcie do jego potencjału i umiejętne kształtowanie ścieżki edukacyjnej.

Ponadto w swojej metodzie M. Montessori kładła nacisk na wykorzystanie w rozwoju intelektualnym dziecka naturalnej potrzeby ruchu. Pokrewnie z założeniami MRR Sherborne, aktywność dziecka ma w tym ujęciu duże znaczenie nie tylko dla jego rozwoju motorycznego, ale i społecznego, poznawczego oraz emocjonalnego. Dziecko będące w ruchu – jak pokazuje przykład Angelli – może swobodnie, w atmosferze wolności, rozwijać swoje zdolności sensoryczne i poznawcze.

W pracy z Angellą istotne było wykorzystanie aktywności ruchowej oraz naśladownictwa w zadaniach pamięciowych (aby zminimalizować konieczność werbalizacji myśli), np.:

- poszukiwanie w sali wcześniej porozstawianych drewnianych elementów (kontynentów, zwierząt, cyfr);
- pisanie na piasku liter, które uprzednio poznawała na „szorstkim alfabecie”;
- podskakiwanie tyle razy, ile odcinków jest na czerwono-niebieskiej beleczce.

Przykład Angelli pokazuje, jak efektywna może być edukacja dostosowana do profilu inteligencji dziecka. Niegdyś nieśmiała dziewczynka, nie boi się już podjęcia prób werbalizacji wśród rówieśników.

Moje zapiski po spotkaniu z rodzicami uczestników warsztatów montesoriańskich, podczas którego Angella prezentowała nabytą wiedzę i umiejętności:

Angella radziła sobie znakomicie! Rodzice powiedzieli później, że byli zaskoczeni, iż dziewczynka, która ma taki problem z wymową, okazała się najbardziej aktywna i z łatwością wymienia nazwy wszystkich kontynentów. [...] Miło patrzeć na te dziecięce twarze chłonne wiedzy i na twarze zaskoczonych rodziców. [...] Wzruszające było, gdy babcia podziękowała za zajęcia, dzięki którym jej wnuczka jest bardziej otwarta i nie boi się już mówić i bawić z innymi dziećmi. Tutaj czuje się akceptowana, bo nikt się z niej nie wyśmiewa. A i na podwórku zaczęła się przełamywać i nawiązywać kontakty z innymi dziećmi.

Ad. 3 Clovis: inteligencja vs. komunikacja

Programy Aktywności Marianny i Christophera Knillów polegają na kształtowaniu świadomości ciała, dotyku i komunikacji u dzieci z różnymi deficytami rozwojowymi. Opierają się na poznawaniu przez dziecko różnych rodzajów aktywności i dostosowywaniu ruchów (np. kołysanie, wymachiwanie rękoma, pocieranie dłoni, zaciskanie i otwieranie dłoni, zginanie i rozprostowywanie rąk, poruszanie palcami, klaskanie, głaskanie głowy) do określonej melodii. Metoda Knillów zakłada, że rozwój kontaktu i komunikacji poprzez ruch jest znacznie ważniejszy niż sama precyzja ruchu. W zależności od potrzeb dziecka i jego możliwości motorycznych, aktywność może być realizowana na różne sposoby (Knill, 1995).

Metoda ta najlepiej sprawdza się u dzieci z poważnymi zaburzeniami komunikacyjnymi, np. mózgowym porażeniem dziecięcym. Takim dzieckiem był mały Clovis, któremu praca ruchowa z muzycznym akompaniamentem sprawiała wiele radości. Kilkumiesięczne, systematyczne zajęcia widocznie polepszyły jego koordynację słuchowo-ruchową i – co najważniejsze – Clovis przez chwilę był w centrum uwagi, co pozytywnie wpływało na jego poczucie zaufania i bezpieczeństwa w środowisku. Dowodem na to była jego coraz większa otwartość na kontakt z innymi dziećmi. Chłopcu udawało się łączyć odsłuchiwaną melodię (bodźce słuchowe) ze schematem i rodzajem wykonywanej czynności (ruchy były coraz bardziej rytmizowane).

Mama Clovisa nawiązywała z nim coraz lepszy kontakt i cieszyła się, gdy okazywał swoją radość, np. zaczynał się śmiać zawsze, gdy dzieci śpiewały piosenkę na powitanie dnia. Chłopiec rozwinął się fizycznie, lepiej radził sobie z poszczególnymi aktywnościami ruchowymi (wymachiwanie rękami, klepanie się po brzuchu itd.), orientacją w czasie czy umiejętnością przewidywania (por. Janus, 2015).

Podsumowanie

Wspieranie procesu edukacyjnego burundyjskich dzieci bazujące na ich mocnych stronach funkcjonowania poznawczego pozytywnie wpłynęło na efektywność zdobywanej przez nie wiedzy i umiejętności. Największym zainteresowaniem cieszyła się pedagogika Marii Montessori, która pozwala na pełniejszą i bardziej zróżnicowaną eksplorację rzeczywistości. Polepszyła się również jakość funkcjonowania społecznego i emocjonalnego dzieci uczestniczących w zajęciach, co – w przypadku dzieci z niepełnosprawnościami oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym – jest bardzo ważne. Przeprowadzone wywiady ewaluacyjne z rodzicami potwierdzają zaobserwowane efekty. Wielu z nich relacjonowało większą otwartość i komunikatywność swoich dzieci, a także lepsze wyniki w szkole, nabycie nowych umiejętności i większą autonomię w życiu codziennym.

Bibliografia

- Anastasi A. (1984). Aptitude and achievement tests: the curious case of the indestructible strawperson, [w:] Plake B.S. (red.), *Social and Technical Issues in Testing: Implications for Test Construction and Usage*, Hillsdale, NJ: Erlbaum, s. 129–140.
- Blumenfeld-Jones D. (2009). Bodily-kinesthetic intelligence and dance education: critique, revision, and potentials for the democratic ideal, *Journal of Aesthetic Education*, vol. 43, nr 1, s. 59–76.
- Bogdanowicz M., Okrzesik D. (2011). *Opis i planowanie zajęć według Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Burundi, The World Bank, <http://data.worldbank.org/country/burundi> [dostęp: 10.07.2015].
- Gardner H. (2009). *Inteligencje wielorakie. Nowe horyzonty w teorii i praktyce*, Warszawa: MT Biznes.
- Grabowska A. (2006). *Opinia dotycząca podstaw naukowych metody „Kinezylogii Edukacyjnej” oraz konsekwencji jej stosowania*, Komitet Neurobiologii PAN, <http://web.archive.org/web/20070317055520>; <http://www.nencki.gov.pl/neurobiol/Kinezylogia.pdf> [dostęp: 11.05.2015].
- Gruszczyk-Kolczyńska E., Zielińska E. (2007). *Wspomaganie rozwoju umysłowego trzylatków i dzieci starszych wolniej rozwijających się: książka dla rodziców, terapeutów i nauczycielek przedszkola*, Warszawa: WSiP.
- HDR (2014). *Human Development Report 2014*, Human Development Reports, <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf> [dostęp: 20.05.2015].
- Human Development Index (HDI)*, Human Development Reports, <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi> [dostęp: 26.05.2015].

- Human Development Index and its components*, Human Development Reports, <http://hdr.undp.org/en/content/table-1-human-development-index-and-its-components> [dostęp: 26.05.2015].
- Janus B. (2013). *Poznawcze i społeczne funkcjonowanie dzieci z niepełnosprawnościami w Burundi* [niepublikowana praca magisterska, archiwum Instytutu Psychologii Stosowanej UJ].
- Janus B. (2015). *Działania wspierające proces edukacji i kompleksowej rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami w Burundi (Afryka Wschodnia)* [złożono do druku].
- Jaworowska A., Szustrowa T. (1990). Ogólne problemy kulturowej adaptacji testów, [w:] Ciechanowicz A. (red.). *Kulturowa adaptacja testów*, Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne, s. 31–47.
- Knill Ch. (1995). *Dotyk i komunikacja*, Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Lillard P.P. (2011). *Montessori today: a comprehensive approach to education from birth to adulthood*, New York: Knopf Doubleday Publishing Group.
- Malinowski B. (2000). *Kultura i jej przemiany*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 439–462.
- Nęcka E. (1994). *Inteligencja i procesy poznawcze*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 13–16.
- Nisbett R.E. (2011). *Geografia myślenia. Dlaczego ludzie Wschodu i Zachodu myślą inaczej*, Sopot: Wydawnictwo „Smak Słowa”.
- Niyongabo J., Banderembako D., Gahungu F., Bazikamwe O., Kebeya E., Gasuhuke J. (2006). *Le financement de l'éducation au Burundi*, Dakar: CODESRIA and ADEA, s. 49–50.
- Piaget J. (1966). *Narodziny inteligencji dziecka*, Warszawa: PWN, s. 11–24.
- Projekt „Pierwsze uczniowskie doświadczenia drogą do wiedzy”, <http://www.pierwszaki.eu> [dostęp: 11.03.2015].
- Reber A. (2000). *Słownik psychologii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Strelau J. (2002). *Psychologia różnic indywidualnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 62–89.
- Trempała J. (2011). *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wrześcińska A. (2005). *Mwana znaczy dziecko. Z afrykańskich tradycji edukacyjnych*, Warszawa: Dialog.

Część trzecia
Sportowcy z niepełnosprawnością.
Badania



Iwona Sikorska, Krzysztof Gerc, Tomasz Nowak

Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Przystosowanie psychologiczne sportowców z niepełnosprawnością

Streszczenie

Rozdział prezentuje projekt badawczy skoncentrowany na zagadnieniu przystosowania psychologicznego osób po amputacji uprawiających sport – w zestawieniu z przystosowaniem sportowców pełnosprawnych. Przystosowanie zdefiniowano jako wielowymiarowy i wieloaspektowy konstrukt, w skład którego można włączyć takie wymiary jak: prężność psychiczna, samoocena, poczucie kontroli, temperament czy sposoby radzenia sobie z trudnymi sytuacjami.

W badaniu wykorzystano następujące kwestionariusze: Skalę Pomiaru Prężności (SPP-25) – N. Ogińskiej-Bulik i Z. Juczyńskiego; Skalę Poczucia Kontroli (PK-4) – F.B. Bryanta; Kwestionariusz Temperamentu (PTS) – J. Strelaua, A. Angleitnera i B. Zawadzkiego; Skalę Samooceny (SES) – M. Rosenberga (w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek i M. Łaguny; Kwestionariusz WCQ (Skala SRS.T) – S. Folkman i R. Lazarusa (w polskiej adaptacji W. Łosiaka). Osobami badanymi byli sportowcy niepełnosprawni – po amputacji ($n=30$), ze znaczącym udziałem amp futbolowców; i grupa porównawcza – sportowcy pełnosprawni ($n=30$).

Uzyskane wyniki wykazały, że sportowcy po amputacji i sportowcy pełnosprawni nie różnią się pod względem prężności psychicznej i umiejscowienia poczucia kontroli. Różnicę pomiędzy grupami zaobserwowano w zakresie samooceny: sportowcy po amputacji uzyskali wyniki korzystniejsze od sportowców pełnosprawnych. Różnica pojawiła się też w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem – sportowcy po amputacji w mniejszym stopniu stosowali formy Ucieczka/Unikanie.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, amputacja kończyn, przystosowanie

Wprowadzenie

Pojęcia „adaptacja” i „przystosowanie” w języku potocznym, a czasem również w pracach naukowych, funkcjonują zamiennie (Strelau, Zawadzki, 2008). Rozpatrując zagadnienie w aspekcie etymologicznym, można

dostrzec, iż wymienione terminy, analizowane definicyjnie w sposób precyzyjny (Reber, Reber, 2005), pozwalają wyodrębnić pewne różnice, sprowadzające się do zasadniczego wniosku, że przystosowanie (*adjustment*) jest rezultatem adaptacji (*adaptation*). Adaptacja to termin często używany przez psychologów różnych nurtów. R. Larsen i D. Buss (2005, za: Oleś, Drat-Ruszczak, 2008, s. 654) definiują adaptację jako: „podstawową funkcję osobowości, polegającą na aktywności celowej, radzeniu sobie z problemami, dostosowaniu do wymagań i podejmowaniu wyzwań, jakie napotyka człowiek w ciągu życia, w sposób świadczący o tym, że zachowanie jest celowe i sensowne”. P. Oleś oraz K. Drat-Ruszczak (2008) wskazują, że w procesie adaptacji na ogół akcentuje się celowość oraz ukierunkowanie dynamicznej aktywności człowieka w jakimś konkretnym jej obszarze. Przystosowanie natomiast ma charakter bardziej uniwersalny i globalny, dotyczy środowiska fizycznego, społecznego oraz psychicznego (tamże).

Współcześnie – jak wskazują cytowani autorzy (Oleś, Drat-Ruszczak, 2008) – adaptacja w wielu koncepcjach zawiera się w pojęciach samokontroli (kontrola ego) i samoregulacji (regulacja zachowania zorientowanego na cel z uwzględnieniem aktualnego poziomu jego realizacji). Zaproponowano również (Block, Block, 1980), by adaptację charakteryzować poprzez powiązanie z innym konstruktem: sprężystością ego (*ego-resiliency*), uznając, że wąsko interpretowana kontrola ego rzadko bywa adekwatnym wyznacznikiem korzystnej adaptacji. Zachowania spontaniczne i impulsywne – w sensie psychologicznym – nie zawsze są bowiem dezadaptacyjne. Pojęcie „sprężystości ego” jest w tym kontekście interpretowane jako zdolność osoby do zmiany poziomu kontroli (modyfikacji swojego poziomu kontroli, zależnie od potrzeb, w celu osiągnięcia jak najefektywniejszych rezultatów własnej aktywności).

Innym ważnym wyznacznikiem przystosowania, stanowiącym dobrze rozpoznawalny konstrukt teoretyczny, przywoływanym w literaturze przedmiotu, jest samoocena (Wilsz, 2003; Doroszewicz, 2008; Czerwonka, 2014). Istnieją dwa pojęcia, które często są ze sobą utożsamiane: samoocena (*self-esteem*) i poczucie własnej wartości (*self-worth*).

Ludzie o wysokiej samoocenie deklarują: poczucie doświadczania sympatii ze strony otoczenia (Kofta, Doliński, 2000), efektywność w nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych (Twenge 2007, za: Dzwonkowska i in., 2008), podczas gdy osoby z niższą samooceną częściej wykazują problemy w relacjach z innymi ludźmi, brak poczucia bezpieczeństwa oraz labilność nastroju (Carson i in., 2003).

Krytyczne wydarzenie czy sytuacja traumatyczna nie zawsze muszą prowadzić do dezadaptacji lub zaburzenia rozwoju, wręcz przeciwnie – mogą ostatecznie doprowadzić do dobrego przystosowania (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2011).

Czynnikiem ważnym w adaptacji jest prężność psychiczna (*psychological resilience*), która bywa także określana jako elastyczność, sprężystość, odporność psychiczna czy zaradność życiowa (Ogińska-Bulik, Juczyński 2011; Ogińska-Bulik 2011). Prężność nie jest terminem jednoznacznym, może być ujmowana dwojako: jako proces (*resilience*) oraz właściwość (*resiliency*) (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2011; Sikorska, 2016).

Resilience jest rozumiana jako proces adaptowania się do sytuacji trudnej. Część polskich badaczy nie stosuje określenia prężności psychicznej, gdyż nie zachowuje ona angielskiego rozróżnienia i preferuje stosowanie angielskich nazw, bądź spolszczonej wersji „rezyliencja” (Heszen, Sęk, 2007; Ostaszewski, 2006; Kaczmarek i in., 2011). Prężność może być zatem interpretowana jako wieloaspektowo determinowany efekt ulegającej modyfikacji interakcji sił w ekosystemie (Heszen, Sęk, 2007). Oznacza to, że jest to proces współoddziaływań pomiędzy cechami jednostki oraz środowiska, który można kształtować (Luthar i in., 2000; Pawlicka i in., 2013). *Resilience* rozumiana jest zatem jako kreatywne wykorzystywanie strategii radzenia sobie, zdolność do zdystansowania się i elastycznego adaptowania do zmieniającej się sytuacji życiowej (Izdebski, Suprynowicz, 2011; Pawlicka i in., 2013).

Polscy badacze prężności psychicznej (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010) dostrzegają w niej mechanizm samoregulacji, który obejmuje elementy poznawcze, emocjonalne i behawioralne. Osoby charakteryzujące się prężnością psychiczną częściej doświadczają pozytywnego afektu, są bardziej pewne siebie oraz wykazują korzystniejsze przystosowanie psychologiczne. Potrafią także wykorzystać pozytywny afekt w roli bufora ochronnego przed negatywnymi skutkami kryzysu i doprowadzić do posttraumatycznego wzrostu (Kaczmarek i in., 2011; Connor, 2006; Sikorska, 2014b; Gerc, Jurek, 2015).

Ł. Kaczmarek i in. (2011) oraz T.M. Ostrowski (2015) wskazują, że w badaniach ludzi przewlekle chorych somatycznie wykazano pozytywny związek *resiliency* z: pozytywną emocjonalnością, ograniczeniem negatywnych strategii radzenia sobie (np. zaabsorbowanie lękiem), relatywnie wyższą jakością życia. Badacze są także przekonani, że *resiliency* w rozumieniu odporności psychicznej można kształtować dzięki programom profilaktycznym lub promującym zdrowie (Jayman i in., 2015; Sikorska, 2014a; 2014b; 2016).

Przedstawiając charakterystykę psychologiczną osób dobrze przystosowanych, wymienia się w literaturze przedmiotu następujące właściwości intrapysychiczne: cechy osobowości (niska neurotyczność, względnie wysoki poziom ekstrawersji i sumienności), łagodne usposobienie, dyspozycyjny optymizm, wysokie nasilenie poczucia własnej wartości, poczucie koherencji (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2011; Friborg i in., 2005). Wśród predyktorów korzystnego przystosowania się wymienia się także: wewnętrzny spokój, wysoki poziom energii życiowej, kontrolę emocji i zachowania, rozumienie siebie, poczucie własnej skuteczności oraz kompetencji (Pawlicka i in., 2013).

Wśród zmiennych, które uznano za ważne w kontekście relacyjnych w niniejszym artykule badań, jest umiejscowienie poczucia kontroli (*locus of control*). Termin został zaproponowany w latach 60. XX wieku przez Rottera (za: Belniak, 2014).

K. Rutkowska (2010, s. 88) twierdzi, że „zachowania determinowane są w dużej mierze sposobami postrzegania, przypisywania danym sytuacjom określonego znaczenia”. Umiejscowienie kontroli traktowane jest jako względnie trwałe przekonanie jednostki o uwarunkowaniach rezultatów podejmowanych działań (tamże). Oznacza to, że osoby mogą różnie postrzegać wynik swoich działań: 1) jako zdeterminowany przez nie same (uwewnętrznione poczucie kontroli) – jednostki te wierzą, że rezultat zależy od ich własnego działania, mają poczucie własnej skuteczności, możliwości sterowania swoim otoczeniem w celu uzyskania pozytywnych rezultatów, a te ukierunkowują i wzmacniają kolejne działania; 2) jako zdeterminowany przez okoliczności zewnętrzne (uzewnętrznione poczucie kontroli) – jednostki te wierzą w szczęśliwy splot zdarzeń, przypadek, czyli że same nie miały wpływu na uzyskany rezultat (Wosińska, 2004; Rakowska 2005; Rutkowska, 2010; 2014).

Relacjonowane w artykule badania odwołują się do założeń akcentujących pozytywny wpływ aktywności fizycznej człowieka na jego kondycję psychiczną (Blecharz, 2006; Ussorowska i in., 2014). Warto w tym kontekście zauważyć, że zagadnienie motywacji do aktywności sportowej jest problemem złożonym (Blecharz i in., 2014; Blecharz i in., 2015), a specyficzny profil psychologiczny sportowca – jak się wydaje – nie istnieje (Derbis, Jędreń, 2010).

Samoocena u osób uprawiających sport jest wyższa niż u osób, które takiej aktywności nie podejmują (Ussorowska i in., 2014; Sankowski, 2001). Według Markowitza i Weissman (2012) istnieją dwa główne czynniki, które sprzyjają wzrostowi poczucia własnej wartości u młodych sportowców: skoncentrowanie na budowaniu umiejętności oraz doświadczenie wsparcia pochodzącego z otoczenia.

Rutkowska (2010) w swoich badaniach wykazała związek wewnętrznego umiejscowienia kontroli z tzw. mistrzostwem sportowym. Pojęcie to, wprowadzone przez Blecharza (2007), wskazuje, że mistrz sportowy nie tylko osiąga wyniki z górnych pułapów własnych możliwości, ale także potrafi je powtarzać, i jest gotowy do podejmowania wyzwań w różnych dziedzinach życia (nie tylko w sporcie) oraz charakteryzuje się wysoką satysfakcją (również pozasportową).

Ludzie kreują swoją samoocenę poprzez osobiste doświadczenia i dokonywane porównania społeczne (Epstein, 2003). Ów kontekst jest szczególnie ważny w odniesieniu do osób, które z powodu różnych barier, związanych z ich sprawnością fizyczną lub funkcjonowaniem w otoczeniu, są zagrożone

marginalizacją społeczną. Szeroko rozumiane przeszkody są na przykład jednym z istotnych czynników, które mogą hamować proces rehabilitacji osób z niepełnosprawnością (Paszkwicz, Garbat, 2005; Wiszejko-Wierzbička, 2008; Gerc, 2008; Otrębski i in., 2011; Szafraniec, Szyborski, 2015).

Zapewne m.in. z tego powodu w 1986 r. przyjęta została „Europejska Karta Sportu dla Wszystkich: Osoby Niepełnosprawne”. W dokumencie podkreśla się potrzebę promowania oraz rozwoju sportu i rekreacji fizycznej osób niepełnosprawnych. Karta upatruje w tym szansę na poprawę jakości życia, atrakcyjną formę rehabilitacji oraz warunek korzystniejszej integracji osób o ograniczonej sprawności z resztą społeczeństwa.

Pisząc o sporcie osób z niepełnosprawnością, warto zaznaczyć, że istnieje wyraźny podział na sportowców niepełnosprawnych fizycznie oraz tych z niepełnosprawnością intelektualną. Mimo niepodważalnych analogii, specyfika uprawiania sportu przez te dwie grupy osób znacząco się różni. Sport osób niepełnosprawnych fizycznie rozwinął się w formie ruchu paraolimpijskiego i w ostatnim okresie związany jest z ruchem sportu osób pełnosprawnych (Koper, Tasiemski, 2013). Ruch sportu osób niepełnosprawnych intelektualnie doprowadził do powstania organizacji Olimpiady Specjalne (*Special Olympics*), a podstawowym jego celem jest rozwój i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz zwiększanie świadomości społecznej i akceptacji w stosunku do tej formy niepełnosprawności.

W przypadku osób niepełnosprawnych fizycznie najistotniejsza jest funkcja rehabilitacyjna i problematyczne w tym kontekście wydaje się rozgraniczanie sportu wyczynowego, rekreacyjnego od procesu rehabilitacji (tamże). Podkreśla się, że w sporcie osób niepełnosprawnych uruchamiają się mechanizmy kompensacyjne (Plinta i in., 2005), a regularna aktywność fizyczna u osób, których aparat ruchowy został uszkodzony, może pozwolić na: kompensację utraconej funkcji (Milanowska, 1997; Pieszak, 2012), budowę pozytywnego obrazu własnego ciała (Guszkowska, Pater, 2010), urealnijając zmianę w spostrzeganiu siebie (Sankowski, 2002; Kowalik, 2009; Rutkowska, 2014), poprawę sprawności organizmu, subiektywne poczucie atrakcyjności (Besz, 2012).

W 1964 r. członkowie Federacji Weteranów Wojennych (WVF, The World Veterans Federation) założyli ISOD (International Sports Federation of the Disabled), które po połączeniu z ISMWSF (International Stoke Mandeville Wheelchair Sports Federation) dało początek istniejącej współcześnie Międzynarodowej Federacji Sportu Osób na Wózkach i z Amputacjami (IWAS, International Wheelchair and Amputee Sports Federation). To właśnie ta federacja sprawuje obecnie nadzór nad większością sportów osób po amputacjach oraz współpracuje z Międzynarodowym Komitetem Paraolimpijskim (IPC, International Paralympic Committee). Sportowcy po amputacjach

nie stanowią grupy jednorodnej, różnice w funkcjonowaniu poszczególnych zawodników są duże. W tym miejscu należy wspomnieć, że nie dokonuje się podziału na sportowców po amputacji oraz osób z niewykształconymi kończynami, lecz traktuje wszystkich jako jedną grupę. Podobnie traktują tę grupę autorzy niniejszego rozdziału.

O poziomie funkcjonowania i możliwościach zawodników decyduje wiele czynników fizjologicznych, psychologicznych i społecznych. Z fizjologicznych wymienia się następujące aspekty związane z amputacją (lub niewykształceniem kończyn/y): liczba amputacji, miejsce amputacji, wysokość amputacji, rodzaj amputacji oraz stan kikutu; należy także wspomnieć o możliwości istnienia dodatkowych schorzeń, mniej lub bardziej związanych z brakiem kończyny (osłabienie siły mięśniowej, niedowład kończyny nieobjętej amputacją) oraz to, z jakiego sprzętu zawodnik korzysta (protezy, kule czy wózek) (Molik i in., 2008). W celu wyrównania szans zawodników, ISOD przygotował klasyfikację ogólną, którą oparł na miejscu amputacji, pomijając pozostałe czynniki.

Materiał i metody

Problem badawczy i hipotezy

Zasadniczy problem badawczy relacjonowanego projektu sprowadzono do pytania: Czy istnieje statystycznie istotna różnica w zakresie przystosowania psychicznego u sportowców po amputacji oraz sportowców pełnosprawnych? Zgodnie z zaprezentowanymi w części teoretycznej koncepcjami przyjęto, że zmiennymi związanymi z przystosowaniem są: prężność psychiczna (Block, Block, 1980), samoocena (Niebrzydowski, 1989) oraz poczucie kontroli (Rutkowska, 2010). Postanowiono również, że analiza porównawcza zostanie przeprowadzona z uwzględnieniem cech temperamentu sportowców pełnosprawnych i niepełnosprawnych oraz stosowanych przez nich strategii radzenia sobie ze stresem.

Sformułowano następujące pytania badawcze:

- 1) Czy, a jeśli tak, to w jaki sposób, sportowcy pełnosprawni różnią się od sportowców po amputacji w aspekcie charakterystyki prężności psychicznej?
- 2) Czy sportowcy pełnosprawni różnią się od sportowców po amputacji w zakresie samooceny?
- 3) Czy sportowcy pełnosprawni różnią się od sportowców po amputacji w aspekcie umiejscowienia kontroli?
- 4) Czy, a jeśli tak, to w jaki sposób, sportowcy pełnosprawni różnią się od sportowców po amputacji pod względem stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem?

Na podstawie przedstawionych pytań badawczych sformułowano następujące hipotezy:

- 1) Sportowcy pełnosprawni i sportowcy po amputacji charakteryzują się podobnym poziomem prężności psychicznej.
- 2) Sportowcy pełnosprawni i sportowcy po amputacji różnią się w zakresie samooceny.
- 3) Sportowcy pełnosprawni i sportowcy po amputacji nie różnią się w zakresie poczucia umiejscowienia kontroli.
- 4) Sportowcy pełnosprawni i sportowcy po amputacji stosują różne strategie radzenia sobie ze stresem.

Narzędzia badawcze

W celu weryfikacji przyjętych hipotez badawczych zastosowano następujące narzędzia pomiaru: Skala Pomiaru Prężności (SPP-25) autorstwa Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2008), Skala Samooceny (SES) Rosenberga, w polskiej adaptacji Dzwonkowskiej, Lachowicz-Tabaczek i Łaguny (2008), Kwestionariusz Poczucia Kontroli (PK-4) autorstwa Bryanta (1989), Kwestionariusz Temperamentu (PTS) autorstwa Strelaua i Zawdzkiego (1998) oraz Skala SRS.T Kwestionariusza Ways of Coping Lazarusa i Folkman (1984), w przekładzie Łosiaka (1992).

Skala Pomiaru Prężności (SPP-25) stanowi narzędzie złożone z 25 pytań. Badany odpowiada, zaznaczając ustosunkowanie na skali Likerta (od 0 – zdecydowanie nie, do 4 – zdecydowanie tak). Skala służy do pomiaru prężności psychicznej (*resilience*), która rozumiana jest jako właściwość osobowości określająca predyspozycje jednostki chroniące ją przed następstwami negatywnych doświadczeń. Oprócz skali głównej (której wynik jest sumą wyników w 5 czynnikach), pozwala na wyodrębnienie pięciu składowych:

- 1) wytrwałości i determinacji w działaniu,
- 2) otwartości na nowe doświadczenia i poczucia humoru,
- 3) kompetencji osobistych i tolerancji negatywnych emocji,
- 4) tolerancji na niepowodzenia i traktowania życia jako wyzwania,
- 5) optymistycznego nastawienia do życia i zdolności mobilizowania się w trudnych sytuacjach.

Możliwe jest odniesienie uzyskanych wyników do skali stenowej, gdzie 1–4 oznacza prężność niską, 6–7 – średnią, a 8–10 – wysoką. Rzetelność testu została potwierdzona na poziomie α Cronbacha 0,89 dla skali głównej oraz skal czynników składowych od 0,67 do 0,75. Stabilność bezwzględną na podstawie metody testu-retestu (4 tygodnie) określono na poziomie 0,85 (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Ogińska-Bulik, 2014).

Kwestionariusz SES jest popularną metodą wykorzystywaną do pomiaru poziomu samooceny globalnej. Jest to narzędzie jednowymiarowe, składa-

jące się z 10 stwierdzeń. Odpowiedzi umieszczane są na czterostopniowej skali, różnicującej stopień zgodności stwierdzenia z opinią badanego na swój temat. Wykazano wysoki poziom rzetelności skal – α Cronbacha od 0,81 do 0,83. Uzyskanie przez osobę badaną wyniku wysokiego oznacza wysokie nasilenie mierzonej zmiennej (Dzwonkowska i in., 2008).

Kwestionariusz badający poczucie kontroli własnego życia (PK-4) F.B. Brynata (1989) składa się z 15 stwierdzeń. Zgodnie z koncepcją badacza podzielony jest na dwie części: dotyczącą zdarzeń negatywnych oraz pozytywnych. Badany metodą papier-ołówek odnosi się kolejno do stwierdzeń, zaznaczając odpowiedzi w skalach o zmiennej rozpiętości (od 1–4 do 1–7). Istnieje możliwość obliczenia skali głównej (uogólnionego poczucia kontroli) oraz skal składowych: unikania, radzenia sobie, utrzymywania oraz doznawania. Współczynniki rzetelności α Cronbacha dla skal wyniosły: unikanie 0,60; zmaganie się (radzenie sobie) 0,70; utrzymywanie (uzyskiwanie) 0,71; doznawanie 0,78 (Pietrzyk, Lizińczyk, 2008). Wysoki wynik w skali głównej wskazuje na wysokie subiektywne spostrzeżenie kontroli, czyli możliwości wpływu na własne życie (Sikorska, 2014b).

Ways of Coping Questionnaire – WCQ to kwestionariusz przygotowany przez R.S. Lazarusa i S. Folkmana (1984) do badania strategii radzenia sobie ze stresem. Polskie adaptacje przygotowali I. Heszen-Niejodek (1989) oraz W. Łosiak (1992). W badaniu wykorzystana została skala SRS.T składająca się z 66 pytań. W instrukcji osoba badana jest proszona o odpowiedź, jak często stosuje daną strategię zaradczą w sytuacji trudnej. Możliwe są 4 warianty odpowiedzi zaznaczane na skali Likerta (0 – nie stosuję wcale, 3 – stosuję bardzo często). Odpowiedzi dotyczą działań skoncentrowanych na problemie oraz emocjach, które problem wywołał.

Kwestionariusz PTS ma identyfikować behawioralne charakterystyki powiązane z cechami układu nerwowego zaproponowanymi przez Pawłowa: procesy pobudzania, procesy hamowania, równowagę procesów nerwowych oraz ich ruchliwość (Zawadzki, Strelau, 1997; Strelau, Zawadzki, 2008). Narzędzie składa się z 57 stwierdzeń diagnostycznych, a osoba badana ustosunkowuje się do nich na czterostopniowej skali (1 – zdecydowanie zgadzam się, 2 – raczej zgadzam się, 3 – raczej nie zgadzam się, 4 – zdecydowanie nie zgadzam się). Oceny dotyczą dłuższej perspektywy czasowej (rok i więcej). Osoba badana jest także proszona, by w razie problemów dokonała porównania siebie do innych ludzi. Obliczane są cztery skale (Zawadzki, Strelau, 1997): SPP (Siła Procesu Pobudzania) – która bywa kojarzona z: 1) wytrzymałością, 2) niską reaktywnością, 3) odpornością psychiczną; SPH (Siła Procesu Hamowania) – utożsamianą z pojęciem samokontroli zachowania; RPN (Ruchliwość Procesów Nerwowych) – w psychologii może być to utożsamiane z szybkością i adekwatną zmianą zachowania w odniesieniu do

zmieniającego się otoczenia; RWN (Równowaga Procesów Nerwowych) – można ją wiązać z impulsywnością, brakiem wytrwałości, występowaniem zachowań agresywnych, brakiem konformizmu, ugodowości i sumienności, a w przypadku przewagi SPH: z ostrożnością, sztywnością, nadmierną ugodowością i kontrolą. Jest to skala wtórna, pomijana w większości opracowań statystycznych. W badaniach sprawdzono rzetelność (α Cronbacha) skal testu i otrzymano następujące wyniki: SPP $\alpha=0,80$; SPH $\alpha=0,71$; RPN $\alpha=0,83$. Istnieją polskie normy wyrażone w stenach dla 6 grup wiekowych: 15–19, 20–29, 30–39, 40–49, 50–59 i 60–80; z uwzględnieniem podziału na płeć (Strelau, Zawadzki, 2008).

Charakterystyka grupy badanej

Grupę badaną ($n=30$) stanowili sportowcy po amputacji (27 mężczyzn i 3 kobiety), grupę kontrolną natomiast – sportowcy pełnosprawni (również 30 osób, identyczny liczebnie rozkład pod względem płci). W obydwu zatem sytuacjach byli to sportowcy, czyli osoby uprawiające sport regularnie, co najmniej od roku. Parametry statystyki opisowej wieku sportowców niepełnosprawnych są następujące: $x=24,73$; $Me=24$; $\delta=3,33$. Analogiczne wskaźniki odnoszące się do wieku grupy kontrolnej kształtują się na poziomie: $x=27,97$; $Me=27,5$; $\delta=9,34$.

W tabelach 1 oraz 2 przedstawiono statystyki opisowe dotyczące czasu uprawiania sportu w grupie sportowców pełnosprawnych i niepełnosprawnych, a także określono okres, w jakim grupa badana doświadcza niepełnosprawności.

Tabela 1. Statystyka opisowa – okres uprawiania sportu (średnia, mediana, odchylenie standardowe)

	<i>n</i>	<i>x</i>	<i>Me</i>	δ
Sportowcy pełnosprawni	30	8,43	8	4,05
Sportowcy niepełnosprawni	30	11,96	7	12,92

Źródło: badania własne.

Tabela 2. Statystyka opisowa – okres niepełnosprawności (średnia, mediana, odchylenie standardowe) w grupie osób po amputacji, $n=30$

<i>X</i>	<i>Me</i>	δ
16,03	14	10,08

Źródło: badania własne.

Procedura badania

Badania zostały przeprowadzone w okresie od maja 2014 do sierpnia 2015 r. Początkowo były one realizowane w formie papierowych arkuszy bezpośrednio z zawodnikami: podczas I Otwartych Mistrzostwach Polski w pływaniu osób niepełnosprawnych (Szczecin, czerwiec 2014); podczas zgrupowania reprezentacji amputacji futbolu (Szczawnica, sierpień 2014), treningu krakowskiej drużyny piłkarskiej (Kraków, sierpień 2014). Z powodu trudności w skompletowaniu odpowiednio licznej grupy sportowców po amputacji (jest to grupa szczególnie trudnego dostępu) badania częściowo przeprowadzone zostały także poprzez kontakt listowy. Było to jednak poddane odpowiedniej kontroli – o wypełnienie proszono osoby należące do klubów amputacji futbolu. Proszono także ludzi związanych ze sportem osób niepełnosprawnych (np. trenerzy, rehabilitanci) o pomoc w rekrutacji odpowiednich osób.

Niezależnie od sposobu przeprowadzenia procedura była niezmienna: po krótkiej informacji o badaniu (w tym o jego o dobrowolności i anonimowości) badani proszeni byli o wypełnienie niewielkiej metryczki i uzupełnienie pięciu kwestionariuszy, których kolejność była stała (SPP-25 → PK-4 → PTS → SES → WCQ).

Metody analizy statystycznej wyników

W celu opracowania uzyskanych wyników badań, poza charakterystyką rezultatów statystyki opisowej, zastosowano następujące metody analizy statystycznej: najpierw sprawdzono rozkłady zmiennych za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa (K-S) z poprawką Lillieforsa. Po stwierdzeniu, że charakterystyki wyników są zbliżone do rozkładu normalnego, posłużono się testem *t*-Studenta. W przypadku pozostałych zmiennych (analizy nieparametryczne) zastosowano test *U* Manna-Whitneya. Dla wszystkich testów przyjęto powszechnie stosowany w psychologii poziom istotności $\alpha=0,05$.

Statystyki opisowe

W tabelach od 3 do 7 przedstawiono porównanie średnich, median oraz odchyłeń standardowych wyników pomiarów zmiennych kontrolowanych w badaniu.

Wyższy wynik średniej prężności psychicznej uzyskany został w grupie sportowców po amputacji i wyniósł 79,20 punktu przy 73,83 w grupie sportowców pełnosprawnych. Ponadto wyższe wyniki średnie we wszystkich skalach składowych również charakteryzowały grupę sportowców po amputacji. Odchylenia standardowe dla poszczególnych skal oraz wyniku globalnego były wyższe w grupie sportowców pełnosprawnych.

Tabela 3. Porównanie podstawowych statystyk opisowych wyników pomiaru prężności dla dwóch grup: 1 – sportowcy pełnosprawni, $n=30$; 2 – sportowcy po amputacji, $n=30$

Skala	<i>X1</i>	<i>Me1</i>	<i>SD1</i>	<i>X2</i>	<i>Me2</i>	<i>SD2</i>
Prężność psychiczna	73,83333	78	16,24613	79,2	80	11,69556
Wytrwałość i determinacja w działaniu	14,5	15	3,55013	16	16	2,43537
Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	15,26667	16	3,90343	16,567	17	3,1914
Kompetencje osobiste w radzeniu sobie i tolerancja negatywnych emocji	14,83333	16	3,65856	15,9	16	2,72093
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	14,96667	15,5	3,04544	15,767	16	2,38795
Optymistyczne nastawienia do życia i zdolność do mobilizowania się w trudnych sytuacjach	14,26667	15	3,75943	14,967	15	2,632467

Źródło: badania własne.

Tabela 4. Porównanie podstawowych statystyk opisowych wyników pomiaru poczucia kontroli i skal składowych dla dwóch grup: 1 – sportowcy pełnosprawni, $n=30$; 2 – sportowcy po amputacji, $n=30$

Skala	<i>X1</i>	<i>Me1</i>	<i>SD1</i>	<i>X2</i>	<i>Me2</i>	<i>SD2</i>
Unikanie	8,9	9	1,93605	9,933	9,5	2,33317
Radzenie sobie	12,4	13	2,90778	13,3	14	2,40903
Uzyskiwanie	17,833	17,5	3,83346	18,567	19	2,64814
Doznawanie	22,133	23	3,391	22,5	22,5	2,90956
Poczucie kontroli	61,267	63,5	9,70223	64,3	65	6,9637

Źródło: badania własne.

Sportowcy po amputacji uzyskali wyższe średnie we wszystkich skalach. W przypadku median sportowcy pełnosprawni uzyskali wyższy wynik jedynie w skali Doznawanie. Odchylenie standardowe w skali Unikanie było wyższe w grupie sportowców po amputacji, a w pozostałych skalach (Radze-

nie sobie, Uzyskiwanie, Doznawanie i Poczucie kontroli) było wyższe w grupie sportowców pełnosprawnych.

Tabela 5. Porównanie podstawowych statystyk opisowych wyników pomiaru samooceny dla dwóch grup: 1 – sportowcy pełnosprawni, $n=30$; 2 – sportowcy po amputacji, $n=30$

Skala	<i>X1</i>	<i>Me1</i>	<i>SD1</i>	<i>X2</i>	<i>Me2</i>	<i>SD2</i>
Samooocena	27,233	29	6,10078	31,5	32	4,75612

Źródło: badania własne.

Maksymalny jednostkowy wynik uzyskany w teście wyniósł 40 punktów dla grupy sportowców po amputacji i 39 dla grupy sportowców pełnosprawnych. Analogicznie wyniki minimalne wyniosły: 21 i 12 punktów. Średnie dla grup wyniosły: 31,5 dla grupy sportowców po amputacji i 27,23 dla sportowców pełnosprawnych. Odchylenie standardowe było wyższe w grupie sportowców pełnosprawnych i wyniosło 6,1 punktu, przy wyniku 4,76 punktu dla grupy sportowców po amputacji.

Tabela 6. Porównanie podstawowych statystyk opisowych wyników w zakresie skal strategii radzenia sobie ze stresem WCQ dla dwóch grup: 1 – sportowcy pełnosprawni, $n=30$; 2 – sportowcy po amputacji, $n=29$

Skala	<i>X1</i>	<i>Me1</i>	<i>SD1</i>	<i>X2</i>	<i>Me2</i>	<i>SD2</i>
Konfrontacja	10,3667	9	3,2746	8,51724	8,5	3,18053
Dystansowanie się	9,9	9	2,97518	8,86207	8,5	2,88746
Samokontrola	12,9	12,5	3,65164	11,8621	11,5	3,06739
Poszukiwanie wsparcia społecznego	9,7	11	3,6022	9,41379	10	3,31142
Przyjmowanie odpowiedzialności	6,9	7	2,53731	6,10345	6	1,98827
Ucieczka/Unikanie	14,1	14	3,3871	9,68966	9,5	4,78915
Planowe rozwiązanie problemu	11,433	12	3,01357	11,4138	12	3,17937
Pozytywne przewartościowanie	12,5667	12	3,2767	12,0345	13	3,2236

Źródło: badania własne.

Badane grupy nieznacznie różniły się liczebnością (grupa sportowców pełnosprawnych, $n=30$; grupa sportowców po amputacji, $n=29^1$). W grupie sportowców pełnosprawnych średnie wyników we wszystkich skalach były wyższe od wyników uzyskanych w grupie sportowców po amputacji. Podobna sytuacja dotyczy obliczonych median – tutaj jedyną skalą, w której sportowcy po amputacji osiągnęli wyższy wynik, jest Pozytywne przewartościowanie (Pp), a wynik w Planowym rozwiązaniu problemu (Prp) był identyczny. Odchylenia standardowe w przypadku grupy sportowców po amputacji były wyższe jedynie w skalach Ucieczka/Unikanie (U/U) oraz Planowe rozwiązanie problemu (Prp).

Tabela 7. Porównanie podstawowych statystyk opisowych wyników w zakresie pomiaru zmiennych temperamentalnych dla dwóch grup: 1 – sportowcy pełnosprawni, $n=30$; 2 – sportowcy po amputacji, $n=29$

Skala	X1	Me1	SD1	X2	Me2	SD2
Siła Procesu Pobudzenia	50,2	51,5	8,71938	52,4	52	7,84153
Siła Procesu Hamowania	49,567	49	7,7178	52,2	52	7,16024
Ruchliwość Procesów Nerwowych	51	53	9,92385	54,633	55	7,21341
Równowaga Procesów Nerwowych	0,633	1	5,37224	0,2	3,5	7,51734

Źródło: badania własne.

We wszystkich skalach pierwotnych (SPP, SPH, RPN) dla grupy sportowców po amputacji maksymalne wyniki (kolejno 70, 65, 58 punktów) były wyższe od maksymalnych wyników w grupie sportowców pełnosprawnych (odpowiednio 62, 59, 66 punktów). Wyniki minimalne były niższe we wszystkich skalach w grupie sportowców pełnosprawnych (kolejno 25, 31, 28 punktów) w stosunku do grupy sportowców po amputacji (37, 39, 42 punkty). Różnica ta widoczna jest także w medianach wyników pomiaru zmiennych oraz średnich (wyższe u sportowców po amputacji). Odchylenia standardowe wyników skal są mniejsze w przypadku grupy sportowców po amputacji (SPP – 7,84 do 8,72; SPH – 7,16 do 7,72; RPN – 7,21 do 9,92).

W obydwu grupach współczynnik Równowagi Procesów Nerwowych (RWN) był bliski zera z minimalnym wskazaniem na przewagę procesów pobudzenia (SPP). Zauważalna różnica pojawiła się w medianie i wyniku maksymalnym (obie wartości wyższe dla sportowców po amputacji). Odchyle-

¹ Dane pozyskane od jednego z badanych w tym zakresie nie były kompletne.

nie standardowe również było wyższe w grupie sportowców po amputacji (7,51 do 5,37 punktu).

Wyniki

Analizę wyników rozpoczęto od sprawdzenia podobieństwa sportowców obu grup w zakresie wymiaru temperamentu, który dla procesów adaptacyjnych ma istotne znaczenie. Uzyskanie spodziewanego potwierdzenia braku różnic temperamentalnych pomiędzy sportowcami pełnosprawnymi i sportowcami po amputacji umożliwia wnioskowanie o znaczeniu innych zmiennych dla procesu adaptacji psychologicznej tych osób.

Tabela 8. Wyniki testu *t*-Studenta dla PTS. Porównanie wyników uzyskanych w grupie sportowców pełnosprawnych (1) i sportowców po amputacji (2)

Skala	X1	X2	t	df	p
Siła Procesu Pobudzenia	50,2	52,4	-1,0276	58	0,30843
Siła Procesu Hamowania	49,5667	52,2	-1,37	58	0,17596
Ruchliwość Procesów Nerwowych	51	54,633	-1,6221	58	0,11021

Źródło: badania własne.

Tabela 9. Wyniki testu *U* Manna-Whitneya dla WCQ. Porównanie wyników uzyskanych w grupie sportowców pełnosprawnych (1) i sportowców po amputacji (2)

Skala	Suma rang 1	Suma rang 2	U	Z	p
Równowaga Procesów Nerwowych	903,5	926,5	438,5	-0,1626	0,87081

Źródło: badania własne.

Po stwierdzeniu, że niektóre charakterystyki wyników nie są zbliżone do rozkładu normalnego, zastosowano w ich przypadku test *U* Manna-Whitney'a, a w przypadku pozostałych charakterystyk – test *t*-Studenta.

Jak wynika z danych przedstawionych w tabeli 9, założenie o braku różnic zostało potwierdzone. W żadnej z trzech skal pierwotnych różnica nie okazała się istotna statystycznie ($p > 0,05$). Podobnie było w przypadku skali wtórnej RPN ($p > 0,05$). Oznacza to, że nie stwierdzono istotnych różnic tem-

peramentalnych pomiędzy sportowcami pełnosprawnymi i sportowcami po amputacji. Kontrolując tę zmienną, prowadzono dalsze analizy.

Hipoteza pierwsza zakładała, że sportowcy pełnosprawni oraz sportowcy po amputacji prezentują podobny poziom prężności psychicznej. Tabela 10 przedstawia wyniki analiz w tym zakresie.

Tabela 10. Wyniki testu *U* Manna-Whitneya dla SPP-25: Porównanie wyników uzyskanych w grupie sportowców pełnosprawnych (1) i sportowców po amputacji (2)

Skala	Suma rang 1	Suma rang 2	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Prężność	845	985	380	-1,02752	0,30418
Wytrwałość i determinacja w działaniu	807	1023	342	-1,58933	0,11199
Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	820	1010	355	-1,39713	0,16238
Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	864	975	399	-0,74661	0,4553
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	855	935,5	390	-0,87967	0,37904
Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	894,5	901	429,5	-0,29569	0,76747

Źródło: badania własne.

Ze względu na fakt, iż rozkład wyników zmiennych nie był zbliżony do normalnego, zastosowano test *U* Manna-Whitneya. Hipoteza badawcza została potwierdzona dla wszystkich skal testu. Różnica pomiędzy grupą badaną i kontrolną na poziomie istotności $\alpha=0,05$ nie okazała się istotna dla żadnej ze skal. Oznacza to, że nie ma podstaw do wnioskowania, że istnieją różnice w wynikach badanej zmiennej dla populacji sportowców pełnosprawnych i sportowców po amputacji.

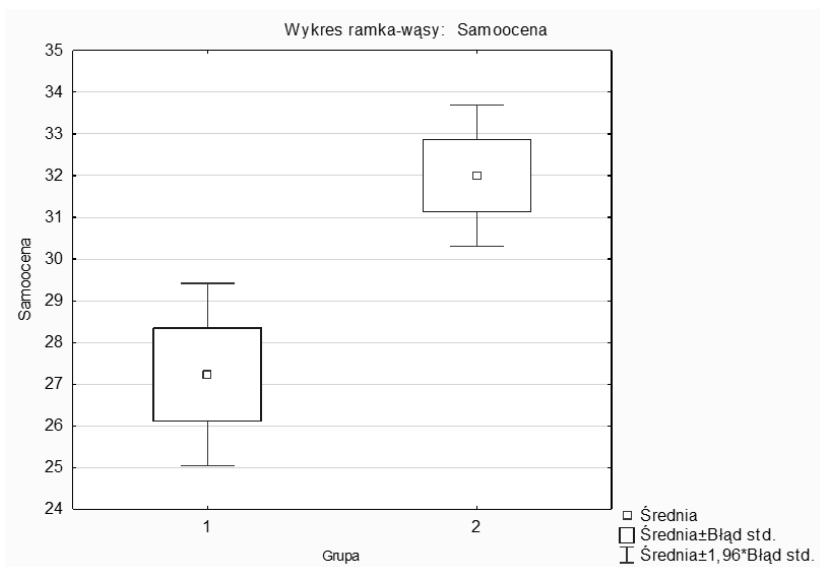
Hipoteza druga, zakładająca różnice w zakresie samooceny pomiędzy sportowcami po amputacji oraz sportowcami pełnosprawnymi, uzyskała potwierdzenie w wynikach przedstawionych w tabeli 11.

Tabela 11. Wyniki testu *t*-Studenta dla Skali Samooceny SES. Porównanie średnich wyników uzyskanych w grupie sportowców pełnosprawnych (1) i sportowców po amputacji (2)

<i>X1</i>	<i>X2</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
27,23333	31,5	-3,37504	58	0,001322

Źródło: badania własne.

Różnica pomiędzy grupami przeszła test istotności ($\alpha=0,05$), a nawet została potwierdzona na bardziej rygorystycznym poziomie ($p=0,01$). Na podstawie uzyskanego wyniku można wyprowadzić wnioski dotyczące populacji sportowców pełnosprawnych i sportowców po amputacji. Jak wynika z rysunku 1, sportowcy po amputacji mają wyższą samoocenę od sportowców pełnosprawnych, a różnica ta jest istotna statystycznie.



Rysunek 1. Wykres ramka-wąsy dla wyników kwestionariusza samooceny SES dwóch grup: 1 – sportowcy pełnosprawni, 2 – sportowcy po amputacji

Źródło: badania własne.

Wyniki weryfikacji hipotezy trzeciej, w której przyjęto, iż sportowcy pełnosprawni oraz sportowcy po amputacji nie różnią się w zakresie umiejscowienia poczucia kontroli, przedstawiono tabelach 12 i 13.

Tabela 12. Wyniki testu *U* Manna-Whitneya dla PK-4. Porównanie wyników uzyskanych w grupie sportowców pełnosprawnych (1) i sportowców po amputacji (2)

Skala	Suma rang 1	Suma rang 2	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Unikanie	810,5	1019,5	345,5	-1,5376	0,12415
Radzenie sobie	831	999	345,5	-1,2345	0,21702
Poczucie kontroli	838	992	373	-1,2345	0,25805

Źródło: badania własne.

Tabela 13. Wyniki testu *t*-Studenta dla PK-4. Porównanie wyników uzyskanych w grupie sportowców pełnosprawnych (1) i sportowców po amputacji (2)

Skala	<i>X1</i>	<i>X1</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Uzyskiwanie	17,83333	18,56667	-0,86209	58	0,39219
Doznawanie	22,13333	22,5	-0,44947	58	0,65477

Źródło: badania własne.

Po stwierdzeniu, że niektóre charakterystyki wyników nie są zbliżone do rozkładu normalnego, zastosowano w ich przypadku test *U* Manna-Whitneya, a w przypadku pozostałych charakterystyk – test *t*-Studenta. Hipoteza badawcza została potwierdzona dla wszystkich skal. W przypadku zastosowanego dla charakterystyk Uznawanie i Doznawanie testu *t*-Studenta różnice pomiędzy średnimi nie okazały się istotne statystycznie ($p > 0,05$) i nie uprawniają wniosku o istnieniu różnicy pomiędzy populacjami sportowców pełnosprawnych i sportowców po amputacji pod względem badanych zmiennych. W przypadku charakterystyk Unikanie, Radzenie sobie i Poczucie kontroli (w stosunku do ich wyników zastosowano test *U* Manna-Whitneya) nie ma podstaw do sfalsyfikowania hipotezy badawczej.

W tabelach 14 i 15 przedstawiono wyniki weryfikacji hipotezy czwartej, zakładającej, że sportowcy pełnosprawni i sportowcy po amputacji stosują różne strategie radzenia sobie ze stresem.

Tabela 14. Wyniki testu *t*-Studenta dla WCQ. Porównanie wyników uzyskanych w grupie sportowców pełnosprawnych (1) i sportowców po amputacji (2)

Skala	X1	X2	t	df	p
Przyjmowanie odpowiedzialności	6,9	6,10345	1,33913	57	0,18584
Pozytywne przewartościowanie	12,5667	12,0345	0,62866	57	0,53

Źródło: badania własne.

Tabela 15. Wyniki testu *U* Manna-Whitneya dla WCQ. Porównanie wyników uzyskanych w grupie sportowców pełnosprawnych (1) i sportowców po amputacji (2)

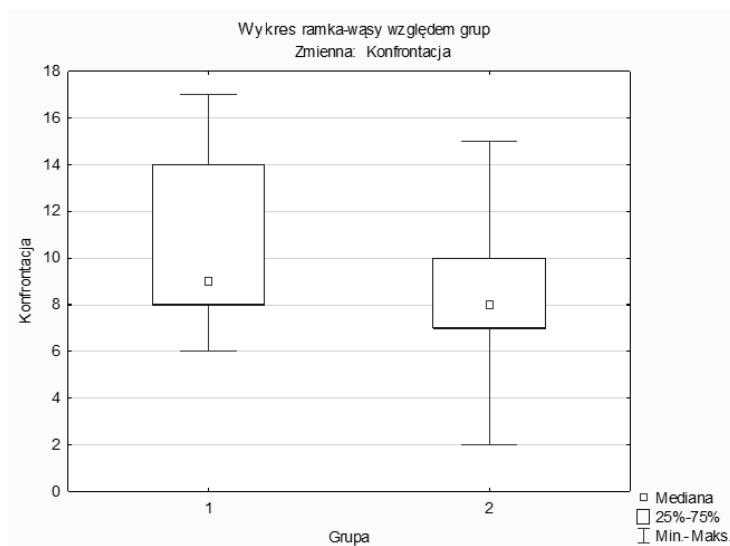
Skala	Suma rang 1	Suma rang 2	U	Z	p
Konfrontacja	1013,5	756,5	321,5	1,7133	0,08666
Dystansowanie się	986	784	349	1,29635	0,19486
Samokontrola	982,5	787,5	352,5	1,24328	0,21377
Ucieczka/Unikanie	1151	619	184	3,79807	0,00015
Poszukiwanie wsparcia społecznego	956	814	379	0,84149	0,40008
Planowe rozwiązanie problemu	888	882	423	-0,1744	0,86158

Źródło: badanie własne.

Po stwierdzeniu, że niektóre charakterystyki wyników nie są zbliżone do rozkładu normalnego, zastosowano w ich przypadku test *U* Manna-Whitneya, a w przypadku pozostałych charakterystyk – test *t*-Studenta.

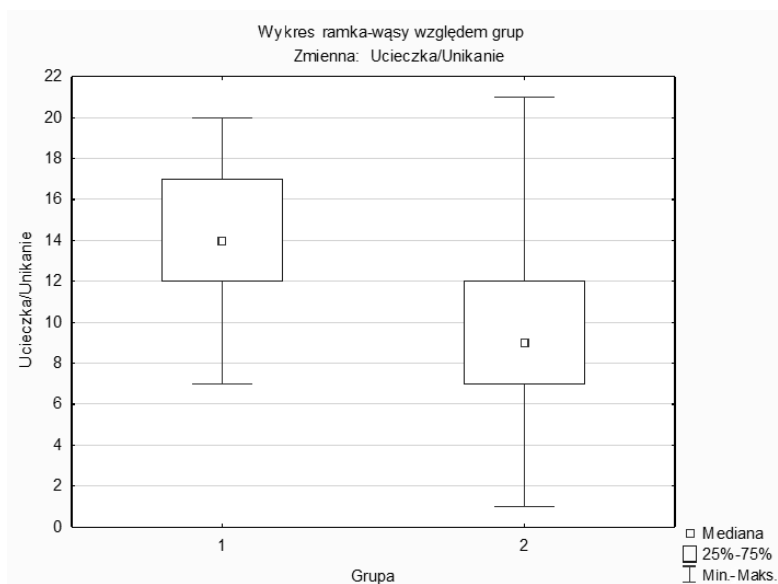
Jak wynika z danych przedstawionych w tabelach 14 i 15, sportowcy pełnosprawni nie różnią się od sportowców po amputacji w stosowaniu 7 spośród 8 wyodrębnionych strategii radzenia sobie ze stresem. Różnica pomiędzy wynikami uzyskanymi w tych skalach przez sportowców nie okazała się istotna statystycznie ($p > 0,05$). Natomiast różnica pomiędzy stosowaniem strategii Ucieczka/Unikanie przez sportowców pełnosprawnych i po amputacji została potwierdzona na bardzo rygorystycznym poziomie istotności ($p = 0,001$).

W przypadku skali Konfrontacja istnieje podejrzenie, że mogą istnieć różnice w stosowaniu tej strategii radzenia sobie ze stresem, jednak na podstawie uzyskanych wyników nie zostało to statystycznie potwierdzone ($p < 0,1$). W celu weryfikacji należałoby przeprowadzić dodatkowe badania na większej próbie. Rysunki 2 i 3 ilustrują uzyskane wyniki.



Rysunek 2. Wykres ramka-wąsy dla wyników kwestionariusza WCQ skali Konfrontacja dla dwóch grup: 1 – sportowcy pełnosprawni, 2 – sportowcy po amputacji.

Źródło: badania własne.



Rysunek 3. Wykres ramka-wąsy wyników kwestionariusza WCQ skali Ucieczka/Unikanie dla dwóch grup: 1 – sportowcy pełnosprawni, 2 – sportowcy po amputacji

Źródło: badania własne.

Dyskusja wyników

Relacjonowane w niniejszej pracy badania miały odpowiedzieć na pytanie: Czy funkcjonowanie sportowców po amputacji różni się zasadniczo od funkcjonowania sportowców pełnosprawnych? Sytuacja utraty sprawności, często powiązana z dodatkowymi negatywnymi zdrowotnymi następstwami, jest sytuacją trudną, wywołującą poważny stres – szczególnie dla osoby aktywnej (np. sportowca) (Bhuvanewar i in., 2007). Ludzie niepełnosprawni często bywają obiektem stygmatyzacji społecznej. Poradzenie sobie z niepełnosprawnością wymaga prawidłowego funkcjonowania procesów adaptacyjnych. Zaburzenie wywołane przez „nieprawidłowy rozwój osobowości na skutek kalectwa lub przewlekłej choroby somatycznej” (Jakubik, 2002, s. 1) uzyskało nawet określenie: „osobowość homilopatyczna”.

W trakcie przygotowań do badań przeprowadzono kwerendę literatury specjalistycznej w celu uzyskania odpowiedzi na pytanie: Jakie zmienne najpełniej charakteryzowałyby pozytywne przystosowanie i umożliwiały poprawną operacjonalizację tego pojęcia? Pozwoliło to na wyodrębnienie trzech cech intrapsychicznych: prężności psychicznej, poczucia kontroli własnego życia oraz samooceny. Dodatkowo uznano, że wartościowe będzie porównanie strategii radzenia sobie ze stresem i charakterystyk temperamentalnych.

W toku przeprowadzonych badań i analiz wykazano, że sportowcy po amputacji i sportowcy pełnosprawni nie różnią się charakterystykami temperamentalnymi. Temperament jest czynnikiem ściśle wyznaczającym aktywność człowieka, jego zapotrzebowanie na stymulację, wytrzymałość oraz waleczność. Można założyć, że obie grupy sportowców nie różniły się w tym podstawowym zakresie.

Uzyskane wyniki badania wykazały, że sportowcy po amputacji nie różnią się w sposób istotny statystycznie od sportowców pełnosprawnych w dwóch spośród trzech przyjętych charakterystyk, które według założeń warunkują dobre przystosowanie. Podobieństwo ze sportowcami pełnosprawnymi we wszystkich zmierzonych składnikach prężności psychicznej wskazuje, że osoby po amputacji – pomimo sytuacji niepełnej sprawności – wykazują pozytywną zdolność do adaptacji. Co ciekawe, pomimo że różnice nie okazały się istotne i nie można ich generalizować na populację tej grupy sportowców (weryfikacji wymaga prawdopodobieństwo stosowania mechanizmów obronnych o charakterze kompensacji w tym środowisku), to we wszystkich skalach wyników badanej grupy uzyskiwane wyniki średnie były wyższe od odpowiednich rezultatów dla sportowców pełnosprawnych. Warto tutaj przypomnieć charakterystyki, które opisują prężność psychiczną: wytrwałość i determinacja w działaniu, otwartość na nowe doświadcze-

nia i poczucie humoru, kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji, tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania oraz optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2011). Można też zauważyć, że uzyskiwane przez sportowców wyniki w skalach prężności były stosunkowo wysokie. Przemawia to za posiadaniem przez tę grupę osób zdolności adaptacyjnych.

Kolejną badaną zmienną intrapsychiczną było poczucie kontroli nad własnym życiem. Podobnie jak w przypadku prężności, hipoteza badawcza została potwierdzona. Pomimo niepełnosprawności sportowcy po amputacji, podobnie jak sportowcy pełnosprawni, postrzegają siebie jako osoby potencjalnie decydujące o własnym życiu. Wiąże się to z poczuciem, że jednostka potrafi wpływać na swoje zachowanie, procesy psychiczne, wpływać na otoczenie i stawiać czoła jego wymaganiom. Poczucie kontroli jest pojęciem związanym z koncepcją umiejscowienia kontroli. Czynniki ten został potwierdzony w badaniach eksperymentalnych jako predyktor zdrowienia fizycznego (w trakcie rehabilitacji) (Fisher, Johnston, 1996). Umiejscowienie kontroli jest skorelowane (0,52) z wysoką samooceną (Dzwonkowska i in., 2008).

Przeprowadzone badania wykazały istotną różnicę w globalnej samoocenie pomiędzy sportowcami pełnosprawnymi i sportowcami po amputacji. Jak stwierdzono, sportowcy po amputacji deklarują istotnie wyższą samoocenę od swoich pełnosprawnych kolegów. Wynik ten jest tożsamy z rezultatem badań przeprowadzonych przez Ch. Hoppera i J. Santomiera (1984) w grupie sportowców poruszających się na wózku. Badacze upatrują źródła wysokiej samooceny w przejmowaniu przez sportowców niepełnosprawnych cech sportowców pełnosprawnych. Sugerują też, że taka sytuacja może mieć miejsce w związku osiągnięciem, jakim jest przezwyciężenie traumy i sportowy sukces (tamże).

Dodatkowym bodźcem zwiększającym poczucie własnej wartości (pozytywną samoocenę) są kontakty społeczne. Poczucie przynależności do grupy (np. drużyny amputobolowej), brak odrzucenia i izolacji – które często są doświadczeniem osób niepełnosprawnych i mają negatywny wpływ na ich samoocenę – wydają się moderatorami adaptacji. M.A. Rembis (2013) w swoim opracowaniu dowodzi, że bycie sportowcem dla wielu osób jest charakterystyką ważniejszą niż bycie osobą niepełnosprawną. W badanej grupie znaleźli się też sportowcy odnoszący znaczące sukcesy. Byli to m.in. mistrzowie polski i świata w pływaniu osób niepełnosprawnych oraz zawodnicy reprezentacji Polski w amputofutbolu, która mimo że powstała stosunkowo niedawno (debiutancki występ na mistrzostwach świata miał miejsce w 2012 r.), odnosi sukcesy na arenie międzynarodowej. Przedstawiona sytu-

acja sprzyja postrzeganiu siebie przez badane osoby z niepełnosprawnością przede wszystkim z perspektywy sportowca odnoszącego sukcesy, nie zaś osoby niepełnosprawnej.

Długo zastanawiano się nad związkiem samooceny z osiągnięciami sportowymi oraz sukcesami w innych obszarach życia. Wykazano, że samoocena nie tyle wpływa na osiągane wyniki, ile jest modyfikowana pod wpływem osiągnięć sportowych (choć może w niektórych przypadkach mieć swój udział jako zmienna moderująca poziom wysiłku wkładanego w działanie, wytrwałości i stawianych sobie celów). Sukcesy zatem prowadzą do wyższej samooceny, a porażki – do jej obniżenia (Baumeister i in., 2003). Można zatem przyjąć, iż uzyskany wynik badania jest powiązany z tym efektem. Należy zaznaczyć, że ważną część grupy kontrolnej (sportowców pełnosprawnych) stanowili piłkarze krakowskiej drużyny, która nie odnosiła tak spektakularnych sukcesów jak ich amputolowol koledzy czy niepełnosprawni pływacy.

Wysoka samoocena wiąże się zarówno z następstwami pozytywnymi, jak i konsekwencjami o charakterze negatywnym (np. przecenianie swoich możliwości, stawianie siebie ponad innymi ludźmi). Niezależnie od tego poczucie własnej wartości wydaje się cechą adaptacyjną. Ludzie o wysokiej samoocenie czują się bardziej lubiani, atrakcyjni, uważają, że mają korzystniejsze relacje interpersonalne i że wywierają lepsze wrażenie (choć często są to jedynie ich subiektywne odczucia) (Baumeister i in., 2003; Besz, 2010).

Dodatkowymi charakterystykami wykorzystanymi podczas badania były zmienne temperamentalne oraz strategie radzenia sobie ze stresem. Zmienne temperamentalne, w porównaniu do omówionych wcześniej, mają charakter bardziej trwały i wrodzony. W tym wypadku, zgodnie z przewidywaniami autorów, nie wykazano istnienia różnicy, która byłaby istotna statystycznie. Wydaje się, że wynik ten można potraktować jako swoisty wynik kontrolny.

W przypadku strategii radzenia sobie ze stresem różnicę pomiędzy sportowcami pełno- i niepełnosprawnymi zauważono tylko w przypadku jednej ze skal – Ucieczka/Unikanie. Badanie pokazało, że sportowcy po amputacji zdecydowanie rzadziej sięgają po tę strategię pokonywania stresu. Wydaje się, że taki wynik może być zdeterminowany przez sytuację, w jakiej znajdują się osoby niepełnosprawne. Strategia ucieczki lub unikania często nie prowadzi do pozytywnego rozwiązania problemu. Osoby po amputacji, być może, dzięki własnym doświadczeniom przekonały się, że ucieczka od problemu nie jest adaptatywnym sposobem radzenia sobie z sytuacją trudną. Uzyskane wyniki wskazują, że sportowcy po amputacji są przystosowani co najmniej tak dobrze, jak sportowcy pełnosprawni.

Zrealizowane badania oraz analiza uzyskanych wyników pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

- 1) Sportowcy po amputacji i sportowcy pełnosprawni nie różnią się pod względem prężności psychicznej oraz poczucia umiejscowienia kontroli.
- 2) Sportowcy po amputacji uzyskują pod względem samooceny wyniki korzystniejsze od sportowców pełnosprawnych. Dostrzeżono, że może to mieć związek z kompensacyjnym charakterem aktywności sportowej.
- 3) Sportowcy po amputacji i sportowcy pełnosprawni nie różnią się pod względem stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem, z wyjątkiem strategii Ucieczka/Unikanie, którą sportowcy po amputacji stosują rzadziej.

Przeprowadzone badania własne nie miały charakteru longitudinalnego, nie pozwalają zatem na kategoriyczne wnioskowanie o „pozytywnym wpływie sportu na osoby niepełnosprawne”, ale uzyskane wyniki mogą sugerować, że taki związek istnieje. Podobne badania, przeprowadzone na szerszą skalę oraz przy kontroli większej liczby charakterystyk psychologicznych, mogłyby przynieść interesujące rezultaty. Ciekawym kierunkiem poszukiwań badawczych może być także porównanie pod względem cech psychologicznych sportowców po amputacji i osób niepełnosprawnych fizycznie, które aktywności sportowej nie podejmują.

Bibliografia

- Baumeister R.F., Campbell J.D., Krueger J.I., Vohs K.D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles?, *Psychological Science in the Public Interest*, vol. 4, nr 1, s. 1–44.
- Belniak K. (2014). Poczucie kontroli u sprawców przestępstw agresywnych, *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica*, nr 18, s. 31–44
- Besz A. (2010). Jak postrzegają siebie niepełnosprawni sportowcy?, *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, nr 2, s. 16–31.
- Besz A. (2012). Struktura wizerunku własnego ciała u sportowców z uszkodzeniem narządu ruchu, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Prace Instytutu Kultury Fizycznej*, nr 28, s. 137–150, <http://www.cejssm.usz.edu.pl/attachments/article/231/BODY%20SELF-ESTEEM%20STRUCTURE%20IN%20PHYSICALLY%20DISABLED%20ATHLETES.pdf> [dostęp: 21.09.2015].
- Bhuvanewar C.G., Epstein L.A., Stern T. (2007). Reactions to amputation: recognition and treatment, *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 9, nr 4, s. 303–308.
- Blecharz J. (2006). Psychologia we współczesnym sporcie – punkt wyjścia i możliwości rozwoju, *Przegląd Psychologiczny*, vol. 49, nr 4, s. 445–462.
- Blecharz J. (2007). Stereotyp dobrego sportowca a zagrożenia dla zdrowia, [w:] Dziubiński Z. (red.). *Drogi i bezdroża sportu i turystyki*, Warszawa: AWF.
- Blecharz J., Łuszczynska A., Tenenbaum G., Scholz U., Cieślak R. (2014). Self-efficacy moderates but collective efficacy mediates between motivational climate

- and athletes' well-being, *Applied Psychology: Health and Well-Being*, vol. 6, nr 3, s. 280–299.
- Blecharz J., Horodyska K., Zarychta K., Adamiec A., Łuszczynska A. (2015). Intrinsic motivation predicting performance satisfaction in athletes: further psychometric evaluations of the sport motivation scale-6, *Polish Psychological Bulletin*, vol. 46, nr 2, s. 309–319.
- Block J.H., Block J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the origination of behaviour, [w:] Collins W.A. (red.). *Development of Cognitive, Affect, and Social Relations: The Minnesota Symposium in Child Psychology*, Hillsdale, NJ: Erlbaum, s. 39–101.
- Bryant F.B. (1989). A four-factor model of perceived control: avoiding, coping, obtaining and savouring, *Journal of Personality*, vol. 57, nr 4, s. 773–797.
- Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S. (2003). *Psychologia zaburzeń*, t. 1, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Connor K.M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma, *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 67, suplement 2, s. 46–49.
- Czerwonka K. (2014). *Czym jest samoocena?*, Psychologia.net.pl, <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=725> [dostęp: 20.09.2015].
- Derbis R., Jędrak K. (2010). Poczucie jakości życia a osobowość sportowców dyscyplin indywidualnych i zespołowych, *Przegląd Psychologiczny*, vol. 53, nr 1, s. 9–32.
- Disabilities*, World Health Organization, <http://www.who.int/topics/disabilities/en> [dostęp: 28.12.2015].
- Doroszewicz K. (2008). Bliskie związki a jakość życia, *Psychologia Jakości Życia*, t. 7, nr 1–2, s. 5–18.
- Dzwonkowska I., Lachowicz-Tabaczek K., Łaguna M. (2008). *Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga. Podręcznik*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Epstein S. (2003). Cognitive-experiential self-theory of personality, [w:] Millon T., Lerner M.J. (red.). *Comprehensive Handbook of Psychology*, vol. 5, Hoboken, NJ: Wiley & Sons, s. 159–184.
- European Federation of Sport Psychology*, <http://www.fepsac.com> [dostęp: 20.09.2015].
- Fisher K., Johnston M. (1996). Experimental manipulation of perceived control and its effect on disability, *Psychology and Health*, vol. 11, nr 5, s. 657–669.
- Friborg O., Barlaug D., Martinussen M., Rosenvinge J.H., Hjemdal O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, vol. 14, nr 1, s. 29–42.
- Gerc K. (2008). Niepełnosprawność powodem wykluczenia, [w:] Duda M., Gulla B. (red.). *Przeciw wykluczeniu społecznemu*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe PAT, s. 123–140.
- Gerc K., Jurek M. (2015). Intrapyschic and sociodemographic correlates of the quality of life in mothers of children with motoric disability of neurologic etiology, [w:] Ostrowski T.M., Sikorska I., Gerc K. (red.). *Resilience and Health in a Fast-Changing World*, Kraków: Jagiellonian University Press, s. 181–203.

- Guszkowska M., Pater B. (2010). Ocena własnego ciała, samoakceptacja i stan zdrowia psychicznego osób niepełnosprawnych ruchowo uprawiających sport i nietreningujących, *Postępy Rehabilitacji*, nr 2, s. 37–43.
- Heszen-Niejodek I. (1989). *Polska adaptacja kwestionariusza S. Folkman i R.S. Lazarusa do badania sposobów radzenia sobie ze stresem WCQ*, Katowice: Uniwersytet Śląski.
- Heszen I., Sęk H. (2007). *Psychologia zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hopper Ch., Santomier J. (1984). Self-esteem and aspirations of wheelchair athletes, *Humboldt Journal of Social Relations*, vol. 12, nr 1, s. 24–35.
- Izdebski P., Suprynowicz M. (2011). Rozwój pourazowy a prężność, *Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy. Nauki o Edukacji*, nr 5, s. 61–69.
- Jakubik A. (2002). Osobowość homilopatyczna, *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Suwalsko-Mazurskiej*, s. 53–60.
- Jayman M., Ohl M., Hughes B., Fox P. (2015). Improving the socio-emotional health of young people in early secondary education: preliminary findings from a study of the Pyramid Intervention Project, [w:] Ostrowski T.M., Sikorska I., Gerc K. (red.). *Resilience and Health in a Fast-Changing World*, Kraków: Jagiellonian University Press, s. 109–120.
- Kaczmarek Ł., Sęk H., Ziarko M. (2011). Sprężystość psychiczna i zmienne pośredniczące w jej wpływie na zdrowie, *Przegląd Psychologiczny*, vol. 54, nr 1, s. 29–46.
- Kofta M., Doliński D. (2000). Poznawcze podejście do osobowości, [w:] Strelau J. (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Koper M., Tasiemski T. (2013). Miejsce sportu w procesie rehabilitacji osób niepełnosprawnych fizycznie, *Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania*, nr 3, s. 111–134.
- Kowalik S. (red.) (2009). *Kultura fizyczna osób z niepełnosprawnością. Dostosowana aktywność ruchowa*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lazarus R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*, New York: Springer.
- Luthar S., Cicchetti D., Becker B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work, *Child Development*, vol. 71, nr 3, s. 543–562.
- Łaguna M., Lachowicz-Tabaczek K., Dzwonkowska I. (2007). Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody, *Psychologia Społeczna*, nr 2, s. 164–176.
- Łosiak W. (1992). Procesy radzenia sobie, ocena sytuacji i zaangażowanie wartości, *Przegląd Psychologiczny*; vol. 35, nr 4, s. 485–495.
- Markowitz J.C., Weissman M.M. (2012). Interpersonal psychotherapy: past, present and future, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, vol. 19, nr 2, s. 99–105.
- Milanowska K. (1997). Znaczenie zwiększonej aktywności ruchowej osób niepełnosprawnych jako czynnika kompensującego ich sprawność psychofizyczną,

- [w:] Ślężyński J. (red.). *Sport szansą życia niepełnosprawnych*, Kraków: Polskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych, s. 28–30.
- Molik B., Morgulec-Adamowicz N., Kosmol A. (2008). *Zespołowe gry sportowe osób niepełnosprawnych*, Warszawa: AWF.
- Niebrzydowski L. (1989). *Psychologia wychowawcza. Samoświadomość, aktywność, stosunki interpersonalne*, Warszawa: PWN.
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 11 maja 2011 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz.U. z 2011 r., nr 127, poz. 721, <http://isip.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20111270721> [dostęp: 21.09.2015].
- Ogińska-Bulik N. (2011). Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej, *Psychoonkologia*, nr 1, s. 1–10.
- Ogińska-Bulik N. (2014). Posttraumatic growth following the death of someone close – the role of temperament and resiliency, *Polish Journal of Applied Psychology*, vol. 12, nr 3, s. 29–44.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2008). Skala pomiaru prężności – SPP-25, *Nowiny Psychologiczne*, nr 3, s. 39–56.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2010). Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar, *Psychiatria*, vol. 7, nr 4, s. 129–142.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2011). Prężność u dzieci i młodzieży: charakterystyka i pomiar – polska skala SPP-18, *Polskie Forum Psychologiczne*, vol. 16, nr 1, s. 7–28.
- Oleś P., Drat-Ruszczak K. (2008). Osobowość, [w:] Strelau J., Doliński D. (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 601–652.
- Ostaszewski K. (2006). Pozytywna profilaktyka, *Świat Problemów*, nr 3, s. 6–10.
- Ostrowski T.M. (2015). Resiliency and the meaning of life, [w:] Ostrowski T.M., Sikorska I., Gerc K. (red.). *Resilience and Health in a Fast-Changing World*, Kraków: Jagiellonian University Press, s. 19–31.
- Otrębski W., Morgulec-Adamowicz N., Kosmol A. (2011). The effect of sport participation on the intensity of psychosocial problems of males with quadriplegia in Poland, *International Journal of Sport Psychology*, vol. 42, s. 307–320.
- Paszkwicz M.A., Garbat M. (2005). Bariery rozwoju kapitału ludzkiego osób niepełnosprawnych, *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, nr 7, s. 111–119.
- Pawlicka P., Chrzan-Dętkoś M., Lutkiewicz K. (2013). Prężność psychiczna przyszłych matek oraz kolejność ciąży jako moderatory budowania więzi z nienarodzonym jeszcze dzieckiem, *Family Forum*, nr 3, s. 139–152.
- Pieszak E. (2012). Aktywność fizyczna a jakość życia osób z ograniczoną sprawnością, *Fides et Ratio*, nr 2, <http://www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/Presentations0/08-12-2.pdf> [dostęp: 23.09.2015].
- Pietrzyk A., Lizińczyk S. (2008). Spostrzegana kontrola własnego życia a radzenie sobie z chorobą i codziennymi problemami po rocznej rehabilitacji psychospołecznej pacjentów ze schizofrenią, *Psychiatria Polska*, vol. 42, nr 1, s. 59–71.

- Plinta R., Saulicz E., Sobiecka J., Knapik A., Saulicz M. (2005). Szybkość reakcji osób niepełnosprawnych aktywnych i nieaktywnych fizycznie, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio D*, vol. 60, suplement 16, s. 371–373.
- Rakowska J.M. (2005). *Skuteczność psychoterapii. Przegląd badań*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Reber A.S., Reber E.S. (2005). *Słownik psychologii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Rembis M.A. (2013). Athlete first: a note on passing, disability, and sport, [w:] Brune J.A., Wilson D.J. (red.). *Disability and Passing: Blurring the Lines of Identity*, Philadelphia, PA: Temple University Press, s. 111–141.
- Ruch Special Olympics*, Olimpiady Specjalne Polska, <http://www.olimpiadyspecialne.pl/ruch-special-olympics> [dostęp: 21.09.2015].
- Rutkowska K. (2010). Poczucie kontroli w kontekście innych cech osobowości sportsmenek, *Sport Wyczynowy*, nr 2, s. 87–94.
- Rutkowska K. (2014). Analiza wybranych zagadnień psychologii sportu osób z niepełnosprawnością, *Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania*, nr 1.
- Sankowski T. (2001). *Wybrane psychologiczne aspekty aktywności sportowej*, Poznań: AWF Poznań.
- Sankowski T. (2002). Samoocena i jej znaczenie w procesie aktywności sportowej, *Kultura Fizyczna*, nr 3–4, s. 14–18.
- Sikorska I. (2014a). Theoretical models of resilience and resilience measurement tools in children and young people, [w:] Ostrowski T.M., Sikorska I. (red.). *Health and Resilience*, Kraków: Jagiellonian University Press, s. 86–100.
- Sikorska I. (2014b). Odporność psychiczna i poczucie jakości życia u sportowców z niepełnosprawnością, [w:] Kubacka-Jasiecka D., Mudyń K., *Kryzysy i ich przezwyciężanie. Problemy interwencji i pomocy psychologicznej*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 141–161.
- Sikorska I. (2016). *Odporność psychiczna w okresie dzieciństwa*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Strelau J., Zawadzki B. (2008). Psychologia różnic indywidualnych. Inteligencja, [w:] Strelau J., Doliński D. (red.) (2008). *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 1. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Szafranec K., Szymborski P. (2015). Niepełnosprawni – przełamywanie stereotypów i barier integracji, *Studia BAS*, nr 2: *Niepełnosprawni i polityka przeciwdziałania ich wykluczeniu*, s. 123–148.
- Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. – Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, M.P. z 1997 r., nr 50, poz. 475, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WMP19970500475> [dostęp: 21.09.2015].
- Ussorowska A., Przybylski J., Mieszkowski J., Niespodziński B., Weiner P. (2014). Wpływ samooceny na osiągnięcia sportowe u zawodników trenujących judo, *Journal of Health Sciences*, vol. 4, nr 9, s. 39–50.
- Wilsz J. (2003). Relacje między procesem przystosowania zawodowego a strukturą osobowości osoby przystosowującej się, *Kształcenie Zawodowe. Pedagogika i Psychologia. Rocznik polsko-ukraiński i ukraińsko-polski*, t. 4, s. 53–74.

- Wiszejko-Wierzbička D. (2008). Osoby z ograniczoną sprawnością w Polsce. Portret psychospołeczny, [w:] Łukowski W. (red.). *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy – portret środowiska*, Warszawa: Wydawnictwo SWPS „Academica”, s. 239–258.
- Wosińska W. (2004). *Psychologia życia społecznego*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Zawadzki B., Strelau J. (1997). *Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu (FCZ-KT)*. Podręcznik, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Krzysztof Gerc

Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Aleksandra Adamiec

Psycholog sportu

Wybrane psychologiczne korelaty motywacji do uprawiania sportu u osób z dysfunkcją narządu wzroku

Streszczenie

Zasadniczy problem badawczy rozdziału koncentruje się wokół próby rozstrzygnięcia kwestii, czy konkretny typ motywacji do uprawiania sportu jest u osób niewidomych i niedowidzących związany ze sportową motywacją osiągnięć, poczuciem koherencji, poczuciem własnej skuteczności i ogólną postawą wobec sportu, jak również czy istnieją w tym przypadku różnice w porównaniu do sportowców pełnosprawnych. Przy wyodrębnianiu typów motywacji sportowej odwołano się do koncepcji R. Ryana i E. Deciego (2000). Badaniami objęto łącznie 55 osób: 25 sportowców z umiarkowanym lub znacznym stopniem niepełnosprawności narządu wzroku i 30 sportowców pełnosprawnych (grupa kontrolna). W celu określenia dominującego typu lub typów motywacji do uprawiania sportu wykorzystano Skalę Motywacji w Sporcie SMS-6 (Mallet i in., 2007), dla określenia motywacji osiągnięć – Skalę Motywacji Osiągnięć w Sporcie (Elbe, Wenhold, 2005), poczucie koherencji zmierzono Kwestionariuszem Orientacji Życiowej SOC-29 (Antonovsky, 2005), poczucie własnej skuteczności – Skalą Uogólnionej Własnej Skuteczności (polska adaptacja: Juczyński, 2001), natomiast do wyznaczenia postawy wobec sportu użyto Skali Postaw wobec Sportu J. Korenjaka i M. Tuśaka (Tuśak i in., 2008). Przeprowadzone badania pokazały, że trudno wyodrębnić jeden dominujący typ motywacji sportowej, zarówno u sportowców niepełnosprawnych wzrokowo, jak i w grupie kontrolnej. Dla obu grup pojawiła się tendencja, zgodnie z którą typy motywacji autonomicznej (Identyfikacja, Integracja, Motywacja Wewnętrzna) pozytywnie wpływają na pozostałe zmienne. Nie stwierdzono tak wyraźnego wpływu motywacji do uprawiania sportu u sportowców z dysfunkcją narządu wzroku jak w grupie kontrolnej, w której pozytywna postawa wiąże się zarówno z Motywacją Wewnętrzną, jak i z Identyfikacją.

Słowa kluczowe: motywacja sportowa, słabowidzący, niewidomi

Wprowadzenie

Nie istnieje jednoznaczna definicja czy teoria opisująca mechanizmy motywacji. Psychologia, charakteryzując motywację, początkowo przyjmowała koncepcję instynktów – z czasem wykazano wiele słabości tej teorii (Franken, 2005). Motywacja bywa określana jako szczególnego rodzaju dyspozycja, która prowadzi do zainicjowania, podtrzymania i ukierunkowania określonej formy zachowania, lub także jako proces aktualnej aktywności, powiązanej z różnorodnymi emocjami oraz procesami poznawczymi (myślenie, pamięć), która jest skierowana na osiągnięcie określonych celów. Innymi słowy – jak wskazują Gracz i Sankowski (2007, s. 162) – motywacja stanowi funkcję użyteczności wyniku (U) i oceny prawdopodobieństwa sukcesu (P), którą można wyrazić w sposób matematyczny: $M=f(U,P)$.

Interpretując przedstawiony wzór, można przyjąć, że jeśli którykolwiek z tych elementów równa się zeru – także motywacja przyjmuje wartość zerową. Jak podaje Reykowski, atrakcyjność celu stanowi funkcję motywu wraz z jego pobudzeniem (napięciem motywacyjnym) oraz subiektywnej wartości gratyfikacyjnej celu (Reykowski, 1992; Gracz, Sankowski, 2007).

W ramach nurtu (obejmującego m.in. koncepcje C. Rogersa i J. Piageta), w którym mówi się o nadrzędności motywu samorealizacji oraz istnieniu wrodzonej tendencji do psychologicznego wzrostu i rozwoju (Ryan, 2009), warto przywołać stosunkowo nową teorię R. Ryana i E. Deciego. Teoria autodeterminacji (*Self-determination theory*) pomija wewnętrzne przyczyny motywacji, np. cechy osobowościowe i biologiczne jednostki, akcentując czynniki zewnętrzne, pochodzące z otoczenia człowieka i działające na niego. Oprócz wymienionych założeń, autorzy przedstawili także trzy naturalne, charakterystyczne dla każdej osoby i kształtujące jej motywację oraz skłaniające do samorozwoju potrzeby psychologiczne: potrzebę kompetencji, czyli poczucia, że jednostka kontroluje otaczające ją środowisko, potrzebę związku z innymi oraz autonomii (Rzońca, 2007). Cechą charakterystyczną dla tej teorii, wyróżniającą ją na tle innych podejść, jest jej skonstruowanie na podstawie pięciu węższych koncepcji. Każda z nich ukierunkowana jest na wyjaśnienie innego aspektu ludzkiej motywacji i optymalnego funkcjonowania człowieka. Pierwsza zwana jest Teorią Oceny Poznawczej (*Cognitive Evaluation Theory* – CET) i koncentruje się na charakterystyce wpływu relacji interpersonalnych oraz środowiska na motywację wewnętrzną człowieka. Druga to Teoria Integracji Organizmicznej (*Organismic Integration Theory* – OIT), odwołująca się do procesu internalizacji motywów zewnętrznych, który może zachodzić jako Regulacja Zewnętrzna, Introjekcja, Identyfikacja lub Integracja. Trzecia, Teoria Spostrzegania Przyczynowości (*Casuality Orientations Theory* – COT), analizuje indywidualne różnice pomiędzy

sposobami, w jakie ludzie orientują się w odmiennych aspektach środowiska. Czwartą koncepcją jest Teoria Podstawowych Potrzeb Psychologicznych (*Basic Psychological Needs Theory* – BPNT), w najmniejszym stopniu odwołująca się do motywacji, skierowana bardziej na aspekty satysfakcjonującego funkcjonowania. Ostatnim elementem teorii autodeterminacji jest Teoria Treści Celu (*Goal Contents Theory* – GCT). Zgodnie z jej założeniami udowodniono, że zewnętrzne motywy materialne nie wspomagają ludzkiej potrzeby satysfakcji, w przeciwieństwie do motywów niematerialnych, takich jak rozwój osobisty czy bliska relacja interpersonalna (Ryan, 2009).

Piszząc o teorii autodeterminacji, należy również, dla pełnego jej zrozumienia, przedstawić podział na dwa typy motywacji: wewnętrzną i zewnętrzną. Jak pisze J. Strelau (2000), pod pojęciem motywacji wewnętrznej należy rozumieć tendencję podmiotu do podejmowania i kontynuowania działania ze względu na samą treść tej aktywności (tamże, s. 457), natomiast motywacja zewnętrzna występuje w sytuacji, gdy działanie jest realizowane ze względu na zewnętrzne wobec niego czynniki, mające być konsekwencją jego wykonywania lub efektywnego zakończenia (tamże). Główna modyfikacja w koncepcji Ryana i Deciego wiązała się z zaprzeczeniem temu pogładowi i wskazaniem, że także motywacja zewnętrzna działania nie wyklucza powiązania z samookreśleniem i autonomią jednostki (Rzońca, 2007). W teorii autodeterminacji (Ryan, Deci, 2000) autorzy umieścili proces motywacji na kontinuum od demotywacji (braku motywacji), poprzez cztery rodzaje motywacji zewnętrznej aż do motywacji wewnętrznej. Pierwszym typem motywacji zewnętrznej jest motywacja zwana regulacją zewnętrzną, będąca formą najmniej autonomiczną.

W nawiązaniu do teorii Ryana i Deciego (2000) przeprowadzono wiele badań nad wpływem motywacji zewnętrznej na skuteczność działań człowieka. Udowodniono m.in., że im bardziej jest ona autonomiczna i zinternalizowana, tym większe zaangażowanie w działania (Connell i Wellborn, 1990) oraz korzystniejszy poziom wykonania i wyższa skuteczność uczenia u osób badanych (Blecharz i in., 2014).

W perspektywie badań relacjonowanych w niniejszym rozdziale warto odwołać się do pojęcia motywacji osiągnięć. Według definicji zaproponowanej przez J. Strelaua (2000), będącej kompilacją tez D. McClellanda (1995), H. Heckhausena (1967), J.W. Atkinsona i N.T. Feathera (1966) (za: Strelau, 2000), motywacja osiągnięć to: „tendencja do osiągania i przekraczania standardów doskonałości, związana z odczuwaniem pozytywnych emocji w sytuacjach zadaniowych, spostrzeganych jako wyzwanie (Strelau, 2000, s. 461).

D. McClelland (1995) podkreślał kulturowe źródła motywacji osiągnięć i twierdził, że ludzie rozwijają ją w wyniku socjalizacji. J. Atkinson, zachowując

w swej koncepcji zasadnicze założenia McClellanda, wskazywał natomiast na istnienie hipotetycznej tendencji do osiągania sukcesów – potrzeby osiągnięć w sytuacjach współzawodnictwa: motywu do osiągania sukcesu oraz motywu do unikania porażek (Franken, 2005). Według jego koncepcji, motywację do osiągania sukcesu stanowi iloczyn subiektywnego prawdopodobieństwa osiągnięcia sukcesu i jego wartości gratyfikacyjnej, natomiast motywacja do unikania porażki równa się iloczynowi subiektywnego prawdopodobieństwa porażki i ujemnej wartości niepowodzenia. Obie te tendencje zwykle ujawniają się równolegle, jednak o tym, która z nich będzie dominować, decydują cechy określonego zadania oraz cechy indywidualne jednostki (Strelau, 2000). Zdaniem H. Mroczkowskiej „jednym z najbardziej miarodajnych wskaźników motywacji do osiągnięć sportowych jest świadomy wybór zadania o określonej trudności, który informuje o indywidualnym poziomie oczekiwań i aspiracji zawodnika” (2009, s. 70). Odwołując się do teorii Atkinsona, badaczka wskazuje, że największe nasilenie obu tendencji występuje w zakresie wyboru zadań o pośrednim stopniu trudności (tamże).

Interesującym podejściem w badaniach nad motywacją osiągnięć jest również atrybucyjna teoria dążenia do osiągnięć, zapoczątkowana przez F. Heidera w 1958 r., a następnie spopularyzowana przez B. Weinerja. Jej założenia sprowadzają się do stwierdzenia, że wszystkie możliwe przyczyny i wyjaśnienia odniesionego sukcesu lub porażki można sklasyfikować w trzech kategoriach: stabilności lub stałości wyniku, umiejscowienia przyczyny sukcesu, umiejscowienia jego kontroli (jednostka mogła – lub nie – kontrolować określony czynnik). Zgodnie z przywołaną koncepcją sposób, w jaki dana osoba zdefiniuje przyczyny osiągnięcia danego rezultatu swoich działań, oddziałuje na jej oczekiwania i reakcje emocjonalne, co w rezultacie wpływa także na poziom motywacji osiągnięć w przyszłości (Mroczkowska, 2009; Weinberg, Gould, 2014). Mroczkowska (tamże) przytacza wyniki licznych badań, które wskazują, że osoby z wysoką motywacją osiągnięć są bardziej skłonne do przypisywania swoich sukcesów przyczynom wewnętrznym i stałym, a porażek – zewnętrznym i zmiennym. Zjawisko to określa się mianem asymetrii atrybucji, której podstawowym celem jest podwyższanie samooceny po sukcesie i obrona obrazu samego siebie w obliczu porażki.

C. Dweck wskazała na dwa nurty możliwej analizy rozwoju ludzkiej inteligencji, reprezentowane w ramach każdej orientacji teoretycznej. Jednostki analizujące poziom wykonania skłaniają się do przyjęcia teorii stałości, która zakłada niezmiennosc inteligencji, i wybierają zadania mogące potwierdzić poziom ich inteligencji. Osoby skoncentrowane na osiągnięciu mistrzostwa są raczej zwolennikami teorii wzrostu, według której poziom inteligencji może się zmieniać np. poprzez wybór celów, mogących zwiększać kompetencje danej osoby (Franken, 2005).

Nietrudno jest wskazać potoczne rozumienie pojęcia „sport”, jak również określić jego wieloznaczność i znaczeniową rozpiętość. Dlatego tak ważne jest, aby mówiąc o zagadnieniu, wskazać jego dokładną definicję, która zawiera w sobie wszystkie jego aspekty. Zgodnie z artykułem 2 Ustawy o sporcie z 25 czerwca 2010 r.:

Sportem są wszelkie formy aktywności fizycznej, które przez uczestnictwo doraźne lub zorganizowane wpływają na wypracowanie lub poprawienie kondycji fizycznej i psychicznej, rozwój stosunków społecznych lub osiągnięcie wyników sportowych na wszelkich poziomach (Ustawa, 2010).

B. Śliwierski (2000) przytacza m.in. definicję sportu zaproponowaną przez J. Charzewskiego, H. Sozańskiego oraz Z. Ważnego:

Świadoma, dobrowolna działalność człowieka, podejmowana głównie dla zaspokojenia potrzeby zabawy, popisu, walki, a także wewnętrznego doskonalenia się w drodze systematycznego rozwoju cech fizycznych, psychicznych i wolicjonalnych (tamże, s. 338).

Z. Czajkowski (2004) popiera tezę dotyczącą zaspokajania potrzeb poprzez sport i dodatkowo uzupełnia ich listę o inne propozycje, takie jak: potrzeba zabawy, czynnego odpoczynku, utrzymania stanu sprawności, potrzeba niezależności, rywalizacji i walki, panowania, uznania, samodzielności. Wskazuje tym samym, że sport sam w sobie ma charakter motywacyjny. Czajkowski (2001, 2004), pisząc o motywacji do uprawiania sportu, odwołał się do dwóch korespondujących ze sobą koncepcji. Pierwsza z nich, autorstwa D. Bircha i J. Veroffa (1966), mówi o tym, że w działaniach ukierunkowanych na konkretny cel pojawia się siedem czynników zachęcających. Wymienione czynniki to: odczucia zmysłowe, ciekawość, osiągnięcia, napastliwość, przynależność, władza i niezależność. Opierając się na rozstrzygnięciu cytowanych autorów, kolejni badacze odwoływali się już bezpośrednio do aktywności sportowej i przedstawiali tezy dotyczące tzw. układów motywacyjnych lub też układów zachęt. Podejmowane przez osobę zadania najczęściej zostają jej wpojone w procesie wychowawczym i niejednokrotnie pierwotnie zewnętrzne motywy zostają zintegrowane z systemem potrzeb sportowca, stając się tym samym jego wewnętrznym systemem (Czajkowski, 2001; 2004; Jarvis, 2006; Blecharz i in., 2014; 2015).

P.A. Rudik podjął się sklasyfikowania rodzajów motywów, które decydują o tym, że ludzie podejmują aktywność sportową. Pierwsza grupa motywów wyróżniona przez tego badacza to motywy bezpośrednie, do których zaliczamy m.in.: chęć wykazania odwagi i pewności siebie podczas wykonywania trudnych technik, element rywalizacji jako nieodłącznej

części sportu, dążenie do wykazania mistrzostwa i pokonywanie pojawiających się trudności, a także uczucia zadowolenia i satysfakcji wynikające z aktywności mięśniowej. Do drugiego rodzaju wyróżnionego przez Rudika należą wszystkie motywy pośrednie, takie jak: dążenie do zdrowia i siły poprzez uprawianie sportu, uczestniczenie w nim ze względu na jego społeczne znaczenie czy też poczucie obowiązku, które pojawia się wraz z koniecznością uczestniczenia w określonych zajęciach sportowych. (Gracz, Sankowski, 2007).

Analizując motywację do uprawiania sportu, należy zwrócić uwagę na kwestię, którą porusza znaczna część autorów podejmujących tę tematykę. Podkreślają oni mianowicie znaczenie rozróżnienia na motywację wewnętrzną i zewnętrzną (m.in. Doil, 1976; Weinberg, Gould, 2014; Jarvis, 2006; Gracz, Sankowski, 2007; Blecharz, 2008). Rozróżnienie to jest istotne, ponieważ źródło motywów, dla których dana osoba podejmuje aktywność fizyczną, może determinować jej zaangażowanie, późniejsze motywy oraz ewentualne sukcesy i poziom poczucia satysfakcji z uprawiania sportu. Autorzy teorii autodeterminacji (por. Kozub, 2006) odkryli, że w przypadku osób z dysfunkcją wzroku poziom każdego z rodzajów motywacji (wewnętrznej, zewnętrznej lub demotywacji) wpływa na wykorzystywanie przez nich czasu wolnego i równocześnie może prowadzić do podejmowania zachowań adaptacyjnych (związanych z rozwojem fizycznym i wzrostem samodzielności) lub nieadaptacyjnych (przejawiających się długimi okresami braku aktywności w czasie wolnym, niskimi umiejętnościami fizycznymi i obawami związanymi ze zdrowiem). Na znaczenie sportu wśród osób niepełnosprawnych wskazali w swoich badaniach E. Bolach, B. Bolach i J. Trzonkowski (2007). Oprócz wspólnych dla osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych motywów, takich jak potrzeba rywalizacji, wyników czy potrzeba realizacji osobistych dążeń, autorzy zaznaczyli, że silną motywację stanowi usprawniająca funkcja sportu. Sport staje się nie tylko celem, ale także środkiem do przełamywania barier, przekraczania swoich ograniczeń czy też wyrównywania społecznych szans osób niepełnosprawnych (Bolach, 1996; Bolach, Mikiciuk, 2003; Czajkowski, 2001). W innych badaniach sprawdzono motywy uczestniczenia w sporcie i ich związek z orientacją na cel (Zahariadis, Biddle, 2000) wśród brytyjskich uczniów. Autorzy tych analiz wykazali m.in., że orientacja na zadanie jest pozytywnie skorelowana z takimi motywami jak rozwój umiejętności i atmosfera w drużynie, natomiast negatywnie – z motywem uznania i osiągnięcia statusu. Przeciwna sytuacja zachodzi w przypadku orientacji na realizację celu.

Materiał i metody

Problem badawczy i hipotezy

Zasadniczy problem badawczy relacjonowanego badania sprowadzono do pytania: Czy typ motywacji do uprawiania sportu wiąże się u sportowców niewidomych i słabowidzących z następującymi cechami intrapsychicznymi: sportową motywacją osiągnięć, poczuciem koherencji, poczuciem własnej skuteczności i ogólną postawą wobec sportu, jak również czy istnieją różnice w zakresie wymienionych zmiennych w porównaniu do sportowców pełnosprawnych? Zgodnie z zaprezentowanymi w części teoretycznej koncepcjami, sformułowano następujące pytania badawcze:

- 1) Czy w kwestii dominującego typu motywacji do uprawiania sportu istnieją różnice między osobami niepełnosprawnymi w zakresie analizatora wzroku a pełnosprawnymi?
- 2) Czy u osób niewidomych i słabowidzących uprawiających sport istnieje zależność między dominującym typem/-ami motywacji do uprawiania sportu a poczuciem własnej skuteczności, poczuciem koherencji i postawą wobec sportu?
- 3) Czy u osób pełnosprawnych uprawiających sport istnieje zależność między dominującym typem/-ami motywacji do uprawiania sportu a poczuciem własnej skuteczności, poczuciem koherencji i postawą wobec sportu?

Na podstawie przedstawionych pytań badawczych sformułowano następujące hipotezy:

- 1) Istnieje zależność pomiędzy dominującym typem/-ami motywacji do uprawiania sportu u osób niepełnosprawnych wzrokowo a motywacją osiągnięć.
 - 1a) Osoby z wysokim wynikiem w skali Motywacji Wewnętrznej, Zintegrowanej lub Zidentyfikowanej wykazują wyższy współczynnik Nadziei na Sukces, a niższy – Obawy przed Porażką.
- 2) Istnieje związek pomiędzy typem motywacji do uprawiania sportu a poczuciem koherencji.
- 3) Istnieje związek pomiędzy typem motywacji do uprawiania sportu a poczuciem własnej skuteczności u osób niewidomych i słabowidzących uprawiających sport.
- 4) Istnieje związek pomiędzy typem motywacji do uprawiania sportu a postawą wobec sportu u osób niewidomych i słabowidzących uprawiających sport.
 - 4a) Osoby z wysokim wynikiem w skali Motywacji Wewnętrznej, Zintegrowanej lub Zidentyfikowanej wykazują bardziej pozytywne postawy wobec sportu niż osoby, u których wyniki w tych skalach są niskie.

- 5) Istnieje różnica w typie motywacji do uprawiania sportu u osób niewidomych i słabowidzących i u osób pełnosprawnych.
- 6) Istnieje różnica w zakresie zależności pomiędzy typem motywacji do uprawiania sportu a motywacją osiągnięć, poczuciem koherencji, poczuciem własnej skuteczności i postawą wobec sportu u osób niewidomych i słabowidzących a tymi samymi zależnościami u osób pełnosprawnych. Uzasadnienie dla postawionych hipotez:

D. McClelland w swojej teorii motywacji osiągnięć dowodził, że zewnętrzne nagrody – o ile skutkiem ich działania są informacje istotne dla osoby pragnącej osiągać swoje własne standardy doskonałości – mogą wpływać na efektywność działania człowieka. Własne standardy działania i jakości są również ważne w perspektywie charakterystyki świadomości własnego działania i jego ukierunkowania (Beswick, 2005; 2007). W dotychczas zrealizowanych badaniach wykazano ponadto, że motywacja wewnętrzna sprzyja rozwojowi motywacji osiągnięć i dążeniu do sukcesu. I tak np. stwierdzono, że studenci motywowani wewnętrznie chętniej podejmują nowe i wymagające zadania oraz wykazują wysoki poziom osiągnięć akademickich (tamże).

W nawiązaniu do teorii motywacji A. Antonovsky (2005) wskazał, że jeden z trzech podstawowych składników Poczucia koherencji – Poczucie sensowności – zawiera w sobie element motywacyjno-emocjonalny.

Jak podaje A. Drzał (2008), istnieją cztery kategorie zalet sportu w kontekście funkcjonowania osób niepełnosprawnych. Oprócz rozwoju fizycznego, rehabilitacji społecznej oraz wychowania, sport zdecydowanie korzystnie wpływa na przełamywanie barier psychologicznych, może wzmacniać poczucie własnej wartości, pobudzać do podejmowania aktywności oraz oddziaływać na poziom zaradności i samodzielności w podejmowaniu ról społecznych. Podkreśla się także znaczenie składnika motywacyjnego w poczuciu własnej skuteczności, a wiele badań przeprowadzonych z użyciem tego parametru wskazuje na jego znaczącą rolę w utrzymywaniu wytrwałości w sporcie czy ćwiczeniach fizycznych związanych z odchudzaniem (Franken, 2005). W innych badaniach stwierdzono, że poczucie własnej skuteczności jest zmienną najlepiej wyjaśniającą intencję podejmowania aktywności fizycznej (Łuszczynska, 2004). Bolach, Bolach i Trzankowski (2007) twierdzą, że dla osób niepełnosprawnych sport jest szansą realizacji i podejmowania aktywności, a to ma znaczenie dla poczucia własnej kompetencji.

W kontekście przedstawionej hipotezy 4 warto przytoczyć argumenty badawcze odwołujące się do rehabilitacyjnych właściwości sportu. W badaniach żołnierzy armii słoweńskiej, czyli osób zdrowych i pełnosprawnych, wykazano, że ich postawy i opinie wobec sportu są pozytywne. Sprawdzano również związek postaw wobec sportu z motywami podejmowania aktyw-

ności sportowej (badanie z wykorzystaniem *Participation Motivation Questionnaire* – PMQ). Autorzy wykazali, że istnieje istotna korelacja pomiędzy pozytywną postawą a motywem dobrej atmosfery w grupie oraz motywem wydajności. Badania przeprowadzone wśród 188 niepełnosprawnych studentów Akademii Podlaskiej w Siedlcach miały na celu określenie znaczenia aktywności ruchowej w tej grupie. 88 badanych osób uznało, że istnieje zajęcia ważniejsze od podejmowania aktywności ruchowej, natomiast 66 osób stwierdziło istotność aktywności ruchowej przez całe życie, 4 osoby określiły ją jako ważną, ale niekoniecznie przez całe życie, natomiast 30 osób stwierdziło, że jest niepotrzebna, ponieważ prowadzi do licznych kontuzji. W innym pytaniu pojawiła się kwestia doświadczeń związanych ze sportem i tu wszystkie osoby badane określiły te doświadczenia jako raczej pozytywnej lub bardzo pozytywne. Za najważniejszy element sportu uznano zdrowie, zaraz przed osiągnięciami sportowymi. I ostatecznie, 122 studentów niepełnosprawnych wyraziło opinię, że nie biorą pod uwagę możliwości rezygnacji z uprawiania sportu (Gutkowska-Wyrzykowska, 2008).

W 2006 r. F.M. Kozub badał motywację osób z niepełnosprawnością wzrokową w kontekście spędzania wolnego czasu (z uwzględnieniem aktywności fizycznej). W celu dokonania precyzyjnego pomiaru aspektów motywacji, zgodnych z koncepcją Ryana i Deciego, zastosował Free Time Motivation Scale (FTMS-A). C.E. Watts wraz z L. Caldwell (2006) zbadali grupę osób zdrowych tym samym kwestionariuszem. Wyniki dla obu grup uzyskane na skalach motywacji zewnętrznej (osoby niewidome $M=1,96$; osoby pełnosprawne $M=2,13$) oraz na skali demotywacji (osoby niewidome $M=2,22$; osoby pełnosprawne $M=2,01$) były bardzo zbliżone – zdecydowanie większa różnica pojawiła się w przypadku motywacji wewnętrznej (osoby niewidome $M=3,97$; osoby pełnosprawne $M=4,78$). Pojawienie się takiej rozbieżności w przypadku rodzaju motywacji, który jest niezwykle istotny i uznawany za jeden z najskuteczniejszych, może sygnalizować fakt istnienia różnic w zakresie typów motywacji między osobami z dysfunkcją wzroku a osobami pełnosprawnymi.

W celu weryfikacji przyjętych hipotez badawczych zastosowano następujące narzędzia psychologiczne: Skalę Motywacji w Sporcie SMS-6 (Mallet i in., 2007), dla motywacji osiągnięć – Skalę Motywacji Osiągnięć w Sporcie (Elbe, Wenhold, 2005), poczucie własnej skuteczności kontrolowano Skalą Uogólnioną Własnej Skuteczności (Juczyński, 2001), poczucie koherencji zmierzono Kwestionariuszem Orientacji Życiowej SOC-29 (Antonovsky, 2005), do wyznaczenia postawy wobec sportu użyto natomiast Skali Postaw wobec Sportu J. Korenjaka i M. Tuśaka (Tuśak i in., 2008).

Skala Motywacji w Sporcie (*Sport Motivation Scale* – SMS-6) została skonstruowana w 2006 r. w celu pomiaru motywów uczestniczenia w za-

jęciach sportowych i określenia, jaki typ motywacji – motywacja autonomiczna (wewnętrzna) czy kontrolowana (zewnętrzna) – jest dominujący. Kwestionariusz ten (Mallet i in., 2007) stanowi zrewidowaną wersję Skali Motywacji w Sporcie SMS-28 L.G. Pelletiera, M. Fortier, R.J. Vallerand, N.M. Brière, K.M. Tuson i M.R. Blaisa z 1995 r., wobec której zgłaszano zastrzeżenia, że nie mierzy najbardziej autonomicznej formy motywacji zewnętrznej – regulacji zintegrowanej. Krytyka ta wynikała z analizy podstawy teoretycznej skali, którą jest koncepcja autodeterminacji Ryana i Deciego.

Skalę tworzy lista 24 powodów, dla których uprawia się sport. Zadaniem badanego jest określić, na ile (w siedmiostopniowej skali) każdy z wymienionych elementów odnosi się do jednego z powodów, dla których on sam obecnie uprawia sport.

Na kwestionariusz składa się sześć podskal: Amotywacja/Brak Motywacji, Regulacja Zewnętrzna, Regulacja Introjekcyjna, Regulacja przez Identyfikację, Regulacja Zintegrowana, Motywacja Wewnętrzna

Rzetelność testu: średnia wartość współczynnika α Cronbacha dla wersji angielskojęzycznej wyniosła 0,77. Polska adaptacja została opracowana przez zespół psychologów Akademii Wychowania Fizycznego Krakowie (Blecharz i in., 2015).

Skala Motywacji Osiągnięć w Sporcie (*Achievement Motives Scale – Sport* – AMS-Sport) pochodzi z 2005 r. i jest przeznaczona do badania poziomu motywacji osiągnięć w sporcie (Elbe, Wenhold, 2005). Jej pierwowzorem była ogólna skala do mierzenia motywacji osiągnięć – *Achievement Motives Scale* R. Göttert i J. Kuhla z 1980 r.

Skala AMS-Sport ma dwie wersje, angielską i niemiecką. Tłumaczenie na język polski na potrzeby relacjonowanych badań odbyło się za zgodą autorów i zostało przeprowadzone na podstawie wersji angielskiej.

Kwestionariusz składa z 30 stwierdzeń, podzielonych na dwie części, odnoszących się do podejmowanej przez osobę badaną aktywności sportowej. Wynik podaje się na dwóch skalach: Nadziei na Sukces (*Hope for Success* – HS), do której zalicza się pozycje od 1 do 15, oraz Obawy przed Porażką (*Fear of Failure* – FF) – pozycje od 16 do 30.

Podaje się także wynik Ogólnego Motywu Osiągnięć (*Total Achievement Motive* – TAM), stanowiący sumę wyników z obu skal. Wskaźnik ten informuje o sile dokonań i osiągnięć. Jeżeli oba komponenty (HS i FF) są bardzo wysokie, oznacza to, że sportowe wyzwania mają dla danego sportowca znaczenie. Połączenie wysokiej wartości Nadziei na Sukces, Obawy przed Porażką oraz wysokiego poczucia kompetencji w wykonywanym zadaniu może skutkować nadzwyczajnymi osiągnięciami. Ostatnim elementem mierzoną za pomocą skali AMS-Sport jest tzw. Tendencja Motywu.

Rzetelność wewnętrzna: współczynnik α Cronbacha dla skali Nadziei na Sukces wynosi 0,92, natomiast dla skali Obawy przed Porażką przyjmuje wartość 0,93.

Trafność teoretyczna: przeprowadzono badanie trafności dla poszczególnych skal Kwestionariusza AMS-Sport ze *Sport Orientation Questionnaire* (SOQ) D. Gill i T. Deetera. Skala Nadziei na Sukces koreluje dodatnio z wszystkimi skalami SOQ: Konkurencyjnością (0,75), Orientacją na Cel (0,68) oraz z Orientacją na Zwycięstwo (0,53). Natomiast skala Obawy przed Porażką koreluje ujemnie ze skalą Orientacji na Cel (-0,26).

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (*Generalized Self-Efficacy Scale* – GSES) jest oparta za założeniami koncepcji oczekiwań i pojęcia własnej skuteczności, autorstwa A. Bandury z 1977 r. Skala odnosi się do oczekiwaniania skuteczności, rozumianej jako kontrola własnych działań w kontekście ogólnego zachowania jednostki w sytuacjach trudnych (Juczyński, 2001).

Skala składa się z 10 twierdzeń, które wyznaczają ogólny współczynnik poczucia własnej skuteczności. Badany określa, w jakim stopniu każde stwierdzenie odnosi się do niego na czterostopniowej skali. Rezultaty prezentuje się na skali stenowej, gdzie wyniki niskie obejmują 1–4, przeciętne 5–6, a wysokie 7–10 stenów.

Rzetelność testu: w polskiej wersji współczynnik α Cronbacha wynosi 0,85 przy standardowym błędzie pomiaru równym 0,24. Podobne wartości przyjmuje rzetelność w angielskiej wersji językowej.

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) został opracowany na bazie koncepcji Poczucia koherencji A. Antonovsky'ego i stanowi powszechnie znane wśród psychologów narzędzie badawcze (Antonovsky, 2005). Narzędzie zawiera 29 pozycji, które składają się na trzy podskale odpowiadające wymiarom Poczucia koherencji zaproponowanym przez Antonovsky'ego w jego teorii: Poczuciu zrozumiałości (11 pozycji), Poczuciu zaradności (10 pozycji) oraz Poczuciu sensowności (8 pozycji).

Rzetelność testu: współczynnik α Cronbacha osiąga wysokie wartości od 0,84 do 0,93, natomiast wskaźniki zgodności wewnętrznej wynoszą kolejno: dla Poczucia koherencji 0,92, Poczucia zrozumiałości 0,78, Poczucia zaradności 0,72 oraz Poczucia sensowności 0,78 (Koniarek i in., 1993).

W przypadku Kwestionariusza SOC-29 nie ma ogólnych norm, a analizę przeprowadza się w oparciu o wyniki uzyskane przez innych autorów.

Skala Postaw wobec Sportu (Stališča do Športa – SS) J. Korenjaka i M. Tušaka została skonstruowana w 2006 r. na potrzeby badań wśród żołnierzy armii słoweńskiej, u których badano motywację do podejmowania aktywności sportowej oraz postawy wobec zdrowia i sportu. Autorzy są zainteresowani ogólną – pozytywną lub negatywną – postawą osoby badanej wobec sportu, która wpływa na ocenę jego znaczenia w życiu konkretnego człowieka.

Skala nie ma polskiej adaptacji, jej tłumaczenie z języka słoweńskiego zostało wykonane za zgodą autorów. Zaletą tej metody jest fakt, że Polska i Słowenia stanowią kraje podobne kulturowo.

Kwestionariusz składa się z 34 stwierdzeń odnoszących się do sportu. Osoba badana ocenia na pięciostopniowej skali, w jakim stopniu dane stwierdzenie zgadza się – lub nie – z jej ogólną opinią dotyczącą sportu. Wynik końcowy stanowi wartość średnią odpowiedzi.

Wynik średni uzyskany przez autorów w ich badaniach, na poziomie $MD=3,60$, określany jest jako wysoki i wskazujący na pozytywną postawę wobec sportu.

Rzetelność testu: w badaniach słoweńskich (Masten i in., 2010) współczynnik α Cronbacha wyniósł 0,92.

Charakterystyka grupy badanej

Grupę badaną ($n=25$; 5 kobiet i 20 mężczyzn) stanowiły osoby słabowidzące (15 osób) oraz niewidome (10 osób) z umiarkowanym (11 osób) lub znacznym (14 osób) stopniem niepełnosprawności, z których najmłodsza miała 24 lata, a najstarsza – 76 lat. Grupę kontrolną natomiast stanowili sportowcy pełnosprawni ($n=30$; 15 kobiet i 15 mężczyzn); najmłodsza osoba miała w chwili badania 18 lat, a najstarsza – 34 lata.

Osoby badane uprawiają następujące dyscypliny sportu: szachy, lekkoatletyka, pływanie, kajakerstwo, żeglarstwo, kolarstwo tandemowe, bieg maratoński, warcaby i brydż. Część badanych równocześnie uprawia kilka dyscyplin sportu.

Wśród osób badanych znalazło się 16 uczestników półfinałów Mistrzostw Polski w Szachach, członkowie klubów sportu i rekreacji z Krakowa i Bielska-Białej, dwie osoby uprawiające sport, ale obecnie niezrzeszone w żadnym klubie i jeden reprezentant Polski w pływaniu na Igrzyskach Paraolimpijskich w Londynie.

Wśród badanych z grupy sportowców pełnosprawnych były siatkarki pierwszoligowego zespołu z Krakowa oraz zawodnicy z krakowskich i katowickich klubów sportowych reprezentujący takie dyscypliny sportu jak: siatkówka, karate, piłka ręczna, piłka nożna, pływanie, lekkoatletyka, koszykówka. Podobnie jak w przypadku grupy sportowców niepełnosprawnych, były to osoby mające doświadczenia związane ze startami w zawodach sportowych.

Badanie miało charakter porównawczy. Grupę badaną stanowili sportowcy z dysfunkcją wzroku, natomiast grupę kontrolną – sportowcy pełnosprawni. Badanie dla wszystkich osób miało charakter dobrowolny i anonimowy oraz było audytoryjne. Najpierw badane osoby uzupełniały metryczkę z danymi o charakterze demograficznym, a następnie Skalę Motywacji w Sporcie (SMS-6), Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES), Kwestionariusz Motywacji Osiągnięć w Sporcie (AMS-Sport), Kwestionariusz Orientacji Życiowej

(SOC-29) oraz Skalę Postaw wobec Sportu (SS). Dla grupy osób niewidomych, za zgodą autorów, dokonano stosownych adaptacji w sformułowaniach kwestionariusza, które odnosiły się do rzeczywistości wizualnej. Badanie trwało w grupie osób z niepełnosprawnością narządu wzroku średnio ok. 50 min, w grupie osób pełnosprawnych natomiast ok. 30 min.

Metody analizy statystycznej wyników

Analiza statystyczna została przeprowadzona przy wykorzystaniu programów SPSS oraz Statistica. W pierwszej kolejności sprawdzono rozkłady dla poszczególnych zmiennych, które wykazały, że żadna ze zmiennych nie ma formy rozkładu normalnego. Następnie wykonano statystyki opisowe dla zmiennych nieparametrycznych z wyszczególnieniem na grupę osób pełnosprawnych oraz osób z niepełnosprawnością. Następnie metodą korelacji Spearmana została dokonana weryfikacja postawionych w pracy hipotez.

Przyjęto następujące charakterystyki zmiennych:

Zmienna zależna: Motywacja do uprawiania sportu, w ramach której można wyróżnić sześć głównych typów:

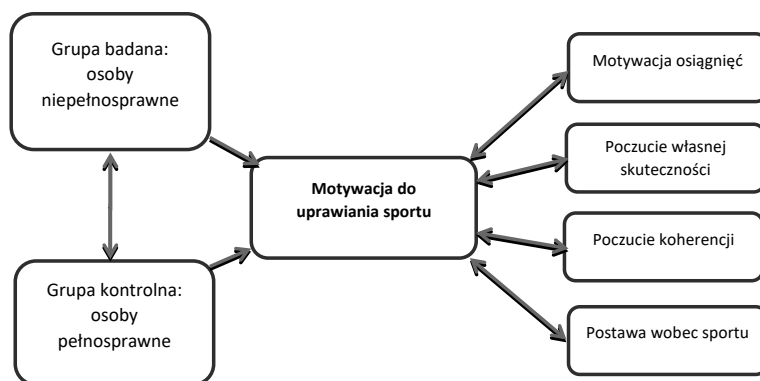
- 1) Demotywacja/Brak Motywacji (na skali oznaczona jako Amotywacja);
- 2) Regulacja Zewnętrzna – umiejscowienie przyczynowości jest spostrzegane jako zewnętrzne, a działania wywoływane tym rodzajem motywacji mają na celu zaspokojenie zewnętrznych wymagań;
- 3) Regulacja przez Introjekcję – jednostka odczuwa silną kontrolowalność swoich działań i czuje równocześnie, że wykonuje je pod presją uniknięcia poczucia winy czy też wzmocnienia własnego ego albo poczucia dumy;
- 4) Regulacja przez Identyfikację – osoba podejmuje działania, których osobiste znaczenie rozumie i tym samym akceptuje płynącą z nich regulację jako swoją własną;
- 5) Regulacja Zintegrowana – jednostka w pełni zasymilowała regulację płynącą z zewnątrz;
- 6) Motywacja Wewnętrzna – najbardziej autonomiczna forma regulacji; motywacja do działania wypływa z motywów wewnętrznych jednostki.

Zmienne niezależne:

- 1) Sprawność osoby badanej w zakresie narządu wzroku;
- 2) Motywacja osiągnięć – tendencja do osiągania i przekraczania standardów doskonałości, związana z odczuwaniem pozytywnych emocji w sytuacjach zadaniowych, spostrzeganych jako wyzwanie. W jej ramach wyróżnia się dwie przeciwległe tendencje:
 - Nadzieja na Sukces,
 - Obawa przed Porażką;
- 3) Poczucie własnej skuteczności – optymistyczne przekonania jednostki o jej możliwościach działania zgodnie z przyjętym celem, niezależnie od przeszkód pojawiających się na drodze do realizacji tego celu;

- 4) Poczucie koherencji – konstrukt, na który składają się trzy podstawowe elementy; jest definiowany jako ogólna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że:
- bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny – Poczucie zrozumiałości;
 - dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce – Poczucie zaradności;
 - wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania – Poczucie sensowności.
- 5) Postawa wobec sportu – zmienna mierzona za pomocą skali, która ma na celu określenie stanowiska osoby badanej wobec sportu i aktywności fizycznej.

Ustalono również model graficzny badań przedstawiony na rysunku 1.



Rysunek 1. Model graficzny badań. Próba przedstawienia hipotetycznych powiązań pomiędzy zmiennymi

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki

W celu weryfikacji hipotez statystycznych i znalezienia ewentualnych zależności między zmiennymi zastosowano współczynnik korelacji Spearmana. Wybór tej metody, która należy do grupy testów nieparametrycznych, był podyktowany rozkładem zmiennych, który odbiegał od rozkładu normalnego.

Przeanalizowano wyniki uzyskane przez osoby niewidome oraz rezultaty badania w porównawczej grupie osób pełnosprawnych.

W przypadku skali SMS-6, wśród objętych badaniem osób niewidomych i słabowidzących najwyższa średnia została osiągnięta w przypadku podska-

li dla Motywacji Wewnętrznej (MW) i wyniosła $M=24,24$. Biorąc pod uwagę najwyższy możliwy wynik w danej podskali, czyli 28, uzyskany wynik uznać należy za bardzo wysoki. Niewiele niższa średnia występuje w przypadku podskali Integracja: $M=23,76$. Następnym w kolejności wynik – $M=21,8$ – odnosi się do podskali Regulacja przez Identyfikację. Dla podskali Introjekcja średnia wyniosła $M=18,44$; dla pozostałych dwóch podskal – Regulacji Zewnętrznej oraz Amotywacji – odpowiednio $M=16,20$ i $M=9,72$. Wynika z tego, że badani najczęściej podejmują aktywność sportową ze względu na motywy autonomiczne, czyli wynikające z ich własnych potrzeb.

Osoby pełnosprawne osiągnęły niższe niż osoby z niepełnosprawnością narządu wzroku średnie skalach: Amotywacji $M=7,23$, Regulacji Zewnętrznej $M=13,27$, Identyfikacji $M=21,30$, Integracji $M=23,20$ oraz Motywacji Wewnętrznej $M=23,03$. Wynik wyższy uzyskały w zakresie średniej dla podskali Introjekcja $M=21,87$. Różnice te są jednak niewielkie i pod tym względem można te dwie grupy uznać za zbliżone.

Wielu badaczy stosuje wersję skali autorstwa Pelletiera, Fortier, Valleur, Brière, Tuson i Blaisa (SMS-28 nie ma podskali Integracja oraz dzieli Motywację Wewnętrzną na trzy podskale), jednak podobieństwo tych skal pozwala na porównywanie wyników osiąganych w obydwu wersjach. Brak Motywacji w obu grupach badanych jest zbliżony do wyników angielskich sportowców $M=7,46$ (Bhatnagar i Karageorghis, 2008), jednak rezultat badania jest zdecydowanie wyższy niż u pacjentów z chorobami serca, którzy uczestniczyli w różnych formach rehabilitacji – średnia dla tej grupy mieści się w przedziale od 1,47 do 2 (Papageorgiou i in., 2007). W przypadku Regulacji Zewnętrznej pojawia się podobna sytuacja: angielscy sportowcy uzyskali $M=15,35$, jednak osoby z chorobami serca osiągnęły już zdecydowanie niższe wyniki na tej podskali $M=<2,69; 3,79>$. W przypadku pozostałych podskal w grupie niepełnosprawnych następuje niewielka tendencja wzrostowa w stosunku do skali Amotywacji i Regulacji Zewnętrznej – najwyższy wynik $M=4,5$ pojawia się na skali Introjekcja. W porównaniu z grupą zarówno osób niewidomych i słabowidzących, jak i pełnosprawnych polskich sportowców widać znaczącą różnicę w osiąganych wynikach na skalach bliższych Motywacji Autonomicznej. Należy podkreślić fakt, że w grupie osób niewidomych i słabowidzących znajdowały się osoby w wieku odpowiadającym badanym w grupie z chorobami serca. Porównując dalej wyniki grup badanych z wynikami angielskich sportowców, można zauważyć, że rozbieżności pojawiają się w przypadku podskal: Introjekcja $M=15,90$ i Identyfikacja $M=15,98$, natomiast wyniki na podskalach Motywacji Wewnętrznej, choć nieco niższe, są zbliżone do uzyskanych w badaniach własnych $M=<19,88; 21,50>$.

Maksymalny możliwy do uzyskania wynik, zarówno w skali Nadziei na Sukces (HS), jak i Obawy przed Porażką (FF), to 45. W badanej grupie średnia dla

HS wyniosła $M=36,68$, natomiast dla skali FF – $M=13,24$, przy czym maksymalny wynik osiągnięty na tej skali był wysoki i wyniósł 32 punkty. Wartość średnia dla Ogólnego Motywu Osiągnięć (TAM) wyniosła $M=49,92$, a dla Współczynnika „Czystej nadziei” (NT) – $M=23,44$. Wszystkie powyższe wartości średnie mieszczą się odpowiednio dla swoich skal w przedziałach wyników średnich. Duże zróżnicowanie grupy, objawiające się wysokimi wartościami odchylenia standardowego, można zauważyć w przypadku skali FF $SD=8,01$, czynnika NT $SD=10,27$; stosunkowo najmniej zróżnicowana grupa ta jest pod względem skali Nadziei na Sukces $SD=5,57$. Podsumowując tę statystykę – osoby niewidome i słabowidzące charakteryzują się średnim poziomem motywacji osiągnięć, przy czym czynnik ten znajduje się u nich w górnych granicach wyników średnich.

W grupie kontrolnej średnia dla skali HS wyniosła $M=34,70$, dla skali FF $M=12,80$. Wartości średnie dla współczynników TAM i NT wynoszą odpowiednio $M=47,50$ oraz $M=21,90$. Podobnie jak w przypadku badanej grupy osób niepełnosprawnych, wartości te mieszczą się w przedziałach dla wyników średnich. W skali FF odchylenie standardowe $SD=7,87$ i przy czynniku NT $SD=14,56$ stanowi ponad 50% średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu grupy w ramach tego czynnika. Znaczące odchylenia, choć już nie tak duże, występują także w skali HS $SD=8,11$, w przeciwieństwie do grupy osób niepełnosprawnych. Motywacja osiągnięć w grupie kontrolnej jest na średnim poziomie, choć – podobnie jak w grupie badanej – średnia znajduje się bliższej górnej granicy przedziału. Sytuacja taka może wynikać z dość dużej różnicy między wynikiem maksymalnym dla skali HS: 44, a wynikiem maksymalnym dla przeciwległej skali FF: 32.

W badaniach prowadzonych w grupie niemieckich sportowców na skali HS uzyskano średnią nieco niższą od średniej w grupie osób niepełnosprawnych i praktycznie identyczną jak w grupie osób pełnosprawnych $M=34,31$ (Elbe, Wenhold, 2005), średnie w obu grupach były nieznacznie wyższe na skali FF niż w grupie niemieckiej $M=11,15$. Przy Ogólnym Motywie Osiągnięć ponownie najwyższa średnia wystąpiła w grupie osób z dysfunkcją narządu wzroku, druga w grupie kontrolnej; najniższy wynik, choć tylko nieznacznie, uzyskano w grupie niemieckiej $M=45,48$. Ostatecznie dla skali NT najniższa średnia występuje w przypadku grupy pełnosprawnych sportowców polskich, natomiast wartości średnie grupy niepełnosprawnych wzrokowo i grupy niemieckiej $M=23,23$ są praktycznie identyczne.

Najwyższe wyniki średnie badani uzyskali w wymiarach Poczucia zrozumiałości $M=49,88$ oraz Poczucia zaradności $M=49,20$, niewiele niższy wynik średni pojawia się przy Poczuciu sensowności $M=42,32$. Średnia dla Poczucia koherencji wynosi $M=141,40$. Odchylenia standardowe wskazują na stabilność grupy.

W porównaniu do osób słabostyszących (Kurowska, Wieczór-Klein, 2011) i rodziców dzieci z autyzmem, osoby niewidome i słabowidzące uprawiające sport osiągnęły nieco wyższy wynik średni, zarówno w ogólnym Poczuciu koherencji (słabostyszący $M=132,09$; matki $M=129,30$; ojcowie $M=135,00$), jak i na wszystkich jego wymiarach. Stwierdzone różnice są stosunkowo niewielkie. W ramach tych samych badań nad rodzicami dzieci autystycznych przebadano grupę kontrolną rodziców dzieci zdrowych i ta grupa uzyskała zdecydowanie wyższe wyniki niż wszystkie wymienione wyżej grupy. Wynik średni dla Poczucia koherencji u matek dzieci rozwijających się prawidłowo wyniósł $M=146,30$, natomiast dla ojców $M=145,20$. Wyniki te są najbardziej zbliżone do tych osiągniętych przez osoby niewidome i słabowidzące. Mimo to można przypuszczać, że doświadczenie niepełnosprawności narządu wzroku wpływa na poczucie koherencji.

W grupie kontrolnej wyniki średnie we wszystkich wymiarach, oprócz Poczucia sensowności $M=44,13$, są minimalnie niższe niż te uzyskane w grupie osób niewidomych i słabowidzących. Wartość średniej dla Poczucia koherencji wyniosła $M=138,46$, dla Poczucia Zrozumiałości $M=45,70$ oraz dla Poczucia zaradności $M=48,63$. Rozkład odchyłeń standardowych świadczy o stabilności wyników w grupie kontrolnej.

Średni wynik badania Skalą uogólnioną własnej skuteczności dla grupy osób z dysfunkcją narządu wzroku wynosi $M=33,16$ i zawiera się w przedziale wyników wysokich. W grupie tej potwierdzono brak dużych rozbieżności w zakresie wyników, na co wskazuje wartość odchylenia standardowego $SD=3,99$.

W grupie kontrolnej średnia $M=32,80$ usytuowana jest w przedziale wyników wysokich. Grupa osób pełnosprawnych, podobnie jak w grupa badana, cechuje się stabilnością i stosunkowo równomiernym rozłożeniem wyników $SD=3,93$ (nie przekracza 20% wartości średniej).

W badaniach grupy studentek nad predyktorami zachowań zdrowotnych (Łukasik, 2003) uzyskano wynik średni $M=22,66$. Średnia ta mieści się w zakresie wyników niskich. Widać zatem zdecydowaną różnicę w porównaniu zarówno z grupą badaną, jak i z grupą kontrolną. Wyższe wyniki średnie zostały uzyskane w grupie studentów I i V roku (Tomczak, 2009). Średnia studentów I roku wyniosła $M=29,79$, a studentów V roku – $M=30,25$.

Maksymalny możliwy do uzyskania wynik na Skali Postaw wobec Sportu wynosi 5. W grupie sportowców z niepełnosprawnością narządu wzroku maksymalny osiągnięty wynik równał się 4,74, a minimalny – 3,59. Średnia wyniosła $M=4,25$, co oznacza, że uzyskany rezultat należy uznać za wynik z grupy bardzo wysokich. Niskie odchylenie standardowe wskazuje na wysoką stabilność wyników grupy badanej.

Obie grupy – badana i kontrolna – charakteryzują się zdecydowanie wyższymi wartościami średnimi niż diagnozowana wykorzystaną skalą grupa słoweńskich żołnierzy $M=3,60$ (Masten i in., 2010).

Weryfikacja przyjętych hipotez badawczych

W tabeli 1 przedstawiono związki między typami motywacji do uprawiania sportu, mierzonymi za pomocą skali SMS-6, a wymiarami motywacji osiągnięć, które są mierzone kwestionariuszem AMS-Sport. Analiza ta ma na celu zweryfikowanie pierwszej postawionej w artykule hipotezy badawczej.

Tabela 1. Współczynniki korelacji Spearmana między sześcioma typami Motywacji do uprawiania sportu a czterema wskaźnikami Motywacji osiągnięć w grupie osób z niepełnosprawnością wzrokową ($n=25$)

<i>rho</i> Spearmana			Nadzieja na Sukces (HS)			Obawa przed Porażką (FF)			Ogólny Motyw Osiągnięć (TAM)			Tendencja Motywu (NT)		
			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>w</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>w</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>w</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>w</i>
			36,68	5,57	31,06	13,24	8,01	64,19	49,92	9,22	84,99	23,44	10,27	105,51
Amotywacja (Amot)	<i>M</i> 9,72	Współczynnik korelacji	-0,042		0,369		0,158		-0,323					
	<i>SD</i> 4,92	Istotność	0,841		0,070		0,449		0,115					
	<i>w</i> 24,21	(dwustronna)												
Regulacja Zewnętrzna (RZ)	<i>M</i> 16,20	Współczynnik korelacji	-0,061		0,501*		0,202		-0,462*					
	<i>SD</i> 6,36	Istotność	0,771		0,011		0,334		0,020					
	<i>w</i> 40,417	(dwustronna)												
Regulacja przez Introjekcję (Intro)	<i>M</i> 18,44	Współczynnik korelacji	0,114		0,213		0,160		-0,148					
	<i>SD</i> 4,24	Istotność	0,589		0,306		0,446		0,481					
	<i>w</i> 18,01	(dwustronna)												
Regulacja przez Identyfikację (Ident)	<i>M</i> 21,80	Współczynnik korelacji	0,318		0,304		0,407*		-0,117					
	<i>SD</i> 3,72	Istotność	0,122		0,140		0,043		0,578					
	<i>w</i> 13,83	(dwustronna)												
Regulacja przez Integrację (Integr)	<i>M</i> 23,76	Współczynnik korelacji	0,227		0,288		0,454*		-0,146					
	<i>SD</i> 3,06	Istotność	0,275		0,163		0,023		0,487					
	<i>w</i> 9,36	(dwustronna)												
Motywacja Wewnętrzna (Wewn)	<i>M</i> 24,24	Współczynnik korelacji	0,416*		-0,067		0,247		0,190					
	<i>SD</i> 3,55	Istotność	0,039		0,749		0,233		0,362					
	<i>w</i> 12,61	(dwustronna)												

* Korelacja jest istotna na poziomie $p < 0,05$; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *w* – wariancja

Źródło: opracowanie własne

Istotne statystycznie korelacje ($p < 0,05$) potwierdzono tylko dla czterech typów motywacji do uprawiania sportu: Regulacji Zewnętrznej, Identyfikacji, Integracji oraz Motywacji Wewnętrznej. Istnieje silny związek między uprawianiem sportu pod wpływem motywów płynących z zewnątrz i Obawą przed Porażką ($p = 0,01$, $r_s = 0,5$). Zależność ta ma charakter dodatni – im bardziej zewnątrzsterowne są motywy danej osoby, tym większy wykazuje ona strach przed niepowodzeniem. Ten sam rodzaj motywacji koreluje równocześnie ujemnie z Tendencją Motywu dla motywacji osiągnięć ($p = 0,02$, $r_s = -0,462$). Wynika z tego, że skłonność do podejmowania nowych wyzwań oraz dążenie do sukcesu sportowego mogą nie pojawić się lub być bardzo słabe u tych osób, u których motywacja wynika z działania czynników zewnętrznych. Potwierdzeniem powyższej zależności jest kolejny wykazany związek – pomiędzy Motywacją Wewnętrzną a Nadzieją na Sukces ($p = 0,04$, $r_s = 0,416$). Korelacja jest umiarkowana i ma kierunek dodatni, czyli im wyższy jest udział motywacji wewnętrznej w podejmowaniu działalności sportowej, tym silniejsze są dążenia konkretnej osoby do osiągnięcia sukcesów w uprawianej dyscyplinie.

Zachodzi dość silna dodatnia zależność pomiędzy Ogólnym Motywem Osiągnięć a motywem podejmowania aktywności sportowej, wynikającymi z Integracji ($p = 0,02$, $r_s = 0,454$), oraz umiarkowana korelacja z motywem Identyfikacji ($p = 0,43$, $r_s = 0,407$). Oba te motywy zawierają się w grupie motywów autonomicznych i są bardzo zbliżone do motywacji wewnętrznej, choć ich źródło ma charakter zewnętrzny. Oznacza to, że im większą wagę dany zawodnik przywiązuje do swoich osiągnięć w sporcie i im silniej się w tę aktywność angażuje, tym bardziej kierują nim motywy pochodzące z wewnątrz lub te mające silny związek z wartościami i przekonaniami jednostki.

Można zatem uznać, że hipoteza 1a została częściowo potwierdzona. Wykazano, że osoby z silną motywacją wewnętrzną charakteryzują się wyższym współczynnikiem Nadziei na Sukces. Istnienie takiej zależności nie zostało potwierdzone w przypadku regulacji przez integrację i identyfikację. Uzyskany w badaniu wynik dla przeciwstawnych podskal – Regulacji Wewnętrznej i Obawy przed Porażką – pomiędzy którymi istnieje silna dodatnia zależność, również może stanowić potwierdzenie dla wysuniętej hipotezy. Wielu badaczy (Ryan, Deci, 2000; Weinberg, Gould, 2014) podaje, że nagroda zewnętrzna, a tym samym motywacja zewnętrzna, szeroko rozumiana, może mieć pozytywny wpływ na motywację wewnętrzną, jeżeli przyczynowość ludzkiego zachowania w nagradzanej sytuacji wynika z wewnątrzsterowności. Badania relacjonowane w niniejszym rozdziale stanowią potwierdzenie przyjętej tezy poprzez osiągniętą zależność Regulacji przez Integrację i Regulacji przez Identyfikację z Ogólnym Motywem Osiągnięć. Są to formy motywacji zewnętrznej, które zostały włączone do systemu wartości i stan-

dardów jednostki. Mogą dla osób z badanej grupy wyrażać się w formie różnorodnej gratyfikacji z zewnątrz. Jednak sportowcy mają poczucie kontroli nad tymi nagrodami (lub przynajmniej osobistego z nimi związku), które w ogólnym rozrachunku wzmacnia motywację i skłania osoby badane do większego zaangażowania w osiąganie sukcesów. W przeprowadzonych w Polsce badaniach nad motywacją osób niepełnosprawnych do uprawiania sportu okazało się, że 26,9% kobiet i aż 55,9% mężczyzn wybrało dążenie do sukcesu jako czynnik motywujący do podejmowania aktywności sportowej (Bolach i in., 2007). Wykazanie w badaniach własnych istnienia zależności między motywacją do uprawiania sportu a motywacją osiągnięć, stanowi potwierdzenie wyników otrzymanych przez inny zespół badawczy (tamże).

Kolejna przeprowadzona analiza korelacji z wykorzystaniem współczynnika Spearmana ma na celu wykazanie ewentualnych związków pomiędzy typami motywacji do uprawiania sportu a ogólną wartością Poczucia koherencji i jego trzema wymiarami: Poczuciem zaradności, Poczuciem sensowności i Poczuciem zrozumiałości.

W tabeli 2 przedstawiono współczynniki korelacji Spearmana między sześcioma typami motywacji do uprawiania sportu a Poczuciem koherencji i jego trzema wymiarami w badanej grupie osób z niepełnosprawnością wzrokową.

Druga postawiona hipoteza zakłada, że istnieje związek pomiędzy typem lub typami motywacji, którymi kieruje się osoba uprawiająca sport, a poziomem jej Poczucia koherencji. Potwierdzeniem tej hipotezy są zależności wykazane w toku analizy statystycznej. Pierwsza z tych zależności występuje pomiędzy Poczuciem zaradności a brakiem motywacji. Korelacja między tymi dwoma składnikami jest silna i ma kierunek ujemny ($p=0,001$, $r_s=-0,609$). Poczucie zaradności wyraża się w przekonaniu o możliwości poradzenia sobie z trudnościami w obliczu różnych wydarzeń i sytuacji. Im wyższy wynik w tym wymiarze osiąga osoba, tym mniejsze jest prawdopodobieństwo, że podejmując aktywność np. sportową, będzie się ona charakteryzowała brakiem motywacji do działania i brakiem zaangażowania. Najszerszy zakres związku z Poczuciem koherencji i jego wymiarami ma Motywacja Wewnętrzna. Brak zależności z tym typem motywacji występuje jedynie w przypadku Poczucia zrozumiałości. W pozostałych przypadkach istnieje dodatnia korelacja: wysoka z Poczuciem sensowności ($p=0,002$, $r_s=0,595$) i z Poczuciem zaradności ($p=0,012$, $r_s=0,496$) oraz korelacja umiarkowana z ogólnym Poczuciem koherencji ($p=0,047$, $r_s=0,401$). Wyniki świadczą o tym, że osoby umotywowane wewnętrznie do uprawiania sportu charakteryzują się wyższym Poczuciem koherencji, Poczuciem sensowności i zaradności. Potwierdzenie tej zależności dla ostatniego wymienionego wymiaru znajduje się także w pierwszej opisanej korelacji, ponieważ Brak Mo-

tywacji stanowi przeciwległy biegun dla Motywacji Wewnętrznej. Najwyższy współczynnik korelacji dla Poczucia sensowności może wynikać z faktu, że ten wymiar ma – według autora tego pojęcia – charakter emocjonalno-motywacyjny. Poza tym Poczucie koherencji stanowi cechę osobowościową (Antonovsky, 2005) i przyjmując wysokie wartości, może pozytywnie oddziaływać na inne elementy związane z aspektami intrapsychicznymi konkretnej osoby, także na jej motywację do uprawiania sportu – szczególnie na jej najbardziej autonomiczną i niezależną od czynników zewnętrznych formę, czyli motywację wewnętrzną.

Trzecia hipoteza badawcza zakłada, że istnieje zależność między dominującym typem motywacji do uprawiania sportu a poczuciem własnej skuteczności. W celu zweryfikowania tej hipotezy również przeprowadzono analizę z wykorzystaniem korelacji Spearmana.

Tabela 2. Współczynniki korelacji Spearmana między sześcioma typami Motywacji do uprawiania sportu a Poczuciem koherencji i jego trzema wymiarami w grupie osób z niepełnosprawnością wzrokową ($n=25$)

Amotywacja (Amot)	M	9,72	Współczynnik korelacji	-0,090	-0,208	-0,609*	-0,387
	SD	4,92	Istotność				
	w	24,21	dwustronna	0,670	0,318	0,001	0,056
Regulacja Zewnętrzna (RZ)	M	16,20	Współczynnik korelacji	0,065	0,238	0,186	0,209
	SD	6,36	Istotność				
	w	40,417	dwustronna	0,759	0,253	0,375	0,317
Regulacja przez Introjekcję (Intro)	M	18,44	Współczynnik korelacji	0,150	0,288	0,175	0,267
	SD	4,24	Istotność				
	w	18,01	dwustronna	0,474	0,162	0,404	0,197
Regulacja przez Identyfikację (Ident)	M	21,80	Współczynnik korelacji	0,240	0,329	0,113	0,281
	SD	3,72	Istotność				
	w	13,83	dwustronna	0,248	0,108	0,590	0,174
Regulacja przez Integrację (Integr)	M	23,76	Współczynnik korelacji	-0,007	0,216	0,127	0,116
	SD	3,06	Istotność				
	w	9,36	dwustronna	0,975	0,301	0,546	0,581
Motywacja Wewnętrzna (Wewn)	M	24,24	Współczynnik korelacji	0,031	0,595*	0,496*	0,401*
	SD	3,55	Istotność				
	w	12,61	dwustronna	0,883	0,002	0,012	0,047

* Korelacja jest istotna na poziomie $p=0,05$.

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 3 przedstawiono współczynniki korelacji Spearmana pomiędzy sześcioma typami Motywacji do uprawiania sportu a poczuciem własnej skuteczności.

Tabela 3. Współczynniki korelacji Spearmana pomiędzy sześcioma typami Motywacji do uprawiania sportu a poczuciem własnej skuteczności w grupie osób z niepełnosprawnością narządu wzroku

<i>rho</i> Spearmana	Amotywacja (Amot)	Regulacja Zewnętrzna (RZ)	Regulacja przez Introjekcję (Intro)	Regulacja przez Identyfikację (Ident)	Regulacja przez Integrację (Integr)	Motywacja Wewnętrzna (Wewn)	
<i>M</i> 33,16							
Uogólnione poczucie własnej skuteczności	<i>SD</i> 3,99	<i>rho</i> 0,026	0,081	0,121	0,408*	-0,007	0,266
	<i>w</i> 2,627						
	Istotność (dwust.)	0,900	0,702	0,565	0,043	0,974	0,199

* Korelacja jest istotna na poziomie $p=0,05$.

Źródło: opracowanie własne.

Analiza weryfikująca trzecią hipotezę dotyczyła ewentualnych zależności pomiędzy rodzajem motywacji do uprawiania sportu a ogólną postawą wobec sportu w grupie osób słabowidzących i niewidomych. Wykazano, że istnieje umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a motywacją opartą na Identyfikacji. Odmienne wyniki uzyskali Ryan i Connell (za: Ryan i Deci, 2000). Według tych badaczy poczucie kompetencji oraz zainteresowanie i zadowolenie korelują pozytywnie z motywacją wewnętrzną. W innych badaniach wykazano, że im bardziej autonomiczna jest forma motywacji zewnętrznej, tym większym zaangażowaniem charakteryzuje się konkretna osoba (Connell i Wellborn, 1990) oraz rzadziej porzucane są podjęte przez nią działania (Vallerand, Bissonnette, 1992). Wymienione cechy silnie wiążą się z poczuciem własnej skuteczności, które wyraża m.in. poziom wytrwałości w działaniu. Biorąc jednak pod uwagę uzyskane wyniki, należy uznać, że hipoteza została potwierdzona jedynie w niewielkim stopniu.

W tabeli 4 przedstawiono współczynniki korelacji Spearmana pomiędzy sześcioma typami Motywacji do uprawiania sportu a Postawą wobec sportu (weryfikacja hipotezy czwartej).

Tabela 4. Współczynniki korelacji Spearmana pomiędzy sześcioma typami Motywacji do uprawiania sportu a Postawą wobec sportu ($M=4,25$; $SD=0,32$; $w=0,103$) w grupie osób z niepełnosprawnością narządu wzroku

<i>rho</i> Spearmana	Amotywacja (Amot)	Regulacja Zewnętrzna (RZ)	Regulacja przez Introjekcję (Intro)	Regulacja przez Identyfikację (Ident)	Regulacja przez Integrację (Integr)	Motywacja Wewnętrzna (Wewn)	
Postawa wobec sportu	Współczynnik korelacji	-0,256	0,222	-0,149	0,142	0,246	0,211
	Istotność (dwustronna)	0,216	0,287	0,476	0,497	0,235	0,312

* Korelacja jest istotna na poziomie $p=0,05$.

Źródło: opracowanie własne.

Nie wykazano żadnej istotnej statystycznie zależności pomiędzy którymkolwiek rodzajem motywacji do uprawiania sportu a prezentowaną przez osoby z grupy badanej postawą wobec sportu. Hipoteza czwarta o istnieniu zależności między tymi zmiennymi nie została zatem potwierdzona.

Piąta i szósta hipoteza zakładają, że między badanymi grupami sportowców: z niepełnosprawnością narządu wzroku oraz pełnosprawnymi, istnieją różnice w zakresie wszystkich zależności, które zostały już wcześniej szczegółowo przedstawione. Interesujące dla autorów rozdziału są związki sześciu typów motywacji do uprawiania sportu z: Motywacją osiągnięć, Poczuciem koherencji, Poczuciem własnej skuteczności oraz Postawą wobec sportu. Jako pierwsze zostaną omówione różnice między zależnościami w obu grupach dla zmiennej zależnej, jaką jest Motywacja do uprawiania sportu, oraz zmiennej niezależnej, czyli Motywacji osiągnięć. W celu wyraźnego ukazania relacji między grupami zestawiono otrzymane korelacje w tabeli 5.

Jak pokazuje tabela 5 oraz jak zostało to już wcześniej wykazane, dla każdej z grup istnieją korelacje między wybranymi typami Motywacji do uprawiania sportu a Motywacją osiągnięć i jej elementami składowymi. Jednak korelacje te różnią się od siebie w zależności od analizowanej grupy, co stanowi potwierdzenie pierwszej części hipotezy 5. Najistotniejsze różnice pojawiają się w przypadku Regulacji Zewnętrznej i Motywacji Wewnętrznej. Pierwszy wymieniony rodzaj koreluje w grupie badanej z Obawą przed Porażką i z Tendencją Motywu, podczas gdy w grupie kontrolnej brak jakichkolwiek korelacji dla tego rodzaju motywacji ze składowymi Motywacją osiągnięć. Można zatem przypuszczać, że wśród sportowców z dysfunkcją narządu wzroku dużo większe znaczenie w porównaniu do grupy sportowców pełnosprawnych ma zarówno ten typ motywacji, jak i obawa przed poniesieniem porażki. W grupie sportowców pełnosprawnych Obawa przed Porażką nie ma istotnego związku z żadnym typem motywacji. Z drugiej

strony, istotna różnica międzygrupowa pojawia się w przypadku Motywacji Wewnętrznej. Silna zależność występuje między tym typem motywacji a wymiarem Nadziei na Sukces. Co więcej, dążenie do sukcesu koreluje także dodatnio z Integracją i Identyfikacją, szczególnie w sytuacji gdy w grupie badanej nie ma związków między Nadzieją na Sukces a którymkolwiek rodzajem motywacji sportowej. Jak pisze Z. Czajkowski (2001), za Atkinsonem i McClellandem, oba czynniki Motywacji osiągnięć, czyli HS i FF, rozwijają się w okresie dzieciństwa na bazie doświadczeń i przeżyć. Stanowią także komponent osobowościowy, przez co bardzo trudno ulegają wszelkim zmianom. Można zatem przypuszczać, że doświadczenie niepełnosprawności może odegrać znaczącą rolę w kształtowaniu się tendencji dominującej – czy to Nadziei na Sukces, czy Obawy przed Porażką.

Tabela 5. Porównanie współczynników korelacji Spearmana między sześcioma typami Motywacji do uprawiania sportu a Motywacją osiągnięć dla grupy badanej – A ($n=25$) i grupy kontrolnej – B ($n=30$)

<i>rho</i> Spearmana		Nadzieja na Sukces (HS)		Obawa przed Porażką (FF)		Ogólny Motyw Osiągnięć (TAM)		Tendencja Motywu (NT)	
		A	B	A	B	A	B	A	B
SMS Amot	Współczynnik korelacji	-0,042	-0,359	0,369	0,295	0,158	0,189	-0,323	-0,427*
	Istotność (dwustronna)	0,841	0,051	0,070	0,113	0,449	0,317	0,115	0,019
SMS RZ	Współczynnik korelacji	-0,061	-0,007	0,501*	0,203	0,202	0,230	-0,462*	-0,139
	Istotność (dwustronna)	0,771	0,972	0,011	0,282	0,334	0,221	0,020	0,464
SMS Intro	Współczynnik korelacji	0,114	0,228	0,213	0,002	0,160	0,181	-0,148	0,097
	Istotność (dwustronna)	0,589	0,226	0,306	0,991	0,446	0,340	0,481	0,609
SMS Ident	Współczynnik korelacji	0,318	0,407*	0,304	-0,289	0,407*	0,161	-0,117	0,367*
	Istotność (dwustronna)	0,122	0,026	0,140	0,122	0,043	0,395	0,578	0,046
SMS Integr	Współczynnik korelacji	0,227	0,592**	0,288	-0,317	0,454*	0,244	-0,146	0,510**
	Istotność (dwustronna)	0,275	0,001	0,163	0,087	0,023	0,195	0,487	0,004
SMS Wewn	Współczynnik korelacji	0,416	0,603**	-0,067	-0,200	0,247	0,456*	0,190	0,392*
	Istotność (dwustronna)	0,039	0,000	0,749	0,289	0,233	0,011	0,362	0,032

* Korelacja jest istotna na poziomie $p=0,05$.

** Korelacja jest istotna na poziomie $p=0,01$.

Źródło: opracowanie własne.

Kolejne różnice dotyczą korelacji typów motywacji z Tendencją Motywu, czyli wymiarem określającym kierunek dążeń: nastawienie na sukces bądź unikanie porażki. Osoby z niepełnosprawnością narządu wzroku, w których

aktywności sportowej duże znaczenie odgrywa Regulacja Zewnętrzna, będą częściej wykazywały tendencję negatywną. Podobna zależność pojawia się w grupie kontrolnej, ale dla skali Amotywacji. Tendencja pozytywna w tej grupie będzie zarysowywała się częściej u osób, u których dominuje Identyfikacja, Integracja lub Motywacja Wewnętrzna. Taka zależność nie pojawia się wśród sportowców niepełnosprawnych. Motywacje autonomiczne nie mają wpływu na tendencję motywacji osiągnięć jednostki.

Najmniej wyraźne zróżnicowanie między grupami pojawia się w przypadku związków z Ogólnym Motywem Osiągnięć. W grupie badanej pojawia się związek tego czynnika z Regulacją przez Identyfikację i Integrację, natomiast w grupie kontrolnej związek występuje w zestawieniu z Motywacją Wewnętrzną. Wszystkie korelacje ukształtowane są na bardzo zbliżonym poziomie ($p < 0,05$, $r_s = 4,07$; $r_s = 4,54$; $r_s = 4,56$). Oznacza to, że autonomiczne formy motywacji mają podobne znaczenie dla zaangażowania w osiąganie sukcesów w sporcie u sportowców niepełnosprawnych wzrokowo i pełnosprawnych. Wymienione trzy typy motywacji (Motywacja Wewnętrzna, Integracja, Identyfikacja) są do siebie bardzo zbliżone i należą do kategorii motywacji autonomicznych, ale nie stanowią typów identycznych i należy rozpatrywać je odrębnie.

Niżej porównane zostaną korelacje typów motywacji z wymiarami Poczucia koherencji – w celu dalszej weryfikacji hipotezy piątej i szóstej.

W tabeli 6 dokonano porównania współczynników korelacji Spearmana między sześcioma typami Motywacji do uprawiania sportu a Poczuciem koherencji.

Analizując zestawienie w tabeli 6, można zauważyć bardzo wyraźną różnicę między grupami w zakresie Motywacji Wewnętrznej. W grupie badanej widoczne są silne lub umiarkowane korelacje tego typu motywacji do uprawiania sportu z Poczuciem sensowności, Poczuciem zaradności oraz z Poczuciem koherencji. W grupie kontrolnej brak jest zupełnie jakichkolwiek zależności, nie tylko dla Motywacji Wewnętrznej, ale również dla innych typów motywacji autonomicznej. Jedyną korelacją umiarkowaną dotyczy Regulacji przez Introjekcję, którą zalicza się do motywacji sterowanych, i Poczucia zrozumiałości. W badaniach, w których sprawdzano poziom Poczucia koherencji i depresyjność wśród adolescentów z defektami wzroku (Czerwińska, 2009), wykazano, że pomiędzy grupami osób całkowicie niewidomych, słabowidzących i osób bez uszkodzeń wzroku – brak znaczących różnic w zakresie ogólnego Poczucia koherencji, Poczucia zrozumiałości i Sensowności, wystąpiła natomiast istotna statystycznie różnica w obszarze Poczucia zaradności. Przywołana autorka wykazała, że poziom Poczucia zaradności jest wyższy u osób całkowicie niewidomych niż u osób słabowidzących i u osób bez dysfunkcji wzroku. Wyniki uzyskane przez Czerwińską

(2009) pozwalają na stwierdzenie, że różnice wśród osób uprawiających sport, zarówno sprawnych, jak i obarczonych defektami sprawności, biorąc pod uwagę Poczucie koherencji, zaznaczają się dużo bardziej u osób, które są wewnątrznie motywowane do uprawiania sportu. Potwierdzeniem dla wyników uzyskanych przez Czerwińską (tamże) może być fakt, że Poczucie zaradności wysoko koreluje ujemnie z przeciwieństwem Motywacji Wewnętrznej, czyli Amotyacją. Pokazuje to, że jest to czynnik najbardziej znaczący wśród osób z dysfunkcjami wzroku, dodatkowo silnie powiązany z wewnętrznym systemem postaw, wartości i standardów jednostki.

Tabela 6. Porównanie współczynników korelacji Spearmana między sześcioma typami Motywacji do uprawiania sportu a Poczuciem koherencji dla grupy badanej – A ($n=25$) i grupy kontrolnej – B ($n=30$)

<i>rho</i> Spearmana	Grupa	Poczucie zrozumiałości		Poczucie sensowności		Poczucie zaradności		Poczucie koherencji	
		A	B	A	B	A	B	A	B
Amotywacja (Amot)	Współczynnik korelacji	-0,090	-0,214	-0,208	-0,301	-0,609*	-0,222	-0,387	-0,257
	Istotność (dwustronna)	0,670	0,256	0,318	0,106	0,001	0,239	0,056	0,171
Regulacja Zewnętrzna (RZ)	Współczynnik korelacji	0,065	-0,353	0,238	-0,309	0,186	-0,307	0,209	-0,335
	Istotność (dwustronna)	0,759	0,056	0,253	0,096	0,375	0,099	0,317	0,070
Regulacja przez Introjekcję (Intro)	Współczynnik korelacji	0,150	-0,396*	0,288	-0,270	0,175	-0,062	0,267	-0,309
	Istotność (dwustronna)	0,474	0,030	0,162	0,150	0,404	0,743	0,197	0,096
Regulacja przez Identyfikację (Ident)	Współczynnik korelacji	0,240	0,115	0,329	0,206	0,113	0,148	0,281	0,192
	Istotność (dwustronna)	0,248	0,546	0,108	0,274	0,590	0,435	0,174	0,310
Regulacja przez Integrację (Integr)	Współczynnik korelacji	-0,007	0,118	0,216	0,025	0,127	0,254	0,116	0,170
	Istotność (dwustronna)	0,975	0,534	0,301	0,895	0,546	0,176	0,581	0,370
Motywacja Wewnętrzna (Wewn)	Współczynnik korelacji	0,031	0,255	0,595*	0,219	0,496*	0,339	0,401*	0,313
	Istotność (dwustronna)	0,883	0,174	0,002	0,246	0,012	0,067	0,047	0,093

* Korelacja jest istotna na poziomie $p=0,05$.

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 7 zostały zestawione korelacje uzyskane między Motywacją do uprawiania sportu a poczuciem własnej skuteczności.

Zauważalne są duże rozbieżności między wykazanymi zależnościami poczucia własnej skuteczności z poszczególnymi typami motywacji. U osób z dysfunkcją wzroku poczucie własnej skuteczności koreluje dodatnio z Identyfikacją, z kolei u sportowców pełnosprawnych zachodzi korelacja

dodatnia między poczuciem własnej skuteczności a Motywacją Wewnętrzną, i korelacja ujemna – z Amotywacją. R.W. Larson i N. Rusk (2011) odwołali się do cech charakterystycznych dla doświadczeń motywowanych wewnątrznie. Zaznaczyli, że jest to bardzo podobne do poczucia własnej lub zbiorowej skuteczności, które A. Bandura (za: Larson, Rusk, 2011) uznał za istotne dla motywacji. Połączenie tych dwóch faktów może tłumaczyć, dlaczego koncepcja przedstawiona przez Larsona i Rusk nie potwierdziła się w przypadku osób z niepełnosprawnością wzrokową.

Tabela 7. Porównanie współczynników korelacji Spearmana między sześcioma typami Motywacji do uprawiania sportu a poczuciem własnej skuteczności dla grupy badanej – A ($n=25$) i grupy kontrolnej – B ($n=30$)

<i>rho</i> Spearmana		SMS Amot		SMS RZ		SMS Intro		SMS Ident		SMS Integr		SMS Wewn	
Grupa		A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Uogólnione poczucie własnej skuteczności	Współczynnik korelacji	0,026	-0,361*	0,081	-0,173	0,121	-0,138	0,408*	0,101	-0,007	0,225	0,266	0,494**
	Istotność (dwustronna)	0,900	0,050	0,702	0,361	0,565	0,466	0,043	0,596	0,974	0,231	0,199	0,005

* Korelacja jest istotna na poziomie $p=0,05$.

** Korelacja jest istotna na poziomie $p=0,01$.

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 8 zestawiono porównanie współczynników korelacji Spearmana między sześcioma typami Motywacji do uprawiania sportu a Postawą wobec sportu.

Tabela 8. Porównanie współczynników korelacji Spearmana między sześcioma typami Motywacji do uprawiania sportu a Postawą wobec sportu dla grupy badanej – A ($n=25$) i grupy kontrolnej – B ($n=30$)

<i>rho</i> Spearmana		SMS Amot		SMS RZ		SMS Intro		SMS Ident		SMS Integr		Wewn	
Grupa		A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Postawa wobec sportu	Współczynnik korelacji	-0,256	-0,267	0,222	0,261	-0,149	0,051	0,142	0,514**	0,246	0,346	0,211	0,379*
	Istotność (dwustronna)	0,216	0,153	0,287	0,163	0,476	0,788	0,497	0,004	0,235	0,61	0,312	0,34

* Korelacja jest istotna na poziomie $p=0,05$.

** Korelacja jest istotna na poziomie $p=0,01$.

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 8 pokazuje, że Postawa wobec sportu osób z niepełnosprawnością wzrokową nie koreluje z żadnym rodzajem Motywacji do uprawiania sportu. Przeciwna sytuacja występuje w grupie kontrolnej. Pojawiają się w jej przypadku dwie istotne statystycznie korelacje tej zmiennej z takimi rodzajami motywacji jak Identyfikacja i Motywacja Wewnętrzna. Ogólna opinia o aktywności sportowej może w przypadku osób niepełnosprawnych nie mieć wpływu na motywację do uprawiania przez nie sportu. Jednak w porównaniu z wynikami w grupie sportowców pełnosprawnych i wynikami wcześniejszych badań (np. Blecharz i in., 2015) nad związkiem różnych form motywacji z postawą wobec sportu, wyjaśnienie zupełnego braku takiego związku w tym przypadku może wymagać bardziej szczegółowego zbadania.

Podsumowując przedstawione porównania korelacji, jakie zostały potwierdzone w grupach osób z niepełnosprawnością narządu wzroku oraz sportowców pełnosprawnych, można stwierdzić, że hipoteza piąta oraz szósta o istnieniu różnic w tych zależnościach zostały potwierdzone. Co więcej, przeanalizowane porównania wskazują na znaczące różnice między grupami zwłaszcza w zakresie Motywacji Wewnętrznej. Nie pojawia się natomiast ani jedna korelacja tej zmiennej wspólna dla obu grup – badanej i kontrolnej – co może stanowić potwierdzenie dla wyników przytoczonych w uzasadnieniu hipotezy badań (por. Kozub, 2006; Watts, Caldwell, 2006), które świadczyły o różnicach między osobami pełnosprawnymi a osobami z dysfunkcją wzroku w ramach tej zmiennej.

Wnioski

- 1) Nie można wskazać jednego dominującego typu Motywacji do uprawiania sportu zarówno w grupie osób niewidomych i słabowidzących, jak i w grupie osób pełnosprawnych.
- 2) Wśród sportowców z niepełnosprawnością analizatora wzroku nie znaleziono żadnych zależności między Regulacją przez Introjekcję a pozostałymi zmiennymi.
- 3) Wykazano, że zarówno u sportowców z dysfunkcją wzroku, jak i pełnosprawnych, którzy reprezentują którykolwiek z typów motywacji autonomicznej (Motywacja Wewnętrzna, Integracja, Identyfikacja), występuje pozytywny związek tych rodzajów motywacji z: Poczuciem koherencji, Motywacją osiągnąć oraz Poczuciem własnej skuteczności.
- 4) Osoby z niepełnosprawnością wzrokową, u których występuje silna Motywacja Wewnętrzna do uprawiania sportu, charakteryzują się wysokim Poczuciem koherencji, a w szczególności Poczuciem sensowności i za-

radności. Badania dotyczące sportowców pełnosprawnych nie wykazały podobnej zależności. Można zatem przypuszczać, że uprawianie sportu pozytywnie koreluje z oceną swojego funkcjonowania w świecie, dokonywaną przez osoby niewidome i niedowidzące.

- 5) Obawa przed Porażką może objawiać się silniej wśród sportowców z niepełnosprawnością narządu wzroku niż u sportowców pełnosprawnych.
- 6) Wśród osób z niepełnosprawnością wzroku występują liczne powiązania Motywacji osiągnięć i jej wymiarów z różnymi rodzajami Motywacji Zewnętrznej, brak natomiast związku tej zmiennej z Motywacją Wewnętrzną do podejmowania aktywności fizycznej.
- 7) Nie wykazano żadnego związku pomiędzy Postawą wobec sportu a którymkolwiek rodzajem Motywacji do uprawiania sportu u osób z niepełnosprawnością wzrokową.

Bibliografia

- Antonovsky A. (2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Bandura A. (1996). Postrzegana skuteczność własna, [w:] J. Czapiński (red.). *Psychologia społeczna. Encyklopedia Blackwella*, Warszawa: Jacek Santorski & Co., s. 400–403.
- Beswick, K. (2005). The beliefs/practice connection in broadly defined contexts, *Mathematics Education Research Journal*, vol. 17, nr 2, s. 39–68.
- Beswick, K. (2007). Teachers' beliefs that matter in secondary mathematics classrooms, *Educational Studies in Mathematics*, vol. 65, nr 1, s. 95–120.
- Bhatnagar T., Karageorghis C.I. (2008). Motives for sport participation as predictors of motivation outcomes in track and field: a self-determination theory perspective, *The Sport Journal*, <http://thesportjournal.org/article/motives-for-sport-participation-as-predictors-of-motivation-outcomes-in-track-and-field-a-self-determination-theory-perspective/> [dostęp: 20.05.2017].
- Blecharz J. (2008). Możliwości psychologii sportu w motywowaniu dzieci i młodzieży do aktywności fizycznej, *Lider*, numer specjalny, s. 22–24.
- Blecharz J., Łuszczynska A., Tenenbaum G., Scholz U., Cieślak R. (2014). Self-efficacy moderates but collective efficacy mediates between motivational climate and athletes' well-being, *Applied Psychology: Health and Well-Being*, vol. 6, nr 3, s. 280–299.
- Blecharz J., Horodyska K., Zarychta K., Adamiec A., Łuszczynska A. (2015). Intrinsic motivation predicting performance satisfaction in athletes: further psychometric evaluations of the sport motivation scale-6, *Polish Psychological Bulletin*, vol. 46, nr 2, s. 309–319.
- Bolach E. (1996). Motywacja do uprawiania pływania sportowego przez osoby niepełnosprawne, *Fizjoterapia*, vol. 4, nr 1–2, s. 89–94.

- Bolach E., Bolach B., Trzonkowski J. (2007). Motywacja osób niepełnosprawnych do uprawiania sportu, *Молода Спортивна Наука України*, vol. 2, s. 29–33, http://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/4089/1/06_Bolach.pdf [dostęp: 20.05.2017].
- Bolach E., Mikiciuk A. (2003). Motywacje do uprawiania piłki koszykowej przez zawodników niepełnosprawnych, *Молода Спортивна Наука України*, vol. 1.
- Connell J.P., Wellborn J.G. (1990). Competence, autonomy and relatedness: a motivational analysis of self-system processes, [w:] Gunnar M., Sroufe A. (red.). *Self Processes in Development: The Minnesota Symposia on Child Psychology*, vol. 23, Hillsdale, NJ: Erlbaum, s. 43–77.
- Czajkowski Z. (2001). Motywacja osiągnięć – nastawienie na „ja” oraz nastawienie na zadania, *Sport Wyczynowy*, nr 3–4, s. 66–76.
- Czajkowski Z. (2004). *Czynniki motywujące w sporcie*, Katowice: Śląska Federacja Sportu, <http://www.mat-fencing.com/Akademia4.html> [dostęp: 20.05.2017].
- Czerwińska K. (2009). Sense of coherence and depressiveness in adolescents with visual disabilities, [w:] Żółkowska T., Ramik-Mażewska I. (red.). *Special Pedagogy in Researches and Scientific Analysis*, Szczecin: University of Szczecin, s. 137–150.
- Doil W. (1976). Zagadnienia rozwoju cech psychicznych sportowca, [w:] *Psychologia i współczesny sport*, Warszawa: Sport i Turystyka, s. 77–93.
- Drzał A. (2008). Sport i aktywność fizyczna jako istotny czynnik w rehabilitacji osób niepełnosprawnych, [w:] Krupa P. (red.). *Sport osób niepełnosprawnych*, Rzeszów: Rzeszowski Klub Sportowy Głuchych RES-GEST, s. 21–27.
- Elbe A.M., Wenhold F. (2005). *Manual for the Achievement Motives Scale-Sport*, Halle: Institut für Sportwissenschaft Arbeitsbereich Sportpsychologie, Sportpädagogik, Sportsoziologie.
- Franken R.E. (2005). *Psychologia motywacji*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Gracz J., Sankowski T. (2007). *Psychologia aktywności sportowej*, Poznań: Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego.
- Gutkowska-Wyrzykowska E. (2008). Postrzeganie aktywności ruchowej w opinii młodzieży niepełnosprawnej studiującej na Akademii Podlaskiej w Siedlcach, [w:] Krupa P. (red.). *Sport osób niepełnosprawnych*, Rzeszów: Rzeszowski Klub Sportowy Głuchych RES-GEST, s. 73–79.
- Hošek W., Vanek M., Svoboda B. (1976). Sukces jako motywacyjny czynnik działalności sportowej, [w:] *Psychologia i współczesny sport*, Warszawa: Sport i Turystyka, s. 60–76.
- Jarvis M. (2006). *Sport psychology: a student's handbook*, Taylor & Francis eLibrary.
- Juczyński Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Koniarek J., Dudek B., Makowska Z. (1993). Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego, *Przegląd Psychologiczny*, vol. 36, nr 4, s. 491–502.

- Kozub F.M. (2006). Motivation and physical activity in adolescents with visual impairments, *RE:view: Rehabilitation Education for Blindness and Visual Impairment*, vol. 37, nr 4, s. 149–160.
- Kurowska K., Wieczór-Klein K. (2011). Poczucie koherencji a style radzenia sobie ze stresem u osób niedosłyszących, *Otorynolaryngologia*, vol. 10, nr 1, s. 42–48.
- Larson R.W., Rusk N. (2011). Intrinsic motivation and positive development, *Advances in Child Development and Behavior*, vol. 41, s. 89–130.
- Łukasik I.M. (2003). Predykatory zachowań zdrowotnych, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio D*, vol. 58, suplement 13, s. 273–278.
- Łuszczynska A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mallet C., Kawabata M., Newcombe P., Otero-Forero A., Jackson S. (2007). Sport motivation scale-6 (SMS-6): a revised six-factor sport motivation scale, *Psychology of Sport and Exercise*, vol. 8, nr 5, s. 600–614.
- Masten R., Dimec T., Ivanovski Donko A., Tušak M. (2010). Motives for sports participation, attitudes to sport and general health status of the Slovenian Armed Forces employees, *Kinesiology*, vol. 42, nr 2, s. 153–163.
- Mroczkowska H. (2009). Atrybucyjna teoria dążenia do osiągnięć i aplikacyjne jej przełożenie w praktyce sportowej, [w:] Blecharz J., Siekańska M. (red.). *Praktyczna psychologia sportu. Wykorzystanie koncepcji psychologicznych w sporcie*, Kraków: Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha, s. 69–76.
- Orzech J., Sobiecka J. (1989). *Sport osób niepełnosprawnych*, Kraków: Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie.
- Papageorgiu P., Fotinakis P., Tsitskari E., Giasoglu V. (2004). Evaluation of motivation in patients with coronary heart disease who participate in different rehabilitation programs, *The Sport Journal*, <http://thesportjournal.org/article/evaluation-of-motivation-in-patients-with-coronary-heart-disease-who-participate-in-different-rehabilitation-programs/> [dostęp: 20.05.2017].
- Reykowski J. (1992). *Procesy emocjonalne, motywacja, osobowość*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ryan R. (2009). Self-determination theory and wellbeing, *WeD Research Review*, www.welldev.org.uk/wed-new/network/research-review/Review_1_Ryan.pdf [dostęp: 17.05.2017].
- Ryan R.M., Deci E.L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions, *Contemporary Educational Psychology*, vol. 25, nr 1, s. 54–66.
- Rzońca W. (2007). Motywacja do aktywnego uczestnictwa w grze kierowniczej – wyniki badań ankietowych, *Prace Naukowe Instytutu Organizacji i Zarządzania Politechniki Wrocławskiej*, nr 83, s. 167–186.
- Strelau J. (red.) (2000). *Psychologia*, vol. 2, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Śliwierski B. (red.) (2000). *Pedagogika*, vol. 4: *Subdyscypliny i dziedziny wiedzy o edukacji*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.

- Tomczak K. (2009). Style radzenia sobie w sytuacji stresowej, przekonanie o własnej skuteczności, nadzieja na sukces u studentów rozpoczynających i kończących studia, *Psychoterapia*, nr 2, s. 67–79.
- Tušak M., Masten R., Tkavc S., Tušak, M. (2008). Človeški viri v Slovenski vojski, Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za kineziologijo.
- Ustawa z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie, Dz.U. nr 127, poz. 857.
- Vallerand R.J., Bissonnette R. (1992). Intrinsic, extrinsic, and amotivational styles as predictors of behavior: a prospective study, *Journal of Personality*, vol. 60, nr 3, s. 599–620.
- Watts C.E., Jr., Caldwell L.L. (2006). Exploring the effects of adolescent perceptions of parenting in free time and gender on adolescent motivation in free time, [w:] *Proceedings of the 2006 Northeastern Recreation Research Symposium GTR-NRS-P-14*, www.nrs.fs.fed.us/pubs/gtr/gtr_nrs-p-14/43-watts-p-14.pdf [dostęp: 17.05.2017].
- Weinberg R.S., Gould D. (2014). *Foundations of Sport and Exercise Psychology*, wyd. 6, Champaign, IL: Human Kinetics.
- Zahariadis P.N., Biddle S.J.H. (2000). Goal orientations and participation motives in physical education and sport: their relationships in english schoolchildren, *Athletic Insight: The Online Journal of Sport Psychology*, vol. 2, nr. 1, www.athleticinsight.com/Vol2Iss1/EnglishPDF.pdf [dostęp: 17.05.2017].

Joanna Konarska

Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Aktywność sportowa jako jedna z form wspomagania procesu leczenia i rehabilitacji młodzieży z chorobą cukrzycową

Streszczenie

Aktywność fizyczna i sportowa osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych pozostaje na marginesie zainteresowań badaczy, chociaż udział osób z niepełnosprawnością w paraolimpiadach jest już dzisiaj zjawiskiem powszechnym. Dotyczy to w większości wypadków osób z uszkodzeniem narządu ruchu, niepełnosprawnościami sensorycznymi albo z niepełnosprawnością intelektualną – zawodnicy z chorobami przewlekłymi mogą z powodzeniem konkurować ze zdrowymi rywalami. Niemniej jednak przygotowanie się i udział w zawodach sportowych, czy choćby samo regularne ćwiczenie, wymaga od nich specyficznej samodyscypliny i przestrzegania pewnych rygorów, które innych zawodników nie dotyczą. Dokonana w artykule analiza istoty i skutków choroby cukrzycowej oraz procedur związanych z koniecznością stałego monitorowania i korygowania poziomu cukru we krwi, zwłaszcza przez osoby uprawiające sport, ukazuje, że nie jest to sprawa wyłącznie chorych sportowców. Na ich sukces składa się również gotowość do udzielenia konkretnej pomocy przez trenera, kolegów i lekarza – zwłaszcza podczas treningu i zawodów, gdy chory nie jest w stanie do końca przewidzieć reakcji swojego organizmu na wysiłek i stres. Wówczas od wiedzy i świadomości otoczenia może zależeć nawet życie sportowca chorego na cukrzycę. Mimo tak poważnego zagrożenia, mimo trudności w realizacji celów sportowych, lekarze zgodnie twierdzą, że generalnie aktywność fizyczna i sportowa pomaga leczyć cukrzycę, a także wpływa pozytywnie na stan psychiczny chorego. Jedyne kilka dobrze znanych przeciwwskazań nie pozwala na podjęcie aktywności sportowej – głównie wyczynowej. Poza tym większość – nawet ekstremalnych – rodzajów sportu jest dostępna dla osób chorych na cukrzycę typu 1 i 2.

Słowa kluczowe: cukrzyca, sport wyczynowy przewlekle chorych, rehabilitacja

Wprowadzenie

Choroba cukrzycowa jest nazywana przez lekarzy epidemią XXI w., ponieważ dotyka coraz większą grupę osób w wieku dojrzałym w postaci cukrzycy typu 2, ale dotyczy też dzieci poniżej 15. roku życia. Opublikowane przez Międzynarodową Federację Diabetologiczną (IDF, International Diabetes Federation) dane z 14 listopada 2013 r. pokazują, że na świecie 382 mln osób chorują na cukrzycę, w tym 3 mln w Polsce, a u 430 dzieci poniżej 15. roku życia stwierdzono cukrzycę typu 1. Rocznie przybywa 65 tys. młodych osób chorych na cukrzycę. Aczkolwiek choroba ta dotyczy wszystkich ras, najwięcej zachorowań odnotowuje się na półkuli północnej, a wśród dzieci – w Skandynawii (Fabian i in., 2004). Należy pamiętać, że wykrywalność cukrzycy i liczba zarejestrowanych chorych zależy od systemu opieki zdrowotnej w konkretnych krajach – najwięcej stwierdzonych przypadków cukrzycy nie musi oznaczać największej liczby zachorowań w danym kraju.

Gdy osoba zdrowa myśli o jedzeniu lub na nie patrzy, jej trzustka zaczyna wytwarzać insulinę do krwi. Hormon ten przechodzi do wątroby, gdzie odpowiada za produkcję glukozy. Część insuliny przenika do krwi i wraz z glukozą przemieszcza się po organizmie człowieka, docierając do każdego z narządów. Wszystkie narządy znajdujące się w naszym ciele (np. serce, wątroba, nerki) potrzebują energii, która jest im niezbędna do prawidłowego funkcjonowania. Najlepszym źródłem energii jest glukoza pochodząca z węglowodanów, które są jednym ze składników zjadanych posiłków, a w okresie między posiłkami powstaje z glikogenu, białek i tłuszczów. Po zjedzeniu posiłku glukoza przechodzi z jelita do krwi, a później przenika do wnętrza komórek z udziałem insuliny, ale również bez jej udziału. Komórki, które są niezależne od insuliny, to: komórki mózgu, nerwów, soczewki i siatkówki oka, komórki nerek, naczynia krwionośne, a także krwinki czerwone i białe. Ponieważ u człowieka chorego przejście glukozy do komórek nie jest regulowane przez insulinę, utrzymujące się wysokie stężenie glukozy we krwi może być przyczyną wielu powikłań narządowych. Cukrzyca, zwana „cichym zabójcą”, w sposób podstępny atakuje różne organy człowieka chorego, doprowadzając do coraz większej niewydolności całego organizmu. Bezpośrednią przyczyną choroby jest niewydolność trzustki, która przestaje produkować insulinę w dostatecznej ilości, doprowadzając do niedożywienia wszystkich tkanek, jednak obecna wiedza medyczna nie pozwala odpowiedzieć na pytanie, co jest powodem niewydolności trzustki (Tatoń i in., 2008, s. 133, 178–182). Leczenie cukrzycy wymaga wiedzy – w szczególności o sposobie samodzielnego dawkowania insuliny przy cukrzycy insulinozależnej, jak również o sposobie odżywiania i powikłaniach możliwych wskutek nieprzestrzegania zaleceń lekarza. W leczenie cukrzycy zaangażowany

musi być nie tylko sam pacjent, ale także jego rodzina. Zwłaszcza leczenie dzieci z cukrzycą typu 1 powinno być prowadzone tak, aby zapewnić dziecku prawidłowe wyrównanie metaboliczne, pełną sprawność intelektualną i fizyczną oraz możliwość uczestniczenia we wszystkich formach aktywności życiowej wspólnie z rówieśnikami. Wiedza rodziców na temat cukrzycy powinna pomóc dziecku zrozumieć, że choroba nie ogranicza mu życia i może ono wykonywać wszystkie dotychczasowe czynności. Zmienia się jedynie to, że musi dokonywać pomiarów poziomu cukru we krwi, przyjmować insulinę (z czasem – samodzielnie), przestrzegać zaleceń lekarza i dietetyka (tamże, s. 195) Poza tym życie dziecka lub nastolatka chorego na cukrzycę niczym nie różni się od życia zdrowych rówieśników.

Choroba ta jest nieuleczalna, a efektem powikłań może być uszkodzenie, zaburzenie czynności i niewydolność różnych narządów, szczególnie oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych. Jednak przykłady znanych ludzi chorujących na cukrzycę wskazują, że nie jest to choroba, która przekreśla ambicje zawodowe, możliwość samorealizacji i osiągnięcia nieprzeciętnych wyników w uprawianej dziedzinie aktywności. Cukrzykami byli między innymi: Ernest Hemingway, Thomas Alva Edison, Giacomo Puccini, Spencer Tracy, Elizabeth Taylor, Kazimierz Przerwa-Tetmajer, Kornel Makuszyński i wiele innych znanych osobistości, których choroba nie zdominowała i nie ograniczyła (*Sławni ludzie z cukrzycą*, 2015).

Definicja cukrzycy i historia jej diagnozowania oraz leczenia

Cukrzyca należy do grupy chorób metabolicznych, charakteryzuje się podwyższonym poziomem cukru we krwi (hiperglikemia) wynikającym z defektu działania bądź niedostatecznej ilości insuliny wydzielanej przez trzustkę. Wyróżnia się cukrzycę typu 1, która polega na pierwotnym niedostatecznym wydzielaniu insuliny przy normalnej wrażliwości tkanek na ten hormon, i cukrzycę typu 2, w której występuje zmniejszona wrażliwość tkanek na insulinę. W obu przypadkach chorzy muszą mieć podawaną insulinę albo metforminę, która – zwłaszcza w cukrzycy typu 2 – zwiększa wrażliwość tkanek na insulinę (Pączek, 2004). Pierwsze znane wzmianki o cukrzycy pochodzą z 1550 r. p.n.e. i zostały zapisane na papirusie odkrytym w Luksorze (Tatoń i in., 2008). Także starożytne zapisy medyczne Arabów, Chińczyków i Hindusów zawierają opisy objawów towarzyszących chorobie. Około 200 r. n.e. lekarz Areteusz z Kapadocji po raz pierwszy użył określenia *diabeta* (gr. przeciekanie, przelewianie). Skojarzono to z faktem dużego pragnienia i oddawania dużej ilości moczu. W późniejszych latach do tej nazwy dodano przymiotnik *mellitus* (łac. słodki [jak miód]), ponieważ zauważono, że mocz

osób chorych jest słodki. W średniowieczu poświęcano cukrzycy wiele uwagi – niestety bezskutecznie. Rewolucja w wiedzy na temat cukrzycy nastąpiła w 1869 r., kiedy P. Langerhans obronił w Berlinie pracę doktorską opisującą istnienie w trzustce specjalnych komórek (tzw. wysepki Langerhansa). W 1889 r. J. von Mering i O. Minkowski udowodnili, że objawy cukrzycy można zaobserwować u psów, którym usunięto trzustkę. Po jakimś czasie te dwa fakty zostały skojarzone ze sobą i w ten sposób udowodniono, że cukrzyca to wynik uszkodzenia komórek odkrytych przez Langerhansa, które są odpowiedzialne za wytwarzanie insuliny. Na początku XX w. wielu badaczy podejmowało próby uzyskania wyciągu z wysp trzustkowych do celów leczniczych. W 1921 r. udało się to w Toronto F. Bantingowi i Ch. Bestowi: wyciąg zawierający hormon początkowo nazwano isletyną, a potem – insuliną. Zaaplikowanie tej substancji choremu czternastolatкови z Toronto – Leonardowi Thompsonowi – spowodowało ustąpienie wszystkich objawów niedoboru insuliny. To był zwrot w historii leczenia cukrzycy, ponieważ dotychczas u chorych stosowano drakońską dietę bezwęglowodanową. Nadal jednak nie uzyskano odpowiedzi na pytanie, dlaczego wyspy trzustkowe ulegają zniszczeniu. Kolejnym osiągnięciem było ustalenie sekwencji aminokwasowej insuliny, za co w 1958 r. F. Sanger otrzymał nagrodę Nobla. W tym samym roku po raz pierwszy zsyntetyzowano ją chemicznie. Insulina została zaakceptowana do stosowania u ludzi dopiero w 1982 r.

Insulina to hormon produkowany przez komórki B (beta) wysepek Langerhansa w trzustce. U osoby chorej ulegają one zniszczeniu, co przyczynia się do niedoboru lub całkowitego braku insuliny (Tatoń, Czech, 2003). W 90% za zniszczenie tych komórek odpowiadają przeciwciała obecne u każdego człowieka, których rolą jest obrona przed zachorowaniem na choroby wirusowe i bakteryjne. Czasami przeciwciała zaczynają się mylić i zamiast bakterii i wirusów niszczą własne tkanki: komórki mózgowie, komórki tarczycy, kolagen lub komórki B trzustki produkujące insulinę (tamże). Dotychczas nie odkryto przyczyny tej anomalii. Obecnie znamy cztery rodzaje przeciwciał, których znaczenie w procesach niszczenia komórek B trzustki zostało dokładnie opisane i udokumentowane. Z przeprowadzonych badań wynika, że przeciwciała te mogą się pojawić po zachorowaniu na choroby wirusowe (np. świnkę), po kontakcie z niektórymi produktami konserwującymi i w innych sytuacjach. Mogą wystąpić w organizmie na wiele miesięcy lub nawet lat przed ujawnieniem się cukrzycy, stopniowo uszkadzając, a następnie niszcząc komórki B trzustki. Etap ten nazwany jest okresem przedcukrzycowym – prediabetes (Tatoń, Czech, 2003; 2009). Cukrzyca częściej pojawia się w rodzinach, w których stwierdzono zachorowalność we wcześniejszych pokoleniach, co wskazuje na dziedziczność, ale również niektóre pokarmy, związki chemiczne oraz grzybiczne przyczyniają

się do powstania cukrzycy (tamże). Od 1997 r. stosowana jest etiologiczna klasyfikacja cukrzycy zaproponowana przez Komitet Ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Cukrzycowego. Wyodrębniono dwa typy choroby. Bezpośrednią przyczyną cukrzycy typu 1 jest wyniszczenie komórek B trzustki. U chorych stwierdza się autooprzeciwiactwa skierowane przeciw komórkom wysp trzustki. Pojawiają się one w chwili stwierdzenia hiperglikemii na czczo. Choroba ta ma najprawdopodobniej podłoże genetyczne, ponieważ jest związana z układem HLA. Do uszkodzenia komórek B wysp trzustki dochodzi najszybciej u niemowląt i dzieci, natomiast znacznie wolniej u dorosłych. Pierwszym objawem choroby cukrzycowej typu 1 jest kwasica ketonowa lub przebiegająca w łagodny sposób hiperglikemia na czczo, która wskutek stresu lub zakażenia może przybrać formę ostrej hiperglikemii lub kwasicy ketonowej. Przyczyny pojawienia się choroby nie są znane, jednak duże znaczenie przypisuje się tutaj dziedziczeniu. Ten typ choroby obserwuje się głównie u osób pochodzenia afrykańskiego lub azjatyckiego (Pączek i in., 2004). Cukrzyca typu 2 dotyczy osób z insulinopornością i częściowym niedoborem insuliny. Większość chorych to osoby otyłe, u których nadmiar tłuszczu odkłada się w okolicach jamy brzusznej. Oporność na insulinę to brak prawidłowej reakcji receptorów tkankowych – może ulec zmianie po zmniejszeniu masy ciała lub zastosowaniu farmakologicznego leczenia hiperglikemii, rzadko jednak uzyskuje się stan prawidłowy. Hiperglikemia rozwija przez wiele lat bezobjawowo, przez co cukrzyca typu 2 długo pozostaje nierozpoznawalna. Ryzyko pojawienia się choroby zwiększa się z wiekiem, sprzyja jej otyłość oraz siedzący tryb życia. Częściej występuje u osób z nadciśnieniem tętniczym lub zaburzeniami lipidowymi, ale dużą rolę odgrywają też predyspozycje genetyczne (tamże). Istnieją też inne typy cukrzycy: związane z genetycznymi defektami komórek, nieprawidłowościami działania insuliny, z chorobami części wydzielniczej trzustki i zakażeniami oraz cukrzyca ciążowa (tamże). Przełomem w leczeniu cukrzycy było wprowadzenie na rynek w latach 80. XX w. małego urządzenia do mierzenia stężenia glukozy we krwi – glukometru. Możliwość samodzielnego wykonania pomiaru pozwoliła chorym na uniezależnienie się od pomocy innych osób oraz dała im poczucie komfortu i bezpieczeństwa. Kontrolowanie stężenia glukozy we krwi pomaga w normalizacji glikemii, zapobiega hipo- i hiperglikemii oraz zmniejsza ryzyko powikłań cukrzycy w późniejszym czasie. Dostarcza też informacji o konieczności zmiany dawek insuliny i dostosowania diety. U dzieci i młodzieży czynnikiem decydującym o wyborze rodzaju insuliny jest tryb życia, stopień wysiłku fizycznego i dieta. Cukrzyca nie powinna przeszkadzać w realizacji planów, w nauce, w kontaktach z rówieśnikami oraz nie powinna stanowić przeszkody w spożywaniu ulubionych pokarmów.

Znaczenie zdrowia fizycznego i kultury fizycznej dla wszechstronnego rozwoju dzieci i młodzieży

Prawidłowy rozwój ruchowy jest warunkiem pierwotnej aktywności własnej niemowlęcia, która z wiekiem przybiera coraz bardziej różnorodne formy i dotyczy stopniowo poszerzanej przestrzeni poznawczej dziecka. Wszystkie przejawy działalności człowieka dorosłego wywodzą się z wczesnodziecięcej kondycji fizycznej umożliwiającej prawidłowe reagowanie na bodźce świata zewnętrznego. W teorii rozwoju inteligencji J. Piageta (1964) znajdujemy jednoznaczne wskazanie na udział i znaczenie sfery motorycznej dla funkcji intelektualno-poznawczych w pierwszych dwóch latach życia, dlatego dbałość o rozwój fizyczny wydaje się jednym z ważniejszych zadań wychowawczych. Opóźnienie rozwoju motorycznego dziecka spowalnia proces adaptacji do życia w społeczeństwie, ogranicza zakres poznania, hamuje rozwój procesów psychicznych i sprawności umysłowej. W sytuacji choroby przewlekłej, jaką jest cukrzyca, świadomość deficytu biologicznego i konieczność przestrzegania pewnych procedur związanych z mierzaniem poziomu cukru i aplikowaniem lekarstwa może powodować poczucie niepewności i braku bezpieczeństwa, świadomość ograniczonej swobody w realizowaniu własnych marzeń i celów życiowych oraz wrażenie mniejszej wartości w świecie sprawnych, zdrowych, „uprzywilejowanych”.

Kulturę fizyczną określa się jako względnie zintegrowany i utrwalony system zachowań w dziedzinie dbałości o rozwój fizyczny, sprawność ruchową, a także zdrowie, urodę, cielesną doskonałość i ekspresję (Krawczyk, 1995 s. 28). Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na stopniowo wzrastającą rolę sprawności fizycznej w procesie rozwojowym: początkowo wszystkie funkcje intelektualne dziecka są podporządkowane jego możliwościom sensorycznym i motorycznym, z czasem, kiedy zaczyna być ono coraz bardziej samodzielne – precyzja ruchów i sprawność fizyczna pod względem opanowania przestrzeni staje się nie tylko warunkiem jego rozwoju poznawczego, ale także emocjonalno-społecznego, a osiągnięcia w zakresie coraz większej sprawności fizycznej są jednym z ważnych elementów kreowania poczucia własnej wartości przedszkolaka. W okresie szkolnym aspekt fizyczny jest wciąż jednym z bardziej widocznych zewnętrznych przejawów rozwoju: dziecko intensywnie rośnie, zmieniają się jego rysy twarzy, nabiera siły fizycznej i lubi popisywać się swoją zręcznością, a typowe zabawy okresu wczesnoszkolnego – zwłaszcza chłopców – sprzyjają doskonaleniu sprawności fizycznej. Dziewczęta w tym czasie także preferują gry i zabawy zręcznościowe. Dzieci uczą się podczas tych zabaw współdziałania i współzawodnictwa, a to już są elementy gier sportowych. Wreszcie okres dojrzewania – szczególnie u chłopców – jest czasem szczególnej dbałości o spraw-

ność fizyczną, kształtowanie sylwetki, a osiągnięcia sportowe traktowane są jako powód do dumy i bardzo ważny aspekt obrazu siebie, mający zdolność podwyższania poczucia własnej wartości. Dziewczęta w tym czasie większą wagę przywiązują do urody, ale zgrabna sylwetka, którą można kształtować za pomocą ćwiczeń gimnastycznych, jest przez nie również mocno doceniana i pożądana. W ten sposób stają się bardziej atrakcyjne fizycznie, a jest to okres, w którym zainteresowanie płcią przeciwną jest naturalnym przejawem dojrzewania fizjologicznego, psychicznego i społecznego. Podobnie zresztą chłopcy chcą być bardziej atrakcyjni dla dziewcząt i to jest dla nich dodatkowy motyw dbania o kondycję fizyczną. Okres dojrzewania jest tym szczególnym czasem, kiedy dużej znaczenia w wartościowaniu rówieśnika i siebie samego nabiera fizyczny aspekt rozwoju.

Ustawa o kulturze fizycznej (1996) głosi, że kultura fizyczna jest częścią kultury narodowej chronionej przez prawo. Obywatele bez względu na płeć, wyznanie, rasę oraz stopień i rodzaj niepełnosprawności mają równe prawo do różnych form kultury fizycznej. Istniejące przepisy stwarzają więc sprzyjające warunki do rozwoju kultury fizycznej i nadają jej także określoną wartość, co pozostaje w harmonii z potrzebami rozwojowymi – szczególnie okresu dojrzewania, kiedy młodzież samodzielnie wybiera ulubiony model własnej aktywności.

Aspekt wartości związanych z kulturą fizyczną podejmuje J. Kosiewicz (1986, s. 33). Sytuuje je w obrębie wartości subiektywnych (idee, normy, wzory, cele przyjmowane i uznawane) oraz obiektywnych (kształtowanie materii cielesnej, sprawności ruchowej i cech motoryczności jednostki). Według Kosiewicza kultura fizyczna dostarcza wielu wartości społecznych, jest źródłem istotnych inspiracji do wzajemnych kontaktów, urzeczywistniania wspólnych celów i współdziałania, a przy tym nie narusza odrębności i autonomiczności jednostki (tamże). Zainteresowanie pedagogów kulturą ciała oraz potrzebą rozwijania dzieci i młodzieży nie tylko pod względem kształtowania ich umysłu i osobowości, ale także pod względem sprawności fizycznej, znalazło wyraz w powstaniu specjalności zwanej pedagogiką kultury fizycznej i zdrowotnej. J. Kosiewicz (tamże, s. 99–127) w tym kontekście podkreśla wymiar głębszego wniknięcia w proces kształtowania się jednostki w świecie wartości kulturowych i społecznych. Dzieci i młodzież szkolna są objęte obowiązkiem wychowania fizycznego, które jest zamierzoną i świadomą działalnością ukierunkowaną na wytworzenie właściwego zespołu postaw i nastawień, przekazywanie podstawowych wiadomości, a także na wdrażanie do hartowania na bodźce środowiskowe oraz zdobywanie motorycznej sprawności, poprawę wydolności i postawy ciała. Kategorie te wyznaczają zachowanie człowieka w stosunku do jego fizycznej (cielesnej) postaci (Osiński, 1991, s. 54). Ważnym komponentem wychowa-

Tabela 1. Zadania realizowane w toku wychowania fizycznego

Aspekt fizjologiczny	Aspekt psychiczny	Aspekt społeczno-wychowawczy
<ul style="list-style-type: none"> • podnoszenie wydajności układu krążenia, oddychania, regulacja procesów przemiany materii; • wzmacnianie narządów ruchu; • rozwijanie zdolności organizmu do adaptacji w zmieniających warunkach środowiska zewnętrznego – hartowanie organizmu; • korygowanie nieprawidłowości rozwojowych i kształtowanie prawidłowej postawy ciała; • rozwijanie umiejętności ekonomicznej pracy mięśni podczas wykonywania ćwiczeń ruchowych; • kształtowanie czucia kinetycznego; • wyrabianie poczucia równowagi; • kształtowanie koordynacji wzrokowo-ruchowej; • rozwijanie pamięci ruchowej; • kształtowanie prawidłowej reakcji na bodźce i oddziaływanie w kierunku skracania czasu reakcji. 	<ul style="list-style-type: none"> • budzenie zamiłowania do różnych form aktywności ruchowej; • wyrabianie poczucia celowości ruchu, kształtowanie poczucia rytmu i tempa; • rozwijanie orientacji w czasie i przestrzeni; • postępy w rehabilitacji mowy; • rozwijanie spostrzegawczości, wyobraźni, pamięci, umiejętności koncentrowania uwagi, myślenia; • kształtowanie orientacji w schemacie ciała, rozwijanie jednorodnej lateralizacji; • wdrażanie do aktywności społecznie akceptowanej; • rozwijanie wiary we własne siły; • rozwijanie umiejętności odczuwania zadowolenia z własnej pracy, z prawidłowo wykonanego polecenia. 	<ul style="list-style-type: none"> • kształtowanie takich cech charakteru jak: punktualność, obowiązkowość, sumienność, wytrwałość, odwaga, zdyscyplinowanie, koleżeńskość; • wyrabianie umiejętności zachowania norm współżycia powszechnie obowiązujących w społeczeństwie; • wdrażanie do przestrzegania zasad bezpieczeństwa; • kształtowanie umiejętności samodzielnego zaspokajania potrzeby ruchu w naturalnych warunkach środowiska – wdrażanie do czynnego wypoczynku; • wdrażanie do przebywania na świeżym powietrzu; • utrwalanie nawyków higienicznych; • wpajanie zasad poszanowania mienia społecznego; • obniżanie napięć seksualnych poprzez wyładowanie energii.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. Dziedzic (1978, s. 79–80).

nia fizycznego jest motoryczność człowieka, czyli zespół zdolności i umiejętności ruchowych. Wszelkie zachowania ruchowe w każdym niemal momencie są wypadkową oddziaływania mnogości czynników biologicznych oraz społeczno-kulturowych. Motoryczność jest cechą niezwykle istotną dla każdego człowieka, wpływa na takie obszary życia ludzkiego jak emocje, zdolności poznawcze, cechy charakteru czy motywacja. To ona jest podstawą zdrowia i dobrego samopoczucia, ponadto warunkuje naszą wydajność przy

pracy. Zintegrowanie tak wielu ważnych elementów w jednej ludzkiej zdolności, jaką jest motoryczność, stawia ją tym samym pośród najważniejszych czynników modelujących i wzbogacających człowieka w wartości osobiste i kulturowe, witalne i moralne (tamże, s. 100).

Wychowanie fizyczne dysponuje wszechstronnymi środkami oddziaływania na rozwój fizyczny i psychiczny zarówno osoby zdrowej, jak i chorej czy niepełnosprawnej. Deficyty w sprawności ruchowej, które wykazuje jednostka, można uzupełnić przez prawidłowo zorganizowany proces ćwiczenia – przy zachowaniu właściwej atmosfery pracy i wywołaniu u dziecka odpowiednio silnej motywacji. Ćwiczenia fizyczne kształtują takie cechy osobowości jak: aktywność, zdyscyplinowanie, wytrwałość, umiejętność współzycia w zespole, poczucie wiary we własne siły.

J. Dziedzic (1978) przytacza szereg zadań realizowanych w toku wychowania fizycznego. Ujmuje je w trzech aspektach: fizjologicznym, psychicznym i społeczno-wychowawczym.

Aktywność fizyczna w leczeniu cukrzycy

Od połowy XX w. dokonuje się ogromny postęp w produkcji różnych urządzeń, które zarówno w zakładach pracy, jak i w gospodarstwie domowym minimalizują ludzki wysiłek, tym samym ograniczając aktywność fizyczną. Ekonomiczne korzyści płynące z tych zmian – z produkcji samych urządzeń czy z zastępowania ludzkiej pracy pracą maszyn i komputerów – nie podlegają dyskusji i są prawdopodobnie w dalszym ciągu skrupulatnie kalkulowane. Jednak postęp techniki nie zawsze idzie w parze ze zdroworozsądkowym korzystaniem z oferowanych udogodnień, a człowiek używający ogólnodostępnego sprzętu nie tylko oszczędza własne siły i czas, ale – mając tendencje do ułatwiania sobie życia – stopniowo rezygnuje z wysiłku fizycznego i z wszelkiej aktywności fizycznej. Sposób spędzania wolnego czasu wyznaczają programy telewizyjne i radiowe, Internet. To sprzyja siedzącemu trybowi życia i małej aktywności fizycznej. Wszechobecny dzisiaj komputer obliuguje wręcz większość ludzi aktywnych zawodowo do pracy siedzącej, niemal ciągłej, bo zwalnia nas także z jakichkolwiek ram czasowych czy przestrzennych, w których praca może być wykonywana. Zwalniając jednostkę z wysiłku fizycznego, na rzecz wzmożonego – nieraz do granic wytrzymałości – wysiłku intelektualnego, ludzkość wpada w pułapkę, którą sama na siebie zastawia.

Choroba cukrzycowa nie zaburza funkcji intelektualnych, dlatego praca z i za pośrednictwem komputera – bez konieczności wychodzenia z domu – jest także dla tej grupy ludzi atrakcyjną formą zarabiania pieniędzy, realizacji

siebie, zaspokajania wielu potrzeb poznawczych, kulturalnych, a nawet towarzyskich. Tymczasem sport, rekreacja połączona z ruchem i umiarkowany wysiłek fizyczny bardzo korzystnie wpływają na poprawne stężenie glukozy we krwi, ogólną kondycję psychofizyczną – i zapobiegają otyłości, która jest efektem złej przemiany materii. A. Buczkiewicz (2009) zwraca uwagę, że systematyczne ćwiczenia sportowe przyczyniają się u osób chorych na cukrzycę do wzmocnienia układu krążenia i serca, poprawy wydolności układu oddechowego, wzmocnienia aparatu mięśniowego i więzadłowego, zwiększenia wrażliwości tkanek na insulinę i generalnie wspomagają proces leczenia, zapobiegając pogłębianiu się choroby oraz towarzyszącym jej powikłaniom. Jak na aktywność, która zazwyczaj jest wykonywana dla przyjemności i bez przymusu, uprawianie sportu przynosi bardzo dużo korzyści. Oczywiście są też i przeciwskazania (bezwzględne i względne) do uprawiania sportu przez osoby chore na cukrzycę (tamże). Dzięki temu, że znane są pozytywne efekty i zagrożenia, podjęcie aktywności sportowej przez tę grupę chorych jest poddawane kontroli, co zapobiega ewentualnym negatywnym procesom zachodzącym w organizmach entuzjastów sportu. Jednocześnie wiadomo, że sama aktywność sportowa nie obniży np. wysokiego poziomu cukru we krwi, jeśli równocześnie nie będą podawane odpowiednie leki, które chory przyjmuje codziennie. U osób obarczonych ryzykiem chorobowym aktywność sportowa może spowalniać progresję stanów przedcukrzycowych w kierunku cukrzycy (Pan i in., 1997; Knowler i in., 2002; Laaksonen i in., 2005).

Dyskusyjny jest pozytywny wpływ aktywności sportowej u osób chorych na cukrzycę typu 1: znaczne wahania stężenia glukozy we krwi, które mogą wystąpić zarówno w trakcie, jak i po wysiłku, są głównym argumentem przeciwko zwiększonej aktywności fizycznej tych osób, ale w cukrzycy typu 2 aktywność sportowa jest wręcz podstawą leczenia choroby (Ponikowska, Adamczyk, 2006; Wilmore i in., 2007). Wpływ treningu fizycznego na metaboliczne wyrównanie chorych na cukrzycę wyjaśniają E. Otto-Buczkowska i U. Mazur (2006):

W czasie wysiłku fizycznego dochodzi do zwiększonego wykorzystywania substratów energetycznych, zwiększone zostaje ich uwalnianie z magazynów tkankowych i udostępnianie do przemian. Głównym substratem energetycznym, zwłaszcza w pierwszym etapie pracy mięśniowej, jest glukoza pochodząca z glikogenu, krążąca we krwi oraz syntetyzowana w wątrobie. Jednakże zapasy glukozy zmagazynowane w formie glikogenu w mięśniach i wątrobie nie są zbyt duże i przy dłuższym trwającym wysiłku fizycznym szybko ulegają całkowitemu wyczerpaniu. Po zakończeniu pracy następuje resynteza glikogenu, który to proces jest stymulowany przez insulinę. Wykorzystanie glukozy jako substratu energetycznego w czasie wy-

siłku fizycznego wpływa na jej poziom we krwi. [...] W wyniku aktywnego spalania glukozy w mięśniach w czasie wysiłku fizycznego powstają mleczany, których stężenie jest tym większe, im intensywniejszy był wysiłek. U chorych na cukrzycę z niedoborem insuliny, stężenie mleczanu może być nie tylko większe niż u osób zdrowych, ale też dłużej się utrzymywać w surowicy krwi. Drugim ważnym substratem energetycznym obok glukozy są wolne kwasy tłuszczowe (WKT), które są uwalniane do krwi głównie z tkanki tłuszczowej. Wysiłek fizyczny zwiększa lipolizę i uwolnienie WKT, wywiera korzystne działanie na profil lipidowy krwi. Pod wpływem wysiłku fizycznego następuje obniżenie stężenia cholesterolu całkowitego i LDL cholesterolu oraz triglicerydów, natomiast stężenie HDL cholesterolu ulega podwyższeniu, zwłaszcza frakcja HDL2. Wysiłek fizyczny wywiera też korzystne działanie na układ krążenia, korzystnie modyfikuje bowiem gospodarkę lipidową, zmniejsza insulinooporność, powoduje zmniejszenie aktywności katecholamin, zwiększenie aktywności fibrynolitycznej osocza, zmniejszenie procesów krzepnięcia, wzrost aktywności układu antyoksydacyjnego. W czasie wysiłku fizycznego istotnie wzrasta wysycenie krwi tlenem (tamże, s. 2).

Dorastająca młodzież może mieć większe problemy z kontrolą glikemii, ponieważ zmiany hormonalne mogą zaburzać procesy metaboliczne organizmu, ale mimo to uprawianie sportu przynosi im więcej korzyści niż zagrożień. Ważne jest jedynie staranne prowadzenie samokontroli oraz edukacja nauczycieli i rodziców. Przeciwskazaniem do podejmowania aktywności fizycznej są przewlekłe powikłania cukrzycy takie jak retinopatia, nefropatia, czy neuropatia, ale u młodzieży zdarzają się one rzadko (tamże). Uprawianie sportu na zasadzie aktywnego spędzania wolnego czasu jest czymś innym niż sport wyczynowy, ale obie formy działalności sportowej są dostępne dla osób z chorobą cukrzycową – pod warunkiem konsultacji i opieki medycznej. Sporty – zwłaszcza wyczynowe – wymagają odpowiedniej wiedzy i przygotowania, a także badań, które pozwalają na określenie warunków uprawiania dyscyplin wyczynowych (Noczyńska, 2009). Lekarz dopuszczający pacjenta do uprawiania określonej dyscypliny określa jego indywidualne zapotrzebowanie na glukozę, ustala odpowiednie dawki insuliny, stale czuwa nad organizmem sportowca. Osiągnięcia sportowe diabetycy zawdzięczają poznaniu swojego ciała, prawidłowemu dobraniu dawki insuliny oraz świadomości zapotrzebowania na glukozę (tamże). Niewiele jest opracowań naukowych na temat sportowców-diabetyków podejmujących sporty wyczynowe. Wśród dostępnych dla osób chorych na cukrzycę dyscyplin sportowych wymienia się: golf, narciarstwo, kajakarstwo, nurkowanie (do niedawna zakazane dla chorych leczonych insuliną), piłkę nożną. Reżim wielokrotnej kontroli poziomu cukru we krwi przed treningiem, w czasie wysiłku i po treningu jest warunkiem utrzymywania dobrej kondycji psy-

chofizycznej sportowca. Oprócz tego każdy posiłek musi być odpowiednio zaplanowany w czasie i zawierać odpowiednią ilość węglowodanów. To nie są zadania dla osoby niezdyscyplinowanej i niezorganizowanej, ale jak pokazuje praktyka – możliwe do zrealizowania. Wśród znanych sportowców wyczynowych cierpiących na cukrzycę typu 1 jest Michał Jedliński, czterokrotny mistrz świata w wioślarstwie i mistrz olimpijski z Pekinu. Steven Redgrave to również znakomity wioślarz chory na cukrzycę, pięciokrotny złoty medalista olimpijski. Wojciech Opatowicz w 2005 r. (wówczas 18-latek) podczas wyprawy na Mont Blanc doszedł na 4200 m n.p.m. Piotr Szczeciński, szermierz z Gliwic, jako 15-latek zdobywał medale na krajowych i zagranicznych zawodach. Gary Hall Jr., amerykański pływak, jest zdobywcą 5 złotych, 3 srebrnych i 2 brązowych medali olimpijskich (Geiger, b.d.). Gary Blakie, u którego zdiagnozowano cukrzycę typu 1, gdy miał 12 lat – w wieku 21 lat na mistrzostwach w Wielkiej Brytanii zajął 8. miejsce w triathlonie (*Triathlon and Long Distance Walking*, b.d.). Toby Petersen i Brandon Jandon Crombeen to dwaj hokeiści z ligi NHL, którzy od dzieciństwa chorują na cukrzycę. Jednym z najlepszych w Stanach Zjednoczonych narciarzy biegowych jest Kris Freeman, chory na cukrzycę typu 1 (*Diabetes Success Story: Olympian Kris Freeman*, b.d.).

Powyższe przykłady przekonują, że cukrzyca – zarówno typu 1, jak i 2 – nie jest przeciwwskazaniem do podjęcia nawet wyczynowej aktywności sportowej. Wymagana jest tylko świadomość ryzyka i zagrożenia u osoby uprawiającej sport, a także wiedza trenera i innych osób z otoczenia sportowca, jak postępować w wypadku nagłego złego samopoczucia i spadku kondycji psychofizycznej. Sam chory natomiast powinien umieć przeciwdziałać takim sytuacjom poprzez właściwy sposób odżywiania, dawkowanie leków i ogólną samodyscyplinę – nie tylko sportowca, ale także pacjenta.

Bibliografia

- Buczkiwicz A. (2009). *Gimnastyka diabetyka. Cukrzyca a wysiłek fizyczny*, Warszawa: ViMedia.
- Bała M.M., Płackiewicz-Jankowska E., Leśniak W., Topór-Mądry R., Michałajko M., Jankowski M., Strzeszyński L., Sieradzki J., Czupryniak L., ARETAEUS2 Study group (2013). Management and treatment goals in Polish patients with type 2 diabetes of short duration: results of the ARETAEUS2-Grupa study, *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, vol. 123, s. 573–581.
- B.J. Crombeen, https://en.wikipedia.org/wiki/B._J._Crombeen [dostęp: 25.05.2017].
- Diabetes Success Story: Olympian Kris Freeman* (b.d.), <http://www.lillydiabetes.com/diabetes-success-story-olympian-kris-freeman.aspx?ht=> [dostęp: 25.05.2017].

- Dylewicz P. (2000). Cukrzyca a ćwiczenia fizyczne, *Rehabilitacja Medyczna*, nr 4, s. 12–27.
- Dziedzic J., Dłużewska W., Wieczorek B. (1978). *Kultura fizyczna w szkołach i zakładach dla upośledzonych umysłowo*, Warszawa: WSiP.
- Fabian W., Majkowska L., Stefański A., Molęda P. (2004). Ocena częstości występowania cukrzycy i jej powikłań u osób pozostających pod opieką lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, *Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna*, vol. 4, nr 1, s. 31–34.
- Farrell P.A. (2003). Diabetes, exercise and competitive sports, *Sports Science Exchange*, vol. 16, nr 3, s. 1–6.
- Geiger D. (b.d.). Gary Hall Jr., *Champion for Diabetes*, Diabetic Living, <http://www.diabeticlivingonline.com/community/celebrities/gary-hall-jr-champion-diabetes> [dostęp: 25.05.2017].
- Knowler W.C., Barrett-Connor E., Fowler S.E., Hamman R.F., Lachin J.M., Walker E.A., Nathan D.M. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin, *The New England Journal of Medicine*, vol. 346, nr 6, s. 393–403.
- Kosiewicz J. (1986). *Kultura fizyczna, osobowość, wychowanie. Zagadnienia metodologiczne*, Warszawa: Wydawnictwo AWF.
- Krawczyk Z. (1995). *Socjologia kultury fizycznej*, Warszawa: Wydawnictwo AWF.
- Laaksonen D.E. i in. (2005). Physical activity in the prevention of type 2 diabetes: the Finnish Diabetes Prevention Study, *Diabetes*, vol. 54, nr 1, s. 158–165.
- Marchewka A. (1999). *Wychowanie fizyczne specjalne*, Kraków: AWF.
- Nagi D. (red.) (2005). *Exercise and sport in diabetes*, Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Niebieska księga cukrzycy* (2013), koalicja-cukrzyca.pl/docs/blue_paper_raport_cukrzyca_to.pdf.pdf [dostęp: 25.05.2017].
- Noczyńska A. (2009). *Edukacja w cukrzycy typu 1. Poradnik dla dzieci i rodziców*, Gdańsk: VM Media.
- Osiński W. (1991). *Antropomotoryka*, Poznań: Wydawnictwo AWF.
- Otto-Buczowska E., Mazur U. (2006). Aktywność fizyczna – ważny element w terapii cukrzycy, *Lider*, nr 2, s. 3–4.
- Pan X.R. i in. (1997). Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance: the Da Qing IGT and diabetes study, *Diabetes Care*, vol. 20, nr 4, s. 537–544.
- Pączek L. (red.) (2004). *Choroby wewnętrzne*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Pączek L., Mucha K., Foroniewicz B. (red.) (2004). *Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Piaget J. (1964) *Six études de psychologie*, Genève: Éditions Gonthier.
- Ponikowska I., Adamczyk P. (2006). Wysiłek fizyczny – ważny element leczenia cukrzycy typu 1, [w:] Otto-Buczowska E. (red.). *Cukrzyca typu 1*, Wrocław: Cornetis, s. 114–131.

- Sławni ludzie z cukrzycą* (2015), MojaCukrzyca.org, <http://www.mojacukrzyca.org/?a=text&id=159> [dostęp: 25.05.2017].
- Sobiecka J. (2009). Sport osób niepełnosprawnych, [w:] Kowalik S. (red.). *Kultura fizyczna osób z niepełnosprawnością. Dostosowana aktywność ruchowa*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 237–309.
- Szewczyk A. (red.) (2013). *Pielęgniarstwo diabetologiczne*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Tatoń J., Czech A. (2000). *Cukrzyca. Podręcznik edukacji terapeutycznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tatoń J., Czech A. (2003). *Standardy rozpoznawania i leczenia cukrzycy*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Tatoń J., Czech A. (2009). *Cukrzyca. Podręcznik diagnostyki i terapii*, Katowice: Wydawnictwo Elamed.
- Tatoń J., Czech A., Bernas M.W. (2008). *Diabetologia kliniczna*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Toby Petersen*, Wikipedia, https://en.wikipedia.org/wiki/Toby_Petersen [dostęp: 25.05.2017].
- Triathlon and Long Distance Walking*. Gary Blakie (b.d.), www.runsweet.com/diabetes-and-sport/triathlon/ [dostęp: 25.05.2017].
- Ustawa z dnia 18 stycznia 1996 r. o kulturze fizycznej, Dz.U. nr 25, poz. 113.
- Wilmore J.H., Costill D.L., Kenney W.L. (2007). *Physiology of sport and exercise*, Champaign, IL: Human Kinetics.

Część czwarta
**Sportowcy niepełnosprawni w działaniu
i w oczach innych**



Grzegorz Więclaw, Marcin Kochanowski

Psychologowie sportu

Na pierwszym planie – sport! Praktyczne zastosowanie psychologii sportu we współpracy z kadrami narodowymi osób niepełnosprawnych w sportach drużynowych

Streszczenie

Niniejszy rozdział omawia praktyczne kwestie związane z zastosowaniem psychologii sportu i treningu mentalnego na potrzeby drużynowych sportów paraolimpijskich – koszykówki na wózkach oraz rugby na wózkach. Autorzy zestawiają w nim swoje praktyczne doświadczenia osób pracujących z kadrami narodowymi ze stosowaną literaturą przedmiotu. Przedstawiona zostaje charakterystyka obu dyscyplin i specyfika współpracy psychologa z zespołem złożonym głównie z osób poruszających się na wózkach. Tekst uwzględnia przykłady związane z diagnozą potrzeb, planowaniem, interwencjami oraz ich monitorowaniem – dotyczące zarówno indywidualnego zawodnika, jak i całej drużyny.

Główny nacisk położono na przedstawienie psychologa sportu, który traktuje sportowca niepełnosprawnego przede wszystkim jak sportowca, a nie osobę niepełnosprawną (Harrahan, 1998). Psychologa, który w środowisku sportu osób niepełnosprawnych znajduje kreatywne rozwiązania w taki sposób, aby jak najlepiej zaadaptować narzędzia ze swojego warsztatu do potrzeb swoich podopiecznych z różnymi niepełnosprawnościami.

Na koniec autorzy proponują – przygotowany na podstawie ich własnych doświadczeń – zbiór najważniejszych wskazówek dla innych praktyków i badaczy psychologii sportu związanych ze środowiskiem sportu osób niepełnosprawnych.

Słowa kluczowe: psychologia sportu, trening mentalny, niepełnosprawność, sport drużynowy

*Potrzebujemy dostępu do specjalistów,
szczególnie w obszarze psychologii sportu.*

Michael D. Goodling, łuczniczka paraolimpijska (Asken, 1989, s. 169).

Wprowadzenie

Psychologia sportu staje się coraz bardziej popularna w światowym środowisku sportu osób niepełnosprawnych (Bawden, 2006). Sami zawodnicy są otwarci na takich specjalistów (Asken, 1989) i jeśli mają możliwość, chętnie podejmują z nimi współpracę (Page i in., 2001). To nic dziwnego – taka współpraca przynosi obopólne korzyści. Zawodnicy otrzymują dodatkowe wsparcie w indywidualnym przygotowaniu mentalnym do treningu i zawodów, a także pomoc przy budowaniu spójnego zespołu. Psychologowie natomiast zdobywają bardzo cenne doświadczenia, a w przekonaniu wielu praktyków, satysfakcja z takiej pracy jest nie do przecenienia.

W Polsce coraz wyraźniej dostrzega się potrzebę i potencjał współpracy psychologa sportu z populacją sportowców niepełnosprawnych. Mamy już psychologów sportu, którzy aktywnie udzielają się w tej właśnie sprawie. Ponieważ bardzo często nie wiadomo, od czego zacząć i jak zaadaptować narzędzia stosowanej psychologii sportu na potrzeby sportowców z niepełnosprawnościami (Hanrahan, 1998), skupiliśmy się na stworzeniu jasnego i praktycznego przekazu w tym zakresie.

Diagnoza potrzeb i plan współpracy

Kontekst współpracy

W ostatnich dziesięcioleciach sport osób niepełnosprawnych stał się ważną areną międzynarodowej rywalizacji, a największa tego typu impreza – igrzyska paraolimpijskie – jest uznawana za drugie najważniejsze wydarzenie sportowe na świecie, zaraz po igrzyskach olimpijskich (de la Vega, Rubio, 2014). Osoby niepełnosprawne, które decydują się trenować i współzawodniczyć, pragną osiągnąć sukces w swoich dyscyplinach tak samo jak sportowcy pełnosprawni.

W swojej praktyce wciąż spotykamy sportowców, którzy marzą o wyjeździe na imprezę główną, czyli igrzyska – zarówno te olimpijskie, jak i paraolimpijskie. Patrząc na zaangażowanie zawodników niepełnosprawnych w trening i współzawodnictwo sportowe, nie dostrzegamy większej różnicy między nimi a zawodnikami pełnosprawnymi (por. Dieffenbach, Statler, 2012). Marzenia jednych i drugich są bardzo podobne (Zupan, Swanson, 2016) – praktycznie każdy sportowiec pragnie uczestniczyć w podniosłych,

trudnych i prestiżowych zawodach, jakimi są igrzyska. Nie spotkaliśmy sportowca trenującego dyscyplinę, która wchodzi w program igrzysk, który nie chciałby w nich wystąpić.

O wzroście znaczenia tych imprez może świadczyć sama liczba uczestników. Na pierwszych nowożytnych igrzyskach olimpijskich w 1896 r. w Atenach spotkało się 311 zawodników (Górski i in., 1992). Na igrzyskach w Londynie w 2012 r. rywalizowało już blisko 11 tys. sportowców z całego świata. W igrzyskach paraolimpijskich w Londynie wzięło udział ponad 4200 zawodników i zawodniczek z ponad 160 krajów. Co ciekawe, ranga obydwu wydarzeń jest coraz bardziej podobna (de la Vega, Rubio, 2014). Pokazuje to dynamiczny rozwój, także marketingowy, sportu osób niepełnosprawnych.

W sporcie osób niepełnosprawnych uczestniczą osoby z niepełnosprawnością wrodzoną albo nabytą. Ta pierwsza grupa jest najczęściej oswojona ze swoim ciałem i bardzo dobrze zna swoje możliwości. Natomiast osoby po urazach, chorobach czy wypadkach mogą na początku czuć się zagubione. W poszukiwaniu nowego zadania, nowej roli w swoim życiu, nierzadko zaczynają uczęszczać na rehabilitację i zajęcia usprawniające. Aktywność fizyczna osób niepełnosprawnych jest rzeczywiście ważnym elementem powypadkowej rehabilitacji, reintegracji społecznej oraz szansą na aktywne, spełnione życie (Morgulec, Skrzypczyk, 2003), natomiast wbrew powszechnym przekonaniom sport osób niepełnosprawnych ma już niewiele wspólnego z rekreacją. Nierzadko zajęcia rehabilitacyjne są pierwszym krokiem do odnalezienia siebie w realiach własnej niepełnosprawności. Gdy pojawia się wsparcie zespołu – innych zawodników o podobnych przypadłościach, a także osób, które je doskonale rozumieją (np. trenerów, fizjoterapeutów, psychologów) – sport staje się pasją, sposobem na dalsze życie, a dla najwytrwalszych – wyczynem.

We własnej praktyce przekonaliśmy się, że sportowcy niepełnosprawni to zwykle ludzie o nieprzeciętnym charakterze. Badania potwierdzają nasze obserwacje: okazuje się, iż pewne umiejętności psychologiczne, np. radzenie sobie w trudnych sytuacjach (tzw. rezyliencja, ang. *resilience*; patrz np. Fletcher i Sarkar, 2012), są bardziej rozwinięte u sportowców niepełnosprawnych (np. Machida i in., 2013; Pensgaard i in., 1999; Cox i Davis, 1992). Potwierdzają to również liczne relacje zagranicznych praktyków psychologii sportu (np. Katz, 2014; de la Vega, Rubio, 2014; Bawden, 2006; Hanrahan, 1998).

Szczególną uwagę przykuwają jakościowe badania M. Machidy i współpracowników (2013), których przedmiotem byli amerykańscy rugbiści na wózkach. W zdecydowanej większości były to osoby z niepełnosprawnością nabytą, które przeszły przez życiową traumę związaną z wypadkiem i utratą zdrowia. Między innymi dzięki zaangażowaniu w profesjonalny sport wy-

kazali się wyjątkową rezyliencją, która w literaturze psychologicznej uważana jest za przejaw odporności psychicznej i umiejętność przetrwania różnych kryzysów życiowych. To oczywiście może przełożyć się na proces reintegracji społecznej po wypadku, ale przynosi również sporo korzyści na arenie zmagani sportowych. Najczęściej sportowcy niepełnosprawni, którzy rywalizują na poziomie międzynarodowym, akceptują już swoją niepełnosprawność i są bardzo zdeterminowani, aby osiągać sportowe cele (Bawden, 2006). Wyrazem tego może być fakt, że wielu koszykarzy i rugbistów traktuje swój wózek sportowy jako „narzędzie” do gry, podobnie jak kij w hokeju czy baseballu. Wózek sportowy może spełniać swoją funkcję tylko na boisku czy na bieżni – na co dzień osoby niepełnosprawne poruszają się na wózkach aktywnych, czasem zwanych żartobliwie „cywilnymi” albo „spacerowymi”. Siadając na wózek sportowy, osoba niepełnosprawna staje się sportowcem, traktuje go więc jak atrybut w świecie sportu, a nie jako symbol własnych braków czy niedoskonałości.

Rekonesans

Przed podjęciem współpracy ze sportowcami nieznannej wcześniej dyscypliny najważniejsze jest dla psychologa poznanie jej od podszewki. Na etapie rekonesansu warto przeczytać zasady gry i zadawać mnóstwo pytań, a także obserwować treningi i mecze, by zrozumieć, z czego wynika określona taktyka, zagrania czy zachowania. Wówczas psycholog staje się partnerem do rozmowy zarówno dla zawodnika, jak i innych członków sztabu. Im lepiej pozna się dyscyplinę, tym skuteczniej będzie można zaplanować i wdrożyć program treningu mentalnego, który jest dopasowany nie tylko do potrzeb konkretnej grupy osób, ale i do specyfiki danego sportu. W poszukiwaniu wiedzy i inspiracji dobrze jest przestudiować strony internetowe poszczególnych federacji sportowych (rugby na wózkach: <http://iwrf.com/>, koszykówka na wózkach: <http://iwbf.org>) i Międzynarodowego Komitetu Paraolimpijskiego (<http://paralympic.org/>), a także zapoznać się z bieżącą literaturą naukową i popularnonaukową. Bardzo pomocne mogą okazać się biografie sportowców niepełnosprawnych (np. Zupan, Swanson, 2016; Dutkiewicz, 1999) oraz filmy, np. *Murderball* (2005) o amerykańsko-kanadyjskiej rywalizacji w rugby na wózkach w drodze na igrzyska paraolimpijskie w Atenach i *Droga do Londynu* (2013) prezentujący sylwetki polskich koszykarzy na wózkach oraz ich przygotowania do startu w igrzyskach paraolimpijskich w Londynie.

Z naszego rekonesansu wyniknęło kilka istotnych dla późniejszej pracy wniosków. Zarówno koszykówka, jak i rugby na wózkach to sporty drużynowe, w których współzależność zawodników na boisku jest bardzo wysoka. Dlatego oprócz indywidualnego przygotowania zawodnika (kondycyjnego, mentalnego, technicznego i taktycznego) niezbędne na drodze do sukcesu

są umiejętności społeczne: współpraca i komunikacja, a także odpowiednia atmosfera w zespole. Wiele sportowych przykładów i doświadczenia własne autorów potwierdzają maksymę „mistrzowska drużyna pokona drużynę pojedynczych mistrzów”. Stąd w naszych działaniach realizowaliśmy wiele warsztatów teambuildingowych, aby scalić zespół i stworzyć w nim pozytywną atmosferę.

Na etapie rekonesansu niezmiernie ważne jest również poznanie i zrozumienie niepełnosprawności, z którymi ma się do czynienia, co pozwoli ocenić potrzeby i możliwości zawodników na zajęciach z treningu mentalnego (de la Vega, Rubio, 2014, Bawden, 2006). Rodzaj niepełnosprawności w dużej mierze kształtuje sposób pracy. Tworząc program treningu mentalnego, trzeba wziąć pod uwagę ewentualne różnice między zawodnikami wynikające ze stopnia ich niepełnosprawności ruchowej, sensorycznej albo intelektualnej. Jakie są ich możliwości, a jakie bariery istnieją dla takich sportowców na boisku i poza nim? Na przykład w koszykówce na wózkach gracze są podzieleni na kategorie punktowe według rodzajów niepełnosprawności. Zawodnicy z 1, 1,5 lub 2 punktami to często osoby z uszkodzonym kręgosłupem, niemające więc czucia w dolnych partiach ciała. Może to ukierunkowywać określone przygotowanie programu treningu mentalnego.

Praca w takich warunkach wymaga od psychologa dużej uważności i elastyczności. Dlatego tak ważne jest zapoznanie się z literaturą i podjęcie wielu rozmów na ten temat z fizjoterapeutami i samymi zawodnikami. Trzeba zadawać dużo pytań i czynić możliwie najmniej założeń. Poznanie zawodników jest jednym z kluczowych elementów pracy psychologa w sporcie niezależnie od dyscypliny, jednak w sportach osób niepełnosprawnych może ono odgrywać także inną rolę. W rozmowach o niepełnosprawności może powrócić temat wypadków, urazów czy chorób, z powodu których osoba znalazła się na wózku. Choć jest to zagadnienie związane z traumą i trudnymi emocjami, nierzadko poruszane dopiero po dłuższym okresie współpracy z psychologiem, to warto poznać te historie. Czasem gotowość do opowiedzenia o wypadku czy chorobie może wskazywać na fakt pogodzenia się z własną sytuacją i nową rolą jako sportowca, męża, rodzica i człowieka.

Autorzy rozdziału mieli do czynienia przede wszystkim ze sportowcami z niepełnosprawnościami fizycznymi (np. paraliż czterokończynowy, dziecięce porażenie mózgowie, amputacje kończyn), na co dzień poruszającymi się na wózkach. Na przykład tetraplegicy grający w rugby na wózkach często nie są w stanie sprawnie i szybko posługiwać się długopisem, dlatego na zajęciach pisanie zostało ograniczone do minimum. Kolejnym przykładem z pracy pierwszego autora jest konieczność elastycznego podejścia do kwestii opuszczania zajęć grupowych. Korzystanie z toalety jest dla tetraplegików nierzadko dużym problemem, więc zawodnicy czasami nie zjawiali

się z tego względu na zajęciach albo nagle musieli je opuszczać – nawet w bardzo istotnym momencie. Prowadzący mógł tylko wykazać się zrozumieniem. W koszykówce na wózkach zawodnicy to osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego lub po amputacji kończyn dolnych. Ręce są zasadniczo sprawne. Jednak także tutaj pojawiały się specyficzne ograniczenia dotyczące osób poruszających się na wózkach. Jedno z ćwiczeń budujących zaufanie do partnerów, stosowane często przez drugiego autora rozdziału w pracy z zawodnikami pełnosprawnymi, polega na podnoszeniu każdego z zawodników przez pozostałych. Tu każdy odpowiada z partnera, podnosząc go wysoko nad ziemię, ponad swoją głowę. Ze względów bezpieczeństwa ćwiczenie w takiej formie było niemożliwe do zrealizowania.

W fazie rekonesansu warto również odbyć rozmowy z trenerem i całym sztabem szkoleniowym, zarządem związku oraz liderami drużyny (np. kapitanami), by poznać oczekiwania względem współpracy. To bardzo ważne, gdyż stanowi podstawę wytyczenia kierunku działań i ustalenia konkretnych celów.

Charakterystyka dyscyplin

Koszykówka na wózkach – podobnie jak w „bieganej” koszykówce w grze uczestniczy po pięciu zawodników w każdym zespole. Bez zmian pozostają też wymiary boiska, wysokość zawieszenia koszy oraz odległość linii rzutów za trzy punkty. Zawodnicy mogą popełnić błąd kroków (ma on miejsce, gdy piłka zostaje położona na kolanach, a zawodnik napędza koła wózka więcej niż dwa razy pod rząd, nie wykonując kozłowania). Najczęstszym zagranem taktycznym, które pozwala zdobywać punkty, jest podjechanie zawodnika jak najbliższej kosza.

Zawodnicy są sklasyfikowani według stopnia niepełnosprawności: w skali od 1 do 5 punktów, przy czym im znaczniejsza niepełnosprawność, tym mniejsza liczba punktów. W trakcie gry na boisku mogą znajdować się zawodnicy o sumie punktów równej najwyżej 14. Stanowi to wyzwanie dla sztabu trenerskiego nie tylko przy ustalaniu taktyki, ale również podczas zmian dokonywanych w trakcie gry. Przykładowo zawodnicy z uszkodzonym rdzeniem kręgowym mają punktację 1 lub 1,5, zaś zawodnikowi z amputowaną jedną nogą powyżej kolana przypisuje się 4 punkty. Ocen tych dokonują specjalnie wyszkolone zespoły klasyfikacyjne.

Mistrzostwa świata w koszykówce na wózkach odbywają się od 1973 r. Reprezentacja Polski w tej dyscyplinie kilkakrotnie zajmowała miejsca w pierwszej ósemce mistrzostw Europy, a w 2012 r. wzięła udział w igrzyskach paraolimpijskich w Londynie – zajęła tam 8. miejsce.

Rugby na wózkach – dyscyplina stworzona w Kanadzie w latach 70. XX w. Szybko stała się alternatywą dla koszykówki na wózkach, skierowaną

przede wszystkim do osób z porażeniem czterokończynowym (tetraplegią), które z uwagi na wysoki stopień niepełnosprawności fizycznej nie mogły realizować sportowych ambicji w koszykówce. W 1996 r. w Atlancie rugby na wózkach zadebiutowało na igrzyskach paraolimpijskich jako dyscyplina pokazowa, a od igrzysk w Sydney w 2000 r. zostało włączone do programu tej imprezy.

Rugby na wózkach wzorowane jest na kilku dyscyplinach sportu. Boisko, na którym toczy się gra, ma wymiary parkietu do koszykówki. Z koszykówki zaczerpnięte są również zegary (40 sekund na zdobycie punktu, 12 – na wyjście z połowy), strzałka wskazującą kierunek gry w sytuacjach spornych oraz system kwartowy – rozgrywka rugby na wózkach trwa cztery kwarty po 8 minut efektywnego czasu gry. Z hokeja na lodzie została zaczerpnięta ławka kar, a z futbolu amerykańskiego – sposób zdobywania punktu przez przyłożenie. Są też autorskie pomysły twórców dyscypliny, rzadko spotykane w innych sportach, takie jak możliwość wzięcia *time-out* przez zawodnika z boiska w trakcie rozgrywania akcji.

Rugby to jedyny w pełni kontaktowy sport dla osób na wózkach. Stąd wózki sportowe, na których grają rugbiści, stworzone są specjalnie na potrzeby tej dyscypliny i bardzo różnią się od wózków aktywnych czy nawet wózków przystosowanych do innych dyscyplin sportu osób niepełnosprawnych. Są opancerzone niczym czołgi, umożliwiając zawodnikom bloki i zderzenia.

W rugby na wózkach grają przede wszystkim osoby z tetraplegią, ale można znaleźć zawodników z innymi zaburzeniami narządu ruchu, takimi jak dystrofia mięśniowa, porażenie mózgowie czy amputacja kończyn. Podobnie jak w przypadku innych dyscyplin paraolimpijskich, zawodnicy rugby na wózkach poddawani są funkcjonalnej klasyfikacji medycznej, w skali od 0,5 do 3,5 (co 0,5 punktu). Ocenie podlegają tu w szczególności funkcje dłoni, kończyn górnych oraz tułowia. W czasie gry na boisku może przebywać czterech zawodników, których klasyfikacje dają sumę maksymalnie 8 punktów.

W Polsce rugby na wózkach pierwszy raz zaistniało w 1997 r. i rozwinęło się dzięki staraniom Fundacji Aktywnej Rehabilitacji (FAR). FAR jest organizacją pozarządową zajmującą się rehabilitacją oraz kompleksową aktywizacją społeczną i zawodową osób poruszających się na wózkach inwalidzkich (Morgulec, Skrzypczyk, 2003). Do dziś FAR jest organem zarządzającym Polską Ligą Rugby na Wózkach, która w sezonie 2014 podzielona została na trzy klasy rozgrywkowe i w której rywalizowało 19 drużyn z całej Polski – ponad 175 zawodników i zawodniczek. Obecnie najsilniejsze ośrodki rugby na wózkach w Polsce to Rzeszów, Warszawa, Poznań i Górny Śląsk.

Od 1999 r. reprezentacja Polski w rugby na wózkach uczestniczy w rozgrywkach międzynarodowych. W 2009 r. zajęła 5. miejsce w Europie, a rok

później – 8. miejsce na świecie. Obecnie Polska sklasyfikowana jest na 12. miejscu w rankingu IWRF.

Filozofia praktyki psychologii sportu

W literaturze mocno podkreślane jest, że sportowcy niepełnosprawni powinni być traktowani przez psychologów sportu przede wszystkim jak sportowcy, a dopiero potem jak osoby niepełnosprawne (np. de la Vega, Rubio, 2014; Bawden, 2006; Hanrahan, 1998). Z naszego doświadczenia wynika, że jest to chyba najważniejsza zasada współpracy. Osoby niepełnosprawne, które decydują się na trening i współzawodnictwo sportowe, to zwykle ludzie ambitni, zadziorni i waleczni. Najczęściej wyróżniają się tym, że są pogodzeni ze swoją niepełnosprawnością i zamiast skupiać się na fakcie utraty zdrowia, szukają nowych wyzwań (np. Zupan, Swanson, 2015). Wyrazem tego może być ćwiczenie integracyjne, które drugi autor przeprowadził na początku współpracy z kadrą koszykarzy. W zadaniu, w którym zawodnicy mieli wypisać, co wyróżnia ich w kilkuosobowych grupach, jeden z nich – z podwójną amputacją kończyn powyżej kolan – napisał: „Jako jedyny w tej grupie nie noszę butów...”. Nie napisał, że nie może chodzić, nie narzekał, że nie ma nóg. Przedstawił swoją osobistą sytuację przez pryzmat nienoszenia butów!

Sportowcy stawiają sobie cele i z wielką determinacją dążą do ich realizacji. W swoim założeniu psychologia sportu wychodzi naprzeciw takim osobom. Poprzez psychoedukację i trening mentalny psycholog sportu wspiera zawodników w osiąganiu jak najlepszych wyników oraz w czerpaniu satysfakcji ze współzawodnictwa sportowego (np. Katz, 2014).

Wciąż brakuje usystematyzowanych badań, które mogłyby potwierdzić skuteczność treningu mentalnego w środowisku sportu osób niepełnosprawnych (de la Vega, Rubio, 2014; Bawden, 2006). Dlatego podczas pracy przede wszystkim polegaliśmy na warsztacie wyrobionym w środowisku sportu osób pełnosprawnych. W ogólnym założeniu program przygotowania mentalnego przed istotnymi imprezami dla reprezentacji rugby na wózkach i koszykówki na wózkach w naszym doświadczeniu rzeczywiście znacząco nie różnił się od pracy, którą wykonujemy ze sportowcami pełnosprawnymi. W programie znalazły się narzędzia: ustalanie celów, relaksacja, technika wyobrażeniowa, dialog wewnętrzny – które pomagają wykształcić cechy lub umiejętności takie jak pewność siebie, koncentracja, kontrola emocji (por. Vealey, 2007).

W grach drużynowych oprócz indywidualnego przygotowania kondycyjnego, technicznego i taktycznego na drodze do sukcesu niezbędna jest wspó-

praca, komunikacja i odpowiednia atmosfera w zespole. Dlatego bardzo istotnym aspektem naszej pracy z drużynami koszykówki i rugby na wózkach było zrozumienie funkcjonowania dynamiki zespołu, zbudowanie jego spójności i klasyfikacja ról, a ponadto praca nad efektywną i wspierającą dobrą atmosferę komunikacją. Nauka współpracy jest niezbędna, gdyż w grach zespołowych pojedynczy zawodnik, nawet bardzo utalentowany, nie jest w stanie „samodzielnie” wygrać spotkania na poziomie międzynarodowym.

Oczywiście należy pamiętać, że modyfikacje lub ulepszenia warsztatu pracy mogą okazać się konieczne. Zwraca na to uwagę literatura. Na przykład sportowcy niepełnosprawni mogą mieć problem z nauką głębokiego oddechu przeponowego (Hanrahan, 1998) albo przez brak kontroli nad niektórymi partiami mięśniowymi może pojawić się u nich frustracja lub niekontrolowana spastyczność mięśniowa podczas relaksacji takiej jak trening Jacobsona (1938; por. Bawden, 2006). Jednak w naszym doświadczeniu takie przypadki były raczej rzadkością. Zresztą trudności w opanowaniu technik relaksacyjnych mieli też niektórzy pełnosprawni piłkarze ręczni czy koszykarze, z którymi pracowaliśmy. Literatura przestrzega również przed użyciem standardowej techniki wyobrazeniowej ze sportowcami po amputacjach kończyn, gdyż może być ona źródłem frustracji wywołanej przez przywoływanie obrazu i funkcji brakującej kończyny (de la Vega, Rubio, 2014), choć nie odnalazło to odzwierciedlenia w naszym doświadczeniu. W opisach wyobrażenia optymalnego rzutu do kosza czy też idealnej akcji żaden z zawodników nie podkreślał trudności wynikających z niepełnosprawności. Akcentowane były za to fragmenty dotyczące chwytu piłki, dostrzegania partnerów na parkiecie i radości wynikającej z udanej akcji – czyli te same elementy, które wskazują w swoich wyobrażeniach sportowcy pełnosprawni. Niemniej jednak skrypty relaksacyjne i wyobrazeniowe powinny być ustalane i tworzone razem ze sportowcem, z uwzględnieniem jego potrzeb i możliwości. Musimy bowiem pamiętać, że relaksowanie się poprzez wyobrażanie sobie brakujących lub nie w pełni sprawnych części ciała może w niektórych przypadkach prowadzić do frustracji, zniechęcenia i obniżenia poziomu pewności siebie i motywacji (np. Bawden, 2006; Hanrahan, 1998).

Obydwaj autorzy przed podjęciem pracy w środowisku sportu osób niepełnosprawnych mieli pewne obawy, związane z potencjalnymi problemami natury klinicznej. Jednak w trakcie współpracy potwierdziły się doświadczenia zagranicznych badaczy i konsultantów psychologii sportu, którzy wskazują więcej podobieństw niż różnic pomiędzy olimpijczykami i paraolimpijczykami (np. Dieffenbach, Statler, 2012; Hanrahan, 1998). Rzeczywiście podobieństwa potrzeb i doświadczeń zawodników pełnosprawnych i niepełnosprawnych okazały się dużo większe, niż może się na początku wydawać. Stąd filozofia pracy ze sportowcami niepełnosprawnymi nie

różniła się znacznie od filozofii pracy ze sportowcami pełnosprawnymi. Na zajęciach treningu mentalnego obydwaj autorzy zajęli się zarówno edukacją psychologiczną, jak i budowaniem drużyny. Gdy było to konieczne, udzielali zawodnikom doraźnego wsparcia psychologicznego, a w razie konfliktu mogli stać się mediatorami (Katz, 2014), ale żaden z nich nie zajmował się psychoterapią. Wszystko odbywało się podobnie do procesu znanego autorom z innych dyscyplin sportowych.

W sporcie osób niepełnosprawnych trzeba było jednak wykazać się odrobinę większą elastycznością w swojej roli (Page i in., 2001). Wynika to przede wszystkim z trudności w poruszaniu się wielu sportowców niepełnosprawnych. Na przykład przy zagranicznych wyjazdach psycholog mógł zostać poproszony o pomoc przy transporcie wózków lub innego sprzętu, a nawet o... wniesienie zawodnika na pokład autobusu czy samolotu (Katz, 2014). Taka wręcz intymna pomoc rzadko zdarza się we współpracy psychologa w sporcie osób pełnosprawnych – w sztabie drużyny złożonej w większości z osób poruszających się na wózkach w pewnym sensie jesteśmy zobligowani do pójścia o „krok dalej” (Page i in. 2001). W naszym przekonaniu taka postawa psychologa buduje zaufanie i relacje między nim a zawodnikami i sztabem szkoleniowym. Jego rola nie jest wówczas ograniczona sztywnymi ramami pracy psychologa – staje się on osobą wspierającą zawodnika w każdej sytuacji i pełnoprawnym członkiem zespołu.

Okres interwencyjny

Specyfika pracy z kadrami narodowymi

Praca z zawodnikami kadry narodowej ma swoją specyfikę. To często ogromne wyróżnienie, zarówno dla zawodnika, który zostaje powołany do reprezentacji, jak i dla członków współpracującego z zespołem sztabu szkoleniowego – w tym psychologa. Elitarność takiej grupy, a także wynikające z tego oczekiwania i presja to wyzwania, z jakimi musi się zmierzyć psycholog zakładający dres czy koszulkę z orzełkiem na piersi. Innym aspektem pracy w reprezentacji jest dostępność zawodników, którzy na co dzień grają w klubach rozrzuconych po całej Polsce i Europie. Pracując w klubie, psycholog spotyka zawodnika na treningu regularnie, może więc szybko dostrzegać i reagować na jego potrzeby (np. systematycznie przeprowadzać z nim trening relaksacyjno-wyobraźniowy). Zgrupowania reprezentacji odbywają się rzadziej. Z to w okresie bezpośrednich przygotowań do imprezy głównej zespół – zanim pojedzie na mistrzostwa czy igrzyska – spędza ze sobą kilka tygodni (Katz, 2014). To czas intensywnej pracy psychologicznej, aby zawodnicy poddani ciężkim treningom, czujący presję przed zbliżającymi się

ważnymi zawodami, nie zaczęli wyładowywać swojej złości czy niepokoju na kolegach z drużyny lub trenerach. Jak już wspominaliśmy, szczególnie ważne jest tutaj budowanie atmosfery, w której otwarta komunikacja zapobiega powstawaniu nieporozumień. Nie bez znaczenia jest klimat panujący w zespole oraz poczucie humoru czy żarty, które stają się wentylem bezpieczeństwa w długim i wyczerpującym okresie przygotowań.

Odrębnym, choć równie ważnym aspektem pracy psychologa sportu jest jego rola na samej imprezie najwyższej rangi, takiej jak mistrzostwa Europy, mistrzostwa świata czy igrzyska paraolimpijskie (Katz, 2014). Te ostatnie są najbardziej specyficzną imprezą sportową – spotykają się na niej sportowcy z całego świata, reprezentujący różne dyscypliny. Nawet skupieni wyłącznie na polskiej misji olimpijskiej zawodnicy mogą doświadczyć różnych, nierzadko skrajnych emocji. Zdarzało się, że polska drużyna koszykarzy w drodze na trening spotykała rozpromienionych polskich atletów wracających ze stadionu z medalami na szyi, a po powrocie z treningu widziała zawodników ze spuszczoneymi głowami, którzy zajmowali miejsca tuż za podium, lub takich, których start zakończył się kompletnym niepowodzeniem. Umiejętność odcięcia się od tego nadmiaru emocji wydaje się kluczowa w kontekście pracy na takiej imprezie, co potwierdzają zarówno doniesienia psychologów zagranicznych (por. Katz, 2014), jak i własne obserwacje autorów rozdziału.

Ogólny zarys interwencji

W obydwu przypadkach autorzy mieli do czynienia z najlepszymi zawodnikami i trenerami w kraju, którzy współzawodniczyli w imprezach rangi mistrzowskiej – mistrzostwach Europy, mistrzostwach świata i/lub igrzyskach paraolimpijskich. Współpraca trwała przynajmniej rok – przez okres przygotowań do imprezy mistrzowskiej.

Zajęcia prowadzone w okresie przygotowawczym dotyczyły głównie tworzenia odpowiedniej atmosfery w zespole, rozwoju komunikacji motywującej, wzmacniania poszczególnych zawodników oraz budowania poczucia stabilności drużyny. Jedno z ćwiczeń pokazujących role poszczególnych jej członków wykazało, kto jest bardziej lubiany, a do kogo zawodnicy mają zastrzeżenia czy też niższy poziom szacunku. Proste ćwiczenie z rzucaniem piłek przez kilku zawodników jednocześnie pokazywało, którego z chłopaków warto wesprzeć, który w obliczu błędu czy niepowodzenia reaguje agresywnie, a który wchodzi w rolę dobrego ducha drużyny i motywuje pozostałych. Nie bez znaczenia była identyfikacja formalnych i nieformalnych liderów zespołu. To proces, który może być moderowany właśnie przez psychologa.

Rekonesans potwierdził potrzebę wsparcia i edukacji w najbardziej tradycyjnych obszarach, czyli radzenia sobie ze stresem, pewności siebie oraz podstawowego treningu mentalnego (np. koncentracja i skupienie uwagi,

radzenie sobie z rozproszeniami) (Vealey, 2007). Dodatkowo, tak jak przypuszczaliśmy, pojawiły się interwencje kryzysowe związane z presją wyniku czy klasyfikacji na zawodach, a także mediowanie konfliktów w drużynie. Psycholog sportu powinien również dawać zawodnikowi możliwość „wygadania się”, a podczas wyjazdów wspierać go w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami pozasportowymi (Katz, 2014).

Konsultacja psychologiczna to rozmowa między psychologiem sportu a zawodnikiem lub członkiem sztabu. Może być zaplanowana lub spontaniczna i trwać od 15 minut do kilku godzin (Katz, 2014). Z naszego doświadczenia wynika, że najbardziej skuteczna jest psychologia stosowana „między wierszami” – na stołówce, w szatni, w przerwie treningu. Zdarzały się rozmowy, które rozpoczęły się w drodze powrotnej z treningu, a następnie przeciągały się w kilkugodzinne dyskusje. Indywidualne konsultacje mają prowadzić do wypracowania narzędzi, które będą skuteczne dla konkretnego zawodnika. Zobrazować to mogą przykłady.

Pierwszy autor rozdziału spotkał w swojej pracy zawodnika, który nie potrafił skupić się podczas treningów i zawodów, gdyż intensywnie myślał o swojej sytuacji rodzinnej. Po kilku rozmowach zdecydował się na symboliczne powierzenie konsultantowi obrączki i telefonu komórkowego – dwóch rzeczy, które według zawodnika najbardziej rozpraszały jego myśli na boisku. Po treningu czy meczu zawodnik dostawał te przedmioty z powrotem. Z ewaluacji tej prostej interwencji wyniknęło, że zadaniowa koncentracja na boisku tego zawodnika znacząco się poprawiła.

Drugi autor prowadził konsultację z trenerem, który szukał optymalnego kanału komunikacji z zawodnikami podczas przerw w grze. Sytuacja była o tyle złożona, że trener był również zawodnikiem i brał aktywny udział w rozgrywce. Gdy w trakcie gry zawodnicy nie realizowali założeń taktycznych i prosił o czas, w przerwie nierzadko jego emocje brały górę, a merytoryczny przekaz gubił się w chaosie. Rozwiązaniem okazało się oddzielenie roli zawodnika i trenera. Zanim cokolwiek powiedział, najpierw sięgał po bidon (albo dostawał go do ręki od psychologa czy wtajemniczonego fizjoterapeuty), pił wodę, brał głęboki oddech – i dopiero wtedy – już jako trener – zaczynał przekazywać swoje uwagi zawodnikom. Taka zmiana kolejności działań pozwalała mu na odpowiednie zdystansowanie się do własnych emocji.

Interwencja może też dotyczyć całego zespołu. Przykładem jest praca nad obawami i lękami drużyny w trakcie przygotowań do igrzysk paraolimpijskich – najczęściej wynikającymi z braku wiedzy o specyfice samych igrzysk bądź ze strachu przed sprawieniem zawodu pozostałym zawodnikom i sztabowi. W szczerzej i otwartej rozmowie na ten temat każdy zawodnik podzielił się swoimi obawami – a następnie spisał je na kartce. Pod koniec

zajęć kartki zostały spalone, jako symbol odsunięcia tego, co może tworzyć niewłaściwy nastrój.

Rozmowy z zawodnikami czasem wykraczały poza aspekt czysto sportowy. Sytuacje „pozaboiskowe” dotyczyły w naszych praktykach tematów zawodowych oraz osobistych. Wielu sportowców niepełnosprawnych pracuje i trudno jest im pogodzić życie rodzinne, etat oraz ciągłe wyjazdy – aby wyjechać na turniej czy zgrupowanie, taki pracownik zmuszony jest brać urlop. Sportowiec, również ten niepełnosprawny, jest przede wszystkim człowiekiem – niektóre interwencje psychologiczne dotyczyły zatem spraw rodzinnych, takich jak zachwianie relacji małżeńskich, trudności osobiste w życiu towarzyskim, a czasem sprawy rozwodowe.

Po poradę do drugiego z autorów zgłosił się zawodnik stojący przed wyborem zawodowym. Udział w ciężkich treningach nie pozostawał bez wpływu na jego zdrowie, konieczna była operacja związana z korektą prętów stabilizacyjnych w jego plecach. Konflikt decyzyjny wynikał z konieczności wyboru między spokojną pracą biurową, która nie będzie obciążać zdrowia zawodnika, a udziałem w przygotowaniach i startem w igrzyskach. Zawsze w tego typu sytuacjach decyzja należy do zawodnika, a psycholog, niezależnie od osobistych oczekiwań i doświadczeń, powinien jedynie wskazać mu możliwości i potencjalne konsekwencje. Psycholog powinien zostawić zawodnikowi przestrzeń, tak by to on ostatecznie podjął decyzję, w zgodzie z własnymi przekonaniem i odczuciami.

Wyczucie, kiedy pozostawić przestrzeń i nie interweniować (Katz, 2014), dając zawodnikowi lub członkowi sztabu szansę na poradenie sobie z sytuacją po swojemu, jest ważne w procesie konsultacyjnym. Wierzmy że psycholog sportu powinien być zawsze widoczny i dostępny, ale nie narzucać swoich usług.

Wreszcie istotnym elementem pracy w sporcie jest dla psychologa ciągły rozwój zawodowy, dbanie o indywidualny mentoring lub superwizję, na której można podjąć konsultację trudnych przypadków z bardziej doświadczonymi kolegami po fachu (Katz, 2014). Takie też są doświadczenia obydwu autorów, zwłaszcza w sytuacjach dotyczących współpracy podczas przygotowań i startu w imprezach głównych.

Refleksje i wnioski na przyszłość

Praca w środowisku osób niepełnosprawnych nie jest łatwa, ale daje wielką satysfakcję. Dla innych psychologów sportu, którzy już pracują lub pragną pracować w tym specyficznym środowisku, zgromadziliśmy sześć najważniejszych naszym zdaniem zasad:

- 1) Podchodź do zawodników niepełnosprawnych poważnie i z szacunkiem. Sportowiec niepełnosprawny to przede wszystkim sportowiec, który trenuje po to, aby zwyciężyć. Skup się zatem na potencjale i zasobach sportowca, a nie na jego brakach czy niepełnosprawności. Jak wielokrotnie podkreślaliśmy w tym rozdziale, nie ma wielkich różnic między sportowcami pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi – mają podobne cele i funkcjonują na takich samych zasadach. Aby osiągnąć dobry wynik, muszą ciężko pracować i w pełni poświęcić się swojej dyscyplinie.
- 2) Poznaj dyscyplinę sportu, w której pracujesz, system skomplikowanej klasyfikacji oraz niepełnosprawności, z którymi masz do czynienia. Spróbuj postawić się na miejscu zawodników – spędź pół dnia na wózku, zagraj z nimi. To pozwoli lepiej poznać i zrozumieć bariery dla klasycznego treningu mentalnego. Nie bój się wózka.
- 3) Zadawaj pytania, które mogą wydawać się głupie lub wyprowadzić cię poza strefę komfortu. Z doświadczenia wiemy, że sportowcy niepełnosprawni chętnie opowiadają o swojej rzeczywistości, autentycznie chcąc pomóc nowym osobom w sztabie zrozumieć ich sytuację. Pełna poprawność polityczna nie jest koniecznością, gdyż sportowcy niepełnosprawni mają duże poczucie humoru i dystans do swoich braków. Jednakże nie należy zapominać o wzajemnym szacunku i zwracaniu uwagi na aspekty interpersonalne i środowiskowe.
- 4) Pozostań otwarty, elastyczny i uważny na sugestie ze strony zawodników i sztabu szkoleniowego, które mogą zwiększyć jakość praktyki psychologii sportu dla danej grupy. Podążaj za zawodnikiem. Zadbaj o odpowiednie środowisko do konsultacji i dostępność obiektu i sali, w których prowadzisz zajęcia.
- 5) Zainteresuj się nie tylko zawodnikami, ale całą kadrą. Wprowadź ich w swój plan współpracy. Jednocześnie poszukuj swojego miejsca w sztabie szkoleniowym, biorąc pod uwagę etykę zawodową oraz własne przekonania. Ustal jasne zasady i formę współpracy. Poważnie potraktuj sprawy poufności i zakres swoich działań. Bądź pomocny nie tylko jako psycholog.
- 6) Kiedy poznasz już specyfikę sportu osób niepełnosprawnych, staraj się przyczynić do jego promocji. W Polsce cały czas jest on niszowy i niedofinansowany. Ludzie rzadko oglądają zmagania sportowców niepełnosprawnych, a media nie poświęcają temu tematowi wystarczająco dużo uwagi. Dlatego, kiedy to tylko możliwe, pokazuj społeczeństwu sport osób niepełnosprawnych w świetle współzawodnictwa, nie rehabilitacji. Autorzy, dzieląc się własnymi doświadczeniami, przedstawili w tym rozdziale, jak może wyglądać współpraca między praktykami psychologii sportu a sportowcami niepełnosprawnymi i dlaczego przynosi ona obopólne

korzyści: naukę, satysfakcję, a czasem wręcz spełnienie marzeń. Potrzeba takiej pracy jest olbrzymia, dlatego mamy nadzieję na dalszy rozwój badań i dobrych praktyk w psychologii sportu osób niepełnosprawnych.

Bibliografia

- Asken M.J. (1989). Sport psychology and the physically disabled athlete: interview with Michael D. Goodling, OTR/L, *The Sport Psychologist*, vol. 3, nr 2, s. 167–176.
- Bawden M. (2006). Providing sport psychology support for athletes with disabilities, [w:] Dosit J. (red.). *The Sport Psychologist's Handbook: A Guide for Sport-Specific Performance Enhancement*, Chichester: John Wiley & Sons, Ltd, s. 665–683.
- Cox R., Davis R. (1992). Psychological skills of elite wheelchair athletes, *Palaestra*, vol. 8, nr 3, s. 16–21.
- De la Vega R., Rubio V. (2014). Promoting physical activity and performance excellence among individuals with disabilities, [w:] Cremades J.G., Tashman L.S. (red.). *Becoming a Sport, Exercise, and Performance Psychology Professional: A Global Perspective*, New York: Psychology Press, s. 92–101.
- Dieffenbach K.D., Statler T.A. (2012). More similar than different: the psychological environment of paralympic sport, *Journal of Sport Psychology in Action*, vol. 3, nr 2, s. 109–118.
- Droga do Londynu*. (2013). [film]. Szaj R. (prod.), Malinowski S.W. (reż.), Polska: Leader Film.
- Dutkiewicz M. (1999). *Co wolno kulawemu*, Warszawa: Wydawnictwo Iskry.
- Fletcher D., Sarkar M. (2012). A grounded theory of psychological resilience in Olympic champions, *Psychology of Sport and Exercise*, vol. 13, nr 5, s. 669–678.
- Górski P., Bazylow K., Petruczenko M. (1992), *Kulisy olimpiad. Od Aten do Barcelony*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza Alma-Press.
- Hanrahan S.J. (1998). Practical considerations for working with athletes with disabilities, *The Sport Psychologist*, vol. 12, s. 346–357.
- Jacobson E. (1938). *Progressive relaxation*, Chicago: University of Chicago Press.
- Katz J. (2014). Budowanie roli i praca psychologa sportu na igrzyskach paraolimpijskich, [w:] Hemmings B., Holder T. (red.). *Psychologia sportu: Studia przypadków*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 209–228.
- Machida M., Irwin B., Feltz D. (2013). Resilience in competitive athletes with spinal cord injury: the role of sport participation, *Qualitative Health Research*, vol. 23, nr 8, s. 1054–1065.
- Morgulec N., Skrzypczyk R. (2003). Rozwój rugby na wózkach i jego wpływ na możliwości funkcjonalne tetraplegików, *Wychowanie Fizyczne i Sport*, vol. 47, nr 4, s. 535–543.

- Murderball*. (2005). [film]. Mandel J.V. (prod.), Rubin H.A., Shapiro D.A. (reż.), USA: MTV Films.
- Page S.J., O'Connor E., Peterson K. (2001). Leaving the disability ghetto: a qualitative study of factors underlying achievement motivation among athletes with disabilities, *Journal of Sport and Social Issues*, vol. 25, nr 1, s. 40–55.
- Pensgaard A.M., Roberts G.C., Ursin H. (1999). Motivational factors and coping strategies of Norwegian Paralympic and Olympic winter sport athletes, *Adapted Physical Activity Quarterly*, vol. 16, nr 3, s. 238–250.
- Vealey R.S. (2007). Mental skills training in sport, [w:] Tenenbaum G., Eklund R.C. (red.). *Handbook of Sport Psychology*, Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell, s. 287–310.
- Zupan M., Swanson T. (2016). *Kulawy*, Gliwice: Wydawnictwo Element.

Codziennosc paraolimpijczyka

Z Katarzyną Rogowiec rozmawia Iwona Sikorska

Katarzyna Rogowiec – wielokrotna mistrzyni paraolimpijska, założycielka Fundacji Katarzyny Rogowiec Avanti. Wraz z Kazimierzem Bronisławem Chojnackim i Szymonem Krasickim jest współautorką publikacji *Śnieżne sporty wytrzymałościowe w zimowych igrzyskach paraolimpijskich* (AWF, Kraków 2007). Magister ekonomii. Interesuje się zagadnieniami finansów publicznych i problemem dopingu.

Najważniejsze osiągnięcia sportowe:

2005, Mistrzostwa Świata, Maine, USA: biathlon (12,5 km) – złoty medal, biathlon (7,5 km) – srebrny medal, biegi narciarskie – 2 brązowe medale;

2006, Igrzyska Paraolimpijskie, Turyn: bieg narciarski na 15 km techniką klasyczną i na 5 km techniką dowolną – 2 złote medale;

2010, Igrzyska Paraolimpijskie, Vancouver: bieg na 15 km techniką łyżwową – brązowy medal;

2011, Mistrzostwa Świata, Chanty-Mansyjsk: biathlon i biegi narciarskie – 6 medali (złoty, 4 srebrne i brązowy);

Sezon 2011/2012 zakończyła zwycięstwem w Pucharze Świata w narciarstwie biegowym. Do Polski przywiozła Kryształową Kulę. Biathlonowy Puchar Świata zamknęła na 2. miejscu.



fot. z albumu rodzinnego

Iwona Sikorska: Pani Katarzyno, film ze scenami z Pani sportowego życia, promujący zimową Paraolimpiadę 2014 w Soczi, obiegł cały świat. Z jakimi uczuciami go Pani oglądała?

Katarzyna Rogowiec: Oglądałam go kilkakrotnie i za każdym razem z innymi uczuciami. Najbardziej emocjonalnie patrzyłam na sceny z tego filmu, kiedy była już podjęta decyzja o pożegnaniu się ze startem podczas Zimowych Igrzysk w Soczi. Wtedy właśnie najmocniej przebiły się wspomnienia z najcięższych momentów przygotowań, treningów, nieprzespanych nocy, również z uwagi na nocne karmienia córki Olimpijki (która towarzyszyła

mi również podczas zgrupowań treningowych). Wtedy też wracały myśli o niecałych dwóch dniach spędzonych w Calgary, w Kanadzie, gdzie film był nagrywany.

Co zmienia sport w życiu osoby z niepełnosprawnością? Często myślenie o sobie, formowanie obrazu samego siebie i poczucia własnej wartości u osób z niepełnosprawnością jest trudniejsze niż u osób pełnosprawnych. Co nowego wnosi sport do poczucia tożsamości w takich przypadkach?

Sport pozwolił mi w dużym stopniu zaakceptować moją niepełnosprawność. Odkrył przede mną również pewien obszar mojej wartości i dał mi większą pewność siebie. Na pewno zbliżył mnie do środowiska osób z niepełnosprawnością. Sport uwalnia z ograniczeń. Jest niepełnosprawność, która nie ma znaczenia, bo zostaje zniwelowana regułami sportowymi, które to dostosowują dyscyplinę do niepełnosprawności.

Czy uprawianie sportu może być według Pani buforem dla pojawienia się smutku czy rezygnacji u osoby z niepełnosprawnością? Jakie aspekty związane z taką aktywnością są według Pani pomocne?

Sport, a właściwie chemia związana z jego uprawianiem, daje poprawę nastroju. W chwilach spadku formy psychicznej (smutek, rezygnacja) sport przyczynia się do jej polepszenia.

Bywa, że osoba z niepełnosprawnością stopniowo, w dłuższej perspektywie odzyskuje, buduje akceptację siebie, zaufanie do ludzi, a do tego bardzo przyczynia się systematyczna aktywność fizyczna, najlepiej w gronie osób odbieranych wtedy jako „swoje” (bo też z niepełnosprawnością, bo obracając się w tym środowisku).

Czy z perspektywy Pani doświadczeń, zarówno osobistych, jak i spotkań z ludźmi, mogłaby Pani uznać sport za swego rodzaju terapię, nie tylko w rozumieniu rehabilitacji fizycznej, dla osób z niepełnosprawnością? Czy zaangażowanie w sport zmienia sposób widzenia własnej niepełnosprawności?

Tak, oczywiście. Sport (mam na myśli fazę wstępną do wyczynu) to jest terapia. Urodziłam się w Rabce. Jako trzyletnie dziecko straciłam w wypadku rolniczym obie ręce. Ale to nie przeszkodziło mi nigdy w byciu samodzielnią. Kiedy nauczycielka od prac ręcznych porozumiała się z moją mamą w sprawie „pewnych prac”, które mama może wykonać za Kasię („bo przecież serwetki bez rąk nie wyszyje”), postanowiłam udowodnić, że jest inaczej – nauczyłam się szyć zębami. I tak już zostało. Nie mając rąk, jestem w stanie dokonać więcej niż osoby pełnosprawne czekające na swoją szansę w życiu.

Sport uwalnia z ograniczeń, niepełnosprawność przestaje być na pierwszym miejscu w naszym życiu. Znam zawodników, dla których pokazanie braku ręki, nogi czy spastyka były bardzo dużym problemem psychicznym, z którego sport je „wyleczył”. Umożliwił im akceptację własnej niepełnosprawności i pozwolił realizować się w 100 procentach w sporcie.

Co jest najtrudniejsze w byciu sportowcem niepełnosprawnym?

Zakładam, że rozmawiamy tu o sportowcu wyczynowym, np. o mnie w okresie przygotowań do Igrzysk w Vancouver albo w Soczi. Wiedziałam już wtedy doskonale, jak dużo pracy na wysokim poziomie profesjonalizmu powinnam – muszę – wykonać, aby myśleć o bardzo dobrym wyniku (dla mnie wtedy – medalu). Nie miałam stypendium, umów finansowania moich przygotowań, zainteresowanie sportem paraolimpijskim było znikome (podobnie jak ogólna świadomość wyczynu paraolimpijskiego), opieka administracyjno-marketingowa – słaba, jak i poziom wsparcia „sztabowego”. To były największe bolączki.

Jakie osoby angażują się w sport paraolimpijski? Czy można pokusić się o opisanie charakterystycznych cech wspólnych, stworzenie jakiegoś profilu tej grupy zawodników?

Nie potrafię znaleźć wspólnego mianownika. Znam dziesiątki, setki sportowców z niepełnosprawnością i jesteśmy w moim odczuciu bardzo różni i różne pobudki nami kierują.

Pani przygoda ze sportem wyczynowym/zawodowym rozpoczęła się wiele lat temu. Z jakimi reakcjami społecznymi spotykała się Pani na przestrzeni tych lat? Czy można powiedzieć, że się one zmieniają? A jeżeli tak, to w jakim kierunku?

Zaczynałam w 1999 r. Wtedy, przez pierwsze 2–3 lata, to była dla mnie raczej zabawa. Trenowanie i udział w zawodach miały charakter towarzyski. „Dorastałam” w tym coraz bardziej, a razem ze mną – otoczenie. Informacje w lokalnej gazecie i telewizji regionalnej nadawały mojemu sportowi – sportowi paraolimpijskiemu – coraz większą rangę, a za tym poszły reakcje choćby moich sąsiadów z Zarytego. Pytania, czy mi się chce tak męczyć i czy nie lepiej posiedzieć przed telewizorem, zamieniły się w pytania, jak długi mam dzisiaj trening i czy nie za dużo dziur w asfalcie za oczyszczalnią ścieków, żeby biegać na nartorolkach. Ludzie nabrali respektu do mojego trenowania, zaczęli je traktować poważnie.

Jak według Pani powinno się propagować ideę sportu wśród osób z niepełnosprawnością? Jakie sposoby zachęcania są najlepsze, kto i jak powinien to robić? No i oczywiście – czy jest to potrzebne?

Osoby z niepełnosprawnością w pierwszej kolejności muszą mieć skąd i od kogo dowiedzieć się o możliwościach udziału w zajęciach sportowych, o dyscyplinach, które mogą uprawiać. Muszą mieć dokąd pójść na zajęcia sportowe – trenerzy wielu klubów nie wiedzą, jak pracować z osobami o różnych niepełnosprawnościach.

Nieoceniony jest wkład animatorów – fascynatów naszego sportu, konkretnej dyscypliny, bo to oni poświęcają wiele godzin, aby przekonać i zachęcić do tego, czym sami żyją, do czego mają przekonanie i co jest ich „konikiem” (tak zrobił Pan Stanisław Ślęzak, prezes Klubu „START” w Nowym Sączu ze mną). Czy to potrzebne? Oczywiście, że potrzebne – zakładam, że potwierdzają to wszystkie moje odpowiedzi.

Na swojej stronie internetowej napisała Pani: „Życie włożyło mnie do kategorii społecznej «niepełnosprawni»”. I zaraz potem dodała: „Upór, samozaparcie, kilka innych cech osobowości i cech charakteru wypracowanych we mnie przez niełatwą życiową codzienność, w powiązaniu z szansami, które dawali mi ludzie, doprowadziły mnie do zwyciężania na arenach sportowych”. Pani Katarzyno, chciałabym zapytać o Fundację Avanti. Jej motto brzmi: „Poznaj granice swoich możliwości, by móc je przekroczyć”.

Fundacja Katarzyny Rogowiec Avanti została wpisana do KRS we wrześniu 2010 r. Doświadczane przez 30 lat życia nierówne szanse osób niepełnosprawnych przyczyniły się do mojego postanowienia, by podjąć kroki dla zmiany i polepszenia tego stanu rzeczy. Cele fundacji są bardzo rozbudowane. Jako najważniejsze mogę wymienić wspieranie wszechstronnego rozwoju społeczeństwa polskiego, nie tylko osób z niepełnosprawnością, szczególnie w obszarze dokonań sportowych i podróżniczych, aktywizację środowisk osób pełnosprawnych na rzecz środowisk osób z niepełnosprawnością i działania integracyjne w tym zakresie. Ważnym zadaniem fundacji jest ponadto działanie dla wyrównywania szans osób niepełnosprawnych, chorych, zagrożonych wykluczeniem społecznym i socjalnym, szczególnie dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością i ich rodzin. Jestem z wykształcenia ekonomistką i za istotny uważam również marketing sportowy niepełnosprawnych sportowców.

Ponieważ sama sprawdziłam, że prawie wszystko jest możliwe, postanowiłam przekazać to innym. Mam nadzieję, że doświadczenia i odczucia, którymi się dzielę, pomogą w życiu nie tylko osobom niepełnosprawnym, ale staną się podstawą do zmian w życiu osób w pełni sprawnych, czeka-

jących biernie na swoją „jedyną szansę życiową”. Ta jedyna szansa nie istnieje, jest ich wiele, a nazywają się: praca, wytrwałość, systematyczność, realne cele, wiara, że pomimo stu niepowodzeń, to sto pierwsze podejście będzie w końcu udane, radość z drobiazgów, szacunek dla innych i uśmiech każdego dnia.

W sumie to proste rzeczy, ale z takich składa się nasze życie. Wystarczy je zatem dodawać do siebie – i tego życzę wszystkim z całego serca!

Upowszechnianie idei sportu wśród osób niepełnosprawnych – znaczenie społeczne i zdrowotne

Z Rafałem Szumcem rozmawia Iwona Sikorska

Rafał Szumiec – polski narciarz alpejski i kolarz ręczny, paraolimpijczyk zimowy, występujący w konkurencjach dla zawodników jeżdżących na siedząco. W 2002 r. podczas zawodów kolarstwa górskiego uległ wypadkowi, w wyniku którego doznał trwałego porażenia kończyn dolnych. Absolwent Wyższej Szkoły Prawa i Administracji w Rzeszowie (kierunek: administracja publiczna). Wraz z Katarzyną Rogowiec założył w Krakowie stowarzyszenie Integracyjny Klub Sportowy Druga Strona Sportu.



fot. Jadwiga Szumiec

Najważniejsze osiągnięcia sportowe:

2010, Igrzyska Paraolimpijskie, Vancouver: slalom – 27. miejsce;

2013, Mistrzostwa Polski, Rzyki: superkombinacja, slalom i slalom gigant – 3 złote medale;

2013, Puchar Europy, Pitztal: super gigant – 12. miejsce;

2013, Puchar Europy, Kühtai: superkombinacja – 12. miejsce;

2014, Mistrzostwa Polski, Jurgów: superkombinacja – złoty medal, slalom i slalom gigant – 2 srebrne medale;

2013, Mistrzostwa Polski, Andrychów: ręczne kolarstwo szosowe – złoty medal;

2014, Finał Pucharu Europy, Piancavallo: slalom gigant – 7. miejsce;

2014, Igrzyska Paraolimpijskie, Soczi: slalom – 21. miejsce.

Iwona Sikorska: Panie Rafale, Pana droga jako sportowca pełna jest imponujących osiągnięć. Był Pan zawodnikiem po „obu stronach sportu”, to znaczy zarówno jako zawodnik pełnosprawny, jak i niepełnosprawny. Ma Pan wiele doświadczeń również w organizowaniu wydarzeń sporto-

wych. Czy fakt, że założył Pan stowarzyszenie upowszechniające sport osób z niepełnosprawnością oznacza, że przyszedł czas na dzielenie się z innymi? Sport osób z niepełnosprawnością jest zjawiskiem niszowym. Dlaczego ważne jest upowszechnianie jego idei?

Rafał Szumiec: Upowszechnianie idei sportu paraolimpijskiego jest tak samo istotne jak promowanie sportu wśród osób pełnosprawnych. Korzyści z aktywności fizycznej w obu przypadkach są podobne. Społeczeństwo usportowione to przede wszystkim społeczeństwo zdrowsze, bardziej aktywne i lepiej radzące sobie w życiu codziennym, gdyż sport to nie tylko wzmacnianie kondycji fizycznej, ale również praca nad charakterem. Sport osób pełnosprawnych widać w mediach na każdym kroku, co przekłada się na wzrost liczby osób, które regularnie ćwiczą. Sport osób z niepełnosprawnością jest mało widoczny i powinien być bardziej promowany w mediach, aby informacje o możliwościach i sposobach uprawiania sportu dotarły do jak największej liczby osób.

Dla społeczeństwa ważny jest sport amatorski, bo to on wpływa na ogólną poprawę zdrowia. Po co zatem promować i rozwijać sport wyczynowy? Pytanie to nabiera dodatkowego wydźwięku, kiedy zapytamy o sport osób, które często w potocznym mniemaniu mają wiele ograniczeń ruchowych.

Sport wyczynowy jest popularny w mediach. Ludzie lubią oglądać mistrzów, a to napędza sport amatorski. Zawodnicy osiągający sukces stają się idolami i wzorami do naśladowania dla wielu ludzi, dzięki czemu więcej osób garnie się do sportu. Mam nadzieję, że tworzenie medialnego wizerunku paraolimpijczyka pomoże zachęcić i ośmielić wiele osób z niepełnosprawnością, wrodzoną bądź nabytą, do uprawiania sportu.

Doświadczenia z Londynu w 2012 r. pokazały ogromne zainteresowanie światowej opinii publicznej paraolimpiadą. Polscy paraolimpijczycy wspierani przez znane postaci polskiego sportu, po udanej kampanii społecznej *Pokażcie nas w Rio!*, skłonili media, szczególnie telewizję, do transmisji zmagania paraolimpijskich w 2016 r. W Polsce to zainteresowanie jest jeszcze w załazku, ale wierzę, że się rozwinie.

Na swojej paraolimpijskiej drodze spotkał Pan z pewnością wiele różnych ludzkich reakcji na to, co Pan jako sportowiec osiągnął. Żyjemy w XXI w., dzięki możliwościom technicznym coraz więcej osób z niepełnosprawnością nie tylko wychodzi z domu, ale pokazuje również, że można aktywnie żyć. Czy polskie społeczeństwo jest przygotowane na akceptowanie i promowanie idei sportu osób niepełnosprawnych?

Myślę że jest na to gotowe, choć zawsze znajdą się jednostki, które będą temu przeciwnie. Integracja poprzez sport daje korzyści zarówno osobom pełnosprawnym, jak i tym z dysfunkcjami. Sportowcy z niepełnosprawnością często są motywacją dla osób sprawnych – gdy widzą, z czym musimy się mierzyć na co dzień, a co nie jest przeszkodą, żeby spełniać się w życiu i czerpać z niego dużo radości, ich problemy często znikają. Wielu ludzi, których spotykam, chciałoby się dowiedzieć więcej o sporcie paraolimpijskim. Jest sporo bardzo ciekawych i widowiskowych dyscyplin, które mogłyby zainteresować szeroką publiczność.

Zaczelіśmy rozmowę od tematu przekazywania doświadczeń, dzielenia się z innymi i wspierania ich. To jedno z zadań dorosłości, również przejaw dojrzałości i generatywności. Kiedy mamy już pewien zasób wiedzy i doświadczeń, pojawia się potrzeba przekazania tego innym. Jakie Pana osobiste doświadczenia wpłynęły na decyzję o założeniu kolejnego stowarzyszenia – VeloAktiv? Co oznacza jego nazwa?

Stowarzyszenie powstało z potrzeby. Gdy zamieszkałem w Krakowie, nie było tu organizacji zajmującej się sportem paraolimpijskim. Wspólnie z Katarzyną Rogowiec chcieliśmy to zmienić. Chcieliśmy stworzyć ramy, które pozwolą nam trenować i stwarzać innym osobom możliwość trenowania. Jest jeszcze wiele do zrobienia, ale jesteśmy na dobrej drodze do rozwoju naszego sportu. Stowarzyszenie w większości zrzesza osoby poruszające się na wózkach. Często mówimy, że wózki to nasze rowery (*velo* – rower). Poza tym naszą główną dyscypliną jest kolarstwo ręczne.

Znane nazwiska: Rogowiec, Szumiec, z pewnością są tym, co przyciąga. Oboje macie charyzmę w propagowaniu idei paraolimpijskiej – zawsze uśmiechnięci, otwarci, przekonujecie, że bariery można pokonywać, realizować marzenia i znajdować radość. Jakie cele stawia sobie stowarzyszenie, jak działa, co robicie, co planujecie?

Działamy w dwóch obszarach. Po pierwsze, sport amatorski. Chcemy umożliwiać uprawianie sportu osobom, które najbardziej tego potrzebują, dla których sport będzie formą rehabilitacji i spędzaniem w sposób aktywny wolnego czasu. Naszym celem jest stworzenie grupy ludzi, których łączy wspólna pasja i którzy będą się nawzajem wspierać. Po drugie, tym, którzy sport chcą traktować poważnie, staramy się stworzyć warunki do uprawiania go na poziomie wyczynowym. Pragniemy stworzyć szeroka ofertę sportową dla osób z niepełnosprawnością, aby każdy zainteresowany mógł znaleźć coś dla siebie.

**Czy oferta sportu dla osób z niepełnosprawnością jest dla wszystkich?
Jakie osoby angażują się w Wasz sport?**

Sport jest jeden i jest dla wszystkich, ale nie wszyscy są w stanie uprawiać każdą dyscyplinę. Zajmujemy się dyscyplinami, które nie są łatwe. Narciarstwo zjazdowe, narciarstwo wodne wymagają sporych umiejętności i dużo treningu, a niektóre cięższe dysfunkcje uniemożliwiają uprawianie tych dyscyplin. Ale już kolarstwo ręczne to sport właściwie dla każdego. Nie każdy oczywiście nadaje się na sportowca wyczynowego, ale amatorsko może jeździć właściwie każdy. Nawet osoby z czterokończynowym porażeniem (tetraplegią) są w stanie jeździć na handbike'u. Przełamywanie barier i robienie rzeczy niemożliwych to nasza specjalność, więc przed nikim nie zamykamy drzwi i każdy chętny może spróbować u nas swoich sił.

Patrząc na mistrzów zdobywających medale, wyobrażamy sobie często, ile wysiłku, potu i wyrzeczeń kosztują te trofea. To są momenty wspaniałe, ale przedtem są setki, czasem tysiące godzin morderczych treningów. Mówimy, że sport hartuje i dyscyplinuje. Co daje sport osobie niepełnosprawnej, która zaczyna go uprawiać? Jakie ma dla niej znaczenie? Czy jest to bardziej forma rehabilitacji (fizycznej i psychicznej), czy też osiągnięcie mistrzostwa i pokonywanie swoich ograniczeń, jak w przypadku sportu dla osób pełnosprawnych?

Różni ludzie różnie podchodzą do sportu – tak jak w przypadku osób pełnosprawnych. Jedni robią to dla zdrowia i poprawy kondycji fizycznej, inni – dla czystej przyjemności, jeszcze inni mogą robić to z nudów. Dla wyczynowych sportowców liczy się wynik i dążenie do mistrzostwa. Każdy ma swoje powody, ale wszystkich łączy to, że sport sprawia im frajdę, daje radość i pozytywnie nastawia do życia.

Panie Rafale, jak do Was trafić? Jak na przykład osoba z powypadkowym urazem rdzenia kręgowego może zaangażować się w sport? Czy wiedzą o Was lekarze, fizjoterapeuci, żeby zachęcać swoich pacjentów?

Najłatwiej skontaktować się z nami przez maila veloaktiv1@gmail.com. Informacje o naszej działalności znajdują się na stronie www.veloaktiv.pl. Osoba po urazie rdzenia ma na początku do przebycia proces usamodzielniania się i osvajania się z trudną, nową sytuacją. Dobrze jest, jeśli od razu trafi na ludzi, którzy mają doświadczenie i sami przez to przechodzili. Nasza działalność skupia się na sporcie, ale często też służymy pomocą i radą dla „świeżaków”. Sport powinien być wprowadzany tak szybko, jak tylko to możliwe. Jeśli nie ma przeciwwskazań medycznych do aktywności, to nie ma na co czekać i należy wprowadzać sport jako element rehabilitacji.

Zapraszamy!

Przedstawiciele nauk społecznych o sporcie paraolimpijskim

Jan Piasecki

Zakład Filozofii i Bioetyki, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie – Collegium Medicum

Każdy sportowiec jest niepełnosprawny

Każdy sportowiec jest niepełnosprawny, a sport jest nieustannym przezwyciężaniem niepełnosprawności. Każda osoba niepełnosprawna, która podejmuje walkę ze swoją niepełnosprawnością, jest sportowcem *par excellence*.

Twierdzenie: „każdy sportowiec jest niepełnosprawny” nie jest jedynie zuchwałym paradoksem, ale próbą uchwycenia istoty sportu. Sportowiec dąży wszak do polepszenia funkcjonowania swojego ciała. Pragnie wytrenować swe ciało, nagiąć je do własnej woli i osiągnąć coś, co z początku pozostaje poza zasięgiem cielesnych możliwości. Szybsze przebiegnięcie dystansu 100 metrów, opanowanie oddechu i trafienie w cel z łuku, sprężenie się i oddanie dalekiego skoku. Sportowiec nie może wybrać sobie swojego ciała, ale może je udoskonalać. Podobnie rzecz ma się z osobą niepełnosprawną, jej ciało nie jest przedmiotem wyboru, lecz rezultatem nieszczęśliwego zbiegu okoliczności. Ciało niepełnosprawnego stawia ograniczenia, które trzeba przezwyciężyć poprzez żmudną, systematyczną pracę – trening, zupełnie tak jak w sporcie. Trening sportowca niepełnosprawnego jest kontynuacją jego codziennych zmagień.

Te istotne analogie między sportem a niepełnosprawnością wynikają z faktu, iż niepełnosprawność jest czymś relatywnym i stopniowalnym zarazem. Nikt nie jest w pełni sprawny: szybkościowcy nie dają rady na długich dystansach, długodystansowcy nie radzą sobie w sprincie. Trudno wyobrazić sobie człowieka sprawnego pod każdym względem. Sportowcy osiągają wyjątkową sprawność zazwyczaj w obrębie jednej sportowej niszy – ich spraw-

ność jest więc zależna od okoliczności. Jak śmieszenie i „niepełnosprawnie” musiałby wyglądać ciężarowiec próbujący wykonać piruet na lodowisku?

Relatywność niepełnosprawności wiąże się też z istotną cechą ludzkiej, biologicznej natury. Można bowiem powiedzieć, że człowiek jest niepełnosprawnym zwierzęciem: brak mu ostrych pazurów, zębów i ciepłego futra. Te braki nadrabiamy dzięki kulturze i cywilizacji. Człowiek wyrasta poza naturę i tworzy własny wygodny świat: szyje sobie ubranie, buduje schronienie i konstruuje maszyny, dzięki którym może się szybko poruszać. Świat ludzkiej cywilizacji jest skrojony na ludzką miarę. Ale przecież nie ma jednej ogólnoludzkiej miary: jedni są wyżsi, inni niżsi, grubszy lub chudsi. Niektórzy pokonują wysokie schody jednym susem, inni zaś mozolnie wspinają się stopień po stopniu. Niepełnosprawność, podobnie jak choroba, wyłącza człowieka ze wspólnego, skrojonego na uśrednioną miarę świata. Sport jest często sposobem na przekroczenie owych barier. Jest próbą wdarcia się do świata skrojonego na średnią miarę, a czasem i dalej – poza zasięg przeciętnego człowieka. Dzięki sportowi osoba niepełnosprawna może przezwyciężyć fizyczne ograniczenia, ale może też ustanawiać nowe granice ludzkich możliwości i cielesnej doskonałości.

Wykluczenie człowieka „niepełnosprawnego” ma jednak nie tylko czyisto przestrzenny wymiar. Niepełnosprawność może się bowiem wiązać z cierpieniem zarówno fizycznym, jak psychicznym. Cierpienie w szczególny sposób wyłącza człowieka ze „świata zdrowych”. Z jednej strony cierpienie trudno jest zakomunikować i przekazać innym, z drugiej strony zdrowy często nie wie, jak odpowiedzieć na cierpienie, jak rozmawiać z osobą cierpiącą. Osoba cierpiąca jest więc często osamotniona, zamknięta w swoim niedostępnym dla innych świecie, otoczona barierami, których nie sposób przekroczyć.

Sport włącza osobę niepełnosprawną we wspólny świat uniwersalnych ludzkich emocji. Rywalizacja, smak tryumfu, gorzyc porażki, poczucie dominacji i wyższości, radość i cieszenie się własnym ciałem, jego sprawnością, poczucie pełni życia – wszystko to, z czym wiąże się sport, a co zdawałoby się niedostępne, staje się udziałem osoby niepełnosprawnej. Co więcej, emocje związane ze sportem czynią świat ludzi „niepełnosprawnych” bardziej dostępnym dla ludzi „pełnosprawnych”.

Człowiek jest obecny w świecie i dla samego siebie poprzez swoje ciało. Świata doznajemy poprzez zmysły, sami siebie doświadczamy dzięki wewnętrznej poczuciu własnej cielesności, w końcu oddziałujemy w świecie poprzez nasze ciało. W tym sensie nasza podmiotowość jest w pełni cielesna: granice mojego ciała są granicami moich możliwości. Niepełnosprawność lub choroba ograniczają ludzkie ciało – człowiek z działającego zmienia się doznającego – w pacjenta. Ciało w skrajnych przypadkach może stać się

nie tylko więzieniem, ale i narzędziem tortur. W tym znaczeniu sport osób niepełnosprawnych jest odzyskaniem własnego ciała. Dzięki sportowi człowiek może na powrót upodmiotowić swoje ciało: otworzyć je na bodźce dochodzące ze świata, w pełni nad nim zapanować oraz poprzez nie oddziaływać w świecie i wejść między innych ludzi. Sport jest jednak szczególną formą upodmiotowienia ludzkiego ciała: trenując ciało, sportowiec niejako uprzedmiotawia je, stara się je w odpowiedni sposób ukształtować, często przekształcić, na przykład pracując nad rozwojem szczególnie istotnej w danej dyscyplinie partii mięśni. Ale po fazie uprzedmiotowienia w czasie zawodów następuje całkowite upodmiotowienie ciała – to sportowiec o wysportowanym ciele wspina się na wyżyny swych możliwości. W tym istotnym aspekcie sport jest dla osoby niepełnosprawnej spotęgowaniem nieustannej walki i upodmiotowienia własnego ciała.

Sport jest też sposobem nadania sensu swojemu życiu. Ludzie niepełnosprawni często zadają sobie pytania: „Dlaczego to właśnie mnie się przydarzyło? Dlaczego właśnie ja?”. Są to pytania o sens ludzkiego życia. Na pytanie o sens ludzkiego życia nie da się po prostu odpowiedzieć. „Dlaczego ja?” – pyta osoba, która uległa wypadkowi. „Jak to dlaczego? Dlatego, że znajdowałaś się w niewłaściwym czasie w niewłaściwym miejscu”. Ale przecież to nie jest odpowiedź, której się oczekuje. Nawet odpowiedź „Bóg tak chciał” – jest niewystarczająca. Pewnie – jeśli istnieje i jest wszechmogący – to tak właśnie chciał, ale teraz to ty musisz jakoś żyć z niepełnosprawnością. Pytając „dlaczego ja” – zadajemy pytanie o to, jak żyć. Niepełnosprawność jest zadaniem – trzeba nadać jej swój osobisty sens. Sport może nadać znaczenie ludzkiemu życiu: zmaganie się z własnymi ograniczeniami może być nie tylko celem, ale również dawać przyjemność i poczucie, że żyje się pełną piersią, naprawdę. W tym znaczeniu uprawianie sportu jest też buntem przeciw niesprawiedliwemu losowi. Niepełnosprawny sportowiec nie godzi się na to, co przyszykował mu los, i wychodzi poza narzucone mu przez świat ograniczenia.

Twierdzenie zawarte w tytule da się odwrócić: każdy niepełnosprawny jest sportowcem. Kim jest zatem niepełnosprawny uprawiający sport? Niepełnosprawny sportowiec jest kimś, kto świadomie kształtuje swe życie, nadając mu własny sens.

Henryka Olbrych

Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 11 im. Jana Pawła II w Krakowie

Niepełnosprawny sportowiec w szkole

Współczesna szkoła staje się przestrzenią przyjazną dla uczniów niepełnosprawnych ruchowo oraz uczniów z różnymi problemami zdrowotnymi. Od stopnia ich niepełnosprawności zależy sposób opieki nad nimi. Zajęcia odbywają się w klasach z rówieśnikami albo indywidualnie w szkole, a najczęściej – w domu ucznia. Nauczyciele poszerzają swoje kompetencje na kursach specjalistycznych i studiach podyplomowych z dziedziny logopedii, psychologii, pedagogiki specjalnej. W edukacji młodzieży pomaga pedagogom także pewien rodzaj intuicji, rzecz można „profesjonalnej”, cechy osobowości i wrażliwości oraz lata praktyki zawodowej, stykania się z różnymi problemami, jakie dotyczą wielu podopiecznych. Należą do nich niewydolność rodziny, alkoholizm, narkomania, prostytutka, agresja i inne. Pomimo całej złożoności i problemów, przed którymi stoi oświata ogólnie, każda szkoła stara się rozwiązywać swoje zadania jak najlepiej i działać dla dobra ucznia.

Wraz z pojawieniem się ucznia niepełnosprawnego o zainteresowaniach sportowych, szkoła dostaje sygnał, aby trafił on w ręce najbardziej doświadczonych nauczycieli, którzy będą go motywować do zdobywania wiedzy, wyczuwać nawet bez słów jego potrzeby. Niestety, możliwości żadnej instytucji oświatowej nie pozwalają na realizację wszystkich potrzeb. Szkoła może dostrzegać sukcesy sportowe, włączać ucznia niepełnosprawnego w przygotowanie i przeprowadzanie różnych imprez sportowych, różnych wydarzeń, wycieczek, rajdów i tym podobnych atrakcji. Jest to jednak o wiele za mało. Wszystkim działaniom towarzyszy zawsze uczucie niespełnienia i wstydu z powodu bezsilności. Aby te przykre zjawiska ograniczyć, należy współpracować z różnymi instytucjami i fundacjami wspierającymi uzdolnioną młodzież niepełnosprawną.

Szkoła podejmuje wysiłki, aby stworzyć atmosferę przyjazną i ciepłą, aby niepełnosprawni uczniowie-sportowcy zabrali ze sobą w świat miłe wspomnienia, poczucie, że spotkali się z życzliwością, że poznali ludzi, którzy wspierali ich w dążeniach do realizacji marzeń.

Niebagatelną rolę ma do odegrania wychowawca klasy. Powinien kreować należytą atmosferę w klasie, eliminować przejawy nieżyczliwości i agresji słownej, śledzić postępy w nauce i dyskretnie interweniować, gdy zauważy coś niepokojącego w otoczeniu niepełnosprawnego wychowanka. Wszystkie osiągnięcia zaś powinny zostać zauważone i docenione. W sytuacji gdy uczeń niepełnosprawny pojawia się w szkole okazjonalnie (nie każda szkoła dysponuje urządzeniami technicznymi ułatwiającymi przemieszczanie), należy zadbać o dobre samopoczucie ucznia niepełnosprawnego i stworzyć szansę, aby rówieśnicy lepiej go poznali.

Przed nauczycielami przedmiotów humanistycznych stoi zadanie nie mniej ważne niż przed wychowawcami i psychologami szkolnymi. Literatura może okazać się doskonałym kluczem do rozumienia problemów egzystencjalnych i imperatywów determinujących ludzkie losy i postawy życiowe. Każda lektura wywołuje emocje, pytania o sens życia i śmierci, o sens cierpienia, o rolę fatum i miejsce jednostki w społeczeństwie. Uczeń uświadamia sobie fakt, że nie tylko ludzie niepełnosprawni zostali dotknięci przez zły los. Zauważa, że większość z nas pokonuje czasem niewyobrażalne trudności, rozwiązuje problemy związane z chorobami, złą sytuacją rodzinną, finansową, chcąc odwrócić zły los i pokonać brutalność życia. Literatura poprzez swój mimetyczny charakter uwiarygadnia świat przedstawiony. Prezentuje różne postawy bohaterów, mogących stanowić wzorce paradygmatyczne. Niepełnosprawnemu sportowcowi zaimponować może postawa niejednego dynamicznego bohatera literackiego, jeśli nauczycielowi uda się wywołać emocje i podjąć ciekawą dyskusję o kondycji ludzkiej.

Szkoła powinna dać niepełnosprawnemu uczniowi zajmującemu się sportem poczucie bezpieczeństwa, utwierdzić go w przekonaniu, że sport osób niepełnosprawnych to jedna z najważniejszych kategorii wyzwań mogących przełamać barierę niemożności. Niewyobrażalny wysiłek fizyczny i dyscyplina wewnętrzna wyzwala tkwiący w człowieku potencjał, którego się nawet nie podejrzewa. Chodzi o to, aby zrodził się w pewnym momencie autentyczny entuzjazm wiary w życie, aby zwyciężył wysiłek niezaprzeczony przez pieniądze i przemysł sportowy. Tylko nadludzki wysiłek zmagania z samym sobą i heroizm może górować nad klubami kupującymi zawodników-celebrytów i stwarzającymi im doskonałe warunki treningów. Młody sportowiec niepełnosprawny może liczyć na bardzo niewiele. Szkoła stara się zapewnić mu przede wszystkim solidne wykształcenie ogólne i przygotować do podjęcia studiów, wspierać psychicznie, budzić wiarę w ludzi i kibicować mu, nagłaśniać każdy sukces. Może jednak te drobne gesty i całościowy kształt pracy pedagogów okazać się wartością.

Sport niepełnosprawnych gdzieś w tle łączy się z mitycznymi początkami sportu, czyli nawiązuje do etosu antycznej Grecji. I to jest niezaprzeczalną wartością tego zjawiska.

Małgorzata Majewska

Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Parasport – bardziej para czy bardziej sport? O problemach z nazwą

Temat medialnego zainteresowania sportem zawodowym uprawianym przez osoby niepełnosprawne warto zacząć od uwagi zupełnie niesportowej, a językowej. Mianowicie od tego, że samo pojęcie sportu jest rozumiane dwojako.

Sport może być rozumiany jako rywalizacja między zawodnikami. W takiej metaforze wzajemnej walki relacjonowane są wielkie imprezy sportowe typu igrzyska olimpijskie czy mundial. Jeden człowiek walczy z drugim o to, kto będzie lepszy w danej dyscyplinie. W takim postrzeganiu sportu jeden człowiek jest rywalem, a często wrogiem drugiego człowieka. W tym kontekście często wspomina się o konceptualizacji sportu jako bezpiecznej realizacji metafory walki, w której ten, który jest lepszy, wygrywa.

Równocześnie w języku mediów pojawia się inne rozumienie sportu. Występuje ono w dwóch kontekstach: sportu uprawianego przez osoby niepełnosprawne i sportu amatorskiego. Sport rozumiany jako walka z samym sobą i własnymi słabościami. W takim rozumieniu każdy, kto podejmuje sportową walkę, jest już wygrany. To są te brawa na maratonie, gdy zdrowych amatorów mija niepełnosprawny sportowiec. Takie myślenie aktywowane jest w przypadku osób niepełnosprawnych, gdyż nie sposób mówić o równej walce, gdy różne są poziomy niepełnosprawności. Dodatkowo jest ono wielce szlachetne. Tyle tylko, że w świecie, w którym naczelną zasadą stała się wzajemna rywalizacja, nie napotyka ono na wielkie zainteresowanie. Nie generuje takich emocji jak to aktywizujące potrzebę oraz uruchamiające schemat dualny: my–oni, w rozumieniu którego oni są odwiecznymi wrogami, których należy zgładzić wszelkimi dostępnymi (acz sprawiedliwymi) środkami. Takie antagonizujące rozumienie widowisk sportowych wzbudza zainteresowanie, gdyż stwarza bezpieczną ramę na przeżywanie potrzeby walki i rywalizacji – przy założeniu, że wygrywa ktoś obiektywnie lepszy.

Podłoże językoznawcze

Dla jasności wywodu, warto wprowadzić krótkie podłoże teoretyczne. Tekst bowiem przyjmuje perspektywę językoznawczo-medialną. Za celowe zatem uważa się wyjaśnienie, jak to możliwe, że jedno słowo może być rozumiane w jednym systemie językowym dwojako.

Słowo jest ważne. Bo nazywa rzeczywistość i wpisuje daną rzecz czy relację w konkretny system językowy. W semantyce kognitywnej „znaczenie traktowane jest jako konceptualizacja powiązana z wyrażeniami językowymi”¹. Innymi słowy, wyrażenie językowe odzwierciedla sposób postrzegania świata przez mówiącego. Dzieje się tak w momencie, gdy tworzy on nową kategorię pojęciową, wyrażoną przez kategorię językową.

Gdy po raz pierwszy organizowano sportowe wydarzenie dla niepełnosprawnych sportowców w czasie otwarcia Letnich Igrzysk Olimpijskich 1948 w Londynie, należało stworzyć dla niego nazwę. Jak pokazuje językoznawstwo kognitywne, nazwa nigdy nie jest neutralna, ale za każdym razem uruchamia w naszej percepcji pewien subiektywny obraz.

Poszukiwanie słowa na nowe zjawisko społeczne, a takim na pewno były w 1948 r. pierwsze zawody z grami dla sportowców na wózkach inwalidzkich, które to zawody miały być zbieżne z igrzyskami olimpijskimi, jest procesem niezwykle złożonym. Każda propozycja słowna uruchamia bowiem określoną konceptualizację, a ta z kolei aktywizuje określone domeny poznawcze. Domena poznawcza to „uporządkowany obszar wiedzy, w kontekście którego dokonuje się konceptualizacja jednostki semantycznej”². Oznacza to w praktyce, że każde słowo, które wytworzy użytkownik języka i które zacznie być używane w odniesieniu do danej rzeczy czy zjawiska społecznego, czy innego bytu, aktywizuje w głowie odbiorcy jakieś pole skojarzeniowe. W przypadku sportu zawodowego uprawianego przez osoby niepełnosprawne, taka nazwa jest szczególnie istotna, gdyż od niej zależy postrzeganie całego zjawiska i to, jakie emocje ono uruchamia.

Cały problem polega na pytaniu, czy sport osób niepełnosprawnych ma uruchamiać domenę współczucia, litości i podziwu, ale jednak uznania podziału na ludzi pełnosprawnych i niepełnosprawnych – czy raczej ogniskować uwagę na aspekcie sportowej rywalizacji i ducha walki.

Jakakolwiek nazwa zostanie użyta w odniesieniu do osób niepełnosprawnych, musi ona z konieczności zawierać informacje o tym, że jest różnica między biegaczem na dwóch zdrowych kończynach a biegaczem, który zamiast sprawnej nogi ma protezę. I nie można pominąć faktu, że ten drugi

¹ R.W. Langacker, *Gramatyka kognitywna. Wprowadzenie*, Universitas, Kraków 2009, s. 18.

² Tamże, s. 30.

– właśnie z powodu protezy – musi być oceniany wedle innych kryteriów niż ten pierwszy. Rzecz w tym, że chcemy demokratycznie traktować wszystkich z takim samym szacunkiem i uznaniem ich podmiotowości, a równocześnie nie można w konkretnej konceptualizacji pominąć obiektywnie istniejących różnic.

Z kolei wskazywanie różnic tworzy ryzyko uruchomienia domeny współczucia i litości. Jeśli u odbiorcy aktywizują się te właśnie emocje, to z dużym prawdopodobieństwem zablokuje to uruchomienie domeny sportowej: ducha walki i rywalizacji. Tymczasem to właśnie uruchomienie rywalizacji sprawia, że sport zyskuje medialny charakter.

Dochodzimy do kolejnego istotnego pytania: co sprawia, że dane widowisko staje się medialne? Dlaczego mecze piłki nożnej są najbardziej medialne, czyli przyciągają więcej odbiorców niż jakikolwiek inny sport (chyba że w danej dyscyplinie mamy wybitne osiągnięcia, jak to było w przypadku Justyny Kowalczyk czy Adama Małysza). Okazuje się, że medialne jest to, co uruchamia w nas reakcje fizjologiczne. Sportowiec zaś – mówiąc w dużym uproszczeniu – ma stanowić niedościgniony wzór, być kimś, z kim można się utożsamiać. Idealna więc byłaby taka obróbka medialna wydarzeń związanych ze sportem paraolimpijskim, żeby aktywizowała domeny związane z cechami pożądanymi w przypadku *role model*, czyli właśnie osoby, z którą można się utożsamiać.

Co się dzieje w praktyce? Głównym słowem używanym w odniesieniu do sportowców niepełnosprawnych jest określenie *parasportowcy*. Przedrostek *para-* używany jest też w innych kontekstach. Mamy *paraolimpiadę* i *paraolimpijczyków*, *para-Rio*, *igrzyska paraolimpijskie*. Przykłady można mnożyć. Problem polega na tym, że przedrostek *para-* pojawia się w odniesieniu do zjawisk nietraktowanych do końca poważnie. *Parapsychologia* nie jest poważną psychologią. *Paranaukowe* to tak naprawdę nienaukowe. Nie mówiąc już o *zjawiskach paranormalnych*. Czy w takim układzie *parasportowiec* jest takim samym sportowcem, bo tak samo ciężko trenuje, walczy i wygrywa? Czy nie do końca jest sportowcem?

Podobnie jest z określeniem *osoba niepełnosprawna*, *niepełnosprawny olimpijczyk* itd. Tutaj problem tworzy brak wyraźnego rozróżnienia na niepełnosprawność ruchową i intelektualną. Niepełnosprawność ruchowa bowiem najczęściej jeszcze nie wyklucza podmiotowego traktowania danej osoby przez odbiorcę komunikatu. Ale już niepełnosprawność intelektualna tak, co widać z pojawiających się w systemie językowym określeń z nią związanych, a używanych w sposób pejoratywny. Tak na przykład jest ze słowem *debil*.

To, czego najbardziej obawiają się sportowcy niepełnosprawni, i to, co ma największy pejoratywny potencjał – to lęk przed trywializacją i fizjologizacją ich stanu zdrowia. Za każdym parasportowcem kryje się tragiczna

i trudna historia kogoś, kto zмага się z własną niepełnosprawnością. Nikt swojego inwalidztwa świadomie nie wybierał.

Analiza określeń związanych z parasportem i ich medialnego wykorzystywania to temat na obszerne prace leksykograficzno-medialne. Celem tego tekstu było jedynie zwrócenie uwagi na problem i pokazanie obszarów ryzyk. Konkluzja nie napawa optymizmem, gdyż nie wydaje się możliwe znalezienie dobrego wyjścia, czyli takiego określenia, które z jednej strony będzie akcentowało ducha sportu, a z drugiej – zawierało informacje o różnicach między sportem i parasportem. Może sama świadomość zagadnienia jest jedyną opcją, jaka pozostaje?

Aneks

Jean M. Novak

San Jose State University, CA, USA
Communicative Disorders & Sciences Department

Sports in the US for individuals with disabilities: a therapeutic perspective

Abstract

This paper will take into consideration the overall benefits of including individuals with disabilities in sports activities in the areas of physical, emotional, social, and communication development. It will address the sensory systems that are affected by participating in sports and the utilization of a multidisciplinary approach to identify the type of sports activities that are appropriate for an individual with disabilities is critical. The input of parents along with other professionals can be very beneficial. The identification of goals and objectives should be made as a team with the involvement of sports activities to promote a natural therapeutic environment for successful opportunities to generalize skills being taught the individual with disabilities. The importance of early inclusion in sports for children with special needs is mandated by laws in the US. Several national adaptive sports programs will be identified and a novel university sports mentor program for children with autism will be discussed.

Key words: sports, individual disabilities, interdisciplinary collaboration

Introduction

Physical activity is necessary for the health, healing, and well-being of every human being, with and without disabilities. Activities which include movement and exercise can be obtained by playing and participating in various sporting events. The benefits of playing sports have been identified as enhancing physical, emotional, social, and communication development (Wilson, 2002). These benefits include improving fitness and overall physical health, decreasing obesity (American Academy of Pediatrics, 2006), slowing the progression of chronic diseases, enriching cognitive abilities, improving proficiency of motor skills (fine and gross), building strength, enhancing self esteem, encouraging confidence, creating motivation, developing resiliency,

reducing stress, improving ability to handle emotions, learning to accept defeat/loss and/or winning, accepting the company of others, increasing taking turns and sharing, sacrificing for the good of the team, improving relationships, learning to handle conflict, contributing to team spirit, being a team player, understanding trust issues, following the lead, developing leadership skills and independence, following directions, learning to seek help, interacting with the world, discovering personal strengths and weaknesses as well as likes and dislikes, as well as taking charge of personal responsibilities (Case-Smith, 2013; Cosbey, Johnston, Dunn, 2010; Murphy, Carbone, Academy of Pediatric Council on Children with Disabilities, 2008). All these therapeutic benefits can occur while engaged in an activity that can be fun. The development of these skills are critical, especially for those with disabilities.

Participating in sports activities provides movement on various planes of the vestibular system including frontal, sagittal, rotation, orbital, and linear acceleration with vibration, and increases kinesthetic (movement of muscles and joints) awareness. Involvement in sports also allows for sensory experiences that improve the somatosensory and the proprioceptive (balance/body in space) systems, by developing effective motor planning through imitation, bilateral motor coordination, rhythm, timing, and balance (Kirkpatrick, 2012; King, Law, King, Rosenbaum, Kertoy, Young, 2003). Sporting activities help to train body awareness (concept, image, and schema), which includes body parts and directional body movements that are critical for developing sense of self and cognitive skills. These activities also enhance the auditory and visual processing systems (Hubert, 2014). Depending on the difficulties a person with disabilities is experiencing, these systems are usually addressed in intervention objectives by various clinicians and professionals in the therapeutic environment.

Individuals with disabilities are given challenging yet achievable goals in therapy, where they are expected to experience improvement along with success. These goals and objectives can be addressed through sports activities. However, to be effective, these goals would need to be considered and formulated by an interdisciplinary team of specialists and therapists. Initially, before any sport is selected for or pursued by a given individual with a disability, a medical doctor needs to address all health issues and physical limitations, as well as take into consideration various medications the patient is taking to determine the amount of physical activity that person can handle. Other therapists such as psychologists, occupational therapists, physical therapists, physiotherapists, and speech and language pathologists should identify the socio-emotional, motor, and communication skills of the person. Collaboration between specialists and providing appropriate supervision of an individual with special needs is necessary so that, modifications

and accommodations that need to be considered for each individual with a disability are addressed (Bassett, 2013).

Most importantly, parents/caregivers and/or spouses should also be involved in understanding the process and providing input on recommendations for therapy goals and objectives. Many times parents do not expose their child to sports activities due to unawareness or fear that their child will be unable to perform the activities required to play sports on a team. Other parents may fear that their child will be teased or hurt by their peers that do not have any disabilities. Parents need to have these and other concerns addressed and be provided with training and counseling to better understand how their child could benefit from being involved in sports, and to understand that learning occurs when an individual is engaged in a sports activity (Dyken, Rosner, Butterbaugh, 1998). Parents can also contribute information related to the strengths and weaknesses of their child and to participate in a dialogue with therapists, suggesting which sport their child may benefit from learning to play.

From a therapeutic health perspective, movement and engagement in sports activities allows for the brain and body connection (Promislow, 2003) to occur in a real situation that can in turn positively influence various 'systems' and enhance learning new skills within a natural environmental setting. Participation in sports activities involves repetition of an action many times in order to attempt to master a specific skill or activity (i.e. learning to hit a ball with a bat, or kick a ball over the post). Skills are learned through these repetitive actions which require movement (Wilson, Clayton, 2010). As a result, for those with disabilities, transfer, maintenance, and carryover of these new skills can be obtained in a faster pace due to a more functional environmental setting where the skills are being taught and learned.

Statistics and Disability Laws in the United States

Nineteen percent (19%) of individuals in the United States have a disability/special need. Over 49 million Americans over the age of 4 have a disability, and 1 out of 9 children under the age of 18 in the United States receive special education services. Over 55% of adults with disabilities do not participate in any leisure physical activity which includes sports, compared to 36% without disabilities (Healthy People 2010).

Some difficulties that are experienced which do not allow an individual with disabilities to participate in sports activities may be related to functional physical limitations, the high cost of specialized equipment, lack of facilities and programs in a specific area, as well as time restrictions within

the home, fear of injury, and lack of home environmental support or community attitudinal barriers (King et al., 2003). Even though there continues to be a stigma regarding individuals with disabilities only 7% of women with disabilities participate in sports or exercise as reported by the National Center for Health Statistics), there are laws in the United States that require that all individuals with and without disabilities have a right to be provided with equity in sports opportunities. These laws dictate the importance of full inclusion in the learning of various life-skills, which include participation in sports for individuals with disabilities.

The Rehabilitation Act of 1973 (section 504) states that schools, along with colleges and universities that receive federal funding for physical education programs must make these programs accessible to students with special needs which includes participation in sports activities. The Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) of 1990 dictates that physical education is a required service for children with special needs in public schools. From 1990 the Americans with Disabilities Act (ADA) bans the discrimination against individuals with special needs and requires all sports programs to comply with ADA policies.

The US Department of Education (2011) has published a document addressing the importance for children with special needs to participate in sports. The report presents various health considerations such as obesity, accessibility considerations and decreasing self-injury, equipment usage with modifications, personnel preparations in dealing with physical and behavioral problems, teaching style of teachers to focus on personal improvements and not competition or winning by encouraging the fun of interacting and not the defeat of losing, and inclusion of peers without disabilities in the sporting activities, as well as including nonacademic extracurricular activities such as sports in the Individualized Education Program (IEP).

However, even though there are laws mandating children with disabilities to be involved in sports, there are still some schools across the country that continue to allow children with cognitive and physical disabilities to be exempted from required physical education classes. It is important for parent, educators, and school district administrators to understand and uphold the laws that require students with disabilities to participate in physical education programs and not be exempted (US Department of Ed, 2011).

National Adaptive Sports Programs in the United States

Some of the most common types of sports for individuals with disabilities in the United States include swimming, bicycling, soccer, football, basketball,

handball, hockey, gymnastics, weightlifting, waterskiing, and horseback riding. Participation in these sports activities have been both on personal and competitive levels by individuals with disabilities (Wilson, et al., 2010). The United States has established various organizations that provide sports opportunities for individuals with all types of disabilities for all ages. These organizations provide sporting events along with adaptive equipment, training, camps, and grant opportunities. Some of the most well known organizations include: Disabled Sports USA, New England Disabled Sports, National Center for Disabled, Special Olympics, US Department of Veteran's Affairs, and others. In addition, universities have begun mentor programs for children with disabilities, such as University of San Diego (USD) and San Jose State University (SJSU).

Disabled Sports USA was established in 1967, and currently provides over 45 adaptive sports opportunities for people with disabilities such as snow-boarding, sled hockey, snow-shoeing, cross country and downhill skiing, in addition to hand-cycling, surfing, golf, cycling, kayaking, canoeing, water skiing, sailing, fishing, scuba diving, climbing, hiking, track, triathlon, equestrian, along with a variety of other sports. New England Disabled Sports is a nonprofit organization founded in 1987. This organization provides adaptive sports training to all individuals with disabilities including physical, cognitive, visual and hearing impairments, as well as military programs to wounded war veterans with disabilities, and organized camp experiences. The National Sports Center for Disabled began in 1970 in Denver, Colorado. It has become one of the largest therapeutic sport and recreational agencies, offering year round sports activities for cognitive, emotional, and behavioral problems and other disabilities for all ages. Special Olympics holds various competitions everyday, all over the world. In addition to the Special Olympics umbrella organization, there are also the Special Olympics Summer and Winter World Games and Special Olympics USA National Games. The Special Olympics World Games are held internationally every 2 years. It is the largest sports program for individuals with disabilities. The first world games were held in Chicago, Illinois in 1968. Every 4 years, the Special Olympics USA National Games are held in the United States. The first USA National Games were held July 1–8, 2006, in Ames, Iowa. Fifty states participated in 13 sports events which included aquatics, basketball, boccia, bowling, golf, gymnastics-artistic and rhythmic, weightlifting, soccer, softball, tennis, track and field, and volleyball. Over 3,000 athletes participated in this event. The US Department of Veteran's Affairs provides adaptive sports programs for disabled veterans and Veteran Administration (VA) Hospitals. This Department hosts 6 national sporting events for veterans with disabilities yearly.

Most of the organizations listed above have centers all over the United States to allow individuals with disabilities to have access to adaptive sports programs. It is critical for early implementation of participation in sports activities in order for these sports programs to be effective therapeutically.

University Sports Mentor Programs

University of San Diego

Several years ago, a novel program which involves university athletes to mentor children with autism was developed by the Autism Tree Project Foundation (ATPF). The ATPF was established in 2003 in San Diego, California to help build community awareness about autism. The goal of ATPF is to provide a mentoring program for children with autism and a support system for their families. ATPF seeks to educate and to show those with autism that they have a bright future ahead and can improve their quality of life by participating with their families in everyday life experiences, such as sporting events.

It is common for families with children with autism to feel isolated from their community. In 2009, the University of San Diego (USD) Athletic Department launched a football player mentor program with the USD Toreros Football Head Coach Ron Carragher with the Autism Tree Project Foundation. This mentor program pairs football players with children with autism. The players become “big brothers” to the children with autism. Over the years, the passion and commitment the players have shown for these children has led us to nearly 100% participation from the entire football team of over 95 football players. The USD Toreros Football Team has been active in autism advocacy and raising autism awareness, in addition to mentoring children with autism and the ATPF families in San Diego, California.

The Toreros host the Autism Tree Project Foundation families at every home game, where the children get to watch and cheer for their players during the game and throw and catch footballs with the players after the game. Over 800 children & families have participated since the beginning of this program, bringing children with autism and families together with university athlete role models. This program is a life-line for these children and their families, creating a community bond, along with positive experiences and memories that last a life-time.

University of San Diego Testimonials

One Mother that has 2 children with autism wrote:

“The USD football family [mentors] brought life back into our own family. We could go to a game, have a blast, and not have to worry about autism

bothering anyone... we could just be a family. Our boys love cheering for their players.

My son's room is a decorated football man-cave and he has photos of all his football brothers, and team pennants. His last football player 'brother' now plays for the New Orleans Saints. My son can say I knew him when.....:)" – Sandi

This program not only benefits the children with autism and their families, but also the players that mentor these families. They increase their knowledge about autism and how to relate to kids with disabilities. They also create a special bond with these kids.

A USD football player wrote:

"The ATPF/USD mentor program has been one of the greatest opportunities in my life to work with some of the most wonderful kids in the world. The kids at ATPF have taught me more about life and myself than anything else I have ever encountered. I have had the chance to work with some of the happiest and most energetic kids in the world, which only rubs off on me in the best way. I have created friends with kids that will last a lifetime, especially with my man. He has such a magnanimous personality that it is hard not to think the world of him. Not only is he extremely intelligent but I think he will make a great Torero football player someday. Thanks to the ATPF/USD mentor program, I have gained valuable experiences, memories and friends that I otherwise would not have had the opportunity to be a part of." – Sam

San Jose State University

In 2013, this program was replicated at San Jose State University (SJSU) where Coach Ron Caragher, former head football coach at the University of San Diego, became the head coach at SJSU, the same campus where Professor dr. Jean M. Novak, ATPF Director of Early Intervention Research, teaches and trains her speech pathology students. Professor dr. Novak and Coach Caragher have been implementing a similarly outstanding program that pairs SJSU Football Players with ATPF families with an additional component. Professor dr. Novak has added her graduate speech pathology students as mentors to the families in addition to the football player mentors. These students provide the families with social narratives that have been written by the students on, "Attending a Football Game." The families read the story to their child so that when the child goes to the football game and sees his/her football player mentor on the field, he/she is prepared for what will be happening on the field and how to behave at the game. This allows for children that have difficulty deviating from routines, to adapt to a novel situation, such as attending a sports event. The children can also attend the football team practice sessions on specific dates during the se-

mester, as well as participate in various thematic arts and crafts projects that are prepared by the speech pathology students.

Programs like these, allow children with autism to interact with athletes and to experience going to a sports event with their families. It allows the family to attend an event that they never expected would be possible. Additionally, the experience of throwing and kicking a football with the football player mentor, allows a child that has had limited experiences to participate in a sports activity, without being afraid of not knowing what is expected or going to happen. It allows the child to establish an expectation of knowing what is going to happen next, and decreases the fear of participating in a novel experience. These university athlete mentor programs also address the benefits of participating in playing sports, that were presented at the beginning of this article, which include the areas of physical, socio-emotional, and communication development.

Conclusion

Individuals with disabilities should be treated with the same dignity and respect as any other person. They should be provided with access to participate in the various events that those that do not have disabilities experience. Programs that introduce children with disabilities to sporting events at an early age can help to encourage the child and the family to participate in a sporting activity that can bring the family together and create a safe and nurturing environment. It can also create a situation where the family can go to an event together and create a positive bonding experience. As a result of adaptive equipment, accommodations, and various organizations in the United States, individuals with disabilities have more access to participate in sporting events and to reach their actual potential. Acknowledging their abilities and not their limitations, allows them to overcome their barriers and overall improve their quality of life, as well as those who are part of their ecosystem.

References

- American Academy of Pediatrics, Council on Sports Medicine and Fitness and Council on School Health (2006). Active healthy living: prevention of childhood obesity through increased physical activity, *Pediatrics*, Vol. 117, No. 5, pp. 1834–1842.
- Autism Tree Project Foundation (ATPF), www.autismtreeproject.org (Accessed 18.04.2017).

- Bassett J. (2013). All in: PT's help open the world of sports to people with disabilities, *Advance for Physical Therapy and Rehab Medicine*, Vol. 24, No. 14, pp. 16–19.
- Case-Smith J. (2013). Systematic review of interventions to promote social-emotional development in young children with or at risk for disability, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 67, No. 4, pp. 395–404.
- Cosbey J., Johnston S., Dunn L. (2010). Sensory processing disorders and social participation, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 64, No. 3, pp. 462–473.
- Disabled Sports USA, www.disabledsportsusa.org (Accessed 18.04.2017).
- Dykens E., Rosner B., Butterbaugh G. (1998). Exercise and sports in children and adolescents with developmental disabilities: positive physical and psychosocial effects, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 7, No. 4, pp. 757–771.
- Healthy People 2010. United States Department of Health, Centers for Disease Control and Prevention, President's Council of Physical Fitness and Sports. Chapter 22 – Physical Activity and Fitness, Washington, D.C.
- Hubert B. (2014). *Bal-A-Vis-X: rhythmic balance/auditory/vision exercises for brain and brain-body integration* (2nd ed.), Wichita, KS.
- King G., Law M., King S., Rosenbaum P., Kertoy M., Young N. (2003). A conceptual model of the factors affecting the recreation and leisure participation of children with disabilities, *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, Vol. 23, No. 1, pp. 63–90.
- Kirkpatrick J. (2012). Sports for children with sensory processing disorders, *OT Practice*, Vol. 6, pp. 8–12.
- Murphy N., Carbone P., The American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities. (2008). Promoting the participation of children with disabilities in sports, recreation and physical activities, *Pediatrics*, Vol. 121, No. 5, pp. 1057–1061.
- National Sports Center for Disabled, www.nscd.org (Accessed 18.04.2017).
- New England Disabled Sports, www.nedisabledsports.org (Accessed 18.04.2017).
- Promislow S. (2003). *Making the brain body connection*, Vancouver, BC: Enhanced Learning & Integration, Inc.
- Special Olympics, www.specialolympics.org (Accessed 18.04.2017).
- US Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, Office of Special Education Programs (2011). *Creating equal opportunities for children and youth with disabilities to participate in physical education and extracurricular athletics*, Washington, D.C.
- US Department of Veteran's Affairs, www.va.gov (Accessed 18.04.2017).
- Wilson P. (2002). Exercise and sports for children who have disabilities, *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics in North America*, Vol. 13, No. 4, pp. 907–923.
- Wilson P., Clayton G. (2010). Sports and disability, *American Academy of Pediatrics*, Vol. 2, No. 3, pp. 46–54.

Noty o autorach

Aleksandra Adamiec – certyfikowany psycholog sportu II klasy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Ukończyła psychologię stosowaną na Uniwersytecie Jagiellońskim. Współpracowała m.in. z kadrą narodową w biegach narciarskich, pierwszoligową drużyną siatkówki kobiet AGH Galeco Wisła Kraków. Obecnie pracuje z kadrą kobiet w kajak-polo oraz z wieloma innymi drużynami i zawodnikami indywidualnymi. Prowadzi szkolenia i konsultacje z zakresu psychologii sportu, w tym dla Polskiego Związku Sportu Osób Niepełnosprawnych.

Krzysztof Gerc – doktor nauk humanistycznych, psycholog, adiunkt Zakładu Psychologii Rozwoju i Zdrowia Instytutu Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Zainteresowania i publikacje naukowe dotyczą zagadnień rozwoju psychicznego osób niepełnosprawnych w biegu ich życia oraz problematyki wspierania rozwoju dzieci i młodzieży ujawniających deficyty rozwojowe; zajmuje się również problematyką znaczenia kultury organizacji w procesie zarządzania w oświacie i służbie zdrowia w szeroko rozumianym kontekście psychologii rehabilitacji oraz psychologii wychowawczej.

Marcin Kochanowski – doktor psychologii, współpracuje z Uniwersytetem SWPS w Poznaniu. Jego główne zainteresowania to ryzyko w sporcie, tworzenie się oraz funkcjonowanie grup społecznych i zespołów sportowych, komunikacja. Ważne osiągnięcia: udział w Mistrzostwach Świata w 2007 r. w rozgrywkach piłki ręcznej zakończony srebrnym medalem oraz udział w Igrzyskach Paraolimpijskich w Londynie w 2012 r. Jego publikacje naukowe dotyczą przede wszystkim ryzyka w sporcie oraz wielowymiarowego aspektu sportu w życiu człowieka.

Joanna Konarska – profesor nadzwyczajny Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, psycholog ze specjalnością psychologia kliniczna dziecka i psychologia wychowawcza oraz psychologia rehabilitacyjna. Efektem jej dociekań naukowych jest 6 monografii i kilkadziesiąt rozdziałów w pracach zbiorowych oraz artykułów, w tym obcojęzycznych, w renomowanych cza-

sopismach naukowych. Oprócz tego jest stale zaangażowana w praktyczny udział w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością. W działalności praktycznej i naukowej w procesie rehabilitacji łączy psychologię i pedagogikę specjalną, a w razie konieczności – także inne elementy interdyscyplinarnej analizy. Od 2015 r. jest kierownikiem Zespołu ds. Badań Rodziny Osób z Niepełnosprawnością i Chorobami Przewlekłymi przy ZPS KNP PAN.

Małgorzata Majewska – doktor, językoznawca, dziennikarz. Zainteresowania naukowe: komunikacja werbalna i niewerbalna w mediach, język mediów, ze szczególnym uwzględnieniem języka reportażu.

Jean M. Novak – profesor San Jose State University (USA). Zajmuje się szeroko rozumianą problematyką patologii mowy, w pracy naukowej podejmuje problem specyfiki psychologicznej oraz logopedycznej oceny i terapii dzieci z zaburzeniami rozwoju językowego i komunikacji. Obszary specjalizacji i zainteresowań naukowych obejmują: autyzm, zespół Downa, ADHD, zaburzenia słuchu, a także zaburzenia rozwoju funkcji językowych towarzyszące płodowemu zespołowi alkoholowemu. Prowadzi wykłady monograficzne oraz badania międzykulturowe m.in. w Kanadzie, Wielkiej Brytanii, Arabii Saudyjskiej, w Polsce, a ostatnio w Egipcie. Jest cenionym konsultantem – ekspertem patologii mowy w wielu klinikach i szpitalach w Stanach Zjednoczonych. Celem jej poszukiwań naukowych jest zapewnienie warunków wczesnej identyfikacji dzieci z zaburzeniami mowy i komunikacji oraz optymalizacja jakości życia osób, wobec których zastosowano komunikację wspomaganą.

Tomasz Nowak – psycholog i lingwista. W latach 2009–2015 studiował psychologię stosowaną na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. W tym czasie był współkoordynatorem sekcji „Neuronauka i Rehabilitacja” w ramach Koła Naukowego „Pragma”. W latach 2014–2017 student filologii rosyjskiej i języka francuskiego na Uniwersytecie Pedagogicznym w Krakowie i Uniwersytecie Ostrawskim (Czechy). Miłośnik neuronauki, szeroko pojętej rehabilitacji i sportu. Pasjonat kinematografii.

Henryka Olbrych – nauczycielka w gimnazjum i liceum, polonistka i rusycystka. Doświadczenia zawodowe zbierała w szkołach publicznych, również prowadzących klasy integracyjne. Pasjonatka kontaktu z młodzieżą, także w trybie nauczania indywidualnego.

Wojciech Pal – ksiądz katolicki, absolwent teologii na Papieskiej Akademii Teologicznej w Krakowie oraz psychologii stosowanej na Uniwersytecie Jagiellońskim. Doktorant Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie. Pasjonat góralszczyzny, radia, coachingu i psychoterapii.

Leszek Pawłowski – doktor habilitowany nauk medycznych, lekarz ze specjalizacjami z zakresu farmakologii klinicznej i psychiatrii, naukowo związany z Instytutem Farmakologii PAN w Krakowie i Uniwersytetem Jagiellońskim (stanowisko profesora nadzwyczajnego w Instytucie Psychologii Stosowanej), przez wiele lat prowadzący psychiatryczną praktykę lekarską w lecznictwie otwartym. Obecnie profesor nadzwyczajny w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, gdzie pełni funkcję kierownika Katedry Psychiatrii i Psychofarmakologii oraz funkcję dziekana Wydziału Psychologii i Nauk Humanistycznych.

Jan Piasecki – doktor filozofii, bioetyk w Zakładzie Filozofii i Bioetyki, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie – Collegium Medicum. Prowadzi badania naukowe z zakresu etyki badań naukowych i etyki zdrowia publicznego, interesuje się ponadto m.in. neuroetyką, etyką psychiatrii, filozofią polityczną, a także antropologią medyczną. Autor wielu publikacji z zakresu etyki oraz edukacji bioetycznej.

Iwona Sikorska – doktor nauk humanistycznych w zakresie psychologii, adiunkt w Instytucie Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Jest specjalistką psychologii klinicznej, terapeutką dzieci i młodzieży oraz superwizorem interwencji kryzysowej. Autorka publikacji dotyczących rozwoju typowego i atypowego dziecka, edukacji i terapii.

Barbara Róża Superson – psycholog, trener, absolwentka zarządzania na Uniwersytecie Jagiellońskim i Ecole de Management w Strasburgu, obecnie realizuje studia doktoranckie na Wydziale Zarządzania i Komunikacji Społecznej UJ. Główny obszar jej zainteresowań naukowych to: psychologia rozwojowa, pedagogika, kulturowe uwarunkowania rozwoju, edukacja globalna, ekonomia społeczna, psychologia rehabilitacji. Szczególnie interesuje się badaniami międzykulturowymi związanymi z edukacją i rehabilitacją dzieci niepełnosprawnych w Afryce Wschodniej, gdzie zrealizowała dwa projekty rozwojowe na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych.

Edyta Szyszka – doktor nauk humanistycznych, pracownik naukowo-dydaktyczny Akademii Ignatianum w Krakowie. Jej zainteresowania naukowe związane są z problematyką sprawiedliwości i poczucia niesprawiedliwości w ujęciu psychopedagogicznym u osób dorosłych.

Grzegorz Więclaw – absolwent psychologii na Simon Fraser University (Kanada) oraz psychologii sportu i aktywności fizycznej na University of Jyväskylä (Finlandia). Członek Europejskiej Federacji Psychologii Sportu FEPSAC oraz zarządu Europejskiego Stowarzyszenia Młodych Specjalistów

Psychologii Sportu ENYSSP. Obecnie prowadzi prywatną praktykę w Gliwicach, gościnnie wykłada na uniwersytetach w Polsce i w Europie. Jego zainteresowania to okresy przejścia (ang. *career transitions*), radzenie sobie z kryzysem i zmianą, sprężystość psychiczna (ang. *resilience*). Jego najważniejsze osiągnięcia to praca w sztabie reprezentacji Polski w rugby na wózkach, która w październiku 2016 r. zdobyła złoty medal Mistrzostw Europy dywizji B w Szwajcarii, oraz szereg znaczących publikacji naukowych.