



Marta Wieczorek, Aleksandra Sadziak, Ryszard Bartoszewicz
Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

AKTYWNOŚĆ SPORTOWA A POZIOM SAMOOCENY Kobiet NIESŁYSZĄCYCH

Cel badań. Celem badań było rozpoznanie i porównanie poziomu samooceny u kobiet niesłyszących, podejmujących systematyczną aktywność sportową i jej niepodejmujących. **Materiał i metody.** Badanie zostało przeprowadzone wśród kobiet niesłyszących nieuprawiających sportu oraz wśród reprezentantek Polski w piłce siatkowej kobiet niesłyszących. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a narzędziem – kwestionariusz samooceny Rosenberga w polskiej adaptacji Dzwonkowskiej i wsp. **Wyniki.** Większość badanych kobiet niesłyszących nieuprawiających sportu miało niski poziom samooceny. Natomiast w grupie respondentek uprawiających sport większość charakteryzowała się przeciętnym lub wysokim poziomem samooceny. **Wnioski.** Aktywność sportowa może być czynnikiem podnoszącym poziom samooceny. Gdy jest ona wyższa, zwiększa się także akceptacja siebie i wzmacnia poczucie własnej wartości.

Słowa kluczowe: samoocena, niesłyszący, sport osób niepełnosprawnych

WPROWADZENIE

Światowy raport o niepełnosprawności z 2013 r. zawiera dane, z których wynika, że na świecie żyje ponad miliard ludzi z różnymi typami niepełnosprawności (Officer, 2013). Charakteryzuje się ich jako osoby, które nie mogą samodzielnie, częściowo lub całkowicie, zapewnić sobie możliwości samodzielnego życia w wymiarze osobistym i społecznym na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznej lub psychicznej (WHO, b.d.). Jednym z jej rodzajów jest niepełnosprawność w obszarze słuchu. W powszechnym rozumieniu jest ona stanem, w którym dochodzi do zaburzenia w odbiorze bodźców dźwiękowych (Wieczorek, 2012). W uszkodzeniach słuchu wyróżniamy osoby głuche i niedosłyszące. Osoby głuche mają tak znaczną wadę słuchu, że uniemożliwia ona odbieranie mowy za pomocą narządu słuchu w sposób naturalny. Najpowszechniejszym następstwem głuchoty jest niemożność opanowania mowy artykułowanej drogą naturalną. Osoby niedosłyszące lub, inaczej, słabo słyszące mają wadę słuchu, która ogranicza odbiór mowy drogą słuchową. Odbiór informacji słownej jest pełniejszy przy zastosowaniu

Praca wpłynęła do Redakcji: 16.11.2018
Zaakceptowano do druku: 10.12.2018

Adres do korespondencji: Ryszard Bartoszewicz, Katedra Pedagogiki Kultury Fizycznej,
Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, ul. Witelona 25, 51-617 Wrocław,
e-mail: ryszard.bartoszewicz@awf.wroc.pl

Jak cytować:

Wieczorek, M., Sadziak, A., Bartoszewicz, R. (2018). Aktywność sportowa a poziom samooceny kobiet niesłyszących. *Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu*, 63, 105–113.

np. aparatu słuchowego. Słabosłyszący w odróżnieniu od niesłyszących mogą opanować mowę artykułowaną drogą naturalną, poprzez słuch (Dykcik, 2005).

Możliwości funkcjonalne osób głuchych i niedosłyszących w dużym stopniu zależą od ich sposobu komunikowania się z otoczeniem. Mają one trudności w nawiązywaniu kontaktów werbalnych i mogą przejawiać z tego powodu stany wzmożonego napięcia nerwowego. Brak ekspresji słownej może również stać się przyczyną zahamowań i bierności. Przykre doświadczenia w kontaktach z otoczeniem niekorzystnie oddziałują na proces włączania się w świat ludzi słyszących. Pojawiają się odczucia niepewności, braku poczucia bezpieczeństwa, kształtuje się postawa nieufności wobec otoczenia, jak również problem z przystosowaniem społecznym oraz poczucie niższej wartości, co skutkuje obniżeniem samooceny (Kosmol, 2008; Zwierzchowska i Gawlik, 2005).

Samoocena definiowana jest jako „postawa wobec samego siebie, zwłaszcza wobec własnych możliwości oraz innych cech wartościowych społecznie” (Szewczuk, 1985, s. 275). Zależy od subiektywnej oceny emocjonalnego stosunku do własnych cech i jest wypadkową dwóch czynników: dotychczasowych rezultatów (powodzenia lub niepowodzeń) podejmowanych działań oraz standardów poznawczych w postaci ideałów, wzorców osobowych i oczekiwań innych osób. Standardy te stanowią kryterium subiektywnej oceny własnych doznań i decydują ostatecznie o wynikach działania (sukcesie lub porażce) (Guła-Kubiszewska i Lewandowski, 2007). Rosenberg podzielił samoocenę na pozytywną, czyli wysoką, oraz negatywną, czyli niską (Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek i Łaguna, 2008). Przy samoocenie pozytywnej człowiek jest przekonany, że jest dobry i wartościowy. Dzięki niej poprawia się jakość życia, samopoczucie, zyskuje się łatwość czerpania radości z życia, radzenia sobie z trudnościami, umiejętność wykorzystywania swoich możliwości i stawiania sobie ambitnych celów życiowych. Jest to rodzaj samoakceptacji. Przy samoocenie negatywnej człowiek myśli i działa odwrotnie. Odczuwa niezadowolenie z siebie, nie potrafi cieszyć się z życia, nie jest w stanie poradzić sobie z trudnościami. Nie wierzy w swoje możliwości, ma poczucie niższości, często dochodzi do samoodtrącenia (Dzwonkowska i wsp., 2008).

Pozytywnej samoocenie sprzyja m.in. akceptacja własnego ciała. Ciało i jego fizyczność stanowią zespół bodźców o określonych wartościach zarówno dla jednostki, jak i otoczenia, a także narzędzie w procesie przystosowania i adaptacji do realiów życia danej społeczności (Wilczyńska i Zarańska, 2015). Człowiek przejmuje od innych wyobrażenie o sobie samym i w ten sposób kreuje wizerunek własnej osoby. Jest on tożsamością dla siebie dzięki innym, co skutkuje również dokonywaniem zmian własnego ciała poprzez namowę struktur poznawczych własnej osobowości, co powinno być zgodne z wizerunkiem człowieka idealnego, którego sam zaakceptował (Pawłucki, 1996).

U osób z niepełnosprawnością już od dzieciństwa może pojawić się szereg czynników utrudniających kształtowanie własnej samooceny (nadopiekuńczość rodziców, izolacja, wstyd, niepewność). Współcześnie istnieje jednak wiele form wsparcia społecznego dla niepełnosprawnych i ich rodzin, które to formy pozwalają osobie z niepełnosprawnością zmienić przekonanie o sobie, podwyższając poczucie własnej wartości. Należą do nich na pewno organizacje sportowe. Zwierzchowska i Gawlik (2005) zwróciły uwagę, że zarówno sport wyczynowy, jak i rekreacyjny pełni ważne funkcje w procesie rehabilitacyjnym, niezależnie od rodzaju dysfunkcji. Jedną z podstawowych ról sportu w odniesieniu do niesłyszących jest przełamywania barier komunikacyjnych, które są istotą tej niepełnosprawności. Sport niesłyszących należy rozpatrywać w dwóch aspektach: pierwszy – typowy dla każdej społeczności – to integracja środowiska ludzi z deficytem

słuchu poprzez wspólną zabawę i rywalizację sportową, drugi to budowanie szerszych więzi społecznych dzięki kontaktom sportowym ludzi niesłyszących i słyszących (Sherrill, 1997). Graczy i Sankowski (2007) dodatkowo zwracają uwagę, że sport sprzyja budowaniu adekwatnej samooceny własnej cielesności, przede wszystkim dzięki zdobywaniu nowych doświadczeń życiowych, odnoszeniu sukcesów i doznawaniu porażek, co sprzyja rozwijaniu umiejętności prawidłowej percepcji i zwiększaniu akceptacji siebie. Dzięki aktywności fizycznej, jak zauważa Besz (2010), dochodzi do polepszenia sprawności ciała, co z kolei może zwiększyć poczucie własnej atrakcyjności fizycznej.

CEL BADAŃ

Podstawowym zadaniem badawczym była odpowiedź na pytanie, czy zachodzą związki, a jeśli tak, to jakie, między niepełnosprawnością narządu słuchu a poziomem samooceny u niesłyszących kobiet podejmujących systematyczną aktywność sportową lub jej niepodejmujących.

W celu uszczegółowienia problemu badawczego sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Jaki jest ogólny poziom samooceny i jakie różnice w samoocenie występują u kobiet niesłyszących podejmujących systematycznie aktywność sportową i jej niepodejmujących?
2. Jaki jest poziom i różnice w zakresie komponentów samooceny (własne kompetencje i akceptacja siebie) między kobietami niesłyszącymi podejmującymi systematycznie aktywność sportową i jej niepodejmującymi?

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone wśród kobiet z niepełnosprawnością słuchową. Objęto nimi dwie grupy liczące po 20 osób. Jedną grupę stanowiły niesłyszące kobiety systematycznie uprawiające siatkówkę, wykazujące się wysokim poziomem sportowym. Badane należały do reprezentacji Polski w piłce siatkowej niesłyszących. W skład drugiej grupy wchodziły kobiety niesłyszące niepodejmujące żadnej aktywności sportowej, będące wychowankami Ośrodka Szkolno-Wychowawczego w jednym z miast województwa dolnośląskiego. Wiek badanych zawierał się między 18. a 25. (34 kobiety) oraz między 26. a 35. rokiem życia (6 kobiet)¹. Zastosowano metodę sondażu diagnostyczny z wykorzystaniem techniki ankietowej przy użyciu kwestionariusza Skali Samooceny SES Rosenberga w polskiej adaptacji Dzwonkowskiej, Lachowicz-Tabaczek i Łaguny (2007).

Oryginalna wersja kwestionariusza SES to jedna z najczęściej używanych skal samooceny (Anastazi i Urbina, 1999). Składa się z 10 twierdzeń. Osoba badana wyraża cyfrą, w jakim stopniu zgadza się z danym twierdzeniem. Odpowiedzi udziela się w czterostopniowej skali, gdzie 1 oznacza zdecydowanie zgadzam się, 2 – zgadzam się, 3 – nie zgadzam się, 4 – zdecydowanie nie zgadzam się. Można uzyskać minimalnie 10, a maksymalnie 0 pkt. O poziomie samooceny decyduje suma uzyskanych punktów i przypisany

¹ W pracy wykorzystano część wyników zawartych w pracy magisterskiej Angeliki Szczyńskiej (2015), magistrantki AWF we Wrocławiu (za zgodą autorki).

im poziom w skali: poniżej 25 pkt – bardzo niski, 26–27 pkt – niski, 28–29 pkt – przeciętny, 30–31 pkt – wysoki i powyżej 32 pkt – bardzo wysoki (Dzwonkowska i wsp., 2008). Wartość współczynnika rzetelności polskiej adaptacji Skali Samooceny SES Rosenberga wynosi α -Cronbacha 0,81–0,83. Badania Dzwonkowskiej i wsp. (2008) potwierdzają trafność teoretyczną oraz wysoką korelację z innymi skalami mierzącymi poziom samooceny. Tafarodi i Swann (2001) wskazują jeszcze dwa komponenty, które mogą być mierzone Skalą Samooceny Rosenberga. Należą do nich: przekonanie o własnej kompetencji odnoszące się do skuteczności własnego działania (odpowiedzi na pytania 1–5) oraz akceptacja siebie dotycząca lubienia siebie jako jednostki społecznej (odpowiedzi na pytania 6–10), co zostało również uwzględnione w analizie wyników niniejszych badań.

Wyniki poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem arkusza kalkulacyjnego Excel oraz pakietu Statistica ver. 12.5. Obliczono statystyki podstawowe dla analizowanej zmiennej w badanych grupach zarówno parametryczne, jak i nieparametryczne. Rozkład wyników spełniał kryteria normalności. W opisie materiału posłużono się miarami średniej i odchylenia standardowego, a do ustalenia istotności statystycznej wykorzystano test *t*-Studenta.

WYNIKI

Najpierw dokonano analizy wyników ogólnego poziomu samooceny badanych kobiet z niepełnosprawnością słuchową na podstawie uzyskanych punktów i przypisanego im poziomu samooceny (zgodnie z informacją zawartą w opisie narzędzia badawczego). Okazało się, że wśród badanych, które podejmowały systematyczną aktywność sportową, dominowały kobiety o wysokim i bardzo wysokim poziomie samooceny (łącznie 50%). Wśród respondentek, które nie były aktywne sportowo, przeważały kobiety o niskim i bardzo niskim poziomie samooceny (łącznie 85%) (tab. 1).

Na podstawie analizy bezpośrednich wyników punktowych dla ogólnego poziomu samooceny oraz wyróżnionych jej dwóch obszarów: przekonanie o własnej kompetencji odnoszące się do skuteczności działania (pyt. 1–5) oraz akceptacja siebie dotycząca lubienia siebie jako jednostki społecznej (pyt. 6–10) (tab. 2), stwierdzono, że w grupie kobiet niepodających aktywności sportowej ogólny poziom samooceny był istotnie statystycznie niższy niż u niesłyszących aktywnych sportowo. Podobnie było w zakresie komponentu „akceptacja siebie”. W odniesieniu do komponentu samooceny „własne kompetencje” nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy między badanymi grupami,

Tab. 1. Poziom samooceny badanych kobiet

Poziom samooceny	Osoby niesłyszące niepodające aktywności sportowej (%)	Osoby niesłyszące podejmujące aktywność sportową (%)
Bardzo niski	85*	10
Niski	0	10
Przeciętny	5	30*
Wysoki	10	30*
Bardzo wysoki	0	20*

* różnica istotna statystycznie przy $p < 0,05$ pomiędzy określonym poziomem samooceny między niesłyszącymi aktywnymi i nieaktywnymi sportowo

Tab. 2. Statystyki opisowe wyników samooceny badanych osób niesłyszących

	Grupa	Średnia (pkt)	Min. (pkt)	Max. (pkt)	SD (pkt)	<i>p</i>
Samoocena ogólna	aktywna sportowo	29,8	27	34	1,96	0,03*
	nieaktywna sportowo	24,85	18	30	3,31	
Własne kompetencje	aktywna sportowo	15,1	13	19	1,74	0,65
	nieaktywna sportowo	12,95	9	15	1,57	
Akceptacja siebie	aktywna sportowo	14,7	12	17	1,49	0,04*
	nieaktywna sportowo	11,9	7	15	2,45	

* różnica istotna statystycznie przy $p < 0,05$

jednak zauważono, że kobiety aktywne sportowo uzyskały wyższy średni wynik. Rozrzut wyników minimalnego i maksymalnego oraz wielkość odchylenia standardowego w grupie zajmującej się aktywnością sportową okazał się niższy niż u kobiet niepodjęających aktywności sportowej (tab. 2).

DYSKUSJA

Samoocena odzwierciedla wszechstronnie stosunek człowieka do siebie samego i swego postępowania w aspekcie emocjonalnym, intelektualnym i społecznym. Jest to rozwojowo złożona funkcja psychiczna: wszelkiego rodzaju zakłócenia czy opóźnienia w przebiegu rozwoju innych funkcji (w tym tempa dojrzewania organizmu), a także wyglądu zewnętrznego, przeszkadzają w rozwoju prawidłowej samooceny, powodując jej obniżenie (Sankowski, 2002). Jednym z zakłóceń może być niepełnosprawność człowieka, która, zdaniem Sankowskiego (2002), w konsekwencji bardzo często nie pozwala samoocenie osiągnąć wysoki poziom. Autor podkreśla dodatkowo znaczącą rolę aktywności sportowej w rozwoju samooceny. Podaje, że dzięki uprawianiu sportu, zdobywaniu nowych doświadczeń, odnoszeniu sukcesów i doznawaniu porażek, rozwija się umiejętność realistycznej oceny swoich możliwości sprawnego działania. Wynika to przede wszystkim głównie z tego, że osoby zajmujące się aktywnością sportową najczęściej traktują ją jako kwestię dla nich istotną, do której mają nieobojętny stosunek emocjonalny.

Świadomość wartości własnego ciała nie jest w tym wypadku bez znaczenia. Zdaniem Pawłuckiego (1993) człowiek rodzi się z ciałem, ale nie jest to jednoznaczne z posiadaniem dyspozycji osobowościowej do rozumienia ciała jako wartości. W procesie dorastania człowiek uświadamia sobie, jak wiele zależy od sprawnego ciała, gdyż to ono jest narzędziem wszelkiego działania. Najbardziej wszechstronnym sposobem realizowania wartości ciała jest z kolei aktywność sportowa, która stanowi specyficzny sposób manipulacji ruchem ciała, jego techniką oraz kontrolą. Sport zmienia wygląd zewnętrzny oraz tak istotną dla rozwoju pozytywnej samooceny świadomość własnego ciała (Zdebska i Olszewski, 2005).

Badania nad samooceną sportowców prowadzili m.in. Esenturki, Ilhan i Celik (2015), którzy posługując się Skalą Samooceny Rosenberga, zmierzili poziom samooceny u 120 studentów Uniwersytetu Wychowania Fizycznego i Sportu w Gazi (Gazi University Phy-

sical Education and Sport Adademy) zajmujących się regularnie aktywnością sportową. W zaprezentowanych wynikach stwierdzili, że bez względu na wiek czy płeć wszyscy sportowcy mają wysoki poziom samooceny. Kolejnym zespołem badaczy, którzy również posłużyli się w swoich badaniach Skalą Samooceny Rosenberga, byli Gencer i Ilhan (2012). Autorzy jako grupę badaną wybrali zawodników trenujących badmintonu z 12 klubów sportowych w Turcji. Sportowcy ci również charakteryzowali się wysokim poziomem samooceny. Osiągnięty wynik nie miał związku ani ze stażem treningów, ani płcią czy wiekiem zawodników.

W badaniach opisanych w niniejszej pracy uwaga autorów została zwrócona szczególnie na samoocenę osób z niepełnosprawnością. We współczesnej literaturze przedmiotu pojawiło się niewiele opracowań przybliżających omawiane zagadnienie i głównie dotyczyły one osób z niepełnosprawnością ruchową. W gronie badaczy znaleźli się m.in. Cardoso, Sacomori i Veira (2011), którzy u ponad 200 brazylijskich sportowców z niepełnosprawnością ruchową oprócz samooceny analizowali także zadowolenie ze swojego ciała oraz seksualność. Poziom samooceny okazał się wysoki. Autorzy stwierdzili również, że badani osiągnęli wyższe wyniki od osób z niepełnosprawnościami, które zawodowo nie były zaangażowane w życie sportowe. Spostrzeżenie to koresponduje z wynikami przedstawionymi w niniejszej pracy. Zdaniem Nagata (2014) samoocena u sportowców z niepełnosprawnością ruchową koreluje dodatnio z wysokim poziomem tożsamości sportowej. Można przypuszczać, że utożsamianie się z rolą sportowca przy jednoczesnej wysokiej samoocenie powoduje zmianę obrazu samego siebie i osoba z niepełnosprawnością staje się jednostką gotową zarówno do walki sportowej, jak i do walki ze swoimi słabościami, a także do wyznaczania sobie ambitnych celów na miarę własnych możliwości. Zaczyna koncentrować się na swoich zaletach i mocnych stronach, a nie na niepełnosprawności. Wysoka samoocena wraz z motywacją zostały uznane za najlepsze predykatory w przewidywaniu lęków wśród koszykarzy poruszających się na wózkach inwalidzkich (Kolayis, 2012), co rozszerza znaczenie zakresu samooceny u osób z niepełnosprawnościami na szersze obszary związane z osobowością człowieka. Zbliżoną tematykę badań poruszyli również Guskowska i Pater (2010). Podjęli się oni próby określenia różnic w samoocenie ciała, samoakceptacji i stanie zdrowia psychicznego między osobami z niepełnosprawnościami zajmującymi się aktywnością sportową i niepodlegającymi jej oraz ustalenia związków między analizowanymi zmiennymi. Wykazali, że niepełnosprawni sportowcy charakteryzują się wyższą samoakceptacją oraz oceną własnego ciała niż osoby z niepełnosprawnościami nieaktywne sportowo. Największe różnice dotyczyły samooceny ogólnych warunków fizycznych i budowy ciała, aktywności seksualnej oraz siły mięśni i koordynacji ruchowej. Stan zdrowia psychicznego oraz samoakceptacja dodatnio korelowały z samooceną wszystkich wyróżnionych aspektów dotyczących ciała (wygląd twarzy, pozostałych części ciała, funkcje ciała).

Wśród opracowań poruszających problematykę samooceny osób z niepełnosprawnością słuchową jest m.in. publikacja Uchida, Marsha i Hashimoto (2015), którzy chcieli dowiedzieć, że wysoka samoocena u osób z niepełnosprawnością słuchową zajmujących się aktywnością sportową jest wynikiem doświadczeń z przebiegu kariery sportowej. Swoją hipotezę potwierdzili w badaniach obejmujących grupę 112 japońskich sportowców, którzy nie słyszą od urodzenia. Według autorów doświadczenia sportowe, zarówno porażki, rozczarowania, jak i chwile radości przeżywane podczas zwycięstw, wytworzyły u osób z niepełnosprawnością słuchową samoakceptację, zadowolenie z życia czy właśnie

wysoką samoocenę. Podobnego zdania są Lu i wsp. (2015), którzy wskazują doświadczenia życiowe oraz postrzeganie wyglądu zewnętrznego jako mediatory w budowaniu zadowolenia z życia oraz samooceny u osób z niepełnosprawnością słuchową. Jednocześnie autorzy odnotowali u takich osób niższy poziom wymienionych zmiennych niż u osób pełnosprawnych. Badania pokazują, że już w młodszym wieku szkolnym dzieci z niepełnosprawnością słuchową mają niższy poziom samooceny niż ich rówieśnicy, którzy nie mają zaburzeń w obrębie słuchu. Choć zauważa się, że młodszy wiek założenia implantu ślimakowego i dłuży czas życia z nim prowadzi do podwyższenia poziomu samooceny (Theunissen i wsp., 2014).

Analiza literatury przedmiotu oraz badania własne wskazują, że aktywność sportowa może być u osób z niepełnosprawnością słuchową istotnym czynnikiem kształtowania pozytywnego obrazu własnego ciała i samoakceptacji. Zdaniem Tasiemskiego (1999) aktywność fizyczna i sportowa osób z niepełnosprawnością odgrywa istotną rolę w ich rehabilitacji i poprawie jakości życia. Podczas gdy jakość życia osób z niepełnosprawnościami oceniana jest zazwyczaj niżej niż u osób zdrowych, to wśród niepełnosprawnych sportowców nie odbiega ona znacząco od jakości życia populacji bez niepełnosprawności. Jak pokazują wyniki badań niniejszej pracy, także u osób z niepełnosprawnością słuchową zajmujących się systematycznie aktywnością sportową poziom samooceny, która jest niezwykle ważna dla funkcjonowania psychospołecznego, jest wyższa niż u osób niepodjęających aktywności sportowej.

WNIOSKI

Kobiety niesłyszące systematycznie podejmujące aktywność sportową charakteryzowały się wyższym poziomem samooceny niż kobiety niesłyszące niezajmujące się sportem. Aktywność sportowa jest, jak się okazało, czynnikiem, który pomaga w podniesieniu poziomu samooceny. Jednocześnie gdy samoocena u kobiet niesłyszących jest wyższa, zwiększa się także u nich akceptacja siebie i poczucie własnej wartości.

BIBLIOGRAFIA

- Anastazi, A., Urbina, S. (1999). *Test Psychologiczny*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Besz, A. (2010). Jak postrzegają siebie niepełnosprawni sportowcy? *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 10(2), 16–31.
- Cardoso, F.L., Sacomori, C., Vieira, M.L. (2012). Validation of a Scale for Body and Sexual Self-Esteem in Athletes with Disabilities. *Sex Disabil*, 30, 29–38. doi: 10.1007/s11195-011-9234-4.
- Dykciak, W. (2005). *Pedagogika specjalna*. Poznań: UAM.
- Dzwonkowska, I., Lachowicz-Tabaczek, K., Łaguna, M. (2007). Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna*. T. 2, 02(4), 164–176.
- Dzwonkowska, I., Lachowicz-Tabaczek, K., Łaguna, M. (2008). *Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Esenturk, K.O., İlhan, L.E., Celik, B.O. (2015). Examination of self-esteem levels according to some variables. *Science, Movement and Health*, 15(2), 596–601.
- Gencer, E., İlhan, E.L., (2012), Examining badminton athletes self-esteem. *Nigde University Journal of Physical Education and Sport Sciences*, 6(1), 94–101.
- Graczyk, J., Sankowski, T. (2007). *Psychologia aktywności sportowej*. Poznań: AWF.

- Guła-Kubiszewska, H., Lewandowski, M. (2007). *Jak rozwijać samowiedzę uczestnika kultury fizycznej. Przewodnik dla studentów i nauczycieli*. Wrocław: AWF.
- Guszkowska, M., Pater, B. (2010). Ocena własnego ciała, samoakceptacja i stan zdrowia psychicznego osób niepełnosprawnych ruchowo uprawiających sport i nietreningujących. *Postępy Rehabilitacji*, 2, 37–43.
- Kolayis, H. (2012). Examining how wheelchair basketball players' self-esteem and motivation levels impact on their state and trait anxiety levels. *Biology Sport*, 29, 285–290. doi: 10.5604/20831862.1019884.
- Kosmol, A. (2008). *Teoria i praktyka sportu niepełnosprawnych*. Warszawa: AWF.
- Lu, A., Hong, X., Yu, Y., Ling, H., Tian, H., Yu, Z., Chang, L. (2015). Perceived physical appearance and life satisfaction: A moderated mediation model of self-esteem and life experience of deaf and hearing adolescents. *Journal of Adolescence*, 39, 1–9.
- Nagata, S. (2014). A pilot study of exclusivity of athletic identity among wheelchair rugby players. *Therapeutic Recreation Journal*, 43(4), 320–331.
- Officer, A. (2013). *World Report on Disability*. Pobrane 23.09.2017 z: <https://www.pfron.org.pl/kn/popzednie-numery/152,Swiatowy-Raport-o-Niepełnosprawnosci-World-Report-on-Disability.html>
- Pawłucki, A. (1993). Wychowanie zdrowotne jako dziedzina wychowania do wartości ciała. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowie*, 3, 96–99.
- Pawłucki, A. (1996). *Pedagogika wartości ciała*. Gdańsk: AWFis.
- Sankowski, T. (2002). Samoocena i jej znaczenie w procesie aktywności sportowej. *Kultura Fizyczna*, 3–4, 14–18.
- Sherrill, C. (1997). Disability, identity and involvement in sport and exercise. *Human Kinetics*, 257–286.
- Szczepeńska, A. (2015). *Samoocena osób z niepełnosprawnością narządu słuchu uprawiających i nieuprawiających sportu*. Praca magisterska. Wrocław: AWF.
- Szewczuk, W. (1985). *Słownik psychologiczny*. Wyd. 2. Warszawa: WP.
- Tafarodi, R.W., Swann. W.B. (2001). Two-dimensional self-esteem: theory and measurement. *Personality and Individual Differences*, 31(5), 653–673, doi: 10.1016/S0191-8869(00)00169-0.
- Tasiemski, T. (1999). Sport w życiu osób z para – i tetraplegią. *Medycyna Sportowa*, 15, 9–14.
- Theunissen, S.C.P.M., Rieffe, C., Netten, A.P., Briaire, J.J., Soede, W., Kouwenberg, M., Frijns, J.H.M. (2014). Self-esteem in hearing – impaired children: the influence of communication, education, and audiological characteristics. *Plos One*, 9(4), 1–8. doi: 10.1371/journal.pone.0094521.
- Uchida, W., Marsh, H., Hashimoto, K. (2015). Predictors and correlates of self-esteem in deaf athletes. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 8(1), 21–30.
- Wieczorek, M. (2012). Stan rozwoju somatycznego i motorycznego dziewcząt i chłopców niesłyszących w wieku 7–19 lat na tle stanu rozwoju ich słyszących rówieśników. *Studia i Monografie Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*, 106.
- Wilczyńska, D., Zarańska, B. (2003). Samoocena ciała u kobiet uprawiających i nie uprawiających sportu. W: M. Grdeń, H. Grabicka, M., Żmudzka-Brodnicka (red.), *Nowoczesne odmładzanie w kontekście zdrowia, estetyki i etyki* (ss. 139–158). Gdańsk: Athenae Gedanenses.
- WHO (World Health Organization) (b.d.). Pobrane 23.09.2017 z: <http://www.who.int/topics/disabilities/en/>
- Zdebska, H., Olszewski, T. (2005). University students' attitudes towards health and body value. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 60(16), 420–422.
- Zwierzchowska, A., Gawlik K. (2005). *Wychowanie fizyczne dzieci i młodzieży niesłyszącej i słabosłyszącej*. Katowice: AWF.

ABSTRACT

Sports activity and the level of self-esteem among deaf women

Background. The aim of the research was to identify and compare the self-esteem level in deaf women involved and not involved in systematic sporting activity. **Material and methods.** The study was carried out among deaf women not practising any sport and among members of the Polish deaf women's volleyball team. The research method was a diagnostic survey, with the tool of the Rosenberg's Self-Esteem Scale in the Polish adaptation by Dzwonkowska et al. **Results.** On the basis of data analysis, it was found that the majority of the studied deaf women not practising any sport presented a low self-esteem. However, in the group who practised sport, most women were characterized by average or high self-esteem. **Conclusions.** Sporting activity may be a factor contributing to an increase in self-esteem. A higher self-esteem results in enhanced self-acceptance and self-worth are.

Key words: self-esteem, the deaf, sport in the disabled