

*Krzysztof Gerc***Preferencja wartości i postawa wobec choroby
a cele życiowe młodzieży niepełnosprawnej ruchowo****Wprowadzenie**

Problematyka społecznych i organizacyjnych determinant rozwoju człowieka niepełnosprawnego, w tym badanie przyczyn jego postaw i emocji zyskuje w ostatnich latach coraz szersze zainteresowanie. W przeciętnym odbiorze społecznym człowiek niepełnosprawny nie jest już postrzegany jako zbędny, niepotrzebny, niebiorący udziału w życiu, obciążający swoją obecnością ludzi najbliższych oraz instytucje państwowe czy grupy społeczne, z którymi jest związany. Niepełnosprawność i przewlekła choroba doświadczane przez człowieka tworzą swoistą sytuację, która powoduje konieczność przyjęcia przez niego określonej postawy wobec doświadczanego schorzenia. Badania prowadzone w różnych kontekstach naukowych dowodzą, iż postawa wobec choroby, czy niepełnosprawności związana jest m.in. z hierarchią wartości człowieka.

Problematyka wartości jest aktualnie przedmiotem zainteresowań zarówno psychologów, pedagogów, jak również socjologów i polityków (por. Brzozowski 1996, 2005; Popielski 2009). Jest ona obecna w rozważaniach teoretycznych oraz podejmowana w analizach empirycznych. Wartości uznaje się współcześnie za czynnik mierzalny, różniący ludzi, dający się oszacować i hierarchizować (por. Dolata 1991). Twórcą szczególnie popularnej w psychologii teorii wartości jest amerykański psycholog M. Rokeach. Jego koncepcja stała się podstawą przedstawianych w niniejszym opracowaniu analiz związku indywidualnej hierarchii wartości człowieka oraz ujawnianej przez niego postawy wobec choroby.

W procesie przeżywania niepełnosprawności tworzą się różne postawy człowieka wobec choroby. Postawy te są charakterystyczne i one kształtują role społeczne, specyficzne dla ludzi niepełnosprawnych oraz wpływają w bardzo wyraźny sposób na tworzenie opinii o ludziach chorych w społeczeństwie (Friedman 2003).

Sposoby zmagania się z chorobą są różnorodne i wyraźnie się wiążą z tym, co oznacza choroba dla człowieka, a co zostało ukształtowane m.in. przez wychowanie i kulturę (Sheridan, Radmacher 1998). Rozpoznanie ich w każdym etapie choroby jest ważne z punktu widzenia ustalania metod postępowania z pacjentem, wzmocnienia czynników pożądanых lub osłabiania innych.

Materiał badawczy i dyskusja wyników

Ogólnie sformułowanym problemem badawczym niniejszego artykułu jest analiza zespołu uwarunkowań postawy wobec choroby, kształtującej się u młodzieży niepełnosprawnej ruchowo w normie intelektualnej. Najbardziej zasadniczym celem pracy jest wyodrębnienie czynników związanych z indywidualną hierarchią wartości, mających wpływ na kształtowanie się różnych postaw wobec choroby i własnej niepełnosprawności oraz celów życiowych młodzieży. Przebadano grupę 280 adolescentów¹, koncentrując się jednocześnie na czynnikach otoczenia organizacyjnego (w tym celu opracowano Inwentarz IPKO – por. Gerc 2009a), które według założeń, mają istotny wpływ na kształtowanie się postaw wobec choroby oraz procesu rehabilitacji (por. Gerc 2009b, s. 209–232). Przyjęto następujące hipotezy badawcze:

Hipoteza I: Istnieje związek pomiędzy preferencją określonych wartości a postawą wobec niepełnosprawności.

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

Hipoteza III: Związek między wymiarami osobowości i postawą wobec choroby jest modyfikowany swoistym profilem preferowanych wartości oraz celów życiowych młodzieży.

W celu weryfikacji przedstawionych hipotez wykorzystano następujące metody diagnostyczne oraz narzędzia własnego opracowania: Inwentarz Osobowości NEO – FFI, Skalę Preferencji Wartości M. Rokeacha, Inwentarz Preferencji Kultury Organizacyjnej² własnego opracowania, Skalę Postaw wobec Choroby J. Kostrzewskiego, Test Zdań Niedokończonych własnego opracowania, Dyferencjał semantyczny oraz Wywiad standaryzowany z arkuszem biograficznym.

Opierając się na badaniu Skalą Wartości Rokeacha, otrzymano pełne dane o indywidualnych hierarchiach wartości badanych osób. Informacje o przeciętnych systemach wartości ostatecznych oraz wartości instrumentalnych uzyskanych w badanej grupie zawierają tabele 1 i 2.

Dokonując analizy danych zamieszczonych w tabeli 1, należy stwierdzić, że struktura wartości dominujących u badanej młodzieży obejmuje głównie sferę motywacji, ukierunkowaną na indywidualną atrybucję w poczuciu osobistego dokonania, zgodnego z uniwersalnymi zasadami moralnymi. Zdrowie zyskuje znacznie wyższą rangę w grupie chłopców. Osiągnięcie szeroko rozumianego samozadowolenia (przyjemność, dostatnie życie) w badanej grupie uplasowane jest na dal-

¹ Badania realizowano od lutego 1998 do października 2003 r. Mając na względzie dobranie stosunkowo jednorodnej grupy młodzieży niepełnosprawnej ruchowo, w normie intelektualnej, w wieku 16–19 lat przeprowadzono je indywidualnie i wieloetapowo. Badania były przeprowadzane anonimowo w Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Radziszowie oraz w Wojewódzkim Ośrodku Rehabilitacyjnym w Krakowie.

² Rzetelność poszczególnych wymiarów IPKO została wyliczona w sposób następujący: współczynnik zgodności wewnętrznej dla inwentarza wynosi $r_{tt} = 0,79$; współczynniki stałości bezwzględnej dla poszczególnych typów preferencji kultury organizacji: (TO) $r = 0,77$; (TK) $r = 0,81$; (TI) $r = 0,69$; (TP) $r = 0,65$.

szych miejscach indywidualnych hierarchii wartości. Analogicznej zależności nie stwierdzono wśród przebadanych dziewcząt.

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

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

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

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

WARTOŚCI	Płeć					
	Dziewczęta N=136			Chłopcy N= 144		
	Ranga	Średnia rang	Odchylenie standardowe	Ranga	Średnia rang	Odchylenie standardowe
1. ambicja	4	6,15	5,39	5	7,28	4,18
2. czystość	6	7,31	4,27	10	10,24	3,95
3. gotowość kochania	2	5,12	3,91	3	6,90	4,34
4. grzeczność	10	10,05	2,91	8	9,60	4,57
5. logiczność myślenia	11	11,30	3,31	7	9,10	4,29
6. lojalność	16	14,31	4,15	18	15,60	4,90
7. odpowiedzialność	3	5,90	4,09	2	6,30	5,11
8. odwaga	7	8,90	4,92	4	7,10	3,83
9. opanowanie	12	11,38	3,98	9	9,83	4,31
10. pomysłowość	15	13,05	3,78	12	10,47	3,88

11. posłuszeństwo	18	17,21	4,01	17	14,98	3,72
12. refleksyjność	8	8,93	4,27	14	11,21	3,90
13. samodzielność	5	6,25	4,32	6	7,30	4,08
14. tolerancja	17	16,31	5,19	16	14,33	4,19
15. uczciwość	1	4,22	3,79	1	5,98	4,51
16. uczynność	9	9,73	3,31	11	10,31	4,29
17. wyrozumiałość	13	12,20	4,78	15	11,87	4,33
18. zdolność	14	12,80	5,39	13	10,73	394

Na podstawie analizy danych zamieszczonych w tabeli 2 w konwencji analogicznej do tej, którą zastosowano w przypadku hierarchii wartości ostatecznych stwierdza się, że konfiguracja wartości instrumentalnych obejmuje również głównie sferę motywacji ukierunkowaną na autonomię decyzyjną³. Badana młodzież w znacznej większości najbardziej zatroskana jest o realizację życiowych marzeń, ceni osiągnięcie życiowego sukcesu. Dominującym jej pragnieniem jest uzyskanie pełni zdrowia. Pragnie stabilizacji w życiu, chcąc w pełni odpowiadać za jego przebieg.

Determinanty różnych typów postawy wobec choroby (por. Hollender 1987) sprowadzają się do następujących modeli korelacji, przedstawionych w tabelach 3, 4, 5, 6 oraz 7.

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

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

* wartości instrumentalne

W tabeli 3 zawarto model korelacji dla postawy wobec choroby, pojmowanej jako cierpienie, nieszczęście, przykrość, utrata wartości jako zmiennej zależnej. Stwierdzono, iż osoby charakteryzujące się wyższym poziomem neurotyzmu częściej ujawniają tego typu postawy ($\beta = 0,33$, $p < 0,04$). Występowanie postawy wobec choroby charakteryzującej się interpretowaniem jej w kategoriach nieszczę-

³ Z uwagi na fakt, że skala rangowa jest skalą porządkową i jako taka znacznie zawęża zakres możliwych analiz statystycznych, dla potrzeb dalszych zastosowanych analiz przekształcono rangi na wyniki standaryzowane (Fergusson, Takane 1999). Uzyskane w ten sposób średnie i odchylenia standardowe odzwierciedlają dużą zmienność w obszarze preferowanych przez badaną młodzież wartości.

ścia współwystępuje również z ujawnianym obojętnym typem preferencji kultury organizacyjnej ($\beta = 0,48, p < 0,035$)⁴.

W tabeli 4 przedstawiono korelaty kolejnego typu postawy wobec choroby.

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

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

* wartości instrumentalne

Model korelacji dla postawy wobec choroby czy niepełnosprawności rozumianej jako wartość duchowa współwystępuje z wyższym stopniem ugodowości według kryteriów osobowości Costy i McCrae ($\beta = 0,38, p < 0,03$). Ważna jest również korelacja tego typu postawy z określonym typem hierarchii wartości ostatecznych i instrumentalnych. I tak: w zakresie preferencji wartości ostatecznych osoby ujawniające uduchowioną postawę wobec niepełnosprawności przypisują wyższą rangę zbawieniu ($\beta = 0,42, p < 0,01$) oraz, w perspektywie wartości instrumentalnych, uczynności ($\beta = 0,48, p < 0,05$), co logicznie związane jest z postawą altruistyczną, charakterystyczną dla ugodowości oraz opanowaniu ($\beta = 0,28, p < 0,009$), które może być utożsamiane z pewnym dystansem wobec życia i koncentracją na problemach uniwersalnych.

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

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

⁴ Wyodrębniona postawa zależy też od określonego typu preferencji wartości ostatecznych oraz od hierarchii wartości instrumentalnych. Osoby akcentujące znaczenie wewnętrznego spokoju i harmonii w perspektywie wartości ostatecznych ($\beta = 0,52, p < 0,02$) oraz przypisujący wyższą rangę samodzielności, opisując wartości instrumentalne ($\beta = 0,18, p < 0,05$) mają większą skłonność do przyjmowania postaw wobec choroby charakteryzujących ją jako utrata wartości czy cierpienia.

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

Przeprowadzona analiza wskazuje, że taki typ postawy współwystępuje z niewielką dokładnością w działaniach (niska sumienność), tendencją do hedonistycznego nastawienia wobec życia ($\beta = -0,49$, $p < 0,02$). Stwierdza się również, że nasilenie preferencji innowacyjnego typu kultury organizacyjnej zmniejsza częstotliwość pojawiania się analizowanego typu postawy wobec choroby (preferencja typu TI a postawą wobec choroby rozumianej jako korzyść i ulga: $\beta = -0,37$, $p < 0,04$). Stwierdzono również, że wraz z wiekiem maleje skłonność do ujawniania postawy traktującej chorobę w kategoriach zysku i ulgi ($\beta = -0,57$, $p < 0,005$). Badania wskazują także, że manifestowanie bogatej wiedzy o chorobie i jej objawach oraz sposobach leczenia zmniejsza szanse na pojawienie się wyodrębnionego w modelu typu postawy ($\beta = -0,50$, $p < 0,01$).

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

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

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

Przedstawiony w tabeli 6 model korelacji dla aktywnej postawy wobec choroby wskazuje, że zależy ona zarówno od wymiarów podmiotowych (ekstrawersja), wiek, preferencja wartości ostatecznych, jak również od zmiennych akcentujących rolę kultury organizacji. Stwierdzono, że osoby bardziej ekstrawertywne – otwarte i towarzyskie częściej wykazują aktywną postawę wobec choroby ($\beta = 0,61$, $p < 0,03$). Osoby preferujące innowacyjny typ kultury organizacyjnej częściej traktują chorobę w kategoriach wyzwania, czują się przez nią mobilizowane do aktywnego przeciwdziałania ograniczeniom ($\beta = 0,47$, $p < 0,05$).

Ważną jest również pozytywna korelacja czynnika wieku badanych, niepełnosprawnych uczniów: wraz z wiekiem aktywne postawy zmagające się z niepełnosprawnością stają się częstsze ($\beta = 0,54$, $p < 0,04$). Hierarchia wartości ostatecznych, akcentująca istotność zdrowia, zwiększa szansę na ujawnianie czynnej postawy wobec niepełnosprawności ($\beta = 0,48$, $p < 0,009$)⁵.

⁵ Otwartość, charakterystyczna dla ekstrawersji, umożliwia niepełnosprawnym komunikowanie wprost innym osobom swoich oczekiwań i na zasadzie sprzężenia zwrotnego zyskują oni szansę na bardziej autentyczne wsparcie i bezpośrednią mobilizację.

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

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

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

* wartości instrumentalne

Tabela 7 przedstawia wyodrębniony w badaniu model kształtowania się postawy wobec choroby pojmowanej w kategoriach sankcji i obciążenia finansowego. Stwierdzono, iż otwartość na doświadczenie nie sprzyja ujawnianiu tego typu postawy ($\beta = -0,42$, $p < 0,04$). Ujawniania analizowanego typu postawy nie intensyfikuje (stwierdzona ujemna korelacja) preferencja partnerskiego typu kultury organizacyjnej ($\beta = -0,29$, $p < 0,008$).

W przeciwieństwie – deklarowana wysoka ranga samodzielności w indywidualnej preferencji wartości instrumentalnych zwiększa szansę na wystąpienie tego typu postawy u badanych ($\beta = 0,46$, $p < 0,05$).

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

Wnioski

Wykazano istnienie przyczynowego związku zmiennych, obejmujących preferencję wartości, w którym przypisywanie przez badanego wyższej rangi w zakresie wartości ostatecznych wewnętrznemu spokojowi i harmonii, a w obszarze wartości instrumentalnych – samodzielności prowadzi do kształtowania się postawy wobec choroby pojmowanej jako cierpienie, przykrość, utrata wartości. Można sądzić, że wyodrębniony model zależności stanowi o próbie przewartościowania sytuacji, w jakiej znajdują się młodzi niepełnosprawni, korespondujący z wynikami analiz S. Sadowskiej (2005) oraz rezultatami badań podejmowanych w nieco odmiennych kontekstach empirycznych w odniesieniu do wyselekcjonowanych grup schorzeń narządu ruchu, a dotyczącymi problematyki postaw wobec własnej niepełnosprawności w koegzystencji z warunkami środowiskowo-organizacyjnymi (por. Makiełto-Jarża, Gerc 1998; Dropowa, Solecka, Gerc 2000).

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

W badaniach nie wykazano, by istniała zależność pomiędzy indywidualną hierarchią wartości a manifestowaniem przez badanych postawy wobec choroby – niepełnosprawności, charakterystycznej dla pojmowania jej w kategoriach korzyści i ulgi, co może być związane z istotnie modyfikującym (ujemnym) wpływem pozostałych zmiennych, wyodrębnionych w badaniu.

Literatura

- Brzozowski P., *Skala Wartości M. Rokeacha – podręcznik*, PTP, Warszawa 1996.
- Brzozowski P., *Uniwersalna hierarchia wartości – fakt czy fikcja?*, „Przegląd Psychologiczny” 2005, t. 48, nr 3, s. 261–176.
- Dolata E., *Aspekty filozoficzne psychologii wartości*, „Wykłady w KUL”, t. 5, Wyd. Naukowe KUL, Lublin 1991.
- Dropowa K., Solecka I., Gerc K., *Dziecko niepełnosprawne ruchowo jako podmiot oddziaływań edukacyjno-wychowawczych w warunkach rehabilitacji szpitalnej*, „Postępy Rehabilitacji” 2000, t. XIV, z. 3, s. 79–85.
- Fergusson G.A., Takane Y., *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*, PWN, Warszawa 1999.
- Friedman H.S., *Uzdrowiająca osobowość*, GWP, Gdańsk 2003.
- Gerc K., *Podmiotowe i społeczne determinanty preferowanego przez młodzież niepełnosprawną typu organizacji wychowującej*, [w:] *Teoretyczne i praktyczne aspekty współczesnej edukacji*, red. R.M. Sigwa, A. Guzik, Wyd. Oficyna AFM, Kraków 2009a, s. 209–232.
- Gerc K., *Preferencja kultury organizacji wychowującej oraz jej wpływ na postawę wobec choroby u młodzieży niepełnosprawnej ruchowo*, [w:] *Kultura organizacyjna szkoły*, red. E. Augustyniak, Uczelniane Wydawnictwa Naukowo-Dydaktyczne AGH, Kraków 2009b, s. 163–172.
- Hollender M.H., *Psychologia w praktyce lekarskiej*, PZWL, Warszawa 1987.
- Makiełło-Jarża G., Gerc K., *Konsekwencje psychologiczne niepełnosprawności ruchowej o podłożu neurologicznym w ujęciu rozwojowym*, „Przegląd Lekarski” 1998, t. 55, nr 4.
- Popielski K., *Psychologia egzystencji. Wartości w życiu*, Wyd. KUL, Lublin 2009.
- Sadowska S., *Ku edukacji zorientowanej na zmianę społecznego obrazu osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2005.
- Sheridan Ch., Radmacher S., *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1998.
- Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M., *Inwentarz osobowości NEO – FFI Costy i McCrae*, PTP, Warszawa 1998.

Value preference and the attitude towards the illness and the life aims of young people with motor disability

Abstract

The general research problem of the article is the analysis of a set of conditions that determine the attitude of young people with motor disability but within the intellectual norm towards their illness. The aim of the article is to distinguish factors connected with an individual hierarchy of values which influence the development of various attitudes towards the illness and one's own disability as well as the life goals of adolescents. A group of 280 adolescents was examined to achieve that aim. The characteristics of the results based on an advanced statistical analysis lead, among others, to a conclusion that there is a connection between emphasizing the importance of the final value – health – by the examined and an active attitude towards the illness. The results of the research confirm the existence of a causal relation of variables, which include the value preference, in which ascribing higher rank to peace and harmony within the final values, and to independence within instrumental values leads to the creation of an attitude towards the illness understood as suffering, trouble and loss of value. The research has not showed an existence of a relation between the individual hierarchy of values and manifestation of the attitude towards the disability that is characteristic for understanding it in the categories of an advantage and facilitation which may be connected with a considerably modifying (negative) influence of the other variables highlighted in the study.