

ALEKSANDRA BESZ¹

**STRUKTURA WIZERUNKU WŁASNEGO CIAŁA U SPORTOWCÓW
Z USZKODZENIEM NARZĄDU RUCHU**
Body self-esteem structure in physically disabled athletes

Słowa kluczowe: wizerunek własnego ciała, samoocena ciała, niepełnosprawność, sport osób niepełnosprawnych

Key words: body self-esteem, self-evaluation, disability, sport of disabled

1. Wstęp

Często nie doceniamy roli samooceny w życiu człowieka, a od niej w głównej mierze zależy, w jaki sposób postrzega on postawione przed nim do rozwiązania zadania oraz otaczających go ludzi [22, 12, 19]. Człowiek z niską samooceną z reguły nie wierzy we własne możliwości, boi się podejmować jakiegokolwiek wyzwania w obawie przed niepowodzeniem [8, 10, 11]. W literaturze samoocena definiowana jest jako zespół sądów i opinii, które jednostka odnosi do swoich właściwości fizycznych, psychicznych i społecznych [4, 13, 15, 20]. Jedną ze składowych samooceny człowieka jest więc wizerunek własnego ciała. Zgodnie z definicją Słownika Psychologii oznacza to: „Reprezentację mentalną własnego wyglądu, opartą częściowo na własnej obserwacji, częściowo na reakcjach innych” [5]. A zatem na postrzeganie własnej cielesności wpływa nie tylko rzeczywisty wygląd zewnętrzny, ale również opinie innych, wychowanie, a także odczuwany w danej chwili nastrój [7, 15, 16]. Dużo zależy

¹ Akademia Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego w Poznaniu.

także od wzorców kulturalnych, gdyż ocenę swojego wyglądu w dużej mierze tworzymy, porównując się do aktualnie kreowanego ideału piękna. Wizerunek własnego ciała może być rozpatrywany z dwóch punktów widzenia: zadowolenia z wyglądu zewnętrznego własnego ciała oraz z jego sprawności. Suma obu parametrów jest miarą samooceny własnej cielesności [21].

Wiedząc, że negatywny obraz własnego ciała wpływa na zaniżenie globalnej samooceny człowieka, możemy domyślać się, w jak trudnej sytuacji znajdują się osoby, których sprawność i wygląd zewnętrzny wyraźnie odbiegają od normy, a z tym muszą się zmierzyć osoby z dysfunkcjami narządu ruchu. Brak akceptacji swojego niepełnosprawnego ciała powoduje często wzrost poczucia wstydu, nieśmiałości, obniżenia się aktywności społecznej, unikanie kontaktów z innymi ludźmi i może być poważną przeszkodą w zaangażowaniu się w szeroko rozumianą rehabilitację [4, 18]. W związku z tym wielu badaczy podkreśla, że punktem wyjścia w procesie rehabilitacji powinna być próba zmiany negatywnego wizerunku własnego ciała, a potem jego doskonalenie [6, 9, 15, 25]. Konieczne jest więc dokładne poznanie struktury wizerunku własnego ciała osób niepełnosprawnych oraz czynników, które mogą na nią wpływać.

Wielu autorów podaje, że czynnikiem mogącym pozytywnie oddziaływać na obraz własnego ciała u osób niepełnosprawnych jest m.in. uprawianie sportu [11, 24]. Zdobywanie nowych doświadczeń życiowych, doznawanie sukcesów i porażek sprzyja rozwijaniu prawidłowej percepcji siebie [10, 20]. Dodatkowo aktywność fizyczna powoduje wzrost sprawności ciała, co z kolei może zwiększać poczucie własnej atrakcyjności. Tak samo działają kontakty z innymi osobami niepełnosprawnymi, które uprawiają sport. Obserwowanie ich sprawności może zwiększać nadzieję na przezwyciężenie własnych dysfunkcji ruchowych.

Wielu badaczy podaje, że innymi ważnymi determinantami pozytywnego wizerunku własnego ciała są także: wiek, stopień, przyczyna, rodzaj oraz długość trwania niepełnosprawności [2–4, 11]. W przeprowadzonych przeze mnie badaniach [2, 3] najistotniejszym statystycznie czynnikiem wpływającym na samoocenę własnego ciała okazała się przyczyna niepełnosprawności. Znając najważniejsze uwarunkowania pozytywnego obrazu własnego ciała, nadal nie wiemy jednak, jak wpływają one na strukturę wizerunku ciała u osób niepełnosprawnych. Nie wiemy, czym dokładnie różni się wyobrażenie własnego ciała sportowca niepełnosprawnego od urodzenia od wyobrażenia zawodnika, który uszkodził ciało w wyniku wypadku lub choroby. Osoby niepełnosprawne od urodzenia wyżej oceniają swoją cielesność [2, 3], nie wiadomo jednak, czy są

one bardziej zadowolone ze swojej sprawności, czy wyglądu zewnętrznego, i oceną których dokładnie cech różnią się od osób z nabytą niepełnosprawnością. To samo dotyczy porównania samooceny swojego ciała u osób z dysfunkcją narządu ruchu, sportowcy i nieuprawiający sportu. Jedynie paru autorów poruszyło do tej pory ten problem w swoich badaniach. W celu udzielenia odpowiedzi na powyższe pytania badawcze wykonałam badania empiryczne, których przebieg opiszę poniżej.

2. Materiał i metody badań

Badaniami objęto łącznie 100 osób z dysfunkcjami narządu ruchu, z co najmniej lekkim stopniem niepełnosprawności i mających ukończone 14 lat. Pierwszą grupę stanowiło 79 sportowców, którzy co najmniej od pół roku przynależeli do klubu sportowego. Zawodnicy zostali przebadani przy okazji rozgrywanych zawodów siatkówki na siedząco, koszykówki oraz rugby na wózkach. Drugą grupę stanowiło 21 osób niepełnosprawnych, niezajmujących się nigdy uprawianiem sportu, których dobrałam w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym i Rehabilitacji Medycznej oraz w Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. W. Degi UM w Poznaniu. Struktury obu grup były do siebie podobne ze względu na płeć, wiek, stopień oraz rodzaj niepełnosprawności.

Badanie polegało na samodzielnym wypełnieniu przez badanych skonstruowanej przeze mnie szacunkowej skali samooceny. Zgodnie z wyróżnionymi dwoma wymiarami wizerunku własnego ciała, sprawnościowego i związanego z wyglądem zewnętrznym, w narzędziu badawczym musiałam wyodrębnić również dwie podskale: pierwszą – do pomiaru cech morfologicznych, oraz drugą – do pomiaru cech funkcjonalnych ciała. Skonstruowana przeze mnie skala, zatytułowana „Skala Samooceny”, składała się z 26 określeń, przy pomocy których badani mogli oszacować różne części swojego ciała oraz jego właściwości funkcjonalne. 13 określeń odnosiło się do oceny wyglądu ciała (np. nos, nogi, brzuch). Pozostałe 13 dotyczyło oceny cech funkcjonalnych (np. szybkość, wytrzymałość, odporność na choroby). Do wyżej wymienionej listy dołączony był arkusz zapisu, na którym badani mogli określić w skali 5-punktowej stopień zadowolenia z poszczególnych części ciała oraz cech funkcjonalnych:

- 1 – oznacza maksymalne niezadowolenie z odpowiedniej cechy ciała;
- 2 – oznacza niezadowolenie z odpowiedniej cechy ciała;
- 3 – oznacza średnie zadowolenie z odpowiedniej cechy ciała;

4 – oznacza dość duże zadowolenie z odpowiedniej cechy ciała;

5 – oznacza bardzo duże zadowolenie z odpowiedniej cechy ciała.

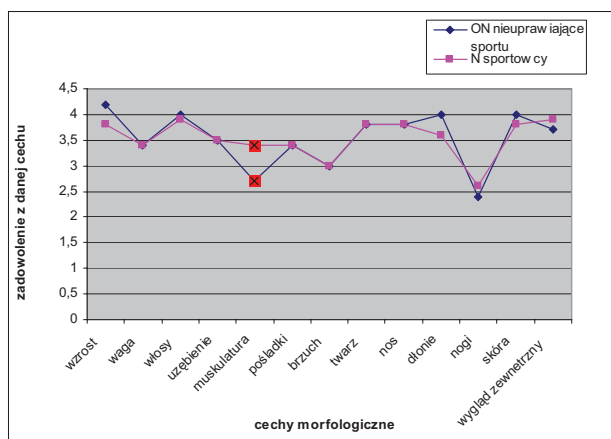
Do skali dołączona była również metryczka, w której badani proszeni byli o podanie następujących danych: płeć, wykształcenie, przyczyna, stopień oraz rodzaj niepełnosprawności, obecność dodatkowych chorób, wiek, rodzaj uprawianej dyscypliny sportowej oraz okres czasu, od jakiego uprawiany jest sport. W ten sposób można było dookreślić zmienne niezależne uwzględnione w badaniu.

Przeciętny czas trwania badania wynosił mniej więcej 10 minut. Wszystkie osoby zostały poinformowane o anonimowości badań. Ostatnim etapem było opracowanie wyników badań. Korzystając z programu komputerowego Microsoft Office Excel 2003, poddałam analizie statystycznej uzyskane dane. Dla określenia istotności różnic zastosowałam test t-Studenta dla zmiennych zależnych oraz test t-Studenta dla zmiennych niezależnych.

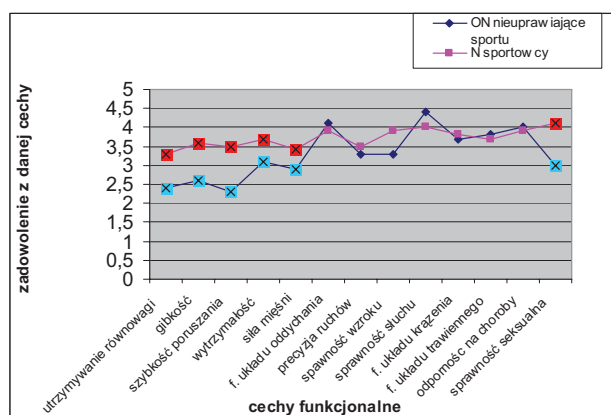
W celu uchwycenia jak najwyraźniejszych zmian w strukturze wizerunku własnego ciała postanowiłam skoncentrować się na dwóch najważniejszych determinantach samooceny własnej cielesności. W przeprowadzonych przeze mnie badaniach [2, 3] najistotniejszymi statystycznie czynnikami wpływającymi na wizerunek własnego ciała okazały się: uprawianie sportu oraz przyczyna niepełnosprawności. Przedstawione niżej wyniki badań będą odnosiły się więc do tych dwóch czynników.

3. Wyniki badań

Przedstawienie wyników moich badań rozpocznę od porównania struktur wizerunku własnego ciała u osób z dysfunkcjami narządu ruchu, sportowcy i nieuprawiający sportu. Obliczyłam średnie zadowolenie z poszczególnych cech morfologicznych oraz funkcjonalnych u 79 niepełnosprawnych zawodników oraz u 21 osób z uszkodzeniem ciała nieuprawiającymi sportu. Na wykresach 1 i 2 zostały przedstawione uzyskane wyniki badań. Wykres 1 dotyczy porównania samooceny wyglądu zewnętrznego, a wykres 2 – samooceny sprawności ciała u badanych. Wartości istotne statystycznie zostały zaznaczone czerwonym kolorem.



Wykres 1. Struktura wizerunku wyglądu zewnętrznego u osób z dysfunkcjami narządu ruchu sportowców i nieuprawiających sportu



Wykres 2. Struktura wizerunku sprawności ciała u osób z dysfunkcją narządu ruchu sportowców i nieuprawiających sportu

Jak widać na przedstawionych wykresach, największe różnice w samoocenie własnej cielesności występują w przypadku zadowolenia ze sprawności swojego ciała. Sportowcy z dysfunkcją narządu ruchu oceniają wyżej od osób nieuprawiających sportu prawie wszystkie cechy funkcjonalne (z wyjątkiem słuchu). W celu sprawdzenia, z których cech sprawności organizmu różnica jest

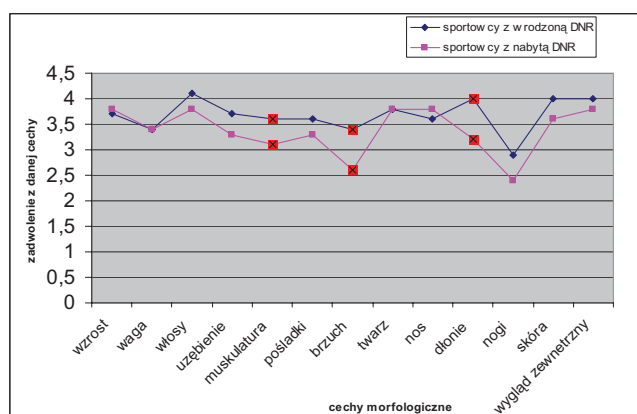
istotna statystycznie, wykonałam test t-Studenta. W wyniku przeprowadzonych obliczeń sześć cech: utrzymywanie równowagi ($p = 0,004$), gibkość ($p < 0,001$), szybkość poruszania ($p < 0,001$), wytrzymałość ($p = 0,015$), siła mięśni ($p = 0,045$) oraz sprawność seksualna ($p < 0,001$), uzyskały wartość wskazującą na istotność statystyczną. Jeśli chodzi o spójność wizerunku cech funkcjonalnych ciała, obie struktury różnią się znacząco. Sportowcy z dysfunkcją narządu ruchu charakteryzują się spójnym obrazem swojej sprawności, czego nie można powiedzieć o osobach nieuprawiających sportu. Różnica między najniższą a najwyższą oceną cechy funkcjonalnej u sportowców wynosi jedynie 0,8 punktu, a u osób z uszkodzeniem narządu ruchu nieuprawiających sportu – aż 2,1 punktu.

Różnice w strukturze wizerunku wyglądu zewnętrznego badanych nie były już takie widoczne. Po przeprowadzeniu homologicznych obliczeń, jak w przypadku analizy samooceny sprawności ciała, istotność statystyczną uzyskała tylko jedna cecha – muskulatura ciała ($p = 0,002$). Struktura wizerunku wyglądu zewnętrznego ciała u osób z uszkodzeniem ciała – zarówno sportowców, jak i nieuprawiających sportu – charakteryzuje się umiarkowaną spójnością. Najniżej oceniane cechy (nogi, brzuch) dość mocno odbiegają od średniej oceny zadowolenia z pozostałych części ciała.

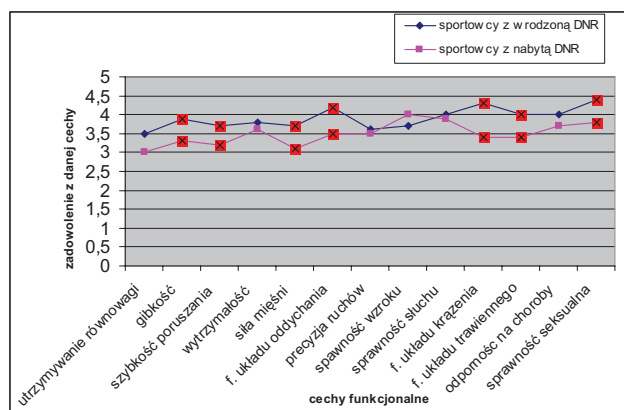
Sportowcy z uszkodzeniem narządu ruchu są bardziej zadowoleni ze swojej cielesności niż osoby niepełnosprawne nieuprawiające sportu. Największe różnice są widoczne w przypadku zadowolenia ze swojej sprawności. W celu sprawdzenia, czy samoocena sprawności ciała jest istotna statystycznie, wykonałam test t-Studenta. Wartość $t = -2,108$ wskazuje, że sportowcy istotnie wyżej oceniają swoją sprawność niż osoby nieuprawiające sportu ($p = 0,05$). Różnica w samoocenie wyglądu zewnętrznego między obiema grupami nie jest statystycznie istotna.

Po przeanalizowaniu struktury wizerunku własnego ciała u osób z dysfunkcją narządu ruchu, sportowców i nieuprawiających sportu, chciałabym przedstawić porównanie obrazu własnego ciała u 27 sportowców niepełnosprawnych od urodzenia oraz u 44 zawodników, którzy uszkodzili narząd ruchu w wyniku choroby lub wypadku. W badaniu nie wzięłam pod uwagę 8 osób, u których dysfunkcja narządu ruchu została nabyta po urodzeniu, ale przed ukończeniem trzeciego roku życia, ponieważ założyłam, że konsekwencje psychologiczne nabycia niepełnosprawności w tak młodym wieku nie będą znacznie odbiegać od skutków psychologicznych osób z wrodzonymi dysfunkcjami.

Na wykresach 3 i 4 zostały przedstawione uzyskane wyniki badań. Wykres 3 dotyczy porównania samooceny wyglądu zewnętrznego, a wykres 4 – samooceny sprawności ciała u badanych. Wartości istotne statystycznie zostały zaznaczone czerwonym kolorem.



Wykres 3. Struktura wizerunku wyglądu zewnętrznego u sportowców z wrodzoną oraz nabytą dysfunkcją narządu ruchu



Wykres 4. Struktura wizerunku sprawności u sportowców z wrodzoną oraz nabytą dysfunkcją narządu ruchu

Jak widać na przedstawionych wykresach, podobnie jak w przypadku porównania między sportowcami i osobami nieuprawiającymi sportu, największe różnice między badanymi występują w przypadku samooceny własnej sprawności. U zawodników z wrodzoną dysfunkcją narządu ruchu samoocena sprawności swojego ciała jest wyższa prawie we wszystkich jego aspektach. W celu sprawdzenia, różnica której z cech jest istotna statystycznie, wykonałam test t-Studenta. W wyniku przeprowadzonych obliczeń okazało się, że istotność statystyczna dotyczy gibkości ($p = 0,008$), szybkości poruszania ($p = 0,047$), siły mięśni ($p = 0,012$), funkcjonowania układu oddychania ($p = 0,006$), układu krążenia ($p = 0,001$), układu trawiennego ($p = 0,005$) oraz sprawności seksualnej ($0,015$). Wizerunki sprawności ciała w obu grupach cechują się umiarkowaną spójnością.

Analizując wykres 3, można wyciągnąć wniosek, że sportowcy z wrodzoną dysfunkcją narządu ruchu są bardziej zadowoleni ze swojego wyglądu zewnętrznego niż zawodnicy z nabytym uszkodzeniem ciała. Prawie wszystkie cechy morfologiczne (z wyjątkiem nosa) są przez nich wyżej oceniane. Po przeprowadzeniu testu t-Studenta okazało się, że istotność statystyczną uzyskały jedynie muskulatura ($p = 0,03$), brzuch ($p = 0,006$) oraz dłonie ($p = 0,006$).

Jeśli chodzi o spójność struktury wizerunku wyglądu zewnętrznego, to w obu grupach nie jest ona jednolita, chociaż sportowcy z wrodzoną niepełną sprawnością charakteryzują się bardziej spójnym spostrzeganiem swojego ciała.

Sportowcy z wrodzonym uszkodzeniem narządu ruchu są bardziej zadowoleni od zawodników z nabytą dysfunkcjonalnością z prawie wszystkich cech morfologicznych oraz funkcjonalnych. W celu sprawdzenia, czy są to różnice istotne statystycznie, wykonałam test t-Studenta. Otrzymane wartości $t = 1,9$ dla różnic w samoocenie wyglądu zewnętrznego oraz $t = 3,65$ dla różnic w obrazie własnego ciała wskazują, że jedynie ocena cech funkcjonalnych istotnie różni się w obu grupach ($p = 0,001$).

4. Dyskusja

Wyniki badań ukazały istotne różnice w strukturze wizerunku własnego ciała u osób z dysfunkcjami narządu ruchu uprawiającymi i nieuprawiającymi sportu oraz między zawodnikami z wrodzonym oraz nabytym uszkodzeniem ciała. Omawiając wyniki dotyczące różnic w zadowoleniu ze swojego ciała u sportowców i osób niezajmujących się sportem, należy stwierdzić, że uzyska-

ne rezultaty pokrywają się z wynikami badań przeprowadzonych przez innych autorów [11]. Sportowcy z uszkodzeniem ciała charakteryzują się bowiem wyższą samooceną odnośnie cech nie tylko bezpośrednio związanych ze sportem (utrzymywanie równowagi, gibkość, szybkość poruszania, wytrzymałość, siła mięśni), ale również dotyczących sfery seksualnej. Jest to pozytywnym zaskoczeniem, ponieważ dużo mówi się o tym, że osoby z uszkodzeniami ciała napotykały w tej sferze duże trudności [14]. Być może fakt uprawiania sportu sprawia, że zawodnicy z dysfunkcją narządu ruchu lepiej sobie radzą w tym względzie niż pozostałe osoby z niepełnosprawnością fizyczną.

Tak jak w przypadku badań innych autorów, nie stwierdzono również istotnej różnicy w zadowoleniu z wyglądu zewnętrznego ciała [11]. Istotna statystycznie różnica dotyczyła jedynie zadowolenia z muskulatury ciała, która podlega ściślemu kształtowaniu przez aktywność fizyczną. Zaskakujące jest to, że sportowcy potrafią docenić fakt większego umięśnienia ciała, ale nie przekłada się to na wyższą ocenę nóg, pośladków czy brzucha. Przypuszczalnie widoczność defektu ciała stanowi tak silne obciążenie dla psychiki człowieka, że nawet doświadczenia społeczne polegające na publicznym demonstrowaniu dysfunkcji, jak ma to miejsce w trakcie np. zawodów sportowych, nie są w stanie wywołać korzystnych zmian w spostrzeganiu własnego wyglądu zewnętrznego. Druga możliwość wiąże się z zbyt dużą koncentracją w trakcie działalności sportowej na sprawności organizmu, bagatelizując tym samym sprawy związane z estetyką ciała i akceptacją swojego wyglądu. Być może podczas aktywności sportowej osób z dysfunkcjami narządu ruchu, oprócz skupiania się na poprawie ich sprawności funkcjonalnej, należałoby zwracać większą uwagę na to, aby zaczęli również bardziej doceniać poprawę swojego wyglądu zewnętrznego.

Analizując strukturę wizerunku wyglądu zewnętrznego ciała u osób z uszkodzeniem narządu ruchu, można powiedzieć, że charakteryzuje się ona umiarkowaną spójnością. Najniżej oceniane cechy (nogi, brzuch) dość mocno odbiegają od średniej oceny zadowolenia z pozostałych części ciała. Większość badanych stanowiły osoby z dysfunkcją w obrębie kończyn dolnych, co może tłumaczyć małe zadowolenie z tej części ciała. Z kolei niskie oceny brzucha mogą wynikać z faktu, że dość duży procent badanych (23% sportowców i 28% osób nieuprawiających sportu) stanowiły osoby po urazie rdzenia kręgowego, u których mięśnie brzucha są często porażone. Można powiedzieć, że struktura

wizerunku wyglądu zewnętrznego u osób niepełnosprawnych odzwierciedla uszkodzone struktury ciała.

Jeśli chodzi o porównanie struktury wizerunku własnego ciała u sportowców z wrodzoną oraz nabytą niepełnosprawnością, również okazuje się, że obie grupy różnią się przede wszystkim w zakresie zadowolenia z cech funkcjonalnych organizmu. Różnica oceny funkcjonowania ciała w obu grupach dotyczy zarówno cech podlegających bezpośrednio kształtowaniu przez sport, jak również układów z nim mało powiązanych (funkcjonowanie układu oddechowego, krążenia, trawiennego). Niskie zadowolenie z układów zazwyczaj nieuszkodzonych może wskazywać na mało obiektywne ocenianie swojego ciała przez zawodników z nabytą dysfunkcjonalnością. Z drugiej strony, być może wynika to z tego, że przebycie poważnej choroby czy wypadku, oprócz dysfunkcji narządu ruchu, upośledza również w jakimś stopniu funkcjonowanie innych układów. Możliwe, że w porównaniu z ich stanem sprzed nabycia niepełnosprawności sportowcy z nabytym uszkodzeniem ciała nie są zadowoleni z ich funkcjonowania. Osoby z wrodzoną niepełnosprawnością nie mają takiego porównania.

Porównując strukturę samooceny wyglądu zewnętrznego u sportowców z wrodzoną oraz nabytą dysfunkcjonalnością narządu ruchu, można stwierdzić że zawodnicy niepełnosprawni od urodzenia są bardziej zadowoleni ze swojego wyglądu zewnętrznego niż osoby z nabytym uszkodzeniem ciała. Prawie wszystkie cechy morfologiczne (z wyjątkiem nosa) są przez nich wyżej oceniane, ale istotność statystyczną uzyskały jedynie muskulatura, brzuch oraz dłonie. W obu grupach struktura wizerunku swojego wyglądu zewnętrznego nie jest jednolita, chociaż sportowcy z wrodzoną niepełnosprawnością charakteryzują się bardziej spójnym spostrzeganiem swojego ciała. Wydaje się, że istotna różnica dotycząca zadowolenia z muskulatury, brzucha oraz dłoni wynika z zaniżonej samooceny osób z nabytym uszkodzeniem ciała, a nie z wyjątkowego zadowolenia z tych cech osób z wrodzoną dysfunkcjonalnością. Nabyte dysfunkcje narządu ruchu wiążą się z bardziej poważnymi konsekwencjami psychologicznymi niż w przypadku uszkodzeń wrodzonych. Uprzednio zdrowym osobom trudniej jest bowiem zaakceptować zmianę swojego wyglądu zewnętrznego. Bardzo krytycznie oceniają więc wszelkie cechy powiązane z narządem ruchu. Prawdopodobnie zaniżona samoocena muskulatury, brzucha i dłoni w stosunku do sportowców z wrodzoną niepełnosprawnością wynika z porównań wyglądu tych cech sprzed choroby lub wypadku. Większa akcepta-

cja swojego wyglądu u zawodników z wrodzoną dysfunkcją narządu wyływa prawdopodobnie z początkowej nieświadomości swojego defektu. Małe dziecko nie ma poczucia, że z jego ciałem jest „coś nie tak”, o swojej „inności” dowiaduje się z reakcji otoczenia [23].

5. Wnioski

1. Aktywność sportowa oraz przyczyna dysfunkcji narządu ruchu wpływają przede wszystkim na strukturę wizerunku swojej sprawności. Struktury wizerunku wyglądu zewnętrznego nie różnią się istotnie u badanych. Może to świadczyć o tym, że widoczność defektu ciała stanowi bardzo silne obciążenie dla psychiki człowieka i trudno wywołać korzystne zmiany w postrzeganiu własnego wyglądu zewnętrznego.
2. Struktura wizerunku sprawności ciała sportowców z dysfunkcjami narządu ruchu różni się od struktury wizerunku sprawności ciała osób niepełnosprawnych nieuprawiających sportu, wyższą samooceną cech związanych z podejmowaniem aktywności sportowej (utrzymywanie równowagi, gibkość, szybkość, wytrzymałość, siła mięśni) oraz sprawności seksualnej, co może świadczyć o umiejętności obiektywnej oceny własnej sprawności.
3. Zawodnicy z nabytą niepełnosprawnością niżej niż sportowcy z wrodzonym uszkodzeniem ciała oceniają cechy związane nie tylko ze sprawnością układu ruchu, ale również funkcjonowanie innych układów (oddechowego, krążenia, trawiennego). Może to wynikać z nieumiejętności obiektywnego ocenia sprawności tych układów, spowodowanej poważniejszymi konsekwencjami psychologicznymi w przypadku osób z nabytą niepełnosprawnością.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Adler R., Rosenfeld L., Proctor R., 2007: *Porozumiewanie się a obraz siebie. W: Relacje interpersonalne*. Rebis, Poznań.
- [2] Besz A., 2010: *Jak postrzegają siebie niepełnosprawni sportowcy?* W: „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 2, s. 16–31.

-
- [3] Besz A., 2010: *Wpływ uprawiania sportu na spostrzeganie wizerunku własnego ciała przez osoby z dysfunkcjami narządu ruchu*. Praca magisterska, AWF Poznań.
- [4] Byra S., 2006: *Samoocena, kompetencje społeczne, a satysfakcja z życia studentów niepełnosprawnych ruchowo*. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 2, s. 60–80.
- [5] Colman A., 2009: *Słownik psychologii*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- [6] Dega W. (red.), K. Milanowska (red.), 2003: *Rehabilitacja medyczna*. Wydaw. Lekarskie PZWL, Warszawa.
- [7] Duda J., 1992: *Motivation In Sport Setting: A Goal Perspective Approach*. W: „Motivation in Sport and Exercise”, red. G.C. Roberts, Human Kinetics Publishers, s. 57–92.
- [8] Gałkowski T. (red.), Pisula E. (red.), 2006: *Psychologia rehabilitacyjna*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa.
- [9] Garret J. (red.), Levine E. (red.), 1972: *Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów*. Państw. Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- [10] Gracz J., Sankowski T., 2007: *Psychologia aktywności sportowej*. Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego, Poznań.
- [11] Guszowska 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.
- [12] Hamzat, Talhatu K., Seyi-Adeyemo, Olubusayo R., 2008: *Health Status, Self-esteem and Participation: A Comparison Between Young Adults with Mobility Disability and Those Without Disability in a Nigerian Community*. W: „Scandinavian Journal of Disability Research”, Vol. 10, Issue 3, s. 166–178.
- [13] Jakubiec B., 2008: *Tancerzy obraz własny*. „Sport Wyczynowy”, nr 1–3, s. 92–98.
- [14] Kowalik S., 2007: *Psychologia rehabilitacji*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- [15] Kustra C., 2008: *Problematyka samooceny osób niepełnosprawnych ruchowo*. „Szkoła Specjalna”, nr 1, s. 3–13.
- [16] Materska M. (red.), 2006: *Psychologia i życie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- [17] Niebrzydowski L., 1995: *Psychologia wychowawcza i społeczna*. Wydawnictwo WSP, Zielona Góra.
- [18] Omolayo, Bunmi, 2009: *Self-Esteem and Self-Motivational Needs of Disabled and Non-Disabled: A Comparative Analysis*. W: „Journal of Alternative Perspectives in the Social Sciences”, Vol. 1, Issue 2, s. 449–458.

- [19] Pacholczyk J., Turosz M. A., 2001: *Znaczenie aktywności ruchowej w kształtowaniu wysokiej samooceny i postawy prozdrowotnej kobiet*. „Medycyna Sportowa”, nr 10, s. 391–395.
- [20] Sankowski T., 2002: *Samoocena i jej znaczenie w procesie aktywności sportowej*. „Kultura Fizyczna”, nr 3–4, s. 14–18.
- [21] Sherrill C., 1997: *Disability, identity, and involvement in sport and exercise*. W: *The physical self. From motivation to well-being*. red. Fox K.R., Human Kinetics, Champaign 1997, s. 257–286.
- [22] Strelau J. (red.), Doliński D. (red.), 2008: *Osobowość*. W: *Psychologia: podręcznik akademicki*, t. 1. Gdańsk.
- [23] Tarkowska T., 2007: *Psychologiczne problemy osób niepełnosprawnych ruchowo*. W: Kiperski J. (red.), *Rehabilitacja medyczna*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa.
- [24] Tasiemki T., 2001: *Rehabilitacja osób po urazie rdzenia kręgowego*. W: *Usprawnianie po urazach rdzenia kręgowego: trening samoobsługi i techniki jazdy wózkiem inwalidzkim: poradnik dla pacjenta, jego rodziny, opiekunów i personelu medyczno-rehabilitacyjnego*. Poznań.
- [25] Wright B., 1965: *Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa*. Państw. Wydaw. Naukowe, Warszawa.

Summary

Background: I have explained definition of body self-esteem and have said why it is important for positive self-evaluation. I have presented positive body image value for human's life, especially for disabled persons. I have made the most important factors in determining positive body self-esteem known.

Aim: To establish the differences in body self-esteem structure in physically disabled athletes and nonathletes and athletes with congenital and acquired physically disability.

Material and Methods: 100 physically disabled persons, 79 athletes and 21 nonathletes were investigated. 44 athletes have acquired disability and 27 athletes have congenital disability. The body esteem scale by Questionnaire by authors were used.

Results: Disabled people practicing sport scored higher on body's function. The differences were most marked on keeping balance, flexibility, speed, endurance and strength and sexual prowess. The appearance self-esteem's structures were similar. There was only one important difference (sinews). Athletes with congenital and

acquired disability had different body function self-esteem's structures. Athletes with congenital disability scored higher on flexibility, speed, strength, functioning of respiratory, circulatory, digestive system and sexual prowess. On structure of appearance self-esteem the differences were most marked on sinews, belly and hands.

Conclusions: The results suggest that sport activity and cause of physical disability cause more positive body function self-esteem. Structures of appearance are similar.

Translation: Aleksandra Besz