

PL ISSN 1689-6416

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach
Instytut Pedagogiki

STUDENT NIEPEŁNOSPRAWNY

SZKICE I ROZPRAWY

ZESZYT 17 (10) 2017

Redakcja naukowa
Tamara Zacharuk

Siedlce 2017

Redaktor naukowy czasopisma „Student Niepełnosprawny”:

dr hab. Tamara Zacharuk, prof. UPH
Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach,
Wydział Humanistyczny, Instytut Pedagogiki, 08-110 Siedlce, ul. Żytnia 39

Recenzenci:

prof. dr hab. Irena Pospiszył, Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa
prof. dr hab. Siyka Chavdarova-Kostova, Sofia University „St. Kliment Ohridski”
Republic of Bulgaria

Komitet Wydawniczy:

Andrzej Barczak, Mikołaj Bieluga, Andrzej Borkowski, Grażyna Anna Ciepiela, Janina
Florczykiewicz (przewodnicząca), Robert Gałązkowski, Jerzy Georgica, Arkadiusz Indrasczyk,
Beata Jakubik, Jarosław Kardas, Wojciech Kolanowski, Agnieszka Prusińska, Zofia Rzymowska,
Sławomir Sobieraj, Stanisław Socha, Maria Starnawska, Grzegorz Wierzbicki, Waldemar Wysocki

Rada Naukowa:

prof. Inna Fedotenko, prof. Dora Levterowa, prof. Lesław Pytka, prof. Larisa Mitina,
prof. Emilia Rangelova, prof. Sławomir Sobczak, dr Beata Akimiak,
dr Bożidara Kriviradeva, prof. Leszek Ploch, dr Beata Bocian-Waszkiwicz,

Redaktor statystyczny: prof. Antoni Bombik

Redaktor językowy (jęz. ros.): prof. Elena Dmitrevna Meleszko

www.studentniepelnosprawny.uph.edu.pl

© Copyright by Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach, Siedlce 2017

Żaden fragment tej publikacji nie może być reprodukowany, umieszczany w systemach przechowywania informacji lub przekazywany w jakiegokolwiek formie – elektronicznej, mechanicznej, fotokopii czy innych reprodukcji bez zgody posiadacza praw autorskich.

PL ISSN 1689-6416

Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach

08-110 Siedlce, ul. Żytnia 17/19, tel. 25 643 15 20

wydawnictwo.uph.edu.pl

Format A-5. Ark. wyd. 21,0. Ark. druk. 22,7.

Druk i oprawa: EXDRUK, Włocławek

Spis treści

Wstęp	7
Tamara Zacharuk	
I. Z teorii inkluzji	
Elżbieta Gawęł Luty	13
<i>Między inkluzją a ekskluzją. Społeczna przestrzeń seniorów</i>	
Irena Żuk, Małgorzata Walczuk	29
<i>Bezpieczeństwo socjalne osób niepełnosprawnych</i>	
Beata Trębicka-Postrzygacz	41
<i>O niepełnosprawności w definicjach i regulacjach prawnych w perspektywie inkluzji społecznej</i>	
Beata Boczukowa	55
<i>Kształcenie studentów niepełnosprawnych – z warsztatu pracy andragoga</i>	
Małgorzata Bednarczyk	67
<i>Felinoterapia jako forma wsparcia włączenia społecznego i rehabilitacji osób niepełnosprawnych</i>	
Magdalena Podniewska	77
<i>Wykluczeni z życia</i>	
Jacek Rosa	93
<i>Próba antropologicznego spojrzenia na niepełnosprawność cudzoziemców w Polsce</i>	
Janina Florczykiewicz, Eugeniusz Józefowski	101
<i>Warsztat twórczy w pracy z dzieckiem z niepełnosprawnością powstałą w wyniku przewlekłej choroby</i>	
II. Z praktyki inkluzji	
Hanna Żuraw	109
<i>Osoba z wadą wymowy w poglądach kandydatek do zawodu nauczyciela</i>	
Katarzyna Marciniak-Paprocka	135
<i>Rodzice o inkluzji – raport z badań pilotażowych</i>	

Inna Fedotenko, Svetlana Pazukhina	159
<i>The specificity of the adaptation difficulties of students with special educational needs in studying in the university</i>	
Wiktor Boruta	173
<i>Dogoterapia jako metoda wsparcia rozwoju osoby niepełnosprawnej intelektualnie – wybrane aspekty</i>	
Elena Asmakovets, Sławomir Koziej	187
<i>“Social work” students’ willingness to work with people with disabilities</i>	
Mariusz Dobijański	205
<i>Stygmatyzacja nieprzystosowanych społecznie. Determinanty w pracy resocjalizacyjnej będące efektami piętna w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Jaworku</i>	
Oksana Anisimova	217
<i>Социально-психологическая адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья</i>	
Dorota Ryżanowska	233
<i>Tożsamość narracyjna młodych osób dorosłych z niepełnosprawnością fizyczną</i>	
Ewelina Cieciera	247
<i>Wpływ metody harcerskiej na funkcjonowanie społeczne dzieci niepełnosprawnych</i>	
Magdalena Ślusarczyk	265
<i>Działania zapobiegające ekskluzji społecznej. Perspektywa działań pedagoga</i>	
Barbara Laszuk	273
<i>Cyberprzestrzeń a zanikające umiejętności interpersonalne nastolatków</i>	
III. Recenzje i sprawozdania	
Beata Iwanicka	289
<i>Sprawozdanie z ogólnopolskiej konferencji naukowej „O tym się nie mówi 4 – Komunikacja osób niedostyszających”</i>	
Ewa Nasiłowska	295
<i>IV Międzynarodowy Kongres Inkluzji Społecznej</i>	
Informacje dla autorów	299

Table of contents

Introduction	9
Tamara Zacharuk	
I. The theory of inclusion	
Elżbieta Gaweł Luty	13
<i>Between inclusion and exclusion. Seniors social space</i>	
Irena Żuk, Małgorzata Walczuk	29
<i>The social safety of disable people</i>	
Beata Trębicka-Postrzygacz	41
<i>About disability in definitions and regulations in the perspective of social inclusion</i>	
Beata Boczukowa	55
<i>Education of students with disabilities – methods and techniques of adult learning</i>	
Małgorzata Bednarczyk	67
<i>Felinotherapy as a support form of social inclusion and rehabilitation of people with disabilities</i>	
Magdalena Podniewska	77
<i>From life excluded</i>	
Jacek Rosa	93
<i>Próba antropologicznego spojrzenia na niepełnosprawność cudzoziemców w Polsce</i>	
Janina Florczykiewicz, Eugeniusz Józefowski	101
<i>Creative workshop in working with a child with disability resulting from chronic illness</i>	
II. Z praktyki inkluzji	
Hanna Żuraw	109
<i>The person with speech impediment in the opinion of candidates for teacher profession</i>	
Katarzyna Marciniak-Paprocka	135
<i>Parents about inclusion – Pilot research report</i>	

Inna Fedotenko, Svetlana Pazukhina	159
<i>The specificity of the adaptation difficulties of students with special educational needs in studying in the university</i>	
Wiktor Boruta	173
<i>Dog-therapy as a method to support the development of persons with intellectual disability - some aspects</i>	
Elena Asmakovets, Sławomir Koziej	187
<i>“Social work” students’ willingness to work with people with disabilities</i>	
Mariusz Dobijański	205
<i>The stigmatization of not socially adapted. Determinants in resocialization work as a result of stigma in the Youth Education Center in Jaworek</i>	
Oksana Anisimova	217
<i>Social and psychological adaptation of children with disabilities</i>	
Dorota Ryżanowska	233
<i>The narrative identity of young adults with physical disability</i>	
Ewelina Cieciera	247
<i>The influence of scout method on the social functioning of disabled children</i>	
Magdalena Ślusarczyk	265
<i>Actions preventing the social exclusion. Prospect of action of the teacher</i>	
Barbara Laszuk	273
<i>Cyberspace and the disappearing interpersonal skills of teenagers</i>	

III. Recenzje i sprawozdania

Beata Iwanicka	289
<i>Report of Nationwide scientific conference „Nothing is said about it 4 – Communication of hearing impaired people”</i>	
Ewa Nasiłowska	295
<i>The IV. International Congress of Social Inclusion</i>	
Information for authors	299

Wstęp

Wykluczenie społeczne coraz częściej postrzegane jest jako normalny element życia społecznego. Niektórzy twierdzą nawet, że osoby wykluczone są sobie wręcz „same winne”, że znalazły się w takiej sytuacji. Współczesny świat nastawiony jest na sukces, współczesny człowiek najchętniej chciałby być piękny, młody i zdrowy od początku do końca swojego życia, przy okazji nie zastanawiając się nad tym *końcem*. Takie podejście kreowane jest w mediach, ale także kształtowane w wychowaniu. Coraz częściej bowiem jesteśmy przekonywani, że kiedy będziemy starzy, chorzy i niepełnosprawni, powinniśmy się znaleźć w pięknych, starannie wyizolowanych od społeczeństwa miejscach.

Chociaż w wielu wypadkach wiemy, jak należy zareagować na pytanie o miejsce osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie i poprawnie potrafimy odpowiedzieć zgodnie z oczekiwaniami, to jednak w głębi duszy zastanawiamy się, czy na pewno włączenie społeczne to dobry kierunek, czy na pewno aż tyle środków i sił należy przeznaczać na ten cel. Są przecież autorzy, którzy w swoich pracach negują sens i potrzebę zajmowania się zagadnieniami włączenia społecznego. O jaką postawę i o jakie podejście do osób zagrożonych wykluczeniem chcemy walczyć, wskazują teksty zawarte w najnowszym numerze czasopisma „Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy”, który oddajemy dziś do Państwa rąk. Zachęcamy do zwrócenia uwagi na artykuł prof. Elżbiety Gawęł-Luty „Między ekskluzją a inkluzją. Społeczna przestrzeń seniorów”, a także Magdaleny Podnieśńskiej „Wykluczeni z życia”. Polecam również tekst Doroty Ryżanowskiej „Tożsamość narracyjna młodych osób dorosłych z niepełnosprawnością fizyczną”. Zachęcam także do lektury przygotowanego przez dr Katarzynę Marciniak-Paprocką raportu z badań pilotażowych, w których przedstawione są opinie rodziców dzieci pełnosprawnych na temat edukacji włączającej. Polecamy również artykuły poświęcone dogo- i felinoterapii. Szczególnie zapraszamy do lektury artykułów, które obejmują problematykę włączenia studentów niepełnosprawnych również w aspekcie międzynarodowym autorstwa prof. Inny Fedotenko i Svetlany Pazukhiny oraz prof. Eleny Asmakovets i prof. Sławomira Kozięja.

Bardzo dziękujemy wszystkim autorom współpracującym z naszym redakcją i zapraszamy do publikowania w czasopiśmie „Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy” www.studentniepełnosprawny.uph.edu.pl.

Ponadto pragniemy zaprosić już dziś na jubileuszowy, V Międzynarodowy Kongres Inkluzji Społecznej, który odbędzie się w kwietniu 2018 r. Zapraszamy wszystkich teoretyków i praktyków do nadsyłania materiałów i czynnego udziału w tym niezwykle ważnym wydarzeniu naukowym. O szczegółach będziemy informować na bieżąco na stronie www.kis.uph.edu.pl.

Tamara Zacharuk

Introduction

Tamara Zacharuk

- I -

Z TEORII INKLUZJI

THE THEORY OF INCLUSION

Elżbieta Gawęł-Luty

Akademia Marynarki Wojennej w Gdyni

Między inkluzją a ekskluzją. Społeczna przestrzeń seniorów

Between inclusion and exclusion. Seniors social space

Streszczenie: Celem niniejszego opracowania jest ukazanie problematyki starości w wybranych kontekstach. Został tutaj omówiony jej wymiar terminologiczny, teoretyczny, jednostkowy, demograficzny oraz inkluzyjno-ekskluzywny. W tym ujęciu prezentowany tekst porusza zarówno problematykę sposobu interpretacji pojęcia starości i starzenia się, wskazuje na różnice w klasyfikacji wieku starości, prezentuje wieloaspektowość ujęć teorii starzenia się. Podkreśla również, że konsekwencje wynikające ze starzenia się społeczeństw należy rozpatrywać w odniesieniu do samych seniorów, ale również w odniesieniu do funkcjonowania społeczeństwa pod względem mentalnym, ekonomicznym, a także polityki społecznej państwa. Zatem namysł nad starością uzasadnia potrzebę ograniczania stereotypów i tworzenia narzędzi oraz klimatu przeciwdziałającemu społecznemu wykluczeniu osób starszych.

Słowa kluczowe: starość, inkluzja, ekskluzja, społeczeństwo

Abstract: The purpose of this paper is to show the problems of old age in some contexts. In this paper there were discussed the terminological, theoretical, demographic and inclusive- exclusive context. The text addresses both the problems of how to interpret the concept of old age and aging, points to differences in the classification of old age and presents a multi aspects theory approaches of aging. It also emphasizes that not only the consequences of an aging population must be considered in relation to the very elderly, but also in relation to the functioning of society in terms of mental, economic, and social policy of the state. Therefore reflection on old age justifies the need of reducing stereotypes and creating special tools to prevent from social exclusion of older people.

Keywords: aging, inclusion, exclusion, society

Codziennosc życia każdego z nas wskazuje na skracającą się optykę czasową, a w związku z tym na potrzebę przeorganizowania własnej aktywności związanej zarówno ze zmianami biologicznego funkcjonowania organizmu, odmiennością potrzeb psychicznych przypisanych poszczególnym etapom naszego bytu czy też relacji ze społeczeństwem. Jawi się zatem potrzeba namysłu nad sensem czy też brakiem sensu podejmowania aktywności, nad potrzebą przełamania stereotypu etosu człowieka starego, czy też poddania się idei redukcjonizmu w każdej sferze życia. Jest to więc namysł nad filozofią życia osoby starej zarówno z perspektywy jednostkowej, jak i perspektywy społecznej.

Kontekst terminologiczny

Starość jest wspólna dla wszystkich i zaczyna się od momentu przyjścia człowieka na świat, a kończy się z chwilą nadejścia śmierci. Od każdego indywidualnie będzie zależało, jak ten czas przeżyjemy. Niektórzy ludzie starzeją się pogodzeni ze zmianami zachodzącymi w tym okresie, inni odizolowują się od środowiska.

B. Rysz-Kowalczyk uznaje starość za czas trwający od urodzenia aż do śmierci. Ten cykl życia jest procesem zaspokajania przez człowieka potrzeb, które pozwalają mu na osiągnięcie minimalnych możliwości jego rozwoju¹. Zatem etap rozwoju człowieka zwany starością poprzedza cały cykl zmian związany z procesem starzenia się prowadzący do obniżania się jakości życia.

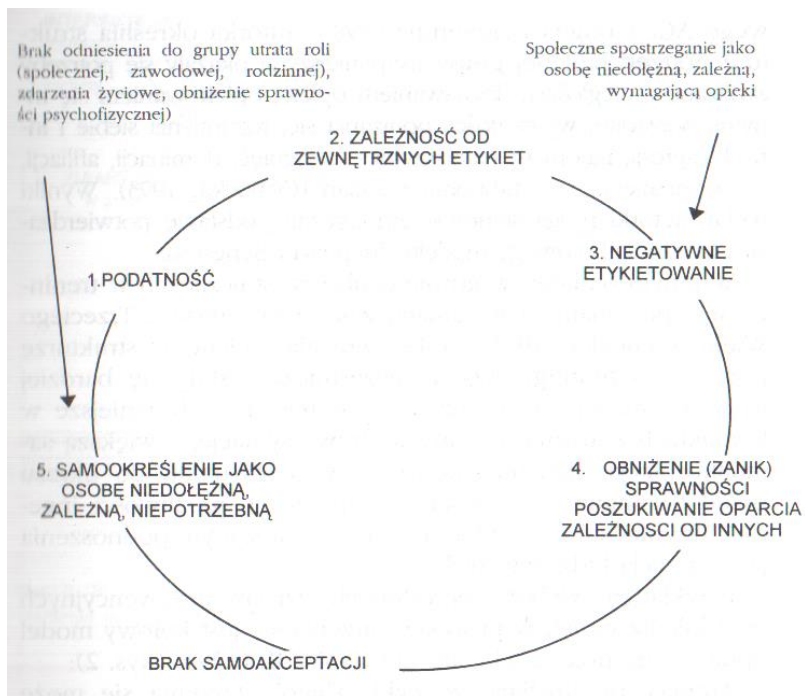
Schemat na rys. 1 wskazuje na to, że starość oraz starzenie się stanowi subiektywną kategorię oceny samego siebie, jak i środowiska. W badaniu z wykorzystaniem Testu Przymiotnikowego ACL Gougha i Heilbruma [1983] A. Cichocka określiła struktury potrzeb badanej grupy. Najsilniejszymi okazały się potrzeby związane z uległością, doznawaniem opieki, opiekowaniem się innymi, porządkiem, wytrwałością, poniżaniem się, rozumieniem siebie i innych, agresją, natomiast najniższymi – potrzeby osiągnięć, dominacji, afiliacji, uzewnętrznienia się, autonomii i zmian².

W innym badaniu w grupie osób uczestniczących w treningu interpersonalnym A. Cichocka [1993] zwróciła uwagę na zmianę w strukturze potrzeb po treningu. Osoby uczestniczące w nim stały się bardziej wrażliwe na innych, bardziej autonomiczne, odważniejsze w kontaktach z innymi, otwarte na nowe sytuacje, z większą samoakceptacją, dynamiczniejsze - w porównaniu do okresu przed treningiem. Ta obserwacja pokazuje możliwości ingerencji w mechanizm etykietowania, a tym samym podnoszenia jakości życia ludzi starszych³.

¹ B. Rysz-Kowalczyk, *Pokolenie w późnej dojrzałości. Deformacje cyklu życia a zagrożenia społeczne we współczesnej Polsce*, IPS UW, Warszawa 1995, s. 35.

² M. Krawczyński, H. Olszewski, J. Sołowiej, W. Tłokiński, *Wypełnianie starości. Trening ku życiu*, A.E.L. Publishing House, Gdańsk 1997, s.16.

³ Ibidem.



Rys. 1. Mechanizm obniżania się jakości życia u ludzi starych⁴

Wobec powyższego stosowne wydaje się postawienie pytania: kiedy można uznać danego człowieka za starego?

I tak starość określana jest przez wiek metrykalny, ustalany na podstawie daty urodzenia⁵. Wiek podeszły, jak przyjmują badacze, pracodawcy i społeczeństwo, zaczyna się w 60. lub 65. roku życia. W Polsce ten wiek jest rozgraniczony pod względem płci - dla kobiet od 60. roku życia, dla mężczyzn 65. roku życia. Starość jest istotnym etapem naszego życia, jest to ostatni etap rozwoju ontogenetycznego ludzi, jest również definiowana jako etap końcowy

⁴ M. Cichocka, *Psychologiczne problemy starzenia się i starości*, [w:] S. Krzyński (red.), *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*, PZWL, Warszawa 1993, s. 249-265.

⁵ A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn 2010, s. 40-41.

procesu starzenia się⁶. Nazywana jest również późną dorosłością czy trzecim wiekiem życia, ten etap rozwoju kończy się śmiercią. Niektórzy naukowcy w przebiegu starości wyróżniają:⁷

- wczesną starość (do 75. roku życia);
- późną starość (powyżej 75. roku życia).

Geriatrzy kijowscy natomiast w starości wyróżniają trzy okresy:

- wiek podeszły (między 60. a 74. rokiem życia);
- wiek starczy (między 75. a 90. rokiem życia);
- wiek sędziwy (po 90. roku życia).

Według ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wyodrębniono poniższe okresy starości⁸:

- wiek przedstarczy (od 45. do 59. roku życia);
- wiek starzenia się, inaczej wczesna starość (od 60. do 74. roku życia) - w tym przedziale wiekowym znajdują się także tzw. młodzi starzy (young-old);
- wiek starczy, inaczej późna starość (od 75. do 89. roku życia);
- długowieczność (90 lat i więcej) - tego wieku dożywają tzw. długowieczni (longlife).

Według innego podziału ludzi powyżej 65. roku życia nazywa się ludźmi trzeciego i czwartego wieku. W trzecim wieku osoby starsze są aktywne, prowadzą niezależny tryb życia, natomiast wiek czwarty obejmuje okres, kiedy ludzie starsi są mniej aktywni, stają się zależni od innych⁹.

Można więc zauważyć, że granice i progi starości mają charakter umowny. S. Klanowski podjął się próby uporządkowania pojęcia „początku starości”. Wyróżnił w tym celu dwie kategorie: wiek kalendarzowy (chronologiczny, astronomiczny, wyznaczony latami życia) oraz wiek biologiczny (funkcjonalny, wyznaczany zindywidualizowanymi cechami osobniczymi). L. Frąckiewicz wskazała zaś na cztery granice wyznaczające starość: chronologiczną, biologiczną, prawną (ustawowy próg wieku emerytalnego) i ekonomiczną (odejście od aktywności zawodowej, spadek dochodów)¹⁰. Owe kryteria, ze

⁶ A. Nowicka, *Starość jako faza życia człowieka*, [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy ludzi starszych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006, s. 17.

⁷ Ibidem, s.18.

⁸ Ibidem.

⁹ S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 20.

¹⁰ E. Tyrafiątek, Hasło: *Starość*, *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, Tom V, Żak, Warszawa 2006, s. 947.

względu na ograniczone możliwości pomiaru, również uniemożliwiają precyzyjną etapizację starości. Dlatego też w Polsce zastosowano granicę wieku chronologicznego, w ramach obowiązującego progu emerytalnego. Jest to zbieżne z psychoanalityczną teorią E. Eriksona, który jako ostatnią fazę rozwoju człowieka wskazał na okres starości, obejmujący osoby po sześćdziesiątym roku życia, które nie podejmują aktywności zawodowej.

Kontekst teoretyczny (wybrane teorie starzenia się)¹¹

Społeczne teorie starzenia się rozwijają się na bazie teorii socjologicznych, które ujmują starość w wymiarze makrospołecznym (aktywności, włączania, stratyfikacji wieku, politycznej ekonomii) i mikrospołecznym (wymiany, fenomenologiczna, kompensacyjna, P. Paltesa).

Teorie z grupy makrospołecznych za punkt wyjścia przyjmują przekonanie o determinującym wpływie norm i ról społecznych na tożsamość i zachowanie starszej osoby. Starość traktują w kategoriach makrostrukturalnych. Teorie z grupy mikrospołecznych poszukują wyjaśnień społecznych aspektów starzenia się i starości w kategoriach mikrostrukturalnych, interpersonalnych, świadomościowych. Koncentrują się na indywidualnej interpretacji starości oraz na subiektywnych doświadczeniach jednostki.

Społeczne teorie wskazują więc na perspektywę starzenia się w obrębie wspólnoty, w której funkcjonują ludzie starsi. Niektóre z nich wskazują na rolę człowieka starszego, inne podkreślają indywidualny wymiar procesu starzenia się:

- teoria aktywności analizuje starzenie się w kontekście utraty pełnionych ról społecznych, przez co gromadzą się napięcia związane z postrzeganiem samego siebie. Aktywność jest tutaj wpisywana w rolę społeczną człowieka starszego, łączy się ze statusem społecznym i prestiżem, wpływającym na samoocenę. Człowiek dążąc do społecznej akceptacji, z jednej strony próbuje pozostać w zgodzie z własnymi potrzebami, z drugiej zaś kreuje swoje zachowanie wedle oczekiwań innych. Według W. Petersona skutki utraty jednej roli mogą być rekompensowane przez przyjmowanie nowych ról.

- teoria włączania poszukuje źródeł izolacji osób starszych w ograniczeniu kontaktów interpersonalnych, co prowadzi do wycofania się z życia społecznego, osłabienia więzi społecznych, zawężenia przestrzeni życiowej. Wedle tej koncepcji wszystkie systemy społeczne dla utrzymania swej równowagi mu-

¹¹ C. Timoszyk-Tomczak, B. Bugajska, *Przyszłościowa perspektywa czasowa starości*, Wyd. Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2012.

szą działać w kierunku wyłączenia z aktywności ludzi starych i starzejących się.

- teoria stratyfikacji wieku zakłada podział społeczeństwa na grupy wieku, kładąc nacisk na różnice majątkowe, zajmowane stanowiska. Podkreśla się tutaj dwa wymiary wieku, a mianowicie wymiar trwania życia, w czasie którego człowiek funkcjonuje w różnych grupach wiekowych, oraz wymiar historyczny uwzględniający wspólne doświadczenia danych grup wieku poprzez pryzmat warunków historycznych. Systemy społeczne bazują na odgrywaniu ról przypisanych osobom w określonym wieku.
- teoria subkultury stanowi o tym, że ludzie starsi poprzez pryzmat wieku mają głównie kontakt z rówieśnikami, przez co są odizolowani od osób pozostających w innej grupie wiekowej. Status społeczny osób starszych traktowany jest jako niższy od statusu ludzi młodszych.
- teoria polityki ekonomii starości podkreśla związek starości z polityką socjalną, różnicami ekonomicznymi i społecznymi - ludziom starszym ogranicza się dostęp do wielu dóbr, obniża się ich pozycję społeczną, co jest efektem traktowania ich jako osób zależnych od innych.
- teoria wymiany społecznej traktuje relacje interpersonalne z perspektywy wzajemnych korzyści. Osoby starsze mają w tym ujęciu niewiele wartości wymiennych, dlatego też niewiele otrzymują od innych.
- teorie biegu życia charakteryzują się dużą dowolnością w określeniu samego pojęcia. Zatem analizują je na poziomie makrostruktur, uwzględniając zmiany demograficzne i kulturowe czy też zwracają uwagę na subiektywne doświadczenie zmian życiowych. Teorie życia traktują starość jako naturalne następstwo wcześniejszych etapów rozwoju, ze swoimi zadaniami, możliwościami i ograniczeniami.
- teoria fenomenologiczna indywidualizuje proces starzenia się, przypisując człowiekowi, w ramach interakcji z innymi ludźmi, główną rolę w konstruowania własnego obrazu starości.
- teoria modernizacji wyjaśnia historyczne uwarunkowania społecznych postaw wobec starości. Zauważa, iż do deprecjacji osób starszych przyczyniła się modernizacja społeczeństw uprzemysłowionych, liczebny wzrost osób starszych oraz powstanie nowych zawodów, rozwój powszechnej oświaty i środków masowego przekazu. Formułowane są również poglądy przeciwstawne, ukazujące pozytywne zmiany w pozycji społecznej osób starszych.
- teoria kompetencji formułuje pogląd, że funkcjonowanie osoby starszej stanowi relację ukierunkowaną przez wymagania jej stawiane i zasobami umożliwiającymi sprostanie tym wymaganiom. Kompetencje zachowania rozpatruje się w wymiarze fizycznym, poznawczym i społecznym.

- teoria E.H. Eriksona podkreśla, iż jednostka w ostatniej fazie życia staje przed koniecznością sprostania walce o własną integralność, o nową jakość życia, poprzez akceptację czegoś, co musiało się dokonać.
- teoria gerotranscendencji wskazuje na duchowość i niematerialne pragnienia, które pojawiają się głównie w okresie starości. Gerotranscendencja zachodzi na trzech poziomach: kosmicznym, własnego „ja” oraz relacji społecznych i indywidualnych.

Prezentowane teorie starości podkreślają ich znaczną różnorodność, wynikającą przede wszystkim z przyjęcia różnej perspektywy badawczej. Zauważyć jednak można, że traktowane są najczęściej w sposób komplementarny. Przedstawione odniesienia wskazują na starzenie się głównie poprzez pryzmat warunków społecznych rozumianych jako społeczne odniesienia do problematyki starości, historycznych wskazujących na kreowanie postaw wobec starości również w odniesieniu do uwarunkowań ekonomicznych i politycznych, a także odnoszą się do indywidualnych postaw seniorów wobec swojego wieku i otaczającego świata.

Nie bez znaczenia dla rozważań na temat starości jest również perspektywa uznająca proces starzenia się zaprogramowany genetycznie, prowadzący do stopniowego wygasania funkcji i narządów oraz za proces gromadzenia się przypadkowych uszkodzeń organizmu, które mogą wyzwać lub wspomagać starzenie się.

Jednostkowy kontekst starości

Oznaki starzenia się mogą mieć zarówno wymiar fizyczny, jak i psychiczny. W okresie starości następują zdarzenia krytyczne, jak: utrata zdrowia, pogorszenie kondycji i spadek aktywności fizycznej, utrata bliskiej osoby, utrata statusu społecznego i ekonomicznego oraz poczucia przydatności. Spadek aktywności fizycznej wywołany jest m.in. przez deformację ciała, pomarszczenie skóry. Pojawia się sztywność ruchów¹². Następuje także osłabienie wrażliwości zmysłów oraz wydłużenie czasu reakcji na bodźce wzrokowe i słuchowe, również czas wykonania jakiejś czynności. Wskaźnikiem psychofizycznym świadczącym o starzeniu się jednostki jest właśnie spowolnienie czasu reakcji powiązane z obniżeniem sprawności psychomotorycznej. Wraz z wiekiem pojawiają się problemy z zapamiętywaniem. Widoczne jest to w przypadku pamięci mechanicznej, bezpośredniej oraz długoterminowej zwanej pamięcią

¹² B. Harwas-Napierała, *Psychologia rozwoju człowieka*, PWN, Warszawa 2008, s. 267.

wsteczną. W okresie starości zachodzą również zmiany w sferze intelektualnej. Około 60. roku życia następuje obniżenie ogólnego ilorazu inteligencji. Widoczny jest znaczny spadek zdolności myślenia, wyobraźni. Sprawność intelektualna człowieka ulega znacznemu obniżeniu się pięć lat przed momentem naturalnej śmierci. Starzenie się człowieka powoduje obniżenie funkcji inteligencji płynnej, przy utrzymaniu inteligencji skryształizowanej na dotychczasowym poziomie¹³.

W okresie starości widoczne są zmiany w pamięci. Przypominanie pogarsza się wraz wiekiem, polega ono na wyszukiwaniu i odzyskiwaniu informacji z magazynu pamięci. Natomiast rozpoznawanie nie ulega pogorszeniu.

Człowiek w wieku senioralnym traci wytrzymałość i dotychczasowe siły. Osłabieniu ulega równowaga i masa kostna. Postawa ciała człowieka w okresie starości związana jest zazwyczaj z kurczeniem się dysków w organizmie. Dochodzi w tym czasie do zmniejszenia długości ciała. Kręgosłup człowieka w podeszłym wieku wygina się. Jest to spowodowane brakiem kolagenu między kręgami. Często ludzie starsi się garbią. Wraz z wiekiem osoby potrzebują większego wysiłku do poruszania się. Powoduje to ograniczenie ich aktywności¹⁴.

W układzie nerwowym zmniejszeniu ulega wielkość mózgu, a także zanika kora mózgowa. Wydłużeniu ulega szybkość przewodzenia impulsu wzdłuż nerwu. Wydłuża się również czas obróbki informacji w mózgu. Pomimo zmian w środowisku zewnętrznym, aby zachować homeostazę ważne jest, aby osoby dbały o stan tego układu¹⁵. Pogorszeniu ulega również zdolność funkcjonowania układu oddechowego. Zmniejsza się wydolność płuc oraz zużycie tlenu. Dochodzi wówczas do zmniejszenia tempa metabolizmu. Płuca stają się mniej giętkie i elastyczne. Osłabieniu ulegają wszystkie mięśnie ciała. Osteoporoza przyczynia się do zeszywnienia ściany klatki piersiowej. Osoby szybciej się męczą i podczas wysiłku fizycznego muszą wykonać większy wysiłek oddechowy¹⁶. Coraz gorzej organizm jednostki pozbywa się obcych substancji. Na skutek tego układy stają się mniej odporne. Pojawia się więcej wadliwych komórek. Długość ciała ulega zmniejszeniu, a kości są bardziej podatne na urazy, gorzej zaczynają funkcjonować zmysły.

W okresie starości zachodzą zmiany w osobowości seniorów. Inaczej zaczynają postrzegać otaczającą rzeczywistość. Najczęściej określają współcze-

¹³ Ibidem, s. 270-272.

¹⁴ J. Turner, D. Helms, *Rozwój człowieka*, WSiP, Warszawa 1999, s. 530.

¹⁵ B. Synak, *Polska starość*, WUG, Gdańsk 2003, s. 45-50.

¹⁶ J. Turner, D. Helms, *Rozwój człowieka,...*, op. cit., s. 532.

sność jako element tylko częściowo zrozumiały, gubią się w systemie wieloaspektowych powiązań, mają problem z interpretacją wymogów współczesności. Tym bardziej więc narasta w nich poczucie izolacji, zarówno w kontekście emocjonalnym, intelektualnym i społecznym. Zagubieniu często towarzyszy zaniziona samoocena, ambiwalencja uczuć, pojawiają się stany lękowe doprowadzające często do depresji.

Postawy życiowe prezentowane przez ludzi starszych

Grupa amerykańskich psychologów (Suznane Reichard i inni) wyróżniła na podstawie własnych badań pięć zasadniczych postaw życiowych u ludzi starszych¹⁷:

- postawa konstruktywna, jest to idealny wzór przystosowania do starości – osoby reprezentujące taką postawę są zadowolone z życia, tolerancyjne, świadome siebie, pełne humoru, przyjazne i pomocne, ich poziom moralny jest wysoki, nie przeraża ich śmierć;
- postawa zależna, reprezentanci tej postawy są wprawdzie sprawni fizycznie i psychicznie, jednak pomimo to szukają wsparcia u innych, są słabi duchowo i fizycznie, bierni i ulegli, nie szukają zadowolenia w pracy, szybko się męczą, stosunki z innymi ludźmi są negatywne, osoby te są podejrzliwe w stosunku do obcych;
- postawa obronna, reprezentowana jest przez ludzi separujących się od innych – osoby te są chłodne i sztywne, samowystarczalne, odrzucające pomoc innych, dążą do osiągnięć. Na starość patrzą pesymistycznie;
- postawa wrogości do świata, charakteryzuje ludzi agresywnych, wybuchowych, skłonnych do rywalizacji – osoby te izolują się od innych, nie chcą być od nich zależne. Taką starość cechują stany lękowe, pesymizm, depresja i strach przed śmiercią;
- postawa wrogości wobec samego siebie, osoby te są negatywnie nastawione do własnego życia, biernie, często w stanach depresji. Traktują starość jak karę, a śmierć jak ucieczkę od trudów. Życie nie przynosi im radości.

Przyjęcie określonej postawy wobec samego siebie i własnego otoczenia z pewnością wyznacza sposób zachowania. I tak B. Neugarten wyróżniła osiem wzorów zachowań osób starszych¹⁸:

¹⁷ B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, PWN, Warszawa 2007, s. 268-276.

¹⁸ Z. Szarota, *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, Kraków 2010, s. 88.

- Wzór A: reorganizator, ludzie starsi po przejściu na emeryturę starają się utrzymać wysoką i różnorodną aktywność, taki styl życia przynosi im satysfakcję, ich prężność i żywotność przejawia się w umiejętnej reorganizacji zajęć.
- Wzór B: skupiony, osoby starsze ukierunkowane są na jeden rodzaj aktywności, która dotychczas interesowała ich najbardziej, dzięki temu osiągnęły satysfakcję z życia.
- Wzór C: niezaangażowany, osoby starsze wycofują się z życia, cieszą się, że już w nim nie uczestniczą, co przynosi im swoistą satysfakcję.
- Wzór D: trzymający się, ludzie starsi utrzymują swoją aktywność na poziomie tej z okresu wieku średniego, dopóki ją utrzymują, daje im to satysfakcję.
- Wzór E: kurczący się, aby zachować satysfakcję życiową, ludzie starsi wycofują się z aktywności życiowej, zawężając swoją aktywność do określonych ról.
- Wzór F: szukający wsparcia, ludziom starszym do wyboru rodzaju aktywności potrzebna jest pomoc ze strony otoczenia, dopóki ją dostają, są zadowoleni ze swojego życia.
- Wzór G: apatyczny, człowiek starszy, który nigdy nie oczekiwał wiele od życia, jest apatyczny i nieaktywny.
- Wzór H: zdeorganizowany, dotyczy osób zdeintegrowanych całkowicie, które potrzebują wsparcia i pomocy ze strony otoczenia. Nie kontrolują siebie, mają niski poziom aktywności życiowej.

Wskazane typy postaw psychicznych i sposobów zachowań osób starszych uwarunkowane są wieloma elementami, np. kondycją fizyczną, psychiczną, doświadczeniem indywidualnym, relacjami z innymi.

Dotychczasowe rozważania koncentrowały się głównie wokół problematyki starości w kontekście jednostkowym, jednak starzenie się winno być również rozpatrywane w kontekście demograficznym.

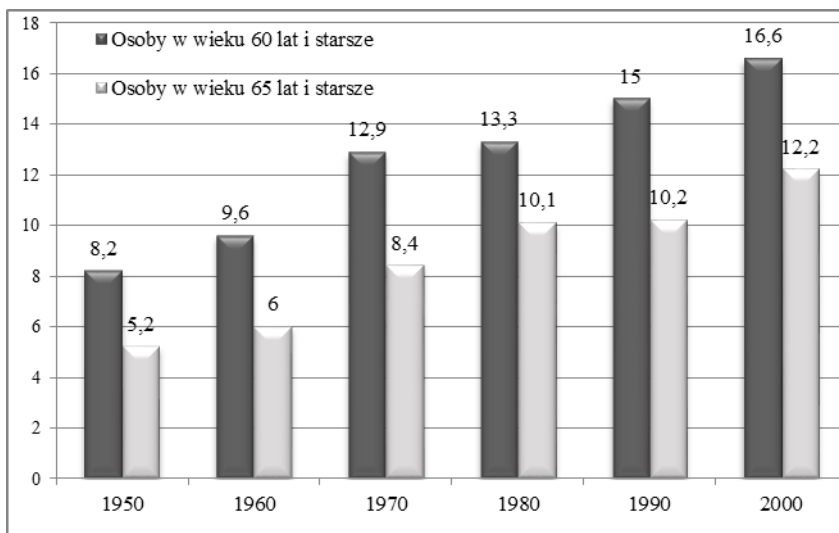
Demograficzny kontekst starości

W Polsce proces starzenia się nie jest jeszcze zbyt intensywny, jeśli weźmiemy pod uwagę tylko wzrost udziału ludzi starszych w populacji kraju¹⁹. Tendencja ta ulegnie przyspieszeniu dopiero w drugiej dekadzie XXI wieku, jednak już w połowie XX wieku tendencja ta stawała się coraz bardziej wi-

¹⁹ B. Synak, *Problematyka badawcza*, [w:] *Polska starość*, red. B. Synak, Wydawnictwo UG, Gdańsk 2003, s. 11.

doczna. Obserwuje się wzrost udziału liczby osób w wieku 60 i 65 lat, a także starszych w strukturze polskiego społeczeństwa²⁰. Procesowi temu towarzyszy wzrost liczby kobiet w wieku 65 lat i starszych, a także starszych osób na wsi. Gdy dąży się do maksymalnie syntetycznego opisu badanej populacji, zachodzi często konieczność dokonania jednej ogólnej charakterystyki liczbowej. Mediana wieku ludności w Polsce wykazuje stałą tendencję rosnącą²¹. O ile w 1950 roku połowa mieszkańców Polski miała mniej, a połowa więcej niż 25,9 lat, o tyle w 1996 roku mediana wieku wynosiła 34,1 lat. Udział osób w wieku 60 lat i więcej jest obecnie w Polsce ponad dwa razy większy niż na początku stulecia na ziemiach polskich.

Przewiduje się dalsze istotne zwiększanie się udziału ludzi starszych w ogólnej liczbie ludności Polski.

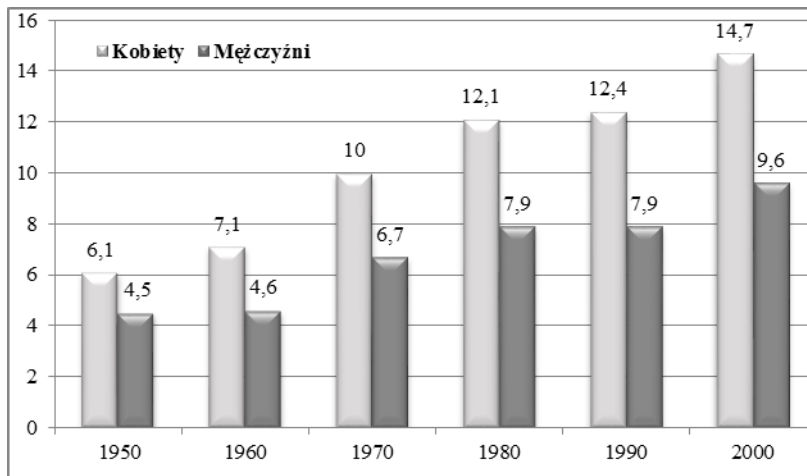


Rysunek 2. Udział procentowy osób starszych w ogólnej populacji ludności w Polsce w latach 1950-2000

Źródło: B. Synak, *Problematyka badawcza*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo UG, Gdańsk 2003, s. 13.

²⁰ E. Trafiałek, *Polska starość w dobie przemian*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 2003, s. 69.

²¹ Ibidem, s. 73.



Rysunek 3. Udział procentowy mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i starszych w ogólnej populacji ludności w Polsce w latach 1950-2000

Źródło: Ibidem.

Tabela 1. Zmiany oczekiwanego dalszego trwania życia w Polsce w latach 1990-2010

Lata	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2010
Mężczyźni	66,5	67,6	68,1	68,5	68,9	68,8	69,7	70,4	70,5	71,26
Kobiety	75,5	76,4	76,6	77,0	77,3	77,5	78,0	78,8	78,9	79,96

Źródło: L. Bolesławski, L. Rutkowska, *Prognoza ludności Polski według województw na lata 1999-2030*, GUS, Warszawa 2000; L. Bolesławski, *Prognoza demograficzna na lata 2003-2030*, Informacje i Opracowania Statystyczne, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2004, *Rocznik Demograficzny 2003*, GUS, Warszawa 2003.

Tabela 2. Zmiany oczekiwanego dalszego trwania życia w Polsce w latach 1995-2010 w porównaniu do długości życia w 1990 roku

Lata	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2010
Mężczyźni	1,2	2,4	3	2,4	2,3	3,2	3,9	4	4,7
Kobiety	0,9	1,1	2,5	2,8	2	2,5	3,3	3,4	4,5

Źródło: Ibidem.

Udział ludności w wieku 60 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności, jaki został osiągnięty w Polsce około 1980 roku, został przekroczony już w 1931 roku we Francji, w 1938 roku w Wielkiej Brytanii i w 1948 roku w Szwecji. W latach 1995-2000 w wymienionych krajach udział ten zawierał się w granicach 20-22%, a w Polsce wynosił 16%. Jednak proces starzenia się ludności Polski jest w okresie zmian, których szczególne przyspieszenie nastąpiło po 2010 roku, kiedy to w wiek poprodukcyjny zaczęły wstępować liczne roczniki urodzonych w latach pięćdziesiątych. Do najważniejszych wyzwań rozwojowych dekady 2010-2020 należy zmiana proporcji między ludnością w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym. W 2010 roku osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 13,5% ogółu ludności, 10 lat później ich udział ma już wynieść 18,5%. W dekadzie 2020-2030 należy oczekiwać, że udział osób w wieku 65 lat i więcej wzrośnie do 22,3%. Dodatkowo wyraźnemu postarzeniu ulegną zasoby pracy – udział kobiet w wieku 50-59 lat oraz mężczyzn w wieku 50-64 lata wzrośnie z 25,7% w 2020 roku do 30,4% w 2030 roku. W latach 2030-2035 proces starzenia się ludności i zasobów pracy będzie kontynuowany – osoby w wieku 65 lat i więcej będą stanowić 23,2% ogółu ludności, a udział osób w wieku 50-59 lat dla kobiet i 50-64 lata dla mężczyzn w populacji w wieku produkcyjnym wzrośnie do 34,6%. Udział osób w wieku 65 lat i więcej do 2040 roku wykaże wzrost blisko dwukrotny, czyli do jednej czwartej ogółu populacji. W 2060 roku wyniesie on ponad jedną trzecią ogółu ludności Polski.

Tabela 3. Zmiany struktury wieku ludności Polski (prognoza GUS 2008)

Wiek	2007	2010	2015	2020	2025	2030	2035
0-17	19,6	18,7	18,2	18,4	18,2	17,0	15,6
18-44	40,1	40,1	39,5	37,2	34,2	31,6	30,1
45-59/64	24,3	24,4	22,9	22,3	23,5	26,2	27,5
18-59/64	64,4	64,5	62,4	59,5	57,8	57,8	57,6
60+/65+	16,0	16,8	19,4	22,1	24,0	25,2	26,7
65+	13,5	13,5	15,6	18,4	21,0	22,3	23,2
75+	6,0	6,4	6,8	6,8	8,4	10,6	12,5
80+	3,0	3,5	3,9	4,1	4,1	5,4	7,2
85+	1,1	1,4	1,8	2,0	2,1	2,1	3,1
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Źródło: Prognoza ludności na lata 2008-2035, GUS, Warszawa 2009.

Najbardziej dynamicznie będą wzrastały liczba i udział osób w wieku 80 lat i więcej, czyli z 1,1 mln w 2008 roku do 3,3 mln w 2040 roku, a nawet do

ponad 4 mln w 2060 roku. Nastąpi zatem wzrost o 10%, z 3% do 13% ludności Polski. Ujęcie demograficzne starzenia się wskazuje na społeczno-ekonomiczne konsekwencje zjawiska. Należą do nich:

- zmiana proporcji między ludnością w wieku produkcyjnym w stosunku do osób w wieku poprodukcyjnym;
- starzenie się kapitału ludzkiego;
- obciążenie gospodarki wydatkami na emerytury, renty oraz opiekę zdrowotną;
- braki w zasobie pracy na poziomie kraju i regionu;
- spowolnienie lub zatrzymanie się wzrostu gospodarczego;
- przejście obowiązku opieki materialnej i niematerialnej nad osobami starszymi z dzieci i wnuków przez system instytucjonalny

Kontekst ekskluzywno-inkluzyjny

Niezaprzeczalnym faktem jest, iż współczesne społeczeństwa starzeją się. Dlatego też rozważania nad tym, czy konieczne jest zwrócenie należytej uwagi na tę grupę wiekową, są czymś bezzasadnym. Jednak pomimo powszechnego uznania potrzeby skierowania się ku seniorom, ich specyficznym często potrzebom i oczekiwaniom, doświadczają oni przejawów dyskryminacji wskutek braku właściwego ustawodawstwa, kulturowych uprzedzeń oraz stereotypów.

Źródłem marginalizacji osób starszych staje się ograniczenie ich możliwości korzystania z istniejących zasobów społecznych, co wynika często z niepełnosprawności, ograniczeń ruchowych, intelektualnych, a także złej sytuacji materialnej. Nie bez znaczenia są tutaj także takie czynniki, jak samotność, izolacja, brak perspektyw, a także odczuwalna indoktrynacja. Senior jako jednostka społecznie wykluczona staje się pod względem geograficznym członkiem społeczeństwa, ale nie może uczestniczyć w normalnych aktywnościach obywateli w tym społeczeństwie (z powodów będących poza jego kontrolą).

Ekskluzja społeczna seniorów odnosi się zarówno do ich postaw wobec siebie samych i do innych, jak i do społecznych postaw wobec ludzi starszych. Te dwa elementy pozostają względem siebie w koherentnej zależności. Seniorzy zauważając negatywizm społeczny wobec własnej grupy wiekowej kreują postawy wycofania, ewentualnego przetrwania w mało przyjaznej rzeczywistości, zaś wobec takich postaw seniorów osoby pozostające w innych przedziałach wiekowych utrwalają w sobie obraz osoby starej jako niepotrzebnej, mało efektywnej, utrudniającej funkcjonowanie innym i ograniczającej ich wolność.

Jednak ze względów indywidualnych i społecznych potrzeba integracji seniorów ze społeczeństwem jest bezsporna. Działania integracyjne winny odnosić się do kreowania właściwej mentalności społecznej, otwartej zarówno na osoby pełno- i niepełnosprawne, młode i stare, wykształcone i niewykształcone, poprzez odpowiednie wychowanie, edukację i w końcu socjalizację. Także w ramach integracji osób starszych duże znaczenia odgrywa właściwa polityka społeczna, która stanowi fragment systemu zabezpieczenia społecznego. Na jej cele wskazuje bezpośredni katalog praw ludzi starszych, proklamowany w 1991 roku przez Zgromadzenie Ogólne ONZ i rekomendowany państwu członkowskim, jak też Deklaracja z Kobe z 1998 roku. Zapisy takie zawarte są również w zrewidowanej Europejskiej Karcie Społecznej, w której podkreśla się, że osoby starsze powinny mieć warunki do pozostawania pełnoprawnymi członkami społeczeństwa tak długo, jak to możliwe.

Zamiast zakończenia

Namysł nad starością uzasadnia potrzebę ograniczania stereotypów i tworzenia narzędzi oraz klimatu przeciwdziałającemu społecznemu wykluczeniu seniorów, tym bardziej że każdy z nas najprawdopodobniej znajdzie się w tym przedziale wiekowym i będzie oczekiwał należnego szacunku, wsparcia i godnego traktowania przez następne pokolenia.

Bibliografia

- Bolesławski L., Rutkowska L., *Prognoza ludności Polski według województw na lata 1999-2030*, GUS, Warszawa 2000.
- Bolesławski L., *Prognoza demograficzna na lata 2003-2030*, Informacje i Opracowania Statystyczne, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2004.
- Cichocka M., *Psychologiczne problemy starzenia się i starości*, [w:] S. Krzywiński (red.), *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*, PZWL, Warszawa 1993.
- Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, PWN, Warszawa 2007.
- Harwas-Napierała B., *Psychologia rozwoju człowieka*, PWN, Warszawa 2008.
- Krawczyński M., Olszewski H., Sołowiej J., Tłokiński W., *Wypełnianie starości. Trening ku życiu*, A.E.L. Publishing House, Gdańsk 1997.

- Leszczyńska-Rejchert A., *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn 2010.
- Nowicka A., *Starość jako faza życia człowieka*, [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy ludzi starszych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
- Prognoza ludności na lata 2008-2035, GUS, Warszawa 2009.
- Rysz-Kowalczyk B., *Pokolenie w późnej dojrzałości. Deformacje cyklu życia a zagrożenia społeczne we współczesnej Polsce*, IPS UW, Warszawa 1995.
- Rocznik Demograficzny 2003, GUS, Warszawa 2003.
- Studen S., *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
- Synak B. (red.), *Polska starość*, WUG, Gdańsk 2003.
- Szarota Z., *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, Kraków 2010.
- Timoszyk-Tomczak C., Bugajska B., *Przyszłościowa perspektywa czasowa starości*, Wyd. Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2012.
- Trafiałek E., *Polska starość w dobie przemian*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 2003.
- Tyrafiałek E., *Hasło: Starość, Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, tom V, Żak, Warszawa 2006.
- Turner J., Helis D., *Rozwój człowieka*, WSiP, Warszawa 1999.

Jadwiga Żuk, Małgorzata Walczuk

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach

Wydział Humanistyczny

Bezpieczeństwo socjalne osób niepełnosprawnych

The social safety of disable people

Streszczenie: Wśród potrzeb człowieka jedną z najważniejszych jest potrzeba bezpieczeństwa. Bezpieczeństwo socjalne jest pojęciem interdyscyplinarnym. W przypadku bezpieczeństwa socjalnego osób niepełnosprawnych problem ten staje się o wiele szerszy. Ważnym elementem jest zrozumienie, czym jest bezpieczeństwo socjalne, jakie niesie zagrożenia brak jego zapewnienia. Przeciwnieństwem poczucia bezpieczeństwa jest poczucie zagrożenia. Niniejsze opracowanie jest próbą analizy bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych. Kiedy mówimy o bezpieczeństwie osób niepełnosprawnych, ich własne możliwości mogą okazać się niewystarczające. To państwo powinno zagwarantować osobom niepełnosprawnym takie poczucie bezpieczeństwa, aby żadne z zagrożeń socjalnych typu: głód, bezdomność, bezrobocie, brak opieki medycznej i rehabilitacji czy brak dostępu do edukacji nigdy nie były powodem wykluczenia tych osób. Rozwój technologii umożliwia inkluzję ludzi z dysfunkcjami do życia społecznego. Należy wykorzystać wszystkie możliwości rozwoju gospodarczego, ale również edukację społeczeństwa, aby osoby niepełnosprawne były włączane w życie społeczne i nie czuły się dyskryminowane i spychane na margines.

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo socjalne, polityka społeczna, osoby niepełnosprawne

Abstract: The safety need is one of the most important among people's needs. The meaning of social safety is interdisciplinary. When we actually think about the meaning of the social safety within disable people, we can see that it becomes much more serious. It is really important to understand what the social safety means, what danger it brings or what the lack of the social safety brings. The contrast to being safe is the feeling of danger. The essay contains the attempt of an analyse the safety feeling within disable people. When we talk about safety of disable people, their own capabilities might not be good enough. The government should ensure that the disable people will feel safe and none of the social dangers like: starvation, homelessness, unemployment, lack of medical and rehabilitation support or problems to get the right education, will be a reason to exclude them. The technology progress gives disable people an inclusion to the social life. We need to take advantage of the economic development but also the society education to make sure that disable people will be included in the social life and stop feeling discriminated or pushed away.

Keywords: the social safety, social policy, disable people

Bezpieczeństwo socjalne jest jedną z najważniejszych gałęzi polityki społecznej. To pojęcie interdyscyplinarne i rozpatrywane jest na gruncie nauk ekonomicznych, polityki społecznej, socjologii i prawa. Według autorów encyklopedii PWN pojęcie to definiowane jest w sposób następujący: „bezpieczeństwo socjalne, realne gwarancje zaspokojenia potrzeb socjalnych jednostek i rodzin, stan wolności od niedostatku bądź obniżenia poziomu życia spowodowanego głównie tzw. ryzykiem socjalnym (np. utrata możliwości zarobkowania, choroba, inwalidztwo, starość, zwiększone obciążenia rodzinne, bezradność) lub innymi zdarzeniami losowymi” [Encyklopedia PWN 2005]. Zagrożenia bezpieczeństwa socjalnego nie są zjawiskiem nowym i dotyczą przede wszystkim ludzi, którzy mają ograniczone bądź nawet brak możliwości zarobkowania. Wśród tej grupy społeczeństwa, poza osobami starszymi, są przede wszystkim niepełnosprawni. Nie ma jednej, powszechnie uznanej definicji niepełnosprawności. Pojęcie niepełnosprawności jest definiowane w zależności od tego, do jakich celów jest używane. I tak w myśl Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, niepełnosprawność oznacza „trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy”. [Art. 2 pkt 10 Dz.U. 1997 Nr 123 poz. 776].

Nieco inaczej niepełnosprawność została zdefiniowana w Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych z 2006 r.: „Do osób niepełnosprawnych zaliczają się osoby z długotrwałą obniżoną sprawnością fizyczną, umysłową, intelektualną lub sensoryczną, która w interakcji z różnymi barierami może ograniczać ich pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami” [Art. 1]. Orzekanie o niepełnosprawności, podobnie jak sama niepełnosprawność, jest dość skomplikowane i komuś, kto po raz pierwszy mierzy się z problemem bycia niepełnosprawnym, może wydawać się mało przejrzyste. Otóż orzeczenie o niepełnosprawności nie jest tożsame z niezdolnością do pracy i uprawnieniami rentowymi, jak to się często kojarzy. „Pojęcia niepełnosprawności, które zawiera art. 4 ustawy z 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, nie można utożsamiać z pojęciem niezdolności do pracy, określonym w art. 12 ustawy z 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Nie są one tożsame” [art. 4 Ust. z 1997 r.]. Jak informuje na swojej stronie internetowej Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych: „Zgodnie z obowiązującym prawem ocena stanu zdrowia nie jest jedynym wyznacznikiem niepełnosprawności, bowiem orzecznictwo o niepełnosprawności uwzględnia zarówno fizyczne, psychiczne, jak i społeczne aspekty funkcjono-

wania człowieka”. Instytucjami orzekającymi o niepełnosprawności są przede wszystkim:

- Powiatowe/miejskie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności – jako pierwsza instancja;
- Wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności – jako druga instancja;

Postępowanie orzecznicze, służące ustaleniu niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności, co do zasady jest zespołowe i dwuinstancyjne. W praktyce oznacza to, że w skład zespołu orzekającego zarówno powiatowego, jak i wojewódzkiego wchodzi co najmniej dwóch specjalistów, z których przynajmniej jeden jest lekarzem sprawującym jednocześnie funkcję przewodniczącego składu orzekającego, a drugi jest pedagogiem, psychologiem, pracownikiem socjalnym, doradcą zawodowym lub innym lekarzem. Takie postępowanie orzecznicze ma na celu ustalenie niepełnosprawności i określenie stopnia tej niepełnosprawności. Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w art. 3 wyróżnia trzy stopnie niepełnosprawności:

- 1) znaczny
- 2) umiarkowany
- 3) lekki

Orzeczenie o niepełnosprawności może mieć charakter stały lub okresowy. Osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności możemy uznać za niesamodzielne. Powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności wydają orzeczenia o:

- niepełnosprawności;
- stopniu niepełnosprawności;
- wskazaniach do ulg i uprawnień.

Przedmiotowe orzeczenia poza ustaleniem statusu osoby orzeczonej jako osoby niepełnosprawnej stanowią również podstawę do przyznania różnego rodzaju ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.

W systemie orzekania o niepełnosprawności możemy wyróżnić orzecznictwo dla celów świadczeń z ZUS czy KRUS, przede wszystkim świadczeń rentowych, ale również rehabilitacyjnych. Orzecznictwo to wyróżnia kategorię osób niezdolnych do pracy i samodzielnej egzystencji. Jak można przeczytać w Informatorze dla osób niepełnosprawnych: „Do zakresu działania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych należy m.in.: orzekanie dla celów ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych oraz innych świadczeń wypłacanych przez Zakład, do których prawo uzależnione jest od stwierdzenia niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Orzeczenia wydają:

- lekarz orzecznik ZUS – w I instancji,
- komisja lekarska ZUS – w II instancji” [Informator dla osób niepełnosprawnych, Warszawa, 2015, s. 23].

Ważnym elementem orzecznictwa ZUS jest również rehabilitacja lecznicza. „Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. Celem programu jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby, urazu lub wypadku są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy lub są nadal niezdolne do pracy, ale jednocześnie, po odbyciu rehabilitacji leczniczej, rokują odzyskanie tej zdolności. Podstawą skierowania do ośrodka rehabilitacyjnego jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji, wydane przez lekarza orzecznika ZUS [Ibidem, s. 26].

Sytuację prawną osób niepełnosprawnych w Polsce regulują przede wszystkim następujące akty prawne:

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej
- Karta Praw Osób Niepełnosprawnych z 1 sierpnia 1997 r.
- Ustawa o rehabilitacji Dz.U. z 2011 r. Nr 127
- Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych z 13 grudnia 2006 r.
- Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania
- Uchwała Sejmu RP w sprawie przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych z dnia 7 grudnia 2012 r.

"Miłość do cierpiących jest znakiem i miarą poziomu cywilizacji rozwoju narodu" [Jan Paweł II, 1993]. Niepełnosprawność wydaje się być ściśle związana z pojęciem godności człowieka. Konstytucja RP z 1997 r. stanowi, że: „Obywatel ma prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo” [Art. 67.1.Warszawa 1997]. Rozwój medycyny pozwala na ratowanie życia noworodkom, które rodząc się z różnego rodzaju ciężkimi chorobami czy defektami, kiedyś nie miały szans na przeżycie. Analogiczną sytuację można zaobserwować przy ratowaniu życia i zdrowia osób po ciężkich wypadkach. W związku z tym, coraz więcej osób z różnego rodzaju niepełnosprawnościami funkcjonuje w społeczeństwie. Przez lata zmieniło się też postrzeganie niepełnosprawności. Ludzie tacy uczą się i pracują, nie są już alienowani i zamykani w domach czy zakładach. Bardzo wiele robi się w kierunku ułatwiania życia ludziom z dysfunkcjami zarówno edukując społeczeństwo, jak i pomagając osobom chorym w zacierania granic. Samo ratowanie życia już nie wystarcza, pozostaje problem jakości życia osób niepełnosprawnych, ale również osób opiekujących się nimi, najczęściej rodzin czy osób najbliższych. Jak zauważył ks. Piotr Bortnik w swoich przemysleniach

„Rola wspólnot Wiara i Światło we wspomaganianiu osób niepełnosprawnych i ich rodzin”: „We współczesnym świecie, w dobie postępu techniki i rozwoju cywilizacji, w pogoni za dobrobytem i reklamowym zewnętrznym pięknem, nie brakuje ludzi zepchniętych na margines społeczeństwa ze względu na chorobę wrodzoną lub nabytą w sferze fizycznej lub psychicznej (umysłowej)” [P. Bortnik, 2004, s. 19]. Rozwój i zasady kształcenia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej są w ostatnich latach bardzo dynamiczne i powstają coraz to nowe formy kształcenia i inkluzji. Zdaniem N. Luhmanna: „Realizacja zasady inkluzji w funkcjonalnej dziedzinie polityki prowadzi w konsekwencji do ukształtowania się państwa bezpieczeństwa socjalnego. Państwo bezpieczeństwa socjalnego urzeczywistnia inkluzję polityczną. Chodzi przy tym nie tylko o zabezpieczenie i stałe podnoszenie standardów minimum przysługujących każdemu warunków socjalnych, lecz także o różne szczególnego rodzaju problemy życiowe każdego, kto znajdzie się w trudnej sytuacji. Toteż nie tylko podnosi się poziom powszechnego minimum bytowego, ale podejmuje się coraz to nowe problemy jako zadania publiczne” [Warszawa 1994, s. 36-38]. Jan Paweł II w „Christivideles laici”: „Także i chorzy są pośnani do pracy w winnicy. Ciężar, który przygniata ciało i odbiera pogodę ducha, w żadnym wypadku nie zwalnia od tej pracy, ale jest wezwaniem ich do czynnego przeżywania ludzkiego i chrześcijańskiego powołania i do udziału we wzrastaniu Królestwa Bożego w nowy, jeszcze cenniejszy sposób” [JPiI, 1988]. Praca jest jedną z najważniejszych wartości w życiu człowieka. Jak mówił Jan Paweł II w encyklice „Laborem exercens”: „Praca jest prawem i obowiązkiem każdego człowieka, jest aspektem odwiecznym i pierwszoplanowym, zawsze aktualnym. Każdy człowiek potrzebuje pracy nie tylko do tego, aby zaspokajać materialne potrzeby dnia codziennego, ale także, a może przede wszystkim do poczucia, że jest potrzebny, przynależności do jakiejś grupy, do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Poprzez pracę ma się przyczyniać do ciągłego rozwoju nauki i techniki, a zwłaszcza do nieustannego podnoszenia poziomu kulturalnego i moralnego społeczeństwa, w którym żyje jako członek braterskiej wspólnoty; praca zaś oznacza każdą działalność, jaką człowiek spełnia, bez względu na jej charakter i okoliczności, to znaczy każdą działalność człowieka, którą za pracę uznać można i uznać należy pośród całego bogactwa czynności, do jakich jest zdolny i dysponowany poprzez samą swoją naturę, poprzez samo człowieczeństwo” [Jan Paweł II, 1981, s. 1].

Tabela 1. Liczba pracujących osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym (18-59/64) według statusu zatrudnienia

Wyszczególnienie	Pracujące osoby niepełnosprawne w wieku produkcyjnym (18-59/64) ¹ (w tys.)				
	Ogółem	Pracownicy najemni	Z tego:		Pomagający członkowie rodzin
			Pracujący na własny rachunek i pracodawcy		
			razem	w tym pracodawcy	
2006	416	238	130	17	48
2007	439	277	116	11	46
2008	460	317	100	10	44
2009	443	311	92	11	40
2010	441	319	94	11	29
2011	442	323	94	12	26
2012	450	338	88	13	24
2013	430	329	79	12	17
2014	434	346	69	11	18
2015	419	346	59	10	16

¹ Wiek produkcyjny wg tzw. ekonomicznych grup wieku, tzn. wiek 18-59 dla kobiet i 18-64 dla mężczyzn.

Źródło: Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności, GUS (dane średnioroczne i kwartalne)

Pomoc i opieka ze strony państwa powinna być uregulowana i przewidziana na każdym etapie życia człowieka, aby w momencie powstania niepełnosprawności osoba taka mogła skorzystać z przewidzianych dla niej środków. Człowiek, który rodzi się z niepełnosprawnością, potrzebuje, poza leczeniem, rehabilitacją, a następnie edukacją i przygotowaniem do życia i funkcjonowania w społeczeństwie. Również rodzina, w której pojawia się takie dziecko, potrzebuje opieki i wsparcia w zupełnie nowej dla siebie sytuacji. Natomiast osoba, która w wyniku choroby czy wypadku staje się niepełnosprawna, potrzebuje pomocy i możliwości przystosowania do życia oraz wykorzystania swoich predyspozycji do dalszego funkcjonowania. Ale to nie tylko ludzie z różnymi ułomnościami potrzebują pomocy i edukacji, również pozostała część społeczeństwa tego wymaga. „Konieczne więc są działania na rzecz zmiany postaw naszego społeczeństwa wobec niepełnosprawnych, a co za tym idzie zmiany świadomości społecznej w kierunku akceptacji integracyjnego modelu funkcjonowania tych osób w społeczeństwie” [Ochonczenko, 2004, s. 240]. Ważne jest, aby ludzie tworząc nową architekturę czy nowe miejsca pracy od począt-

ku przewidywali funkcjonowanie w nich osób niepełnosprawnych, aby uniknąć kosztownego dostosowywania otoczenia do takich potrzeb. Jeżeli od początku tworzenia nowej rzeczywistości takie aspekty będą uwzględniane, możliwe będzie uniknięcie dużych nakładów na dostosowywanie otoczenia do potrzeb osób mniej sprawnych. Wówczas społeczeństwo nie będzie postrzegać tych ludzi jako generujących dodatkowy koszt, a stanie się to czymś normalnym. Od najmłodszych lat dzieci powinny dowiadywać się o tym, że wokół żyją różni ludzie, którzy mogą potrzebować pomocy i funkcjonują trochę inaczej. Wydaje się, że nie powinno to być rozpatrywane przez pryzmat tolerancji, a raczej być czymś normalnym, aby osoby niepełnosprawne nie czuły, że są ciężarem, a były w miarę samodzielnymi, pełnoprawnymi członkami społeczeństwa. Zauważyła również ten problem H. Ochonczenko: „Jedną z barier w zatrudnianiu niepełnosprawnych jest postrzeganie ich przez pracodawców przez pryzmat ograniczeń, bezradności, koniecznej pomocy ze strony innych (osób, instytucji, organizacji). Przeszkodą w przyjęciu do pracy osoby niepełnosprawnej są też obawy pracodawców co do konieczności ponoszenia większych kosztów ze względu na jej stan zdrowia, a także przekonanie o zdecydowanie mniejszej wydajności pracy takiej osoby” [Ochonczenko 2004, s. 240].

Aktywność w zależności od etapu życia, początkowo edukacja, a następnie praca, dla każdego człowieka jest bardzo ważna, a szczególną wartość przedstawia w życiu osoby niepełnosprawnej. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych to jeden z niezwykle ważnych problemów mających wpływ na kształt realizowanej w Polsce, a także w innych krajach europejskich, polityki społecznej. Udział w rynku pracy stanowi bowiem jeden z kluczowych wyznaczników pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Osoby niepełnosprawne, jako jedna z największych grup zagrożonych wykluczeniem społecznym, wkroczyły na drogę emancypacji stosunkowo niedawno. Przez długie dekady pozostawały one na uboczu głównego nurtu życia, a wiele z nich podlegało polityce segregacyjnej polegającej na umieszczaniu ich w gigantycznych instytucjach opiekuńczych noszących cechy instytucji totalnych [Tossebro 1996, s. 45-66]. „W społeczno-zawodowej rehabilitacji osób niepełnosprawnych ważna jest możliwość ich zatrudniania, wiadomo bowiem, że w procesie pracy rehabilitacja jest najbardziej efektywna” [Nowak 1999, s. 68]. Uprawnienia pracownicze osób niepełnosprawnych zostały uregulowane w rozdziale 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także w rozporządzeniach wykonawczych do tej ustawy. W ostatnich latach można zauważyć coraz więcej działań mających na celu integrację i inkluzję osób niepełnosprawnych. „Uczestnictwo osób niepełnosprawnych w głównym nurcie życia zbiorowego ma odznaczać

się powszechnością, wszechstronnością, znormalizowaniem i równością. Ma więc być zjawiskiem dotyczącym ogółu ludzi niepełnosprawnych, którzy mają być obecni we wszystkich dziedzinach życia zbiorowego jako użytkownicy istniejących wzorów, a zarazem twórcy nowych rozwiązań podnoszących jakość życia. Ma dokonywać się przy zastosowaniu zwykłych środków, metod, instytucji. Ma też mieć charakter pełnienia typowych, uznanych za ważne i wartościowe ról społecznych i wiązać się z dostarczaniem zwykłych doświadczeń cyklu życia upływającego w zwyczajnym otoczeniu własnego domu, szkoły masowej, otwartego rynku pracy” [Żuraw, 2008, s. 9].

W życiu każdego człowieka posiadanie zawodu i praca zawodowa są niezbędnymi elementami dorosłego życia, a utrata pacy często burzy cały porządek i zmienia dotychczasowe życie. Jak trafnie zauważył Kołaczek: „Utrata pracy w okresie produktywności zawodowej jest niezwykle krytycznym wydarzeniem, często jest dramatem życiowym człowieka. Burzy nie tylko system wartości, ale życie rodzinne. Generuje powstawanie zachowań patologicznych, szczególnie alkoholizmu. Jest też czynnikiem konfliktogennym w rodzinie, nierzadko powoduje obniżenie pozycji osoby bez pracy, wywiera negatywny wpływ na styl życia i jej samopoczucie, szczególnie wraz z przedłużaniem się czasu trwania stanu bezrobocia” [Ochonczenko 2004, s. 240]. Na przestrzeni dziejów wartość i postrzeganie pracy ludzkiej bardzo się zmieniła. W czasach starożytnych praca fizyczna wykonywana była głównie przez najniższe warstwy społeczne, św. Augustyn uważał, że praca nieodłącznie wiąże się ze społecznym rozwojem człowieka, współcześnie praca jest nie tylko źródłem dochodów, ale także poczucia własnej wartości, samorealizacji i niezależności. W obecnych czasach, kiedy konkurencja na rynku pracy jest bardzo duża, a bezrobocie dotyka osoby pełnosprawne, rynek pracy osób niepełnosprawnych jest ograniczony. Brak pracy w przypadku osób niepełnosprawnych może wpływać destrukcyjnie na ich samopoczucie i pogłębiać niepełnosprawność poprzez alienację tych osób. „Brak pracy wpływa negatywnie na stan zdrowia osoby niepełnosprawnej – sprzyja powstawaniu nowych schorzeń i nasilaniu dolegliwości związanych z główną przyczyną niesprawności” [Kołaczek 1994].

Tabela 2. Liczba pracowników niepełnosprawnych oraz pracodawców zarejestrowanych w Systemie Obsługi Dofinansowań i Refundacji Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Rok	Zakład pracy chronionej		Otwarty rynek		Razem	
	pracodawcy	osoby niepełnosprawne	pracodawcy	osoby niepełnosprawne	pracodawcy	osoby niepełnosprawne
2015						
styczeń 15	1 247	133 125	22 507	106 839	23 754	239 964
luty 15	1 243	132 706	22 977	109 496	24 220	242 202
marzec 15	1 235	132 235	23 229	110 743	24 464	242 978
kwiecień 15	1 221	130 573	23 308	112 487	24 529	243 060
maj 15	1 206	128 631	23 649	113 957	24 856	242 588
czerwiec 15	1 206	128 258	23 837	114 477	25 043	242 735
lipiec 15	1 199	127 377	24 046	116 165	25 245	243 542
sierpień 15	1 188	126 610	24 206	117 613	25 394	244 223
wrzesień 15	1 180	125 933	24 547	119 383	25 727	245 316
październik 15	1 177	126 024	24 738	120 104	25 915	246 128
listopad 15	1 167	125 254	24 953	121 024	26 120	246 278
grudzień 15	1 163	124 458	25 028	121 597	26 191	246 055
średnia 2015	1 203	128 432	23 919	115 324	25 122	243 756
2016						
styczeń 16	1 141	121 948	25 154	122 203	26 295	244 151
luty 16	1 134	123 079	25 286	123 862	26 420	246 941
marzec 16	1 126	123 386	25 377	124 721	26 503	248 107
kwiecień 16	1 116	123 296	25 625	125 302	26 741	248 598
maj 16	1 113	123 018	25 845	126 377	26 958	249 395
czerwiec 16	1 108	122 583	25 897	127 482	27 005	250 065
lipiec 16	1 097	122 763	26 115	131 756	27 212	254 519
sierpień 16	1 098	123 303	25 961	130 975	27 059	254 178

Źródło: <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,83,sodir-pfron>, Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych na podstawie danych PFRON - stan na 2.11.2016 r., <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,83,sodir-pfron>

Globalizacja, otwarcie granic, a przede wszystkim rozwój technologii informatycznych otworzyły nowe możliwości także przed osobami niepełnosprawnymi. Powstały nowe zawody i możliwości wykonywania ich zdalnie lub częściowo zdalnie. Rodzi to nową płaszczyznę współpracy i integracji między osobami, które pracują w różnych miastach, a nawet państwach, są partnerami w pracy nie wiedząc o tym, że osoba po drugiej stronie może być niepełnosprawna. Jeszcze kilka lat temu osoby niepełnosprawne nie miały tylu możliwości realizacji zawodowych. W dobie cyfryzacji coraz więcej zawodów wykonywanych jest przy pomocy nowoczesnych technologii z dala od siedziby firmy. Osoby niepełnosprawne mają szanse wykonywać pracę na takich samych stanowiskach jak osoby pełnosprawne nawet nie wychodząc z domu. Przemiany w gospodarce wymuszają stosowanie coraz bardziej zaawansowanych technologii. Jak słusznie twierdzi A. Nowak: „Przede wszystkim chodzi o wyrównanie szans osób niepełnosprawnych w stosunku do ogółu społeczeństwa. Niezbędnym elementem polityki zatrudnienia jest rehabilitacja zawodowa, której celem jest przystosowanie niepełnosprawnych do wykonywania pracy, nauki zawodu, wykształcenia odpowiednich postaw wobec pracy i współpracowników oraz umożliwienie osobie niepełnosprawnej wykonywania stałego zatrudnienia odpowiedniego do jej stanu zdrowia i kwalifikacji” [Nowak 1999, s. 68]. Również prowadzenie działalności gospodarczej jest możliwe przez osoby niepełnosprawne, na co przewidziana jest pomoc finansowa.

Zakończenie

Wspomagając inkluzję osób niepełnosprawnych należy zrobić wszystko, aby w odpowiednim momencie stworzyć możliwość edukacji i rehabilitacji, co przyczyni się do ich łatwiejszej aktywizacji zawodowej i pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. „Jesteśmy zdolni do wielkich rzeczy, jeżeli nie pozwolimy, by pokonał nas lęk przed własną słabością” [Jan Paweł II]. Dostęp do komputera i Internetu staje się „oknem na świat”, umożliwiającym edukację, znalezienie i wykonywanie pracy, ale również rozwijanie więzi społecznych i przynależność do różnych grup społecznych. Zdaniem E. Wajs „Nowoczesne technologie mają wśród tych działań swoje miejsce – pozwalają stworzyć optymalne warunki do uczestnictwa dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w systemie edukacji. Korzystając z technologii można również zapewnić osobom dorosłym warunki zdobycia zawodu, podniesienia kwalifikacji, a także wykonywania niektórych czynności w systemie telepracy. Przygotowanie infrastruktury do realizacji e-learningu jest warunkiem niezbędnym, a zarazem zadaniem własnym każdego państwa” [E. Wajs 2007, s. 4-5].

Bibliografia

- Bednarczyk D., *Przeciwdziałanie cyfrowemu wykluczeniu (e-integracja) w Polsce*, <http://open.ebib.pl/ojs/index.php/ebib/article/viewFile/297/469>, [dostęp 23.03.2016 r.].
- Bógdał-Brzezińska A., Gawrycki M. (2003), *Cyberterroryzm i problemy bezpieczeństwa informacyjnego we współczesnym świecie*, Warszawa.
- Dijk Van J. (2010), *Społeczne aspekty nowych mediów. Analiza społeczeństwa sieci*, PWN, Warszawa.
- Doktryna Cyberbezpieczeństwa Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2015, <https://www.bbn.gov.pl/ftp/dok/01/DCB.pdf>.
- Jemioło T., *Cyberprzestrzeń nową sferą walki XXI wieku*, <http://tadeuszjemioło.natemat.pl/133631,cyberprzestrzen-nowa-sfera-walki-xxi-wieku>, [dostęp 25.03.2016 r.].
- GIODO, *Ochrona danych osobowych wczoraj, dziś, jutro*, Warszawa 2006.
- Kończak B. (1994), *Bezrobocie osób niepełnosprawnych*, IFIS PAN, Warszawa.
- Koziej S., *Bezpieczeństwo: istota, podstawowe kategorie i historyczna ewolucja*, „Bezpieczeństwo Narodowe” 18/2011.
- Luhmann N. (1994), *Teoria polityczna państwa bezpieczeństwa społecznego*, ISP PAN, Warszawa.
- Nowak A. (1999), *Wybrane edukacyjne i prawne aspekty niepełnosprawności*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Ochonczenko H. (2004), *Sytuacja na rynku pracy osób niepełnosprawnych w dobie zmian społecznych i gospodarczych w Polsce* [w:] *Człowiek niepełnosprawny w różnych fazach życia*, red. nauk. Jarosław Bąbka, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Tadeusiewicz R. (2002), *Społeczność Internetu*. AOW EXIT, Warszawa.
- Tryboń M., Grabowska-Lepczak I., Kwiatkowski M. (2011), *Bezpieczeństwo człowieka w obliczu zagrożeń XXI wieku*, Zeszyty Naukowe SGSP, nr 41.
- Wajs E. (2007), *E-learning szansą dla osób niepełnosprawnych*, [w:] *elearning 2.0. Internetowy magazyn nowych technologii szkoleniowych*, listopad nr 2.
- Polska Cyfrowa - Raport Polska 2030*; http://zds.kprm.gov.pl/sites/default/files/03_polska_cyfrowa_at.pdf; data dostępu 14.06.2015.
- https://www.pfron.org.pl/ftp/publikacje/Informator_dla_osob_niepelnosprawnych_2014.pdf
- <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/pl,2,status-osoby-niepelnosprawnej> na dzień 28.11.2016 r.
- <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,83,sodir-pfron> na dzień

Beata Trębicka-PostrzygaczUniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach
Wydział Humanistyczny

O niepełnosprawności w definicjach i regulacjach prawnych w perspektywie inkluzji społecznej

About disability in definitions and regulations in the perspective of social inclusion

Streszczenie: Niniejszy artykuł ma na celu zaprezentowanie wybranych definicji niepełnosprawności i regulacji prawnych dotyczących osób z niepełnosprawnościami, zawartych w priorytetowych dokumentach Unii Europejskiej, ONZ i innych organizacji międzynarodowych, w kontekście inkluzji społecznej osób z niepełnosprawnościami.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, osoba z niepełnosprawnością, definicja, regulacje prawne, inkluzja społeczna

Abstract: This article aims to present selected disability definitions and regulations for people with disabilities included in the priority documents of the European Union, the UN and other international organizations in the context of social inclusion of people with disabilities.

Keywords: disability, person with disabilities, definition, legal regulations, social inclusion

Wstęp

W Unii Europejskiej jedna na sześć osób jest niepełnosprawna, a to oznacza, że około 80 mln jej mieszkańców często nie ma możliwości uczestniczenia w pełni w życiu tak społecznym, jak i gospodarczym w wyniku istniejących barier związanych ze środowiskiem, a także z postawami otoczenia. Wskaźnik ubóstwa osób z niepełnosprawnościami jest aż o 70% wyższy od średniej, również na skutek utrudnionego dostępu do zatrudnienia. Niepełnosprawność ograniczająca w pewnym stopniu możliwości tych ludzi dotyczy ponad jednej trzeciej osób w wieku powyżej 75 lat, natomiast w przypadku ponad jednej piątej osób ograniczenia te uznawane są znaczne. Ponadto liczby te ulegną zwiększeniu w konsekwencji starzenia się społeczeństwa Unii Europejskiej [Europejska strategia...2010, s. 3].

Udział osób z niepełnosprawnościami zarówno w populacji globalnej, jak i w poszczególnych państwach oscyluje w granicach od kilkunastu procent do jednej piątej ogółu ludności. Należy podkreślić, że szacunki te zależą głów-

nie od zastosowanej definicji terminu niepełnosprawność, a także od sposobu gromadzenia oraz klasyfikowania danych [Gąciarz, Bartkowski, 2014].

Niezależnie jednak od zastosowanych wskaźników, w Polsce i Europie obserwuje się zauważalną tendencję wzrostu liczby osób z niepełnosprawnościami. Jest to „w pierwszym rzędzie pochodna zmian cywilizacyjnych: postępu wiedzy i technologii medycznych, wydłużenia się ludzkiego życia wskutek wdrożenia mechanizmów zarządzania zdrowiem publicznym i ogólnego wzrostu dobrobytu, a także zmian kulturowych odnoszących się do kwestii zdrowia, sprawności fizycznej i intelektualnej oraz wzorów pełnienia ról społecznych” [Gąciarz, Rudnicki, 2014, s. 7].

Niepełnosprawność, a właściwie sposób jej postrzegania i przeważające w określonym społeczeństwie wzorce odnoszenia się do osób z różnymi dysfunkcjami, to zjawisko, które obecnie w coraz to większym stopniu odzwierciedla najważniejsze strukturalne cechy danej zbiorowości ludzkiej. Rósł jej ranga dla funkcjonowania wszystkich współczesnych społeczeństw. Bardzo często bowiem w dzisiejszej debacie publicznej pojawiają się tematy dotyczące jakości życia osób z niepełnosprawnościami, ich pozycji społecznej i ekonomicznej, poziomu szans w różnorodnych formach życia społecznego, a także sposobu ich postrzegania i traktowania przez instytucje publiczne i różne grupy społeczne.

Wspomniane wcześniej zagadnienia są bardzo ważnym przedmiotem społecznego dyskursu, ale należy też podkreślić, że to jednak ani demograficzny, ani statystyczny aspekt wzrostu liczby osób z niepełnosprawnościami stanowi najistotniejszy wymiar, determinujący coraz większe znaczenie niepełnosprawności. Jest nim mianowicie jej społeczny i kulturowy wymiar. Niepełnosprawność to przecież zjawisko, w którym, jak w zwierciadle, widoczne są właściwości systemu ekonomicznego i politycznego państw, a także zasady organizacji społecznych i ich hierarchia wartości. Wszystkie te przyczyny wpływają bez wątpienia na pozycję osób z niepełnosprawnościami, skutkując ich większym bądź mniejszym udziałem w życiu społecznym, współuczestnictwem w wytwarzaniu dóbr ekonomicznych i społecznych albo też pozostawaniem w roli tylko odbiorców świadczeń społecznych. Nie ulega wątpliwości, że osoby z niepełnosprawnościami mogą służyć rozwojowi społeczno-gospodarczemu, zmianom stosunków społecznych i metamorfozom społecznej świadomości. Możliwe jest to jednak pod warunkiem, że ich funkcjonowanie w społeczeństwie zdecydowanie rzadziej powodować będzie ich marginalizację i wykluczenie, natomiast częściej inkluzję, włączanie w główny, a nie poboczny, nurt społecznego życia.

Wokół pojęcia niepełnosprawności i jej rodzajów

Pojęcie niepełnosprawności na przestrzeni lat przechodziło dostrzegalną ewolucję. Przejawiało się to zarówno w terminologii, jak i samym rozumieniu tego terminu. Przez większą część XX wieku niepełnosprawność była utożsamiana z widocznymi wadami ciała lub umysłu, a wobec samych osób niepełnosprawnych posługiwano się terminem „inwalida”. Dopiero pod koniec XX wieku został on wyparty przez określenie osoba niepełnosprawna, a współcześnie coraz częściej używane jest sformułowanie osoba z niepełnosprawnością.

Szeroki zakres pojęciowy terminu niepełnosprawność sprawia, że nigdy nie opracowano jednej powszechnie obowiązującej jej definicji. Dotyczy to tak literatury przedmiotu, jak i aktów prawnych.

W krajach Unii Europejskiej często nawet w jednym państwie używa się kilku różnych określeń terminu niepełnosprawność. Każdy kraj Unii posiada też własny system orzekania o niepełnosprawności. Z tego powodu osoba, która w jednym z państw członkowskich traktowana jest jako osoba z niepełnosprawnością, w innym kraju nie mogłaby otrzymać prawnego statusu osoby niepełnosprawnej. Poza tym w licznych krajach Unii funkcjonuje kilka definicji niepełnosprawności, które są używane do różnych celów, np. opieki medycznej, edukacji, rehabilitacji społecznej, rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia.

Warto zauważyć, że pojęcie niepełnosprawności jest bardzo płynne i nie daje się jasno i łatwo sprecyzować. Potwierdzają ten stan rzeczy różne chwile, które pojawiają się w życiu każdego człowieka. Jednym razem czujemy mniejsze, innym zaś większe możliwości czy też ograniczenia fizyczne. Dodatkowo to, co obecnie uważamy za osiągalne, za jakiś czas może okazać się trudnością nie do pokonania. Pomijając dysfunkcje z przyczyn nieszczęśliwych wypadków, u każdego człowieka występuje też „naturalne” pogłębianie się niepełnosprawności i dysfunkcji wraz z wiekiem. Człowiek jest przecież organizmem o określonej budowie, a jego poprawne funkcjonowanie determinuje czynności psychiczne i zachowanie. Kiedy działanie tego układu elementów fizycznych, psychicznych i społecznych ulegnie zaburzeniu na skutek czynników wewnętrznych bądź zewnętrznych, może wówczas nastąpić uszkodzenie lub obniżenie sprawności funkcjonowania narządów czy też czynności. „Stan osób, które w rezultacie odchylenia od norm rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego mają utrudnienia oraz ograniczenia w rozwoju i prawidłowym funkcjonowaniu, określa się terminem niepełnosprawności” [Dykcik, 1998, s. 15]. Pojęcie to dotyczy różnorodnych ograniczeń funkcjonalnych będących efektem uszkodzenia zdolności do wykonywania określonej czynności w sposób powszechnie uważany za typowy dla danego człowieka. Należy zauważyć,

że ograniczenia te mogą dotyczyć sfery fizycznej, psychicznej, jak i sensorycznej. Mogą mieć stały lub przejściowy charakter oraz mogą występować w całkowitym albo też tylko częściowym stopniu [Dykciak, 1998].

Zdaniem T. Majewskiego, można wyróżnić trzy rodzaje definicji osób niepełnosprawnych. Pierwszy rodzaj to definicje ogólne. Ustalają one ogólne kryteria zakwalifikowania lub nie danej osoby jako niepełnosprawnej na podstawie określonych kryteriów biologicznych i społecznych. Drugą grupę stanowią definicje poszczególnych kategorii osób niepełnosprawnych, zaś trzeci rodzaj to definicje tworzone dla określonych celów, np. na potrzeby rehabilitacji zawodowej lub dla celów rentowych [1994, s. 33-37].

W literaturze przedmiotu najczęściej wykorzystywane jest pojęcie niepełnosprawności wprowadzone przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), która w latach osiemdziesiątych XX wieku podjęła działania w kierunku uporządkowania terminów dotyczących stanu zdrowia człowieka. Zgodnie z wprowadzoną wówczas przez WHO nomenklaturą, „ograniczenie”, „niepełność” to „wszelka utrata lub też odstępstwo od normalności występujące w budowie i funkcjonowaniu organizmu pod względem psychicznym, fizjologicznym czy też anatomicznym”. Terminem niepełnosprawność nazywa się wszelkie ograniczenia lub niemożność zdolności wykonywania określonej czynności w sposób bądź też w zakresie uznawanym za typowe dla człowieka. WHO podała też definicję „upośledzenia”, „ograniczenia w pełnieniu ról społecznych”, rozumiejąc je jako „niekorzystną sytuację danej osoby wynikającą z uszkodzenia i niepełnosprawności funkcjonalnej, która to sytuacja ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie ról związanych z wiekiem danej jednostki, jej płcią oraz sytuacją kulturową i społeczną” [Kowalska-Kantyka, 2011, s. 19-20]. Taka interpretacja niepełnosprawności natrafiła na krytykę, której rezultatem była modyfikacja definicji przyjętej w 1980 roku przez WHO. W 2007 roku WHO zdecydowała, że niepełnosprawność trzeba rozumieć jako „wielowymiarowe zjawisko wynikające ze wzajemnych oddziaływań między ludźmi a ich fizycznym i społecznym otoczeniem, efekt barier napotykanym w otoczeniu fizycznym i społecznym” [Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) oraz jej zastosowanie, 2007].

Zawierająca powyższą definicję Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia jest często uznawana za wzorzec w obszarze problematyki dotyczącej niepełnosprawności. Według niej człowiek jest nie tylko istotą biologiczną o określonej strukturze i spełniającą określone funkcje, ale również osobą działającą i wypełniającą określone zadania, jak i członkiem grupy społecznej, w której życiu uczestniczy. Warto w tym miejscu

zaznaczyć, że klasyfikacja ta nie tylko systematyzuje sam termin niepełnosprawność, ale też podaje definicję funkcjonowania i uczestnictwa w sytuacji choroby, zaburzenia lub urazu, terminem funkcjonowanie obejmując biologiczny, osobisty i społeczny byt człowieka. Zgodnie z tą klasyfikacją, niepełnosprawność jest związana z konsekwencjami w funkcjonowaniu człowieka właśnie na poziomach wyżej wymienionych [Kirenko, 2007, s. 18-19].

Z definicji zaproponowanej przez WHO można wysnuć wniosek, że pojęcie osoby niepełnosprawnej ma charakter wieloprofilowy. Uwzględnia bowiem nie tylko bardzo zróżnicowane kryteria, tj. fizyczne, społeczne, psychologiczne, edukacyjne, zawodowe i kulturowe, ale też cel, jakiemu dane ujęcie ma służyć. Przykładem definicji zawierającej kryterium biologiczne i społeczne może być ujęcie T. Majewskiego, którego zdaniem osobą niepełnosprawną stanowi jednostka, „w przypadku której istotne uszkodzenie oraz obniżenie sprawności funkcjonowania organizmu powoduje utrudnienie, ograniczenie lub wręcz uniemożliwia wykonywanie zadań życiowych oraz wypełnianie ról społecznych wynikających z jej wieku, płci oraz czynników społecznych, środowiskowych i kulturowych” [Majewski, 1994, s. 35]. Z kolei propozycja definicji niepełnosprawności J. Zabłockiego zwraca uwagę na potrzeby w zakresie rehabilitacji. Jej autor osobą niepełnosprawną określa jednostkę, która „wskutek ograniczeń występujących na tle fizycznym, somatycznym bądź psychicznym ma istotne trudności w wywiązywaniu się z zadań stawianych przed nią przez życie codzienne, szkołę, pracę zawodową i czas wolny. Trudności tego typu można całkowicie usunąć lub też zmniejszyć poprzez rehabilitację i kształcenie” [1992, s. 10-12]. Podobną definicję niepełnosprawności podał także A. Hulek. W jego opinii za niepełnosprawną uznać należy taką osobę, „której stan fizyczny bądź psychiczny trwale lub chociażby okresowo utrudnia, ogranicza albo całkowicie uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych oraz ról społecznych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie normami społecznymi, jak i regulacjami prawnymi” [1992, s. 24]. Definicja zaproponowana z kolei przez K. Szawłowskiego koncentruje się na funkcjonowaniu biologicznym i społecznym. Do osób niepełnosprawnych zaliczyć trzeba, jego zdaniem, „jednostki, które wskutek wad bądź chorób wrodzonych, jak i chorób nabytych w różnych okresach życia, doznały naruszenia czynności poszczególnych narządów, układów bądź całego organizmu, ograniczających w różnorodnym stopniu ich funkcjonowanie biologiczne i społeczne” [1990, s. 18-20]. Tylko na wypełnianiu ról społecznych koncentruje się zaś ujęcie niepełnosprawności zaproponowane przez T. Gałkowskiego i J. Kiwerskiego. W ich opinii „osobą niepełnosprawną jest jednostka, w przypadku której występujące w stosunku

do norm obniżenie stanu sprawności organizmu i wywołuje ograniczenia lub utrudnienia w prawidłowym wypełnianiu ról społecznych” [1986, s. 194].

Osobna grupa definicji niepełnosprawności sformułowana jest dla celów prawnych. Podstawową, kluczową spośród nich stanowi ta podana w ustawie z 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. Zgodnie z art. 2 pkt. 10 ustawy, „niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolności do wykonywania pracy zawodowej” [1997].

Inny akt prawny dotyczący problematyki niepełnosprawności, to Karta Praw Osób Niepełnosprawnych z 1 sierpnia 1997 roku. Karta ta stanowi, że niepełnosprawnymi są „osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi” [1997].

Oprócz powyższych aktów prawnych, w całości poświęconych problematyce niepełnosprawności, zagadnienie to porusza też ustawa z 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. W akcie tym nie ma wprowadzić definicji niepełnosprawności, jednak dla celów świadczeń rentowych podaje pojęcia niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji. Ustawa ta pod terminem niezdolności do pracy rozumie „całkowicie lub też częściowo utraconą zdolność do wykonywania pracy zarobkowej w efekcie naruszenia sprawności organizmu” [1998], zaś pojęcie niezdolności do samodzielnej egzystencji nazywa naruszeniem sprawności organizmu na poziomie powodującym konieczność sprawowania stałej lub też długotrwałej opieki i pomocy ze strony innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych [1998].

Wprowadzić definicja niepełnosprawności nie została sformułowana przez Organizację Narodów Zjednoczonych, która uznała ją za pojęcie ewoluujące, jednak Konwencja Narodów Zjednoczonych z 13 grudnia 2006 roku o prawach osób niepełnosprawnych podała definicję samej osoby niepełnosprawnej. Art. 1 Konwencji do niepełnosprawnych zalicza osoby, które „mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami” [2006].

Zaprezentowany wyżej przegląd tylko wybranej literatury dotyczącej terminologii obrazuje i dowodzi, że istnieją liczne definicje niepełnosprawno-

ści lub osoby niepełnosprawnej, a każda z nich posługuje się określonymi kryteriami i dotyczy określonych celów. W efekcie powoduje to, że brak jest uniwersalnej definicji uwzględniającej najistotniejsze zakresy pojęciowe. Uniwersalną, zdaniem wielu badaczy tej problematyki, definicję niepełnosprawności zaproponował w 1996 roku zespół specjalistów powołanych przez Pełnomocnika do Spraw Osób Niepełnosprawnych. Rezultatem ich prac była definicja podana w następującym kształcie: „Niepełnosprawną jest osoba, której stan fizyczny /lub/ psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnienie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z przyjętymi normami prawnymi i społecznymi”. Definicja ta, ujęta z kolei w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych, kładzie nacisk na różne aspekty funkcjonowania człowieka i z tego powodu też wydaje się być jedną z najlepiej oddających problematykę niepełnosprawności [Serafin, 2009, s. 17].

W kontekście powyższych rozważań wokół zagadnień terminologicznych, warto przytoczyć opinię w tej kwestii T. Gałkowskiego, według którego „dotychczasowe definicje opracowane w ramach międzynarodowej klasyfikacji niepełnosprawności i upośledzeń jakie przyjęła Światowa Organizacja Zdrowia, nie są wystarczające, ponieważ niedostatecznie wyjaśniają interakcje pomiędzy warunkami społecznymi, a oczekiwaniami i możliwościami jednostki” [1997].

W publikacjach dotyczących tej tematyki napotyka się często zamienne stosowane terminy handicap i disability. Oba te pojęcia, tłumaczone na język polski, zastępuje się słowami niepełnosprawność albo upośledzenie. Okazuje się jednak, że takie stosowanie jest przyczyną nieporozumień, przed którymi z kolei warto bronić się. M.W. Susser i W. Watson [1971] dokonali rozróżnienia trzech najczęściej w tym zakresie używanych terminów, do których zalicza się: uszkodzenie - impairment, upośledzenie - disability i niepełnosprawność - handicap. Pierwszy z tych terminów – uszkodzenie zawiera komponent organiczny o statycznym charakterze. Analogicznym terminem medycznym może być schorzenie - disease... Ograniczenie jakiejś funkcji odnosi się do terminu upośledzenie i analogicznym określeniem może być brak zdrowia – illness [Gałkowski, 1997]. Z kolei niepełnosprawność - handicap posiada wymiar społeczny. Dotyczy bowiem relacji i ról, jakie człowiek może pełnić w społeczeństwie. Wspomniany autor konkluduje, że „dobrze byłoby, aby na drodze wzajemnych ustaleń, dokonanych w wielospecjalistycznym gronie czy też specjalnie w tym celu powołanej komisji, uzyskano wyjaśnienia ustalające jednoznaczne posługiwanie się tymi terminami” [1997].

T. Gałkowski zauważa, że „Rozwijanie modelu rehabilitacji opartego na lokalnej społeczności oraz promowanie działań mieszczących się w progra-

mach prewencji wtórnej, wyznaczają nowe perspektywy dla ogólnej definicji osoby niepełnosprawnej”[1997]. Ciekawe zjawisko można zaobserwować ostatnio w środowiskach osób z uszkodzeniami narządów zmysłów, a mianowicie widoczna jest tendencja do postrzegania siebie jako ludzi będących mniejszością kulturową w społeczeństwie. Domagają się oni analogicznych praw i przywilejów jak te, które są udziałem tego typu grupom społecznym. Zdarza się nawet, jak ma to miejsce u osób głuchych w USA, że występują incydenty odmawiania przyjmowania świadczeń pieniężnych (rent), które są należne osobom niepełnosprawnym. Postępują tak, gdyż nie chcą, by je za takie uważać. Sytuacje te opisuje w ciekawy sposób Harlan Lane w swojej książce [1996]. „Są to postawy wynikające z zaniedbań i deprecjacji wielu grup osób niepełnosprawnych, które pragną obecnie same decydować o swym losie prezentując bardzo często skrajne stanowiska, przeciwstawiające się powszechnym wyobrażeniom o ich statusie społecznym” [Gałkowski, 1997].

Trzeba podkreślić, że istnieje specyficzny związek między ogólną definicją osoby niepełnosprawnej a definicjami szczegółowymi dotyczącymi różnych grup klinicznych niepełnosprawności. W roku 1993 europejski program HELIOS II wyróżnił „6 podstawowych sektorów niepełnosprawności (wzrokowa, słuchowa, ruchowa, umysłowe upośledzenie, sektor zdrowia psychicznego, oraz specyficzne medyczne uszkodzenia, upośledzenia i niepełnosprawności obejmujące 23 europejskie pozarządowe organizacje osób niepełnosprawnych)” [Gałkowski,1997]. Definicja ogólna nie może oczywiście być sprzeczna z definicjami szczegółowymi, które formułują kryteria i stopień nasilenia dysfunkcji, ustalając tym samym zakres specjalistycznej pomocy. W definicjach szczegółowych natomiast zawarte są klasyfikacje, które ułatwiają dopasowanie świadczonych usług tak do potrzeb, jak i możliwości ich odbiorców. „Definicje szczegółowe mogą wraz z postępem wiedzy i techniki ulegać dalszej rozbudowie. Łączy się to z rozszerzaniem zakresu i doskonaleniem wykrywalności, rozbudowywaniem technik diagnostycznych, coraz większymi możliwościami zabiegów chirurgicznych, zastosowaniem protetyki, z poradnictwem genetycznym” [Gałkowski,1997].

Ponadto T. Gałkowski słusznie zauważa, że w Rządowym programie działań na rzecz osób niepełnosprawnych i ich integracji ze społeczeństwem określono „w siedmiu punktach, jaka powinna być definicja osoby niepełnosprawnej. Przyjmuje się, że powinna być ona zgodna z intencją zawartą w dokumentach ONZ, choć wydaje się, że intencja ta nie została we właściwy sposób odczytana”[1997]. Trudno nie zgodzić się z opinią wspomnianego autora, który zasadnie postuluje, że konieczne są dalsze prace w tym obszarze, a uczestniczyć w nich powinni przedstawiciele wszystkich organizacji pozarzą-

dowych, którzy zajmują się poszczególnymi rodzajami niepełnosprawności. Mogą oni bowiem wnieść istotne wartości poprzez pokazanie nowych perspektyw społecznej integracji, która przecież obecnie ma już inne wymiary, niż przed laty, kiedy stworzono definicję WHO. „Im bliższa będzie współpraca między profesjonalistami i osobami niepełnosprawnymi lub ich przedstawicielami w zakresie tworzenia ogólnej i szczegółowych definicji, tym bardziej można się spodziewać, że będzie ona obie strony zadowalać, pozostając zgodną z europejskimi standardami” [1997].

Wybrane regulacje prawne w świetle dokumentów Unii Europejskiej, ONZ i innych organizacji międzynarodowych dotyczące osób z niepełnosprawnościami

Odnutować trzeba z radością fakt, że ciągle dokonują się ważne zmiany w prawie związane z oceną efektów działania obowiązującego ustawodawstwa, zmiany wynikające również z ratyfikacji w 2012 roku „Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych” z 2006 roku. Podpisanie tego dokumentu zobligowało nie tylko polskie ustawodawstwo do dokonania w nim korekt, ale też liczne instytucje do modyfikacji często skostniałych już od lat zasad, niewiele mających wspólnego z wyrównywaniem szans czy inkluzją społeczną tej kategorii osób.

Reperkusje zaś członkostwa Polski w UE dotyczą m.in. wdrażania „Europejskiej strategii w sprawie niepełnosprawności 2010–2020: Odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier”. Wprowadzanie tej strategii w naszym kraju nie zaowocowało, jak dotąd, spektakularnymi zmianami we wszystkich kluczowych obszarach, tj. edukacji, pracy, uczestnictwa politycznego i społecznego. Z pewnością potrzebne są szerszej zakrojone i intensywniejsze działania w tym kierunku, które pozwolą na wdrożenie wielu dostosowań, tak prawnych, jak i instytucjonalnych.

Warto przypomnieć, że na Unii Europejskiej i państwach członkowskich spoczywa odpowiedzialność za polepszenie zarówno społecznej, jak i ekonomicznej sytuacji osób z niepełnosprawnościami. Już w artykule 1 Karty Praw Podstawowych UE zamieszczone są bardzo ważne sformułowania o następującej treści: „Godność człowieka jest nienaruszalna. Musi być szanowana i chroniona.” W myśl artykułu 26 zaś: „Unia uznaje i szanuje prawo osób niepełnosprawnych do korzystania ze środków mających zapewnić im samodzielność, integrację społeczną i zawodową oraz udział w życiu społeczności.” Ponadto art. 21 dotyczy zakazu wszelkiej dyskryminacji z powodu niepełnosprawności.

Traktat o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej w art. 10 stanowi o wymogach dotyczących zwalczania przez Unię przy określaniu i realizowaniu jej polityk i działań wszelakiej dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność oraz w art. 19 o możliwości dostosowywania prawodawstwa Unii w tym celu.

Konwencja praw osób niepełnosprawnych ONZ, powszechnie uważana jest za pierwszy prawnie wiążący instrument w obszarze praw człowieka, a jej stronami są UE i jej państwa członkowskie. Konwencja ONZ obliguje Państwa Strony do ochrony wszystkich praw człowieka i podstawowych praw osób z niepełnosprawnościami. Konwencja ONZ do osób niepełnosprawnych zalicza te osoby, „które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub sensoryczną, co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im pełne i skuteczne uczestnictwo w życiu społecznym, na równych zasadach z innymi osobami” [Europejska strategia..., 2010, s. 3].

Warto podkreślić, że tylko udział w pełni osób z niepełnosprawnościami, tak w życiu społecznym, jak i gospodarczym „ma zasadnicze znaczenie dla powodzenia unijnej strategii „Europa 2020” na rzecz inteligentnego i zrównoważonego wzrostu sprzyjającego włączeniu społecznemu. Budowa społeczeństwa zapewniającego pełne włączenie społeczne przynosi także nowe możliwości rozwoju rynku i stymuluje innowacyjność” [Europejska strategia..., 2010, s. 4]. W myśl rzeczonego dokumentu „Ramy polityczne i prawne, podobnie jak rozwijane produkty i usługi, nie odzwierciedlają odpowiednio potrzeb osób niepełnosprawnych. Wiele towarów, usług, a także budynków nadal nie jest dostatecznie dostępnych. Kryzys gospodarczy negatywnie wpłynął na sytuację osób niepełnosprawnych i sprawił, że konieczne stało się szybkie podjęcie działań” [Europejska strategia..., 2010, s. 4].

Cel strategii to „poprawa jakości życia poszczególnych osób oraz odniesienie korzyści przez społeczeństwo i gospodarkę bez powodowania zbędnych obciążeń dla przemysłu i administracji. Ogólnym celem strategii jest zwiększenie możliwości osób niepełnosprawnych, tak aby mogły one w pełni korzystać ze swoich praw i uczestniczyć w życiu społecznym oraz w europejskiej gospodarce, zwłaszcza dzięki jednolitemu rynkowi” [Europejska strategia..., 2010, s. 4]. W dokumencie tym podkreśla się, że aby osiągnięcie wskazanych wyżej celów i skuteczne wdrożenie w życie Konwencji ONZ to w całej UE potrzebne są spójne działania. Strategia formułuje działania, które na poziomie UE powinny uzupełniać działania krajowe oraz określa mechanizmy służące wdrażania Konwencji ONZ na poziomie Unii Europejskiej, również na terenie instytucji UE. W strategii sprecyzowano również „wsparcie jakiego wymagają dotacje, badania naukowe, kampanie informacyjne, opracowywanie statystyk i gromadzenie danych. Eliminowanie barier znajduje się w cen-

trum strategii. Komisja określiła osiem podstawowych obszarów działania: Dostępność, Uczestnictwo, Równość, Zatrudnienie, Kształcenie i szkolenie, Ochrona socjalna, Zdrowie i Działania zewnętrzne” [Europejska strategia..., 2010, s. 4, 5].

Należy zauważyć, że dla każdego wymienionego obszaru zdefiniowano najważniejsze działania, a także ich nadrzędny cel na poziomie UE. Obszary te zostały wybrane z uwagi na ich potencjał dla zrealizowania ogólnych celów strategii oraz Konwencji ONZ, powiązanych dokumentów instytucji UE, a także Rady Europy, a ponadto efektów planu działania UE na rzecz osób z niepełnosprawnościami na lata 2003–2010 oraz konsultacji z państwami członkowskimi, obywatelami i zainteresowanymi stronami. Na poziomie krajowym wspomniane wyżej działania mają na celu „uzupełnianie działania na poziomie UE, a nie objęcie wszystkich krajowych zobowiązań wynikających z Konwencji ONZ. Komisja będzie poprawiać sytuację osób niepełnosprawnych także poprzez swój projekt przewodni: strategię Europa 2020 oraz ponowne uruchomienie jednolitego rynku” [Europejska strategia..., 2010, s. 5].

Zakończenie

Podsumowując, wprowadzenie od wielu lat regulacje prawne, tak krajowe, jak i międzynarodowe są coraz bardziej przychylne osobom z niepełnosprawnościami, a system instytucjonalnej pomocy i wsparcia dla nich podlega w Polsce ciągłym modyfikacjom, a mimo to reakcje wielu jeszcze osób na wprowadzane zmiany nie wydają się być na tyle zadowolające, żeby można już było nic w tym obszarze nie korygować. Potrzebę i konieczność istotnej modyfikacji, szczególnie instytucjonalnych mechanizmów wspierania, zgłaszają bowiem liczne środowiska, organizacje zrzeszające osoby z niepełnosprawnościami i działające na ich rzecz. Podjęcie kompleksowych i na nowo przemyślanych działań może w rezultacie pozwolić na lepszą integrację społeczną osób z niepełnosprawnościami i wykreowanie nowego, spójnego systemu społecznej inkluzji, w którym będą mieć miejsce wszyscy i to na równych prawach.

Bibliografia

- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) oraz jej zastosowanie*, 2007, Warszawa.
- Dykcik W., 1998, *Pedagogika specjalna*, Wyd. UAM, Poznań.

- Gałkowski T., *Wokół definicji pojęcia „osoba niepełnosprawna” - doświadczenia europejskie*,
http://idn.org.pl/sonnszz/def_on.htm [dostęp: 12.05.2017].
- Gałkowski T., Kiwerski J., 1986, *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- Gąciarz, B., Bartkowski, J., 2014, *Położenie społeczno-ekonomiczne niepełnosprawnych w Polsce na tle sytuacji osób niepełnosprawnych w krajach Unii Europejskiej*, Niepełnosprawność. Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania, nr 2 (11).
- Gąciarz B., Rudnicki S., (red.), 2014, *Polscy (nie)pełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce do nowego modelu polityki społecznej wobec niepełnosprawności*, Wydawnictwa AGH, Kraków.
- Hulek A., 1992, *Świat ludziom niepełnosprawnym*, Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem, Warszawa.
- Kirenko J., 2007, *Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów z dnia 15.11.2010: Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010–2020: Odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier*. Bruksela, KOM (2010) 636.
- Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych*, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 roku, Dz.U. z dnia 25 października 2012 roku, poz. 1169.
- Kowalska-Kantyka M., 2011, *Rodzaje niepełnosprawności i ich wpływ na podjęcie pracy (zatrudnienie)*, w: Kantyka S., (red.), *Niepełnosprawni – przedsiębiorcom, przedsiębiorcy – niepełnosprawnym*, Rudzka Agencja Rozwoju Inwestor Sp. z o.o., Ruda Śląska.
- Lane H., 1996, *Maska dobroczynności. Deprecjacja społeczności głuchych*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Majewski T., 1994, *W sprawie definicji osoby niepełnosprawnej*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej”, nr 1.
- Serafin T., 2009, *Kształcenie specjalne w systemie oświaty. Vademecum dla organu prowadzącego, dyrektora szkoły, nauczycieli i rodziców*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Susser M.W., Watson W., 1971, *Sociology in medicine*, Oxford University Press, London.

Synopsis of the Human Rights Plenary Meeting 17-18 October 1994. Supported by the HELIOS Programme.

Szawłowski K., Chojnacka-Szawłowska G., 1990, *Medyczne i społeczne podstawy rehabilitacji*, Wydawnictwo Akademii Medycznej, Gdańsk.

Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 roku Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, M.P. z 1997 roku nr 50, poz. 475.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Dz.U. z 1997 roku nr 123, poz. 776 z późn. zm.

Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz.U. z 1998 roku nr 162, poz. 1118 z późn. zm.

Zabłocki J., 1992, *Psychologiczne i społeczne wyznaczniki rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Akademickie ŻAK, Warszawa.

Beata Boczukowa

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach
Wydział Humanistyczny

Kształcenie studentów niepełnosprawnych – z warsztatu pracy andragoga

Education of students with disabilities – methods and techniques of adult learning

Streszczenie: W artykule autorka starała się odpowiedzieć na pytanie: w jaki sposób skutecznie organizować proces kształcenia studentów niepełnosprawnych, opierając się na autorefleksjach, własnym doświadczeniu zawodowym i własnych poszukiwaniach badawczych. Celem badań było uzasadnienie szczególnej roli edukacji ustawicznej i doskonalenia warsztatu pracy andragoga w procesie edukacji studentów niepełnosprawnych. Podkreślono również znaczenie andragogiki rewalidacyjnej w badaniach nad niepełnosprawnością. Dobór odpowiednich metod i form kształcenia uznano za cenne źródło efektywności procesu edukacji rewalidacyjnej. Prowadząc badania naukowe wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i techniki badawcze – analizę dokumentów, technikę wywiadu i technikę obserwacji.

Słowa kluczowe: andragogika rewalidacyjna, andragog, warsztat pracy, edukacja ustawiczna, student niepełnosprawny

Abstract: In the article the author tried to answer the question: how to effectively organize the process of education of students with disabilities, based on its own reflections, their own professional experience and their own search research. The aim of the study was to justify the special role of life-long learning and improvement workshop andragog in the process of education of students with disabilities. It also stressed the importance of revalidation of andragogy in research on disability. Selection of appropriate methods and forms of education was considered a valuable source of effectiveness of the educational process of revalidation. Leading research used diagnostic survey method and technology research – an analysis of documents, interview technique and the technique of observation.

Keywords: andragogy revalidation, andragog, workshop, continuing education, a disabled student

Idea kształcenia ustawicznego w edukacji studentów niepełnosprawnych

Edukacja ustawiczna – ciągła, permanentna, całożyciowa – to edukacja nadążająca za rozwojem i służąca potrzebom rozwoju. Można ją określić jako program doskonalenia kwalifikacji i jako koncepcję wychowawczą [Wroczyński, 1997, s. 173-174]. Przyczyny rozwoju edukacji permanentnej są następujące: przyspieszony rozwój nauki, techniki i nasilające się tempo innowacji, postęp w: nauce, kulturze i życiu społecznym, szybkie tempo przemian w różnych

dziedzinach życia, konkurencja w pracy zawodowej, szybkie starzenie zasobu umysłowego, wyniesionego ze szkoły. W tym skomplikowanym świecie wiedza szybko się dewaluuje, dlatego trzeba ją poszerzać i aktualizować, a zasób umysłowy należy systematycznie odnawiać i modernizować.

Potrzebę całościowej edukacji człowieka uzasadnił Jan Amos Komeński. Uznany on został za prekursora idei kształcenia ustawicznego, gdyż opowiedział się za kształceniem przez całe życie. Uważał, że całe życie jest szkołą, że każdy wiek jest odpowiedni do uczenia się [Wojciechowski, 1997, s. 27]. Wskazania Jana Amosa Komeńskiego jak żyć stały się podstawą całościowej edukacji człowieka, ponieważ dzięki nim każdy mógł ustalić plan działania i organizować proces swojej pracy, także tej edukacyjnej. Aby działania człowieka przyniosły oczekiwane przez niego rezultaty, najpierw – wyjaśniał uczony - powinien on ustalić cel w życiu, a następnie środki do tego celu [Komeński, 1973, s. 250]. Autor „Pampedii” twierdził, że każdy będzie dla siebie nauczycielem, książką i szkołą, „sam sobie podsuwać będzie przykłady i wskazówki oraz nieustanne ćwiczenia” [Komeński, 1973, s. 243]. To sformułowanie morawskiego pedagoga stanowi klucz do zrozumienia idei samokształcenia i samowychowania jako sił warunkujących rozwój osobowości i przystosowania ludzi do wymagań życia.

Studenci niepełnosprawni potrzebują szczególnego wsparcia i ukierunkowania na realizację procesu samokształcenia i samowychowania, który stanowi podstawę ich wdrażania do systemu edukacji permanentnej. Dlatego zadaniem andragoga jest motywowanie tych studentów do udziału w procesie edukacji całościowej, gdyż dzięki temu znajdą oni poczucie sensu życia, będą się integrować ze społeczeństwem i nabywać nieustannie te wiadomości i umiejętności, które pozwolą zniwelować różnice pomiędzy światem ludzi zdrowych i niepełnosprawnych, a także poprawią ich kondycję fizyczną i psychiczną oraz umożliwią wykonywanie zarówno pracy zawodowej, jak również innych obowiązków w życiu. W związku z tym współczesny andragog, chcąc dostosować się do współczesnych przemian i starając się zachęcić studenta niepełnosprawnego do uczestnictwa w kształceniu ciągłym, głównie po to, aby mógł on iść z duchem czasu, powinien go nieustannie wspierać w rozwoju. Powinien zachęcać do całościowej edukacji na każdym przedmiocie nauczania, w ramach wielu dyscyplin naukowych, korzystając z dorobku naukowego andragogiki rewalidacyjnej (rehabilitacyjnej) jako nauki o wychowaniu, kształceniu, samowychowaniu i samokształceniu ludzi niepełnosprawnych. Znaczenie andragogiki rehabilitacyjnej polega na tym, że tworzy ona empiryczne i teoretyczne podstawy dla procesu edukacji niepełnosprawnych dorosłych umożliwiając im samodzielne wykonywanie życiowych zadań. Andragog powi-

nien wyjaśnić studentom znaczenie edukacji ustawicznej w świecie pełnym zmian i wyzwań, podać przyczyny permanentnego doksztalcenia niepełnosprawnych w różnych dziedzinach życia. Pomocna tu będzie andragogika rehabilitacyjna, która bada treści kształcenia, kryteria i zasady ich doboru.

Do naczelnych kryteriów i umiejętności doboru treści kształcenia dorosłych niepełnosprawnych należy zaliczyć: kryterium wartości poznawczej (treści te muszą niepełnosprawnym umożliwiać obiektywną orientację w rzeczywistości i tym samym pod względem intelektualnym zrównywać ich ze zdrowymi); kryterium emocjonalne (treści te powinny sprzyjać kształtowaniu zdolności do cieszenia się życiem mimo posiadanej niepełnosprawności), umiejętności akceptowania siebie; umiejętności ujmowania swego losu życiowego jako wyzwania, w którym trzeba realizować wartości humanistyczne. Andragogika wskazuje także na potrzebę integracji treści naukowych z różnych dziedzin sprzyjającej rozwojowi interdyscyplinarnego myślenia i racjonalnego, skutecznego działania, które powinny sprzyjać kształtowaniu się postawy optymizmu w warunkach niepełnosprawności, nie poddając i nie załamując się. Andragogika określa zasady, które obowiązują w procesie przygotowania niepełnosprawnych osób do pracy i samodzielnego życia, są to zasady takie jak: zasada podmiotowego traktowania dorosłych uczniów; zasada respektowania indywidualności i specyfiki inwalidztwa dorosłych; zasada budzenia wiary we własne siły; zasada odwołania się do wyższych wartości duchowych; zasada stopniowania i indywidualizowania trudności; zasada wielokrotnego ćwiczenia i sprawdzania stopnia opanowania danej umiejętności; zasada racjonalnej, skutecznej i życzliwej współpracy; zasada uwzględniania sytuacji, potrzeb i wymagań osób niepełnosprawnych; zasada integracji oddziaływań dydaktyczno-wychowawczych; zasada szacunku dla trudu i wysiłku niepełnosprawnych, zasada pomagania w przezwyciężaniu trudności uczenia się i opanowywania wiadomości, umiejętności i nawyków potrzebnych do wykonywania pracy zawodowej. Andragogika analizuje też przydatność metod nauczania i wychowania dorosłych w realizacji trudnych celów edukacji niepełnosprawnych [Turos, 1999, s. 342-434].

Doskonalenie warsztatu pracy andragoga specjalnego

Warsztat pracy nauczyciela jest pojęciem szerokim. To celowo dobrane procedury postępowania, sposoby i metody działania, dokumenty prawne i planistyczno-organizacyjne, czyli opisane decyzje nauczyciela dotyczące działań jego i uczniów. W skład warsztatu pracy wchodzi również źródła wiedzy i środki materialno-techniczne, które służą uczniom do uczenia się, a nauczycie-

lom do nauczania, wychowania i doskonalenia własnej pracy zawodowej [Król, Pielachowski, 1995, s. 159]. Warsztat pracy to także warunki, w których nauczyciel pracuje – miejsce pracy i miejsce do samokształcenia, uczniowie i ich problemy, a także metody i narzędzia, które stosuje pedagog. Dobór składników warsztatu pracy andragoga zależy od: treści zadań, jakie przed nim stoją, wiedzy przedmiotowej, pedagogiczno-psychologicznej oraz prawnej, rodzaju i liczebności grupy uczniów dorosłych, wykorzystanych metod dydaktycznych, a także możliwości organizacyjnych i finansowych miejsca pracy nauczyciela. Doskonalenie warsztatu pracy polega na modernizowaniu wszystkich jego składników, jak również na uzupełnianiu, wzbogacaniu i aktualizowaniu wiedzy. Doskonalenie warsztatu pracy andragoga specjalnego oznacza jego doskonalenie zawodowe, które stanowi podwyższanie kwalifikacji pracowniczych za pośrednictwem różnych form kształcenia, niezbędne w wieku produkcyjnym [Okoń, 1996, s.58]. Zadaniem andragoga jest nieustanne doskonalenie warsztatu pracy, ponieważ w dzisiejszym tempie przemian wiedza szybko się ulega dezaktualizacji. Andragog, wzbogacając swój warsztat pracy, powinien przede wszystkim dążyć do osiągnięcia wysokich efektów swojej pracy dydaktyczno-wychowawczej i samokształceniowej. Celem doskonalenia warsztatu pracy jest również podnoszenie kwalifikacji zawodowych nauczyciela, co wiąże się z jego awansem zawodowym. Andragog specjalny, który współpracuje ze studentami niepełnosprawnymi powinien być szczególnie przygotowany do prowadzenia zajęć dydaktycznych ze swoimi uczniami, ponieważ ich problemy zdrowotne utrudniają proces kształcenia i stanowią barierę w ich edukacji. Dlatego doskonalenie warsztatu pracy powinno być dla niego sprawą priorytetową.

Aby doskonalić swój warsztat pracy nauczyciel ma za zadanie nieustannie się dokształcać. Andragodzy dokształcają się poprzez różne formy, np. na kursach, warsztatach, szkoleniach, treningach, konferencjach, studiach na wyższych uczelniach. Dokształcają się również poprzez samokształcenie (często jest to samokształcenie kierowane, czyli wspomagane przez inną osobę). Andragog specjalny, ukierunkowujący studenta niepełnosprawnego na samokształcenie, zobowiązany jest dokształcać się, zwłaszcza w zakresie edukacji inkluzyjnej i andragogiki rewalidacyjnej; powinien posiadać podstawy wiedzy na temat rewalidacji, a następnie ją poszerzać, dostosowując się do ciągłych zmian i wyzwań: społecznych, kulturowych i cywilizacyjnych. Wśród czynników decydujących o powodzeniu w procesie samokształcenia należy zaliczyć: m.in. umiejętność planowania pracy samokształceniowej, właściwą organizację warsztatu pracy samokształceniowej w domu, umiejętność doboru odpowiednich źródeł samokształcenia, dobór właściwych w stosunku do celów metod samokształcenia, umiejętność poprawnego rozumowania, rzetelność i

wytrwałość, samokontrolę i samokrytycyzm, higienę samokształcenia (właściwe odżywianie, rozplanowanie czasu dnia, odpoczynek w trakcie nauki), właściwe czytanie i notowanie, efektywne słuchanie [Boczukowa, 2016, s. 192-199].

Jednym z istotnych zadań andragoga specjalnego jest wyposażenie studenta w umiejętności, które pomogą rozwiązać problemy społeczne. Zdobywanie przez nauczyciela edukacji dorosłych osób niepełnosprawnych wiedzy interdyscyplinarnej jest warunkiem wyposażenie studenta w taką wiedzę. Nauczyciele powinni rozwijać wśród swoich studentów przedsiębiorczość akademicką, silną orientację uczenia się prze całe życie, pozytywne postawy wobec mobilności ludzi w sferze edukacyjnej i zawodowej oraz postawy otwartości na ryzyko i innowacje, bowiem student niepełnosprawny ma myśleć globalnie, być aktywnym i otwartym na szybkie zmiany w dzisiejszym świecie.

Wśród metod kształcenia, które mają duże znaczenie w procesie kształcenia studentów niepełnosprawnych należy wyróżnić metody aktywizujące i poszukujące, jak: pogadanka, dyskusja, metoda gier dydaktycznych, burza mózgów, metoda przypadku, metoda sytuacyjna, inscenizacja. Zajęcia dydaktyczne prowadzone w oparciu o te metody aktywizują grupę i uczą integracji społecznej studentów niepełnosprawnych. Istnieje ogromna różnorodność form kształcenia dorosłych, które należy dobierać w zależności od ich potrzeb, możliwości, stanu zdrowia. Każdy andragog specjalny powinien wprowadzać takie treści do swojego programu kształcenia, które pozwalają zrozumieć problemy społeczne, zapobiegać tym problemom, eliminować je, np. elementy pedagogiki resocjalizacyjnej, rewalidacyjnej i społecznej, a także elementy andragogiki i gerontogiki.

Rola andragoga specjalnego polega również na tym, by wprowadzał on do swojej pracy innowacje i kreatywne rozwiązania dydaktyczne. Aby doskonalic swój warsztat pracy powinien być kreatywny, tzn. twórczo pracować, nieustannie doskonalić swoje umiejętności w pracy zawodowej, jak również inspirować studentów niepełnosprawnych do działania, zachęcać do samokształcenia i pomagać w rozwoju ich zainteresowań. Nowoczesny nauczyciel edukacji studentów niepełnosprawnych to taki, który co pewien czas (w zależności od potrzeb edukacyjnych tychże studentów) aktualizuje wiedzę i źródła wiedzy, m.in. modernizuje programy nauczania, bibliografię do przedmiotu nauczania – dyscypliny naukowej, odpowiednio dobiera źródła wiedzy i środki dydaktyczne, a także dokumenty, np. Rozporządzenia MNiSW, Statut Uczelni, a także umiejętnie korzysta z literatury na temat edukacji osób niepełnosprawnych. Powinnością andragoga jest wdrażanie do programu kształcenia

studentów z deficytami zdrowotnymi nowoczesnych form, metod i strategii kształcenia, dostosowanie ich do celu zajęć dydaktycznych i do wymogów rynku pracy, tworzenie nowoczesnych pomysłów w procesie edukacyjnym, jak również odpowiednie korzystanie z nowoczesnych mediów dla realizacji efektów kształcenia.

Dla efektywności procesu dydaktyczno-wychowawczego istotne jest doświadczenie w pracy nauczyciela osób niepełnosprawnych. W tradycyjnym podejściu do kształcenia specjalnego wiedza zdobywana przez przyszłych pedagogów zawiera wiadomości wspierające „wiedzę w praktyce”, jednak nie zajmują się oni rozwojem „wiedzy organizacyjnej”, która prowadzi do zmian w edukacji specjalnej. Wiedzę organizacyjną zdobywa się w kontekście codziennej praktyki. Zatem andragog powinien posiadać umiejętność ciągłego odwoływania się do nabywanych codziennie doświadczeń i kontrolowania ich z wiedzą teoretyczną [Zacharuk, 2008, s. 98]. Umiejętne wykorzystanie doświadczeń życiowych i zawodowych pozwala m.in. uniknąć błędów w procesie dokształcania dorosłych uczniów niepełnosprawnych, umożliwia dokładne i ciekawe zorganizowanie zajęć dydaktycznych, np. dzięki wykorzystaniu nowoczesnych środków, metod i form dydaktycznych.

Zamiast przekazywania gotowej wiedzy, od współczesnego nauczyciela dorosłych wymaga się, aby doradzał uczniom, zainteresował tematem, wskazał w jaki sposób wykorzystać przekazywaną w czasie zajęć dydaktycznych wiedzę. Wobec tego poradnictwo, w tym zawodowe, staje się jedną z istotnych powinności andragoga specjalnego. Nauczyciel - andragog może więc pełnić rolę doradcy zawodowego studenta niepełnosprawnego, a także doradzać w kwestii jego dokształcania i samokształcenia.

Osoby niepełnosprawne potrzebują wielorakich porad, ponieważ upośledzenie ogranicza jednostkę w sensie fizycznym, psychicznym i społecznym, często wywołuje niewłaściwy stosunek do nich najbliższego i szerszego środowiska społecznego, a także stwarza liczne problemy i sytuacje, które wymagają udzielania jej pomocy w formie porady. Istotną częścią poradnictwa jest udzielanie osobie niepełnosprawnej porady zawodowej, czyli wskazanie jej najbardziej odpowiedniego do wyuczonego zawodu. Porada zawodowa winna uwzględniać stan zdrowia niepełnosprawnego, sprawność jego organizmu, psychikę, potrzeby socjalnobytowe i warunki, w jakich prowadzone będzie kształcenie zawodowe i wykonywana praca. Dobrze dobrana praca ma dla osoby niepełnosprawnej znaczenie profilaktyczne i wpływa na rezultaty kształcenia zawodowego i zatrudnienia [Hulek, 1997, s. 680].

Istotne jest również sięganie do aktualnej literatury fachowej, potrzebnej do nauczania przedmiotu, ale i tej andragogicznej oraz tej z zakresu rewalida-

cji, która powinna pomóc odpowiedzieć na pytanie: jak skutecznie kształcić dorosłe osoby niepełnosprawne? Warto wspomnieć też o pracy naukowo-badawczej andragoga, która rozwija jego pasje i zainteresowania oraz kreatywność. Jej celem jest lepsze poznanie studentów niepełnosprawnych, np. poprzez badania jak ankiety czy wywiady. Efektem tej pracy jest często wyrobienie umiejętności stosowania nowych rozwiązań dydaktycznych, a w rezultacie – unowocześnianie procesu edukacji ludzi dorosłych niepełnosprawnych. Poprzez pracę naukową andragog kształtuje takie cechy jak: wytrwałość, dociekliwość badawczą, samodyscyplinę, logiczne i wielostronne myślenie, poprawne wnioskowanie itp. Twórczość i prowadzenie badań naukowych – refleksje nad własną praktyką pedagogiczną prowadzą do powstania innowacji dydaktycznych. Taki nauczyciel, który zajmuje się działalnością naukowo-badawczą, wnioski z analizy konkretnych sytuacji procesu kształcenia wykorzystuje do naprawy słabych stron ujawnionych w przebiegu procesu nauczania. W rezultacie tworzy nowe pomysły i rozwiązania, podnoszące skuteczność oddziaływań pedagogicznych.

Nauczyciel w warunkach edukacji inkluzyjnej powinien kształtować następujące umiejętności: umiejętność rozwiązywania problemów oraz oszacowania, jakich umiejętności potrzebuje student niepełnosprawny; umiejętność wykorzystywania indywidualnych zainteresowań studentów; umiejętność stawiania odpowiednich oczekiwań każdemu studentowi bez względu na jego możliwości – ta umiejętność nauczyciela pozwoli każdemu uczniowi zaangażować się w życie akademickie; umiejętność określania, jak dostosować zadania do możliwości studentów, jak zróżnicować poziom ćwiczeń, tak aby wszyscy brali w nich udział – to oznacza więcej nauczania w formie aktywnej; umiejętność doceniania wszelkiego rodzaju umiejętności studentów; elastyczność i wysoka tolerancja dla odmienności [Zacharuk, 2008, s. 97].

Powinnością andragoga specjalnego jest wdrażanie dorosłych uczniów do samokształcenia. Samokształcenie kierowane to samokształcenie wspomagane częściowo, bezpośrednio lub pośrednio przez nauczyciela. Zadaniem andragogów specjalnych jest zatem kształtowanie samodzielności swoich studentów w celu rozwiązywania przez nich problemów teoretycznych i praktycznych, w celu rozwoju autokreacji, twórczości i aktywności kulturalno-edukacyjnej, wdrożenia do całościowej edukacji, efektywnego wykonywania zadań życiowych i zawodowych. Tym samym nauczyciel powinien motywować swoich studentów niepełnosprawnych do samokształcenia, np. poprzez: pochwały za dobrze wykonane zadanie, zainteresowanie ucznia tematem, np. poprzez atrakcyjne prowadzenie zajęć dydaktycznych, wykorzystując nowe metody i technologie nauczania, ukazywanie związku wiedzy teoretycznej z

praktyczną – ukazywanie praktycznego zastosowania wiedzy zawartej w procesie edukacyjnym, aktywizowanie studentów na zajęciach dydaktycznych, np. poprzez aktywizujące metody kształcenia, rozwijanie zainteresowań uczniów dorosłych i wykorzystanie ich w procesie edukacji, uświadomienie studentom, że nawet w późnym okresie życia człowiek ma możliwości rozwojowe, organizowanie zajęć w terenie, np. wycieczek i ciekawych form dydaktycznych, organizowanie pracy w grupach, wprowadzanie przez nauczyciela zdrowej, przemyślanej rywalizacji wśród studentów. Ważna jest przy tym przyjazna i ciepła osobowość nauczyciela, umiejętności organizacyjne i komunikacyjne, stwarzanie uczniom sytuacji umożliwiających samodzielne poznawanie i pozwalanie im na eksperymentowanie, prowadzenie prawidłowo zajęć dydaktycznych – dostosowanie zajęć do poziomu i struktury słuchaczy, liczebności grupy, odpowiedni dobór źródeł wiedzy i metod pracy dydaktycznej, umiejętny dobór treści do celu zajęć itp. Niezbędne jest, aby andragog specjalny posiadał cechy wzmacniające wiarę studentów w powodzenie i osiągnięcie zamierzonych celów, np. talent pedagogiczny, partnerski stosunek do ucznia dorosłego, umiejętność współpracy z nim, otwartość, twórczość, szacunek dla autonomii i podmiotowości człowieka, życzliwość, empatia.

Doświadczenia autorki w pracy dydaktyczno-wychowawczej ze studentami niepełnosprawnymi

Nauczyciel akademicki powinien być szczególnie uwrażliwiony na potrzeby edukacyjne studentów niepełnosprawnych. W tym celu należy korzystać z literatury fachowej, która umożliwia mu zrozumienie niepełnosprawności i znalezienie podejścia pedagogicznego do studenta, aby zachęcić go do samokształcenia. Nauczyciel musi podejmować aktywność edukacyjną przez cały okres pracy zawodowej, gdyż od tego zależy jego profesjonalny rozwój. W trakcie pracy zawodowej szczególnego znaczenia nabiera samodoskonalenie i doskonalenie kierowane. Aktywność edukacyjna – doskonalenie zawodowe może przybierać różne formy. Popularną formą doskonalenia zawodowego, szczególnie w działalności edukacyjnej za studentami niepełnosprawnymi są: kursy, warsztaty, szkolenia. Obok doskonalenia kierowanego należy podkreślić istotne znaczenie aktywności samokształceniowej i samodoskonalącej.

Zadaniem andragoga specjalnego jest zachęcanie studentów do uprawiania, w miarę możliwości, turystyki edukacyjnej (zależy to od stopnia i rodzaju niepełnosprawności), dzięki której człowiek ma szansę poznać rzeczywistość z autopsji. Poza tym turystyka przyczynia się do poprawy stanu zdrowia niepełnosprawnych, integruje ich ze społeczeństwem i wyrabia takie cechy jak: sza-

cunek do człowieka, jego pracy i wytworów, szacunek do przyrody, koleżeństwo, umiejętność obserwacji i porównania zjawisk oraz obiektów w teorii i praktyce, kształtowanie myślenia globalnego i alternatywnego, uspołeczniania, myślenia problemowego, świadomości ekologicznej. Turystyka ugruntowuje wiedzę i kształtuje osobowość człowieka. Na Uniwersytecie Przyrodniczo-Humanistycznym w Siedlcach pracuję jako nauczyciel akademicki już 28 lat. W zajęciach dydaktycznych, które organizowałam w terenie uczestniczyło wielu studentów niepełnosprawnych, nawet z uszkodzonym narządkiem ruchu. Podczas zajęć z krajoznawstwa chętnie zwiedzali takie obiekty jak np. Muzeum Papieża, Pałac Ogińskich, Pomnik pod Iganiami. Specjalnie przygotowane busy dowoziły studentów do obiektów zwiedzania. Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach od ponad 20 lat kształci studentów niepełnosprawnych, dlatego tym studentom organizuje się pomoc mającą na celu zminimalizować skutki niepełnosprawności i bariery w pokonywaniu przeszkód spowodowanych niepełnosprawnością. Studenci chętnie uczestniczyli w takich wycieczkach i potem oceniali je jako ciekawe lekcje poglądowe w terenie.

Kiedy pojawili się w naszej Uczelni studenci niepełnosprawni, na początku lat dziewięćdziesiątych minionego wieku, starałam się wnikać w ich sytuację i zgłębiałam wiedzę na temat niepełnosprawności – sięgałam po odpowiednią literaturę, doksztalałam się, m.in. na kursach, konferencjach i seminariach naukowych. Nauczyciele potrzebują szkolenia w zakresie edukacji włączającej i szkolenia dotyczącego podstaw niepełnosprawności, aby mieć pewność, że ich stosunek i podejście do nauczania nie będą stanowiły przeszkody w równym dostępie do edukacji niepełnosprawnych. Szkolenie powinno posiadać formę ciągłą, postać krótkich kursów bądź modułów [Zacharuk, 2008, s.104]. Powinno być to szkolenie zarówno teoretyczne, jak i praktyczne; odbywać się na etapie wstępnym, jak i podczas regularnej praktyki pedagogicznej z niepełnosprawnymi.

W kontakcie ze studentami niepełnosprawnymi starałam się być empatyczna i cierpliwa – zawsze miałam czas dla studentów – na zajęciach dydaktycznych, podczas dyżurów oraz konsultacji naukowych. Wymagałam od nich tak samo jak od innych studentów, ale przeznaczałam więcej czasu na rozmowę z nimi podczas ćwiczeń i wykładów. Egzamin mogli zdawać w dodatkowym terminie, np. podczas konsultacji, przy pomocy tłumacza języka migowego. Podczas dodatkowych dyżurów miałam dla nich czas na wyjaśnienie tematu czy rozwiązanie problemu. Do każdego starałam się znaleźć indywidualne podejście. Dlatego szukałam informacji o stopniu niepełnosprawności, który posiada student – w ten sposób poznawałam jego niepełnosprawność. Szukałam też dróg pedagogicznego podejścia – docierałam do ich psychiki w zależności

od rodzaju i stopnia niepełnosprawności, np. kiedy rozmawiałam ze studentem na wózku, schylałam się – to mi ułatwiało komunikację z takim człowiekiem, przybliżało do niego i jego problemów. Zawsze proponowałam studentom niepełnosprawnym formę egzaminu – niesłyszący i niedosłyszący wybierali egzamin pisemny, niewidomi i niedowidzący – ustny. Dawałam im pierwszeństwo w wyborze tematu na prezentację, przeznaczałam więcej czasu na ich wypowiedzi, zdając sobie sprawę, że potrzebują oni więcej czasu na przygotowanie się do zajęć dydaktycznych i na wyjaśnienia czy omówienie tematu. Więcej mieli też czasu na kolokwium.

Działalność edukacyjna andragoga ma mieć przede wszystkim charakter czynności komunikacyjnych, które wyróżnia: otwartość, niepowtarzalność, twórczość. Nauczyciel dorosłych ma wspomagać swoich uczniów w edukacyjnym samorozwoju, wspierać w zdobywaniu wiedzy i umiejętności, nie zaś nauczać i pouczać. Powinien umotywniać dorosłych uczniów do całościowej edukacji i wdrożyć do samokształcenia. Ma to być nauczyciel: animator, inspirator, skromny doradca, konsultant, pomocnik, opiekun [Boczukowa, 2010, s. 136].

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach dysponuje odpowiednimi warunkami dla kształcenia studentów niepełnosprawnych: podjazdy, wyposażenie sal itp., dlatego nie było nigdy problemów z przeprowadzaniem ćwiczeń, wykładów, seminariów. W zależności od stopnia niepełnosprawności starałam się dobierać odpowiednie metody i formy kształcenia w pracy dydaktyczno-wychowawczej z grupą studentów. Starałam się podążać za wskazówkami nestorki pedagogiki specjalnej – Marii Grzegorzewskiej: w jej pracach zagadnienie celów wychowania było ściśle powiązane – z jednej strony z diagnostyczną oceną tzw. moralnie zaniedbanych, a drugiej – z treścią ideału osobowego wychowawcy, który miał być wzorem do naśladowania przez wychowanków. Ideały pedagogiczne wynikały u niej bezpośrednio z „etyki serca”. „Miłość jest dźwignią życia, jakby najgłębszym impulsem natury ludzkiej do harmonii...” [Pyka, Zacharuk, 2014, s. 213].

Bibliografia

- Boczukowa B., 2010, *Jak kształcić dorosłych – refleksje andragoga*, Wyd. A. Marszałek, Toruń.
- Boczukowa B., 2016, *Doskonalenie warsztatu pracy andragoga w aspekcie edukacji inkluzyjnej*, w: Ploch L., Jówko E., Marciniak-Paprocka K. (red.), *Studium uwarunkowań inkluzji społecznej*, Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach, Siedlce, 2016.

- Hulek A., 1997, *Rehabilitacja osób niepełnosprawnych (zawodowa i społeczna)*, w: Pomykało W. (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*, Fundacja Innowacja, Warszawa, 1997.
- Komeński J.A., 1973, *Pampedia*, Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk.
- Król I., Pielachowski J., 1995, *Nauczyciel i jego warsztat pracy*, Wydawnictwo eMPI2, Poznań.
- Okoń W., 1996, *Słownik pedagogiczny*, Wyd. „Żak”, Warszawa.
- Pytka L., Zacharuk T., 2014, *Zaburzenia przystosowania społecznego. Elementy pedagogiki reintegracyjnej i edukacji inkluzyjnej*, UPH, Siedlce.
- Turos L., 1999, *Andragogika ogólna*, Wyd. Akadem. „Żak”, Warszawa.
- Wojciechowski K., 1997, *Andragogika*, w: Pomykało W. (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*, Fundacja Innowacja, Warszawa.
- Wroczyński R., 1997, *Edukacja ustawiczna*, w: Pomykało W. (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*, Fundacja Innowacja, Warszawa.
- Zacharuk T., 2008, *Wprowadzenie do edukacji inkluzyjnej*, Wyd. Akademii Podlaskiej w Siedlcach, IBE, Pedagogium Wyższa Szkoła Pedagogiki Resocjalizacyjnej w Warszawie,.

Małgorzata Bednarczyk

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach
Wydział Przyrodniczy

Felinoterapia jako forma wsparcia włączenia społecznego i rehabilitacji osób niepełnosprawnych

Felinotherapy as a support form of social inclusion and rehabilitation of people with disabilities

Streszczenie: Felinoterapia jest jedną z form ćwiczeń leczniczych dla dzieci i dorosłych. Artykuł podejmuje zagadnienie użytkowania kotów w terapii osób z psychicznymi i fizycznymi zaburzeniami. Autor wskazuje główne obszary wykorzystania tych zwierząt w rehabilitacji, analizując dostępną na ten temat literaturę naukową i wyniki badań naukowych.

Słowa kluczowe: felinoterapia, osoby niepełnosprawne, zaburzenia psychiczne i fizyczne, koty

Abstract: Felinotherapy is a form of therapeutic exercises for children and adults. The paper tackles the issue of using cats in the treatment of people with mental and physical disorders. The author analyses the available literature and research results to highlight the main areas of using cats for rehabilitation purposes.

Keywords: felinotherapy, disabled people, mental and physical disorders, cats

Felinoterapia, zwana też terapią z udziałem kota lub koto-terapią, jest jedną z metod animaloterapii stosowanej u dzieci i u dorosłych. Nazwa pochodzi z połączenia łacińskiego słowa *felis* „kot” oraz greckiego *therapeia* „terapia”.

Związek Zooterapeutów i Przewodników Zwierząt Pracujących z siedzibą w Katowicach (ZZiPZP), zgodnie ze światowymi standardami, przyjął następującą definicję słowa felinoterapia. Felinoterapia to terapia wspomagająca inne terapie, takie jak fizjoterapia, oligofrenoterapia, socjoterapia, resocjalizacja, wspomaganie sensomotoryczne, psychoterapia, terapia pedagogiczna, wspomaganie nauki uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych, w zakresie przeciwdziałania przemocy oraz innych terapii prowadzonych z dziećmi, młodzieżą, dorosłymi i osobami starszymi, mającymi na celu uruchomienie prawidłowego progresu rozwojowego i redukcję przeszkód tak w zakresie somatycznym jak i psychicznym oraz funkcjonowania społecznego. Felinoterapia powinna być prowadzona jako integralna część terapii właściwej w tym sa-

mym miejscu i w tym samym czasie pod okiem terapeuty głównego (odpowiadającego za prowadzenie terapii właściwej) zwanym providerem [ZZiPZP, 2017].

Dalej ZZiPZP [2017] podaje, iż felinoterapia obejmuje następujące elementy procesu terapeutycznego:

- Wspomaganie i budowę prawidłowych relacji społecznych, tworzących się w trakcie terapii oraz będących przyczyną problemów w prawidłowym funkcjonowaniu człowieka.
- Wspomaganie i budowę zaangażowania klienta (osoby poddawanej terapii) w tzw. progres terapeutyczny.
- Wspomaganie pracy związanej z obniżeniem poziomu emocji dzieci, młodzieży, dorosłych i ich regulacją/autoregulacją.

Felinoterapia najogólniej mówiąc, polega na poprawieniu kondycji psychicznej i fizycznej poprzez kontakt z kotem i jego opiekunem [Goleman i in., 2012, s. 733].

Kot domowy (*felis catus*, *felis silvestris catus*, *felis silvestris domesticus*) jest ssakiem należącym do rodziny kotowatych. To gatunek kosmopolityczny (o bardzo szerokim zasięgu geograficznym), nie występuje jedynie na terenach, gdzie ekstremalne warunki klimatyczne nie pozwalają mu przeżyć. W zależności od epoki i szerokości geograficznej kot był i jest do dziś ceniony przez ludzi z różnorodnych powodów. Zyskał wielu sympatyków przede wszystkim jako idealne zwierzę domowe. Ceniono także jego doskonałe zdolności łowieckie. Wykorzystywano go do tępienia szkodników, takich jak myszy, które bardzo chętnie gromadziły się w gospodarstwach domowych, aby podkraść i przy okazji niszczyć zbiory. Koty wykorzystywane były również do badań naukowych oraz jako zwierzęta, z których pozyskiwano futra i mięso (Boliwia i Chiny do dzisiaj). Przyjmuje się, że koty zostały udomowione około 4000 lat p.n.e. w Nubii. Natomiast w Egipcie napotkać można pierwsze zapiski na ich temat sięgające około 2000 lat p.n.e. W literaturze fachowej znajdują się również inne daty udomowienia kotów, tj. 9500 lat p.n.e. i 11 000 lat p.n.e. Koty żyją średnio około 15 lat. Jest to wiek kotów egzystujących z dala od zagrożeń cywilizacyjnych, takich jak na przykład samochody. Zwierzęta te żyją na świecie od tysięcy lat i przez ten czas wypracowały sobie zachowania odpowiednie do panujących warunków. Samochody jeżdżą po naszych drogach stosunkowo od niedawna, dlatego koty nie miały jeszcze wystarczająco czasu, aby wypracować techniki obronne przed tego typu zagrożeniami. Wiele osób uważa, że koty są obdarzone siódmym zmysłem. Mają węch, słuch, wzrok, smak, czucie, organ Jacobsona, którego jako ludzie jesteśmy pozbawieni, a także posiadają doskonałą intuicję, która niejednemu człowiekowi uratowała życie. Na przykład, gdy zbliża się jakiś kataklizm, koty nerwowo uciekają z domów. Kiedy Ja-

ponię nawiedziło tsunami, bardzo wiele zwierząt jeszcze przed uderzeniem fal wybiegło z domów i uciekło na wyżej położone tereny. Nie świadczy to jednak o ich nadprzyrodzonej mocy. Odkryto, że koty wyczuwają bardzo delikatne wibracje i dźwięki całkowicie nieodczuwalne dla ludzi. To właśnie dzięki tej umiejętności szybciej dowiadują się o nadciągającym zagrożeniu. Przypuszcza się również, że są w stanie wyczuć także zmiany ciśnienia atmosferycznego towarzyszące nagłym załamaniami pogody. Organ Jacobsona, występujący u kotów, łączy w sobie zmysł powonienia i smaku. Mówi się nawet, że kot smakuje zapach. W takiej chwili staje w bezruchu i oddycha przez lekko uchylony pyszczek. Organ ten połączony jest z podniebieniem dzięki specjalnemu przewodowi, który przekazuje odebrane impulsy do ośrodków płciowych zlokalizowanych w mózgu [Koty. Pochodzenie..., 2013, s. 12, 26, 32].

Koty wykorzystuje się w leczeniu osób niepełnosprawnych, starszych, niedołączonych oraz z zaburzeniami psychicznymi. Są skuteczne jako terapeuci przy: nadpobudliwości, ADHD, autyzmie, zespole Downa a także przy takich chorobach jak Alzheimer czy schizofrenia. Kot w relacjach z człowiekiem jest terapeutą i jako taki sprawdza się w domach dziecka, domach opieki, placówkach rehabilitacyjnych, szpitalach, hospicjach, a także w edukacji, szkołach i przedszkolach. Szczególnie przydatny jest dla osób nieśmiałych, z niską oceną własnej wartości, zahamowanych społecznie, z zaburzeniami lękowymi. Koty w szpitalach to wciąż innowacyjny sposób leczenia, znacznie rzadszy niż psy. Prekursorką tej metody jest brazylijska psychiatra Nise da Silveira, która odkryła dobroczynny wpływ kotów na chorych, kiedy to przyprowadziła do szpitala 5 kotów i zauważyła ich zbawienne działanie na pacjentów. Nise da Silveira stworzyła w 1946 roku Zawodową Sekcję Terapeutyczną w Narodowym Centrum Psychiatrii w Rio de Janeiro, a w 1947 roku po raz pierwszy użyła terminu felinoterapia [Skimina B., 2015, s. 10].

Jak wskazują Goleman i in. [2012, s. 734], przy wyborze kota, który będzie użytkowany w felinoterapii, należy brać pod uwagę przede wszystkim charakter zwierzęcia. Cecha ta związana jest z rasą kota. Koty niektórych ras, np. perskie i egzotyczne są bardzo spokojne i lubią kontakt z człowiekiem, ragdolle mają zdolność rozluźniania mięśni, gdy się je podniesie potrafią bezwładnie zwisać (stąd też nazwa rasy rag doll, czyli szmaciana lalka), natomiast łagodne i skore do zabawy są maine coony oraz pospolite koty europejskie. Przy wyborze młodego kota należy zwrócić uwagę głównie na jego ufność w stosunku do człowieka. Kolejnym ważnym etapem jest wychowanie kota. Musi nauczyć się częstej zmiany towarzystwa, dotykania i przytulania przez osoby obce o różnym zapachu, temperamencie i w różnym wieku. W trakcie socjalizacji kota wszystkie kontakty muszą być jak najbardziej pozytywne dla zwie-

rzęcia, aby nie stało się nieufne i nie unikało dotyku. Oprócz ludzi, koci kandydat na terapeutę musi przyzwyczać się do obecności innych zwierząt domowych, np. psa, królika, a szczególnie innego kota, ponieważ w czasie trwania terapii może dojść do kontaktu kilku kotów w jednym czasie i miejscu. Zwierzę musi być przyzwyczajone do noszenia szelek, smyczy, a także podróżowania w transporterze. Kot musi być również przyzwyczajony do sytuacji codziennych, upadających i stukających przedmiotów, dzwonienia, pukania i innych hałasów. Kot powinien mieć co najmniej rok, by ukształtował się jego system odpornościowy i charakter, a także spełniać wszelkie wymogi sanitarne (szczepienia, odrobaczanie, stała opieka weterynaryjna). W Polsce istnieją certyfikowane hodowle kotów do felinoterapii.

Felinoterapia tym różni się od dogoterapii, że koty w przeciwieństwie do psów, nie wymagają specjalnego szkolenia. W terapii wykorzystuje się ich wrodzone zachowania i charakter. Najważniejsze by miały spokojny temperament, lubiły dotyk i głaskanie, nie okazywały zniecierpliwienia i chętnie nawiązywały kontakt z ludźmi [Łapińska, 2013-2014, s. 27].

Zgodnie z wytycznymi Związku Zooterapeutów i Przewodników Zwierząt Pracujących, felinoterapia musi charakteryzować się następującymi elementami:

- być prowadzona na podstawie profesjonalnej diagnozy,
- posiadać określony cel terapeutyczny,
- stosowane metody i techniki powinny być tworzone w oparciu o teorie naukowe oraz badania naukowe w zakresie ich skuteczności i stosowania,
- całość felinoterapii powinna być prowadzona zgodnie ze światowymi standardami pracy terapeutycznej i według uznanych naukowo procedur.

ZZIPZP [2017] podaje, iż każde inne zajęcia nie posiadające łącznie opisanych powyżej cech, nie mogą nosić nazwy „felinoterapia” i będą stanowić jedynie zajęcia rekreacyjne, pokazy rozrywkowe, zajęcia dydaktyczne, lub pokazy marketingowe z wykorzystaniem kotów. Zgodnie z przyjętą definicją felinoterapii jako terapii wspomagającej inne terapie, felinoterapeuta może prowadzić określony rodzaj terapii w sposób samodzielny tylko, kiedy posiada uprawnienia do prowadzenia określonego rodzaju terapii właściwej. Oznacza to, że w przypadku prowadzenia np. fizjoterapii z wykorzystaniem kota powinien posiadać uprawnienia fizjoterapeuty i felinoterapeuty. W przypadku posiadania uprawnień jedynie felinoterapeuty, jego praca terapeutyczna powinna odbywać się pod okiem terapeuty głównego zwanego providerem, tylko w zakresie określonym przez zadania felinoterapii, czyli w zakresie podniesienia

zaangażowania oraz budowy prawidłowych relacji społecznych oraz autoregulacji emocjonalnej. Felinoterapia zgodnie z podaną definicją nie może być traktowana i wykonywana jako samodzielna terapia.

W Polsce felinoterapia pojawiła się pod koniec 2005 r. Inicjatywę przeniesienia do Polski programów wizyt kotów w placówkach opieki społecznej oraz pracy z niepełnosprawnymi przy udziale kotów podjęła fundacja „Mruzcący Terapeuta” z Olsztyna. Jednym z prekursorów stosowania tej metody jest Mirosław Tomasz Wende, hodowca kotów rasowych. Prowadzi on zajęcia z dziećmi i osobami dorosłymi. W wielu państwach stworzono profesjonalne programy felinoterapii, wspomagające leczenie osób starszych, chorych psychicznie, dzieci autystycznych oraz resocjalizację więźniów. W Szwecji felinoterapia jest stosowana na szeroką skalę u dzieci autystycznych. Naukowcy udowodnili, że felinoterapia w przypadku dzieci autystycznych jest znacznie bardziej skuteczna niż dogoterapia, ponieważ bezpośrednio i hałaśliwość psa bywa dla tych dzieci zbyt silnym i w efekcie negatywnym doznaniem. Poza tym zapach psa może być zbyt intensywny podczas gdy koci zapach jest neutralny. Kocie usposobienie oraz styl bycia, według naukowców z USA istotnie wpływają na dzieci autystyczne, które po spotkaniu z pupilem są spokojniejsze i bardziej otwarte na kontakt z drugą osobą. Na tej samej zasadzie koci terapeuta może mieć wpływ na leczenie dzieci z nadpobudliwością psychoruchową, niepełnosprawnością intelektualną oraz dzieci i dorosłych psychicznie chorych. Jego delikatność i nienarzucający się sposób bycia często bardziej odpowiada osobom o wrażliwej i zaburzonej psychice [Chodorowska, 2015].

Terapia ze zwierzętami jako jedna z metod pracy z dziećmi niepełnosprawnymi dostosowywana jest do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta, wspomagając jego rehabilitację. Dzięki ciepłu zwierząt osoba rehabilitowana może się wyciszyć oraz zrelaksować. Pogodne usposobienie zwierzęcia i jego otwartość na człowieka jest niezbędnym warunkiem do pracy z dzieckiem niepełnosprawnym zarówno w sferze intelektualnej, jak i ruchowej. Wszelkiego rodzaju wspomaganie rozwoju potrzebne jest każdemu dziecku. Dzieciom zdrowym pomaga rozwinąć dodatkowe zdolności oraz talenty, natomiast dzieciom niepełnosprawnym choć częściowo dogonić rówieśników i lepiej funkcjonować w życiu codziennym [Zagórska, 2013, za Kulisiwicz 2007, s. 191].

Elementy wykorzystywane na zajęciach grupowych dla dzieci z udziałem kota [Godawa, 2014, s. 31]:

- Bezpośredni kontakt z kotem: głaskanie, branie go na ręce, zabawa kontaktowa.
- Zajęcia integracyjne z kotem jako ko-trenerem.

- Opowieści o kotach – felinobajka.
- Rozmowy na temat kotów, m.in. z wystawcami, hodowcami, weterynarzami.
- Połączenie z innymi technikami, m.in. muzykoterapią i plastykoterapią.

Przykładem na skuteczne połączenie felinoterapii i bajkoterapii jest stworzenie bajki terapeutycznej, gdzie jedną z głównych ról odgrywa kot, który w realnym świecie pracuje z dzieckiem.

Terapię z udziałem kota stosuje się w coraz większej liczbie placówek medycznych w Europie. W Anglii i Stanach Zjednoczonych, felinoterapia stała się popularna w ciągu ostatnich kilku lat [Budzińska-Wrzesień i in., 2012, s. 1380]. W Polsce w 2011 r., Daria Sawaryn przeprowadziła badanie ankietowe wśród pacjentów hospicjum onkologicznego, którego celem było ukazanie oddziaływania felinoterapii nad usprawnianiem pacjentów onkologicznych. Autorka zaprezentowała następujące wnioski:

- Felinoterapia doskonale wpływa na stymulację zmysłów, co może przyczynić się do poprawy kondycji psychofizycznej pacjentów onkologicznych.
- W ocenie pacjentów onkologicznych felinoterapia wpływa pozytywnie na przebieg leczenia i usprawniania.
- Felinoterapia może wpływać odprężająco i relaksująco.
- Terapia z kotem może również motywować do podejmowania dalszych działań w celu poprawy swojego zdrowia i samopoczucia.

Ćwiczenia, jakie wykonywali pacjenci w hospicjum to m.in.: dotykanie kota, głaskanie, przysłuchiwanie się dźwiękom, jakie wydaje podczas głaskania, rzucanie mu samodzielnie zrobionych kulek z papieru, ciągnięcie za sobą sznurka, zachęcanie kota do zabaw [Sawaryn, 2013].

Jak wskazują Chmiel i in. [2014, s. 592], głaskanie i przytulanie kotów usprawnia zniekształcone kończyny nie tylko dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, lecz także starszych osób cierpiących na artretyzm. Kot cechuje się bowiem temperaturą ciała 38-39°C, a więc jego kontakt z ręką człowieka nosi znamiona terapii ciepłem, a ponadto ujemna jonizacja sierści ma działanie uśmierzające ból (miejsca chorobowo zmienione na ciele człowieka są naładowane dodatnio). Mruczenie kota relaksuje i uspokaja nerwowo, głaskanie go obniża u człowieka ciśnienie krwi i zmniejsza o 3% prawdopodobieństwo zawału, a u chorych po przebytych zawałach, zwiększa o ok. 30% szanse przeżycia.

Zooterapia czyli terapia z udziałem zwierząt, to bardzo często stosowana metoda w pracy z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych,

szczególnie chętnie stosowana w szkolnictwie specjalnym [Godawa, 214, s. 29].

Jak wskazuje Wilk [2014, s. 208, 213-214], terapia z udziałem zwierząt może być z powodzeniem wykorzystywana w oddziaływaniach resocjalizacyjnych. W resocjalizacji najczęściej stosuje się dogoterapię, felinoterapię, hipoterapię. Kot, jak zauważa autorka, świetnie nadaje się do terapii dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie, gdyż potrafi wpływać na zmniejszenie zahamowań, ułatwia komunikację międzyludzką, łagodzi konflikty, pomaga uporządkować uczucia i emocje, a także ułatwia odnalezienie się w stresującym otoczeniu, jakim jest placówka resocjalizacyjna. Pomaga również w leczeniu nadpobudliwości, wspomnianego wcześniej autyzmu czy zespołu Aspergera. Porównując felinoterapię z terapią za pomocą psa, należy podkreślić główny czynnik, a mianowicie kota nie tresuje się. Wystarczy jego naturalne zachowanie. Głaskanie kociego futra, przytulanie go, działa na nadpobudliwego młodego człowieka uspokajająco i pomaga w pracy nad często trudną osobowością. Przebywanie z kotem koi nerwy i zapobiega stresom, uczy okazywania pozytywnych uczuć i emocji, zmniejsza poczucie samotności, pomaga w radzeniu sobie z lękiem oraz uczy ufności do świata i ludzi, a reakcje kota czyli mruczenie czy muśnięcie łapą mogą zmienić sposób patrzenia na rzeczywistość, do której młodzież niedostosowana społecznie nastawiona jest często wrogo. W zależności od pacjenta, terapia może wyglądać różnie. Przede wszystkim jednak jest to kontakt polegający na głaskaniu kociego futra, przytulaniu zwierzęcia, zabawie z nim, czesaniu, wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych, karmieniu, czy choćby trzymaniu tylko kota na kolanach. Sama obserwacja kota, czy przebywanie w jego towarzystwie może działać terapeutycznie.

Animaloterapia jest aktualnie wprowadzana do placówek wychowawczych, w tym również placówek resocjalizacyjnych zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych. W Polsce tego typu działania nie są jeszcze tak powszechne. W owej metodzie istotna jest relacja człowiek–zwierzę, gdzie szczególnego znaczenia nabiera element komunikacji ze zwierzęciem, swoiste porozumiewanie się bez słów. Mimo że zwierzę nie rozumie mowy człowieka, to potrafi wyczuć ludzki nastrój i wyłapać pewne niewerbalne sygnały, które świadczą o stanie jednostki. Ta komunikacja pozbawiona jest przekłamań [Chańko i Sołbut, 2014, s. 57]. Zajęcia z zakresu zooterapii (dogoterapia, felinoterapia, hipoterapia, delfinoterapia) wykorzystywane są jako element wspomagający rehabilitację osób niepełnosprawnych. Kontakt ze zwierzęciem pobudza m.in. do tworzenia więzi emocjonalnych, zapewnia stymulację sensoryczną, kształtuje

umiejętność reagowania na bodźce zewnętrzne [Juśkiewicz-Swałczyńska i Białkowska, 2015, s. 226].

Girczys-Połedniok i in. [2014, s. 175] wskazują na szereg zalet wynikających z kontaktu ze zwierzęciem w praktyce psychiatrycznej. Obserwowano, że w zaburzeniach nastroju zooterapia powoduje redukcję lęku, zmniejszenie poczucia samotności, poprawę samooceny, nastroju i codziennego funkcjonowania. U chorych na schizofrenię, prowadzi do zmniejszenia lęku i objawów negatywnych. W wieku podeszłym pozytywnie wpływa na funkcje poznawcze, funkcjonowanie w grupie, powoduje redukcję drażliwości i objawów afektywnych oraz lękowych. Interakcje ze zwierzętami wpływają także na całe spektrum objawów somatycznych (m.in. obniżenie ciśnienia tętniczego i tętna spoczynkowego, poprawa profilu lipidowego, redukcja stężenia glikokortykosteroidów w surowicy krwi), co wydaje się szczególnie cenne w przypadku osób zagrożonych chorobami cywilizacyjnymi. Ponadto, zooterapia jest cennym narzędziem w rehabilitacji osób z schorzeniami neurologicznymi. Całość zmian zachodzących pod wpływem kontaktu terapeutycznego ze zwierzęciem wpływa na poprawę funkcjonowania, a w związku z tym poprawę jakości życia pacjenta. Wynika z tego, że obcowanie z przedstawicielami innych gatunków jest korzystne dla większości osób. Wyjątkiem są pacjenci z alergią na sierść oraz osoby z fobią przed zwierzętami. Warto podkreślić, iż posiadanie w domu psa wiąże się z koniecznością codziennych spacerów, co w przypadku osób mających poważne trudności z poruszaniem czy osób starszych, może stanowić problem. Koty natomiast nie wymagają codziennego wychodzenia na spacer i doskonale czują się w mieszkaniach i domach.

Bibliografia

- Chmiel K., Kubińska Z., Derewiecki T., *Terapie z udziałem zwierząt w rehabilitacji różnych form niepełnosprawności*, Probl Hig Epidemiol 2014 95(3), Wyd. PTH.
- Budzińska-Wrzesień E., Wrzesień R., Jarmuł-Pietraszczyk J., Świtacz A., *Therapeutic role of animals in human life – examples of dog and cat assisted therapy*, ECOL CHEM ENG A. 2012, 19(11).
- Chańko A., Sołbut A., *Współczesne dylematy pedagogiki*, Edukacja Ustawiczna Dorosłych, Rocznik 2014, tom 87, numer 4.
- Chodorowska M., *Felinoterapia – terapia z udziałem kota, jako jeden ze sposobów w pracy z dzieckiem ze sprzężoną niepełnosprawnością*, VII Konferencja metodyczna Oddziaływania terapeutyczne w pracy z uczniami z niepełnosprawnością intelektualną, Białystok, 5.11.2015.

- Girczys-Połedniok K., Pudło R., Szymłak A., Pasierb N., *Zastosowanie terapii z udziałem zwierząt w praktyce psychiatrycznej*, Psychiatria 2014, tom 11, nr 3.
- Godawa S., *Funkcjonowanie dziecka w przedszkolu masowym. Poradnik dla rodziców, opiekunów i terapeutów*, Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach EFS, 2014.
- Goleman M., Drozd L., Karpiński M., Czyżowski P., *Felinoterapia jako alternatywna forma terapii z udziałem zwierząt*, Med. Weter. 2012, 68 (12).
- Juśkiewicz-Swaczyna B., Białkowska J., *Rola terapii zajęciowej w rehabilitacji*, OSW Szkice Humanistyczne, Tom XV 2015, Nr 3-4.
- Łapińska J., *Potęga kociego mruczenia*, Kocie Sprawy, grudzień 2013 – styczeń 2014, Wyd. Elawet Spółka z o.o.
- Sawaryn D., *Felinoterapia w usprawnianiu pacjentów onkologicznych*, Medycyna Rodzinna 2013, nr 4.
w: <http://www.czytelniamedyczna.pl/4674,felinoterapia-wusprawnianiu-pacjentow-onkologicznych.html> [dostęp: 18.07.2017].
- Skimina B., *Futrzany lek*, Dla nas, 2015, nr 33, Wyd. Zarząd Stowarzyszenia „Otwórcie Drzwi” oraz Zarząd Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej.
- Wilk M., *Zalety i szanse wykorzystania animaloterapii w resocjalizacji młodzieży niedostosowanej społecznie*, Lubelski Rocznik Pedagogiczny, t. XXXIII – 2014.
- Zagórska B., *Znaczenie dotyku we wspomaganiu rozwoju dziecka oraz jego zastosowanie w wybranych rodzajach terapii*, Kultura i Wychowanie nr 5/1, 2013.
- Związek Zooterapeutów i Przewodników Zwierząt Pracujących (ZZiPZP) z siedzibą w Katowicach, 2017, *Felinoterapia definicje, standardy pracy*, <http://www.zooterapia.org.pl/zooterapia/felinoterapia-definicje-standardy-pracy/> [dostęp: 18.07.2017].
- Opracowanie zbiorowe, *Koty. Pochodzenie, rasy, zachowania*, 2013, Wyd. SBM Renata Gmitrzak.

Magdalena PodniewskaUniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach
Wydział Humanistyczny

Wykluczeni z życia

From life excluded

Streszczenie: Artykuł poświęcono problematyce zdrowia i umieralności na świecie. Przedstawiono dane dotyczące oczekiwanej długości życia dla różnych grup w poszczególnych krajach i wyjaśniono przyczyny dysproporcji między nimi. Opisano także systemy opieki zdrowotnej w niektórych regionach świata i wskazano drogę do ich poprawy.

Słowa kluczowe: Zdrowie, umieralność, oczekiwana długość życia, dobrobyt, nierówność

Abstract This article is dedicated to the issues of health and mortality rates in the world. It presents data on life expectancy for different groups in different countries and explained the reasons for disparities between them. Article also describes the health systems in some regions of the world and pointed out the way to improve them.

Keywords: Health, mortality, life expectancy, welfare, inequality

Obecnie świat jest miejscem zdrowszym niż w przeszłości. Wydłużył się czas życia, ludzie są silniejsi, a dzieci rzadziej chorują i umierają. Lepsze zdrowie przekłada się na lepsze życie. Możemy więcej osiągnąć, efektywniej pracować i więcej zarabiać oraz spędzić czas z bliskimi. Zdrowie jest zjawiskiem złożonym, można być wyjątkowo sprawnym fizycznie, ale nie słyszeć, można być wolnym od chorób somatycznych, ale cierpieć na ciężką depresję. Zdrowie jest wielowymiarowe i nie da się go zdefiniować za pomocą uniwersalnego wyznacznika. Jest jednak jeden aspekt zdrowia, który łatwo zmierzyć i ma on najważniejsze znaczenie: fakt bycia żywym lub nie. Z punktu widzenia jednostki, informacja „tak, żyje pani” może być niewystarczająca, ale w ocenie zdrowia całych populacji czy ich podgrup (kobiety i mężczyźni, dzieci i osoby starsze itd.) kategoria życia i śmierci jest bardzo ważna. Powszechnie znaną miarą życia i śmierci jest informacja o oczekiwanej długości życia. Przy założeniu, że warto żyć, lepiej jest żyć dłużej.

W krajach należących do Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) wszystkie narodziny oraz zgony są rejestrowane przez odpowiednie instytucje państwowe. Najmłodszy otrzymują świadectwa urodzenia, a po czyjejs śmierci lekarz wystawia świadectwo zgonu, które zawiera wszystkie ważne szczegóły, takie jak płeć, wiek, a także przyczynę śmierci. Dzięki temu

państwo ma do dyspozycji szczegółowe dane na temat narodzin i śmierci. Potrzebne są również informacje na temat rozkładu ras, płci i wieku w społeczeństwie, aby móc precyzyjnie określić stosunek liczby zgonów do całości danej grupy. Dane te uzyskuje się z przeprowadzonych regularnie spisów powszechnych (większość krajów przeprowadza je mniej więcej co dziesięć lat). Jednym z pierwszych krajów, który wprowadził kompletny system rejestracji narodzin i zgonów była Szwecja, z tego kraju dysponujemy danymi już z XVII wieku. W Londynie oficjalne rejestry zaczęto prowadzić w 1639 roku, a we wszystkich stanach USA dopiero w 1933 roku. Amerykańska Agencja ds. Rozwoju Międzynarodowego (USAID) finansuje tzw. sondaże demograficzne i zdrowotne. W ich ramach zbiera omawiane informacje dla biednych krajów, gdzie rejestry narodzin i zgonów nie istnieją lub istnieją tylko w teorii, a są ignorowane w praktyce.

W Stanach Zjednoczonych oczekiwana długość życia wzrosła z 47 lat w 1900 roku (dane tylko z tych stanów, w których prowadzono rejestry przed 1933 rokiem) do 78 lat w 2006 roku. Zwykle kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, było tak w całym XX wieku. Średnia długość życia kobiet rosła o rok w ciągu każdego dziesięciu lat, a mężczyzn o rok w ciągu każdego pięciu lat. Różnice w umieralności między mężczyznami a kobietami nie są jeszcze w pełni wytłumaczone. W okresie całego życia, na całym świecie ryzyko przedwczesnej śmierci w przypadku mężczyzn jest wyższe niż w przypadku kobiet, dotyczy to także okresu przed narodzinami. Nie jest to jedyna forma nierówności między różnymi grupami. W 2006 roku oczekiwana długość życia wśród Afroamerykanów była mniejsza o sześć lat niż w przypadku białych mężczyzn, różnica ta wśród kobiet wynosiła 4 lata w tę samą stronę. Na początku XX wieku różnica ta wynosiła ponad 15 lat. Nierówności między poszczególnymi grupami etnicznymi i rasowymi w kwestii umieralności nie są jeszcze do końca wyjaśnione, ale nie ulega wątpliwości, że ogromne znaczenie ma nierówny dostęp do opieki medycznej.

Chwilowy, ostry spadek oczekiwanej długości życia miał miejsce pod koniec pierwszej wojny światowej podczas epidemii grypy. W 1918 roku oczekiwana długość życia była o 12 lat niższa niż w poprzednim roku, a rok później znów wzrosła o 16 lat. W czasie wspomnianej epidemii na świecie zmarło 50 milionów ludzi. Choć później nie wydarzyła się już żadna katastrofa zdrowotna podobnej wielkości, to wystąpiło wiele mniejszych, ale dostatecznie poważnych fal chorób, które wpłynęły na oczekiwaną długość życia całej populacji. W latach 1900-1950 dużym zagrożeniem były choroby zakaźne. Wówczas najczęstszymi przyczynami śmierci były grypa, gruźlica, biegunka, zapalenie płuc i odra. Istotną przyczyną było także palenie tytoniu, które skutkowało

śmiercią w wyniku chorób serca i raka płuc. Spowolnienie wzrostu oczekiwanej długości życia w latach 50 i 60 XX wieku u mężczyzn spowodowane było również wzrostem liczby palących w latach wcześniejszych. Mężczyźni zaczęli palić dużo wcześniej niż kobiety, palenie tytoniu przez kobiety przez wiele lat nie było społecznie akceptowane.

Mimo, że Stany Zjednoczone przeznaczają na opiekę zdrowotną prawie dwukrotnie więcej niż któryś z pozostałych krajów, ich mieszkańcy wcale nie żyją najdłużej. Nieco dłużej żyją Brytyjczycy, Holendrzy, a jeszcze większą przewagą mogą pochwalić się Szwedzi. Na przykładzie tego kraju można zobrazować jak czas zmienił ryzyko śmierci w pierwszych dniach życia oraz w okresie starości. W 1751 roku w Szwecji życie noworodka było o wiele bardziej zagrożone niż życie osiemdziesięciolatka, mniej więcej jedna trzecia dzieci umierała przed skończeniem piątego roku życia. Obecnie w Szwecji prawie wszyscy umierają dopiero w podeszłym wieku. Umieralność niemowląt jest niższa niż 1% (trzy na tysiąc), a ryzyko śmierci w wieku 80 lat jest ponad sześciokrotnie wyższe. W dzisiejszych czasach na całym świecie wzrosła umieralność między 15. a 34. rokiem życia, a główną przyczyną nie są choroby, ale wypadki, samobójstwa i zabójstwa.

Przez setki tysięcy lat cała ludzkość była łowcami i zbieraczami. Dziś na świecie pozostało już tylko kilka grup łowiecko-zbierackich żyjących na Arktyce czy pustyniach, więc może wydawać się, że taki sposób życia nie wpływa na nasze zdrowie. Tymczasem łowiecko-zbieracki styl życia kształtował nas przez kilkaset tysięcy lat. Nasze ciała i umysły zostały do niego przystosowane. Współczesny sposób życia osiadłych rolników i mieszkańców miast liczy sobie tylko kilka tysięcy lat. Łowcy-zbieracze, tropiąc zwierzynę, przechodzili około 15-25 kilometrów dziennie. Podstawą ich diety były głównie warzywa i owoce, które zdobyć było dużo łatwiej, niż upolować zwierzę. Większość prac podejmowano grupowo, w ramach wspólnot i rodzin. Brzmi to jak przestrzeganie zasad większości lekarzy: dużo ruchu, więcej błonnika i mniej tłuszczu oraz spędzanie czasu w gronie najbliższych. W porównaniu ze standardami współczesnych, ubogich krajów, dzietność była stosunkowo niska. Statystycznie kobieta rodziła w ciągu życia czworo dzieci. Około 20% dzieci umierało przed pierwszymi urodzinami. Wedle współczesnych standardów to dużo, ale już niewiele więcej niż w obecnie zamożnych krajach w XVII i XIX wieku, nie wspominając o krajach najbiedniejszych. Grupy łowiecko-zbierackie składały się przeważnie z trzydziestu do pięćdziesięciu osobników. Zasoby w ramach grupy dzielone były równo. Jedną z przyczyn był fakt, że większość grup nie mogła przechowywać pożywienia, więc łowca po najedzeniu dzielił się swym łupem z resztą. Społeczeństwa łowiecko-zbierackie były egalitarne i radziły so-

bie bez władców. Brak przywódców wiązał się z brakiem efektywnego systemu prawa i porządku, co z kolei wiązało się z przemocą. Wewnętrzne walki przyczyniały się do wysokiej śmiertelności wśród osób dorosłych. Łowcy-zbierracze rzadko padali ofiarą chorób zakaźnych, ale poważnym problemem były choroby odzwierzęce. Średnia oczekiwana długość życia w społecznościach łowców-zbierraczy wynosiła około 20-30 lat. W odniesieniu do współczesnych standardów to niewiele, ale w normie w porównaniu z niedawną sytuacją w krajach najuboższych.

Przenieśmy się teraz kilka tysięcy lat do przodu, do czasów, kiedy ludzie zaczęli już gromadzić dane na temat umieralności. Przed rokiem 1750 były one zamieszczane w księgach parafialnych, w których zapisywano śluby, narodziny i zgony. Zaskakujące jest, że w Anglii w latach 1550-1750 oczekiwana długość życia arystokracji była podobna, a nawet nieco niższa od oczekiwanej długości życia reszty populacji. Zwykle ludzie bogatsi, o wyższym statusie społecznym cieszyli się lepszym zdrowiem niż ludzie prości i ubodzy. Fenomen ten, zwany gradientem zdrowia, występował już w starożytnym Rzymie, ale jak się okazuje nie jest on zjawiskiem uniwersalnym. Brytyjscy arystokraci mieli większy dostęp do pożywienia niż zwykli ludzie. Dworzanie króla Henryka VIII spożywali od 4, 5 do 5 tysięcy kalorii dziennie, zaś pozostała część społeczeństwa cierpiała na ich niedostatek. Jednak większa ilość jedzenia nie chroniła przed bakteriami i wirusami wywołującymi dżumę czy ospę. Z kolei brak odpowiednich urządzeń sanitarnych przyczyniał się do wysokiej śmiertelności dzieci. Po 1850 roku oczekiwana długość życia całej populacji zaczęła wzrastać, a proces ten trwa do dziś. W momencie narodzin oczekiwana długość życia wzrosła od 40 lat w 1850 roku do 45 lat w 1900 roku, a w 1950 do niemal 70 lat. Przez te lata ludzie zaczęli szukać szczęścia i osobistego spełnienia. Zaczęto kwestionować ustalone sposoby postępowania, także posłuszeństwo Koronie i Kościołowi. W okresie oświecenia poszukiwano sposobów poprawy warunków życia, zarówno w kwestii posiadania jak i zdrowia. Efektem posługiwania się własnym rozumem był rozwój medycyny i sposobów zwalczania chorób dzięki nowym lekom i kuracjom. Ze względu na koszty i dostępność, początkowo tylko niewielu mogło sobie na nie pozwolić. Te nierówności były także sygnałem, że nadchodzi okres powszechnych zmian. W społeczeństwie było coraz więcej ludzi wykształconych, leki taniały, a kolejne odkrycia przyczyniały się do poprawy sytuacji ogółu populacji.

Pod koniec XIX i na początku XX wieku odnotowano wzrost oczekiwanej długości życia w Anglii, Walii, Portugalii, Belgii, Holandii oraz we Włoszech i Francji. Największy poziom zagrożenia życia był wśród niemowląt i małych dzieci. Jeżeli komuś udawało się przeżyć dzieciństwo to mógł mieć nadzieję na

dłuższą przyszłość. Tendencja ta uległa zmianie pod koniec XX wieku. W tym czasie za przyczyny złego stanu zdrowia zaczęto uważać „choroby” bardziej ogólnej natury, takie jak ubóstwo i nędza. Uważano, że poprawa materialnych warunków życia jest ważniejsza niż polityka zdrowotna. Wraz z początkiem rewolucji agrarnej rósł dochód i pojawiła się szansa permanentnej poprawy poziomu odżywiania. Lepiej odżywieni ludzie byli wyżsi, silniejsi i zdrowsi, co zaś przekładało się na wzrost produktywności i nakręcało spiralę sukcesu. Oba zjawiska napędzały się wzajemnie. Publiczne działania, mające na celu kontrolę chorób, objawiały się głównie troską o warunki sanitarne i dostęp do czystej wody. Odkryto, a po dyskusjach także zaakceptowano teorię, że drobnoustroje powodują choroby i że mogą być one przenoszone przez zakażoną wodę. Niestety, chociaż budowa bezpiecznych ujęć wody kosztuje mniej niż budowa oczyszczalni ścieków to wciąż nie jest tania, a dodatkowo wymaga wiedzy inżynierskiej oraz ciągłego monitorowania stanu wody, w celu upewnienia się czy rzeczywiście nie jest zakażona. Wymagane są pieniądze oraz kompetencje państwa i sprawnych urzędników. Jeszcze sto lat temu takie możliwości nie były powszechnie dostępne, a w wielu zakątkach świata nie są dostępne także dziś. W krajach zamożnych niemal każdy obecnie uczy się w szkole, czym są drobnoustroje i jak się przed nimi bronić (np. myć ręce, dezynfekować określone przedmioty, odpowiednio obchodzić z żywnością czy bezpiecznie pozbywać odpadów). Jednak pod koniec XIX wieku wiedza ta nie była jeszcze znana. W hotelach w Stanach Zjednoczonych nie zmieniano pościeli po wymeldowaniu się gości, nie sterylizowano przyrządów lekarskich przy badaniu kolejnych osób itp. Teoria dotycząca drobnoustrojów to tylko jeden z licznych przykładów, że rozwój nauki jest jednym z najważniejszych czynników prowadzących do poprawy warunków życia. Rewolucja przemysłowa i powiązany z nią proces urbanizacji skutkowały potrzebą rozwoju naukowego, ale także stworzyły sprzyjające warunki do tego rozwoju.

Dla tych, którzy nie mieli tyle szczęścia i nie urodzili się w krajach bogatych, wojna z chorobami zakaźnymi na dobre zaczęła się dopiero w 1945 roku. Jednak zdobyta od 1850 roku wiedza o drobnoustrojach pozwoliła przeprowadzić część zmian, które zajęły całe stulecie w krajach rozwiniętych, znacznie szybciej. Obecnie Indie mają dochód per capita na poziomie Wielkiej Brytanii w 1860 roku, ale oczekiwana długość życia na terenie Indii jest większa niż w Szkocji w 1945 roku. Pokazuje to jaką potęgę ma wiedza i jak może przyspieszyć historię. Stosunkowo szybka redukcja umieralności dzieci w krajach biednych spowodowała eksplozję demograficzną (od 2,5 miliarda w 1950 roku do 7 miliardów ludzi w 2011 roku), która obecnie stopniowo opada. W powojennych latach oczekiwana długość życia w krajach ubogich powoli doganiała wy-

niki dla krajów bogatych, tendencja ta zatrzymała się dopiero w latach 90 XX wieku, kiedy w Afryce wybuchła epidemia AIDS.

Niestety na świecie wciąż jest wiele krajów, gdzie umieralność dzieci jest wysoka (ponad 30 tych, w których ponad 10% nie dożywa piątych urodzin). Nie umierają one wcale na choroby nowe, jak AIDS, czy na egzotyczne choroby tropikalne, na które jeszcze nie ma leków. Przyczyną ich śmierci są choroby, które w Europie zabijały dzieci w XVII i XVIII wieku, m.in. infekcje dróg oddechowych i układu pokarmowego oraz malaria, czyli choroby, które umiemy leczyć już od dawna. Dzieci te przeżyłyby, gdyby urodziły się w Japonii, Kanadzie, Wielkiej Brytanii czy Francji, umierają dlatego, że przyszły na świat w takim, a nie innym miejscu na Ziemi. Nawet w Indiach, gdzie umieralność znacząco spadła, duża liczba dzieci cierpi z powodu niedożywienia. Są one zdecydowanie chudsze i niższe niż to wskazane w ich wieku, a dorośli Hindusi to jedni z najniższych ludzi na Ziemi. Mimo, że Indie obecnie należą do najszybciej rozwijających się krajów, wciąż zatrważająca liczba Hindusów żyje w nędzy i ubóstwie, będącymi spuścizną po rewolucji neolitycznej.

Po drugiej wojnie światowej w regionach mniej rozwiniętych nadal umierała duża liczba noworodków i małych dzieci. Chodzi tu m.in. o kraje Azji Południowej, Azji Południowo-Wschodniej i Afryki Subsaharyjskiej. Bank Światowy oszacował, że w czterdziestu jeden krajach na początku lat 50 XX wieku ponad jedna piąta (w kilku krajach nawet dwie piąte) dzieci umierała przed ukończeniem piątego roku życia. Taka sytuacja np. w Wielkiej Brytanii występowała dwieście lat wcześniej. Na szczęście nadchodziły wielkie zmiany. Mniej więcej od 1950 roku przez kolejną dekadę wiele krajów (m.in. Jamajka, Malezja, Sri Lanka czy Mauritius) notowało roczny wzrost oczekiwanej długości życia o ponad rok. W Sir Lance wzrosła ona o czternaście lat w okresie 1946-1953, a na Mauritiusie od 33 lat w okresie 1942-1946 do 51 lat w okresie 1951-1953. Zmiany te były w dużym stopniu skutkiem wprowadzenia na rynek penicyliny, która pierwszy raz dostępna była podczas wojny oraz wprowadzenia nieco dłużej znanych sulfonamidów. Prawdopodobnie największe znaczenie miało jednak ograniczenie, za pomocą środków chemicznych, ilości organizmów przenoszących choroby, przede wszystkim komarów *Anopheles*, przenoszących malarię. Zwycięstwo nad malarią było ogromne, ale niestety chwilowe. Komary uodporniły się na używane środki, a stosowanie DDT, jednego z najskuteczniejszych środków owadobójczych, zostało zakazane z powodu negatywnego wpływu na środowisko.

W 1965 roku UNICEF (agenda ONZ zajmująca się zdrowiem i warunkami życia dzieci) otrzymał pokojową nagrodę Nobla za swoje działania na całym świecie. Zaraz po drugiej wojnie światowej zorganizował on szczepienia

dzieci na gruźlicę w całej Europie, a w kolejnych latach rozpoczął ogólnosiątkową akcję zwalczania malarii, gruźlicy, trądu, jaglicy i malinicy. UNICEF wspierał również działania na rzecz poprawy warunków sanitarnych i dostępności czystej wody. W 1974 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opracowała Rozszerzony Program Szczepień (EPI), który propagował szczepienia na tężec, krztusiec i błonicę (wszystkie te choroby obejmuje szczepionka DTP) oraz na gruźlicę, polio i odrę. W 2000 roku stworzono Globalny Sojusz na rzecz Szczepionek i Szczepień, który miał na celu ożywienie i wspomaganie programu EPI. Inną istotną innowacją, pomagającą podtrzymać spadek umieralności było opracowanie wyjątkowo prostej, ale skutecznej doustnej terapii nawadniającej (ORT), którą w 1973 roku zastosowano w czasie epidemii cholery w obozach dla uchodźców w Indiach i Bangladeszu. Przyjmowany doustnie roztwór soli i glukozy w wodzie skutecznie zapobiegał odwodnieniu, które powodowało śmierć części dzieci cierpiących na biegunkę. Terapia ta jest bardzo tania, jedna dawka to koszt zaledwie kilku centów. Tego typu innowacje techniczne i medyczne udało wprowadzić się w życie nawet w miejscach, gdzie lokalne możliwości były mocno ograniczone. Opryski przeciw komarom organizowali zagraniczni fachowcy lub wynajęci do tego wykonawcy, kampanie szczepień były kierowane przez WHO z Genewy jako krótkie operacje, w których lokalni sanitariusze wykonywali tylko zastrzyki. Zamawiane hurtowo przez WHO lub UNICEF szczepionki były tanie i uratowały życie milionów ludzi. Warto wymienić także inne tego typu inicjatywy m.in. zorganizowaną wspólnie przez WHO, Bank Światowy, organizację Center Center i firmę Merck kampanię walki ze ślepotą rzeczną, efektywną eliminację ospy na całym świecie czy ciągle trwającą, mimo że dalekie od ostatecznego sukcesu, próby wyeliminowania polio.

W pozytywnych zmianach ogromną rolę odegrał również lepszy poziom edukacji i wyższe dochody. Stopa wzrostu ekonomicznego od czasów drugiej wojny światowej pozostaje na historycznie wysokim poziomie. Choć nie wszędzie, to w wielu krajach zdecydowanie poprawiła się edukacja. Kobiety są obecnie znacznie częściej wykształcone niż w przeszłości. W Indiach w latach 1986-1996 odsetek dziewcząt uczęszczających do szkoły wzrósł z 43 do 62%. Szkoły nierzadko mają niski poziom, ale nawet słabo wykształcone dziewczęta będą w przyszłości bezpieczniejszymi i lepszymi matkami niż te bez żadnego wykształcenia. Wyniki badań przeprowadzanych w Indiach i innych krajach pokazują, że potomstwo lepiej wykształconych kobiet rzadziej umiera, a później lepiej radzi sobie finansowo. Zwykle też lepiej wykształcone kobiety mają mniej dzieci, a więc mogą poświęcić każdemu z nich więcej środków i czasu. Dla samych matek niższa rodność także jest lepsza, redukuje ryzyko związane z ciążą i porodem oraz pozwala kobietom na lepsze wykorzystanie

życiowych możliwości. W krajach o niskich dochodach poprawę w dziedzinie edukacji można uznać za najważniejszą przyczynę współczesnego polepszenia stanu zdrowia. Dzięki wzrostowi ekonomicznemu, więcej pieniędzy mają rodziny oraz władze lokalne i centralne, które dysponują środkami na poprawę warunków sanitarnych i jakości wody pitnej oraz na zwalczanie przenoszących choroby szkodników.

W większości dystryktów w Indiach w 2001 roku ponad 60 % gospodarstw domowych miało dostęp do dostarczanej przez sieć wodociągową wody. Dwie dekady wcześniej sytuacja wyglądała dużo gorzej. ONZ donosi, że w mniej rozwiniętych regionach w okresie od lat 1950-1955 do 1965-1970 doszło do wzrostu oczekiwanej długości życia o jedenaście lat – od 42 do 53. W latach 2005-2010 nastąpił kolejny wzrost o trzynaście lat – do 66. W wyżej rozwiniętych regionach oczekiwana długość życia również rosła, ale w dużo wolniejszym tempie. Kraje północnej Europy (Dania, Estonia, Finlandia, Irlandia, Litwa, Łotwa, Norwegia, Szwecja, Wielka Brytania i Wyspy Normandzkie) rozpoczęły wzrost z poziomu 69 lat w 1950 roku, aby osiągnąć poziom o dziesięć lat wyższy na początku XXI wieku. Azja Wschodnia, Azja Południowo-Wschodnia, Azja Południowa, Afryka Subsaharyjska, Ameryka Łacińska i Karaiby w tym czasie zyskały więcej niż dziesięć lat, dzięki czemu różnica między nimi a północną Europą zmalała. Regiony, w których najwięcej pozostaje do zrobienia to Afryka oraz w nieco mniejszym stopniu Azja Południowa. W Afryce Subsaharyjskiej jeszcze przed wybuchem epidemii AIDS oczekiwana długość życia rosła wolniej niż w każdym innym regionie, a epidemia wywołała dodatkowo większe opóźnienie. Według ONZ w ostatnim okresie, dzięki zmianom w zachowaniach ludzi oraz pojawieniu się leków antyretrowirusowych, oczekiwana długość życia na terenie Afryki znów zaczęła wzrastać. Niestety w większości krajów dotkniętych AIDS utracono cały postęp, który nastąpił po drugiej wojnie światowej. Wielkie epidemie zabijają miliony ludzi (według danych WHO od końca 2001 roku liczba ofiar AIDS wyniosła 34 miliony) i najwyraźniej po wielkiej epidemii grypy z lat 1918-1919 nie zniknęły z powierzchni Ziemi i nic nie wskazuje także na to, aby w przyszłości nie miały się pojawiać.

Aby lepiej zrozumieć współczesną umieralność, należy przyrzeć się zjawisku śmierci na całym świecie, czyli zorientować się, jakie są przyczyny śmierci ludzi w krajach o różnych poziomach rozwoju gospodarczego, a później zastanowić się, w których przypadkach można by jej zapobiec przy obecnym stanie wiedzy. Gdy ludzie umierają na nieuleczalne, egzotyczne choroby to znaczy, że potrzebne są nowe terapie i leki. Natomiast jeśli ludzie umierają na dobrze już znane choroby, które w rozwiniętych regionach już dawno nie występują to trzeba postawić pytanie: czemu ludzie ciągle umierają z powo-

dów, którym od dawna umiemy zapobiegać? Oczywiście zawsze potrzebne są lepsze leki i nowe terapie, ale podstawowy problem polega na tym, że ogromna liczba dzieci umiera na choroby, które bardzo łatwo leczyć.

Tabela 1. Umieralność na świecie w 2008 r., kraje najbiedniejsze i najbogatsze

Wyszczególnienie	Świat	Kraje o niskich dochodach	Kraje o wysokich dochodach
Procent zgonów (procent populacji)			
Od 0 do 4 lat	14,6 (9)	35,0 (15)	0,9 (6)
60 lat i starsi	55,5 (11)	27,0 (6)	83,8 (21)
Rak	13,3	5,1	26,5
Choroby układu sercowo-naczyniowego	30,5	15,8	36,5
Miliony zgonów			
Infekcje dróg oddechowych	3,53	1,07	0,35
Śmierć okołoporodowa dzieci	1,78	0,73	0,02
Choroby związane z biegunką	2,60	0,80	0,04
HIV/AIDS	2,46	0,76	0,02
Gruźlica	1,34	0,40	0,01
Malaria	0,82	0,48	0,00
Choroby wieku dziecięcego	0,45	0,12	0,00
Deficyty	0,42	0,17	0,02
Niedożywienie	0,36	0,16	0,00
Wszystkie przyczyny	56,89	9,07	9,29
Całość populacji	6737	826	1077

Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia, *Global Health Observatory Data Repository* (dostęp: 3.02.2013).

UWAGA. Do chorób układu sercowo-naczyniowego zaliczono także udary. Infekcje dróg oddechowych to przede wszystkim infekcje dolnych dróg oddechowych (dotyczące części poniżej strun głosowych: zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc oraz grypa, która atakuje również górne drogi oddechowe). Śmierć okołoporodowa dzieci odnosi się do śmierci w czasie porodu lub bezpośrednio po nim (do tej kategorii zalicza się śmierć wcześniaków, dzieci umierające zaraz po porodzie z powodu infekcji i dzieci o zbyt niskiej wadze urodzeniowej). Choroby wieku dziecięcego to: polio, odra, błonica krtusiec, i tężec. Około dwóch trzecich przypadków śmierci z niedożywienia to rezultat niewystarczającej ilości białka lub energii, jedną trzecią powoduje anemia.

Powyższa tabela przedstawia dane WHO dotyczące umieralności w 2008 roku. Umieralność na całym świecie pokazana jest w kolumnie drugiej, w krajach o niskim poziomie dochodów w trzeciej, a w krajach o wysokim poziomie dochodów w czwartej. Podział ten został przeprowadzony na podstawie danych Banku Światowego. Aż dwadzieścia siedem z trzydziestu pięciu najbiedniejszych krajów to państwa afrykańskie. Reszta to Nepal, Mjanma

(Birma), Tadżykistan, Afganistan, Kambodża, Haiti i Bangladesz. Do siedemdziesięciu najbogatszych państw zaliczono większość krajów Europy, Australazji i Ameryki Północnej oraz Japonię, kilka małych krajów produkujących ropę naftową i kilka państw wyspiarskich. Część górna tabeli przedstawia podział umieralności ze względu na wiek oraz odsetek śmierci spowodowanej przez dwie najistotniejsze grupy chorób niezakaźnych – nowotwory i choroby układu sercowo-naczyniowego, które obejmują m.in. śmierć z powodu udarów mózgu, zawałów serca, chorób serca i naczyń krwionośnych. W nawiasach uwzględniono odsetek populacji w konkretnym przedziale wiekowym. W części dolnej znajdują się dane w milionach dotyczące bezpośredniej liczby zgonów, rozłożone na najpowszechniejsze przyczyny śmierci w krajach o niskich dochodach. Na samym dole znajduje się łączna liczebność populacji w poszczególnych regionach. Warto zauważyć, że kraje o niskich dochodach są o wiele młodsze niż kraje bogate. Ludzie mają tam więcej dzieci i każde pokolenie jest liczniejsze niż poprzednie, a co za tym idzie średnia wieku jest niższa. W krajach o najwyższych dochodach osób starszych jest trzykrotnie więcej niż najmłodszych. Ponad połowa zgonów na świecie dotyczy osób w wieku 60 lat i starszych, 15% - niemowląt i małych dzieci. Jednak średnia ta wygląda inaczej w krajach biednych i bogatych. W tych biednych powyżej jednej trzeciej zgonów dotyczy dzieci przed ukończeniem piątego roku życia, natomiast w bogatych ponad 80% zgonów dotyczy ludzi w wieku 60 lat lub starszych. Wraz z rozwojem ekonomicznym pojawia się zjawisko „starzenia się” śmieci. Następuje przejście od umierania podczas dzieciństwa do umierania w podeszłym wieku. Wiąże się to również ze zmianą podstawowych powodów śmierci z zakaźnych chorób na choroby przewlekłe.

Odsetek ludzi umierających z powodu chorób serca, udarów czy raka jest trzykrotnie większy w krajach bogatych niż w biednych. Uogólniając można stwierdzić, że dzieci umierają zwykle na choroby zakaźne, a osoby starsze na przewlekłe. Najczęstsze przyczyny śmierci w krajach najuboższych były niegdyś głównymi „zabójcami” w krajach obecnie bogatych. Są to gruźlica, biegunka, infekcje dolnych dróg oddechowych oraz nazwane przez WHO chorobami wieku dziecięcego: odra, krztusiec, polio, błonica i tężec. Każdego roku powodują one niemal osiem milionów zgonów. Inne ważne przyczyny śmierci to AIDS (którego leczenie ciągle nie jest skuteczne w pełni) i malaria, powikłania przy porodzie, okołoporodowa śmierć matek oraz nierówności dotyczące odżywiania (głównie niedobory wartości energetycznych lub białka) i anemia (związana z niewystarczającą ilością żelaza). Gdyby nie liczyć zapalenia płuc, które w krajach bogatych co roku zabija około 350 tysięcy ludzi w starszym wieku to można stwierdzić, że w zasadzie nikt nie umiera na te choroby w kra-

jach o wysokich dochodach. Działania w dziedzinie zdrowia publicznego prawie całkowicie wyeliminowały gruźlicę, zapalenie płuc i biegunkę jako przyczyny śmierci dzieci. Malaria w dzisiejszych czasach także nie stanowi zagrożenia w krajach bogatych, a leki antyretrowirusowe i zmiana zachowań seksualnych znacząco zredukowały umieralność na AIDS. Powszechne szczepienia dzieci wyeliminowały umieralność na choroby wieku dziecięcego, a umieralność okołoporodową ograniczyła opieka medyczna nad kobietami w ciąży i po porodzie. Prawie nikt w krajach bogatszych nie umiera także z powodu braku pożywienia czy szerokiego braku mikroelementów. Analogicznie jak w kontekście historycznym niedożywienie, biegunkę, gruźlicę czy infekcje układu oddechowego postrzegamy obecnie jako choroby wynikające z biedy, natomiast rak, udary mózgu czy choroby serca uważane są za choroby krajów bogatych. Nawet podział w tabeli sugeruje, że podstawową rolę odgrywają tu dochody. Jest to jednak myślenie niekompletne, a skupienie się wyłącznie na poziomie finansowym może prowadzić do błędnych wniosków.

Analizując to, co zdarzyło się w Indiach i Chinach, możemy wiele się nauczyć. Bank Światowy przestał już zaliczać wymienione kraje do grupy o niskim dochodzie. Indie są obecnie krajem o średnim dochodzie poniżej przeciętnej, a Chiny o średnim dochodzie powyżej przeciętnej. W ostatnich latach oba kraje doświadczają okresu szybkiego wzrostu gospodarczego, mimo, że należały do najbiedniejszych na świecie jeszcze w latach 50 XX wieku. W Chinach i Indiach łącznie żyje ponad jedna trzecia ludzkości, więc istotne jest zrozumienie procesów tam zachodzących. W obu krajach przeprowadzono reformy ekonomiczne, które poskutkowały większym tempem wzrostu. W Chinach w 1970 roku wzrosły ceny produktów rolnych, więc rolnicy mogli produkować i sprzedawać w większych ilościach. Z kolei po roku 1990 Indie ostatecznie pożegnały się z zasadami i prawem Indii Brytyjskich. Spadek umieralności w Chinach czasowo został zatrzymany przez okres wielkiego głodu, podczas którego zmarła jedna trzecia pełnej kohorty urodzeniowej, ale nie licząc tego okresu, można zaobserwować szybki spadek umieralności do około 1970 roku i o wiele wolniejszy po tej dacie. Jest to dokładne przeciwieństwo oczekiwań przy założeniu, że wzrost ekonomiczny powoduje spadek umieralności dzieci. Byłoby tak gdyby zgony dzieci były bezpośrednią konsekwencją ubóstwa. Jednak kiedy władze przede wszystkim skupiły się na kwestii wzrostu gospodarczego, prawie całe zasoby zostały przeniesione tam, gdzie pracowały na pomnażanie pieniędzy, w efekcie zmniejszono nakłady m.in. na opiekę zdrowotną i zdrowie publiczne. Nawet osoby odpowiedzialne za kontrolowanie liczebności populacji komarów zajęły się uprawą roli, żeby w jakimś stopniu przyczynić się do wzrostu gospodarczego. Komunistyczna Partia Chin

wcześniej przykładła dużą wagę do zagadnień związanych ze zdrowiem publicznym, ale priorytety uległy zmianie po wprowadzeniu reform. Oczywiście nie były one złe, ponieważ wzrost ekonomiczny pozwolił wyjść z nędzy oraz prowadzić lepsze życie milionom ludzi. Należy jednak pokazać, że nie przyczynia się on automatycznie do polepszenia tej części dobrobytu, o której decyduje zdrowie. Władze w Chinach wspierając jeden aspekt dobrobytu, poświęciły drugi. W Indiach sprawy szły wolniej i w mniej spektakularny sposób. Wzrost nie był tak szybki, a zmiany sytuacji po reformach mniej wyraźne. Choć dochód per capita wcześniej był wyższy w Indiach to po 2000 roku wynosił mniej niż połowę tego co w Chinach. Jednak w Indiach spadek umieralności niemowląt był stały i konsekwentny, niezależny od tempa wzrostu gospodarczego. Nadal urodzenie się w Indiach wiąże się z większym ryzykiem, ale ochrona zdrowia w tym kraju nie jest już dużo gorsza niż w Chinach. Warto również dodać, że Indie sukces odniosły bez stosowania przymusu i ograniczania wolności związanego z chińską polityką jednego dziecka. Już teraz zdecydowanie lepiej niż Chiny radzą sobie niektóre regiony południowych Indii. Oczywiście to zaledwie dwa kraje i nie można zakładać, że to, co okazało się prawdą w odniesieniu do nich, będzie prawdziwe w każdym innym miejscu. Wzrost ekonomiczny może być decydującym czynnikiem do poprawy zdrowotnej sytuacji w Afryce czy w krajach biedniejszych niż obecne Chiny i Indie. Nie ma jednak wielu dowodów na szybszy spadek umieralności niemowląt i dzieci w krajach, w których wzrost ekonomiczny jest szybszy.

Skoro bieda nie jest przyczyną tego, że w krajach ubogich umiera tak duża liczba dzieci i jeżeli wzrost gospodarczy automatycznie nie powoduje spadku umieralności to dlaczego nadal dzieci umierają z powodów, którym dzięki współczesnej wiedzy medycznej i naukowej umiemy już zapobiegać? W przypadku malarii, gruźlicy, infekcji dolnych dróg oddechowych czy chorób związanych z biegunką konieczna jest zmiana środowiska. Niezbędne są: poprawa warunków sanitarnych, dostęp do czystej wody i lepsza kontrola nad liczebnością szkodników przenoszących choroby. Zmiany te wymagają wspólnych działań, organizowanych przez władze centralne i lokalne. Same działania na linii lekarz-pacjent, czyli system bezpośredniej opieki zdrowotnej niewiele zdziałają. Choroby te są nie tylko problemami zdrowia jednostek, ale zdrowia publicznego. Poprawa warunków życia nie jest bez znaczenia, ale sam ten element to także za mało. Odpowiednią opieką przed i poporodową można zapobiec śmierci okołoporodowej dzieci i matek oraz chorobom wieku dziecięcego. Wystarczy tylko we właściwy sposób doradzać matkom w ciąży i po urodzeniu dziecka oraz zapewnić odpowiednią infrastrukturę medyczną w razie komplikacji czy nagłych przypadków, a także przychodnie i pielęgniarki

przygotowane do opieki nad małymi dziećmi, kontrolujące prawidłowy rozwój i pilnujące kalendarza szczepień. W najbiedniejszych krajach dzieci są narażone szczególnie na zdrowotne problemy po odstawieniu od piersi, zmieniają wtedy dietę z bezpiecznego, bogatego i zawierające wszystkie niezbędne substancje mleka matki na niebezpieczne, niezróżnicowane i w niewystarczającej ilości pożywienie. Odpowiednio przygotowane matki, pielęgniarki, lekarze i cała medyczna infrastruktura mogą pomóc dzieciom przejść przez ten najbardziej niebezpieczny i najtrudniejszy okres. Niestety, duża liczba krajów wydaje za małe sumy na system opieki zdrowotnej, a żaden nie działa wiele dysponując stoma dolarami na osobę (suma ta obejmuje zarówno wydatki publiczne, jak i prywatne), jak w Afryce Subsaharyjskiej w typowym kraju. Bank Światowy szacuje, że w roku 2010 Zambia na ochronę zdrowia wydała 90 dolarów na głowę ludności, Mozambik – 94, Senegal – 108, a Nigeria – 124. Dla porównania w Stanach Zjednoczonych suma ta wynosiła 8362 dolary, a w Wielkiej Brytanii – 3470.

Nie zawsze rządy działają na rzecz poprawy dobrobytu i zdrowia swoich obywateli. Nawet w demokratycznych państwach, chociaż władze i politycy zgadzają się, że trzeba działać na rzecz poprawy zdrowia, to środki, jakimi należy realizować ten cel bywają przedmiotem politycznych sporów. Tymczasem na świecie wiele krajów nie jest rządzonych w sposób demokratyczny, a wiele rządów nie działa w interesie obywateli. Sytuacja ta panuje wszędzie, gdzie totalitarne rządy wykorzystują służby specjalne lub wojsko do kontrolowania ludności albo gdzie władzę dzierżą reżimy wojskowe. Bywa tak, że rządy czerpią duże dochody ze sprzedaży zasobów naturalnych (zwłaszcza ropy naftowej czy surowców mineralnych) i nie zależy im na zbieraniu podatków, bo jak wiadomo „kto płaci, ten wymaga”. Swoje przychody rządy wykorzystują do protekcji własnych interesów i tworzenia całego systemu nepotyzmu, a na zdrowiu i dobrobycie obywateli im zwyczajnie nie zależy. W skrajnych przypadkach, szczególnie w Afryce, w taki sposób wykorzystuje się również pomoc międzynarodową, dzięki której dostarcza się środki finansowe rządów, ale nie motywuje się ich w żaden sposób, aby wykorzystywały je zgodnie z przeznaczeniem. Darczyńcy nie są w stanie zapobiec opisanym sytuacjom, mimo dobrej woli całego świata.

Za taki stan nie można jednak winać wyłącznie rządów. W niektórych miejscach ludzie nie rozumieją, że mogliby być zdrowi albo, że władze dysponują środkami, które mogłyby w tym pomóc. W ramach ogólnoswiatowych badań instytutu Gallupa w Afryce regularnie zadaje się ludziom pytania, na jakich działaniach powinny skoncentrować się władze. Okazuje się, że aspekty związane ze zdrowiem wcale nie znajdują się wśród najpopularniejszych od-

powiedzi, najczęściej plasują się w tyle za tematami związanymi z zapewnieniem pracy i redukcją ubóstwa. Możliwe więc, że rządy stawiające na tworzenie nowych, nawet bezużytecznych, miejsc pracy w administracji państwowej robią właśnie to, czego elektorat od nich oczekuje. Podczas badań w Udaipur w Radżastanie okazało się, że mieszkańcy są świadomi swojego ubóstwa i chociaż cierpieli na wiele chorób, uważali, że z ich stanem zdrowia wszystko jest w porządku. Dużo łatwiej jest dostrzec na świecie ludzi bogatszych od siebie, trudniej zaobserwować, że są oni także zdrowsi i mniej zagrożeni przedwczesną śmiercią. Rzeczy te nie rzucają się w oczy aż tak jak zamożność, towary konsumpcyjne czy warunki mieszkaniowe.

W Afryce ewolucja mikroorganizmów i ludzi przebiegała współzależnie, więc można powiedzieć, że choroby towarzyszyły człowiekowi przez całą jego historię. Dopiero niedawno nastąpiła ucieczka od chorób i przedwczesnej śmierci, a nadal wielu ludzi może nie rozumieć, że ta ucieczka jest w ogóle możliwa, a drogą do wolności jest dobra opieka medyczna. Regularnie badania Gallup World Poll wykazują, że w krajach bogatych i biednych odsetek osób, które uznają swój stan zdrowia za zadowalający, mimo ogromnych różnic w realistycznie ocenianej sytuacji zdrowotnej, jest taki sam. W wielu krajach na świecie, mimo kiepskich wyników i niskich nakładów, mieszkańcy w pełni ufają lokalnemu systemowi opieki zdrowotnej. W Stanach Zjednoczonych mamy do czynienia z odwrotną sytuacją, mimo ogromnych pieniędzy przeznaczanych na system opieki zdrowotnej, Amerykanie mu nie ufają. W jednym z badań pod tym względem Stany Zjednoczone znalazły się na 88. miejscu na 120 krajów, a ustąpiły miejsca m.in. Indiom, Wietnamowi i Kubie. Do największych skandali związanych z państwową opieką zdrowotną należy fakt, że w wielu krajach lekarze i pielęgniarki często nie pojawiają się w pracy. Badania na temat absencji pracowników służby zdrowia w pracy prowadził Bank Światowy, okazało się, że w wielu regionach jest to bardzo poważny problem, który dotyczy także sfery edukacji. Często pracownicy ci nie są odpowiednio opłacani i funkcjonuje tam niepisana zasada „oni udają, że pracują, a rząd udaje, że im płaci”. Ale powody są też inne. Pracownicy są nieobecni kiedy ludzie mają małe wymagania i niczego nie oczekują od służby zdrowia. Na szczęście nie wszędzie tak jest, w Indyjskim stanie Kerala, który znany jest z obywatelskiego zaangażowania i aktywizmu, dochodzi do ostrych protestów gdy jakaś klinika nie pracuje i dlatego absencja pracowników służby zdrowia w Kerali to rzadkość.

Prowadzący prywatne praktyki lekarze często prosperują świetnie w ubogich krajach, bo ich działalność uzupełnia niedostatki czy braki państwowego systemu opieki zdrowotnej. Jednak sektor prywatny ma też swoje pro-

blemy. Dostawca usług medycznych więcej zarobi, jeżeli wybierze usługi bardziej dochodowe lub wykona ich więcej. Z tego powodu firmy medyczne często oferują pacjentom, to co ci uznają za potrzebne, nawet jeśli naprawdę tego nie potrzebują. W Indiach lekarze prywatni regularnie podają pacjentom antybiotyki, często w formie zastrzyków i sprawiają, że ludzie chwilowo czują się lepiej i są zadowoleni. Kroplówki są również bardzo popularne i podobnie jak np. w Stanach Zjednoczonych zaleca się masowo badania obrazowe oraz badania na antygen prostaty (PSA). W Indiach dużą popularnością cieszą się także różnego rodzaju szarlatani, z których wielu nie ukończyło nawet szkoły średniej. Lekarze pracujący w publicznych szpitalach nie przepisują antybiotyków czy kroplówek „na żądanie”, ale z kolei nie mają czasu na przeprowadzanie badań, żeby dowiedzieć się czego dokładnie potrzebuje pacjent. Wybór między publiczną służbą zdrowia a lekarzem prywatnym nie jest zatem prosty. Tak naprawdę publiczna służba zdrowia powinna być godna zaufania, a sektor prywatny poddany właściwym regulacjom. W dużej liczbie krajów niestety, żaden z tych warunków nie jest spełniony.

Przyczyną z tego funkcjonowania odpowiedniej opieki zdrowotnej jest brak właściwych kompetencji i możliwości działania władz. Nawet w krajach najbogatszych zabezpieczenie ochrony zdrowia i regulacje z nią związane należą do najtrudniejszych, najbardziej kontrowersyjnych i nacechowanych politycznie kwestii. Pieniądże są także problemem, bo Indie i wiele krajów afrykańskich nie będą w stanie stworzyć lepszego systemu opieki zdrowotnej nie wydając na niego znacznie większych sum, niż ma to miejsce obecnie. Zmianie ulec musi również postawa i nastawienie mieszkańców wielu obszarów. Bez efektywnego rządu, czyli dobrze skonstruowanych ram prawnych, działającego systemu statystycznego, skutecznej struktury administracyjnej, dobrze wykształconych i sprawnych urzędników oraz odpowiednio wykształconej populacji, stworzenie poprawnie funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej jest bardzo trudne lub wręcz niemożliwe.

Bibliografia

- Deaton A., 2016, *Wielka ucieczka*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa.
Domosławski A., 2016, *Wykluczeni*, Wielka Litera, Warszawa.

Jacek Rosa

Wyższa Szkoła im. Bogdana Jańskiego w Warszawie

Próba antropologicznego spojrzenia na niepełnosprawność cudzoziemców w Polsce

Foreigners with disability in Poland – effort of anthropological analysis

Streszczenie: Autor podejmuje zagadnienie cudzoziemców z niepełnosprawnością w kontekście integracji społecznej w Polsce. Próbuje podjąć się oceny gotowości państwa do wspierania obywateli z niepełnosprawnością w zakresie edukacji, rozwiązań prawnych i instytucjonalnych.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, cudzoziemiec, antropologia

Abstract: The author deals with the phenomena of disability and foreigners in the context of social inclusion. He makes the effort to assess the preparedness of the state for the disabled foreigners in context of policies implied, education, legal solutions and institutions.

Keywords: disability, foreigner, anthropology

Cudzoziemcy z niepełnosprawnością to zjawisko nowe i trudne do interpretacji. Głębsze zainteresowanie problematyką związaną z pojawieniem się na scenie społecznej i w konkretnych kontekstach osób małych i dorosłych z niepełnosprawnością pochodzących z zagranicy oraz niepełnosprawnych dzieci urodzonych w Polsce w rodzinach cudzoziemców jest w naszym kraju czymś stosunkowo nowym

Z perspektywy usług publicznych (szkoła, opieka zdrowotna, pomoc społeczna) potrzeba analizy powiązania „niepełnosprawności” z „cudzoziemskością” zrodziła się z wielu powodów: trudności komunikacyjnych, świadomości ograniczenia i wynikającej z niego skuteczności/nieskuteczności narzędzi diagnostycznych, znacznej liczby małych cudzoziemców ze zdiagnozowanymi zaburzeniami mowy i uczenia się, trudności z przekonaniem rodzin do przestrzegania protokołów leczenia, trudności z zrozumieniem innych stylów opieki, a wreszcie, z zetknięcia z nieznanymi ideami niepełnosprawności, „dziwnymi” magicznymi i nadprzyrodzonymi interpretacjami i równie „dziwnymi” terapiami, niezgodnymi z oczekiwaniami lekarzy [Pawlak, M., Termin „integracja” jako narzędzie legitymizacji. Neoinstytucjonalna analiza uprawnienia działań w polu organizacyjnym obsługa i pomocy imigrantom w Polsce, „Studia Migracyjne – Przegląd Polonijny” 37/2/2011, 59-80]. Wszystko

to zdaje się wskazywać na pewne niedostosowanie tych narzędzi, a pewność, jaką miałyby one ze sobą nieść, coraz bardziej nam się wymyka. Jakie wyzwania stawiają niepełnosprawni obcokrajowcy przed naszymi rozwiązaniami organizacyjnymi, instytucjonalnymi, przed państwem opiekuńczym?

Przeformułowanie i głębsza analiza tych sytuacji oznacza zapoczątkowanie nowego nurtu studiów i badań oraz dobór podejść teoretycznych i narzędzi pojęciowych pomocnych w przeorientowaniu tych problemów w taki sposób, by umożliwić poszukiwanie rozwiązań [zob. Piotrowski, B., Analiza Desk Research kształcenia osób niepełnosprawnych oraz przygotowania kadry nauczycielskiej w tym zakresie - opracowana w ramach projektu E. PI SMOK-skuteczny model kształcenia nauczycieli szkół podstawowych w zakresie pracy z uczniami niepełnosprawnymi i przewlekle chorymi, Gdańsk 2012]. W tym kontekście niezbędny wydaje się wkład studiów antropologicznych skoncentrowanych na człowieczeństwie i kulturze. Mogą one stanowić teoretyczny i interpretacyjny fundament, pozwalający bliżej przyrzeć się kwestii kulturowej odrębności tych, którzy są od nas inni, migrantów, w obrazach i praktykach dotyczących tego, co nazywamy niepełnosprawnością, a zarazem zbadać ich bardziej złożone powiązania. W jaki sposób zatem antropologia może nam pomóc? Póki co przypomnijmy, że badania etnograficzne i lektury antropologiczne pozwalają nam uchwycić wymiar historyczny obrazu człowieka i świata oraz społecznych i kulturowych praktyk, dynamizm symbolicznego wymiaru „kultur” i ich przeobrażania.

Antropologia pomaga nam także uświadomić sobie, że kulturowa różnorodność nie jest muzealnym dziedzictwem Innego, ale dotyczy także Nas, nas zanurzonych w kulturze zachodniej, z naszymi historycznymi formami człowieczeństwa [zob. Chlewiński, Z., Religia a osobowość człowieka, 90-91, w: Zimoń, H., Religia w świecie współczesnym, Lublin 2001]. Ponadto traktując na serio kategorie antropologiczne, oddalamy się również od najbardziej esencjalistycznych interpretacji „kultur”, owych interpretacji retorycznych i folklorystycznych, które idą na łatwisnę, zamykając innych w stereotypach ich odrębności, traktując przynależność w sposób statyczny i tworząc wyobrażenie kultury danego miejsca jako jednakowego stroju, który wszyscy członkowie ciała społecznego noszą w identyczny sposób. A przecież przynależność kulturowa to wymiar złożony, nieustannie przepracowywany przez każdego z nas w sposób strukturalny, a zarazem płynny, podatny na przeobrażenia, zmienny; to wymiar przepuszczalny, uzewnętrzniony, w nieustannym kontakcie z innymi systemami kulturowymi, szczególnie w nowych zglobalizowanych i medialnych kontekstach, charakteryzujących się pluralizmem i wielokulturowością. Zbiór cech danej kultury ucieleśnia się w konkretnych osobach, które wymyka-

ją się wszelkiego rodzaju uproszczeniom: w jednostkach, które – w różnych wymiarach relacyjnych, indywidualnych, odtwarzają i ucieleśniają formy kultury w swoich subiektywnych światach i działają w tych formach, negocjują i re-negocjują kulturę, przyswajając ją sobie, konstruując specyficzne interpretacje kulturowego wątku przekazywanego przez procesy inkulturacji i socjalizacji [zob. Kempny, M., Woroniecka, G., Tożsamość i przynależność. O współczesnych przemianach identyfikacji kulturowych w Polsce i Europie, Toruń 2008]. Działania miałyby zatem być zawsze poddane uwarunkowaniom o charakterze społecznym, kulturowym i językowym, niekiedy wykorzystywanych świadomie jako „opór” na zmiany lub struktury władzy. Kultura jawi się zatem w formie dialogicznej, w zmaganiu.

Antropologiczne spojrzenie na migranta nie oznacza wtedy dopasowania go na siłę do ustandaryzowanego systemu odniesienia, lecz próbę „odczytania” jego chińskiej, rumuńskiej, filipińskiej czy afrykańskiej biografii i przyjrzenia się bliżej szczelinom, w których kryje się przynależność kulturowa, jej ukształtowaniu u konkretnej osoby i przeobrażeniu, jakim uległa w procesie migracji.

Ważnym tematem współczesnej antropologii jest bowiem pojęcie ucieleśnienia [zob. Nagórny, J., Antropologia moralna, 58-72, w: Wielka Encyklopedia Nauczania Jana Pawła II, Radom 2014] przydatne w naszym podejściu do zagadnienia inności i niepełnosprawności człowieka. Kultura nie jest ornamentem, estetycznym czy kosmetycznym elementem uniwersalnej substancji. Kody kulturowe – w ich wymiarze wiedzy, praktyki i technik – są strukturalne i niezbędne do bycia w świecie, są historycznymi formami, w których człowiek się wyraża. Są wreszcie ucieleśnionymi strukturami, które ukierunkowują działanie jednostek w sposób głęboki i zasadniczy i określają jego tożsamość. Kultura staje się ciałem, obraz świata jest wpisany w ciała ludzi tak głęboko, że wydaje się nam oczywisty, rozmywa się i zaczyna funkcjonować jako coś naturalnego.

Reifikacja elementów kulturowych jest fundamentalna dla naszego bycia w świecie. Jest oczywistością, którą migracja wystawia na próbę. Wszystko, co kiedyś wydawało nam się z góry ustalone i naturalne, w „nowym świecie” w dużej mierze traci swoją zdolność interpretacyjną. Klucze, które kiedyś pozwalały otwierać drzwi naszych światów, nie pasują do innego kraju, począwszy od kompetencji językowych świata i o świecie, o którym coraz trudniej jest mówić.

Ta materia, która czyni z nas wspólnotę, nasze ciało, nasze cechy fizyczne, genetyczne, biologiczne, są tak przepracowane przez procesy kulturowe, że w pluralistycznym kontekście społeczeństwa imigracyjnego możemy

poczuć się jedni wobec drugich „ciałami obcymi” – przez to, jak mówimy, jak się ubieramy, jak wychowujemy dzieci, jak pachniemy, jak chodzimy itd.

Samo nasze pojmowanie tego, czym jest człowieczeństwo, osoba, normalność, także jest owocem pracy kultury. Społeczny obraz człowieka jako bytu zasadzającego się na konstytutywnej, a zatem ontologicznej różnicy, wienien być analizowany w ściślejszej relacji do ujawniających się społecznych, ekonomicznych i politycznych przeobrażeń [Zob. Affergan, F., Borutti, S., Calame, C., Fabietti, U., Kilani, M., Remotti, F., *Figure dell'umano. Le rappresentazioni dell'antropologia*, Roma 2005]. Badania etnograficzne pokazały, że niemożliwe jest zdefiniowanie człowieczeństwa jako takiego, a pojęcia człowieczeństwa i osoby są ukształtowane kulturowo w przestrzeni i w czasie, są tworem kulturowym, charakteryzującym się ciągłym dynamizmem.

Tym samym jedno z podstawowych pytań w badaniach transkulturowych nad niepełnosprawnością to pytanie o relację „niepełnosprawności psychofizycznej” do pojęcia człowieczeństwa i osoby oraz o do różnic między osobami w ujęciu lokalnych kultur [Bardzo ciekawy tekst jest w: Ingstad, B., Reynolds Whyte, S., (eds.), *Disability and cultures*. University of California Press, Berkeley Los Angeles - London 1995]. Jak języki lokalne mówią o inności? Jak osoby z określonego miejsca w określonym momencie historycznym odnoszą się do jednostek, które my nazywamy niepełnosprawnymi? Jakie miejsce w innych społecznościach mają osoby dotknięte epilepsją, niewidome, głuchonieme, z porażeniem mózgowym, kulawe? W jaki sposób „normalni” zajmują się nimi? Kto się nimi opiekuje? Jakie mają możliwości społeczne, relacyjne, uczuciowe? Jak interpretuje się powody inności?

Nie ulega wątpliwości, że niewiele społeczności w dzisiejszym świecie nie zostało objęte zglobalizowanymi obrazami niepełnosprawności. Powodów jest wiele: obieg pewnej dominującej wiedzy, np. biomedycznej, umocnienie handlowych imperiów, np. farmakologicznego, upowszechnienie zachodnich koncepcji prawa i praw człowieka, których rzecznikiem są międzynarodowe agencje i instytucje, wreszcie – rozwój kulturowego pojęcia równości. Co nie zmienia faktu, że nadal mamy do czynienia z ogromnymi różnicami.

Badania prowadzona w innych społecznościach pokazują, że jednostki z określonym rodzajem upośledzenia lub cechami biologicznymi nie mogą – w tym kontekście – być uważane za ludzi [Papież Paweł III w bulli *Veritas ipsa* biorąc pod uwagę doktrynę teologiczną chciał położyć kres sporom i wydał werdykt, gdzie powiedział: *Indios veros homines esse*]. Istnieje pewna granica, pewien punkt, w którym człowieczeństwo jednostki staje pod znakiem zapytania. Czy „upośledzony” noworodek jest człowiekiem? A co jest ludzkie? I kiedy noworodek staje się człowiekiem, osobą, zaczyna należeć do świata osób?

Ale nie posuwając się tak daleko, do miejsc zbyt „egzotycznych”, w wielu zachodnich państwach (włącznie z naszym) aborcja „ułomnego” płodu traktowana jest traktowana jako bardziej dopuszczalna niż płodu „normalnego”. To sugeruje, że „ludzki” status „upośledzonej” jednostki jest bardziej nie pewny niż jednostki „normalnej”. Dyskusja na temat konieczności utrzymania przy życiu noworodków lub dorosłych dotkniętych bardzo poważnymi problemami także oznacza przypisanie im człowieczeństwa (zob. użycie terminu „stan wegetatywny”). Odwołuje się ona do pojęcia człowieczeństwa i uznania statusu osoby.

Tym samym problemy niepełnosprawnych od urodzenia lub problemy uwidaczniające się przy urodzeniu są w większym stopniu postrzegane jako nieludzkie niż problemy tych, którzy nabyli niepełnosprawność później, kiedy ich człowieczeństwo było już umocowane.

Warto podkreślić, że kulturowa konceptualizacja człowieczeństwa jest zmienna. Anomalie postrzegane jako nieludzkie znacznie się różnią w różnych społecznościach i nie odpowiadają dokładnie biomedycznym definicjom niepełnosprawności. Samo pojęcie niepełnosprawności jest nieznanne w wielu kontekstach i miejscach, gdzie nie istnieją ani osoby „niepełnosprawne” w znaczeniu, jakie my przypisujemy temu terminowi i tej semantycznej rzeczywistości, ani nawet lokalne terminy, na które można by przełożyć słowo „niepełnosprawność”. Tym samym antropologia pokazuje nam, że spojrzenie na niepełnosprawność wymaga uwzględnienia całego szeregu elementów, które konfigurują kulturowo obszary semantyczne i praktyki społeczne.

Długa droga naszej koncepcji niepełnosprawności

Warto przypomnieć, że pojęcia takie jak niepełnosprawność, upośledzenie, rehabilitacja, pojawiły się w Europie w określonych okolicznościach historycznych i to stosunkowo niedawno. „Niepełnosprawny” jako tożsamość społeczna bliska naszym koncepcjom jest natomiast ciągle „projektem w toku”, który kształtuje się za pośrednictwem ankiet, projektów badawczych, programów rehabilitacji i polityki rządów wielu krajów na południu świata – w miejscach symbolicznego podboju naszej wiedzy na temat człowieka, wiedzy prawnej, dotyczącej rozwoju, a zarazem podboju przez przemysł humanitarny i przemysł współpracy, a zatem wszędzie tam, gdzie nasze pojęcie niepełnosprawności, wdzierając się „dla dobra innego”, modyfikuje lokalne systemy definiowania tej kondycji. Procesy globalizacji sprzyjają poszerzaniu obszaru dominacji naszej idei niepełnosprawności. Od lat 80. różnorodność kulturowa w kontekście oceny niepełnosprawności stała się przedmiotem refleksji Świa-

towej Organizacji Zdrowia ze względu na wprowadzenie Międzynarodowej klasyfikacji uszkodzeń, upośledzeń i niepełnosprawności [*International classification of impairments, disabilities and handicaps* znana jako ICIDH WHO] i trudności w opracowaniu uniwersalnych taksonomii zjawisk podlegającym różnym wariantom kulturowym. Zresztą już wprowadzenie do Klasyfikacji z 1980 r. zapowiada konieczność rewizji, którą miała zostać przeprowadzona w 1993 r. Ważnym zadaniem w rewizji ICIDH miało być poszerzenie prezentacji oraz zilustrowanie tego, w jaki sposób zewnętrzne czynniki wpływają na komponenty ICIDH. Czynniki te, jak czytamy we Wprowadzeniu, są ściśle uwarunkowane kulturowo.

Jeśli osoba jest postrzegana jako byt nie „po prostu ludzki”, lecz „ludzki tak, że ma wartość i znaczenie”, wówczas możliwe jest bycie osobą w większym lub mniejszym stopniu. Możliwe są typy i stopnie człowieczeństwa (lub bycia osobą ludzką) i cechy danej osoby są potwierdzane i rozwijane w trakcie życia. Jakie więc znaczące cechy charakteryzują osobę? Indywidualne zdolności? Przynależność do wspólnoty? Rodzina? Nie ma ani jednej odpowiedzi dla danej kultury, ani uniwersalnego zestawu priorytetów. Dla wielu społeczności bycie członkiem rodziny lub posiadanie dzieci odgrywa znacznie większą rolę w „byciu osobą” niż zdolność do pracy.

Różnice między egocentrycznym i socjocentrycznym pojęciem osoby mogą być użytecznym narzędziem porównawczym. Tam, gdzie pojmuje się osobę w kategoriach indywidualnych zdolności i samorealizacji, możemy oczekiwać negatywnego wpływu niepełnosprawności na bycie osobą. Natomiast tam, gdzie osoby postrzegane są przede wszystkim z perspektywy relacji z innymi, te aspekty pozostaną bez znaczenia. Tymi dychotomiami, rzecz jasna, należy się posługiwać z wielką ostrożnością, choćby dlatego, że nierzadko współlistniają one w obrębie jednego kontekstu kulturowego. Najważniejszym wyzwaniem jest zrozumienie, jak określone cechy, niezależnie od tego, czy są to „upośledzenia”, „dary Boże”, „zesłane przez Boga próby” czy też kary za popełnione winy, utrudniają lub ułatwiają samorealizację i integrację relacyjną w określonym świecie kulturowym.

Kulturowa konstrukcja niepełnosprawności w społeczeństwie zachodnim

Transkulturowe podejście do tego tematu obejmuje analizę kulturowej konstrukcji niepełnosprawności także w zachodnim społeczeństwie.

Dla przykładu, w oparciu o jaką wiedzę i zgodnie z jakim światopoglądem biomedycyna i wspierający ją aparat instytucjonalny wypracowują swoje kategorie niepełnosprawności? [zob. Pizza, G., *Antropologia medica*. Saperi,

pratiche e politiche del corpo, Roma 2005]. Taksonomia opiera się koncepcjach biomedycznych podkreślających utratę lub anormalność struktury lub funkcji psychologicznej lub fizjologicznej, na idei ciała postrzeganego z perspektywy normalności opartej na zakresie efektywności [Zob. Tamże]. Jednak efektywność jest tematem silnie uwarunkowanym przez kulturę, np. w naszych kontekstach centralną kwestią w ujęciu efektywności jest, jak już powiedziano, praca. Niezdolność do pracy jest zatem jednym z kryteriów określających dostosowanie osoby i jej społeczny charakter. I oto nasze kulturowo określone pojęcie niepełnosprawności definiuje się z punktu widzenia klinicznego w ramach dyskursu biomedycznego, sankcjonującego doskonałą funkcjonalność, psychologię i fizjologię rozwojową jednostek normalnych i nie-normalnych. Narzędzia diagnostyczne i ewaluacyjne, skale itd. wpisują niepełnosprawnych w matrycę społeczną inności, która czyni z nich kategorię kliniczną i prawnie chronioną. Jest to wynik złożonej drogi, którą przebyliśmy przez ostatnie pięćdziesiąt lat. Niepełnosprawność została zinstytucjonalizowana i zreififikowana. To, co wiąże się z rehabilitacją i poprawą warunków życia osób niepełnosprawnych zaowocowało stworzeniem nowych towarów i usług, otwierając rynek, który ciągle rośnie.

Moglibyśmy powiedzieć, że niepełnosprawni są konsumentami całego szeregu produktów z pewnej niszy rynkowej i że także ten aspekt określa tożsamość społeczną niepełnosprawnych, budując zarazem – poprzez współdzielenie towarów i usług z innymi niepełnosprawnymi – pewną przynależność grupową. Dzisiaj „jesteśmy wszyscy jednakowi”, mamy równe prawa jako „osoby”, mamy różne zdolności, które należy wskazać i rozwijać w ramach idei różnorodności/inności postrzeganej jako wartość, a nie powód do stygmatyzacji i wykluczenia. Budowanie ideologii antydyskryminacyjnej i równych szans, realizujące się w różnych środowiskach (kobiety, małoletni, migranci, niepełnosprawni itd.), ma dziś zapewnić ochronę osobom niepełnosprawnym poprzez szczególne regulacje prawne. Nasza pedagogiczna idea niepełnosprawności traktuje niepełnosprawne dziecko/niepełnosprawnego ucznia jako pełnoprawną osobę, której należy w pełni zagwarantować prawo do nauki, umożliwić realizację obowiązku szkolnego w warunkach inkluzji w konteksty szkolne. A wszystko to dzięki ogromnej literaturze i sieci intelektualistów, naukowców, asystentów społecznych, rodzin i stowarzyszeń, którzy myśl przekuli w czyn. Inkluzja szkolna i społeczna, którą na poziomie medyczno-sanitarnym wspiera szereg czynności ewaluacyjnych ze strony specjalistów wpisuje osobę w stosowane kategorie diagnostyczne, poświadcza ten fakt według „naukowej” kodyfikacji, co z kolei prowadzi do dalszych czynności technicznych i prawnych decydujących o jego prawach.

Te dwa terminy „niepełnosprawność” i „cudzoziemskością” towarzyszą nam i określają wpisanie kwestii w myśl społeczną i szczególną kulturę, która za cel stawia sobie inkluzję wszelkich inności, jako zadanie polityczne, prawne i instytucjonalne. Cały ten aparat instytucjonalny skonstruowany wokół niepełnosprawności jest częścią naszego dyskursu społecznego o osobie, której inność jest powszechnie uznana - postrzegana dziś jako możliwy atut inność, w którą państwo opiekuńcze powinno inwestować.

Bibliografia

- Affergan F., Borutti, S., Calame, C., Fabietti, U., Kilani, M., Remotti, F., *Figure dell'umano. Le rappresentazioni dell'antropologia*, Roma 2005.
- Chłewiński Z., *Religia a osobowość człowieka*, w: Zimoń, H., *Religia w świecie współczesnym*, Lublin 2001.
- Ingstad B., Reynolds Whyte, S., (eds.), *Disability and cultures*. University of California Press, Berkeley Los Angeles - London 1995.
- International classification of impairments, disabilities and handicaps*, Geneva 2001.
- Kempny M., Woroniecka, G. *Tożsamość i przynależność. O współczesnych przemianach identyfikacji kulturowych w Polsce i Europie*, Toruń 2008.
- Nagórny J., *Antropologia moralna, 58-72*, w: *Wielka Encyklopedia Nauczania Jana Pawła II*, Radom 2014.
- Pawlak M., Termin „integracja” jako narzędzie legitymizacji. Neoinstytucjonalna analiza uprawomocnienia działań w polu organizacyjnym obsługa i pomocy imigrantom w Polsce, „*Studia Migracyjne – Przegląd Polonijny*” 37/2/2011, 59-80.
- Piotrowski B., *Analiza Desk Research kształcenia osób niepełnosprawnych oraz przygotowania kadry nauczycielskiej w tym zakresie- opracowana w ramach projektu E. PI SMOK- skuteczny model kształcenia nauczycieli szkół podstawowych w zakresie pracy z uczniami niepełnosprawnymi i przewlekle chorymi*, Gdańsk 2012.
- Pizza G., *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma 2005.

Janina Florczykiewicz

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach

Wydział Humanistyczny

Eugeniusz Józefowski

Akademia Sztuk Pięknych im. Eugeniusza Gepperta we Wrocławiu

Warsztat twórczy w pracy z dzieckiem z niepełnosprawnością powstałą w wyniku przewlekłej choroby

Creative workshop in working with a child with disability resulting from chronic illness

Abstrakt: Podjęta problematyka mieści się w obszarze dydaktyki i dotyczy metod stosowanych w pracy z dziećmi z niepełnosprawnością. W tekście zaprezentowano warsztat twórczy pt. „Książka z dziurami” opracowany dla dzieci, u których niepełnosprawność jest wynikiem przewlekłej choroby. Został on przeprowadzony w 1990 roku przez Eugeniusza Józefowskiego (autora warsztatu) w Klinice Dziecięcej w Groningen (Holandia), co pozwoliło na weryfikację przyjmowanych założeń. Rezultat w postaci poprawy nastroju uczestników wskazuje, że warsztat ten realizuje cele ważne w pracy z dzieckiem niepełnosprawnym. Pozwala to stwierdzić, że warsztat twórczy jest efektywną metodą wsparcia.

Słowa kluczowe: pedagogika, niepełnosprawność, warsztat twórczy, edukacja sztuką, metody wsparcia

Summary: The problem is located in the area of didactics and concerns methods used in working with children with disabilities. In the text was presented the creative workshop entitled „The book with holes” developed for children of which disabilities is the results of chronic illness. It was conducted by Eugeniusz Józefowski in 1990, at the Children's Clinic in Groningen (the Netherlands). The result of improving the mood of the participants indicates that this workshop is carrying out goals that are very important for children with disabilities. This allows to say, that the creative workshop is an effective method of support.

Keywords: pedagogics, disability, creative workshop, education by art, methods of support

Warsztat twórczy jako metoda rozwoju podmiotowego

Warsztat twórczy to metoda wypracowana na bazie działań określanych akcjami plastycznymi, których rozwój i upowszechnienie w pracy z drugim człowiekiem związane jest z działalnością grupy pARTner, przypadającą na lata 80. XX wieku [Florczykiewicz, Józefowski, 2011, s. 48]. Akcje plastyczne były działaniami grupowymi, zaplanowanymi przez artystę, ich celem było inicjowanie doświadczenia uczestników na bazie kreacji plastycznej. Owo doświadczenie będące wynikiem niepowtarzalnej sytuacji tworzonej w

aranżowanych przez artystę działaniach obejmowało zarówno poznanie (wiedzę), jak i emocje, było „pogłębionym przeżywaniem świata”, prowadzącym do „przewartościowania dotychczasowego obrazu rzeczywistości” i uaktywnienia postawy twórczej [Józefowski, 2012, s. 13-14]. Przyjmowano, że doświadczenie uczestnika tych działań wspiera/inicjuje rozwój podmiotowy.

W warsztacie twórczym zakłada się, analogicznie do założeń przyjmowanych przy akcji plastycznej, że inicjowane w nim doświadczenia wpływają na rozwój podmiotowy, natomiast w odróżnieniu od akcji warsztat posiada ściśle określoną strukturę, wyznaczającą zarówno zakres aktywności podejmowanej na określonym etapie działania, jak i ściśle przypisane jej cele. Kluczową jednak cechą warsztatu twórczego jest jego osadzenie w sztuce, które wyraża się w jego zamyśle i formie: „Warsztat twórczy ujmowany jako realizacja artystyczna w obszarze sztuki współczesnej (...) jest symultanicznym działaniem kilku osób przy kreacji plastycznej, ukierunkowanym na intensyfikację podmiotowego doświadczenia (...) sytuacją artystyczną aranżowaną przez artystę, procesem organizującym pole estetyczne...” [Józefowski, Florczykiewicz, 2015, s. 39-40]. Fakt ten implikuje konieczność rozpatrywania edukacyjnego wymiaru warsztatu twórczego w kontekście terapeutycznych właściwości sztuki, a ściślej procesu kreacji w sztuce. Tak, więc zakładany w warsztacie rozwój podmiotowy jest inicjowany za pośrednictwem mechanizmów towarzyszących kreacji wizualnej, a nie, co należy podkreślić, poprzez właściwości usprawniania czy tworzenia wypowiedzi wizualnej za pośrednictwem czynności rysowania, malowania czy konstruowania obiektów plastycznych realizowanych w działaniach pedagogicznych¹.

Edukacyjne implikacje warsztatu twórczego wynikają z jego ukierunkowania na inicjowanie doświadczenia podmiotowego, które intensyfikuje rozwój. Warsztat twórczy jest dedykowany do pracy grupowej z osobami w różnym wieku (dzieci, młodzieży, dorosłych) i dotkniętymi różnymi problemami (deficytami, chorobami, zaburzeniami) czy nieprzystosowanych społecznie, koncepcja warsztatu jest zdeterminowana potrzebami uczestników warsztatu. Charakter potrzeb uczestników warsztatu wyznacza ostateczną koncepcję.

Dla pracy z osobami z niepełnosprawnością istotnym obszarem stają się nie tylko cele powiązane z samopoznaniem, budowaniem poczucia własnej

¹ W literaturze dotyczącej arteterapii nader często spotyka się nieuprawnione zaliczanie działań opartych na ekspresji plastycznej lub posługiwaniu się technikami plastycznymi w obszar sztuki, co naszym zdaniem wynika z niezrozumienia istoty sztuki, jej terapeutycznego i pedagogicznego aspektu, a skutkuje deprecjonowaniem jej wartości.

wartości ale też te związane z podwyższaniem nastroju wpływające na kształtowanie dobrostanu emocjonalnego - warsztat twórczy zapewnia ich realizację².

Zastosowanie warsztatu twórczego w pracy z dziećmi przewlekle chorymi

Przykładem pracy metodą warsztatu twórczego z osobami z niepełnosprawnością jest „Książka z dziurami”. Warsztat ten został przeprowadzony przez Eugeniusza Józefowskiego w Klinice Dziecięcej w Groningen (Holandia) w 1990 roku, przy udziale Bena Schasfoort - holenderskiego rzeźbiarza i pedagoga, który przyjął rolę tłumacza. Warsztat był dedykowany hospitalizowanym tam dzieciom, ciężko i przewlekle chorym, stąd jego koncepcja była warunkowana ich potrzebami.

Przyjmując definicję rekomendowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) przez niepełnosprawność należy rozumieć: „ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu” [Wilmowska, <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/niepelnospraw-nosc;3947453.html>]. Niepełnosprawność może być zatem wynikiem czasowej utraty sprawności w wyniku choroby - tak też stało się w przypadku uczestników omawianego warsztatu. Dzieci „przyjechały na elektrycznych wózkach lub na łózkach i były podłączone do medycznych aparatów. Stan niektórych dzieci był bardzo ciężki. Wiele przebywało stale z rodzicami.” [Józefowski, 2009, s. 8] lub opiekunami, którzy stali się mimowolnymi uczestnikami warsztatu.

Przewlekła choroba oprócz skutków fizycznych wywołuje negatywne skutki emocjonalne, które są niemniej dotkliwe i trudne do złagodzenia. Dzieci nią dotknięte cechuje wzmożone pobudzenie wewnętrzne połączone z niestabilnością emocjonalną, mogą reagować nadmiernie lekliwie lub impulsywnie, mają trudności w komunikacji uczuciowej a ponadto wykazują tendencje do autokarania i samoobwiniania się [por. Pilecka, 1998]. Choroba przewlekła wpływa deprymująco na zaspokojenie potrzeb dziecka, szczególnie potrzebę radości życia i aktywności fizycznej³ [Ostrowski, 1995].

² Opis mechanizmów powiązanych z realizacją tych kategorii celów w warsztacie twórczym został zamieszczony w monografiach: E. Józefowski, J. Florczykiewicz, 2015, *Warsztat twórczy jako okazja rozwoju podmiotowego w przestrzeni sztuki*, Jaks, Wrocław; J. Florczykiewicz, E. Józefowski, 2011, *Arteterapia w edukacji i resocjalizacji. Wybrane działania arteterapeutyczne i studia empiryczne*, Wydawnictwo UPH, Siedlce.

³ Potrzeby dzieci podaję za: T. Ostrowski, 1995, *Potrzeby psychiczne z dzieci chorych somatycznie*, Kraków.

W świetle powyższych danych istotnym staje się złagodzenie napięcia i lęku, czemu służy odwrócenie uwagi i podwyższanie nastroju. Celem zaplanowanych działań było zatem podwyższenie nastroju dzieci i oderwanie ich od myślenia o chorobie i cierpieniu. Zamysłem towarzyszącym tworzeniu koncepcji warsztatu stało się zaferowanie aktywności nieznannej, nietypowej, wzbudzającej ciekawość, a ponadto atrakcyjnej. Obiektem plastycznym realizowanym podczas warsztatu była książka artystyczna. Wybór ten związany był z atrakcyjnością proponowanego działania, ale przede wszystkim został podyktowany ograniczeniami aktywności ruchowej uczestników.

Etapy działania warsztatowego obejmowały: (1) wybór i przygotowanie materiału do kreacji (2) trening wyobraźniowy, (3) kreację plastyczną, (4) omawianie prac. Autorska koncepcja warsztatu twórczego [zob. Józefowski, 2012], została poszerzona o etap wyboru materiału do kreacji, który w przypadku tego warsztatu miał kluczowe znaczenie. Na początku spotkania dokonano przeglądu kartek przygotowanych przez Artystę prowadzącego warsztat, które miały stać się tworzywem książki. Kartki wykonane były z grubej, tektury w różnych kolorach, każda z nich została przekształcona poprzez wycięcie, wydarcie lub wypalenie dziur w różnych układach. Każda była inna, a ich liczba przewyższała liczbę uczestników warsztatu. Dzieci miały wybrać jedną kartę emocjonalnie im najbliższą, tj. taką z którą identyfikują swoje aktualne samopoczucie [tamże]. Podziurawione karty, zgodnie z zamysłem autora warsztatu miały być metaforycznym odniesieniem do psychofizycznego stanu dzieci wywołanego chorobą, ich wybór był symbolicznym przeniesieniem ich aktualnej identyfikacji tożsamościowej (powiązanej chorobą i jej konsekwencjami dla podmiotu) w rzeczywistość wizualną.

Po dokonaniu wyboru odbył się trening wyobraźniowy. Jego celem było zainicjowanie wyobrażenia harmonii i pełni, które miało odwrócić uwagę od choroby i bólu oraz wywołać przyjemne myśli - w konsekwencji miało to podwyższyć nastrój uczestników. Dzieci zostały poproszone o zamknięcie oczu i skupienie się na wyobrażeniach (obrazach) jakie pojawiały się w wyniku wypowiedzianego przez Artystę tekstu. Trening był prowadzony w języku polskim i tłumaczony przez Bena, zdanie po zdaniu, na język holenderski, co potęgowało atmosferę tajemniczości i odczucie ważności zainicjowane podczas wyboru kart.

Zadaniem uczestników było plastyczne przetworzenie wybranej kartki, tak aby oddawała ich optymistyczny nastrój wywołany w treningu wyobraźniowym. Dzieci miały do dyspozycji narzędzia do rysowania, cięcia i klejenia. Sposób przekształcania był dowolny - mogły rysować, pisać, giąć, itp. Ze względu na ograniczoną sprawność ruchową chorych dzieci w przekształcaniu

kart pomagały im opiekujące się nimi osoby (opiekunowie medyczni lub rodzice), w wielu przypadkach dzieci udzielały tylko instrukcji. Obserwacja tych działań i relacji zachodzących podczas kształtowania kart ukazała, że był to proces niezwykle ważny dla dzieci. Świadczyły o tym ich wypowiedzi podczas pracy. W powstałych pracach uderzała przede wszystkim szczerść i otwartość wypowiedzi.

Na koniec karty zostały złożone w przygotowanym wcześniej przez Artystę etui zyskując w ten zamierzony sposób formę książki artystycznej, która stała się własnością szpitala.

Warsztat nie tylko pozwolił chorym dzieciom na oderwanie się od myśli o ich cierpieniu, jego zaletą było zaproponowanie innej, niecodziennej dla nich aktywności. Jej charakter pobudzał wyobraźnię i kreatywność, które wywołując emocje pozytywne⁴ stały się wartością dodaną warsztatu.

Podsumowanie

Forma jednospotkaniowa warsztatu, która jest jednorazowym działaniem ukierunkowanym na określony cel nie daje możliwości realizacji celów w postaci budowania poczucia własnej wartości, podwyższania samooceny, czy kształtowania dobrostanu emocjonalnego, rozumianego jako długotrwałe utrzymujące się pozytywne samopoczucie, stanowiące wynik występowania stabilnej emocjonalności w dłuższym okresie czasu, niepodatny na chwilowe zmiany nastroju czy gwałtowne afekty, ale z pewnością może być ich początkiem [Diener, Lucas, 2005].

Opisany warsztat miał realizować cel doraźny związany z poprawą nastroju, nie zakładano utrzymywania się w czasie uzyskanych rezultatów. Znaczenie tej realizacji należy raczej rozpatrywać w kategoriach pilotażu ukierunkowanego na rozpoznanie jej efektywności. Obserwacja reakcji dzieci towarzyszących działaniom oraz ich wypowiedzi wskazują jednoznacznie na realizację zamierzonych celów. Pozwala to na sformułowanie wniosku, że forma warsztatu twórczego jest efektywnym sposobem podwyższania nastroju dzieci ciężko i przewlekle chorych, pozwalających im na doświadczenie radości, której źródłem jest kreatywne działanie. W związku z tym można założyć, że cykliczna realizacja warsztatów twórczych ma szansę przyczynić się do

⁴ T. Kocowski (1991) nazywa emocje towarzyszące procesowi twórczemu filokreatywnymi, zaliczając do nich zaciekawienie, radość, sympatię interpersonalną i inne emocje pozytywne, a ich rolę wiąże z tworzeniem nowych pomysłów.

podwyższenia dobrostanu emocjonalnego, ograniczając tym samym doświadczaną traumę, poczucie bezsensu życia czy lęk.

Zgodnie z ustaleniami poczynionymi na początku warsztatu nie stworzono dokumentacji fotograficznej z jego przebiegu, nie sfotografowano również powstałego obiektu, ze względu na osobiste treści, stąd tekst nie zawiera dokumentacji załączanej zwykle przy opisie działań warsztatowych.

Bibliografia

- Diener E., Lucas R., 2005, *Dobrostan emocjonalny*, [w:] M. Levis J. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji*, GWP, Gdańsk.
- Florczykiewicz J., Józefowski E., 2011, *Arteterapia w edukacji i resocjalizacji. Wybrane działania arteterapeutyczne i studia empiryczne*, Wydawnictwo UPH, Siedlce.
- Józefowski E., Florczykiewicz J., 2015, *Warsztat twórczy jako okazja rozwoju podmiotowego w przestrzeni sztuki*, JAKS, Wrocław.
- Józefowski E., 2012, *Możliwości zastosowania akcji plastycznych w klasach początkowych*, w: E. Józefowski E., Stefańska A., Szabelska-Holeksa M., *O arteterapii, edukacji i sztuce - teksty rozproszone i niepublikowane*, Wydawnictwo UAM, Poznań.
- Kocowski T., 1991, *Aktywność twórcza człowieka. Filogeneza. Funkcja. Uwarunkowania*, [w:] H. Sęk, A. Tokarz, *Szkice z teorii twórczości i motywacji*, SAWW, Poznań.
- Ostrowski T., 1995, *Potrzeby psychiczne z dzieci chorych somatycznie*, Kraków
- Pilecka W., 1998, *W chorym ciele zdrowy duch*, „Charaktery” nr 6.

Źródła internetowe:

- Wilmowska A., *Niepełnosprawność*, [w:] Encyklopedia PWN, <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/niepelnosprawnos;3947453.html> [dostęp: 27.05.2017].

- II -

Z PRAKTYKI INKLUZJI
INCLUSION IN PRACTICE

Hanna Żuraw
Pedagogium WSNS

Osoba z wadą wymowy w poglądach kandydatek do zawodu nauczyciela The person with speech impediment in the opinion of candidates for teacher profession

Streszczenie: W strukturach ludzkiego umysłu zawarte są prototypy wyglądu, porozumiewania się, rozwoju i funkcjonowania człowieka. Działają one jako swego rodzaju filtry kształtujące procesy percepcyjne. Uruchamiają podziały na swoich i obcych. Czasem prowadzą do marginalizacji ludzi uznawanych za innych. W niniejszej pracy poznawano poglądy dotyczące ludzi z wadami wymowy. Przeprowadzono badania sondażowe wśród kandydatek do zawodu nauczyciela. Stwierdzono, że badane osoby przejawiają relatywnie mały dystans wobec ludzi z wadą wymowy. Dostrzegają jednak szereg ich problemów.

Słowa kluczowe: ryzyko wykluczenia społecznego, wada wymowy, procesy percepcyjne, reakcje na inność

Abstrakt: Prototypes of human development, appearance, communication are localised in human mind. They are functioning like filter. They are background in elicitation of social divisions and classification of people into two groups - the same and the others. According to knowledge about stereotypes I analysed opinions about people with communication disorders. Respondents declared relatively little distance to these groups but they perceived many troubles in living with people with communication disorders.

Keywords: Risk of social exclusion, communication disorder, perception of stereotypes, social reaction

Wstęp

W strukturach ludzkiego umysłu zawarty jest prototyp wyglądu, rozwoju i funkcjonowania a w tym komunikowania się człowieka. Działają one na zasadzie filtru strukturyzującego informacje dotyczące spotykanych przez niego ludzi. Uruchamia podziały na swoich i obcych. Jednostki, których wygląd, sposób działania odpowiada prototypom są kwalifikowane jako swoje, zaś istoty, których wygląd jest sprzeczny z prototypami są kwalifikowane do kategorii innych, co implikuje zachowanie wobec nich dystansu, czasem niechęci i dyskryminacji. Błędem byłoby przypuszczać, że każda różnica uru-

chamia procesy stereotypizacji i stygmatyzacji. Elementarne znaczenie ma wyrazistość cechy i skojarzenia jakie ona budzi – dzieje się tak, gdyż znaczenie odmienności wykracza poza ramy samej biologiczności i znajduje kontekst socjokulturowy. Tak samo rzecz się ma z wadami wymowy. Są one zjawiskiem wieloaspektowym, którego skutki mogą uwidocznić się w płaszczyznach biologicznej, psychologicznej i społecznej. O ile jednak realtywnie dobrze poznane są biomedyczne i psychologiczne mechanizmy przyczyn ,skutków wad w mówieniu jak też procedury ich ograniczania lub wręcz eliminowania, to kwestie społecznych aspektów wydają się być mało spenetrowane badawczo. Nieliczne analizy wskazują możliwości doświadczania piętnowania i izolacji dotkniętych nimi osób. Niniejsze opracowanie jest formułą wypełnienia luki w istniejącym materiale badawczym. Epistemologicznie ujmując ,praca niniejsza odnosi się do kwestii reakcji na inność i nawiązuje do studiów etnologicznych i antropologicznych dotyczących istoty człowieczeństwa. Zarazem jest umiejscowiona w studiach nad zjawiskami wykluczenia społecznego i procesami percepcji. Sięgam, w tym zakresie, do analiz ukazujących uwarunkowania społecznego scalania mających swe miejsce w psychologii społecznej i teorii integracji społeczeństwa jako systemu. Szczegółowo ujmując, kontekst teoretyczny niniejszych rozważań stanowią teorie poznawcze odnoszące się do procesów percepcyjnych, a także szczegółowe koncepcje psychologii piętna, teorii atrakcyjności , teorii kar i nagród, teoria zgodności poznawczej, opcje psychologii ewolucyjnej, psychologii rodzaju, psychologii ekonomicznej. Za istotne uważam także teorie ukrytego rasizmu, i fenomen myślenia magicznego aktywizowanego w sytuacji niepewności i lęku.

W szczególności znaczące są studia zakresu socjologii medycyny i antropologii ciała ukazujące jego wartość w perspektywie aktywizmu i produktywizacji jak też presji czasu eksponującej rolę szybkości (Parsons 1969, Eichberg 1978, Bale 2004). Z tego punktu widzenia wartościowym jest człowiek, który porozumiewa się sprawnie- co zdaje się być równoważne tu z terminem produktywnie. Mówi zwięźle ,bez zbędnych przerw, oddając istotę rzeczy. Osoby mające problemy w mówieniu są w tym ujęciu narażone na wykluczenie jako nie dysponujące właściwymi kompetencjami komunikacyjnymi. W niniejszym opracowaniu ukazano kompendium wiedzy pozwalającej wyjaśniać reakcje na inność w zakresie porozumiewania się. Kolejno, ujęto kwestie wad wymowy i funkcjonowania psychospołecznego osób nimi dotkniętych jak też specyfikę zjawisk percepcyjnych uruchamiających reakcje wobec inności. Następnie zaprezentowano wyniki badań własnych nad

wizerunkiem osoby z wadą wymowy w poglądach osób z wykształceniem wyższym-kandydatów do zawodu nauczyciela.

1. Wada wymowy jako czynnik stereotypizacji

Mówienie i wady wymowy

70% czasu ludzkiego życia poza snem zajmują ludziom czynności porozumiewania się. W tym 32% zajmuje nam mówienie i 42-57% słuchanie. W tym, jak wskazuje Mehrabian - 7% całości przekazu pochodzi ze słów, 38% wnioskujemy z intonacji głosu, a 55% stanowi komunikacja niewerbalna (Peace 2008). Już samo zestawienie liczbowe pokazuje powszechność i złożoność procesu komunikacji. Opiera się ona na odbiorze doznań wzrokowych, słuchowych i ruchowych. Wymaga od stron kontaktu różnorodnych kompetencji, których brak prowadzi do większych lub mniejszych utrudnień w porozumiewaniu się, a w perspektywie dalszej -implikuje wykluczenie jednostki lub i jej marginalizację. Istotnym składnikiem komunikacji jest mowa. Jej najpopularniejszą definicję sformułował Leon Kaczmarek (1984) , który definiuje mowę z dwu punktów widzenia - społecznego i indywidualnego. W pierwszym ujęciu traktuje mowę jako akt w procesie porozumiewania się w słowie; w drugim - opisuje mowę jako budowanie i odbiór wypowiedzi. Syntetycznie ujmując, mowa jest czynnością polegającą na budowaniu i odbiorze (rozumieniu) komunikatów językowych słownych. Do skutecznego porozumiewania się niezbędne jest opanowanie zdolności mowy czyli dźwiękowego porozumiewania się. Nie jest mowa umiejętnością wrodzoną. Człowiek uczy się jej w trakcie swojego rozwoju zachodzącego poprzez kontakty społeczne. Niekiedy jednak pojawiają się zaburzenia podczas tego procesu. Mają różną genezę. Jedne z nich są spowodowane czynnikami biologicznymi ,inne-społecznymi. Prowadzić mogą w skrajnej postaci do braku komunikacji słownej lub do jej zubożenia albo też do wad wymowy.

Wymowa danej osoby jest wtedy wadliwa, gdy różni się od tej, jaka jest używana przez grupę społeczną, do której należy dana osoba. Dla Polaków, punktem odniesienia i swoistym wzorcem będzie poprawnie mówiący Polak. Nie można bowiem porównywać osób różnej narodowości. To, co w Polsce jest postrzegane jako wada, np. niewyraźne „r” – w innych krajach będzie wymową poprawną.

Należy odróżnić dwa pojęcia – zaburzenia mowy i wady wymowy. Zaburzenie mowy jest pojęciem szerszym. Wady wymowy (inaczej wady artykulacyjne) są tylko jednym z rodzajów zaburzeń mowy. Naukowo określa się je mianem dyslalii. Pojawia się ona wówczas, gdy dana osoba ma pro-

blem z prawidłową artykulacją, czyli właściwym wymawianiem poszczególnych głosek. Wyróżnia się kilka rodzajów wad wymowy. Są to seplenienie (sygmatyzm), wymowa bez dźwięczna, jąkanie, afazje, reranie (rotacyzm) - palatolalia (przy podniebieniu gotyckim), kappacyzm – gammacyzm (Czaplewska 2012, Minczakiewicz 1997, Sottys-Chmielowicz 2008, Skorek 2004, Stecko 1996, Styczek 1980 i in.).

Czynniki wywołujące zaburzenia mowy są różne. Dzieli się je na endogenne (wewnątrzpochodne) i egzogenne (zewnątrzpochodne). Do czynników wewnątrzpochodnych zalicza się niską sprawność ruchową narządów artykulacyjnych (języka, warg, podniebienia miękkiego), wady zgryzu i anomalie zębowe (wymowa międzyzębowa), upośledzenie słuchu fizjologicznego (zaburzenia artykulacji, melodii, intonacji, elizje), nieprawidłową budowę aparatu mowy (rozszczep podniebienia, warg, zbyt duży lub mały język, skrócone wędzidełko), przerost trzeciego migdałka (nosowanie, wymowa międzyzębowa), dysfunkcję słuchu fonematycznego (odpowiadającego za procesy analizy i syntezy słuchowej). Do czynników zewnątrzpochodnych (tkwiących w rodzinie) należą mówienie do dziecka językiem nianiek (spieszczanie), nadmierny rygoryzm lub liberalizm co do mowy dziecka, ograniczone kontakty z matką do 2. r.ż., zaniedbania zdrowotne matki w ciąży (niedożywienie, używki), niewłaściwa atmosfera rodzinna, nieprawidłowe wzorce wymowy w domu, brak okazji do rozwijania mowy (rozmowy, czytanie książek, oglądanie ilustracji, gry językowe) (Minczakiewicz 1997, Matuszewski 1966, Stecko 1996).

Bez względu na wiek pojawienia się, wszystkie zaburzenia negatywnie wpływają na kształtowanie się osobowości dziecka, a szczególnie na rozwój kontaktów społecznych.

Psychospołeczne problemy osób z wadą wymowy

Dzieci z zaburzeniami mowy stanowią aż około 30% populacji podejmującej naukę w szkole podstawowej. Wśród nieprawidłowości związanych z mową dominuje dyslalia, jąkanie oraz opóźniony rozwój mowy (G. Miłkowska-Olejniczak, 2000). Dzieci z tego typu zaburzeniami bardziej niż inne narażone są na występowanie trudności w nauce. Często z niskimi wynikami w nauce współwystępuje bardzo niska motywacja do nauki. Związek zaburzeń mowy z trudnościami w nauce ma charakter obustronny. Z jednej strony zaburzenia mowy przyczyniają się do trudności w nauce, z drugiej zaś przedłużające się niepowodzenia w nauce powodują u uczniów zaburzenia mowy np. jąkanie. Wpływ takich zaburzeń na trudności w nauce przejawia się we wszystkich przedmiotach wymagających od dziecka poprawności pisania,

czytania, wypowiedziania się. Ale najwięcej problemów przysparza uczniowi nauka pisania i czytania. Dzieje się tak dlatego, że język polski odznacza się dużym stopniem fonetyczności. Z tego też powodu warstwa graficzna stanowi w dużym stopniu fonetyczne odzwierciedlenie substancji fonicznej. Ma to istotne znaczenie dla dzieci z dyslalią, czyli zaburzeniami artykulacyjnymi. Uczeń rozpoczynając naukę szkolną "pisze tak jak mówi". Jeżeli więc nieprawidłowo wymawia jakieś głoski, to niewłaściwie je zapisuje. Błędy pisma na skutek wadliwej wymowy dotyczą najczęściej głosek, które ulegają substytucji, czyli zamianie głosek. Jeżeli zatem dziecko mówi np. "l" zamiast "r" lub "s" zamiast "sz" to będzie także zapisywało w tych wyrazach gdzie występuje "sz" i "r" głoski które wymawia czyli "l" i "s"(np. rak - lak; szafa - safa). "W literaturze przedmiotu znaleźć można wiele przykładów oddziaływania niezgodnej z normą substancji fonicznej na substancję graficzną lub prościej mówiąc - odbicia wad wymowy w piśmie" (G. Miłkowska-Olejniczak, 2000, s. 340). Problemy w uczeniu się w istotnym stopniu utrudniają osiągnięcie sukcesów w szkole. Do wtórnych acz ważnych konsekwencji zalicza się poczucie niższej wartości, osamotnienia, stany lękowe np. logofobię - lęk przed wypowiedzianiem się, nerwowość, unikanie kontaktów z gośćmi, rówieśnikami. Osoby z wadami wymowy są często źle postrzegane przez otoczenie. Zaburzenie staje się ich to „znakiem rozpoznawczym”. Dzieci są narażone na kpiny i wyzwiska ze swoich rówieśników. Skutkami wzmiankowanych zachowań jest doświadczanie stresu i poczucia mniejszej wartości. Zaburzenia mowy dają się uchwycić już w pierwszych kontaktach z grupą. Rozpoznanie i określenie zaburzeń u podopiecznych stanowi początek działań nauczyciela. Znając problemy dziecka o zaburzonej mowie, należy czuwać nad atmosferą w klasie. By nie dopuszczać do sytuacji upokarzających je. W przypadku dostrzeżenia takich symptomów należy przeprowadzić w klasie zajęcia np.: na temat wad w ogóle, bo ma je przecież każdy i dość łatwo znajdzie je w sobie. Nikt przecież nie jest ideałem Powinno się to uświadomić uczniom, że człowieka szanuje się za jego zalety, a ma je przecież każdy, i należy tak postępować by nikomu nie sprawiać przykrości (E.M. Skorek, 2002, s. 70) .Dzieci z wadami wymowy w dorosłym życiu również napotykają szereg trudności, zwłaszcza w kontaktach społecznych. Pokazują to przykładowe wypowiedzi na forach internetowych.

Mam wadę wymowy głoski "r" i w dodatku wydaje mi się, że mówię przez nos. Chyba głównie przez to wstydę się odezwać. Chciałbym mieć taki słodki, miły, czuły głosik, ale to chyba już niemożliwe. Niektórzy ludzie mają do mnie pretensje, że jestem mało rozmowny, a ja zwyczajnie nie chcę zbyt dużo mówić. Niektórzy wręcz naśmiewają się z mojego głosu. Jest dużo osób,

które nigdy nic złego nie mówiły na moją wadę wymowy, ale boję się, że myślą co innego. Chodzę do logopedy, ale niezbyt chętnie robię te wszystkie ćwiczenia.

Mam kompleksy z powodu wady wymowy i złej dykcji. Z tego powodu jestem nieustannie skreślana i brak mi pewności siebie. Niestety nie wiem, jak to zmienić. Nie mam pieniędzy na logopedę. Czy mam szansę na normalne życie czy zawsze już będę nieudacznikiem, który będzie kimś z gorszej kategorii? Nie chcę się uzalać, ale z tego powodu mam utrudnione całe życie. Nawet na studiach zostałam z tego powodu kiedyś upokorzona i od tego czasu unikam ludzi. Dwa lata zostałam upokorzona podczas wygłaszania referatu przez pewną panią doktor, która powiedziała, że nigdy nie powinnam się za takie rzeczy zabierać. Zrobiła to w obecności prawie trzydziestu osób, jakby wcześniej nie wiedziała jak mówię. Z tego powodu zamknęłam się w sobie i nabawiłam strachu przed ludźmi.

Mam taki żal do Boga, że się urodziłam z czymś takim. Kiedyś marzyłam, żeby być dziennikarką, współpracowałam nawet z jednym czasopiśmie, ale co z tego, skoro na dziennikarstwo by mnie nie przyjęli. Po maturze dostałam się na polonistykę, na specjalność dziennikarstwo w kręgu kultury, ale zrezygnowałam w obawie przed wytykaniem. Musiałam wybrać inne studia.

Ludzie z reguły uprzedzeni są do osób jękających, takie są moje odczucia jakimi chciałem się podzielić. Trudności są przy rozmowie kwalifikacyjnej. Miałem bardzo dobrą pracę ale nie zapomnę że kiedyś mnie wezwał szef i powiedział że zwalniam pana za kare że pan się jęka.

Powyższe cytaty znalezione na forach internetowych pokazują problemy ludzi z wadami wymowy. Najczęściej jest to nieśmiałość i wycofanie się z życia gdyż czują się niepełnowartościowi. Nierzadko spotykają na swojej drodze osoby, które nie są tolerancyjne jeśli chodzi o wadę wymowy, co powoduje, że osoba z dysfunkcją wymowy czuje się niepewna siebie, upokorzona czy dyskryminowana. Specyfika niektórych zawodów sprawia, że osoby te mają bardzo duże problemy w realizacji swoich marzeń, a postawa społeczeństwa sprawia, że nie wierzą w to iż można nad wadą pracować tak aby zwiększyć swoje szanse na realizację założonych celów. W przypadku kiedy osoba z wadą wymowy trafi na sprzyjające jej środowisko odnosi sukces pomimo wszelkich przeciwności, jest ona wspierana i motywowana. Na forach pojawiają się wpisy zarówno motywujące jak i potępiające.

Znam dorosłą osobę z taką wadą i żyje, ponadto jest nauczycielką. zastanów się, co niby złego mogą pomyśleć? "no ok, ma wadę wymowy", co poza tym? ludzie będą Cię słuchać za to, co mówisz, a nie jak. tylko jeśli

chcesz, żeby Cię słuchali, musisz się pozbyć tej niepewności, bo to widać i dlatego niektórzy to wykorzystują, bo widzą, że to Twoja słabość.

Najwyraźniej chodziło o meteorytykę wypowiedzi a nie wymowę. Czasami taki człowiek z wadami jest wartościowszym gościem, niż ten który mówi cudowne francuskie rrrr.

Uważam, że ludzie, którzy pracują głosem, powinni mieć specjalne zajęcia z wymowy. Ponieważ my ich słuchamy i przenosimy w życie błędy, które nam serwują.

Nijak. Jak mam niby postrzegać? Normalna osoba z wadą wymowy.

Pomimo wielu deklaracji od osób z prawidłową dykcją, że są tolerancyjni traktują osoby z niepoprawną wymową z dystansem, czasem odsuwają na bok. Zasadne wydaje się więc analizowanie sytuacji osoby z nieprawidłowościami artykulacji w perspektywie zagrożenia wykluczeniem społecznym. Ich lokalizację wyjaśniają studia nad procesami percepcyjnymi. Z bogatego dorobku studiów nad spostrzeganiem osób odmiennych i ich społeczną lokalizacją, z uwagi na ograniczony charakter opracowania przedstawiono tu tylko wybrane kwestie, uważane za najistotniejsze.

Reakcja na inność w kontekście stereotypów

Społecznie tworzone koncepcje na temat tego, kim jest człowiek i jak wyglądać ma jego bytowanie są pochodną procesów percepcyjnych. Spostrzeganie jest tu rozumiane jako proces zdobywania orientacji we właściwościach innych osób, który spełnia istotną rolę w regulacji stosunków człowieka ze światem (Skarżyńska 1982). Aktywność człowieka, cele i struktura jego czynności, przez które reguluje on swoje stosunki z otoczeniem są w dużej mierze uwarunkowane tym, jak on widzi swoją sytuację, a więc tym, jak spostrzega innych ludzi. Poznanie owych innych, ich pragnień, myśli, nastrojów i stanów potrzebne jest postrzegającemu dla realizacji jego własnych celów osobistych jak i dla działania na rzecz innych. Potrzebna jest adekwatna, trafna orientacja we właściwościach innych ludzi. Na procesy spostrzegania wywierają wpływ stereotypy i uprzedzenia.

Pojęciem stereotypu oznacza się „prototypy odnoszące się do kategorii społecznych” (Chlewiński, Kurcz 1995). Podstawę ich stanowi przypisywanie owym kategoriom rzekomo specyficznych cech, będących w rzeczywistości właściwościami ogólnoludzkimi. Stworzony w ten sposób obraz charakteryzuje się nadmierną generalizacją sprawiającą, iż ów obraz bywa odmienny od rzeczywistego. Stereotypy cechuje duża sztywność i trwałość uniemożliwiająca zmiany pod wpływem nowo uzyskiwanych informacji, to są one głęboko zakorzenione w umysłach ludzi. Genezy tego zjawiska można

dopatrywać się we wczesnej socjalizacji ,przyswajaniu wiedzy od osób znaczących, które pozyskiwały ją z mitów i baśni nie rzadko piętujących lub skazujących na społeczną izolację osoby inne, a w tym także niepełnosprawnych (Chlewiński, Kurcz 1995, Heatherorn Hebl, Kleck, Hull 2008).

Stereotypy uważane są za obrazy niepełne i uproszczone, za to spełniające pewne ważne funkcje. Zalicza się do nich:

- ekonomizowanie procesów poznawczych i orientacyjnych – umożliwiają one organizowanie informacji w procesie opisywania ludzi, wyjaśnianie niezrozumiałych zjawisk ,zapewnienie szybkiej orientacji w sytuacji i adaptację do niej. Świat współczesny jest zbyt skomplikowany, aby człowiek mógł samodzielnie go poznać w najdrobniejszych szczegółach, ogarnąć całość wydarzeń i zinterpretować je. Oszczędzając własne siły kieruje się w poznawaniu świata znanymi mu, gotowymi definicjami, schematami i stereotypami. W ten sposób dochodzi do tworzenia uproszczonych obrazów rzeczywistości.;
- zapewnianie poczucie bezpieczeństwa wynikającego z posiadania jasnej wizji rzeczywistości społecznej, nad którą podmiot sprawuje kontrolę poznawczą;
- ułatwianie przewidywania zachowań nieznanymi osobami;
- ułatwianie komunikacji między osobami prezentującymi podobne przekonania;
- wzmacnianie spójności grupy i ochrona wartości grupy własnej poprzez racjonalizację negatywnych postaw wobec grupy obcej;
- kanalizowanie agresji wobec obiektów stereotypów.

Pojawianie się zachowań agresywnych wymaga aktywizacji uczuć o charakterze negatywnym. Tymczasem zarówno emocje jak i ich działanie w strukturze stereotypu nie jest wyraziste. Negatywne uczucia są natomiast składnikiem uprzedzeń.

Uprzedzenia to poddany dalszym uproszczeniom i silnie zabarwiony emocjonalnie zbiór stereotypów. Uprzedzenia silnie kształtują postawy i pobudzają do działania (Chlewiński, Kurcz 1995).

Stereotypy i uprzedzenia mają wiele cech wspólnych .Zalicza się do nich między innymi :opieranie się na małej liczbie rzetelnych i prawdziwych informacji, ignorowanie właściwości nie odpowiadających wyobrażeniom na temat obiektu stereotypu lub uprzedzenia przy jednoczesnym wyolbrzymianiu cech je potwierdzających. Pojawiają się tutaj liczne uogólnienia i nadmierne uproszczenia /źródłem ich bywa niewiedza/.

Stereotypy i uprzedzenia cechuje też całkowita lub większa niż zwykle odporność na wszelkie racjonalne argumenty. Cechą wspólną są też silne

negatywne emocje oraz subiektywne przekonanie o słuszności nie dopuszczające do głosu argumentów naukowych i rzeczowych.

Szczególną cechą stereotypu jest jego hierarchiczność. Można np. mówić o ogólnym stereotypie danej szerszej kategorii społecznej np. osoby niepełnosprawnej jak i o stereotypach ludzi z określonego typu dysfunkcjami, np. o stereotypie niewidomego, głucheego czy upośledzonego umysłowo (Żuraw 1998).

Na płaszczyźnie badań nad procesem spostrzegania /teorie poznawcze/ i społecznej lokalizacji pewnych grup /symboliczny interakcjonizm/ rozwijały się teorie wyjaśniające rozmaite kwestie związane ze społeczną percepcją .

Jedną z nich jest teoria stygmatyzacji – piętnowania, naznaczania. Według niej inność jest pewnym znakiem. Zainicjowanie procesu naznaczania jest zależne od widoczności znaku /np. deformacji, upośledzenia czy wyniszczenia spowodowanego daną chorobą/. Stąd też za „innych” uważani są ludzie o widocznych cechach odmienności /różnice w mowie, wyglądzie, sposobie poruszania się, poznawania świata/. Istotne znaczenie posiada tu wyrazistość cechy. Osoby słabo dotknięte wzmiankowanymi uszkodzeniami a także osoby ze schorzeniami wewnętrznymi np.: z chorobami układu krążenia czy chorzy na cukrzycę są spostrzegane jako mieszczące się w granicach normy (Heathertorn Hebl, Kleck, Hull 2008).

Stygmatyzacja może mieć początek także w przekazaniu samej informacji o zaistnieniu inności (Goffman 2005). Jest to wówczas stigma przypisana, z którą człowiek musi sobie radzić. Jest to opatrzenie kogoś etykietą obcokrajowca, chorego psychicznie, złodzieja czy lenia. Duże znaczenie dla procesu stygmatyzacji, a zatem i dla kształtowania społecznych interakcji piętnowanej jednostki mają przy tym określone parametry samego znaku jak jakość estetyczna przypisywana danej osobie, odpowiedzialność za jego zaistnienie /sprawstwo/, kierunek możliwych zmian, wpływ stygmatu na zdolności komunikowania się danej jednostki, a także reakcje emocjonalne wzbudzone przez stygmaty w otoczeniu.

W społeczeństwie istnieje bowiem stratyfikacja stygmatów inności. Jako silnie piętnujące uznawane są takie, które odhumanizowują -np. ciężkie wady wrodzone, głęboki niedorozwój umysłowy, autyzm.

Inną teorią wyjaśniającą procesy społecznej percepcji ludzi niepełnosprawnych /i nie tylko ich/ jest teoria efektu solo. Polega on na tym, iż osoba wyróżniająca się jakimiś cechami w niejednorodnej grupie /np. czarnoskóry wśród białych/ spostrzegana jest bardziej pozytywnie niż ta sama osoba w

grupie całkowicie jednorodnej pod względem rasy /Czarny wśród Czarnych (Strelau 2005, Wojciszke 2006).

Wyjaśnienia społecznej percepcji ludzi niepełnosprawnych znaleźć można także na gruncie teorii poznawczych. Wychodzi się tutaj z założenia, że prototypy wyglądu i funkcjonowania człowieka kształtują wyobrażenia o egzemplarzach uznawanych za typowe, czyli o cechach uznawanych za powszechne. Zakłada się, że wywierają one wpływ na percepcję osobników uznawanych za nietypowe. Własności opisanych jednostek traktowane są jednak jako nie reprezentatywne a one same są uznawane za odchylone od normy, wzbudzające poczucie dyskomfortu psychicznego mającego swoją genezę w zjawisku dysonansu poznawczego (Aronson 2005).

Napięcie psychiczne mające genezę w rozbieżności między posiadanym schematem poznawczym a doświadczaną rzeczywistością mogą być wspomagane przez inne negatywne doznania emocjonalne powstające w kontakcie z danym obiektem. Może to być np. poczucie zagrożenia przez utratą cenionych wartości jak zdrowie, uroda. Próby obrony przed uczuciem dyskomfortu psychicznego implikują zazwyczaj deformowanie procesu spostrzegania. Uruchamiają dążenie do mniej lub bardziej świadomego dystansowania się wobec kłopotliwej jednostki. Przedstawione zjawiska mogą zachodzić w różnych sytuacjach stwarzających możliwość kontaktu z ludźmi wyraźnie odbiegającymi od działającego w ludzkiej świadomości prototypu człowieka. Dostrzeganie odmienności uruchamia procesy kategoryzacji polegające na łączeniu jednostek w klasy obiektów o tych samych lub zbliżonych właściwościach. Zasadniczym kryterium dokonywanego podziału jest ocena podobieństwa obserwowanego do obserwatora. Zaliczenie osoby o ciężkich niesprawnościach do kategorii „my” lub „tacy sami” bywa tu utrudnione we względu na możliwość odniesienia do siebie /przez spostrzegający podmiot/ obserwowanych stanów oraz przeżywanie w związku z tym reakcji emocjonalnych towarzyszących lękowi przed kalectwem, chorobą i śmiercią. W konsekwencji nosiciel tej cechy zostaje uznany za reprezentanta ogólnej kategorii „inni”, „obcy”. Następnie dochodzi do włączenia spostrzeganej jednostki do klasy „innych” posiadających wspólne właściwości. Przedstawionym poczynaniom towarzyszą procesy stereotypizacji i depersonalizacji klasyfikowanych jednostek. Uzasadniają one zachowywanie dystansu wobec odmieńców. Co więcej osoby z dysfunkcjami fizycznymi mogą być spostrzegane jako mniej atrakcyjne fizycznie

Wkład w wyjaśnianie tworzenia nietrafnych koncepcji wnoszą także ukryte teorie osobowości. Oznacza ona kierunek w myśleniu polegający na wnioskowaniu na podstawie jednej cechy człowieka o jego innych wła-

ściwościach. W literaturze dotyczącej wychodzenia poza informacje bezpośrednio dostępne dane określa się, iż kierunek wnioskowania na podstawie jednej cechy człowieka o innych jego cechach nadaje walencja /kierunek czy znak wartościowania /cechy wyjściowej i jej subiektywne znaczenie /konotacja/ dla podmiotu. Dla opisanego kierunku wnioskowania wprowadza się takie pojęcia jak „Halo-efekt”; „efekt aureoli”; „efekt diabelski”; „efekt Polyanny” (Skarżyńska 1982).

Efekt Halo – to tendencja do przypisywania danej osobie szeregu pozytywnych cech, ponieważ jedna jest oceniana pozytywnie, bądź tendencja do przypisywania osobie szeregu cech negatywnych ponieważ jednak cecha jest oceniana negatywnie. Przy tym tendencję do przypisywania osobom ocenianym pozytywnie dużej liczby cech pozytywnych „przy /odmawianiu im/ cech negatywnych określa się mianem „efektu aureoli”. Natomiast tendencję do przypisywania osobom ocenianym negatywnie dużej ilości cech negatywnych i odmawiania im cech pozytywnych określa się mianem „efektu diabelskiego”. Gdy podmiot dysponuje już pewną ilością danych /pozytywnymi lub negatywnymi informacjami/ będzie umacniał swój obraz poprzez przyswajanie jednostronnych danych. Ludzie preferują raczej jednostronnie pozytywny lub negatywny obraz – jest to efekt Polyanny (Wojciszke 2006).

Przedstawione dane wskazują, że cechy jednostki stale są oceniane przez układ społeczny w którym żyje jednostka według standardów przyzwyczajających na uczestnictwo lub uznanych za je uniemożliwiających i są to mechanizmy kontroli społecznej w regulowaniu i kształtowaniu więzi społecznych, integrujących dany układ według określonych kulturowo podstaw /systemy wartości/ a wyznaczających i chroniących typowe „standardowe wzory reakcji /interakcji/ społecznych ujawnianych i utrwalanych w zachowaniach osób go współtworzących. Gama owych reakcji obejmuje zachowania układające się na skali od pełnej akceptacji ku pełnej negacji. Akceptacja obejmuje takie osoby, które we wzajemnej percepcji podziwiają te same systemy wartości podstawowych /konstituujących dany układ społeczny/ adaptacje /wychowywanie, edukowanie/ takich osób, które zostały uznane w danym układzie za kandydujące do pełnoprawnego uczestnictwa w nim i podlegają socjalizacji antycypacyjnej, inkluzywnej/, tolerancję wobec tych osób, których obecność społeczna w danym układzie nie zagraża jego podstawowym, mimo usposabiania przez nie cech bądź ujawniania zachowań uznanych w nim za osłabiające integracyjną wobec niego funkcję pielęgnowanych w nim wartości. Reakcja tolerancji dotyczy także osób poddawanych w danym układzie swoistej terapii /naprawianiu/, jeśli istnienie w nim przeświadczenie, iż taki

zabieg pozwoli przywrócić je jako jednostki w pełni funkcjonalne dla układu społecznego.

Wobec jednostek mających zewnętrznie obserwowane i percypowane społecznie cechy niezgodne z przyjętymi w danym układzie społecznym wzorami widoczne jest niedopuszczanie okresowe lub trwałe do udziału – poprzez likwidowanie fizyczne lub ideacyjne uczestników lub aspirujących do uczestnictwa lub izolowanie /dyskryminacje, deprywacja. Zastosowanie określonej procedury stanowi stopień, w jakim osoby te zagrażają istnieniu układu społecznego. Jednych może dotyczyć ekskluzja retrogresywna lub re-treakcyjna polegająca na częściowym uwolnieniu jednostki z obowiązków czy powinności z zachowaniem przywilejów ;innych obejmie ekskluzja re-nonsacyjna - wyłączenie trwałe z uwolnieniem od troski o własną egzystencję (Modrzewski 2004, s. 193). Wzmiankowane rozważania kierują naszą uwagę na zjawisko wykluczenia społecznego, które według Mahlera (1993) jest wielowymiarowe i kumulatywne. Ma charakter procesu. Jest skutkiem zmian społecznych i ekonomicznych. Kojarzy się z alienacją i marginalizacją. Oznacza pozbawienie władzy i dostępu do podejmowania decyzji, mniej praw a więcej obowiązków, mniej możliwości wyboru a więcej ograniczeń, mniej możliwości ekonomicznych i niższą pozycję ekonomiczną, także mniej możliwości edukacyjnych, zawodowych, wypoczynku itp. Jego skutkami jest większe narażenie na skutki społecznych nacisków, kryzysów i dyskryminacja prawna. Ma aspekty obiektywne lub subiektywne. Obiektywnie jego przejawami jest brak zasobów takich jak dochody, żywność czy mieszkanie, względny brak bardziej abstrakcyjnych elementów takich, jak społeczne zaangażowanie, integracja czy władza, *relacje społeczne* jako ramy konsumowania i inwestowania, a jednocześnie element ludzkiego dobrobytu. Subiektywne aspekty wykluczenia są to Mahlera (1993) pewnego rodzaju wiedza i oceny (postawy) członków grup marginalizowanych jak odczucie deprywacji (poczucie, że nie możemy zaspokoić potrzeb), poczucie zagrożenia, frustracja (stan napięcia spowodowany deprywacją mogący prowadzić do agresji), alienacja (wyobcowanie, poczucie izolacji), odczucie nieudanego życia i obwinianie się za to, niezdolność do kierowania własnym życiem, fatalizm (poddanie się losowi i decyzjom innych), pesymizm i strach przed przyszłością. Odczuciom i postawom mogą towarzyszyć różne zachowania negatywne i pozytywne. Negatywne to apatia, niezaangażowanie, pasywność, absencja, hedonizm i konsumpcjonizm, brak zaufania do innych, wycofanie się, indywidualizm, ucieczka od rzeczywistości, nadużywanie narkotyków, ekstremizm, przemoc, terroryzm. Zachowania pozytywne obejmują włączenie w życie nowych wspólnot, walkę o równe prawa (Mahler 1993, por.też M.

Krawczyk-Blicharska, P. Nowak 2010, P. Boski 2009). Niniejsze badania służą poznaniu ryzyka zagrożenia wykluczeniem osób z wadą wymowy.

2. Orientacje metodologiczne w zakresie badań własnych

Metodologiczną podstawą badań była opcja, która pozwoliłaby odkrywać stereotypy tkwiące w ludzkim umyśle. Poznawano więc, ukrywane w dobie politycznej poprawności, schematy i skrypty -bowiem otwarcie nie wypada okazywać niechęci komuś ,kto jest mniej sprawny w zakresie choćby komunikacji. Jednak to, co skrywane ujawnia się w toku codziennych relacji, komentarzy prezentowanych mimochodem - o tym właśnie mówią teorie ukrytego rasizmu, handcappismu, wskazujące na dystansowanie społeczeństw się wobec odmieńców. W opisywanych tu badaniach chciano poznać coś więcej niż warstwę deklaratywną postaw społecznych. Mając na uwadze powyższe założenia jako istotną metodycznie uznałam koncepcję Bogardusa oraz badanie dyferencjału semantycznego słów kojarzonych z daną osobą –tu z człowiekiem z wadą wymowy. Na tej podstawie oceniano rozmiary dystansu społecznego wobec osób z wadą wymowy. Aby wyeksponować jego rozmiary posłużono się także pytaniem o tendencję do akceptowania osób z wadą wymowy w różnych rolach społecznych. Dodatkowo, analizowano tu poglądy badanych na temat właściwości psychiki, poziomu satysfakcji życiowej ,dostępu do atrybutów sukcesu i normalności osób z wyżej wymieniony deficytem. Podstawowe pytanie badawcze brzmiało: czy w wizerunku osoby z dysfunkcją są zawarte cechy uruchamiające procesy zbliżania? Badano ogólny stereotyp bez wskazywania konkretnej wady. Tego typu szczegółowe stereotypy jeszcze czekają na rozpoznanie.

Celem badań było poznanie społecznie konstruowanej koncepcji funkcjonowania ludzi dotkniętych wadą wymowy. Posłużono się w tym zakresie sondażem diagnostycznym. Technika gromadzenia danych była ankietą, która zawierała pytania dotyczące:

- Obecności spotkań z osobą z wadą wymowy w doświadczeniu badanych. Analizowano w ten sposób źródła wiedzy o osobach z wadami wymowy. Chodziło tu o ustalenie ,czy wiadomości są wiarygodne, czy pochodzą z naukowego przekazu ,czy wiedza pochodzi z osobistych obserwacji, które mogłyby sugerować pewien obiektywizm, czy też wiedza wywodzi się z obiegowych sądów, zgeneralizowanych schematów i uproszczeń.
- Przypisywania określonych osobie z wadą wymowy atrybutów normalności i sukcesu opisujących jej sytuację życiową. Posiadanie succe-

sów np. szans awansu, grona przyjaciół, rodziny. Oceny uzyskiwane w tym zakresie pozwoliły orzekać o atrakcyjności interpersonalnej. Dostęp do tych cech wskazywałby na podwyższenie atrakcyjności interpersonalnej osoby z wadą wymowy - ich brak czyniłby ją nieatrakcyjną,

- Poziomu satysfakcji życiowej osób z wadą wymowy i cech charakterologicznych przypisywanych osobom z wadą wymowy. Analiza przymiotów osobowych miała u podstaw dane z psychologii sugerujące, iż ludzie wolą przebywać z osobami szczęśliwymi, zrównoważonymi, kompetentnymi, życzliwymi - słowem, takimi od których można coś zyskać - choćby poprawę samooceny poprzez obcowanie z kimś wybitnym.

Poznawano także poglądy dotyczące:

- cech wady wymowy i ich przyczyn. Obecność zubożeń i słabości wśród skutków mogłaby sugerować możliwość dystansowania się wobec ludzi dotkniętych wadą. Podobnie biologiczność wady mogłaby sugerować bycie przezeń rodzajem wstydliwego stygmatu, który mógłby uruchamiać dystansowanie się widzów. Ocena wady jako nie zagrażającej zakaźnością a zarazem rokującej poprawę mogłaby sugerować zmniejszenie niechęci wobec dotkniętej nią osoby;
- rozmiarów dystansu społecznego, czyli umownej, symbolicznej odległości między osobą badaną a osobą z wadą wymowy. Tym razem syntetycznie oceniano rozmiary dystansu. Poprzez sytuowanie badanych w sytuacjach o odmiennej psychologicznej odległości od obiektu dystansu (osoby z wadą wymowy w rodzinie, sąsiedztwie, klasie szkolnej, wśród przyjaciół, wśród członków tej samej organizacji) poznawano tendencję do zbliżania się lub zachowywania dystansu.

Świadectwem zmniejszenia dystansu byłaby chęć akceptowania osoby z wadą wymowy w rodzinie, czyli w sytuacji codziennych, bezpośrednich kontaktów. Dystans największych rozmiarów byłby wówczas, gdyby nie chciano aprobować osoby z wadą wymowy w tej samej organizacji społecznej czyli w warunkach okazjonalnych, rzadkich styczności.

Przebadano około 200 kandydatów do zawodu nauczyciela w roku akademickim 2012/13.

3. Wyniki badań własnych

Okoliczności spotkań z osobą z wadą wymowy w doświadczeniu badanych

Z dotychczasowych badań nad postawami społecznym wobec osób niepełnosprawnych wynika, że powtarzalne, bezpośrednie, satysfakcjonujące kontakty sprzyjają eliminowaniu uprzedzeń i stereotypów wobec istot

noszących cechy inności. Dlatego też badanych zapytano, czy kiedykolwiek spotkali osobę z wadą wymowy.

Tabela 1. Okoliczności spotkań z osobą z wadą wymowy

Lp.	Typ okoliczności	Częstotliwość występowania w badanej grupie	
		N	%
1.	Rodzina	38	14,4
2.	Przyjaciele	78	30,0
3.	Media	75	28,4
4.	Ulica	68	25,6
5.	Sama mam wadę wymowy	5	1,6

Ustalono, że wszyscy zetknęli się z osobą z wadą wymowy. Uzyskane wyniki wskazują na fakt częstego występowania bliżej nie określonych ale percepcyjnie dostępnych wad wymowy. Ich dostrzeganie uświadamia nam doniosłość roli wrażeń słuchowych, które w tym przypadku stają się pierwszoplanowymi dla uruchamiania społecznej reakcji wobec inności artykulatoryjnej.

Ponadto stwierdzony fakt wskazuje na kompetencje językowe studentek pedagogiki, które pozwalają im zidentyfikować osoby ujawniające zaburzenia wokalizacji. Badane najczęściej wskazywały, że spotkały osobę z wadą wymowy wśród znajomych, w mediach i na ulicy. Z punktu widzenia eliminowania niechęci do inności, jaką jest wada wymowy ważne są zwłaszcza styczności ze znajomymi. Kontakty takowe są bezpośrednie, powtarzalne, podejmowane spontanicznie –bez przymusu administracyjnego. Mogą dowodzić zmniejszania się dystansu wobec osoby z wadą wymowy. Mogą też być źródłem realnej wiedzy o dotkniętej nią osobie i patrzenia na nią przez pryzmat indywidualności a nie uproszczeń i schematów. Wskazują, że wada wymowy nie jest sama w sobie czynnikiem wykluczającym.

Styczności badanych z osobą z wadą wymowy na ulicy dowodzą, iż osoby te pełnią swoje życiowe aktywności i nie zamykają się w czterech ścianach mieszkania. Wada wymowy nie przekreśla szans zwykłego życia. Ujawnia się tylko w określonych sytuacjach, co pokazuje nierównomierność zakresową jej oddziaływania na różne wymiary społecznego uczestnictwa. Można pracować, spotykać się ze znajomymi, którzy mogą nauczyć się rozumienia wokalizacji Innego, a przez to stanowić dla niego grupę wsparcia i źródło pozytywnych ocen.

Styczności z osobą z wadą wymowy w mediach dowodzić mogą kilku zjawisk. Jednym z nich jest możliwość poznawania życia dotkniętych nimi osób na formach internetowych, z których korzystała też autorka niniejszego

opracowania, szukając autentycznych relacji na temat radzenia sobie w życiu codziennym przez osoby z wadą wymowy. Ten fakt wskazywałby na zainteresowanie problematyką odmienności komunikacyjnej u badanych osób, co można ocenić jak fakt pozytywny wskazujący na tendencję do poszukiwania wiedzy. Oczywiście pozostaje jeszcze do ustalenia wiarygodność źródła. Ponadto, gdyby oceniać medialną obecność osób z wadą wymowy w telewizji można by uznać, że albo osoby mające prawo głosu (specjaliści, dziennikarze) prezentują niski poziom kompetencji językowych albo te osoby pokazują inne kategorie w jakiś sposób problemowe, mające przy tym jeszcze trudności w porozumiewaniu się. Mogą to być interesariusze programów interwencyjnych, niezbyt udolnie werbalizujący swoje racje. Reasumując, media dostarczają wielu informacji, nie zawsze zamierzonych a składających się na poznawczą wartość dodaną przekazu. Spostrzeganie w nim istot z wadami wymowy wskazuje samo w sobie na kompetencje osób badanych-przyszłych nauczycieli, co pozwala mniemać, że będą oni w stanie wykryć wady wymowy u dzieci.

Rzadziej przyznawano, że kontakt miał miejsce w rodzinie. Stwierdzone prawidłowości pokazywać mogą tendencje ochronne wobec rodziny, pozwalające zachować jej pozytywny wizerunek, jak zdrowej i sprawnej. Choć oczywiście nie można wykluczyć fakty braku osób z wadą wymowy w najbliższym otoczeniu badanych.

Skutki wad wymowy w opiniach badanych

Fenomen ograniczeń w komunikacji budził negatywne skojarzenia. 75% określeń używanych w opisie wady wskazywało na dostrzeganie barier i problemów. Utrudnienia w komunikacji są według badanych są ujmowane jako „problem”, „tragedia”, „nieszczęście”, „coś strasznego”, „bardzo dotkliwa sytuacja”, „katastrofa”, „koszmar”, „wielkie kalectwo”, „uciążliwość”, „trauma”, „przekleństwo”. Wskazywano, że jest „ciężkie do zaakceptowania” i jest „nie fair”. W łagodniejszej formie wady wymowy są uznawane za „czynnik obniżający jakość życia”, „bariera, którą trzeba przełamać”. Są oceniane jako wstydlive -jak to ujęto jest to „fakt krępujący”. Rzutują na kontakty społeczne –źle mówiący jest „nie tolerowany przez ludzi”, „źle spostrzegany”. Żyje „ciszą”. Wada mowy jest czymś „negatywnym”, bądź stanowi ograniczenie w życiu, barierę, problem, nieszczęście, kłopot. Pojedyncze osoby wskazały na zalety braku mowy -zgodnie z przysłowiem ujmując milczenia jako „złoto”, „spokój”.

Tabela 2. Skutki wady wymowy

Lp.	Typ skojarzenia	Częstotliwość występowania w badanej grupie		N	%
1.	Trudności funkcjonalne	- nieprawidłowa artykulacja;	89	451	43
		- jąkanie;	49		
		- specyficzna mowa	62		
		- niezrozumiałość	40		
		- odmienność, inność w sposobie mówienia;	53		
		- ślinotok;	15		
		- ograniczenie w mówieniu;	35		
		- brzydkie mówienie;	45		
- słyszalność tej wady	63				
2.	Skutki psychologiczne	- niezadowolenie z życia	76	597	57
		- poczucie mniejszej wartości	24		
		- brak pewności siebie;	45		
		- wycofanie;	28		
		- lęk przed mówieniem;	64		
		- niechęć do sytuacji społecznych, w których trzeba mówić;	36		
		- brak bliskich przyjaciół;	43		
		- zagubienie	34		
		- skrytość;	46		
		- mała otwartość;	56		
- mówienie mniej	67				
3.	Suma		1048		

Większość z badanych uważa, że osoby z wadą wymowy mają szereg problemów – ograniczeń, trudności i wad. Uzyskane odpowiedzi mogą świadczyć o tym, respondenci łączą wady wymowy z ogólną niepełnosprawnością, odizolowaniem od innych, a także ogólną nieumiejętnością radzenia sobie w życiu. Wśród cech psychiki pojawiły się atrybuty słabości choć nie wady sensu *stricto*.

Tabela 3. Społeczne skutki wad wymowy

Lp.	Typ doświadczenia	Częstotliwość występowania w badanej grupie	
		N	%
1.	Brak przyjaciół	96	8,7
2.	Brak pracy	96	18,9
3.	Ogólne ograniczenia	136	25,0
4.	Brak partnera/partnerki	32	5,8
5.	Poczucie mniejszej wartości	174	42,0

Liczniejsi wymieniali skutki natury psychicznej niż ograniczenia funkcjonalne, jakie stwarza wada wymowy. Najczęściej, wskazywano w tym zakresie, poczucie mniejszej wartości. Nie można zatem czuć się dobrze, jeżeli

nie mówi się i to poprawnie. Inne skutki wady wymowy są to niezadowolenie z życia, brak pewności siebie, wycofanie, zagubienie, niechęć i niepewność w sytuacji społecznej wymagającej mówienia, strach przed mówieniem, ogólna lękowość i izolacja. Wada wymowy podważa istotowość dotkniętego nią człowieka jako bytu określonego gatunku – istoty społecznej i komunikującej się – na co wskazywało sformułowanie według, którego brak mowy jest, jak to ujęto „coś nienaturalnego dla otoczenia”. Stwierdzony fakt uświadamia istnienie określonych kryteriów wartościowania człowieka. Jednym z nich jest zdolność do porozumiewania się. Jeśli jest jej brak, człowiek nie jest w pełni ważny i wartościowy. Sam czuje się gorzej i wzbudza reakcję otoczenia. Uzyskane wyniki wskazują na to, iż osoba z wadą wymowy może być oceniana przez pryzmat cierpień natury psychologicznej i tych spowodowanych reakcją społeczną. Zaprezentowane informacje dowodzą istnienia dystansu wobec osób z wadą wymowy, która jest przez badanych mentalnie wyposażona w braki. Rzadziej wymieniano ogólne ograniczenia jak brak pracy i osamotnienia z powodu braku przyjaciół i partnera / partnerki. Te informacje wskazują, na pewien optymizm w podejściu do osoby z wadą wymowy, która nie musi doświadczać izolacji i bezrobocia. Reasumując, uzyskane wyniki wskazują na dostrzeganie doniosłości kompetencji komunikacyjnych dla samopoczucia człowieka jak też dla jego relacji społecznych.

Właściwości wad wymowy

Wady wymowy są spostrzegane jako mające swoje uchwytne przyczyny. Najczęściej są wynikiem działania czynników natury biologicznej jak różnego typu urazy, schorzenia, skutki komplikacji okołoporodowych i dzieciznienia – łącznie 66,7%. Mniej liczna grupa wskazała na społeczną genezę wady wymowy- życie w określonym środowisku, doznanie urazów psychicznych. Żadna z badanych osób nie zaznaczyła odpowiedzi, że wady wymowy są zaraźliwe. Uzyskane wyniki świadczą o spostrzeganiu osób nimi dotkniętych przez pryzmat biologiczności. Zarazem wady wymowy oceniane są, jako uleczalne i nie zakaźne - co może uruchamiać procesy zbliżania, gdyż dotknięte nimi osoby nie są oceniane jako stanowiące zagrożenie, co więcej roszą pozytywnie.

Tabela 4. Właściwości wad wymowy

Lp.	Typ cechy	Częstotliwość występowania w badanej grupie	
		N	%
1.	Dziedziczność	46	8,9
2.	Uleczalność	86	16,7
3.	Skutki urazów fizycznych	62	12,0
4.	Skutki chorób somatycznych	49	9,4
5.	Zakaźność	0	0,0
6.	Skutki życia w patologicznym środowisku	41	8,0
7.	Nabywanie w bliżej nieokreślonych warunkach	57	11,0
8.	Skutki komplikacji okołoporodowych	57	11,0
9.	Związki chorobami psychicznymi	45	8,7
10.	Skutki traumy	74	14,3

4. Rozmiary dystansu społecznego wobec osób z wadami wymowy

Najchętniej akceptowano by osobę z wadą wymowy, jako swojego sąsiada czyli osobę, z którą spotyka się może i często, ale są to spotkania zdawkowe i niezobowiązujące, nie angażujące specjalnych sił i środków. Podobnie można zinterpretować chęć aprobowania osoby z wadą wymowy jako przyjaciela i członka tej samej organizacji. Relatywnie mały dystans we wzmiankowanych stycznościach może być pochodną częstych spotkań z osobami z wadami wymowy-w końcu wszyscy badani stwierdzili, że takie osoby gdzieś spotkali. Posiadanie styczności ,o których mowa była we wcześniejszym rozdziale (bezpośrednich, powtarzalnych realizowanych w gronie znajomych) może redukować poczucie lęku. „Inny” zostaje oswojony i może budzić pozytywne nastawienia (Perzanowski 2010). Nieco rzadziej wyrażano przyzwolenie na obecność współpracownika z wadą wymowy Najmniej osób uznałoby taką osobę, jako swojego partnera / partnerkę. Badani są niechętni do obcowania z osobą z wadą wymowy w istotnych relacjach bezpośrednich - w pracy zawodowej i życiu rodzinnym. Być może obawiają się konieczności zwiększenia nakładu sił w codziennych kontaktach ,od których zależy ich standard i jakość życia. Poczynione uwagi byłyby wyrazem ekonomizacji w podejściu do człowieka. Zgodnie z rachunkiem zysków i strat badani unikają tych sytuacji, w których muszą dawać więcej czasu i uwagi na porozumiewanie się w tym przypadku z osobą z wadą wymowy. Uzyskane wyniki wskazują, że dystans społeczny odznacza się nierównomiernością zakresową.

Tabela nr 5 : Rozmiary dystansu społecznego wobec osób z wadami wymowy

Lp.	Typ doświadczenia	Częstotliwość występowania w badanej grupie	
		N	%
1.	Partner/partnerka	71	15,8
2.	Przyjaciół	95	21,2
3.	Sąsiad	100	22,3
4.	Współpracownik	90	20,0
5.	Członek tej samej organizacji	93	21,0

5. Cechy sytuacji życiowej osoby z wadą wymowy

Badani ocenili, iż osoba z wadą wymowy posiada rodzinę, przyjaciół i zatrudnienie. Zatem wyposażali osoby z wadą wymowy w atrybuty społecznego znormalizowania. Co może sugerować zmniejszenie dystansu. Jednak ujmowanie jej jako niezadowolonej z życia i raczej ubogiej, takiej której towarzyszem może być zwierzę- być może kompensujące braki innej natury, np. nie posiadania partnera/partnerki, zdaje się odzwierciedlać tendencje do patrzenia na osobę z wadą wymowy przez pryzmat słabości. Choć zatem osoby z wadą wymowy są oceniane, jako spełniające standardy normalności, to wyposażenie ich w atrybuty słabości ekonomicznej i niezadowolone może sprzyjać dystansowaniu się wobec nich. Człowiek dotknięty wzmiankowaną formą uszkodzenia wydaje się być istotą medialną, budzącą raz odzucia pozytywne a raz chęć unikania i niewiarę w jego siły.

Tabela 6. Sytuacja życiowa osoby z wadą wymowy

Lp.	Typ atrybutu	Częstotliwość występowania w badanej grupie	
		N	%
1.	Wysoki poziom zadowolenia z życia	24	3,8
2.	Przyjaciele	82	13,0
3.	Rodzina	91	14,3
4.	Praca	80	12,6
5.	Wysokie dochody	33	5,2
6.	Wyższe wykształcenie	65	10,2
7.	Własne mieszkanie	60	9,4
8.	Zwierzęta	72	11,3
9.	Partner/partnerka	64	10,0
10.	Samochód	65	10,2

Bardziej szczegółowe analizy cech sytuacji życiowej wskazują, iż osoba z wadą wymowy jest oceniana jako chora i atrakcyjna fizycznie. Obecność wymienionych cech ukazuje dysonans w podejściu do jej nosiciela. Skojarzenia z chorobą wskazują na biologizację percepcji i mogłoby uruchamiać

dystansowanie się. Kojarzenie takiej osoby z zamieszkiwaniem na wsi i pochodzeniem z rodziny patologicznej może wzmacniać tendencje unikania. Wyposażenie w urodę i młodość sugerować może tendencje dwojakie-pierwsze może być to chęć mentalnego kompensowania wady, po drugie może wskazywać na patrzenie na człowieka przez pryzmat jego cielesności, której opisywana wada nie sięga. Piękno ciała mogłoby zachęcać ludzi postronnych do kontaktów z osobą dotkniętą wadą wymowy. Uzyskane wyniki mogą sugerować, że osoba z wadą wymowy nie musi być obiektem unikania, ale może być postrzegana przez pryzmat cech słabości. Wada wymowy może być oceniana jako jedynie probabilistyczny czynnik ryzyka wykluczenia ale nie jest jednoznaczna ze skazaniem dotkniętej nią osoby na społeczną ekskluzję.

Tabela 7. Cechy sytuacji życiowej osoby z wadą wymowy

Lp.	Typ atrybutu	Częstotliwość występowania w badanej grupie	
		N	%
1.	Zamieszkiwanie na wsi	34	12,0
2.	Pochodzenie z rodziny wielodzietnej	25	9,0
3.	Pochodzenie z rodziny patologicznej	35	12,0
4.	Choroba	45	15,2
5.	Bycie Polakiem	33	11,2
6.	Młodość	27	9,0
7.	Uroda	43	14,6
8.	Bycie sprawcą przestępstwa	3	1,4
9.	Bycie przedstawicielem mniejszości	23	7,6
10.	Bycie patriotą	25	8,3

6. Cechy psychiki osoby z wadą wymowy

Dla przejrzystości analiz, określenia ujęto w szersze kategorie, mające podobny wydźwięk semantyczny.

W opisie cech psychiki osoby z wadą wymowy występowały zalety istotne w relacjach społecznych jak pomocność, wesołość, życzliwość, samodzielnosc. Pojawiały się także przymioty umysłu jak zdolności, ambicje i wysoka inteligencja, co może świadczyć o tym, iż osoby z wadą wymowy mimo wszystko są pozytywnie spostrzegane. Relatywnie rzadko wymieniano agresywność, nieprzewidywalność i nieporadność. Wśród skojarzeń, jakie aktywizowało określenie „osoba z wadą wymowy” pojawiały się także terminy zhumanizowane o normalizacyjno - prorównościowym wydźwięku jak

„normalna osoba”, „człowiek”, „jak każda inna osoba”, „taki sam człowiek, jak każdy z nas”, „dobry przyjaciel”. Być może uzyskane odpowiedzi świadczą o chęci mentalnego wynagrodzenia problemów napotykanym przez osoby z wadami wymowy. Mogą też dowodzić wiedzy o potrzebie deklarowania braku uprzedzeń – co wskazuje na kompetencje i wiedzę o współczesnym, etycznym modelu podejścia do osób z cechą inności. Ale może też wskazywać na działanie zgodne z teorią wymiany. Dziś ja zadeklaruję szacunek dla czyjegoś człowieczeństwa, to może w bliżej nieokreślonej przyszłości i mnie okażą uznanie.

Tabela nr 8: Cechy psychiki osoby z wadą wymowy

Lp.	Typ właściwości	Częstotliwość	
		N	%
1.	Nieśmiałość, lękowość	107	15,7
2.	Nieporadność	13	1,9
3.	Wesołość	51	7,4
4.	Pomocność, życzliwość	129	18,8
5.	Towarzyskość, wzbudzenie sympatii, wesołość	148	21,6
6.	Zagubienie	36	5,2
7.	Agresywność	5	0,7
9.	Nieprzewidywalność	8	1,2
12.	Zdolności, inteligencja	118	17,4
13.	Ambicje, samodzielność	122	17,7

Wśród rzadziej wymienianych określeń sugerujących problemy pojawiały się takie słowa ,których semantyczny wydzźwięk sugerował:

- samotność,
- konieczność ponoszenia większego nakładu sił, by zrealizować cele „ktoś, kto musi się przebić, żeby coś osiągnąć”, musi być „poddawany leczeniu”, „musi pracować nad swoimi wadami” gdyż (cyt. dost.): „jak komputer, lubi się zawiesić”,
- zagrożenie agresją gdyż być taka osoba może być „postrzegana, jako śmieszna”,
- doznanie krzywdy i bycie „poszkodowaną przez los”,
- obniżenie samooceny i kolejne problemy psychologiczne „zamkniętość”,
- ryzyko niepowodzeń –znajdujące odzwierciedlenie w zwrocie „skazana na porażkę”.

Dominację w opisie psychiki osoby z wadą wymowy cech waloryzowanych pozytywnie można uznać za czynnik sprzyjający zbliżaniu się wobec niej.

Wnioski końcowe

Zaprezentowane informacje wskazują, wady wymowy występują dość często - wszyscy respondenci stwierdzili, że znają kogoś nimi dotkniętego. Można wręcz zaryzykować, że są nieomalże stałym elementem społecznego krajobrazu przez co zostały oswojone Człowiekowi bliskich relacjach bezpośrednich o typie przyjaźni. Człowiekowi z wadą wymowy nie odmawia się pewnych zdolności. Traktuje się go jako dobrze rokującego i bezpiecznego- wszakże wada wymowy została oceniona jako dobrze rokująca i nie zakaźna. Przypisywane są mu atrybuty życiowego znormalizowania jak praca ,rodzina ,przyjaciele. Jednak przyzwolenie na obecność osób wadą wymowy w życiu zbiorowości odznacza się nierównomiernością zakresową. Chętniej wyrażano się przyzwolenie na ich obecność w relacjach bliskich acz niezobowiązujących do stałych świadczeń. Może być przyjacielem, sąsiadem. Jednak pojawia wobec niej pewna doza dystansu wyrażającego się w niechęci do stałych kontaktów wymagających zaangażowania kompetencji komunikacyjnych jak zatrudnienie i stałe związki nieformalne o typie małżeństwa. Wskazuje się, także na niższe zadowolenie z życia , problemy finansowe, ubytki zdrowia i cierpienia natury psychologicznej stanowiące skutek wady wymowy. Genezy opisanego zjawiska upatruję w naturze wady godzącej w jedną z podstawowych kompetencji bytu homo sapiens jaką jest zdolność komunikacji słownej. Osoba mająca w tym zakresie problemy jest pojmowana jako byt medialny. Wyglądem nie musi różnić się od reszty zbiorowości a zatem wizualnie jest człowiekiem. Jednak komunikacja, będąca przecież istotnym składnikiem egzystencji obnaża słabości człowieka z wadą wymowy. Problemy istnieją, choć badane osoby dążyły do zaprezentowania swojego braku uprzedzeń.

Bibliografia

- Aouil B. i Maliszewski, W.J. (red.) (2007) *Media – komunikacja: zdrowie i psychologia*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Aronson E. (2005) *Człowiek istota społeczna*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa.
- Becker G. (1990) *Ekonomiczna teoria zachowań ludzkich*, PWN, Warszawa
- Bale J. (2004) *Running Cultures. Racing in Time and Space*, Routledge, Taylor & French Group.
- Błachnio K. (1989) *Wybrane zagadnienia z metodyki logoterapii i podręczny słownik terminów specjalistycznych używanych w logopedii*. Central-

- ny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego MEN. Warszawa.
- Bogardus E.S. (1933) A social distance scale, „Sociology and Social Research”, t. 17.
- Boski P. (2009) *Kulturowe ramy zachowań społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Academica SWPS, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Brannon L. (2002) Psychologia rodzaju, GWP, Gdańsk.
- Buss J. (2002) Psychologia rodzaju, GWP, Gdańsk.
- Chlewiński Z., Kurcz I. (1995) *Zmienność i nieuchronność stereotypów*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa.
- Chlewiński Z. (1992) *Kolokwia Psychologiczne. Stereotypy i Uprzedzenia*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa.
- Chodkowska M. (2004) *Problemy pedagogicznego wsparcia uczniów z niepełnosprawnościami intelektualnymi w zakresie społecznego funkcjonowania w klasie szkolnej*, [w:] *Wsparcie społeczne w rehabilitacji resocjalizacji*, red. Z. Palak, Z. Bartkiewicz, Wydawnictwo UMCS, Lublin
- Czaplewska, E. i Milewski S. (2012) *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, Sopot.
- Douglas M (2007), *Czystość i zmaza. Analiza pojęć nieczystości i tabu*, tłum. M. Bucholc, PIW, Warszawa.
- Eichberg H. (1998) *Body cultures. Essey on sport, space and identity*, Routledge, Taylor & French Group London.
- Foucault M. (1993) *Nadzorować i karać: narodziny więzienia*, Aletheia, Warszawa.
- Gałkowski T., Tarkowski Z., Zaleski T. (1993) *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Gunia, G. i Lechta, V.: *Wprowadzenie do logopedii*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012.
- Goffman E. (2005) *Piętno. O zranionej tożsamości*, GWP, Gdańsk
- Heathertorn T., Kleck R., Hebl M., Hull J. (2008) *Spółeczna psychologia piętna*, Collegium Civitas, PWN, Warszawa.
- Homans G.C. (1961) *Social Behavior . Its Elementary Forms*, New York
- Stanowisko redukcjonizmu metodologicznego .W *Studia Socjologiczne*, 1974 nr 3.
- Janczewski G. i Goździk- Żołnierkiewicz, T.: *Konsultacje otolaryngologiczne*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich PZWL. Warszawa, 1990.
- Kaczmarek L. (1966) *Nasze dziecko uczy się mowy*. Wydawnictwo Lubelskie. Lublin.

- Kaczmarek, L.: *Program studiów logopedycznych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 1981.
- Kirenko J. (2006) *Oblicza niepełnosprawności*, Wydawnictwo Akademickie Wyższej szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. Wincentego Pola, Lublin
- Kofta M., Szustrowa T. (2005) *Złudzenia, które pozwalają żyć*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Kowalak T. (1998) *Marginalność i marginalizacja*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa
- Kowalik St. (1996) *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, BPS, Warszawa
- Mahler F. (1993) *Marginality and Maldevelopment*, w: J. Danecki (red.) *Insights into Maldevelopment*, Uniwersytet Warszawski, Warszawa
- Maruszewski, M.(1966) *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Marshall G.(red.) (2004) *Słownik socjologii i nauk społecznych*, PWN Warszawa.
- Mądrzycki T. *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne WSiP, Warszawa
- Miłkowska-Olejniczak G. (2000) *Pedagogika wobec przemian i reform oświatowych*, Zielona Góra.
- Minczakiewicz E.M. (1997) *Mowa – rozwój, zaburzenia, terapia*, Kraków
- Modrzewski J. *Socjalizacja i uczestnictwo społeczne. Studium socjopedagogiczne*. Wydawnictwo Naukowe UAM. Poznań, 2004.
- Nowicka E. (1990) *Dystans wobec innych ras i narodów w społeczeństwie polskim*, w: Nowicka E. (red.) *Swoi i obcy*, Uniwersytet Warszawski, Warszawa.
- Nowicka E. (1996) *Postawy mieszkańców Śląska i centralnej Polski. Tożsamość narodowa i stosunek do obcych w dwóch regionach Polski*, w: Nowicka, J. Nawrocki (red.), *Inny – obcy. Wróg. Swoi i obcy w świadomości młodzieży szkolnej i studenckiej*, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Parsons T. (1969) *Struktura społeczna a osobowość*, tł. M. Tabin, Warszawa 1969, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne (*Social Structure and Personality* 1964).
- Perzanowski A. (2009) *Odmierńcy. Antropologiczne studium dewiacji*, Wydawnictwo „DIG”, Instytut Etnologii i Antropologii UW, Warszawa
- Pease A. i B. (2008) *Mowa ciała*, Dom Wydawniczy „Rebis”, Poznań.
- Sawa B. (2001) *Dzieci z zaburzeniami mowy*, WSiP, Warszawa.

- Skarżyńska K. (1982) *Spostrzeganie ludzi*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa.
- Skorek E.M. (2001) *Oblicza wad wymowy*. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa.
- Sołtys-Chmielowicz A. *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2008.
- Spionek H. *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 1969.
- Stecko E. *Zaburzenia mowy dzieci*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego. Warszawa 1996.
- Strelau J. *Psychologia. Podręcznik akademicki, tom III*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2005.
- Styczek I. *Logopedia*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 1980.
- Wojcieszke B. *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Wydawnictwo Naukowe Scholar. Warszawa 2006.
- Żuraw H. *Obraz osoby upośledzonej umysłowo w poglądach osób pełnosprawnych*, w: *Psychologia Wychowawcza* nr 4/1998.

Katarzyna Marciniak-Paprocka

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach

Wydział Humanistyczny

Rodzice o inkluzji – raport z badań pilotażowych

Parents about inclusion – Pilot research report

Streszczenie: Przedmiotem rozważań niniejszego artykułu jest raport z badań pilotażowych dotyczących opinii rodziców na temat wspólnego wychowania i edukacji dzieci niepełnosprawnych z ich pełnosprawnymi rówieśnikami. Badaniami ankietowanymi zostali objęci rodzice dzieci uczących się na różnych poziomach edukacyjnych zamieszkujący w mieście Siedlce, które uważane jest za przykład odnośnie kształcenia integracyjnego na wszystkich etapach kształcenia (od przedszkola aż po uniwersytet). Punktem wyjścia niniejszych badań było postawienie tezy, iż środowisko rodzinne, jako pierwsze i najważniejsze w życiu dziecka, jest zaczątkiem kształtowania się postaw, wobec tego istotne jest jaką wiedzę, jakie poglądy, nastawienia i opinie wobec osób z niepełnosprawnością posiadają rodzice. Celem inkluzji jest bowiem nie tylko systemowe włączenie osób wykluczonych do środowiska społecznego, ale pełna integracja. O ile normatywnie, pewne aspekty można uregulować i za pomocą różnych kontroli weryfikować ich funkcjonowanie, o tyle najtrudniejsze są zmiany w mentalności drugiego człowieka. Wartością niniejszych badań jest niewątpliwie fakt, oddania głosu rodzicom – ich opinii na temat praktycznego zastosowania inkluzji pozwalają na przedstawienie realnego obrazu prowadzonych czynności włączających.

Słowa kluczowe: rodzice, uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, badania, opinie

Abstract: The subject of this article is a study report on parents' views about the common upbringing and education of children with disabilities with their contemporary. Surveyed respondents were parents of children which are learning at various educational levels. Respondents are citizen of Siedlce, which is considered an example of full integration at all stages of education (from kindergarten to university). The point of departure of this study was to argue that the family environment, as the first and most important in a child's life, is the beginning of the development of attitudes. Is important to know the views, attitudes and opinions of people with disabilities have parents. The aim of the inclusion is not only the systemic inclusion of people excluded into the social environment, but full integration. While normative, certain aspects can be regulated and verified through their various functions, the most difficult are changes in the mentality of another person. The value of this study is undoubtedly the fact that parental voices - their views on the practical application of inclusions allow for a realistic view of the inclusion activities.

Keywords: parents, students with special educational needs, research, opinions

Od kilku lat w Polsce dużo mówi się o inkluzji społecznej. Dyskusja ta, jest między innymi efektem zmian wprowadzanych przez ratyfikację aktów

prawnych o charakterze międzynarodowym oraz tworzenie krajowych. Ubiegły wiek, to okres kiedy wielokrotnie w najważniejszych aktach normatywnych wskazywano nie tyle na możliwość, ale **konieczność** równego traktowania osób wykluczonych, w szczególności osób niepełnosprawnych (Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Konwencja Praw Dziecka, Światowa Deklaracja Edukacji dla Wszystkich, Deklaracja z Salamanki czy Międzynarodowa Konwencja Praw Osób Żyjących z Niepełnosprawnością). Pierwsze¹ akty prawne o charakterze inkluzyjnym dotyczące edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w Polsce miały miejsce w 2010 roku, kiedy to rozporządzeniami Ministra Edukacji Narodowej wprowadzono obowiązek udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej każdemu uczniowi, który tego potrzebuje. Co istotne, pomoc udzielana ma być nie tylko samemu uczniowi, ale również jego rodzicom. O ile realizowanie założeń inkluzji pod względem merytorycznym (przygotowanie nauczycieli do pracy z uczniem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, dostosowanie metod, technik dydaktycznych, dostosowanie programów nauczania, udzielanie specjalistycznej pomocy – ilość zajęć terapeutycznych czy zajęć specjalistycznych, itp.) i technicznym (przygotowanie infrastruktury szkolnej, zaopatrzenie w odpowiednie pomoce dydaktyczne i sprzęt specjalistyczny itp.) jest sprawdzane zarówno przez kuratorium oświaty, jak również np.: Najwyższą Izbę Kontroli, o tyle zmiany w mentalności są trudniej weryfikowalne.

W 2012 roku NIK przedstawił raport z przeprowadzonej kontroli odnośnie realizacji przez Ministerstwo Edukacji Narodowej polityki oświatowej państwa w odniesieniu do kształcenia uczniów z niepełnosprawnościami. Kontrola została oceniona pozytywnie. W artykule zostanie przytoczony jedynie fragment badań, dotyczący rodziców odnośnie uwag i spostrzeżeń w zakresie realizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej ich dzieciom. Ankietę wypełniła grupa 1460 rodziców. Prawie wszyscy respondenci deklarowali wówczas, iż posiadali oni wiedzę na temat zajęć, które powinny być realizowane z dzieckiem z powodu jego niepełnosprawności. Niemal 77% rodziców stwierdziło również, że pomoc jaka jest oferowana przez szkołę jest wystarczająca. Pozostałych 23% badanych jako braki wskazało na: zbyt rzadkie odbywanie się zajęć, zbyt krótki czas trwania zajęć, brak poprawy w zakresie usuwania trudności dziecka oraz udzielanie pomocy

¹ Nie oznacza to, że do roku 2010 nie podejmowano działań zmierzających do pełnej integracji. Dotychczasowe działania zmuszały jednak jednostki wykluczone do podejmowania niezrędko heroicznych wysiłków, a system pozostawał bez zmian. Integracja w edukacji była często uwarunkowanym przywilejem, a nie prawem niezbywalnym.

nieadekwatnie do potrzeb dziecka. Rodzice wskazali również na zbyt małą ilość specjalistów oraz zbyt dużą ilość dzieci w grupie. Mimo tych braków, aż 88% respondentów wyraziło swoje zadowolenie z proponowanych przez placówki form współpracy (Najwyższa Izba Kontroli, 2012). Niezmiernie cieszony fakt, iż badani rodzice mieli poczucie swojej sprawczości i ważnej roli, jaką pełnią oni w kształceniu i wychowaniu szkolnym swoich dzieci. Jednocześnie należy zaznaczyć, że ankietowani byli to rodzice dzieci niepełnosprawnych (w tym 19% z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i 25% umiarkowanym lub znacznym). Tak wysoka świadomość rodziców dzieci niepełnosprawnych sprawia, że są oni aktywni i z większą determinacją dbają o to, by ich dzieci były włączane do społeczeństwa.

Rodzina jako pierwsze ogniwo w procesie wychowania

Jak już zostało wspomniane, istotne w inkluzji są zmiany w mentalności ludzkiej, które dotyczą postaw, wartości, nastawień czy przekonań. Rodzina natomiast jest niejako pomostem pomiędzy jednostką a społeczeństwem. Jest pierwszą i podstawową komórką społeczną, z którą styczność ma dziecko. To w niej tworzą się pierwsze więzi społeczne. To ona jest drogowskazem w przyszłych relacjach interpersonalnych i szkołą przyszłych życiowych ról.

Rodzina pełni szereg funkcji, które zdaniem Z. Tyszki można podzielić w 4 grupy: funkcje biopsychiczne (prokreacyjna i seksualna), ekonomiczne (materialno-ekonomiczna i opiekuńczo-zabezpieczająca), społeczno-wyznaczające (legalizacyjno-kontrolna i klasowa²) oraz funkcje socjopsychologiczne. Podział ten M. Ziemska jeszcze bardziej uszczegółowia wyróżniając tym samym dwie funkcje rodziny: w realizacji na rzecz społeczeństwa (w tym pełnienie ról społecznych) oraz na rzecz rodziny (gdzie zaspokajane są zadania prokreacyjne, ekonomiczne, biologiczne czy psychospołeczne) (Kwak, 1993). Jednym z głównych zadań rodziny wobec tego, jest **wskazywanie pożądanego wzorów zachowań**, tym samym również reagowanie na ich niewłaściwą odmianę, uczenie norm i zasad postępowania na co dzień, ale takich, które pozostają w zgodzie ze społeczeństwem w którym jednostka funkcjonuje.

Zasadniczym celem rodziny jest więc wychowanie młodego człowieka. Różnica między wychowaniem domowym a przedszkolnym, szkolnym

² Na dzień dzisiejszy odchodzi się od wyznaczania przynależności klasowej w strukturze społecznej.

jest taka, że wychowawcy posiadają inne kompetencje. Rodzice nie są zobowiązani kończyć szkolenia, kursy czy studia pedagogiczne, a jednak w sposób intuicyjny, odróżniając dobro od zła przekazują najważniejsze prawdy życiowe swoim dzieciom. Szukając podstaw teoretycznych wychowania, nie można pominąć poglądów M. Łobockiego, który przypomina, że jednym z podstawowych zadań pedagogiki jest wychowanie człowieka do wartości. Zaznacza również, że „przyjęty przez pedagoga sposób rozumienia wartości zależy często od celów, jakie zamierza on osiągnąć” (Łobocki, 1993). Rodzice wychowując dzieci stawiają sobie pewne cele. Chcą by ich dziecko było: piękne, mądre, empatyczne, pracowite itd. Listę życzeń – a jednocześnie celów wychowania można mnożyć i modyfikować. Jednak wspomniane cele zgodne są z wartościami, jakie cenią opiekunowie – wychowawcy. Oznacza to, że wartości można identyfikować jako przedmiot ludzkich dążeń. M. Rokeach podejmując zagadnienie wartości dzieli je na dwie zasadnicze grupy: wartości ostateczne (te, do których człowiek dąży w swoim życiu) oraz wartości instrumentalne (sposoby dążenia by osiągnąć życiowe cele) (Korczyński, 2009). Niezaprzeczalnie dla pedagoga, ale i dla każdego człowieka, wartością powinien być drugi człowiek. Oznacza to, że zarówno w środowisku rodzinnym, jak i szkolnym prowadzone winny być takie działania, które mają przybliżyć jednostkę do osiągnięcia zamierzonych celów – do pełnego funkcjonowania w społeczeństwie. Wychowanie jest więc procesem celowym, a za pomocą stosowania norm wychowawczych dąży się do tego, aby wyrobić w dziecku zdolność współżycia i współdziałania z innymi ludźmi (Kopeć, 2012). Te dwa aspekty – wychowanie do wartości oraz wychowanie do osiągnięcia określonych postaw są ze sobą ściśle powiązane. Nie jest możliwe ich rozdzielnie.

Poglądy, nastawienia, przekonania i postawy jako wyznaczniki wychowania dzieci

Na wychowanie dzieci i młodzieży wpływ ma wiele czynników – wśród nich duże znaczenie ma instytucja wychowująca. Wychowanie małego dziecka w rodzinie odbywa się w sposób intuicyjny – można mówić o wychowaniu naturalnym. W wielu przypadkach rodzic nie wyjaśnia i nie tłumaczy pewnych swoich zachowań, natomiast dziecko przyswaja je w naturalny dla siebie sposób – poprzez naśladownictwo. Jak zauważa W. Sroczyński, „wypełnienie funkcji wyznaczonych rodzinie umożliwia podtrzymanie ładu społecznego, ponieważ w tym właśnie środowisku zaczyna się proces socjalizacji, a więc kształtowanie postaw i cech osobowości przyszłego obywatela”.

la” (Sroczyński, 2015). M. Tyszka podkreśla, że oddziaływanie rodziny na jednostkę skutkuje tym, iż potrafi ona uczyć się od osób, które związane są z nią więzią społeczno-emocjonalną (Tyszkowa i Przetacznik-Gierowska, 2003). Dlatego też w późniejszych latach życia dziecka, funkcję wychowawczą oprócz rodziców i szkoły czy grupy rówieśniczej (a czasem wręcz zamiast nich) przejmują osoby znaczące. Kolejną instytucją mający znaczenie w wychowaniu człowieka jest przedszkole/szkoła - w tym przypadku mówimy już o wychowaniu organizowanym celowo. W stosunku do osób niepełnosprawnych, najważniejsza w integracji jest właśnie działalność edukacyjna (Zacharuk, 2008). Ogromne znaczenie ma również grupa rówieśnicza, która jako grupa odniesienia pozwala zaspokajać jednostce jej potrzeby. Niewątpliwie, co nie zawsze ma pozytywny wydźwięk wychowawczy, ogromne znaczenie mają media (w mniejszym stopniu radio czy telewizja, a w coraz większym socialmedia i funkcjonowanie w wirtualnej rzeczywistości).

Jak słusznie zauważa R. Matysiuk, współcześnie rodzice nie tylko dbają o rozwój dzieci, ale również wprowadzają do świata, który nie zawsze jest przyjazny, otwarty i budzący zaufanie (Matysiuk, 2015). Często rzeczywistość wymaga od jednostki dokonywania trudnych wyborów, nierzadko będących w kolizji z moralnością czy zasadami i normami funkcjonującymi społecznie. Podstawą prowadzenia czynności wychowawczych przez rodziców, a tym samym kształtowania osoby ludzkiej są poglądy, nastawienia, przekonania i postawy oraz wartości.

Pogląd to „opinia o czymś, sposób zapatrywania się na coś, punkt widzenia; całość czyichś sądów o rzecz rzeczywistości (pogląd na świat), zwłaszcza w zakresie zagadnień moralnych, społecznych, politycznych” (Borzęcki, 1994). W. Okoń w Nowym słowniku pedagogicznym nie uwzględnia pojęcia „pogląd”, ale uszczegółowia go jako „pogląd na świat”. Rozumie go tym samym jako: „system przekonań określających poznawczy i uczuciowy stosunek człowieka do świata jako pewnej całości i wywierających wpływ na jego postępowanie” (Okoń, 2001). Nastawienie, zdaniem W. Okonia to: „skłonność do spostrzegania i oceniania ludzi, rzeczy i zdarzeń w sposób uwarunkowany dotychczasowymi doświadczeniami danej jednostki. Przykładem trwałych n. są m.in. przesady, które kształtują się często w dzieciństwie, przede wszystkim pod wpływem ujemnych mniemań wytworzonych przez opinie rodziców, rodzeństwa, rówieśników” (Okoń, 2001). Cz. Czapow odnosząc się do wyjaśnienia zagadnienia „postawy” uznaje, że jest ona „określoną co do struktury całością zbudowaną z **nastawień** (dyspozycji do skłonności do wystąpienia określonej aktywności)”, co z kolei oddziałuje na motywację, a następnie ustosunkowanie się – czyli rzeczywisty obraz po-

stawy (Marciniak-Paprocka, 2017). Przez przekonanie zdaniem K. Borzęckiego należy rozumieć „zdanie oparte na przeświadczeniu o prawdziwości lub o fałszywości jakiegoś sądu, torii, doktryny; wyrobiony sąd na coś; przekonanie, opinia” (Borzęcki, 1994), natomiast W. Okoń twierdzi, że w pedagogice jest to: „względnie stały składnik świadomości człowieka, oparty na przeświadczeniu, że pewien stan rzeczy jest taki, a nie inny: na p. składają się: poznanie jakiegoś stanu rzeczy, emocjonalna aprobatą zdobytej wiedzy oraz skłonność do postępowania zgodnie z jej treścią” (Okoń, 2001). Zaznacza przy tym, że tylko w codzienności człowiek jest w stanie skonfrontować wiedzę i działanie. Takie podejście do terminu przekonania jest bardzo bliskie teoretycznego ujęcia postawy (trójskładnikowa teoria T. Mądrzyckiego), jak również jest jednym ze składowych systemu wartości (teoria systemu wartości M. Rokeacha).

W związku z powyższym, należy pokreślić jak ważną rolę dla późniejszego funkcjonowania człowieka ma to, jaka jest jakość umiejętności, postaw i nawyków kształtowanych w rodzinie. Rodzice realizując funkcje wychowawczą rodziny, mają prawo do wychowywania potomstwa zgodnie ze swoimi przekonaniem moralnymi, wartościami, które są dla nich istotne oraz postawami, które niejako definiują ich zachowania.

W związku z podejmowanym przedmiotem badań, to spostrzeżenie wydaje się determinujące. Zasadniczą tezę podjętych rozważań uczyniono twierdzenie, iż *istotne znaczenie w kształtowaniu postaw wobec osób niepełnosprawnych u dzieci ma to, jakie postawy, poglądy, nastawienia wobec osób niepełnosprawnych przejawiają rodzice dzieci pełnosprawnych.*

Metodologia badań

Celem przeprowadzonych badań uczyniono określenie przekonań, nastawień i poglądów rodziców dzieci pełnosprawnych w stosunku osób niepełnosprawnych. Do potrzeby niniejszych badań zostało przyjęte ujęcie poglądu jako: *systemu przekonań określających poznawczy (wiedza na temat niepełnosprawności, pomocy psychologiczno-pedagogicznej) i uczuciowy (nastawienie emocjonalno-oceniające w stosunku do osób niepełnosprawnych, korzyści i zagrożenia wynikające z inkluzji) stosunek do świata jako pewnej całości i tym samym wywierający wpływ na jego postępowanie (świadoma i celowa styczność z osobami niepełnosprawnymi, deklarowane zachowania wobec osób niepełnosprawnych).*

Postawiono zatem problemy ogólne – *jaki jest pogląd rodziców dzieci pełnosprawnych na temat wspólnego kształcenia i wychowania z niepełnosprawnymi rówieśnikami?*

W badaniach pilotażowych przeprowadzonych za pomocą metody sondażu diagnostycznego wzięło udział 93 rodziców (w tym 86 kobiet i 7 mężczyzn) z terenu miasta Siedlce. Wiek badanych był zróżnicowany, co ilustruje tabela 1.

Tabela 4. Wiek badanych

Wiek	n	%
18-25 lat	4	4,3
26-30 lat	14	15,1
31-35 lat	39	41,9
36-40 lat	25	26,9
Powyżej 40 lat	11	11,8

Źródło: badania własne; n - liczba badanych osób, % - procent próby

Wszyscy ankietowani klasyfikowani są jako osoby dorosłe. Przez dorosłość można tym samym rozumieć „tę fazę życia, w którą wkracza człowiek po gwałtownych zmianach rozwojowych prowadzących do dojrzałości biologicznej i społecznej, wyrażający się w zdolności do prokreacji, oraz odpowiedzialnego podejmowania nowych ról społecznych związanych z zakładaniem własnej rodziny, rodzeniem i wychowywaniem dzieci, podejmowaniem i rozwijaniem aktywności zawodowej, a przede wszystkim autonomicznym kierowaniu własnym życiem” (Gruba, 2001). Jednak ponieważ okres dorosłości jest najdłuższym okresem w życiu człowieka, nie da się opisać dokładnie uniwersalnych, ściśle powiązanych z wiekiem zmian. Wynikają one z dużego indywidualnego zróżnicowania.

Znaczna większość ankietowanych (80,6%) znalazła się w grupie tzw.: „środkowej dorosłości” (Oleś, 2012)³. Oznacza to, że są w przedziale wieku od 30/35 lat do 60/65 lat (w wieku 31-35 lat – 41,9%; 36-40 lat – 26,9%; 40 i więcej – 11,8%). Jest to okres, w którym jednostka ma już ukształtowane życiowo poglądy, posiada stabilizację, zarówno o charakterze rodzinnym, jak i zawodowym. Oznacza to tym samym, że poglądy większości badanych są już ukształtowane przez lata doświadczeń oraz nabytą wiedzę.

³ Spośród wielu podziałów dorosłości powołano się na klasyfikację Brzezińskiej, Appelt, Ziółkowskiej.

W większości respondenci posiadali wykształcenie wyższe (78 osób), pozostali zaś średnie (15 osób). Ich sytuacja zawodowa jest zróżnicowana. Ponad połowa – 61 osób (65,6%) pracuje zawodowo, kolejne 22 osoby (23,7%) w trakcie badań przebywały na urlopie macierzyńskim/ wychowawczym, 7 osób (7,5%) wskazało, że jest osobą bezrobotną, 2 przebywa na rencie, a 1 uczy się.

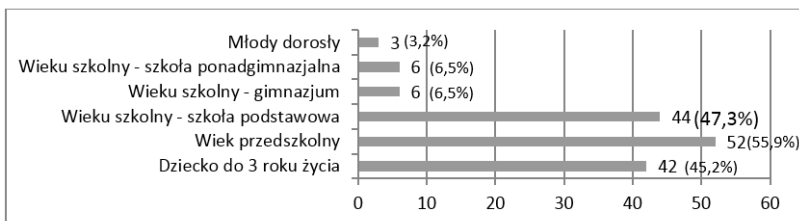
Wszyscy badani są rodzicami, czego wymagała próba. Dwie trzecie badanych posiada więcej niż jedno dziecko. Wykaz liczbowy dzieci ilustruje tabela 2.

Tabela 5. Liczba posiadanych dzieci

Liczba dzieci	n	%
1	29	31,2
2	47	50,5
3	16	17,2
4 i więcej	1	1,1

Źródło: badania własne; n - liczba badanych osób, % - procent próby

Wiek dzieci był zróżnicowany. W sumie badaniami zostali objęci rodzice 153 dzieci, przy czym prawie jedna trzecia z nich były to dzieci w wieku do 3 roku życia, następnie kolejną część stanowiły - dzieci w wieku przedszkolnym (52 dzieci) oraz niemal jedna trzecia – dzieci w wieku szkolnym – szkoła podstawowa. Przy czym, biorąc pod uwagę fakt, że rodzice mogą posiadać więcej niż jedno dziecko, odniesienia w % dotyczą grupy badawczej 93 rodziców. Charakterystykę wieku dzieci ilustruje wykres 1.



Wykres 1. Wiek dzieci respondentów

Źródło: badania własne; n- liczba badanych osób, % -procent próby

W badanej grupie niemal 10% dzieci nie podejmuje żadnej nauki na poziomie przedszkolnym czy szkolnym. Z pozostałych 63,4% uczęszcza do placówki masowej, 24,7% do placówki bądź grupy/klas o specyfice integra-

cyjnej. Pozostałe 2,2% dzieci pobiera naukę w szkolnictwie specjalnym. Należy przy tym zaznaczyć, że 18 rodziców wskazało, że ich potomstwo posiada jakiś rodzaj niepełnosprawności, natomiast pozostałych 75 osób (80,6%) to dzieci pełnosprawne.

Teren badań został określony celowo – gdyż Siedlce, jako miasto prezentują przykład wieloletnich tradycji integracyjnych w szkolnictwie na wszystkich poziomach edukacyjnych (od kształcenia przedszkolnego, aż po uniwersytet – gdzie w 2016 roku było obchodzone 25 lat kształcenia integracyjnego). Dodatkowo, w 2013 roku zostało laureatem nagrody w konkursie Pary Prezydenckiej RP „Dobry Klimat dla Rodziny”. Jedną z istotnych przesłanek wyróżniających Miasto Siedlce były działania podejmowane na rzecz integracji osób z niepełnosprawnością.

Opis i analiza wyników badań

Charakterystyka wyników badań pilotażowych została podzielona na trzy części. Obejmują one analizę pytań zawartych w kwestionariuszu ankiety, które mają za zadanie określić poglądy rodziców dzieci pełnosprawnych na temat ich wspólnego uczestnictwa z niepełnosprawnymi rówieśnikami. Na wstępie należy podkreślić, że temat podejmowanych badań odniósł się szerokim echem wśród ankietowanych rodziców. Takie podejście respondentów pozwala wysnuć wniosek, iż inkluzja stała się naturalnym aspektem życia społecznego. Analiza poszczególnych odpowiedzi na zadawane pytania nie pozostawia co do tego żadnych wątpliwości.

Wychodząc z założenia, że postawy, jakie prezentują rodzice, są wzorcowymi dla dzieci zostali oni poproszeni o określenie, jaka postawę wobec osób niepełnosprawnych deklarują. Im bardziej pozytywne postawy wobec niepełnosprawnych posiadają rodzice, tym większe prawdopodobieństwo, że taką samą postawę – jako wzorcową będą przyjmowały ich dzieci. 79,5% respondentów określa swoją postawę, jako pozytywną. Oznacza to, że sądzą o sobie, iż są otwarci na kontakt z osobami niepełnosprawnymi, spędzają czas wolny w ich towarzystwie oraz pomagają w potrzebie. Kolejne 20,5% uważa, że ich postawa jest obojętna. W związku z tym, badani wykazują zrozumienie, że w społeczeństwie znajdują się zarówno osoby, pełnosprawne, jak i niepełnosprawne jednak nie nawiązują z nimi żadnych bliższych relacji jednocześnie nie krzywdzą ich i nie dyskryminują. Żadna z badanych osób nie wskazała na postawę negatywną. Znaczna większość badanych wskazuje również na to, że zna jakąś osobę niepełnosprawną - twierdzą tak 83 osoby (89,2%).

Przekonania poznawcze respondentów

Na przekonania poznawcze respondentów składają się wiedza na temat: styczności dziecka z osobami niepełnosprawnymi, poszczególnych rodzajów niepełnosprawności, udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi oraz działań integracyjnych i kampanii prowadzonych na rzecz osób niepełnosprawnych.

Albert Camus twierdził, że *Zło na świecie płynie niemal zawsze z niewiedzy*. To stwierdzenie można z powodzeniem przytoczyć w przypadku wykluczenia osób niepełnosprawnych i stosowania wobec nich postaw negatywnych. System edukacji osób niepełnosprawnych przeszedł przez lata ogromną transformację. Pierwszy nurt, uwzględniał kształcenie osób niepełnosprawnych w sposób segregacyjny. Krytycy segregacji wskazywali jednak słusznie, że minusem wspomnianego systemu było brak styczności osób pełnosprawnych z niepełnosprawnymi rówieśnikami. Takie podejście skutkowało brakiem świadomości osób pełnosprawnych na temat istnienia ich niepełnosprawnych rówieśników. Natomiast kiedy dochodziło już do takich relacji – ich efektem alienacją, ale również strach i niepewność przed nieznanym (Kościelska, 1994). Te aspekty zasadnie były przez badaczy podkreślane jako jedne z przyczyn zmiany systemu z segregacyjnego na integracyjny.

Istotne, wobec tego jest wskazanie na faktyczną styczność dzieci z osobami niepełnosprawnymi w różnych środowiskach, zarówno w domowym, szkolnym, jak również poza nimi.

Tabela 6. Rozkład częstości – styczność dziecka z osobami niepełnosprawnymi

Wskaźniki	Opinie					
	Tak		Nie wiem		Nie	
	n	%	n	%	n	%
W domu rodzinnym	21	22,5	1	1,1	71	76,4
W rodzinie dalszej	31	33,3	5	5,4	57	61,3
W przedszkolu/szkole	47	50,5	11	11,8	35	37,7
W środowisku lokalnym	37	39,8	8	8,6	48	51,6
W innym miejscu	48	51,6	11	11,8	34	36,6

Źródło: badania własne; n - liczba badanych osób, % - procent próby

Najczęściej dzieci mają styczność z osobami niepełnosprawnymi w przedszkolu lub w szkole. Taka sytuacja dotyczy 50,5% badanych⁴. Jest ona

⁴ Podane dane procentowe odnoszą się do całości próby, gdyż jedno dziecko może mieć styczność z osobami niepełnosprawnymi we wszystkich wymienionych obszarach.

naturalna i jest efektem funkcjonowania praktycznego inkluzji w edukacji, kiedy to od 2010 roku wszyscy uczniowie, bez względu na poziom swoich trudności mają prawo pobierać naukę w szkolnictwie masowym. Równie duża liczba osób (48) wskazała, że dzieci mają styczność z osobami niepełnosprawnymi poza rodziną, przedszkolem czy szkołą i środowiskiem lokalnym - 51,6%. Niewielki odsetek badanych w zadanym pytaniu wskazywało na brak wiedzy co do styczności ich dziecka w wymienionych obszarach. Sugeruje to, że rodzice posiadają dość dobry poziom wiedzy na temat środowisk, w których funkcjonują ich dzieci.

Niezbędnym elementem do świadomego wyrażania opinii na wskazany temat jest posiadanie choćby minimalnego poziomu wiedzy. Najczęściej negatywne postawy, uprzedzenia i wycofanie mają podstawy w brakach w wiadomościach. Im większą wiedzę na temat otaczającego świata posiada człowiek, tym mniej podatny jest na wszelkiego rodzaju spekulacje i zakłamania. T. Mądrzycki podkreślał, że wysoki poziom stopień wiedzy sprzyja kształtowaniu się postaw mało stereotypowych, adekwatnych do rzeczywistości (Marciniak-Paprocka, 2017).

Tabela 7. Rozkład częstości – poziom wiedzy respondentów na temat niepełnosprawności

Wskaźniki – opinie na temat własnego poziomu wiedzy	n	%
Dość dobry poziom wiedzy na temat każdej niepełnosprawności	39	41,9
Minimalny poziom wiedzy na temat każdej niepełnosprawności	26	28
Wiedza na temat tylko niektórych rodzajów niepełnosprawności	21	22,6
Brak umiejętności oceny poziomu swojej wiedzy	7	7,5
Brak wiedzy na temat niepełnosprawności	0	0

Źródło: badania własne; n - liczba badanych osób, % - procent próby

Respondenci oceniając własny stopień wiedzy na temat niepełnosprawności wskazują na dość zróżnicowany poziom. 41,9 % określa go jako dość dobry, natomiast kolejne 28% twierdzi, że choć w minimalnym stopniu potrafi wymienić cechy charakterystyczne omawianej problematyki. Niestety, prawie jedna trzecia ankietowanych ma niski poziom wiedzy o niepełnosprawnościach bądź nie potrafi dokonać rzetelnej oceny. Niezbędne jest zatem postawienie wniosku w aspekcie umożliwienia rodzicom w sposób systemowy uzupełnienia braków w celu eliminowania obaw czy wyjaśniania wątpliwości. Rolę edukacyjną winny więc pełnić placówki – przedszkola i szkoły, gdzie w czasie spotkań z rodzicami należałoby zorganizować

warsztaty czy też rozmowy kierowane bądź wykłady. Świadomy rodzic będzie chętniej tłumaczył niejasności swojemu dziecku i rzadziej będzie okazywał zniechęcenie i brak zrozumienia w przypadku obserwowania nie zawsze typowych zachowań towarzyszących pewnym niepełnosprawnościami.

Placówki prowadzą już pewne czynności, które mają za zadanie integrować społeczność, jednak jak pokazują badania ich ilość i jakość (albo wiedza rodziców na temat ich prowadzenia) jest niewystraszająca.

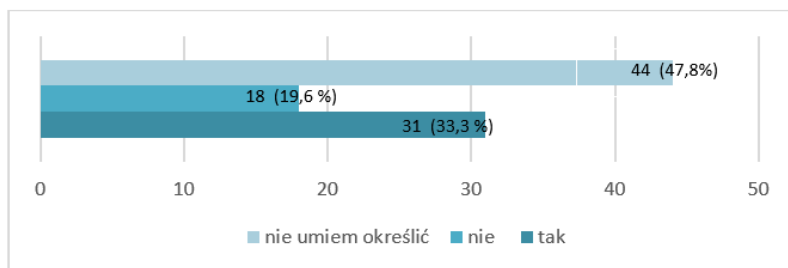
Tabela 8. Rozkład częstości - czynności integracyjne prowadzone przez placówki
Wskaźniki

		Opinie				
		Często	Przeciętnie	Trudno powiedzieć	Rzadko	Nigdy
Czynności integrujące grupę prowadzone w trakcie zajęć	n	32	19	23	8	11
	%	34,5	20,4	24,7	8,6	11,8
Imprezy integracyjne prowadzone w placówce	n	39	16	15	11	12
	%	41,9	17,3	16,1	11,8	12,9
Rozmowy z rodzicami podczas wywiadówek	n	26	17	17	16	17
	%	27,8	18,3	18,3	17,3	18,3

Źródło: badania własne; n - liczba badanych osób, % - procent próby

Jeśli chodzi o częstotliwość uczestniczenia rodziców i ich dzieci w wykonywanych przez przedszkola i szkoły czynności przeciwdziałających wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych połowa ankietowanych często (kolejno 34,5%, 41,9%, 27,8%) lub przeciętnie (20,4%, 17,3%, 18,3%) uczestniczyła w wymienionych formach. Niepokojące jest to, że od 19 do 33 osób (w zależności od wskaźnika) uznało, że uczestniczą w tych działaniach rzadko bądź nigdy. Najrzadziej uwzględniane są rozmowy z rodzicami podczas wywiadówek. Tym samym znajduje potwierdzenie postawiony wcześniej wniosek, iż szerzenie wiedzy na temat niepełnosprawności i działań włączających podejmowanych zarówno przez placówki, jak i społeczeństwo powinno odbywać się szczególnie w czasie spotkań z rodzicami w postaci warsztatów czy wykładów.

Pomocne w szerzeniu wiedzy na temat osób niepełnosprawnych i inkluzji społecznej oprócz czynności prowadzonych przez placówki, mogą być również różnego rodzaju kampanie społeczne. Ankietowani rodzice niestety mają dość niski poziom wiedzy na temat prowadzonych akcji informacyjnych.



Wykres 2. Opinie na temat kampanii prowadzonych na rzecz osób niepełnosprawnych
 Źródło: badania własne; n - liczba badanych osób, % - procent próby

Zaledwie jedna trzecia rodziców wykazuje się znajomością działań prowadzonych przez różnego rodzaju organizacje, które mają na celu przybliżenie tematyki niepełnosprawności. Wśród prowadzonych kampanii wymieniano: „Duże sprawy w małych głowach”, działalność: Fundacji Anny Dymnej i festiwal „Zaczarowanej Piosenki”, Fundacji TVN i Fundacji Polsat, działania prowadzone przez przedszkole i szkołę działającą lokalnie – „Żółty latawiec” oraz medialne promowane dni chorych (autyzm, cukrzyca itp.).

Kampanii medialnych prowadzonych w Polsce od wielu lat realizowanych jest o wiele więcej. Szczególnie mocno podkreślana jest walka z dyskryminacją, brakiem tolerancji i wykluczeniem społecznym. Zaliczyć możemy do nich: *Niepełnosprawni - normalna sprawa* (pierwsza w Polsce kampania społeczna dotycząca osób niepełnosprawnych), *Płytką wyobraźnia to kalectwo*, *Czy naprawdę jesteśmy inni*, *Polska bez barier*, *Sprawni w pracy – zatrudnianie osób niepełnosprawnych*, *Czy naprawdę chciałbyś być na naszym miejscu*, czy też np.: *Turystyka bez barier* (Niepełnosprawni.pl - wszystko o niepełnosprawności, 2017). Oprócz tego, działania w społeczeństwie prowadzą różnego rodzaju organizacje pozarządowe, proponując udział w konferencjach, uczestnictwo w projektach, debaty czy też konkursy.

Inkluzja w edukacji prowadzona jest systemowo od wilku lat. Od początku wprowadzania obowiązujących w szkolnictwie przepisów prawa podkreślano, że pomocą psychologiczno-pedagogiczną mają zostać objęci wszyscy uczniowie (odbiorcami pomocy psych-ped. są zgodnie z Rozporządzeniem MEN również rodzice i kadra), którzy będą tej pomocy potrzebowali ze względu na swoje indywidualne potrzeby i trudności. Zasadne jest więc poznanie opinii i wiedzy rodziców na temat realizacji działań pomocowych.

Tabela 9. Wiedza rodziców na temat uczestnictwa dzieci z poszczególnymi niepełnosprawnościami do jednej grupy/klasy z ich dzieckiem

Rodzaj niepełnosprawności		Opinie		
		Tak	Nie wiem	Nie
Niepełnosprawność ruchowa	n	23	31	39
	%	24,8	33,3	41,9
Niepełnosprawność intelektualna	n	25	38	30
	%	26,9	40,9	32,2
Niewidzące lub niedowidzące	n	8	42	43
	%	8,6	45,2	46,2
Niesłyszące lub niedosłyszące	n	15	42	36
	%	16,1	45,2	38,7
Autyzm	n	25	39	29
	%	26,9	41,9	31,2
Zespół Aspergera	n	21	42	30
	%	22,6	45,2	32,2
Zespół Downa	n	9	38	46
	%	9,7	40,9	49,4
Dziecięce porażenie mózgowie	n	8	39	46
	%	8,7	41,9	49,4
Choroba przewlekła	n	17	43	33
	%	18,3	46,2	35,5
Inne	n	5	52	36
	%	5,4	55,9	38,7

Źródło: badania własne; n - liczba badanych osób, % - procent próby

Dzieci badanych najczęściej mają styczność z rówieśnikami z niepełnosprawnością ruchową, niepełnosprawnością intelektualną, z autyzmem i Zespołem Aspergera. Specyfika każdej z wymienionych niepełnosprawności jest inna, a tym samym wymaga podejmowania różnych czynności pomocowych przez nauczycieli prowadzących zajęcia. Niepokojący jest jednak fakt, że duży odsetek rodziców nie posiada wiedzy o tym, czy jego dziecko uczy się w grupie/klasie w której są również jego niepełnosprawni rówieśnicy. Pozostaje więc wątpliwość, co jest tego przyczyną – czy jest to brak zainteresowania, czy brak wiedzy na temat niepełnosprawności (choć wielu spośród badanych wskazywało na przynajmniej minimalny poziom wiedzy), czy może tak dobrym funkcjonowaniem osób niepełnosprawnych w szkole, że w żaden sposób niepełnosprawność nie powoduje wyróżnienia na tle grupy, a tym samym wykluczenia (oznacza to również, że podejmowana systemowo inkluzja odnosi sukces). Kwestię tą należałoby pogłębić w dalszych czynnościach diagnostycznych.

Istotna w odczuciu badacza jest również wiedza rodziców na temat pomocy psychologiczno – pedagogicznej udzielanej uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Aż 87 osób (93,5%) deklaruje, że słyszała o działaniach pomocowych prowadzonych w placówkach w stosunku do wspomnianej grupy uczniów.

Tabela 10. Rozkład częstości – działania pomocowe udzielane uczniom o specjalnym potrzebach edukacyjnych
Wskaźniki

		Często	Przeciętnie	Opinie		
				Trudno powiedzieć	Rzadko	Nigdy
Organizowanie zajęć dodatkowych	n	41	21	15	8	8
	%	44,1	22,6	16,1	8,6	8,6
Przygotowywanie oddzielnych – specjalnych materiałów dydaktycznych w trakcie zajęć	n	30	21	27	6	9
	%	32,2	22,6	29	6,5	9,7
Kierowanie do poradni psychologiczno-pedagogicznej na diagnozę specjalistyczną	n	41	20	19	6	7
	%	44,1	21,5	20,4	6,5	7,5

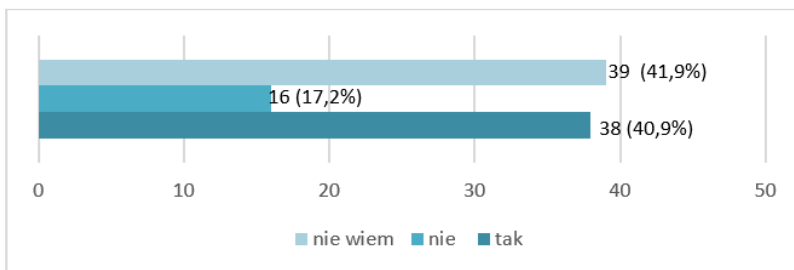
Źródło: badania własne; n - liczba badanych osób, % - procent próby

Rodzice, jako działania pomocowe skierowane do dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, równie często wskazują na organizowanie zajęć dodatkowych, jak i kierowanie na diagnozę do poradni psychologiczno-pedagogicznej. Niemal połowa ankietowanych zauważa, że dla uczniów przygotowywane są również specjalne – dodatkowe materiały dydaktyczne. Nie można nie skomentować faktu, że działania inkluzyjne podejmowane w szkolnictwie spowodowały rozwój metod aktywnych do pracy z uczniami. Lekcja szkolna zmieniła swój styl – z wykładowego, podającego, na aktywizujący wszystkich uczniów. Zostało to niejako wymuszone przez ekonomię pracy nauczyciela. Aby treści trafiły tak samo przystępnie do uczniów posiadających różne możliwości, potrzeby i zdolności należało przemyśleć sposób ich przekazywania. Okazuje się, że metody aktywizujące są przyjemną alternatywą dla tradycyjnego szkolnego podejścia, tym bardziej, że są atrakcyjne nie tylko, dla uczniów którzy potrzebują pomocy, ale i dla pozostałych w klasie, a nawet dla samego nauczyciela.

Stosunek uczuciowy (emocjonalno-oceniający)

Znacząca liczba respondentów – 93,5% wyraziła opinię, że dzieci z niepełnosprawnościami powinny uczyć się w placówkach masowych. Zaledwie 1 osoba była temu przeciwna, pozostałe 5 nie umiało wyrazić zdania. Równie dużo osób w sposób pozytywny (59 osób – 63,4%) lub raczej pozytywny (31 osób – 33,3%) ocenia swoje nastawienie do wspólnego wychowywania i kształcenia własnych dzieci z dziećmi z niepełnosprawnościami. Takie podejście rodziców to wielki sukces edukacji włączającej. Nie wykazują oni bowiem podejścia segregacyjnego, wykluczającego osoby niepełnosprawne z tak ważnego obszaru, jakim jest wspólne kształcenie i wychowanie.

Opinia rodziców, na temat obiorców pomocy psychologiczno-pedagogicznej nie jest niestety ani tak zgodna, ani zadowolająca.



Wykres 3. Ocena udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej

Źródło: badania własne; n - liczba badanych osób, % - procent próby

Zaledwie 40,9% rodziców sądzi, że pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest udzielana wszystkim dzieciom, które jej potrzebują (bez względu na posiadaną niepełnosprawność). Równie duża grupa respondentów nie potrafi wyrazić opinii, natomiast pozostali – 16 osób jest przekonana, że wspomniana pomoc nie trafia do wszystkich adresatów. Warto jest w przyszłości zastanowić się i poznać podstawy braku wiedzy rodziców w zakresie adekwatnego doboru odbiorców pomocy psychologiczno-pedagogicznej (szczególnie czy nie posiadają oni wątpliwości w stosunku do wystarczających czynności podejmowanych w stosunku do ich własnych dzieci i mają uwagę i wnioski w tym zakresie).

Ankietowani rodzice wyrażali również swoje opinie na temat korzyści i zagrożeń wynikających ze wspólnego uczestnictwa dzieci pełnosprawnych i ich niepełnosprawnych rówieśników (tab. 8).

Respondenci wskazywali na dużą liczbę korzyści płynących z edukacji inkluzyjnej (tab. 9). Największy odsetek, bo 93,5% (87 osób) uznało, że wspólne uczestnictwo niepełnosprawnych i pełnosprawnych pozwala na naukę tolerancji i akceptacji, kilka osób mniej dodaje, że inkluzja pozwala na kształtowanie empatii oraz otwarcie się na świat i docenienie różnorodności. Najmniej, bo zaledwie jedna trzecia badanych uznało, że działania włączające w edukacji i wychowaniu motywuje nauczycieli do lepszej pracy.

Tabela 11. Opinie na temat korzyści wynikających z inkluzji

Wskaźniki – korzyści wynikające z inkluzji	n	%
Otwieramy się na świat, cenimy różnorodność	72	77,4
Wspólne uczestnictwo motywuje nauczycieli do lepszej pracy	35	37,6
Uczymy się tolerancji i akceptacji	87	93,5
Kształtujemy w sobie empatię	76	81,7
Przy wspólnym uczestnictwie zyskują obie grupy dzieci	66	71

Źródło: badania własne; n - liczba badanych osób, % - procent próby

Tabela 12. Opinie na temat zagrożeń płynących z inkluzji

Wskaźniki – zagrożenia wynikające z inkluzji	n	%
Nauczyciel skupia się na 1-2 osobach, zamiast na całej klasie/grupie	28	30,1
Dzieci niepełnosprawne czują się gorsze	55	59,1
W szkole jest niższy poziom nauczania	6	6,5
Takie podejście niczego nie uczy	10	10,8
Brak zagrożenia <small>odpowiedź dodana przez respondentów</small>	19	20,4

Źródło: badania własne; n - liczba badanych osób, % - procent próby

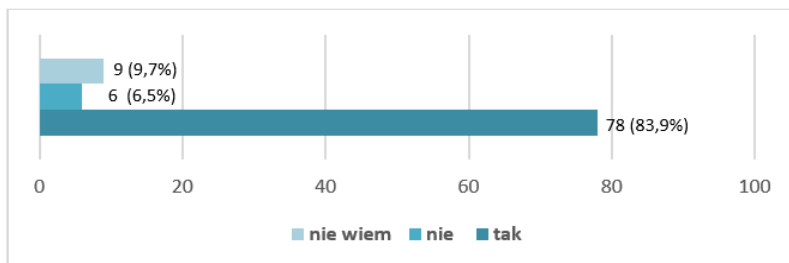
Na początku omawiania tego wycinka badań, pragnę zaznaczyć, że zarówno w tym, jak i poprzednim pytaniu ankietowani dostali możliwość dopisania własnej odpowiedzi, jeśli jej nie ma wśród wskazanych przez badacza. W pytaniu o korzyści, żaden rodzic nie skorzystał z tej sposobności, natomiast w pytaniu o zagrożenia – innej kafeeterii odpowiedzi udzieliło aż 19 osób. Tym bardziej zasługuje to na podkreślenie, iż w opinii wspomnianej liczby respondentów nie ma zagrożeń wynikających ze wspólnego uczestnictwa dzieci pełnosprawnych z ich niepełnosprawnymi rówieśnikami. W pozostałej grupie, 59,1% uznało, że zagrożeniem podejścia włączającego, jest gorsze samopoczucie dzieci niepełnosprawnych. Mimo, że duża grupa rodziców wskazała tą odpowiedź jako zagrożenie, to nie zasługuje to na potępienie. Wynika bowiem z empatii, choć jednocześnie wiąże się z powielaniem

stereotypów. Niemal jedna trzecia rodziców uznała, że zagrożeniem płynącym z inkluzji jest większa praca nauczyciela z 1-2 uczniów, co ma w efekcie wpływ na pracę w całej klasie. Bardzo istotne jest zdanie rodziców w zakresie poziomu nauczania. Zaledwie 6 osób twierdzi, że wspólne uczestnictwo w grupie/klasie dzieci niepełnosprawnych w negatywny sposób oddziałuje na ten aspekt.

Efekt w postaci podejmowanych decyzji i zachowań

W tej części badań poddano analizie deklarowane zachowania rodziców oraz podejmowane przez nich decyzje wobec własnych dzieci, które mają odzwierciedlenie w zakresie zachowania wobec osób niepełnosprawnych.

Pierwszym aspektem przygotowania dziecka do nietypowych sytuacji życiowych powinna być rozmowa. Rodzice zostali więc zapytani o to, czy w ich domach rozmawia się z dziećmi o niepełnosprawności i osobach niepełnosprawnych.

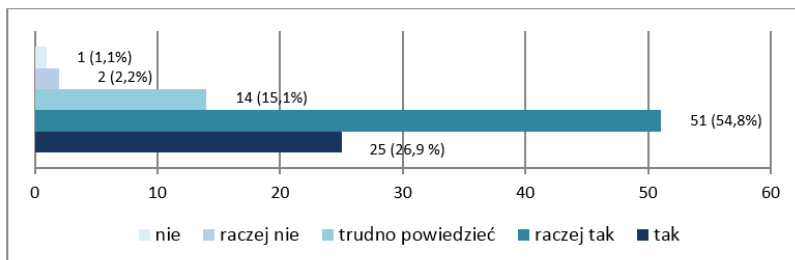


Wykres 4. Częstość odpowiedzi – rozmowy o niepełnosprawności

Źródło: badania własne; n - liczba badanych osób, % - procent próby

W badanej grupie większość (83,9%) wskazała, że prowadzi w domu rodzinnym rozmowy z dziećmi na temat niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych. Odpowiednie przygotowanie przez rodziców, wskazanie na to, że występują pewne różnice w wyglądzie fizycznym i sprawnością między ludźmi, jednak nie mają one wpływu na to, kto jakim jest człowiekiem. Pozostali ankietowani wskazują na brak świadomości w odbywaniu takowych rozmów bądź ich nie wykonują. Mimo, że dotyczy to niewielkiej grupy respondentów, to kolejny raz znajduje uzasadnienie postawiony już wniosek o prowadzeniu zajęć/warsztatów podczas wywiadówek dla rodziców i przypomnieć im, jak ważna jest rozmowa z dzieckiem.

Efektom prowadzonych rozmów przez rodziców powinny być pewne wnioski, odnośnie pożądaných postaw, czy co najmniej zachowania wobec osób niepełnosprawnych.



Wykres 5. Opinie rodziców na temat zachowania dzieci wobec niepełnosprawnych

Źródło: badania własne; n - liczba badanych osób, % - procent próby

Analiza wyników ujawniła, że zalewnie 25 osób (26,9%) jest przekonanych, że ich dziecko wie jak należy zachowywać się wobec osób niepełnosprawnych. Kolejne 51 osób sądzi, że raczej wie, natomiast nie ma co do tego pewności. Pozostali badani nie posiadają wiedzy na ten temat, albo są przekonani o brakach w wiedzy własnych dzieci. Jawi się więc wątpliwość, która należałoby w badaniach docelowych wyjaśnić – dlaczego rodzice są niepewni – czy wynika to z faktu, iż sami nie potrafią się zachować, czy też uważają, że ktoś inny – przedszkole, szkoła winien wskazywać wzory postępowania. Ostatnia analizowana kwestia dotyczy dobrowolnych spotkań dzieci pełnosprawnych z niepełnosprawnymi rówieśnikami, a w szczególności taki, do których samo dziecko bądź jego rodzic dąży – do nawiązywania przyjaźni.

Tabela 13. Opinie rodziców na temat przyjaźni z osobami niepełnosprawnymi

Wskaźniki – opinie o zawieraniu i utrzymywaniu przyjaźni z osobami niepełnosprawnymi	n	%
Uważam, że taka przyjaźń jest możliwa, gdyż liczy się człowiek, a nie jego trudności	64	68,8
Sądzę, że przyjaźń jest możliwa, ale ze względu na trudności osoby niepełnosprawnej, wymaga więcej pracy	27	29
Nie mam zdania	0	0
Sądzę, że takie relacje są bardzo trudne do osiągnięcia	2	2,2
Uważam, że nie jest możliwe nawiązanie relacji koleżeńskich czy przyjacielskich z osobą niepełnosprawną	0	0

Źródło: badania własne; n - liczba badanych osób, % - procent próby

Ponad połowa respondentów (64 osoby – 68,8%) deklaruje, że są otwarci na przyjaźń zawartą przez ich dziecko/przez nich samych z osobą z niepełnosprawnością. Zgodne jest to z pozytywnym określeniem swojej postawy wobec niepełnosprawnych. Kolejne 29 % badanych jest również otwarta, jednak sądzi, że zawarcie i utrzymanie takich stosunków wymaga większego zaangażowania. Zaledwie 2 osoby uważają, że trudno jest osiągnąć relacje przyjacielskie i koleżeńskie z osobą niepełnosprawną. Na podkreślenie zasługuje fakt, że żaden z rodziców nie zaprzecza możliwości nawiązywania bliższych relacji dzieci pełnosprawnych z ich niepełnosprawnymi rówieśnikami.

Tabela 14. Styczność dzieci z rówieśnikami niepełnosprawnymi w czasie wolnym

Wskaźniki – styczność z osobą niepełnosprawną w czasie wolnym	n	%
Dziecko nie ma styczności z osobami niepełnosprawnymi	23	24,7
Dziecko nie spędza czasu wolnego z niepełnosprawnym rówieśnikiem, mimo, że ma z nim styczność w przedszkolu/szkole.	11	11,8
Trudno powiedzieć	23	24,7
Dziecko spędza czas wolny z niepełnosprawnym rówieśnikiem tylko na imprezach zorganizowanych	14	15,1
Dziecko zarówno w przedszkolu/szkole, jak i w domu spędza czas z niepełnosprawnym rówieśnikiem.	22	23,7

Źródło: badania własne; n- liczba badanych osób, % -procent próby

Rodzice byli poproszeni o wskazanie, jak wyglądają kontakty ich dzieci z dziećmi niepełnosprawnymi w czasie wolnym. Stały kontakt z osobami niepełnosprawnymi, zarówno w czasie zajęć szkolnych/przedszkolnych deklarują 22 osoby (23,7%), kolejne 14 osób przyznaje, że dzieci pełnosprawne mają styczność z niepełnosprawnymi rówieśnikami tylko na imprezach zorganizowanych (Dni Integracji). Niemal 25% respondentów zaznacza, że ich dziecko nie ma wcale kontaktów z osobami niepełnosprawnymi, natomiast 11 osób stwierdziło, że ich dziecko nie podtrzymuje takich relacji w wolnym czasie, mimo tego, że uczęszczają do jednej grupy/klasz z osobami niepełnosprawnymi.

Wnioski

Realizowane badania były badaniami pilotażowymi. Motywacją do ich podjęcia była chęć poznania poglądów rodziców realizowane w Polsce od kilku lat podejście inkluzyjne w edukacji. Poddając ocenie wiedzę, opinie i ocenę respondentów oraz deklarowane zachowania w stosunku do współ-

nego uczestnictwa w edukacji i wychowaniu dzieci pełnosprawnych z ich niepełnosprawnymi rówieśnikami można wysnuć następujące wnioski:

- rodzice dzieci pełnosprawnych w większości deklarują pozytywne postawy wobec osób niepełnosprawnych;
- badani posiadają pewien poziom wiedzy (większości przynajmniej minimalny stopień) na temat poszczególnych rodzajów niepełnosprawności, natomiast warto byłoby wiedzę tą usystematyzować i przeprowadzać warsztaty/rozmowy podczas spotkań z rodzicami (wywiadówek);
- połowa respondentów wskazuje, że ich dziecko miało bądź ma kontakt z osobami niepełnosprawnymi;
- mimo, że dość liczna grupa deklaruje przynajmniej minimalny poziom wiedzy na temat niepełnosprawności, to aż jedna trzecia badanych twierdzi, że stopień wiedzy jest niski lub też nie potrafi go określić;
- ponad połowa respondentów uznała, że uczestniczy w różnych czynnościach podejmowanych przez przedszkola/szkoły w celu inkluzji społecznej, przy czym aż jedna trzecia nie uczestniczy w tych działaniach wcale;
- zadowolająca jest wysoka świadomość rodziców na temat udzielania i organizacji przez placówki pomocy psychologiczno-pedagogicznej (93,5%), natomiast w ich ocenie nie trafia do wszystkich uczniów, którzy jej potrzebują (pozytywną ocenę wystawiło zaledwie 40,9% ankietowanych);
- opinie rodziców na temat działań inkluzyjnych – włączających osoby niepełnosprawne do społeczności są pozytywne badani wskazują również na przewagę korzyści nad zagrożeniami płynącymi ze wspólnego uczestnictwa osób pełnosprawnych z niepełnosprawnymi rówieśnikami. Jest to budujące i pokazuje, że prowadzone dotychczas działania zmieniło świadomość rodziców (w badaniach przeprowadzonych przez NIK rodzice nie wskazywali na taką otwartość, jak teraz);
- na podkreślenie zasługuje fakt, że 83,9 % rodziców prowadzi ze swoimi dziećmi rozmowy na temat niepełnosprawności, jednocześnie kolejny raz znajduje uzasadnienie postulat, iż należy wyposażyć rodziców w większą wiedzę. Wniosek wynika z tego, iż zaledwie 27% respondentów wyraża swoje przekonanie na temat tego, że ich dziecko wie, jak należy zachowywać się w towarzystwie osób niepełnosprawnych;
- respondenci są otwarci na nawiązywanie koleżeńskich i przyjacielskich relacji ich dzieci (oraz swoich) z niepełnosprawnymi rówieśnikami, przy czym takie relacje deklaruje 23,7% badanych.

Odpowiedzi udzielone na postawione pytania problemowe pozwoliły na stwierdzenie, iż rodzice mają pozytywne, otwarte poglądy na temat sto-

sowania inkluzji w praktyce. Mają również świadomość tego, jak ważną rolę w kształtowaniu pozytywnych postaw wobec osób niepełnosprawnych ma przykład, który dają swoim postępowaniem. Ankietowani rodzice wyrażali również pozytywne opinie w zakresie podjęcia właśnie takiego tematu badań. W prowadzonych po wykonywaniu badań rozmowach podkreślali, że podejście inkluzyjne nie jest już czymś nowym, wymagającym czy niepożądanym. Wręcz odwrotnie. Krytyce poddawali podejście segregacyjne, a nawet integracyjne (szczególnie negatywnie, ale też bardzo słusznie negatywnie oceniali odizolowanie dziecka od środowiska rodzinnego i koleżeńkiego w celu pobierania nauki).

Niech podsumowaniem artykułu będzie zdanie wypowiedziane przez jednego z rodziców: *Inkluzja jest najlepszą rzeczą w szkole, jaka spotkała moje dziecko. Widzę, że jest otwarte na świat i ludzi. Dzięki docenianiu różnorodności i wykorzystywaniu potencjałów dziecka, a nie skupianiu się na jego trudnościach czy wadach pozwalamy mu się rozwijać. Pozwalamy mu być dobrym, a przecież każdy z nas ma potrzebę bycia w czymś dobrym.*

Bibliografia

- Borzęcki K. (1994). *leksykon podręczny*. Olsztyn: Księgarnia „Oświata”.
- Gruba E. (2001). *Wczesna dorosłość*. W: B. Harwas-Napierała i J. Tempała, *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kopeć E. (2012). *Wiedza pedagogiczna rodziców dzieci w wieku wczesnoszkolnym. Na podstawie badań w powiecie kolbuszowskim*. Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski.
- Korczyński M. (2009). *Wartości w przystosowaniu osób niepełnosprawnych*. Lublin, wydawnictwo Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. Wincentego Pola.
- Kościelska M. (1994). *Integracja - szansą wychowania nowego pokolenia*. W: J. Bogucka i M. Kościelska, *Wychowanie i nauczanie integracyjne. Materiały dla nauczycieli i rodziców*. Warszawa: Społeczne Towarzystwo Oświatowe.
- Kwak A. (1993). *Rodzina jako środowisko wychowawcze*. W: T. Plich i I. Lepalczyk, *Pedagogika społeczna. Wychowanie i środowisko*, Warszawa, Zakład Graficzny Uniwersytetu Warszawskiego.
- Łobocki M. (1993). *Pedagogika wobec wartości*. W: B. Śliwerski, *Kontestacje pedagogiczne*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Marciniak-Paprocka K. (2017). *Postawy studentów pedagogiki wobec zjawiska korupcji w życiu społecznym. Analiza porównawcza studentów polskich i ukraińskich*. Siedlce, Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach.
- Matysiuk R. (2015). *Wychowanie dzieci w rodzinach siedleckich*. W: W. Sroczyński, *Rodzina w świetle wybranych kwestii społecznych*, Siedlce, Pracownia Wydawnicza Wydziału Humanistycznego.
- Najwyższa Izba Kontroli (2012). *Kształcenie uczniów z niepełnosprawnościami o specjalnych potrzebach edukacyjnych*.
- Niepełnosprawni.pl - wszystko o niepełnosprawności* (2017). Pobrano z lokalizacji *Niepełnosprawni.pl - wszystko o niepełnosprawności*: <http://www.niepełnosprawni.pl/ledge/x/8687>
- Okoń W. (2001). *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie "Żak".
- Oleś P. (2012). *Psychologia człowieka dorosłego*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sroczyński W. (2015). *Pedagogzy wobec rodziny*. W: W. Sroczyński, *Rodzina w świetle wybranych kwestii społecznych*, Siedlce, Pracownia Wydawnicza Wydziału Humanistycznego.
- Tyszkowa M. i Przetacznik-Gierowska, M. (2003). *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa, PWN.
- Zacharuk T. (2008). *Bezpieczeństwo dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w środowisku lokalnym*. W T. Zacharuk i H. Natora, *Wybrane problemy funkcjonowania społecznego osób niepełnosprawnych*. Siedlce, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej.

Inna Fedotenko, Svetlana Pazukhina

Lev Tolstoy Tula State Pedagogical University, Russia

The specificity of the adaptation difficulties of students with special educational needs in studying in the university

Abstract: The article deals with the problems of psychological and social adaptation of students with special educational needs to studying in the university. Successful adaptation helps the student to accept new requirements, to build positive relationships with teachers and classmates, to actualize motives of self-realization, it develops personal growth. The authors describe the student's cognitive, motivational, regulatory, communication difficulties; they also identify the main typological groups. As a result of the empirical research four main clusters of students were identified according to the investigated indicators. The leading tactics of assistance to students with special educational needs are described during designing their individual educational routes.

Keywords: psychological, social adaptation, students with special educational needs, cognitive, motivational, regulatory, communication difficulties, cluster, individual educational route

The problem of adaptation of freshmen to university conditions is quite traditional for Russian and foreign psychology, however, it still remains relevant and significant. Modern freshmen are distinguished by psychological, social, cultural features that were not typical for their peers of the late twentieth century.

Teaching students with limitations in physical and mental health is a new phenomenon of learning in higher professional school. Students with special educational needs rightfully and naturally entered a unified university space together with their healthy classmates. How is the adaptation of this group of students happening? What is its specificity? How to help the freshmen to cope faster with adaptive challenges? Adaptation of the students with special educational needs to studying in the university entails a number of problems that require timely identification, tracking, correction in the design of individual educational routes. Adaptation of the students with special educational needs is understood as a process of familiarizing to the conditions of the educational process in the institution of higher education, with the result that the students become a subject of new

activities and relationships, getting the opportunity to optimally perform the required functions. Traditionally, the following types of adaptation are distinguished: psychological, operational and social. Psychological adaptation is connected with the determination of the place in the system of group relations in a team, self-determination in relationship with teachers, with the ability to take into account the psychological characteristics of fellow students while interacting with them. Operational adaptation is understood as getting used to the conditions of teaching and professional activities, to the university schedule, to the time frames and structure lectures, seminars, practices, to the space of auditoriums, taking into consideration the capabilities to the specific office.

Social adaptation is the process of adjusting to a new social role, new status, the process of taking new functional responsibilities, the assignment of values of the future profession.

The core of the adaptation problems of students with special educational needs to studying in the university is the contradiction between the requirements of the new environment and readiness of the individual to them on the basis of his or her previous experience. The resolution of this disagreement is possible by the restructuring of student's activities and behavior, and also due to the regulatory influence of objective factors that contribute to the dynamics of the adaptation process, which indicators are qualitative changes in the structure of personality and behavior models in a new situation.

We consider the adaptation of the student with special educational needs to the conditions of the educational process and the environment without inner discomfort and without conflict with the environment, it also the university space should be changed adequately according to the characteristics of the student. The process of adaptation is bilateral: the environment affects people and the subjects of adaptation affect the environment and themselves.

We believe that effective adaptation to training in high school is not important to only freshmen with special educational needs, but to all subjects of the educational process. Successful adaptation promotes rapid adaptation of students to new requirements and style of academic work, building positive relationships with teachers and fellow students, actualization of motives of self-realization in creative, socially meaningful, sport, research activities; becomes a fertile soil for personal and professional self-development.

In our work, we have focused on the study of specific social and personal difficulties causing problems in the process of psychological and social adaptation of first-year students with special educational needs. Carrying out similar studies was important from the standpoint of scientific justification and further development of individual educational routes of students.

We correlated cognitive difficulties with the lack of formation educational skills necessary for success in high school, a poorly developed ability of adequate self-assessment and reflection. We considered the following indicators of the motivational difficulties: low level of cognitive motivation, lack of academic interest in the study of specific disciplines, lack of development of motives related to mastering of the profession, predominance of external motives over internal, ambivalence of motivations. We also took into consideration the presence of regulatory difficulties, judging on the following parameters: badly developed ability of self-organization, low level of self-regulation, lack of independence. Indicators of language problems were: low level of communication skills, inability to communicate with peers, problems of interaction with teachers, poorly developed organizational skills, inability to work in a group (a team), excessive directness in communication, lack of flexibility.

At the initial stage of the study, we supposed that the most significant negative influence on the adaptation process of students with special educational needs in studying in the university was badly developed educational and professional motivation and reflective abilities. As a result of empirical research, we have identified 4 main subgroups of students in the study sample with different graphic profiles on the investigated indicators (Fig. 1). All profiles were constructed on the basis of average values for relevant indicators in the subgroup.

We correlated motivational difficulties with the indices on scales 1, 2, 3. We judged about the presence of communication difficulties by the results obtained on scales 4, 6, 7, 12. Poor results on scales 5, 8, 9, 10 testified cognitive difficulties. The presence of regulatory difficulties indicated low rates of the scales 11, 13, 14, 15.

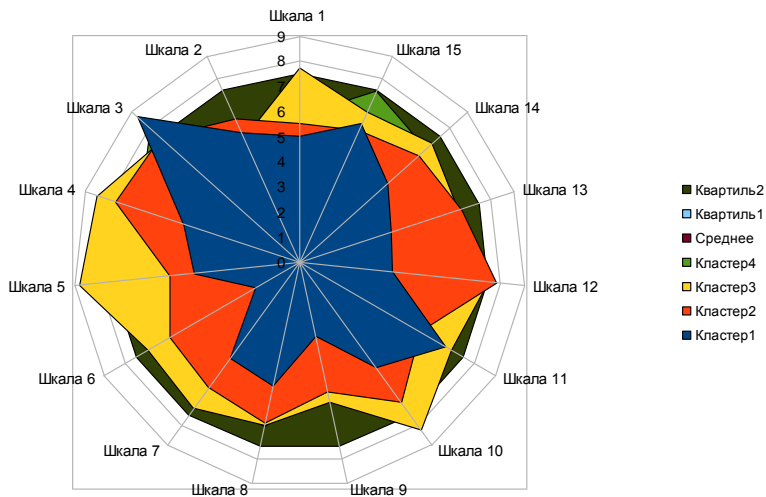


Fig. 1. Generalized graphical profiles of subgroups of students, selected on indicators of the presence/absence of difficulties in the process of adaptation to learning in school the university

Each scale corresponds to one investigated indicator:

- scale 1 - the motive of acquiring knowledge,
- scale 2 - the motive of mastering the profession,
- scale 3 - the motive of obtaining a diploma,
- scale 4 - adaptation to the training group,
- scale 5 - adaptation to educational activity,
- scale 6 - communication skills,
- scale 7 - organizational skills,
- scale 8 – planning,
- scale 9 – modeling,
- scale 10 – programming,
- scale 11 – evaluation,
- scale 12 – flexibility,
- scale 13- independence,
- scale 14 - overall level of self-regulation,
- scale 15 - level of reflection

Describing the students of the first subgroup (cluster), we can note that generalized graphical profile has a curved, uneven, asymmetrical, angular view, where there are both haunting figures (below average) and protruding beyond the borders, built on the average values (Fig. 2).

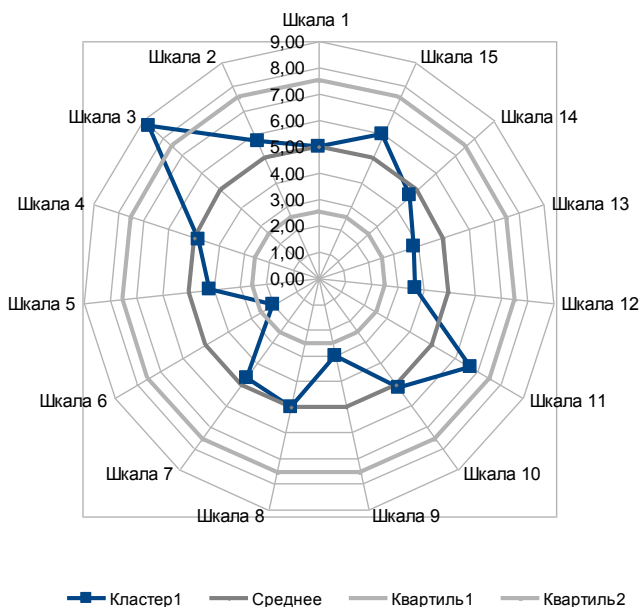


Fig. 2. Generalized graphic profile of the students of the first subgroup

The highest rates in the first subgroup of students are marked in scale 3 - motivation graduation, scale 11 - ability to evaluate results, scale 15 - level of reflection. The results suggest that external, conscious motivation prevails in the educational activities in the university and is associated with the desire to acquire a diploma and the formal assimilation of knowledge. The predominance of the motives in the third scale indicates a formal approach of students to the choice of their profession, dissatisfaction with it. These students are studying there, where they could enter with their exam scores. At the same time they adequately assess their capabilities (a high enough value in scales 11 and 15), they know that their level is below average and do not expect high scores and a place in the group.

Scales 6 (communication skills), 9 (modeling), 12 (flexibility), 13 (independence) are sinking down in the first profile. The studied subgroup has

the lowest rates in these scales. The obtained results suggest that the students in this cluster have serious communicative difficulties (the reason is the low level of communication skills, incompleteness of the skills of communication with peers, possible problems in interaction with teachers). Freshmen with low scores in a scale of flexibility feel insecure in the dynamic, quickly changing environment in terms of adaptation to training in high school, they also have difficulties getting used to the change of scenery and lifestyle. They are not able to adequately respond to the situation and to plan quickly their own activities and behavior, to develop a program of action, to evaluate the misalignment of the obtained results with the purpose of activities and to make relevant adjustments. As a result, these students inevitably face regulatory failures and, as a consequence, failures in training activities.

Students with low scores in the scale of "modeling" have a badly developed formation of this ability, which leads to inadequate assessment of important internal conditions and external circumstances that arise in the process of learning. It is manifested in fantasies that may lead to rapid changes in relation to the development of the situation and the consequences of their actions. Such students often have difficulties in defining goals and programs of their actions adequate to the current situation; they do not always notice the changing circumstances, which also often leads to failure in learning activities.

Low performance in the scale of independence indicates the dependence of respondents from the opinions and evaluations of others. Such students are unable to develop their own plans and programs of their own actions, often uncritically follow other people's advice. In the absence of outside help, they have problems in learning.

These difficulties inevitably lead to a decrease in the indicators of students' adaptation to educational activity that can be observed in their graphical profile (values below the average on scale 5). Taking into consideration the other indicators students of the first group demonstrated average values.

Thus, the freshmen, who are in the first cluster, are characterized by the presence of clearly expressed motivational, communicative, cognitive and regulatory difficulties. In other words, they are very quiet, depending on others and not very popular in the group. Usually the teachers of these students feel pity towards them, especially because the latter, as a rule, attend classes, being unable to perform the proposed tasks, but at the same time they don't argue or be rude, do not enter into any conflicts, so the teachers

sympathetically give them satisfactory marks and transfer them to the next year, "closing their eyes" to poor results of educational activities.

While designing the individual educational routes for such students with special educational needs we considered tactic of psychological-pedagogical assistance to be the best, because it is necessary to form their inner motivation and communicative skills, to overcome the problems that hinder the learning process, to develop qualities providing a normal level of self-regulation.

The results of the second cluster students (or subgroup) are characterized by a rather asymmetrical, angular figure of a histogram indicating a disproportionate number of values (Fig. 3). However, unlike the students of the first subgroup in this cluster all values, even on the haunting scales are in the range above the average.

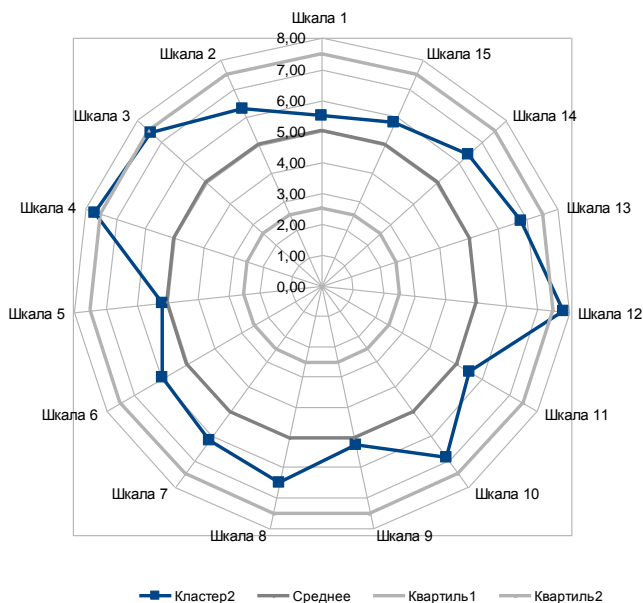


Fig. 3. Generalized graphic profile of the second subgroup students

The highest values of the second subgroup students are marked in scales 3 (the motive of obtaining a diploma), 4 (adaptation to the study group) and 12 (flexibility in behavior and communication). Therefore, these students, as well as in the first subgroup, are dominated by the outer,

conscious motivation associated with the desire to acquire a diploma with the formal assimilation of knowledge, desire to find workarounds during examinations and tests, etc. Such students need not the knowledge, but a mark in the record book that they want to obtain, as a rule, without any special effort, using their personal qualities: flexibility of behavior in various communication situations, good relationships with the group, all kinds of acquaintances.

Such students, if necessary, interact with other students in their group, the course faculty or familiar teachers who can give hints or make arrangements; they ask for help, use cheat sheets written by classmates; make requests for downloading the lectures of a certain teacher in the network. They are interested, which teachers are taking exams and tests, they can easily change their viewpoint depending on the situation, tend to manipulate information and people. High enough scores from the students of the second subgroup are also recorded in scale 10 (programming) and 13 (independence).

The ability to program is evident in the individual development of conscious thinking over the ways of actions and behavior to achieve goals. Programs are developed independently. In case of discrepancy of the obtained results, the purpose is correction of the program of action to obtain an acceptable result. All this comes along with well-developed independence, which was the weak link among the students of the first group.

The presence of high indicators in the scale of independence makes evident the students' autonomy in the organization of activities, their ability to plan activities and behavior, to organize the work to achieve the nominated goals, to monitor progress, to analyze and to evaluate midway and final results.

As is already noted, there are no low levels in the second subgroup of students. All values are either at average or above average area. However, it is interesting to analyze three relatively haunting subgroup scales.

The lowest score among the students of the second cluster is marked in scale 5 (adaptation to educational activity), 9 (modelling), 11 (evaluation). The histogram clearly reflects the relationship between the lack of motivation to learn and low adaptation to learning activities that is, in our opinion, logical.

The ability to model reflects the individual development of ideas about the external and internal significant conditions, the degree of awareness and adequacy. Such students are not always able to allocate significant conditions for achieving the targets both in the current situation and in prospective future that is manifested in a number of cases in the controversy of

action programs and their plans, as well as in the discrepancy in the obtained results.

Finally, not very high average values in the scale of "evaluation" indicate that the assessment and the results of the activities are insufficiently developed and not always adequate among the students of this subgroup.

Such students may find different excuses for themselves, invent all sorts of stories that something hindered them to learn, to write, to fulfill tasks on time. In this process they, as a rule, never involve their parents, do everything themselves.

Thus, in the second subgroup of students only motivational difficulties are clearly diagnosed. While building an individual educational route and organizing the work with such students the best, in our opinion, is the **tactics of psychological and pedagogical support** in the process of which it is necessary to take into account their independence, flexibility of behavior, not always adequate self-image and strive to develop internal motivation of educational and professional activities.

A generalized profile of students assigned to the third subgroup (cluster) is characterized by a predominance of values above the average. The graphical profile has irregular edges, is not symmetrical (Fig. 4). It clearly has several peak heights, prevailing over the others, and clearly there are two sinks in the scale relatively to the other averages.

The students of the third subgroup have highest points in scales 1 (the motive of the acquisition of knowledge), 4 (adaptation to the study group), 5 (adaptation to educational activity), 10 (programming). High points in the first scale indicate a predominance of internal, conscious cognitive motivation, as expressed in the desire to acquire knowledge, interest in learning academic subjects because of curiosity. Formed cognitive motivation is combined with good adaptation to learning activity: students easily learn academic subjects successfully and timely perform training tasks, freely express their thoughts on the workshops, showing individuality.

Students of the third subgroup, taking into consideration average values reflected in the chart, are well adapted not only to the educational activities, but also to the study group. During the process of studying in the university they develop friendly relationships with fellow students, form a cohesive team, a sense of mutual responsibility, value-orientation unity. Such students feel comfortable in the group, easily find common language with classmates, follow the group norms and rules. If necessary, they can ask for help, able to be active and initiative. Classmates also accept and support the views and interests of these students.

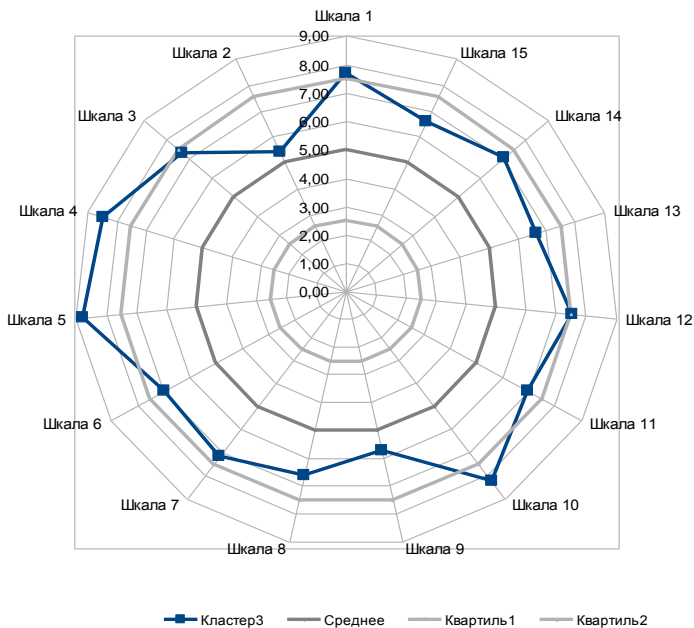


Fig. 4. Generalized graphic profile of the third subgroup students

High indicators in the scale of "programming" show that these students need to think about how to act and behave to achieve their objectives, they expand and consider the details of the programs. Programs, developed by the students, are flexibly changed in the new circumstances, are sustainable in a situation of interference.

The average points in this cluster are recorded in scale 2 (the motive of vocational training) and 9 (modelling). We can assume that these students are interested to study in universities, they like to learn new disciplines, but they haven't made a career choice, don't see the connection of the obtained knowledge for future professional activities. This is reflected in their modeling of important conditions for achieving the objectives, both in the current situation and in future.

Thus, the students of the third subgroup do not have distinct challenges in the learning process in the university. On the contrary, they can be described as almost perfect first-year students, willing and able to learn in different conditions including teamwork and various joint activities. They need to be helped in the formation of the professional motivation, it is nec-

essary to familiarize them with the possibilities of future professional activities, to build (model) the relevant plans for their future "I in the profession". While designing the individual educational route and the organization of work with such students, in our opinion, **the tactics of psycho-pedagogical support** will fit the best.

A generalized graphical profile of students referred in the course of cluster analysis to the fourth subgroup, has an asymmetrical appearance with projecting edges and haunting points (Fig. 5). Most of the values in these scales are in the area above average.

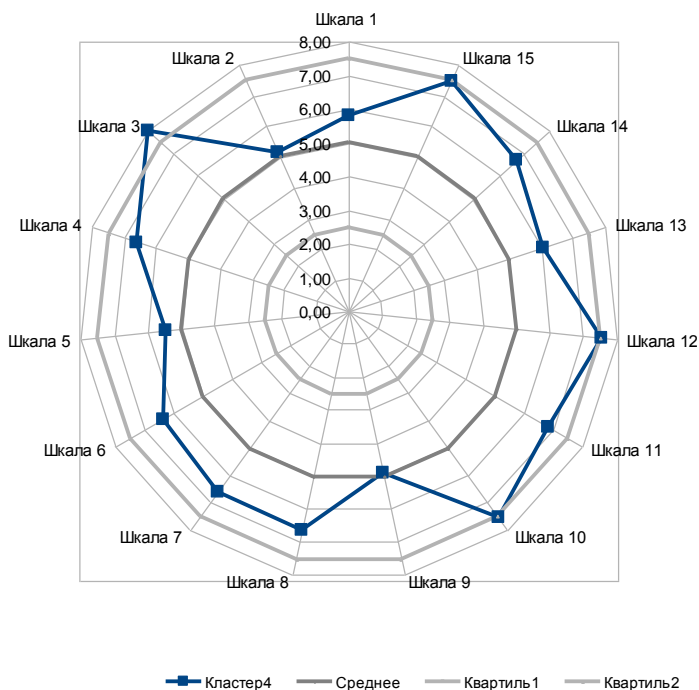


Fig. 5. Generalized graphic profile of the students of the fourth subgroup

Peak tops in the fourth cluster are recorded in scales 3 (the motive of obtaining a diploma), 10 (programming), 12 (flexibility), 15 (reflection). Thus, in this subgroup, the dominance of external, formal conscious motivation is associated with the desire to acquire a diploma. At the same time, cognitive motivation (scale 1) has values above average. This combination of motivation, in our opinion, is higher for part-time students.

The fourth subgroup of students is characterized by individual development of a conscious programming of their actions. They tend to think carefully about how to perform their own actions to achieve the objectives. Typically, these students present independently developed detailed, comprehensive program, they are able to adjust flexibly to change depending on circumstances.

Sufficiently high level of development of the regulatory flexibility is diagnosed among the students of this cluster, i.e. the ability to rebuild, to make a correction in the system of self-regulation of changing external and internal conditions. They differ in the plasticity of all regulatory processes. In case of unforeseen circumstances such students easily rebuild their program of actions and behavior, they are able to rapidly assess the change of important conditions. When there is misalignment of the obtained results with the adopted goal, they quickly analyze the fact of misalignment and make appropriate correction. The regulatory flexibility allows them to react adequately to the rapid change in events, to successfully solve problems even in situations of uncertainty and risk.

В отличие от студентов других подгрупп, представители четвертого кластера имеют высокие показатели по шкале "рефлексия", что проявляется в способности к анализу себя, своих психических состояний, личностных знаний, продуктов собственной деятельности, их переосмыслению и т. д.

Unlike students of other subgroups, the members of the fourth cluster have high values on a scale of "reflection", which is manifested in the ability to analyze themselves, their mental States, personal knowledge, the product of its own activity, the rethinking, etc.

Disengaging values in the area average, in the fourth sub-group of students observed on scales 2 (motif mastering of profession) and 9 (simulation). This indicates a lack of unawareness of the choice of the future professional activity, or low satisfaction with their chosen profession. Doubts about the correctness of professional choice have an impact on the modeling of such students of important conditions for achieving the objectives, as in the current situation and promising future.

Unlike students of other subgroups, the members of the fourth cluster have high values in the scale of "reflection", which is manifested in the ability to analyze themselves, their mental states, their personal knowledge, the product of their own activity, reassessment, etc.

Sinking values, that still are in the area of average, in the fourth subgroup of students are observed on scales 2 (motive of profession mastering)

and 9 (modelling). This indicates the lack of awareness of the choice of the future professional activity, or low satisfaction with their chosen profession. Doubts about the correctness of professional choice have an impact on the modelling of important conditions for achieving the objectives both in the current situation and in prospected future.

In general, a group of students with special educational needs from the fourth cluster is not characterized any significant difficulties. In the design of individual educational routes and constructing them, in our opinion, the most effective is ***the tactics of psychological-pedagogical counselling*** with a focus on the organization of self-evaluation activities in connection with a sufficiently high level of development of reflection.

Thus, the pilot study revealed a number of difficulties in social and personal spheres, hindering the successful adaptation of students with special educational needs. Four major subgroups of students were identified with their own different graphic profiles, reflecting the specificity of adaptation difficulties; their psychological characteristics were given. Analysis of the specificity of adaptation difficulties allowed us to offer the best psychological and pedagogical tactics to the organization of work for each of the selected subgroups of students with special educational needs on the basis of which it is expedient to design the individual educational route.

Bibliography

brak

Wiktor Bogusław Boruta

Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy w Stoku Lackim

Dogoterapia jako metoda wsparcia rozwoju osoby niepełnosprawnej intelektualnie – wybrane aspekty

Dog-therapy as a method to support the development of persons with intellectual disability – some aspects

Streszczenie: Dogoterapia to najbardziej naturalny sposób "przemycenia" trudnych, czasem żmudnych ćwiczeń wspomagających rehabilitację głównie dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie lub fizycznie z pomocą odpowiednio wybranych, przygotowanych i wyszkolonych psów w tym celu. Badania (Boguszewski D. Rzeszów 2013) wykazują znakomity wpływ kontaktu z psem na zdrowie i psychikę człowieka nie zależnie od jego wieku, płci, stanu zdrowia, czy poziomu niepełnosprawności. W artykule podjęto zagadnienie współpracy dogoterapeuty we wsparciu terapii osób z niepełnosprawnością intelektualną, z zespołem downa oraz ze spektrum autyzmu. Wskazano główne obszary wykorzystania psów w rehabilitacji ludzi, analizując dostępną na ten temat literaturę naukową i wyniki badań między innymi Międzynarodowej Organizacji Zdrowia (Karwacka M. 2006), czy badania dotyczące wpływu psa na organizm człowieka przeprowadzone przez K. Allen z Uniwersytetu Buffalo w Nowym Yorku.

Słowa kluczowe: dogoterapia, niepełnosprawność intelektualna, spektrum autyzmu, zespół Downa

Summary: Dog-therapy is the most natural way to "smuggle" difficult and sometimes tedious exercises supporting the rehabilitation of children and young people mentally or physically disabled with the help of dogs properly selected, prepared and trained for this purpose. Research (Boguszewski D. Rzeszów 2013) exhibit excellent effect of contact with the dog on the health and human psyche regardless of age, gender, state of health or the level of disability. The article deals with the issue of cooperation in the dog-therapist's support of the treatment of people with intellectual disabilities, Down syndrome and autism spectrum. Article identifies the main areas of the use of dogs in the rehabilitation of people, analyzes available scientific literature on this subject and the results of studies, including the World Health Organization (Karwacka M. 2006) , the research on the canine impact on the human body conducted by K. Allen from the University at Buffalo, New York, USA.

Keywords: dog-therapy, intellectual disability, autistic spectrum disorder ASD, Down syndrome

Rozważania terminologiczne

Dogoterapia, zaliczana do form zooterapii, zwanej też terapią animalistyczną jest metodą wzmacniania efektywności rehabilitacji, w której korzystamy z pomocy psów. Jej istota opiera się na współpracy między

psem, terapeutą, a osobą biorącą udział w tej terapii. Ujęta kolejność wyżej wymienionych podmiotów nie jest przypadkowa, a wynika ze specyfiki dogoterapii. Rola terapeuty sprowadza się do prowadzenia i kontrolowania zaplanowanej aktywności, ważne jest aby pozostawał on na uboczu, „w cieniu” procesu, tak aby całość wykonywanych przez uczestnika ćwiczeń i zadań skupiał na sobie pies. To właśnie pies w trakcie sesji terapeutycznej ma stać się motywatorem do podejmowania działań przez uczestnika, co pozwala na osiągnięcie założonego celu terapeutycznego. Należy podkreślić, że dogoterapia nie może być traktowana jako główna forma oddziaływań, jej istota sprowadza się do wspomagania całości procesu rewalidacji poprzez zajęcia z odpowiednio wyselekcjonowanym i wyszkolonym psem, prowadzonym przez wykwalifikowanego terapeutę.

Dogoterapia oznacza w prostym tłumaczeniu terapię psem. Ta definicja uprzedmiotawia psa, jednak ze względu na transparentność znaczeniową tego terminu pochodzącego z połączenia dwóch wyrazów zaczerpniętych z języka angielskiego „dog – pies” i „therapy – terapia” obecnie jest powszechnie stosowana i rozpoznawalna na całym świecie. Na jej określenie w Polsce funkcjonują pojęcia „kynoterapia” (z gr. *kýon* – pies, w dopełniaczu: *kynós* i *therapeía* – opieka; leczenie, lub „terapia z udziałem psa”. Podane określenia są synonimami i w dalszej części opracowania będą stosowane zamiennie.

Rozwój dogoterapii

Dogoterapia została zapoczątkowana w 1964 roku przez amerykańskiego psychiatrę dziecięcego Borisa Levisona¹, który zaobserwował pozytywne oddziaływanie kontaktów z psem na dzieci dotknięte autyzmem. Korzystne zmiany w reakcjach dziecka dotyczyły akceptacji zwierzęcia oraz tworzenia pozytywnej więzi emocjonalnej ze zwierzęciem (Machoś-Nikodem 2007). Levison wskazywał również na znaczenie doznań sensorycznych, takich jak odczuwanie ciepła, dotyku na podnoszenie psychicznego dobrostanu (za: Drwięga, Pietruczuk 2015). Prekursorką dogoterapii w Polsce jest Maria Czerwińska², która upowszechniała tę ideę w środowisku osób i instytucji zajmujących się

¹ Z jego inicjatywy powstała organizacja Delta Society, z siedzibą w Portland (USA), która obecnie nadzoruje ośrodki prowadzące dogoterapię, prowadzi działalność badawczą, a także szkoli terapeutów w USA i w Europie.

² Prezes fundacji Przyjaźni Ludzi i Zwierząt „CZE-NE-KA”.

osobami z niepełnosprawnością intelektualną. Z uwagi na pozytywne rezultaty, dogoterapia współcześnie jest coraz częściej wprowadzana do rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną, po przebytych chorobach i urazach pozostawiających trwały defekt fizyczny, niesłyszących, ociemniałych (Pawlik-Popielarska 2005). Najczęściej jest wykorzystywana w rehabilitacji osób z tzw. „dziecięcym porażeniem mózgowym”, niedowładem kończyn, zaburzeniami rozwoju motorycznego, zanikiem mięśni oraz zaburzeniami ze spektrum autyzmu, zespołem Downa, zespołem nadpobudliwości psychoruchowej (Franczyk i in. 2007). Równoległe dogoterapia znajduje zastosowanie w oddziaływaniach pedagogicznych na ludzi zdrowych - jest wprowadzana w resocjalizacji, czego przykładem są programy realizowane w zakładach karnych i aresztach w Jastrzębiu-Zdroju, Hajnówce, Krakowie, Podgórzu, Olsztynie, Rzeszowie, Przytułach Starych i Starogardzie Gdańskim oraz w pracy z osobami osamotnionymi, przebywającymi w domach opieki (tamże).

Kompetencje zawodowe kynoterapeuty i uwarunkowania doboru psa

Rozwój praktyki wprowadzania do terapii osób z niepełnosprawnością intelektualną kontaktu z psem zaowocował utworzeniem w 2004. r. Polskiego Związku Dogoterapii (PZD), starania zrzeszonych w nim osób doprowadziły do wprowadzenia zawodu kynoterapeuty (dogoterapeuty). Mimo, to, ciągle jeszcze brakuje uregulowań prawnych, które porządkowałyby i precyzowały wymagania, jakie spełniać powinni terapeuci oraz psy terapeutyczne. Obecnie terapię z udziałem psa prowadzą najczęściej pedagodzy, którzy dodatkowo są miłośnikami psów. Z uwagi na specyfikę terapii optymalne przygotowanie dogoterapeuty powinno obejmować wiedzę i umiejętności z zakresu pedagogiki specjalnej oraz behawioryzmu i szkolenia psów. Wiedza z zakresu pedagogiki specjalnej gwarantuje rozumienie problemów i wynikających z nich potrzeb rehabilitacyjnych osoby niepełnosprawnej. Oprócz wiedzy istotne są kompetencje w zakresie diagnozowania, planowania i realizowania procesu rehabilitacji, które pozwolą na dopasowanie metod optymalnych do potrzeb „pacjenta”.

Zasadniczym czynnikiem, który decyduje o zostaniu dogoterapeutą jest wyjątkowa sympatia do psów. Tylko prawdziwi miłośnicy tych czworonogów są w stanie podjąć się trudnego procesu wyboru, szkolenia, pielęgnacji i utrzymania psa terapeutę. Należy pamiętać, że pies współpracujący z terapeutą nie jest zabawką, zachcianką, czy modą. Pies do dogoterapii musi być wciąż doszkalany, przystosowywany do nowych pomieszczeń, sytuacji,

nieoczekiwanych zdarzeń. Psa nie da się odstawić na pół roku od prowadzonych sesji, a potem bez przygotowań włączyć do zajęć z ludźmi. Tylko olbrzymia motywacja terapeuty do pracy z psem daje możliwość uzyskania efektów w postaci zdrowszych, weselszych i szczęśliwszych osób rewalidowanych poprzez dogoterapię. Nieodzowną cechą dogoterapeutów jest empatia. Umiejętność wczuwania się w stan wewnętrzny drugiej osoby pozwala mu łatwiej zauważyć problemy z jakimi pacjent zmagają się i dostrzec potrzeby dzięki którym pomoc osobie poddanej dogoterapii będzie skuteczniejsza. Prawidłowo prowadzony proces rewalidacji osób niepełnosprawnych intelektualnie wspomagany przez dogoterapię powinien opierać się o współpracę lekarza, pedagoga bądź psychologa, rodzica/opiekuna prawnego i oczywiście dogoterapeutę. Niezwykle istotny dla przebiegu dogoterapii jest dobór psa, który powinien opierać się na określonych kryteriach odnoszących się do rasy i usposobienia. Najczęściej spotykane są: Labrador Retriever, Golden Retriever, Nowofundland, Seter Irlandzki, Cavalier King Charles Spaniel, Berneński Pies Pasterski, Siberian Husky, Alaskan Malamute, Beagle i wiele innych. Niektórzy pracują z psem rasy pies, czyli kundelkiem. Do dogoterapii nadają się psy różnych ras z wyłączeniem obronnych i stróżujących.

Wybór rasy psa to sprawa indywidualna każdego dogoterapeuty gdyż to on ponosi pełną odpowiedzialność za prowadzone przez siebie zajęcia. Podstawowym kryterium doboru jest bezpieczeństwo dziecka ale także i psa. Bezpieczeństwo uczestnika dogoterapii to priorytet. Odpowiada za nie dogoterapeuta stwarzając sobie, uczestnikom i psu najbezpieczniejsze z możliwych warunków. W razie braku pewności co do takich warunków dogoterapeuta ma prawo i obowiązek odmówić przeprowadzenia sesji. Za bezpieczeństwo ze strony psa odpowiada dogoterapeuta poprzez dobór odpowiedniej rasy, szkolenie i przygotowanie psa do pracy w trudnych dla niego warunkach. Zdarzają się sytuacje gdzie dogoterapeuta zmuszony jest pilnować bezpieczeństwa psa - chodzi tu o działania uczestników zajęć. Takie sytuacje występują w licznych grupach, a także w sesjach jednoosobowych z osobami ze spektrum autyzmu. Wśród głównych cech psa terapeutycznego wymienia się łagodny temperament, zrównoważenie, przewidywalność, brak reakcji lękowych, posłuszeństwo, umiejętność skupienia uwagi, akceptacji interakcji z ludźmi, psami, rzeczami, czy sytuacjami oraz szeroko pojmowana chęć do pracy z człowiekiem. Po odpowiednim przeszkoleniu, łagodne, zdrowe, objęte systematyczną kontrolą weterynaryjną, czyste i pewne siebie są gotowe do pracy w dogoterapii. Aby dogoterapia jako proces rewalidacji dziecka dała zamierzone efekty i spełniła oczekiwania nie tylko

dogoterapeuty ale rodziców bądź opiekunów należy spełnić szereg niezwykle ważnych składowych: wykształcenie ukierunkowane do pracy z dziećmi i młodzieżą, osobami niepełnosprawnymi intelektualnie i ruchowo, terapeuta powinien posiadać cechy charakteru umożliwiające zrozumienie drugiego człowieka m.in. empatię, należy wybrać odpowiednią rasę psa, wyselekcjonować najlepiej zapowiadającego się szczeniaka, poddać go w trzech etapach rozwoju testom na predyspozycje do pracy w dogoterapii, prawidłowo wyszkolić i poddać odpowiedniemu procesowi socjalizacji, dogoterapeuta wraz ze swoim psem powinien ukończyć kurs minimum pierwszego stopnia dogoterapii w renomowanym ośrodku szkoleniowym (nie przez internet aby uzyskać dokument), odbyć kilkanaście darmowych sesji dogoterapii pod okiem specjalisty, wybrać miejsce do zajęć w plenerze tak aby spełniały wszystkie wymogi bezpieczeństwa, dostosować pomieszczenia do wymogów bezpiecznej pracy z psem, uzyskać pozwolenia sanepidu i dyrekcji placówek w których będzie prowadził dogoterapię, zebrać podpisaną zgodę i regulamin zajęć od rodziców bądź opiekunów, opracować program dogoterapii w porozumieniu z wychowawcą, psychologiem, pedagogiem, opiekunem prawnym w oparciu o diagnozę psychologiczną wystawioną przez poradnię, a także we współpracy z lekarzem. Dopiero po tak długim (minimum 2 lata) okresie przygotowania się i psa odpowiedzialny dogoterapeuta powinien rozpocząć swoją działalność aby pomagać dzieciom i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie, z zespołem Downa, spektrum autyzmu i innymi ułomnościami.

Istota dogoterapii w świetle doświadczeń w pracy dogoterapeuty

Cele przyjmowane w dogoterapii są uwarunkowane problemami osób, którym jest oferowana. W przypadku osób chorych koncentrują się na rehabilitacji, tj. usprawnianiu zaburzonych funkcji, natomiast w przypadku zdrowych rola dogoterapii sprowadza się do udzielania emocjonalnego wsparcia i kompensacji deprivowanych potrzeb psychicznych (emocjonalnych i afiliacyjnych).

Dogoterapia to jeden ze sposobów zakamuflowania trudnych, czasem nudnych ćwiczeń wspomagających rehabilitację z pomocą odpowiednio wybranych i przygotowanych psów. Dzieci nie lubią wykonywać „suchych” gestów, za którymi nic się nie kryje. Pies daje możliwość wykonania ćwiczeń w naturalny sposób i jednocześnie okazania uczuć. Jeśli nam się uda, to jest to nasza wspólna wygrana. Podczas zajęć wykonuje się wiele rodzajów ćwiczeń i zabaw, które mają służyć podstawowemu celowi dogoterapii, wszechstron-

nemu rozwojowi podopiecznego. Dogoterapia oddziałuje na sferę emocjonalną przez przełamanie bariery niepewności przed kontaktem z psem, akceptowanie obecności psa w bliskim otoczeniu, eliminowanie agresji i autoagresji u dziecka, kształtowanie pozytywnych emocji, rozwój empatii i poprawę samooceny. Osoby biorące udział w zajęciach uczą się określania związków przyczynowo-skutkowych, rozpoznawania kolorów i kształtów, różnic i podobieństw. Dzięki nawiązaniu i pogłębieniu kontaktu z psem osoba niepełnosprawna czuje się pewniej we własnym środowisku, łatwiej nawiązuje kontakty społeczne, poprawia komunikację, zdobywa nowych przyjaciół. Różnego rodzaju zabawy wpływają na aktywność fizyczną podopiecznych, a osoby niepełnosprawne ruchowo zapominają o swych ułomnościach. Prawdłowo prowadzona dogoterapia skupia w sobie kilka różnych działań ostatecznie prowadzących do jednego głównego celu: poprawy stanu emocjonalnego uczestnika terapii.

Ten cel można osiągnąć dzięki inwencji i pomysłom dogoterapeuty w zakresie proponowanych w sesji zadań. Ważne jest aktywizowanie uczestnika do podejmowania zróżnicowanych działań aktywizujących procesy poznawcze i emocjonalne. Każda sesja dogoterapii może, a nawet powinna różnić się od poprzedniej. Wyjątkiem od reguły mogą być zajęcia indywidualne lub w grupie uczestników ze spektrum autyzmu. Jednak i ta specyficzna grupa nie powinna pracować w zamkniętym szablonie zajęć prowadzącym do ich schematycznego działania. Z obserwacji wynika, że zmiana schematu postępowania podczas dogoterapii osób z autyzmem nie wpływała negatywnie na ich zachowania agresywne czy autoagresywne.

Istotnym aspektem dogoterapii jest odpowiednie przygotowanie każdej osoby biorącej, udział w sesji - dziecka, rodzica, osoby wspomagającej. W razie negatywnego pierwszego kontaktu „pacjenta” z psem możemy natknąć się na barierę nie do przekroczenia, bądź nakład czasu i wysiłku z obydwu stron przyniesie niezadowolające wyniki. Dogoterapeuta powinien zapoznać grupę biorącą udział w sesji z tematyką zajęć i gościem czyli psem. Jest na to wiele sposobów i istnieje duża liczba form, które terapeuta powinien wykorzystać w zależności od niepełnosprawności uczestników zajęć - inne formy wykorzysta w pracy z niewidomymi, głuchoniemymi, ze spektrum autyzmu, a jeszcze inne z osobami na wózkach. Przebieg zajęć może przyjmować dowolne formy jednak spontaniczność nie jest dobrze widziana przez osoby szkolące dogoterapeutów. Dogoterapeuta powinien trzymać się wcześniej przygotowanego scenariusza zajęć a jednocześnie powinien być przygotowany na wszystkie możliwe i nieoczekiwane zmiany np. deszcz podczas sesji plenerowej, większa lub mniejsza liczba uczestników w

zajęciach grupowych, uszkodzenie lub brak pomocy dydaktycznych. Każda sesja musi spełnić założony cel. Dogoterapia nie może być zabawą z pieskiem robiącym sztuczki i przynoszącym patyk. Jeśli dziecko podczas sesji dogoterapii rzuca patyk, a pies na komendę przynosi go to dogoterapeuta spowodował tą zabawę realizując założony sobie cel jak np. rozwijanie mięśni pasa barkowego u pacjenta z dziecięcym porażeniem mózgowym, doskonalenie artykulacji po przez głośne wydawanie komendy „aport”, „przynieś”. Według wielu definicji dogoterapia jest to metoda posiłkująca się obecnością psów w rehabilitacji osób niepełnosprawnych, samotnych i starszych. Początkowo twierdzono, iż głównym jej atutem jest kontakt fizyczny ze zwierzęciem, polegający na głaskaniu, przytulaniu się do psa, ujmowaniu podanej łapy itp. oraz nawiązywanie psychicznej więzi z psem, co ma pozytywny wpływ na leczenie i ułatwia przezwyciężenie choroby. Jednakże obecnie wiadomo, że pies podczas zajęć dogoterapii powinien pełnić rolę motywującą, zachęcać do wykonywania różnego rodzaju aktywności. Badania naukowe prowadzone w wielu krajach wyraźnie wskazują, iż wszelkiego rodzaju przytulania czy dotykania kończyn zwierzęcia, jak choćby w geście podania mu dłoni, mają w dalszej perspektywie negatywny wpływ na samopoczucie i zdrowie psa (nie są to naturalne i przyjemne zachowania dla gatunku *canis familiaris*, choć przez wiele psów cierpliwie znoszone). Tego typu elementy powinny być stanowczo zabronione³. Obecność psa ma stanowić natomiast impuls do podejmowania działań przez uczestnika zajęć. W takim ujęciu olbrzymią rolę odgrywa dogoterapeuta prowadzący spotkanie.

Osobiście uważam, że pies terapeuta nie jest na sesji dla przyjemności - jest w pracy i wszystko co wiąże się z pracą wpływa na zdrowie i samopoczucie psa, dokładnie tak jak jest z ludźmi. Jeśli pies jest dobrze traktowany i prowadzony przez swojego instruktora (szefa) to z „pracy” będzie czerpał przyjemność ale wciąż będzie w pracy. Jeśli nie będzie fachowo prowadzony podczas sesji może poprzez dogoterapię „pracę” popaść w depresję. Nie należy jednak demonizować problemu np. podawania łapy “bo to dla pieska stresujące i nieprzyjemne”. Mało w tym przyjemności ale stresujące nie może być, bo po to robi się testy predyspozycji szceniąt w wieku 6-7 tyg. potem psa w wieku ukończonego roku, a następnie po ukończeniu dwóch lat, aby szkoląc go był przygotowany na taką właśnie formę stresu. Dzięki wyżej wymienionym

³ D.K. Haubenhofer, S. Kirchengast, Dog Handlers and Dogs Emotional and Cortisol Secretion Responses Associated with Animal-Assisted Therapy Sessions, „Society and Animals” 2007, Nr 15, s. 127–150.

testom jesteśmy jako terapeuta w stanie określić, czy pies nadaje się na psa do pracy w terapii, czy do biegania na podwórku przed domem. Przykład ten obrazuje jak trudnym i odpowiedzialnym procesem jest selekcja psa do dogoterapii. Po pierwsze wybór rasy, po drugie testy predyspozycji, po trzecie szkolenie. Pominięcie lub zbagatelizowanie jednego z w/w elementów przygotowania psa terapeuty może doprowadzić do zaburzenia całości procesu. Nieetyczne podejście do przygotowania psa pracującego w dogoterapii może doprowadzić do braku realizacji celów rewalidacji, a nawet do sytuacji zagrażających zdrowiu osoby poddanej dogoterapii.

Refleksje z praktyki dogoterapii

Obserwacje z wieloletnich doświadczeń w prowadzeniu dogoterapii z dziećmi i młodzieżą niepełnosprawną intelektualnie w ośrodkach szkolno-wychowawczych, a także przedszkolach z oddziałami integracyjnymi i prywatnych placówkach pomocy psychologicznej pozwalają mi na sformułowanie pewnych uogólnień dotyczących dogoterapii i jej organizacji. Efektywność dogoterapii jest warunkowana: liczbą uczestników biorących udział w sesji, regularnością sesji oraz odmianą zaburzenia, a w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną istotnym czynnikiem jest również stopień niepełnosprawności uczestnika. Celem dogoterapii prowadzonej z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie jest stymulowanie rozwoju osobowości we wszystkich jej sferach oraz sprawności motorycznych. Rozwojowi sfery umysłowej dziecka w dogoterapii sprzyja koncentracja uwagi. Możemy to zauważyć już od początku sesji terapeutycznej. Pies swoim zachowaniem prawie zawsze przykuwa uwagę wszystkich obecnych. Jest to coś innego, ciekawego, pobudzającego wyobraźnię. Podświadomie umysł dziecka wydłuża czas koncentracji. Młody „pacjent” jest podekscytowany i zainteresowany tym czego się nie spodziewa, nowym doświadczeniem. Nieprzewidywalność przez dziecko zachowania psa jest stymulatorem sfery umysłowej zwłaszcza ciekawości czyli sfery poznawczej. Należy pamiętać, że nieprzewidywalność dotyczy osoby poddanej terapii z psem ale dogoterapeuta musi wszystko kontrolować i świadomie prowadzić zajęcia. Zajęcia z psem dają nieograniczone wręcz możliwości wszelakich form rozwoju sfery umysłowej osoby poddanej terapii. Do zabaw stymulujących zmysły należą wszelkie zabawy wykorzystujące przedmioty i zabawki o różnej fakturze, konsystencji, zapachu, a nawet temperaturze, uwrażliwianie na różne napływające z różnych kierunków bodźce słuchowe i masaż ciała. Jak można zauważyć wystarczy pierwszy kontakt osoby z psem

aby spełnić wszystkie wyżej wymienione czynniki. Głaskanie psa najlepiej z długą sierścią hipoalergiczną (m.in. rasa Siberian Husky lub Alaskan Malamute), zapach psa oczywiście suchego i czystego, temperatura psiego ciała którą jest łatwo wyczuwalna, oddech czy wyczuwalne bicie serca, ruch klatki piersiowej podczas oddychania to czynniki wspaniale spełniające na raz stymulację wszystkich zmysłów. Dzięki ćwiczeniom polegającym na powtarzaniu komendy wydawanej psu np. aport, siad, leżeć, turlaj się i wielu innych dzieci uczą się poprawnej wymowy, głośnej artykulacji słów lub całych zdań. Przemycane przez dogoterapeutę polecenia wydawane psu przez dziecko mają na celu rozwój aparatu mowy i poprawę komunikacji werbalnej. Osoby nie mówiące, a więc nie wydające poleceń psu mogą naśladować odgłosy wydawane przez psa. Rozwój poznawczy dziecka to przede wszystkim rozwój umiejętności postrzegania, zapamiętywania i przetwarzania informacji dochodzących do niego z otoczenia. Tempo rozwoju osoby niepełnosprawnej intelektualnie zależy od jego wrodzonych predyspozycji, ale także od jego środowiska i samodzielnego wysiłku. Każda nowa zabawa w nowym nie znanym środowisku lub przeprowadzona w inny zaskakujący sposób pozytywnie wpływa na sferę poznawczą dziecka.

O ile większy wkład w rozwój sfery poznawczej ma dogoterapia w porównaniu z np. układaniem puzzli bądź kolorowaniu obrazków lub innymi zadaniami obowiązującymi w podstawie programowej ucznia szkoły podstawowej. Ciało psa jest w ciągłym ruchu, nawet gdy pies odpoczywa jego budowa ciała uwidacznia ruch klatki piersiowej. Ta cecha wspaniale wpływa na stymulację zmysłu wzroku osoby poddanej terapii. Wszystkie ćwiczenia ruchowe oczywiście absorbują wzrok „pacjenta” ale też podczas odpoczynku psa i statycznych zajęć z nim zmysł wzroku jest pobudzany. Rolą terapeuty jest zbudowanie prawidłowych relacji uczestnik-pies, dlatego nie bez znaczenia pozostaje liczba uczestników. W terapii prowadzonej z osobami z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i umiarkowanym, w wieku od 12 roku życia najlepsze efekty przynosiły sesje w grupach 4-8 osób, z kolei w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym i głębokim najlepsze efekty uzyskiwano przy terapii w grupach 2-3 osobowych. Wynikało to z wyższego poziomu koncentracji na wykonywanej czynności gdy zachodził bezpośredni kontakt z psem, np. dotyk lub kontakt wzrokowy. Wyniki zajęć indywidualnych były nieznacznie gorsze. Sądzę, że wynika to z wyższego poziomu lęku, który zaobserwowałam po przez wzrost napięcia mięśniowego u ucznia. Regularność nie odgrywała początkowo większego znaczenia jednak po trzech sesjach, w grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną w

stopniu lekkim i umiarkowanym, trwających 1,5 godziny odbywających się raz w tygodniu otrzymałem prośbę o zwiększenie ilości sesji do dwóch na tydzień. Opisywana grupa uczniów wykazywała znacznie większe zainteresowanie zajęciami prowadzonymi w terenie (trawiaste boisko szkolne Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego) niż salą do tego przystosowaną. Wyniki zainteresowaniem dogoterapią w terenie w porównaniu do sesji odbywających się w budynku były tak widoczne iż osoby bez kwalifikacji pedagogicznych (rodzice/opiekunowie) byli w stanie zaobserwować różnice w koncentracji swoich podopiecznych. Współpraca wielu podmiotów biorących udział w przygotowaniu i przeprowadzeniu sesji dogoterapii przebiegała nadzwyczaj dobrze zapewne ze względu na jasno i czytelnie sformułowany regulamin przygotowany przez dogoterapeutę, który wziął pod uwagę zalecenia i przeciwwskazania lekarza i zapoznał się z diagnozą poradni psychologiczno-pedagogiczną.

Grupa uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym i głębokim w grupie wiekowej 12-24 lata charakteryzowała się wprost proporcjonalnie większą koncentracją na sesji dogoterapii w momencie zmniejszania liczby uczestników. Najlepsze efekty uzyskałem prowadząc sesję w grupach 2-3 osobowych. Zajęcia odbywały się w 1 godzinnych sesjach dwa razy w tygodniu. Zmiany w ilości sesji w tygodniu nie wpływały w żaden sposób na poprawę lub pogorszenie wyników, natomiast wydłużanie sesji do dwóch godzin powodowało zmniejszeniem koncentracji uczestników na wykonywanych ćwiczeniach w drugiej godzinie zajęć. Również zmiana otoczenia z zajęć w budynku na zajęcia w terenie nie wpływała znacząco na wyniki badań. Współpraca ze wszystkimi osobami zaangażowanymi w sesje dogoterapii przebiegała bez problemów jednak poświęciłem zdecydowanie więcej czasu na zapoznanie się z historią choroby i zaleceniami lekarskimi każdego uczestnika prowadzonej przeze mnie dogoterapii.

Grupa uczniów ze spektrum autyzmu. Badania przeprowadzone zostały na dwóch grupach uczniów z autyzmem – grupa czteroosobowa dzieci w wieku 14-15 lat – grupa trzyosobowa młodzież w wieku 17-19 lat, a także czwórce uczniów w wieku 16-18 lat z którymi pracowałem indywidualnie. Zdecydowanie lepsze efekty zauważalne już na pierwszych dwóch sesjach dały zajęcia indywidualne. Zajęcia grupowe pomimo kilkuletniej znajomości i obecności w klasie uczniów w jednym z ośrodków doprowadziły do powstania prawie wszystkich problemów dydaktycznych z jakimi może spotkać się dogoterapeuta. Były to m.in. agresja słowna, agresja fizyczna, autoagresja, echolalia, płacz, niepohamowany śmiech, ucieczka,

brak zainteresowania wykonywanym zadaniem i inne. Dzięki zajęciom indywidualnym zauważalnie wzrósł poziom koncentracji, spadło napięcie mięśniowe, stymulacja sensoryczna przebiegała bez autoagresji i agresji, łatwiej terapeutcie było wyciszyć ucznia np. metodą time out⁴. Częstotliwość sesji pierwotnie określiłem na raz w tygodniu następnie po trzech tygodniach zwiększyłem do dwóch sesji, by ponownie po trzech tygodniach zmniejszyć do jednej sesji tygodniowo. Z moich obserwacji wynikało iż częstotliwość sesji nie miała wpływu na wyniki pozytywne bądź negatywne badań na podstawie dogoterapii. Z informacji od wychowawcy klasy i opiekunów dzieci z zajęć indywidualnych wnioskuję, że takie wprowadzenie zmiany wpłynęło negatywnie na uczniów ze względu na zaburzenie cyklu działań tygodniowych – zaburzenie schematu. Najefektywniej przeprowadzane zajęcia były w sali klasowej, w której uczniowie spędzali większość czasu przebywania w szkole. Zajęcia w terenie cechowało zdecydowane obniżenie czasu koncentracji na wykonywanym ćwiczeniu. Współpraca z osobami zaangażowanymi w sesje dogoterapii przebiegała bezproblemowo z wyjątkiem dwójki rodziców, którzy jak się okazało z późniejszego wywiadu przeprowadzonego przeze mnie wykazywali lęk przed nie tylko psami ale i wieloma innymi zwierzętami. Lęk o własne dziecko w takiej sytuacji jest oczywisty i naturalny jako cecha obronna. Pomimo tego rodzice ci nie zrezygnowali z udziału dzieci w sesjach dogoterapii i całych badaniach. Uczniowie z zespołem Downa będący przyporządkowani do w/w grup oprócz grupy uczniów z autyzmem nie wykazywali znacznych różnic w funkcjonowaniu w sesjach dogoterapii. Jedyną zauważalną cechą zarówno u chłopców jak i dziewcząt było wyjątkowo przyjazne podejście do psa ale już nie koniecznie do kolegów i koleżanek z grupy.

Oczekiwania wobec dogoterapii, a jej efekty

Efektami na których zależy rodzicom najbardziej jest komunikacja ze środowiskiem, obniżenie poziomu lęku, podniesienie poziomu pewności siebie, a także każdego możliwego rozwoju ruchowego. Uzyskuje się to po przez dotyk i zapach – stymulacja sensoryczna oraz ruch pobudzanie pracy

⁴ To szeroko stosowana „metoda wychowawcza” polegająca na chwilowym odizolowaniu dziecka, które się „niewłaściwie” zachowuje bądź złamało jakąś zasadę, od jego opiekunów. Nazwa „time out” jest skrótem określenia „time out of positive reinforcement”, które to określenie weszło do języka naukowego w czasach rozkwitu behawioryzmu i badań nad zwierzętami. Oznacza ono: „czas bez pozytywnego wzmocnienia” – w tej sytuacji brak kontaktu z bliską osobą.

mięśni, zaangażowanie do podejmowania wyzwań, koncentracja na wykonywanym zadaniu, rozwój koordynacji wzrokowo-ruchowej, a także równowagi i świadomości utrzymywania prawidłowej postawy ciała. Często niedoceniane, choć niezwykle ważne w procesie rozwoju intelektualnym są korzyści emocjonalne uzyskiwane podczas sesji dogoterapii. Rozwijanie własnych emocji u osób niepełnosprawnych intelektualnie jest wyjątkowo ważne dla nich samych, a także dla ich relacji interpersonalnych i dostosowania się w środowisku. To właśnie umiejętność odnalezienia swojego miejsca dziecku niepełnosprawnemu intelektualnie w społeczeństwie jest kluczowym efektem do wypracowania przez cały sztab ludzi biorących udział w dogoterapii. Jeśli dziecko niepełnosprawne zaakceptuje swoją ułomność i osiągnie spokój emocjonalny będzie to wielkim sukcesem i nagrodą za wielki trud jaki poniosło w procesie rewalidacji. Każdy rodzic dziecka niepełnosprawnego intelektualnie szczerze wierzy, że na każdym etapie rozwoju swojego podopiecznego jest w stanie zapewnić mu najlepsze warunki. Rodzice nigdy się nie poddają i nigdy nie przestają szukać możliwości poprawy funkcjonowania dziecka. Dogoterapeuci posiadający wielką empatię jak opisano wyżej zdają sobie jednak sprawę z barier, których dziecko nigdy nie będzie w stanie pokonać. Obserwuje się więc różnice pomiędzy oczekiwaniami rodziców i dogoterapeutów stosowanego procesu rewalidacji po przez zajęcia z psem. Każdy choćby najmniejszy postęp zauważany jest przez terapeutę, a nie koniecznie przez rodzica. Wielką umiejętnością i podejściem psychologicznym musi wykazać się dogoterapeuta aby wytłumaczyć rodzicowi, że dogoterapia tak jak i inne terapie to proces powolny, wymagający nakładu czas i energii terapeuty, psa, a przede wszystkim zaangażowania się dziecka. Naturalną jest sytuacja gdy rodzic posiadając wykształcenie pedagogiczne lub psychologiczne rozumie cele założone przez dogoterapeutę i czas potrzebny na ich realizację jednak odsetek rodziców posiadających wyżej wymienione wykształcenie jest naprawdą niewielki.

Bibliografia

- Allen K., Blascovich J, Mendes W.B, *Cardiovascular reactivity and the presence of pets, friends, and spouses: the truth about cats and dogs*, Psychosomatic Medicine, 64(5)/2002, 727-739.
- Boguszewski D., Przegąd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, Rzeszów 2013, 2, 194-202.

- Brian. Stratford: *Zespół Downa: przeszłość, terażniejszość i przyszłość*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1993.
- Doroszewska J. (1981) *Pedagogika Specjalna*, t. 2, 15-19.
- Drwięga G., Pietruczuk Z., *Dogoterapia jako forma wspomaganie rozwoju dziecka niepełnosprawnego*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania.”, Nr III/2015(16), 57-68.
- Franczyk A., Krajewska K., Skorupa J., *Animaloterapia*, Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, 2007.
- Gałkowski T. (1967) *Zaburzenia w rozwoju dzieci upośledzonych umysłowo*. W: Wybrane problemy z metodyki nauczania dzieci upośledzonych umysłowo. Cz. I, 61.
- Jaklewicz H. *Całościowe zaburzenia rozwojowe*. W: Namysłowska I.: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2012, 119-131.
- Karwacka M. *Dogoterapia we wspomaganie rehabilitacji osób z niepełnosprawnością – refleksje*, *Kwartalnik pedagogiczno-terapeutyczny*, 2006, nr 1-2/2006: 77-81.
- Kostrzewski J., Wald I. (1981) *Podstawowe wiadomości o upośledzeniu umysłowym*. W: K. Kirejczyk (red.), *Upośledzenie umysłowe – pedagogika*.
- Machoś-Nikodem M., *Dogoterapeutyczny program polisensorycznej stymulacji porozumiewania się*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa, 2007.
- Pawlik-Popielarska B., *Terapia z udziałem psa*, Gdańsk, Wydawnictwo Medyczne Via Medica, 2005.
- Pużyński S., J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria. Tom II: Psychiatria kliniczna*. Wydanie II. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2010.
- Zasępa E., *Psychospołeczne funkcjonowanie osób z zespołem Downa*, Oficyna Wydawnicza "Impuls", Kraków 2008.

Elena Asmakovets

Omski Państwowy Uniwersytet im. F. M. Dostojewskiego, Rosja

Sławomir Koziej

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wydział Pedagogiczny i Artystyczny

“Social work” students’ willingness to work with people with disabilities

Abstract: Willingness to the work is one of the conditions of success of helping people with disabilities by experts of social work. Willingness includes cognitive, emotional and behavioral components. The article presents the results of the study of willingness to work with people with disabilities of Russian and Polish students of "Social work" direction.

Keywords: people with disabilities, willingness to work with people with disabilities, cognitive, emotional and behavioral components of willingness to work with people with disabilities

Introduction

Over the past few years there has been a worldwide trend in increasing the number of people with disabilities. According to the statistics of the World Health Organization there were more than 1 billion people with disabilities in the world in 2015, which is 15% of the total population [Disability - causes, species, groups, 2016].

People with disabilities need help more often than other people (medical, legal, material, social, psychological, etc.), but they cannot always get it. The world has a problem of dissatisfaction with the needs of people with disabilities.

At the same time, these people:

- equal members of society who have special needs that society has to satisfy;
- should be fully integrated into society and all its spheres at all levels;
- do not just need special conditions, but absolutely equal ones, they are equal members of society, they do not differ from others, they are able to full self-realization.

Unfortunately, not always and not everywhere people with disabilities have the opportunity of full integration and self-realization, but they are weak, socially vulnerable group of population.

The lack of demand for people with disabilities, low level and quality of life, difficulties of creating and maintaining a family, low social activity, sense of inferiority - these and many other problems associated with the social integration of such people in society require solving.

The analysis of research and practice in the field of rehabilitation and adaptation of people with disabilities has shown that in Russia only a system of assistance to people with opportunities oriented towards their integration into society is gaining strength. In this connection, there is a growing need for professional staff training, whose activities will be aimed at helping, supporting and rehabilitating people, assisting the physical and mental, in social work profession.

In Russia social work as a professional direction in comparison with Europe is rather young. Training has been conducted since 1995, whereas in Poland official training of such specialists began in 1925.

Each country has its own traditions, history, specifics of its own conceptual approach to professional training of social work specialists. But at the same time, as studies show, the problem of professional training in social work with people with disabilities is not sufficiently developed either in Russia or in Poland. It cannot be reduced only to the inclusion in the curriculum of future social work specialists disciplines covering issues related to the characteristics of people with disabilities, the methods and technologies of social work with them. As the research results show, the main factors affecting the efficiency of activities are the willingness of specialists to work (T.N. Banshchikova, S.V. Puteeva, A.A. Derkach, N.V. Kuznetsov, T.A. Nikitina; M.I. Dyachenko, L.A. Kandybovich, V.A. Ponomarenko, A.A. Gudzovskaya, E.F. Zeer, A.M. Pavlova and O.N. Sadovnikova, S.S. Ilyin, K.K. Potonov; V.A. Slashtenin; Y.V. Proshunina and others)

The current contradiction between the needs of modern society in highly qualified specialists who possess technologies for adaptation and rehabilitation of people with disabilities and the lack of willingness of future social work specialists to work with this category of population has determined the aim of our study which is to identify students' willingness for the social work students to work with people with disabilities. The study was conducted on the basis of two universities: Omsk State University of Dostoevsky (Russia) and the University of Jan Kochanowski in Kielce (Poland). The sample consisted of 158 people they are bachelors and masters of full-time

and part-time forms of study: 89 social work students of Omsk University and 59 social work students of the University in Kielce. Different authors offer different classifications of professional willingness. There are temporary (situational) and long-term (stable) willingness; functional and personal; psychological and practical; general and special; willingness for mental and physical activity, etc. [Ilyin S.S., 1999].

In our case, we are talking about the willingness to work with people with disabilities. We distinguish three components: cognitive (knowledge of people with disabilities, representation of oneself as a specialist rendering assistance to this category of the population), emotional (attitude to such people) and behavioral (strategies of behavior in interaction with such people). We believe that knowledge about the characteristics of health, the identity of people with disabilities; positive attitude towards them, acceptance and experience of communication with them contribute to effective professional activity and are its necessary condition.

Main part

Willingness to work with people with disabilities of social work students we consider as part of three interrelated components: cognitive, affective and behavioral. The cognitive component is the totality of knowledge about people with disabilities (limitations, individual characteristics and personal qualities of such people), the specifics of social work with such people, institutions that provide them with assistance, self-image as a specialist who is able or will not be able to provide assistance to this category of people in the future.

The emotional component is feelings or emotional reactions that arise in relation to people with disabilities; this is the attitude of students towards people with disabilities. The emotional component fulfills a special function in the structure of students' willingness to work with people with disabilities; it is an incentive and plays an important role in determining the direction of the behavior and the ways of its implementation, in particular, for people with disabilities. A behavioral component is a tendency to react in a certain way to an object or action. In the case of willingness to work with people with disabilities, the behavioral component is a response in a certain way to people with disabilities, the relationship with them.

The three components of willingness are interrelated and interdependent. A change in one component produces corresponding changes in other components.

In accordance with the structure of willingness for work with people with disabilities, we developed a questionnaire for social work students. The questionnaire was aimed at studying the cognitive, affective and behavioral components of willingness.

Consider the results of the survey

A study of the cognitive component of willingness to work with people with disabilities showed that more than half of Russian students (59.55%), describing people with disabilities, emphasize that they are people with shortcomings, deviations, violations related to physical and mental health; 26.96% of respondents think that they are people who have problems, limitations, obstacles; Only 6.75% of students noted that they are people with other needs, and 2.25% think that they do not differ from other people (Table 1).

Table 1. Russian students' ideas of people with disabilities

No	People with disabilities are...	Percentages
1.	People with shortcomings, deviations, violations...	59,55%
1.1.	<i>People with shortcomings in physical and / or mental development, that is deaf, hard of hearing, blind, visually impaired, with severe speech disorders, disorders of the musculoskeletal system, and others, including children with disabilities</i>	30,34%
1.2.	<i>People with congenital or acquired physical or mental disabilities in need of additional needs</i>	17,98%
1.3.	<i>People who have mental, physical disabilities, which resulted in not being able to lead a full life</i>	3,37%
1.4.	<i>People with disabilities, we mean a condition in which their abilities for various activities are limited due to physical, mental or mental abnormalities</i>	6,74%
1.5.	<i>People with physical or mental development, for example: deaf (hard of hearing), blind (visually impaired), with disorders of the musculoskeletal system, with autism, etc.</i>	1,12%
2.	People who have problems, limitations, obstacles	26,96%
2.1.	<i>People who have obstacles or restrictions in their activities</i>	15,73%
2.2.	<i>People who can carry out any activity not in full (limited) measure.</i>	6,74%
2.3.	<i>People who have problems with physical and mental health</i>	4,49%
3.	People with other needs	6,75%
4.	People who require special attention, help and attitude of others	3,37%
5.	The same people as the others	2,25%
6.	The most vulnerable category of the population	1,12%

Thus most Russian students first of all perceive people with disabilities as people with shortcomings, deviations, violations that have problems and limitations, face difficulties and obstacles, are a vulnerable category of people who need help and attention of other people. Less than 10% of respondents noted that they are people with other needs and do not differ from other people.

The results of the analysis of Polish students' answers showed that almost half of the respondents (44.07%) describing people with disabilities emphasize that they are people who are experiencing difficulties due to their physical and mental health features that impede, limit the ability to fulfill social roles and activities. Almost a third of students (30.52%) note that these people are inferior, with certain dysfunctions. 13.56% of respondents indicate that they need care, support, assistance from other people. Only 6.78% of the sample noted that people with disabilities are no different from others, they have equal rights, like healthy people, are full members of our society. Three people noted that they are people with special needs, people who have their own dignity and individuality, who are very positive about the world and strive to get acquainted with new people (Table 2).

That is most Polish students first of all perceive people with disabilities as people with physical, psychological or mental characteristics, and restrictions that limit the ability to fulfill social roles and activities. One-third of the respondents emphasize inferiority, dysfunctionality of such people. A minority of students note the dependence of people with disabilities from others, and at the same time that these people are the same as others.

Thus, the trends in the views of Russian and Polish students about people with disabilities are similar.

The sources of information about people with disabilities for Russian and Polish students are primarily the university (lectures, practical and seminar classes, various practice), the Internet, various publications (scientific, special, educational, fiction), the media (News, television, radio), life experience (observations, communication in the family, with friends, experience with people with disabilities). Less this information they received in school and college. Professional activities and professional development are a source of information about people with disabilities only for part-time students who combine their studies and work. It should be noted that among Russian students there were also those who do not have knowledge about people with disabilities (the answers of students of the first year of bachelor's degree), among Polish students there were no such answers (Table 3).

Table 2. Polish students' ideas about people with disabilities

№	People with disabilities are...	Percentages
1.	People experiencing difficulties, whose features are hindering, limit... <i>People whose physical, psychological or mental characteristics</i>	44,07%
1.1.	<i>permanently or temporarily hinder, limit the performance of social roles, and in particular, limits the ability to work</i>	16,95%
1.2.	<i>People who experience difficulties in functioning in everyday life</i>	5,08%
1.3.	<i>People with different types of disabilities who make life difficult for them in society</i>	3,39%
1.4.	<i>People with disabilities</i>	18,65%
2.	People who are inferior, with dysfunction.....	30,52%
2.1.	<i>People with a certain level of inferiority, having difficulties in physical, mental functioning</i>	20,35%
2.2.	<i>People with a certain dysfunction</i>	10,17%
3.	People in need of care, support, help	13,56%
3.1.	<i>People requiring special care and support</i>	6,78%
3.2.	<i>People with a deficit who need help from other people</i>	6,78%
4.	People who do not differ from the rest	6,78%
4.1.	<i>The same people as us</i>	1,69%
4.2.	<i>People, who have equal rights, like healthy people.</i>	1,69%
4.3.	<i>Full members of our society</i>	3,39%
5.	People with special needs	1,69%
6.	People who have their own dignity and personality	1,69%
7.	People with limitations who are very positive about the world and are eager to get to know new people	1,69%

Table 3. Students' sources of information about people with disabilities

№	Sources of information	Polish students	Russian students
1.	University	57,63%	61,8%
2.	The Internet	44,07%	33,71%
3.	The media (news, television, radio)	40,68%	43,82%
4.	Various publications (scientific, special, educational, fiction)	40,68%	21,35%
5.	Life experience	25,42%	40,45%
6.	School	11,86%	4,49%
7.	Professional activity	1,69%	10,11%
8.	College	5,08%	0%
9.	I am not interested in such problems	0%	1,12%
10.	Absence of knowledge	0%	3,37%
11.	Refresher courses	0%	1,12%

Thus, the main sources of information about people with disabilities for Russian and Polish students are the university, the Internet resources, the media, and various publications.

The analysis of the disciplines studied at the university, which, in the opinion of students, is a source of information about people with disabilities, showed that there are disciplines both in Russian and Polish universities that pay much attention to this category of the population (these disciplines were named by a larger number of students), But there are disciplines in which special attention is not paid to people with HIA (fewer students were named for these disciplines) (Table 4, Table 5). Polish students named 34 disciplines, but Russian - 36. In the tables there are no disciplines that only one or two students named.

Table 4. Disciplines which are sources of information about people with disabilities (Russian students)

№	Disciplines	Percentages
1.	Special Psychology	28,09%
2.	Social Medicine	21,35%
3.	Social work technologies	15,73%
4.	Adaptive physical education for people with health disability	15,73%
5.	Theory of Social Work	15,73%
6.	Social work with various categories of the population	12,36%
7.	Age psychophysiology	7,87%
8.	Introduction to the profession	6,74%
9.	Social pedagogy	5,62%
10.	History of social work	5,62%
11.	Fundamentals of psychological, medical and social work with people with disabilities	5,62%
12.	Social politics	4,49%
13.	Innovative projects in social work with people suffering from mental diseases	4,49%
14.	Gerontology	3,37%

Table 5. Disciplines which are sources of information about people with disabilities (Polish students)

№	Disciplines	Percentages
1.	Special Pedagogy	49,15%
2.	Institutes of social assistance to different categories of the population	22,03%
3.	Old age and disability	15,25%
4.	Clinical psychology	13,56%
5.	Modern social problems	11,86%
6.	Inclusive education	11,86%
7.	Organization of social work in Poland and abroad	8,47%
8.	Psychiatry of the environment	6,78%
9.	Pedagogy	5,08%
10.	Organization of social work	5,08%
11.	Theory of Social Work	5,08%
12.	Axiology and the theory of social work	5,08%
13.	Prevention of family problems - medical and social aspects	5,08%
14.	Methods of working with the elderly and people with disabilities in the family	5,08%
15.	Dysfunctions of the family	3,39%
16.	Dysfunctions in the family - medical aspects	3,39%
17.	Prevention and promotion of healthy lifestyles	3,39%
18.	Modern directions in health pedagogy	3,39%

To the question: Are there any services in your city that help people with disabilities? The majority of both Russian and Polish students answered that they know the services and organizations of their city that provide assistance to people with disabilities. Fewer students are informed about organizations that provide assistance to the relatives of disabled people, in particular, parents of children with disabilities. Among the students both Omsk and Kielce prevail those who do not know about such services or believe that they are not in the city (Table 6).

To specifying question: What are the services and organizations that provide assistance to people with disabilities in your city, which are familiar,

most of the students named these services. And most of the students called specific institutions, public organizations, foundations, associations.

All students who participated in the survey are confident that you need to inform the public about people with disabilities (it is necessary that ordinary people know about people with disabilities).

Table 6. Student knowledge of city services that help people with disabilities

	Russian students			Polish students		
	There are	There are no	Do not know	There are	There are no	Do not know
People with disabilities - children	75,28%	1,12%	23,6%	62,71%	28,81%	8,47%
People with disabilities - adults	80,9%	1,12%	17,98%	59,32%	32,2%	8,47%
Parents of children with disabilities	42,7%	4,49%	52,81%	38,89%	38,89%	22,03%

Summarizing the study of the cognitive component of willingness to work with people with disabilities in "Social Work" direction, the authors suggest that both Russian and Polish students have an idea of who are people with disabilities, with emphasis on restrictions, difficulties, problems faced to this category of population. The main sources of information about people with disabilities are the university (disciplines), the Internet resources, the media, various kinds of literature. Disciplines that familiarize students with the characteristics of people with disabilities are divided into two categories: disciplines that devote much time to this information and disciplines which do not set the goal, they cover these issues. Most students of both universities are familiar with the services that provide assistance to people with disabilities in their city, less known to students are services that help relatives of disabled people, in particular, the parents of children with disabilities.

The study of the emotional component of willingness to work with people with disabilities showed that most students have positive feelings for people with disabilities (Table 7).

While communicating with people with disabilities, most students have the most positive emotions. We are grateful to those students who honestly replied that they have negative emotions or do not feel any emotions while communicating with people with disabilities (Table 8).

Table 7. Students' prevalent feelings towards people with disabilities

№	Prevalent feelings	Polish students	Russian students
1.	Positive feelings	79,17%	78,1%
2.	Negative feelings	11,46%	8,03%
3.	The same feelings as towards ordinary people	7,29%	9,49%
4.	Neutral attitude	2,08%	2,19%
5.	Absence of feelings	0%	2,19%

Table 8. Prevailing emotions that arise during communication with people with disabilities

№	Prevailing emotions	Polish students	Russian students
1.	Positive emotions	49,55%	70,79%
2.	Negative emotions	23,42%	15,73%
3.	Absence of emotions	10,81%	4,49%
4.	Neutral	0,9%	8,99%
5.	Emotions as while communicating with ordinary people	9,01%	0%
6.	Mixed emotions	0,9%	0%
7.	Absence of experience	4,5%	0%
8.	Do not know	0,9%	0%

Despite the fact that most students themselves have a positive attitude towards people with disabilities, they believe that a negative and indifferent attitude towards this category of people prevails in society (Table 9).

Table 9. Attitude felt by people with disabilities from others, according to students

Students	Positive (%)	Negative (%)	Indifferent (%)
Russian	7,9	30,3	61,8
Polish	10,2	50,8	39

To the questions: "Does the degree of disability affect the attitude of society towards people with disabilities?" And "Does the degree of disability affect the attitude of students themselves to people with disabilities?" The answers were as follows: the majority of both Russian (86.5%) and Polish

(93.2%) students are confident that the degree of disability affects the attitude of society towards people with disabilities, and at the same time, less than half of respondents (Russian students - 41.6% of sample, Polish students - 42.4%) noted that the degree of disability affects their attitude towards people with disabilities. So students believe that they are less dependent on the degree of disability in their attitude towards people with disabilities than the society as a whole (Table 10).

Table 10. Impact of the degree of disability on people with disabilities

Students	Attitude of society		Students' attitude	
	There is an impact	There is not an impact	There is an impact	There is not an impact
Russian	86,5%	13,5%	41,6%	58,4%
Polish	93,2%	6,8%	42,4%	57,6%

In general, the attitude of the students themselves to people with disabilities is positive with the exception of people with disabilities with mental disorders. Among students it is the attitude toward this category of people with disabilities that shows a greater percentage of those who are negative or indifferent to them, compared to the ratio of other categories of people with disabilities (Table 11).

Table 11. Attitude of students to people with disabilities

People with disabilities	Russian students			Polish students		
	positive	negative	Indifferent	positive	negative	indifferent
Visually disabled	82,02%	0%	17,98%	94,92%	0%	5,08%
Hearing disabled	82,02%	0%	17,98%	93,22%	0%	6,78%
People with disabled motor function	78,65%	1,12%	20,22%	91,53%	0%	8,47%
People with mental disabilities	55,06%	17,98%	26,97%	76,27%	8,47%	15,25%
Disabled children	83,15%	0%	16,85%	93,22%	0%	6,78%
Disabled middle-aged people	79,78%	0%	20,22%	88,14%	1,69%	10,17%
Disabled people - elderly people	76,4%	1,12%	22,47%	93,22%	0%	6,78%

A negative attitude to disabled people - elderly, middle-aged disabled, disabled people with impaired motor function was noted by one student. Positive attitude for the majority of both Russian and Polish students is caused by people with disabilities in sight, hearing, and disabled people with impaired motor function and children with disabilities.

In order to clarify the attitude of students towards people with disabilities, we used in the questionnaire a question that concerned not a generalized abstract image of a person with disabilities, but a more real person who could be a neighbour, colleague, doctor, etc.

Table 12. The attitude of students to people with disabilities of different social roles (statuses)

	Russian students			Polish students		
	positive	negative	indifferent	positive	negative	indifferent
Neighbor	53,93%	3,37%	42,7%	86,44%	0%	13,56%
Next door neighbor	44,94%	17,98%	37,08%	81,36%	3,39%	15,25%
Relative	43,82%	35,96%	20,22%	91,53%	1,69%	6,78%
Colleague	57,3%	5,62%	37,08%	86,44%	1,69%	11,86%
Doctor	42,7%	22,47%	34,83%	67,8%	16,95%	15,25%
Teacher	49,44%	14,6%	35,96%	77,97%	8,47%	13,56%
Classmate	56,18%	5,62%	38,2%	89,83%	0%	10,17%
Child's teacher	47,2%	20,22%	32,58%	74,58%	8,47%	16,95%
Child's classmate	49,44%	12,36%	38,2%	84,75%	3,39%	11,86%
Supervisor	43,82%	16,85%	39,33%	74,58%	5,08%	20,34%
Authority	46,07%	19,1%	34,83%	66,1%	8,47%	25,42%

In Table 12 we presented the ratio of the answers of Russian and Polish students to the question: "How do you feel about the person with disabilities being.....?" An analysis of the answers showed that among the Polish students the majority are positive about the person with disabilities being their neighbor, relative, classmate, colleague, classmate or teacher of the child. Russian students, in comparison with Polish ones, are less positive

about having a disabled person, a relative, a next door neighbor, a supervisor, a teacher or a doctor.

Ranking students' answers to the question: "Which school would be best for children with disabilities?" showed: both Russian and Polish students believe that in a special class of an ordinary school, in the second and third place in the number of elections there are individual education in school and training in a special school, a smaller number of elections received such forms as training in the ordinary class of an ordinary school and at home (Table 13).

Table 13. Priority forms of education for children with disabilities according to students

Range	Russian students	Polish students
1.	<i>In special class of ordinary school</i>	<i>In special class of ordinary school</i>
2.	In individual education school	In special school
3.	In special school	In individual education school
4.	<i>In ordinary class</i>	<i>In ordinary class</i>
5.	<i>At home</i>	<i>At home</i>

Thus, the study of the emotional component of willingness to work with people with disabilities showed that according to students negative and indifferent attitude towards people with disabilities prevails in society, and this ratio depends on the degree of disability and its features. Students consider themselves less dependent on people with disabilities. Students note that they experience mostly positive emotions and positive feelings towards such people. Although we identified respondents who indifferently and negatively treat people with disabilities with mental disorders, disabled people - the elderly and middle-aged people. In addition, not all students are willing to accept a person with disabilities in the role of teacher, doctor, superior, neighbor or relative. The answers regarding the general attitude to people with disabilities and to specific life situations with real people with disabilities have differences.

The study of the behavioral component of willingness to work with people with disabilities related to the experience of communication and interaction of students with people with disabilities; their desires and assessments of the ability to help such people, work with them, as with clients.

The presence of people with disabilities was revealed among 42.7% of Russians and 62.7% of Polish students (Table 14).

Polish students have more contacts with people with disabilities (Table 15). Perhaps this is due to greater accessibility of the environment for such people and a less degree of stigmatization in Poland.

It should be noted that most students are ready to help people with disabilities (Table 16).

Table 14. The presence of people with disabilities in the environment of students

Students	There are (%)	There are not (%)
Russian	42,7	57,3
Polish	62,7	37,3

Table 15. The presence of people with disabilities in the environment of students (clarification)

№	Russian students	Percentages	№	Polish students	Percentages
1	Relatives	19,1%	1.	Relatives	47,46%
1.1.	<i>Aunts or uncles</i>	7,87%	1.1.	<i>Aunts or uncles</i>	8,47%
1.2.	<i>Grandparents</i>	6,74%	1.2.	<i>Grandparents</i>	6,78%
1.3.	<i>Brothers or sisters</i>	2,25%	1.3.	<i>Brothers or sisters</i>	23,72%
1.4.	<i>Nephews</i>	1,12%	1.4.	<i>Nephews</i>	0
1.5.	<i>Mother or father</i>	1,12%	1.5.	<i>Mother or father</i>	5,08%
1.6.	<i>Spouse</i>	0	1.6.	<i>Spouse</i>	1,69%
2.	Familiar people	11,24%	2.	Familiar people	6,78%
3.	Neighbors	11,24%	3.	Neighbors	11,86%
4.	Friends	6,74%	4.	Friends	13,56%
5.	Colleagues	6,74%	5.	Colleagues	6,78%
6.	Classmates	2,25%	6.	Classmates	1,69%
7.	Students	2,25%	7.	Students	1,69%
8.	Clients	1,12%	8.	Clients	3,39%
			9.	Bridegroom	1,69%
			10.	Disabled person	1,69%

Table 16. Opportunity for students to help people with disabilities

Students	Have (%)	Do not have (%)
Russian	62,9	37,1
Polish	78	22

Clarification of the categories of people with disabilities students could help, showed that the majority of respondents can work with all categories of disability, except for people with mental disabilities. With such clients, 49.44% of Russian and 56.18% of Polish students will not be able to work. Perhaps this is due to the lack of knowledge of such clients, lack of experience and work with such people (Table 17).

If we compare the results presented in Tables 17 and 18, we see that those who wish to work with clients - people with disabilities are less than students who can carry out such activities. Students less want to have their clients with mental disabilities, compared to other categories of people with disabilities.

Table 17. Opportunity for students to carry out social work with people with disabilities

Disabled people	Russian students		Polish students	
	Are able	Are not able	Are able	Are not able
Visually disabled	85,39%	14,61%	93,22%	6,78%
Hearing disabled	74,16%	25,84%	60,67%	39,33%
People with impaired motor function	82,02%	17,98%	61,8%	38,2%
People with mental disabilities	50,56%	49,44%	43,82%	56,18%
<hr/>				
Disabled children	71,91%	28,09%	91,53%	8,47%
Disabled middle-aged people	87,64%	12,36%	88,14%	11,86%
Disabled elderly people	77,53%	22,47%	89,83%	10,17%

Russian students less want to have their clients with disabilities (there are less positive answers in Table 18 than in Table 17). And Polish students, on the contrary, have an increase in the number of respondents who want to work with this category of population, in comparison with those who believe they can.

In comments to their answers, students who do not want their clients to be people with disabilities, note an emotionally and tense atmos-

phere, have pity for such people, which will interfere with work, lack of knowledge and experience, lack of interest in the specialty, high responsibility, patience etc.

Table 18. The desire of students to carry out social work with people with disabilities

Disabled people	Russian students		Polish students	
	Want to	Do not want to	Want to	Do not want to
Visually disabled	60,67%	39,33%	83,05%	16,95%
Hearing disabled	50,56%	49,44%	84,75%	15,25%
People with impaired motor function	57,3%	42,7%	86,44%	13,56%
People with mental disabilities	32,58%	67,42%	55,93%	44,07%
Children				
Disabled children	51,69%	48,31%	86,44%	13,56%
Middle-aged people				
Disabled middle-aged people	59,55%	40,45%	84,75%	15,25%
Elderly people				
Disabled elderly people	53,93%	46,07%	84,75%	15,25%

Summarizing the study of the behavioral component of willingness to work with people with disabilities, it should be noted that not all respondents had or have experience of communication and interaction with people with disabilities. In addition, students do not have enough knowledge and skills to work with specific categories of people with disabilities. Therefore, some students do not want their clients to be such people; others want to but are afraid.

Conclusion

Summing up our research, it should be noted that in many respects the success of professional work of social work specialists depends on willingness to fulfill, in particular, it is success of assistance to people with disabilities which depends on the willingness of specialists to work with this category.

In the process of training at the university social work students is to purposefully form this type of willingness, which includes: cognitive, emotional and behavioral components. These three components are interrelated and interdependent. The change in one component of the relationship produces corresponding changes in other components: ignorance of the characteristics of people with disabilities, the specifics of social work with

them (the cognitive component), the lack of experience with such people (the behavioral component) contributes to the formation of a negative attitude towards this category of the population (emotional component) . In turn, the emotional component performs a special function in the structure of students' willingness to work with people with disabilities, it is an incentive and plays an important role in determining the direction of the behavior and the ways of its implementation, in particular, for people with disabilities. This is confirmed by the results of the study of willingness to work with students with disabilities of Russia and Poland.

References

- Asmakovets E., Koziej S., Employment factors of social work students / Theory and practice on psychological and pedagogical training for a specialist at a university. Scientific reports digest. – Gabrovo: Publishing house "CEN-PRES", 2016, p. 170-174.
- Banshchikova T.N., Puteva S.V., Professional willingness of the teacher to manage the pedagogical process // Digest of scientific works of the North-Caucasian State Technical University. Humanities, 2005. №2 (14).
- Demidova I.F., Pedagogical psychology: Textbook. – Rostov-on-Don.: "Phoenix", 2003.
- Derkach A.A., Kuznetsov N.V., Acmeology: the way to achieve the peaks of professionalism. – Moscow, 1993.
- Zeer E. F., Pavlova A.M., Sadovnikova N.O., Proforientation: theory and practice: Proc. Allowance for higher education. – M.: Academic project; Ekaterinburg: Business book, 2006.
- Ilyin S.S., Psychological willingness for management professions and its diagnostics // Applied Psychology. 1999. №4.
- Disability – causes, species, groups. – URL: <http://tiensmed.ru/news/invalidnosti-ab1.html> (Access on: 11.12.2016).
- Lvov E.N., Vocational training of social workers for activities with people with disabilities: Dis. ... Ph.D. – Ulyanovsk, 2002.
- Slastenin VA, Kashirin V.P., Psychology and Pedagogy: Proc. Allowance for stud. Supreme. Textbook. Institutions. – 2nd ed., The stereotype. – Moscow: Publishing Center "Academy", 2003.
- Chernyavskaya A.P., Psychological counseling for vocational guidance. – Moscow: Publishing house VLADOS - PRESS, 2001. 96 p.

Mariusz Dobijański

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach¹

Wydział Humanistyczny

Stygmatyzacja nieprzystosowanych społecznie. Determinanty w pracy resocjalizacyjnej będące efektami piętna w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Jaworku

The stigmatization of not socially adapted.
Determinants in resocialization work as a result
of stigma in the Youth Education Center in Jaworek

Streszczenie: Niedostosowani społecznie, szczególnie dzieci i młodzież trafiający do instytucji resocjalizacyjnych to osoby, które obok ewidentnych deficytów rozwojowych przekładających się na upośledzenie ich umiejętności i woli właściwego funkcjonowania w społeczeństwie, przeżywają określone emocje. Skutki tych emocji mają istotny wpływ na samoocenę i sposób myślenia o sobie wychowanków placówki. Młodzi ludzie, którzy na przestrzeni swojego krótkiego życia bardzo często spotykali się z negacją własnej osoby, doświadczali różnego rodzaju porażek i niepowodzeń mają olbrzymie problemy z akceptacją własnej osoby, a także z akceptacją (lub co najmniej wolnego od uprzedzeń) niechętnego im społeczeństwa. Proces resocjalizacji, któremu poddawani są nieprzystosowani społecznie wymaga korekty deficytów, podjęcia działań rozwojowych i socjalizujących w taki sposób, by młodzi ludzie potrafili zrozumieć otaczający ich świat i nauczyć się w nim funkcjonowania. Skuteczność tego procesu wymaga także likwidacji uprzedzeń i stereotypów stygmatyzujących niedostosowanych społecznie, uniemożliwiających im na efektywny powrót na łono społeczne.

Słowa kluczowe: pedagogika resocjalizacyjna, nieprzystosowanie społeczne, stereotypy, stygmatyzacja, włączanie społeczne

Abstract: The socially maladjusted, especially children and adolescents who attend social rehabilitation institutions, are those who, experience certain emotions. It happens apart from evident developmental deficits that translate into the impairment of their skills and the desire to function properly in the society. The effects of these emotions have a significant impact on self-esteem and the way they think about themselves. Young people who have encountered negativity in their short lives, who have experienced a variety of failure and setbacks, have enormous

¹ Autor jest adiunktem w Instytucie Pedagogiki na Wydziale Humanistycznym Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach. Jest również dyrektorem Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Jaworku dla chłopców niedostosowanych społecznie w wieku 13-18 lat.

problems with their own acceptance, and acceptance of reluctant to them (or at least prejudice-free) society. The social rehabilitation process directed to socially maladjusted young people, requires correction of their deficits and through the developmental and socialistic activities, it can help them to understand the world around and learn them how to work in it. The effectiveness of this process also requires the elimination of stereotypes and stigmatization of socially maladjusted, that prevent them from effective returning to the social sphere.

Keywords: Social rehabilitation pedagogy, social maladjustment, stereotypes, stigmatization, social inclusion

Kiedy udzielam informacji na temat swojego miejsca pracy, u mojego rozmówcy często obserwuję reakcję zaskoczenia i słyszę zwrotne zapytania o poczucie bezpieczeństwa, poziom lęku czy też stwierdzenia, że wykonywana przeze mnie praca jest na pewno szalenie stresująca, zagrażająca zdrowiu lub wręcz niebezpieczna. Wychowankowie MOW-u wyobrażani są sobie jako grupa zwyrodniałych, wytatuowanych wyrostków z fizycznymi (bliżej niedookreślonymi) cechami świadczącymi o przynależności do określonej subkultury osób wykończonych społecznie. Z rozbawieniem dostrzegam zaskoczenie i konsternację moich rozmówców oglądających dostępne na stronie internetowej placówki filmy z realizowanych projektów, na których widoczni są moi wychowankowie, fotografie młodych, uśmiechniętych, wykonujących różnorodne czynności chłopców, którzy określani są wówczas najczęściej niniejszymi słowy – *ale to młodzi chłopcy, no i tacy normalni*. Widoczne i artykułowane przez oglądających zdziwienie związane jest najczęściej właśnie z fizycznością wychowanków, a fakt, że są to jednak dzieci, niczym nie różniące się od typowych nastolatków z jakimi spotykamy się w tzw. normalnych szkołach jest nieodzownym elementem powodującym dysonans pomiędzy wyobrażeniami a rzeczywistością.

Podobne reakcje obserwuję za każdym razem, gdy wspólnie z kadrami pedagogicznymi Ośrodka organizujemy dla wychowanków placówki wycieczki, co wiąże się z koniecznością opuszczeniem MOW-u. Pierwsze problemy odczuwamy w sytuacji wynajmu autokaru, miejsc noclegowych czy też wykupienia wejściówek do określonych miejsc użyteczności publicznej. Po przedstawieniu informacji dotyczącej grupy osób, które będą korzystały z określonej oferty, spotykamy się z nieukrywaną obawą towarzyszącą podjęciu decyzji (rzadko, ale zdarzają się odmowy) o jej udostępnieniu grupie wychowanków placówki wychowawczej. Nie ukrywam, że sytuacje te nadal budzą moją irytację, którą rekompensuje mi fakt ogromnej satysfakcji jaką przeżywam za każdym razem, gdy dziękując za gościnę, nocleg czy też inne elementy udostępnionej usługi słyszę słowa gratulujące kulturę, subordyna-

cji, zdyscyplinowania i właściwej postawy chłopców, jak również przyznanie się do wcześniejszych lękowych emocji towarzyszących podjęciu decyzji o współpracy. Generalnie muszą stwierdzić, że wszędzie tam, gdzie jesteśmy po raz pierwszy spotykamy się z reakcjami świadczącymi o mniejszym lub większym poziomie lęku i obaw dotyczących wychowanków placówki, wywołujących niemal za każdym razem takie właśnie emocje i bardzo pozytywne informacje zwrotne towarzyszące zakończeniu pobytu w wybranym miejscu.

Wydawałoby się, że negatywne emocje będące efektem stereotypów nie powinny być cechą nauczycieli. Niestety, nie jest to grupa zawodowa, której takie uprzedzenia są obce. Okazuje się, że dosyć trudno przychodzi przełamywanie negatywnych emocji także wśród osób, które legitymują się wykształceniem pedagogicznym, teoretycznie mających świadomość różnych potrzeb oraz problemów dzieci i młodzieży w okresie adolescencji. Muszę przyznać, iż te lęki i obawy ze strony tej grupy społecznej i zawodowej nieco mnie dziwią i negatywnie zaskakują. Prawdziwą konsternację przeżyłem w trakcie szkolenia dla dyrektorów instytucji oświatowych, gdy podczas jednego z ćwiczeń szkoleniowych moja propozycja dotycząca opracowania projektu edukacyjnego (wyjazd edukacyjny w ramach tzw. zielonej lub białej szkoły), którego beneficjentami mieli być wychowankowie placówek wychowawczych, została odrzucona argumentami o braku zasadności obejmowania dodatkowymi działaniami edukacyjnymi (w domyśle atrakcyjnymi, ponadstandardowymi) osób niedostosowanych społecznie. Zdaniem uczestników szkolenia wychowankowie placówek wychowawczych winni przebywać w izolacji, odosobnionych od innych budynkach, uczyć się i pracować na swoje utrzymanie, a nie przebywać wśród członków zdrowego społeczeństwa (jeszcze za publiczne pieniądze!!!), stanowiąc dla niego określone zagrożenie.

Opisywane sytuacje są niczym innym jak efektem tzw. naznaczenia społecznego, w dużej mierze mającego wpływ na sposób zachowania i postępowania osób, których zachowania, postawy, demonstrowane poglądy, system wartości i inne odbiegają od tzw. społecznej normy.

Labeling theory to termin teorii naznaczenia zapoczątkowany w latach 50 poprzedniego wieku, którego podstawą do powstania był termin „jaźni odzwierciedlonej” sformułowany przez Ch. H. Cooley’a. Głównym celem tej teorii jest wyjaśnienie społecznej reakcji na zachowania dewiacyjne, a także powodów i przyczyn trwania jednostki w tym zachowaniu [Błachut J., Gaberle A., Krajewski A., 2004, s. 132].

Naznaczenie społeczne ma istotny wpływ na funkcjonowanie w społeczeństwie osób naznaczonych (napiętnowanych) oraz ich sposób myślenia i postrzegania siebie. Reakcją towarzyszącą naznaczeniu jest stopniowe nabywanie przez te osoby negatywnego przeświadczenia na swój temat, a także ugruntowania się obrazu własnej osoby, będącego wynikiem interakcji jednostka – otoczenie społeczne w sposób taki, „w jaki indywidualne poczucie jaźni jest «odzwierciedlane» i odbijane przez innych” [Marshall, 2004, s. 43]. Zgodnie z teorią naznaczania na skutek negatywnych reakcji społeczeństwa na błędy popełniane przez jednostki, osoby uznane za dewiantów czy przestępców, poprzez zaetykietowanie (stygmatyzację) wytwarzają negatywny obraz samego siebie mający wpływ na ich późniejsze zachowania [Błachut, Gaberle, Krajewski, 2004, s. 134].

Nie da się uniknąć oceniania ze strony innych osób, także ze strony zupełnie obcych nam ludzi. Kształtująca się na podstawie tych ocen samoocena nie zawsze jest obiektywna, lecz w dużej mierze kierunkuje aktywność każdego z nas. Trzeba mieć świadomość tego, że krzywdzące i karzące oceny wywierają określony wpływ na osobowość człowieka. Jego wewnętrzną reakcją na odrzucenie jest „określony sposób identyfikacji samego siebie (myślenia o sobie) i powiązane z tym sposoby zaspakajania potrzeb, często skutkujące podwyższonym poziomem zachowań agresywno-destrukcyjnych, dokonywanie czynów niemieszczących się w przyjętym rejestrze poprawnych zachowań moralno-obyczajowych i prawnych lub wycofaniem się z życia społecznego i podejmowanie działań autodestrukcyjnych z próbami samobójczymi włącznie” [Konopczyński, 2013, s. 125].

Skutkiem stygmatyzacji jest stopniowa izolacja społeczna prowadząca w konsekwencji „do społecznego odrzucenia” [Czykwin, 2008, s. 21], w skutek którego u napiętnowanej osoby dochodzi do eskalacji poziomu agresji interpersonalnej oraz redukowania w sposób patologiczny (nie akceptowany społecznie) napięć interpersonalnych. Stygmat stanowi ewidentnie obciążenie dla naznaczonej osoby, która czuje się niepożądaną i niepełnowartościową „Atrybut, o którym mowa, ma charakter piętna zwłaszcza wtedy, gdy jego kompromitujące konsekwencje są znaczne. Ową cechą można określić mianem ułomności, wady czy upośledzenia. Atrybut ten ustanawia szczególną niezgodność między pozorną a rzeczywistą tożsamością społeczną” [Goffman, 2005, s. 32].

Jednostka pozostawiona sama sobie poszukuje osób, wśród których jest w stanie znaleźć zrozumienie i akceptację. Brak przynależności do wspólnoty społecznej zostaje zrekomensowany identyfikacją z grupami osób jej podobnymi, a więc o chuligańskim czy wręcz przestępczym sposo-

bie funkcjonowania w społeczeństwie. Odczuwane w skutek odrzucenia społecznego napięcie emocjonalne zredukowane jest satysfakcjonującym poczuciem wspólnotowości i identyfikacji z grupą o charakterze subkulturowym, a poziom frustracji zmniejszany podczas działań wymierzonych wbrew lub przeciw odrzucającemu jednostkę społeczeństwu.

Podsumowując, należy stwierdzić, że skutkami stygmatyzowania mogą być m.in.:

- odmienne zachowania wobec naznaczonych, tj. zgodne z informacjami zawartymi w „etykiecie”, a więc z określonym nastawieniem wobec tej osoby – efekt etykietowania;
- spełnianie się ustalonego (zgodnego z nastawieniem) oczekiwania wobec kogoś tylko dlatego, że takie oczekiwanie wcześniej sobie wobec tej osoby wytworzyliśmy – tzw. efekt Pigmaliona;
- pojawienie się oczekiwań wobec innych osób, samych siebie lub przyszłych zdarzeń wpływających na zachowania tych osób powodujących spełnienie tych oczekiwań – tzw. efekt Golemana [Czywkin, 2008].

W efekcie stygmatyzacji naznaczona negatywnie osoba zaczyna wierzyć w informacje, które docierają do niej ze społeczeństwa i zachowywać się zgodnie z jego przewidywaniami, tj. spełniać negatywne oczekiwania. Zjawisko to nosi miano samospełniającego się proroctwa [Zimbardo, 1999, s. 606-607].

Wychowankowie Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Jaworku to nieletni w wieku od 13 do 18 roku życia. Trafiający do placówki wychowankowie najczęściej pochodzą z rodzin niewydolnych wychowawczo, z problemami alkoholowymi, rozbitych lub rekonstruowanych. Znaczącą grupę wychowanków placówki każdego roku stanowią podopieczni Domów Dziecka. Dla większość nowo kierowanych do MOW-u wychowanków jest to pierwszy Ośrodek. „Generalnie, nieletni kierowani są do ośrodków wychowawczych wskutek przede wszystkim nierealizowania obowiązku szkolnego, stosowania agresji i przemocy wobec rówieśników i najbliższego otoczenia, wykazywania przejawów demoralizacji typu picie alkoholu, odurzanie się i prostytutcja, jak również popełniania czynów zabronionych (karalnych) w postaci rozbojów, wandalizmu, kradzieży i pobic” [Dobijański, 2017, 117].

Tabela 15. Główna przyczyna umieszczania nieletnich w MOW
[Kędzierski, Kulesza, 2008, s. 4].

Główna przyczyna zastosowania środka wychowawczego w postaci umieszczenia w MOW	Liczba wychowanków	Procent
Nierealizowanie obowiązku szkolnego (wagary, ucieczki)	662	30,58
Stosowanie agresji i przemocy wobec rówieśników i najbliższego otoczenia	355	16,40
Przejawy demoralizacji typu: picie alkoholu, odurzanie się, prostytucja	391	18,06
Popęlanie czynów zabronionych (karalnych) np.: rozboje, wandalizm, kradzieże, pobicia	725	33,49
Inne	32	1,48
Razem	2165	100,00

Z badań diagnostycznych przeprowadzonych przeze mnie wspólnie z Ośrodkiem Rozwoju Edukacji w Warszawie w Młodzieżowych Ośrodkach Wychowawczych² na terenie Polski wynika, iż wychowankowie przebywający w ośrodkach w roku szkolnym 2015/2016 skierowani zostali do nich w skutek:

- naruszania zasad współżycia społecznego – 54,55% respondentów stwierdziło, że wszyscy wychowankowie przebywający w MOW wcześniej naruszali m.in. zasady współżycia społecznego;
- stosowania środków psychoaktywnych alkoholizmu, nikotynizmu, toksykomanii – 52,27% pytanym uważa, że większość wychowanków trafiła do placówek w skutek m.in. stosowania środków zmieniających świadomość;
- autoagresji, prób samobójczych, samookaleceń – 65,91% ankietowanych uznało, że stosowanie zachowań o charakterze autoagresji było jedną z przyczyn umieszczenia w ośrodku pojedynczych wychowanków;
- agresji i przemocy – 58,14% objętych badaniami ankietowymi stwierdziło, że jedną z przyczyn skierowania większości wychowanków do placówki były zachowania agresywne i przemocowe;
- popełniania czynów zabronionych i karalnych – 46,51% uczestników badań diagnostycznych podkreśliło, że większość wychowanków w

² Badania prowadzone były w 2016 r. na reprezentatywnej w liczbie 46 grupie (na 95 istniejących) Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych publicznych i niepublicznych funkcjonujących na terenie całego kraju. Kwestionariusz ankiety kierowany był do dyrektorów placówek lub osób upoważnionych przez nich do udzielenia odpowiedzi na pytania ankietowe.

- ośrodkach wychowawczych popełniła wcześniej m.in. czyny zabronione i karalne;
- ucieczek z domu, włóczęgostwa – 44,19% respondentów jest zdania, że ucieczki z domów i włóczęgostwo stało się jedną z przyczyn umieszczenia w ośrodku pojedynczych wychowanków;
 - nierealizowania obowiązku szkolnego lub nauki – 56,82% ankietowanych stwierdziło, że ich wszyscy wychowankowie przed umieszczeniem w MOW nie realizowali obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki;
 - udziału w negatywnych grupach rówieśniczych, subkulturach, sektach, grupach przestępczych – 65,91% pytanym uważa, że dla pojedynczych wychowanków udział w grupach nieakceptowanych społecznie był przyczyną zastosowania środka wychowawczego w postaci umieszczenia w MOW;
 - zachowań wykraczających poza normy moralno-obyczajowe danego społeczeństwa w sferze stosunków seksualnych – 59,09% uczestników badań diagnostycznych jest zdania, że zachowania niemoralne seksualnie pojedynczych wychowanków skutkowało umieszczeniem w placówce [Dobijański, 2017, s. 118-119].

Wcześniejsze doświadczenia mają wpływ na samoocenę wychowanków, ich postawy i zachowania, które szczególnie widoczne są i demonstrowane po przybyciu przez nich do placówki. Chłopcy, dla których MOW jest pierwszą placówką wychowawczą, są z reguły bardzo wycofani. Widoczny jest u nich lęk, czasami bardzo silny i ukierunkowany na obronę własnej osoby. Wychowankowie demonstrują skrajne postawy i zachowania, od agresji werbalnej kierowanej do personelu i innych wychowanków w placówce, po reakcje nacechowane płaczem, poczuciem skrzywdzenia, rozżalenia decyzją sądu rodzinnego o skierowaniu do instytucji wychowawczej i rozdzieleniu z rodziną. Chłopcy, dla których jest to kolejny Ośrodek, najczęściej od samego wejścia na teren placówki demonstrują postawy i zachowania o charakterze antagonistycznym, nakierowanym na konfrontację, których głównym celem jest budowa swojej pozycji socjometrycznej w grupie rówieśników.

Niezależnie od demonstrowanych postaw i zachowań, u każdego z wychowanków MOW w Jaworku obserwujemy sposób zachowania, który świadczy o ich stosunkowo niskim poziomie własnej samooceny, szczególnie w kontekście wiedzy i umiejętności nabywanych w trakcie edukacji, niski poziom motywacji związanej z rozwojem własnych kompetencji, występowanie problemów z formułowaniem wizji własnej przyszłości i życiowych ce-

łów, które zamierzają oni osiągnąć. Często wychowankowie Ośrodka (szczególnie w trakcie rozmów indywidualnych z psychologiem, pedagogiem czy terapeutami, ale także w trakcie sesji socjoterapeutycznych) przyznają, że ich sposób myślenia o sobie cechuje ostracyzm, krytycyzm i negatywizm. Można zaobserwować zachowania i usłyszeć słowa świadczące o poczuciu zwątpienia we własne możliwości i przeświadczenie, że ich przyszłość (wychowanków) rysuje się raczej w czarnych barwach i to, że większość z nich skazana jest raczej na zajmowanie w społeczeństwie niezbyt wysokich pozycji. W rozmowach między sobą chłopcy również używają zwrotów, z których wynika, iż dla części z nich przyszłością wskazywaną przez nich samych poszczególnym kolegom jest zakład karny lub w najlepszym przypadku ośrodek pomocy społecznej, który ma być ich źródłem utrzymania i egzystencji.

Praca resocjalizacyjna w Ośrodku dotyczy różnych sfer funkcjonowania i rozwoju wychowanków indywidualnie oraz każdego z nich, jako członka grupy społecznej placówki. Generalnie koncentrujemy się na trzech obszarach – edukacyjnym, osobowościowym i społecznym. „Obszar edukacyjny określa stosunek wychowanków do obowiązków szkolnych w kontekście ich relacji do zadań wynikających z pełnionej przez siebie roli ucznia. Drugi obszar osobowościowy, opisany jako dbałość o własne zdrowie, dotyczy relacji wychowanków do własnego ciała (zdrowia) i osoby. Obszar trzeci określony jako prawidłowość życia społecznego opisuje mechanizmy decydujące o prawidłowości funkcjonowania każdego wychowanka w grupie społecznej – zarówno grupie rówieśniczej jak i całej społeczności placówki” [Dobijański, 2017, s. 176-177]. Wyniki osiągnięte przez wychowanków pozwalają na określenie ich tendencji rozwojowych w każdym z obszarów, które opisane zostają w Karcie Indywidualnych Postępów Resocjalizacyjnych, stanowiącą formalną podstawę do dalszego planowania i kształtowania procesu rozwoju podopiecznych [patrz więcej: Dobijański, 2017].

Jednym z bardziej istotnych działań mających zmienić sposób myślenia o sobie wychowanków jest działalność edukacyjna. Celem nauczycieli jest nie tylko pomoc chłopcom w nadrobieniu zaległości szkolnych sięgających często nawet kilku lat, ale także umożliwienie im osiągnięcia w szkole sukcesów na miarę ich możliwości i potencjału. Działania te mają na celu nie tylko zmianę myślenia o sobie (do tej pory szkoła była raczej źródłem porażek i frustracji), ale także rozwój zainteresowań i pasji. Temu służą realizowane zajęcia rewalidacyjne, a także możliwość uczestnictwa chłopców w zajęciach prowadzonych w ramach kół zainteresowań i projektów edukacyjnych.

Efektom tych działań winien być rozwój:

- (...) umiejętności związanych z wykonywaniem prostych prac remontowych i naprawczych posługiwania się narzędziami i maszynami do obróbki drewna, metalu, tworzyw sztucznych ... – koło majsterkowicza „złotej rączki”;
- umiejętności związanych z przygotowywaniem posiłków, ze zwróceniem uwagi na prawidłowości rządzące żywieniem i bezpieczeństwa związanego z obsługą urządzeń znajdujących się w kuchni, posługiwania się narzędziami kuchennymi – koło kulinarne;
- umiejętności dbania o estetykę otoczenia, posługiwania się narzędziami i sprzętem ogrodniczym, a także upraw roślin ozdobnych, warzyw i owoców (...) – koło ogrodnicze;
- wrażliwości estetycznej, posługiwania się różnymi technikami plastycznymi, wyrażania własnej ekspresji i emocji przez sztukę (...) – koło plastyczne;
- wrażliwości społecznej, kształtowanie postaw prospołecznych, empatii i dostrzegania potrzeb drugiego człowieka, uczestniczenie w akcjach zbiorowych (...) – koło wolontariatu;
- umiejętności wyrażania i rozumienia emocji własnych i drugiego człowieka, kształtowanie wrażliwości, przełamywania własnej nieśmiałości, lęków związanych z wystąpieniami publicznymi, budowania własnej wartości, a także rozwój i wzbogacanie słownictwa – koło teatralno-muzyczne;
- sprawności fizycznej, umiejętności rywalizacji w poszanowaniu zasad fair play, wytrwałości, współpracy (...), wytrwałości w dążeniu do celu, wygrywania z własnymi słabościami, kształtowanie hartu ducha – koło sportowe;
- umiejętności dostrzegania piękna otoczenia, obcowania z naturą, dbałości o zasoby środowiska naturalnego, a także świadomości wartości płynących z aktywnego wypoczynku na łonie przyrody, podejmowania działań w kierunku ochrony przyrody, rozwój świadomości ekologicznej i własnej odpowiedzialności za środowisko naturalne – koło turystyczne;
- świadomości historycznej własnego narodu, kształtowanie postaw patriotycznych, przykładania znaczenia dla miejsc pamięci narodowej na poziomie narodu i lokalnych społeczności – koło historyczne [Dobijański, 2017, s. 200-201].

Wychowankowie uczestniczą w zajęciach indywidualnych z psychologiem, doradcą zawodowym, logopedą, a także w zajęciach grupowych o charakterze edukacyjnym i terapeutycznym prowadzonych przez socjoterapeutów i profilaktyków. Udział w tych zajęciach ma na celu rozwój osobowości wychowanków, ich asertywności i umiejętności komunikacji interpersonalnej, kształtowanie systemów wartości, rozumienia mechanizmów rządzących w społeczeństwie, a także określenia w nim swojego miejsca, pełnionych ról i wypełnianych zadań. Ważnym elementem rozwoju wychowanków jest ich udział w samorządności, którego celem jest nie tylko kształtowanie umiejętności podejmowania decyzji, ale także ponoszenia odpowiedzialności za nie, jak również odpowiedzialności za postępowanie innych wychowanków. To właśnie z funduszu środków gromadzonych przez samorząd wychowanków placówki ponoszone są koszty napraw czy też odtwarzania substancji materialnej placówki zniszczonej celowo lub w afekcie przez chłopców w placówce.

Obok działań nakierowanych na organizację życia wewnątrz placówki, w MOW w Jaworku podejmowane są także czynności ukierunkowane na współpracę z jej środowiskiem społecznym. Celem tych działań jest rozwój wychowanków, ale także zmienianie stereotypów i sposobów myślenia społeczności lokalnej o podopiecznych Ośrodka. Działania te mają różny charakter i wymiar. Bardzo istotnym elementem procesu wychowawczego jest udział wychowanków w działalności koła wolontariatu. Motywacja udziału wychowanków w kole jest różna. Często wiąże się ona z możliwością przebywania poza Ośrodkiem, ale także – szczególnie po jakimś czasie - motywacja przybiera postać o charakterze altruistycznym i empatycznym, a więzi łączące wychowanków z osobami niepełnosprawnymi są zauważalne, wolne od niechęci czy jakichkolwiek oznak dyskryminacji (dotyczy to wychowanków jak i podmiotów wsparcia wolontarystycznego) [Trojanowska, 2014, s. 4].

Inną formą przełamывania stereotypów jest organizacja imprez i uroczystości z udziałem mieszkańców Jaworka, a także gminy i powiatu. Z roku na rok udział osób z zewnątrz placówki w przedsięwzięciach organizowanych przez społeczność Ośrodka jest coraz większy. Z satysfakcją obserwujemy jak z obiektów sportowych i rekreacyjnych korzystają dzieci i młodzież spoza MOW-u. Cieszy nas także fakt, że udaje nam się zachęcić osoby z zewnątrz do powierzania naszym wychowankom możliwości dokonywania przez nich drobnych prac – wokół domów mieszkalnych, w ogrodach. Są to na razie sytuacje sporadyczne, ale mamy nadzieję, że działania te będą osiągały większą skalę.

Wychowankowie Ośrodka z okazji świąt kościelnych wszystkim mieszkańcom Jaworka osobiście wręczają życzenia świąteczne, w miarę możliwości obdarowując ich również drobnymi upominkami przygotowanymi przez siebie. Inicjatywa ta spotyka się z bardzo dobrym przyjęciem, a zadowolenie z faktu obdarowywania jest emocją obopólną.

Ważnym działaniem łamiącym stereotypy są działania na rzecz dzieci, szczególnie tych najmłodszych w wieku przedszkolnym. Chłopcy kilka razy do roku organizują akcję czytania dzieciom. W przedszkolach na terenie powiatu członkowie samorządu wychowanków odwiedzają dzieci w trakcie ich pobytu w przedszkolach i czytają im bajki. Z okazji dnia pluszowego misia przebierają się i razem z maluchami bawią się organizując dla nich inscenizację i różnego rodzaju gry.

Również kilka razy do roku chłopcy w okolicznych supermarketach gromadzą artykuły spożywcze dla banku żywności. Odpowiednio oznakowani przez cały dzień zbierają produkty przekazywane później do instytucji, w których ta żywność przeznaczana jest dla wsparcia osób potrzebujących. Wychowankowie nie wykazują żadnego oporu, a w akcjach tych udział biorą bardzo chętnie i efektywnie.

Praca z osobami niedostosowanymi społecznie jest niezmiernie trudnym i złożonym procesem. Wymaga zorganizowanych i skoordynowanych działań edukacyjnych, socjalizacyjnych, a także podejmowania czynności o charakterze wsparcia emocjonalnego i psychologicznego. W sposób szczególny musi odpowiadać indywidualnym potrzebom i oczekiwaniom wychowanków, którzy z różnych przyczyn w relacji do pracowników MOW-u (szczególnie w pierwszym etapie tego procesu) odczuwają niechęć, lęk, brak zaufania, które w różny sposób uzewnętrzniają przybierając właściwe im postawy i demonstracje. Przełamanie tych oporów i barier w dużej mierze stanowi o powodzeniu procesu resocjalizacyjnego.

Wychowankowie muszą posiadać informację pozwalającą im budować własne samooceny i przeświadczenia dotyczące swoich kompetencji. Informacje otrzymywane przez wychowanka winny być adekwatne do jego starań, możliwości i osiągniętych wyników. W miarę możliwości muszą być one prawdziwe, obiektywne, formułowane nie na wyrost. Każda uwaga kierowana do wychowanka musi uwzględniać jego potrzebę akceptacji i działać na niego motywująco. Informacje te wychowanek musi otrzymywać nie tylko od osób bezpośrednio z nim pracujących w placówce. Konieczne jest także zdobywanie pozytywnych doświadczeń przez wychowanków poza placówką, w środowisku, w którym przyjdzie im kiedyś żyć, pracować i realizować swoje pasje i zainteresowania. Odpowiedzialnie prowadzony proces

resocjalizacji musi więc uwzględniać także uczestnictwo podopiecznych w pozainstytucjonalnym środowisku społecznym, które winno być gotowe na spotkanie i współpracę z nieletnimi niedostosowanymi społecznie. Środowisko to trzeba do takiego spotkania przygotować, a rolą pracowników instytucji resocjalizacyjnych jest także rozwijanie otwartości i wyposażanie członków tego społeczeństwa w doświadczenia, wskutek których przestaną w myśleniu o wychowankach placówki kierować się stereotypami.

Bibliografia

- Błachut J., Gaberle A., Krajewski A., 2004, *Kryminologia*, Arche, Gdańsk.
- Czykwin E., 2008, *Stygmat społeczny*, PWN, Warszawa.
- Dobijański M., 2017, *Teoretyczne i praktyczne aspekty pedagogiki resocjalizacyjnej w pracy z nieletnimi w Młodzieżowych Ośrodkach Wychowawczych*, Marlab IT, Siedlce.
- Goffman E., 2005, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Hauza T., 2010: *Spółeczeństwo wobec „Innego” – stygmat i dyskryminacja a kwestia HIV/AIDS*, (w:) „Scripta Comeniana Lesnensia”, nr 8/2010
- Kędziński P., Kulesza J., 2008: *Analiza przyczyn umieszczania dzieci i młodzieży w placówkach resocjalizacyjnych i socjoterapeutycznych oraz opinia dyrektorów MOW i MOS nt: W jakich strukturach powinny funkcjonować ośrodki*, CMPPP, Warszawa.
- Konopczyński M., 2013, *Kryzys resocjalizacji czy(li) sukces działań pozornych: refleksje wokół polskiej rzeczywistości resocjalizacyjnej*, Pedagogium, Warszawa.
- Kudlińska I., 2011, *Stygmatyzacja społeczna jako perspektywa teoretyczno-badawcza (na przykładzie badań nad stygmatyzacją ludzi biednych)*, (w:) „Acta Universitatis Lodzensis”, nr 38/2011.
- Marshall G., 2014, *Słownik socjologii i nauk społecznych*, PWN, Warszawa
- Trojanowska E., *Wolontariat jako metoda uspołeczniania uczniów niedostosowanych społecznie*, <http://docplayer.pl/18751906-Elzbieta-trojanowskawolontariat-jako-metoda-uspoieczniania-uczniow-niedostosowanychspolecznie.html>
- Zimbardo Ph., 1999, *Psychologia i życie*, PWN, Warszawa.

Oksana Anisimova

Smoleński Uniwersytet Państwowy, Rosja

Социально-психологическая адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья Social and psychological adaptation of children with disabilities

Аннотация. Статья посвящена исследованию социально-психологической адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья. Обсуждаются результаты не только состояние адаптации и дезадаптации в условиях учебного заведения, но и особенности представления о себе, о способах реагирования в критических ситуациях, побуждающих студентов к переоценке себя и своих возможностей. Проанализирована специфика социально-психологической адаптации и ресурсов личности учащихся колледжа в зависимости от курса обучения – с первого до четвертого.

Ключевые слова: инклюзивное образование, инклюзивное обучение, социально-психологическая адаптация/дезадаптация личностные особенности учащихся с ОВЗ

Abstract. The article is devoted to the study of socio-psychological adaptation of children with disabilities. Results are discussed not only the state of adaptation and disadaptation in the conditions of educational institutions, but also the characteristics of beliefs about themselves, about ways of reacting in critical situations, encouraging students to reassess themselves and their possibilities. Analyzed the specificity of socio-psychological adaptation and resources of the individual College students depending on the course – from the first to the fourth.

Keywords: inclusive education, inclusive education, socio-psychological adaptation/ disadaptation of the personality characteristics of students with disabilities

Термин «инклюзивное обучение», принят в международной практике. И во всех странах в данный термин вкладывается смысл того, что для каждого ребенка создается, уникальная, необходимая только ему образовательная среда. Любой ребенок независимо от вида, тяжести и характера нарушения развития обучается, получая образование, извлекает пользу из совместного обучения со здоровыми сверстниками.

Инклюзивное образование, несмотря, на многогранность понимания, отличается общими принципами, в основе которых лежит осознания того, что любой человек уникален, не зависимо от того, есть у

него способности или нет, что каждый человек способен чувствовать и думать, и общаться со сверстниками.

Таким образом, инклюзивное образование находится на пути стремления к развитию методологии, направленной на детей и признающей, что все дети - индивидуальности с различными потребностями в обучении. Инклюзивное образование находится в поиске разработки подхода к преподаванию и обучению, который будет более гибким для удовлетворения различных потребностей в обучении. Если преподавание и обучение станут эффективнее в результате изменений, которые внедряет инклюзивное образование, тогда позитивная тенденция этого успеха отразится и окажет влияние на всех детей (не только на детей с особыми потребностями).

Инклюзивное образование - это специально организованный процесс обучения, при котором все дети, независимо от их физических, психических, интеллектуальных, социальных, культурно-этнических, языковых и иных особенностей, включены в общую систему образования и обучаются вместе со своими сверстниками без инвалидности в одних и тех же общеобразовательных учреждениях, где педагоги учитывают их особые образовательные потребности и оказывают своим ученикам необходимую специальную поддержку. Родители так же принимают активное участие в организации обучения и развития своего ребенка в процессе проведения занятий.

Инклюзивное образование предъявляет повышенные требования ко всем, кто вовлечен в этот процесс. Оно ставит перед учеными и специалистами-практиками множество вопросов. В частности, об адаптации участников инклюзивного образования к условиям обучения, к самому учебному процессу и друг к другу. Это касается как условно здоровых учащихся (УЗ), так и имеющих специальные образовательные потребности и ограничения по здоровью (ОВЗ).

Так, Д.А. Леонтьев считает, что вместо того чтобы делать акцент на имеющихся нарушениях развития у детей, что само по себе мало влияет на предотвращение различных расстройств и не способствует улучшению здоровья, специалистам следует заниматься сильными сторонами личности, которые включают в себя способность человека быть активным субъектом собственной жизни, и способствовать развитию этих позитивных качеств, являющихся инструментами поддержания здоровья и обеспечении благополучия человека. Специалисты подчеркивают, что в современной позитивной психологии каждый человек рассматривается как субъект выбора и принятия

решений, способный достичь мастерства и стать эффективным, если ему предоставить возможности и поддержку, необходимые для развития и проявления его способностей.

Важно чтобы медицинско-реабилитационная, психолого-педагогическая, социальная и позитивная модели могут и должны стать взаимодополняющими в понимании ключевых вопросов, касающихся теории и практики работы с людьми, имеющими ограничения по здоровью. Именно на стыке этих подходов возможно возникновение комплексной программы мониторинга и психолого-педагогического сопровождения учащихся с ОВЗ.

В контексте заявленной тематики представим отдельные элементы исследовательской и практической работа преподавателя специальных дисциплин Е.В. Бодрецовоy и психолога О.А. Анисимовой в областном государственном бюджетном профессиональном образовательном учреждении «Смоленский педагогический колледж».

В исследовании по изучению социально-психологической адаптации, приняли участие 31 студент - 1 курс - 12 человек, 3 курс – 11 человек, 4 курс – 8 человек - с ОВЗ.

Результативность процесса адаптации и создание благоприятной учебной атмосферы является основной задачей всего образовательного процесса учебного заведения, в ходе которого реализуются педагогические условия, способствующие выявлению и коррекции исходных негативных тенденций профессионального становления.

Для проведения исследования был использован опросник социально-психологической адаптированности К. Роджерса - Р.Даймонда, адаптированный А.К. Осницким, методика для оценки уровня развития адаптационных способностей личности в модификации А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина и методика исследование личности с помощью модифицированной формы *B* опросника FPI».

Данные методики позволяют определить не только состояние адаптации и дезадаптации в условиях учебного заведения, но и особенности представления о себе, о способах реагирования в критических ситуациях, побуждающих студентов к переоценке себя и своих возможностей. На основе использования тест-опросника социально-психологической адаптированности были получены результаты, которые затем подверглись количественно-качественному анализу (см. таблицу 1).

Таблица 1.

Показатели	Курс			
	1 курс	3 курс	4 курс	
Адаптивность	130	135	146	
Деадаптивность	79	80	65	
Лживость	32	30	32	
Принятие себя	42	45	49	
Не принятия себя	9	9	9	
Принятие других	23	23	25	
Не принятие других	16	15	14	
Эмоциональный комфорт	22	22	27	
Эмоциональный дискомфорт	19	19	15	
Внутренний контроль	52	52	56	
Внешний контроль	23	22	18	

Полученные результаты показывают, что среднее значение социально-психологической адаптации имеет тенденцию к увеличению со 130 баллов, на первом году обучения, затем до 135 баллов на третьем году обучения и самого высокого показателя среднее значение социально-психологической адаптации достигает на четвертом году обучения 146 баллов.

Полученные данные средних показателей деадаптивности свидетельствуют о том, что средние значения имеют тенденцию снижения с 79 баллов на первом году обучения, затем происходит небольшой подъем на третьем году обучения до 80 баллов и затем происходит снижение до 65 баллов на четвертом году обучения, что является хорошим показателем для всей выборки испытуемых. Таким образом, рассмотренные результаты позволяют сделать вывод о том, что имеется положительная динамика развития социально-психологической адаптации. Полученные эмпирические данные подтверждают результаты, полученные другими исследователями (Н.А. Аминов, Р.Р. Бибрих, В.И. Натаров, Т.М. Щеглова и др.). Приведенные данные являются средними показателями по выборке студентов трех исследуемых групп, что наглядно демонстрирует рис. 1.

Полученные результаты позволили разделить всех испытуемых по уровню развития социально-психологической адаптации на три группы.

Группа с высоким уровнем социально-психологической адаптации составляет 65,3 % от общей выборки. Группа со средним уровнем социально-психологической адаптации составляет 28,4% от

общей выборки и группа с низким уровнем социально-психологической адаптации – 8,3% (см. таблицу 2).

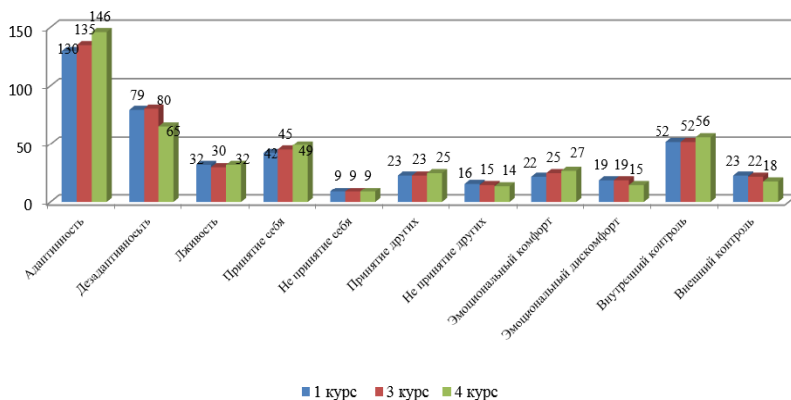


Рис. 1. Графическое отображение числовых значений адаптации

Таблица 2. Распределение студентов в зависимости от уровня социально-психологической адаптации (в %)

Курс обучения	Уровень СПА		
	Низкий	Средний	Высокий
1 курс	9	39	52
3 курс	9	35	56
5 курс	6	16	76
Среднее значение	8,3	28,4	65,3

Анализируя динамику по курсам следует отметить, что на протяжении всех лет обучения в колледже группа высокоадаптированных студентов последовательно увеличивалась с 52% до 76%. Группа со средним уровнем адаптации последовательно уменьшается с 39% до 16%. Группа с низким уровнем адаптации имеет тенденцию последовательно уменьшаться с 9% до 6%.

На первом году обучения в группу с высоким уровнем развития социально-психологической адаптированности были отнесены все студенты, набравшие 136 и более баллов по шкале адаптированность-деадаптированность, что составило 52% от общей выборки студентов первого курса.

В группу со средним уровнем развития социально-психологической адаптации были отнесены 39% студентов, набравших по шкале адаптивность-дезадаптивность 68-136 баллов. В группу с низким уровнем социально-психологической адаптации были отнесены 79% от общей выборки студентов, набравших по шкале адаптивности-дезадаптивности менее 68 баллов.

Приведенные данные по выборке студентов первого курса наглядно демонстрирует рис. 2.

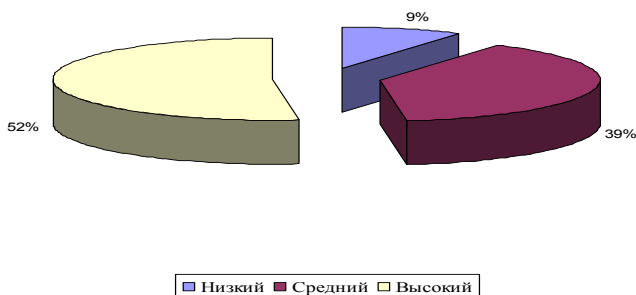


Рис. 2. Адаптации студентов первого курса

На третьем году обучения студенты по уровню социально-психологической адаптации распределены следующим образом: в группу с высоким уровнем социально-психологической адаптации попали 56% испытуемых. В группу со средним уровнем социально-психологической адаптации были отнесены 35% испытуемых. В группу с низким уровнем социально-психологической адаптации были отнесены 9% испытуемых от общей выборки студентов. Приведенные данные по выборке студентов третьего курса наглядно демонстрирует рис. 3.

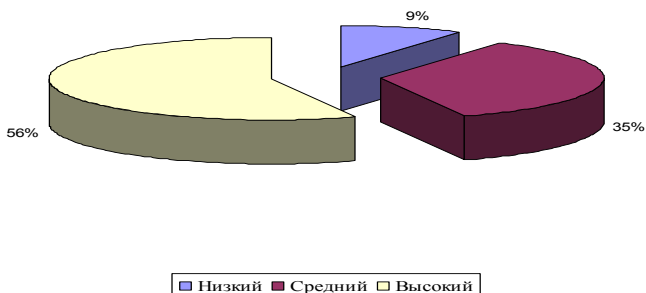


Рис. 3. Адаптации студентов третьего курса

На четвертом году обучения студенты распределились следующим образом: в группу с высоким уровнем социально-психологической адаптации были отнесены 76% студентов, в группу со средним уровнем социально-психологической адаптации были отнесены 16% студентов. В группу с низким уровнем социально-психологической адаптации было отнесено 8% испытуемых от всей выборки студентов четвертого курса. Приведенные данные по выборке студентов третьего курса наглядно демонстрирует рис. 4.

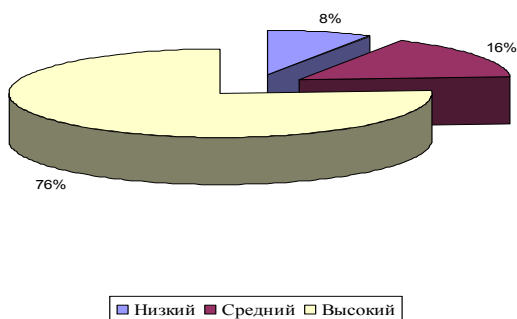


Рис. 4. Адаптации студентов четвертого курса

Из предложенного описания видно, что количество высокоадаптированных студентов имеет тенденцию к увеличению с 52% до на первом курсе до 76% на четвертом году обучения. Также необходимо отметить такой положительный факт, как снижение процента испытуемых, имеющих низкий уровень социально-психологической адаптации.

Студенты, отнесенные в группу высокоадаптированных, характеризуются тем, что с легкостью принимают новые социальные условия своей жизнедеятельности. Это может быть связано с личными особенностями, такими, как самопринятие, принятие других, стремление к доминированию, к активности, с успешным выбором профессии, с широким кругом общения, управление эмоциональными состояниями.

Студенты, отнесенные в группу со средним уровнем развития социально-психологической адаптации, не всегда легко принимают новые для себя социальные условия жизнедеятельности, а также не всегда быстро вступают в контакт с новыми для себя людьми.

Студенты, отнесенные в группу низкоадаптированных, характеризуются тем, что испытывают большие трудности с принятием

норм новой социальной среды, неопределенностью в выборе профессии, с низким уровнем принятия себя, своих возможностей, не сформированностью управления своим эмоциональным состоянием, а также не принятием других, что затрудняет возможность устанавливать контакты с новыми людьми.

Далее обратимся к рассмотрению показателей оценки уровня развития адаптационных способностей личности в модификации А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина. Сводные результаты отображены в табл. 3.

Таблица 3. Сводная таблица показателей оценки уровня развития адаптационных способностей личности (ср. знач.)

Курс обучения	Уровень адаптации	Поведенческая регуляция и нервно-психическая устойчивость	Коммуникативный потенциал	Морально-нравственная нормативность	Личностный потенциал адаптации
1 курс		8	9	8	82
3 курс		4	5	6	51
4курс		2	3	4	20

Результаты показали, что:

- низкие значения поведенческой регуляции, соответствует 2 баллам характерны для студентов 4 курса, и средние значение поведенческой регуляции 4 балла для студентов третьего курса, т.е. студенты имеют высокий уровень нервно-психической устойчивости и поведенческой регуляции, обладают высокой адекватной самооценкой, и адекватным восприятием действительности. Низкий уровень поведенческой регуляции, определенная склонность к нервно-психическим срывам, низкой самооценки и адекватного восприятия действительности имеют студенты первого курса.
- высокие значения коммуникативного потенциала, что соответствует 3 баллам, имеют студенты 4 курса и средние значения коммуникативного потенциала, что соответствует 5 баллам, имеют студенты третьего курса, т.е. студенты обладают высоким уровнем коммуникативных способностей, легкостью установления контактов с окружающими, не конфликтность. У студентов первого курса обнаружен низкий уровень коммуникативного потенциала (9 баллов), что может свидетельствовать о том, что у них низкий уровень коммуникативных способностей, затруднение в построении контактов с окружающими, повышение агрессивности и повышенная конфликтность.

- высокие значения морально-нравственной нормативности, что соответствует 4 баллам, имеют студенты 4 курса и средние значения коммуникативного потенциала, что соответствует 6 баллам, имеют студенты третьего курса, т.е. студенты обладают высоким уровнем социализации, адекватного оценивания своей роли в коллективе, ориентации на соблюдение общественных норм поведения. У студентов первого курса обнаружен низкий уровень морально-нравственной нормативности (8 баллов), что может указывать на низкий уровень социализации, не стремлению соблюдать общепринятые нормы поведения, и не адекватно оценивать свое место и роль в коллективе.

Далее показатели по шкалам «поведенческая регуляция», «коммуникативный потенциал», «моральная нормативность» суммируются, что соответствует значению шкалы «личностный потенциал адаптации». У студентов четвертого (20 баллов) и третьего (51 балл) курсов данный показатель соответствует высоким значениям личностного потенциала адаптации, по сравнению со студентами первого курса (82 балла). Таким образом, рассмотренные результаты позволяют сделать вывод о том, что имеется положительная динамика развития личностного потенциала развития у студентов.

Далее рассмотрим показатели личности с помощью модифицированной формы *B* опросника FPI в модификации А.А. Крылова. Сводные результаты отображены в табл. 4.

Таблица 4. Результаты исследования личности по всей выборке (сред. зн.)

Показатели	Курс		
	1 курс	3курс	4 курс
Невротичность	8	7	6
Спонтанная агрессивность	5	5	5
Депрессивность	8	7	5
Раздражительность	8	5	4
Общительность	3	7	9
Уравновешенность	5	4	5
Реактивная агрессивность	3	4	3
Застенчивость	5	5	4
Открытость	9	10	9
Эмоциональная лабильность	7	7	6
Маскулинность-феминность	6	6	7

Анализ эмпирических показателей табл. 4 выявил, что:

- показатели по шкалам «спонтанная агрессивность», «уравновешенность», «реактивная агрессивность», «застенчивость»,

«эмоциональная лабильность», «маскулинность-феминность» у студентов всех исследуемых групп находится в пределах нормы.

- у студентов четвертого (8 баллов) и третьего (7 баллов) и первого (6 баллов) курсов данный показатель по шкале «невротичность» соответствует высоким значениям, что может указывать на высокую тревожность, возбудимость в сочетании с быстрой истощаемостью, повышенной чувствительностью. Анализируя показатели по шкале по курсам, следует отметить отрицательную динамику показателей по шкале «невротичность», которые имеют тенденцию последовательного уменьшения с 8 до 6 баллов.

- показатель по шкале «депрессивность», у студентов четвертого (5 баллов) и третьего (7 баллов) курсов находится в пределах нормы. Данные показатели отражают естественную жизнерадостность, непринужденность в межличностных отношениях, успешностью в выполнении различных видов деятельности, требующих активности. У студентов первого курса (8 баллов) данный показатель соответствует высоким значениям, что может указывать на сниженный фон настроения, погруженность в собственные переживания, скованность в общении.

- показатель по шкале «раздражительность», у студентов четвертого (4 балла) и третьего (5 баллов) курсов находится в пределах нормы. Данные показатели указывают на развитость таких черт, как ответственность, добросовестность, стойкость моральных принципов. В своем поведении студенты руководствуются чувством долга, соблюдают этические стандарты, стремятся к выполнению социальных требований. У студентов первого курса (8 баллов) данный показатель соответствует высоким значениям, что может свидетельствовать о плохой саморегуляции психических состояний, неспособность к работе, требующей напряжения, высокого уровня контроля за действиями, волевых усилий, концентрации, сообразительности. Легко теряются, впадают в отчаяние.

- показатель по шкале «общительность», у студентов четвертого (9 баллов) и третьего (7 баллов) курсов соответствует высоким значениям, Для таких студентов характерны богатство и яркость эмоциональных проявлений, естественность и непринужденность поведения, готовность к сотрудничеству, внимательное отношение к людям. У студентов первого курса (3 балла) данный показатель соответствует низким значениям, что может указывать на развитость формальных межличностных отношений.

Далее в исследовании основываемся на положении Л.С. Выготского о том, что в процессе развития происходят качественные изменения не столько отдельных высших психических функций (социально-психологической адаптации), сколько в их межфункциональных связях и отношениях. Конкретной формой выражения таких связей детерминирующих психические процессы являются корреляционные связи между отдельными компонентами в структуре личности.

Метод корреляций показывает, каким образом одно явление влияет на другое или связано с ним в своей динамике. Линейный корреляционный анализ позволяет устанавливать прямые связи между переменными величинами по их абсолютным значениям. Коэффициенты линейной корреляции определили по формуле Пирсона по компьютерной программе STATISTIKA 6.0 методами математической статистики.

В структуре взаимосвязей компонентов социально-психологической адаптации и личностных особенностей выделили статистически значимые связи ($p < 0,05$) студентов по каждому курсу обучения. После корреляционного анализа получили следующие результаты (табл. 5, 6, 7).

Таблица 5. Результаты корреляционного анализа 1 курс (0,05)

	Адаптивность	Д/адаптивность	Принятие себя	Н/принятия себя	Принятие других	Н/принятие других	Эмоциональный комфорт	Эмоциональный дискомфорт	Внутренний контроль	Внешний контроль
Невротичность	-0,42	0,39	-0,41	0,41	-0,39	0,43	-0,39	0,41	-0,38	-0,38
Депрессивность	-0,43	0,41	-0,44	0,43	-0,40	0,42	-0,41	0,44	-0,39	-0,42
Раздражительность	-0,44	0,38	-0,40	0,42	-0,38	0,41	-0,39	0,43	-0,42	-0,41
Уравновешенность	0,46	-0,42	0,45	-0,43	0,42	-0,45	0,44	-0,44	0,39	0,42
Открытость	0,46	-0,42	0,45	-0,43	0,42	-0,45	0,44	-0,44	0,39	0,42
Эмоциональная лабильность	-0,41	0,41	-0,39	0,40	-0,38	0,42	-0,39	0,44	-0,41	-0,42

Таблица 6. Результаты корреляционного анализа 3 курс ($p < 0,05$)

	Адаптивность	Д/адаптивность	Принятие себя	Н/принятия себя	Принятие других	Н/принятие других	Эмоциональный комфорт	Эмоциональный дискомфорт	Внутренний контроль	Внешний контроль
Невротичность	-0,39	0,43	-0,42	0,46	-0,41	0,44	-0,45	0,40	-0,39	-0,41
Депрессивность	-0,40	0,40	-0,42	0,39	-0,42	0,40	-0,41	0,42	-0,38	-0,40
Раздражительность	-0,39	0,39	-0,40	0,41	-0,39	0,42	-0,40	0,42	-0,41	-0,40
Уравновешенность	0,44	-0,44	0,43	-0,42	0,42	-0,43	0,41	-0,39	0,39	0,41
Открытость	0,40	-0,38	0,40	-0,40	0,44	-0,42	0,41	-0,40	0,41	0,40
Эмоциональная лабильность	-0,43	0,42	-0,41	0,44	-0,39	0,44	-0,40	0,41	-0,42	-0,40

Таблица 7. Результаты корреляционного анализа 4 курс ($p < 0,05$)

	Адаптивность	Д/адаптивность	Принятие себя	Н/принятия себя	Принятие других	Н/принятие других	Эмоциональный комфорт	Эмоциональный дискомфорт	Внутренний контроль	Внешний контроль
Невротичность	-0,41	0,44	-0,43	0,40	-0,39	0,40	-0,41	0,41	-0,39	-0,42
Депрессивность	-0,41	0,42	-0,42	0,41	-0,42	0,44	-0,46	0,42	-0,39	-0,40
Раздражительность	-0,39	0,43	-0,45	0,40	-0,39	0,44	-0,41	0,40	-0,42	-0,41
Уравновешенность	0,45	-0,43	0,43	-0,40	0,41	-0,45	0,46	-0,39	0,41	0,42
Открытость	0,42	-0,39	0,41	-0,42	0,45	-0,43	0,44	-0,40	0,42	0,43
Эмоциональная лабильность	-0,44	0,44	-0,45	0,43	-0,42	0,41	-0,41	0,43	-0,44	-0,41

Показатели адаптивности-дезадаптивности и показатели личностных особенностей обнаружили статистически значимые связи ($p < 0,05$), а именно параметр адаптивности положительно коррелирует со следующими шкалами уравновешенность, открытость. Параметр д/адаптированность положительно коррелирует со шкалами невротичность, депрессивность раздражительность, эмоциональная лабильность. Параметр принятия себя положительно коррелирует со шкалами уравновешенность, открытость. Параметр н/принятия себя положительно коррелирует со шкалами невротичность, депрессивность раздражительность, эмоциональная лабильность. Параметр принятие других положительно коррелирует со следующими шкалами уравновешенность, открытость. Параметр н/принятие других положительно коррелирует со следующими шкалами принятие других

положительно коррелирует со следующими шкалами. Параметр эмоциональный комфорт положительно коррелирует со следующими шкалами уравновешенность, открытость. Параметр эмоциональный дискомфорт положительно коррелирует со следующими шкалами невротичность, депрессивность раздражительность, эмоциональная лабильность. Параметр внутренний контроль положительно коррелирует со следующими шкалами уравновешенность, открытость. Параметр внешний контроль положительно коррелирует со шкалами невротичность, депрессивность раздражительность, эмоциональная лабильность.

Отрицательная связь обнаружена между параметрами адаптивности и шкалами невротичность, депрессивность, раздражительность, эмоциональная лабильность. Параметр д/адаптированность отрицательно коррелирует со шкалами уравновешенность, открытость. Параметр принятия себя отрицательно коррелирует со шкалами невротичность, депрессивность, раздражительность, эмоциональная лабильность. Параметр н/принятия себя отрицательно коррелирует со шкалами уравновешенность, открытость. Параметр принятие других отрицательно коррелирует со следующими шкалами уравновешенность, открытость. Параметр н/принятие других отрицательно коррелирует со следующими шкалами уравновешенность, открытость. Параметр эмоциональный комфорт отрицательно коррелирует со следующими шкалами невротичность, депрессивность, раздражительность, эмоциональная лабильность. Параметр эмоциональный дискомфорт отрицательно коррелирует со следующими шкалами уравновешенность, открытость. Параметр внутренний контроль отрицательно коррелирует со следующими шкалами невротичность, депрессивность, раздражительность, эмоциональная лабильность. Параметр внешний контроль отрицательно коррелирует со шкалами невротичность, депрессивность, раздражительность, эмоциональная лабильность.

Полученные результаты исследования позволили сделать следующие выводы:

1. В структуре социально-психологической адаптации студентов, обучающихся в колледже, на разных курсах существуют значимые различия.
2. Полученные результаты показывают, что среднее значение социально-психологической адаптации студентов имеют тенденцию к увеличению от начала обучения в колледже, далее на третьем году

обучения, и самые высокие показатели социально-психологической адаптации достигаются на четвертом году обучения.

3. Полученные данные средних показателей дезадаптивности свидетельствуют о том, что средние значения имеют тенденцию снижения с первого года обучения, затем происходит небольшой подъем на третьем году обучения, а затем происходит снижение показателей на четвертом году обучения, что является хорошим показателем для всей выборки испытуемых.
4. На протяжении всех лет обучения в колледже группа высокоадаптированных студентов последовательно увеличивалась с 52% до 76%. Группа со средним уровнем адаптации последовательно уменьшается с 39% до 16%. Группа с низким уровнем адаптации имеет тенденцию последовательно уменьшаться с 9% до 6%.
5. Количество высокоадаптированных студентов имеет тенденцию к увеличению с 52% до на первом курсе до 76% на четвертом году обучения. Также необходимо отметить такой положительный факт, как снижение процента испытуемых, имеющих низкий уровень социально-психологической адаптации.
6. Студенты, отнесенные в группу высокоадаптированных, характеризуются тем, что с легкостью принимают новые социальные условия своей жизнедеятельности. Это может быть связано с личными особенностями, такими, как самопринятие, принятие других, стремление к доминированию, к активности, с успешным выбором профессии, с широким кругом общения, управление эмоциональными состояниями. Студенты, отнесенные в группу со средним уровнем развития социально-психологической адаптации, не всегда легко принимают новые для себя социальные условия жизнедеятельности, а также не всегда быстро вступают в контакт с новыми для себя людьми. Студенты, отнесенные в группу низкоадаптированных, характеризуются тем, что испытывают большие трудности с принятием норм новой социальной среды, неопределенностью в выборе профессии, с низким уровнем принятия себя, своих возможностей, не сформированностью управления своим эмоциональным состоянием, а также не принятием других, что затрудняет возможность устанавливать контакты с новыми людьми.
7. Студенты третьего и четвертого курсов имеют высокий уровень нервно-психической устойчивости и поведенческой регуляции, обладают высокой адекватной самооценкой, и адекватным

восприятием действительности. Низкий уровень поведенческой регуляции, определенная склонность к нервно-психическим срывам, низкой самооценки и адекватного восприятия действительности имеют студенты первого курса.

8. Студенты четвертого и третьего курса обладают высоким уровнем коммуникативных способностей, легкостью установления контактов с окружающими, не конфликтность. У студентов первого курса обнаружен низкий уровень коммуникативного потенциала.
9. Студенты четвертого и третьего курса обладают высоким уровнем социализации, адекватного оценивания своей роли в коллективе, ориентации на соблюдение общественных норм поведения. У студентов первого курса обнаружен низкий уровень морально-нравственной нормативности.
10. Студенты четвертого и третьего курса обладают высоким уровнем личностного потенциала адаптации, по сравнению со студентами первого курса.
11. Имеется положительная динамика развития социально-психологической адаптации с личностными особенностями студентов, обучающихся в колледже.

Bibliografia (cyrilicą)

Brak

Dorota Ryżanowska

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
Pracownia Psychologii Wspomagania Rozwoju Człowieka

Tożsamość narracyjna młodych osób dorosłych z niepełnosprawnością fizyczną The narrative identity of young adults with physical disability

Streszczenie: Celem badań była eksploracja sposobów konstruowania tożsamości narracyjnej przez młode osoby dorosłe z niepełnosprawnością fizyczną oraz poszukiwanie czynników społecznych i kulturowych, które mogły wywrzeć wpływ na zróżnicowanie tego rodzaju narracji. W badaniu wykorzystano Wywiad Na Temat Historii Życia Dana Mc Adamsa. Przebadanych zostało 40 młodych osób dorosłych z różnym rodzajem oraz momentem nabycia niepełnosprawności fizycznej. Wśród respondentów znalazły się zarówno osoby z niepełnosprawnością wzroku jak i ruchu. Niepełnosprawność osób badanych miała charakter wrodzony lub stanowiła konsekwencję uszkodzenia ciała w biegu życia. Wyniki badań świadczą o tym, iż według respondentów istotny wpływ na kształtowanie się ich tożsamości narracyjnej wywarły trzy grupy czynników: 1) doświadczenia związane z relacjami społecznymi, 2) czynniki kulturowe, szczególnie przekazy medialne, 3) doświadczenia związane z własnym ciałem i jego niepełnosprawnością. W wywiadach na temat historii życia, których udzieliili respondenci, można także wyodrębnić czynniki niepowtarzalne, właściwe dla kontekstu historii życia konkretnych osób badanych, które wywarły według nich wpływ na kształtowanie ich narracyjnej tożsamości. Na podstawie analizy literatury przedmiotu [m.in. Edwards 2007, Leszczyńska 2010, Dunn, Burcaw 2016] można stwierdzić, że wyniki badań stanowią wkład w poszerzenie wiedzy dotyczącej czynników sprzyjających rozwojowi tożsamości narracyjnej osób dotkniętych niepełnosprawnością.

Słowa kluczowe: psychologia biegu życia, tożsamość narracyjna, niepełnosprawność fizyczna, czynniki społeczne, czynniki kulturowe

Abstract: The aim of the thesis was to explore the different ways of constructing the narrative identity by young adults with physical disability and to look for social and cultural factors which could have impact on the variety of constructions of respondents' narrations about the one's own life. The author used the Life Story Interview written by Dan Mc Adams. The examined persons were 40 young adults with different kind and moment of gaining disability. There were persons with motor and the visual disability in the researched group. The disability of answers was natural or was a consequence of the impairment of the body during one's own life. The studies' outcomes indicate that according to responders' point of view the main impact on the process of forming their narrative identity have three groups of factors: 1) the experiences connected with the social relationships, 2) the cultural factors, especially mass-media, 3) the experiences connected with one's own body and its impairment. There were also exceptional factors in each individual story which significantly influenced the form of the person's narrative identity. The analysis of

the thematic literature [among others Edwards 2007, Leszczyńska 2010, Dunn, Burcaw 2016] shows that the results of this research may broaden the knowledge about factors which can be helpful in forming the narrative identity of young adults with physical disability.

Keywords: the life span psychology, the narrative identity, the physical disability, the social factors, the cultural factors

Wprowadzenie

Pojęcie tożsamości człowieka bywa w psychologii różnie definiowane w zależności od paradygmatu psychologicznego, przyjmowanego przez autora danej koncepcji [m.in. Grzegorek, 2000, s. 54; Gałdowa, 2000, s. 9; Mc Adams, 2001, 1179-1198].

Anna Gałdowa [2000, s.9] pisze, że zasadniczo pojęcie tożsamości wskazuje na te wszystkie względnie trwałe psycho-fizyczno-duchowe charakterystyki osoby, które wprowadzają w jej życie wewnętrzne i relacje z innymi moment stałości oraz przewidywalności.

Autorka zauważa, że w psychologii pojęcie to opisywane jest w kontekście 2 relacji: stosunku człowieka do siebie samego oraz do innych ludzi, a zarazem do kultury i tradycji. Wskazuje ono na szczególnie związek, który łączy osobę z jednej strony z samą sobą, z własną psychofizyczną i moralną kondycją (*self-identity*), a z drugiej strony - na jej związek z innymi ludźmi. Związek ten, jak zauważa autorka, jest oparty na mniej albo bardziej świadomych postawach wobec określonych cech charakteryzujących tak samą osobę, jak i innych ludzi czy grupy społeczne.

W koncepcji badania posłużyłam się definicją tożsamości narracyjnej autorstwa Dana Mc Adamsa [2001, s. 1179-1198], który określił tożsamość jako historię życia, biografię tworzoną przez człowieka od okresu adolescencji. Historia życia konstruowana przez człowieka służy odnalezieniu sensu własnego życia, a także zintegrowaniu własnej przeszłości, teraźniejszości i antycypowanej przeszłości [Pasupathi, 2001, s. 651-672; Thorne, Mc Lean, Lawrence, 2004, s. 513-542]. Proces konstruowania własnej biografii jest według Mc Adamsa procesem tworzenia i umacniania tożsamości, a opowiadanie historii życia może spełniać różnorodne funkcje, zarówno w wymiarze intrapersonalnym (wspominanie wydarzeń z przeszłości, aby zrozumieć samego siebie), jak i interpersonalnym (opowiadanie swojego życia sprzyja tworzeniu więzi między ludźmi) [Alea, Bluck, 2003, 393-413].

Koncepcja Mc Adamsa bywa wykorzystywana w psychoterapii i psychoprophylaktyce zaburzeń zdrowia psychicznego [Tokarska, 1995, s. 139]. Wydaje się, iż może być także użyteczna w pracy z osobami z niepełno-

sprawnością fizyczną, narażonymi na pewne nieprawidłowości w kształtowaniu się własnej tożsamości. Z badań i rozważań teoretycznych wynika bowiem, iż niepełnosprawność stanowi istotną część tożsamości osób badanych [Edwards, 2007, s. 209] i niestety może stać się dominującym wątkiem, wokół którego cierpiąca osoba buduje opowieść o sobie i swoim życiu [por. White, Epston, 1999].

Rezultaty badań pokazują, że osoby z niepełnosprawnością fizyczną mają szczególną trudność w budowaniu własnej tożsamości w obszarach związanych z wyglądem, poczuciem własnej fizycznej atrakcyjności, seksualnością, niezależnością, pracą zawodową [Galvin, 2005, s. 393-413]. W świetle przedstawionych powyżej refleksji teoretycznych i wyników badań stwierdzić można, iż istotne jest poszukiwanie czynników społecznych, kulturowych oraz związanych z własną postawą osób z niepełnosprawnością wobec samych siebie, które sprzyjałyby jak najpełniejszemu rozwojowi tożsamości narracyjnej osób dotkniętych niepełnosprawnością.

Cel badań

Celem badania była eksploracja sposobów konstruowania tożsamości narracyjnej przez młode osoby dorosłe z niepełnosprawnością fizyczną. Ponadto w analizie zebranych wywiadów uwzględniony został wpływ czynników społecznych oraz kulturowych na budowanie przez osoby badane ich narracyjnej tożsamości.

Przyjęta perspektywa teoretyczna i metoda badań

Perspektywą teoretyczną, z której korzystałam dokonując wyboru metod badania, było podejście idiograficzne. Zgodnie z metodologią nauk humanistycznych, celem pracy badawczej prowadzonej w tym podejściu nie jest wyjaśnianie, ale raczej rozumienie danego zagadnienia. Metody idiograficzne zostały przez mnie wybrane, ponieważ z licznych badań wynika, że stwarzają one większą niż inne rodzaje metodologii badań psychologicznych możliwość docierania do osobistych znaczeń, które ludzie przypisują swoim przeżyciom [Iskra, 2002, 149-154]. W ujęciu idiograficznym problemy badawcze mogą dotyczyć specyfiki przeżywania siebie przez osoby dotknięte wyjątkowym doświadczeniem, niespełniające powszechnych tendencji wyznaczonych stwierdzonymi psychologicznie prawidłowościami o charakterze ilościowym [Żurko, 2008, s.108]. Jak pisze Małgorzata Opoczyńska, uzasadniając dlaczego w badaniach własnych posłużyła się metodologią jakościową

[2002, s. 96]: „poznawczy dostęp do drugiego człowieka, szczególnie zaś do jego osobowego wymiaru, staje się możliwy dopiero wtedy, gdy badacz re-spektuje w poznawanym człowieku jego podmiotowy charakter i gdy daje temu wyraz zarówno w swojej pełnej zaangażowania i nieuprzedmiotawiającej postawie wobec drugiego człowieka, jak i w metodach i w technikach, jakie w celu poznania drugiego stosuje”.

Metody badań

Metodami, którymi posłużono się w badaniach, były:

1.) wywiad na Temat Historii Życia D. McAdamsa - wywiad częściowo ustrukturalizowany, który oparty jest na metaforze porównującej życie do książki. Zadaniem osoby badanej jest zastanowić się nad swoim życiem, jakby to była książka; wykorzystanie tej metafory ma służyć badanemu do rekonstrukcji historii własnego życia. Osoba badana ma za zadanie podzielić skonstruowaną przez siebie opowieść o życiu na rozdziały, następnie jest proszona by nadać każdemu rozdziałowi tytuł i opisać główne treści, które chciałaby zawrzeć w poszczególnych rozdziałach. Kolejnym punktem wywiadu jest rozmowa z respondentem na temat każdego rozdziału historii życia [Tokarska, 1995, s.139]. W dalszej części wywiadu badany jest proszony o odpowiedź na pytania dotyczące: wydarzeń krytycznych, wyzwań życiowych, czynników wpływających na jego historię życia, historii, które miały wpływ na opowieść o życiu, alternatywnych wersji własnej przyszłości oraz osobistej ideologii [Stemplewska-Żakowicz, Krejtz, 2005, s. 50-51].

2) metryczka – zawierała pytania dotyczące statusu społeczno-demograficznego badanych osób (pytania te dotyczyły: wieku, płci, wykształcenia, aktywności zawodowej, stanu cywilnego, danych dotyczących rodziny pochodzenia respondentów- aspekt pełna/niepełna) oraz do takich parametrów niepełnosprawności jak rodzaj i moment jej nabycia [por. Ryżanowska, 2014, s. 92].

Osoby badane

W podejściu jakościowym podstawowym kryterium doboru respondentów są ich poglądy i osobiste doświadczenia (uznawane przez badacza za kluczowe dla całościowego poznania eksplorowanego zjawiska) [Willig, Stanton-Rogers, 2008, s. 1-13]. Rekrutacja do udziału w tego rodzaju badaniach może w związku z tym odbywać się według schematu celowego doboru próby badawczej maksymalnie zróżnicowanej [Putton, 1990, s. 169–186], przewidującego dobór takich uczestników badania, którzy się znacznie różnią w zakresie wymiarów branych pod uwagę przez badacza. Poszukiwane

są osoby różniące się charakterystykami socjodemograficznymi, np. takimi jak: rodzaj i stopień niepełnosprawności, miejsce zamieszkania, wykształcenie, zatrudnienie i stan cywilny. Taki rodzaj doboru grupy jest często stosowany w kooperacyjnych badaniach społecznych [Miles, Huberman, 2000, s. 9]. Pomaga on w docieraniu do doświadczeń uniwersalnych dla całej populacji dotkniętej konkretnym doświadczeniem - w tej pracy jest to doświadczenie niepełnosprawności - bez nadmiernej koncentracji na zmiennych, wywierających specyficzny wpływ na przeżywanie doświadczenia niepełnosprawności przez konkretną grupę osób.

Odwołując się do powyższych zasad, przebadalam 40 osób z niepełnosprawnością narządu ruchu lub z niepełnosprawnością narządu wzroku. Na podstawie analizy literatury przedmiotu ustaliłam, że taka liczba uczestników spełnia wymagania co do liczebności próby w badaniach jakościowych prowadzonych według podobnych modeli [Collins, Onwuegbuzie, Jiao, 2007, s. 267-294].

Wiek osób badanych mieścił się w przedziale od 19 do 35 r.ż., były to młode osoby dorosłe. Wybrałam osoby w tym wieku, gdyż zgodnie z teorią Eriksona [1980, s. 120-121], osoby w takim właśnie przedziale wiekowym niedawno wyszły z okresu wzmoczonej koncentracji na odkrywaniu i rozwijaniu poczucia własnej tożsamości; mają już zwykle określoną własną tożsamość, a jednocześnie prawdopodobnie dokładnie pamiętają czas jej intensywnego poszukiwania.

W momencie przeprowadzania badań wszyscy respondenci od co najmniej 5 lat byli osobami dotkniętymi niepełnosprawnością. Zakładałam, że taki model rekrutacji badanych pozwoli uniknąć osobom pozostającym jeszcze w fazie szoku, zaprzeczania lub lamentu, depresji po doznaniu niepełnosprawności [Kerr, 1977, za: Kowalik, 1999, s. 59], bardzo bolesnej dla nich konfrontacji z doświadczeniem swojej niepełnosprawności w czasie przeprowadzania planowanych wywiadów [za: Ryżanowska, 2014, s. 100].

Wyniki

Na podstawie analizy treści przeprowadzonych wywiadów na temat historii życia można stwierdzić, iż wszystkie osoby badane mają poczucie, iż są głównymi bohaterami skonstruowanej przez siebie narracji.

Znaczna część respondentów (45%) ujmuje tytuł swej opowieści o życiu w kategoriach dojrzewania i samorealizacji lub urzeczywistniania w życiu wybranych przez siebie wartości.

Z analizy treści wywiadów wynika ponadto, że zdecydowana większość osób badanych (95%) stara się mimo ograniczeń, z którymi na co dzień muszą się zmagać, nie opisywać swojego życia jako całkowicie zdeterminowanego niepełnosprawnością, zdominowanego przez doświadczenia związane z niepełną sprawnością swojego ciała.

Wszystkie badane osoby opowiadają o swoim życiu jako o dynamicznym procesie, który zazwyczaj podzielić można na wspólne wszystkim ludziom etapy związane z rozwojem biologicznym i/lub z pełnionymi rolami społecznymi (z edukacją, pracą, małżeństwem, rodzicielstwem); a także właściwe dla samej grupy osób z niepełnosprawnością fizyczną etapy wyznaczone przez proces adaptacji do trwałej utraty fizycznej sprawności.

Konstruując rozdziały dotyczące wyobrażonej przyszłości osoby badane mówią o osobistych planach, marzeniach związanych z życiem rodzinnym. W większości osoby badane (98%) skonstruowały opowieści o życiu, w których dominuje tzw. sekwencja zbawienna. Oznacza to, że znaczna część respondentów w swych opowieściach pokazała przemianę kolorytu emocjonalnego z negatywnego na pozytywny, różne trudne doświadczenia emocjonalne przedstawione zostały jako etap na drodze do szczęścia [McAdams, 2001, s. 1179-1198].

W odpowiedzi na pytanie o ważną zapamiętaną scenę z okresu dzieciństwa respondenci najczęściej wymieniali sceny związane z relacjami rodzinnymi. Nieco rzadziej wskazywane były przez osoby badane sceny związane z relacjami z osobami spoza rodziny, aktywnościami hedonistycznymi albo sukcesami edukacyjnymi.

W odpowiedzi na pytanie o ważne dla nich doświadczenia z okresu dorastania, osoby badane najczęściej wymieniały natomiast osiągnięcia szkolne oraz relacje z osobami spoza rodziny pochodzenia (najczęściej nauczycielami, rówieśnikami). Rzadziej osoby badane mówiły o ważnych dla nich scenach z okresu dorastania związanych z relacjami rodzinnymi, aktywnościami hedonistycznymi czy niepełnosprawnością.

Charakterystyczny jest fakt, że w historiach życia respondentów z niepełnosprawnością wrodzoną lub nabytą w dzieciństwie często pominięty jest rozdział dotyczący dorastania. Nieco inaczej jest w przypadku osób dotkniętych niepełnosprawnością po okresie dorastania - te osoby opisują swoje dorastanie z większą ilością szczegółów, ich opowieści dotyczące adolescencji zazwyczaj charakteryzuje żywy emocjonalny koloryt.

Wśród wymienionych przez osoby badane ważnych scen z okresu dorostłości najliczniej reprezentowane były sceny związane z relacjami społecznymi z osobami spoza rodziny pochodzenia oraz z pracą i nauką. Znacznie

mniej osób badanych za ważne sceny z tego okresu uznawało sytuacje związane z relacjami z rodzicami czy rodzeństwem. Stosunkowo najrzadziej w opowieściach respondentów na temat ważnych wydarzeń z okresu dorosłości pojawiały się sytuacje związane z doświadczeniem własnej niepełnosprawności.

Plany i marzenia respondentów na temat przyszłości koncentrowały się wokół założenia własnej rodziny, sukcesów w zdobywaniu edukacji oraz w pracy zawodowej, a także większej niezależności. Lęki i obawy o przyszłość opisywane przez osoby badane zwykle dotyczyły samotności, porażki edukacyjnej/zawodowej, pogłębiania się niepełnosprawności i związanej z tym coraz większej zależności od innych ludzi.

Pośród wymienianych przez badanych doświadczeń szczytowych najwięcej osób wymieniło przeżycia związane z ważnymi dla nich osiągnięciami w życiu społecznym lub sukcesami w zdobywaniu wykształcenia i w pracy zawodowej. Rzadziej respondenci mówili o rozwijaniu hobby/aktywnościach czy osiągnięciach hedonistycznych. Znacznie mniej osób badanych opowiadało o sukcesach w rehabilitacji.

Najtrudniejszymi dla wielu osób badanych doświadczeniami (tzw. doświadczeniem nadir) były doświadczenia związane z trudnościami w relacjach społecznych, a także z utratą sprawności lub problemami zdrowotnymi.

Punktem zwrotnym w życiu, wymienianym przez większość osób badanych był ważna dla nich sytuacja związana z relacjami społecznymi. Nieco mniej respondentów za punkt zwrotny w swoim życiu uznało sukces zawodowy/edukacyjny lub inny ważny moment związany z samostanowieniem/autonomią. Najmniej badanych za punkt zwrotny w życiu uznało utratę sprawności. Respondenci, którzy utracili sprawność w biegu życia mówią natomiast o tym, iż sytuacja, która stała się przyczyną ich ograniczonej sprawności, była dla nich osobnym rozdziałem, niejako przerwą w dotychczasowej narracji.

Większość osób badanych uznała za wyzwanie życiowe zdobycie wykształcenia, podjęcie pracy czy sukcesy w pracy zawodowej. Znaczna część respondentów za największe wyzwanie uznała również zmaganie się z doświadczeniem niepełnosprawności. Nieco mniej respondentów wypowiadało się w kontekście wyzwania życiowego na temat relacji społecznych lub rozwijania hobby (tab. 1).

W narracjach o życiu skonstruowanych przez wszystkich badanych można wyróżnić takie motywy jak: wgląd w siebie, władza/wpływ, osiągnięcia/odpowiedzialność. Rzadko w narracjach konstruowanych przez bada-

nych pojawia się natomiast wyróżniony przez Mc Adamsa motyw pozycja/zwycięstwo.

Tab. 1. Ważne sceny oraz sceny z wyobrażonej pozytywnej/negatywnej przyszłości z wywiadu na temat historii życia - zestawienie ilościowe

[źródło: opracowanie własne, 2014, s. 109]

Okresy rozwoju	Osoby badane (N=40)	
	L	%
Ważna scena – dzieciństwo	-	-
Aktywności Hedonistyczne	8	16
Relacje Rodzinne	21	42
Relacje Społeczne – inne	11	22
Osiągnięcia edukacyjne	4	10
Doświadczenie Niepełnosprawności	7	17,5
Ważna scena – dorastanie	-	-
Aktywności Hedonistyczne	7	17,5
Relacje rodzinne	3	7,5
Relacje społeczne - inne	19	47,5
Osiągnięcia edukacyjne	11	27,5
Doświadczenie niepełnosprawności	2	5
Ważna scena - dorosłość	-	-
Relacje rodzinne	5	12,5
Relacje społeczne - inne	15	37,5
Praca/edukacja	18	45
Doświadczenie niepełnosprawności	4	10
Przyszłość pozytywna	-	-
Sukces społeczny	37	92,5
Sukces edukacyjny/zawodowy	37	92,5
Niezależność	11	27,5
Przyszłość negatywna	-	-
Samotność	25	62,5
Porażka edukacyjna/zawodowa	15	37,5
Zależność	14	30
Pogłębianie się niepełnosprawności	10	20

Motywy związku ważnym dla większości osób badanych jest miłość/przyjaźń. W wywiadach pozyskanych od respondentów pojawiają się również: motyw jedności/bycia razem oraz motyw dialogu. Rzadziej w opowieściach osób badanych można wyodrębnić motyw związku związany z opieką/pomocą świadczoną na rzecz innych ludzi.

Temat życia konstruowany przez osoby badane zazwyczaj był związany z realizacją codziennych zadań lub transgresją, przekraczaniem samego siebie i realizowaniem wartości duchowych. Nieco mniej osób badanych wymieniło temat życia związany z samorealizacją. Według samych respondentów ich życie opisać można jako proces dynamicznych zmian, prowadzących stopniowo do osiągania przez nich coraz większej niezależności i związanej z nią satysfakcji z życia i/lub poczuciem sensu życia

W narracjach o własnym życiu osoby badane w sposób spontaniczny poruszają tematykę czynników kształtujących ich osobowy rozwój, wywierających w ich subiektywnym odczuciu znaczący wpływ na ich obecną tożsamość. Osoby znaczące, inni ludzie oraz szeroko rozumiane czynniki kulturowe są przez nich najczęściej wymieniane jako te, które miały istotny wpływ na proces formowania się ich osobowej tożsamości (tab. 2).

Tab. 2. Czynniki wpływające na kształtowanie się tożsamości narracyjnej badanych osób -zestawienie ilościowe [źródło: opracowanie własne, 2014, s. 130]

Czynniki	Osoby badane (N=40)	
	L	%
Pozytywne	-	-
Postawa osób sprawnych z rodziny	26	65
Postawa osób sprawnych spoza rodziny	31	77,5
Postawa innych osób z niepełnosprawnością	12	30
Własna postawa	8	16
Czynniki kulturowe	34	85
Negatywne	-	-
Postawa osób sprawnych z rodziny	5	12,5
Postawa osób sprawnych spoza rodziny	20	50
Postawa innych osób z niepełnosprawnością	0	0
Własna postawa	7	17,5
Czynniki kulturowe	5	12,5

Respondenci podkreślają istotny wpływ swoich bliskich – rodziców, przyjaciół, partnerów na sposób, w jaki myślą o sobie i swoim życiu. Osoby badane często mówią wprost o tym, że to nie fakt doznanej niepełnosprawności, ale raczej odpowiedź ich rodziny/osób bliskich/ całego ich otoczenia społecznego na ten fakt, wpłynęła na to, w jaki sposób spostrzegają samych siebie, na wyznaczane przez nich w życiu cele oraz na wybór wartości, jakimi kierują się w życiu.

Spośród czynników pozytywnie oddziałujących na kształtowanie się ich tożsamości badani wymieniali najczęściej czynniki kulturowe, postawę

osób sprawnych spoza rodziny oraz postawę osób sprawnych z rodziny pochodzenia lub rodziny założonej przez siebie.

Najczęściej opisywany czynnikiem, który miał wywrzeć negatywny wpływ na kształtowanie się tożsamości badanych była postawa osób sprawnych spoza rodziny. Respondenci wymieniają w tym kontekście także postawy osób sprawnych z rodziny. W wypowiedzi M. (19-letniego mężczyzny z niepełnosprawnością wzroku) można wyróżnić opis większości z wyżej wymienionych czynników. Badany podkreśla:

Tyle jest robienia z nas niepełnosprawnych cyrku i dziwactw. A przecież to nie o to chodzi. Nawet jak przyjeżdżają tu te panie psycholog na ankiety na trzecim, na drugim roku. Mówią: „Ja z wami zrobię to, ja z wami zrobię tamto”. Nie. To nie tak.(...) One się nie uczą. Bo nie pytają o to, co jest naprawdę ważne. One się od nas niczego nie uczą. Patrzą na nas też jak na cyrka. I jedyne czego mogą się nauczyć, to to, że my też mamy swój intelekt, też mamy swoje różnice. Jedni są bardziej bystrzy, inni mniej. Jedni są z dziwnym sprzężeniem psychicznym, które nie wynika z tego, że są chorzy tylko z tego, że po prostu coś zaniedbali, gdzieś się zatrzymali w rozwoju, bo ktoś im na to pozwolił. I tego się tylko uczą. A nie dowiedzą się tak naprawdę, jak trzeba się zachować, co trzeba robić, żeby było dobrze, a czego robić nie trzeba. Bardzo często ludzie myślą, że jak się tak nad nami ulitują, to tak nam to pomoże. A to wcale nie pomaga. To jest puste, tym bardziej, że ludzie litują się dopóki nas widzą, a potem odchodzą i to wszystko i tak się rozwiewa. A to powinno być gdzieś w sercu – akceptacja, a nie litość. I znowu nie popadamy w przesadę, bo osoby niewidome też popełniają błędy. My też potrafimy być gburowaci, jak każdy człowiek. I to o to chodzi, żeby nas traktować jak ludzi (...). Trzeba być dla nas dużo bardziej wymagającym niż dla innych ludzi. To jest jedyny sposób na akceptację. A nie wejście na Kilimandżaro. Co z tego, że (niepełnosprawni) zrobili z siebie maskotki dla tłumów. Co z tego, że siedzieli i udzielali konferencji i mówili, jak to było ślicznie i pięknie. Przecież to nie o to chodzi. Przez to nas ludzie nie pokochają. Bardziej się przywiążą do człowieka z jego wadami i zaletami. Niestety. Ale tego właśnie nie umiemy zrobić, my niepełnosprawni. Nie umiemy być naturalnymi ludźmi. Często jesteśmy albo łamagami, kalekami, którzy nie potrafią wyjść w ogóle do społeczeństwa. I tacy ludzie są z jednej strony biedni, a z drugiej godni politowania i tyle, bo każdy może to zrobić. Rozumiem ludzi, którzy wpadają w depresję, jak dochodzi do wypadku. No, bo to jest okropne przeżycie, jak tracisz wzrok. To jest potworne i wtedy wszyscy powinniśmy zrobić wszystko, żeby ta osoba się przełamała, żeby ona stanęła na nogi. Ale jak ktoś się rodzi bez nóg, całe życie się z tym wychowuje i nagle on to jest

bez nóg i on to jest biedny. I jest mu z tym wygodniej. A jest wielu takich ludzi. A to jest godne politowania. Dlatego jedyna złota zasada, jak dla mnie, to jest traktować nas jak ludzi. Jak robimy coś dobrze, to robimy coś dobrze, a jak robimy coś źle, to robimy to źle. To jest jedyna zasada, jak społeczeństwo powinno nas traktować i jak my powinniśmy traktować resztę i siebie samych. Bez obiektywizmu nie będzie nigdy prawdziwych zmian. Jak będziemy się albo zamykać przed społeczeństwem, albo też wymagać od was zbyt wiele, bo nie mamy prawa, żeby czegokolwiek od was wymagać. Wymagać możemy tylko od siebie. Od was niczego. No, od rządu możemy wymagać, żeby nam przystosował hipermarkety, itd. Ale nie mamy prawa od was żądać np. pomocy. A jak wielu ludzi to robi. Jak wielu ma taką roszczeniową postawę. Tak nie wolno..

Podsumowując, można stwierdzić, że na podstawie analizy materiału pozyskanego od respondentów wynika, iż nie sam fakt doznanej niepełnosprawności, ale odpowiedź ich bliskich i szerszej postrzeganego społeczeństwa na to ich szczególnie doświadczenie wywarła istotny wpływ na rozwój ich tożsamości rozumianej tu jako narracja o własnym życiu.

Wnioski i dyskusja wyników

Na podstawie ilościowej i jakościowej analizy zebranych wywiadów na temat historii życia sformułowane zostały następujące wnioski:

- 1) Narracje na temat historii życia skonstruowane przez badanych spełniają kryteria tożsamości dojrzałej stworzone przez McAdamsa [1985]: są one spójne i zorientowane na cel. Cele życiowe, jakie stawiają sobie osoby badane są zgodne z celami charakterystycznymi dla fazy życia, w jakiej badani się znajdują - wiążą się one z założeniem rodziny, doświadczeniem ojcostwa czy macierzyństwa oraz z osiągnięciami zawodowymi. Wyniki te są spójne z rezultatami jakościowych analiz wywiadów pozyskanych od kilku osób z niepełnosprawnością przez Bąbkę [2004, s.138], który dowiódł, że cele życiowe formułowane przez badanych pozostają tożsame z celami wymienianymi zwykle przez zdrowych respondentów w tym samym przedziale wiekowym.
- 2) Z wypowiedzi respondentów wynika, że doświadczenie niepełnosprawności fizycznej wywarło wpływ na ich tożsamość narracyjną. Takie rezultaty eksploracji pozostają spójne z wynikami rozważań teoretycznych Edwardsa [2007, s. 209], który stwierdza, że niepełnosprawność jest częścią tożsamości człowieka, a cechy z nią związane konstytuują tożsamość osoby. Fakt, że niepełnosprawność fizyczna stanowi ważną część

tożsamości, znajduje potwierdzenie również w wynikach badań nad narracjami o własnym życiu pozyskanymi osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności ciała [Dunn, Burcaw, 2013, s. 148]. Również z tych analiz tych wynika, iż uszkodzenie ciała stanowi istotny aspekt tożsamości narracyjnej osoby.

- 3) Osoby badane relacjonują ponadto, iż akceptacja i wsparcie społeczne lub jego brak wywarły istotny wpływ na kształtowanie się ich tożsamości narracyjnej. Z wnioskiem tym pozostają spójne rezultaty badań przeprowadzonych przez Leszczyńską (2010, s. 54), która na podstawie analizy wywiadów narracyjnych pozyskanych w grupie kilkorga studentów z różnymi rodzajami niepełnosprawności stwierdza, iż problemy wynikające z kalectwa, z którymi respondenci konfrontują się każdego dnia, mają przede wszystkim społeczną, a nie biologiczną naturę. Żadna z badanych przez autorkę osób, opisując trudności, których doświadczają w związku z niepełnosprawnością, nie wskazywała na te związane z uciążliwością leczeniem, złym stanem zdrowia czy bólem. Problemy, które wyliczali badani, ujawniały się w sytuacjach, gdy osoby badane doświadczały odrzucenia i stygmatyzacji albo w momentach, kiedy pozostawały one w swoim odczuciu nadmiernie zależne od innych.
- 4) Tożsamość narracyjna badanych z niepełnosprawnością wrodzoną kształtuje się w odmienny sposób niż tożsamość respondentów z niepełnosprawnością nabytą w biegu życia. W odróżnieniu od osób z niepełnosprawnością nabytą w biegu życia (w relacji których pojawienie się niepełnosprawności stanowi ogromny kryzys i zwrotny punkt w życiu), niektóre osoby z niepełnosprawnością wrodzoną podkreślają, iż często w dzieciństwie nie czuły się niepełnosprawne, fakt odmiennej sprawności nie przedstawiał dla nich znaczenia, o ile nie wiązał się z fizycznym cierpieniem lub rozłąką z rodziną związaną z hospitalizacjami. Respondenci często relacjonują, iż dopiero w okresie przedszkolnym uświadamiali sobie ograniczenia związane z wrodzoną niepełnosprawnością swego ciała. Wyniki takie pozostają spójne m.in. z wnioskami z rozważań teoretycznych opisywanych przez Twardowskiego [1991, s. 35-58].

Podsumowując, stwierdzić można, iż tożsamość narracyjna osób z niepełnosprawnością fizyczną w okresie wczesnej dorosłości kształtuje się podobnie jak tożsamość sprawnych młodych osób dorosłych; w wywiadach na temat historii życia osób badanych widoczne są odniesienia do charakterystycznych dla wieku respondentów zadań życiowych. Doświadczenie niepełnosprawności jest ważnym elementem tożsamości narracyjnej badanych osób.

Bibliografia

- Alea N., Bluck S., 2003, *Why are you telling me that? A Conceptual Model of the Social Function of Autobiographical Memory*, *Memory*, 11.
- Bąbka J., 2004, *Tożsamościowa droga ku dorosłości osób niepełnosprawnych ruchowo*, w: Bąbka, J. (red.). *Człowiek niepełnosprawny w różnych fazach życia*, Wydawnictwo akademickie „Żak”, Warszawa.
- Collins K.M., Onwuegbuzie A.J., Jiao Q.G., 2007, *A mixed methods investigation of mixed methods sampling designs in social and health science research*, *Journal of Mixed Methods Research*, 1 (3).
- Dunn D.S., Burcaw S., 2013, *Disability identity: exploring narrative accounts of disability*, *Rehabilitation Psychology*, 58 (2).
- Edwards S.D., 2007, *Disablement and personal identity*, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10 (2).
- Erikson E., 1980, *Identity and the Life Circle*. Zys i S-ka, Poznań
- Galvin R., 2005, *Researching the disabled identity: Contextualizing the identity transformations which accompany the onset of impairment*, *Sociology of Health and Illness*, 27(3).
- Gałdowa A., 2000, *Wprowadzenie*, w: Gałdowa, A. (red.), *Tożsamość człowieka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Grzegorek T., 2000, *Tożsamość a poczucie tożsamości. Próba uporządkowania problematyki*, w: Gałdowa, A. (red.), *Tożsamość człowieka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Iskra J., 2002, *Jakościowa analiza zdarzeń życiowych*, w: Straś-Romanowska M. (red.), *Szkice psychologiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Kowalik S., 2008, *Psychologia rehabilitacji*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Leszczyńska K., 2010, *Tożsamość i stygmatyzacja w narracjach niepełnosprawnych studentów*, w: Gąciarz B. (red.), *Niepełnosprawni studenci w społeczności akademickiej. Źródła sukcesów i porażek w integracji społecznej i aktywności zawodowej*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa.
- McAdams D., 1985, *Power, Intimacy and the Life Story: Personological Inquiries into Identity*, The Doresy Press, Homewood.
- McAdams D., Adler J.M., Wagner J.W., 2007, *Personality and the coherence of the psychotherapy narratives*, *Journal of Research in Personality*, 41.
- Miles M.B., Huberman A.M., 2000, *Analiza danych jakościowych* (tłum. S. Zabielski), Trans Humana, Białystok.

- Opczyńska M., 2002, *Kim jestem? Doświadczenie choroby psychicznej a stawanie się sobą*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Patton M.Q., 1990, *Qualitative evaluation and research methods*, Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc.
- Pasupathi M., 2001, *The Social Construction of Personal Past and Its Implications for Adult Development*, *Psychological Bulletin*, 127.
- Thorne A., Mc Lean K., Lawrence A., 2004, *When Remembering Is not Enough: Reflecting on Self-Defining Events in Late Adolescence*, *Journal of Personality*, 72.
- Reeve, D., 2002, *Negotiating psycho-emotional dimensions of disability and their influence on identity construction*, *Disability and Society*, 17(5).
- Ryżanowska D., 2014, *Doświadczenie własnego ciała w kształtowaniu się tożsamości młodych osób dorosłych z niepełnosprawnością fizyczną*, niepublikowana praca doktorska, Uniwersytet Jagielloński, Kraków
- Stemplewska-Zakowicz K., Krejtz K. (red.), 2009, *Wywiad psychologiczny. T. 1. Wywiad jako postępowanie badawcze*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.
- Tokarska U., 1995, *W poszukiwaniu jedności i celu. Wybrane techniki narracyjne*, w: Gałdowa, A. (red.), *Hermeneutyka a psychologia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Twardowski A., 1991, *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych*, w: Obuchowska, I. (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa.
- White M., Epston D., 1999, *Narrative Means to Therapeutic Ends*. W.W. Norton and Co., New York-London
- Willig, C., Stainton-Rogers, W., 2008, *The sage handbook of qualitative research in psychology*, Sage Publications Ltd., London.
- Żurko M., 2008, *Wybrane metody analizy i interpretacji narracji autobiograficznej w ujęciu hermeneutycznym*, w: Janusz B., Gdowska K., de Barbaro B. (red.), *Narracja. teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Ewelina Cieciera

Uniwersytet Przyrodniczo Humanistyczny w Siedlcach
Wydział Humanistyczny

Wpływ metody harcerskiej na funkcjonowanie społeczne dzieci niepełnosprawnych The influence of scout method on the social functioning of disabled children

Streszczenie: Metoda harcerska jest wszechstronna pozwala na kompleksowe wychowywanie młodego człowieka, uczy współpracy w grupie, tolerancji, akceptacji, a także radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Celem badań była ocena skuteczności metody harcerskiej na społeczne funkcjonowanie dzieci niepełnosprawnych w szkole specjalnej im. Jana Pawła II w Sokołowie Podlaskim.

Słowa kluczowe: harcerstwo, metoda harcerska, niepełnosprawność intelektualna

Abstract: The scout method is versatile, it allows to bring up a young person in a complex way, it teaches the cooperation within a group as well as tolerance, acceptance and coping with difficult situations.

Keywords: scouting, scouting metod, mental disability

1. Metoda harcerska w teoretycznym ujęciu

Charakterystyka metody harcerskiej

Harcerstwo jest organizacją wychowawczą, która wspiera wszechstronny rozwój młodego człowieka, ale również kształtuje charakter poprzez stawianie wyzwań. W swojej historii ruch harcerski wyodrębnił swój własny system wychowawczy, który przede wszystkim opiera na prawie harcerskim. „Harcerstwo jest jednocześnie zjawiskiem bardzo interesującym jako organizacja i system wychowawczy. System, który ukształtował się na początku ubiegłego wieku i obecnie wkracza w nową erę społeczeństwa informacyjnego”¹. Pierwsze początki harcerstwa sięgają przełomu XIX i XX wieku i na-

¹ Małkowski G, Stech K. (red.) „*Na tropie harcerskiej metodyki 100 lat harcerstwa polskiego*”, Zielona Góra, 2011, s. 15.

wiązują do skautingu brytyjskiego generała Roberta Baden-Powella, według którego jest to ruch pedagogiczny realizowany w formie organizacji dziecięcej i młodzieżowej. Jest dobrowolnym, apolitycznym i otwartym dla wszystkich bez względu na wyznanie. Skauting za swój główny cel stawia rozwój ludzi młodych tak, aby w pełni mogli wykorzystywać swój potencjał intelektualny, duchowy, fizyczny oraz społeczny jako odpowiedzialni obywatele jednostki i członkowie wspólnot lokalnych. Skautowy ideał wychowania został zawarty w prawie, które obejmuje dziesięć zasad², a wśród nich:

1. Na honorze skauta można polegać.
2. Skaut jest lojalny wobec swojego króla, swojego kraju, swych skaut mistrzów, rodziców, pracowników i podwładnych.
3. Obowiązkiem skauta jest być pożytecznym i nieść pomoc bliźnim.
4. Skaut jest przyjacielem wszystkich, a bratem każdego innego skauta, bez względu na to do jakiej należy on klasy społecznej.
5. Skaut jest rycerski.
6. Skaut jest przyjacielem zwierząt.
7. Skaut słuca poleceniom swoich rodziców, swego zastępowego i drużynowych bez zastrzeżeń.
8. Skaut uśmiech się i pogwizduje we wszystkich trudnych okolicznościach
9. Skaut jest oszczędny
10. Skaut jest czysty w myśli, słowach i uczynkach.

Z powyższych treści wynika, że skautowy model wychowania oparty jest na kształtowaniu postaw gentelmana, człowieka odpowiedzialnego, opanowanego, samodzielnego oraz wytrwałego w dążeniu do określonego celu. Bardzo ważne miejsce zajmuje w nim patriotyzm, poszanowanie prawa, dyscyplina oraz lojalność i religia.

Około 1910 r. na ziemię polską dotarł nowy ruch młodzieżowy- skauting. Największe zasługi w przeszczepieniu skautingu na grunt polski miał Andrzej Juliusz Małkowski, który polskie harcerstwo starał się ściśle wzorować na angielskim skautingu. Jednak w wizji ideału wychowawczego swoje miejsce znalazły tradycje i hasła niepodległościowe, potrzeba walki oraz patriotyzm. Andrzej Małkowski określa harcerstwo następująco: „Harcerstwo plus skauting równa się niepodległość”³. Głównym polskim prekursorem

² Kamiński A., „Nauczanie i wychowanie metodą harcerską”, wyd. Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej, Warszawa 2001, s.17.

³ Małkowski G, Stech K. (red.) „Na tropie harcerskiej metodyki 100 lat harcerstwa polskiego”, Zielona Góra, 2011, s.15.

metody harcerskiej był Aleksander Kamiński, który za podstawę tej metody uznaje zainteresowania, które powinny być punktem wyjścia do pracy z dziećmi i młodzieżą. A. Kamiński mówiąc o zainteresowaniach nawiązuje do Roberta Baden- Powella, który o zainteresowaniach pisał „Jeśli chcecie zdobyć wpływ na chłopców, podobni jesteście rybakowi, który chce złowić rybę. Jeśli jako przynęty użyjesz czegoś co lubicie sami, nie złowicie wiele. Trzeba użyć jako przynęty tego, co lubi ryba”⁴. Świadczy to o tym, że powinniśmy trafiać w zainteresowania wychowanków, które stanowią wewnętrzną potrzebę poznania czegoś, bez której nie jest możliwy rozwój intelektualny. Rozróżnić należy zatem zaciekawienia i zainteresowania. Te drugie mają charakter trwałe oraz przejawiają się znacznym natężeniem, co umożliwia zdolność do długotrwałego skupienia uwagi. Zaciekawienie cechuje natomiast powszechność i przelotność. Praca wychowawcza będzie wówczas skuteczna, gdy u jej fundamentów znajdują się takie elementy jak: trwałe zainteresowaniach, ewentualnie zaciekawienia starając się pokierować tak, aby stały się punktem wyjścia do ukształtowania się trwałego zainteresowania. Aleksander Kamiński wyróżnił pięć składników metody harcerskiej, takie jak: „gra, zastęp, przyroda, obór, stopnie i sprawności”⁵.

Gra, inaczej zabawa jest pierwszym i podstawowym elementem metody. Baden-Powell pisze: „zastanówcie się nad tym, czego chcecie nauczyć waszych chłopców, a potem wymyślajcie zabawy, za pomocą których mogliby oni ćwiczyć się w tym o co wam chodzi”⁶. Tak traktowana zabawa przygotowuje do poważniejszych zajęć, wdraża w życie pod względem biologicznym, psychicznym, społecznym. Ważne jest by gra-zabawa była przejawem zainteresowań, bo wtedy wychowanków stać na największy wysiłek, zaangażowanie i aktywność.

Kolejnym elementem metody harcerskiej jest zastęp, w którym realizuje się jej cele, podstawową i samo wystarczającą komórką organizacji harcerskiej. Zastęp powinien być grupą rówieśników dobraną na zasadzie wzajemnej sympatii, z rówieśnikiem- przywódcą na czele, nie narzucamy lecz wybranym lub życzliwie przyjętym przez zastęp. Liczyć powinien od 3 do 8 harcerzy. Taka grupa rówieśnicza przypomina nieco samorządną i charakterystyczną dla okresu chłopięcego „bandę”, ale z harcerskim stylem życia i

⁴ A. Kamiński, „Nauczanie i wychowanie metodą harcerską”, wyd. Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej Warszawa 2001, s. 26.

⁵ Tamże, s. 28.

⁶ Tamże, s.28.

przestrzegająca harcerskiego prawa. Na tym polega między innymi tajemnica wychowawczych możliwości zastępu.

Przyroda powinna stanowić tło i treść zajęć harcerskich, które powinny odbywać się w terenie (w lesie, na polu, w parku, na boisku). Zajęcia w pomieszczeniach tylko jako przygotowanie do ćwiczeń i wędrówek. Związek harcerstwa z przyrodą, jej poznawanie i odkrywanie leży u podstaw skautingu i metody harcerskiej.

Obóz organizowany w okresie letnim pod namiotami powinien być podsumowaniem całorocznej działalności drużyny harcerskiej. Harcerze na obozie mają mieć możliwości wykazania się samodzielnością i posługiwania się nabytymi umiejętnościami- stawiania namiotów, rozpalania ogniska, urządzenia i dekoracji obozu, gotowania w kuchni polowej, zachowania higieny w prymitywnych warunkach, radzenie sobie w czasie niepogody. Obóz jest okazją do pełnych przygód, zajęć jak gry terenowe, wędrówki, nocne podchody itp. Współczesne obozy harcerskie po części zatraciły swój pierwotny urok. Dotarła do nich jak wszędzie cywilizacja (światło elektryczne, kuchnie gazowe i panie kucharki). Są jednak drużyny, które nadmiar cywilizacyjnych ułatwień odrzucają.

Ostatnim składnikiem metody harcerskiej są stopnie i sprawności, mające właściwości nadające tej metodzie pewien porządek i cel licznym harcerskim ćwiczeniom, grom i innych zajęciom. Dają one satysfakcję z codziennej działalności, są formą wyróżnienia jeśli na mundurze przybysza oznak sprawności i oznaki wyższego stopnia. Motywują chłopców i dziewczęta do aktywności. Celem zdobywania sprawności jest także odkrywanie u nich uzdolnień i zamiłowań, umożliwienie rozwijania umiejętności praktycznych, zdobywania pierwszych podstaw praktyki zawodowej. Regulamin sprawności przewiduje ich około 70, a są one bardzo różne np. kucharz, fotograf, topograf, introligator, zielarz, grajek, śpiewak, wioślarz, pływak itp.

Zastosowanie metody harcerskiej w szkole

Harcerstwo to ideowy ruch młodzieżowy, którego zasady w codziennej szkolnej codzienności nie zawsze byłyby stosowane, a to groziłoby fikcją i hipokryzją. Każdy harcerz powinien mieć prawo opuszczenia drużyny jeżeli z jakiś przyczyn stwierdzi, że nie czuje potrzeby bycia harcerzem. Natomiast w warunkach „Harcerskiej szkoły” byłoby to nie możliwe. Dlatego metoda harcerska powinna uzupełniać wychowanie szkolne jak i wzbogacać je o dziedziny przeżyć i aktywności, których nie oferuje szkoła, dom, czy środowisko. Metoda harcerska powinna niwelować złe wpływy ulicy i podwórka. Alek-

sander Kamiński w swojej książce o nauczaniu i wychowaniu metodą harcerską udowadnia celowość tej metody w sposób wyczerpujący. Podaje liczne założenia i przykłady jej użycia z podziałem na przedmioty nauczania (język polski, matematykę, przyrodę, geografię, historię, wychowanie fizyczne, prace ręczne, śpiew i rysunki) oraz poziom szkoły (nauczanie początkowe, szkoła podstawowa, gimnazjum, szkoła średnia). Szczególnie wydziela z metody harcerskiej cztery jej składniki dające się z całą pewnością przeszczepić do warunków szkolnych. Są to: „zabawa, zastęp, sprawności, harcerska atmosfera”⁷.

Ten ostatni element jest z jednej strony bardzo konkretnym warunkiem powodzenia edukacyjnego i wychowawczego, a z drugiej strony czymś mało uchwytnym i trudnym do sprecyzowania. Jest to panujący w drużynie klimat ciepła, wzajemnej życzliwości, wspólnoty celów, jeśli rywalizacji to lojalnej zgodnej z zasadami prawa harcerskiego. Jest to do osiągnięcia jeśli nauczyciel odnosi się do dzieci z maksymalnym zaufaniem, daje im znaczący margines swobody, rezygnuje z wymogów bezwzględnej dyscypliny i posłuszeństwa, które czasami nie mają racji w określonym kontekście.

Zabawa, jeden z elementów na które wskazuje A. Kamiński w obszarze metody harcerskiej, w dydaktyce ma historię długą jak samo nauczanie, sięga czasów starożytnych i średniowiecza. Jest przejawem i realizacją zainteresowań wynikających z potrzeb rozwijającego się fizycznie, psychicznie i duchowo młodego człowieka. A. Kamiński w swej pracy pokazuje rolę zabawy w wychowaniu i nauczaniu szkolnym w sposób pełny, szeroki i usystematyzowany. Zastęp w klasie szkolnej zorganizowany jest przez system gromadkowy. Polega on na podziale klasy na „gromadki”, grupy najczęściej sześćosobowe z wyznaczonym lub wybranym przywódcą do wykonania określonych czynności lub rozwiązywania zadań. A. Kamiński pisze, że według jego doświadczeń system gromadkowy rozwija umiejętność współdziałania, wzmacnia wydajność pracy i usprawnia ją organizacyjnie, kształtuje zdolności przywódcze i nakierowuje zespół na wspólny cel, warunkiem prowadzenia jest zawsze dobra atmosfera w gromadzie, spontaniczność przy jej tworzeniu, akceptacja dla wyznaczonego „gromadkowego”, który w miarę potrzeb może być rotacyjnie zmieniany. Sprawności w procesie nauczania powinny służyć przede wszystkim wykrywaniu i rozwijaniu uzdolnień uczniów oraz motywacji do uzyskiwania możliwie najlepszych wyników w nauce. Przede wszystkim w odniesieniu do tych przedmiotów i zagadnień,

⁷ A. Kamiński, „Nauczanie i wychowanie metodą harcerską”, wyd. Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej, Warszawa 2001, s. 32.

które w praktyce szkolnej są mniej pociągające i wymagają największego wysiłku. Sprawności powinny oddziaływać na ambicję uczniów, stymulować psychiczną potrzebę pokonywania trudności. Nie może to jednak prowadzić do niezdrowej rywalizacji i ukierunkowania się tylko i wyłącznie na ilość otrzymanych odznaczeń. Dlatego odznaka sprawności nie jest wyróżnieniem za zasługi lecz świadectwem zdobytej umiejętności i biegłości w danej dziedzinie.

Metoda harcerska w pracy z młodzieżą niepełnosprawną – „Nieprzetarty Szlak”

„Nieprzetarty Szlak” to działalność Związku Harcerstwa Polskiego na rzecz osób niepełnosprawnych. Takim mianem określane są drużyny działające w placówkach szkolnictwa specjalnego, dziecięcych szpitalach i sanatoriach w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, domach pomocy społecznej, zakładach poprawczych oraz wychowawczych. Drużyny te skupiają dzieci od 6 roku życia bez względu na stopień niepełnosprawności. Aktualnie do drużyny „Nieprzetartego Szlaku” należy około 10 tysięcy niepełnosprawnych zuchów i harcerzy, którzy wsparcie w swym rozwoju i edukacji otrzymują między innymi przy wykorzystywaniu metody harcerskiej. Nieprzetarty Szlak zdobywa stopniowo zaufanie społeczne. Objął swym oddziaływaniem dzieci i młodzież wyłączną z normalnego życia w społeczeństwie, izolowaną na skutek choroby, kalectwa lub niemożności dostosowania się do norm społecznych. Metoda harcerska stosowana w rehabilitacji dawała niespodziewanie dobre wyniki, stosowana w stosunku do młodzieży niedostosowanej społecznie daje jej szansę na powrót do społeczeństwa. Nadrzędnym celem pracy wychowawczej w drużynach „Nieprzetartego Szlaku” jest zapobieganie izolacji od rówieśników dzieci ze względu na chorobę, kalectwo, trudności w dostosowaniu się do norm społecznych oraz zainicjowania w nich poczucia własnej wartości i przydatności w środowisku, a także uczenie ich otwartości, pokonywania lęków i kompleksów, poprawianie sprawności fizycznej. Odbywa się to poprzez wyprowadzenie harcerzy z zamkniętych zakładów w otaczający teren i środowisko, a także na biwaki, wycieczki, obozy, zloty, gdzie mają okazję współpracować z rówieśnikami, nabywać umiejętności radzenia sobie w warunkach zwyczajnych jak też nadzwyczajnych. W harcerskich mundurkach zacierają się różnice, dzieci upodabniają się do siebie, a wspólna zabawa daje pełną integrację, dlatego drużyny „Nieprzetartego Szlaku” powinni być integralną i równorzędną częścią harcerskich obozów, zlotów, biwaków, gdzie ich uczestnicy będą mogli wykonywać tam

wszystkie zadania, uczestniczyć we wszystkich służbach. Dotychczasowe doświadczenia potwierdzają, że przy dyskretnej pieczy opiekunów i instruktorów zaangażowani w metodę harcerską radzą sobie z tym doskonale. Doceniają to zwykle kierownictwa szkół i innych zakładów dając dowody zaufania o Związku Harcerstwa Polskiego i jego instruktorów, wyrażając zgodę na wprowadzenie dzieci i młodzieży z placówek w otwarty świat.

2. Analiza wyników badań dotyczących opinii nauczycieli pod względem stosowania metody harcerskiej⁸

Ocena skuteczności metody harcerskiej w Szkole Specjalnej – analiza wywiadów

Moje badania przeprowadziłam w Zespole Szkół Specjalnych im. Jana Pawła II w Sokołowie Podlaskim przygotowując kwestionariusze wywiadu z odrębnymi pytaniami dla poszczególnych osób: pani Beaty Biernat dyrektora Zespołu Szkół Specjalnych w Sokołowie Podlaskim, pana Jerzego Marchela długoletniego instruktora harcerskiego, byłego nauczyciela i dyrektora szkoły specjalnej, założyciela pierwszej drużyny harcerskiej w szkole, państwa Anety i Grzegorza Nowotniaków obecnymi nauczycielami prowadzącymi drużynę harcerską „Duchy Lasu” oraz 10 uczniami- harcerzami. Po wstępnej rozmowie z osobami dorosłymi przekazałam im kwestionariusze w celu przemyślenia i udzielenia wyczerpujących odpowiedzi na piśmie. W przeprowadzeniu rozmów z dziećmi pomocy udzielili mi opiekunowie harcerzy państwo Nowotniakowie.

Pani Beata Biernat

Z odpowiedzi wynika, że nie była czynnym instruktorem harcerskim, natomiast w swojej poprzedniej pracy jako dyrektor szkoły wspierała działającą tam drużynę. Metodę harcerską w pracy szkoły ceni wysoko jako wsparcie dla programu dydaktycznego - wychowawczego szkoły. O ile drużyna dobrze pracuje jest dla uczniów atrakcyjna, wyzwala w nich aktywność, rozwija zainteresowania. W pracy z uczniami niepełnosprawnymi kształtuje samodzielność czyni ich bardziej otwartymi, leczą z kompleksów i zahamowań. Uczniowie należący do drużyny harcerskiej potrafią lepiej sobie radzić

⁸ Cieciera E., *Metoda harcerska w pracy z uczniami na podstawie badań przeprowadzonych w Zespole Szkół Specjalnych im. Jana Pawła II w Sokołowie Podlaskim, UPH, Siedlce 2017, praca magisterska, s. 37-45, 61-65.*

z trudnościami, nie mają tak wielkich problemów z komunikacją, łatwiej zawierają znajomości i przyjaźnie. Posiadają też większy zasób wiedzy ogólnej.

Najwyżej ocenia inicjatywy drużyny harcerskiej związane z akcją letnią (obozy, zloty), które dają uczniom możliwość aktywnego wypoczynku, rywalizacji sportowej, kształtują nawyki zdrowego trybu życia i higieny osobistej. Wspomagają integrację niepełnosprawnych uczniów i uczą radzenia sobie z problemami, które mogą wystąpić w dorosłym życiu. Jako dyrektor szkoły wspiera drużynę harcerską organizacyjnie udostępnia na wszelką aktywność pomieszczenia szkolne. Uwzględnia potrzeby drużyny w zakupach wyposażenia i sprzętu (namioty, mundury i inne akcesoria harcerskie). Umożliwia uczniom i nauczycielom wyjazdy. Współpracuje w tym zakresie z rodzicami. Pozostaje w bliskim kontakcie z władzami Sokołowskiego Hufca ZHP.

Jerzy Marchel

Przed podjęciem pracy w szkole specjalnej prowadził drużynę harcerską w Szkole Podstawowej w Skrzyszewie, działał w Hufcu ZHP. Jeździł z drużyną na obozy. Miał instruktorski stopień podharc mistrza. Po przeniesieniu do nowopowstałej szkoły specjalnej w Sokołowie Podlaskim pracował jako nauczyciel matematyki. Uczył starsze klasy szkoły podstawowej oraz zawodowej. Mając w pamięci swoje dobre doświadczenia harcerskie z poprzedniej pracy, wkrótce stwierdził, że jego uczniowie mogą być harcerzami i pomoże to w pracy wychowawczej i uzyskaniu lepszych wyników w nauce. Skontaktował się z Wydziałem Nieprzetartego Szlaku Głównej Kwatery Harcerstwa (dh. Marii Łyczko), wziął udział w kursie instruktorów NS i założył drużynę złożoną ze starszych chłopców.

Główne zajęcia w początkowym okresie to turystyka, wędrowki, biwakowanie, pionierka. Drużyna wkrótce została umundurowana przez sponsorów i po roku wyjechała na obóz Hufca. Na obozie harcerze w niczym nie ustępowali dzieciom ze szkół masowych, a pod względem umiejętności pionierskich górowali. Po powrocie z wakacji chętnych do harcerstwa okazało się tak wiele, że wkrótce powstał szczerp (związek kilku drużyn), a instruktorami zostało kilku nauczycieli. W tym okresie harcerze zdominowali życie szkoły, co zaowocowało wyraźnym spodkiem problemów wychowawczych i rewalidacyjnych. Nastąpiła moda na zdobywanie sprawności harcerskich, uczniowie wyróżniający się mieli szansę otrzymać nieodpłatnie mundur, około 30 dzieci wyjechało na obozy hufca, na wiosnę organizowano tygodniowe biwaki w Mołóżewie nad Bugiem. Było to możliwe dzięki dofinansowaniu kuratorium władz miasta, a także sponsorów, o co dzisiaj jest o wiele trudniej. Grupa najstarszych harcerzy w pewnym okresie stanowiła stałą grupę kwatermistrzowską tzn. przygotowującą teren obozu czasami dla 200 osób.

Jej członkowie mieli zapewniony bezpłatny udział w turnusie. W okresie tym aktywność drużyny harcerskiej była bardzo wysoka i przynosiła wymierne efekty wychowawcze i dydaktyczne. Chociaż atrakcyjne były obozy, biwaki, wędrowniki, drużyny w ciągu roku szkolnego również działały aktywnie. Organizowały różnego rodzaju konkursy, turnieje, gry i zabawy, wspólne obchody świąt, imienin, urodzin itp. Pan Jerzy Marchel wysoko ocenia pozytywny wpływ udziału ucznia w zajęciach harcerskich na jego wyniki w nauce i zachowanie. Praca w drużynie kształtuje w nim poczucie społecznych więzi z zespołem, poczucie koleżeństwa, potrzebę wzajemnej pomocy, zwłaszcza w stosunku do uczniów, którzy ze względu na swe ograniczenia takiej pomocy potrzebują. Zajęcia w drużynie harcerskiej integrują uczniów, uczą współodpowiedzialności nie tylko na swoje zachowania, ale i za efekty pracy całej grupy. Takie rezultaty wychowawcze nie zawsze można osiągnąć w systemie lekcyjnym. Harcerze w szkole byli z reguły dobrymi uczniami, zwłaszcza w praktycznej nauce zawodu. Wszyscy ukończyli szkołę zawodową i cieszyli się dobrą opinią w firmach, gdzie odbywali praktyki i wielu z nich znalazło stałe zatrudnienie.

Dla drużyny harcerskiej, zwłaszcza ze szkoły specjalnej ważny jest udział w przedsięwzięciach poza szkołą, gdzie uczestniczą harcerze ze szkół masowych. Drużyna z Zespołu Szkół Specjalnych brała udział w większości imprez organizowanych przez Komendę Hufca ZHP w Sokołowie Podlaskim, co dawało możliwość integracji z całym środowiskiem harcerskim. Nauczyciel prowadzący drużynę harcerską w szkole specjalnej, by osiągnąć sukces wychowawczy musi wykazywać większą inicjatywę i pomysłowość niż prowadzący normalne lekcje. Z jednej strony powinien być starszym druhem, życzliwym i serdecznym, z drugiej posiadać autorytet i utrzymywać w drużynie pewien rygor i dyscyplinę. Metoda harcerska zapewnia takie możliwości. Dyscyplinuje harcerzy sam mundur, musztra na wzór wojskowy, a także zasady prawa i przyrzeczenia harcerskiego. Ważne są takie kontakty drużynowego z rodzicami, którzy mogą służyć pomocą w wielu sprawach organizacyjnych. Dobrze jest jeśli grupę rodziców, wspólnie z kierownictwem szkoły uda się zorganizować w kole przyjaciół harcerstwa. Dobrze prowadzona i aktywna drużyna harcerska doskonale wspiera realizację planu dydaktyczno-wychowawczego szkoły i w miarę możliwości powinna funkcjonować w każdej szkole specjalnej. Przekonanie te pan Jerzy Marchel wyraża na podstawie własnych doświadczeń, które wyczerpująco opisuje odpowiadając na pytania wywiadu.

Aneta i Grzegorz Nowotniak

Ich związki z harcerstwem sięgają dzieciństwa. Oboje w pierwszych latach nauki w szkole podstawowej należeli do gromad zuchowych, później

do drużyn młodszoharcerskich. Opisują to szczegółowo odpowiadając na pytania wywiadu, podając nawet nazwy drużyn i nazwiska drużynowych oraz ważniejsze wydarzenia z harcerskiego życia, takie jak przyrzeczenia harcerskie, obozy, zobowiązania instruktorskie i początki samodzielnej pracy instruktorskiej. Pani Aneta po ukończeniu szkoły działała w harcerstwie sporadycznie, natomiast pan Grzegorz prowadził gromadę zuchową.

Inspiracją do reaktywowania drużyny harcerskiej w Zespole Szkół Specjalnych była przede wszystkim tradycja jaką w tym względzie szkoła posiadała, sugestie ze strony Komendantki Hufca ZHP oraz z jednego z nauczycieli długoletniego instruktora harcerskiego prowadzącego szczerp starszoharcerski poza szkołą oraz wyjazd z grupą dzieci na obóz w 2006 roku. Bardzo udany pobyt na obozie w Czarnusze na Mazurach, był czynnikiem decydującym. Zarówno pani Aneta jak i pan Grzegorz mają dobre przygotowanie do pracy harcerskiej. Ona ma stopień podharcmistra, on harcmistrza. Wielokrotnie uczestniczyli w kursach i szkoleniach organizowanych przez Sokołowski Hufiec ZHP Komendę Chorągwi Mazowieckiej i główną Kwaterę Harcerstwa, w tym kursach specjalistycznych dla instruktorów Nieprzetartego Szlaku. Za swą pracę byli wyróżnieni przez władzę związku harcerstwa. Pani Aneta posiada brązowy, a pan Grzegorz Srebrny Krzyż Zasługi dla ZHP. Są członkami Komendy Hufca ZHP w Sokołowie Podlaskim. Pan Grzegorz w latach 2007-2011 pełnił obowiązki Komendanta Hufca.

Działalność w harcerstwie daje im dużą satysfakcję, co zgodnie podkreślają w wypowiedziach. Za największe przedsięwzięcie uważają organizowany od ośmiu lat Ogólnopolski Zlot Drużyn Nieprzetartego Szlaku w Sokołowie, w którym co roku uczestniczy około 200 niepełnosprawnych harcerzy z całej Polski. Corocznie drużyna uczestniczy w zbiorce na Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy. Jesienią 2016 roku drużyna obchodziła swoje 10 urodziny. Szczególną satysfakcję dał im przyjazd na urodzinowy biwak wielu absolwentów szkoły, byłych harcerzy, a także liczny udział rodziców, dyrekcji szkoły i Komendy Hufca oraz zaprzyjaźnionych drużyn.

Najważniejszą zaletą metody harcerskiej jest możliwość symulowania różnych sytuacji życiowych, dzięki czemu u dzieci zwiększa się stopień ich rozumienia i adekwatnego zachowania, umiejętności radzenia sobie z nimi w życiu codziennym. Zwiększa to u harcerzy poczucie własnej wartości, pewności siebie, rozwija indywidualność, a jednocześnie poczucie własnej przydatności w zespole i środowisku szkolnym. Harcerze ze szkoły specjalnej z reguły górują nad pozostałymi uczniami umiejętnościami praktycznymi i zaradnością.

W kontekście wyników w nauce, przy ocenie wpływu przynależności do drużyny na harcerzy nie nadawane jest im pierwszorzędne znaczenie. W warunkach szkoły specjalnej zależą one od wielu czynników np. stopnia niepełnosprawności intelektualnej. Tym niemniej większość harcerzy osiąga pozytywne wyniki nauczania. Mniej jest natomiast problemów wychowawczych, ponieważ są bardziej odpowiedzialni i zdyscyplinowani. Harcerskie atrakcje jak wyjazdy na biwaki, zloty, obozy, są niejako nagrodą za pozytywne postawy uczniów i motywacją do kształtowania swojej osobowości. Wykorzystują to w swojej pracy inni nauczyciele. W pracy z drużyną starają się stosować możliwie szeroki zakres form i metod charakterystycznych dla metody harcerskiej. W miarę możliwości nie zmniejszając wymagań w stosunku do naszych harcerzy ze względu na ich niepełnosprawność. Kształtują w nich przekonanie, że są takimi samymi harcerzami jak wszyscy członkowie ZHP. Najczęściej zajęcia w zastępach i drużynie mają charakter gier i zabaw, ze zwróceniem szczególnej uwagi na kształtujące i wychowujące aspekty zabawy.

W rocznym cyklu pracy drużyny stawiany jest główny cel na każdy miesiąc. Na rok harcerski 2016/2017 przedstawiają się one następująco:

- wrzesień – rozpoczęcie roku harcerskiego, uroczysta zbiórka drużyny, konkurs na temat wspomnienia z wakacji;
- październik - „urodziny drużyny”, biwak, impreza z tortem i zaproszonymi gośćmi (komendanta hufca, dyrekcja szkoły, rodzice, zaprzyjaźnione drużyny);
- listopad - przygotowania i udział w ogólnopolskim zlocie drużyn „nieprzetartego szlaku” w sokołowie podlaskim;
- grudzień - imprezy świąteczno-gwiazdkowe, „mikołajki”, wspólna wigilia Bożego Narodzenia;
- styczeń/ luty - karnawałowy bal przebierańców;
- marzec - powitanie wiosny, wycieczka z topieniem marzanny;
- kwiecień – wiosenny biwak z grą terenową i konkursem na temat zmian zachodzących w przyrodzie;
- maj - przygotowanie i udział w dniach kultury harcerskiej organizowanych przez sokołowski hufiec zhp;
- czerwiec - biwak z imprezą świętojańską, puszczaniem wianków, przygotowanie do obozu letniego;
- lipiec - udział w obozie harcerskim w ramach akcji letniej hufca sokołów w Orzyszu na Mazurach.

Z przeprowadzonych wywiadów wynika, że wszyscy wypowiedający się wysoko cenią przydatność metody harcerskiej w pracy dydaktyczno- wy-

chowawczej. Daje ona szczególnie dobre rezultaty w warunkach szkoły specjalnej, gdzie najważniejszym celem jest rehabilitacja. Przeprowadzone badania ujawniły jak rzadko stosowana jest metoda harcerska. Zdecydowanie należałoby podnieść poziom edukacji właśnie w tym aspekcie, a przede wszystkim rozpowszechnić. Z pewnością grupy, w których wykorzystuje się metodę harcerską różnią się od tych gdzie jej się nie stosuje. Nieustanne zmiany na poszczególnych szczeblach edukacji bardzo często wprowadzają chaos i wymuszają wprowadzenie tak zwanych stanów przejściowych. Należy się zastanowić nad niecelowymi zmianami programów nauczania, na poczet rozpowszechniania już sprawdzonych, jak tych wykorzystujących metodę harcerską, wykazujących wiele pozytywnych cech.

Uczniowie – uczestnicy drużyny harcerskiej

Swoje wywiady przeprowadziłam również z grupą dzieci należących do drużyny harcerskiej „Duchy Lasu”. W wywiadzie uczestniczyło 10 dzieci wśród nich znajdowało się 6 chłopców oraz 4 dziewcząt. Przedział wiekowy wahała się od 10 do 16 lat.

- 10 lat - 2 dziewczynki, 1 chłopiec
- 14 lat - 1 dziewczynka, 3 chłopców
- 16 lat – 1 dziewczynka, 2 chłopców.

Na pierwsze pytanie o które zapytałam „dlaczego zostałeś harcerzem” w dwóch przypadkach dzieci wymieniły tradycje rodzinne „*mama i babcia były harcerkami, namówiły mnie siostry, które były w drużynach*” dwa razy też namowy kolegów. Jeden z harcerzy podkreślił swoją fascynację mundurem, apelami oraz meldowaniem jak w wojsku. Najczęstszym motywem decydującym o przynależności do drużyny są bardzo pozytywne wrażenia jakie pozostawiły pierwsze przeżycia obozowe. O czym świadczą następujące wypowiedzi: „*drużyna zabrała mnie na wyjazd i się mi spodobało. Pojechałam było super dobre jedzenie i dyskoteka*”, „*rodzice wystali mnie na obóz harcerski i już zostałam Duchem Lasu i jestem do dziś*”. Jeden z uczniów deklaruje: „*Jak skończę szkołę to też będę w Duchach Lasu*”. Większość podkreśla atrakcje jakie daje przynależność do drużyny- wyjazdy, obozy, zloty, biwaki, wycieczki. Dzieci na ogół nie potrafiły precyzyjnie określić jak długo należą do harcerstwa. Zwykle mówią: jakieś 3, 4, 5, 7 lat albo „*jak miałam 10 lat pierwszy raz pojechałam na swój pierwszy obóz*”. Odpowiadając na pytanie o umiejętnościach nabywanych podczas zajęć harcerskich wymieniają najczęściej naukę piosenek, płaśów, rysunku i majsterkowanie, tańca. Tylko trzy osoby wskazały grę na gitarze. Są też wypowiedzi dotyczące umiejętności typowo harcerskich takich jak: musztry jak w wojsku, meldowanie, gier terenowych, posługiwania się mapą, stawiania namiotów, rozpalania

ogniska, cztery osoby stwierdzają też, że zajęcia harcerskie uczą zaradności, samodzielności, życzliwości dla innych ludzi i pomocy potrzebującym.

Jeden z harcerzy mówi, że „zawsze trzeba się uśmiechać, bo to pomaga...” oraz „że trzeba znać prawo harcerskie, żeby dostać krzyż harcerski”. Jedna z dziewczynek twierdzi „jak jestem w mundurze, to czuje się lepsza, ale nie od innych, ale tak w ogóle lepszym człowiekiem”.

Uczniowie są też przekonani, że harcerstwo pomaga w osiągnięciu lepszych wyników w nauce, co uzasadniają następująco:

- „uczymy się dużo innych rzeczy niż na lekcjach;
- „dużo jeździmy po Polsce i poznajemy kraj, zwiedzamy zabytki”;
- „ja to lepiej czytam i znam więcej piosenek”;
- „nauczyciele straszą, że wszystko powiedzą drużynowym, jak się podpadnie i nas nie zaborą na obóz, albo zlot, a jeździć warto”;
- „na grach terenowych trzeba dużo wiedzieć: kompas, mapa, historia, pierwsza pomoc, śpiew. Ja to śpiewać nie lubiłem, ale teraz to się nie wstydzę”;
- „chce się chodzić do szkoły, bo harcerze umieją więcej niż inny”.

W ocenie wszystkich harcerzy zajęcia w drużynie są ciekawe i wesołe. Niektórzy wypowiadają się o nich wręcz entuzjastycznie. Odpowiedzi wskazują na różnorodność zainteresowań. Prawie każdy uzasadnia to, że zajęcia są interesujące.

Dzieci używając różnych form wypowiedzi jednoznacznie podkreślały tylko i wyłącznie pozytywne aspekty metody harcerskiej⁹.

Odpowiedzi na pytanie: czy chcieliby być podobni do swoich drużynowych, najpełniej wyrażają stosunek harcerzy do swoich opiekunów i charakteryzują atmosferę panującą w drużynie. Wszyscy chcieliby być jak druh i druhna, ale jedna harcerka ma wątpliwości, czy by sprostowała zadaniom: „chyba nie potrafiłabym być tak pozytywną osobą jak oni”. Większości imponuje umiejętności drużynowych, takie jak gra na gitarze, malowanie, śpiewanie, wiedza harcerska, posiadanie stopni instruktorskich, odznaczeń.

⁹ „Na pewno ciekawe, bo coraz to więcej dzieciaków przychodzi, nawet jak skończyli szkołę...”, „spotykamy się jak w rodzinie. Razem się bawimy i spędzamy święta”, „szczególnie, kiedy mamy grę terenową i trzeba latać po mieście i pytać ludzi o różne rzeczy”, „drużynowi zawsze coś wymyślają, że się nie spodziewamy, urządzamy dyskoteki, bale przebierańców, mikołajki”, „druhna uczy jak się znać na mapie, gotować obiad dla drużyny, piec ciasta, robić tort”, „śpiewamy piosenki, uczymy się pierwszej pomocy, zawsze jest super, aż do domu się nie chce wracać”, „nigdy nie jest tak samo, wszyscy się dobrze bawią”, „jest ciekawie, bo jest dużo musztry i mogę meldować”, „druh to się zawsze wygłupia i jest wtedy dużo śmiechu”.

Pięcioro harcerzy bardzo mocno podkreśliło życzliwość i opiekuńczość drużynowych, typu: gotowość do pomocy i dobrej rady. U niektórych wynika to z potrzeby rekompensaty braku tych cech u najbliższych w rodzinnym domu. Świadczą o tym następujące wypowiedzi:

- „Oni są jak ojciec i matka. Zresztą druh mówi często do mnie synku. Bo ja ojca nie mam i chciałbym mieć takiego tatę jak druh”
- „Jak będę miała swoje dzieci chciałabym być taka jak oni. Bo oni jak wyjeżdżamy, to zabierają swoje córki Dominikę, Alicję a teraz tę małą Zosię”
- „Oni są fajnymi rodzicami dla swoich dziewczynek, a Zosia to zawsze z nimi jeździ”
- „Potrafią nam pomóc zawsze i przytulić jak trzeba, pocieszyć i wszystko wiedzą”
- „Nie wiem czy jak skończą szkołę, to poradzę bez pocieszeń, pochwał i rad drużny i druha. Oni zawsze mają jakieś odpowiedzi”.

Odpowiedzi na to pytanie świadczą o tym, że drużynowi cieszą się wśród swych harcerzy sympatią, autorytetem oraz stanowią dla swoich podopiecznych odpowiedni wzorzec osobowościowy godny naśladowania.

Próba odpowiedzi na postawione pytania problemowe

Analiza wyników badań pozwoliła mi na udzielenie odpowiedzi na postawione problemy badawcze. W odpowiedzi na pierwszy postawiony problem, jakie formy pracy i metody harcerskie stosowane są w szkole specjalnej wynika, że w drużynie stosowany jest szeroki wachlarz form pracy przewidywanych w metodzie harcerskiej, a także wypracowanych przez samych harcerzy jak piosenka czy pług drużyny, którymi rozpoczyna się zbiórka.

Zbiórka drużyny jest podstawową formą pracy, na której podsumowuje się wcześniej wykonane zadania w zastępach. Jak omówienia i ewentualne pochwały drużynowych mają znaczenie motywacyjne, dają harcerzom satysfakcję i zadowolenie z wykonanej pracy. Formy metody harcerskiej takie jak apel, meldowanie na wzór wojskowy, a także mundur i odznaki harcerskie mają znaczenie dyscyplinujące i podobają się harcerzom, zwłaszcza chłopcom. znaczenie poznawcze i rozwijające zainteresowania mają organizowane przez drużynowych wycieczki oraz udział w różnego rodzaju przedsięwzięciach artystycznych, jak na przykład przygotowania i udział w tradycyjnych Dniach Kultury Harcerskiej. Służą temu również często organizowane quizy i konkursy na różne tematy. Praktyczne umiejętności harcerskie pozwalają zdobywać organizowane w ciągu roku szkolnego biwa-

ki i udział w obozie harcerskim o okresie wakacji. Kształtują one zaradności, dają liczne umiejętności praktyczne (pionierka obozowa, stawianie namiotów, czytanie mapy itp.) rozwijają potrzebę współdziałania, poczucie koleżeństwa i przynależność do zespołu, jakim jest zastęp i drużyna.

Z odpowiedzi na drugi postawiony problem czy i jaki jest związek między udziałem ucznia w zajęciach harcerskich, a społecznym funkcjonowaniem wynika, że jest on w dużym stopniu widoczny. Harcerze w większości wyróżniają się cechami pozytywnymi, są chętni do różnego rodzaju prac, wykazują więcej inicjatywy, są bardziej życzliwi w stosunkach z kolegami.

Trzeci problem badawczy, dotyczący poziomu przygotowania nauczycieli do pracy z drużyną harcerską, w wyniku przeprowadzonych badań ma rozwiązanie w pozytywnym znaczeniu stosowania metody harcerskiej. Przebadani nauczyciele są związani z harcerstwem od dzieciństwa. Działalnością instruktora harcerskiego zajmują się od wielu lat, przeszli wiele kursów i szkoleń organizowanych przez Związek Harcerstwa Polskiego od szczebla hufca do centrali, uzyskali wysokie stopnie instruktorskie.

We własnej ocenie są dobrze przygotowani do pomyślnej pracy z drużyną. Stopień zainteresowania metodą harcerską nauczycieli nie pracujących bezpośrednio z drużyną jest różny. W większości uważają ją za pożyteczną i w pracy stosują niektóre jej elementy.

Zakończenie

Wybierając temat swojej pracy magisterskiej i przystępując do zbierania niezbędnych materiałów nie miałam własnych doświadczeń harcerskich, a moja wiedza o harcerstwie była bardzo ograniczona. Mimo to harcerstwo jako organizacja wychowawcza dla dzieci i młodzieży zacięła mi się, ze względu na moje pedagogiczne zainteresowania. Dlatego swoją pracę poświęciłam właśnie metodzie harcerskiej.

Nawiązałam kontakty ze środowiskiem instruktorów harcerskich z Hufca ZHP w Sokołowie Podlaskim, dyrekcją i nauczycielami tamtejszego Zespołu Szkół Specjalnych. Za przedmiot moich badań wybrałam działającą tam drużynę harcerską Nieprzetartego Szlaku. W trakcie planowania pracy starałam się poznać praktyczne zastosowanie metody harcerskiej w nauczaniu, wychowaniu i rewalidacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie. Część teoretyczną pracy oparłam głównie na klasycznej książce A. Kamińskiego „Nauczanie i wychowanie metodą harcerską”, a także na publikacjach dotyczących harcerstwa współczesnego, ze szczególnym uwzględnieniem

niem „Nieprzetartego Szlaku”, jako działu harcerstwa zajmującego się dziećmi i młodzieżą niepełnosprawną.

Zbierając materiały do pracy przeprowadziłam wiele rozmów z działaczami Związku Harcerstwa Polskiego, byłymi i czynnymi instruktorami, a także samymi harcerzami. Brałam udział w zbiorach drużyny i innych zajęciach harcerskich, co pozwoliło mi na czynną obserwację. Swymi przemyśleniami i doświadczeniami podzielili się w wywiadach instruktorzy pracujący z harcerzami Szkoły Specjalnej, w tym założyciel drużyny harcerskiej.

Dało mi to przekonanie, że metoda harcerska może być nadal z powodzeniem stosowana w pracy wychowawczej, dydaktycznej i rewalidacyjnej. W prawdzie jej znaczenie jest mniejsze niż przed epoką Internetu i powszechnego dostępu młodzieży do innych atrakcji i rozrywek, ale umiejętnie wykorzystywana i skorelowana z aktualnymi możliwościami technicznymi, audiowizualnymi itp. jest nadal bardzo przydatna.

Metoda harcerska jest trudna do zastąpienia jako środek do osiągnięcia takich celów wychowawczych jak:

- Kształtowanie w dzieciach i młodzieży empatii, życiowych stosunków do rówieśników, środowiska szkolnego, rodzinnego i społecznego, gotowość do niesienia pomocy innym. Wszystkie te cech wszystkie te cech zawarte są w dekalogu harcerza, Prawie Harcerskim, na które każdy harcerz składa przyrzeczenie. Świadomość tego więcej znaczy niż uwagi, pouczenia karcenie przez nauczycieli, a często także rodziców.
- Rozwijanie poczucia własnej wartości, pewności siebie, leczenia kompleksów co jest szczególnie ważne dla młodzieży niepełnosprawnej. Harcerstwo stwarza możliwość częstych kontaktów z młodzieżą w pełni sprawną. Wspólne zajęcia pozwalają na daleko idącą integrację, będącą wielką korzyścią wychowawczą dla obu stron.
- Kształtowanie więzi społecznych, poczucia własnej przydatności w zespole, klasie, drużynie harcerskiej, a także w miejscu zamieszkania. W sensie ogólnospołecznym wielką rolę odgrywa tu między innymi udział w akcjach Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, w czym harcerze uczestniczą z chęcią i wielkim zaangażowaniem.
- Umacnianie poczucia odpowiedzialności za siebie i innych. Motywacja do samodoskonalenia przez zdobywanie wiedzy, wynikającej z Prawa Harcerskiego, etyczny styl życia, umacniania w sobie wewnętrznej dyscypliny.
- Rozwijanie różnorodnych zainteresowań, w tym artystycznych, sportowych, naukowych oraz zapewnienie możliwości do ich realizacji harcerstwie pomagają temu drużyny specjalistyczne (radiotechniczne, że-

glarskie, kajakerskie, teatralne i inne). Biwaki i wędrowniki sprawiają, że harcerz ma właściwy stosunek do przyrody i zna ją na ogół lepiej niż rówieśnicy.

- Osiągnięcie różnych umiejętności praktycznych. Wyrabianie w uczniach zaradności i zdolności do radzenia sobie w różnych sytuacjach. Umiejętności praktyczne dają możliwość zdobywania najróżniejszych sprawności, których regulamin przewiduje ponad osiemdziesiąt. Zaradność przynosi udział w biwakach i obozach, gdzie warunki bywają prymitywne, ale harcerze uczą się radzenia sobie bez pomocy rodziców czy opiekunów. Stopień trudności musi tu być adekwatny do wieku i poziomu sprawności wychowanków.

Powyższe cele doskonale ukazane są w Szkole Specjalnej w Sokołowie Podlaskim. Na podstawie tej szkoły śmiało można stwierdzić, że metoda harcerska odgrywa bardzo ważną rolę w życiu szkoły i jest na każdym kroku wykorzystywana i cieszy się ogromnym powodzeniem nie tylko ze strony nauczycieli, ale również uczniów. Szkoła specjalna nie wyobraża sobie dalszego funkcjonowania bez harcerstwa. Dzięki tej metodzie dzieci i młodzież niepełnosprawna jest bardziej otwarta, samodzielna, bez kompleksów, umiejąca poradzić sobie w każdej sytuacji życiowej. Harcerstwo pozwoliło uczniom pogłębiać swoją wiedzę, a także umożliwia podróżowanie i zwiedzanie nowych miejsc, ale również pozwala na rozwijanie własnych zainteresowań oraz pasji. Śmiało można stwierdzić, że dzięki tej metodzie dzieci ze szkoły specjalnej są bardziej uśmiechnięte i mimo swojej niepełnosprawności nie czują się od nikogo gorsi, a nawet potrafią śmiało zawstydzić nie jedną osobę w pełni sprawną.

Dlatego uważam, że metoda harcerska powinna być bardziej rozpowszechniana i stosowana nie tylko w szkołach specjalnych, ale i innych placówkach wychowawczych. Jest to metoda, którą każdy pedagog powinien znać i stosować w praktycznej pracy z dziećmi i młodzieżą. Metoda harcerska powinna być również wprowadzona w program studiów pedagogicznych zwłaszcza na kierunkach opiekuńczo-wychowawczych.

Bibliografia

- Małkowski G., Stech K. (red.), *Na tropie harcerskiej metodyki 100 lat harcerstwa polskiego*, Zielona Góra, 2011,
Kamiński A., *Nauczanie i wychowanie metodą harcerską*, wyd. Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej, Warszawa 2001,

- Małkowski A., *Jak skauci pracują*, wyd. Krajowa Agencja Wydawnicza, Kraków 1990,
- Sowa J. Niedzielski Z., *Metoda pracy Harcerskiej w zarysie*, wyd. Oświatowe FORSZE, Rzeszów 2003
- Cieciera E., *Metoda harcerska w pracy z uczniami na podstawie badań przeprowadzonych w Zespole Szkół Specjalnych im. Jana Pawła II w Sokółowie Podlaskim*, UPH, Siedlce 2017, praca magisterska.

Magdalena Maria Ślusarczyk

Studenckie Koło Naukowe Resocjalizacji i Profilaktyki Społecznej
Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach
Wydział Humanistyczny

Działania zapobiegające ekskluzji społecznej.

Perspektywa działań pedagoga

Actions preventing the social exclusion.

Prospect of action of the teacher

Streszczenie: Inkluzja społeczna to pewien stan, który wymaga od szkoły wyjścia naprzeciw potrzebom ucznia. W myśl inkluzji społecznej programy szkolne powinny być rekonstruowane i nakierunkowane na ucznia jako jednostkę indywidualną. Działania włączające koncentrują się więc na akceptacji różnorodności, ogólnym udostępnianiu edukacji, wprowadzaniu świadczeń dla odpowiednich grup dzieci bez wykluczania ich. Szkoła jest miejscem, gdzie idea edukacji inkluzyjnej powinna być wdrażana i realizowana a jedną z osób, która powinna być aktywna w tym obszarze jest pedagog, nauczyciel. Mówiąc o inkluzji w edukacji należy zauważyć, że powinna się ona opierać o trzy podstawowe wymiary: psychologiczny, pedagogiczny i socjologiczny. W odniesieniu do tych obszarów najważniejszymi kwestiami inkluzji jest normalizacja, aktywne uczestniczenie i akceptacja różnorodności. W tworzeniu przestrzeni edukacji włączającej główną rolę przypisuje się nauczycielowi. To za jego osobą stoi tworzenie warunków społeczno-emocjonalnych, właściwego klimatu emocjonalnego, relacji i komunikacji w społeczności szkolnej i klasowej. Warto zaznaczyć, że edukacja inkluzyjna staje się tym aspektem polskiej szkoły, który jest konieczny ze względu na postępujące zmiany w przepisach prawa. Zaprezentowany artykuł ma więc na celu przedstawienie działań pedagoga, nauczyciela w

Słowa kluczowe: edukacja włączająca, inkluzja społeczna, ekskluzja społeczna, nauczyciel, szkoła w kontekście działań zapobiegających ekskluzji społecznej

Abstract: Social inclusion is a condition that requires the school to meet the needs of the student. Inclusive activities focus on the acceptance of diversity, the general provision of education, the provision of benefits to the appropriate groups of children without excluding them. School is a place where the idea of inclusion should be implemented and realized. One of the people who should lead in this area is the teacher, pedagogue. This article aims to present the pedagogue's activities in the context of measures to prevent social exclusion.

Keywords: including education, social inclusion, social exclusion, teacher, school

Edukacja inkluzyjna (włączająca) tworzy podstawy teoretyczne do przeprowadzenia prawidłowego przebiegu procesu edukacji włączającej i osiągnięcia określonych wartości kulturowych przez ucznia i wychowanka. Nie

wpisuje się jednak w dyskusję na temat doktryn aksjologicznych, które są obecne we współczesnych teoriach kształcenia i wychowania. Koncepcja edukacji inkluzyjnej jest coraz to bardziej popularną ideą, która okazuje się być coraz częściej wiodącym sposobem wyjaśniania spraw psychospołecznych, problemów edukacyjnych i readaptacyjnych dzieci i młodzieży. Miejscem gdzie idea inkluzji społecznej może być wdrażana i realizowana w sposób zadawalający jest szkoła [S. Sobczak, B. Gaik, 2015, s. 217-218].

W dostępnej literaturze spotyka się wiele definicji terminu inkluzji społecznej. Tamara Zacharuk dokonując podsumowania terminologicznego w obrębie terminu inkluzji proponuje podejście do tego faktu jako pewnego stanu, który wymaga wyjścia współczesnej szkoły naprzeciw uczniom. Podkreśla się tu konieczność rekonstrukcji programów, które w domyśle włączającym muszą być skierowane do uczniów jako jednostek indywidualnych. Idea ta musi być widoczna we wszystkich fazach edukacji, typach szkół. Działania włączające koncentrują się więc na akceptacji różnorodności, ogólnym udostępnianiu edukacji, wprowadzaniu świadczeń dla odpowiednich grup dzieci bez wykluczania ich. Inkluzja społeczna jest ciągłym i nigdy nie kończącym się procesem poszukiwania rozwiązań problemu odmienności. Zadaniem inkluzji społecznej jest zbieranie informacji, przetwarzanie ich a następnie konstruowanie udogodnień, planowanie ich i wykonywanie [Zacharuk, 2008, s. 34-36].

Jak podaje Jolanta Rafał-Łuniewska z Ośrodka Rozwoju Edukacji inkluzja społeczna to fakt, dzięki któremu dziecko powinno mieć dostęp do edukacji w swoim środowisku lokalnym (na poziomie gminy, powiatu). Edukacja włączająca to pewien rodzaj uczenia się normalności. Dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi są obecne w środowisku a w związku z tym niezwykle wartościowym jest fakt nawiązywania z nimi kontaktu, odpowiednie udzielanie pomocy, wspieranie a nie wyręczanie. Edukacja włączająca pomaga w odczytywaniu potrzeb tych dzieci. Wzajemny kontakt jest naturalną sytuacją do wspólnego uczenia się, poznawania swoich mocnych i słabych stron. Edukacja włączająca (inkluzyjna) jest wzrastaniem w człowieczeństwie a tylko aktem, gestem czy pojedynczym działaniem. Jest stałym poszukiwaniem takich form pracy z dzieckiem i rodzicem, aby realizowana była idea równych praw, szacunku do tożsamości i indywidualności. Edukacja włączająca to również wspieranie ale nie wyręczanie, nauka bycia z drugim człowiekiem, grupą ludzi w myśl uruchamiania procesu społecznej integra-

cji. Integracja¹ ta ma być pozytywnym wpływaniem na rozwój społeczny dziecka i całej społeczności szkolnej [Rafał Łuniewska, *Zmiany warunków organizowania kształcenia specjalnego*, s. 3-4].

Mówiąc o edukacji włączającej należy zauważyć trzy etapy edukacji:

- 1) edukację segregacyjną
- 2) edukację integracyjną
- 3) edukację włączającą

Pierwszy ty jest związany z przekonaniem, że dzieci z dysfunkcjami powinny być nauczane w szkołach specjalnych, z przygotowanym dla nich programem nauczania i nauczycielami specjalnie pod tym kątem kształconymi. Edukacja włączająca wychodzi naprzeciw tym przekonaniom, łamiąc ten stereotypowy model myślenia. Każdy człowiek ma prawo do pobierania nauki w najbliższym mu otoczeniu. Ma prawo do pełnego uczestnictwa we wszystkich aspektach życia, w tym równych szans edukacyjnych. Włączanie polega na edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi z ich rówieśnikami, w otoczeniu najbliższym ich miejscu zamieszkania. Grupa uczniów ze specjalnymi potrzebami to ok. 20% całej populacji uczniowskiej. Zadaniem obowiązkowym jest więc stworzyć takie warunki nauki by nie zaistniała konieczność uczenia tej grupy poza środowiskiem lokalnym [Tarwacki, *Edukacja włączająca – przyszłość polskiej edukacji*, s. 1].

Współczesna szkoła stoi przed trudnym zadaniem. Wykluczenie społeczne jest jednym z największych problemów współczesnego społeczeństwa. Za ekskluzję społeczną uważa się sytuację, gdy jednostka nie ma zapewnionego prawa do realizacji podstawowych praw socjalnych, które są jej gwarantowane przez prawa międzynarodowe. Pojedynczy człowiek lub cała grupa społeczna może odczuwać wykluczenie społeczne w różnych kontekstach. Jednostka bądź grupa może być wykluczona w różnym stopniu z uczestniczenia w niektórych lub wszystkich dobrach. Do grup najbardziej zagrożonych wykluczeniem społecznym zalicza się: dzieci i młodzież, upośledzone rodziny, ludzi starszych, bezdomnych, emigrantów i uchodźców, jednostki nadużywające alkoholu, zażywające narkotyki, ludzi mających problemy ze zdrowiem psychicznym, niepełnosprawnych, bezrobotnych i kobiety [Zacharuk, 2008 s. 12-13].

Mówiąc o inkluzji w edukacji należy zauważyć, że powinna się ona opierać o trzy podstawowe wymiary: psychologiczny, pedagogiczny i socjologiczny. W odniesieniu do tych obszarów najważniejszymi kwestiami inklu-

¹ Warto wspomnieć, że to co w Polsce nazywa się *inkluzją społeczną* w innych państwach nosi nazwę *pełnej integracji* a w innych zupełnie zrezygnowano z używania tego terminu.

zji jest normalizacja, aktywne uczestniczenie i akceptacja różnorodności. Te trzy terminy wydają się być ze sobą powiązane realizacyjnie, w związku z czym to poprzez nie tworzone są warunki i działania dające efektywność edukacyjną i społeczne włączenie [Babiarz, Rutkowski, 2015].

Edukacja inkluzyjna staje się tym aspektem polskiej szkoły, który jest konieczny ze względu na postępujące zmiany w przepisach prawa. Dziś rodzice mają moc sprawczą względem tego, gdzie będą uczyć się ich dzieci. To właśnie rodzic podejmuje decyzje o posłaniu dziecka do szkoły ogólnodostępnej, szkoły z klasami integracyjnymi czy szkoły specjalnej. To od podjętych szkół lokalną działań zależy czy rodzice zdobędą się na odwagę i zaufanie aby ich dziecko podjęło kształcenie w tej placówce [Tarwacki, *Edukacja włączająca – przyszłość polskiej edukacji*, s. 1-2].

Wprowadzenie w szkołach myślenia inkluzyjnego (włączającego) przynosi ze sobą wiele korzyści. Szkoła podnosi jakość świadczonych przez nią usług oraz ich ilość. Zmieniają się na lepsze postawy uczniów wobec rówieśników ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Stała obecność edukacji inkluzyjnej w życiu młodego człowieka wpływa korzystnie na jego usamodzielnienie się i start w dorosłe życie. W punkcie finansowego- utrzymanie szkół integracyjnych i specjalnych jest bardzo kosztowne. Organizując edukację inkluzyjną powstałe koszty niwelują się² [Rafał-Łuniewska, *Zmiany warunków organizowania kształcenia specjalnego*, s. 1-2].

Szkoła by w pełni realizować zamierzenia inkluzyjna powinna realizować szereg działań. Do zadań szkoły należy: 1) przekształcanie klimatu kulturowego, polityki i praktyki, tak aby szkoła wychodziła naprzeciw różnorodności, 2) zapewnienie osiągnięć wszystkim uczniom a nie tylko tym narażonym na wykluczenie społeczne, z niepełnosprawnością czy specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, 3) wsparcie nauczyciela, który musi czuć się wspomagany w wysiłkach, odpowiedzialny i zmotywowany do stałego poszukiwania nowych form nauczania wszystkich uczniów. To poglądy nauczyciela, jego działania i postawa tworzy klimat sprzyjający edukacji inkluzyjnej [Firkowska-Mankiewicz, *Edukacja włączająca zadaniem na dziś polskiej szkoły*, s. 17-18].

Przestrzeń edukacyjna jest jedną z najważniejszych przestrzeni funkcjonowania dziecka i osób dorosłych uczących się. Młody człowiek nabywa w niej określonych umiejętności przygotowujących go do pełnego i świadomo-

² Teza ta jest ryzykowna ze względu na fakt, że z punktu widzenia szkół masowych koszty te wzrastają, wzrasta również subwencja gdyż nie każde dziecko z niepełnosprawnością otrzymuje fundusze finansowe. Słuszność tezy, dowodzącej o niwelowaniu się kosztów podczas organizowania edukacji inkluzyjnej postaram się udowodnić czytelnikowi w dalszej części artykułu.

mego dorosłego życia. W tworzeniu przestrzeni edukacji włączającej główną rolę przypisuje się nauczycielowi. To za jego osobą stoi tworzenie warunków społeczno-emocjonalnych, właściwego klimatu emocjonalnego, relacji i komunikacji w społeczności szkolnej i klasowej. Nauczyciel musi potrafić tak dobrać formę wsparcia dziecka aby była ona dostosowana do jego potrzeb. Bardzo ważną cechą jest jego elastyczność. To nauczyciel musi w sposób racjonalny dopasować treści programowe do ucznia. W jego gestii jest również taki ich wybór, aby w sposób jak najbardziej efektywny zmotywować dziecko do działania. Kwestią fundamentalną wydają się być również różnorodna forma wspierania rozwoju postępów dziecka co idzie w parze z partnerskimi relacjami z rodzicami i rodziną ucznia [Babiarz, Rutkowski, 2015, s. 50-51].

Podchodząc do inkluzji społecznej całościowo ważną kwestią jest dostrzeżenie faktu, że wpisuje się ona przeciw w standard kompetencji współczesnego pedagoga. Edukacja włączająca opiera się bowiem na tolerancji i akceptacji. Ważnym atrybutem współczesnego pedagoga jest poszukiwanie przyczyn problemu, twórcze i elastyczne myślenie. Polega w dużej mierze na ciągłej modyfikacji systemu oceniania, pracy ucznia z grupą rówieśniczą oraz stawianiu celów, które są osiągalne. Kwestią kluczową w edukacji inkluzyjnej jest przekonanie, że różnorodność jest wartością zawsze dodatnią. Nauczyciel, pedagog w edukacji inkluzyjnej musi być otwarty na inny, niestandardowy sposób uczenia się i nauczania. Nauczanie jest często procesem odbiegającym od klasycznego modelu a wspomniany uczeń jest osobą odbiegającą od wizerunku typowego ucznia ze specjalnymi potrzebami [Babiarz, Rutkowski, 2015, s. 51].

W przestrzeni edukacyjnej przekazywana jest kultura danej grupy społecznej, definiuje się jej tożsamość. Człowiek nabywa wszechstronnych kompetencji niezbędnych do dalszego życia. Jak podają M. Babiarz i M. Rutkowski (powołując się na wyniki projektu Europejskiej Agencji Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami) najważniejszymi dla nauczyciela wartościami odnoszącymi się do modelu edukacji włączającej są: docenienie różnorodności każdej jednostki, wspieranie wszystkich uczniów, nastawienie na współpracę oraz osobisty rozwój zawodowy [Babiarz, Rutkowski, 2015, s. 48].

Nauczyciel w modelu edukacji inkluzyjnej jest niejako zobowiązany do akceptacji określonego systemu postaw i wartości. Wynika to bowiem, i jest uwarunkowane, w skuteczności podejmowanych przez niego działań. Zdaniem Danuty Al-Khamisy nauczyciel pracujący w placówkach włączających powinien odznaczać się pewnymi szczególnymi kompetencjami. Należy

tu wymieć umiejętność rozpoznawania i zaspokajania różnorodnych potrzeb edukacyjnych uczniów, postawę otwartości na współpracę z rodzicami i rodzinami uczniów oraz umiejętność pracy w zespole ułatwiającą skuteczną współpracę z innymi nauczycielami oraz specjalistami zarówno w szkole jak i poza nią [Al-Khamisy, 2016, s. 31].

W edukacji włączającej istotną kwestią dla pedagoga i nauczyciela powinno być uświadomienie sobie celu procesu uczenia się. Jest to bardzo ważny problem, gdyż nauczanie nie powinno być nastawione na opanowanie określonych treści. W modelu edukacji włączającej kładzie się nacisk na rozwijanie umiejętności już istniejących, kształtowanie nowych czy w niektórych przypadkach na modelowanie trwałych nawyków zachowania, tzw. postaw. Rzeczą, której nauczyciel i pedagog powinien poświęcić dużo czasu jest modyfikowanie ogólnodostępnych metod oceniania. Chodzi tu o stosowanie tzw. oceniania włączającego. Jest to taki sposób oceniania, który ma wspomagać proces uczenia się wszystkich uczniów, przyczyniając się to uczestnictwa w edukacji ogólnodostępnej wszystkich dzieci [Al-Khamisy, 2016, s. 32].

Pedagog w modelu edukacji inkluzyjnej to osoba, która poprzez swoje kompetencje potrafi wyeliminować lub zniwelować bariery. Przestrzeń włączenia jako przestrzeń różnorodności wymaga od nauczyciela przeciwstawiania się postawom dyskryminującym drugą osobę i empatycznego podejścia do uczniów zróżnicowanych pod względem potrzeb. Nauczyciel musi mieć świadomość i przekonanie o tym, że bycie innym jest naturalne i traktować fakt bycia innym jako zaletę. Współcześnie ważne jest również uświadomienie sobie przez nauczyciela, że ma on moc sprawczą względem poczucia własnej wartości dziecka i jego kluczowym zadaniem jest podniesienie tego poczucia. To od poczucia własnej wartości zależy potencjał rozwojowy dziecka [Babiarz, Rutkowski, 2015, s. 48].

Bibliografia

- Al.- Khamisy D., 2016: *Nauczyciele wobec dylematu za czy przeciw inkluzji. Inkluzja, jako hasło czy rzeczywistość?*, [w:] L. Pytka, T. Zacharuk, M. Wiśniewska (red.), *Perspektywy i doświadczenia edukacji inkluzyjnej*, UPH Siedlce.
- Babiarz M.Z., Rutkowski M. 2015: *Inkluzja w edukacji - przestrzeń w różnorodności*, [w:] S. Sobczak, L. Pytka, T. Zacharuk (red.), *Edukacja inkluzyjna. Teoria – system – metoda. Część 1*, UPH Siedlce.

- Markiewicz-Firkowska A., *Edukacja włączająca zadaniem na dziś polskiej szkoły* [dostęp online: 23.02.2017), <https://www.ore.edu.pl/materiay-do-pobrania-41018/category/177-ksztacenie-uczniw-niepenosprawnych-w-szkoach-oglnodostpnych>
- Rafał Łuniewska J., *Zmiany warunków organizowania kształcenia specjalnego* [dostęp online: 20.02.2017), <https://www.ore.edu.pl/materiay-do-pobrania-41018/category/77-inne>
- Sobczak S., Gaik B., 2015: *Edukacja inkluzyjna jako proces edukacyjno-wychowawczy realizowany w szkole w interpretacji pedagogiki ponowoczesnej*, [w:] L. Pytko, T. Zacharuk, M. Wiśniewska (red.), *Èlen Vital w edukacji inkluzyjnej i profilaktyce kreatywnej*, UPH Siedlce.
- Tarwacki M., *Edukacja włączająca– przyszłość polskiej edukacji*, [dostęp online: 20.02.2017), <https://www.ore.edu.pl/materiay-do-pobrania-41018/category/177-ksztacenie-uczniw-niepenosprawnych-w-szkoach-oglnodostpnych>
- Zacharuk T, 2008: *Wprowadzenie do edukacji inkluzyjnej*, UPH Siedlce.

Barbara Laszuk

Studenckie Koło Naukowe Resocjalizacji i Profilaktyki Społecznej
Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny
Wydział Humanistyczny

Cyberprzestrzeń a zanikające umiejętności interpersonalne nastolatków Cyberspace and the disappearing interpersonal skills of teenagers

Abstrakt: Artykuł poświęcono problematyce zanikających umiejętności interpersonalnych nastolatków. Opisano przyczyny i konsekwencje danego zjawiska. Skupiono się na ryzyku jakie za sobą niesie. Wspomniane zostało także w jaki sposób hamować rozwój opisanej sytuacji.

Słowa kluczowe: Cyberprzestrzeń, świat realny, umiejętności interpersonalne, zagrożenie, nastolatki

Abstract: This article addresses the problem of the disappearing interpersonal skills of teens. The causes and consequences of the phenomenon have been described. Author focuses on the risk that it carries and mentions how to inhibit the growth of the described situation.

Keywords: cyberspace, real world, interpersonal skills, danger, teenagers

Człowiek – istota społeczna, w dobie XXI wieku staje przed wyzwaniem odnalezienia się w dwóch rzeczywistościach jakimi są świat realny oraz wirtualny. Świat realny to ten w, którym jednostka rodzi się, wzrasta, zdobywa wykształcenie, nawiązuje różnego rodzaju więzi społeczne. Natomiast świat wirtualny, to miejsce stworzone sztucznie posiłkujące się technikami komputerowymi [Słownik współczesnego języka polskiego, 1996, s. 1231]. Jest to rzeczywistość, której funkcjonowanie podyktowane jest określonymi intencjami, nie jest to realny byt. Wiele osób zapomina, że świat wirtualny nie jest alternatywą dla świata realnego, chociaż go nie wyklucza [Pilch T., 2006, s. 579]. Świat realny to miejsce, które każda jednostka zastała w dniu narodzin, nie mogła go stworzyć od początku, natomiast w rzeczywistości wirtualnej każdy może samodzielnie skonstruować swój abstrakcyjny świat. Z założenia wirtualność miała przypominać realność, jednak nie do końca się to udało. Przestrzeń wirtualna to miejsce tylko pozorne, ale zarazem świat do którego można uciec w razie jakichkolwiek niepowodzeń lub zmę-

czenia rzeczywistością. Cyberprzestrzeń daje ogromne możliwości. Według C. Galimbertiego oraz G. Riva jest miejscem skonstruowanym z rzeczy, które jednostka ma możliwość usłyszeć i zobaczyć chociaż nie mają natury fizycznej. Są podyktowane zarówno informacjami pochodzącymi ze świata fizycznego jak i nagromadzoną przez aktywne jednostki wiedzą, kulturą, nauką i sztuką [Paluchowski W.J., 2009, s. 47]. Cyberprzestrzeń jest także miejscem, które wg J. Bednarka zdecydowanie charakteryzuje interakcyjność wysyłanych i odbieranych sygnałów. Oznacza to, że w rzeczywistości wirtualnej nieustannie dochodzi do wymiany informacji. Internauci mają możliwość pozyskiwania oraz przekazywania zdobytych w sieci informacji. Świat wirtualny daje szansę nieustannego tworzenia a co za tym idzie, pozostaje tworem nieskończonym. Jego elastyczne granice pozwalają człowiekowi zarówno ubogacać cyberprzestrzeń, jak i czerpać z niej. Inną cechą świata wirtualnego, na którą zwraca uwagę J. Bednarek, jest teleobecność, czyli złudzenie, dzięki któremu człowiek może poczuć jakby przebywał wewnątrz wirtualnej rzeczywistości. Dzieje się to przy pomocy zmysłu wzroku i dotyku, przez co wydaje się być autentyczne [Bednarek J., 2002, s. 278].

To właśnie przez złudzenie autentyczności często trudno nam rozgraniczyć świat realny z wirtualnym. Człowiek funkcjonując na obu tych płaszczyznach często zapomina, że nie są one zamiennikami. Traktując wirtualność równorzędnie z realnością tworzy się konflikt, ponieważ jedna rzadko idealnie współgra z drugą. Może zdarzyć się tak, że dając pochłonąć się światu wirtualnemu robimy to kosztem świata realnego. Cechy i różnice obu tych rzeczywistości nierzadko się zacierają. Dlatego wydaje mi się zasadne przytoczenie charakterystyki cyberprzestrzeni opracowanej przez badaczy stosunków interpersonalnych oraz rozszerzonej moimi przemyśleniami. Według Katarzyny Kaliszewskiej jednym z wyznaczników cybernetycznego świata jest ograniczenie doświadczeń sensorycznych. Oznacza to, że jednostka będąc w cyberprzestrzeni wykorzystuje zmysł wzroku i słuchu ale komunikacja pozostaje zdominowana przez pisemne formy przekazu. Taki rodzaj interakcji wyklucza kontakt fizyczny między stronami. Doznania zmysłowe jednostki zostają zatem wyraźnie ograniczone [Kaliszewska K., 2007, s. 17-18.]. W przypadku realnego dialogu rozmówcy mają szansę, na powitanie poprzez padanie sobie ręki, usłyszenie naturalnego brzmienia swoich głosów, oraz obserwację i ocenę zachowania drugiej osoby. Czynniki niewerbalne, które jak wiemy, są niezwykle ważne w powodzeniu komunikacji, w świecie realnym mają zdecydowanie większą możliwość zaistnienia i zadziałania. Ton głosu, mowa ciała czy kontekst pozwalają znacznie lepiej odnaleźć się w dialogu. Komputerowa kamera nie pokazuje nam wszystkiego, uzewnętrznione

zostają tylko te aspekty, które rozmówca chce nam pokazać. Nie jesteśmy wówczas w stanie, na podstawie choćby spoconej dłoni stwierdzić, że nasz partner w dialogu jest zdenerwowany. Cyberprzestrzeń pozwala zatuszować wszystko czego się boimy, wstydzimy i wyeksponować, a nawet wykreować, to co chcielibyśmy uwypuklić. Czynnikiem charakterystycznym dla cyberprzestrzeni jest już przywoływana dominacja tekstu pisanego w kontaktach interpersonalnych. Przekaz wiadomości, informacji czy koleżeński dialog często odbywa się przy pomocy e-maili, różnego rodzaju chatów a także najpopularniejszych w dzisiejszych czasach for dyskusyjnych i komunikatorów. Człowiek w procesie socjalizacji nabywa wiele umiejętności, które nie ćwiczone, po prostu zanikają. W momencie, gdy jednostka nie korzysta z sytuacji „akcja-reakcja”, tylko angażuje się w świecie wirtualnym, w którym funkcjonuje „akcja - pomyślę, co chce napisać - reakcja”, wówczas naraża umiejętności szybkiego, racjonalnego myślenia, udzielania adekwatnej odpowiedzi, prowadzenia spontanicznej rozmowy. Podczas wymiany komunikatów pisanych niemożliwy jest kontakt wzrokowy, pojawia się pokusa pisania szybkich, zdawkowych komunikatów zamiast tworzenia pełnych zdań i ciągów logiczno-myślowych. Mimikę mają zastąpić emotikony, czyli buźki obrazowo przedstawiające twarz w różnych stanach emocjonalnych. Niesyty w realnym życiu codziennym człowiek musi wysilić się na okazanie i odczytanie emocji, co jak się okazuje, coraz częściej staje się problematyczne. Młodemu ludziom często łatwiej i wygodniej jest wyrazić się przed monitorem komputera aniżeli nawiązać krótką rozmowę w realnym świecie. Cyberprzestrzeń pozwala także na dobór, a wręcz selekcję osób, z którymi chcemy rozmawiać. Wiele chatów czy for dyskusyjnych podzielonych jest na grupy wiekowe, tematy, poglądy polityczne, czy orientację seksualną. W świecie realnym przychodzi nam spotykać się z różnymi ludźmi, nie zawsze z takimi, których życzylibyśmy sobie spotkać. Szybko pojawia się wówczas problem tolerancji, nieśmiałości, samokontroli czy reagowania na sytuacje i zachowania, które nam się nie podobają. W sieci rozmowy są łatwiejsze. Można je też w dowolnym momencie przerwać, w rzeczywistości człowiek musi nauczyć się reagowania w problematycznych sytuacjach, musi zmierzyć się często z krytyką, odrzuceniem. Bywa, że młodzi ludzie nauczeni łatwej i bezstresowej komunikacji internetowej nie radzą sobie z wyzwaniem rzeczywistości. Ważną cechą cyberprzestrzeni jest płynność tożsamości oraz anonimowość. Brak możliwości spotkania się z drugą osobą twarzą w twarz pozwala na wykreowanie własnego wizerunku, który nie zawsze jest zgodny z tym realnym. Do momentu fizycznego spotkania niemożliwym staje się stwierdzenie, czy osoba podająca się za daną postać, rzeczywiście nią jest.

Niesie to za sobą wiele nieprzyzwoitych zachowań, do których należą choćby zbyt śmiało wypowiedzi na forach internetowych, ostra krytyka innych czy agresja słowna. Pozorna anonimowość pozwala na bardzo pewne poczucie się przed monitorem swojego komputera. Odwaga ta rzadko przekłada się na odwagę w relacjach interpersonalnych i funkcjonowanie w świecie realnym. Młodzi ludzie bezpardonowo i nieustannie oceniając wszystko co dzieje się w internetowym świecie nabierają nawyku ciągłego krytykowania oraz oceny na podstawie powierzchowności. To sprawia, że stają się mniej dociekliwi, ciekawi i tolerancyjni wobec różnorodności oraz wielowarstwowości otaczającego ich świata.

Inną cechą wirtualności jest odmienny od naturalnego, stan świadomości internauty. Taka osoba nierzadko identyfikuje się z wyimaginowaną wirtualną przestrzenią. Użytkownicy Internetu, sterują swoim cyberświatem przy pomocy klawiatury i myszki komputerowej, mają szansę na spełnienie swoich marzeń. Tak jak wcześniej wspomniałam mogą stworzyć swój świat od początku, w którym pierwotnie będą funkcjonowały zasady ustalone przez użytkownika. Co prawda nad regułami każdego użytkownika, górują normy przyjęte przez administratorów stron, jednak pozór bycia twórcą i włodarzem swojej surrealistycznej przestrzeni przyciąga całe rzesze młodych ludzi. Okazuje się, że w Internecie mogą być kim chcą! To staje się pokusą na ucieczkę od trudnej rzeczywistości, w której jesteśmy osadzeni w konkretnych realiach oraz przyporządkowani do pewnej grupy społecznej. Natomiast nad każdą zmianą i sukcesem trzeba pracować.

Charakterystyczne dla cyberprzestrzeni jest też zrównanie stosunków, czyli brak jakichkolwiek barier. W wirtualnej rzeczywistości, wszyscy dostają równe szanse. Każdy może działać w dokładnie ten sam sposób nie naruszając wirtualnej przestrzeni drugiego człowieka. Wszyscy mogą decydować o swoich działaniach w sieci, jest to zależne tylko od umiejętności technicznych użytkownika. Oczywiście równe szanse oraz możliwość poruszania się po cyberprzestrzeni w sposób dowolny, to tylko stymulowany przez administratorów pozór. Nie mniej jednak młodzież szybko daje się temu pochłonąć rezygnując lub ograniczając przy tym realne relacje międzyludzkie i odpuszczając pracę nad rozwojem osobistym. Wirtualnie można pokonywać ograniczenia przestrzenne, co oznacza możliwość zawierania znajomości z ludźmi znajdującymi się w innym mieście, województwie, państwie a nawet na innym kontynencie. Znamienita dla cyberświata jest płynność czasowa. Internauta ma szansę stymulowania komunikatów synchronicznie oraz asynchronicznie. Oznacza to szansę korzystania w tym samym czasie z komunikatora a także opóźniania niektórych informacji docierają-

cych na przykład przez e-maila. W takiej sytuacji nie trudno o manipulowanie informacjami a także dostosowywanie przekazu i odbioru komunikatów do własnych potrzeb. Oczywiście takie zachowanie trudno wprowadzić do świata realnego, gdzie młodzi muszą zmierzyć się ze spontanicznymi sytuacjami i koniecznością reakcji na nie. Wirtualność niesie wielość kontaktów społecznych. Internet pozwala użytkownikom na zawieranie nieograniczonej liczby znajomości. Każda osoba ma możliwość dołączenia do dowolnej grupy dyskusyjnej oraz zarejestrowania się w gronie osób szukających miłości, zrozumienia, wsparcia. Na co dzień kosztuje to o wiele więcej wysiłku i zaangażowania. Internet to także możliwość stałego zapisu informacji. Użytkownicy mają możliwość zapisania danych w formie plików, które z kolei można otwierać za pomocą różnych urządzeń, wystarczy mieć dostęp do sieci. Nasuwa się tu kolejny aspekt cyberprzestrzeni, jakim jest dostępność. Internet daje możliwość czerpania ze swoich zasobów przez całą dobę. To sprzyja uzależnieniu od sieci. Wygoda szybkiego pozyskiwania informacji i komunikowania się sprawiają, że młodzi ludzie nie umieją z tego dobrowolnie zrezygnować. Ostatnią ważną cechą cyberprzestrzeni wymienioną przez Katarzynę Kaliszewską jest interakcyjność i doświadczenie typu "czarnej dziury". Mowa tu o łatwości z jaką użytkownicy mogą dołączyć do każdego rodzaju grupy i fora dyskusyjnego, oraz dowolności w wyrejestrowaniu się z takiego tworu. Internauta nie musi zważać na to czy sprawia przykrość innym użytkownikom nagle odchodząc z ów grupy. Nierzadko pustka po utracie cyberpartnera budzi nieprzyjemnie reakcje takie jak frustracja, złość, gniew, żal, czy nawet rozpacz. Siła emocji wiąże się zazwyczaj z tym jak silnie ktoś był zaangażowany w wirtualną relację.

Dobrą ilustracją tego zjawiska wydaje mi się film Jana Komasa pt. *Sala Samobójców*. Ekranizacja opowiada historię zagubionego nastolatka, który przed rodzinnymi i rówieśniczymi problemami ucieka w świat wirtualny. Ścisiej dołącza do gry, w której uczestnicy planują swoją śmierć. Główny bohater na rzecz wirtualności rezygnuje z realności. Bezgranicznie oddaje się światu, który stworzył jeden z graczy. Rodzice chłopaka gdy dostrzegają problem alienacji od rzeczywistości, próbują mu pomóc, niestety jest już za późno i główny bohater nie jest już w stanie odnaleźć się w realnym świecie. Dodatkowo tak bardzo angażują się w grę, że postanawia się naprawdę zabić. Gdy popełnia samobójstwo, jego matka loguje się do gry i informuje wszystkich uczestników o tym, że jej syn naprawdę się zabił. Wszyscy uczestnicy gry automatycznie usuwają swoje konta i rezygnują z zabawy. W wielu z nich rodzi się ogromna frustracja i poczucie winy. Film ten idealnie przedstawia jak łatwo zaburzyć proces socjalizacji. Pokazuje skutki uboczne

nieprawidłowego korzystania z cyberprzestrzeni. Główny bohater zamiast nawiązać dialog z rodzicami oraz rówieśnikami woli dołączyć do grupy, która pozwoli mu na wygłaszanie swoich przekonań i poglądów bez żadnych konsekwencji. Dodatkowo chłopak mógł dobrać wirtualny świat do swoich potrzeb. Tym samym zamiast poradzić sobie z problemem jaki postawił przed nim świat rzeczywisty, mianowicie spróbować wyćwiczyć umiejętność słuchania, rozpoczynania i prowadzenia rozmowy skorzystał z alternatywy jaką dała mu cyberprzestrzeń, czyli bezkrytycznej akceptacji. Rzeczywistość wymagała włożenia pracy w zawarcie kontaktów i znalezienie zrozumienia u rówieśników. Główny bohater tego zaniechał i nie próbował zmierzyć się z umiejętnościami interpersonalnymi.

Arnold P. Goldstein i Ellen McGinnis w swojej pracy piszą o pięćdziesięciu podstawowych umiejętnościach społecznych, podają też, jak należałoby je ćwiczyć:

- wstępne umiejętności społeczne takie jak słuchanie, rozpoczynanie rozmowy, prowadzenie rozmowy, zadawanie pytań, mówienie "dziękuję", przedstawianie się, przedstawianie innych osób, mówienie komplementów [Goldstein A., McGinnis E., 2001, s. 86-135];
- zaawansowane umiejętności społeczne, czyli prośenie o pomoc, przyłączanie się do działań innych osób, udzielanie instrukcji, wykonywanie poleceń, przeproszanie, przekonywanie innych;
- umiejętności radzenia sobie z uczuciami, czyli poznawanie swoich uczuć, wyrażanie ich, zrozumienie uczuć innych osób, radzenie sobie z czyjąś złością, wyrażanie czułości, radzenie sobie ze strachem, nagradzanie samego siebie;
- umiejętności alternatywne wobec agresji, zatem prośenie o pozwolenie, dzielenie się czymś, pomaganie innym, negocjowanie, stosowanie samokontroli, obrona swoich praw, reagowanie na zaczepki, unikanie kłopotów, unikanie bójek;
- umiejętności radzenia sobie ze stresem - skarżenie się, odpowiadanie na skargę, zachowanie godne prawdziwego sportowca, radzenie sobie z zakłopotaniem, radzenie sobie z pominięciem, stawanie w obronie przyjaciela, reagowanie na namawianie, reagowanie na niepowodzenia, radzenie sobie ze sprzecznymi komunikatami, radzenie sobie z oskarżeniem, przygotowanie się do trudnej rozmowy, radzenie sobie z presją grupy;
- umiejętności planowania, to jest decydowanie o zrobieniu czegoś, ustalenie przyczyny problemu, wyznaczenie celu, określenie swoich zdolno-

ści, zbieranie informacji, szeregowanie problemów według ich ważności, podejmowanie decyzji, koncentrowanie się na zadaniu.

Wszystkie wyżej wymienione umiejętności zostały przywołane w celu uświadomienia odbiorcom ich rozległości a także, ukazania stopnia trudności prawidłowego wykorzystywania ich w życiu codziennym. Jednak wiele osób mimo problemu z którąś czynnością, łatwo wchodzi w wirtualne interakcje, odsuwając swoją słabość na bok i rezygnując z doskonalenia technik komunikacji. Taka osoba często nie zdaje sobie jednak sprawy, że tym samym zaniedbuje te umiejętności, które już zdążyła opanować. Poruszając się po cyberprzestrzeni niejednokrotnie zapominamy o zasadach poruszania się w realu. Nie twierdzę, że internet hamuje rozwój jednostki, wręcz przeciwnie. Dobrze wykorzystany przyczynia się do jej rozwoju jednak bezdyskusyjny pozostaje fakt, że cyberprzestrzeń niesie ryzyko zaburzenia prawidłowych interakcji w świecie realnym.

D. Tapscott w swojej pracy „Cyfrowa dorosłość jak pokolenie sieci zmienia nasz świat” opisuje internetowe przywary, osób młodych z punktu widzenia pokoleń starszych. Mianowicie osoby te, twierdzą, iż maleje poziom inteligencji nastolatków [Tapscott D., 2010, s. 40-43]. Osoby zaabsorbowane ogromem bodźców - gadżetów technologicznych, charakteryzują się spadkiem umiejętności koncentracji uwagi. Ze względu na przesyt sprzętów i rozrywek tracą także umiejętność cieszenia się z małych rzeczy, dodatkowo nie rozróżniają spraw istotnych i tych z małą rangą znaczeniową. Kolejnym zarzutem dorosłych jest zbyt duże przywiązanie młodzieży do sieci, co w konsekwencji rozluźnia a nawet prowadzi do zacierania się więzi społecznych i umiejętności interpersonalnych. Osoby zbyt długo obcujące z urządzeniami elektrycznymi często niekonstruktywnie wykorzystują swój czas. Rozmowa z drugim człowiekiem staje się dla nich nieatrakcyjna. W wirtualności młodzi ludzie nie muszą się niczego wstydzić, co pozwala im na śmiałość wypowiedzi i nieprzyzwoitych zachowań, jakich nie dopuścili by się w rzeczywistości realnej. Internauci nierzadko pozwalają sobie na publikowanie w sieci bardzo odważnych zdjęć, filmików, komentarzy. Zazwyczaj zapominają, że wszystko co postanowią umieścić w sieci już na zawsze tam zostanie. To umacnia przekonanie, że internet daje możliwość jedynie pozorowanej anonimowości. Kontynuując, młodzież według osób starszych jest nadmiernie rozpieszczana przez swoich opiekunów. Młodzi myślą, że wiele dóbr im się po prostu należy, przyzwyczajają się do tego, że cele i pragnienia można realizować szybko i łatwo a internet pozwala im upewniać się w tym przekonaniu. Dlatego ciężko im stawiać sobie i realizować długoterminowe cele. Starsze pokolenie dostrzega też, że młodzież dopuszcza się w interne-

cie różnego rodzaju przestępstw. Bez zastanowienia często ściągają dostępne, jednak pirackie wersje gier, muzyki, filmów. Idą na skróty kradnąc pracę domowe, wypracowania, w ten sposób dopuszczają się plagiatu- uniemożliwiając sobie ćwiczenie własnego pióra a jednocześnie dokonując kradzieży. W sieci młodzi ludzie potrafią zachowywać się bardzo agresywnie, tworząc sobie tak zwany prestiż i szacunek wśród rówieśników. W cyberprzestrzeni, w której funkcjonują nastoletkowe obowiązuje prawo dżungli, wygrywa najsilniejszy. Nie chodzi jednak o siłę mięsi, lecz przekazu. Mowa tu o wszelkich filmikach, zdjęciach, czy plotkach, które są kompromitujące. Osoba, która to publikuje w zamian otrzymuje zainteresowanie swoim profilem i dużą ilość komentarzy. Natomiast ofiara w takich sytuacjach zostaje dotknięta cyberostracyzmem, który bywa dla młodego człowieka frustrujący, poniżający i deprymujący. Innym niebezpieczeństwem sieci, uwypuklonym w pracy są gry komputerowe tłamszące ludzkie odruchy. Dzieje się to, za przyczyną ociekania gier nienawiścią, agresją, seksizmem, rasizmem i wieloma innymi wypaczeniami. W cyberprzestrzeni zostaje też zakłócone racjonalne myślenie o przyszłości. Młodzi ludzie nauczeni niezłomnej wiary w siebie i braku pokory często zapominają o racjonalnym myśleniu i dostosowywaniu się do rzeczywistości. Są przekonaniu o tym, że realia świata, nauczyciele, przyszli pracodawcy muszą dostosować się do nich. W momencie rozbicia się o rzeczywistość targają nimi różnego rodzaju frustracje. Internet to także ciągły wysiłek wkładany w bycie na czasie. Młodzi ludzie zbyt dużą wagę przykładają do akceptacji lub dezaprobaty tłumu. Potrafią wpadać w skrajne stany podyktowane lajkami bądź komentarzami obcych. Ostatnim zarzutem kierowanym do młodych ludzi jest to, że zatracają siebie. Poddają swoje zachowania gwałtownym zmianom tylko w celu zdobycia aprobaty innych. Często zapominają o szacunku do drugiej osoby, wspinają się na wyżyny zdobywanych lajków kosztem innych użytkowników. Zatracają podstawowe umiejętności społeczne jakimi są empatia, czy szacunek do drugiego człowieka.

Osoby nasiąknięte wirtualnością zaczynają żyć iluzją. Tekst przekazany przez komunikatory nigdy nie zastąpi rozmowy. Gry, których podejmują się młodzi ludzie w internecie, nie zapewnią im realnego zwycięstwa. Ograniczą jedynie ich sensorykę i skupią działanie mózgu wyłącznie na jednej czynności. Intencją mojej wypowiedzi nie jest pokazanie jak wielkim złem jest cyberprzestrzeń. Zależy mi jedynie na uświadomieniu jak ogromnym może być zagrożeniem jeśli stracimy nad nią kontrolę. Internet ma bardzo wiele zalet jednak nie może stać się ważniejszy od świata realnego. Cyberprzestrzeń powinna jedynie dopełniać i ubogacać rzeczywiste relacje, co-

dzienne wyzwania i realne życie. Poniżej chciałabym przedstawić wybrane przez siebie, omawiane już - umiejętności społeczne i ich funkcjonowanie na płaszczyźnie realności oraz wirtualności.

Pierwszą z umiejętności jest rozpoczęcie rozmowy [Goldstein A.P., McGinnis E., 2001, s. 87]. Z tabeli 1 można wnioskować, iż cyberprzestrzeń nie wymaga od użytkownika wkładania wysiłku w rozpoczęcie rozmowy. Zamiast powitania, uścisku dłoni, przesłania uśmiechu wystarczy wystukanie na klawiaturze krótkiego cześć i bez ogródek przejście do tematu rozmowy.

Tabela 1. Komunikacja wstępna

W świecie realnym	W świecie wirtualnym
1. Przywitanie drugiej osoby w konkretnym kontekście i czasie.	1. Przywitanie drugiej osoby.
2. Prowadzenie wstępnej pogawędki przy poszanowaniu spontanicznych reakcji partnera rozmowy.	2. Przejście do głównego tematu rozmowy.
3. Ocena sytuacji. Zdecydowanie, czy dialog ma szansę powodzenia.	
4. Przystąpienie do głównego tematu rozmowy.	

Źródło: Opracowanie własne.

Nadawca nie musi nawet czekać na reakcję Odbiorcy, komunikat może zostać odczytany w dowolnym czasie. Współrozmówca ma możliwość odpowiedzi na odebrany tekst ale nie musi tego robić, może zignorować komunikat, odłożyć odpowiedź na niego w czasie lub skonsultować odpowiedź z osobą trzecią. W rzeczywistości rzadko pozwalamy sobie na taki brak uprzejmości, jakim jest nie zapytanie co słysząc u naszego rozmówcy, czy zainteresowanie się tym jak się czuje. Możemy też ocenić, czy druga osoba ma czas i chęć z nami rozmawiać. Monitor i odległość, która dzieli nas z rozmówcą staje się barierą uniemożliwia racjonalną ocenę sytuacji. Nie możemy jasno stwierdzić, czy trafiliśmy na adekwatny moment do rozpoczęcia rozmowy. Nierzadko pomijane zostają uprzejmości, w celu przejścia do głównego tematu rozmowy. Rozmówca, do którego kierowana jest wypowiedź może czuć się niedoceniony i źle odebrać intencje osoby, która wysłała komunikat. W świecie realnym możemy na bieżąco korygować, to co zostało błędnie odczytane, niestety cyberświat odbiera tę szansę. W świecie wirtualnym abstrakcją staje się stworzenie odpowiedniego nastroju dialogu. Młodzi ludzie chatując zamiast rozmawiać nie dają sobie szansy na rozwijanie swoich interpersonalnych zdolności. Młodzieżowy dialog pisany generuje również wiele uproszczeń: emotikony, skróty myślowe, umowne symbole. Ekonomizacja języka sprzyja szybkiej i łatwej komunikacji, skutecznie jednak

przy tym zaburza poprawne nawyki językowe. Młodzi ludzie tracą chęć i możliwość do bogacenia słownictwa, szlifowania umiejętności społecznych oraz wkładania wysiłku w toczącą się rozmowę.

Kolejną bardzo ważną umiejętnością społeczną jest słuchanie [Goldstein A.P., McGinnis E., 2001, s. 86], które w wypadku wirtualności przekłada się raczej na czytanie. Omawiając umiejętność słuchania skupię się jednak na komunikatorach, w których przeważa forma pisana, nie odnoszą się do wirtualnych rozmów, odbywanych za pośrednictwem kamery i mikrofonu.

Tabela 2. Słuchanie

W świecie realnym	W świecie wirtualnym
1. Kontakt wzrokowy z osobą mówiącą.	1. Odczytanie wiadomości.
2. Fizyczne i psychiczne zaangażowanie w dialog.	2. Szyba analiza tekstu.
3. Zachowanie form grzecznościowych i kultury słowa (np. jedna osoba mówi - druga słucha).	3. Przesłanie odpowiedzi, w dogodnym dla nadawcy momencie.
4. Fomułowanie komunikatów z naciskiem na ważne dla nadawcy ich aspekty oraz obserwacja spontanicznych reakcji odbiorcy.	
5. Redukcja okoliczności niesprzyjających powodzeniu komunikacji (np. gdy rozmówcy znajdują się w zbyt głośnym pomieszczeniu mogą zmienić miejsce rozmowy).	

Źródło: Opracowanie własne.

Prowadząc dialog w świecie realnym mamy do wykorzystania cały wachlarz technik komunikacyjnych i perswazyjnych. Możemy prowadzić nasz dialog świadomie stosując umiejętności społeczne i odczytując sygnały oraz niewerbalne komunikaty jakie nadaje współrozmówca. Komunikacja może odbywać się płynnie a rozmówcy obserwując wzajemne reakcje, słysząc tembr głosu, mogą kierować jej rozwojem w zależności od panującej atmosfery oraz sytuacji. Nawet jeśli mieliśmy zamiar zapytać kogoś o pożyczkę a widzimy i słyszymy, że jest w złym nastroju, już w rozmowie wstępnej narzeka na kłopoty w pracy, możemy zaniechać naszego pierwotnego założenia komunikacyjnego lub odłożyć je na lepszy moment. W przypadku cyberprzestrzeni, osoba przekazująca treści nie może mieć pewności jak reaguje odbiorca. Zazwyczaj trudno ocenić czy zostaliśmy prawidłowo zrozumiani i jaka była pierwsza reakcja partnera rozmowy. Nie wiemy czy ktoś czytał naszą wiadomość kilkakrotnie zanim odczytał jej sens a może najpierw się zirytował ale po przemyśleniu kwestii postanowił jednak wyrazić łagodniejszą reakcję. Wirtualny dialog daje możliwość powrotu w dowolnej

partii toczącej się dialogi. Współrozmówca nie musi skupiać uwagi na słuchaniu i koncentrować się na tym co mówi druga osoba, ponieważ w razie potrzeby może wrócić do każdego słowa zawartego w przeszłych komunikatach. Taka możliwość rozleniwia młodych ludzi i bywa, że komunikacja wirtualna wychodzi im dużo lepiej niż realna gdyż mają zaburzoną umiejętność słuchania i szybkiego analizowania docierających do nich słów. Młodzi ludzie rozleniwieni przez wirtualne komunikatory chętnie rezygnują z wysiłku jaki trzeba włożyć w realną rozmowę. Cyberprzestrzeń daje przyzwolenie na krótkie, zdawkowe odpowiedzi, na dowolne zmienianie tematu w trakcie prowadzenia rozmowy czy ignorowanie niewygodnych komunikatów. Może to rodzić frustrację u internautów, którzy angażują się w wirtualną rozmowę, chcą poruszyć ważne dla nich kwestie a partner korzystając z niepisanego przyzwolenia, jakie dają komunikatory społeczne kwituje ich wypowiedź jednym emotikonem. To może sprawić, że młody człowiek czuje się zlekceważony, niezrozumiany, pominięty. Umiejętność słuchania jest nieodłącznym elementem prawidłowej komunikacji a cyberświat przyzwala na jej marginalizację, utrudniając przy tym nie tylko wirtualne dialogi ale narażając młodzież na utratę ów zdolności w komunikacji realnej.

Moim zdaniem bardzo ważną umiejętnością społeczną jest umiejętność wyrażania swoich uczuć [Goldstein A.P., McGinnis E., 2001, s. 101].

Tabela 3. Wyrażanie uczuć

W świecie realnym	W świecie wirtualnym
1. Wsłuchujemy się w głos naszego ciała i "serca".	1. Wysyłamy emotikonę.
2. Myślimy, o tym co sprawiło, że się tak czujemy.	
3. Określamy swoje uczucia.	
4. Zastanawiamy się jak możemy wyrazić swoje uczucia.	
5. Wyrażamy swoje uczucia.	

Źródło: Opracowanie własne.

Emotikony zdecydowanie zdominowały wszelkiego rodzaju komunikatory. Zamiast konkretnie wyrazić swoje uczucia młodzi ludzie często pozwalają sobie na wysłanie kilku minek, które mają za zadanie mają odzwierciedlenie ich uczuć. Taka komunikacja i okazywanie uczuć może prowadzić do nieporozumień między rozmówcami ze względu na możliwość subiektywnej interpretacji każdej ikony. Poza tym można w łatwy sposób manipulować tym co chce się uzewnętrznić. Internauta nawet płacząc może wysłać uśmiechniętą buźkę świadczącą o dobrym nastroju. W rzeczywistości jeśli ktoś się śmieje czy płacze - widzimy to i mamy szansę zareagować. Nato-

miast w wirtualności czasami nie jest jasne czy, ta sama buzia dla każdego użytkownika oznacza te same uczucie. Cyberprzestrzeń promuje ludzi młodych, silnych, pięknych, uśmiechniętych i spełnionych. To sprawia, że młodzież nierzadko wstydy się swoich słabości, nie chcą okazywać uczuć, które mogły by wskazywać na to, że sobie z czymś nie radzą czy coś sprawia im ból. Powstaje pytanie, czy emotikona może wyrażać jakieś uczucie? A może jest jedynie zarysem tego co chcielibyśmy czuć a nasze prawdziwe uczucia w ciągu dalszym tkwią w środku nas. Nagromadzenie w sobie różnego rodzaju stanów, może spowodować ogromną kumulację, która kiedyś musi zostać rozładowana. I znowu idzie za tym kolejny problem, w jaki sposób ma zostać rozładowana, jeśli świat wirtualny daje tylko pozorne wrażenie możliwości odreagowania i wyrażenia własnych uczuć.

I znowu, nie jest moją intencją niżenie cyberprzestrzeni do rangi zła i wyłącznie zagrożenia. Zależy mi jedynie, na tym, aby uświadamiać nastolatkom w jaki sposób powinni poruszać się w sieci. Oczywiście im wcześniejsza nauka i uświadamianie o pozytywnych zarówno jak i negatywnych aspektach wirtualności tym większa szansa na jej pozytywny skutek. Dlatego mantrą w tym przypadku powinna być profilaktyka społeczna, rozpoczynana na najniższych szczeblach nauki. Jest to tak istotne ze względu na coraz niższy wiek osób uzależniających się od urządzeń elektronicznych i zatracających swoje umiejętności interpersonalne. Człowiek według E. Aronsona jest istotą społeczną, dla której niezmiernie ważne i potrzebne do życia jest komunikowanie się w sposób bezpośredni z drugim człowiekiem [Aronson, E, 1995, s.484]. Sieć nigdy nie zastąpi rzeczywistych więzi, będzie jedynie ich marnym zamiennikiem. Cyberprzestrzeń może być świetnym miejscem do znalezienia ciekawych informacji, nawiązania nowych znajomości, znalezieniem odpowiedzi na nurtujące nas pytania. Nie jest jednak idealnym obszarem na podtrzymanie więzi społecznych. Jest rozwiązaniem problemu odległości, który czasami dzieli nas z drugą osobą, jednak nie zastępuje spotkania z rozmówcą. Jest ogromną szansą na rozwój, jednak jeszcze większym zagrożeniem. Dlatego ważne jest, aby znajdować czas na rozmowę z drugim człowiekiem. Pomagać mu rozwiązywać problemy, uczyć się pokory, szacunku, akceptacji.

Należy tworzyć nastolatkom alternatywy spędzania wolnego czasu w innym miejscu niż przed komputerem. Ważne jest, żeby pokazywać wielość możliwości, z których młody człowiek może skorzystać w świecie realnym. Należy pokazywać młodym ludziom wciąż nieodkryte przez nich cuda ziemi. Motywować do podróżowania, rozwijania swoich pasji, aktywnego spędzania czasu, spotkań z rówieśnikami. Należy także być dla nich przykładem i

przewodnikiem. Młodzi muszą poczuć, że prawdziwe życie jest piękne! Muszą zrozumieć, że to na realnym świecie należy się skupiać a internet to jedynie dopełnienie codzienności.

Bibliografia

- Słownik współczesnego języka polskiego*, Wydawnictwo Wilga, Warszawa 1996.
- Aronson E., *Człowiek – istota społeczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995.
- Bednarek J., *Media w nauczaniu*, MIKOM, Warszawa 2002.
- Goldstein A.P., McGinnis E., *Kształtowanie młodego człowieka*, Wydawnictwo Katolickiej Pomocy Osobom Uzależnionym i Dzieciom KARAN w Warszawie, Warszawa 2001.
- Kaliszewska K., *Nadmierne używanie. Internetu Charakterystyka psychologiczna*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2007
- Paluchowski W.J., *Internet a psychologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Pilch T., *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku*, tom V, Wydawnictwo Akademickie ŻAK, Warszawa 2006.
- Tapscott D., *Cyfrowa dorosłość jak pokolenie sieci zmienia nasz świat*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010.

- III -

RECENZJE I SPRAWOZDANIA

REVIEWS AND REPORTS

Beata Iwanicka

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Wydział Studiów Edukacyjnych

Sprawozdanie z ogólnopolskiej konferencji naukowej
„O tym się nie mówi 4
– Komunikacja osób niedosłyszących”
Report of Nationwide scientific conference
„Nothing is said about it 4
– Communication of hearing impaired people”

W dniach 31 marca - 2 kwietnia 2017 r. na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim odbyła się ogólnopolska konferencja naukowa „O tym się nie mówi 4 – Komunikacja osób niedosłyszących”. Wydarzenie organizowały następujące instytucje: Koło Naukowe Studentów Nieślyszących i Słabosłyszących „Surdus Loquens”, Centrum Edukacji Nieślyszących i Słabosłyszących oraz Katedra Pedagogiki Specjalnej Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II.

Celem spotkania była wymiana doświadczeń w środowisku osób niedosłyszących głównie poprzez wygłoszenie referatów naukowych oraz inne, towarzyszące konferencji, wydarzenia o charakterze szkoleniowym i integracyjnym. Przewodniczącą Komitetu Naukowego została Prodziekan Wydziału Nauk Społecznych prof. KUL dr hab. Ewa Domagała-Zyśk. W skład Komitetu weszła również prof. dr hab. Kazimiera Krakowiak, kierownik Katedry Pedagogiki Specjalnej KUL oraz Dr Aleksandra Borowicz, kurator Koła Naukowego „Surdus Loquens” oraz Dr Renata Kołodziejczyk. Natomiast w skład Komitetu Organizacyjnego wchodził członkowie wyżej wymienionego Koła Naukowego, reprezentujący różne szkoły wyższe w Lublinie.

Po oficjalnej inauguracji konferencji, którą otworzyli przedstawiciele Komitetu Naukowego, rozpoczęły się obrady w pierwszej sesji naukowej.

Na początku wygłosił swój referat prof. dr hab. Kazimiera Krakowiak oraz mgr Łukasz Krakowiak z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Temat ich odczytu dotyczył *Modelu wzajemnego wspierania się rozmówców doświadczających trudności komunikacyjnych*. Myślą przewodnią była umiejętność udzielenia sobie wzajemnego i skutecznego wsparcia, potrzebnego

w zmaganiu się z przeciwnościami losu. Jak zauważyli prelegenci, jeśli mój rozmówca nie słyszy, to ja nie umiem do niego mówić. Aby wyzłolić się z kalectwa, musimy nauczyć się rozmawiać. Referat był oparty na ponad trzydziestoletnim doświadczeniu komunikacji z własnym dzieckiem niesłyszącym.

Następnym mówcą była prof. KUL dr hab. Ewa Domagała-Zyśk z zagadnieniem *Strategie komunikowania się osób niesłyszących w języku angielskim*. Prelegentka zwróciła uwagę na błędy językowe popełniane przez osoby z wadami słuchu. Podkreślała, iż te lapsusy są podobne dla większości populacji studentów niedosłyszących. Autorka podzieliła się swoimi praktycznymi doświadczeniami zagranicznymi oraz z własnych zajęć z języka angielskiego, jakie prowadziła na KUL z takimi słuchaczami. Skonkludowała również, że chociaż takie osoby muszą włożyć więcej pracy w swoją naukę języka angielskiego, są w stanie, z odpowiednią pomocą, skutecznie się nauczyć języka obcego.

Trzecim badaczem w tej części była dr Joanna Kobosko z Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie. Jej wystąpienie nosiło temat *O komunikowaniu się z otoczeniem osób z częściową głuchotą - percepcja doświadczanych korzyści z implantu ślimakowego i jej związek z radzeniem sobie ze stresem*. Badaczka przedstawiła własne badania z wykorzystaniem kwestionariusza NCIQ oraz mini COPE. Na ich podstawie stwierdzono, że osoby z częściową głuchotą i z implantem ślimakowym, w komunikowaniu się z otoczeniem, radzą sobie w swojej ocenie, przeciętnie. Szczególną rolę odgrywa samoocena, która jest znacząco najniższa spośród innych obszarów, ważnych w komunikowaniu się ze środowiskiem zewnętrznym.

Po przerwie kawowej rozpoczęły się obrady w drugiej sesji naukowej. Pierwszą prelegentką była dr Renata Kołodziejczyk z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Jej prezentacja miała tytuł *Fonogesty - metoda pomagająca odczytywać mowę z ust. Kiedy i dla kogo jest przydatna?* Przedstawiono w niej fonogestową mapę Polski, czyli ośrodki i placówki, w których stosuje się tę metodę pracy z osobami z wadą słuchu. Fonogesty, zdaniem Autorki, pozwalają budować świadomość fonologiczną już od najwcześniejszych miesięcy życia. Metoda ta pozwala również przyswajać język spontanicznie w tempie porównywalnym do dzieci słyszących. Prelegentka zaproponowała także korzyści, jakie niesie ze sobą stosowanie techniki fonogestów nie tylko przez dzieci w szkole, ale także wśród studentów.

Drugim uczestnikiem w sesji był dr Juliusz Iwanicki z Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza. Przedstawił temat *Usłyszeć „inny świat”? Między trzema światami społeczno-kulturowymi*. Gość zaproponował filozoficzną i kulturową perspektywę na problemy osób niedosłyszących. Użył metafor

planetarnych, ilustrujących sytuację takich ludzi. Jowisz jest w tej konstrukcji, symbolem ludzkie pełnosprawnych, nie mających dysfunkcji komunikacyjnych. Mars to planeta, którą możemy odczytać jako symbol defensywy i obrony (Mars w mitologii greckiej był bogiem wojny) i w propozycji Autora można go utożsamić ze światem osób Głuchych. Z kolei niektóre osoby słabosłyszące są jak samotne „planetoidy”, które krążą między tymi dwiema planetami, niepewne swojej sytuacji społecznej.

Jako trzecia wygłosiła swój referat dr Aleksandra Borowicz z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego z problemem *Oczekiwania studentów z uszkodzeniami słuchu względem organizacji studenckich*. Z badań Autorki wynikało, że wielu studentów ma problem z zaangażowaniem się w życie koła naukowego, czy stowarzyszenia. Im mniej osób działa w danym kole, tym trudniej zorganizować konkretne wydarzenie, czy przedsięwzięcie akademickie. Problemy organizacyjne kół wiążą się także z tym, że studenci mają różne plany zajęć oraz obowiązki, i trudno jest im spotykać się regularnie w jednym terminie. Natomiast do niewątpliwych zalet uczestnictwa w życiu koła naukowego należą: wymiana i zdobywanie nowych doświadczeń, uczestnictwo w ciekawych spotkaniach wyjazdach, możliwość rozwoju osobistego.

Po zakończeniu drugiej sesji naukowej uczestnicy udali się na uroczystą kolację w Hotelu Victoria, która zakończyła pierwszy dzień wydarzenia naukowego.

Drugi dzień konferencji rozpoczął się od sesji naukowej „Komunikacja Społeczna”. Osobą, która rozpoczęła obrady była mgr Sylwia Kubowicz ze Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego dla Dzieci Słabosłyszących w Szczecinie. Wygłosiła temat *Problem z tożsamością osoby niesłyszącej jako jedna z podstawowych barier w komunikowaniu się z niesłyszącymi*. Osoby z wadami słuchu stoją na pograniczu dwóch światów, przez co mają problem z utożsamieniem się z konkretną grupą społeczną. Od ich rozwoju mowy oraz znajomości języka migowego zależeć będzie do której z grup: słyszących czy niesłyszących będą przynależać.

Następną osobą w tej części był mgr Paweł Kasprzak reprezentujący Wyższe Śląskie Seminarium Duchowne w Katowicach z prelekcją *Mieć głos to nie wszystko - realia i życie osoby z uszkodzonym narządem słuchu*. Prelegent podzielił się swoimi doświadczeniami jako osoby niedosłyszącej, będącej jednocześnie alumnem seminarium duchownego. Wyzwaniem w takiej sytuacji, jest umiejętność funkcjonowania niemal całodobowego, w stałej komunikacji z innymi klerykami z seminarium. Jednocześnie jest to okazja, aby nauczyć inne osoby pełnosprawne, o odpowiedniej wrażliwości, na

przykład języka migowego bądź sposobów porozumiewania się z ludźmi słabosłyszącymi.

Trzecim uczestnikiem sesji z referatem *Jak „usłyszeć” i zrozumieć niesłyszącego?* była Paulina Sentkiewicz z Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach. Autorka przedstawiła poster i podzieliła się swoimi uwagami, dotyczącymi tego, jak należy komunikować się z osobą, z wadą słuchu. Rozmawiając z osobą niedosłyszącą, należy wykazywać się cierpliwością i pełnym zrozumieniem, nie zasłaniać ust, utrzymywać stały kontakt wzrokowy. W przypadku używania przez rozmówcę języka migowego brać pod uwagę czas potrzebny potrzebny tłumaczowi do odpowiedniej translacji i dalszego przekazania komunikatu.

Ostatnim gościem w tej sesji, była Aneta Buchenfeld z Politechniki Częstochowskiej. Przedstawiła prezentację *Surdopedagogika jako działania pedagogiki specjalnej*. Autorka opisała główne definicje i subdyscypliny składające się na nauki wspierające osoby, potrzebujące specjalnej pomocy edukacyjnej.

Po przerwie kawowej nastąpiła druga sesja naukowa pt. „Komunikacja językowa cz. I”. Pierwszym uczestnikiem był mgr Andrzej Kapitan z firmy AKFON Protetyka Słuchu. Jego temat dotyczył *Nowych technologii, nowych możliwości w komunikowaniu się*. Prelegent podzielił się swoimi praktycznymi doświadczeniami protetyka słuchu. Zwrócił uwagę na to, że dobra akustyka sali jest niezbędnym elementem czystej komunikacji dla osób z wadą słuchu. Skrytykował bariery architektoniczne, które utrudniają prawidłowy proces słyszenia takim ludziom. Są to na przykład: głośne wentylatory, deficyt wygłuszenia bądź brak urządzeń wspomagających aparaty słuchowe. Autor zaprezentował także różne nowości technologiczne, które pozwalają optymistycznie spojrzeć na możliwości w zakresie komunikacji osób niesłyszących.

Następnym gościem była mgr Beata Iwanicka z Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza. Jej prezentacja nosiła tytuł *Osoby nie(do)słyszące za granicą - aspekty komunikacyjne*. Badaczka zadała pytanie, czy wady słuchu wykluczają aktywne podróże i uczestnictwo w życiu społeczno-kulturalnym? Wskazała jakie bariery komunikacyjne i językowe mogą utrudniać aktywność eksploracyjną. Przedstawiła również przeszkody niejęzykowe, takie jak: strach, brak wiary w siebie oraz stereotypy, które niepotrzebnie ograniczają osoby z wadami słuchu. Istotnym elementem jest tak zwana „inteligencja komunikacyjna”, która pozwala wykorzystać zasoby i być kluczem do sukcesu w aktywnej komunikacji za granicą.

Trzecim prelegentem był Mateusz Kargul z Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. Wincentego Pola w Lublinie. Opowiedział o problemie:

Komunikacja osób z uszkodzeniem słuchu a lekarz. Poruszył on problem braku umiejętności i szkoleń z zakresu języka migowego dla personelu medycznego oraz brak tłumacza w szpitalu. Zauważył również, że na terenie placówek medycznych brakuje oznaczenia symbolu języka migowego, które ułatwiają osobom z wadą słuchu identyfikację pracowników, znających język migowy.

Trzecia sesja naukowa konferencji nosiła tytuł *Komunikacja językowa, cz. II*. Rozpoczęła ją Paulina Lewandowska z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Jej referat brzmiał *Środki masowego przekazu a możliwości dla słabosłyszącego*. Podkreślała znaczenie środków masowego przekazu dla osób z wadami słuchu. Zauważyła, że jest to często pierwszy i jedyny kanał komunikacyjny dla niesłyszących użytkowników. Odniosła się do przypadku Głuchego uczestnika amerykańskiej wersji „Tańca z gwiazdami” Nyle DiMarco, który za pomocą środków masowego przekazu przybliżył świat osób posługujących się językiem migowym. Na tej postaci wzorowała się uczestniczka polskiego odpowiednika tego telewizyjnego programu, Iwona Cichosz, która w poprzedniej edycji była prelegentką tejże konferencji.

Kolejnym gościem była mgr Ewelina Moroń z Uniwersytetu Wrocławskiego. Przedstawiła kwestię *Użyteczności tekstów użytkowych - efektywnej komunikacji i alfabetyzmu odbiorców*. Wyjaśniła pojęcie tekstów użytkowych, przez które rozumie wypowiedzi, funkcjonujące prymarnie poza literaturą, służąc określonym celom dydaktycznym. Są to na przykład: instrukcje, polecenia, regulaminy. Ich warunkiem skuteczności jest forma przystępna dla odbiorcy z możliwie natychmiastowym odesłaniem do treści. Badaczka podkreślała, to jak ważne jest, aby polecenia zawarte w arkuszach maturalnych były dostępne językowe dla osób z wadami słuchu.

Następnymi prelegentkami były mgr inż. Alicja Nowogrodzka z Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Administracji w Lublinie oraz Aleksandra Gulip z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Ich temat dotyczył zagadnienia *Kto czyta, ten pięknie mówi*. Autorki zaproponowały ćwiczenie słuchaczom, polegające na kilkunutowej rozmowie z sąsiadem o ostatnio przeczytanej książce. Rozdały także wszystkim uczestnikom konferencji ankietę z pytaniami na temat preferowanych nawyków czytelniczych i upodobań książkowych. Wyraziły także przekonanie, że czytanie książek pozwala osobom słabosłyszącym lepiej nauczyć się języka polskiego oraz poszerzyć swoje słownictwo, a także pogłębić swój rozwój osobisty.

Ostatnią uczestniczką sesji była Karolina Czaban z Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie, która opowiedziała o *Sygnalach organizmu - jak dieta wpływa na zdrowie?* Podzieliła się wiedzą z zakresu dietetyki i prawidłowego

odżywiania, które to nawyki pozwalają umacniać zdrowie nie tylko osób słabosłyszących.

Po przerwie kawowej rozpoczęto czwartą sesję konferencji pt. *Komunikacja religijna*. W tym bloku wypowiedziała się mgr Magdalena Bednarska z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego z referatem *Działalność duszpasterstwa osób niesłyszących w komunikowaniu Dobrej Nowiny o Jezusie Chrystusie. Raport z badań własnych*. Po niej wystąpiła mgr Lucyna Kościelniak z Uniwersytetu Wrocławskiego z prelekcją *Bimodalne kazania - efektywność metody totalnej komunikacji*. Następnie głos zabrała Martyna Świniarska z tematem *Komunikacja z Bogiem*. Sesję zamknęła Renata Maciejewska z Fundacji Fonis we Wrocławiu z prezentacją *Pielgrzymki osób niesłyszących z Duszpasterstwa Głuchoniemych i Niewidomych w Archidiecezji Wrocławskiej*. Generalnie Autorki w tej sesji odnosiły się do metod wsparcia osób niesłyszących w ramach Kościoła katolickiego. Przedstawiano specyfikę duszpasterstw i organizacji religijnych wspierających ludzi z niepełnosprawnością słuchową. Osoby z wadami słuchu mają większą potrzebę jedności w grupie, gdzie mogą otrzymać potrzebną im akceptację społeczną. Jednocześnie ludzie niesłyszący również mają swoje potrzeby religijne, których realizację można im umożliwić poprzez szerzenie wiedzy o ich rodzaju niepełnosprawności.

Warto odnotować, iż całą konferencję tłumaczono symultanicznie na polski język migowy. Z tłumaczenia mogli skorzystać głusi uczestnicy, dla których migowy jest pierwszym językiem. W roli tłumaczy wystąpili Magdalena Gach oraz Tomasz Olender. Używano również metody dedykowanej dla osób słabosłyszących, tj. *speech to text*, czyli symultanicznego przekazu tekstowego, wyświetlanego w czasie rzeczywistym na ekranie.

Ewa Nasiłowska

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach

IV Międzynarodowy Kongres Inkluzji Społecznej

The IV. International Congress of Social Inclusion

W dniach 6-7 kwietnia 2017 roku Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach już po raz czwarty gościł w swoich progach uczestników Międzynarodowego Kongresu Inkluzji Społecznej. Ponad 120 naukowców, ekspertów i praktyków z Polski i z zagranicy zajmujących się różnymi aspektami problematyki inkluzji społecznej – w tym edukacji, pracy i rozwoju zawodowego, życia kulturalnego i społecznego obradowało w tym roku pod hasłem „Inkluzja społeczna – wdrożenia – wersje i kontrowersje”.

Uroczystego otwarcia IV Międzynarodowego Kongresu Inkluzji Społecznej dokonała JM Rektor Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach, prof. dr hab. Tamara Zacharuk. Rozpoczęcie Kongresu swoją obecnością zaszczylił pani Anna Sochacka zastępca prezydenta miasta Siedlce, pan Andrzej Rymuza w imieniu Starosty Siedleckiego, pan dr Henryk Brodowski wójt gminy Siedlce, bryg. Waldemar Rostek zastępca Komendanta Miejskiego Państwowej Straży Pożarnej, nadkom. mgr Dariusz Król zastępca Komendanta Miejskiego policji w Siedlcach, por. Stanisław Jabłoński Kierownik Działu Penitencjarnego Zakładu Karnego w Siedlcach, pani Anna Gugała Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, pan Mirosław Bieniek dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Stoku Lackim oraz pani dr Urszula Wyrzykowska-Dudek dyrektor Samorządowego Centrum Doradztwa i Doskonalenia Nauczycieli.

Celem IV Międzynarodowego Kongresu Inkluzji Społecznej było ukazanie myśli polskich i zagranicznych naukowców w najważniejszych kwestiach dotyczących ekskluzji, integracji a przede wszystkim inkluzji społecznej, a także refleksji naukowej nad powyższą tematyką. Uczestnicy Kongresu podjęli również próbę określenia wizji edukacji w Polsce i w świecie współczesnym. Gościliśmy przedstawicieli środowisk naukowych z polski z zagranicy: Akademii Marynarki Wojennej w Gdyni, Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, Wszechnicy Świętokrzyskiej w Kielcach, Białoruskiego Uniwersytetu Państwowego, Uniwersytetu Technicznego w Ankonie we Włoszech, Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego im Jana Pawła II, Litewskiego Uniwersy-

tetu Pedagogicznego w Wilnie, Ministerstwa Edukacji w Izrael, Omskiego Uniwersytetu Państwowego, Kolegium Zawodowego w Essen, Smoleńskiego Uniwersytetu Państwowego, Sofijskiego Uniwersytetu, Wioski Dziecięcej w Bułgaria, Towarzystwa Naukowego EDUCARE w Warszawie, Uniwersytetu Pedagogicznego w Tule, Uniwersytetu Lancashire w Anglii, Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie, Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, z Uniwersytetu Technologiczno-Humanistycznego w Radomiu, Wyższej Szkoły im. Bogdana Jańskiego w Warszawie, Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. J. Korczaka w Warszawie, Państwowego Uniwersytetu im. Janki Kupłay w Grodnie, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu oraz Uniwersytetu Warszawskiego.

W swoim wystąpieniu JM Rektor zwróciła uwagę, że: *szansą na włączenie społeczne jest edukacja inkluzyjna, która daje możliwość osobom marginalizowanym, odrzuconym, na zdobycie wykształcenia czyli umożliwia realizację prawa człowieka do zdobycia wykształcenia. Wykształcenie i wychowanie ma dla człowieka szczególną wartość. Już Hegel pisał, że te dwa elementy sprawiają, iż jednostki rodzą się do życia po raz drugi, wyzwalając w nich świadomość wolności i zaufanie do siebie samych.*

Po zakończeniu obrad plenarnych uczestnicy kongresu mieli okazję wziąć udział w spektaklu Carmen na kanwie opery Georgesa Bizeta. Odtwórcami głównych ról są jedni z najlepszych tancerzy w Polsce - finaliści programu You Can Dance - Po prostu tańcz!, a reżyserem i choreografem Carmen jest Iwona Maria Orzełowska. Spektakl jest próbą połączenia tradycyjnych wartości Teatru Tańca i Baletu z technikami tańca modern i hip hop. W ten sposób Teatr Tańca Caro Dance podejmuje dialog ze współczesną młodzieżą.

Drugi dzień kongresu rozpoczął się inauguracyjnym spotkaniem I Zjazdu Absolwentów Niesłyszących naszej Uczelni, którym karty Klubu Absolwenta UPH wręczyła uroczyście JM Rektor, prof. Tamara Zacharuk. Gościem honorowym drugiego dnia był prezes PFRON, pan Robert Kwiatkowski, który w swoim wystąpieniu podkreślił „konieczność wyrównywania szans i wspieranie jednostek potencjalnie zagrożonych wykluczeniem”. W pierwszej części przed uczestnikami kongresu wystąpiła grupa MOG-ę, którą tworzą studenci głusi pod kierunkiem pani mgr Haliny Grzeszczuk. Grupa realizuje tłumaczenie piosenek na polski język migowy (PJM).

Dalsza część przebiegała pod znakiem obrad oraz dyskusji w sekcjach. Obrady oficjalnie zamknęła prof. Tamara Zacharuk jednocześnie zapraszając na kolejny V Międzynarodowy Kongres Inkluzji Społecznej w 2018 roku.

Efektami prac Kongresu są wydane w Wydawnictwie Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach publikacje poświęcone problematyce edukacji inkluzyjnej:

- L. Pytka, K. Marciniak-Paprocka, *Inkluzja Społeczna. Różnicowanie struktur i doskonalenie funkcji*; Siedlce, 2017, Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach;
- T. Zacharuk, E. Jówko, *Edukacja inkluzyjna. Bogactwo form i treści*; Siedlce, 2017, Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach.

Szczegółowe informacje: www.kis.uph.edu.pl

Informacje dla autorów

Materiał do publikacji należy składać w formie elektronicznej (jeden plik formatu MS WORD 2007 lub 2010 i jeden plik w formacie PDF) na adres mailowy: enasilowska@uph.edu.pl

Objętość opracowania:

- artykuł – objętość nie większa niż 20 znormalizowanych stron (40 000 znaków razem ze spacjami, przypisami i bibliografią),
- recenzja – do 15 000 znaków,
- opinie, glosy, polemiki – do 20 000 znaków,
- sprawozdanie – do 10 000 znaków,
- scenariusz, streszczenie – 500-1000 znaków.

Tekst: format **A5**; czcionka Palatino Linotype 10 pkt; interlinia 1,5; marginesy 22 mm (prawy, lewy, górny i dolny); odnośniki w indeksie górnym, wyrównanie wyjustowane; ciągła numeracja stron, w prawym dolnym rogu; bez dzielenia wyrazów, bez automatycznych wyróżnień i wylczeń, bez wymuszonych przeniesień, akapity wyróżnione wcięciem 1 cm od lewej. Wyróżnienia w tekście należy zaznaczać za pomocą czcionki półgrubej (bold).

Przypisy: Należy sporządzać według systemu harwardzkiego (Harvard Referencing System): cytując trzeba zawsze podać w nawiasie: autora/autorów, rok wydania i numer strony, np. [Kowalski A., 1992, s. 244].

Cytaty w tekście głównym: Gdy objętość cytatu przekracza 40 słów, należy umieścić go w osobnym akapicie z wcięciem, bez cudzysłowu. W innym przypadku fragment umieszcza się w linii właściwego tekstu, w cudzysłowie. Nie należy stosować kursywy.

Bibliografia: Wszystkie publikacje, na które autor artykułu się powołuje, powinny być umieszczone w bibliografii na końcu pracy, ułożone w kolejności alfabetycznej wg wzoru:

Bień W., Sokół H., 1998, *Ocena sytuacji finansowej banku komercyjnego*, Difin, Warszawa.

Bludnik I., 2009, *Redukcjonizm w modelach neokeynesowskich*, Ekonomista, nr 6.

GUS, 2009, *Rocznik demograficzny 2008*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.

- Konarska J., 2008, *Inny – nie znaczy gorszy*, w: Frąckiewicz L., (red.), *Przeciw wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa.
- Somer J. (red.), 1995, *Ustawa o ochronie i kształtowaniu środowiska. Komentarz*, Wydawnictwo Prawo Ochrony Środowiska, Wrocław.
- Wikipedia, 2011, *Łańcuch Markowa*,
http://pl.wikipedia.org/wiki/%C5%81a%C5%84cuch_Markowa
[dostęp: 17.05.2011].

Do tekstu należy dołączyć:

Abstrakt – umieszczony na pierwszej stronie artykułu, poniżej tytułu, w języku polskim i angielskim (ok. 1000 znaków, czcionka 8 pkt, wyjustowanie). Abstrakt nie powinien powtarzać ani parafrazować tytułu tekstu; powinien być napisany w trzeciej osobie (np. Autor omówił...) lub w formie bezosobowej (np. W artykule przedstawiono...). W abstrakcie należy wyróżnić co najmniej cztery spośród następujących kategorii informacji:

- cel / teza (obowiązkowo)
- koncepcja / metody badań (obowiązkowo)
- wyniki i wnioski (obowiązkowo)
- ograniczenia badań (opcjonalnie)
- zastosowanie praktyczne (opcjonalnie)
- oryginalność/wartość poznawcza (obowiązkowo)

Słowa kluczowe – czcionka 8 pkt, w języku polskim oraz w języku angielskim. Słowa powinny być zapisane w mianowniku liczby pojedynczej, rozdzielone przecinkami. Pierwszym powinna być szczegółowa nazwa subdyscypliny, do której należy praca. Słowami kluczowymi mogą być nazwy własne, powinny być tak dobrane, by czytelnik mógł znaleźć tekst, wyszukując go według słów kluczowych w elektronicznej bazie czasopism. Zachęcamy do używania możliwie standardowej, powszechnie stosowanej terminologii zarówno polskiej, jak i angielskiej, unikania neologizmów, metafor etc.

Dane o autorze – imię i nazwisko, stopień naukowy, nazwa i adres miejsca pracy (stanowisko i pełnione funkcje), telefon kontaktowy oraz e-mail.

Tabele – zawartość tabeli – 9 pkt; tytuł tabeli umieszczamy nad tabelą – 9 pkt, do lewej za słowem „Tabela” i numerem porządkowym.

Wykresy – czarno-białe lub stopniowana szarość; w pliku tekstowym lub jako grafika (jpg) – edytowalne; zatytułowane np. Rys. 1. pod wykresem (9 pkt, do lewej).

Ilustracje, grafiki, zdjęcia, inne obrazy znajdujące się w tekście prosimy przysłać jako osobne pliki (w formatach: jpg, png) oznaczone i przyporządkowane numerami do określonych miejsc w tekście. Tytuł należy umieścić pod rysunkiem.

Pod każdym elementem graficznym powinien znaleźć się zapis źródła, z którego pochodzi. Jeśli cytowane elementy graficzne są chronione prawem autorskim (dotyczy to również plików pochodzących z Internetu), wymagana jest pisemna zgoda autora oryginału lub właściciela praw autorskich na bezpłatne wykorzystanie tych materiałów w pracy.

