



Wyższa Szkoła Zarządzania
i Administracji w Opolu

Od niepełnosprawności do aktywności



pod redakcją
Jarosława Czepczarza
Mariana Kapicy
Franciszka Antoniego Marka

Opole 2015

**Od niepełnosprawności
do aktywności**



Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Opolu

Od niepełnosprawności do aktywności

pod redakcją
Jarosława Czepczarza
Mariana Kapicy
Franciszka Antoniego Marka

Opole 2015

Recenzja
dr hab. Antoni Jonecko
dr hab. Wiesław Sikorski

Komitet Redakcyjny
Marian Duczmal (przewodniczący), *Renáta Bernátová*, *Radmila Burkovičová*,
Wojciech Duczmal, *Zenon Jasiński*, *Peter Jusko*, *Miroslaw Kowalski*,
Franciszek Antoni Marek, *Zenona Maria Nowak*, *Oleksandr Nestorenko*,
Tetyana Nestorenko, *Milan Portik*, *Jurij Shcherbiak*, *Sławomir Śliwa*, *Viktoriiia Zarva*

Projekt okładki oraz redakcja techniczna
Janina Drozdowska

Redakcja i korekta
Agnieszka Jakutajć-Zalewska

Publikację sfinansowano z „Dotacji na zadania związane ze stwarzaniem studentom i doktorantom, będącym osobami niepełnosprawnymi, warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia”

ISBN 978-83-62683-64-2
978-83-7511-223-8

Seria MONOGRAFIE I OPRACOWANIA
pod redakcją prof. dra hab. Mariana Duczmala

WYDAWNICTWA
WYŻSZEJ SZKOŁY ZARZĄDZANIA I ADMINISTRACJI W OPOLU

Dystrybucja
Biblioteka Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu
45-085 Opole
ul. Niedziałkowskiego 18
tel. 77/4021 900 do 901, 4021 930
fax 77/4566 494
e-mail: info@poczta.wszia.opole.pl
www.wszia.opole.pl



WYDAWNICTWO INSTYTUT ŚLĄSKI Sp. z o.o.
45-082 Opole, ul. Piastowska 17, tel. 77/454 01 23
e-mail: wydawnictwo@is.opole.pl
Nakład 150 egz. Objętość 8,6 ark. wyd., 9,0 ark. druk.

Spis treści

Wstęp [*Jarosław Czepczarz, Marian Kapica, Franciszek Antoni Marek*] 7

Część I. Niepełnosprawność dzieci i młodzieży

- KRYSTYNA ŁANGOWSKA-MARCINOWSKA
Postrzeganie niepełnosprawności jednostki
przez pełnosprawnych rówieśników 11
- s. MARIA B. PECYNA, SJE
Predykcja stresu oksydacyjnego u młodzieży z fizjologicznie
rozpoznaną dysleksją rozwojową w badaniach
pletyzmo graficznych 32
- SŁAWOMIR KANIA, FRANCISZEK ANTONI MAREK
Rozumienie empatyczne jako kompetencja społeczna
i emocjonalna pedagogów specjalnych 44

Część II. Niepełnosprawność dorosłych

- EWELINA J. KONIECZNA
Akceptacja własnej niepełnosprawności – definicja i diagnoza
zjawiska u osób z dysfunkcją ruchu 61
- MARCIN BULAK
Edukacja zdrowotna osób niepełnosprawnych z zaburzeniami
psychicznymi 77
- KATARZYNA BŁOŃSKA
Szczęśliwi mimo wszystko 95
- EWELINA TROŚCIANKO-WILK, DOMINIK KRZYŻANOWSKI
Postępowanie rehabilitacyjne z chorym i niepełnosprawnym
w opiece hospicyjnej i paliatywnej 112
- JAROSŁAW CZEP CZARZ, MARIAN KAPICA
Oddziaływania niespecyficzne w rehabilitacji 121
- DAMIAN KOCOT
Pomoc osobom niepełnosprawnym w nowej perspektywie
unijnej w latach 2014–2020 133

Wstęp

Postrzeganie niepełnosprawności zależne jest od rodzaju nauk, które owo zjawisko analizują i przedstawiają. Mimo że żyjemy w czasach, w których akceptowane są dysfunkcje, w dalszym ciągu widoczne są trudności w życiu osób niepełnosprawnych fizycznie czy psychicznie. Jednostki te w dalszym ciągu się z nimi borykają. Każda z tych osób musi mieć prawo do wrastania w środowisko, w którym żyje i funkcjonuje. Zadaniem całego społeczeństwa jest otwieranie się przed ludźmi upośledzonymi, torując im drogę do normalnej (przysługującej każdemu człowiekowi) egzystencji. Aktywizowanie tych osób – w każdym ich wieku, czy to na poziomie umysłowym czy fizycznym – może mieć miejsce tylko przez kontakt z drugim człowiekiem.

Jednostka z niepełnosprawnością znajduje się w trudniejszym położeniu niż osoba sprawna, gdyż pomimo swych dysfunkcji musi normalnie funkcjonować. Realizuje swoje cele życiowe i zaspokaja swoje potrzeby. Egzystencja dla osoby niepełnosprawnej nabiera szczególnego znaczenia, gdyż otwiera ją na wartości wyższe, co pomaga w codziennym funkcjonowaniu.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że pedagogika, jako nieodłączny element rehabilitacji osób z niepełnosprawnością, ma za zadanie nadać właściwy kierunek poprzez kształcenie i wychowanie. Zachowanie, rozwój i losy życiowe człowieka niepełnosprawnego, podlegającego procesowi rehabilitacji w znacznym stopniu zależą od jego sytuacji i pozycji w środowisku. Istotą zadań pedagogicznych jest również ukazywanie niewiedzy i braku umiejętności rozwiązywania wielorakich problemów życiowych, powstających w związku z niepełnosprawnością. Problemy te są często przyczyną zakłóceń równowagi wewnętrznej, utrudniającą człowiekowi z dysfunkcjami funkcjonalność i zaspokajanie podstawowych potrzeb.

Monografia, którą Szanownemu Czytelnikowi przedstawiamy, jest złożona z dziewięciu artykułów o zróżnicowanej tematyce, uwzględniających aspekty pedagogiczne, psychologiczne i medyczne w spojrzeniu na zagadnienie niepełnosprawności. Podzielona została na dwa działy: pierwszy dotyczy aspektów niepełnosprawności dzieci i młodzieży, na-

tomiaś drugi dział skupiony jest na osobach dorosłych. Dział pierwszy monografii ukazuje postrzeganie niepełnosprawności jednostki przez pełnosprawnych rówieśników, jak również predykcje stresu oksydacyjnego u młodzieży z fizjologicznie rozpoznaną dysleksją rozwojową w badaniach pletyzmograficznych, a także rozumienie empatyczne, jako kompetencję społeczno-emocjonalną pedagogów specjalnych. W dziale drugim zawarto spojrzenie na akceptację własnej niepełnosprawności u osób z dysfunkcjami narządu ruchu, następnie zwrócono uwagę na aspekty edukacji zdrowotnej osób z zaburzeniami psychicznymi. Publikacja również traktuje o dobrostanie psychicznym osób z niepełnosprawnością, a uwadze autorów nie umknęło ukazanie postępowania rehabilitacyjnego z chorym niepełnosprawnym w opiece hospicyjnej i paliatywnej. Książkę wieńczą innowacyjne i istotne treści dla niepełnosprawnych i ich terapeutów z zakresu oddziaływań niespecyficznych w rehabilitacji oraz wskazówki dotyczące pomocy osobom niepełnosprawnym w nowej perspektywie unijnej. Każdy artykuł zawiera cenne wskazówki, porady i techniki pomocne w edukacji, pracy, a co bardzo istotne, w zrozumieniu potrzeb osób niepełnosprawnych bez względu na zakres ich dysfunkcji.

Niniejsza publikacja, którą Państwu prezentujemy, ma za zadanie zwrócić uwagę na ważne przemiany, jakie dokonują się w sferze psychicznej i fizycznej osób pracujących z jednostkami niepełnosprawnymi oraz samych zainteresowanych. Jako autorzy mamy nadzieję, że skorzystają z niej studenci kierunków pedagogicznych, terapeutycznych, medycznych i psychologicznych. Książka mieści w sobie istotne walory edukacyjne i wychowawcze w obrębie zagadnień dotyczących niepełnosprawności zarówno dzieci, jak i dorosłych. Może, a nawet powinna stanowić inspirację do dalszych analiz i zmiany postaw w stosunku do osób upośledzonych. Oczywiście jest to, że przedstawione w monografii kwestie nie rozwiązują w pełni problemów osób z niepełnosprawnością, jednak ich głównym zadaniem jest wskazywanie i poszukiwanie tych rozwiązań.

*Jarosław Czepczarz
Marian Kapica
Franciszek Antoni Marek*

Część I

Niepełnosprawność dzieci i młodzieży

Krystyna Łangowska - Marcinowska*

Postrzeganie niepełnosprawności jednostki przez pełnosprawnych rówieśników

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, dysfunkcyjność, dyskryminacja, akceptacja, edukacja integracyjna

Stosunek społeczności wobec osób niepełnosprawnych zmieniał się na przestrzeni wieków wraz z rozwojem cywilizacji. Obecnie popularne stają się zachowania zmierzające do integracji niepełnosprawnych z resztą społeczeństwa, a idea owego zespolenia jest realizowana przez tworzenie integracyjnego systemu kształcenia. Z badań przeprowadzonych wśród młodzieży licealnej jednego z miast Opolszczyzny wynika, że sposób postrzegania ucznia dysfunkcyjnego przez społeczność szkolną jest pozytywny. Młodzież jest z reguły przychylna wzajemnym relacjom i kontaktom, a także uznaje je za rzecz naturalną. Uczniowie mają świadomość trudności, z jakimi borykają się ich niepełnosprawni rówieśnicy, a wśród ich potrzeb za najistotniejszą uznają potrzebę akceptacji, szacunku i dobroci ze strony otoczenia. Taka postawa licealistów dobrze rokuje społecznej integracji ludzi pełnosprawnych z niepełnosprawnymi.

Rozważania wprowadzające

Integracja dzieci niepełnosprawnych z pełnosprawnymi rówieśnikami staje się faktem, jeżeli one same wykazują samodzielność oraz zdecydowanie, a także mają przy tym fachową pomoc w szkole i sprzyjające warunki w środowisku rodzinnym.

Obecnie, na całym świecie wzrasta liczba i zróżnicowanie form oświatowych kształcenia specjalnego, ponadto podnosi się ich jakość. W Polsce doświadczenia integracyjne w interesującym przedmiocie mają stosunkowo krótką historię. W naszym kraju idea zapewnienia optymalnych warunków nauki i rozwoju młodzieży niepełnosprawnej jest realizowana coraz częściej przez tworzenie integracyjnego systemu kształcenia. Uczniowie o specjalnych potrzebach są wyzwaniem dla nauczycieli, zwłaszcza dla

* Dr, adiunkt w Wyższej Szkole Zarządzania i Administracji w Opolu.

ich zdolności i umiejętności wspierania więzi między uczniami oraz ich talentu przy współpracy z rodzicami.

Zarówno w literaturze przedmiotu, jak i w życiu codziennym, funkcjonuje wiele terminów określających niepełnosprawność człowieka, w tym między innymi: kalectwo, inwalidztwo, upośledzenie, uszkodzenie. Pojęcia niepełnosprawności czy osoby niepełnosprawnej upowszechniły się dopiero w ostatnich kilkunastu latach. Dla przykładu, Aleksander Hulek za osobę niepełnosprawną uważa taką jednostkę, która na skutek ograniczeń pod względem fizycznym (motorycznym, sensorycznym i somatycznym) lub psychicznym ma znaczne trudności w wywiązywaniu się z zadań, jakie stawia przed nią życie codzienne, szkoła, praca zawodowa i czas wolny. Trudności te są zmniejszane lub likwidowane między innymi przez rehabilitację oraz kształcenie ogólne i zawodowe¹. Natomiast T. Majewski określa osobę niepełnosprawną jako jednostkę dla której wykonywanie zadań życiowych i zawodowych, a także wypełnianie ról społecznych (stosownych do jej wieku, płci, stanu, czynników społecznych, środowiskowych i kulturowych) jest utrudnione, ograniczone lub uniemożliwione z powodu uszkodzenia i obniżonej sprawności funkcjonowania organizmu².

Według definicji opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (1980 r.), a opublikowanej w Międzynarodowej klasyfikacji uszkodzeń, niepełnosprawności i upośledzeń, przez niepełnosprawność rozumie się wszelkie ograniczenie lub wynikający z uszkodzenia brak zdolności wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka. Na określenie stanu wywołanego odchyleniem od normalnego poziomu funkcjonowania człowieka Światowa Organizacja Zdrowia używa aż trzech terminów: 1) uszkodzenie (ang. *impairment*) – które oznacza utratę lub nieprawidłowość funkcjonowania fizjologicznych lub anatomicznych struktur ludzkiego organizmu; 2) niepełnosprawność (ang. *disability*) – jako stan będący konsekwencją zaistniałego uszkodzenia, manifestujący się fizycznym ograniczeniem lub zniesieniem możliwości działania i podejmowania aktywności właściwych osobom pełnosprawnym; 3) upośledzenie (ang. *handicap*) – oznaczające niekorzystną, gorszą w stosunku do pozostałych członków danej zbiorowości sytuację jednostki, będącą konsekwencją zaistniałego uszkodzenia lub niepełnosprawności i polegającą na utrudnieniu lub uniemożliwieniu jednostce niepełno-

¹ A. Hulek, *Kształcenie specjalne w systemie integracyjnym*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna*, red. W. Pomykała, Warszawa 1993, cyt. za: B. Bobel, *Świat wartości młodzieży sprawnej i niepełnosprawnej ruchowo w latach dziewięćdziesiątych*, Kraków 2006, s. 45.

² Za: J. Kirenko, *Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności*, Lublin 2007, s. 16.

sprawnej podejmowania ról uważanych w danych warunkach społecznych i kulturowych za normalne dla osób jej płci i wieku³.

Społeczna integracja (łac. *integratio* – odnowienie, uzupełnienie) oznacza zespolenie i scharmonizowanie składników zbiorowości społecznej⁴. Społeczna integracja osób niepełnosprawnych stanowi humanitarny nurt przemian społecznych na rzecz niepełnosprawnych. Nurt ten zrodził się i był upowszechniany już w latach sześćdziesiątych XX wieku w Danii i w krajach skandynawskich. Do Polski został przeniesiony na początku lat siedemdziesiątych ubiegłego stulecia, a jego głównym inicjatorem był wzmiankowany już Aleksander Hulek. Integracyjny system kształcenia i wychowania polega na maksymalnym włączaniu dzieci i młodzieży z odchyleniami od normy do zwykłych szkół i innych placówek oświatowych, by umożliwić im – w optymalnym zakresie – wzrastanie w gronie zdrowych rówieśników. Natomiast jednostkom przebywającym w zakładach opiekuńczych system integracyjnego kształcenia i wychowania stara się zapewnić jak najczęstsze kontakty z zewnętrznym środowiskiem społecznym⁵.

Aleksandra Maciarz definiuje integrację społeczną jednostek o niższej sprawności psychofizycznej jako ideę, kierunek przemian oraz sposób organizowania zajęć i rehabilitacji niepełnosprawnych, wyrażające się w dążeniu do stworzenia tym osobom możliwości uczestniczenia w normalnym życiu, a tym samym możliwości dostępu do tych wszystkich instytucji i sytuacji społecznych, w których uczestniczą pełnosprawni oraz do kształtowania pozytywnych ustosunkowań i więzi psychospołecznych między pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi. Autorka ta uważa, że integrując społecznie dzieci niepełnosprawne powinno się im stwarzać takie warunki, aby mogły wychowywać się w swojej rodzinie, uczyć się w szkole powszechnej i wzrastać w naturalnym środowisku wśród pełnosprawnych rówieśników⁶.

Edukacja integracyjna

Nowe podejście do tematu niepełnosprawności nieletnich stanowi przede wszystkim edukacja integracyjna, której podstawowym założe-

³ *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 3, red. E. Różycka, Warszawa 2006, s. 646–647.

⁴ W. K o p a l i ń s k i, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Warszawa 1983, s. 192.

⁵ *Pedagogika rewalidacyjna*, red. A. Hulek, Warszawa 1980, s. 492.

⁶ A. M a c i a r z, *Dziecko niepełnosprawne. Podręczny słownik terminów*, Zielona Góra 1995, s. 147.

niem jest postrzeganie dzieci niepełnosprawnych przez pryzmat podobieństw z dziećmi zdrowymi na zasadzie tego, co je łączy, a nie tego, co je dzieli. Podstawą jest założenie, że każdy ma prawo do wzrastania w środowisku swoich rówieśników. Wspólne przebywanie dzieci pełnosprawnych z niepełnosprawnymi zmusza je do obopólnego porozumiewania się, przyczyniając się w ten sposób do naturalnego usuwania wzajemnych uprzedzeń i lęków.

Obecnie utrwaliły się następujące formy integracyjnego systemu kształcenia i wychowania:

- uczęszczanie dzieci niepełnosprawnych do „zwykłych” klas, w których nie organizuje się dla nich w sposób celowy pomocy specjalnej (integracja pozorna);
- uczęszczanie dzieci do tzw. klas integracyjnych lub do przedszkolnych systemów integracyjnych, w których uwzględnia się ich specjalne potrzeby i udziela się im specjalnej pomocy (integracja funkcjonalna);
- uczęszczanie dzieci do klas specjalnych (także terapeutycznych) organizowanych w szkołach ogólnokształcących.

Stopień integracji w ramach owych form jest różny – największy występuje w klasach i oddziałach integracyjnych, a najmniejszy w klasach specjalnych. Idee integracji są realizowane zarówno w strukturze szkolnictwa powszechnie dostępnego, w tzw. integracyjnych formach kształcenia specjalnego (integracyjne przedszkola i szkoły, integracyjne oddziały przedszkolne, integracyjne klasy szkolne), jak i w placówkach segregacyjnych (szkoły specjalne, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze). Dąży się jednak do tego, aby placówki o charakterze segregacyjnym nawiązywały kontakt ze środowiskiem, w którym są usytuowane, świadcząc sobie wzajemnie różne usługi i wzbogacając przez to swój program dydaktyczno-wychowawczy⁷.

Edukacja integracyjna, celem przynoszenia wymiernych rezultatów, musi być poprzedzona różnymi czynnościami przygotowawczymi, między innymi: przygotowaniem rodziców, pedagogów oraz zapewnieniem odpowiednich pomocy naukowych i technicznych. Doświadczenia bowiem uczą, że jeżeli nie można zapewnić upośledzonym dzieciom odpowiednich warunków w zwykłych szkołach, to nie powinno się ich tam umieszczać, gdyż byłoby to dlań wręcz szkodliwe⁸.

Walter Bachmann, analizując edukację integracyjną, pisze o integracji socjalnej i integracji poznawczej (intelektualnej). W ramach integracji socjalnej wyróżnia on: a) integrację pośrednią – wyuczenie się zachowań społecznych oraz specjalne indywidualne wspieranie społeczne; b) inte-

⁷ A. H u l e k, op.cit., s. 330.

⁸ K.J. Z a b ł o c k i, *Dziecko niepełnosprawne, jego rodzina i edukacja*, Warszawa 1999, s. 34.

grację warunkową, która może przebiegać przy spełnianiu określonych warunków, np. osoby niepełnosprawne ruchowo muszą mieć zapewnione udogodnienia techniczne; c) integrację kooperacyjną – dla uczniów niepełnosprawnych instytucjonalizuje się niezbędną formę szkoły na wspólnym terenie szkolnym ze szkołą powszechną; d) integrację totalną – rozwiązanie szkół specjalnych, wprowadzenie jednolitego procesu szkolnego dla wszystkich dzieci⁹. Natomiast L. Wessman wyróżnia integrację funkcjonalną oraz integrację poprzez zastosowanie odpowiednich urządzeń. Według niego, integracja funkcjonalna polega na tym, że osoby upośledzone mieszkają, pracują i spędzają czas wolny w takich samych warunkach, jak osoby pełnosprawne; natomiast integracja poprzez zastosowanie odpowiednich urządzeń opiera się na włączeniu do normalnych sytuacji w otoczeniu fizycznym i środowisku społecznym człowieka ułatwień technicznych i organizacyjnych, które zapewnią osobom upośledzonym jak najlepsze funkcjonowanie¹⁰.

Martin Soder wymienia trzy rodzaje integracji: 1) integrację fizyczną, kiedy osoba poszkodowana i osoby pełnosprawne są obok siebie, ale nie ze sobą, i kiedy następuje redukcja dystansu, ale brak jest współdziałania; 2) integrację funkcjonalną niższego stopnia, kiedy osoby zainteresowane podejmują wspólne działania, ale na innym materiale i według innego programu, oraz integrację funkcjonalną wyższego stopnia, kiedy realizują one taką samą aktywność i ten sam program; 3) integrację społeczną jako najwyższą formę spontanicznego uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w każdej grupie społecznej na zasadzie pełnoprawnego jej członka, wymagającą psychopedagogicznego przystosowania obu stron¹¹.

Edukacja integracyjna czy integracja w sferze edukacji umożliwia uczenie się takiego świata, jakim on jest w rzeczywistości, pokazuje jego różnorodność i stymuluje potrzebę otwarcia się na siebie jednostek zdrowych i niepełnosprawnych. Pokazuje także, iż obie grupy mają sobie coś do zaoferowania, przy czym istotne jest to, że kształtuje ona wśród dzieci postawy wrażliwości na potrzeby innych, daje radość z bezinteresownego obdarowywania tym, co najważniejsze – obecnością, uśmiechem, przyjaźnią.

Istnieją jeszcze inne, różne rodzaje integracji, np. lokalizacyjna; niektórzy badacze wymieniają również integrację programową i psychologiczną¹².

⁹ W. B a c h m a n n, *Integracja osób niepełnosprawnych – możliwości i granice*, „Szkoła Specjalna” 1995, nr 2, s. 77–78.

¹⁰ Za: J. i J. K w a p i s z o w i e, *W kierunku integracji*, „Szkoła Specjalna” 1992, nr 2/3, s. 78.

¹¹ *Pedagogika specjalna*, red. W. Dykcik, Poznań 1997, s. 331.

¹² U. G r y g i e r, *Znaczenie różnorodności uczniów w klasach integracyjnych*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2003, nr 7, s. 38.

Postawy wobec osób niepełnosprawnych

Nie ulega wątpliwości, że troska o kształtowanie pozytywnych postaw ludzi wobec osób niepełnosprawnych powinna być przedmiotem uwagi wielu środowisk, zwłaszcza tych, które biorą udział w wychowywaniu młodych pokoleń. Aby postawy społeczeństwa wobec jednostek niepełnosprawnych były pozytywne, a także aby jednostki te czuły się w społeczeństwie akceptowane, potrzebny jest wzajemny kontakt. Należy zaznaczyć, że już w połowie lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia J. Bogucka podkreślała kolosalne znaczenie przeżywania wspólnoty przez dzieci rozmaitej kondycji fizycznej, psychicznej i umysłowej przebywające w małych (integracyjnych) grupach w różnorodnych sytuacjach, stymulujących zarówno jednych, jak i drugich. Zdaniem tejże autorki, dzieci pełnosprawne mają w takich sytuacjach okazję, aby w naturalny sposób nauczyć się właściwego stosunku do niepełnosprawnych rówieśników. Uczą się współżyć z nimi na co dzień, a także służyć im w każdej potrzebie swoją pomocą. Dopiero wspólna zabawa, uczenie się, rozmowy, spacer, wspólne posiłki, chwile radosne i smutne mogą doprowadzić do przeżycia wspólnoty, do powstania wzajemnego zaufania i w konsekwencji do pełnej wzajemnej akceptacji. Między dziećmi nawiązują się sympatie i przyjaźnie. Wspólne przeżycia wpływają korzystnie na rozwój emocjonalno-społeczny i sprzyjają rozwojowi intelektualnemu i jednych, i drugich¹³.

Do wspomaganiania właściwych relacji między uczniami niepełnosprawnymi i pełnosprawnymi wydają się niezbędne następujące działania: prowadzenie zajęć integrujących grupę uczniowską i rozwijających umiejętności (pomoc w odnalezieniu własnego miejsca w grupie, w dostosowaniu się do zasad obowiązujących w grupie, w pełnieniu ról w grupie); poprawiających samodzielność i niezależność, rozwijających talenty i zdolności dziecka; usprawniających i korygujących oraz poszerzających zakres wiedzy i umiejętności dziecka; rozwijanie postaw tolerancji na odmiennosc; rozwijanie kompetencji komunikacyjnej; rozwijanie świadomości dzieci odnośnie posiadania przez każdego zalet i wad, silnych i słabych stron, wyjątkowości; rozwijanie wrażliwości empatycznej, a w szczególności wrażliwości na potrzeby innych; kształtowanie w świadomości dziecka takiej hierarchii wartości, w której prawa wszystkich ludzi są równe, w tym także prawo do odmienności, która nikomu nie zagraża¹⁴.

¹³ J. B o g u c k a, *Warunki tworzenia grup integracyjnych*, [w:] *Wychowanie i nauczanie integracyjne*, red. J. Bogucka, M. Kościelska, Warszawa 1994, s. 162–163.

¹⁴ Za: M. R u t k o w s k i, *Relacje między uczniami pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi intelektualnie – warunek i efekt integracji*, „Nauczanie Początkowe” 2007/2008, nr 3, s. 62.

Postawy dzieci wobec jednostek z widoczną niepełnosprawnością, zwłaszcza nieznanymi lub mało znanymi, prezentują zwykle bezpośrednie reakcje poznawcze na to, co obce i dziwne, a więc nieukrywaną ciekawość lub lęk oraz dwa typy zachowań wobec jednostek słabszych: okazywanie własnej przewagi (m.in. przez wyśmiewanie i dokuczanie) albo udzielanie pomocy i przejawianie życzliwości. Postawy i zachowania dzieci wobec jednostki z odchyleniami od normy różnicują się w zależności od ich wieku oraz od środowiska społecznego, a przede wszystkim w zależności od wpływu domu i szkoły, a także znajomości i rozumienia potrzeb oraz możliwości jednostki niepełnosprawnej, od stopnia wyrobienia w sobie umiejętności wczuwania się w jej sytuację, a także odpowiednich nawyków zachowania niesprawiającego przykrości innym, słabszym. Dzieci niepełnosprawne w szkole bywają wyśmiewane i poniżane częściej w klasach niższych, gdy nie zostały jeszcze zaakceptowane jako członkowie danej grupy, gdzie uważane są za obce, dziwne i mniej wartościowe. Ma to miejsce głównie w środowisku szkolnym, w którym nabyte w domu uprzedzenia nie zostały zastąpione przez właściwe przekonania o wartości, potrzebach i możliwościach osób z naruszoną sprawnością¹⁵.

Trudna sytuacja społeczna jednostek niepełnosprawnych – dzieci i dorosłych – związana jest także z istnieniem tzw. barier, czyli przeszkód i utrudnień, z jakimi spotykają się one w życiu codziennym. Istnieją przeszkody o charakterze fizycznym, wśród których istotne znaczenie mają bariery architektoniczne, urbanistyczne, komunikacyjne, informacyjne oraz techniczne. Dużym problemem są również bariery społeczne, napotymane w przepisach prawnych, w zwyczajach i obyczajach, w organizacji kształcenia i pracy oraz spędzania czasu wolnego. Przeszkodę stanowią także postawy społeczne, które zazwyczaj są negatywne wobec osób niepełnosprawnych¹⁶.

Droga, jaką pokonali niepełnosprawni – od izolacji (zamknięcie w różnego typu ośrodkach), dyskryminacji (poniżanie, wykluczanie i uniemożliwianie osobom niepełnosprawnym życia w społeczeństwie na równych prawach), segregacji (odmienne podejście do osób niepełnosprawnych ze względu na rodzaj niepełnosprawności), marginalizacji (brak równych szans, np. z powodu braku możliwości realizacji uprawnień), deprywacji (bezsilność, niemożność zaspokajania silnie odczuwanych potrzeb), stygmatyzacji (napiętnowanie, naznaczanie, etykietowanie prowadzące do podważenia tożsamości osoby lub grupy) do tolerancji i akceptacji – nie zawsze niesie pozytywną treść i zdaje się świadczyć o nieadekwatnym za-

¹⁵ *Encyklopedia pedagogiczna*, red. W. Pomykało, Warszawa 1993, s. 316.

¹⁶ J. K i r e n k o, op. cit., s. 25.

spokajaniu potrzeby własnej wartości, co za tym idzie, o nierzadko zaburzonym jej poczuciu, co z kolei nie sprzyja autonomii tych osób i pozytywnemu postrzeganiu ich miejsca oraz roli w społeczeństwie. Z drugiej strony, ta sama droga i pojawienie się pojęcia integracji społecznej (akceptacja wspólnych wartości i norm osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych) oraz normalizacji (uznanie społecznej autonomii i praw osób niepełnosprawnych) zdaje się świadczyć o ewolucji poglądów na funkcjonowanie jednostki niepełnosprawnej, na jej wartość, potencjał, zdolność do osiągnięcia prawdziwych sukcesów i szczęścia¹⁷.

Wizerunek ucznia niepełnosprawnego w środowisku klasowym (refleksje z badań)

Dzieci niepełnosprawne wymagają indywidualnej pomocy oraz akceptacji w szkole. Akceptacja dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi jest fundamentalną zasadą i warunkiem ich integracji. Pozwala ona przełamać negatywne opinie i przesady wobec nich. Uczeń niepełnosprawny, aby mógł stać się integralnym członkiem zespołu klasowego, musi być akceptowany w pełni przez swoich kolegów. Często przyczyną braku akceptacji oraz źródłem złych stosunków z kolegami i wzajemnej niechęci są społeczne uprzedzenia, niejednokrotnie wyniesione z domu przez uczniów pełnosprawnych. Na złe stosunki koleżeńskie rzutuje także brak podstawowej wiedzy o rodzaju upośledzenia oraz o możliwościach, zachowaniach i potrzebach ludzi niepełnosprawnych.

W jaki sposób uczeń pełnosprawny postrzega niepełnosprawnych rówieśników? Czy napotykanne są przejawy dyskryminacji osób niepełnosprawnych w środowisku klasowym? Czy młodzież wykazuje gotowość niesienia pomocy osobom niepełnosprawnym, o słabszej kondycji? Odpowiedzi na postawione pytania badawcze poszukiwała grupa seminarzystów Wydziału Pedagogiki Wyższej Szkoły Administracji i Zarządzania w Opolu.

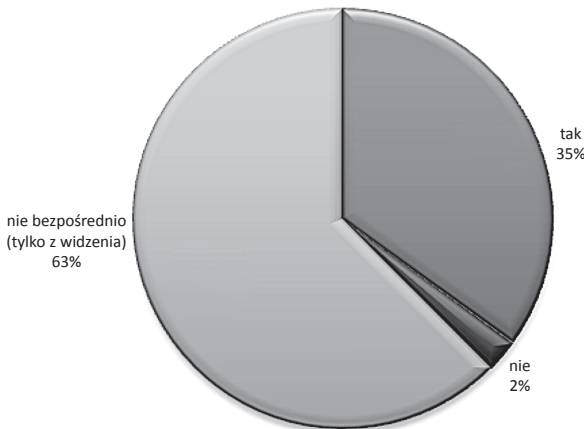
Badania sondażowe, przy wykorzystaniu specjalnie skonstruowanego narzędzia badawczego, jakim był kwestionariusz ankiety, przeprowadzono w 2012 roku wśród brzeskich licealistów. Badaniami objęto 160 uczniów z klas drugich, w tym 52 chłopców i 108 dziewcząt. Analizę wyników badań przeprowadzono w trzech blokach (I, II, III), odpowiadających tematyce sformułowanych wcześniej pytań.

¹⁷*Potrzeby osób niepełnosprawnych w warunkach globalnych przemian społeczno-gospodarczych*, t. 1, red. H. Ochonczenko, A. Nowicka, Kraków 2006, s. 64–65.

I. Ponieważ naturalnym prawem każdej istoty ludzkiej jest prawo do życia, i to życia w godności, przeto wszyscy, niezależnie od stopnia naszej sprawności, jesteśmy równi w swoich prawach człowieka. Stosunek ludzi do osób niepełnosprawnych, chorych, cierpiących, świadczy o wartości społeczeństwa. Od najmłodszych lat osoby zdrowe (dzieci zdrowe) dzięki integracji (a nie izolacji) nabywają świadomość istnienia odmienności innych ludzi, nabywają wiedzę i doświadczenie, jak współżyć ze swoimi niepełnosprawnymi rówieśnikami. Po pewnym czasie wspólnego przebywania takie uczucia, jak – strach, obojętność czy litość wobec niepełnosprawności stają się w danej grupie czy środowisku zupełnie nieobecne.

Prawidłowe funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej w kontaktach z pełnosprawnymi zależy od warunków środowiska, od postaw, przekonań, wiedzy, oczekiwań. Każdy człowiek jest inny, posiada prawo bycia innym, dlatego należy pozwolić – zachować własną inność, także osobie niepełnosprawnej. Ograniczenie lub brak kontaktów interpersonalnych sprawia, że ludzie formułują wobec siebie nietrafne sądy, kształtują swoje postawy na podstawie funkcjonujących stereotypów i obiegowych opinii. Zatem, aby postawy społeczeństwa wobec niepełnosprawnych były pozytywne i czuli się oni w społeczeństwie akceptowani, potrzebny jest wzajemny kontakt.

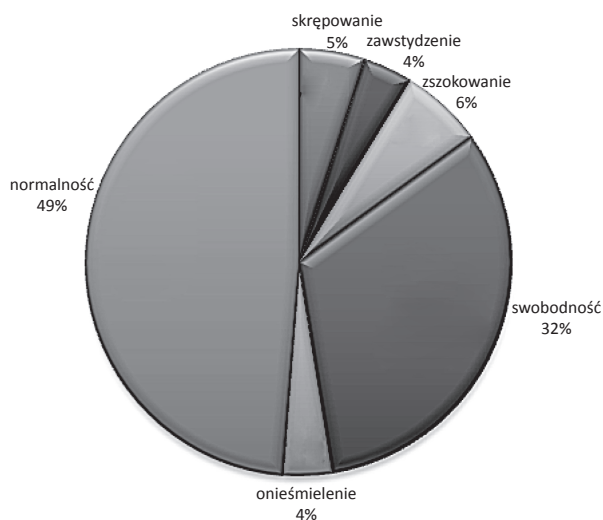
Znaczna większość badanych licealistów (około 2/3) zadeklarowała, że zna osobę niepełnosprawną, ale tylko z widzenia. Natomiast bezpośredni kontakt z osobą wykazującą dysfunkcję miało 35% badanych. Respondenci niemający żadnych osobistych doświadczeń, które mogłyby stanowić podstawę do kształtowania adekwatnej opinii w danej kwestii, stanowili zaledwie 2% (por. ryc. 1).



Źródło: Wyniki badań empirycznych.

Ryc. 1. Kontakt badanych z osobami niepełnosprawnymi

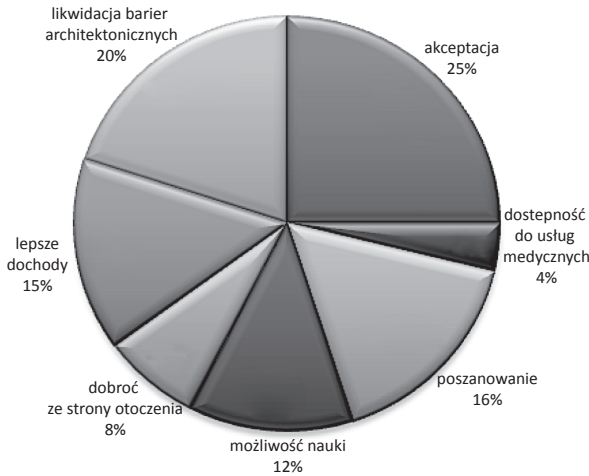
Odczucia licealistów, towarzyszące kontaktom z osobą niepełnosprawną, wyszczególnione zostały na rycinie 2. Najwyższy odsetek badanych (niemal połowa) określił swoje odczucia w tym względzie mianem „normalnych”. Natomiast 1/3 respondentów stwierdziła, że czuje się całkowicie swobodnie w towarzystwie niepełnosprawnej osoby. Skrępowanie, zawstydzenie i onieśmienie deklarowały najmniejsze grupy licealistów, bo zaledwie 5,4% i 4%. Trzeba też zasygnalizować, że około 6% osób w grupie młodych ludzi uznało – widok dysfunkcji u kolegi z otoczenia za szokujący.



Źródło: Wyniki badań empirycznych.

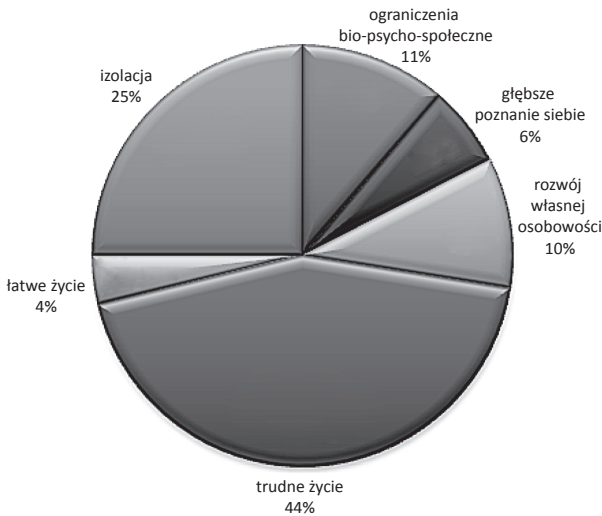
Ryc. 2. Odczucia towarzyszące badanym podczas kontaktu z osobą niepełnosprawną

Ludzie posiadają określone potrzeby, czyli pragną tego, czego im aktualnie brakuje, stąd starają się owe potrzeby w miarę możliwości zaspokajać. Na rycinie 3 zestawiono sposoby postrzegania potrzeb niepełnosprawnych rówieśników przez brzeskich licealistów. Największy odsetek – łącznie ponad połowa – badanych uważa, że osobom dysfunkcyjnym potrzebna jest przede wszystkim akceptacja oraz poszanowanie i dobroć ze strony otoczenia. Sporo ankietowanych dostrzega też problem barier architektonicznych, finansowych oraz potrzeby edukacyjne niepełnosprawnych. Niewielu natomiast licealistów (ok. 4%) zwraca uwagę na potrzeby zdrowotne osób upośledzonych.



Źródło: Wyniki badań empirycznych.

Ryc. 3. Postrzegane przez badanych potrzeby osób niepełnosprawnych



Źródło: Wyniki badań empirycznych.

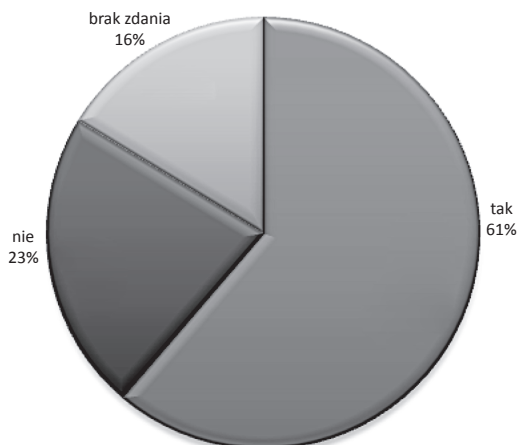
Ryc. 4. Postrzeganie przez respondentów skutków niepełnosprawności ich kolegów w szerszej perspektywie czasowej

Badana młodzież posiada interesujące poglądy w kwestii przypuszczalnej przyszłości swoich niepełnosprawnych kolegów. Wizja w tym względzie przedstawia się raczej pesymistycznie, gdyż zdecydowana większość badanych jest zdania, że niepełnosprawność czyni życie dotkniętych nią osób trudnym, że będą one w społeczeństwie wyizolowane, że odczują ograniczenia na różnych płaszczyznach (por. ryc. 4). Prawdopodobnie zatem licealiści utożsamiają niepełnosprawność z niepowodzeniem życiowym i z życiowymi barierami. Na uwagę zasługuje postawa kilkunastu procent ankietowanych, wierzących, że ograniczenia wynikające z dysfunkcyjności jednostki mogą prowadzić do rozwoju jej osobowości, do

głębszego poznania samego siebie jako w pełni wartościowej istoty ludzkiej.

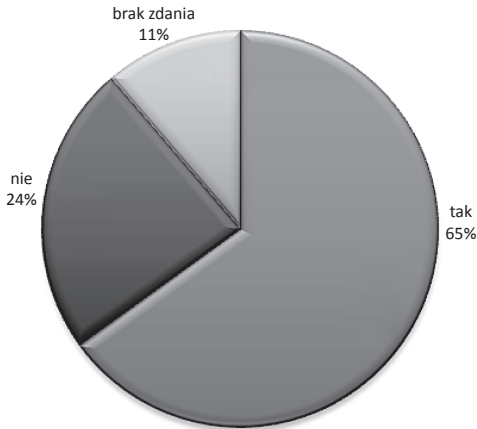
II. Wszyscy rodzice z regułu niejednokrotnie wyrażają pragnienie, by ich dzieci były zdrowe i sprawne. Dziecko od najwcześniejszych lat styka się z negacją choroby i kalectwa. Zatem nie dziwi fakt, że w pierwszych kontaktach z jednostką dotkniętą widoczną dysfunkcją przejawia ono wobec niej negatywne reakcje emocjonalne i niewłaściwe zachowania. Natomiast u dziecka niepełnosprawnego potrzeba akceptacji przez rówieśników pełnosprawnych jest bardzo silna, mimo że często doświadcza ono z ich strony izolacji i odrzucenia. Rówieśnicy pełnosprawni są dla osoby dysfunkcyjnej bardziej atrakcyjni i częściej przez nią akceptowani niż rówieśnicy niepełnosprawni. Ważne jest zatem wczesne wpajanie dzieciom zasady poprawnego i kulturalnego zachowania się wobec innych ludzi we wszystkich sytuacjach życiowych.

Niewątpliwie, w procesie dydaktycznym tradycyjnej szkoły oraz w stosowanych tam przez nauczycieli zabiegach wychowawczych, tkwią bariery edukacyjne istotne dla dzieci niepełnosprawnych. Należy więc w szkole kształtować przekonanie, że każde dziecko – niezależnie od stanu swego zdrowia i sprawności – ma prawo do wspólnej nauki i do uczestnictwa we wszystkich sytuacjach społeczności uczniowskiej, iż z owej społeczności nikogo nie powinno się wykluczać. W jaki sposób owo zagadnienie widzą badani licealiści? Dane zamieszczone na rycinie 5 wskazują, że uczniowie liceum w większości są otwarci na niepełnosprawnych kolegów; dla 2/3 badanych obecność w tej samej szkole osoby z dysfunkcją nie stanowiłaby problemu. Tylko 1/4 respondentów przeczy zasadności takiej integracji, ale być może wynika to z ich przekonania, że osoba niepełnosprawna wymaga specjalnych warunków do nauki, a szkoła, w której się uczy, nie jest odpowiednio przystosowana.



Źródło: Wyniki badań empirycznych.

Ryc. 5. Akceptacja przez badanych ewentualnej obecności uczniów niepełnosprawnych w ich szkole



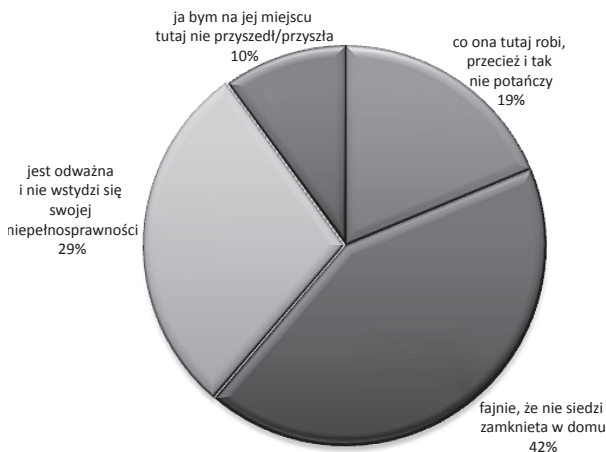
Ź r ó d ł o: Wyniki badań empirycznych.

Ryc. 6. Opinie licealistów na temat założenia rodziny przez osobę niepełnosprawną

Młodzież we współczesnym świecie docenia rolę rodziny jako podstawowej komórki społecznej. Jednak, czy prawo do szczęścia rodzinnego przyznaje także osobom niepełnosprawnym? Znaczna większość, bo 65% badanych (por. ryc. 6) jest zdania, że osoby kalekie, upośledzone powinny mieć możliwość wstępowania w związki i zakładania rodzin. Niepodzielający tego przekonania (24%) kierują się prawdopodobnie różnorodnymi obawami o przyszłość takich rodzin – (m.in. ryzyko przekazania chorych genów potomstwu lub niesprostanie trudom wychowawczym i pielęgnacyjnym).

W toku badań chciano również dowiedzieć się, w jakim stopniu osoba niepełnosprawna byłaby tolerowana w środowisku młodzieży poza murami szkolnymi. Zadano więc w ankiecie pytanie: „Co byś pomyślał/ /pomyślała, widząc osobę niepełnosprawną na dyskotekę?”. W odpowiedziach, zarówno dziewcząt jak i chłopców, dominowała opinia, że osoby z dysfunkcją nie powinny zamykać się w domu, że należałby się im podziw za odwagę w pokonywaniu ułomności, za wolę i chęć korzystania mimo

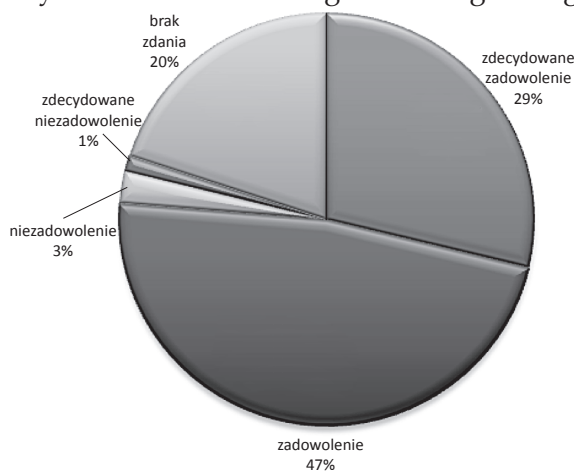
wszystko z drobnych uroków życia. Jednak aż 10% badanych uznało, że oni sami w sytuacji dotknięcia niepełnosprawnością pozostawaliby w izolacji (por. ryc. 7).



Ź r ó d ł o: Wyniki badań empirycznych.

Ryc. 7. Reakcja badanych na hipotetyczną obecność osoby niepełnosprawnej na dyskotekę

Młody człowiek przebywa w klasie z koleżankami i kolegami, codziennie wchodząc z nimi w określone interakcje. Zatem istotną w procesie badawczym była również reakcja młodzieży na pojawienie się (hipotetycznej) ucznia niepełnosprawnego w klasie. Z deklaracji badanych wynika, że 3/4 respondentów w mniejszym lub większym stopniu byłoby zadowolonych z obecności nowego klasowego kolegi. Postawę negatywną wykazało zaledwie 4% młodych ludzi, a 1/5 nie miała zdania w tym względzie (por. ryc. 8).

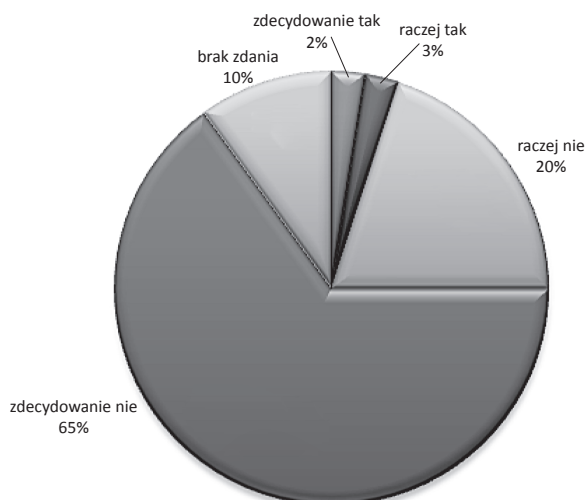


Źródło: Wyniki badań empirycznych.

Ryc. 8. Ocena przez badanych hipotetycznej obecności ucznia niepełnosprawnego w klasie

Sondowano także stopień tolerowania przez brzeskich licealistów ewentualnej obecności osoby z dysfunkcjami w ich miejscu zamieszkania. Z danych umieszczonych na rycinie 9 można wysnuć wniosek, że wyrażna większość (2/3) ankietowanych zdecydowanie sprzeciwia się izolowaniu niepełnosprawnych w specjalnych miejscach; 1/4 respondentów mniej stanowczo wyraża tu swój sprzeciw. W sumie 85% badanej młodzieży optuje

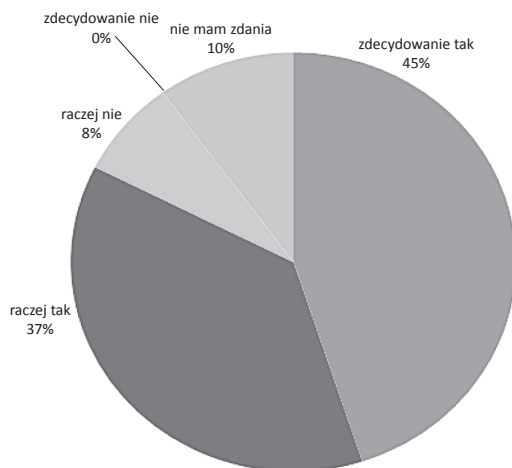
za pełną tolerancją zjawiska niepełnosprawności w jej środowisku zamieszkania.



Źródło: Wyniki badań empirycznych.

Ryc. 9. Opinie badanych na temat ewentualnego umieszczenia osób niepełnosprawnych w oddzielnych, specjalnie dla nich przeznaczonych miejscach

Należy jednak rozważyć analizowane tutaj pytanie z kwestionariusza, gdyż może ono być rozumiane, co najmniej na dwa sposoby: specjalne miejsca – jako domy mieszkalne z udogodnieniami (podjazdami, poręczami itp.) albo osobne, specjalne domy dla niepełnosprawnych, gdzie zakwaterowane byłyby wyłącznie osoby dysfunkcyjne, odizolowane od reszty społeczeństwa. Owa niejednoznaczność, nieprecyzyjność pytania może tłumaczyć wysoki odsetek osób (10%) niemających zdania w tej kwestii.

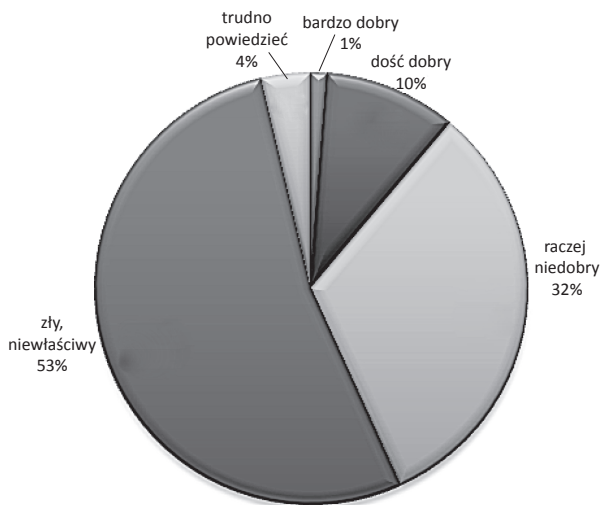


Źródło: Wyniki badań empirycznych.

Ryc. 10. Odpowiedzi badanych na pytanie: „Czy w każdej szkole powinny być klasy integracyjne, w których dzieci niepełnosprawne mogłyby uczyć się razem z pełnosprawnymi?”

Klasa szkolna zajmuje ważne miejsce w strukturze społecznej szkoły. Klasa przybiera z czasem postać mniej lub bardziej spójnych wewnętrznych grup społecznych. W tym kontekście tworzenie klas integracyjnych jest niezwykle istotne dla niepełnosprawnego ucznia. Problem ten dostrzegają także zdrowi uczniowie, wyrażając swoje poparcie dla takich klas (ponad 80% badanych licealistów – por. ryc. 10). Być może widzą w tym korzyści także dla siebie, uznając, że kontakty z osobą niepełnosprawną mogą stanowić pożyteczne doświadczenie w życiu każdego młodego człowieka. Co ważne, nie odnotowano w tej kwestii głosów zdecydowanie przeciwnych, w czym można upatrywać dobrą przyszłość koncepcji integracji edukacyjnej i ogólnospołecznej.

Warunkiem dobrze pojętej integracji ludzi dysfunkcyjnych w środowisku jest pozytywny stosunek ogółu społeczeństwa do zjawiska niepełnosprawności, oparty nie tylko na tolerancji takich jednostek, ale także na ich akceptacji i kooperacji z nimi.



Źródło: Wyniki badań empirycznych.

Ryc. 11. Stosunek Polaków do osób niepełnosprawnych według opinii badanych

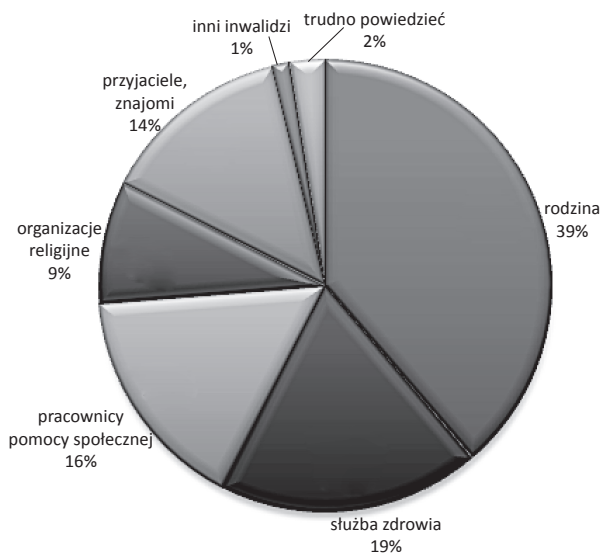
Tymczasem w toku badań zdecydowana większość (85%) młodych respondentów uznała, że w naszym kraju stosunek ludzi do niepełnosprawnych jest zły, niewłaściwy, raczej niedobry. Warto podkreślić, że spośród nielicznych ocen pozytywnych przeważały głosy chłopców, dziewczęta natomiast były znacznie bardziej krytyczne w kwestii ludzkich postaw wobec kalectwa, dysfunkcji, ułomności człowieka. Należy mieć nadzieję, że ów krytycyzm młodych przełoży się już w nieodległej przyszłości na przełamanie negatywnych społecznych stereotypów, dotyczących osób dysfunkcyjnych.

III. Podstawowym celem społecznej pomocy jest zaspokajanie niezbędnych potrzeb życiowych pojedynczych słabszych jednostek i rodzin oraz umożliwienie im bytowania w warunkach odpowiadających godności człowieka. Na względzie ma się tutaj umożliwienie takim osobom przezwycięzania trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie same pokonać przy wykorzystaniu własnych środków i własnych możliwości.

Niepełnosprawność powoduje określone konsekwencje w funkcjonowaniu człowieka w sytuacjach życia codziennego, zawodowego i społecznego. Owe konsekwencje mogą przybrać formę utrudnienia, ograniczenia lub też uniemożliwienia funkcjonowania na różnym poziomie. Dlatego pomoc osobom, które nie są w stanie samodzielnie poradzić sobie z trudami dnia codziennego, można uznać za fundamentalny moralny obowiązek każdej jednostki ludzkiej.

Młodzież jest specyficzną grupą społeczną, chłonną nowych wyzwań i czułą na społeczną krzywdę, nierówność, niesprawiedliwość. Zatem pojawiły się pytania – jak badani młodzi licealiści zapatrują się na kwestie pomocy osobom niepełnosprawnym czy słabszym?; kto – według nich – powinien taką pomoc gwarantować?; jak widzą oni kwestię swego ewentualnego wolontariatu?

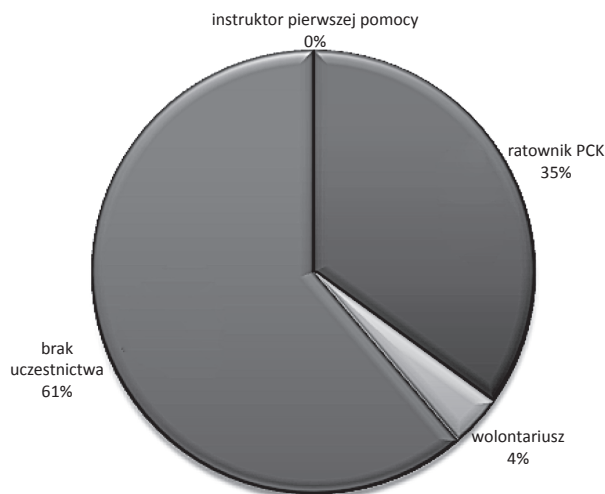
Klasa szkolna, jako mała społeczność wewnątrzszkolna, może być doskonałym miejscem pierwszego kontaktu z osobą niepełnosprawną, czy też słabszą – taka relacja byłaby doskonałą lekcją empatii i sprawdzianem własnych odczuć młodego człowieka względem mniej sprawnej jednostki. Uczylałyby wzajemnego poszanowania, a pomoc potrzebującym stałaby się naturalnym odruchem i nakazem wewnętrznym.



Ź r ó d ł o: Wyniki badań empirycznych.

Ryc. 12. Kto – zdaniem badanych – powinien zapewnić opiekę jednostce niepełnosprawnej?

Opieka nad ludźmi o niepełnej sprawności jest zadaniem bardzo trudnym i wymaga od opiekuna dużych pokładów empatii. Opinie młodzieży w temacie powinności opieki są dość zróżnicowane, jednak na pierwszy plan wysuwa ona rodzinę jako podstawową instytucję pomocową, a następnie służbę zdrowia i pracowników pomocy społecznej (por. ryc. 12). Dużym zaskoczeniem może być spory odsetek (14%) wskazujących na przyjaciół i znajomych, co świadczy o przekonaniu młodych ludzi o ich własnym obowiązku niesienia pomocy słabszym. Taka postawa licealistów stwarza dobre prognozy na przyszłość. Natomiast stosunkowo niski jest odsetek wskazań na organizacje religijne (9%); czyżby dowodziło to, że odnotowywaną pomoc z tego sektora młodzi uznają za odpowiednią, wystarczającą?

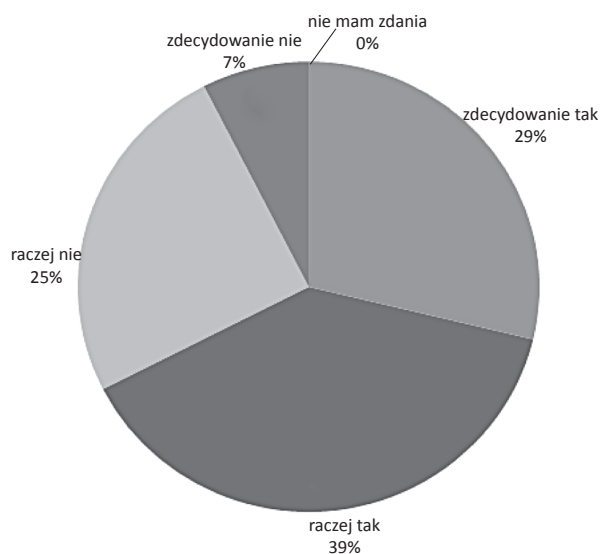


Źródło: Wyniki badań empirycznych.

Ryc. 13. Faktyczne uczestnictwo badanych w akcjach pomocy niepełnosprawnym

Znaczny odsetek uczniów (61%) niewłączających się w akcje na rzecz osób niepełnosprawnych, może wynikać z braku informacji dotyczących zorganizowanych form pomocy potrzebującym, a skierowanych do młodzieży licealnej (por. ryc. 13). Natomiast 1/3 badanych uczniów potwierdza swoje uczestnictwo w projektach PCK, aczkolwiek niekoniecznie są one nakierowane na potrzeby jednostek dysfunkcyjnych.

Swoją ewentualną, szkolną pomoc słabszym kolegom, zadeklarowało w toku badań tylko nieco ponad 2/3 brzeskich licealistów (por. ryc. 14).



Źródło: Wyniki badań empirycznych.

Ryc. 14. Deklaracja ewentualnego włączenia się badanych w akcję wolontaryjnej pomocy w nauce osobom słabszym

Ostrożność respondentów w tych deklaracjach możnaby tłumaczyć ich realną oceną własnych możliwości w tym względzie.

Podsumowanie

Stosunek społeczności wobec osób niepełnosprawnych zmieniał się na przestrzeni wieków. Obecnie coraz popularniejsze są zachowania zmierzające do integracji niepełnosprawnych z resztą społeczeństwa. O skuteczności działań integracyjnych w tym zakresie w dużej mierze decydują poczynania osób zdrowych wobec niepełnosprawnych. Zaprezentowane w niniejszym opracowaniu wyniki częściowych, wycinkowych sondaży skłaniają do sformułowania kilku podsumowujących tez, dotyczących współczesnych postaw części młodzieży licealnej wobec zjawiska ludzkiej niepełnosprawności.

Sposób postrzegania ucznia niepełnosprawnego przez pełnosprawnych rówieśników jest pozytywny. Młodzież jest przychylna wzajemnym relacjom i kontaktom – uznaje je za rzecz normalną. Spośród specyficznych potrzeb osób niepełnosprawnych najwyższą rangę nadaje się potrzebie akceptacji, szacunku i dobroci ze strony otoczenia, albowiem – jak w większości oceniają licealiści – stopień tolerancji osób z dysfunkcją jest w społeczeństwie polskim niski. Uczniowie mają pełną świadomość tego, że niepełnosprawność czyni życie człowieka trudnym, że prowadzi do ograniczeń na różnych płaszczyznach, a nierzadko też do społecznej izolacji.

Zjawisko dyskryminacji osób niepełnosprawnych w środowisku klasowym jest w zasadzie obce badanej młodzieży. Licealiści deklarują otwartość na niepełnosprawnych kolegów, większość nie miałaby problemu z zaakceptowaniem obecności w swojej szkole czy klasie osoby niepełnosprawnej. Młodzi ludzie są zdania, że jednostki niepełnosprawne nie powinny ograniczać ani swych dążeń, ani kontaktów towarzyskich, lecz integrować się ze społeczeństwem, wchodzić w związki, zakładać rodziny.

Istotną sprawą jest wytwarzanie wokół potrzebujących przyjaznej atmosfery, dawanie im poczucia bezpieczeństwa oraz dostrzeganie problemów takich osób. Gotowość do niesienia pomocy deklarowała większość badanych uczniów, przy czym część z nich potwierdziła swoje czynne uczestnictwo w działaniach mających na celu wspieranie jednostek słabszych.

Zapewne integracja nie jest lekarstwem na wszystkie trudności niepełnosprawnych osób. Nigdy nie usuwa całkowicie problemów jednostki niepełnosprawnej, może je jedynie pomniejszyć. Do integracji trzeba taką jednostkę przygotować, bo jej życie w społeczeństwie nie jest wolne od przykrości, porażek i upokorzeń. Nawet najlepsza integracja nigdy

nie obejmie wszystkich obszarów. Konieczne wydaje się kształtowanie właściwego obrazu ludzi niepełnosprawnych, co jest możliwe tylko na podstawie prawdziwej i rzetelnej informacji o tej grupie społeczeństwa. Dużo zależy także od postaw samych niepełnosprawnych, którzy przez wielorakie formy własnej aktywności mogą wpływać na zmianę stosunku społeczeństwa do nich, do ich odmienności i ułomności, ale także do ich walorów i wartości.

Bibliografia

Błęszczyńska K., *Spoleczna percepcja osób niepełnosprawnych*, „Psychologia Wychowawcza” 1997, nr 5.

Bobel B., *Świat wartości młodzieży sprawnej i niepełnosprawnej ruchowo w latach dziewięćdziesiątych*, Kraków 2006.

Grygier U., *Znaczenie różnorodności uczniów w klasach integracyjnych*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2003, nr 7.

Hulek A., *Kształcenie specjalne w systemie integracyjnym*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna*, red. W. Pomykało, Warszawa 1993.

Juros A., Otrębski W., *Integracja osób z niepełnosprawnością w społeczności lokalnej*, Lublin 1997.

Kirenko J., *Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności*, Lublin 2007.

Łangowska-Marcinowska K., *Niepełnosprawność dziecka a szkoła*, [w:] *Pedagogiczne, medyczne i ekonomiczne aspekty niepełnosprawności*, red. J. Czepczarz, W. Duczmał, S. Śliwa, Opole 2013.

Potrzeby osób niepełnosprawnych w warunkach globalnych przemian społeczno-gospodarczych, t. 1, red. H. Ochonczenko, A. Nowicka, Kraków 2006.

Roguska A., *Postrzeżenie osób niepełnosprawnych – przyczyny niechęci i braku akceptacji*, „Wychowanie na co Dzień” 2002, nr 2/3.

Rutkowski M., *Relacje między uczniami pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi intelektualnie – warunek i efekt integracji*, „Nauczanie Początkowe” 2007/2008, nr 3.

Sękowska Z., *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Warszawa 1998.

Wychowanie i nauczanie integracyjne, red. J. Bogucka, M. Kościelska, Warszawa 1994.

THE PERCEPTION OF DISABILITY INDIVIDUALS BY NON-DISABLED PEERS

Keywords: disability, dysfunctionality, discrimination, acceptance, inclusive education

Attitude towards the disabled community has changed over the centuries, with the development of civilization. Currently popular become behaviors towards the integration of the disabled into society, and the idea of this anastomosis is performed by creating an inclusive education system. The

survey conducted among high school students in a town of Opole shows that the perception of the disabled student by the school community is positive. Young people are generally favorable mutual relations and contacts, and recognizes them for natural thing. They are aware of types of difficulties that a dysfunctional student has to grapple, and among its most important needs they recognizes the need for acceptance, respect and kindness on the part of the environment. This attitude of high school students bodes well for advances in social integration of people with disabilities livelihood.

s. Maria B. Pecyna, SJE*

Predykcja stresu oksydacyjnego u młodzieży z fizjologicznie rozpoznaną dysleksją rozwojową w badaniach pletyzmograficznych**

Słowa kluczowe: dysleksja rozwojowa, sygnał PPG (*photoplethysmograph*), stres oksydacyjny

W pracy ukazano nowe spojrzenie na predykcję stresu oksydacyjnego w diagnozie i terapii dysleksji rozwojowej w oparciu o analityczne wyniki kryjące się w fali tętna uzyskanej fotopletyzmoграфem (PPG – *photoplethysmographic wave*) pobranej z palca wskazującego lewej dłoni z użyciem czujnika optoelektronicznego HR/BVP Flex/Pro (Heart Rate/Blood Volume Pulse Sensor) podłączonego do systemu FlexComp Infinity/BioGraph Infinity firmy Thought Technology Ltd.

Grupa badawcza: Badania komparatystyczne przeprowadzono w grupie liczącej 115 osób w wieku 13–17 lat ($-15,34 \pm 2,02$) z fizjologicznie rozpoznaną dysleksją rozwojową przy zastosowaniu optoelektronicznego sensora nIR-HEG w konstrukcji H. Toomima.

Wyniki: Uzyskany sygnał PPG zawierał nie tylko składową synchroniczną, odpowiadającą skurczom serca, lecz także składową związaną z oddychaniem, dlatego został szczegółowo opisany następującymi indeksami: PPG *raw*, PPG *rate*, PPG *amplitude*, PPG-DRS *raw*, PPG-DRS *rate*, PPG-DRS *amplitude*, minPPG-DRS *raw*, minPPG-DRS *rate*, minPPG-DRS *amplitude*, maxPPG-DRS *raw*, maxPPG-DRS *rate* oraz maxPPG-DRS *rate*. Uzyskane wartości posłużyły do oceny poziomu stresu oksydacyjnego, którego wysoki poziom zarejestrowano szczególnie u młodzieży z fizjologicznie rozpoznaną dysleksją rozwojową i regularnie ćwiczącą płynność czytania oraz poprawność pisania, liczenia.

Wnioski: Zlecane treningi sprawnościowe płynnego czytania oraz poprawnego pisania i liczenia okazały się zdecydowanie niewskazane, ponieważ wyraźnie przy $p < 0,01$ podniosły poziom stresu oksydacyjnego w organizmach badanej młodzieży.

* Prof. dr hab., Wydział Pedagogiczny Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu, sje@o2.pl.

** W artykule zachowano zapis przypisów i opisów bibliograficznych zgodnie z wolą Autorki.

W podejściu kognitywistyczno-systemowym użyte w tytule wyrażenie „stres oksydacyjny”, zwany też stresem tlenowym lub obciążeniem tlenowym, zwykle jest określany, jako zaburzenie homeostazy prowadzącej do wzrostu stacjonarnych stężeń reaktywnych form tlenu (RFT)¹, a z nimi do nieprawidłowej równowagi prooksydacyjno-antyoksydacyjnej na korzyść wzmożonego procesu utlenienia, a konkretnie do nie zrównoważonego przebiegu między antyoksydantami (przeciwutleniaczami) a prooksydantami (utleniaczami). Według Gałęckiej i in. (2008a) oraz Kwietnia (2009, s. 7 i nast.) bezpośrednią tego przyczynę upatruje się w niekontrolowanej ich nadprodukcji, a które w organizmie ludzkim ujawniają się jako toksycznie działające niskocząsteczkowe oksydanty systematycznie wzmacniane na różnych poziomach kombinacją specjalnych enzymów. Ten rodzaj stresu wydaje się być w etiologii dysleksji rozwojowej predyktorem preferencyjnym.

Przechodząc na obszar dotychczasowej wiedzy przedmiotowej podkreśla się, że objawy trudności w uczeniu się² są wypadkową działania wielu niespecyficznych czynników wysoko skorelowanych z nadprodukcją reaktywnych form tlenu. Zawężając nieco podaną interpretację wyłącznie do funkcjonowania organizmu obciążonego objawami charakterystycznymi dla dysleksji rozwojowej, a tym samym funkcjonującego w warunkach przewlekłego stresu oksydacyjnego, upatruje się go w nadmiernej inicjacji wolnorodnikowego³ utleniania. Precyzyjniej, ten rodzaj stresu pojawia się wówczas, gdy system obrony komórkowej zostaje osłabiony lub przeciążony zbytnią nadprodukcją cytowanych rodników, czyli aktywnych atomów lub molekuł posiadających nieparzyste elektrony. W konsekwencji, destabilizując sąsiadujące molekuły prowokuje reakcję łańcuchową, która kolejno wywołuje różnego rodzaju niepożądane implikacje w komórkach, tkankach lub/i narządach. Niszcząc zaś oprogramowania komórkowe, odpowiedzialne za wiązanie hemoglobiny z tlenem, bezpośrednio prowa-

¹ Reaktywne formy tlenu są generowane podczas wielu reakcji biochemicznych m.in. w trakcie przepływu elektronów przez mitochondrialny łańcuch oddechowy, autooksydacji białek oddechowych, aktywacji komórek fagocytarnych układu immunologicznego i wielu innych. Empirycznie udokumentowano też, że ich znacznie zwiększona aktywacja zachodzi podczas intensywnego wysiłku fizycznego lub w okresie powysiłkowym (por. Rangan i in. 1993).

² Kryteria diagnostyczne specyficznych trudności w uczeniu się w obu klasyfikacjach medycznych – ICD-10 oraz DSM-IV-TR – są zbliżone. Klasyfikacje te stosują jednak nieco odmienną terminologię: DSM-IV-TR – zaburzenia uczenia się, zaś ICD-10 – specyficzne rozwojowe zaburzenia umiejętności szkolnych.

³ Wolny rodnik to atom lub cząsteczka zdolna do samodzielnego istnienia, mająca jeden lub więcej niesparowanych elektronów na orbicie walencyjnej. Obecność niesparowanego elektronu powoduje, że wolne rodniki są przyciągane przez pole elektromagnetyczne, a zatem wykazują właściwości paramagnetyczne.

dzi do pojawiania się wielu nieprawidłowości kardiowaskularnych typu: arytmia serca, tachykardia (częstoskurcz), podwyższenie ciśnienia tętniczego krwi (skurcz naczyń oporowych), rozszerzenie oskrzeli (rozkurcz mięśni gładkich oskrzeli), a także odpowiada za zmniejszenie fali przepływu krwi przez tętnice wieńcowe czy mózgowie zaopatrujące w odpowiednie pożywienie szare/białe komórki płatów przedczołowych.

Zatem negatywnie odczuwany stres oksydacyjny na każdym etapie uczenia się ma poważne implikacje hamujące intensywny rozwój młodego organizmu, dlatego terapia dziecka dodatkowo obciążonego skutkami dysleksji powinna pójść w kierunku nauczania go właściwego radzenia sobie ze stanami wzmożonego napięcia wraz z zatroszczeniem się, by tych sytuacji stresowych w jego życiu było jak najmniej⁴. Toteż, każdy wysiłek fizyczny typu intensywne i niekończące się treningi, które dla dziecka inteligentnego z motywacją „bycia naj” okazują się niezwykle nużące i męczące, a tym samym niezdadne. Niestety stanowią one po dziś dzień nieodłączną część nabywania rzekomej sprawności płynnego czytania czy poprawnego pisania i liczenia, mimo że z natury swojej są wyraźnie bardzo szkodliwe. Powszechnie utarło się stwierdzenie, że praktycznie dyslektyk do końca życia staje się analfabetą funkcjonalnym, bowiem każdy z nich przy wrodzonym wysokim IQ skorelowanym z ponadprzeciętną motywacją „bycia kims”, staje się jego najwyższą ofiarą. Nic więc dziwnego, że w jego organizmie nierzadko dochodzi do nadmiernego stężenia reaktywnych form tlenu, a tym samym do nadmiernej produkcji wolnych rodników, powodujących na różnych poziomach zaburzenia równowagi między ich wytwarzaniem a neutralizacją (Pecyna 2013, s. 19 i nast.). W następstwie, nierównowaga między szkodliwymi reaktywnymi formami tlenu (wolnymi rodnikami) a pożytecznymi antyoksydantami prawdopodobnie sprawia, że jego organizm zaczyna funkcjonować w przewlekłym stresie oksydacyjnym. Na bazie empirycznej próba udowodnienia tego założenia stanowi treść dalszych części niniejszego sprawozdawczego raportu.

Grupy badawcze i zastosowane optoelektroniczne techniki

Sumarycznie, zgodnie z decyzyjnymi regułami zawartymi w istniejących algorytmach indukcji grupa badawcza liczyła 115 osób w wieku 13–17 lat ($-15,34 \pm 2,02$), w tym 42 dziewcząt i 73 chłopców reprezentujących

⁴ Na szczęście sam organizm potrafi sobie poradzić z wolnymi rodnikami, ale wyłącznie pod warunkiem, że dysponuje przeciwutleniaczami, czyli tzw. antyoksydantami do których m.in. zalicza się witaminę E, witaminę C, beta-karoten oraz substancje roślinne, które mają moc ich likwidacji.

różne rejony Polski. Celem fizjologicznego potwierdzenia dysleksji rozwojowej przebadano ich też sensorem/czujnikiem optoelektronicznym nIR-HEG w konstrukcji H. Toomima (Toomim 2002a-b; szerzej Pecyna 2010, s. 126-160), który kompatybilnie współpracuje z systemem ekspertowym FlexComp Infiniti/BioGraph Infiniti V.5.3.1 firmy Thought Technology Ltd. W ten sposób dokonano podziału na dwie homogeniczne pod względem liczby, płci i wieku podgrupy A i B, przy czym właściwa podgrupa A (N=45, w tym 17 dziewcząt i 28 chłopców) -została utworzona z osób z obniżoną (w granicach 61-73%) saturacją szarych komórek kory płata przedczołowego, a podgrupa B - kontrolna (odniesienia), składała się z osób, u których analizowane wartości plasowały się powyżej 85%.

Typy zachowań A i B szeroko opisane przez Friedmana i in. (1974) i stosowane w kardiologii wyróżniono autorskim minikwestionariuszem, który zawierał dziesięć pytań⁵, czy:

- uważasz się za osobę energiczną i stanowczą?
- wyznaczasz sobie termin wykonania określonej pracy w ciągu dnia?
- osobiście dla ciebie jest bardzo ważne za wszelką cenę osiągnięcie sukcesu czy zdobycie nagrody?
- pragniesz być najlepszym uczniem w swojej klasie?
- lubisz ćwiczyć umiejętność czytania, pisanie i liczenia więcej niż trzy godziny dziennie?
- cenisz sobie rywalizację?
- masz poczucie presji czasu i dlatego codziennie pracujesz w ciągłym pośpiechu?
- pragniesz zostać w życiu wielkim człowiekiem?
- bardzo martwisz się, że jeszcze nie nauczyłaś/eś się płynnie czytać ani poprawnie pisać?
- uważasz, że twój charakter jest zbyt trudny do ciągłego kontrolowania, dlatego ciągle jesteś zdenerwowana/y, a nierzadko wybuchasz?

Co najmniej 70% odpowiedzi na „tak” świadczyło o zachowaniu typu A.

Z podgrupy A, mając na uwadze ten rodzaj stresu, wydzielono po 17 dziewcząt i tyluż chłopców, którzy przeciętnie do pięciu godzin dziennie ćwiczyli powyższe sprawności (podgrupa C). Z pozostałych osób utwo-

⁵ Do nauki określenie „osobowość typu A” wprowadził kanadyjski lekarz William Osler (1849-1919), a dwaj amerykańscy kardiolodzy: Meyer Friedman (1910-2001) i Ray Rosenman empirycznie udowodnili jego związek z chorobami układu krążenia. Minikwestionariusz w opracowaniu własnym był wzorowany na opisach zachowania pacjentów z ryzykiem zawału serca podanych przez Friedmana i Rosenmana (1974), ponieważ istnieje pogląd, że dyslektycy również przejawiają zachowanie typu A.

rzono homogeniczną – pod względem liczby, płci i wieku – podgrupę D. Ci ostatni definitywnie zrezygnowali z tychże ćwiczeń, jednak na koniec roku szkolnego otrzymali prawie identyczne świadectwa szkolne, bo ze średnią ocen: podgrupa C – 4,2 i podgrupa D – 4,1.

W przyjętym algorytmie, zawartym w modułach programu BioGraph Infiniti, sprawność psychosomatyczna sieci naczyń włosowatych skóry została oceniona do głębokości 2 mm, zaś wyróżnione podgrupy C i D poddano nieinwazyjnemu i bezbolesnemu pomiarowi przebiegu kształtu fali tętna zilustrowanej krzywą PPG⁶ pobranej powierzchniowym fotopletyzmo grafem z palca wskazującego lewej dłoni przy użyciu fotooptycznego czujnika HR/BVP Flex/Pro (Heart Rate/Blood Volume Pulse Sensor)⁷ podłączonego do systemu FlexComp Infiniti/BioGraph Infiniti firmy Thought Technology Ltd. i wykorzystującego przetwornik podczerwieni rejestrujący zdolność krążącej krwi do zmniejszania odbicia światła emitowanego z naczyń włosowatych skóry.

Pulsacyjne biosygnaly w trybie RT (*real time*) powierzchniowo zostały zarejestrowane z częstotliwością próbkowania 2048 sampli/sek., a dzięki wbudowanemu procesorowi w trybie RT automatycznie przesyłane do przetwornika analogowo-cyfrowego wyposażonego w metodę Fouriera, dzięki której ulegały statystycznie zaprogramowanym przekształceniom. Badania przeprowadzono w klasycznej pozycji siedzącej oraz w warunkach pracowni psychofizjologii.

Odzwierciedlenie nieodczuwalnych i zmieniających się w czasie biosygnalów rytmów fal PPG w sprzężeniu zwrotnym pozwalały osobie badanej na ich obserwację w postaci wrzecion liniowych, przy czym faktyczne (surowe) wyniki zgodnie z przyjętym algorytmem działania były

⁶ Krzywą PPG (*photoplethysmographic wave*) uzyskuje się dzięki odkryciu zjawiska, że krew oświetlana przez nieinwazyjne światło podczerwone pochłania to światło bardziej niż inne tkanki, dlatego odbite światło bezpośrednio mierzone, zależy od zawartości krwi w badanej skórze; tym samym mierzy ciśnienie krwi w żyłach i tętnicach skóry palców kończyn górnych bądź dolnych, a docelowa analiza fali pulsacyjnej diagnozuje poziom zakłócenia funkcjonowania krążenia obwodowego.

⁷ Optoelektroniczny czujnik HR/BVP Flex/Pro został wyposażony w diodę rejestrującą natężenia światła podczerwonego, które jest przeźierne dla skóry, a więc ją przenikające. W analizowanym procesie ulega ono odbiciu i z powrotem trafia do diody, przy czym natężenie światła odbitego zależy od liczby krwinek czerwonych krążących w naczyniach włosowatych skóry właściwej. Przepływ krwi w przewodzie naczyń włosowatych i nie tylko w każdym cyklu pracy serca posiada dwa maksima, odpowiadające skurczowi i rozkurczowi komór oraz minimum odpowiadające skurczowi przedsionków. Sama zaś ocena przepływu krwi polega na obliczeniu współczynnika pulsacji oraz ocenie wysokości fali obrazującej skurczu przedsionków.

poddawane statystycznej analizie komparatystycznej z uwzględnieniem deskryptywnych (opisowych) kryteriów wykorzystujących ich wartości średnie (\pm), odchylenie standardowe (SD, *standard deviation*, δ) oraz współczynnik zmienności (V). Jednak ich zdolności dyskryminacyjne nie do końca spełniały statystyczne kryteria rozkładu normalnego, dlatego poszukiwane zależności zostały ocenione nieparametrycznym testem rang U Manna i Whitneya.

Analiza strategiczna uzyskanych wyników i ich interpretacja

Pobrano sensorem HR/BVP Flex/Pro dziesięciominutowy rytmicznie pulsujący biosygnal zgodnie z modułem komputerowego oprogramowania BioGraph Infiniti, stanowiący część systemu FlexProComp Infiniti V.5.3.1, został scharakteryzowany następującymi indeksami: PPG *raw* (sygnal nieprzetworzony, nieprzefiltrowany czyli surowy uzyskany w formacie sygnału fali), PPG *rate*, PPG *amplitude* oraz w tej samej konwencji PPG-DRS *raw* (PPG - *derived respiratory signal*) – surowy sygnal oddychania pochodny do PPG, PPG-DRS *rate* – częstość oddychania pochodna do PPG oraz amplitudę PPG-DRS. Natomiast ich interpretacja uwzględniała dokonywane zmiany, zachodzące w mierzonym palcu pod wpływem wielogodzinnych ćwiczeń umiejętności płynnego czytania i poprawnego pisania znajdujących swój rekonesans w cyfrowym ich opracowaniu, jako substytutu stresu oksydacyjnego wywołanego uciążliwością psychofizyczną.

Zgodnie z przyjętymi ustaleniami z zasadniczej grupy A, utworzonej z osób z fizjologicznie potwierdzoną dysleksją rozwojową, z uwagi na stosowane treningi usprawniające w dychotomicznym podziale wyróżniono podgrupę C (tworzyły ją osoby ćwiczące co najmniej dwie godziny dziennie płynne czytanie i poprawne pisanie, obciążone dodatkowym wysiłkiem fizycznym) oraz podgrupę D (ukonstytuowaną z osób bez tych obciążeń, które same z nich zrezygnowały).

W ten sposób sumarycznie otrzymano 1 472 306 danych liczbowych zarejestrowanych w grupie zasadniczej oraz w dwóch wyróżnionych podgrupach, które dla celów komparatystycznych zostały przedstawione w tabelach 1-3.

Porównując wydzielone w tabeli 1 wartości indeksów uzyskane w grupie zasadniczej A z wydzieloną z niej podgrupą C, opisujące biosygnaly pletyzmograficzne obrazujące całokształty fal tętna (PPG), zanotowano znamienność statystyczną przy $p < 0,001$ w następujących parametrach: PPG *raw* PPG *rate* i PPG *amplitude*, zaś przy $p < 0,01$ w indeksach odfiltrowanych z tegoż biosygnalu składowej PPG-DRS *raw*, i PPG-DRS

rate, oraz przy $p < 0,01$ maxPPG-DRS *raw* i maxPPG-DRS *rate* opisujących cykliczne rozciąganie i kurczenie się ścian naczyń krwionośnych spowodowane falą przepływu krwi w rytmie akcji serca oraz częstości i głębokości oddychania (obliczone w trzech formatach: *raw* i *amplitude* podanych w indeksach odsetkowych oraz *rate* w częstości ud./min (bpm – *beats per minute*)).

Tabela 1

Komparatystyczna analiza średnich wartości indeksów charakteryzujących kształty krzywych fal PPG zarejestrowanych w grupie A oraz podgrupie C

Indeks	Grupa A (\pm SD)	Podgrupa C (\pm SD)	test U Manna-Whitneya	<i>p</i>
PPG <i>raw</i>	38,27 \pm 4,83	27,44 \pm 4,32	8,27	0,001
PPG <i>rate</i>	34,21 \pm 7,49	25,36 \pm 6,92	6,63	0,001
PPG <i>amplitude</i>	26,41 \pm 6,28	17,23 \pm 5,11	5,13	0,001
PPG-DRS <i>raw</i>	25,39 \pm 4,64	18,31 \pm 3,42	3,81	0,01
PPG-DRS <i>rate</i>	23,92 \pm 6,39	15,26 \pm 3,01	3,43	0,01
(PPG <i>signals</i>), PPG-DRS <i>amplitude</i>	5,47 \pm 1,93	2,28 \pm 0,86	1,95	n.i.
minPPG-DRS <i>raw</i>	7,31 \pm 1,23	5,14 \pm 0,93	1,86	n.i.
minPPG-DRS <i>rate</i>	7,43 \pm 1,84	6,01 \pm 0,84	1,79	n.i.
minPPG-DRS <i>amplitude</i>	6,08 \pm 0,34	5,06 \pm 0,93	1,92	n.i.
maxPPG-DRS <i>raw</i>	18,48 \pm 3,91	14,71 \pm 2,27	2,32	0,05
maxPPG-DRS <i>rate</i>	16,91 \pm 2,62	13,20 \pm 1,66	2,21	0,05
maxPPG-DRS <i>amplitude</i>	8,86 \pm 2,59	6,38 \pm 0,99	1,93	n.i.

Źródło: Opracowanie własne.

Nieco inny rozkład wartości analizowanych indeksów uzyskano w podgrupie D reprezentującej dyslektyków niemających żadnych motywacji wykonywania zbyt nużących ćwiczeń usprawniających płynne czytanie i poprawne pisanie (por. tab. 2). W porównaniu z grupą zasadniczą A uzyskane istotności różnic statystycznych przy $p < 0,01$ zanotowano w indeksach: PPG *raw* i PPG *rate* (por. tab. 2), zaś przy $p < 0,05$ PPG *amplitude* oraz w maxPPG-DRS *rate*.

Tabela 2

Komparatystyczna analiza średnich wartości indeksów charakteryzujących kształt krzywych fal PPG zarejestrowanych w grupie A oraz podgrupie D

Indeks	Grupa A (\pm SD)	Podgrupa D (\pm SD)	test U Manna-Whitneya	<i>p</i>
PPG <i>raw</i>	38,27 \pm 4,83	34,39 \pm 4,45	3,29	0,01
PPG <i>rate</i>	34,21 \pm 7,49	31,48 \pm 5,99	3,45	0,01
PPG <i>amplitude</i>	26,41 \pm 6,28	23,38 \pm 4,36	2,09	0,05
PPG-DRS <i>raw</i>	25,39 \pm 4,64	23,41 \pm 3,93	0,83	n.i.
PPG-DRS <i>rate</i>	23,92 \pm 6,39	22,53 \pm 3,69	1,43	n.i.
PPG-DRS <i>amplitude</i>	5,47 \pm 1,93	5,18 \pm 0,23	0,34	n.i.

cd. tab. 2

Indeks	Grupa A (±SD)	Podgrupa D (±SD)	test <i>U</i> Manna-Whitneya	<i>p</i>
minPPG-DRS <i>raw</i>	7,31±1,23	6,24±0,91	0,83	n.i.
minPPG-DRS <i>rate</i>	7,43±1,84	6,13±0,73	0,60	n.i.
minPPG-DRS <i>amplitude</i>	6,08±0,34	7,26±0,99	1,53	n.i.
maxPPG-DRS <i>raw</i>	18,48±3,91	15,62±2,29	1,97	0,05
maxPPG-DRS <i>rate</i>	16,91±2,62	15,29±1,93	0,51	n.i.
maxPPG-DRS <i>amplitude</i>	8,86±2,59	6,05±0,99	1,67	n.i.

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 3

Komparatystyczna analiza średnich wartości indeksów charakteryzujących kształt krzywych fal PPG zarejestrowanych w podgrupach C i D

Indeks	Podgrupa C (±SD)	Podgrupa D (±SD)	test <i>U</i> Manna-Whitneya	<i>p</i>
PPG <i>raw</i>	27,44±4,32	34,39±4,45	10,14	0,001
PPG <i>rate</i>	25,36±6,92	31,48±5,99	9,74	0,001
PPG <i>amplitude</i>	17,23±5,11	23,38±4,36	9,61	0,001
PPG-DRS <i>raw</i>	18,31±3,42	23,41±3,93	7,56	0,001
PPG-DRS <i>rate</i>	15,26±3,01	22,53±3,69	10,02	0,001
PPG-DRS <i>amplitude</i>	2,28±0,86	5,18±0,23	2,13	0,05
minPPG-DRS <i>raw</i>	5,14±0,93	6,24±0,91	0,98	n.i.
minPPG-DRS <i>rate</i>	6,01±0,84	6,13±0,73	0,18	n.i.
minPPG-DRS <i>amplitude</i>	5,06±0,93	7,26±0,99	2,01	0,05
maxPPG-DRS <i>raw</i>	14,71±2,27	15,62±2,29	3,31	n.i.
maxPPG-DRS <i>rate</i>	13,20±1,66	15,29±1,93	1,97	0,05
maxPPG-DRS <i>amplitude</i>	6,38±0,99	6,05±0,99	0,19	n.i.

Źródło: Opracowanie własne.

Wśród zestawionych tabelarycznie wartości krzywych pletyzmograficznych najciekawszą okazała się tabela 3, gdyż faktograficznie dokumentuje ona pierwotne przypuszczenie, że powszechnie zalecane dyslektykom ćwiczenia usprawniające płynność czytania i poprawne pisanie są dużym nieporozumieniem, ponieważ wyzwalają w ich organizmach wzmożony stres oksydacyjny, wytwarzający nadmierną produkcję reaktywnych substancji utleniających, które z natury swej działają toksycznie, a tym samym dla organizmu są zgubne w swych skutkach. Tym też można tłumaczyć brak docelowych sukcesów, bo stosując tego typu treningi chyba nikt jeszcze nie opanował ani płynnego czytania, ani też poprawnego pisania. Dlatego nie dziwi, że w mentalności społecznej utrwaliła się asercja – osoba z dysleksją rozwojową do końca swego życia pozostaje dyslektykiem.

Podsumowanie i wnioski praktyczne

Tabelarycznie zilustrowane w detalach wyniki (por. tab. 1-3) w ogólnym bilansie raportu sprawozdawczego wyraźnie wskazują, że zlecane i ściśle egzekwowane dodatkowe treningi usprawniające płynniejsze czytanie i poprawniejsze pisanie, młodzieży z fizjologicznie rozpoznaną dysleksją rozwojową, wyraźnie nasilają stres oksydacyjny, a tym samym znacznie intensyfikują zaburzenie równowagi oksydacyjno-redukcyjnej organizmu, czego ilustracją okazały się analizowane krzywe PPG. Ponadto, zaobserwowane zjawiska dają pewność trudną do podważenia, że poszukiwany stan analizowanej równowagi jest uzależniony od wielu innych czynników, które mogą również wpływać destrukcyjnie na efektywność szeregu mechanizmów chroniących organizm przed napływem wolnych rodników oraz związków drobnocząsteczkowych, które przecież stanowią kolejny element bariery antyoksydacyjnej. Dodatkowo niezmiernie wpływy obrazuje typ zachowania A, gdzie badana młodzież go reprezentowała, dlatego z wrodzonej natury charakteryzowała się znaczną inteligencją i ambicją, a tym samym ciągle żyła pod presją bycia w czołówce społeczności klasowej, a nawet i szkolnej.

Nakreślony model jest nader uproszczony, gdyż rzeczywistość wpływu stresu oksydacyjnego na wielopłaszczyznowy proces uczenia się wysoko koreluje z wiarą i nadzieją osiągnięcia znacznie wcześniej wyznaczonego bardzo ambitnego celu „na lepsze jutro”.

Przypuszczalnie można się też spodziewać, że taka wykładnia – związana z analizowanym stresem oksydacyjnym – może wśród społeczności naukowej stanowić kwestię sporną, chociaż takie podejście nie może być wykluczone, a nawet powinno stanowić bezwzględną konieczność bądź przymus jej bezwzględnego przyjęcia.

Ważne jest jednak zrozumienie i uchwycenie prawdy, że zlecane i rygorystycznie przestrzegane wielogodzinne i niekończące się treningi płynnego czytania oraz poprawnego pisania i liczenia są błędne ze swego założenia, bo zawsze prowadzą do dysonansu poznawczego, wywołującego napięcie motywacyjne związane z pragnieniem jak najszybszego osiągnięcia zamierzonego celu.

Wydaje się też, że klucz do rozwiązania zagadki, a zarazem toczącej łamigłówki obniżonego natlenienia kory płatów przedczołowych u dyslektyków został znaleziony na szarym końcu wolnych rodników, a tym samym przy znacznie osłabionej funkcji układu immunologicznego. *Explicite*, nawiązując do już udokumentowanego stwierdzenia (Pecyna 2009a-b; Pecyna 2010a-b; Pecyna 2011a-b), że niezależnie od płci i wie-

ku kora płatów przedczołowych⁸ dyslektyka na pewno jest niedotleniona, można logistycznie prognozować, iż tegoż przyczyną jest zwykłą konsekwencją stresu oksydacyjnego. Chociaż wśród wymienionych powodów trudno rozstrzygnąć, który z nich jest dominujący, bo wszystkie mają charakter arteriogeny i są ze sobą wzajemnie sprzężone.

Bibliografia

Bailey M.S., Landar A., Darley-Usmar V. (2005): Mitochondrial proteomics in free radical research, *Free Radical. Biology and Medicine* 38, s. 175-188.

Baker D.J. (2006): Treatment of developmental dyslexia, *Pediatric Rehabilitation* 9, s. 3-13.

Bartosz G. (2004): *Druga twarz tlenu*, Warszawa.

Bednarek B.D. (2011): Podstawy diagnozy i terapii specyficznych zaburzeń czytania (SZC) w perspektywie neurokognitywistycznej, w: Pecyna M.B. (red.): *Dysleksja rozwojowa – fakt i tajemnica w diagnostyce psychologiczno-pedagogicznej*, Opole, s. 60-92.

Bednarek B.D., Tarnowski A., Grabowska A. (2006): Latencies of stimulus-driven eye movements are shorter in dyslexic subjects, *Brain and Cognition* 60, s. 64-69.

Bernat R. (2000): Wskaźniki stresu oksydacyjnego mózgu po dokomorowej infuzji endotoksyny – efekty wpływu adrenergicznego, *Nowiny Lekarskie* 69, s. 58-70.

Boenisch E., Haney M. (2003): *Twój stres: sens życia, równowaga i zdrowie*, Gdańsk.

Bogdanowicz M. (2010): Zaburzenia integracji percepcyjno-motorycznej: edukacja – diagnoza i terapia, Pabianice.

Bogdanowicz M. (2011): Specyficzne trudności w uczeniu się czytania i pisania – dysleksja, dysortografia, dysgrafia, w: Pecyna M.B. (red.): *Dysleksja rozwojowa – fakt i tajemnica w diagnostyce psychologiczno-pedagogicznej*, Opole, s. 15-59.

Chowienczyk P.J., Kelly R.P., MacCallum H., Millasseau S.C., Andersson T.L.G., Gosling R.G., Ritter J.M., Anggård E.E. (1999): Photoplethysmographic assessment of pulse wave reflection: blunted response to endothelium-dependent beta2-adrenergic vasodilation in type II diabetes mellitus, *Journal of the American College of Cardiology* 34, s. 2007-2014.

Czarnecki R., Czerwionka-Szaflarska M., Kędziora J., Czuczejko J. (2008): Ocena stężenia parametrów stresu oksydacyjnego u dzieci i młodzieży z przewlekłym zapaleniem błony śluzowej żołądka i/lub dwunastnicy ze współistniejącym zakażeniem *Helicobacter pylori*, *Przegląd Gastroenterologiczny* 3, s. 201-206.

Davis R.D., Braun E.M. (2010): *Dar dysleksji*, Poznań.

⁸ Płaty przedczołowe cechują się dużą złożonością anatomiczną i funkcjonalną, bo są połączone z wieloma innymi i strukturami mózgowymi (m.in. z okolicami korowymi pozostałych płatów, układem limbicznym oraz jądrami podstawy mózgowia). Obecnie przyjmuje się, że owe płaty obejmują ok. 30% kory nowej, stanowiącej kluczową strukturę zaangażowaną w patogenezie zaburzeń poznawczych obserwowanych w dysleksji rozwojowej. Najważniejsze zmiany opisywane w medycznych badaniach obrazowych to: zmniejszenie objętości istoty białej i szarej regionu przedczołowego oraz lewego dolnego zakrętu czołowego oraz objętości zakrętów czołowych środkowych i przyśrodkowych, a także zmniejszenie całkowitej objętości okolicy grzbietowo-bocznej płatów czołowych.

Di Giulio C., Angelucci S., Di Ilio C., Eleuterio E., Di Giuseppe F., Sulpizio M., Verratt V., Pecyna M., Pokorski M. (2013): Proteomic analysis of the carotid body: a preliminary study, *Advances in Experimental Medicine and Biology* 756, s. 349–353.

Friedman M., Rosenman R.H. (1974): *Type A behavior and your heart*, New York.

Gałęcka E., Mrowicka M., Malinowska K., Gałęcki P. (2008a): Wybrane substancje nieenzymatyczne uczestniczące w procesie obrony przed nadmiernym wytwarzaniem wolnych rodników, *Polski Merkuriusz Lekarski XXV*, 147, s. 269–272.

Gałęcka E., Mrowicka M., Malinowska K., Gałęcki P. (2008b): Wolne rodniki tlenu i azotu w fizjologii, *Polski Merkuriusz Lekarski XXIV*, 143, s. 446–448.

Gonet B. (1996): Wolne rodniki i antyoksydanty w zdrowiu i chorobie, *Czynniki Rzyzyka*, 1, s. 5–14.

Grabowska A., Jednoróg K. (2009): Neurobiologiczne podstawy dysleksji, w: Krasowicz-Kupis G. (red.): *Diagnoza dysleksji, najważniejsze problemy*, Gdańsk, s. 40–61.

Jaśkowski P., Rusiak P. (2004): Rola płata ciemieniowego w etiologii dysleksji, w: Grabowska A., Rymarczyk K. (red.): *Dysleksja, od badań mózgu do praktyki*, Warszawa, s. 123–143.

Krajewski K. (2008): Osoba – ciało – pleć, *Ethos* 21, s. 35–46.

Krasowicz-Kupis G. (2011): Diagnoza dysleksji rozwojowej, w: Pecyna M.B. (red.): *Dysleksja rozwojowa – fakt i tajemnica w diagnostyce psychologiczno-pedagogicznej*, Opole, s. 111–141.

Kulbacka J., Saczko J., Chwiłkowska A. (2009): Stres oksydacyjny w procesach uszkodzenia komórek, *Polski Merkuriusz Lekarski XXVII*, 157, s. 44–47.

Kwiecień S. (2009): Stres oksydacyjny w doświadczalnym uszkodzeniu błony śluzowej żołądka, Kraków.

Mroczkowski I. (2008): Osoba i cielesność: moralne aspekty teologii ciała, Warszawa.

Pecyna M.B. (1998): Struktura osobowości a reakcje organizmiczne na stres „dobrej” i „złej” w badaniach psychofizjologicznych przeprowadzonych drogą biofeedbacku u dzieci w wieku wczesnoszkolnym z prawidłowym i upośledzonym rozwojem intelektualnym, w: Łazowski J., Dolińska-Zygmunt G. (red.): *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie, Materiały z XIII Ogólnopolskiego Sympozjum Medycyny Psychosomatycznej i V Bałtyckiego Sympozjum Balintowskiego*, Kołobrzeg 15–17 maja 1997, Wrocław, s. 155–168.

Pecyna M.B. (2009a): Nieinwazyjna technika nIR HEG (*near Infrared Hemoence-falography*) poznana i jeszcze nieznaną w diagnostyce i terapii dysleksji rozwojowej, w: Pokusa T., Potwora W., Kaczmarek J. (red.): *Nauka w służbie wartości*, Opole, s. 70–81.

Pecyna M.B. (2009b): *Zaburzone zachowanie, dysleksja rozwojowa i co dalej...*, Wrocław.

Pecyna M.B. (2010a): Etiologia dysleksji w kontekstach inter- i transkulturowym uwzględniających realia rzeczywistości, w: Bragiel J., Marzec D., Widelak D. (red.): *W kręgu historii i współczesności, wybrane problemy teorii i praktyki pedagogicznej*, Warszawa, s. 182–198.

Pecyna M.B. (2010b): Psychofizjologiczne diagnozy trudności w uczeniu się, Opole.

Pecyna M.B. (2011a): *Predyktory przewycięzania dysleksji rozwojowej*, Opole.

P e c y n a M.B. (2011b): Innowacyjny trend w diagnostyce dysleksji rozwojowej, w: Pecyna M.B. (red.): Dysleksja rozwojowa – fakt i tajemnica w diagnostyce psychologiczno-pedagogicznej, Opole, s. 204–230.

P e c y n a M.B. (2012): Poziom stężenia biomarkerów stresu oksydacyjnego u młodzieży z fizjologicznie potwierdzoną dysleksją rozwojową, w opracowaniu.

P e c y n a M.B. (2013): Stres oksydacyjny w diagnostyce i terapii dysleksji rozwojowej w doświadczeniach pedagogicznych, Opole.

P e c y n a M.B., P o k o r s k i M. (2013): Near-infrared hemoencephalography for monitoring blood oxygenation in prefrontal cortical areas in diagnosis and therapy of developmental dyslexia, *Advances in Experimental Medicine and Biology* 788, s. 175–780.

P e n n i n g t o n B.F., O l s o n R.K. (2005): Genetics of dyslexia, w: Snowling M., Hulme C. (red.): *The science of reading, a handbook*, Oxford, s. 453–472.

R a n g a n U., B u l k l e y G.B. (1993): Prospects for treatment of free radical-mediated tissue injury, *British Medical Bulletin* 49(3), s. 700–718.

R u s i a k P., L a c h m a n n Th., J a ś k o w s k i P. (2007): Mental rotation of letters and shapes in developmental dyslexia, *Perception* 36, s. 617–663.

S i m s i c J., B r a d l e y S., S t r o u d M. (2003): Cerebral oximetry as noninvasive indicator of mixed venous oxygen saturation in newborns after cardiac surgery, *College of Cardiology* 41, s. 494–499.

S o h a l R.S. (2002): Role of oxidative stress and protein oxidation in the aging process, *Free Radical Biology and Medicine* 33, s. 37–44.

T o o m i m H. (2002a): Neurofeedback with hemoencephalography (HEG), *Explore! For the Professional* 11, s. 19–21.

T o o m i m H. (2002b): Hemoencephalography (HEG): the study of regional cerebral blood flow, *California Biofeedback*, Summer, s. 17–21.

W e r n e r I., J a ś k o w s k i P. (2001): Magnokomórkowa teoria dysleksji, *Polskie Forum Psychologiczne* 1, s. 27–41.

PREDICTION OF THE OXIDIZING STRESS AT YOUNG PEOPLE WITH PHYSIOLOGICALLY DIAGNOSED DEVELOPMENTAL DYSLEXIA IN EXAMINATIONS PLETHYSMOGRAPHIC

Keywords: developmental dyslexia, PPG signal (photoplethysmograph), oxidizing stress

At the work a new look at the prediction of the oxidizing stress was portrayed in the diagnosis and therapy of developmental dyslexia based on analytical results hiding in the pulse wave get with the photoplethysmograph (PPG – photoplethysmographic wave) of HR/BVP Flex/Pro charged from the index finger of the left hand with using the optoelectronic sensor (Heart Rate/Blood Volume Pulse Sensor) of FlexComp Infinity/BioGraph Infinity connected to the system of the company Thought Technology Ltd.

Sławomir Kania*
Franciszek Antoni Marek**

Rozumienie empatyczne jako kompetencja społeczna i emocjonalna pedagogów specjalnych

Słowa kluczowe: empatia, kompetencje społeczne, kompetencje emocjonalne, pedagogika specjalna

Empatia stanowi istotną kompetencję emocjonalną, warunkującą prawidłowe funkcjonowanie społeczne jednostki. Wysoki poziom rozumienia empatycznego sprzyja zwiększeniu efektywności działań wychowawczych. Artykuł przedstawia analizę wstępnych danych uzyskanych w ramach badań pilotażowych, których przedmiotem było rozumienie empatyczne pedagogów specjalnych.

W literaturze przedmiotu jest problem ze zdefiniowaniem pojęcia kompetencji społecznych. Uczni z zakresu nauk społecznych, określając kompetencje społeczne często akcentują te elementy, które odpowiadają obranemu przez nich kontekstowi rozważań¹, jednak nie jest to jedyny i główny problem. Specyfika kompetencji może przysparzać trudności w wypracowaniu wspólnego stanowiska, np. specyficzna wielowymiarowość kompetencji społecznych, może sprzyjać akcentowaniu różnych aspektów danej kompetencji jako odmiennych zdolności². Powierzchowność i zbyt nie uogólnienie opisu umiejętności społecznej prowadzi również do licznych problemów, gdzie przykładowo zdolność do nawiązywania relacji w środowisku rówieśniczym może nie zawierać potrzeby jej pogłębiania,

* Student Wydziału Pedagogicznego Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu, kontakt: 1kania.slawek@gmail.com.

** Prof. dr hab., Wydział Pedagogiczny Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu.

¹ E. Z a w i s z a - M a s ł y k, *Kompetencje gimnazjalistów i ich wychowawcze implikacje*, Kraków 2011, s. 17.

² H.R. S c h a f f e r, *Rozwój społeczny*, Kraków 2006, s. 16.

co nasuwa potrzebę określania nowej umiejętności bardzo zbliżonej znaczeniowo. W związku z powyższym, w literaturze przedmiotu spotyka się liczne synonimy, tj.: umiejętności społeczne, zdolności społeczne i dyspozycje społeczne, jak również wiele określeń mylnie traktowanych jako równoważne, tj.: inteligencja społeczna, inteligencja emocjonalna, kompetencje emocjonalne. E. Zawisza-Masłyk pisze wręcz o swoistym „zamieszaniu w rozumieniu i definiowaniu”³. W związku z licznymi trudnościami w określaniu kompetencji społecznych wydaje się niezwykle istotne dookreślenie i ustalenie stosunku wobec pojęć mylnie traktowanych jako tożsame.

Według A. Matczak kompetencje społeczne to „złożone umiejętności warunkujące efektywność radzenia sobie w określonego typu sytuacjach społecznych, nabywanych przez jednostkę w toku treningu społecznego”⁴. Zatem kompetencje społeczne to uświadomione zdolności wynikłe z doświadczeń społecznych jednostki, warunkujące jej możliwości reagowania na określone sytuacje społeczne z uwzględnieniem ich miejsca, czasu i typu.

Zdaniem S. Śliwy kompetencje społeczne „przejawiają się w zdolności do wykonywania zadań w zakresie określonej formy aktywności społecznej lub jako zdolność spełniania określonych funkcji zgodnie z przyjętymi standardami”⁵. Efektywność przejawianych dyspozycji w dużej mierze jest zależna od norm panujących w danej rzeczywistości społecznej, więc jednostka kompetentna społecznie to jednostka zarządzająca własnymi zachowaniami w zgodzie z panującymi standardami społecznymi.

Natomiast kompetencje emocjonalne według D. Wosik-Kawali to „konkretne, nabyte umiejętności pozwalające skutecznie radzić sobie z emocjonalnymi informacjami i problemami, które mogą stanowić o przejawach inteligencji emocjonalnej (rozumianej jako potencjalność). Umiejętności związane z kompetencją emocjonalną są dynamiczne, ale też wzajemnie zależne. Ich układ i wzajemne relacje oparte są na zasadzie równości, a nawet częściowo się przenikają. Posiadanie przez człowieka kompetencji emocjonalnych w znacznym stopniu ułatwia funkcjonowanie w relacjach interpersonalnych, a także przyczynia się do większej samoświadomości i akceptacji siebie jako osoby mającej wpływ na własne postępowanie”⁶.

Kompetencje emocjonalne są więc wszelkimi umiejętnościami pozwalającymi na rozumienie i przejawianie własnych stanów intrapsychicz-

³ E. Zawisza-Masłyk, op.cit., s. 18.

⁴ A. Matczak, *Kwestionariusz kompetencji społecznych*, Warszawa 2001, s. 7.

⁵ S. Śliwa, *Umiejętności społeczne menedżera*, [w:] *Umiejętności menedżerskie – ich rola w zarządzaniu firmą i samorozwoju*, red. W. Potwora, J. Żurawska, Opole 2010, s. 120.

⁶ D. Wosik-Kawała, *Rozwijanie kompetencji emocjonalnych uczniów szkół ponadgimnazjalnych*, Lublin 2013, s. 51.

nych, które warunkują zachowania społeczne oraz rozumienie i odzwierciedlanie cudzych stanów intrapsychicznych.

Jednostka kompetentna emocjonalnie to taka, która akceptuje własne ograniczenia i wewnętrzne konflikty oraz przejawia zdolności rozumienia stanów emocjonalnych innych osób. Rozbudowane kompetencje emocjonalne przekładają się na efektywność nawiązywania i utrzymywania satysfakcjonujących relacji interpersonalnych.

Zarówno kompetencje społeczne, jak i emocjonalne, uczestniczą w budowaniu trwałych relacji społecznych, determinują jednostkowe możliwości przystosowawcze. Zatem nie jest możliwe całkowite rozdzielenie tych komponentów funkcjonowania społecznego. Jednak możliwe jest wyróżnienie pewnych elementów różnicujących kompetencje emocjonalne od społecznych.

Tabela 1

Elementy różnicujące kompetencje emocjonalne od społecznych

Analizowany obszar	Kompetencje społeczne	Kompetencje emocjonalne
komponent psychiczny	komponent poznawczo-behawioralny	komponent emocjonalno-poznawczy
kierunek interpretacji rzeczywistości	umiejętności interpretowania zachowań społecznych	umiejętności interpretowania stanów emocjonalnych
intencja	uwarunkowania efektywności zarządzania zachowaniami społecznymi	uwarunkowania efektywności zarządzania samym sobą
determinanty zachowania	sytuacje społeczne	stany intrapsychiczne
uwarunkowania	inteligencja społeczna	inteligencja emocjonalna

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: A. Maćka, *Kwestionariusz kompetencji społecznych*, Warszawa 2001; D. Wosik-Kawała, *Rozwijanie kompetencji emocjonalnych uczniów w szkołach ponadgimnazjalnych*, Lublin 2013.

Kompetencje społeczne odnoszą się w szczególności do określonej sytuacji społecznej, umożliwiając jednostce efektywne zarządzanie własnymi oraz pozostałych jednostek (uczestniczących w interakcji) zachowaniami i postawami społecznymi. Natomiast kompetencje emocjonalne to umiejętności ujawniające się w identyfikowaniu i reagowaniu na własne i cudze stany emocjonalne, mające swe odzwierciedlenie w określonej rzeczywistości społecznej.

Zestawienie kompetencji emocjonalnych ze społecznymi uwidacznia również stosunek pojęciowy tychże kompetencji wobec inteligencji społecznej i emocjonalnej. Zależności te doskonale opisuje D. Goleman:

„Nasza inteligencja emocjonalna określa nasze potencjalne zdolności uczenia się umiejętności praktycznych, które opierają się na jej pięciu składnikach: samoświadomości, motywacji, kierowaniu samym sobą, empatii i dobrym układaniu stosunków z innymi osobami. Nasza kompetencja emocjonalna pokazuje nato-

miast, ile z tych potencjalnych zdolności udało się nam zamienić w bardzo przydatne w pracy umiejętności. Znakomita obsługa klientów jest rezultatem kompetencji emocjonalnej opierającej się na empatii. Podobnie rzecz się ma z byciem osobą godną zaufania, która to cecha jest wyrazem kompetencji opierającej się na umiejętności kierowania samym sobą (samoregulacji), czyli panowania nad impulsami i emocjami. Zarówno dobra obsługa klientów, jak i bycie osobą godną zaufania są rezultatami kompetencji, które mogą przyczynić się do wyróżnienia się w pracy”⁷.

Inteligencja emocjonalna oraz społeczna stanowią jednostkową gotowość do trenowania i przejawiania kompetencji, są potencjałem twórczym w zakresie realizacji celów rozwojowych w oparciu o zasoby środowiska społecznego.

Uwarunkowania kompetencji społecznych i emocjonalnych

Kompetencje społeczne wynikają pośrednio z inteligencji społecznej, natomiast kompetencje emocjonalnie, pośrednio z inteligencji emocjonalnej. Poziom opanowania kompetencji społecznych i emocjonalnych jest uwarunkowany w dużej mierze jakością doświadczeń wynikłych z treningu społecznego jednostki.

Trening społeczny stanowi całość doświadczeń wynikających z funkcjonowania w określonych rolach społecznych i typach sytuacji społecznych⁸. Z perspektywy pedagogicznej trening społeczny jawi się jako całość oddziaływań wychowawcy oraz społecznych⁹. Zatem jest zbiorem sytuacji wychowawczych i socjalizujących, w których jednostka otrzymała możliwości przejawiania potencjalnych dyspozycji społecznych i emocjonalnych.

Socjalizacja jest procesem wieloaspektowego oddziaływania społeczeństwa na jednostkę, która nie może być rozumowana jako efekt przymusu do norm społecznych. K.J. Tilmann podkreśla, że socjalizacja jest „procesem aktywnego przyswajania sobie przez człowieka warunków środowiska. Ta zasadnicza możliwość człowieka do aktywnego, indywidualnego i sytuacyjnego zróżnicowanego zachowania się wobec środowiska pozostaje w pewnym napięciu z wymogami społecznymi, które ukierunkowane są na przystosowanie i znormalizowanie”¹⁰.

Proces socjalizacji wiąże się więc ściśle z aktywnością jednostki w absorpcji postaw wykorzystujących potencjał środowiska społecznego, wa-

⁷ D. G o l e m a n, *Inteligencja emocjonalna w praktyce*, Poznań 2007, s. 39.

⁸ A. M a t c z a k, op.cit., s. 30.

⁹ E. Z a w i s z a - M a s ł y k, op.cit., s. 32–33.

¹⁰ K.J. T i l m a n n, *Teorie socjalizacji. Społeczność, instytucja, upodmiotowienie*, Warszawa 2013, s. 9.

runkujących jednocześnie jej możliwość rozwoju społecznego. Natomiast wychowanie jest definiowane jako: „proces zmierzający do wszechstronnego rozwoju człowieka i przygotowania go do życia w społeczeństwie. Ale należy przy tym pamiętać, że jest to proces świadomy, celowy, zaplanowany, oparty na pewnym ideale wychowawczym”¹¹. Proces wychowania jest działaniem zamierzonym i intencjonalnym, a socjalizacja – oddziaływaniem nieplanowanym, pozbawionym selekcji, zawierającym wpływy zarówno korzystne, jak i niekorzystne.

Wychowanie oraz socjalizacja są procesami wzajemnie się przenikającymi i wspierającymi proces rozwoju społecznego jednostki, gdzie wychowanie – z perspektywy kształtowania kompetencji społecznych i emocjonalnych – jest zaplanowanym działaniem kreacji sytuacji umożliwiających ich przejawianie. Socjalizacja natomiast jest procesem tworzenia się sytuacji społecznych w sposób przypadkowy, umożliwiającym rozwijanie potencjałów emocjonalnych i społecznych jednostki nieintencjonalnie.

Efektywność treningu społecznego jest zależna od cech indywidualnych, tj. osobowości i temperamentu oraz inteligencji społecznej i emocjonalnej. Inteligencja społeczna i emocjonalna stanowią pewien potencjał jednostkowy, z którego jest możliwy rozwój kompetencji poprzez przejawianie zachowań i doświadczanie ich skuteczności w relacjach społecznych.

Tabela 2

Inteligencja społeczna i emocjonalna według Daniela Golemana

Inteligencja społeczna	Inteligencja emocjonalna
świadomość społeczna <ul style="list-style-type: none"> • empatia pierwotna • dostrojenie • trafność empatyczna • poznanie społeczne 	<ul style="list-style-type: none"> • samoświadomość emocjonalna • samomotywacja • samokontrola emocjonalna • empatyczność • zdolność do nawiązywania i utrzymywania relacji społecznych
sprawność społeczna <ul style="list-style-type: none"> • synchronia • autoprezentacja • wpływ • troska 	

Źródło: D. Goleman, *Inteligencja społeczna*, Poznań 2007; D. Goleman, *Inteligencja emocjonalna w praktyce*, Poznań 2007.

Potencjał jednostkowego rozwoju kompetencji emocjonalnych, w myśl ustaleń Golemana, jest znacznie mniej złożony od inteligencji społecznych, ale niemniej istotny dla prawidłowego funkcjonowania społecznego¹².

¹¹ M. Hanulewicz, *Profilaktyka czy wychowanie?*, [w:] *Profilaktyka społeczna w środowisku otwartym*, red. M. Hanulewicz, D. Widelak, Opole 2007, s. 90.

¹² D. Goleman, *Inteligencja emocjonalna*, Poznań 1997, s. 75–78.

Rozumienie empatyczne jako kompetencja – znaczenie dla pracy pedagoga specjalnego

Empatia jest terminem różnie definiowanym. W literaturze przedmiotu podaje się dwie „drogi” jej rozumienia:

- poznawczą – naciskającą na zdolność rozumienia innych,
- afektywną – naciskającą na umiejętność współodczuwania stanów emocjonalnych¹³.

W niniejszym opracowaniu za trafne rozumienie uznaje się definicję M. Hoffmana, który empatię traktuje jako „afektywną reakcję bardziej odpowiadającą cudzej niż własnej sytuacji”¹⁴. W teorii inteligencji społecznej wyróżnia się dwa rodzaje empatii. Pierwsza z nich – empatia pierwotna – jest elementarną zdolnością rozumienia stanów emocjonalnych drugiego człowieka za pomocą komunikatów niewerbalnych i zdolnością reagowania na nie¹⁵.

Empatia pierwotna została potwierdzona przez badania neurobiologów, którzy utożsamiają ją z neuronami lustrzanymi umożliwiającymi odczuwanie poprzez obserwację¹⁶. Zatem w aspekcie komunikacyjnym empatia jest zdolnością rozumienia emocji innych osób. Stanowi ona nieodzowną część relacji interpersonalnych, pozwalając na zaspokajanie istotnych potrzeb ludzkich, tj.: poczucie bycia kochanym, szanowanym, zrozumiałym i akceptowanym¹⁷.

Dla pedagoga specjalnego umiejętność trafnego odczytywania intencji drugiej osoby jest niezwykle istotną kompetencją psychologiczną. Zdaniem A. Lewickiej „prawidłowy proces rehabilitacji zakłada interdyscyplinarność oddziaływań zasadzających się na współpracy specjalistów z rodziną dziecka niepełnosprawnego. Za skuteczną wymianą informacji będziemy mieli do czynienia wówczas, gdy obie strony interakcji będą ze sobą empatyzowały”¹⁸.

Empatyczność leży więc u podstaw współpracy wychowawczej, co przejawia się lepszą orientacją w sytuacji rodzinnej i środowiskowej wychowanka. Nauczyciele empatyczni popełniają ponadto mniej błędów wy-

¹³ J. Rembowski, *Empatia. Studium psychologiczne*, Warszawa 1989, s. 44–53.

¹⁴ Za: H.M. Davis, *Empatia O umiejętności współodczuwania*, Gdańsk 1999, s. 19.

¹⁵ D. Goleman, *Inteligencja społeczna*, Poznań 2007, s. 108–109.

¹⁶ M. Żylińska, *Neurodydaktyka. Nauczanie i uczenie się przyjazne mózgowi*, Toruń 2013, s. 123.

¹⁷ A. Węglińska, *Zrewidowana wersja kwestionariusza rozumienia empatycznego innych ludzi – KRE-II*, [w:] *Diagnostyka. resocjalizacyjna. Wybrane zagadnienia*, red. A. Wojnarska, Lublin 2010, s. 73–75.

¹⁸ A. Lewicka, *Rozwijanie empatii u studentów pedagogiki specjalnej*, Lublin 2006, s. 81.

chowawczych, lepiej reagują na stres oraz trafniej odczytują zachowania swoich podopiecznych¹⁹. Praca pedagoga specjalnego wiąże się również ze specyficznym środowiskiem pracy z osobami wymagającymi wsparcia i pomocy. Efektywne wykonywanie zadań zawodowych wymaga umiejętnego zarządzania emocjami, gdzie najważniejszą jest zdolność do odczytywania i przetwarzania emocji²⁰.

Metodologia badań własnych

Celem badań było poznanie ogólnego poziomu empatii wśród nauczycieli szkół specjalnych.

Problem główny zawierał się w pytaniu: jaki jest poziom rozumowania empatycznego u nauczycieli szkół specjalnych?

Do problemu głównego sformułowano następujące problemy szczegółowe:

1. Jaki jest ogólny poziom rozumienia empatycznego wśród nauczycieli szkół specjalnych?
2. Jakie znaczenie dla rozwoju rozumienia empatycznego ma staż pracy i wiek respondentów?

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, którego „podstawową funkcją jest gromadzenie informacji o interesujących badacza problemach w wyniku relacji słownych osób badanych, nazywanych respondentami”. Może on przybierać formę ustną w postaci wywiadu, jak również pisemną w formie ankiety²¹.

W badaniu wykorzystano kwestionariusz rozumienia empatycznego KRE-II autorstwa A. Węglińskiego. Kwestionariusz składa się z pięciu podskal zawierających łącznie 33 pytania²².

Wyniki badań własnych

Grupa badawcza objęła łącznie 48 nauczycieli szkół specjalnych z województwa opolskiego, którzy uczestniczyli w szkoleniach prowadzonych przez Wyższą Szkołę Zarządzania i Administracji w Opolu. Pomiarów wykonywano w miesiącach listopad–grudzień 2014 r. W większości respondenci to kobiety, a mniej niż 1/4 grupy stanowili mężczyźni (tab. 3).

¹⁹ Ibidem, s. 77–80.

²⁰ A.R. Hochschild, *Zarządzanie emocjami. Komercjalizacja ludzkich uczuć*, Warszawa 2009, s. 154–160.

²¹ M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2009, s. 243.

²² A. Węgliński, op.cit., s. 75–80.

Badani deklarowali przeważnie miasto jako swoje miejsce zamieszkania – 91,1% (tab. 4).

Tabela 3

Podział grupy badawczej ze względu na płeć

Płeć	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Kobieta	40	83,3	83,3	83,3
Mężczyzna	8	16,7	16,7	100,0
Ogółem	48	100,0	100,0	

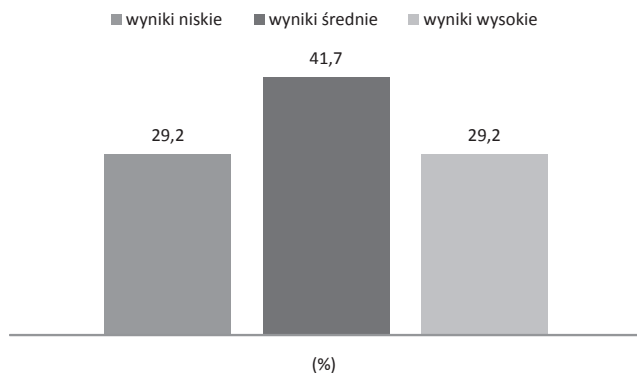
Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 4

Podział grup badawczej ze względu na miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Miasto	44	91,7	91,7	91,7
Wieś	4	8,3	8,3	100,0
Ogółem	48	100,0	100,0	

Źródło: Opracowanie własne.



Źródło: Opracowanie własne.

Ryc. 1. Poziom rozumienia empatycznego badanej grupy

Uzyskane wyniki uporządkowano w trzech przedziałach: wynik niski – $x < 51$, wyniki średnie – $51 < x < 75$, wyniki wysokie – $x > 75$. Zestawienie procentowe przedstawiano na rycinie 1. W badanej grupie oligofrenopedagogów największą liczbę stanowili pedagodzy z wynikami średnimi (41,7%). Pedagogzy z wynikami niskimi stanowili blisko 1/3 badanej grupy (29,2), a wynik wysoki uzyskała również prawie 1/3 badanych (29,2%).

W badaniach rozumienia empatycznego oligofrenopedagogów wykorzystano narzędzie zbudowane z pięciu podskal. Uzyskane dane są istotne statystycznie, na co wskazują interkorelacje między podskalami

rozumowania empatycznego. Istotność statystyczna wskazuje na umiarkowane bądź silne zależności między syndromami, co stanowi wyjście do dalszych analiz statystycznych.

Tabela 5

Interkorelacje w syndromach rozumienia empatycznego

		Syndrom 1	Syndrom 2	Syndrom 3	Syndrom 4	Syndrom 5
Syndrom 1	korelacja Pearsona	1	,394**	,566**	,449**	,565**
	istotność (dwustronna)		,006	,000	,001	,000
	N	48	48	48	48	48
Syndrom 2	korelacja Pearsona	,394**	1	,552**	,669**	,419**
	istotność (dwustronna)	,006		,000	,000	,003
	N	48	48	48	48	48
Syndrom 3	korelacja Pearsona	,566**	,552**	1	,702**	,454**
	istotność (dwustronna)	,000	,000		,000	,001
	N	48	48	48	48	48
Syndrom 4	korelacja Pearsona	,449**	,669**	,702**	1	,464**
	istotność (dwustronna)	,001	,000	,000		,001
	N	48	48	48	48	48
Syndrom 5	korelacja Pearsona	,565**	,419**	,454**	,464**	1
	istotność (dwustronna)	,000	,003	,001	,001	
	N	48	48	48	48	48

**korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie).

Źródło: Opracowanie własne.

Zgodnie z danymi zawartymi w tabeli 5 uzyskane wyniki są dodatnie i istotne statystycznie. Najwyższa korelacja wystąpiła między syndromem 3 a 4 ($r = ,702$), co znaczy że badani pedagodzy specjaliści wykazują w grupie silną tendencję do „wrażliwości na przeżycia innych” oraz charakteryzują się także „gotowością do poświęcania się dla innych”. Bardzo wysoką korelację uzyskano również między syndromem 2 (współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych) a syndromem 4 ($r = ,669$).

Przeprowadzona analiza interkorelacji pozwala na określenie poziomów rozwoju empatii u pedagogów specjalnych w przeliczeniu na steny. Uzyskane dane pozwoliły również na wskazanie silniej oraz słabiej rozwiniętych syndromów rozumowania empatycznego.

Tabela 6

Zestawienie stenów dla badanej grupy

Zakres rozumienia empatycznego (KRE-II)	Maksimum możliwych odpowiedzi (KRE-II)	Średnia stenów (średnia punktów odpowiedzi)	Odchylenie standardowe
Rozumowanie empatyczne - wynik ogólny	99	60,5	13,234
Syndrom I (sympatyzowanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych)	27	18,4 (2,0)	3,548
Syndrom II (współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych)	15	9,4 (1,9)	2,623
Syndrom III (wrażliwość na przeżycia)	21	11,8 (1,7)	4,334
Syndrom IV (gotowość poświęcenia dla innych)	18	11,3 (1,9)	2,979
Syndrom V (wczuwanie się w stany i przeżycia innych)	9	4,6 (1,5)	1,331

Źródło: Opracowanie własne.

Po identyfikacji liczby stenowej średnich wyników respondentów, można stwierdzić, że prawie na każdym syndromie rozumowania empatycznego uzyskano wyniki wskazujące na przeciętny poziom empatii. Wyjątek stanowi syndrom II, gdzie wykazano wyniki ponadprzeciętne.

Po analizie wyników przeliczonych na steny, dokonano analizy związków ogólnego rozmienienia empatycznego ze zmiennymi niezależnymi (tab. 7). Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnie statystycznego związku ogólnego wyniku rozumienia empatycznego z wiekiem oraz stażem pracy. Ze względu na niską reprezentację płci męskiej w badanej grupie zrezygnowano z analizowania zależności względem płci.

Tabela 7

Korelacja między stażem pracy, wiekiem a ogólnym rozumieniem empatycznym

		Suma - steny	Staż pracy	Wiek
Suma - steny ogólnego rozumowania empatycznego	korelacja Pearsona	1	,076	,242
	istotność (dwustronna)		,609	,097
	N	48	48	48
Staż pracy	korelacja Pearsona	,076	1	,804**
	istotność (dwustronna)	,609		,000
	N	48	48	48
Wiek	korelacja Pearsona	,242	,804**	1
	istotność (dwustronna)	,097	,000	
	N	48	48	48

** korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie).

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne.

Dalsza analiza pozwoliła na wykazanie związków zmiennych niezależnych (wieku, stażu pracy) z poszczególnymi syndromami rozumienia empatycznego. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 8. Korelacja Pearsona wykazała istotny związek ($r = ,336$) między wiekiem a syndromem III (wrażliwość na przeżycia).

Dyskusja i wnioski

Średnia ogólnego poziomu rozumienia empatycznego, u badanych oligofrenopedagogów, nie wykracza poza wyniki przeciętne. Jednak dla syndromu II (sympatyzowanie przeżyć przyjemnych i nieprzyjemnych), uzyskano ponadprzeciętne wyniki. Podobne dane otrzymali Andrzej Węgliński²³ oraz Agnieszka Lewicka²⁴, co może świadczyć o pewnej predyspozycji do zawodu pedagoga.

Wykazano związek wieku z wrażliwością na przeżycia innych, co można wytłumaczyć zwiększoną częstotliwością treningu społecznego. Wraz z wiekiem suma doświadczeń społecznych, wynikających z różnych sytuacji społecznych wzrasta, co przekłada się na wzrost umiejętności rozumienia emocji innych, w szczególności wrażliwości na przejawiane stany emocjonalne.

²³ Ibidem, s. 84.²⁴ A. L e w i c k a, op.cit., s. 165.

Rozumienie empatyczne stanowi niezwykle istotną kompetencję, przydatną zwłaszcza w pracy wymagającej kontaktu z innymi ludźmi. Empatia pozwala na trafne odczytywanie uczuć u innych osób, co w przypadku pracy wychowawczej pozwala efektywniej konstruować sytuacje wychowawcze.

Badana grupa pedagogów specjalnych reprezentowała przeciętne wyniki, zachowując pewne tendencje, tj. wrażliwość i gotowość do poświęceń. Wstępne badania wykazały, że poziom empatii nie jest warunkowany stażem pracy, jednak są pewne przesłanki mówiące o związku z wiekiem.

Tabela 8

Korelacje między wiekiem a ogólnym rozumieniem empatycznym oraz poszczególnymi podskalami

		Syndrom 1	Syndrom 2	Syndrom 3	Syndrom 4	Syndrom 5	Suma steny	Wiek
Syndrom 1	korelacja Pearsona	1	,394**	,566**	,449**	,565**	,783**	,206
	istotność (dwustronna)		,006	,000	,001	,000	,000	,160
	N	48	48	48	48	48	48	48
Syndrom 2	korelacja Pearsona	,394**	1	,552**	,669**	,419**	,764**	,117
	istotność (dwustronna)	,006		,000	,000	,003	,000	,427
	N	48	48	48	48	48	48	48
Syndrom 3	korelacja Pearsona	,566**	,552**	1	,702**	,454**	,857**	,336*
	istotność (dwustronna)	,000	,000		,000	,001	,000	,019
	N	48	48	48	48	48	48	48
Syndrom 4	korelacja Pearsona	,449**	,669**	,702**	1	,464**	,821**	,197
	istotność (dwustronna)	,001	,000	,000		,001	,000	,179
	N	48	48	48	48	48	48	48
Syndrom 5	korelacja Pearsona	,565**	,419**	,454**	,464**	1	,654**	-,123
	istotność (dwustronna)	,000	,003	,001	,001		,000	,406
	N	48	48	48	48	48	48	48

		Syn- drom 1	Syn- drom 2	Syn- drom 3	Syn- drom 4	Syn- drom 5	Suma steny	Wiek
Suma steny	korelacja Pearsona	,783**	,764**	,857**	,821**	,654**	1	,242
	istotność (dwustronna)	,000	,000	,000	,000	,000		,097
	N	48	48	48	48	48	48	48
Wiek	korelacja Pearsona	,206	,117	,336*	,197	-,123	,242	1
	istotność (dwustronna)	,160	,427	,019	,179	,406	,097	
	N	48	48	48	48	48	48	48

* korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie).

** korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie).

Źródło: Opracowanie własne.

Bibliografia

- Davis H.M., *Empatia. O umiejętności współodczuwania*, Gdańsk 1999.
- Goleman D., *Inteligencja emocjonalna*, Poznań 1997.
- Goleman D., *Inteligencja emocjonalna w praktyce*, Poznań 2007.
- Goleman D., *Inteligencja społeczna*, Poznań 2007.
- Gordon T., *Wychowanie bez porażek*, Warszawa 2000.
- Hanulewicz M., *Profilaktyka czy wychowanie?*, [w:] *Profilaktyka społeczna w środowisku otwartym*, red. M. Hanulewicz, D. Widelak, Opole 2007,
- Hochschild A.R., *Zarządzanie emocjami. Komercjalizacja ludzkich uczuć*, Warszawa 2009.
- Lewicka A., *Rozwijanie empatii u studentów pedagogiki specjalnej*, Lublin 2006.
- Łobocki M., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2009.
- Matczak A., *Kwestionariusz kompetencji społecznych*, Warszawa 2001.
- Rembowski J., *Empatia. Studium psychologiczne*, Warszawa 1989.
- Schaffer H.R., *Rozwój społeczny*, Kraków 2006.
- Śliwa S., *Umiejętności społeczne menedżera*, [w:] *Umiejętności menedżerskie – ich rola w zarządzaniu firmą i samorozwoju*, red. W. Potwora, J. Żurawska, Opole 2010.
- Tilman K.J., *Teorie socjalizacji. Społeczność, instytucja, upodmiotowienie*, Warszawa 2013.
- Węgliński A., *Zrewidowana wersja kwestionariusza rozumienia empatycznego innych ludzi – KRE-II*, [w:] *Diagnostyka resocjalizacyjna. Wybrane zagadnienia*, red. A. Wojnarska, Lublin 2010.
- Wosik-Kawala D., *Rozwijanie kompetencji emocjonalnych uczniów szkół ponadgimnazjalnych*, Lublin 2013.
- Zawisza-Masłyk E., *Kompetencje gimnazjalistów i ich wychowawcze implikacje*, Kraków 2011.
- Żylińska M., *Neurodydaktyka. Nauczanie i uczenie się przyjazne mózgowi*, Toruń 2013.

EMPATHIC UNDERSTANDING OF THE SOCIAL AND EMOTIONAL COMPETENCE OF SPECIAL PEDAGOGUE

Keywords: empathy, social competence, emotional competence, special education

Empathy is an important powers of emotional conditions the proper functioning of social entity. High levels of empathic understanding of magnetic interactions help to increase the efficiency of educational institutions. The article presents an analysis of the preliminary data obtained in the pilot studies, the object of which was empathic understanding of special educators.

Część II

Niepełnosprawność dorosłych

Ewelina J. Konieczna*

Akceptacja własnej niepełnosprawności – definicja i diagnoza zjawiska u osób z dysfunkcją ruchu

Słowa kluczowe: akceptacja własnej niepełnosprawności, poczucie sensu życia osób z niepełnosprawnością, optymizm życiowy osób z niepełnosprawnością, poczucie własnej skuteczności osób z niepełnosprawnością

Autorka w pierwszej części artykułu przedstawiła przegląd definicji dotyczących zjawiska akceptacji siebie jako osoby z niepełnosprawnością. Druga część została poświęcona zaprezentowaniu wyników i wniosków z własnych badań, których przedmiot stanowiła opisywana w części teoretycznej akceptacja siebie.

Wprowadzenie

Niepełnosprawność to stan, w którym człowiek doznaje szeregu utrudnień, a ich źródłem są czynniki fizyczne, społeczne i psychiczne związane pośrednio lub bezpośrednio z jednostką oraz środowiskiem, w którym żyje. Konsekwencje akceptacji niepełnosprawności lub jej braku są widoczne w stosunku jednostki do świata oraz postawie wobec innych. Dlatego przesłanką do zaprezentowania różnych koncepcji i definicji tego zjawiska stała się nie tylko chęć usystematyzowania związanych z nim pojęć.

Autorka dostrzega potrzebę ukazania jego skomplikowanej natury i konieczności udzielania wsparcia osobom z niepełnosprawnością, które powinno być skoncentrowane zarówno na kompensowaniu ich braków, jak i pobudzaniu sił do zmiany i dalszego rozwoju. Jednak, aby owe działania były efektywne, powinny opierać się na diagnozie umożliwiającej poznanie tego zjawiska, co również stało się przedmiotem niniejszej pracy.

* Dr, Instytut Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet Opolski.

Definicja akceptacji własnej niepełnosprawności

W literaturze akceptacja rozumiana jest jako przyjęcie pewnego sądu, opinii lub poglądu, a także zachowania lub postawy wyrażającej uznanie czegoś¹. W przypadku osób niepełnosprawnych akceptacja nie oznacza „zadowolenia, aprobaty czy pozytywnej oceny. Może ona oznaczać jedynie *zgode, przyjęcie*”². To rodzaj przystosowania do nowych i trudnych warunków oraz przyzwolenie na doświadczanie ograniczeń wynikających z niesprawności organizmu. To „traktowanie niepełnosprawności jako specyficznej właściwości, z którą [...] przyszło żyć”³. Akceptacja nie jest jednak równoznaczna z pogodzeniem się z ograniczeniami narzuconymi przez niesprawne ciało, lecz stawianiem czoła przeciwnościom, wynikającym z niesprawności i zwracaniem się ku nowej jakości życia. Związana jest ze sprawnym działaniem, dobrym przystosowaniem, zadowoleniem z życia oraz „zapewnia wewnętrzny spokój, poczucie szczęścia, pogodzenie się z samym sobą”⁴.

Pojęcie „akceptacja niepełnosprawności” ma związek z określeniem „obraz samego siebie”. B. Arusztowicz zauważa jednak, że w literaturze nie istnieje jego jednolita definicja. Autorka przyjęła więc, że „obraz własnej osoby to zbiór wiadomości i wartościujących poglądów na temat własnych cech, możliwości i umiejętności”⁵. Na jego ocenę, według P. Majewicza, niewątpliwym wpływ ma stopień ograniczenia aktywności⁶.

Częścią składową obrazu własnego „ja” jest samopoznanie i samoocena. Samopoznanie u osób niepełnosprawnych – podobnie jak u w pełni zdrowych – budowane jest w oparciu o dwa rodzaje informacji. Pierwszymi z nich są bezpośrednie, subiektywne informacje, będące wytworem życia wewnętrznego (popędów, pragnień, wartości, nakazów, emocji, refleksji). Drugie są gromadzone głównie w toku obserwacji sygnałów werbalnych i niewerbalnych płynących z otoczenia.

¹ W. P a n e k, *Akceptacja, ambiwalencja i awersja w zachowaniu się*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna*, red. W. Pomykało, Warszawa 1993, s. 19.

² E. M u s z y Ń s k a, *Ogólne problemy wychowania w rodzinie dzieci niepełnosprawnych*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. I. Obuchowska, Warszawa 1999, s. 133.

³ L. K o w a l e w s k i, *Psychologiczna i społeczna sytuacja dzieci niepełnosprawnych*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. I. Obuchowska, Warszawa 1999, s. 93.

⁴ A. K o n i e c z n a, *Wpływ choroby przewlekłej oraz zmian w narządzie ruchu na funkcjonowanie dziecka*, [w:] *Pedagogika specjalna dla pracowników socjalnych*, red. D.M. Piekut-Brodzka, J. Kuczyńska-Kwapisz, Warszawa 2004, s. 147.

⁵ B. A r u s z t o w i c z, *Akceptacja dziecka z dysfunkcją narządu ruchu przez samego siebie i przez najbliższe otoczenie*, „Szkola Specjalna” 1995, nr 3, s. 133.

⁶ P. M a j e w i c z, *Obraz samego siebie a zachowanie młodzieży niepełnosprawnej ruchowo*, Kraków 2002, s. 155.

W szczególności one odgrywają istotną rolę w procesie osobotwórczym i mogą stanowić dla jednostki o niedojrzałej strukturze osobowości rodzaj „jaźni odzwierciedlonej”⁷.

Znaczący wpływ na samopoznanie mają doświadczenia jednostki zdobyte podczas konfrontacji z otoczeniem (pozycja jaką osoba niepełnosprawna posiada w grupie społecznej, reakcje otoczenia w stosunku do jej niepełnosprawności itp.) oraz opina środowiska, a w szczególności ludzi znaczących (członków rodziny, rówieśników, nauczycieli itp.).

Jak wynika z badań P. Laustera, analizującego jakość kontaktów międzyludzkich, stosunki interpersonalne stać się mogą źródłem frustracji. Autor zauważył, że osoby pewne siebie, świadome swojej wartości nie mają większych trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu satysfakcjonujących kontaktów z otoczeniem. Inaczej wygląda to w przypadku osób o obniżonej pewności siebie. Czują niepewność w kontaktach z otoczeniem, w konsekwencji czego rezygnują z nawiązywania trwałych i satysfakcjonujących relacji interpersonalnych, co powoduje poczucie jeszcze większej nieskuteczności i zagubienia w świecie⁸.

Podobnego zdania jest R. Ossowski, który uważa trudne sytuacje społeczne za wyjątkowo niekorzystne dla osób niepełnosprawnych. Autor ten stwierdził, że aż 60% tych osób nie podejmuje aktywnych działań zmierzających do zmiany niekorzystnej sytuacji, oddalając tym samym proces akceptacji własnej niepełnosprawności. Proces ten, według R. Ossowskiego, ma znaczący wpływ na relacje z otoczeniem i pełni rolę katalizatora filtrującego napływające informacje, w szczególności te o niejednolitym znaczeniu⁹. Tak więc, osoby nieakceptujące swojej niepełnosprawności przeżywają więcej negatywnych sytuacji ze strony społeczeństwa, aniżeli osoby z tą samą dysfunkcją, lecz akceptujące swój stan zdrowia.

Dodatkowo, inne badania wykazały, że bliskie relacje pomiędzy osobami z dysfunkcją ruchu a osobami sprawnymi mają pozytywny wpływ nie tylko na posiadanie chęci do życia i zadowolenie z uczestnictwa w życiu społecznym, ale także na akceptację własnej niepełnosprawności¹⁰. Taką sprzyjającą relacją jest wsparcie społeczne, polegające na

⁷ B. A r u s z t o w i c z, W. B ą k o w s k i, *Dziecko niepełnosprawne z dysfunkcją narządu ruchu*, Kraków 2001, s. 92.

⁸ P. L a u s t e r, *Świadomość samego siebie*, Warszawa 1995, s. 51–53.

⁹ R. O s s o w s k i, *Zachowanie się inwalidów wzrokowych w sytuacjach trudnych*, Warszawa-Poznań 1979, s. 123–124.

¹⁰ J. K i r e n k o, J. L e s i e w i c z, *Wykorzystanie Kwestionariusza Wsparcia Społecznego w badaniu osób niepełnosprawnych*, [w:] *Problemy pedagogiki specjalnej w okresie przemian społecznych*, red. A. Pilecki, Lublin 2002, s. 87; por. B. M a z u r, S. B y r a, *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością ruchową*, „Auxilium Sociale” 2004, nr 3/4, s. 153.

udzielaniu pomocy o charakterze emocjonalnym, wartościującym, instrumentalnym, informacyjnym i duchowym¹¹. Badania ukazują jednak, że osoby pozbawione sprawności otrzymują wspomniane wsparcie w przeciętnym zakresie¹².

Jak już wspomniano, negatywny obraz siebie może być budowany na podstawie informacji otrzymywanych na swój temat z otoczenia, które jednostka przyjmuje jako prawdziwe i adekwatne¹³. Wśród reakcji sprzyjających powstawaniu komunikatów, mogących niekorzystnie wpływać na poziom samooceny, znajduje się dyskryminacja. Z przeprowadzonych badań wynika, że jeszcze w minionej dekadzie przypisywano niepełnosprawnym takie cechy, jak: „słabość”, „lękliwość”, „samotność”, „nerwowość”, „niezadowolenie z życia”, „niepewność siebie” czy „ubóstwo”¹⁴.

Wydaje się jednak, że takie stereotypowe i sensacyjne określenia na temat sytuacji życiowej osób niepełnosprawnych są wciąż aktualne. Według A. Koniecznej studenci (przyszli pedagodzy specjaliści i pracownicy socjalni) nadal używają określeń generalizujących niepełnosprawność na całą jednostkę, bagatelizując przy tym inne przymioty i możliwości tych osób. Autorka ta dostrzegła też negatywne prognozowania i pesymizm wobec możliwości sukcesu i szczęścia w życiu tych osób oraz traktowanie aborcji jako szansy „zapobiegania tej tragedii jaką jest życie z niepełnosprawnością”¹⁵.

Samoocena, która jest kolejnym elementem obrazu własnego „ja”, składa się z różnego rodzaju sądów i opinii jakie jednostka odnosi do samej siebie. Jest to rodzaj afektywnej reakcji człowieka na samego siebie¹⁶, krytyczna ocena własnych cech psychofizycznych oraz umiejętności. Może być adekwatna lub nie, a wtedy przyjmuje postać zawyżonej, zaniżonej lub niestabilnej¹⁷. Według B. Arusztowicz samoocena kształtowana jest

¹¹ S. K a w u l a, *Pedagogika społeczna. Dokonania - aktualności - perspektywy*, Toruń 2002, s. 128.

¹² Por. S. B y r a, B. M a z u r, *Samoocena, a wsparcie społeczne studentów z uszkodzeniem narządu ruchu*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja” 2005, nr 4, s. 62-63; J. K i r e n k o, J. L e s i e w i c z, op. cit., s. 87.

¹³ A. K o n i e c z n a, *Wpływ choroby przewlekłej oraz zmian w narządzie ruchu na funkcjonowanie dziecka...*, s. 147.

¹⁴ M. G a r b a t, *Środowisko fizyczne i społeczne osób niepełnosprawnych*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja” 2003, nr 1, s. 30.

¹⁵ A. K o n i e c z n a, op. cit., s. 151.

¹⁶ B. W o j c i e s z k e, *Pogranicze psychologii osobowości i społecznej: samoocena jako cecha i jako motyw*, [w:] *Osobowość a procesy psychiczne i zachowanie*, red. B. Wojcieszke, M. Płopa, Kraków 2003, s. 15.

¹⁷ B. A r u s z t o w i c z, *Akceptacja dziecka z dysfunkcją narządu ruchu przez samego siebie i przez najbliższe otoczenie...*, s. 134.

przez czynniki anatomiczno-fizjologiczne (wygląd zewnętrzny jednostki, sprawność fizyczną, typ układu nerwowego itp.)¹⁸. Tezę tę potwierdzają wyniki badań ukazujące występowanie znaczących różnic w samoocenie wyglądu dzieci niesprawnych na tle dzieci zdrowych. Czynnikiem dodatkowo różnicującym jest płeć (dziewczynki są bardziej rygorystyczne w ocenie własnej osoby) oraz wiek, w którym osoba stała się niepełnosprawną (niestabilna samoocena występuje u dzieci z nabytą niepełnosprawnością).

Ogólnie należy przyjąć, że dzieci niepełnosprawne mają nieadekwatną ocenę własnej osoby – zaniżoną lub rzadziej, zawyżoną¹⁹. Poziom samooceny koreluje także z czynnikami psychospołecznymi (pochodzenie społeczne, kultura rodziny, warunki materialne itp.). Zawyżona i adekwatna samoocena jest zatem związana, według B. Arusztowicz, z korzystnymi warunkami materialnymi, natomiast złe warunki bytowe sprawiają, że jest ona zaniżona lub niestabilna²⁰.

Następnie, jak wynika z badań przeprowadzonych przez J. Kirenko, na samoocenę osób niepełnosprawnych ma również wpływ hospitalizacja. Wśród badanych osób z bocznym skrzywieniem kręgosłupa, które podjęły się leczenia operacyjnego w celu skorygowania wady postawy, przeważała negatywna samoocena, wynikająca prawdopodobnie ze stresu pooperacyjnego. Autor uważa jednak, że „związek ten dotyczy tylko niektórych wymiarów samooceny i nie powoduje całkowitych zmian w postrzeganiu siebie przez te osoby”²¹.

Warto w tym miejscu wspomnieć, że to w jaki sposób człowiek reaguje na chorobę lub niesprawność w dużej mierze jest zależne od trzech czynników. Pierwszym z nich są indywidualne cechy pacjenta ukształtowane podczas procesu socjalizacji i zdobytych doświadczeń. Z. Sękowska twierdzi, że „kto ma szerokie zainteresowania, bogactwo przeżyć, wiele pociągających celów, ten na ogół łatwiej rezygnuje z przyzwyczajzeń, a ograniczenie sprawności może kompensować np. studiami, pracą twórczą czy społeczną”²².

Drugim czynnikiem stanowi stan zdrowia zarówno ten obiektywny, mierzalny jak i subiektywny, będący indywidualnym odczuciem pacjenta.

¹⁸ B. Arusztowicz, *Psychologiczne i socjologiczne determinanty warunkujące losy dziecka z dysfunkcją narządu ruchu*, „Szkoła Specjalna” 1999, nr 1, s. 3.

¹⁹ B. Arusztowicz, W. Bąkowski, op. cit., s. 103–104, 108.

²⁰ B. Arusztowicz, *Psychologiczne i socjologiczne determinanty warunkujące losy dziecka...*, s. 3, 7.

²¹ J. Kirenko, *Z badań nad samooceną młodzieży z bocznym skrzywieniem kręgosłupa, leczonej operacyjnie*, [w:] *Problemy pedagogiki specjalnej w okresie przemian społecznych*, red. A. Pilecki, Lublin 2002, s. 261.

²² Z. Sękowska, *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Warszawa 1998, s. 271.

Nie bez znaczenia są także prognozy, poziom antycypowanego zdrowia i sprawności. Ostatnim istotnym czynnikiem jest sytuacja życiowa osoby doświadczającej niepełnosprawności²³. Jej jakość – na którą składa się sytuacja materialna, miejsce zamieszkania, wykształcenie, poziom świadomości społeczności lokalnej oraz infrastruktura – może wpływać mniej lub bardziej korzystnie na sposób reagowania jednostki na chorobę, niepełnosprawność. W przypadku trwałej utraty sprawności można taki stan porównać do żałoby, rozpaczy po stracie²⁴.

Stan żałoby przypomina depresję reaktywną, która jest naturalną reakcją w sytuacji utraty zdrowia, natomiast jej brak występowania może być wskaźnikiem odmowy przyjęcia tego faktu do świadomości. Taka sytuacja wymaga rehabilitacji psychicznej polegającej na przebudowie osobowości, gdyż jednostka, odmawiając zmiany w sposobie myślenia, tworzy schematy zastępcze, prowadzące do deformacji życia (stan „wiecznej żałoby”), zaburzeń natury emocjonalnej i relacji z otoczeniem (np. inwalidyzmu). Z kolei pogodzenie się z zaistniałą sytuacją sprzyja zmianie zmierzającej do nowej homeostazy (tożsamej z równowagą psychiczną) oraz zmiany w sposobie życia.

Pojęcie „akceptacja niepełnosprawności” konotuje też z określeniem „przystosowanie do niepełnosprawności”, gdyż – podobnie jak o akceptacji – o przystosowaniu można mówić, kiedy to niepełnosprawność stanie się tylko jedną z cech człowieka i informacje o niej przestaną wywoływać negatywne emocje. Sytuacja przystosowania do niepełnosprawności dotyczy tych osób, które w wyniku choroby, wypadku, wady wrodzonej lub innej przyczyny utraciły sprawność.

Akceptacja to proces składający się z kilku stadiów, a rozpoczyna go samo zaistnienie niepełnosprawności lub uświadomienie sobie urazu i zakresu własnych ograniczeń (s t a d i u m I). Kolejny etap polega na doświadczaniu własnej odmienności i włączeniu informacji o niej do systemu regulacji własnego zachowania. Łączy się z pokonywaniem wielu trudności natury fizycznej i psychicznej oraz ze zmianą koncepcji siebie (s t a d i u m II). Przemiana dotyczy obrazu własnego ciała, atrakcyjności fizycznej oraz postrzegania siebie w kontekście własnej sprawności, możliwości działania, realizacji stawianych celów. Osoba niepełnosprawna na tym etapie adaptacji zazwyczaj przecenia utracone funkcje i możliwości niesprawnych lub utraconych członków ciała, co opóźnia proces rodzenia się nowej, przebudowanej tożsamo-

²³ Ibidem, s. 271.

²⁴ Por. B. S z y c h o w i a k, *Wychowanie dzieci niesprawnych ruchowo*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. I. Obuchowska, Warszawa 1995, s. 390; K. K l i m a s i ń s k i, *Inwalidztwo*, [w:] *Encyklopedia psychologii*, red. W. Szewczuk, Warszawa 1998, s. 141.

ści. Percepcja atrakcyjności fizycznej osoby z niepełnosprawnością jest na tym etapie bardzo zaburzona i jednostka nie dopuszcza do siebie obrazu zniekształconego czy okaleczonego ciała, nie chce się z nim identyfikować. Z czasem jednak zmienia się zarówno postrzeganie siebie, jak i innych osób niepełnosprawnych, z którymi jednostka zaczyna identyfikować się jako grupą osób o podobnych przeżyciach (s t a d i u m III). Taka identyfikacja przybiera postać przekształcenia (całkowitego lub częściowego) orientacji psychologicznej, polegającego na przejęciu wartości i norm, sposobów definiowania sytuacji oraz wzorów zachowań obowiązujących w danym środowisku. To próba funkcjonowania z niepełnosprawnością stanowiąca swoistą metamorfozę w sposobie myślenia, działania, celowości życia. Często następuje ona w sposób nagły, pod wpływem otoczenia czy własnych, wewnętrznych doświadczeń i przemyśleń²⁵. Obejmuje nie tylko nabycie nowych umiejętności związanych z samoobsługą czy pracą zarobkową, ale przede wszystkim przekształcenie struktury osobowości jednostki.

Jak sugeruje L. Kowalewski proces przystosowania jest uzależniony zarówno od wieku, jak i rodzaju niepełnosprawności, dojrzałości osobowości, specyfiki sytuacji społecznej i psychologicznej osoby doświadczającej ograniczeń zdrowotnych.

Przystosowanie polega na zaakceptowaniu istniejącego stanu i chęci kreowania rzeczywistości, wpływaniu na swoje życie, decydowaniu i samostanowieniu. Następuje ono w momencie integracji siebie jako całości. Wyklucza postrzeganie siebie jako jednostki „sprzed” wypadku, zdrowej, pełnosprawnej i „po” wypadku, okaleczonej, niesprawnej. Myślenie jednostki nie koncentruje się już wokół własnych ograniczeń, lecz atrybutów podkreślających jej wartość jako człowieka. Powrót do życiowej równowagi, dzięki przystosowaniu się do niepełnosprawności, daje możliwości wewnętrznego wzrostu i samorozwoju²⁶.

Akceptacji własnej niepełnosprawności osób z dysfunkcją ruchu – diagnoza zjawiska

Stosunek do samego siebie stał się jednym z obszarów dociekań prowadzonych w ramach projektu badawczego, dotyczącego poziomu poczucia sensu życia osób z niepełnosprawnością.

²⁵ L. K o w a l e w s k i, op. cit., s. 69-71, 79-80, 91; M. G a r b a t, op. cit., s. 31.

²⁶ L. K o w a l e w s k i, op. cit., s. 91-98.

W badaniach sondażowych wzięło udział 207 osób z dysfunkcją ruchu z województwa opolskiego, które posiadają orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

Celem badania było zmierzenie, jak kształtuje się poziom poczucia sensu życia i czy jest możliwe wpływanie nań za pomocą specjalnie dobranych metod. Dodatkowo zbadano poziom czynników wzmacniających afirmację sensu życia. Zaliczono do nich między innymi akceptację własnej niepełnosprawności²⁷, która jest przedmiotem rozważań w niniejszej pracy.

Do pomiaru wspomnianej akceptacji wykorzystana została zmodyfikowana Skala Akceptacji Choroby (AIS)²⁸. Z danych zestawionych w tabeli 1 wynika, że badane osoby akceptowały swoje ograniczenia na poziomie przeciętnym.

Tabela 1

Wyniki skali AIS z uwzględnieniem przedziałów wartości i poziomów

Przedziały wartości AIS (pkt)	Poziom akceptacji choroby	L	[%]
29-40	wysoki	66	31,9
20-28	przeciętny	80	38,6
8-19	niski	61	29,5
Razem		207	100,0

Źródło: Badania własne.

Na podstawie przeprowadzonych wywiadów z respondentami można wnioskować, że umiarkowany poziom własnej akceptacji oznacza, iż w sytuacji poprawy zdrowia lub samopoczucia badani potrafią zapobiec skutki swojej dysfunkcji. Jednak, kiedy ich sytuacja ulega pogorszeniu powraca myślenie o niepełnosprawności, jako głównej przeszkodzie uniemożliwiającej realizację planów życiowych. Pojawia się również wtedy brak zrozumienia i zgody dla doświadczanej niepełnosprawności.

Podczas badań nie ograniczono się jedynie do pomiaru poziomu akceptacji własnej niepełnosprawności. Autorkę interesowały również zmienne, które mogłyby mieć na niego wpływ. Poddana analizie, jako pierwsza, została płeć (tab. 2). Okazało się, że ponad 40% kobiet biorących udział w badaniu zadeklarowało trudność w zaakceptowaniu swojej niepełnosprawności. Z kolei wśród mężczyzn grupę tę stanowiło zaledwie dziewięć osób, a blisko 90% stwierdziło, że są częściowo lub całkowicie pogodzeni ze swoim stanem zdrowia.

²⁷ E. J. Konieczna, *Poczucie sensu życia osób niepełnosprawnych ruchowo*, Kraków 2010.

²⁸ Z. Juczyski, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa 2001, s. 168-172.

Tabela 2

Poziom akceptacji własnej niepełnosprawności ze względu na płeć

Poziom akceptacji własnej niepełnosprawności	Płeć				Ogółem	
	kobieta		mężczyzna			
	L	[%]	L	[%]	L	[%]
Wysoki	31	24,8	35	42,6	66	31,9
Przeciętny	42	33,6	38	46,5	80	38,7
Niski	52	41,6	9	10,9	61	29,4
Razem	125	100,0	82	100,0	207	100,0

Źródło: Badania własne.

Na tego rodzaju ukształtowanie wyników ma prawdopodobnie wpływ sytuacja kulturowa. Stereotypowe postrzeganie kobiety, wciąż dominujące w naszym społeczeństwie, dość często ogranicza jej rolę do bycia żoną, matką wychowującą dzieci i dbającą o dom. Kobieta ma być ładna, zaradna, miła, potrafiąca stworzyć domową atmosferę sprzyjającą wspólnemu spędzaniu czasu w gronie rodzinnym.

Niestety kobietom niepełnosprawnym brakuje wielu z wymienionych atrybutów, zatem mają one trudności w znalezieniu partnerów życiowych. To z kolei dodatkowo utrwała ich niekorzystną opinię na swój temat, jako o kobiecie nie w pełni wartościowej.

Podczas badań zwrócono także uwagę na duży odsetek mieszkańców wsi, którzy nie zaakceptowali stanu własnej niepełnosprawności (tab. 3). Poszukując przyczyn takiego wyniku, autorka badań odwołała się do treści przeprowadzonych wywiadów. Na ich podstawie można wnioskować, że na wsiach i w małych miejscowościach niepełnosprawność wciąż bywa traktowana stereotypowo, np. jako kara za złe uczynki.

Tabela 3

Poziom akceptacji własnej niepełnosprawności ze względu na miejsce zamieszkania

Poziom akceptacji własnej niepełnosprawności	Miejsce zamieszkania								Ogółem	
	wieś		miasto do 50 tys. mieszkańców		miasto od 50–150 tys. mieszkańców		Opole			
	L	[%]	L	[%]	L	[%]	L	[%]	L	[%]
Wysoki	10	13,6	7	13,2	31	67,4	18	52,9	66	31,9
Przeciętny	25	33,7	35	66,0	9	19,6	11	32,4	80	38,7
Niski	39	52,7	11	20,8	6	13,0	5	14,7	61	29,4
Razem	74	100,0	53	100,0	46	100,0	34	100,0	207	100,0

Źródło: Badania własne.

Osoba niepełnosprawna oraz jej rodzina bywa wykluczana ze społeczności, co potęguje uczucie osamotnienia, rodzi frustrację, a nawet agresję, która w niektórych przypadkach była przekierowywana na najbliższe osoby.

Dotyczyło to głównie mieszkańców podopolskich wsi, w których nie występowała migracja zarobkowa, a więc o tradycyjnych, często prawicowych poglądach.

Inną zmienną, która została przebadana pod kątem aprobaty siebie jako osoby z niepełnosprawnością, była aktywność zawodowa. Jak wynika z danych tabeli 4 posiadanie lub brak pracy nie jest tym czynnikiem, który wpływa znacząco na poziom własnej akceptacji.

Tabela 4

Poziom akceptacji własnej niepełnosprawności ze względu na aktywność zawodową

Poziom akceptacji własnej niepełnosprawności	Aktywność zawodowa				Ogółem	
	osoba pracująca		osoba bezrobotna			
	L	[%]	L	[%]	L	[%]
Wysoki	33	34,4	33	29,7	66	31,9
Przeciętny	39	40,6	41	36,9	80	38,7
Niski	24	25,0	37	33,4	61	29,4
Razem	96	100,0	111	100,0	207	100,0

Źródło: Badania własne.

Przeprowadzone badania nad akceptacją własnej niepełnosprawności pozwoliły również zweryfikować założenie, że poważne ograniczenia w poruszaniu się są główną przyczyną braku akceptacji własnej niepełnosprawności. Jak wynika z tabeli 5 największą grupę wśród badanych stanowiły osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności i z takim samym poziomem jej akceptacji. Drugi wynik uzyskały osoby charakteryzujące się znacznym stopniem niepełnosprawności i wysokim poziomem badanej akceptacji.

Tabela 5

Poziom akceptacji własnej niepełnosprawności ze względu na stopień niepełnosprawności

Poziom akceptacji własnej niepełnosprawności	Stopień niepełnosprawności						Ogółem	
	znaczny		umiarkowany		lekki			
	L	[%]	L	[%]	L	[%]	L	[%]
Wysoki	20	43,4	20	31,7	26	26,5	66	31,9
Przeciętny	10	21,8	40	63,5	30	30,6	80	38,7
Niski	16	34,8	3	4,7	42	42,9	61	29,4
Razem	46	100,0	63	100,0	98	100,0	207	100

Źródło: Badania własne.

Wyniki sugerują, że akceptacja własnej niepełnosprawności tylko pośrednio zależy od stanu zdrowia. Prawdopodobnie większy wpływ na badaną akceptację może mieć sposób, w jaki jednostka próbuje wytłumaczyć powody swojej ułomności. Nie bez znaczenia jest też jej postawa wobec świata i innych ludzi. Powyższe przypuszczenia w pewnym stopniu we-

ryfikują wypowiedzi badanych. Wynika z nich, że spójna koncepcja życia, z jasno określonymi wartościami i celami oraz pewna elastyczność, która pozwala wdrażać „plan awaryjny” na wypadek porażki, daje szansę na pogodzenie się z niepełnosprawnością. Taka filozofia życiowa towarzyszyła najczęściej osobom ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności oraz wysokim i przeciętnym poziomem własnej akceptacji.

Wiedza na temat funkcjonowania osób z niepełnosprawnością pozwala przypuszczać, że uczestnictwo w rehabilitacji ma duże znaczenie dla procesu godzenia się z niepełnosprawnością. Zebrane dodatkowo dane ukazały, że blisko 90% osób, które nie uczestniczyły w żadnej formie rehabilitacji miały trudności z zaakceptowaniem własnej niepełnosprawności. Mimo że odsetek badanych, którzy nie brali udziału w tym procesie był niewielki (10.6%) to tendencja, jaką udało się odnotować, jest wyraźna i wydaje się nie być przypadkowa (tab. 6).

Tabela 6

Poziom akceptacji własnej niepełnosprawności ze względu na uczestnictwo w rehabilitacji

Poziom akceptacji własnej niepełnosprawności	Uczestnictwo w rehabilitacji				Ogółem	
	tak		nie			
	L	[%]	L	[%]	L	[%]
Wysoki	66	35,7	-	-	66	31,9
Przeciętny	77	41,6	3	13,6	80	38,7
Niski	42	22,7	19	86,4	61	29,4
Razem	185	100,0	22	100,0	207	100,0

Źródło: Badania własne.

Jak już wspomniano duże znaczenie dla procesu przystosowania się do niepełnosprawności ma indywidualna filozofia życia jednostki. Składa się na nią między innymi stosunek do własnej osoby, otoczenia społecznego i ogólnie do życia, co ma odzwierciedlenie w celowości i poczuciu sensu własnej egzystencji. Szczególnie ten ostatni czynnik może wpływać znacząco na akceptację własnej niepełnosprawności, gdyż spójna koncepcja życia, zawierająca jasne oraz względnie trwałe wartości, pozwala patrzeć dalej niż na najbliższą przyszłość i dostrzegać pozytywne aspekty życia pomimo teraźniejszych trudności i przeszkód.

Założenie to potwierdzają wyniki badań dotyczące poziomu poczucia sensu życia. Według danych zamieszczonych w tabeli 7 najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które w pełni akceptowały swój stan zdrowia i uzyskały wysokie wyniki na skali PIL²⁹. Niemalą grupę stanowiły też

²⁹K. Popielski, *Testy egzystencjalne: metody badania frustracji egzystencjalnej i nerwicy noogennej*, [w:] *Człowiek – pytania otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii*, red. K. Popielski, Lublin 1987, s. 243.

osoby, których poziom akceptacji własnej niepełnosprawności i poczucia sensu życia był przeciętny.

Tabela 7

Poziom akceptacji własnej niepełnosprawności ze względu na poczucie sensu życia

Poziom akceptacji własnej niepełnosprawności	Poziom poczucia sensu życia						Ogółem	
	wysoki		przeciętny		niski			
	L	[%]	L	[%]	L	[%]	L	[%]
Wysoki	29	63,1	19	32,7	18	17,5	66	31,9
Przeciętny	12	26,0	24	41,4	44	42,7	80	38,7
Niski	5	10,9	15	25,9	41	39,8	61	29,4
Razem	46	100,0	58	100,0	103	100,0	207	100,0

Źródło: Badania własne.

Interpretację powyższego wyniku oparto na koncepcji systemowo-ekologicznej. Według niej życie jednostki polega na współistnieniu i tylko dzięki niemu może ona odnaleźć prawdziwy jego sens³⁰. Chociaż proces ten ma charakter indywidualny, to wyjaśnianie sensu życia przez jednostkę odbywa się w oparciu o opinie, wartości i normy uznane w środowisku, którym żyje. Stanowi to niejako odzwierciedlanie sensu społecznego, w której jednostka egzystuje. Wprawdzie jest on poddany wewnętrznej ocenie i dostosowany do potrzeb i celów reprezentującej go jednostki, ale nie bez znaczenia jest szeroko rozumiany kontekst społeczny. Może on oddziaływać na postrzeganie własnej osoby, jak i również na wytyczanie celów życiowych, które budują filozofię i sens życia jednostki.

Jednak, kiedy cele nie są adekwatne do możliwości zdrowotnych stawiającej je sobie osoby lub z innych, niezależnych od niej przyczyn nie zostaną osiągnięte – pojawia się dysonans. Osoba, chcąc go zmniejszyć, będzie poszukiwać wytłumaczenia i przyczyn niepowodzenia. Niepełnosprawni najczęściej upatrują ją w sobie, a konkretnie w dysfunkcji jaką posiadają, rzadko biorąc pod uwagę inne ewentualności, np. czynniki zewnętrzne, splot niespodziewanych zdarzeń, trudne do przewidzenia okoliczności itp. Jeżeli przyczynę niepowodzeń życiowych osoba upatruje w niepełnosprawności to nie będzie ona przez nią akceptowana.

Podczas przeprowadzania badań, zapytano także respondentów o poziom optymizmu jaki ich cechuje (tab. 8). Wyniki testu LOT-R³¹ ukazały, że najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły osoby z wysokim poziomem akceptacji własnej niepełnosprawności i optymizmu życiowego. Pomimo że wśród nich byli również badani z poważnymi problemami w poruszaniu się, cechowali się znaczną afirmacją życia. Podczas wywia-

³⁰ Por. O. S p e c k, op. cit., s. 294–295.

³¹ Z. J u c z y ń s k i, op. cit., s. 60–65.

dów badani twierdzili, że cieszą się życiem mimo trudności ze zdrowiem, odważnie planują swoją przyszłość i są przekonani o pozytywnym wyniku.

Tabela 8

Poziom akceptacji własnej niepełnosprawności ze względu na optymizm życiowy

Poziom akceptacji własnej niepełnosprawności	Poziom optymizmu życiowego						Ogółem	
	wysoki		przeciętny		niski			
	L	[%]	L	[%]	L	[%]	L	[%]
Wysoki	39	71,0	23	25,3	4	6,5	66	31,9
Przeciętny	16	29,0	45	49,4	19	31,1	80	38,7
Niski	0	00,0	23	25,3	38	62,4	61	29,4
Razem	55	100,0	91	100,0	61	100,0	207	100,0

Źródło: Badania własne.

Trzecią ze względu na wartość wyniku grupę badanych stanowiły osoby, które uzyskały przeciętny poziom akceptacji własnej niepełnosprawności i optymizmu życiowego. Wśród wypowiedzi na temat sposobu patrzenia na świat najczęściej dominowała niepewność, lęk o przyszłość, jakiej się spodziewali i troska o trudną terażniejszość, w której zmagali się z problemami osobistymi, zawodowymi, materialnymi. To, co sprawiało im radość najczęściej dotyczyło życia rodzinnego, sukcesów zawodowych, życiowych oraz poprawy stanu zdrowia lub perspektywy zmiany sytuacji materialnej, rodzinnej lub zawodowej.

Wśród badanych spory odsetek stanowili niepełnosprawni, którzy uzyskali niskie wyniki zarówno w teście AIS, jak i LOT-R. Ich wypowiedzi były pełne obaw i niepokoju o swój stan zdrowia oraz sytuację materialną, uskarżali się na liczne problemy życiowe, nie wierzyli w pomyślność swoich działań i podejmowanych przedsięwzięć, żyli z dnia na dzień, nie planując przyszłości i negując terażniejszość.

W założeniach pracy przyjęto, że badana akceptacja może mieć związek ze stopniem, w jakim osoby z niepełnosprawnością radzą sobie z problemami życiowymi. Przyjęto, że niski poziom własnej akceptacji koreluje z niskim poziomem skuteczności własnej. Dane zamieszczone w tabeli 9 potwierdziły tę przesłankę. W grupie osób z niskim i przeciętnym poziomem akceptacji własnej niepełnosprawności największy odsetek stanowili badani, którzy w skali GSES³² uzyskali najniższe wyniki.

Podczas próby interpretacji tego wyniku odwołano się do pogłębionych wywiadów z badanymi osobami. Podczas wypowiedzi wielokrotnie wskazywały one na fakt, że niepowodzenia życiowe odbierają im motywację do działania. Z kolei to sprawiało, że z większym krytycyzmem pa-

³² Ibidem, s. 93–98.

trzyły na sytuację zdrowotną, w jakiej się znalazły i w niej upatrywały główną przyczynę swoich niepowodzeń życiowych.

Tabela 9

Poziom akceptacji własnej niepełnosprawności ze względu na skuteczność własną badanych osób

Poziom akceptacji własnej niepełnosprawności	Poziom skuteczności własnej						Ogółem	
	wysoki		przeciętny		niski			
	L	[%]	L	[%]	L	[%]	L	[%]
Wysoki	52	43,0	8	16,7	6	15,8	66	31,9
Przeciętny	60	49,6	15	31,3	5	13,1	80	38,7
Niski	9	7,4	25	52,0	27	71,1	61	29,4
Razem	121	100,0	48	100,0	38	100,0	207	100,0

Źródło: Badania własne.

Wśród wypowiedzi osób z wysokim i przeciętnym poziomem akceptacji własnej niepełnosprawności, które na skali GSES uzyskały wyniki na poziomie wysokim dominowały opinie, że niepełnosprawność nie jest przeszkodą w działaniu i można z nią aktywnie żyć. Badani stwierdzili, że działanie wzmacnia ich poczucie sprawstwa, a będąc osobą zaradną, osiągającą zamierzony cel – mimo przeszkód łatwiej jest im akceptować fakt niepełnosprawności.

Zakończenie i wnioski

Akceptacja własnej niepełnosprawności ma miejsce, gdy jednostka – najczęściej za sprawą pozytywnego myślenia i sprzyjających czynników zewnętrznych – jest w stanie zaakceptować sytuację, w jakiej się znajduje. Do czynników ułatwiających ten stan można zaliczyć tolerancję i chęć integracji ze strony środowiska lokalnego oraz udział w aktywnościach mających na celu rehabilitację i profilaktykę eksklusji społecznej.

Z przeprowadzonych i opisanych w niniejszym opracowaniu badań wynika, że to mężczyźni są bardziej skłonni zaakceptować swoją niepełnosprawność i związane z nią konsekwencje. Wyniki badań ukazały także, że osoby akceptujące siebie, pomimo posiadanych dysfunkcji, są zazwyczaj w stanie prowadzić satysfakcjonujące życie, oceniając je jako celowe i sensowne. Częściej patrzą one z optymizmem w przyszłość oraz oceniają pozytywnie swoje możliwości kreowania otaczającej ich rzeczywistości.

Formułując wnioski – na podstawie opisanych wyżej wyników badań – należy przyjąć, że wzmacnianie samooceny oraz pomoc w reinterpretacji koncepcji własnego życia w taki sposób, aby stała się ona adekwatna do

potrzeb i możliwości osób z niepełnosprawnością, powinno być jednym z nadrzędnych celów rehabilitacji społecznej.

Bibliografia

A r u s z t o w i c z B., *Akceptacja dziecka z dysfunkcją narządu ruchu przez samego siebie i przez najbliższe otoczenie*, „Szkola Specjalna” 1995, nr 3.

A r u s z t o w i c z B., *Psychologiczne i socjologiczne determinanty warunkujące losy dziecka z dysfunkcją narządu ruchu*, „Szkola Specjalna” 1999, nr 1.

A r u s z t o w i c z B., B ą k o w s k i W., *Dziecko niepełnosprawne z dysfunkcją narządu ruchu*, Kraków 2001.

B y r a S., M a z u r B., *Samoocena, a wsparcie społeczne studentów z uszkodzeniem narządu ruchu*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja” 2005, nr 4.

D y k c i k W., *Człowiek dorosły niepełnosprawny w poszukiwaniu poczucia sensu życia*, [w:] *Dorobosc, niepełnosprawność, czas współczesny*, red. K. D. Rzedzicka, A. Kobyłańska, Kraków 2003.

G a r b a t M., *Środowisko fizyczne i społeczne osób niepełnosprawnych*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja” 2003, nr 1.

J u c z y ń s k i Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa 2001.

K a w u l a S., *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualności – perspektywy*, Toruń 2002.

K i r e n k o J., *Z badań nad samooceną młodzieży z bocznym skrzywieniem kręgosłupa, leczonej operacyjnie*, [w:] *Problemy pedagogiki specjalnej w okresie przemian społecznych*, red. A. Pilecki, Lublin 2002.

K i r e n k o J., L e s i e w i c z J., *Wykorzystanie Kwestionariusza Wsparcia Społecznego w badaniu osób niepełnosprawnych*, [w:] *Problemy pedagogiki specjalnej w okresie przemian społecznych*, red. A. Pilecki, Lublin 2002.

K l i m a s i ń s k i K., *Inwalidztwo*, [w:] *Encyklopedia psychologii*, red. W. Szewczuk, Warszawa 1998.

K o n i e c z n a A., *Wpływ choroby przewlekłej oraz zmian w narządzie ruchu na funkcjonowanie dziecka*, [w:] *Pedagogika specjalna dla pracowników socjalnych*, red. D.M. Piekut-Brodzka, J. Kuczyńska-Kwapisz, Warszawa 2004.

K o n i e c z n a E. J., *Poczucie sensu życia osób niepełnosprawnych ruchowo*, Kraków 2010.

K o w a l e w s k i L., *Psychologiczna i społeczna sytuacja dzieci niepełnosprawnych*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. I. Obuchowska, Warszawa 1999.

L a u s t e r P., *Świadomość samego siebie*, Warszawa 1995.

L u k a s E., *Empiryczna walidacja logoterapii*, [w:] *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoterapii i logoterapii*, red. K. Popieski, Lublin 1987.

M a j e w i c z P., *Obraz samego siebie a zachowanie młodzieży niepełnosprawnej ruchowo*, Kraków 2002.

M a z u r B., B y r a S., *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością ruchową*, „Auxilium Sociale” 2004, nr 3/4.

M u s z y ń s k a E., *Ogólne problemy wychowania w rodzinie dzieci niepełnosprawnych*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. I. Obuchowska, Warszawa 1999.

O s s o w s k i R., *Zachowanie się inwalidów wzrokowych w sytuacjach trudnych*, Warszawa–Poznań 1979.

P a n e k W., *Akceptacja, ambiwalencja i awersja w zachowaniu się*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna*, red. W. Pomykało, Warszawa 1993.

Popielski K., *Testy egzystencjalne: metody badania frustracji egzystencjalnej i nerwicy noogennej*, [w:] *Człowiek – pytania otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii*, red. K. Popieski, Lublin 1987.

Sękowska Z., *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Warszawa 1998.

Speck O., *Niepełnosprawni w społeczeństwie. Podstawy ortopedagogiki*, Gdańsk 2005.

Szychowiak B., *Wychowanie dzieci niesprawnych ruchowo*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. I. Obuchowska, Warszawa 1995.

Wojcieszke B., *Pogranicze psychologii osobowości i społecznej: samoocena jako cecha i jako motyw*, [w:] *Osobowość a procesy psychiczne i zachowanie*, red. B. Wojcieszke, M. Plopa, Kraków 2003.

ACCEPTANCE OF OWN DISABILITY – THE DEFINITION AND DIAGNOSIS OF THE PHENOMENON IN PEOPLE WITH MOVEMENT DYSFUNCTION

Keywords: Acceptance of own disability, a sense of meaning in life of people with disability, life optimism of people with disability, self-efficacy people with disabilities

The author in the first part of the article presented an overview of definitions related to the phenomenon of self-acceptance as a person with a disability. The second part is devoted to the presentation of the results and conclusions of the research conducted by the author, the subject of which was described in the theoretical part of self-acceptance.

Marcin Bulak*

Edukacja zdrowotna osób niepełnosprawnych z zaburzeniami psychicznymi

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, niepełnosprawność, zaburzenia psychiczne

Niniejsza publikacja, dotycząca edukacji zdrowotnej osób z zaburzeniami psychicznymi, przedstawia aktualne problemy chorych. Nie ma ona charakteru swoistego informatora czy poradnika. Czytelnik, który podda się lekturze będzie zmuszony do głębszej refleksji i interpretacji tematu. Praca zawiera ogólne informacje dotyczące wyjaśnienia pojęć, takich jak zdrowie, choroba czy edukacja zdrowotna. W publikacji będziemy mogli doszukać się również interpretacji pojęcia niepełnosprawności psychicznej oraz roli pedagoga w edukacji zdrowotnej osób z niepełnosprawnością psychiczną. Zostaną również wyjaśnione edukacyjne aspekty podejścia do osób z niepełnosprawnością psychiczną w różnych przedziałach wiekowych. Wzrost zachorowań na choroby psychiczne w ostatnich latach daje nam, pedagogom ważne zadanie przygotowania swoistego planu edukacji zdrowotnej oraz promowania zdrowia psychicznego. Jest to rola trudna i obciążona wieloma niepowodzeniami. Nie ma jednoznacznej recepty i postępowania, które przyniosłyby sukces w postaci całkowitego zażegnania problemu, lecz tylko właściwe i profesjonalne podejście do tematu poparte studiowaniem naukowej literatury badawczej może przynieść korzyści w zniwelowaniu barier z jakimi na co dzień stykają się osoby niepełnosprawne psychicznie.

Wstęp

Edukacja zdrowotna jest procesem, podczas którego ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczeństwa, w którym żyją.

„Edukacja zdrowotna obejmuje swoim zakresie wiedzę o czynnikach społecznych, politycznych i środowiskowych wpływających na zdrowie, wiedzę o zdro-

* Mgr, absolwent Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu na kierunku Pedagogika, ratownik medyczny w Opolskim Centrum Ratownictwa Medycznego, starszy specjalista w Ośrodku Szkoleń KW PSP w Opolu, doktorant Uniwersytetu Opolskiego na kierunku Pedagogika.

wiu związaną z funkcjonowaniem własnego organizmu, umiejętność zapobiegania i radzenia sobie w sytuacjach trudnych; wiedzę i umiejętności związane z korzystaniem z opieki zdrowotnej”¹.

Obecne wychowanie zdrowotne oraz promocja zdrowia miały już miejsce w życiu narodów starożytnych. Analizując literaturę historyczną zauważa się, że wcześniej niż w IV w. p.n.e., czyli przed Hipokratesem i jego uczniami w Europie, ciało ludzkie uważano w tradycji medycyny chińskiej za system współzależnych składników, mających tendencję do utrzymywania naturalnej równowagi:

„Brak tej równowagi, czyli choroba według prasowych dalekowschodnich poglądów jest wynikiem działania szeregu czynników, wśród których wymieniano niewłaściwą dietę, brak snu, małą ruchliwość fizyczną ciała oraz, niezgodę rodzinną lub społeczną”².

Edukacja zdrowotna stanowi podstawowy element promocji zdrowia i ma prowadzić do zapoznania się z celami działań na rzecz zdrowia pozytywnego oraz zapobiegania chorobom przez wpływ na zachowania osobnicze, postawy i wykazanie korzyści płynących z zachowania zdrowia. Tradycyjna edukacja zdrowotna dostarczała wiedzy, dążyła do zmiany postaw i zachowań. Natomiast nowe podejście polega nie tylko na dostarczaniu wiedzy, lecz także na uczestniczeniu we wspólnym działaniu, dwukierunkowym porozumiewaniu się oraz na podkreśleniu znaczenia czynników społecznych, ekonomicznych, fizycznych i politycznych, których podstawą jest dokonywanie wolnego wyboru.

Dostarczanie informacji i wiedzy na temat zdrowia, wzmacnianie działania na rzecz zdrowia, przekonywanie oraz zapewnianie wpływu na tworzenie zdrowotnej polityki społecznej – to cele edukacji zdrowotnej.

Dokonując oceny działań promocyjnych dla zdrowia, w oparciu o różnorodne wskaźniki, niezbędne jest zwrócenie uwagi na proces, metody i system promowania zdrowia, na struktury organizacyjne i zasoby, na bezpośrednie skutki ich oddziaływania na uczestników działań i politykę zdrowotną oraz na odległe i długoterminowe skutki dla zdrowia. Narodowy koordynator promocji zdrowia, Barbara Woynarowska twierdzi, że:

„współczesna edukacja zdrowotna wykorzystuje elementy wielu nauk. Treści jej pochodzą głównie z nauk medycznych. Nauki społeczne wyjaśniają uwarunkowania zjawisk i zachowań ludzi związanych ze zdrowiem i chorobą, a pedagogika dostarcza metod i technik uczenia się i nauczania. Ta wielodyscyplinarność edukacji zdrowotnej powoduje, że pedagodzy mają obawy i trudności w jej realizacji”³.

¹ K. Dutkiewicz, K. Kamińska, *Edukacja zdrowotna. Program przeznaczony dla przedszkoli*, Warszawa 2009, s. 5.

² J. KarSKI, *Rozwój idei promocji zdrowia*, „Lider” 1999, nr 6.

³ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna – poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego*, red. B. Woynarowska, Kielce 2011, s. 9.

Zatem, czym jest zdrowie i choroba? Jak, te dwa sprzeczne ze sobą zjawiska, są definiowane w fachowej literaturze? Otóż:

„Zdrowie ma bardzo ważny wymiar, jest najcenniejszą wartością, kapitałem człowieka, które otwiera perspektywy na osiągnięcie wyznaczonych celów życiowych i służy realizacji pojawiających się potrzeb. Jednak niepokojący jest fakt, iż znaczna część społeczeństwa dostrzega jego walory, jak i podejmuje działanie sprzyjające zdrowiu, dopiero w sytuacji jego utraty”⁴.

W innym opracowaniu czytamy, że zdrowie to „aktualizacja potencjału cech zakodowanych w naturze człowieka. Sprawia, że potencjał staje się aktem: człowiek rodzi się więc i rozwija prawidłowo. Wszystko zależy więc od procesu aktualizacji. Zakłócenie tego procesu oznacza brak zdrowia, zaś jego normalny przebieg gwarantuje zdrowie”⁵.

Barbara Woynarowska wyróżnia trzy wymiary zdrowia, tj. „zdolności do wykonywania wszystkich czynności życia codziennego, dobrego samopoczucia w sferze psychicznej oraz przestrzegania zachowań prozdrowotnych”⁶.

Niepełnosprawność psychiczna

Dokładne sprecyzowanie stanu określanego „zdrowiem” jest równie trudne, jak określenie stanu choroby, gdyż podlega subiektywnej ocenie. Pojęcie choroby definiuje się w literaturze między innymi jako:

„ogólne określenie każdego odstępstwa od stanu określanego jako pełnia zdrowia organizmu. Nozologia to dziedzina wiedzy medycznej, zajmująca się podziałem chorób, klasyfikacją chorób, i ich opisem. Choroba polega na uszkodzeniu funkcji lub struktury organizmu. O zaistnieniu choroby można mówić wtedy, gdy działanie czynnika chorobotwórczego powoduje przekroczenie zdolności organizmu do adaptacji, co z kolei wywołuje niepożądane, szkodliwe następstwa”⁷.

Definiując pojęcia, takie jak: zdrowie, choroba, czy edukacja zdrowotna warto zająć się również wyjaśnieniem istoty niepełnosprawności.

Tematem niniejszej publikacji jest edukacja zdrowotna osób niepełnosprawnych z zaburzeniami psychicznymi. Należy zatem odpowiedzieć na pytanie: czym jest niepełnosprawność? Analizując tematyczną literaturę, znajduje się różne opisy stanu niepełnosprawności, jednak nie można znaleźć jednoznacznej definicji. Wydaje się, że najbardziej trafnym opisem niepełnosprawności jest określenie:

⁴ B. Tobiasz - Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i chorób*, Kraków 1998, s. 22.

⁵ K. Dąbrowski, *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*, Warszawa 1989, s. 31.

⁶ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Warszawa 2007, s. 19.

⁷ W.J. Guzek, *Patofizjologia człowieka w zarysie*, Warszawa 2003, s. 141.

„niepełnosprawność w znaczeniu potocznym to długotrwały stan, w którym występują pewne ograniczenia w prawidłowym funkcjonowaniu człowieka. Ograniczenia te spowodowane są na skutek obniżenia sprawności funkcji fizycznych lub psychicznych. Jest to także uszkodzenie, czyli utrata lub wada psychiczna, fizjologiczna, anatomiczna struktury organizmu. Utrata ta może być całkowita, częściowa, trwała lub okresowa, wrodzona lub nabyta, ustabilizowana lub progresywna. Niepełnosprawność jest jednym z ważniejszych problemów współczesnego świata. Wynika to z powszechności i rozmiaru tego zjawiska”⁸.

„Człowiek z niepełnosprawnością może aktywnie żyć tylko w społeczeństwie, dla której jego życie jest ważne i wśród ludzi, którzy są dla niego ważni, dla których chce i może coś zrobić”⁹.

W obliczu tych stwierdzeń problematycznie staje się zdefiniowanie osoby niepełnosprawnej. Literatura przedmiotu podaje wiele haseł powyższego pojęcia. Jednym z nich jest stwierdzenie, że za niepełnosprawną, można uznać taką osobę, „u której uszkodzenie i obniżony stan sprawności organizmu spowodowały utrudnienie, organiczne lub uniemożliwienie wykonywanie zadań życiowych i zawodowych oraz spełnienie ról społecznych za względu na jej wiek, płeć, stan zdrowia, czynniki środowiskowe, społeczne i kulturowe”¹⁰.

Największym i najbardziej złożonym problemem spośród wszystkich grup niepełnosprawności jest niepełnosprawność psychiczna. Bowiem powszechnie dominuje przekonanie, że osoby chore są niebezpieczne dla społeczeństwa i powinny być z niego wyłączone. Osoby niepełnosprawne psychicznie od zawsze budziły lęk i niechęć pełnosprawnej zbiorowości, która nie radząc sobie z odmiennością, spychała je na margines. Najczęściej miało to miejsce w taki sposób, że chorych umieszczano w zakładach zamkniętych i o nich zapominano. Lęk, niepewność czy wrogość osób pełnosprawnych w kierunku niepełnosprawnych psychicznie najczęściej rodziła się z niewiedzy o zaburzeniach psychicznych, jak i braku rozmowy oraz wzajemnego przebywania.

Obecnie niepełnosprawnych psychicznie otacza się kompleksową opieką. Jednak, mimo że mogą oni liczyć na znacznie humanitarne traktowanie niż miało to miejsce wcześniej, nadal bywają napiętnowani. Społeczeństwo boi się inności i odnosi się do niej w sposób agresywny i wrogi. Nie możemy jednak zapominać, że chorzy psychicznie są ludźmi

⁸ Ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, DzU z 1997 r. nr 123, poz. 776 z późn. zm.

⁹ E. G a l k a, *Osoby niepełnosprawne w społeczeństwie posttransformacyjnym – szanse i zagrożenia*, [w:] *Dyskursy, pedagogiki specjalnej*, red. A. Kosakowski, A. Krause, S. Przybyliński, t. 5: *Pomiędzy teorią a praktyką*, Olsztyn 2006.

¹⁰ *Słownik metod, technik i form pracy socjalnej, opiekuńczej i terapeutycznej*, red. A. Weissbrot-Koziarska, I. Dąbrowska-Jabłońska, t. 3, Opole 2014, s. 87.

i takimi samym obywatelami, jak my wszyscy. Powinniśmy zatem stworzyć im godne warunki do życia, pomóc w codziennej egzystencji oraz otoczyć specjalistyczną opieką:

„Współcześnie, poza medycznym modelem niepełnosprawności, powszechnie ujmuje się niepełnosprawność w kategoriach modelu społecznego, niepełnosprawność jest bowiem problemem całego społeczeństwa, który wiąże ją ściśle z rozwojem społecznym człowieka, podkreślając, że osoby z niepełnosprawnością mogą być, i są aktywnymi członkami społeczeństwa, wnoszącymi wartościowy wkład w jego rozwój”¹¹.

Wśród osób niepełnosprawnych psychicznie wyróżnia się: osoby psychicznie chore z zaburzeniami osobowości i zachowania oraz osoby z niepełnością intelektualną.

Według klasyfikacji psychiatrycznej zaburzenia osobowości definiowane są jako:

„głęboko zakorzenione i utrwalone wzorce zachowań, przejawiające się małoelastycznymi reakcjami na różnorodne sytuacje indywidualne i społeczne. Reprezentują one albo skrajne, albo znaczące odmienności w porównaniu z przeciętnym w danej kulturze sposobem spostrzegania, myślenia i odczuwania, a psychicznych szczególności – odnoszenia się do innych. Takie wzorce zachowania mają tendencje do trwałości i do obejmowania wielu zakresów funkcjonowania psychologicznego”¹².

Niepełnosprawność intelektualna w literaturze przedmiotu stanowi „termin coraz częściej stosowany w teorii i praktyce do określenia stanu organizmu ludzkiego, wynikającego z obniżenia sprawności funkcjonowania umysłowego jednostki, nadal używany jest zamiennie z takimi pojęciami jak upośledzenie umysłowe, niedorozwój umysłowy, osłabienie sprawności psychicznej, opóźnienie w rozwoju umysłowym, obniżona sprawność umysłowa”¹³.

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych

Zaburzenia psychiczne w literaturze są opisywane jako „ogół zaburzeń czynności psychicznych i zachowania, które są przedmiotem zainteresowania (diagnostyka, leczenie, profilaktyka, badania etiologii i patogenezy) psychiatrii klinicznej”¹⁴.

¹¹ Ibidem, s. 91–92.

¹² Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 2000 [ICD-10].

¹³ *Słownik metod, technik i form pracy socjalnej...*, s. 90–91.

¹⁴ J. S t r e l a u, *Psychologia – podręcznik akademicki*, t. 3: *Jednostka w społeczeństwie, elementy psychologii stosowanej*, Gdańsk 2000, s. 566.

Zaburzenia psychiczne można podzielić tradycyjnie na: zaburzenia psychotyczne – psychozy (stany chorobowe, podczas których występują omamy, urojenia, zaburzenia świadomości, zaburzenia emocjonalne i nastroju w połączeniu z zaburzeniami myślenia i aktywności złożonej); zaburzenia niepsychotyczne – nerwice oraz inne zaburzenia nerwicowe, pewne zaburzenia psychosomatyczne, większość zespołów organicznych, upośledzenie umysłowe, zaburzenia osobowości, uzależnienia od alkoholu i innych substancji, niektóre dewiacje seksualne¹⁵.

Zaburzenia psychiczne są bardzo często przedmiotem diagnozy psychologicznej i pedagogicznej.

„Objawy chorobowe w zaburzeniach psychicznych zwykle polegają na zakłóceniach określonych funkcji psychicznych. W większości są to zaburzenia nastroju, zaburzenia koncentracji uwagi i pamięci, lęk itp., a więc zjawiska będące przedmiotem zainteresowania psychologii klinicznej i pedagogiki. Przyczynami objawów psychicznych w wielu wypadkach są określone struktury psychiczne, lub ich deficyty”¹⁶.

W latach sześćdziesiątych dwudziestego wieku naukowcy uznali, że

„zaburzenia psychiczne rozwijają się w związku z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego lub są skutkiem zakłócenia jego funkcji niezwiązanej z takim uszkodzeniem. Przyczynami tych zaburzeń mogą być wszelkie czynniki uszkadzające ten układ lub zmieniające jego czynności. Niektóre zaburzenia psychiczne mogą powstać w inny sposób, mianowicie nie pod wpływem zmian organicznych w komórkach nerwowych, lecz mogą być skutkiem szczególnie trudnych sytuacji życiowych”¹⁷.

Zaburzenia psychiczne stanowią poważny problem zdrowotny –

„Szacuje się, że cierpi na nie 30% spośród wszystkich osób poszukujących pomocy medycznej. Największą liczbę stanowią osoby z zaburzeniami nerwicowymi lub zaburzeniami osobowości. W ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby osób z zaburzeniami nastroju. Najpoważniejszą chorobą psychiczną ciągle pozostaje schizofrenia, na którą cierpi około 1% osób w całej populacji”¹⁸.

Pojęcie „nerwicy” zostało wprowadzone ponad dwadzieścia lat temu przez Williama Cullena i obejmowało pierwotnie wszystkie zaburzenia układu nerwowego. „Z czasem zakres tego pojęcia został zawężony do tych zaburzeń psychicznych, których podłoża nie da się stwierdzić”¹⁹. Koncepcje poznawcze zakładają, że objawy nerwicowe wynikają z lęku i napięcia,

¹⁵ Za: ibidem, s. 566.

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ J. J a r o s z y ń s k i, *Choroby psychiczne i pielęgniarstwo psychiatryczne*, Warszawa, 1966, s.17.

¹⁸ C. J. C z a b a n, J. M e d e r, M. R a w i c k a, *Podstawowe zaburzenia psychiczne*, Gdańsk 2000, s. 582.

¹⁹ Ibidem, s. 591, 592.

jakie przeżywają ludzie w związku z nieumiejętnością radzenia sobie ze swoimi problemami życiowymi. W ostatnim czasie zaburzenia nerwicowe tłumaczy się również innymi przyczynami.

„Wśród występujących w obrębie systemów społecznych zaburzeń wywołujących patologiczne zachowania jednostki dominują zaburzenia funkcjonowania systemów rodzinnych. Osoby cierpiące na zaburzenia nerwicowe mają zwykle zaburzony obraz własnej osoby. Poszukując czynników mających wpływ na pojawienie się nerwicy, analizuje się wpływy genetyczne i fizjologiczne”²⁰.

Kolejną grupę zaburzeń psychicznych stanowią zaburzenia osobowości i zaburzenia zachowania. Zaburzenia osobowości przyciągały i fascynowały badaczy od tysiącleci. Zajmowano się nimi począwszy od Hipokratesa, a później, Picharda, Freuda i Kretschmera.

„Zaburzenia osobowości różnią się od innych problemów opisywanych w klasyfikacjach psychiatrycznych. Nie są to zaburzenia czy też kryzysy psychiczne, które pojawiają się i (ewentualnie) przemijają. Problemy te dotyczą zaburzonej struktury osobowości człowieka i związanych z tym konsekwencji w różnych dziedzinach życia. Poprzez zaburzenia osobowości rozumiemy zatem obecność trwałych cech charakterologicznych danej osoby i utrwalonych wzorców postępowania, zachowania, relacji z innymi ludźmi i funkcjonowania w społeczności. Dotyczy to również przeżywania siebie i innych oraz stosunku do samego siebie i otoczenia. Powyższe cechy, ze względu na swoją jakość i ilość, utrudniają danej osobie prawidłowe funkcjonowanie społeczne, rodzinne i zawodowe (lub w zakresie edukacji) oraz uniemożliwiają lub hamują rozwój w tych obszarach. Są też często związane z subiektywnie przeżywanym cierpieniem. Zjawisko to nie dotyczy zatem ograniczonego w czasie epizodu czy pojedynczego zachowania lub zdarzenia, ale właśnie stałych wzorców osobowościowych”²¹.

Do specyficznych zaburzeń osobowości zalicza się głęboko zakorzenione i utrwalone wzorce zachowań, odmienne od przeciętnych zachowań, typowych dla danej kultury. „Odmienność przejawia się w wielu wymiarach funkcjonowania jednostki, w odmiennym spostrzeganiu, myśleniu, przeżywaniu emocjonalnym, a przede wszystkim w odnoszeniu się do innych ludzi”²². Zaliczane tutaj zaburzenia osobowości ujawniają się już w okresie dzieciństwa lub dojrzewania i utrzymują się w okresie dorosłego życia. W tej grupie zaburzeń osobowości występują:

- osobowość paranoiczna,
- osobowość schizoidalna,
- osobowość antyspołeczna,
- osobowość chwiejna emocjonalnie,

²⁰ Ibidem, s. 591, 592.

²¹ P. B r u d k i e w i c z, S. M u r a w i e c, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, Kraków-Warszawa 2000, s. 24.

²² J. S t r e l a u, op.cit., s. 590-591.

- osobowość histeryczna,
- osobowość obsesyjno-kompulsywna,
- osobowość lękliwa,
- osobowość zależna²³.

Następnym zaburzeniem psychicznym, wartym omówienia, jest schizofrenia. Przez to pojęcie „rozumie się psychozę, której towarzyszy rozpad osobowości chorego. Objawia się upośledzeniem postrzegania lub wyrażania rzeczywistości, najczęściej pod postacią omamów słuchowych, paranoidalnych lub dziwacznych urojeń. Schizofrenia u 60% osób rozpoczyna się przed 30. rokiem życia”²⁴. Najczęściej jej początek jest ostry. Zwykle po burzliwym początku u większości chorych – po upływie od pięciu do dziesięciu lat przebieg choroby ulega stabilizacji. Często pomimo istnienia nawrotów, obserwuje się po latach choroby poprawę stanu psychicznego i funkcjonowania. Klasyfikacja schizofrenii przedstawia się w sposób następujący:

- schizofrenia paranoidalna – „to rodzaj zaburzeń psychicznych w którym dominują omamy i urojenia o różnej treści”²⁵;
- schizofrenia hebefreniczna – „skrycie postępująca postać schizofrenii okresu młodzieńczego, z utratą inteligencji i izolowaniem się od otoczenia”²⁶;
- schizofrenia katatoniczna – „objawia się zmniejszeniem, lub brakiem kontaktu z otoczeniem oraz osłupieniem, negatywizmem, jak i sztywnością mięśniową”²⁷;
- schizofrenia niezróżnicowana – „charakteryzuje się mieszaniną szybko zmieniających się wszystkich postaci objawów schizofrenii”²⁸;
- schizofrenia rezydualna – „manifestuje się głównie długotrwałymi objawami negatywnymi, związanymi z ograniczeniem różnych czynności psychicznych”²⁹;
- schizofrenia prosta – „rozpoczyna się zwykle w dzieciństwie, postępuje wolno, ale stale, główne objawy to utrzymująca się utrata napędu, oraz bezcelowość i bezmyślność”³⁰.

Edukacja zdrowotna u pacjentów cierpiących na schizofrenię jest procesem trudnym, wymagającym wieloetapowości i zaangażowania wielu

²³ Wymienieni za: P. Z i m b r a n o, *Psychologia i życie*, Warszawa 1999, s. 745.

²⁴ O. K i r s c h n i c k, *Pielęgniarstwo*, red. wyd. pol. J. Jakubaszko, Wrocław 2001, s. 342.

²⁵ J. J a r o s z y ń s k i, op.cit., s. 37.

²⁶ O. K i r s c h n i c k, op.cit., s. 342.

²⁷ *Psychiatria – podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*, red. I. Krupka-Matuszyk, M. Matuszyk, Katowice 2007, s. 38.

²⁸ Ibidem, s. 39.

²⁹ Ibidem, s. 38.

³⁰ Ibidem, s. 38–39.

specjalistów, jak i samych chorych, oraz ich rodzin. „Korzystanie z wielu metod, technik i programów psychoedukacyjnych, ma na celu ułatwienie powrotu do zdrowia, lub minimalizowanie skutków choroby, czy niepełnosprawności”³¹.

Rola pedagoga w edukacji zdrowotnej osób z zaburzeniami psychicznymi

Jednostka niepełnosprawna psychicznie, jak każda zdrowa osoba, powinna mieć swoje miejsce w społeczeństwie, posiadać prawa i obowiązki.

„Podstawowym prawem osoby niepełnosprawnej intelektualnie jest prawo do wszechstronnego rozwoju. Dzięki określonej terapii i edukacji dostosowanej do indywidualnych potrzeb, możliwości oraz umiejętnego wyjścia jednostce niepełnosprawnej intelektualnie naprzeciw, pozwoli jak najskuteczniej ten rozwój wspomagać i ukierunkowywać. Jednocześnie poprzez zastosowanie atrakcyjnych metod i technik sprawimy radość i przyjemność naszemu podopiecznemu, a także wyzwolimy jego aktywność i zainteresowania”³².

Metody pracy w edukacji zdrowotnej są ściśle związane z pedagogiką, a wykorzystywanie potencjału podopiecznego przez podążanie za nim i dostrzeganie różnic indywidualnych oraz uwzględnienie czynników zakłócających jego chęć dbania o zdrowie, wydaje się koniecznością.

„Spychanie edukacji zdrowotnej do roli czynnika składowego innych dziedzin naukowych, nie zmieni na lepsze świadomości zdrowotnej naszego społeczeństwa, w sensie kompleksowej dbałości o siebie innych. Szczególnie, że wciąż i jest to niezmiennie od lat, młodzi ludzie za priorytet w swoim życiu uznają inne wartości”³³. Szczególną profilaktyką, wzmoczoną edukacją zdrowotną, należy objąć niepełnosprawnych z zaburzeniami psychicznymi. Nieodzownym elementem – ułatwiającym edukację zdrowotną osób niepełnosprawnych z zaburzeniami psychicznymi – jest poznanie tajników tzw. pedagogiki specjalnej.

Pedagogika specjalna jest nauką szczegółową pedagogiki, a jej przedmiot stanowi „opieka, terapia, kształcenie i wychowanie osób z odchyleniami od normy, najczęściej jednostek mniej sprawnych lub niepełnosprawnych, bez względu na rodzaj, stopień i złożoność obja-

³¹ M. Chądzyńska, J. Meder, J. Charzyńska, A. Drożdżyńska, *Psychoedukacja dla osób chorujących na schizofrenię – wstępna analiza sposobów prowadzenia zajęć*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2011, nr 20 (3), s. 202.

³² *Dziecko o specjalnych potrzebach edukacyjnych*, red. C. Kosakowski, M. Zaorska, Toruń 2000, s. 148.

³³ A. Czupryniak, *Edukacja zdrowotna. Głos w sprawie edukacji zdrowotnej*, Dąbrowa Górnicza 2010.

wów oraz przyczyn i skutków zaistniałych anomalii, zaburzeń, trudności lub ograniczeń”³⁴. Społeczna istota wychowania w zakresie edukacji, w zakresie pedagogiki specjalnej wynika z ludzkich nastawień, potrzeb, pragnień i aspiracji, wyrastających objawów odczucia braku, ograniczenia albo życiowego niedostatku.

W pedagogice specjalnej, w poszukiwaniu korzystnej perspektywy normalizacji życia osób niepełnosprawnych i ich optymistycznego ukierunkowania, eksponowany i badawczo eksplorowany jest cel oraz zadanie czynienia i osiągnięcia dobra, nadziei na zrealizowanie się szans w pełni wartościowego życia. Właściwą realizację podjętego zadania zapewnić może postępowanie akcentujące w sposób szczególny pedagogiczną racjonalność, sprawność i styczność.

„Każda widoczna niepełnosprawność lub upośledzone funkcjonowanie człowieka różnie oceniane są przez środowisko społeczne. Ich znaczenie jest zależne od warunków życia osób niepełnosprawnych, kultury wychowawczej społeczeństwa, a zwłaszcza od postaw najbliższego środowiska lokalnego, sąsiedzkiego i rodzinnego. Uszkodzenia lub ograniczenia rozwojowe potwierdzane są coraz precyzyjniej obiektywnymi narzędziami badawczymi, ale ich skutki diagnostyczne, klasyfikacyjne, segregacyjne, odbierane i odczuwane są subiektywnie jako degradujące w relacji do jednostek mieszczących się w normie rozwojowej”³⁵.

Człowiek z niepełnosprawnością, aby mógł podjąć różne możliwe i wymagane role społeczne w perspektywie dorosłości, musi osiągnąć określony poziom funkcjonowania osobowościowego, fizycznego i społecznego. Wobec czego do zadań instytucji powołanych na rzecz pomocy w rozwoju dzieciom, młodzieży, dorosłym (służba zdrowia, edukacja, pomoc społeczna, organizacje pozarządowe), a także różnych środowisk (takich jak: rodzina, instytucje kształcenia i wychowania, instytucje kultury i rekreacji, środowisko lokalne), należy poznanie możliwości podmiotów znajdujących się pod ich wpływem i określenie racjonalnych strategii realizacji zadań związanych z autonomizacją i samorealizacją tych podmiotów.

„Tak ujęte cele może zrealizować jedynie specjalista wykraczający w swojej pracy poza powszechnie przyjęte i często «utarte» przez lata standardy twórczy, kreatywny, innowacyjny. Zawód pedagoga specjalnego należy do szczególnych i wyjątkowych. Poza przygotowaniem teoretycznym/merytorycznym obszarach charakterze interdyscyplinarnym, wymaga licznych kompetencji praktycznych, predyspozycji wewnętrznych – osobowych (w tym charakterologicznych i empatycznych). Innymi słowy obejmuje wielość elementów, które można pogrupować w trzech ogólnych obszarach: profesjonalizm, predyspozycje i kompetencje”³⁶.

³⁴ *Pedagogika specjalna, praca zbiorowa*, red. W. Dykcik, Poznań 2001, s. 5.

³⁵ *Ibidem*, s. 10.

³⁶ M. Z a o r s k a, *Rola i miejsce pedagoga specjalnego w kreowaniu działalności edukacyjno-terapeutycznej*, Toruń 2012, s. 15.

Międzynarodowe standardy praw człowieka w odniesieniu do osób niepełnosprawnych z zaburzeniami psychicznymi wskazują jednoznacznie na modelowe antydyskryminacyjne rozwiązania prawne, socjalne i edukacyjne. Rezultatem upowszechnienia i zintegrowania wiedzy lekarskiej, pedagogicznej, psychologicznej, socjologicznej, etyczno-prawnej jest lansowanie założeń prakseologicznych strategii i technologii prewencyjnych (profilaktycznych), polityki społecznego wsparcia oraz zintegrowanych, kompleksowych modeli i programów wczesnej interwencji, edukacji i pomocy w społecznościach lokalnych, a zwłaszcza modernizacji niedostrzeganych obszarów rodzimej edukacji.

„Problematyka rehabilitacji osób niepełnosprawnych i ich miejsca w globalnym społeczeństwie, tradycyjnie zaniedbana, od początku lat sześćdziesiątych cieszy się coraz większym międzynarodowym zainteresowaniem specjalistów różnych dziedzin, którzy realizując interdyscyplinarne programy badawcze, zmierzają do poszukiwania nowatorskich rozwiązań teoretycznych i praktycznych. W programach tych zaczęto formułować nowe podejście do problemu niepełnosprawności, wskazując na ścisłą współzależność pomiędzy doświadczanymi przez osoby niepełnosprawne trudnościami i ograniczeniami a specyfiką socjalizacyjnych wpływów środowiska, w którym żyją”³⁷.

Warto również wspomnieć o roli pedagoga jako psychoterapeuty. Nabycie wiedzy i umiejętności posługiwania się różnymi technikami psychoterapii pozwala na lepsze poznanie wychowanka, „jego oczekiwań i problemów z ukierunkowaniem choćby na trudności adaptacyjne w danym środowisku”³⁸.

W sytuacjach, kiedy mamy do czynienia z poważniejszymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak nerwica natręctw czy depresja, należy korzystać z pomocy psychiatry, psychologa klinicznego, lub specjalisty psychoterapeuty. „Wiedza i umiejętności pedagoga psychoterapeuty powinna sprzyjać zacieśnianiu więzi z wychowankiem”³⁹. Udział pedagoga w kursach i szkoleniach dotyczących nabywania wiedzy w kierunku psychoterapii „może przyczynić się do znaczącej zmiany na lepsze ich dotychczasowej relacji z wychowankami”⁴⁰.

Współcześnie od pedagoga specjalnego oczekuje się nie tylko formalnej realizacji zadań, wynikających z wykonywanego zawodu, ale też kreatywnego i twórczego podejścia do każdego planowanego, a zatem urzeczywistnianego w odniesieniu do procesu edukacyjno-terapeutycznego w faktycznym działaniu. Pedagog, który zajmuje się edukacją zdrowotną

³⁷ *Pedagogika specjalna...*, s. 54.

³⁸ W. S i k o r k i, *Psychoterapia grupowa różnych pokoleń*, Warszawa 2002, s. 155.

³⁹ *Ibidem*, s. 155.

⁴⁰ *Ibidem*, s. 156.

osób z zaburzeniami psychicznymi, powinien charakteryzować się przede wszystkim kompetencją. „Za kompetentnego uznaje się człowieka uprawnionego do realizacji określonych działań, do wydawania decyzji; mającego kwalifikacje do wypowiedzenia sądów, opinii, ocen; autorytatywnego, miarodajnego”⁴¹. Następną cechą to profesjonalizm, który „polega nie tylko na uprawianiu jakiejś dziedziny zawodowo, na przechodzeniu w realizowanych działaniach od amatorstwa do profesjonalizmu, ale jest sztuką w dużej mierze opartą na zadatkach wrodzonych. Profesjonalizm nabywany stopniowo. By profesjonalizm był prawdziwym profesjonalizmem musi wzrastać na bazie predyspozycji wewnętrznych, głosu serca i intuicji”⁴².

Rola pedagoga w edukacji zdrowotnej osób niepełnosprawnych z zaburzeniami psychicznymi wydaje się nadrzędna. Przedstawione wyżej refleksje skłaniają do wniosku, że

„nauczyciel, pedagog i profesjonalista to osoba przejawiająca cechy wielkiego humanitaryzmu w swoich postawach wobec wszystkich ludzi, w tym też niewątpliwie swoich podopiecznych, ich rodziców i opiekunów, wobec każdego obcego człowieka, nawet przypadkowo spotkanego na ulicy. To osoba posiadająca szeroką i dogłębną wiedzę na temat wykonywanej profesji, operująca na wysokim poziomie doskonałości i efektywności szerokim wachlarzem umiejętności praktycznych, chcąca i potrafiąca współpracować z profesjonalistami ze swojej dziedziny czy dyscyplin pokrewnych, dzieląca się własnymi osiągnięciami, doświadczeniami, sukcesami i porażkami”⁴³.

Edukacja w kierunku promocji zdrowia psychicznego

Zdrowie psychiczne to integralny komponent zdrowia człowieka w ogóle. Kształtuje je interakcja między czynnikami biologicznymi, psychologicznymi, społecznymi osiągnięciami środowiskowymi.

„Celem edukacji w kierunku promocji zdrowia psychicznego jest osiągnięcie pozytywnego zdrowia psychicznego i doskonalenie jakości życia człowieka poprzez skupianie się na modyfikowalnych determinantach tego zdrowia, to jest tych, które da się poprawić na lepsze. Promocja zdrowia psychicznego może być realizowana na poziomie indywidualnym, grup, społeczności, czy siedlisk, gdzie żyją ludzie”⁴⁴.

Zdrowie psychiczne jest w Polsce uznawane za fundamentalne dobro osobiste człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do podstawowych obowiązków państwa. Zdrowie psychiczne to

⁴¹ Słownik języka polskiego, red. M. Szymczak, t. 2, Warszawa 1979, s. 997.

⁴² B.D. G o ł ę b n i a k, *Zmiany edukacji nauczycieli. Wiedza – biegłość – refleksyjność*, Toruń–Poznań 1998, s. 114.

⁴³ M. Z a o r s k a, op.cit., s. 18.

⁴⁴ E. K o r z e n i o w s k a i in., *Promocja zdrowia psychicznego*, Łódź 2009, s. 15.

nie tylko brak zaburzeń psychicznych, ale również stan, w którym osoba zdaje sobie sprawę ze swojego potencjału, potrafi poradzić sobie ze stresem, jest zdolna do miłości, twórczości i efektywnej pracy, jest w stanie funkcjonować w społeczeństwie.

Zdrowie psychiczne dotyczy każdego z nas, jest ważnym elementem składającym się na całość naszego zdrowia, tym samym na poczucie jakości życia. W roku 2011 przyjęto w Polsce Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, który ma zapewnić Polakom szybszy i bardziej skuteczny dostęp do psychologów, psychiatrów i pedagogów. Program ten prezentuje efektywne rozwiązania, zmierzające do poprawy obecnego systemu zdrowia psychicznego, dające równocześnie możliwość wielopłaszczyznowego podejścia do problemu. W każdym mieście w Polsce powinny być uchwalone tzw. Miejskie Programy Ochrony Zdrowia Psychicznego.

„Promowanie zdrowia psychicznego jest obowiązkiem wszystkich członków personelu szkolnego, gdyż osoby te pełnią istotną rolę w kształtowaniu dobrostanu emocjonalnego dzieci, młodzieży i ich społecznego rozwoju. W związku z tym liderami PZP mogą być nauczyciele, szkolni psychologowie, pedagodzy, pielęgniarki, pracownicy obsługi (np. administracji), jak i inni członkowie społeczności szkolnej”⁴⁵.

Ich skuteczność zależeć będzie od tego, „jak dobrze radzą sobie w pracy grupowej, z dzieleniem się wiedzą doświadczeniami i władzą, monitorowaniem postępów, rozwiązywaniem problemów i stawianiem czoła zmieniającym się wymaganiom okolicznościom”⁴⁶.

Edukacja osób z niepełnosprawnością psychiczną polega na integralnej realizacji funkcji wychowawczej, dydaktycznej i opiekuńczej. Uwzględnia ona specyficzne formy i metody pracy, zasady nauczania oraz cele edukacyjne.

Promocja zdrowia psychicznego może być rozumiana jako

„proces innowacyjny, w którym jednostki są zachęcane do tego by podejmować prozdrowotne wybory. W procesie tym środowisko szkoły jest tak zorganizowane, żeby wspierać i promować zdrowie psychiczne. Proces ten wykracza poza kształtowanie prozdrowotnych przekonań czy poszerzanie wiedzy uczniów dotyczącej zagadnień zdrowia psychicznego. Inicjatywy promocji zdrowia psychicznego zmieniają struktury i dynamikę życia szkolnego. Są interwencją w system społeczny, ponieważ powstają tu nowe role i struktury, które pomagają kształtować wartości, normy i przekonania sprzyjające promocji zdrowia psychicznego. Zwykle zmiany obejmują także sferę zarządzania w szkole, tak aby promocja zdrowia psychicznego i odpowiednie procedury mogły zostać włączone w system podejmowania decyzji”⁴⁷.

⁴⁵ Ibidem, s. 15.

⁴⁶ Ibidem, s. 17.

⁴⁷ Ibidem, s. 24.

Skuteczna terapia jest uzależniona od rodzaju, charakteru i zaburzenia psychicznego. Praktycy doszli do wniosku, że „wielość, różnorodność i atrakcyjność podejmowania działań oraz wczesna interwencja najlepiej spełniają wymagania praktyki dotyczącej kosztów terapii i skuteczności leczenia”⁴⁸. Im wcześniej zostaną zauważone u podopiecznego nieprawidłowości, tym wcześniej terapia będzie skuteczna. Najważniejszym elementem w tym procesie jest poznanie pacjenta, tak aby można dobrać odpowiednio i indywidualnie metody, techniki i narzędzia terapeutyczne.

Zajmując się komunikacją i rozpowszechnianiem idei promocji zdrowia psychicznego, odnosimy się zwykle do kilku różnych kontekstów jednocześnie – zależnie od cech grupy osób, które chcemy włączyć do działania. Proces ten jest kluczowy, gdyż nawet najlepiej zaplanowany program nie będzie skuteczny, jeśli nie okaże się rozumiany i akceptowany przez kluczowe grupy (uczniów, rodziców i nauczycieli). Bardzo istotne jest, aby uzyskać zaangażowanie uczniów i ich rodziców. Jednocześnie angażując uczniów należy pamiętać, że tematyka zdrowia psychicznego dotyczy zwykle bardzo delikatnych spraw – dlatego istotne jest zbudowanie atmosfery zaufania.

Młodzi ludzie, szczególnie w okresie dorostania chcą być wysłuchani. Oznacza to, że nie sprawdzi się jednostronna komunikacja, kiedy młodzież będzie tylko informowana o „ważnych problemach”. Bardzo istotne jest, aby młodzi ludzie wiedzieli, że uczestnictwo w programie promocji zdrowia psychicznego przynosi wiele korzyści. Korzyści te muszą być dopasowane do okresu rozwojowego, w którym oni się znajdują, gdyż wielu z nich używa do komunikacji nowych technologii i jest istotne, aby ten nurt był także włączony do programu. Co więcej – nowe media umożliwiają nie tylko dwustronną, ale także wielostronną komunikację, co jak wskazano wcześniej wpisuje się w potrzeby młodych ludzi.

Z drugiej strony warto pamiętać w czasie realizacji programu o

„komunikatach kierowanych do dorosłych, min rodziców i nauczycieli. Jednym ze sposobów promocji zdrowia psychicznego jest podkreślanie jego związków z sukcesami szkolnymi – jako że zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania stanowią poważną barierę dla skutecznego uczenia się. Programy promocji zdrowia psychicznego przekładają się także na lepsze wypełnianie przez nauczycieli ról zawodowych oraz ułatwiają budowanie pozytywnych relacji z uczniami”⁴⁹.

⁴⁸ Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną, t. 1: Wybrane problemy osobowości, rodzin i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną, red. J. Janiszewska-Nieścioruk, Kraków 2000, s. 23.

⁴⁹ E. Korzeniowska i in., op.cit., s. 26-27.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą mieć często trudności z radzeniem sobie z zadaniami i kontaktami w codziennym życiu. Ich zaburzenia mogą zakłócać zdolność odczuwania, myślenia lub współżycia z innymi. Większość osób z zaburzeniami psychiatrycznymi nie jest agresywna. Jedną z głównych przeszkód, jakie napotykają, jest negatywne nastawienie osób w otoczeniu.

W związku z tym, że zaburzenia te mają charakter ukryty, może zdarzyć się, że nawet nie zorientujemy się, że dana osoba ma problemy związane ze stanem umysłowym. Osoby z zaburzeniami psychicznymi mają różne osobowości i różne sposoby radzenia sobie ze swoją niepełnosprawnością. Niektórzy mogą mieć trudności z rozumieniem znaków społecznych, podczas gdy inni mogą być nadwrażliwi. Jedna osoba może być pełna energii, a inna może wydawać się niemrawa. Ważne jest traktowanie każdej osoby jako indywidualnej jednostki.

Kazimierz Dąbrowski stwierdził, że „zdrowie psychiczne i higiena tego zdrowia są przede wszystkim oparte na jak największym rozwoju jednostki i osiągnięciu przez nią coraz wyższego stopnia samoświadomości i harmonii ze światem oraz ludźmi”⁵⁰.

Osoby niepełnosprawne psychicznie podejmują pracę, prowadzą zdrowy tryb życia, kształcą się i zajmują wysokie stanowiska, lecz jest to osiągalne tylko dzięki propagowaniu i prowadzeniu wzmożonej edukacji zdrowotnej. Stany napięć, zdenerwowania, stres – dolegliwości współczesnego świata – są zjawiskiem naturalnym, takim jak głód czy pragnienie. Wynikają one z reakcji obronnych, wówczas gdy wydaje się, że bezpieczeństwo, szczęście, spokój, dobrobyt lub godność osobista, zostały zagrożone.

Zygmunt Więcek i Adam Jawiński w pracy *Sposób na nerwy* wymieniają swoiste dziesięć przykazań, służących opanowaniu napięć i zaburzeń emocjonalnych, które są przyczyną wielu kłopotów w życiu codziennym. Opracowanie to ważny dekalog w edukacji zdrowotnej osób z zaburzeniami psychicznymi, jak również istotny aspekt w promowaniu zdrowia psychicznego. Autorzy stwierdzają między innymi:

„jeżeli odczuwamy wzmożone podniecenie i napięcie, coraz trudniej nawiązywać nam kontakty międzyludzkie, obawiamy się ludzi i sytuacji, które wcześniej były dla nas bezpieczne, jesteśmy podejrzliwi, brak nam satysfakcji z sukcesów oraz oderwania od kłopotów i trosk, powinniśmy zastosować się do poniższych zasad:

1. Wyrzuć to z siebie. Jeżeli coś cię trapi nie ukrywaj tego, nie gryź się w milczeniu. Podzielenie się z kimś zaufanym swoimi problemami rozładuje stan nerwowego napięcia.

2. Odłóż to na pewien czas. Ucieczka od problemu, który cię trapi, może rozładować napięcie emocjonalne. Powróć do rozwiązania problemu wtedy, kiedy będziesz w lepszej formie psychicznej, emocjonalnej i intelektualnej.

⁵⁰ K. Dą b r o w s k i, *Trud istnienia*, Warszawa 1986, s. 175.

3. Postaraj się opanować gniew. Gniewna reakcja niczego nie załatwia. Czujemy się po niej niezręcznie i przykro.

4. Pamiętaj, inni też mają rację. Nie ustępuj wtedy, kiedy masz absolutną pewność swojej słuszności. Rób to spokojnie, daj oponentom do zrozumienia, że nie wykluczasz, iż to oni mają rację.

5. Inwestując w innych, inwestujesz w siebie. Zrób coś dobrego dla tych, którzy również borykają się z kłopotami emocjonalnymi.

6. Nie musisz we wszystkim być najlepszy. Niemożliwe jest to, abyś wszystko robił najlepiej. Staraj się wszystko robić dobrze, ale nie upadaj na duchu jeżeli okaże się, że ktoś jest od ciebie lepszy.

7. Bądź wyrozumiały dla siebie i dla innych. Nie oczekuj zbyt wiele od innych, prowadzi to do rozczarowania. Pamiętaj, każdy z nas jest indywidualnością.

8. Nie unikaj ludzi. Narzekasz na poczucie izolacji, osamotnienie, pozostanie na marginesie. Jest to często twój wyobraźni i skutek odsuwania się od ludzi.

9. Docen rolę wypoczynku. Zdrowie psychiczne i system nerwowy wymagają odpowiedniego wypoczynku i odprężenia. Może to być rozrywka czynna lub bierna. Po prostu oderwij się od pracy i oddaj się relaksowi.

10. Sam odpowiadasz za swoje zdrowie. Pamiętaj, że zdrowie należy wytrenować. Uprawiaj sport, nie zapominaj o ruchu, stosuj się do diety. Docen zdrowotne walory sztuki i obcowania z przyrodą. Zdobądź się na pogodę ducha i poczucie humoru⁵¹.

Analizując wymienione kroki doświadczamy swoistego olśnienia, które pozwala dostrzec opisane wyżej objawy w nas samych.

Posiadając praktykę, jako ratownik medyczny oraz pedagog, na co dzień obcuje z osobami z rozpoznaną niepełnosprawnością psychiczną, i chociaż charakter mojej pracy nie pozwala na dogłębną analizę problemu, to jednak zaobserwowałem, że pacjenci cierpiący na ten charakterystyczny i trudny rodzaj niepełnosprawności mogą normalnie uczestniczyć w życiu codziennym. Stykam się z takimi pacjentami, którzy pomimo wdrożenia odpowiednich kroków terapeutycznych niestety cierpią na częste nawroty zaburzeń psychicznych, aczkolwiek obserwuję również pacjentów, u których edukacja zdrowotna przynosi oczekiwane pozytywne skutki załagodzenia choroby. Wiem jednak, że jest to proces skomplikowany, wymagający starannego wdrażania kolejnych punktów terapeutycznych i współpracy wielu fachowców, ale tylko starannie realizowane działania mogą przynieść osobie niepełnosprawnej psychicznie komfortową codzienną egzystencję.

Podsumowanie

Każdy człowiek bez względu na wiek, pochodzenie, wykształcenie, jak i status materialny, może zachorować psychicznie lub doświadczyć zabu-

⁵¹ Z. Więcek, A. Jawiński, *Sposób na nerwy*, Opole 1996, s. 15.

rzeń zdrowia psychicznego. Dzięki nowoczesnej farmakoterapii oraz pracy psychiatrów, psychologów i pedagogów wiele osób z niepełnosprawnością psychiczną prowadzi normalne aktywne życie. Osoby doświadczające kryzysów zdrowia psychicznego mogą uczyć się pracować i zakładać rodziny. Umożliwia to edukacja zdrowotna. Nie zapominajmy starej zasady, że lepiej jest zapobiegać niż leczyć. Zasada ta obowiązuje zarówno osoby pełnosprawne, jak i te które tej niepełnosprawności doświadczają. Niepełnosprawność nie wyklucza nas z pełnoprawnej codziennej egzystencji. Dbajmy więc o zdrowie i przekazujmy swoją wiedzę innym, ponieważ jest to nasz najcenniejszy dar.

Bibliografia

Brudkiewicz P., Murawiec S., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, Kraków-Warszawa 2000.

Chądzyńska M., Meder J., Charzyńska K., Drożdżyńska A., *Psychoedukacja dla osób chorujących na schizofrenię – wstępna analiza sposobów prowadzenia zajęć*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2011, nr 20 (3).

Czaban C.J., Meder J., Rawicka M., *Podstawowe zaburzenia psychiczne*, Gdańsk 2000.

Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną, t. 1: *Wybrane problemy osobowości, rodzin i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*, red. Z. Janiszewska-Nieścioruk, Kraków 2003.

Czupryniak A., *Edukacja zdrowotna. Głos w sprawie edukacji zdrowotnej*, Dąbrowa Górnicza 2010.

Dąbrowski K., *Trud istnienia*, Warszawa 1986.

Dąbrowski K., *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*, Warszawa 1989.

Dudkiewicz K., Kamińska K., *Edukacja zdrowotna. Program przeznaczony dla przedszkoli*, Warszawa 2009.

Dziecko o specjalnych potrzebach edukacyjnych, red. C. Kosakowski, M. Zaorska, Toruń 2000.

Edukacja zdrowotna – poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych, red. B. Woynarowska, Kielce 2011.

Gałka E., *Osoby niepełnosprawne w społeczeństwie posttransformacyjnym – szanse i zagrożenia*, [w:] *Dyskursy pedagogiki specjalnej*, red. C. Kosakowski, A. Kraule, S. Przybyliński, t. 5: *Pomiędzy teorią a praktyką*, Olsztyn 2006.

Gołębnik B.D., *Zmiany w edukacji nauczycieli. Wiedza-biegiełość-refleksyjność*, Toruń-Poznań 1998.

Guzek J.W., *Patofizjologia człowieka w zarysie*, Warszawa 2003.

Jaroszyński J., *Choroby psychiczne i pielęgniarstwo psychiatryczne*, Warszawa 1966.

Karski J., *Rozwój idei promocji zdrowia*, „Lider” 1999, nr 6.

Kirschnick O., *Pielęgniarstwo*, red. wyd. pol. J. Jakubaszko, Wrocław 2001.

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne, Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 2000 [ICD-10].

Korzeniowska E. i in., *Promocja zdrowia psychicznego*, Łódź 2010.

Pedagogika specjalna, praca zbiorowa, red. W. Dykciak, Poznań 2001.

Psychiatria – podręcznik dla studentów pielęgniarstwa, red. I. Krupka-Matuszyk, M. Matuszyk, Katowice 2007.

Psychologia – podręcznik akademicki, t. 3: Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej, red. J. Strelau, Gdańsk 2000.

S i k o r k i W., *Psychoterapia grupowa różnych pokoleń*, Warszawa 2002.

Słownik języka polskiego, red. M. Szymczak, t.1-3, Warszawa 1978-1981.

Słownik metod, technik i form pracy socjalnej, opiekuńczej i terapeutycznej, red. A. Weissbrodt-Koziarska, I. Dąbrowska-Jabłońska, t. 3, Opole 2014.

T o b i a s z - A d a m c z y k B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków 1998.

Ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej, o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, DzU z 1997 r., nr 123, poz. 776 z późn. zm.

W i ę c e k Z., J a w i ń s k i A., *Sposób na nerwy*, Opole 1996.

W o y n a r o w s k a B. i in., *Edukacja zdrowotna, podręcznik akademicki*, Warszawa 2007.

Z a o r s k a M., *Rola i miejsce pedagoga specjalnego w kreowaniu działalności edukacyjno-terapeutycznej*, Toruń 2012.

HEALTH EDUCATION OF DISABLED PERSONS WITH MENTAL DISORDERS

Keywords: health education, disability, psychic disturbances

This publication is for health education of people with mental disorders, presents the current problems of patients with the above disorders. It is not the nature of the specific informant, or guidance. The reader who is subjected to the reading will be forced to deeper reflection and interpretation of the theme. The work contains general information regarding the clarification of concepts such as health, illness and health education. The publication will be able to detect the interpretation of the concept of mental disability, and the role of the teacher in health education of people with mental disabilities. It will also explain the educational aspects of the approach to people with mental disabilities in different age groups. The increase in the incidence of mental illness in recent years gives us educators extremely important task of preparing a specific plan, health education, and the promotion of mental health. This role is difficult and fraught with many failures. There is no clear prescription and conduct that would generate the success of a comprehensive settlement of the problem, but only the competent and professional approach to the topic of study supported by the scientific research literature can bring benefits to bridge the barriers with which every day contact mentally disabled people.

Katarzyna Błomska*

Szczęśliwi mimo wszystko

Słowa kluczowe: dobrostan psychiczny, szczęście, jakość życia osób niepełnosprawnych, aktywność celowa

Powszechne przekonanie o zależności szczęścia od warunków życia wciąż ukierunkowuje wysiłki ludzi na określanie obiektywnych przyczyn szczęścia. Z tego też powodu ludzie są przekonani, że osoby niepełnosprawne w racji swojego stanu nie mogą być w takim samym zakresie szczęśliwe, jak ludzie sprawni. Tymczasem wariacja osobniczego szczęścia wyjaśniona za pomocą obiektywnych czynników stanowi znikomy procent. Źródło szczęścia tkwi w samym człowieku, zdeterminowane jest sposobem jego myślenia i poziomem aktywności życiowej. Przekonania społeczne dotyczące dobrostanu psychicznego osób niepełnosprawnych stanowią główny cel niniejszego teoretyczno-emirycznego opracowania.

Wiadomym jest, że zadowolenie z życia jest jedną z najważniejszych przesłanek ludzkiej aktywności, zaś większość osób chciałaby być bardziej szczęśliwa, aniżeli jest obecnie. Stąd też nieustannie poszukują oni nowych źródeł satysfakcji – zakładają rodziny, zmieniają partnerów, pomnażają dochody, zakładają firmy, realizują pasje lub kupują sobie psa.

Dość pozornie wydaje się, że do szczęścia potrzeba czegoś konkretnego albo czegoś więcej – zdrowia, pieniędzy, miłości, lepszej pracy, większego domu. Nawet naukowcy przez wieki szukali miar i wyznaczników szczęścia, tworzyli systemy norm i zasad, ukierunkowywali ludzkie dążenia, ustanawiali charakterystykę szczęśliwej osoby, sugerowali, że zasadniczymi elementami spełnionej egzystencji są określone wartości, czy stany posiadania. Co jednak byłoby z ludźmi i z ich dobrostanem psychicznym, gdyby owe wartości zostały utracone? Co stałoby się w sytuacji zwolnienia z pracy, rozpadu rodziny czy pogorszenia zdrowia? Czy ludzie byliby skazani na wieczne nieszczęście? Tak wcale nie jest. Wiele przekonań na temat ludzkiego dobrostanu jest błędnych, a prowadzone od dekad badania przyniosły potwierdzenie znaczenia subiektywnych opinii w ocenie jakości życia.

* Mgr, Wydział Pedagogiczny Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu.

Zdroworozsądkowe (jak i naukowe) przekonanie o zależności szczęścia od warunków życia wciąż ukierunkowuje wysiłki ludzi na określanie namacalnych, wymiernych przyczyn szczęścia. Tymczasem wariacja osobniczego szczęścia wyjaśniona za pomocą obiektywnych czynników stanowi znikomy procent¹. Czy zatem wartością i celem życia, a tym samym wyznacznikiem szczęścia nie jest to, co ludzie sami uznają za wartościowe i celowe? Co jest ważniejsze: być czy mieć, kochać czy rozumieć, konsumować czy tworzyć? Jak powiedział Kazimierz Obuchowski „mamy dwie możliwości: spełnienie się dla siebie i spełnienie się w sobie. Tylko dwie – gdyż rozkład życia nie przewiduje ani powrotów, ani postojów”².

Faktem jest, że wiele wydarzeń i stanów posiadania, do których dążą ludzie przyczynia się do wzrostu poczucia satysfakcji, jednak nie w tak dużym zakresie jakby się im wydawało³. Prawdziwe i trwałe szczęście w dużej mierze zależy od sposobu myślenia, podejścia do życia, podejmowanej aktywności, czy realizowanych celów. Szczęście nie jest krańcowym produktem ludzkiego życia. Nie jest też celem samym w sobie. Jest raczej procesem, energią, dążeniem, które napędza egzystencję, nadając jej sens i cel.

W opinii wielu badaczy o jakości życia człowieka decyduje przede wszystkim fakt, czy podoba się ono jemu samemu⁴. Można stąd wnioskować, że ludzie niepełnosprawni mogą być tak samo szczęśliwi, jak pełnosprawni. Jak pokazują liczne badania niejednokrotnie, tak właśnie jest. Mimo to w opinii społecznej funkcjonuje stereotypowe przekonanie, że utrata zdrowia czy sprawności fizycznej nierozzerwalnie jest związana z poczuciem nieszczęścia. Faktem jest, że niepełnosprawność jest jedną z głównych barier uniemożliwiających pełne uczestniczenie w życiu spo-

¹J. Czapiński, *Szczęście – złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych*, [w:] *Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice ze społecznej psychologii osobowości*, red. M. Kofta, T. Szustrowa, Warszawa 2001.

²K. Obuchowski, *Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*, Poznań 2000, s. 15.

³J. Czapiński, *Szczęście – złudzenie czy konieczność?...*

⁴E. Diener, R.E. Lucas, S. Oishi, *Subjective well-being. The science of happiness and life satisfaction*, [w:] *The handbook of positive psychology*, red. S.J. Lopez, C.R. Snyder, Oxford 2002; J. Czapiński, *Ekonomiczne przesłanki i efekty dobrostanu psychicznego*, [w:] *Psychologia ekonomiczna*, red. T. Tyszka, Gdańsk 2004; J. Czapiński, *Spotkanie dwóch tradycji: hedonizmu i eudajmonizmu*, [w:] *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, red. J. Czapiński, Warszawa 2005. R. Veenhoven, *Advances in understanding happiness*, Dordrecht 1997, M. Csikszentmihalyi, *Urok codzienności. Psychologia emocjonalnego przepływu*, Warszawa 1998; M.E.P. Seligman, *Optymistyczne dziecko. Jak wychować dzieci, aby nauczyć je optymizmu i dawania sobie w wszystkim rady*, Poznań 1997; M.E.P. Seligman, *Prawdziwe szczęście – psychologia pozytywna a urzeczywistnianie naszych możliwości trwałego spełnienia*, Poznań 2005.

łecznym, zawodowym i kulturalnym, a to zdecydowanie obniża jakość życia. Mimo to osoby niepełnosprawne chcą i mogą być szczęśliwe, zaś zgodna z tym opinia publiczna na pewno podniosłaby ich szanse na satysfakcjonujące życie.

Niniejszy artykuł przedstawia podjęte teoretyczno-empiryczne studium, którego celem było poznanie opinii publicznej na temat szczęścia ludzi niepełnosprawnych oraz ich faktycznego poczucia zadowolenia z życia.

Szczęście. Próba uchwycenia w definicję

Problematyka dobrostanu psychicznego, powszechnie określane mianem szczęścia, stanowi zasadniczy przedmiot zainteresowania psychologii pozytywnej. Zagadnienie satysfakcji życiowej, jej przyczyn i korelatów od wieków pozostaje w obszarze dociekań wielu dyscyplin naukowych. Jednak nie sposób jednoznacznie i wyczerpująco odpowiedzieć na pytanie o charakter szczęścia. Teorie dobrostanu psychicznego najczęściej sprowadzają się do dwóch, zakorzenionych w starożytnych systemach filozoficznych, sposobów wartościowania przebiegu życia: hedonistycznego i eudajmonistycznego.

W pierwszym podejściu przyjmuje się, że człowiek jest właściwym i jedynym sędzią we własnej sprawie. Bazując na odczuciach przyjemności, spełnienia, dobra, ocenia się poziom satysfakcji z życia. Zatem o jakości życia człowieka decyduje przede wszystkim fakt, czy podoba się ono jemu samemu. Jak twierdzą badacze, poczucie szczęścia to „stopień, w jakim człowiek lubi swoje własne życie”⁵.

W hedonistycznym ujęciu zakłada się, że dobrostan psychiczny jest poznawczą i emocjonalną oceną własnego życia, a także bilansem pozytywnych i negatywnych doświadczeń, co znaczy, że jest on tym większy, im większa jest satysfakcja z życia, a także im więcej przeżywa się przyjemnych emocji i mniej negatywnych⁶.

Wymiar eudajmonistyczny wniósł do badań nad dobrostanem psychicznym kluczowe pytanie o to, czym jest dobre życie i szczęśliwe życie. W założeniu badaczy człowiek nie zawsze jest w stanie stwierdzić, co jest dla niego ważne i wartościowe, dlatego należy poniekąd za niego stworzyć uniwersalny projekt człowieka szczęśliwego. Proponowana przez eudajmonistów wizja szczęścia sprowadza się do stanu posiadania naj-

⁵ E. Diener, R.E. Lucas, S. Oishi, op. cit., s. 63.

⁶ E. Diener, M. Tamir, C. Scollon, *Integrating the Diverse Definition of Happiness: a time-sequential framework of Subjective Well-Being*, „Journal of Happiness Studies” 2005, No. 6, s. 261-292.

większej ilości dóbr i cnót dostępnych człowiekowi, takich jak mądrość, odwaga, rozsądek, siła, intelekt itp.⁷

Jednego z pierwszych opisów szczęśliwego, wartościowego życia dokonał Abraham Maslow⁸. Określił on zjawiska i mechanizmy charakterystyczne dla człowieka, realizujące swój potencjał osobisty. Są to między innymi: realizm, akceptacja, koncentracja na problemie, autonomia, poczucie wspólnoty z ludzkością, ciągła świeżość ocen, szacunek dla innych.

Carol Ryff, prekursorka eudajmonistycznego podejścia do dobrostanu psychicznego, przedstawiła model szczęśliwego życia, na który składają się takie czynniki, jak: samoakceptacja, pozytywne relacje z innymi, autonomia, panowanie nad otoczeniem, cel życia i rozwój osobisty⁹.

Hedonistyczna wizja dobrostanu psychicznego jest jasna i łatwiej poddaje się operacjonalizacji. Hedonistów nie interesują cele i wartości realizowane przez człowieka, a jedynie fakt czy jest on ze swojego życia zadowolony. Jednak definiowanie szczęścia jako odczuwanej przyjemności wzbudza pewne wątpliwości, głównie ze względu na ich ulotność. Eudajmonistyczna zaś koncepcja daje zdecydowanie pełniejszy i głębszy wgląd w mechanizmy rządzące dobrostanem, ale jej słabość stanowi próba tworzenia gotowego projektu człowieka szczęśliwego, bez udziału i niejednokrotnie oceny samego podmiotu¹⁰.

Jak zauważył czołowy polski badacz dobrostanu psychicznego, Janusz Czapiński, szczęście hedonistyczne i szczęście eudajmonistyczne stanowią dwa uzupełniające się aspekty¹¹. Przyjemne życie nie zawsze musi oznaczać dobre życie, podobnie jak to drugie nie musi być pasmem przyjemności. U większości ludzi, jak się okazuje, oba te wymiary dobrostanu psychicznego się dopełniają. Stąd zasadne wydaje się przyjęcie za Czapińskim następującej definicji:

„szczęście jest takim nastawieniem wobec życia, które warunkuje aktywne zmaganie się z przeciwnościami losu i dążenie do realizacji ważnych dla podmiotu wartości. Jego przejawem jest odczuwany subiektywnie pozytywny bilans doświadczeń, znajdujący swój wyraz na poziomie poznawczym (pozytywna ocena jakości własnego życia i perspektyw) i na poziomie emocjonalnym (przewaga przyjemnych doznań)”¹².

⁷ M.E.P. Seligman, *Prawdziwe szczęście...*; J. Czapiński, *Ekonomiczne przesłanki i efekty dobrostanu psychicznego...*

⁸ Za: E. Trebińska, *Psychologia pozytywna. Psychologia wobec współczesności. Zdrowie, patologie, psychoprofilaktyka*, Warszawa 2008.

⁹ C.D. Ryff, *Happiness is not everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1989, No. 57, s. 169–181.

¹⁰ J. Czapiński, *Ekonomiczne przesłanki i efekty dobrostanu psychicznego...*

¹¹ Ibidem, s. 196.

¹² J. Czapiński, *Szczęście – złudzenie czy konieczność?...*, s. 269.

Szczęście. Złudzenie, które pozwala dążyć

Przez lata twierdzono, że w obliczu coraz doskonalszych technik badawczych, psychologia ostatecznie poda wyczerpującą i doskonałą charakterystykę człowieka szczęśliwego. Powstawały liczne modele i próby określenia systemu wartości i stanów posiadania gwarantujących szczęście. Człowieka spełnionego określano jako: zdrowego, młodego, wykształconego, o ekstrawertywnym usposobieniu, optymistycznie nastawionego do życia, wolnego od zmartwień, religijnego, pozostającego w związku małżeńskim, zaangażowanego w pracę zawodową, z umiarkowanymi ambicjami życiowymi¹³. Współcześnie już nie proponuje się uniwersalnych charakterystyk osoby szczęśliwej. Z metaanaliz licznych badań wynika, że zdecydowana większość czynników popularnie uznawanych za źródła szczęścia nie ma z nim żadnego związku lub jest to związek mały albo pozorny. Pomimo to ludzie są powszechnie przekonani, że ich szczęście zależne jest od obiektywnych czynników, które na wzór bogactwa można zdobywać i pomnażać. Zapytani o szczęście odruchowo upatrują w tym pojęciu czegoś zewnętrznego, uchwytne i policzalne.

Jak zakłada Czapiński „źródło szczęścia tkwi w nas samych, zaś okoliczności życiowe mogą jedynie chwilowo wtrącać nas w poczucie nieszczęścia, z którego i tak o własnych siłach, raczej szybciej niż później się wydobywamy”¹⁴. W swojej Cebulowej Teorii Szczęścia utrzymuje on, że dobrostan ma trzy funkcjonalnie odrębne warstwy (wymiar). Najgłębszą warstwę stanowi biologicznie zdeterminowana wola życia, środkową – uogólnione odczuwanie dobrostanu oraz wierzchnią – bieżąca ocena satysfakcji z życia. W praktyce oznacza to, że większość ludzi jest genetycznie zaprogramowana na odczuwanie szczęścia i powracanie do jego wyjściowego poziomu po każdej trudności życiowej¹⁵.

Również David Myers i Ed Diener, dokonując przeglądu literatury na temat dobrostanu psychicznego doszli do wniosku, że ludzie mają generalną tendencję do opisywania siebie jako osoby dość szczęśliwej, bez względu na swoją sytuację życiową¹⁶.

Zatem losowe sytuacje dotyczące człowieka mogą powodować spadek dobrostanu psychicznego, ale jest to stan przejściowy, gdyż człowiek ze względu na zdeterminowaną genetycznie wolę życia, zazwyczaj o własnych siłach powraca do właściwego sobie poziomu szczęścia.

¹³ W. Wilson, *Coirelates of avowed happiness*, „Psychological Bulletin” 1967, nr 67; za: J. Czapiński, *Szczęście – złudzenie czy konieczność?...*, s. 269.

¹⁴ J. Czapiński, *Szczęście – złudzenie czy konieczność?...*, s. 267.

¹⁵ J. Czapiński, *Ekonomiczne przestanki i efekty dobrostanu psychicznego...*

¹⁶ D. Myers, E. Diener, *Who is happy?*, „Psychological Science” 1995, Vol. 6, No 1.

Mózg człowieka może się zmieniać, a ludzie są najbardziej „plastycznymi” istotami na Ziemi. Mają wielki potencjał adaptacyjny i obronny, dysponują szeregiem mechanizmów ochronnych, które pozwalają im się zmieniać, rozwijać i dostosowywać do różnego otoczenia. Można stąd zakładać, że ludzie, którzy utracili swoje zdrowie mogą być szczęśliwi, a kwestia ich szczęścia tkwi w nich samych.

Wiele badań naukowych udowodniło zależności między zdrowiem a dobrostanem psychicznym. Wskaźniki zdrowia wyjaśniają od 4 do 16% wariacji na skali szczęścia. Przyglądając się jednak bliżej tej zależności można zaobserwować, że wyznacznikiem satysfakcji z życia jest subiektywna ocena własnego stanu, nie zaś diagnoza lekarska, ani też ocena społeczna¹⁷.

Pozytywna postawa wobec życia ma ogromne znaczenie w podtrzymaniu zdrowia i powrocie po chorobie, jednak bezpośredni związek tej zmiennej z dobrostanem psychicznym jest słabszy aniżeli się wydaje. Ludzie utrzymują, że zdrowie jest najważniejszą wartością determinującą ich satysfakcję z życia, z drugiej jednak strony badania polskie i międzynarodowe pokazują, iż jest to prydektor mniej istotny aniżeli wiek, praca, małżeństwo, liczba przyjaciół, satysfakcja z życia seksualnego czy posiadanie dóbr i inne¹⁸.

Zasadne w tym miejscu są słowa z popularnej fraszki Jana Kochanowskiego: „Szlachetne zdrowie, nikt się nie dowie, jako smakujesz, aż się zepsujesz”. Wizja utraty zdrowia i sprawności bardziej obniża dobrostan psychiczny, aniżeli fakt jego posiadania podnosi wskaźniki szczęścia jednostki. Groźba choroby lub tragedii życiowej, często jest przeżywana silniej, aniżeli samo wydarzenie.

Badania prowadzone przez czołowego przedstawiciela psychologii pozytywnej Eda Dienera potwierdzają kierunkowe zależności między zdrowiem a szczęściem¹⁹. Zdrowie nie daje szczęścia, ale szczęście daje zdrowie. Ludzie szczęśliwi zwykle są zdrowsi i żyją dłużej aniżeli nieszczęśliwi. Dowody na tę tezę są już na tyle mocne, że praca nad poziomem własnego dobrostanu psychicznego może być obiecującą strategią prozdrowotną.

Wydawałoby się, że tragedie doświadczane przez człowieka, takie jak utrata zdrowia lub sprawności fizycznej dyskredytują jego szczęście. Badania empiryczne potwierdzają ten związek, ale jest on zdecydowanie słabszy, aniżeli ten funkcjonujący w przekonaniu społecznym. Z tego powodu ludzie dość mylnie sądzą, że osoby niepełnosprawne nie mogą być

¹⁷J. Czapiński, *Szczęście – złudzenie czy konieczność?*...

¹⁸J. Czapiński, T. Panek, *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa 2014.

¹⁹E. Diener, R. Biswas-Diener, *Szczęście. Odkrywanie bogactwa psychicznego*, Sopot 2010.

tak samo szczęśliwe jak osoby sprawne, iż ludzie, którzy utracili swoje zdrowie, rodziny czy majątek, nie powrócą już nigdy do wyjściowego poziomu dobrostanu psychicznego. Psychologia owe pozorne przekonania określa mianem „złudzenia patetycznego”. Obserwatorzy cudzych nieszczęść dokonują nieświadomego zniekształcenia poznawczego, w tym przypadku są przekonani, że osoby doświadczające tragedii życiowych przeżywają je bardziej dotkliwie, aniżeli jest w rzeczywistości. Ofiary tragicznych wypadków, osoby niepełnosprawne, ubogie, skrzywdzone oceniają i przeżywają swoją sytuację w sposób mniej traumatyczny niż oczekiwaliby tego od nich społeczeństwo²⁰.

Wiele badań wskazuje odwrotny kierunek zależności między nieszczęśliwymi wydarzeniami a poczuciem dobrostanu psychicznego. Utrata zdrowia czy doświadczenie tragedii niekoniecznie jest przyczyną obniżenia szczęścia, a może być jej konsekwencją. Osoby depresyjne są bardziej narażone na doświadczanie dolegliwości somatycznych, utratę przyjaciół, odsunięcie się rodziny, zwolnienie z pracy itp.²¹.

Z badań wynika również, że przykre wydarzenia bardziej obniżają szczęście, aniżeli radosne je podwyższają. Spadek stresu życiowego nie wpływa na podwyższenie wskaźników dobrostanu psychicznego, zaś jego wzrost zdecydowanie je obniża. Ponadto ocena subiektywnego dobrostanu oparta jest przede wszystkim na częstotliwości występowania określonych afektów, niż na ich sile. Wyniki badań pokazują, że bardziej miarodajnym wskaźnikiem dobrostanu psychicznego jest duża częstotliwość i regularność doświadczania pozytywnych emocji o umiarkowanej sile niż sporadycznie występujące bardzo silne emocje pozytywne²².

Czynnikiem, który może mieć duże znaczenie dla poziomu dobrostanu psychicznego jest poziom aktywności życiowej. Jak pokazują gerontologiczne badania Richarda Lazarusa i Allena Kanner seniorzy prowadzący aktywny tryb życia (np. ćwiczenia fizyczne) lepiej radzą sobie ze stresem²³.

Odpuzynek, relaks i zajęcia w wolnym czasie przynoszą czasową (raczej krótką) poprawę samopoczucia. Z drugiej jednak strony hobby oraz

²⁰ T. T y s z k a, *Psychologiczne pułapki oceniania i podejmowania decyzji*, Gdańsk 2000; J. C z a p i ń s k i, *Szczęście – złudzenie czy konieczność?...*

²¹ J. C z a p i ń s k i, *Szczęście – złudzenie czy konieczność?...*

²² Por. E. D i e n e r, E. S u h, S. O i s h i, *Recent studies on subjective well-being*, „Indian Journal of Clinical Psychology” 1998, No. 24, s. 25–41; E. D i e n e r, R. B i s w a s - D i e n e r, *New directions in subjective well-being research. The cutting edge*, „Indian Journal of Clinical Psychology” 2000, No. 27, s. 21–33.

²³ R. S. L a z a r u s, A. D. K a n n e r, S. F o l k m a n, *Emotions. A cognitive phenomenological analysis*, [w:] *Theories of emotion*, red. R. Plutchik, H. Kellerman, New York 1980; za: J. C z a p i ń s k i, *Szczęście – złudzenie czy konieczność?...*

przynależność do różnych grup społecznościowych (kółka zainteresowań, drużyny sportowe) wpływają na dobrostan przez zaspokajanie potrzeby przynależności i altruizmu, kontakty interpersonalne, strukturalizację czasu, sposobność wykorzystania własnych umiejętności, potrzebę eksycytacji oraz, co jest istotne z perspektywy niniejszej pracy, poczucie sensu życia i realizacji celów²⁴.

Można stąd wnioskować, że osoby niepełnosprawne, pomimo swoich ograniczeń mogą być tak samo szczęśliwe i usatysfakcjonowane ze swojego życia jak osoby sprawne. Szczęście zależne jest od ich postawy, optymizmu, nadziei, sposobu myślenia, ale też możliwości pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Pomimo to społeczeństwo jest dość mylnie przekonane, że niepełnosprawność wyklucza pełnię szczęścia.

Sprawni inaczej, szczęśliwy inaczej?

Każdy rodzaj i stopień niepełnosprawności znacząco oddziałuje na jakość życia człowieka. Pomimo że genetycznie zdeterminowana wola życia, sposoby myślenia i pozytywne nastawienie dają osobom niepełnosprawnym sposobność osiągnięcia optymalnego poziomu szczęścia, przekonania społeczne, postawa otoczenia i bariery zewnętrzne niejednokrotnie utrudniają im satysfakcjonujące życie.

Warto zatem zastanowić się nad pytaniem – czy to niepełnosprawność osoby jest barierą, czy raczej otoczenie stawia tym osobom przeszkody uniemożliwiające pełne uczestniczenie w życiu społecznym, zawodowym i kulturalnym?

Zgodnie z wynikami diagnozy społecznej, prowadzonej w 2013 r. na dużej próbie osób niepełnosprawnych, istnieją obiektywne czynniki stanowiące przeszkody w osiągnięciu pełni szczęścia przez osoby niepełnosprawne²⁵.

W Polsce wciąż istnieje problem barier architektonicznych, stereotypów społecznych i izolowania osób niepełnosprawnych. Mała aktywność zawodowa niepełnosprawnych, brak perspektyw zawodowych czy utrudniony dostęp do edukacji to wciąż powszechne zjawiska. Ponad 30% ankietowanych za czynnik utrudniający im życie wymieniło brak właściwych form rehabilitacji, kolejno niską samoocenę i brak wiary we własne możliwości (ponad 20%), bariery architektoniczne (16%) i niewłaściwy stosunek innych ludzi do osób niepełnosprawnych (16%). Badani jako istotny problem, wpływający na jakość ich życia, wskazali niechęć pracodawców do zatrudniania osób niepełnosprawnych (15%).

²⁴ A. Carr, *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach*, Poznań 2009.

²⁵ J. Czapiński, T. Panek, op. cit.

Im większy stopień niepełnosprawności, tym więcej badane osoby wymieniały utrudnień stojących na drodze do ich satysfakcjonującego życia. Osoby ze znaczną niepełnosprawnością częściej, aniżeli ci z lekką i umiarkowaną, zwracali uwagę na brak właściwych form rehabilitacji, bariery architektoniczne oraz niewłaściwy stosunek otoczenia. Osoby z zaburzeniami psychicznymi uskarżały się przede wszystkim na niewłaściwy stosunek innych ludzi. W grupie osób niepełnosprawnych zdecydowanie podwyższony był wskaźnik poczucia dyskryminacji.

W ostatnich latach zmieniła się postawa społeczna odnośnie osób niepełnosprawnych. Ludzie są coraz bardziej otwarci, tolerancyjni i empatyczni, niestety jeszcze daleko do pełnej integracji i współpracy ze środowiskiem niepełnosprawnych, a takowa jest znamieną w budowaniu satysfakcjonującego życia tychże osób.

Piotr Pawłowski, polski aktor i reżyser teatralny, odbierając nagrodę Totus w kategorii promocji człowieka, pracy charytatywnej i edukacyjno-wychowawczej, wypowiedział zdanie: „Moja sprawność to sprawność ludzi wokół mnie”. Słowa te mogą być wyrazem potrzeby współdziałania na rzecz integracji osób niepełnosprawnych w społeczeństwie.

Badania własne

Przekonania społeczne, dotyczące dobrostanu psychicznego osób niepełnosprawnych, stały się głównym celem badań własnych, których wyniki prezentowane są w niniejszym opracowaniu.

Autorka założyła, że pomimo naukowych dowodów na to, iż obiektywne czynniki, takie jak zdrowie czy wykształcenie, nie muszą trwale wpływać na poziom dobrostanu psychicznego, badane osoby będą utrzymywać, że niepełnosprawność jest ograniczeniem uniemożliwiającym osiągnięcie pełni szczęścia.

Ludzie, ulegając „złudzeniu patetycznemu” często sądzą, że osoby niepełnosprawne nie mogą być w takim samym zakresie szczęśliwe jak ludzie sprawni. Co ważniejsze, badani mogą być przekonani, że wizja utraty ich zdrowia i sprawności znacząco i bezpowrotnie pogorszy ich dobrostan.

Celem badania było również poznanie wartości, które zdaniem ankietowanych stanowią obiektywny wyznacznik szczęścia osób niepełnosprawnych, jak również pełnosprawnych.

Ponadto analiza uwzględniała takie aspekty, jak:

- bliskość kontaktów ankietowanych z niepełnosprawnymi;
- deklarację gotowości niesienia pomocy niepełnosprawnym;
- postawę wobec niepełnosprawnych;
- czynniki determinujące dobrostan psychiczny niepełnosprawnych;
- ocenę poziomu szczęścia niepełnosprawnych;

– przekonania na temat własnego szczęścia w sytuacji utraty zdrowia lub sprawności.

Narzędzia badawcze

Badanie miało charakter sondażu, do którego wykorzystano autorską ankietę, składającą się z 30 pytań (w tym zamkniętych i otwartych) oraz wystandaryzowane narzędzia psychologiczne: 1) Test Orientacji Życiowej LOT-R (*Life Orientation Test*) autorstwa Scheiera, Carvera i Bridges w adaptacji polskiej Ryszarda Poprawy i Zygryda Juczyńskiego²⁶. Skala mierzy istotny wymiar osobowości jakim jest optymizm dyspozycyjny, wyrażający zgeneralizowane oczekiwania pozytywnych zdarzeń; 2) Skala Satysfakcji z Życia SWLS autorstwa Dienera, Emmons, Larson, Griffina w polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego²⁷, wykorzystywana do pomiaru dobrostanu psychicznego.

Badana grupa

Badaniem objęto 73 osoby (42 kobiety i 31 mężczyzn); głównie studentów drugiego i trzeciego roku pedagogiki I stopnia studiów niestacjonarnych z Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu. Rozpiętość wieku ankietowanych mieściła się w granicach od 19 do 64 lat, ponad połowa ankietowanych (57% osób) nie przekroczyła 30. roku życia.

Większość badanych pochodziła z niewielkich miast (63% ankietowanych). Na wsi na stałe mieszkało 26%, zaś z dużego miasta (liczącego ponad 100 tys. mieszkańców) pochodziło 11% grupy.

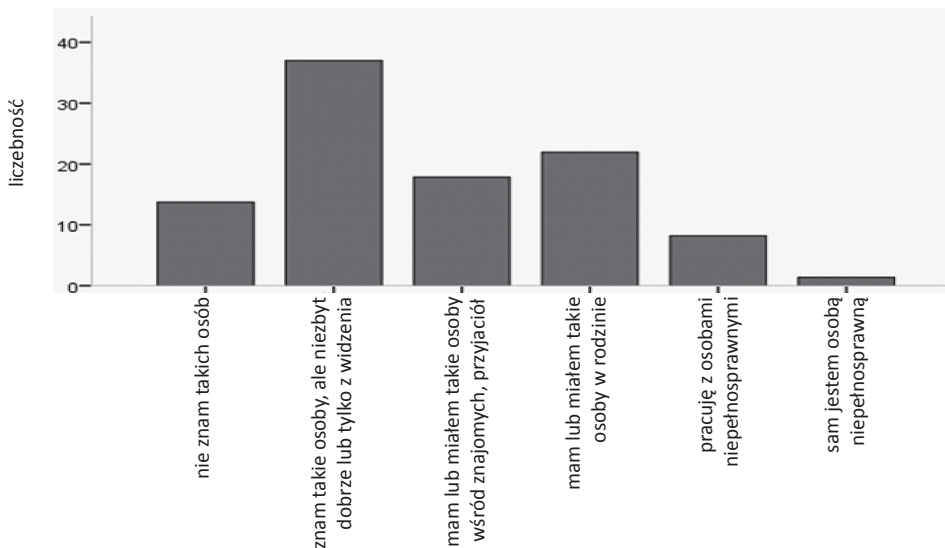
W związku małżeńskim pozostawało 45,2% badanych, w stałym związku (kohabitacyjnym) 27,5% ankietowanych, zaś pozostali określili się jako single lub pozostający w nietrwałych, przygodnych relacjach partnerskich.

Zdecydowana większość badanych osób określiła, że pracuje zarobkowo (86,3%), zaś pozostali deklaruwali, iż są bezrobotni, głównie z przyczyn związanych z trudnościami w znalezieniu satysfakcjonującej pracy. Ponad połowa badanych (53%) stwierdziła, że jest zadowolona ze swojej pracy, umiarkowanie zadowolonych jest 27,4% osób, zaś pozostali przyznali, że wykonują pracę, która ich nie satysfakcjonuje.

Badani byli proszeni również o określenie częstości swoich kontaktów z osobami niepełnosprawnymi. Ponad połowa ankietowanych stwierdziła, że zna osoby niepełnosprawne, ale nie zna ich dobrze lub tylko z widzenia (szczegóły przedstawione na ryc. 1). Można na tej podstawie założyć, że opinie badanych, dotyczące szczęścia osób niepełnosprawnych, oparte są bardziej na ich wyobrażeniach, aniżeli wiedzy wynikającej z kontaktów z niepełnosprawnymi.

²⁶ Z. J u c z y ń s k i, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa 2011.

²⁷ *Ibidem*.



Ryc. 1. Utrzymywanie kontaktów z osobami niepełnosprawnymi
Źródło: Opracowanie własne.

Na pytanie o dominujące uczucie, towarzyszące widokowi osoby niepełnosprawnej, badani wymieniali przede wszystkim: współczucie (68,5%), chęć niesienia pomocy (45%), poczucie niesprawiedliwości (39,7%) oraz żal (16,4%). Zdecydowana większość ankietowanych (ponad 90%) deklarowała swoją gotowość udzielania pomocy osobom niepełnosprawnym.

W badaniu określono również poziom dobrostanu psychicznego. Mierzony był on kwestionariuszem SWLS. Przyjęto, że rozkład wyników dzieli badanych na tych z niskim poziomem dobrostanu, średnim poziomem dobrostanu oraz wysokim dobrostanem. Jak się okazało zdecydowana większość badanych osiągnęła średnie wyniki, mówiące o umiarkowanym poziomie dobrostanu psychicznego. Jest to interesujący wynik, który niekoniecznie pokrywa się z ustaleniami badaczy, utrzymującymi, że większość społeczeństwa reprezentuje wysoki poziom szczęścia (wyniki w tab. 1).

Tabela 1

Rozkład wyników na skali dobrostanu psychicznego

Poziom dobrostanu psychicznego	Zakres wyników	Liczba badanych	Procent
Niski	5-15	5	6,8
Średni	16-25	51	69,9
Wysoki	26-35	17	23,3

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki badań

Jednym z najważniejszych celów badania było ustalenie, jak badani oceniają poziom dobrostanu psychicznego osób niepełnosprawnych. Wyniki pokazały, że połowa badanych była przekonana, że osoby niepełnosprawne raczej nie mogą być tak samo szczęśliwe jak ludzie pełnosprawni. Wśród ankietowanych 41,1% osób utrzymywało, że niepełnosprawni mogą być zdecydowanie tak samo lub prawie tak samo szczęśliwi jak pełnosprawni (tab. 2).

Tabela 2

Czy osoba niepełnosprawna może być tak samo szczęśliwa jak osoba pełnosprawna?

Odpowiedzi badanych	Częstość	Procent
Zdecydowanie tak samo szczęśliwa	16	21,9
Prawie tak samo szczęśliwa	14	19,2
Niektóre osoby potrafią być tak samo szczęśliwe, ale większość raczej jest mniej szczęśliwa	38	52,1
Raczej nie jest tak samo szczęśliwa	5	6,8
Ogółem	73	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

Na pytanie o to, czy w Polsce osoby niepełnosprawne są szczęśliwe, aż 74% osób twierdzi, że umiarkowanie. Rośnie też liczba osób przekonanych, że szczęście nie towarzyszy niepełnosprawnym Polakom. Żaden ankietowany nie zaznaczył, że niepełnosprawni są zdecydowanie szczęśliwi. Pomimo deklarowanej wiary w to, że niepełnosprawni mogą być bardzo szczęśliwi, ankietowani są przekonani, że mimo wszystko tak nie jest (tab. 3).

Tabela 3

Czy uważasz, że w Polsce osoby niepełnosprawne są szczęśliwe?

Odpowiedzi badanych	Częstość	Procent
Raczej są szczęśliwe	5	6,8
Niektórzy są, inni nie lub są szczęśliwi umiarkowanie	54	74,0
Raczej nie są szczęśliwe	11	15,1
Zdecydowanie są mniej szczęśliwe	3	4,1
Ogółem	73	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

Większość ankietowanych uznało, że utrata sprawności przez osobę dorosłą niekoniecznie wiąże się z trwałym i całkowitym obniżeniem dobrostanu psychicznego. Ich zdaniem, taki niepełnosprawny zdecydowanie może odbudować swoje szczęście (20,5%) lub może to uczynić, ale nie w pełni lub nie w takich samych obszarach. W możliwość częściowego

odzyskania szczęścia lub przywrócenia go do poziomu umiarkowanego lub słabego wierzy prawie 33% badanych. Jedynie dwie osoby stwierdziły, że odzyskanie szczęścia jest niemożliwe.

Badani, oprócz oceny poziomu dobrostanu psychicznego osób niepełnosprawnych, mieli określić swój poziom zadowolenia z życia w sytuacji, kiedy to oni doświadczyliby trwałego uszczerbku na zdrowiu, niepełnosprawności. Ich zadanie polegało na ustaleniu o ile obniżyłby się ich dobrostan, gdyby ze względu na nieszczęśliwy wypadek lub chorobę utracili swoją sprawność i nigdy nie mogliby korzystać z życia w takim samym zakresie jak obecnie (wyniki prezentowane w tab. 4). Ponad 83% badanych uznało, że ich poziom szczęścia spadłby aż o połowę lub więcej.

Tabela 4

O ile obniżyłby się poziom twojego szczęścia, gdybyś stracił swoją sprawność i pewnych rzeczy już nigdy nie mógłbyś robić?

Skala obniżenia się poczucia szczęścia	Częstość	Procent	Procent skumulowany
10%	1	1,4	1,4
20%	1	1,4	2,8
30%	5	6,8	9,6
40%	5	6,8	16,4
50%	27	37,0	53,4
60%	6	8,2	61,6
70%	7	9,6	71,2
80%	13	17,8	89,0
90%	8	11,0	100,0
Ogółem	73	100,0	

Źródło: Opracowanie własne.

Zadaniem badanych było również określenie czynników, które ich zdaniem mają największy wpływ na poziom szczęścia osób niepełnosprawnych. Jako najważniejszą, obiektywną wartość ankietowani wymienili rodzinę – 54,8% badanych, z czego 42,5% uznało, że jest to zdecydowanie najważniejsza wartość; następnie wskazano wsparcie najbliższych – 49,3% badanych; na miejscu trzecim akceptację społeczną – 47,9% badanych (szerzej: tab. 5).

Tabela 5

Czynniki wpływające na poziom szczęścia osób niepełnosprawnych w opinii ankietowanych

Czynnik	Procent wskazań
Rodzina	54,8
Wsparcie bliskich	49,3
Akceptacja społeczeństwa	47,9
Praca zawodowa	27,4
Finanse	27,4

Czynnik	Procent wskazań
Przyjaźń	24,7
Miłość	23,3
Rozwój	22,1
Hobby, realizacja zainteresowań	19,8
Realizacja marzeń	16,8
Samodzielność	16,4
Zdrowie	16,1
Postawa osoby niepełnosprawnej (optymizm)	14,7

N=73

Źródło: Opracowanie własne.

Wśród czynników wpływających na dobrostan psychiczny osób niepełnosprawnych ankietowani wymieniali najczęściej: brak wsparcia ze strony Państwa (65,2% badanych); negatywne ustosunkowanie społeczne (58,5%); utrudnienia architektoniczne (53,4%); także brak wsparcia ze strony rodziny, trudną sytuację finansową, ograniczony dostęp do edukacji, izolację.

Aż 54,8% badanych uznało, że osoby niepełnosprawne są dyskryminowane społecznie, a jedynie 20% temu zaprzeczyło. Na pytanie o pozytywne nastawienie do osób niepełnosprawnych 42,1% ankietowanych stwierdziło, że otoczenie reprezentuje negatywne postawy, 20,5% podtrzymało sąd o obojętnym nastawieniu do niepełnosprawnych, pozostali twierdzili, że społeczeństwo ma do tych osób pozytywny stosunek.

Wnioski z badań

Wśród badanych funkcjonuje przekonanie, że osoby niepełnosprawne są nieco mniej szczęśliwe od osób pełnosprawnych. Niewielki odsetek badanych (6,8%) wierzy, że mogą oni osiągać wysokie wskaźniki na skalach dobrostanu, zaś ponad 74% podtrzymuje, że niepełnosprawni są umiarkowanie szczęśliwi.

Zgodnie z potocznym myśleniem duża część badanych wierzy, że utrata sprawności fizycznej czy intelektualnej wiąże się z obniżeniem poziomu dobrostanu psychicznego, jednak nie wykluczają oni możliwości jego odbudowania. Opinia ta jednak nie dotyczy samego badanego. Na pytanie o to, jak utrata sprawności wpłynęłaby na ich szczęście, aż 83% ankietowanych twierdzi, że jego poziom obniżyłby się o połowę lub więcej. Wyniki te pozostają zgodne z założeniami badaczy, które dotyczą efektów błędów poznawczych, wskazujących, że samo oczekiwanie na nieszczęście może być bardziej destrukcyjne dla dobrostanu, aniżeli fakt jego zaistnienia.

Respondenci poddani badaniu wierzą, że istnieją uniwersalne wartości, których realizacja będzie wpływać na poziom dobrostanu psychicznego. Na pierwszym miejscu wymieniają rodzinę, kolejno – wsparcie bliskich i akceptację społeczeństwa. Z drugiej strony utrzymują, że otoczenie jest dyskryminujące, niezbyt pozytywnie nastawione wobec osób niepełnosprawnych.

Wśród barier ograniczających osobom niepełnosprawnym osiągnięcie pełni szczęścia badani wymieniają niewłaściwą politykę Państw i brak właściwego wsparcia, negatywne ustosunkowanie społeczne i utrudnienia architektoniczne. Przekonania respondentów na temat niedogodności obniżających jakość życia osób niepełnosprawnych są dość spójne z opiniami samych niepełnosprawnych (zgodnie z wynikami diagnozy społecznej z 2013 r.).

Interesujące wydają się być wyniki, jakie badani osiągnęli na skali dobrostanu psychicznego. Ponad połowa ankietowanych wykazuje umiarkowany poziom szczęścia, co niekoniecznie jest zgodne z przewidywaniami naukowców, którzy twierdzą, że ludzie mają genetycznie zdeterminowaną tendencję do zawyżania swojego samopoczucia. Z jednej strony badani uznają, że niepełnosprawni są statystycznie mniej szczęśliwi od osób pełnosprawnych, a ich wyniki na skalach dobrostanu utrzymują się na umiarkowanym poziomie. Z drugiej strony sami oceniają swoje szczęście jako umiarkowane. Czy w związku z tym – mitów i błędów związanych z oceną swojego i czyjś szczęścia – nie jest więcej aniżeli nam się wydaje?

Podsumowanie

Poczucie szczęścia w niewielkim zakresie zależy od obiektywnych czynników, takich jak: zdrowie, wiek, płeć, stan cywilny, dochód czy wykształcenie. Źródło szczęścia tkwi w samym człowieku, zdeterminowane jest sposobem jego myślenia i poziomem aktywności życiowej. Pomimo wszystko w powszechnym stanowisku poczucie szczęścia jest uzależnione od obiektywnych wartości. Przekonanie to napędza ludzi do realizacji owych wartości, celów które ostatecznie miałyby przynieść im szczęście. Można stąd wnioskować, że aktywność celowa jest niezbędnym warunkiem szczęścia. Samo dążenie do satysfakcji życiowej uszczęśliwia bardziej aniżeli jej osiągnięcie.

Niepełnosprawny może być szczęśliwy, tak samo jak każda pełnosprawna osoba. Ogromne możliwości adaptacyjne człowieka polegają na tym, że ponosząc nieodwracalną klęskę w jednym aspekcie swojego życia, może swoje szczęście lokować w innych, nowych wartościach. Jak

twierdzi Janusz Czapiński: „Pozytywna postawa wobec życia nadaje różnym rzeczom określoną wartość, czyniąc je celami życia, a więc czymś co w mniemaniu podmiotu może zwiększyć jego poczucia szczęścia”²⁸.

Pomimo że wartości, takie jak zdrowie i pełnosprawność, wcale nie gwarantują szczęścia, brak wiary w owe znaczenia i sensowność życia nie pozwalają człowiekowi na podejmowanie intencjonalnej aktywności w świecie. Aktywności, która jak się okazuje może pozytywnie wpływać na satysfakcję z życia.

To podróż daje większe szczęście, aniżeli jej cel.

Bibliografia

- Carr A., *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach*, Poznań 2009.
- Csikszentmihalyi M., *Urok codzienności. Psychologia emocjonalnego przepływu*, Warszawa 1998.
- Czapiński J., *Ekonomiczne przestanki i efekty dobrostanu psychicznego*, [w:] *Psychologia ekonomiczna*, red. T. Tyszka, Gdańsk 2004.
- Czapiński J., *Spotkanie dwóch tradycji: hedonizmu i eudajmonizmu*, [w:] *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, red. J. Czapiński, Warszawa 2005.
- Czapiński J., *Szczęście – złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych*, [w:] *Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice ze społecznej psychologii osobowości*, red. M. Kofta, T. Szustrowa, Warszawa 2001.
- Czapiński J., Panek T., *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa 2014.
- Diener E., Biswas-Diener R., *New directions in subjective well-being research. The cutting edge*, „*Indian Journal of Clinical Psychology*” 2000, No. 27.
- Diener E., Biswas-Diener R., *Szczęście. Odkrywanie bogactwa psychicznego*, Sopot 2010.
- Diener E., Lucas R.E., Oishi S., *Subjective well-being. The science of happiness and life satisfaction*, [w:] *The handbook of positive psychology*, red. S.J. Lopez, C.R. Snyder, Oxford 2002.
- Diener E., Suh E., Oishi S., *Recent studies on subjective well-being*, „*Indian Journal of Clinical Psychology*” 1998, No. 24.
- Diener E., Tamir M., Scollon C., *Integrating the Diverse Definition of Happiness: a time-sequential framework of Subjective Well-Being*, „*Journal of Happiness Studies*” 2005, No. 6.
- Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa 2011.
- Lazarus R.S., Kanner A.D., Folkman S., *Emotions. A cognitive phenomenological analysis*, [w:] *Theories of emotion*, red. R. Plutchik, H. Kellerman, New York 1980; za: J. Czapiński, *Szczęście – złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych*, [w:] *Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice ze społecznej psychologii osobowości*, red. M. Kofta, T. Szustrowa, Warszawa 2001.
- Myers D., Diener E., *Who is happy?*, „*Psychological Science*” 1995, Vol. 6, No. 1.

²⁸J. Czapiński, *Szczęście – złudzenie czy konieczność?...*, s. 282.

- Obuchowski K., *Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*, Poznań 2000.
- Ryff C.D., *Happiness is not everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1989, No. 57.
- Seligman M.E.P., *Optymistyczne dziecko. Jak wychować dzieci, aby nauczyć je optymizmu i dawania sobie ze wszystkim rady*, Poznań 1997.
- Seligman M.E.P., *Prawdziwe szczęście – psychologia pozytywna a urzeczywistniane naszych możliwości trwałego spełnienia*, Poznań 2005.
- Trzebińska E., *Psychologia pozytywna. Psychologia wobec współczesności. Zdrowie, patologie, psychoprophylaktyka*, Warszawa 2008.
- Tyszką T., *Psychologiczne pułapki oceniania i podejmowania decyzji*, Gdańsk 2000.
- Veenhoven R., *Advances in understanding happiness*, Dordrecht 1997.
- Wilson W., *Coirelates of avowed happiness*, „Psychological Bulletin” 1967, No. 67; za: J. Czapiński, *Szczęście – złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych*, [w:] *Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice ze społecznej psychologii osobowości*, red. M. Kofta, T. Szustrowa, Warszawa 2001.

HAPPY IN SPITE OF EVERYTHING

Keywords: psychological well-being, happiness, quality of life of people with disabilities, purposeful activity

The widespread belief in luck depending on the conditions of life still directs the efforts of the people in determining the objective causes of happiness. For this reason, people are convinced that disabled people because of their condition may not be to the same extent happy as people who are fit. Meanwhile, an individual's happiness variance explained by objective factors represents a negligible percentage. The source of happiness resides in the heart of man, they determined the way of his thinking and the level of life activity. Social beliefs concerning the well-being of persons with disabilities constitute the main objective of this theoretical-experiential article.

Ewelina Trościanko-Wilk*
Dominik Krzyżanowski**

Postępowanie rehabilitacyjne z chorym i niepełnosprawnym w opiece hospicyjnej i paliatywnej

„Rehabilitacja paliatywna pomaga pacjentom odzyskać stracone szanse, kontrolę sytuacji, poczucie niezależności i godność osobistą”¹.

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, opieka hospicyjna, rehabilitacja

Rehabilitacja w opiece paliatywnej powinna być ukierunkowana na poprawę szeroko rozumianej jakości życia chorego. Należy holistycznie ujmować potrzeby i problemy pacjenta, nie skupiając się tylko na dolegliwościach biologicznych, ale także na sferze psychospołecznej oraz duchowej. Celem rehabilitacji jest zwiększenie samodzielności pacjenta, nauka czynności związanych z samoobsługą, radzenie sobie z fizycznymi następstwami choroby, zmniejszenie dolegliwości bólowych, duszności i problemów z oddychaniem, zapobieganie odleżynom, przykurczom, obrzękom, zanikom mięśni. W niniejszej pracy omówiono procedury rehabilitacyjne zalecane do stosowania w opiece hospicyjnej i paliatywnej obejmujące: kinezyterapię, fizykoterapię, muzykoterapię, terapię zajęciową, a także zaopatrzenie ortopedyczne.

Wstęp

Pacjenci objęci opieką paliatywną wymagają systematycznej rehabilitacji, która znacznie wpływa na poprawę ich jakości życia. Jednak fizjoterapia jest wśród tych pacjentów często limitowana; niedoceniana przez

* Mgr, Zakład Medycznych Nauk Społecznych, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Konwent Bonifratrów Hospicjum Bonifratrów św. Jana Bożego we Wrocławiu.

** Dr, Zakład Medycznych Nauk Społecznych, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Konwent Bonifratrów Hospicjum Bonifratrów św. Jana Bożego we Wrocławiu, Fundacja Instytut Dobrej Opieki.

¹ M.S. Watson, A.F. Lucas, A.M. Hoy, I.N. Back, *Opieka paliatywna*, red. wyd. pol. A. Kübler, Wrocław 2007.

profesjonalistów służby zdrowia nie tylko w Polsce, ale także za granicą². Dominuje założenie, że w obliczu śmierci rehabilitacja jest bezużyteczna i fizjoterapeuci nie mogą już pomóc. Jednak praktyka pokazuje, że pacjenci są chętni do współpracy, a ich członkowie rodzin i opiekunowie zadowoleni z takiej formy terapii. Pacjenci często skarżą się na: ból, zaburzenia ze strony pęcherza moczowego oraz jelitowe, osłabioną siłę mięśniową, a nawet zaniki mięśni spowodowane długotrwałym unieruchomieniem, obrzęki, zmęczenie, problemy z oddychaniem, infekcje górnych i dolnych dróg oddechowych oraz depresję.

Obecnie pojawia się coraz więcej publikacji, które dowodzą, że rehabilitacja przynosi wiele korzyści, ma duże znaczenie w zwiększaniu sprawności fizycznej i psychicznej pacjentów³. Mijmy nadzieję, że doniesienia te wpłyną na popularyzację fizjoterapii w opiece paliatywnej.

Rehabilitacja w opiece paliatywnej powinna być ukierunkowana na poprawę szeroko rozumianej jakości życia chorego. Według Dietza na rehabilitację składają się: prewencja, wspieranie leczenia podstawowego, działania odtwórcze i postępowanie paliatywne⁴. Celem jest zwiększenie samodzielności pacjenta, nauka czynności związanych z samoobsługą, radzenie sobie z fizycznymi następstwami choroby, zmniejszenie dolegliwości bólowych, duszności i problemów z oddychaniem, zapobieganie odleżynom, przykurczom, obrzękom, zanikom mięśni. Zawsze powinien być brany pod uwagę aktualny stan chorego i w zależności od niego należy odpowiednio dostosowuje się terapię. Należy uwzględniać uwagi i prośby zgłaszane przez pacjenta, wykazywać empatię⁵. Prawidłowy

²S. E y i g o r, *Physical activity and rehabilitation programs should be recommended on palliative care for patients with cancer*, „Journal of Palliative Medicine” 2010, No. 13, s. 1183-1184; S. E y i g o r, S. A k d e n i z, *Is exercise ignored in palliative cancer patients?*, „World Journal of Clinical Oncology” 2014, No. 5(3), s. 554-559.

³S.S. L o w e, S.M. W a t a n a b e, K.S. C o u r n e y a, *Physical activity as a supportive care intervention in palliative cancer patients: a systematic review*, „Journal of Support Oncology” 2009, No. 7, s. 27-34; S.M. E i c k m e y e r, G.L. G a m b l e, S. S h a h p a r, K.D. D o, *The role and efficacy of exercise in persons with cancer*, „Physical Medicine and Rehabilitation” 2012, No. 4, s. 874-881; A. P y s z o r a, M. G r a c z y k, *Rehabilitacja w opiece paliatywnej*, „Polska Medycyna Paliatywna” 2006, t. 5, nr 2, s. 82-86; A. P y s z o r a, *Efektywność fizjoterapii stosowanej u pacjentów cierpiących z powodu zmęczenia związanego z chorobą nowotworową*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2008, t. 2, nr 4, s. 164-168.

⁴Podstawy opieki paliatywnej, red. K. de Walden-Gałuszko, Warszawa 2004.

⁵K. de W a l d e n - G a ł u s z k o, A. K a p t a c z, *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*, Warszawa 2005; E. M r ó w c z y Ń s k a, M. Z i ó ł k o w s k i, R. K i s i c k i, A. S t a c h o w i a k, J. F e i t, *Badanie satysfakcji pacjentów i opiekunów z opieki na oddziale medycyny paliatywnej jako wskaźnik jakości opieki paliatywnej*, „Medycyna Paliatywna” 2011, t. 3, nr 4, s. 221-229; W. B o ł o z, *Cierpienie duchowe w chorobie terminalnej*, „Polska Medycyna Paliatywna” 2004, t. 3, nr 1, s. 57-65.

program rehabilitacji według Habecka (i wsp.) powinno się realizować w myśl zasad:

- „- celem działania są wszystkie dysfunkcje i potrzeby pacjenta,
- cele powinny wynikać z etiopatogenezy choroby i uwzględniać oczekiwania prognostyczne,
- program rehabilitacji realizuje wielospecjalistyczny zespół rehabilitacyjny,
- program powinien uwzględniać profilaktykę powikłań,
- w programie rehabilitacji bierze się pod uwagę nie tylko problemy pacjenta, ale też jego relacje z najbliższymi,
- edukacja jest ważnym elementem programu rehabilitacji,
- rehabilitacja powinna być ciągła i trwać przez wszystkie fazy choroby”⁶.

Rehabilitacja chorego i jego rodziny powinna ujmować holistycznie ich potrzeby i problemy, nie skupiając się tylko na dolegliwościach biologicznych, ale także na sferze psychospołecznej oraz duchowej. Intensywność działań terapeutycznych jest uzależniona od stanu pacjenta i doświadczanego przez niego cierpienia (np. intensywności bólu, duszności).

Fulson i Else sformułowali zasady działań terapeutycznych (rehabilitacyjnych) u pacjentów w opiece paliatywnej:

- często i po trochu,
- zajmować się najważniejszymi problemami,
- działać cierpliwie i konsekwentnie⁷.

Procedury rehabilitacyjne zalecane do stosowania w opiece hospicyjnej i paliatywnej⁸

Kinezyterapia

Profesor Wiktor Dega, ojciec polskiej rehabilitacji, powiedział, że ruch może zastąpić nie jeden lek, ale żaden lek nie zastąpi ruchu. Ćwiczenia fizyczne mają szczególne znaczenie wśród osób całkowicie i częściowo unieruchomionych, ponieważ pomagają one niwelować skutki akinezy. Dzięki odpowiednio dobranym przez fizjoterapeutę ćwiczeniom leczniczym, przy uwzględnieniu wydolności fizycznej pacjenta oraz wyznaczeniu celu terapii, można zapobiegać ograniczeniu ruchomości stawów, obniżeniu wydolności układu krążeniowo-oddechowego, przeciwdziałać

⁶ Podstawy opieki paliatywnej...

⁷ Podstawy opieki paliatywnej...; D. Doyle, G.W.C. Hanks, N. MacDonald, *Oxford textbook of palliative medicine*, Oxford 1998.

⁸ Podstawy opieki paliatywnej...

wystąpieniu zaburzeń metabolizmu, zaników mięśniowych, zakrzepicy żyłnej itd.⁹. Udowodniono, że ćwiczenia ruchowe pomagają niwelować uczucie zmęczenia związane z chorobą nowotworową¹⁰.

Kinezyterapia powinna być ukierunkowana na naukę czynności dnia codziennego, takich jak: jedzenie, ubieranie się i rozbieranie, zmiana pozycji, korzystanie z toalety. Metoda PNF (proprioceptywne torowanie nerwowo-mięśniowe) oddziałuje na system nerwowo-mięśniowy przez stymulację proprioceptorów i eksteroreceptorów, które aktywizowane są podczas terapii. Pomaga osiągnąć równowagę mięśniową, poprawić równowagę i koordynację oraz siłę i wytrzymałość. Filozofia PNF polega na pozytywnym podejściu, każe patrzeć na pacjenta w sposób holistyczny, uwzględniać jego potrzeby, obserwować jego możliwości przy wyborze ćwiczeń, motywować go, unikać bólu oraz rozpoczynać rehabilitację od łatwych ćwiczeń i silniejszej części ciała¹¹.

Długotrwałe przebywanie w pozycji leżącej przez pacjenta powoduje ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, w wyniku czego dochodzi do problemów z prawidłową wentylacją płuc oraz zalegania płwociny, jak również utrudnionej jej ewakuacji z drzewa oskrzelowego. Należy nauczyć pacjenta oddychania torem przeponowym i dolnożebrowym, wzmocnić mięśnie klatki piersiowej oraz obręczy barkowej, można stosować drenaż ułożeniowy.

Przyjmowanie zmieniających się pozycji znacznie ułatwia wykrztuszenie wydzieliny. Należy je stosować rano, przed śniadaniem oraz wieczorem przed kolacją lub dwie godziny po jej spożyciu. Wcześniej zaleca się wypicie szklanki gorącego napoju i zażycie leku ułatwiającego odkrztuszenie. Należy odczekać około 15–20 minut, do czasu jego zadziałania. Pozycje drenażowe można przyjmować w leżeniu:

- tyłem, na boku lewym i prawym;
- na boku, ręka pod głowę, ruch: obrót tułowia jak najdalej w lewo lub prawo, zbliżając przeciwny bark jak najbliżej do podłoża, następnie należy wykonać obrót tułowia jak najdalej do przodu, kończyna górna zwisa poza brzegiem łóżka;
- przodem, pod miednicą umieszcza się gruby wałek z koca, czoło oparte na przedramionach.

Pacjent, pozostający w pozycji ułożeniowej, powinien kaszleć efektywnie, czyli tak, aby spowodować oderwanie się wydzieliny ze światła

⁹ A. Pyszora, M. Graczyk, op. cit., s. 82–86; J. Kiwerski, *Rehabilitacja medyczna*, Warszawa 2005.

¹⁰ A. Pyszora, op. cit., s. 164–168.

¹¹ A. Adler, D. Beckers, M. Buck, *PNF w praktyce. Ilustrowany przewodnik*, Warszawa 2009.

drzewa oskrzelowego i jej wydalanie. W tym celu należy wykonać głęboki wdech nosem, a następnie długi, przerywany wydech ustami, składający się z kilku etapów krótkiego kaszlu. Można wymawiać podczas wydechu ciąg spółgłosek „rrrrrrrr”.

Należy wspomagać wydalanie śluzu przez oklepywanie klatki piersiowej. Stosuje się tzw. oklepywanie łyżeczkowe.

Naukę oddychania dolnożebrowego i przeponowego prowadzi się w pozycji półleżącej na plecach z ugiętymi kończynami dolnymi w stawach biodrowych i kolanowych. Ćwiczenia rozpoczyna się od długiego, powolnego wydechu ustami z jednoczesnym wciągnięciem mięśni brzucha. Następnie należy wykonać krótki wdech nosem oraz powtórzyć wydech, w czasie którego można wymawiać spółgłoskę „s”. Wielu pacjentów ma problem z opanowaniem prawidłowej techniki oddychania przeponą, dla ułatwienia można położyć na brzuchu swoje dłonie lub książkę. Poleca się także wykonywanie ćwiczeń oddechowych z oporem za pomocą butelki z wodą, do której pacjent wdmuchuje powietrze przez rurkę¹².

Jeżeli pacjent nie jest w stanie chodzić i większość czasu spędza leżąc, nie można dopuścić do powstania odleżyn. Przy układaniu chorego w łóżku powinny być brane pod uwagę linie napięcia, ponieważ rozłożenie ciężaru wzdłuż sił napięcia oraz na dużej powierzchni podłoża pozwala utrzymać poprawne krążenie krwi¹³. Rodzina powinna zostać przeszkolona w zakresie profilaktyki przeciwoleżynowej, polegającej na systematycznym obracaniu chorego w łóżku, ewentualnym przesadzaniu go na wózek inwalidzki, a także z ergonomii pracy przy pacjencie, aby nie dochodziło do uszkodzeń w obrębie kręgosłupa.

Profilaktyka obrzęku limfatycznego polega na stosowaniu pozycji ułożeniowych. Dzięki wysokiemu (powyżej poziomu klatki piersiowej) ułożeniu kończyn dochodzi do grawitacyjnego odpływu limfy. Wskazany jest także manualny drenaż limfatyczny, wykonywany przez odpowiednio przeszkolonego fizjoterapeutę, gdyż nieumiejętnie wykonany masaż może doprowadzić do powiększenia obrzęku ze stanem zapalnym naczyń limfatycznych włącznie¹⁴. Stosuje się również drenaż pneumatyczny, wykorzystując odpowiednie przystosowane rękawy do kończyn dolnych czy górnych. W razie potrzeby można wykonać bandażowanie kończyn objętych obrzękiem lub zastosować pończochy uciskowe.

¹² A. Rosławski, M. Woźniowski, *Fizjoterapia oddechowa*, Wrocław 2001; J. Kiwerski, op. cit.

¹³ A. Stabkowić, *Wpływ stymulacji mięśni przywłosowych na stan napięcia mięśniówki gładkiej naczyń w profilaktyce odleżyn*, [w:] *Żyć godnie do końca – Wyzwania opieki paliatywnej i hospicyjnej*, red. D. Krzyżanowski i in., t. 1, Opole 2010, s. 21–32.

¹⁴ A. Zborowski, *Drenaż limfatyczny*, Kraków 2008.

W celu łagodzenia bólu przewlekłego, poprawy ukrwienia, odżywienia oraz utlenowania tkanek stosuje się masaż klasyczny. Spośród wielu różnych terapii przeciwbólowych jedynie masaż, oczywiście stosowany zgodnie ze wskazaniami oraz przeciwwskazaniami, nie powoduje żadnych skutków ubocznych. Jest on bezpieczną alternatywą dla leczenia bólu za pomocą środków farmakologicznych¹⁵.

Fizykoterapia

Zabiegi z zakresu fizykoterapii obejmują: leczenie ciepłem i zimnem, wodolecznictwo, światłolecznictwo, helioterapię, biostymulację promieniowaniem laserowym, elektrolecznictwo, pole elektromagnetyczne wielkiej częstotliwości, pole magnetyczne, ultradźwięki, wziewania.

W opiece paliatywnej i hospicyjnej najczęściej stosuje się przezskórną stymulację elektryczną TENS, w której wykorzystuje się prądy impulsowe małej częstotliwości. Pomaga ona w zwalczaniu różnych rodzajów bólu: fantomowych, poamputacyjnych, po uszkodzeniu nerwów obwodowych, o podłożu psychogennym, w neuropatiach, bólu związanego przyczynowo z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego.

W celu wspomagania procesu gojenia się odleżyn oraz ran przewlekłych poleca się naświetlanie światłem spolaryzowanym z zastosowaniem lampy Bioptron oraz biostymulację promieniowaniem laserowym. Działanie biologiczne promieniowania laserowego polega na zwiększeniu syntezy kolagenu, białek oraz RNA, dochodzi także do usprawnienia dysocjacji hemoglobiny, co ma wpływ na lepsze zaopatrzenie tkanek w tlen. Przeciwbólowe działanie wiąże się ze zwiększeniem odpływu limfy z miejsc objętych stanem zapalnym, jego wpływem na stan naczyń włosowatych i tętniczych, usprawnieniem procesów metabolicznych na poziomie komórkowym oraz zwiększeniem zawartości prostaglandyn i endorfin. Badania potwierdzają korzystny wpływ biostymulacji promieniowaniem laserowym na leczenie uszkodzeń tkanek miękkich, przede wszystkim ran i owrzodzeń¹⁶.

¹⁵ A. Z b o r o w s k i, *Masaż klasyczny*, Kraków 2012; W. A n d r z e j e w s k i, K. K a s o l i k, J. S r e b n i a k, *Możliwość stosowania masażu w terapii bólu przewlekłego*, [w:] *Życie godnie do końca – Wyzwania opieki paliatywnej i hospicyjnej*, red. D. Krzyżanowski i in., t. 1, Opole 2010, s. 38–44; A. S t a b k o w i c z, *Medical massage in chosen tissue structures in the process of palliative care (thoracolumbal fascia: sympathetic ganglia, muscle erector spine th6–th12: mobility of the chest)*, [w:] *Clinical and social aspects of palliative and hospice care*, red. D. Krzyżanowski i in., t. 3, Opole 2011, s. 145–151.

¹⁶ J. K i w e r s k i, op. cit.; T. M i k a, W. K a s p r z a k, *Fizykoterapia*, Warszawa 2013; G. S t a b u r z y Ń s k i, A. S t a b u r z y Ń s k a - L u p a, *Fizjoterapia z elementami klinicznymi*, t.1, Warszawa 2008.

Muzykoterapia

Muzykoterapia jest formą terapii wspierającej, w której wykorzystuje się muzykę w celu zmniejszenia poziomu lęku, depresji oraz napięcia mięśniowego, ujawnienia i odreagowania emocji, relaksacji, poprawy wydolności oddechowej i sercowo-naczyniowej.

W badaniach wykazano, że muzyka angażująca chorego intelektualnie i emocjonalnie, może być dobrym narzędziem do stymulacji aktywności ruchowej. Słuchanie ulubionej muzyki pomaga odwrócić uwagę od codziennych problemów, zapomnieć o chorobie, poprzez wywołanie miłych skojarzeń i wspomnień z nią związanych¹⁷.

Terapia zajęciowa

Terapia zajęciowa polega na leczeniu pracą, która jest ukierunkowana na poprawę aktywności fizycznej pacjentów, przy ich zaangażowaniu emocjonalnym. Wykorzystuje się w tym celu różne formy pracy i rekreacji w celu wspomaganie powrotu utraconych funkcji i sprawności; gdy jest to niemożliwe, dąży się do wykształcenia funkcji zastępczych.

Wyróżniamy następujący podział terapii zajęciowej:

- ergoterapia – dotyczy zajęć manualnych, takich jak: hafciarstwo, dziewiarstwo, krawiectwo, garncarstwo, ceramika, ogrodnictwo, stolarstwo;
- socjoterapia – dotyczy zaburzeń emocjonalnych oraz zaburzeń zachowania, wykorzystuje się zabawę ruchem, rekreację;
- arteterapia – jest to terapia sztuką poprzez malarstwo, rzeźbę, rysunek, filmoterapię, teatroterapię, dekoratorstwo, biblioterapię¹⁸.

Zaopatrzenie ortopedyczne

Wśród pacjentów poruszających się samodzielnie, nawet w małym stopniu, zawsze należy liczyć się z ewentualną możliwością ich upadku. Może on spowodować uszkodzenia fizyczne i lęk przed kolejnym upadkiem, a w wyniku tego ograniczenie aktywności ruchowej. Należy zadbać o zachowanie porządku w otoczeniu chorego – pousuwać dywaniki, przemieścić meble tak, aby stworzyć większą przestrzeń umożliwiającą ewentualne poruszanie się chorego za pomocą balkonika czy kul. Ważne jest także obuwie, niedozwolone jest poruszanie się w klapkach, czy w butach ze śliską podeszwą. W łazience warto zamontować poręcze i uchwyty, które bardzo ułatwią siadanie i wstawanie z toalety czy też korzystanie z wanny. W przypadku prysznicza przydatne okazują się maty antypoślizgowe.

¹⁷D. Krzyżanowski, P. Krakowiak, *Inne specjalizacje i ich rola w opiece paliatywno-hospicyjnej*, [w:] *Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego*, red. P. Krakowiak, A. Modlińska, J. Binnebesel, Gdańsk 2009, s. 302-308.

¹⁸Ibidem.

zgotowe oraz stołki, na których można bezpiecznie usiąść. Jeżeli pacjenci mają problemy z utrzymaniem równowagi lub skarżą się na ból czy też osłabienie siły mięśniowej, należy polecić im przyrządy pomocnicze, takie jak: kule, laski, balkoniki, trójnogi, w zależności od potrzeb¹⁹.

Podsumowanie

Skuteczność rehabilitacji wobec pacjentów objętych opieką hospicyjną i paliatywną zależy od następujących aspektów:

- czasu reakcji zespołu terapeutycznego na potrzeby pacjenta i jego rodziny;
- zdiagnozowania potrzeb, problemów i ustalenia planu postępowania uwzględniającego realistyczne (możliwe do osiągnięcia) cele;
- przystosowania technik terapeutycznych do zmieniających się okoliczności (stanu pacjenta);
- wspierania chorych, ich rodzin (opiekunów) w trakcie postępu choroby²⁰.

Bibliografia

Adler A., Beckers D., Buck M., *PNF w praktyce. Ilustrowany przewodnik*, Warszawa 2009.

Andrzejewski W., Kassolik K., Srebniak J., *Możliwość stosowania masażu w terapii bólu przewlekłego*, [w:] *Żyć godnie do końca – Wyzwania opieki paliatywnej i hospicyjnej*, red. D. Krzyżanowski i in., t. 1, Opole 2010, s. 38–44.

Bołoz W., *Cierpienie duchowe w chorobie terminalnej*, „Polska Medycyna Paliatywna” 2004, t. 3, nr 1, s. 57–65.

de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A., *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*, Warszawa 2005.

Doyle D., Hanks G.W.C., MacDonald N., *Oxford textbook of palliative medicine*, Oxford 1998.

Eickmeyer S.M., Gamble G.L., Shahpar S., Do K.D., *The role and efficacy of exercise in persons with cancer*, „Physical Medicine and Rehabilitation” 2012, No. 4, s. 874–881.

Eyigor S., *Physical activity and rehabilitation programs should be recommended on palliative care for patients with cancer*, „Journal of Palliative Medicine” 2010, No. 13, s. 1183–1184.

Eyigor S., Akdeniz S., *Is exercise ignored in palliative cancer patients?* „World Journal of Clinical Oncology” 2014, No. 5(3), s. 554–559.

Kiwerski J., *Rehabilitacja medyczna*, Warszawa 2005.

Krzyżanowski D., Krakowiak P., *Inne specjalizacje i ich rola w opiece paliatywno-hospicyjnej*, [w:] *Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego*, red. P. Krakowiak, A. Modlińska, J. Binnebesel, Gdańsk 2009.

¹⁹ K. de Walden-Gałuszko, A. Kaptacz, op. cit.

²⁰ M.S. Watson, A.F. Lucas, A.M. Hoy, I.N. Back, op. cit.

Lowe S.S., Watanabe S.M., Courneya K.S., *Physical activity as a supportive care intervention in palliative cancer patients: a systematic review*, „Journal of Support Oncology” 2009, No. 7, s. 27–34.

Mika T., Kasprzak W., *Fizykoterapia*, Warszawa 2013.

Mrówczyńska E., Ziółkowski M., Kisicki R., Stachowiak A., Feit J., *Badanie satysfakcji pacjentów i opiekunów z opieki na oddziale medycyny paliatywnej jako wskaźnik jakości opieki paliatywnej*, „Medycyna Paliatywna” 2011, t. 3, nr 4, s. 221–229.

Podstawy opieki paliatywnej, red. K. de Walden-Gałuszko, Warszawa 2004.

Pyszora A., *Efektywność fizjoterapii stosowanej u pacjentów cierpiących z powodu zmęczenia związanego z chorobą nowotworową*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2008, t. 2, nr 4, s. 164–168.

Pyszora A., Graczyk M., *Rehabilitacja w opiece paliatywnej*, „Polska Medycyna Paliatywna” 2006, t. 5, nr 2, s. 82–86.

Rosławski A., Woźniewski M., *Fizjoterapia oddechowa*, Wrocław 2001.

Stabkowicz A., *Medical massage in chosen tissue structures in the process of palliative care (thoracolumbal fascia: sympathetic ganglia, muscle erector spine th6–th12: mobility of the chest)*, [w:] *Clinical and social aspects of palliative and hospice care*, red. D. Krzyżanowski i in., t. 3, Opole 2011, s. 145–151.

Stabkowicz A., *Wpływ stymulacji mięśni przywołosowych na stan napięcia mięśniówki gładkiej naczyń w profilaktyce odleżyn*, [w:] *żyć godnie do końca – Wyzwania opieki paliatywnej i hospicyjnej*, red. D. Krzyżanowski i in., t. 1, Opole 2010, s. 21–32.

Straburzyński G., Straburzyńska-Lupa A., *Fizjoterapia z elementami klinicznymi*, t. 1, Warszawa 2008.

Watson M.S., Lucas A.F., Hoy A.M., Back I.N., *Opieka paliatywna*, red. wyd. pol. A. Kübler, Wrocław 2007.

Zborowski A., *Drenaż limfatyczny*, Kraków 2008.

Zborowski A., *Masaż klasyczny*, Kraków 2012.

THE REHABILITATION OF THE SICK AND DISABLED IN HOSPICE AND PALLIATIVE CARE

Keywords: palliative care, hospice care, rehabilitation

Rehabilitation in palliative care should be focused on improving the quality of life of the patient. There should be the holistic view on the needs and problems of the patient, focusing not only on the biological symptoms, but also on psychosocial and spiritual realm. The goal of rehabilitation is to increase the autonomy of the patient, learning activities related to self-care, to deal with the physical consequences of the disease, alleviation the pain, dyspnoea and breathing problems, prevention of pressure ulcers, contractures, oedema, muscle atrophy. This article reviews the rehabilitation procedures recommended in hospice and palliative care, including: kinesitherapy, physical therapy, music therapy, occupational therapy and orthopedic supplies.

Jarosław Czepczarz*
Marian Kapica**

Oddziaływania niespecyficzne w rehabilitacji

Słowa kluczowe: rehabilitacja, niepełnosprawność, oddziaływania niespecyficzne

Niespecyficzne czynniki terapeutyczne to oddziaływania o charakterze psychospołecznym, określane niejednokrotnie jako „efekt placebo”, a także sprowadzane do sugestii. Obecne są we wszystkich procedurach terapeutycznych i zazwyczaj warunkują ich efektywność. Ich terapeutyczna moc tkwi w oczekiwaniach i nadziei, z którymi jednostka (pacjent) podejmuje leczenie.

Człowiek z niepełnosprawnością, podobnie jak każdy zdrowy, musi stawić czoła trudnościom życia codziennego. Należy jednak zaznaczyć, że owo „jak każdy”, nie oznacza „tak samo”. Przeciwwstawiając się trudnościom, staje przed nimi obciążony swoim wymiernym inwalidztwem i zakresem negatywnych jego skutków. Realizując swoje cele życiowe, zaspokajając swoje potrzeby, angażuje się dodatkowo w przewyciężenie niepełnosprawności. Tutaj ukazuje się problem znany rehabilitacji. Otóż niektórzy niepełnosprawni oddzielają cele rehabilitacyjne od wartości i sensu swojego życia, dla innych zaś podstawowym celem życiowym jest rehabilitacja sama w sobie, a „normalne życie gdzieś im umyka”. Są też niepełnosprawni, dla których cele rehabilitacyjne schodzą na plan dalszy – ważniejsza jest codzienna egzystencja, a sama rehabilitacja nie zmienia u nich poczucia sensu życia i indywidualnej hierarchii wartości. Istotne jest, by właśnie na tych etapach uświadomić niepełnosprawnym, że rehabilitacja związana jest z życiem codziennym, a jej realizacja służy ułatwie-

* Dr, adiunkt Wydziału Pedagogicznego Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu, pracownik kadry kierowniczej w Opolskim Centrum Rehabilitacji w Korfantowie.

** Dr hab., prof. WSZiA, Wydział Pedagogiczny Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu.

niu nabywania nowych wartości i poczucia sensu życia potrzebnego do zwyczajnej egzystencji¹.

Niepełnosprawności związane z narządem ruchu są tak różne, jak różne są osoby, które jej doświadczają. Tym niemniej istnieje wiele wspólnych problemów łączących tę grupę ludzi. Między innymi należą do nich zmagania się z codziennymi trudnościami, wynikające z ograniczeń własnego ciała. Szczególnym rodzajem deprywacji, braku możliwości realizowania potrzeb wpływających na jakość życia człowieka z niepełnosprawnością narządu ruchu jest „zanik wartości i związana z tym utrata poczucia sensu tego, co się robi, a nawet sensu własnego życia”².

Niestety większość niepełnosprawnych ma niejasny, niestabilny i nieadekwatny obraz samego siebie³. Wyniki badań pokazują, że niepełnosprawność kojarzona jest przede wszystkim z uszkodzeniem narządu ruchu, widocznym kalectwem, dysfunkcją⁴. Z naukowego punktu widzenia za osobę niepełnosprawną uznaje się osobę „z długotrwałym bądź trwałym naruszeniem sprawności, u której utrudnia lub ogranicza ona – w porównaniu z osobami sprawnymi – uczestnictwo w życiu społecznym, zawodowym i rodzinnym”⁵. Tego typu definicja niepełnosprawności ukazuje obszary działalności człowieka, które w wyniku ograniczeń mogą zostać zniekształcone lub zablokowane, a to z kolei najczęściej implikuje zmiany wartości i sensu życia.

Niepełnosprawność to pojęcie wieloznaczne i wielopłaszczyznowe. Istnieje wiele jego definicji i klasyfikacji. Niepełnosprawność obok uszkodzenia (wymiar biologiczny, medyczny) i upośledzenia (wymiar społeczny) jest istotnym zagadnieniem w Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń opublikowanej przez Światową Organizację Zdrowia w 1980 roku. Podkreśla się w niej trzy aspekty stanowiące kluczowe wymiary tej problematyki: biologiczny, funkcjonalny i społeczny, wyodrębniając trzy podgrupy problemów: uszkodzenie (*impairment*), niepełnosprawność (*disability*) i upośledzenie (*handicap*). Uszkodzenie oznacza „wszelką stratę lub wadę psychicznej, fizjologicznej

¹ A. B o r o w i e c, *Życie z niepełnosprawnością*, [w:] *Człowiek niepełnosprawny. Sprawność w niepełnosprawności*, red., M. Kościelska, B. Aouil, Bydgoszcz 2003, s. 185.

² T. T o m a s z e w s k i, *Psychologia*, Warszawa 1975, s. 33.

³ E. L i c h t e n b e r g - K o k o s z k a, *Interwencja pedagogiczna w rozwoju podmiotowości szansą dla niepełnosprawnych*, [w:] *Od twórczości do podmiotowości*, red. M.K. Stasiak, L. Frydzińska-Świątczak, Łódź 2005, s. 137.

⁴ A. O s t r o w s k a, *Postawy społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych*, [w:] *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych*, red. J. Mikulski, J. Auleytner, Warszawa 1996, s.100–101; por. A. O s t r o w s k a, *Niepełnosprawni w społeczeństwie. Postawy społeczeństwa polskiego wobec ludzi niepełnosprawnych*. Warszawa 1994, s.37–38.

⁵ Por. J. Z a b ł o c k i, *Wprowadzenie do rewalidacji*, Toruń 1998, s.28.

lub anatomicznej struktury albo czynności”⁶. Niepełnosprawność zaś to „wszelkie ograniczenie lub brak – wynikający z uszkodzenia – możliwości wykonywania czynności na poziomie uważanym za normalny dla człowieka”⁷. Trzecim aspektem jest upośledzenie, oznaczające niekorzystną sytuację danej osoby, będącą wynikiem uszkodzenia lub niepełnosprawności, polegającą na ograniczeniu lub uniemożliwieniu wypełniania ról, które uważane są za normalne, biorąc pod uwagę jej wiek, płeć, czynniki kulturowe i społeczne. Upośledzenie może dotyczyć różnych sfer życia. Należą do nich: orientacja w otoczeniu (zdobywanie i wymiana informacji oraz gromadzenie wiedzy), czynności życia codziennego (niezależność ich wykonywania), poruszanie się w przestrzeni, praca zawodowa (wykonywanie różnych prac i zawodów), integracja społeczna (aktywny udział w wielu formach życia społecznego), niezależność ekonomiczna (możliwość uzyskania środków na własne utrzymanie)⁸.

Janusz Kirenko podaje, że niepełnosprawność jest procesem dynamicznym, składającym się z czterech stopni: patologii, uszkodzenia, ograniczenia funkcjonowania oraz niesprawności. Czynna patologia to obecność takiego stanu fizycznego lub psychicznego, który przerywa naturalne procesy fizyczne lub psychiczne ludzkiego organizmu i jednocześnie mobilizuje organizm do powrotu do stanu prawidłowego. Patologia może prowadzić do uszkodzenia, które definiuje się jako utratę prawidłowej struktury anatomicznej, fizjologicznej lub psychicznej. W konsekwencji uszkodzenia następuje ograniczenie funkcjonowania w zakresie osiągania celów lub wykonywania podstawowej aktywności organizmu jako całości. Ostatnim etapem jest niesprawność, która jest ograniczeniem w pełnieniu ról i zadań, jakie są społecznie oczekiwane w określonym kulturowo i fizycznie środowisku. Związki między poszczególnymi etapami tego procesu nie są nieuchronne i automatyczne, zależą również od innych cech osobowości jednostki oraz fizycznych i społecznych czynników środowiskowych⁹.

Anna Bujanowska zaznacza, że stosowany w pedagogice i psychologii termin „niepełnosprawność” rozpatrywany bywa w dwóch kategoriach. Pierwszy to kategoria biologiczno-medyczna, w której zwraca się uwagę na dysfunkcje biologiczne, anatomiczne i psychiczne. Druga – środowiskowo-społeczna, w której priorytetem są konsekwencje uszkodzeń i ob-

⁶ J. K i r e n k o, *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*, Lublin 2006, s. 24.

⁷ Ibidem.

⁸ P. G i n d r i c h, *Psychospołeczne komponenty nieprzystosowania*, Lublin 2007, s. 38.

⁹ J. K i r e n k o, op.cit., s.35.

nizienia sprawności w takich sferach życia, jak: rodzina, ekonomia, kultura, a także w zakresie relacji ze środowiskiem¹⁰.

Władysław Dykcik podaje, że w literaturze pedagogicznej i psychologicznej „niepełnosprawność” jest pojęciem wielozakresowym, biologicznym, pedagogicznym, psychologicznym, społecznym i wielopłaszczyznowym, przejawiającym się w wielu wymiarach życia. Jest relatywna w stosunku do aktualnie obowiązujących norm i standardów społeczno-kulturowych¹¹.

W literaturze spotykamy szereg definicji odnoszących się do osoby niepełnosprawnej. Tadeusz Majewski uważa, że „osoba niepełnosprawna to taka, u której uszkodzenie i obniżony stan sprawności organizmu spowodował utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie wykonywania zadań życiowych i zawodowych oraz wypełnianie ról społecznych, biorąc pod uwagę jej wiek, płeć, stan, czynniki środowiskowe, społeczne i kulturowe”¹².

Zdaniem Janusza Zabłockiego osoba niepełnosprawna to taka, u której „istnieje długotrwałe bądź trwałe naruszenie sprawności i funkcji (stanu zdrowia) wyraźnie utrudniające, ograniczające lub/i utrudniające (w porównaniu z osobami pełnosprawnymi w danym kręgu kulturowym) uczestnictwo w pobieraniu nauki w normalnej szkole, pracę zarobkową, udział w życiu społecznym, kulturalnym i innych stosunkach społecznych”¹³.

Definicję niepełnosprawności, również z zakresu psychologii, podaje Stanisław Kowalik. Według niego niepełnosprawność człowieka wywołana uszkodzeniem ciała lub przewlekłą chorobą może powodować dysfunkcjonalność organizmu, niepełnosprawność psychiczną i mniejszą sprawność społeczną. Może ona stanowić predyspozycję do stwarzania sytuacji problemowych, które z kolei oznaczają brak zgodności między możliwościami człowieka a stawianymi mu przez otoczenie wymaganiami¹⁴. Odmienną definicję, ukazującą podejście socjologiczne do omawianego zjawiska, podaje Zbigniew Woźniak, wskazując, że niepełnosprawność to skutek choroby lub urazu, prowadząca do ograniczenia funkcjonalnego lub zakłócenia aktywności życiowej, a także łączny rezultat

¹⁰ A. B u j a n o w s k a, *Uwarunkowania postaw studentów pedagogiki wobec osób niepełnosprawnych*, Lublin 2009, s. 14.

¹¹ W. D y k c i k, *Pedagogika specjalna*, Poznań 2002, s. 16.

¹² T. M a j e w s k i, *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1995, s. 23.

¹³ J. Z a b ł o c k i, op.cit., s. 23

¹⁴ S. K o w a l i k, *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1996, s. 30.

barier jakie napotyka jednostka niepełnosprawna w swojej przestrzeni życiowej¹⁵.

Mówiąc o niepełnosprawności, często zapomina się o jej ważnych elementach, skupiając się na skutku, a nie na rezultatach, czyli barierach, z którymi ma do czynienia osoba niepełnosprawna. Zależności te zaczęły wysuwać się na plan pierwszy w najnowszych definicjach, zarówno w Polsce, jak i na świecie. Ujęcie takie przedstawia Wojciech Sroczyński, który podaje, że „niepełnosprawną jest osoba, której stan fizyczny lub/i psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie ról życiowych i ról społecznych zgodnie z przyjętymi normami prawnymi i społecznymi”¹⁶.

W porządkowaniu i ujednocinaniu terminologii związanej z niepełnosprawnością najważniejszą rolę odgrywa Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Od dłuższego czasu trwają starania, by stworzyć jedną otwartą definicję niepełnosprawności, która ujmowałaby to pojęcie wystarczająco szeroko i mogłaby być stosowana globalnie, a jednocześnie zawierałaby opis kontekstu społecznego tego zjawiska. W roku 1980 powstała Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH), w której WHO zdefiniowała niepełnosprawność jako „wszelkie ograniczenia lub ich brak wynikający z uszkodzenia, oraz możliwości wykonywania czynności w sposób i w zakresie uważanym za normalny dla człowieka”¹⁷. Definicji WHO zarzucano, że medykalizowała problemy osób niepełnosprawnych i nie zawierała aspektów społecznych i kulturowych.

W roku 2000 Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła nową Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia, w której uwzględniono zmianę nastawienia społecznego w stosunku do niepełnosprawności. W nowym podejściu używa się terminu „niepełnosprawność” (*disability*) w celu oznaczenia „wielowymiarowego zjawiska wynikającego ze wzajemnych oddziaływań między ludźmi, a ich fizycznym i społecznym otoczeniem”¹⁸. Niepełnosprawność jest rozumiana nie tyle jako rezultat uszkodzenia czy stanu zdrowia, ale

¹⁵ Z. W o Ź n i a k, *Zdrowie – choroba – niepełnosprawność a rodzina. Relacje wzajemne w perspektywie teoretyczno – metodologicznej*, „Roczniki Socjologii Rodziny” 1991, t. 3, s. 201–219.

¹⁶ W. S r o c z y Ń s k i, *O pracach nad projektem definicji osoby niepełnosprawnej*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1995, nr 1 (143), s. 73.

¹⁷ T. M a j e w s k i, op.cit., s. 79.

¹⁸ E. W a p i e n n i k., R. P i o t r o w i c z, *Niepełnosprawny – pełnosprawny obywatel Europy*, Biblioteka Europejska, nr 24, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Warszawa 2002, s. 22–23.

jako wynik barier, na jakie osoba napotyka w środowisku. Wyrazem przemian w postrzeganiu zjawiska niepełnosprawności jest m.in. podkreślenie jej trójwymiarowości w przyjętej terminologii: uszkodzenie, niepełnosprawność i upośledzenie. Terminy te, zdefiniowane według kryteriów interdyscyplinarnych, artykułują wyraźnie, że nie wystarczy postrzegać niepełnosprawność jedynie w kategoriach biologicznych i fizycznych. Wielopoziomowość i wieloaspektowość pozwala na ujmowanie różnorodnych płaszczyzn funkcjonowania osoby niepełnosprawnej. Takie ujęcie można odczytać jako swoisty międzynarodowy wzorzec porządkujący podstawową terminologię pedagogiki specjalnej¹⁹.

Zdaniem badaczy termin „niepełnosprawność” wymaga określenia rodzaju niepełnosprawności. Używanie pojęć składających się z dwóch członów, takich jak: człowiek lub osoba i wskazanie płaszczyzny manifestowania się uszkodzenia, np. z niepełnosprawnością fizyczną, na pierwszym miejscu stawia człowieka ze wszystkimi prawami osoby ludzkiej i jej potrzebami, i dopiero wtedy zwraca się uwagę na określony rodzaj jej niepełnosprawności. Istotą określenia jest osoba, a dany defekt – jedynie przypadłością. Ponadto wydłużanie terminów odbiera im – przynajmniej na początku ich funkcjonowania w języku – ekspresywną moc pejoratywną. Na pewien czas chroni pojęcia przed wejściem do słownika wyrazów deprecjonujących²⁰. Dla potrzeb niniejszej dysertacji przyjęto obydwa terminy – osoby niepełnosprawne i osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu – jako równorzędne.

Podsumowując dotychczasowe rozważania, należy stwierdzić, że analiza opracowań poświęconych problematyce osób niepełnosprawnych dowodzi niejednorodności sposobu określania tego pojęcia. Poszczególne definicje kształtowały się pod wpływem specyficznych potrzeb i zainteresowań poszczególnych dyscyplin. Współczesne definicje skonstruowane w obszarze pedagogiki i psychologii odchodzą już od ustalania przyczyn niepełnosprawności, uwzględniając wpływ zaistniałych u danej jednostki ograniczeń na całość jej życia osobistego, społecznego oraz zawodowego. Dzięki temu zbliżają interpretację tego pojęcia do definicji światowych. Należy zauważyć, że współczesne legislacyjne określenie osoby niepełnosprawnej jest zbieżne z pojęciem proponowanym przez WHO. Natomiast ujęcia socjologiczne silnie akcentują przede wszystkim aspekt społecznego funkcjonowania człowieka.

¹⁹D. Podgórska-Jachnik, *Oczekiwania wobec systemu terminologicznego w pedagogice specjalnej jako semantycznej wykładni wieloaspektowości problematyki niepełnosprawności*, [w:] *Forum pedagogów specjalnych XXI wieku*, red. J. Pańczyk, Łódź 2002, s. 69–74.

²⁰H. Żuraw, *Konstrukty pojęciowe w pedagogice specjalnej* [w:] *Forum pedagogów specjalnych XXI wieku*, red. J. Pańczyk, Łódź 2002, s. 102–115.

Niespecyficzne czynniki terapeutyczne to oddziaływania o charakterze psychospołecznym, określane niejednokrotnie jako „efekt placebo”, a także sprowadzane do sugestii. Obecne są we wszystkich procedurach terapeutycznych i zazwyczaj warunkują ich efektywność. Ich terapeutyczna moc tkwi w oczekiwaniach i nadziei, z jakim pacjent podejmuje leczenie. Ponadto do grupy owego czynnika zalicza się przeświadczenia, działania symboliczne i rytualne (odwołujące się do mitów), wyjaśnienie, uspokojenie, prestiż terapeuty, morale i nadanie nazwy²¹.

W literaturze przedmiotu istnieje zgodność, że wzrost nadziei na uzyskanie skutecznego wsparcia psychologicznego, na odzyskanie zdrowia i sprawności, może być silnie mobilizującym czynnikiem. Terapeuci często celowo kierują tym procesem, budząc nadzieje pacjenta informacjami – w formie sugestii – o możliwościach wyjścia z impasu, wyzbycia się nieprzyjemnych dolegliwości, efektywności podjętych działań czy pokonania choroby. Podobnie rehabilitant może świadomie wykorzystać to zjawisko, podsycając nadzieję pacjenta niepełnosprawnego treściami o takim samym charakterze, ale dotyczącymi procesu rehabilitacji, np. o jego chwilowych i łatwych do usunięcia trudnościach w rehabilitacji lub o popełnianiu błędów, które są do naprawienia. W tym znaczeniu wzrost nadziei ma służyć podtrzymaniu, jakiego udziela środowisko, a głównie społecznie akceptowanego rytuału powrotu do normalności (poprawnego funkcjonowania), zgodnego z oczekiwaniami pacjenta.

Mechanizm ten trafnie objaśnia Jerome D. Frank: „brak nadziei może utrudniać wyleczenie, a nawet prowadzić do zgonu pacjenta, podczas gdy mobilizowanie nadziei odgrywa doniosłą rolę w wielu formach leczenia... Pozytywne oczekiwania wzbudzają uczucia optymizmu, energii i dobre samopoczucie, mogą wspomagać leczenie szczególnie tych zaburzeń, w których występują wyraźne psychologiczne lub emocjonalne komponenty”²². Z tego też względu owe aspekty procesu rehabilitacji są stosowane w różnego rodzaju formach uzdrawiania od zamierzonych czasów. Dawniej przez szamanów i innych uzdrowicieli, a współcześnie – przez lekarzy, rehabilitantów, psychologów czy pedagogów i w wykorzystywanych przez nich naukowych metodach terapeutycznych. Nadzieja to stan emocjonalny, który jest związany zarówno z wiarą, jak i oczekiwaniami podmiotu oddziaływań. Zaufanie do skuteczności działań terapeuty, wiara pacjenta w to, że mogą mu one pomóc – nawet rozbieżna ze stanem

²¹ W. S i k o r s k i, *Oddziaływania niespecyficzne w psychoterapii*, [w:] *Werbalne i niewerbalne oddziaływania w psychoterapii*, red. W. Sikorski, Warszawa 2009, s. 212.

²² J. D. F r a n k, *Persuasion and healing*, Baltimore/London 1991, s. 96.

faktycznym – skutkują tym, że każdy komunikat, który można ocenić jako potwierdzenie oczekiwania, wzmacnia oczekiwanie²³.

Pokrewnymi czynnikami są oczekiwania od osób i instytucji prowadzących rehabilitację. Pacjent zgłasza się do terapeuty z określonymi wyobrażeniami, o tym jak będzie wyglądało spotkanie terapeutyczne, bądź jak powinno ono przebiegać. W naszym kręgu kulturowym, wyobrażenia te są związane z reguły z oczekiwaniem ustalenia przyczyny zaburzenia (diagnoza) oraz zaproponowaniem i użyciem konkretnych metod i technik rehabilitacyjnych. Zadośćuczynienie tym oczekiwaniom, jak najpełniejsze zaspokojenie, stanowi jeden z ważniejszych elementów, uruchamiających i uaktywniających mechanizmy odpowiedzialne za powrót do zdrowia.

Oczekiwania, że praca rehabilitacyjna (lekarza, rehabilitanta, pielęgniarki, pedagoga, psychologa) spowoduje ustąpienie zaburzeń, są związane w dużej mierze z powszechnym przeświadczeniem, iż sytuacje problemowe czy nieprzyjemne dolegliwości to stany przejściowe i przemijające w szczególności, gdy zostaną zastosowane metody, które już się sprawdziły. Dotyczy to również stanów (chorób) przewlekłych, poddanych terapii z wykorzystaniem procedur, które innym pomogły odzyskać pełną sprawność fizyczną i psychiczną. Tutaj czynnikiem „leczącym” staje się konfrontacja oczekiwań z metodami terapii, których skuteczność została zweryfikowana i udowodniona. Stąd też duże znaczenie różnych, przede wszystkim popularnonaukowych informacji, propagowanych między innymi przez środki masowego przekazu (zwłaszcza telewizję, radio, prasę), dostarczających wiedzy i kształtujących poglądy o efektywności różnego rodzaju procedur rehabilitacyjnych.

Z oczekiwaniami wiążą się ściśle przeświadczenia. Wiara osoby objętej terapią w skuteczność stosowanych w jej ramach procedur jest w dużym stopniu zależna od wiary terapeuty, że jego zabiegi są właściwe i przyniosą spodziewany efekt. Terapeuci wierzący w to, co proponują i robią, mimowolnie przekazują uczestnikom rehabilitacji własne przeświadczenia. Tworzy się dualny (w terapii indywidualnej) lub zespołowy (w terapii grupowej) system wierzeń, którym kierują się wszystkie osoby zaangażowane w jakiejś mierze w proces rehabilitacyjny – a więc oprócz rehabilitanta i pacjenta, także jego najbliższe otoczenie. Skutki tych oddziaływań są mocno powiązane z charakterem i znaczeniem (konotacjami) tych przeświadczeń, stanowiących składowe wspomnianego systemu wierzeń. Jeśli zaś chodzi o samego rehabilitanta, to powszechnie wiadomo, że lepsze efekty uzyskuje ten, kto jest przekonany o słuszności dobranych me-

²³ W. Sikorski, op.cit., s. 213.

to, niż nastawiony sceptycznie, nawet gdy ten drugi nie prezentuje na zewnątrz pacjentowi swoich obaw²⁴.

Siła sprawcza tego typu przeświadczeń jest widoczna w zjawisku definiowanym jako „efekt placebo”. Obojętnie farmakologicznie lek działa skuteczniej, jeśli lekarz jest pewny, że aplikuje specyfik o aktywnym działaniu. Tak samo pacjent przyjmujący taki lek – niezdający sobie sprawy, że podano mu neutralną chemicznie tabletkę – może zacząć odczuwać wyraźną poprawę swojego stanu zdrowia. U nich obu – lekarza i pacjenta – ten niby-lek działa zgodnie z przeświadczeniem o jego właściwościach. Tak samo euforia towarzysząca intensywnej reklamie nowych leków czy wprowadzeniu nowych form terapii prowadzi zazwyczaj do wzrostu ich skuteczności – jednocześnie potęgując zaufanie i pozytywne nastawienie czy oczekiwania osób, które są nimi zainteresowane. Odwrotnie, podważenie skuteczności działania określonego specyfiku bądź procedury terapeutycznej obniża ich specyficzne działanie.

„Efekt placebo” albo wzmacnia, albo osłabia efektywność danego leku lub procedury terapeutycznej. Niekiedy dopiero z upływem lat, gdy jakaś forma terapii czy lek tracą swą moc nowości i się je powszechnie stosuje, okazuje się, że ich lecznicze właściwości są całkowicie nieefektywne. Co więcej, te same farmaceutyki mogą działać przeciwstawnie do tego, co powinny powodować, w zależności od podanych informacji o tym, jakie przyniosą efekty.

Przekazywanie informacji o możliwości uzyskania wsparcia, o wyjątkowości stosowanych technik terapii rehabilitacyjnych – to zazwyczaj w dużym stopniu lub wyłącznie uruchamianie oddziaływań sugestiami. Ponadto, niespecyficzne oddziaływania terapeutyczne są z reguły sprowadzane do zjawiska sugestii – występowania silnych przekonań, wpływających na osobę gotową na postępowanie zgodnie z tymi przekonaniem. Proces przekazywania tych przekonań uczestnikom rehabilitacji stanowi czynność określaną mianem oddziaływań sugerujących²⁵. Doskonałym przykładem tego procesu jest „efekt placebo”, w którym ważną funkcję pełni komunikat (m.in. formułowany w sposób ukryty) o oczekiwanym skutku posłużenia się konkretną procedurą rehabilitacyjną.

Niespecyficzne czynniki terapeutyczne wiążą się głównie z sugestiami wzmacniającymi nadzieję i „morale” uczestnika rehabilitacji. Niezależnie od rodzaju zaburzenia ma on w mniejszym lub większym stopniu obniżone „morale” – jego gotowość do zmobilizowania się i podjęcia walki z przeciwnościami jest osłabiona i zmniejszona. Czując się zagrożony przez coś, z czym nie potrafi sobie poradzić, zazwyczaj załamuje się i re-

²⁴ Ibidem, s. 214.

²⁵ Ibidem.

zygnuje z poszukiwania dróg wyjścia z impasu. Takie podejście jest okolicznością sprzyjającą pojawianiu się i rozwijaniu zaburzeń. Powszechnie wiadomo, że porażki i klęski są istotnymi czynnikami ryzyka różnego rodzaju chorobowych dolegliwości. Tak samo powszechne przekonanie o tym, jak powstaje stres – kojarzenie go z trudami życia, fatum czy tragediami – jest konsekwencją przeżywania „upadku ducha”. Wyobrażenia te mają mało wspólnego z rzeczywistym stresem, jednak wynikają z obserwacji, że osoby zmagające się z przeciwnościami losu znacznie częściej cierpią na różne dolegliwości.

Praktyka dowodzi, że o wiele łatwiej przebiega terapia rehabilitacyjna osób, które usilnie zabiegają, by pokonać chorobę. Znacznie trudniej i powoli ma to miejsce w przypadku tych, którzy poddają się, są zrezygnowani i sceptycznie nastawieni. Następuje nasilenie się „oporu” w terapii (pojawiają się przeszkody do doznania „wglądu”, do dotarcia do przeżyć odpowiedzialnych za chorobę) lub przedwczesne wycofanie się z jej kontynuowania. Nierzadko „upadek ducha” skutkuje niepowodzeniami terapii rehabilitacyjnej. Z drugiej strony wysokie „morale”, „dodawanie ducha” i pobudzanie nadziei oraz mobilizowanie aktywności uczestnika rehabilitacji, stają się oddziaływaniem inspirującym do odzyskania zdrowia. Tutaj stopień mobilizacji do pokonania zaburzeń decyduje o utrzymaniu na odpowiednim poziomie sprawności mechanizmów układu odpornościowego i obronnego²⁶.

Do grupy niespecyficznych czynników terapeutycznych zalicza się też powstanie relacji między pacjentem a rehabilitantem, zaistnienie kontaktu. Jest to samo przez się działanie terapeutyczne, niezależnie od tego, że powstaniu tego związku towarzyszy uruchamianie wielu innych niespecyficznych oddziaływań, np. uwolnienie negatywnych emocji, dostarczenie poczucia życzliwości i wsparcia, uruchomienie rytuałów dotyczących terapii itp. Zakres oddziaływania tej szczególnej więzi jest zależny od tego, jak szybko uczestnik terapii zrozumie, że na nim spoczywa główna odpowiedzialność za usuwanie zaburzeń. Z jednej strony pojawienie się relacji terapeutycznej, z drugiej, świadomość pacjenta, że to on musi ustalić okoliczności źródła zaburzeń – korzystając z inspiracji terapeuty i warunków przez niego zapewnionych – warunkuje intensywność działania niespecyficznych czynników terapeutycznych²⁷.

Siła lecznicza tkwiąca w zaistnieniu relacji między chorym a osobą, która ma ulżyć jego cierpieniom, jest jedną z ważniejszych składowych zabiegów uzdrawiania. Co więcej, powstanie takich relacji jest również

²⁶ Ibidem, s. 216.

²⁷ Ibidem, s. 219.

warunkiem uruchomienia specyficznych czynników leczących. Przez niektórych relacja z chorym traktowana jest – zwłaszcza lekarzy i rehabilitantów – jako procedura zwierająca obie formy oddziaływań: niespecyficzną i specyficzną.

Niespecyficzne czynniki terapeutyczne sprzyjają nie tylko osłabieniu czy usunięciu nieprzyjemnych dolegliwości, lecz również doskonaleniu umiejętności pokonywania problemów. Adresat tego typu oddziaływań ma bowiem stworzone właściwe warunki do zajmowania się sobą i swoimi trudnościami w otoczeniu wolnym od jakichkolwiek zagrożeń i w towarzystwie osoby (rehabilitanta), postrzeganej jako zdolnej do udzielenia profesjonalnej pomocy w tym obszarze.

Tego rodzaju czynniki terapeutyczne były przez długi czas kojarzone z oddziaływaniami psychoterapeutycznymi, uznawane za ich istotę. Wynikało to z faktu, że wiedzę o tych czynnikach popularyzowano wraz z rozwojem psychoterapii. Tymczasem nie są one związane ani z psychoterapią, ani z procesem określanym jako pomoc psychologiczna czy interwencja kryzysowa. Obecnie panuje duża zgodność, że – chociaż te czynniki są obecne i nierzadko intencjonalnie stosowane w tych procedurach leczniczych – nie stanowią najistotniejszych w psychoterapii traktowanej jako forma oparta głównie na oddziaływaniach specyficznych²⁸.

Bibliografia

- Aleksandrowicz J.W., *Psychoterapia medyczna*, Warszawa 1996.
- Borowiec A., *Życie z niepełnosprawnością*, [w:] *Człowiek niepełnosprawny. Sprawność w niepełnosprawności*, red. M. Kościelska, B. Aouil, Bydgoszcz 2003.
- Bujanowska A., *Uwarunkowania postaw studentów pedagogiki wobec osób niepełnosprawnych*, Lublin 2009.
- Dykcik W., *Pedagogika specjalna*, Poznań 2002.
- Frank J.D., *Persuasion and healing*, Baltimore/London 1991.
- Gindrich P., *Psychospołeczne komponenty nieprzystosowania*, Lublin 2007.
- Kirenko J., *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*, Lublin 2006.
- Kowalik S., *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1996.
- Lichtenberg-Kokoszka E., *Interwencja pedagogiczna w rozwoju podmiotowości szansą dla niepełnosprawnych*, [w:] *Od twórczości do podmiotowości*, red. M.K. Stasiak, L.Frydzińska-Świątczak, Łódź 2005.
- Majewski T., *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1995.
- Ostrowska A., *Niepełnosprawni w społeczeństwie. Postawy społeczeństwa polskiego wobec ludzi niepełnosprawnych*, Warszawa 1994.

²⁸J. W. Aleksandrowicz, *Psychoterapia medyczna*, Warszawa 1996, s. 57.

Ostrowska A., *Postawy społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych* [w:] *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych*, red. J. Mikulski, J. Auleytner, Warszawa 1996.

Podgórska-Jachnik D., *Oczekiwania wobec systemu terminologicznego w pedagogice specjalnej jako semantycznej wykładni wieloaspektowości problematyki niepełnosprawności*, [w:] *Forum pedagogów specjalnych XXI wieku*, red. J. Pańczyk, Łódź 2002.

Sikorski W., *Oddziaływania niespecyficzne w psychoterapii*, [w:] *Werbalne i niewerbalne oddziaływania w psychoterapii*, red. W. Sikorski, Warszawa 2009.

Sroczyński W., *O pracach nad projektem definicji osoby niepełnosprawnej*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1995, nr 1 (143).

Tomaszewski T., *Psychologia*, Warszawa 1975.

Wapiennik E., Piotrowicz R., *Niepełnosprawny – pełnosprawny obywatel Europy*, Biblioteka Europejska nr 24, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Warszawa 2002.

Woźniak Z., *Zdrowie – choroba – niepełnosprawność a rodzina. Relacje wzajemne w perspektywie teoretyczno-metodologicznej*, „Roczniki Socjologii Rodziny” 1991, t. 3.

Zabłocki J., *Wprowadzenie do rewalidacji*, Toruń 1998.

Żuraw H., *Konstrukty pojęciowe w pedagogice specjalnej*, [w:] *Forum pedagogów specjalnych XXI wieku*, red. J. Pańczyk, Łódź 2002.

NONSPECIFIC INTERACTIONS IN REHABILITATION

Keywords: rehabilitation, disability, nonspecific interactions

Nonspecific therapeutic factors that influence psychosocial, often referred to as the „placebo effect” and reduced to suggestions. They are present in all therapeutic procedures and usually determine their effectiveness. Their therapeutic power lies in the expectation and hope, with which the individual (patient) take treatment.

Damian Kocot*

Pomoc osobom niepełnosprawnym w nowej perspektywie unijnej w latach 2014–2020

Słowa klucze: osoby niepełnosprawne, fundusze unijne, nowa perspektywa 2014–2020, projekty unijne

Osoba niepełnosprawna jest pozbawiona w wielu sytuacjach równego dostępu do zatrudnienia. Niepełnosprawni w Polsce napotykać na liczne utrudnienia i bariery w wielu dziedzinach życia. Nowa perspektywa unijna 2014–2020 daje szereg możliwości osobom niepełnosprawnym. Takie osoby mogą liczyć na całkowity powrót do czynnego uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym.

Wstęp

Nieustannie zmieniający się współczesny rynek pracy stanowi obszar wielu działań, mających na celu wsparcie zatrudnienia osób niepełnosprawnych jako tych, które mają niewielkie szanse na podjęcie posady.

Osoby niepełnosprawne są szczególnymi uczestnikami rynku pracy, a w wielu sytuacjach pozbawia się ich równego dostępu do zatrudnienia. Nierzadko niepełnosprawni spotykają się również z negatywnymi postawami społecznymi, zarówno pracodawców, jak i pracowników sprawnych.

Celem niniejszego opracowania jest ukazanie, jak ogromną szansę dają osobom niepełnosprawnym fundusze pochodzące z nowej perspektywy unijnej 2014–2020. W artykule wyszczególniono działania, mogące poprawić aktywność niepełnosprawnych na rynku pracy.

* Dr, Wydział Ekonomiczny Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu, autor licznych artykułów naukowych z zakresu zarządzania, ekspert w obszarze funduszy unijnych.

Definicja osoby niepełnosprawnej

W literaturze przedmiotu, wśród grupy niepełnosprawnych, rozróżnia się osoby niepełnosprawne prawnie i osoby niepełnosprawne biologicznie.

W polskim prawie pojęcie „osoba niepełnosprawna” po raz pierwszy pojawiło się w 1982 roku w uchwale Sejmu w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych. W kolejnych latach podejmowano wiele prób zdefiniowania tego pojęcia, w efekcie których w 1996 roku, powstała definicja opracowana przez specjalistów powołanych przez Pełnomocnika ds. Osób Niepełnosprawnych. Według niej „Niepełnosprawną jest osoba, której stan fizyczny lub psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z przyjętymi normami prawnymi i społecznymi”¹. Podobna definicja zawarta jest w Uchwale Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 roku – Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych, w której definiuje się niepełnosprawnych jako „osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych”².

Najnowszą – będącą w powszechnym użyciu – jest definicja zawarta w Ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Zgodnie z tą ustawą definicja osoby niepełnosprawnej brzmi: „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 pracy zawodowej”³.

Osobą niepełnosprawną biologicznie jest osoba, która nie ma orzeczenia, ale charakteryzuje się całkowicie lub poważnie ograniczoną zdolnością do wykonywania czynności podstawowych⁴.

Nowelizacja Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z 27 sierpnia 1997 roku z grudnia 2002 roku wprowadziła nowe definicje stopni niepełnosprawności:

- znaczny stopień niepełnosprawności – osoba z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolna do pracy albo zdolna do pracy jedynie w wa-

¹ *Sytuacja osób niepełnosprawnych na rynku pracy w województwie świętokrzyskim*, Wydział Badań i Analiz Rynku Pracy w Kielcach, Kielce 2013, s. 7.

² Uchwała Sejmu RP z dnia 1 sierpnia 1997 r., MP z 1997 r. nr 50, poz. 475.

³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, DzU z 1997 r. nr 123, poz. 776 z późn. zm.

⁴ G. C i u r a, *Wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych na polskim rynku pracy*, „Studia Bas” 2011, nr 2, s. 212.

runkach pracy chronionej i wymagająca, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji;

- umiarkowany stopień niepełnosprawności – osoba z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolna do pracy albo zdolna do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagająca czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych;

- lekki stopień niepełnosprawności – osoba o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jakie wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością fizyczną, lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne⁵.

Regulacje prawne dotyczące osób niepełnosprawnych

Specyficzne akty prawne, regulujące status osoby niepełnosprawnej, gwarantują tej kategorii osób szczególną ochronę, mającą na celu zabezpieczenie korzystania z zasadniczo tych samych – wspólnych i równych dla wszystkich – uprawnień. Akty, o których mowa, mogą posiadać niejednakowy charakter i moc obowiązywania, wynikające z ich pozycji w hierarchii porządku prawnego.

Najważniejsze akty prawa międzynarodowego, wyznaczające standardy dla polityki państwa wobec osób niepełnosprawnych zawarte są między innymi w konwencji nr 159 (DzU z 2005 r. nr 43, poz. 412) i zaleceniu nr 168, które dotyczą rehabilitacji zawodowej i zatrudniania osób niepełnosprawnych, Międzynarodowej Organizacji Pracy, rezolucji ONZ w sprawie standardowych zasad wyrównywania szans osób niepełnosprawnych, zaleceniu nr R(92)6 w sprawie spójnej polityki wobec osób niepełnosprawnych Rady Europy⁶.

W przepisach międzynarodowych – w artykule 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ z 1948 roku – znajduje się zapis, mówiący o prawie osób niepełnosprawnych do świadczeń socjalnych na wypadek choroby lub niezdolności do pracy⁷. Kolejnymi dokumentami międzynarodowymi, w których osobom niepełnosprawnym przyznane zostało prawo do szkolenia zawodowego, rehabilitacji oraz readaptacji zawodo-

⁵ *Sytuacja osób niepełnosprawnych...*, s. 7.

⁶ *Ibidem*.

⁷ Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z dnia 10 grudnia 1948 r., art 25.

wej i społecznej, bez względu na przyczynę i rodzaj ich inwalidztwa, są: Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 roku oraz Europejska Karta Społeczna z 1961 roku.

W polskim ustawodawstwie zapisy dotyczące osób niepełnosprawnych można znaleźć w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Artykuł 67 mówi o gwarantowanym prawie do zabezpieczenia społecznego ze względu na inwalidztwo, a władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia osobom niepełnosprawnym opieki (art. 68)⁸ i udzielania im pomocy w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej (art. 69)⁹.

Mówiąc o ochronie wolności i praw niepełnosprawnych, nie można pominąć uchwalonej w 1997 roku Polskiej Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych. Sformułowane zostały w niej prawa, takie jak: prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia, dostępu do dóbr i usług, świadczeń leczniczych, rehabilitacji, nauki, pracy, zabezpieczenia społecznego, jak również prawo do udziału w życiu społecznym, publicznym i kulturalnym¹⁰.

Ustawa z 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych zawiera przepisy regulujące kwestie związane z orzekaniem o stopniu niepełnosprawności oraz o zdolności do pracy. Natomiast Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z 14 grudnia 2004 roku w sprawie orzekania o niezdolności do pracy reguluje kwestię orzekania o niezdolności do pracy osób ubiegających się o świadczenia przysługujące na podstawie przepisów o zaopatrzeniu emerytalnym, ubezpieczeniu społecznym oraz o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych¹¹.

Dnia 6 września 2012 roku Prezydent RP ratyfikował Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych. Dokument podkreśla między innymi znaczenie, jakie dla osób niepełnosprawnych mają samodzielność i niezależność. Jest to pierwszy międzynarodowy akt prawny ujmujący całościowo prawa tej grupy obywateli. Konwencję przyjęto w grudniu 2006 roku na Zgromadzeniu Ogólnym ONZ (weszła w życie 3 maja 2008 roku). Do po-

⁸ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., DzU z 1997 r. nr 78, poz. 483, z późn. zm.

⁹ Ibidem.

¹⁰ Zob. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r., Polska Karta Praw Osób Niepełnosprawnych.

¹¹ Zob. Ustawa z 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, DzU z 2011 r. nr 127, poz. 721; Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, DzU z 2004 r. nr 273, poz. 2711.

łowy marca 2012 roku jej sygnatariuszami były 153 państwa, a stronami – 112 krajów. Polska podpisała dokument w marcu 2007 roku¹².

Wiek i poziom wykształcenia osób niepełnosprawnych

Struktura wiekowa bezrobotnych niepełnosprawnych w 2012 roku kształtowała się odmiennie niż w pełnej zbiorowości. W ogólnej liczbie bezrobotnych, wynoszącej w końcu 2012 roku 86 708 osób, najliczniejszą grupę stanowili ludzie młodzi. Najwięcej zarejestrowanych bezrobotnych odnotowano wśród 25–34-latków – 26 775 osób (30,9%) oraz 18–24-latków – 18 016 (20,8%). Obie grupy stanowiły ponad połowę (51,7%) wszystkich bezrobotnych¹³.

W roku 2012 najliczniejszą grupę w populacji bezrobotnych niepełnosprawnych tworzyły osoby w wieku 45–54 lat. Liczba zarejestrowanych przedstawicieli tej grupy wyniosła 1380 osób (31,7%) i w porównaniu do 2005 roku zwiększyła się o 398 osób, natomiast do 2011 roku zmniejszyła się o 84 osoby. Liczba bezrobotnych w tym wieku systematycznie wzrastała; w 2002 roku wyniosła 665 osób (37,3%), w 2005 – 982 (39,4%), w 2011 – 1464 (34,6%). W Polsce ta grupa wiekowa stanowiła 31,3% populacji niepełnosprawnych. Znaczna liczba osób niepełnosprawnych pozostających bez pracy, począwszy od roku 2011, przesuwała się do starszej grupy wiekowej (tj. 55–59 lat), liczącej 821 osób (19,4% bezrobotnych niepełnosprawnych ogółem). Liczba zarejestrowanych osób w tym wieku była niemal czterokrotnie wyższa niż w 2005 roku (215 bezrobotnych – 8,6% ogólnej ich liczby) i ponad ośmiokrotnie niż w 2002 roku (5,5%). W roku 2012 w grupie wiekowej 55–59 lat było zarejestrowanych 964 bezrobotnych niepełnosprawnych, tj. 22,2% ogólnej ich liczby (w kraju 23,6%). W roku 2012 wymienione grupy posiadały największy udział w populacji bezrobotnych niepełnosprawnych w województwie (53,9%), jak i w kraju (54,9%). Kolejne grupy o licznej subpopulacji bezrobotnych niepełnosprawnych stanowią osoby w przedziale 35–44 oraz 25–34 lat. Osoby w wieku powyżej 60 lat stanowiły najmniejszą grupę w tej kategorii¹⁴.

Kolejną cechą – którą należy rozpatrywać, analizując możliwości zatrudniania tej grupy osób – jest poziom wykształcenia niepełnosprawnych. Badania wskazują, że osoby niepełnosprawne jako zbiorowość mają zdecydowanie niższy stopień wykształcenia niż ogół społeczeństwa. W gru-

¹² Zob. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, www.rpo.gov.pl/pl/konwencja-o-prawach-osob-niepelnosprawnych.

¹³ *Sytuacja osób niepełnosprawnych...*, s. 22.

¹⁴ *Ibidem*.

pie niepełnosprawnych dominują osoby z najniższym wykształceniem oraz z wykształceniem zawodowym. Wykształcenie średnie lub wyższe ma niespełna 1/3 niepełnosprawnych. W przypadku niepełnosprawnych związek z poziomem wykształcenia ma wiek i stopień niepełnosprawności. Osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności w większości mają niskie wykształcenie¹⁵.

Projekty unijne dla osób niepełnosprawnych

Opisane czynniki są powodem, że niepełnosprawni w Polsce napotykają na liczne utrudnienia i bariery – począwszy od niedostosowanych placówek szkolnych, a kończąc na problemach związanych ze znalezieniem pracy. Z tego powodu są szczególnie narażeni na wykluczenie społeczne. Fundusze europejskie pomagają likwidować ograniczenia związane z udziałem osób niepełnosprawnych w życiu społecznym. Wspierają zarówno inwestycje przystosowujące infrastrukturę, jak również przedsięwzięcia służące poprawie jakości wykształcenia i kompetencji osób niepełnosprawnych oraz ułatwiające tym osobom start i rozwój zawodowy¹⁶.

Jednostki z orzecznym stopniem niepełnosprawności mogą korzystać ze specjalnego systemu dotacji z budżetu UE. Środki unijne przyznawane są między innymi na szkolenia umożliwiające wejście na rynek pracy, ale także na założenie własnej działalności gospodarczej. Ponadto, niepełnosprawni mogą ubiegać się o sfinansowanie zakupu lub remontu lokalu albo pokrycie kosztów wyposażenia (tj. samochód, komputery, sprzęt biurowy). Fundusze europejskie służą licznym projektom pomocowym dla inwalidów oraz dotacjom na niepełnosprawne dzieci¹⁷.

Fundusze unijne w nowej perspektywie 2014–2020

Rada Europejska podjęła kluczowe decyzje w sprawie budżetu unijnego na lata 2014–2020. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego uczestniczy w pracach nad nowymi zasadami i systemem inwestowania pieniędzy unijnych. Polska otrzyma na realizację polityki spójności 72,9 mld euro po zatwierdzeniu ich przez Parlament Europejski. Wachlarz wykorzystania tej puli środków jest ogromny. Można je zainwestować między innymi w badania naukowe i ich komercjalizację, kluczowe połączenia

¹⁵ G. C i u r a, op. cit., s. 212.

¹⁶ <http://www.starplan.pl/index.php?link=funduszeoon>.

¹⁷ <http://www.dotacjzunii.com.pl/projekty-unijne-dla-osob-niepelnosprawnych/>.

drogowe (autostrady, drogi ekspresowe), rozwój przedsiębiorczości, transport przyjazny środowisku (kolej, transport publiczny), cyfryzację kraju (szerokopasmowy dostęp do internetu, e-usługi administracji) czy włączenie społeczne i aktywizację zawodową. Dzięki zakrojonym na szeroką skalę inicjatywom funduszy unijnych, znaczna liczba osób w naszym kraju ma wielką szansę, by zdobywać nową wiedzę oraz umiejętności zawodowe¹⁸.

Niepełnosprawni w nowej perspektywie

Rozporządzenie, ustanawiające przepisy ogólne dla funduszy europejskich na okres 2014–2020, zawiera konieczność zapewnienia równości szans płci oraz podjęcia działań zapobiegających wszelkim formom dyskryminacji, między innymi ze względu na niepełnosprawność, przy tworzeniu i wdrażaniu programów współfinansowanych z funduszy europejskich.

Ramowy plan, wskazujący kierunki i zakres działań jakie będą podejmowane w celu zapewnienia rzeczywistego wdrożenia zasady równości i dostępności przy tworzeniu i realizacji programów operacyjnych, został ujęty w dokumencie – Agenda działań na rzecz równości szans i niedyskryminacji osób z niepełnosprawnościami w ramach funduszy unijnych 2014–2020¹⁹. Dokument ten przewiduje:

- zaangażowanie instytucji i organizacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych w proces tworzenia, konsultowania i wdrażania programów operacyjnych oraz innych dokumentów programowych;
- opracowanie rozwiązań horyzontalnych;
- opracowanie „standardu minimum”;
- współpracę na poziomie międzynarodowym;
- zwrócenie uwagi na osoby niepełnosprawne przy realizacji programów operacyjnych (rozwiązania w obszarze monitorowania, ewaluacji, kwalifikowalności wydatków, kontroli);
- szkolenia horyzontalne i specjalistyczne dla: pracowników instytucji (w szczególności osób oceniających wnioski oraz odpowiedzialnych za informację i promocję), projektodawców, beneficjentów;
- stworzenie grupy roboczej ds. równości szans osób niepełnosprawnych dla funduszy unijnych 2014–2020;
- opracowanie wytycznych dla instytucji zarządzających i pośredniczących;

¹⁸ D. K o c o t, *Fundusze unijne 2014–2020*, „Moja Firma” 2014, nr 1, s. 12.

¹⁹ pokl.rops-opole.pl.

- opracowanie i upowszechnienie poradników dotyczących realizacji zasady równych szans i dostępności dla osób niepełnosprawnych²⁰.

Jakie możliwości pomocy przyniesie nowa perspektywa finansowa Unii Europejskiej osobom niepełnosprawnym?

Celem nowej perspektywy jest przeciwdziałanie marginalizacji i wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych oraz poprawa jakości ich życia przez zapewnienie im warunków do samodzielnego, pełnego i czynnego uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym, integracja, a także kształtowanie wobec nich pozytywnych postaw społecznych. Powszechne powinno stać się przekonanie, że osoby niepełnosprawne mają prawo do samodzielnego i aktywnego życia oraz korzystania z praw i obowiązków ustanowionych dla ogółu obywateli. Mają też prawo do uzyskania środków koniecznych do wyrównania szans w korzystaniu z przysługujących im praw. Wszelkie działania na rzecz osób niepełnosprawnych powinny być podejmowane z poszanowaniem suwerenności i godności jednostki²¹.

Zadania, jakie będą realizowane w ramach funduszu unijnego w nowej perspektywie finansowej na lata 2014–2020 to m.in.:

- wyrównywanie szans edukacyjnych,
- pomoc w zatrudnieniu,
- wsparcie opiekunów osób niepełnosprawnych²².

Pomoc będzie obejmować także:

- dostęp do zatrudnienia dla osób poszukujących pracy i biernych zawodowo, w tym wsparcie wyłącznie dla pozostających bez pracy, których sytuacja na rynku pracy jest najtrudniejsza tj. osób powyżej 50 lat, długotrwale bezrobotnych, niepełnosprawnych, niskowyzkwalifikowanych oraz kobiet;

- pracę na własny rachunek, przedsiębiorczość i tworzenie przedsiębiorstw, również innowacyjnych MŚP, w tym dotacje na rozpoczęcie działalności gospodarczej wyłącznie dla osób powyżej 50 lat, długotrwale bezrobotnych, niepełnosprawnych, niskowyzkwalifikowanych oraz kobiet;

- aktywne włączenie, w tym z myślą o promowaniu równych szans oraz aktywnego uczestnictwa i zwiększaniu szans na zatrudnienie;

- ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych;

- wspieranie przedsiębiorczości społecznej i integracji zawodowej w przedsiębiorstwach społecznych oraz ekonomii społecznej i solidarnej w celu ułatwiania dostępu do zatrudnienia;

²⁰ pokl.rops-opole.pl.

²¹ <http://www.prawomiejskowe.pl>.

²² www.funduszeuropejskie.gov.pl.

– ograniczenie i zapobieganie przedwczesnemu kończeniu nauki szkolnej oraz zapewnianie równego dostępu do dobrej jakości edukacji, w tym działania wyrównujące szanse dzieci ze szczególnymi potrzebami (np. z niepełnosprawnościami) oraz wsparcie dla dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami w szkołach i placówkach prowadzących kształcenie ogólne (np. z niepełnosprawnościami);

– lepsze dostosowanie systemów kształcenia i szkolenia do potrzeb rynku pracy, w tym interwencje przyczyniające się do pełnego udziału młodzieży ze szczególnymi potrzebami (np. z niepełnosprawnościami) w edukacji zawodowej²³.

Działania na rzecz osób niepełnosprawnych będą wspierane z Regionalnego Programu Operacyjnego (RPO). Pojawiły się opinie, że samorządy lokalne, w tym wojewódzkie, mogą lepiej wspierać osoby niepełnosprawne i sprawniej dysponować funduszami unijnymi na projekty im dedykowane niż władze centralne²⁴. Tłumaczy się to lepszym rozumieniem potrzeb i oczekiwań stowarzyszeń działających na rzecz tych osób, samych niepełnosprawnych i ich rodzin, a także znajomością sytuacji na regionalnym rynku pracy.

Inicjatywy na rzecz osób niepełnosprawnych mogą znaleźć źródło finansowania głównie w ramach trzech osi priorytetowych RPO: Rynek pracy (270,8 mln euro), Region spójny społecznie (232 mln euro) oraz Wiedza i kompetencje (204,9 mln euro)²⁵.

Wpływ na sytuację niepełnosprawnych będą miały, oprócz działań finansowanych z Regionalnych Programów Operacyjnych, działania finansowane w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych²⁶.

Zwiększenie zatrudnienia osób niepełnosprawnych – wspieranie ich przedsiębiorczości, a także promowanie ekonomii społecznej i równych szans, zarówno jeżeli chodzi o edukację, jak i pracę dla osób zdrowych i chorych – możliwe będzie dzięki milionom euro.

²³ <http://www.malopolskie.pl/>.

²⁴ W. K o z a k, *Organizacje pozarządowe zajmujące się opieką nad niepełnosprawnymi w nowej perspektywie finansowej UE*, Kraków 2015, s. 7–10.

²⁵ www.funduszeuropejskie.gov.pl.

²⁶ Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych jest funduszem celowym działającym na mocy Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którego środki przeznaczone są na rehabilitację zawodową i społeczną osób niepełnosprawnych oraz ich zatrudnianie. Źródło: <http://www.pfron.org.pl/pl/pfron/1,PFRON.html>.

Podsumowanie

Liczba osób niepełnosprawnych w Polsce, a także różnorodność problemów jakie przynosi niepełnosprawność, sprawiają, że grupa ta powinna zajmować szczególne miejsce w społecznej polityce państwa, której główne zadanie polega na ochronie społeczeństwa przed negatywnymi skutkami przemian ekonomicznych.

Nowa perspektywa unijna daje szereg możliwości osobom niepełnosprawnym. Takie jednostki mogą liczyć na całkowity powrót do czynnego uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym. Celem skutecznej realizacji wytycznych zawartych w nowej perspektywie niezbędna jest współpraca władz powiatowych, gminnych, organizacji pozarządowych oraz innych instytucji działających na rzecz osób niepełnosprawnych, mogących wspierać realizację nowej perspektywy merytorycznie i finansowo, uwzględniając potrzeby poszczególnych osób.

Bibliografia

C i u r a G., *Wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych na polskim rynku pracy*, „Studia Bas” 2011, nr 2.

K o c o t D., *Fundusze unijne 2014–2020*, „Moja Firma” 2014, nr 1.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., DzU z 1997 r. nr 78, poz. 483, z późn. zm.

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, www.rpo.gov.pl/pl/konwencja-o-prawach-osob-niepelnosprawnych.

K o z a k W., *Organizacje pozarządowe zajmujące się opieką nad niepełnosprawnymi w nowej perspektywie finansowej UE*, Kraków 2015.

pokl.rops-opole.pl.

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z dnia 10 grudnia 1948 r., art. 25.

Sytuacja osób niepełnosprawnych na rynku pracy w województwie świętokrzyskim, Wydział Badań i Analiz Rynku Pracy w Kielcach, Kielce 2013.

Uchwała Sejmu RP z dnia 1 sierpnia 1997 r., MP z 1997 r. nr 50, poz. 475.

Ustawa z 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, DzU z 2011 r. nr 127, poz. 721.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, DzU z 1997 r. nr 123, poz. 776, z późn. zm.

www.dotacjeunii.com.pl/projekty-unijne-dla-osob-niepelnosprawnych/.

www.funduszeuropejskie.gov.pl.

www.malopolskie.pl.

www.pfron.org.pl/pl/pfron/1,PFRON.html.

www.prawomiejskowe.pl.

www.starplan.pl.

HELP TO DISABLED PERSONS IN THE EU NEW PERSPECTIVE IN YEARS 2014–2020

Keywords: disabled persons, EU funds, the latest perspective 2014–2020, EU projects

The disabled person, in many situations is deprived of even access to employment. Disabled persons in Poland are coming across numerous impediments and barriers in many fields of the life. The EU latest perspective is giving the row to 2014–2020 **possibilities for disabled persons**. Such persons can count for the total return to the active participation in the social life and professional.

ISBN 978-83-62683-64-2
978-83-7511-223-8