

Nr 5 (291) 2017  
Tom LXXVIII  
LISTOPAD  
GRUDZIEŃ

# SZKOŁA SPECJALNA

CZASOPISMO AKADEMII PEDAGOGIKI SPECJALNEJ  
im. Marii Grzegorzewskiej



Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej  
im. Marii Grzegorzewskiej

### **Redaktorzy tematyczni**

*Akbota N. Autayeva (KZ) – psychologia*  
*Andrzej Giryński (PL) – pedagogika specjalna*  
*Jan Łaszczczyk (PL) – pedagogika, metodologia*  
*Bernadeta Szczupał (PL) – pedagogika specjalna*

### **Redaktor prowadzący**

*Ewa M. Kulesza*

### **Redaktor statystyczny**

*Mariusz Fila*

### **Redakcja**

*Julita Kobos (PL) – język polski*  
*Renata Wójtowicz (PL) – język angielski*  
*Olena Galczewska (PL) – język rosyjski*

### **Tłumaczenie na język angielski**

*Renata Wójtowicz*

### **Skład komputerowy**

*Andrzej Kowalczyk*

Wersja papierowa jest wersją pierwotną (referencyjną)

### **Recenzenci współpracujący ze „Szkołą Specjalną” w roku 2017**

*Akbota N. Autayeva (KZ), Ewa Domagała-Zyśk (PL), Natalya Gavrilova (UKR), Grażyna Gunia (PL), Zdzisława Janiszewska-Nieścioruk (PL), Janusz Kirenko (PL), Joanna Konarska (PL), Oksana Konsantiniw (UKR), Jadwiga Kuczyńska-Kwapisz (PL), Tatiana V. Lisovskaya (BL), Adam Mikrut (PL), Monika Parchomiuk (PL), Natalya D. Sokolova (RU), Roza A. Valeyeva (RU), Julya V. Zaharova (BL), Hanna Żuraw (PL), Agnieszka Żyta (PL)*

Czasopismo „Szkoła Specjalna” posiada punktację MNiSW (10 punktów) na liście B

#### **Rada Naukowa:**

*Kulash B. Bektaeva (KZ), Chiu-Hsia Huang (RC), Tadeusz Gałkowski (PL), Sally Goddard Blythe (GB), Vitaly Kantor (RUS), Aniela Korzon (PL), Czesław Kosakowski (PL), Bohumil Koukola (Cz), Kutzan K. Omirbekova (KZ), Natalia D. Sokołova (RUS), Adam Szecówka (PL)*

#### **Komitet Redakcyjny:**

*Ewa Maria Kulesza (redaktor naczelna), Agnieszka Dłużniewska (z-ca redaktor naczelnej), Izabella Kucharczyk (sekretarz), Danuta Al-Khamisy (członek), Beata Rola (członek), Karolina Skarbek (członek), Izabella Kust (członek), Joanna Michalak-Dawidziuk (członek)*

**Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej  
im. Marii Grzegorzewskiej**

**Adres redakcji: Wydawnictwo APS, 02-353 Warszawa  
ul. Szczęśliwicka 40, tel. 22-589-36-45  
e-mail: redakcja@aps.edu.pl  
www.szkolaspjalna.aps.edu.pl  
nakład 600 egz.**

## SPIS TREŚCI

### OPRACOWANIA NAUKOWE

- 325 – *Edyta Gruszczyk-Kolczyńska*  
Tabletowe dzieci. Ile zła wyrządza małym dzieciom tablet reklamowany jako najlepsza zabawka dla twojego dziecka. Ku rozwazdze dorosłym, którzy temu ulegają
- 335 – *Karol Konaszewski*  
Wzory osobowe młodzieży nieprzystosowanej społecznie – przykład wychowanków młodzieżowych ośrodków wychowawczych
- 342 – *Monika Skura*  
Postawy wobec osób z niepełnosprawnością a postawy osób z niepełnosprawnością ruchową wobec ludzi z innym rodzajem niepełnosprawności – próba porównania
- 353 – *Гульжан С. Оразаева, Гульжан Н. Тулебиева*  
Включение детей с особыми образовательными потребностями в общеобразовательный процесс

### Z PRAKTYKI PEDAGOGICZNEJ

- 364 – *Agnieszka Żyta, Katarzyna Ćwirynkało*  
Edukacja oraz wsparcie dzieci, młodzieży i dorosłych z niepełnosprawnościami w Chorwacji
- 375 – *Paweł Jaworski*  
Urazy w judo u studentów pełnosprawnych i z niepełnosprawnością ruchową

### PRAWO I PRAKTYKA

- 382 – *Małgorzata Szeroczyńska*  
Dziecko poczęte niezdolne do samodzielnego życia w świetle przepisów prawa. Część II

### Z KRAJU I ZE ŚWIATA

- 393 – *Joanna Michalak-Dawidziuk*  
Sprawozdanie z XXX Letniej Szkoły Młodych Pedagogów *Pułapki badań nad edukacją*, Katowice – Wisła, 12–16 września 2016
- 395 – *Izabella Kust*  
Jubileusz 35-lecia Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego. Konferencja naukowa *Tożsamość pedagogiki. Towarzyskość – etyczność – wspólnotowość*. Warszawa, 11 maja 2016

### NASZYM CZYTELNIKOM POLECAMY

- A. Wentrych: *Zanim wkroczy specjalista. Jak pomóc przedszkolakowi w trudnych sytuacjach*. Centrum Edukacyjne Blżej Przedszkola, Kraków 2016, ss. 158 (*Aleksandra Drążkiewicz*)
- E. Gruszczyk-Kolczyńska, J. Kozieł: *Zastosowanie Darów Froebela w Dziecięcej matematyce*. Froebel.pl, Lublin 2017, ss. 237 (*Zuzanna Jastrzębska-Krajewska*)
- 398 – SPIS ROCZNIKA 2017

## CONTENTS

### SCIENTIFIC STUDIES

- 325 – *Edyta Gruszczyk-Kolczyńska*  
Tablet children. How much harm is done to young children by the tablet advertised as The best toy for your child. For the consideration of parents who give in to it
- 335 – *Karol Konaszewski*  
Role models of socially maladjusted youth – With the example of the residents of youth educational centers
- 342 – *Monika Skura*  
Attitudes toward people with disabilities versus the attitudes of people with motor disabilities toward people with different disabilities – An attempt at comparison
- 353 – *Gulzhan S. Orazayeva, Gulzhan N. Tulebiyeva*  
Including children with special educational needs in mainstream education

### FROM TEACHING PRACTICE

- 364 – *Agnieszka Żyta, Katarzyna Ćwirynkało*  
Education and support for children, adolescents and adults with disabilities in Croatia
- 375 – *Paweł Jaworski*  
Judo injuries in nondisabled students and students with motor disabilities

### LAW AND PRACTICE

- 382 – *Małgorzata Szeroczyńska*  
A conceived child incapable of independent life in the light of the law. Part 2

### HOME AND WORLD NEWS

- 393 – *Joanna Michalak-Dawidziuk*  
Report on the 30<sup>th</sup> Young Teachers' Summer School: *Educational Research Traps*. Katowice – Wisła, September 12–16, 2016
- 395 – *Izabella Kust*  
35<sup>th</sup> Anniversary of the Polish Educational Research Association. Scientific conference: *Identity Of Education. Sociability – Ethicality – Community*. Warsaw, May 11, 2016

### WE RECOMMEND TO OUR READERS

- A. Wentrych, *Zanim wkroczy specjalista...* [Before a specialist becomes involved...], Wydawnictwo Bliżej Przedszkola, Kraków 2016, p. 158 (*Aleksandra Drążkiewicz*)
- E. Gruszczyk-Kolczyńska, J. Kozieł, *Zastosowanie Darów Froebela w Dziecięcej matematyce* [The use of the Froebel gifts in children's mathematics], Wydawnictwo Froebel. pl, Lublin 2017, p. 237 (*Zuzanna Jastrzębska-Krajewska*)

- 398 – ARTICLES PUBLISHED IN 2017

**TABLETOWE DZIECI.  
ILE ZŁA WYRZĄDZA MAŁYM DZIECIOM  
TABLET REKLAMOWANY JAKO NAJLEPSZA ZABAWKA  
DLA TWOJEGO DZIECKA.  
KU ROZWADZE DOROSŁYM, KTÓRZY TEMU ULEGAJĄ<sup>1</sup>**

W artykule przedstawiam wyniki naukowego rozeznania w obszarze problemów, który nazwałam tabletowe dzieci. Podaję zatrważające dane o liczbie półrocznych i nieco starszych dzieci, którym dorośli udostępniają tablety i smartfony. Przytaczam ważniejsze ustalenia zawarte w teorii reprezentacji Jerome'a S. Brunera, żeby wyjaśnić:

- co sprawia, że niemowlaki i malutkie dzieci zadziwiająco sprawnie posługują się tabletami i smartfonami;
- niekorzystne różnice w reprezentacjach tworzonych przez dzieci z doświadczeń zgromadzonych w świecie obiektów realnych i w świecie wirtualnym;
- deformacje w zarysach reprezentacji umysłowych kształtowanych przez małe dzieci, gdy zbyt często oglądają obrazki na ekranach tabletów i smartfonów.

Udostępnianie tych urządzeń jest szczególnie groźne dla maluchów, które jeszcze nie stworzyły w swoich umysłach zarysów reprezentacji trójwymiarowych obiektów i trójwymiarowych cech przestrzeni. Deformacje w zarysach reprezentacji trudno naprawić, gdyż następne doświadczenia jedynie uzupełniają i wzbogacają posiadane reprezentacje. Ponieważ w tworzeniu nowych reprezentacji udział biorą już posiadane, nowo tworzone reprezentacje także nie są w pełni poprawne.

Uzasadniam też konieczność podjęcia poważnych badań, których celem powinno być ustalenie dalekosiężnych skutków udostępniania tabletów i smartfonów niemowlakom i małym dzieciom. Pomoże to oswoić wychowawczo i edukacyjnie te urządzenia, a także określić, kiedy i na jak długo można je bezpiecznie dla rozwoju umysłowego dziecka udostępniać.

*Słowa kluczowe:* dziecko, tablet, smartfon, teoria reprezentacji J.S. Brunera, deformacje reprezentacji, problemy z oddzieleniem świata realnego od wirtualnego, działania naprawcze

**W** raporcie Fundacji Dzieci Niczyje<sup>2</sup> oszacowano, że 64% polskich dzieci już w połowie pierwszego roku życia ma kontakt z tabletem lub smartfonem. Na rosnącą tendencję udostępniania małym dzieciom tych urządzeń wskazuje

<sup>1</sup> W artykule tym korzystam z fragmentów tekstów: Gruszczyk-Kolczyńska (2013b, 2015, 2016).

<sup>2</sup> Raport ten został opracowany dla Fundacji Dzieci Niczyje, por. <https://prawy.pl/11222-naukowcy-ostregaja-tablet-wrogiem-dziecka/>. Podkreśla się w nim, że gadzety typu tablet i smartfon osłabiają kontakty z bliskimi oraz rozwój zdolności do budowania więzi społecznych już u małych dzieci.

też raport<sup>3</sup> Millward Brown Poland z 2015 r. – ponad 40% rocznych i dwuletnich dzieci w Polsce korzysta samodzielnie z tabletów lub smartfonów. W tej grupie niemal co trzeci maluch ma do dyspozycji jedno z tych urządzeń codziennie lub prawie codziennie<sup>4</sup>. Na podstawie badań<sup>5</sup> przeprowadzonych w grupie ponad 1200 matek przez Research NK oszacowano, że 45% dzieci w wieku od jednego do trzeciego roku życia korzysta z tabletu samodzielnie. W grupie 4–6-latków z tego urządzenia korzysta już 75%, w grupie 7–10-latków – aż 92% dzieci. Ustalono też, że 20% ankietowanych rodziców kupiło tablet do wyłącznej dyspozycji swojego dziecka, a 47% dla dziecka i innych domowników.

### **Co skłania rodziców do udostępniania tabletów lub smartfonów niemowlakom i małym dzieciom**

Wiodącą rolę odgrywają sugestie zawarte w telewizyjnych reklamach. W jednej z nich pokazano następujący ciąg wydarzeń: rodzina jedzie samochodem, na tylnym siedzeniu rozbrykane dzieci – miny rodziców wyrażają bezradność i zdenerwowanie – mijają reklamę z napisem „Tablet za złotówkę”; każde dziecko dostało tablet i wpatruje się w jego ekran – jest cichutko, a miny rodziców wyrażają radość, gdyż poradzi sobie z trudnym problemem wychowawczym. Po kilkakrotnym obejrzeniu tej reklamy (pokazywano ją przez wiele dni w ważniejszych programach TV) rodzice traktują następną reklamę z serii „Tablet najlepszą zabawką dla twojego dziecka” jako cenną radę – kup tablet i daj go dziecku, unikniesz trudności wychowawczych.

Sugestię tę wzmacniają osobiste doświadczenia rodziców: możliwość przywołania jednym ruchem palca wspaniałych informacji na ekranie tabletu i smartfonu. Dochodzą więc do wniosku, że, udostępniając dziecku takie urządzenia, wspomogą jego rozwój umysłowy. Im wcześniej, tym lepiej. Utwierdzają ich w tym reakcje dziecka:

- przestaje marudzić, zafascynowane kolorowymi obrazkami;
- okazuje radość, gdy ruchem palca zmienia obraz;
- ostro protestuje, jeżeli zabiera się mu ten fascynujący przedmiot.

Obserwując jak maluch sprawnie obsługuje tablet lub smartfon, myślą, że jest to przejaw zarysowujących się nadzwyczajnych uzdolnień. Chcąc się tym pochwalić, zamieszczają w Internecie filmiki o tym, jak ich maluch przed ukończeniem pierwszego roku życia sprawnie posługuje się tymi urządzeniami. Ponieważ takich filmików jest tam coraz więcej, warto wyjaśnić ten fenomen.

<sup>3</sup> Podobne dane podane są na stronie <http://www.polskieradio.pl/7/163/Artykul/1543650>, Homotabletics-nie-badz-tabletowym-rodzicem. Ustalono, że 60% rodziców udostępnia małym dzieciom tablet lub smartfon po to, aby móc zająć się swoimi sprawami, około 25%, żeby dziecko zjadło posiłek, pozostali, żeby zasnęło.

<sup>4</sup> Potwierdzeniem są także moje doświadczenia – wielokrotnie dane mi było obserwować dorosłych, gdy dawali swojemu dziecku tablet lub smartfon, aby udobruchać je (bo marudziło), przerwać płacz (gdy w taki sposób protestowało przeciw czemuś), nie przeszkadzało (bo chcieli zająć się swoimi „dorosłymi” sprawami) itp.

<sup>5</sup> Z informacji podanych na stronie <http://www.zabawkowicz.pl/zabawka/3660>, tablet-dla-dziecka-czy-warto.html#

### Krótko o teorii rozwoju umysłowego pomocnej w wyjaśnianiu, dlaczego małówki dzieci sprawnie posługują się tabletem i smartfonem

Zacznę od przypomnienia, że tablet i smartfon są urządzeniami sterowanymi dotykiem i ruchem palców po ekranie. Dlatego sięgnęłam do teorii reprezentacji Jerome'a S. Brunera (1978, s. 522 i n.), w której wyjaśnia się rolę doświadczeń dotykowych i ruchowych w rozwoju umysłowym dzieci. Przytoczę najważniejsze ustalenia tej teorii, aby wyjaśnić, dlaczego niemowlaki i małe dzieci z zadziwiającą łatwością posługują tymi urządzeniami.

Istotą rozwoju umysłowego człowieka jest tworzenie reprezentacji z osobistych doświadczeń w trakcie procesu uczenia się. Reprezentacje są to schematy umysłowe służące człowiekowi do poznawania siebie i własnych możliwości sprawczych, do rozumienia otoczenia i wszystkiego, co się w nim znajduje. Pierwsze tworzone przez dziecko reprezentacje wywodzą się – zdaniem Brunera – z uwewnętrznianych<sup>6</sup> doświadczeń ruchowych, dotykowych i czuciowych. Bruner nazwał je reprezentacjami enaktywnymi. Człowiek tworzy je przez całe życie, poczynając od okresu prenatalnego i pierwszych dni, tygodni życia<sup>7</sup>.

O tym, że tworzenie tych reprezentacji jest przejawem swoistego przymusu rozwojowego, przekonuje obserwacja małego dziecka w sytuacji, gdy otrzyma nieznaną przedmiot. W skupieniu dotyka go, obejmuje dłonią, stuka nim o cokolwiek, próbuje rozerwać, podnosi do ust i chce go skosztować. Dzięki temu poznaje właściwości przedmiotu i tworzy w swoim umyśle pierwszy zarys jego reprezentacji. Umożliwia mu on rozpoznanie tego przedmiotu, gdy ponownie się z nim zetknie. A nowe doświadczenia w kontakcie z tym przedmiotem wzbogacają zarys wczesnej reprezentacji.

Gdy niemowlak zaczyna wzrokiem identyfikować obiekty i śledzić swoje ruchy, np. rękę wyciąganą do grzechotki, aktywności dotykowej, czuciowej i ruchowej towarzyszą doświadczenia wzrokowe. Te znacznie już bogatsze doświadczenia są spożytkowane przez dziecięcy umysł do tworzenia reprezentacji, które Bruner nazywa ikonycznymi. Teraz dziecko ma już dwie możliwości poznawania siebie, swojego otoczenia i znajdujących się tam obiektów: reprezentację enaktywną oraz ikoniczną. Ponadto może we wcześniejsze reprezentacje enaktywne włączyć reprezentację ikoniczną. Tak się dzieje podczas poznawania i osvajania trójwymiarowej przestrzeni<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> Uwewnętrznianie doświadczeń jest też nazywane interioryzacją. Polega – najkrócej mówiąc – na przenoszeniu doświadczeń (dotykowych, ruchowych, manipulacyjnych) w specjalny sposób z planu zewnętrznego na plan wewnętrzny (umysłowy) poprzez wydobywanie ich sensu i przekształcenie go na czynności umysłowe. Szczegółowe wyjaśnienia podają w: Gruszczyk-Kolczyńska (2013a, rozdz. 11 i in. wyd.).

<sup>7</sup> Z badań prenatalnych wiemy, że dzieci gromadzą i uwewnętrzniają doświadczenia czuciowe, dotykowe i ruchowe przed swoim urodzeniem. Pomaga im w tym również wcześniej rozwijająca się zdolność do wychwytywania regularności i korzystania z niej. Więcej informacji znajduje się w: Gruszczyk-Kolczyńska, Zielińska (2012, rozdz. *Wspieranie dzieci w dostrzeganiu i korzystaniu z regularności oraz w przewidywaniu, co będzie dalej*).

<sup>8</sup> Złożoność tego procesu opisuje Affolder (1997, cz. I).

Przypomnieć trzeba, że budowa oka i specyfika widzenia sprawiają, iż rejestrowane wzrokiem obiekty i otoczenie nie mają trzeciego wymiaru<sup>9</sup>. Łączenie i koordynowanie doświadczeń pochodzących z percepcji wzrokowej oraz doświadczeń wywodzących się ze zmysłu dotyku i ruchu sprawia, że dziecko tworzy w swoim umyśle trójwymiarowość przestrzeni i znajdujących się w niej obiektów. Widząc na przykład czerwoną grzechotkę i kojarząc ruch ręki w jej stronę, określa miejsce tej zabawki w otoczeniu (jest tam i mogę ją dosięgnąć), a dotykając i obejmując ją palcami oraz dłonią ustala, że jest bryłą, a nie czymś płaskim. Podobnie jest z poznawaniem otoczenia – raczkujące dziecko ustala odległości między obiektami dostrzeganymi wzrokiem, stając na nóżkach – ustala ich wysokość w porównaniu do własnej sylwetki.

Bruner wykazał też, że w miarę rozwijania się werbalnego porozumiewania się z innymi osobami dziecko tworzy reprezentacje symboliczne. Teraz ma już trzy sposoby poznawania siebie, swoich aktywności i otoczenia: reprezentację enaktywną, ikonyczną i symboliczną. Przez następne lata dziecko doskonali te reprezentacje i tworzy nowe, korzystając z poprzednich, już posiadanych.

Proces tworzenia i wzbogacania reprezentacji jest opisany w kategoriach uczenia się<sup>10</sup>. Złożoność tego procesu przedstawię na przykładzie Bartka (ma rok i 3 miesiące) w sytuacjach, gdy konstruuje reprezentację „piłeczka” (jest okrągła, lekka i można się nią bawić) oraz reprezentację „zabawy z piłką” (rzucam piłeczkę, biegnę za nią i znowu rzucam piłeczkę itd.):

- Tata podał maluchowi niebieską piłeczkę i powiedział: „Piłeczka”. Bartek wziął ją (dają – trzeba brać), widzi kolor piłeczki (niebieski okrąg) i obejmuje ją dłonią (doświadcza okrągłości i lekkości). Miętosił piłeczkę w dłoni (jest miękka i sprężysta). Podnosi piłeczkę do ust z zamiarem ugryzienia (jeszcze nie wie, do czego służy) i wie, że nie służy do jedzenia. Potwierdza to tata śmiejąc się i mówiąc: „Nie”.
- Tata, widząc zdziwienie w oczach malucha, mówi: „Piłeczka. Rzucaj i baw się piłeczką”. Pokazuje piłeczkę i demonstruje ruch rzucania. Bartek naśladuje go i wyrzuca piłeczkę (doświadcza ruchu rzucania).
- Bartek widzi, jak piłeczka skacząc oddala się (słyszy dźwięk i widzi zwiększającą się odległość). Idzie w kierunku piłeczki i z każdym krokiem doświadcza zmiany poczucia odległości do piłki (daleko, bliżej, bliżutko).
- Bartek jest przy piłeczce. Widzi ją na tle podłogi (jest nisko, niebieska na ciemnym tle), przy swoich stopach (blisko). Schyla się, zabiera piłeczkę (doświadcza zdejmowania z podłogi, jest lekka).

<sup>9</sup> Przypominam, że zarejestrowany na siatkówce obraz przedmiotu jest pomniejszony, odwrócony i płaski. Takie doświadczenia wzrokowe są przekazywane – w ustalony sposób – do centralnego układu nerwowego. Gdy są kojarzone z doświadczeniami manipulacyjnymi – dotykanie, głaskanie, obmacywanie przedmiotu – rozpoczyna się proces kształtowania jego trójwymiarowej reprezentacji. W miarę gromadzenia nowych doświadczeń z kontaktu z tym przedmiotem tworzy się coraz pełniejsza jego reprezentacja.

<sup>10</sup> Jedną z konstruktywistycznych definicji ujmuje proces uczenia się tak: efektem procesu uczenia się jest każda stosunkowo trwała zmiana w zachowaniu, w myślach, w uczuciach jednostki – człowieka lub zwierzęcia – będąca rezultatem wcześniejszego doświadczenia. Por. Stremberg (1999, s. 118). Przytoczona definicja jest niesprzeczna z tą, jaką podaje Piaget (1966, s. 102), Przetacznikowa (1973, s. 40) i in.



- Bartek obejmuje dłonią piłeczkę (nadal jest okrągła, mała, sprężysta), prostuje się i rzuca piłeczkę przed siebie (słyszy znany już dźwięk), widzi, jak piłeczka skacze i oddala się (tak jak poprzednio). Śmieje się, bo już wie, co można z piłeczką robić, że rzucanie piłeczką i bieganie za nią jest przyjemne.

W ten sposób dziecko tworzy nowe reprezentacje „piłeczka” oraz „zabawa z piłką”. Jednocześnie wzbogaca już posiadane reprezentacje dotyczące poruszania się w przestrzeni i własnych możliwości panowania nad przedmiotami. Im więcej reprezentacji dziecko skonstruuje, tym dysponuje bogatszą wiedzą; im sprawniej z nich korzysta, tym większymi możliwościami umysłowymi dysponuje.

### **Co sprawia, że malutkie dzieci sprawnie posługują się tabletem i smartfonem**

Z podanych ustaleń wynika, że od pierwszych miesięcy życia każde dziecko dąży do dotykania, obmacywania pod kontrolą wzroku dosłownie wszystkiego, co znajduje się w zasięgu jego rąk i oczu. Dlatego dorośli umieszczają w zasięgu wzroku i ruchu ręki niemowlaków różne zabawki. Widząc je, niemowlaki wielokrotnie wyciągają ręce, aby dosięgnąć zabawki. Gdy to się uda, okazują radość, a potem ze skupieniem obmacują zabawki palcami, obejmują dłonią i przyciągają do ust. Bogactwo takich doświadczeń wzrasta, gdy maluchy zaczynają raczkować i siadać.

Jeżeli maluch dostanie tablet lub smartfon, będzie intensywnie dotykać i obmacywać każde z tych urządzeń, podobnie jak podaną mu grzechotkę lub jabłko. Ponieważ dotykanie i obmacywanie tych urządzeń wywołuje atrakcyjne zmiany na ich ekranie, maluch w skupieniu obserwuje skutki swojej manipulacji. Zafascynowany wywołanymi efektami wielokrotnie dotyka i obmacuje urządzenie i nabiera w tym wprawę.

Dorośli są skłonni interpretować takie zachowania jako przejaw wcześnie manifestujących się uzdolnień swoich dzieci. Umyka im to, że urządzenia te reagują na dotyk, na przesunięcie palcem i że głównym sposobem poznawania obiektów przez dziecko w pierwszym roku życia jest właśnie dotyk i obmacywanie wszystkiego pod kontrolą wzroku – a więc także i tabletu, i smartfonu. Że w podobny sposób zachowuje się maluch, gdy dostanie każdy nowy przedmiot. Nie ma w tym nic nadzwyczajnego, a co gorsza – dłużej trwający kontakt z tabletem lub smartfonem przynosi dziecku zdecydowanie więcej szkody niż pożytku.

### **Dlaczego poznawanie świata na ekranie tabletu i smartfonu wprowadza zamęt w kształtowaniu reprezentacji umysłowych**

Zacznę od stwierdzenia: inne korzyści rozwojowe wynikają z dotykania oraz przesuwania palcem po ekranie tabletu lub smartfonu i oglądania skutków, inne z dotykowego i ruchowego poznawania pod kontrolą wzroku realnych obiektów ze swojego otoczenia. Uzasadnię to opisując funkcjonowanie dzieci w kilku sytuacjach.

W pierwszej sytuacji do malucha podszedł piesek. Mama mówi: „Piesek. Hau – hau”. Maluch nieśmiało dotyka zwierzaka, a ponieważ nic złego się nie dzieje, energicznie obmacuje psią głowę, ciągnie za uszy i podstawia nogę do polizania. Przesuwa dłoń po grzbiecie i stara się chwycić merdający ogon itd. Powtarza za mamą: „Hau – hau...”. Jednocześnie dziecięcy umysł łączy doświadczenia wizu-

alne (oglądana sylwetka pieska), czuciowe (włochate futerko, ciepłe ciało, mokry język), dotykowe i ruchowe (okrągła głowa, spiczaste uszy, merdający ogon itd.). Tworzy z tych doświadczeń zarys reprezentacji „piesek”.

Druga sytuacja. Maluch siedzi na kolanach mamy. Bierze podany mu tablet. Mama pokazuje mu pieska na ekranie i stwierdza: „Piesek. Hau – hau”. Dziecko rejestruje wzrokiem obraz pieska, a dotykiem doświadcza śliskiego i płaskiego ekranu. Poruszając palcem przesuwając sylwetkę pieska w różne strony. Powtarza za mamą: „Hau – hau...”. Jego umysł łączy doświadczenia wzrokowe (sylwetka pieska na ekranie), dotykowe (ślisko i płasko) i ruchowe (przesunięcie sylwetki na ekranie). Z korelacji tych doświadczeń – po ich uwewnętrznieniu – tworzy się zarys reprezentacji „piesek”.

Jest to jednak inna reprezentacja od tej, jaką dziecko tworzyło w poprzedniej sytuacji, gdy doświadczało wzrokiem, dotykiem i czuciem żywego zwierza.

Trzecia sytuacja. Maluch siedzi w kojcu, tata podaje mu jabłko, mówiąc: „Jabłko”. Dziecko ogląda je (widzi kolor i obrys kształtu), obejmuje dłonią i palcami (doświadcza krągłości), stuka jabłkiem o drabinki kojca (słyszy dźwięk), wacha i próbuje ugryźć (doświadcza zapachu i twardości skórki). Zaspokoiło ciekawość i ... wyrzuca jabłko z kojca. Patrzy jak spada, słyszy odgłos, widzi jak jabłko turla się po podłodze. Z syntezy tych różnorodnych doświadczeń dziecięcy umysł tworzy zarys reprezentacji „jabłko”.

Czwarta sytuacja. Tata podaje maluchowi tablet, pokazuje ekran, na którym jest przedstawione dorodne jabłko, mówi: „Jabłko”. Dziecko rejestruje wzrokiem obraz jabłka (kolor i zarys kształtu), jednocześnie dotykiem doświadcza śliskiego i płaskiego ekranu. Poruszając palcem przesuwając sylwetkę jabłka w różne strony. Wacha, próbuje ugryźć i ... doświadcza twardości metalu oraz szkła. Zniecierpliwione odrzuca tablet i widzi, jak zdenerwowany tata łapie tablet. Doświadczenia te uwewnętrzniają się i tworzą w umyśle dziecka zarys reprezentacji „jabłko”. Jest to zdecydowanie inna reprezentacja od tej, którą dziecko tworzyło w poprzedniej sytuacji, gdy doświadczało wzrokiem, dotykiem i czuciem rzeczywistego jabłka.

Opisane sytuacje pokazują, że inne doświadczenia gromadzą i uwewnętrzniają dzieci poznające realne obiekty w naturalnym otoczeniu, inne, gdy poznają obiekty przedstawione na tabletach i smartfonach. Problem w tym, że jeszcze nie wiemy, czy i jak dziecięcy umysł może radzić sobie z koordynacją doświadczeń zgromadzonych w odmiennych wymiarach poznawczych: w wymiarze świata realnego, w kontakcie z realnymi obiektami oraz w wymiarze wirtualnym kreowanym przez tablet i smartfon.

To, co już budzi uzasadnioną obawę, to czas udostępniania dzieciom tych urządzeń oraz proporcje gromadzonych przez dzieci doświadczeń w świecie realnym i w świecie wirtualnym.

Z wcześniej przytoczonych danych wynika, że urządzenia te są udostępniane już półrocznym dzieciom, a potem znacząco rośnie liczba dzieci, które mają do dyspozycji tablety lub smartfony w kolejnych latach życia. Dorośli są przekonani, że urządzenia te to znakomite zabawki i pozwalają maluchom bawić się nimi przez długi czas. Z tych powodów niepokojąco wcześniej w życiu maluchów zmienia się jakość i proporcje doświadczeń poznawczych, z których ich umysł może budować reprezentacje trójwymiarowej przestrzeni i trójwymiarowych obiektów, także oceny miejsca, jakie zajmują one w otoczeniu dziecka.

Niekorzystne proporcje gromadzonych i uwewnętrznianych doświadczeń pochodzących z poznawania obiektów w realnej i wirtualnej rzeczywistości wprowadzają zamęt w kształtowaniu reprezentacji w umysłach dzieci. Rozmiary tego zamętu przedstawiam na przykładach.

W wymiarze realnym dziecko, głaszcząc żywego kota, kojarzy miękkość futerka, kształt głowy z wystającymi uszkami, ostrość wysuwających się pazurków z widzianą sylwetką kota wzbogaconą o kolor futerka, wyraz oczu itp. Słyszy też przyjazne mruczenie kota. Doświadczenia te dopełniają się w trakcie ich uwewnętrzniania, tworząc w umyśle zarys reprezentacji realnego kota. Jeszcze ubogą, ale uzupełnianą w trakcie następnych kontaktów z tym zwierzęciem.

Oglądając kota na tablecie – rzeczywistość wirtualna – dziecko doświadcza dotykiem znanej już powierzchni chłodnego i śliskiego ekranu, jednocześnie widzi kolorową sylwetkę kota. Może też paluszkami przesunąć obraz kota. Te doznania dotykowe są kojarzone z obrazem sylwetki kota i poczuciem sprawstwa: jeżeli chcę, mogę manipulować kotem. W umyśle dziecka tworzy się wprawdzie reprezentacja kota, ale jest ona nieadekwatna do tej, którą może stworzyć w wyniku doświadczeń dotykowych, wizualnych i słuchowych zgromadzonych w trakcie realnego kontaktu z żywym kotem.

Przenoszenie do realnej rzeczywistości przekonania o nadzwyczajnych możliwościach tkwiących w dziecięcych palcach to jeszcze jeden wymiar zamętu, jaki wprowadzają tablety i smartfony w umyśle dziecka.

Przykładem jest następująca sytuacja. Dziadek, wybierając się w odwiedzinę do wnuczki – miała półtora roku – kupił jej pięknie ilustrowaną książeczkę o łaciatym piesku. Wręczył ją wnuczce. Dziecko usiadło, otworzyło książeczkę i... przesuwało paluszkami po obrazku tak, jak to wielokrotnie czyniło bawiąc się tabletem. Ponieważ energiczne przesuwanie palca nie przynosiło oczekiwanych skutków, cisnęło książeczkę w kąt i zaczęło płakać.

Zasygnalizowane tu wymiary zamętu są szczególnie groźne u maluchów, które jeszcze nie stworzyły w swoim umyśle zarysów reprezentacji: trójwymiarowych obiektów z najbliższego otoczenia wraz z ich otoczeniem oraz trójwymiarowych cech przestrzeni i funkcjonowania w niej.

Konsekwencją poznawania świata na ekranie tabletu i smartfonu są deformacje w zarysach reprezentacji umysłowych kształtowanych przez małe dzieci. Problem w tym, że trudno to naprawić w późniejszych okresach życia. Później zgromadzone doświadczenia je jedynie uzupełniają i wzbogacają wcześniejsze zarysy reprezentacji. Ponadto w tworzeniu nowych reprezentacji udział biorą już posiadane. Gdy dziecko przez wiele godzin bawi się tabletem, nie ma większych szans, aby tworzone reprezentacje były w pełni poprawne. Co więcej, także te tworzone później mogą i zapewne będą wadliwe.

Niebezpieczeństwo tworzenia zdeformowanych reprezentacji byłoby mniejsze, gdyby małe dzieci tylko czasami przenosiły się do świata kreowanego przez tablety i smartfony. Wówczas dominowałyby reprezentacje budowane z doświadczeń realnego świata, a doświadczenia pochodzące z zabawy z tabletem i smartfonem byłyby tylko ich uzupełnieniem. Ale tak nie jest.

Z przytoczonych wcześniej danych wynika bowiem, że większość dorosłych daje dzieciom już w pierwszym roku życia do zabawy tablet lub smartfon.

Jeżeli dzieci codziennie bawią się tymi urządzeniami przez dłuższy czas, tworzą w swoim umyśle ubogie i często fałszywe zarysy reprezentacji. Skutki opisanego zamętu ujawnią się później, gdy tabletowe dzieci nieco urosną i będą musiały radzić sobie w sytuacjach życiowych i edukacyjnych.

### **Jak nieco starsze dzieci korzystają z tabletów lub smartfonów**

Starsze dzieci częściej od maluchów korzystają z tabletów lub smartfonów. Z wcześniej przytoczonych danych wynika, że 75% 4–6-latków korzysta z tych urządzeń i 92% 7–10-latków. Jakże niebezpieczeństwa się z tym wiążą, pokazują następujące obserwacje.

Tomek, pięcioletek, siedział bez ruchu przy stoliku przez prawie dwie godziny (!!!) i zajmował się tabletem. Gdy podeszłam, pokazywał mi możliwości tkwiące w swoich palcach: jednym ruchem przesuwał obrazy, powiększał ich fragmenty, dowolnie je deformował itd. Z dumą oświadczył: „Widzisz, mogę wszystko!”.

W pewnej reklamie pięcioletek wyglądający przez okno eleganckiego samochodu układał palce, powiększając fragmenty oglądanego obrazu. Jednocześnie pokazywano jak balony, powiększone ruchem dziecięcych palców, uniosły dziewczynkę w powietrzu i monstrualnie powiększała się walizka. Z miny pięcioletka wynikało, że czuje się sprawcą tego wszystkiego.

Obserwowałam też przedszkolaka, jak... piekł wirtualne ciasteczka. Przesuwał palcem po ekranie tabletu wirtualne torebki z produktami i... „wysypywał” ich zawartość do wirtualnej miski, a potem „mieszał je”, przesuując palec po ekranie tabletu. Na koniec potrząsał tabletem(!) i na ekranie ukazywały się... upieczone ciasteczka. Niby zabawne, ale zapowiada trudną do przewidzenia pułapkę wychowawczą.

Jeżeli dziecko przez godzinę i więcej dziennie doświadcza swoich nadzwyczajnych możliwości sprawczych przesuując opuszkami palców po ekranie tabletu, zapewne nie zechce mozolić się przy wykonywaniu trudniejszych zadań w realnym świecie. Już teraz jest sporo dzieci, które wolą czynić „cuda” przesuując palcami po ekranie tabletu, niż konstruować z klocków lub grać z rówieśnikami w warcaby. Nie interesuje ich też przedstawianie swoich przemyśleń na rysunkach, czytanie komiksów i oglądanie obrazków w książeczkach. Nudzą się w trakcie słuchania baśni opowiadanych przez dorosłych.

Pragną zajmować się tylko tabletem lub smartfonem i doświadczać migocących kolorów. Obserwując dzieci wpatrzone w migocący ekran, odnoszę wrażenie, że są pod wpływem szczególnej hipnozy. Wrażenie to nasila się, gdy dziecko, zmuszone do oderwania wzroku od ekranu tabletu, patrzy na mnie pustymi oczami. Strach pomyśleć, w jakim kierunku tabletowe dzieci będą rozwijać swoje umysły, jeżeli dorośli się nie opamiętają i nie przestaną traktować tabletu i smartfonu jako najlepszych zabawek swojego dziecka.

### **Apel o działania naprawcze w sprawie stosowania tabletów i smartfonów we wspomaganie rozwoju umysłowego oraz edukacji dzieci**

Bez większego trudu dotarłam do raportów zawierających zatrważające dane o udostępnianiu niemowlakom i małym dzieciom tabletów oraz smartfonów

w charakterze zabawki. Znalazłam dane dotyczące dawania dzieciom tych urządzeń, aby przestały marudzić, płakać i złościć się, a także dotyczące używania ich w charakterze nagrody, gdy dzieci zechcą się podporządkować itd. Wszystko w przekonaniu, że tablet lub smartfon to najlepsze zabawki dla dzieci.

Niestety nie znalazłam ani jednej wypowiedzi, ani jednego artykułu o tym, jaką szkodę wyrządza dzieciom zbyt wczesne i zbyt długie gromadzenie doświadczeń ze świata wirtualnego, przy jednoczesnym zmniejszaniu czasu i okazji do gromadzenia doświadczeń z realnego świata.

To, co przedstawiam w tym wykładzie, to zaledwie wynik wstępnego rozeznania w obszarze problemów, który nazwałam tabletowe dzieci. Ustalenia wynikające z tego rozeznania – pilotażu naukowego – sygnalizują destrukcyjne zmiany w wychowaniu domowym. Już teraz wiadomo, że zmiany te powodują destrukcję w rozwoju umysłowym i wyrządzą niepowetowaną krzywdę dzieciom, krzywdę, której nie będzie można zapewne naprawić w następnych okresach życia.

Potrzebne są też poważne badania naukowe, których celem powinno być ustalenie, jakie są dalekosiężne skutki udostępniania tableatów i smartfonów niemowlakom, potem małym dzieciom oraz młodszym i starszym przedszkolakom. Ustalenia wynikające z tych badań pomogą określić, kiedy i na jak długo można bezpiecznie dla rozwoju umysłowego dziecka udostępnić mu tablet i smartfon. Wyniki tych badań pozwolą też oswoić wychowawczo i edukacyjnie te wspaniałe urządzenia.

Nim tak się stanie, apeluję do dorosłych, by jeszcze raz przeczytali ustalenia dotyczące natury konstruowania przez dzieci reprezentacji umysłowych. Radzę też skorzystać z przypisów zamieszczonych w tym artykule. To wszystko pomoże wam wstrzymać się od udostępniania niemowlakom i małym dzieciom tableatów i smartfonów. Pomoże też w mądrym wspomaganiu rozwoju umysłowego dzieci oraz w zwyczajnym i dobrym ich wychowywaniu.

## Bibliografia

- Affolder, F. (1997). *Spostrzeganie, rzeczywistość, język*. Warszawa: WSiP.
- Bruner, J.S. (1978). *Poza dostarczone informacje. Studia z psychologii poznania*. Warszawa: PWN.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E. (2013a). *Dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się matematyki. Przyczyny, diagnoza, zajęcia korekcyjno-wyrównawcze*. Warszawa: WSiP.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E. (2013b). Zgubne skutki zezwalania dzieciom na oglądanie ponad miarę telewizji, korzystanie z komputerów i tableatów. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 2.
- [Gruszczyk-Kolczyńska, E.] (2015). Telewizor a dziecięca inteligencja. Rozmowa z prof. dr hab. Edytą Gruszczyk-Kolczyńską, wykładowcą Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej. W: M. Zdziarski, *Uzależnienia behawioralne u dzieci i młodzieży. Rozmowy z ekspertami*. Kraków: Wydawnictwo Instytutu Łukasiewicza.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E. (2016). To, co w mniemaniu dorosłych ma rozwijać dziecięce umysły, niszczy je skutecznie. Czyli o konsekwencjach nadmiernego oglądania telewizji przez dzieci i korzystania z tableatów. Referat wygłoszony na Międzynarodowej Konferencji z cyklu *Osoba pt. Interdyscyplinarne konteksty wczesnej interwencji, wczesnego wspomagania rozwoju dzieci*. Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 21–23 IX 2016.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E., Zielińska, E. (2012). *Dwulatki i trzylatki w przedszkolu i w domu. Jak świadomie je wychowywać i uczyć*. Kraków: Wydawnictwo CEBP.
- Piaget, J. (1966). *Studia z psychologii dziecka*. Warszawa: PWN.

Przetacznikowa, M. (1973). *Podstawy rozwoju psychicznego dzieci i młodzieży*. Warszawa: WSiP.  
Stremberg, R.J. (1999). *Wprowadzenie do psychologii*. Warszawa: WSiP.

## **TABLET CHILDREN. HOW MUCH HARM IS DONE TO YOUNG CHILDREN BY THE TABLET ADVERTISED AS THE BEST TOY FOR YOUR CHILD. FOR THE CONSIDERATION OF PARENTS WHO GIVE IN TO IT**

### *Summary*

In the article, I present the findings of scientific insight into issues that I call tablet children. I provide alarming data on the number of children aged 6 months and a little bit older who are given access to tablets and smartphones by adults. I quote the most important findings included in the theory of representation by Jerome S. Bruner to explain the following:

- What makes babies and toddlers use tablets and smartphones in a remarkably efficient way;
- Adverse differences in representations created by children based on experiences gathered in the world of real objects and in the virtual world;
- Distortions in the outlines of mental representations formed by young children when they watch images on tablet and smartphone screens too frequently.

Being given access to these devices is particularly dangerous for young children, who have not yet created the outlines of the representations of three-dimensional objects and three-dimensional qualities of space in their minds. Distortions in the outlines of representations are difficult to fix as subsequent experiences only complement and expand the existing representations. Since the existing representations take part in creating new representations, the new ones are not fully correct either.

I also argue the need for serious research that should aim to determine the far-reaching results of tablets and smartphones being available to babies and young children. This will help to come to terms with these devices educationally and also to determine when and for how long they can be made available to children so that they are safe for children's mental development.

**Key words:** child, tablet, smartphone, theory of representation by J.S. Bruner, distortions of representations, difficulty separating the real world from the virtual one, remedial actions

## WZORY OSOBOWE MŁODZIEŻY NIEPRZYSTOSOWANEJ SPOŁECZNIE – PRZYKŁAD WYCHOWANKÓW MŁODZIEŻOWYCH OŚRODKÓW WYCHOWAWCZYCH

Celem doniesienia jest odpowiedź na pytanie, jakie wyróżnione osoby są dla nieletnich skierowanych do młodzieżowych ośrodków wychowawczych godne naśladowania oraz czy preferowane wzory różnią się w grupie nieletnich dziewcząt i nieletnich chłopców. Badania miały charakter ilościowy. Dobór grupy badanej miał charakter celowo-losowy. Ogółem przebadano 481 wychowanków młodzieżowych ośrodków wychowawczych. Najważniejsze wzory osobowe, jakie deklaruje młodzież nieprzystosowana, zostały usytuowane w następującej kolejności: matka, babcia, siostra, brat, dziadek, ojciec, kolega, koleżanka, wychowawca, nauczyciel, ksiądz. Analiza testem U Manna-Whitneya wykazała, że preferowane wzory do naśladowania w opinii chłopców i dziewcząt różnią się istotnie statystycznie ( $p < 0,05$ ). Dla nieletnich chłopców częściej wzory do naśladowania stanowią osoby z najbliższego kręgu rodzinnego (matka, ojciec, siostra, brat, dziadek), z kręgu rówieśniczego (koleżanka, kolega), ze środowiska szkolnego (ksiądz). Porównanie nie wykazało istotnych różnic między dziewczętami i chłopcami odnośnie do takich wzorów, jak babcia, nauczyciel, wychowawca. Znaczy to, że zarówno dla nieletnich chłopców, jak i dziewcząt osoby te stanowią wzory w podobnym stopniu.

*Słowa kluczowe:* wzory osobowe, młodzież, nieprzystosowanie społeczne

### Wprowadzenie

Wzór osobowy to termin funkcjonujący i szczególnie istotny zwłaszcza w naukach społecznych. W pracy przyjęto, że wzór osobowy to normatywny model o charakterze aksjologicznie wartościującym, to postać realna, która zachęca lub powinna zachęcać do naśladowania (Ossowska, 1986). To także wyidealizowany konstrukt teoretyczny określonej postaci, który jednakże musi charakteryzować się dwoma właściwościami: powinien zachować cechy o wartościach dodatnich oraz spotkać się z uznaniem, aprobatą, a także naśladownictwem innych (Filiipiak, 2000, s. 101). Wzory powinny pełnić istotną rolę w procesie kształtowania tożsamości, wartości, postaw i zachowań młodzieży nieprzystosowanej społecznie. Wzór stanowić może również obrazujący jakiś ideał zbiór norm, wartości i cech. Zawsze jednak chodzi o opis lub wyobrażenie jakiejś postaci, której cechy bądź czyny uważa się za godne naśladowania. Cecha ta warta jest podkreślenia, ponieważ ma istotne znaczenie nie tylko w procesie naśladownictwa i ogólnie pojętego wychowania, ale także na przykład kształtowania i motywowania wychowanków do określonych czynności. Wzór osobowy przeważnie jest autorytetem, cechuje go pewna charyzma (Karney, 2007).

Jednym z zadań okresu dorastania jest poszukiwanie nowych punktów odniesienia w postaci idei oraz wzorców osobowych, którym młody człowiek mógłby być wierny, którym – bez naruszania własnej autonomii – chciałby się podporządkować. Pojęcie wzorów osobowych w niniejszej pracy jest istotne, ponieważ stanowi jeden z wyznaczników rozwoju młodego człowieka i jest mechanizmem tworzenia się tożsamości. Poszukiwanie postaci znaczących przez młodzież jest powiązane z kształtowaniem się własnego „ja”, ułatwia budowanie zintegrowanej wewnętrznie i zewnętrznie tożsamości. Źródło wzoru osobowego to środowisko społeczno-kulturowe, w którym jednostka się wychowuje i socjalizuje. Funkcjonując w trzech podstawowych kręgach: wychowawczym (rodzina, szkoła), pracy (warsztaty, szkoła zawodowa, gospodarstwo rolne), zabawy (koledzy i rówieśnicy), jednostka przejmuje proponowany jej wzór identyfikacyjny, który jest dla niej atrakcyjny i z którym chce się utożsamiać (Znaniński, 2001, s. 120–121).

Typ idealny uzyskuje się poprzez jednostronne spotęgowanie jednego lub kilku punktów widzenia oraz przez złączenie w jednym wewnętrznie spójnym myślowym obrazie całego bogactwa rozproszonych i z trudem zauważalnych, ówdzie liczniejszych, ówdzie mniej licznych, miejscami w ogóle nieobecnych, jednostkowych zjawisk, które dobrze pasują do owych jednostronnie uwypuklonych punktów widzenia (Szacki, 2006, s. 466). Leon Dyczewski (1995, s. 125–127) wyróżnił wzorce osobowe, którymi są konkretne osoby najbardziej urzeczywistniające wzory propagowane przez grupę, społeczność. Ludzie tacy stawiani są jako wzory do naśladowania po to, by inni, patrząc na ich życie, wiedzieli, jak we własnym życiu można i należy realizować wartości i cele zawarte w propagowanym wzorze osobowym.

Wzory zmieniają się niejednokrotnie w ciągu życia pod wpływem różnych czynników, np. nowych znajomości, mass mediów czy literatury. Aktualnie młodzi ludzie chętnie naśladowują osoby atrakcyjne, mające prestiż, władzę, pieniądze czy kompetencje. U każdego człowieka tendencje do poszukiwania wzorów bywają silniejsze w okresie dojrzewania niż w życiu dorosłym (Ossowska, 1992, s. 9–15). Odnosząc się do młodzieży można zauważyć także istnienie tzw. antywzorów, które działają na zasadzie przeciwstawiania się narzucanym wzorom. W kształtowaniu się tożsamości jednostek, jak i całych grup, bycie w opozycji do czegoś/kogoś odgrywało i odgrywa nieraz większą rolę niż podporządkowanie się propagowanym wzorom (Ossowska, 1986, s. 10). Naśladowanie przez młodych ludzi nieprzystosowanych społecznie postaci uznanych przez społeczeństwo za niepożądane czy nieakceptowane, stymuluje kształtowanie się ich tożsamości. Jeżeli na opisany problem spojrzymy z perspektywy strukturalnej koncepcji opisującej ład społeczny i jego zaburzenia, to zauważymy, że młodzież może zwracać się w kierunku wzorów dewiacyjnych, które są osiągalne i łatwiej jest z nimi się identyfikować. Anna Zawada (2013) zauważa, że współcześnie przewartościowaniu ulega tradycyjny system wartości, a powszechnie szanowane, uznawane autorytety często tracą rolę wzorotwórczą. Ich miejsce pozostaje niewypełnione lub zajęte przez postacie, którym z różnych względów trudno przypisać miano wzorca osobowego.

Celem niniejszego doniesienia jest odpowiedź na pytanie, jakie wyróżnione osoby są dla nieletnich skierowanych do młodzieżowych ośrodków wychowawczych godne naśladowania oraz czy preferowane wzory różnią się w grupie nieletnich dziewcząt i nieletnich chłopców. W pracy założono, że wzór osobowy to postać realna, która zachęca lub powinna zachęcać do naśladownictwa; uściślając, wzorem



osobowym dla jednostki lub grupy jest postać ludzka, która powinna lub jest faktycznie dla tej jednostki lub tej grupy przedmiotem aspiracji (Ossowska, 1986, s. 13).

### Osoby badane

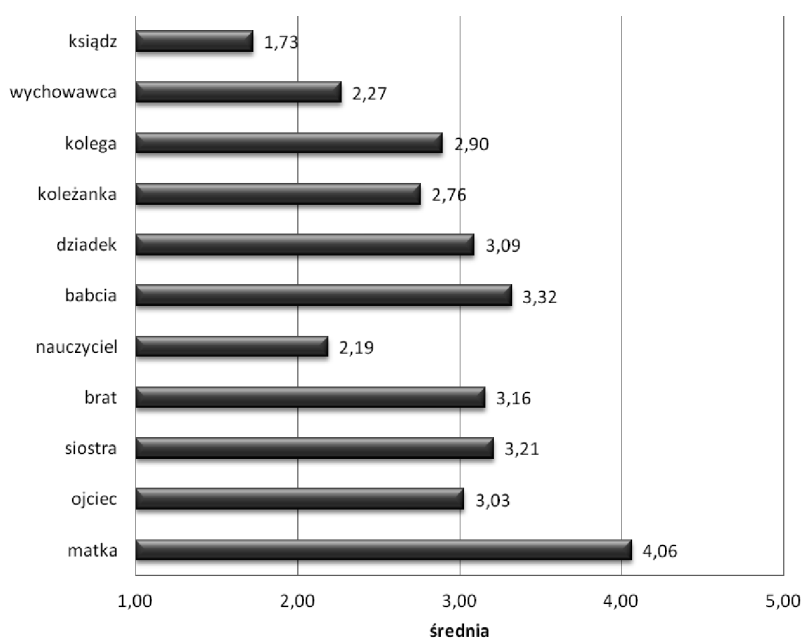
Dobór grupy badanej miał charakter celowo-losowy. Kryterium doboru celowego był rodzaj placówki, w której badani zostali umieszczeni przez sąd rodzinny. Próbę wyznaczał charakter populacji (skończona) i jej specyfika (młodzież, wobec której wydziały rodzinne i nieletnich sądów rejonowych zastosowały środek wychowawczy w postaci umieszczenia w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych). Według informacji Ośrodka Rozwoju Edukacji w kwietniu 2014 r. w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych przebywało 5057 wychowanków (3129 chłopców w normie intelektualnej, 409 chłopców niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim, 1427 dziewcząt w normie intelektualnej i 92 dziewczyny niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim). Z tego powodu wyznaczono także niezbędną wielkość próby  $n_b=390$  dla populacji wychowanków młodzieżowych ośrodków wychowawczych (przy dobrze próby uwzględniono wyłącznie wychowanków w normie intelektualnej) przy współczynniku ufności 0,90 i błędzie maksymalnym na poziomie 4% (Brzeziński, 2004). Biorąc pod uwagę te wyliczenia, przebadano ogółem 481 wychowanków młodzieżowych ośrodków wychowawczych.

### Wyniki i omówienie badań

W celu zdiagnozowania, jakie osoby stanowią dla nieletnich wzory do naśladowania, poproszono badanych o ustosunkowanie się do następującego pytania: Która osoba z twego otoczenia prezentuje dla ciebie wzór do naśladowania? W rozpoznaniu, jakie osoby stanowią dla młodzieży wzory, wykorzystano skalę od 1 w przypadku odpowiedzi „zdecydowanie nie”, do 5 przy odpowiedzi „zdecydowanie tak”. Zamieszczony wykres ilustruje deklaracje młodzieży na temat osób stanowiących dla nich wzory osobowe, ważnych dla ich własnej autokreacji.

Wzory osobowe, biorąc pod uwagę całą grupę badaną, zostały usytuowane w następującej kolejności: matka, babcia, siostra, brat, dziadek, ojciec, kolega, koleżanka, wychowawca, nauczyciel, ksiądz. Dla praktyki pedagogicznej przydatne wydaje się wyodrębnienie kręgów środowiskowych, które stanowią wzory dla nieletnich. Są one ważne nie z punktu widzenia więzi terytorialnej, lecz funkcjonalnej, wiążącej dziecko z określonymi instytucjami, grupami czy organizacjami. Pierwszą grupę autorytetów stanowią dla nich osoby z rodziny, następnie grupa rówieśnicza (krąg koleżeński). Najmniejszy wpływ na jednostkę mają osoby związane z wychowaniem instytucjonalnym. Jak łatwo zauważyć, osoba, która jest wzorem do naśladowania dla wychowanków ośrodków wychowawczych, to matka. Rodzice stanowią pierwsze osoby znaczące w życiu każdej jednostki, jednak w tej grupie młodzieży często mamy do czynienia z rodzinami rozbitymi, niepełnymi czy zrekonstruowanymi. Tłumaczy to stosunkowo niską pozycję ojca w porównaniu z innymi członkami rodziny. Taki stan może wynikać z braku obecności ojca (wyjazd za granicę, przebywanie w zakładzie karnym, śmierć, opuszczenie rodziny) w trakcie socjalizacji i wychowania dziecka. Dlatego wyższe miejsca zajmują

inni członkowie rodziny. Ich wpływ na kształtowanie się osobowości dziecka jest niemalże automatyczny, gdyż dziecko nie może kwestionować ich znaczenia z powodu potrzeb, których źródło zaspokojenia stanowią właśnie rodzice, dziadkowie czy rodzeństwo. Kolejne pozycje zostały przypisane kolegom i koleżankom. Mają oni znaczący wpływ na rówieśników w okresie dorastania, kiedy młodzi ludzie kwestionują i buntują się przeciw różnorodnym aspektom życia płynącym od dorosłych. Niemniej jednak rówieśnicy zostali umieszczeni na dalszych pozycjach jako osoby stanowiące wzory do naśladowania. W tym miejscu trzeba również założyć, że niektóre cechy danej osoby (styl, wygląd, charakter) mogą się podobać młodym ludziom, ale niekoniecznie chcą tacy być.



**Wykres.** Wzory osobowe deklarowane przez wychowanków młodzieżowych ośrodków wychowawczych

Triadę autorytetów, niewątpliwie istotną z pedagogicznego punktu widzenia, stanowią nauczyciel, wychowawca, ksiądz. Wiele dotychczasowych badań potwierdza tezę Carla Rogersa (1983, s. 11), iż w procesie zbliżania szkoły do funkcjonującej rzeczywistości wychowawcy pełnić muszą rolę wzorca osobowościowego godnego naśladowania przez uczniów. Wychowawcy bowiem odzwierciedlają świat ludzi dorosłych – zarówno ich zagubienie, dylematy moralne i trudności egzystencjalne, jak również przekazywane z pokolenia na pokolenie społecznie uznane wartości. Oprócz tego są to osoby najbliższe dla tej grupy młodzieży, która została umieszczona w placówkach resocjalizacyjnych. Bez wątpienia powinny one stanowić wzory do naśladowania, ponieważ są osiągalne w ich teraźniejszym codziennym życiu, wychowują, wprowadzają w świat wiedzy, jak również przedstawiają kierunki różnorodnych możliwości w kształtowaniu siebie.

W badaniach skupiono się także na opisie różnic preferowania osób znaczących w życiu młodzieży nieprzystosowanej. W celu znalezienia odpowiedzi na pytanie badawcze, czy wzory do naśladowania, jakie preferuje młodzież, różnią się w zależności od płci, zastosowano test nieparametryczny U Manna-Whitneya (ze względu na różnice w liczebności porównywanych grup oraz niespełnione założenia o zgodności z rozkładem normalnym zmiennych zależnych). Wyniki porównania przedstawiono w tabeli.

Tabela

Różnice w preferencjach wzorów osobowych a płeć badanych

Wzory osobowe	Płeć	N	Średnia ranga	U Manna-Whitneya	Istotność
Wychowawca	mężczyzna	252	232,35	26246,500	0,874
	kobieta	210	230,48		
Ksiądz	mężczyzna	250	245,80	21425,500	0,000
	kobieta	206	207,51		
Kolega	mężczyzna	250	251,60	20726,000	0,000
	kobieta	209	204,17		
Koleżanka	mężczyzna	250	241,53	23243,500	0,036
	kobieta	209	216,21		
Dziadek	mężczyzna	248	244,90	20485,500	0,003
	kobieta	203	202,91		
Babcia	mężczyzna	251	229,20	25802,000	0,970
	kobieta	206	228,75		
Nauczyciel	mężczyzna	248	220,12	23713,500	0,140
	kobieta	207	237,44		
Brat	mężczyzna	247	252,40	19167,500	0,000
	kobieta	206	196,55		
Siostra	mężczyzna	244	238,68	20939,000	0,005
	kobieta	202	205,16		
Ojciec	mężczyzna	246	256,57	17449,500	0,000
	kobieta	204	188,04		
Matka	mężczyzna	255	243,80	23767,000	0,030
	kobieta	209	218,72		

Analiza testem U Manna-Whitneya wykazała, że preferowane wzory do naśladowania w opinii chłopców i dziewcząt różnią się istotnie statystycznie ( $p < 0,05$ ). Dla nieletnich chłopców częściej wzory do naśladowania stanowią osoby z najbliższego kręgu rodzinnego (matka, ojciec, siostra, brat, dziadek), z kręgu rówieśniczego (koleżanka, kolega), jak również ze środowiska szkolnego (ksiądz). Porównanie nie wykazało istotnych różnic między dziewczętami i chłopcami odnośnie do takich wzorów, jak: babcia, nauczyciel, wychowawca. Znaczy to, że zarówno dla nieletnich chłopców, jak i dziewcząt osoby te stanowią wzory w podobnym stopniu.

Analizując preferencje wzorów osobowych nieletnich dziewcząt i chłopców można odwołać się do badań związanych z kształtowaniem się tożsamości płciowej, w której niezmiernie ważne są postawy i świadomość własnej płciowości prezentowane przez rodziców. Rodzice są bowiem pierwotnymi i najważniejszymi modelami kobiecości i męskości, na podstawie których dziecko naśladuje zachowania odpowiednie

dla określonej płci (Bajkowski, 2010, s. 31). Ponadto Tomasz Bajkowski podkreśla, że nawet we wczesnym rozwoju dziecka rodzice nie są dla niego jedynymi modelami kobiecości i męskości. Ważną grupą biorącą udział w socjalizacji płciowej dziecka są osoby z najbliższej rodziny, a przede wszystkim starsze rodzeństwo oraz dziadkowie. Szczególnie przy nieczęstej obecności rodziców (lub ich braku) dzieci poszukują wzorców potrzebnych do modelowania zachowań wśród innych członków rodziny, niekiedy ze zdziwieniem obserwując różnice między reprezentantami określonej płci. Ich wpływ na postrzeganie ról jest istotny z kilku powodów. Dziadkowie prezentują zazwyczaj jeszcze bardziej stereotypowe wizerunki kobiecości i męskości, a więc bazujące na odmienności, natomiast starsze rodzeństwo ukazuje wyższy poziom kształtowania się tożsamości płciowej, przez który przechodzi dziecko (tamże, s. 31–36).

### Podsumowanie

Istotnym wynikiem uzyskanych badań jest to, że jednostki zaangażowane w pracę wychowawczą nie stanowią dla nieletnich osób godnych naśladowania. Można spróbować postawić tezę, że są dosłownie antywzorami. W tym przypadku jest to ważną przesłanką dla osób zajmujących się wychowaniem w kontekście uzyskania efektów terapeutycznych, naprawczych, profilaktycznych i resocjalizacyjnych. Ponadto trzeba zwrócić uwagę na istotny fakt, że jednostka pracująca w placówce resocjalizacyjnej powinna oddziaływać na wychowanka także za pomocą wpływu osobistego, który polega m.in. na uaktywnianiu potencjałów wychowanka za pomocą przykładu własnej osoby. Gdy wychowawca nie jest dla nieletniego osobą godną naśladowania, może to być niezwykle trudne lub nawet niewykonalne. Ujmując rzecz od strony wychowanków można założyć, że wychowankowie będą wykazywali większą skłonność do nawiązania i podtrzymania interakcji z wychowawcą, gdy będzie on im bliższy (będzie osobą znaczącą, wzorem do naśladowania), następnie wychowankowie będą mogli sami przejawiać taką postawę (zachowania), która będzie społecznie akceptowalna i pozwoli na twórczą partycypację w różnych środowiskach, począwszy od lokalnego poprzez regionalne aż do narodowego.

Zgodnie z koncepcją twórczej resocjalizacji (Konopczyński, 2006) można stwierdzić, że jeżeli wychowawca przyjmie określone strategie ukierunkowane na uaktywnienie potencjałów wychowanka, to – będąc osobą (w percepcji nieletniego) godną naśladowania – łatwiej będzie mu te założone cele osiągnąć, zarówno w pracy rozwijającej zdolności młodego człowieka (sport, muzyka), jak również w codziennej pracy wychowawczej (doradzanie, przekazanie informacji, organizowanie). Im bardziej wychowawca jest atrakcyjny dla osób poddanych jego wpływowi, tym bardziej zwiększa się szansa identyfikacji. Znaczy to, że jeżeli wychowawca cieszy się uznaniem w grupie wychowawczej i jego umiejętności (plastyczne, muzyczne, aktorskie) wydają się wychowankom atrakcyjne, mogą oni naśladować jego zachowania i w większym stopniu chcieć nabyć kompetencje podobne do tych, które ma wychowawca. Tego rodzaju reakcje kształtują pozytywną tożsamość jednostki nieprzystosowanej. Co więcej, trzeba podkreślić, że wychowawca powinien dbać o to, aby wychowanek zorientował się, że wychowawca wspólnie z nim przeżywa i realizuje określone zadania (Czapów, Jedlewski, 1971, s. 344). Utrzymanie takiej więzi wymaga od osób zajmujących się wychowaniem resocjalizującym nie tylko rzeczywistych

starań o dobro wychowanka, ale także wyrażania aprobaty w życiowo doniosłych dla wychowanka sytuacjach, jak również jego aktywności (tamże, s. 346).

Analizując zaprezentowane dane można zauważyć, że wystąpiły istotne statystycznie różnice w zależności od płci w wyborze do naśladowania takich wzorów, jak matka, ojciec, siostra, brat, dziadek, koleżanka, kolega i ksiądz. Nieletni chłopcy w znaczenie wyższym stopniu deklarują, że wymienione osoby potencjalnie mogą stanowić wzory do naśladowania. Można założyć, że młodzi ludzie w towarzystwie rówieśników chętnie spędzają czas, dyskutują, dzielą się własnymi obawami i przeżyciami. Wobec tego ciekawe wydaje się, że dla młodzieży nieprzystosowanej społecznie osoby, które są godne naśladowania, to w pierwszej kolejności matka, następnie dziadkowie i rodzeństwo. To także może potwierdzać tezę o silnej potrzebie kontaktu z rodziną i poszukiwaniu psychicznego wsparcia w domu rodzinnym.

### Bibliografia

- Bajkowski, T. (2010). *Kobiecość i męskość w percepcji młodzieży akademickiej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Brzeziński, J. (2004). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: WN PWN.
- Czapów, C., Jedlewski, S. (1971). *Pedagogika resocjalizacyjna*. Warszawa: PWN.
- Dyczewski, L. (1995). *Kultura polska w procesie przemian*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Filipiak, M. (2000). *Socjologia kultury. Zarys zagadnień*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Karney, J.E. (2007). *Psychopedagogika pracy*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Konopczyński, M. (2006). *Metody twórczej resocjalizacji*. Warszawa: WN PWN.
- Ossowska, M. (1986). *Ethos rycerski i jego odmiany*. Warszawa: PWN.
- Ossowska, M. (1992). *Wzór demokracji. Cnoty i wartości*. Lublin: Daimonion.
- Rogers, C. (1983). *Freedom to Learn for the 80's*. UK: Merrill.
- Szacki, J. (2006). *Historia myśli socjologicznej*. Warszawa: WN PWN.
- Zawada, A. (2013). *Aspiracje życiowe młodzieży w środowisku kulturowo zróżnicowanym*. Kraków – Katowice: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Znaniecki, F. (2001). *Socjologia wychowania*. Warszawa: WN PWN.

## ROLE MODELS OF SOCIALLY MALADJUSTED YOUTH – WITH THE EXAMPLE OF THE RESIDENTS OF YOUTH EDUCATIONAL CENTERS

### Summary

This report aims to examine which specific persons are considered to be aspirational role models by minors referred to youth educational centers and whether the role models vary among underage girls and underage boys. The research was quantitative in nature and participants were selected through purposeful random sampling. A total of 481 residents of youth educational centers were included in the study. The most important role models mentioned by the maladjusted youth in the study were placed in the following order: mother, grandmother, sister, brother, grandfather, father, friend, teacher, care/support worker, and priest. Data analysis performed with the use of the Mann-Whitney U test demonstrated that the preferred role models differ significantly ( $p < 0.05$ ) between boys and girls. Underage boys' role models more frequently included people from their inner family circle (mother, father, sister, brother, grandfather), their peer group (acquaintance, friend), as well as the school environment (priest). The comparison revealed no significant differences between boys and girls regarding the following role models: grandmother, teacher, and support/care worker. This means that these function as role models for both underage boys and girls to a similar extent.

**Key words:** role models, youth, social maladjustment

## POSTAWY WOBEC OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ A POSTAWY OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ WOBEC LUDZI Z INNYM RODZAJEM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI – PRÓBA PORÓWNIANIA

Temat postaw społeczeństwa wobec osób z niepełnosprawnością jest bardzo często podejmowany przez badaczy, którzy chcą wskazać ich przemianę czy trwałość. Autorzy, analizując wyniki ukazujące, jakie jest postrzeganie i nastawienie otoczenia w relacjach z osobami o odmiennym wyglądzie i sposobie funkcjonowania, starają się pokazać przyczyny, zmiany w podejściu oraz poziom dokonującej się integracji. W artykule podjęto próbę porównania wyników polskich badań postaw pełnosprawnych wobec osób z niepełnosprawnością oraz stosunku ludzi z niepełnosprawnością ruchową do jednostek z innym rodzajem niepełnosprawności niż własna. Tekst zawiera zatem przypomnienie wyników badań przeprowadzonych przez badaczy Polskiej Akademii Nauk i Centrum Badania Opinii Społecznej oraz wyniki badań własnych, które dotyczą stanowiska 90 osób z niepełnosprawnością ruchową wobec osób z różnego rodzaju trudnościami. Celem artykułu jest wskazanie, jakie jest nastawienie badanych osób oraz próba oceny, czy ich postawy różnią się od postaw ogółu społeczeństwa. W badaniu wykorzystano metodą sondażu diagnostycznego. Otrzymane wyniki pozwalają stwierdzić, że osoby z niepełnosprawnością ruchową, podobnie jak ich otoczenie, powielają społeczne wzory postrzegania i oceniania poszczególnych grup osób z niepełnosprawnością. Badani zgodzili się z powszechnymi opiniami nie tylko w kwestiach deklarujących popieranie rozwiązań integracyjnych i oferowanie pomocy, ale też w preferencjach i ocenach poszczególnych grup ludzi z niepełnosprawnością. W świetle przeprowadzonych badań osobom niepełnosprawnym ruchowo, podobnie jak pełnosprawnym, trudno jest otworzyć się na relacje z ludźmi z różnego rodzaju trudnościami.

*Słowa kluczowe:* niepełnosprawność, niepełnosprawność ruchowa, postawy społeczne wobec osób z niepełnosprawnością, stosunek społeczeństwa do niepełnosprawności

### Wprowadzenie

Zagadnienie postawy wobec osób z niepełnosprawnością jest często podejmowane przez badaczy, którzy próbują opisać kwestie rozumienia i postrzegania osób z niepełnosprawnością w społeczeństwie. Autorzy ci wskazują, że spotkanie z człowiekiem, którego „inność” powoduje niechęć, często jest zdeterminowane przez różnego rodzaju psychologiczne i społeczne przeszkody. Wynikają one z trudności w akceptacji obecności osób z niepełnosprawnością w życiu społecznym oraz ich specyficznych potrzeb. Przejawiają się w konkretnych, negatywnych postawach osób pełnosprawnych, które wpływają na postrzeganie oraz oddziałują na ich zachowanie.

Nastawianie wobec osób z niepełnosprawnością uzależnione jest nie tylko od uwarunkowań osobowych, ale również od konkretnych warunków kulturowych,

czynników politycznych i ekonomiczno-społecznych, w których egzystują uczestnicy relacji (Noonan, Barry, Davis, 1970; Finkelstein, 1980; Sękowski, 1992, 1994; Witkowski, 1993; Witkowska, 2001; Sękowski, Witkowska, 2002; Kossewska, 2003). Powielanie piętnującej oceny osób z niepełnosprawnością jako „ciężaru” zagrażającego społeczeństwu może przejawiać się we wskazywaniu na ich nieproduktywność, obciążanie kosztami utrzymania, pielęgnacji i opieki innych ludzi. Jednocześnie, jak wskazują badania, obecność różnego rodzaju inicjatyw, zaangażowanie organizacji pozarządowych, dotacje z projektów unijnych stwarzają warunki do rozszerzania i pogłębiania zakresu procesów integracyjno-normalizacyjnych, a tym samym wspierają przekraczanie barier psychologicznych i zmieniają postawy wobec osób niepełnosprawnych na bardziej przychylne (Ostrowska, 2015).

W badaniach dotyczących postaw społeczeństwa rzadziej, zarówno w Polsce, jak i za granicą, można odnaleźć te, które odnoszą się do postrzegania osób z poszczególnym rodzajem niepełnosprawności (Clark, Binks, 1966; Furnham, Pendred, 1983; Marzec, 2002; Cytowska, 2008; Horowitz, Rees, Horowitz, 2010; Whiteman, Lukoff, 2010; Gajdzica, 2012). W analizach zazwyczaj brane są pod uwagę opinie grup ludzi, np. uczniów różnych szkół, studentów, nauczycieli, pracodawców. Bardzo niewiele jest jednak badań, w których autorzy pytają o nastawienie osób z niepełnosprawnością do innych ludzi z różnego rodzaju trudnościami w funkcjonowaniu (Dryżałowska, 1990; Deal, 2003).

Celem artykułu jest zatem uzyskanie informacji na temat tego, jakie są postawy osób z niepełnosprawnością ruchową oraz próba porównania wyników badań postaw pełnosprawnych wobec osób z niepełnosprawnością, stosunku ludzi z niepełnosprawnością ruchową do jednostek z innym rodzajem niepełnosprawności niż własna. Wydaje się bowiem, że fakt doświadczania trudności będących konsekwencją negatywnego nastawienia otoczenia społecznego, może mieć znaczenie w kontaktach z ludźmi, których „inność” jest również piętnowana.

Aby odpowiedzieć na postawione pytania, najpierw zostanie dokonane skrótowne przypomnienie wyników badań przeprowadzonych pod kierunkiem Antoniny Ostrowskiej przez badaczy Polskiej Akademii Nauk w latach 1978, 1993 i 2013. Są one opisane w wielu publikacjach (Ostrowska, 1981, 1983, 1994a, 1994b, 1996, 1997, 2001, 2002, 2015). Podobny temat badań był również podejmowany przez zespół naukowców z Centrum Badania Opinii Społecznej w 2000 i 2007 r. (Derczyński, 2000; Chajda, 2007). Następnie zostaną zaprezentowane wyniki badań własnych oraz wnioski podsumowujące zaprezentowane dane.

## **Stosunek społeczeństwa do osób z niepełnosprawnością**

Percepcja społeczna, opinie i postawy zależą przede wszystkim od kontaktów interpersonalnych. Jeżeli osoba pełnosprawna nie uczestniczy w relacjach z ludźmi z niepełnosprawnością, to w jej postrzeganiu przeważają wyobrażenia, które, na zasadzie mechanizmu atrybucji, powstają w wyniku przypisywania cech, wyciągania wniosków, generalizowania i klasyfikacji wykraczającej poza posiadane przez nią informacje.

W ramach badań przeprowadzonych na próbie ogólnopolskiej i ich opracowań dokonanych w latach 1993, 2000, 2007 i 2013 respondenci zostali zapytani o ocenę stosunku Polaków do osób niepełnosprawnych. Otrzymane dane pokazują, że od-

powiedzi pełnosprawnych na ten temat w 2007 i 2000 r. były podzielone niemal równo: 45% i 46% ankietowanych uważało, że większa część społeczeństwa dobrze odnosi się do tej grupy ludzi, 48% i 47% miało całkiem odmienne zdanie. Zdecydowanie bardziej pozytywne postawy można zauważyć biorąc pod uwagę poglądy, jakie wyrażali respondenci w badaniach przeprowadzonych w latach 1993 i 2013: 39% i 48,4% określiło relacje z osobami niepełnosprawnymi jako bardzo dobre lub dość dobre, a 52% i 35,1% jako raczej niedobre, złe, niewłaściwe.

Zastawienie i interpretacje przeprowadzonych badań ukazują również różnice w relacjach z osobami niepełnosprawnymi w latach 1978–2013. Autorzy zwracają uwagę na wzrost świadomości społecznej oraz większą otwartość społeczeństwa na sytuację życiową tej grupy osób, pomimo wciąż występujących barier świadomościowych. W 2000 i 2007 r. w porównaniu z badaniami z lat wcześniejszych największą grupę respondentów stanowili ci, którzy znali ludzi z niepełnosprawnością przynajmniej „z widzenia” (68% i 66%) lub mieli takie osoby wśród znajomych i przyjaciół (43% i 39%). W badaniu natomiast z 2013 r., które zostało przeprowadzone przez badaczy Polskiej Akademii Nauk, 45% respondentów słabo lub tylko z widzenia dostrzegało w swoim otoczeniu osoby niepełnosprawne, 31,1% badanych miało takie osoby wśród znajomych lub przyjaciół, a ponad 28% w swojej rodzinie. Wyniki badań wskazują również na to, że 12,4% pytanych nie zetknęło się z człowiekiem niepełnosprawnym.

Postawy społeczeństwa wobec ludzi z niepełnosprawnością i indywidualny stosunek do zjawiska niepełnosprawności mają znaczenie dla obustronnych kontaktów oraz wyznaczają sytuację społeczną osób z niepełnosprawnością. Wyniki badań wskazują na to, że przynajmniej na poziomie deklaracji i wyznawanych wartości społeczeństwo bardziej popiera rozwiązania integracyjne. Można to zauważyć na przykładzie opinii dotyczących organizowania miejsc pracy dla osób z niepełnosprawnością. W latach 1993, 2000, 2007 i 2013 występuje wyraźny wzrost odsetka osób popierających takie rozwiązanie w porównaniu z ocenami tej kwestii w 1979 r. W sondażach tych zdecydowana większość badanych (72%, 79% i 63,4%) uważa również, że osoby z niepełnosprawnością, którym pozwala na to stan zdrowia, powinny pracować, nawet jeżeli otrzymywana renta wystarcza im na utrzymanie. Respondenci wydają się dostrzegać znaczenie pracy jako jednej z wartości nadającej sens życiu.

Akceptacja rozwiązań integracyjnych dotyczy również poglądów w innych sferach życia: mieszkania w sąsiedztwie, wspólnego spędzania wolnego czasu, wspólnej nauki dzieci pełnosprawnych i niepełnosprawnych. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na pewną zmianę tendencji. Nadal przybywa zwolenników szkół integracyjnych (w 1993 r. – 47%, a 2013 r. – 69,4%). Dane zmieniają się natomiast w przypadku integracyjnego modelu mieszkania i wspólnego spędzania wolnego czasu: w 1993 r. – 87%, w 2013 r. – 80,7% oraz w 1993 r. – 82,3%, a w 2013 r. – 75,4%.

Osoba z niepełnosprawnością ma różne trudności w codziennym funkcjonowaniu. W sposób szczególny wymaga zatem obecności i pomocy osób pełnosprawnych. W przeprowadzonych sondażach zdecydowana większość ankietowanych uznała, że takiej pomocy powinna udzielać przede wszystkim rodzina (2000 r. – 93%, 2007 r. – 94%, 2013 r. – 87,1%). W dalszej kolejności niemal trzy czwarte badanych (74%, 72%, 65,2%) sądziło, że opiekę osobom niepełnosprawnym powinna zapewnić służba zdrowia lub pracownicy pomocy społecznej (71%, 62% i 57,8%). Wciąż niewielu respondentów wymieniało organizacje religijne i pozarządowe.



W ostatnim badaniu wskazało je odpowiednio 9,9% i 12,8% zapytanych.

Pomoc osobom z niepełnosprawnością mieszkającym w sąsiedztwie, gdyby zaistniała taka potrzeba, zadeklarowała większość pytanym w sondażu z 2000, 2007 i 2013 r. (69%, 65% i 73,4%). Ponadto niektórzy respondenci deklarowali, że już takiej pomocy udzielają. Czynnikiem sprzyjającym wyrażaniu gotowości do wsparcia, we wszystkich przeprowadzonych badaniach, był m.in. rodzaj niepełnosprawności. Z uzyskanych danych wynika, że widoczność zewnętrznych braków, defektów ciała i umysłu powoduje większy dystans społeczny.

Na postawie ostatnich raportów można stwierdzić, że osoby pełnosprawne najbardziej unikają relacji z osobami z niepełnosprawnością intelektualną i chorymi psychicznie, chociaż w badaniu z 2013 r. zmniejszył się dystans w stosunku do grup ludzi z tego typu trudnościami w funkcjonowaniu. Analizy wskazują na to, że osoby pełnosprawne są gotowe pomagać osobom, których niepełnosprawność jest niewidoczna, np. chorym na serce (54% w 2000 r., 47% w 2007 r. i 69,1% w 2013 r.). Charakterystyczne jest również to, że szczególnie obawiają się udzielania pomocy te osoby pełnosprawne, które nigdy nie poznały żadnej osoby z niepełnosprawnością.

Powstały w ten sposób dysonans poznawczy jest często likwidowany przez przypisywanie ludziom z niepełnosprawnością cech niepasujących do osoby, z którą chciałoby się nawiązać relacje. Wcześniejsze badania (z 1993 r.) pokazują, że ci ludzie postrzegani są przez pryzmat właściwości dotyczących kondycji psychicznej (słabi, lękliwi, niepewni siebie, niezadowoleni z życia, nerwowi) oraz kwestii dotyczących aktywności społecznej (skryci, podejrzliwi, niepewni siebie, uzależnieni od najbliższych, ubodzy). Wyniki ostatniego sondażu (z 2013 r.) pokazują natomiast, że zapytani nadal wybierają takie cechy, jak niepewni siebie, ubodzy, a pozostałe cechy – lękliwi, smutni, nerwowi, narzekający – przypisują niepełnosprawnym w takim samym stopniu jak innym ludziom.

Zestawienie i interpretacje przeprowadzonych wyników badań pokazują, że na przestrzeni około trzydziestu lat odsetek ludzi, którzy wyrażają pozytywne postawy wobec osób z niepełnosprawnością, stale rośnie. Działania społeczne charakteryzują się coraz większą świadomością sytuacji życiowej tej grupy ludzi, chociaż wciąż brakuje zaangażowania w osobiste relacje (znajomość, przyjaźń) (Ostrowska, 2015).

### **Stosunek osób z niepełnosprawnością ruchową do osób z innym rodzajem niepełnosprawności**

Osoby z niepełnosprawnością ruchową, tak jak pozostałe osoby różniące się wyglądem lub sposobem funkcjonowania, również podlegają negatywnym mechanizmom społecznym. Warto zatem zapytać, jakie są postawy grupy, która sama doświadcza psychospołecznych skutków własnej niepełnosprawności wobec osób z ograniczoną możliwością rozwoju umysłowego, obniżoną sprawnością sensoryczną oraz z innymi zaburzeniami sprawności funkcji fizycznych lub psychicznych.

### **Badania własne**

#### *Metodologia badań*

Grupę respondentów, którzy wzięli udział w przeprowadzonym badaniu, tworzyło 90 osób z problemami w poruszaniu się z powodu różnego rodzaju

uszkodzeń narządu ruchu mających orzeczenie o niepełnosprawności. Wśród ankietowanych było 55,7% kobiet i 44,3% mężczyzn. Respondenci stanowili zróżnicowaną grupę wiekową (poniżej 30. roku życia było 31%, od 30. do 40. – 29,9%, powyżej 40. – 39,1%); większość (56,9%) to osoby niezamężne lub nieżonate; prawie połowa miała wykształcenie średnie i policealne (46,6%), pozostali uczyli się lub byli czynni zawodowo (51,2%). W grupie pytaných mieszkańców małych miast było 40,2%. Prawie 60% grupy ankietowanych stanowili niepełnosprawni od urodzenia lub ci, którzy utracili sprawność przed 18. rokiem życia.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędzie zawierało 55 zagadnień, w tym 46 pytań zamkniętych i 9 półotwartych, oraz 15 pytań metryczki. Uczestniczący w badaniu respondenci, tak jak pełnosprawni, odpowiadając na podobne pytania wyrażali swoją opinię na temat sytuacji społecznej ludzi z niepełnosprawnością oraz oceny zachowania społeczeństwa wobec ludzi, których wygląd i funkcjonowanie odbiega od wszechobecnych norm. Badanie przeprowadzono poprzez osobiste dotarcie badacza do respondentów. Poproszono badanych o wypełnienie ankiety, która dotyczyła kwestii bliskości i dystansu społecznego wobec ludzi z poszczególnym rodzajem niepełnosprawności, preferencji społecznych, działań integracyjnych, odpowiedzialności za pomoc oraz oceny ludzi z innym rodzajem trudności. Uzyskane wyniki pozwoliły odpowiedzieć na pytanie, jakie są postawy badanych osób z niepełnosprawnością ruchową, a następnie dokonać próby porównania ich opinii z nastawieniem, jakie ma wobec ludzi z niepełnosprawnością większość społeczeństwa.

### *Analiza i interpretacja wyników*

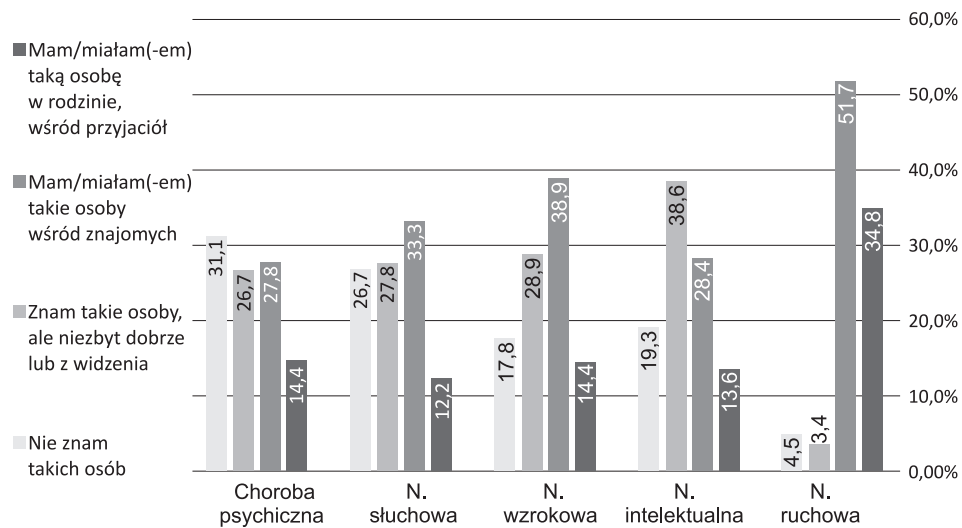
Ankietowane osoby z niepełnosprawnością ruchową zapytano, jaki, ich zdaniem, jest stosunek ludzi z problemami w poruszaniu się do osób z innym rodzajem niepełnosprawności. Odpowiedzi wskazują, że zdaniem większości ankietowanych (60%) jest on bardzo dobry lub dobry, ale też aż 30% nie ma zdania na ten temat.

Aby uzyskać informacje na temat tego, czy taka ocena wynika z doświadczeń interpersonalnych lub jest przypuszczeniem czy tylko deklaracją, zapytano o częstotliwość kontaktów respondentów z osobami z poszczególnych grup. Wyniki pozwoliły ustalić bliskość i dystans społeczny wobec osób z niepełnosprawnością ruchową, intelektualną, wzrokową, słuchową i chorobą psychiczną. Uzyskane wyniki przedstawiono na wykresie.

Otrzymane wyniki wskazują, że najczęściej zapytanych przebywa w grupie osób z podobnym rodzajem schorzenia, czyli z niepełnosprawnością ruchową. Okazuje się, że ponad połowa ma lub miała takie osoby wśród znajomych, a 34,8% w rodzinie i w gronie przyjaciół. Ankietowani spotykają bądź spotykali się też z jednostkami z niepełnosprawnościami sensorycznymi. Prawie 40% zalicza ludzi z niepełnosprawnością wzrokową do grupy swoich znajomych, a prawie 30% zna takie osoby niezbyt dobrze lub z tylko z widzenia.

Rzadziej respondenci spotykają się z ludźmi z niepełnosprawnością intelektualną. Prawie 40% z nich niezbyt dobrze zna takie osoby lub zna tylko z widzenia. Nieco mniej zapytanych (28,4%) zalicza jednostki z niepełnosprawnością intelektualną do grona swoich znajomych. Zupełny brak kontaktu z tą grupą zaznaczyło 19,3% ankietowanych. Jak pokazały wyniki, najbardziej ograniczony kontakt

respondentów dotyczy relacji z jednostkami z chorobą psychiczną. Ponad 30% w ogóle nie zna takich osób. Większość pozostałych ankietowanych z podobną częstotliwością zaznaczyła, że ma takich ludzi wśród swoich znajomych (27,8%) i że zna takie osoby, ale niezbyt dobrze lub tylko z widzenia (26,7%).



**Wykres.** Kontakt respondentów z osobami z poszczególnych grup ludzi z niepełnosprawnością

Dodatkowo, aby ustalić, jakie są ogólne preferencje społeczne ankietowanych, zapytano ich, w towarzystwie jakiej grupy ludzi najchętniej spędzają czas (uwzględniając również pełnosprawnych). Większość badanych – 64,4% – przyjaźni się przede wszystkim z osobami pełnosprawnymi, 27,8% osób przyznało, że grupę ich przyjaciół stanowią ludzie z niepełnosprawnością ruchową, a 7,8%, że osoby z inną niepełnosprawnością niż ruchowa.

W celu ustalenia, jaka jest opinia ankietowanych na temat integracji społecznej, zapytano, czy ludzie pełnosprawni, niepełnosprawni ruchowo oraz z innym rodzajem niepełnosprawności powinni być razem czy osobno w takich miejscach, jak zakłady pracy, osiedla mieszkaniowe, szkoły lub razem wyjeżdżać.

Uzyskane dane dotyczące pracy pokazują, że większość badanych opowiada się za integracyjną formą zatrudniania osób z niepełnosprawnością – 65,2%. Odpowiedzi dotyczące tego, w jakich miejscach, zadaniem respondentów, powinno się kształcić ludzi z niepełnosprawnością, ponownie pokazują, że większość badanych – 66,7% – opowiada się za integracją. Niektórzy uważają też inaczej: 25,6% twierdzi, że najlepsze są szkoły masowe, a 7,8% ocenia, że jednostki z niepełnosprawnością powinny uczęszczać do szkół specjalnych.

Celem przeprowadzonych badań było również ustalenie, jaka jest opinia respondentów na temat rozwiązań integracyjnych obecnych w budownictwie mieszkań. Większość badanych – 57,3% – uważała, że należy budować osiedla, na których będą mieszkały osoby z różnym rodzajem niepełnosprawności i pełnosprawne. Inni natomiast (29,2%) woleliby, żeby osiedla mieszkaniowe budowane były tylko dla osób z niepełnosprawnością ruchową i pełnosprawnych. Wśród badanych byli też tacy, którzy

twierdzili, że najlepiej byłoby budować osobne osiedla dla osób z niepełnosprawnością i ich rodzin oraz dostosować je do różnych rodzajów niepełnosprawności (13,5%).

Badanych poproszono też o odpowiedź na pytanie, w jaki sposób organizować spotkania różnych grup ludzi – pełnosprawnych i niepełnosprawnych – na wyjazdach rekreacyjnych lub w różnego rodzaju klubach, świetlicach itp. Uzyskane wyniki pokazują, że w opinii największej liczby badanych najlepiej jest, kiedy osoby z niepełnosprawnością ruchową, z innym rodzajem niepełnosprawności oraz pełnosprawne wspólnie uczestniczą w różnego rodzaju wyjazdach, wydarzeniach, spotkaniach – zaznaczyło to 72,4% grupy. Prawie 20% badanych stwierdziło, że najlepiej jest, kiedy osoby z różnym rodzajem niepełnosprawności należą do tych samych klubów, świetlic i razem uczestniczą we wspólnych wyjazdach. Zaledwie 8% uważało, że lepiej organizować oddzielne wyjazdy, kluby itp. dla osób z różnym rodzajem niepełnosprawności.

W celu uzyskania informacji na temat tego, kto, zdaniem badanych, ma być odpowiedzialny za pomoc, jaką powinny otrzymywać osoby z niepełnosprawnością, ankietowani zostali poproszeni o uszeregowanie swoich opinii: 1 – najbardziej powinni pomagać, 2 – jako drudzy w kolejności powinni pomagać itd., aż do 6 lub 7. Uzyskane dane stanowią średnią wybieranych odpowiedzi i pokazują, w jakim stopniu za pomoc niepełnosprawnym powinny ponosić odpowiedzialność wymienione grupy. Im średnia jest niższa, tym odpowiedź jest dla respondentów ważniejsza.

Dokonane obliczenia pokazują, że najwięcej osób zapytanych na pierwszym miejscu (średnia odpowiedzi 1,69) wskazało rodzinę. Uznali oni zatem, że pomoc ludziom z niepełnosprawnością powinna być zapewniona przede wszystkim przez najbliższych. W drugiej kolejności oceniono, że pomagać powinna służba zdrowia – średnia odpowiedzi to 2,45. Podobnie zaznaczano, że za pomoc jednostkom z różnego rodzaju problemami w funkcjonowaniu odpowiedzialny jest pracownik pomocy społecznej oraz przyjaciele i znajomi (średnia udzielanych odpowiedzi to 3,39 i 3,66). Najrzadziej wskazywano, że pomocą powinny zajmować się organizacje religijne i inne osoby z niepełnosprawnością, które działają w różnego rodzaju fundacjach i stowarzyszeniach (średnie to odpowiednio 4,48 i 4,55).

Dodatkowej wiedzy na temat kontaktów respondentów dostarczyły odpowiedzi na pytanie dotyczące gotowości niesienia pomocy ludziom z innym rodzajem niepełnosprawności. Wyniki przeprowadzonego badania ukazują, że większość badanych – 64,4% – zadeklarowała, że gdyby w ich sąsiedztwie mieszkała osoba z inną niepełnosprawnością, to chętnie pomogłaby jej w codziennych sprawach życiowych. 16,7% osób stwierdziło, że „raczej” by pomogło. Prawie nikt nie odmówiłby udzielenia pomocy (zaledwie 1,1%), a 5,6% osób stwierdziło, że „raczej” by nie pomogło. Wśród ankietowanych 12,2% zapytanych nie miało zdania na ten temat.

W celu uzyskania informacji na temat percepcji i oceny ludzi z różnym rodzajem niepełnosprawności poproszono ankietowanych o wybranie, który z przymiotników, podanych w dwóch grupach – negatywne i pozytywne – najbardziej do nich pasuje.

Uzyskane dane pokazują, że – zdaniem największej grupy badanych osób z niepełnosprawnością ruchową – wśród ludzi z niepełnosprawnością intelektualną najwięcej jest osób niewykształconych (47,7%), zaniedbanych (30,2%), lękliwych i ubogich (po 29,2%). Badani sądzą również, że ludzie ci są ufni (40,9%), przyjaźni (28,9%) i dobroduszni (26,1%).

Jednostki z niepełnosprawnością wzrokową natomiast to osoby niepewne siebie (22,5%), niesamodzielne (14,8%) oraz podejrzliwie i ubogie (po 12,4%). Ponadto badani postrzegają tych ludzi jako cierpliwych (45,5%), opanowanych (34,4%) i zgodnych (32,6%).

W postrzeganiu największej liczby ankietowanych ludzie z niepełnosprawnością słuchową są nudni (29,5%), skryci (15,6%) i podejrzliwi (14,6%). Wśród pozytywnych cech najczęściej wskazywano, że wyróżniają się samodzielnością (27,8%), tym, że są zadbani (20,9%) i opanowani (15,6%).

Respondenci ocenili, że osoby chore psychicznie są nerwowe (63,6%), nieprzyjazne (54,7%) i lękliwe (53,9%). Niewielu zapytanych wskazywało pozytywne określenia w odniesieniu do tych ludzi: 11,1% zaznaczyło, że są zadowoleni, 8%, że są dobruśni, a 7,9%, że są odważni. W ocenie respondentów ludzie z niepełnosprawnością ruchową często narzekają (62,5%), są zgorzkniali (34,1%) i złośliwi (32,2%). Jednocześnie, ich zdaniem, właśnie w tej grupie jednostek z niepełnosprawnością jest najwięcej osób towarzyskich (75,6%), pewnych siebie (66,7%) i wykształconych (63,3%).

### Podsumowanie – próba porównania

Postawy społeczeństwa i indywidualny stosunek do zjawiska niepełnosprawności mają znaczenie dla obustronnych kontaktów oraz wyznaczają sytuację społeczną osoby, która wyróżnia się wyglądem lub sposobem funkcjonowania. Zmianie wzajemnych relacji ukierunkowanych na adaptację przyświecają humanistyczne postulaty, założenia integracyjne i procesy normalizacji, które w praktyce oznaczają nieustającą potrzebę działania służb państwowych, organizacji społecznych, placówek edukacyjnych i ruchów samopomocowych. Partycypacja w skutkach tych przemian widoczna jest nie tylko w postawach i nastawieniu pełnosprawnych wobec ludzi z niepełnosprawnością, ale też opiniach osób z niepełnosprawnością.

W przeprowadzonym badaniu osoby z niepełnosprawnością ruchową poproszono o ocenę sytuacji społecznej, w jakiej znajdują się ludzie z różnego rodzaju trudnościami w funkcjonowaniu, jak również o ocenę postawy, jaką ma ich własna grupa – ludzie z problemami w poruszaniu się – w stosunku do jednostek z inną niepełnosprawnością.

Uzyskane dane ukazują, że większość respondentów oceniła nastawienie wobec ludzi z inną niepełnosprawnością niż ich własna jako dobre lub bardzo dobre – 60%. Jednocześnie niezdecydowanych respondentów było aż 30%. Wyniki badań przeprowadzonych w 2007 r. w grupie ludzi pełnosprawnych świadczyły, że ocena stosunku do osób z niepełnosprawnością podzielona jest prawie równo: 45% ocen pozytywnych (stosunek bardzo dobry, dość dobry) i 48% negatywnych (raczej niedobry, zły, niewłaściwy). W grupie respondentów pełnosprawnych był mały odsetek osób niezdecydowanych – tylko 7%. Okazuje się zatem, że postawy ludzi pełnosprawnych są mniej przychylnie jednostkom z niepełnosprawnością niż nastawienie ludzi z niepełnosprawnością do relacji z osobami z inną niepełnosprawnością niż ruchowa. Warto jednak zauważyć dużą grupę badanych osób z niepełnosprawnością ruchową, która nie miała zdania na ten temat.

Analizy danych dotyczących preferencji zawarte w pytaniu kontrolnym pokazują, że większość ankietowanych (64%) najchętniej spędza czas z ludźmi pełnosprawnymi. Odpowiedzi na pytanie o częstotliwość kontaktów ankietowanych z ludźmi z niepełnosprawnością wskazują, że najczęściej zapytanych przebywa w grupie osób z podobnym

rodzajem schorzenia. Respondenci znacznie rzadziej spotykają się z ludźmi z niepełnosprawnością intelektualną, ale najbardziej ograniczony kontakt dotyczy relacji z jednostkami z chorobą psychiczną. Okazuje się zatem, że, podobnie jak w badaniu dotyczącym postaw pełnosprawnych, te dwie grupy osób z trudnościami są szczególnie izolowane.

Do podobnych wniosków prowadzą dane uzyskane z odpowiedzi na pytanie, jakimi przymiotnikami negatywnymi i pozytywnymi osoby z niepełnosprawnością ruchową mogą określić poszczególne grupy ludzi z niepełnosprawnościami. Najbardziej negatywnie postrzegano osoby z chorobą psychiczną, a w drugiej kolejności z niepełnosprawnością intelektualną; osoby z niepełnosprawnościami sensorycznymi, szczególnie z niepełnosprawnością słuchową, były stosunkowo najrzadziej zaznaczane. Zakreślając natomiast przymiotniki o pozytywnym zabarwieniu, ankietowani najczęściej odnosili je do własnej grupy. Dalej w kolejności pozytywnie oceniali jednostki z niepełnosprawnością wzrokową, następnie z niepełnosprawnością intelektualną oraz z niepełnosprawnością słuchową.

Można zatem stwierdzić, że negatywne opinie o osobach z chorobą psychiczną i z niepełnosprawnością intelektualną oraz pozytywne oceny ludzi z niepełnosprawnościami sensorycznymi powielają społeczne poglądy na temat tych grup osób. Jednocześnie uzyskane dane pokazują, że badani z niepełnosprawnością ruchową zdecydowanie popierają integracyjny model społeczeństwa. Ich zdaniem jednostki z różnego rodzaju dysfunkcjami powinny pracować, kształcić się, mieć możliwość mieszkania, udziału w różnego rodzaju wyjazdach i przedsięwzięciach wraz z pełnosprawnymi oraz ludźmi z innym rodzajem niepełnosprawności. Opinie te są zbieżne z ogólnospołecznymi deklaracjami, które również popierają rozwiązania integracyjne.

Zdecydowana większość ankietowanych (ponad 80% osób zaznaczyło „tak” lub „raczej tak”) wyraża również gotowość niesienia pomocy jednostkom z odmienną niepełnosprawnością niż ruchową, gdyby w ich sąsiedztwie mieszkali. Podobne dane zawierają wyniki badań wykonanych przez badaczy PAN i CBOS, według których bardzo wielu zapytanych zapewniało o swojej pomocy, gdyby zaistniała taka potrzeba.

Ponadto w opinii ankietowanych osób z niepełnosprawnością i ogółu społeczeństwa za wsparcie osób z niepełnosprawnością powinny być odpowiedzialne przede wszystkim rodziny. Podobnie ankietowani stwierdzali również, że pomoc powinna być zapewniona przez służbę zdrowia i pracowników pomocy społecznej. Co więcej, grupa ankietowanych osób z niepełnosprawnością ruchową i grupa pełnosprawnych najrzadziej była zdania, że opiekę powinny sprawować fundacje i stowarzyszenia. Opinia ta wydaje się intrygująca, szczególnie z powodu coraz większego zaangażowania wolontariuszy, rodziców i osób z niepełnosprawnością w obszary działania trzeciego sektora. Warto zaznaczyć, że ankietowani, nastawiając się jedynie na pomoc za strony otoczenia ludzi pełnosprawnych, unikają możliwości nawiązywania więzi i odpowiedzialności za sprawy innych ludzi z niepełnosprawnością.

Autorzy zestawień i interpretacji badań na temat postaw społecznych wobec osób z niepełnosprawnością przeprowadzonych na przestrzeni około trzydziestu lat podkreślają, że odsetek ludzi, którzy postrzegają i rozumieją obecność niepełnosprawnych stale rośnie. Jednocześnie jednak nadal brakuje zaangażowania w osobiste relacje z osobami z niepełnosprawnością (bliższa znajomość, przyjaźń) (Ostrowska, 2015).

Do podobnych wniosków prowadzą wyniki badania relacji osób niepełnosprawnych z ludźmi z innym rodzajem niepełnosprawności. Respondenci zgodzi-

li się z powszechnymi opiniami nie tylko w kwestiach deklarujących popieranie rozwiązań integracyjnych i oferowanie pomocy, ale też preferencjach i ocenach poszczególnych grup ludzi z niepełnosprawnością. Można również wskazać podobne tendencje, które polegają na ograniczeniu się do spraw i problemów własnej grupy. Badane osoby z niepełnosprawnością ruchową znają oprócz pełnosprawnych przede wszystkim osoby z problemami w poruszaniu się. Z tą grupą ludzi chcą wchodzić w różnego rodzaju relacje i jest ona jedyną grupą, wśród grup ludzi z niepełnosprawnością, w której szukają przyjaciół i partnerów.

W świetle przeprowadzonych badań osobom niepełnosprawnym ruchowo, podobnie jak pełnosprawnym, trudno jest nawiązać relacje z ludźmi z różnego rodzaju trudnościami. Pomimo pozytywnych deklaracji, w swoich działaniach kierują się przede wszystkim powielanymi powszechnie opiniami i ocenami.

### Bibliografia

- Chajda, E. (2007). *Postawy wobec osób niepełnosprawnych*, [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K\\_169\\_07.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_169_07.PDF) [dostęp: 22.01 2016].
- Clark, A.W., Binks, N.M. (1966). Relation of age and education to attitudes toward mental illness. *Psychological Reports*, 19, 649–650.
- Cytowska, B. (2008). Ewolucja wzorów zachowań i postaw wobec ludzi niepełnosprawnych intelektualnie. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 1, 85–101.
- Deal, M. (2003). Disabled people's attitudes toward other impairment groups: a hierarchy of impairments. *Disability & Society*, 18, 7.
- Derczyński, W. (2000). *Postawy wobec osób niepełnosprawnych*, [http://www.bezuprzedzen.org/doc/07postawy\\_wobec\\_osob\\_niepelnosprawnych2007CBOS.pdf](http://www.bezuprzedzen.org/doc/07postawy_wobec_osob_niepelnosprawnych2007CBOS.pdf) [dostęp: 22.01 2016].
- Dryżałowska, G. (1990). *Postawy społeczne młodzieży niesłyszącej*. Warszawa: WSiP.
- Finkelstein, V. (1980). *Attitudes and Disabled People: Issues for Discussion*. New York: World Rehabilitation Fund.
- Furnham, A., Pendred, J. (1983). Attitudes toward the mentally and physically disabled. *British Journal of Medical Psychology*, 56, 179–187.
- Gajdzica, Z. (2012). Dystans społeczny wobec osób z upośledzeniem umysłowym jako czynnik determinujący ich marginalizację. *Chowanna*, 1(38), 83–92.
- Horowitz, L., Rees, N.S., Horowitz, M.W. (2010). Attitudes toward deafness as a function of increasing maturity. *The Journal of Social Psychology*, 66, 331–336.
- Kossewska, J. (2003). Społeczeństwo wobec osób niepełnosprawnych – postawy i ich determinanty. *Annales Academiae Paedagogicae Cracoviensis Studia Psychologica*, 1, 14.
- Marzec, E. (2002). *Modyfikacja postaw wobec osób z dysfunkcją wzroku*. Katowice: Akademia Ekonomiczna.
- Noonan, J.R., Barry, J.R., Davis, H.C. (1970). Personality determinants in attitudes toward visible disability. *Journal of Personality*, 38, 1–15.
- Nowak, K. (2015). Postawy młodzieży wobec osób niepełnosprawnych ruchowo. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia–Psychologia*, 28, 1.
- Ostrowska, A. (1981). *Postawy społeczeństwa polskiego wobec niepełnej sprawności*. Warszawa: Wydawnictwo OBOPiSP.
- Ostrowska, A. (1983). Bariery społeczne w stosunku do osób niepełnosprawnych. W: M. Sokołowska, A. Rychard (red.), *Studia z socjologii niepełnej sprawności*. Wrocław: Wydawnictwo PAN.
- Ostrowska, A. (1994a). *Badania nad niepełnosprawnością w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ostrowska, A. (1994b). *Niepełnosprawni w społeczeństwie. Postawy społeczeństwa polskiego wobec ludzi niepełnosprawnych*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.

- Ostrowska, A. (1996). Zdrowie i samopoczucie a społeczna sytuacja kobiet. W: J. Sikorska (red.), *Kobiety i ich mężowie. Studium porównawcze*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ostrowska, A. (1997). Postawy społeczeństwa polskiego w stosunku do osób niepełnosprawnych. W: A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys (red.), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Ostrowska, A. (2001). Przemiany postaw społecznych w stosunku do osób niepełnosprawnych w latach 1978–2000. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 1.
- Ostrowska, A. (2002). Społeczeństwo polskie wobec osób niepełnosprawnych. Przemiany postaw i dyskursu. W: J. Sikorska (red.), *Społeczne problemy osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Wydawnictwo ISiF PAN.
- Ostrowska, A. (2015). *Niepełnosprawni w społeczeństwie 1993–2013*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Sękowski, A. (1992). Postawy społeczne wobec inwalidów. *Problemy Współczesnej Psychologii*, 2.
- Sękowski, A. (1994). *Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Sękowski, A., Witkowska, B. (2002). Kierunki typologii uwarunkowań postaw wobec osób niepełnosprawnych. *Roczniki Psychologiczne*, 5.
- Whiteman, M., Lukoff, I.F. (2010). Attitudes toward Blindness and Other Physical Handicaps. *The Journal of Social Psychology*, 66, 135–145.
- Witkowska, B. (2001). Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. *Przegląd Psychologiczny*, 44, 2, 239–254.
- Witkowski, T. (1993). Zmiany mentalności w stosunku do osób niepełnosprawnych. W: M. Wątorska, W. Otrębski (red.), *Wokół osób niepełnosprawnych*. Lublin: Wydawnictwo KUL.

## ATTITUDES TOWARD PEOPLE WITH DISABILITIES VERSUS THE ATTITUDES OF PEOPLE WITH MOTOR DISABILITIES TOWARD PEOPLE WITH DIFFERENT DISABILITIES – AN ATTEMPT AT COMPARISON

### *Summary*

The topic of society's attitudes toward people with disabilities is very frequently explored by researchers, who want to show the transformation and stability of society's beliefs. Analyzing the results that demonstrate communities' perceptions and attitudes in interactions with people whose appearance and functioning are different, authors attempt to show reasons, changes in attitudes and the level of integration that is taking place. The article attempts to compare the findings of Polish research on the attitudes of nondisabled people toward people with disabilities, and the attitudes of people with motor disabilities to people with disabilities different than their own. The paper includes the results of research conducted by the researchers of the Polish Academy of Sciences (PAN) and the Public Opinion Research Center (CBOS) as well as the results of the author's own research in which 90 people with motor disabilities expressed their position on people with different disabilities. The article aims to show the attitudes of the study participants and attempts to evaluate if their attitudes differ from the position of the general public. A diagnostic survey was used in the study.

The findings indicate that people with motor disabilities, similarly to their environment, copy the social patterns of perception and judgment regarding different groups of people with disabilities. The participants agreed with popular beliefs not only on the question of support for integration and assistance, but also on preferences and judgments concerning different groups of people with disabilities. The study conducted suggests that it is difficult for people with motor disabilities, as it is for nondisabled people, to open up to relationships with people with various disabilities.

**Key words:** disability, motor disability, societal attitudes toward people with disabilities, society's attitude toward disability



ГУЛЬЖАН С. ОРАЗАЕВА [GULZHAN S. ORAZAYEVA]  
Кафедра Специальной и Социальной Педагогики  
КазГосЖенПУ, Алматы, Казахстан  
[Kazakh State Women's Teacher Training University,  
Almaty, Kazakhstan]  
gulzh@mail.ru

ISSN 0137-818X  
DOI: 10.5604/01.3001.0010.8330  
Data wpływu: 21.09.2017  
Data przyjęcia: 21.10.2017

ГУЛЬЖАН Н. ТУЛЕБИЕВА [GULZHAN N. TULEBIYEVA]  
Кафедра Специального Образования  
КазНПУ имени Абая, Алматы, Казахстан  
[Kazakh National Pedagogical University named after Abai, Almaty, Kazakhstan]  
grl\_60@mail.ru

## ВКЛЮЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС

Проблема инклюзивного образования сложна, дискуссионна, но главное – она является действительно социальной, т.к. в ходе ее решения затрагиваются интересы большого количества людей. Международное сообщество относит инклюзивное образование к правовой проблеме, поскольку оно призвано способствовать реализации права человека на получение качественного образования в течение всей жизни. Инклюзивное образование – это политика государства в сфере развития системы общего образования для устранения барьеров и обеспечения активного участия всех детей в образовательном процессе.

Инклюзивное образование только начинает развиваться в Казахстане. Пока школа не готова к серьезному реформированию, но медленные шаги она может и должна делать. Методическое обеспечение инклюзивного образовательного пространства еще находится в стадии первичной разработки и апробации, что значительно затрудняет процесс внедрения практических технологий. При этом методическое обеспечение требует серьезных научных исследований.

Дальнейшее совершенствование системы инклюзивного образования детей с особыми образовательными потребностями требует в первую очередь глубокого научного осмысления, моделирования, прогнозирования всех возможных позитивных и негативных последствий.

**Ключевые слова:** дети с особыми образовательными потребностями, инклюзивное образование, интеграция, компенсация, развитие

Одной из важнейших задач государственной политики в сфере образования, демографического и социально-экономического развития Республики Казахстан является обеспечение реализации права детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов на образование. За последние годы увеличилось число детей, имеющих различные нарушения в развитии. Родители чаще стали оставлять таких детей на воспитание в семье, а не отказываться от них и не сдавать их в закрытые государственные учреждения.

До недавнего времени детей разделяли на „обучаемых” и „необучаемых”. При этом ребенка, которого сочли «необучаемым», вытесняли из системы образования

в систему здравоохранения, которая не могла решить проблем психического развития, а только усугубляла их. Однако сегодня мировой опыт показывает, что эффективность реабилитации ребенка, оставшегося в семье, намного выше, чем ребенка, помещенного в интернат. Поэтому главной задачей является предоставление семье необходимой помощи в развитии и обучении ребенка, гарантировать ему достойное будущее, т.е. обеспечить возможности и реализовать взаимную интеграцию общества и всех его членов. Это возможно только при обеспечении равных прав, и в первую очередь права на образование (Зарецкий, 2005).

Вместо концепции интеграции, т.е. создания специальных условий для детей с особыми потребностями в рамках существующей системы, без изменения самой системы, сейчас большее предпочтение отдают концепции инклюзивного образования, основной целью которого является изменение школ в соответствии с потребностями всех учеников (Al-Khamisy, 2013; Хафизуллина, 2008; Кенесбаев, Аутаева, Бутабаева, Махметова, 2015).

Подход „школа для всех” был изложен в *Саламанкской декларации*, принятой в 1994 г. 92 странами. В ней содержатся принципы, предложения и продвижения законодательных инициатив в сфере инклюзивного образования. Более того, это, пожалуй, до сих пор наиболее важный основополагающий международный документ по вопросам специального образования. *Саламанкская декларация* определяет инклюзию как реформу, поддерживающую и приветствующую различия и особенности каждого ученика. Ее цели – избежать социальной дискриминации, являющейся следствием различий в поле, расе, культуре, социальном классе, национальности, религии и индивидуальных возможностях и способностях. Однако эта концепция не нашла универсального применения.

В школах по всему миру инклюзия рассматривается зачастую исключительно как обучение детей с инвалидностью в общеобразовательных школах вместе с их сверстниками (Шматко, 2010). Однако главная задача состоит в том, чтобы сделать все школы и учреждения более дружелюбными по отношению к детям с ограниченными возможностями. Одно из главных направлений деятельности на этом пути – устранение всевозможных барьеров в образовании основывается на социальном подходе к инвалидности.

Инклюзивное (франц. *inclusif* – включающий в себя, от лат. *include* – заключаю, включаю) или включенное образование – термин, используемый для описания процесса обучения детей с особыми потребностями в общеобразовательных (массовых) школах.

В основу инклюзивного образования положена идеология, которая исключает любую дискриминацию детей, которая обеспечивает равное отношение ко всем людям, но создает особые условия для детей, имеющих особые образовательные потребности.

Выделяют следующие принципы развития инклюзивного образования:

1. научность: разработка теоретико-методологических основ инклюзивного обучения, программно-методического инструментария, анализ и мониторинг результатов, оценка эффективности используемых технологий, проведение независимой экспертизы;
2. системность: ранняя помощь – дошкольное образование – общее среднее образование;
3. коррекционная направленность: модульная организация образовательных программ, включение в базовую программу обучения и воспитания модулей из специальных коррекционных программ;

4. индивидуальный подход: использование личностно-ориентированного и дифференциального подходов;
5. семейно-ориентированное сопровождение: психолого-педагогическое сопровождение семьи, семейно-ориентированная психотерапия, детско-родительские группы, т.е. активное включение родителей в каждый этап педагогического процесса;
6. самостоятельная активность ребенка: обеспечение самостоятельной познавательной активности ребенка, а именно дополнительно развивающие программы (иностранный язык, лепка, рисование, проектная деятельность и т.д.);
7. междисциплинарная интеграция и социальное партнерство: совместная работа логопеда, психолога, дефектолога при составлении или изменении программы развития; различных ведомств, социальных служб для оптимизации процесса образовательной интеграции «особых» детей (Серикбаева, 2012).

Что дает инклюзивное образование?

- 1) Новый социальный подход к инвалидности
- 2) Приветствует разнообразие
- 3) Рассматривает различие между людьми как ресурс, не как проблему
- 4) Личностное развитие и социальные навыки
- 5) Развитие самостоятельности и самоопределения
- 6) Развивает равные права и возможности вместо дискриминации
- 7) Инклюзивные школы поощряют достижения, доказывая, что все дети могут быть успешными, если им оказывается необходимая помощь. В инклюзивных школах дети могут получать такую поддержку. Акцент на оказание помощи вызывает смещение фокуса с восприятия особенностей или инвалидности ребенка как ограничений на то, как нужно изменить среду, чтобы она не ограничивала и не стесняла обучение. Концентрация на поддержке в обучении будет способствовать развитию школами широкого спектра вспомогательных услуг, вместо помещения ребенка в учреждение особого образования.
- 8) Инклюзивные школы предоставляют возможность обучения в атмосфере сочувствия, равенства, социальной справедливости, сотрудничества, единства и положительного отношения. Дети и взрослые, учащиеся и педагоги, получают пользу от доброжелательной и благоприятной обстановки, в которой ценятся межличностные отношения и ощущение совместной работы ради общего блага.
- 9) Инклюзивные школы расширяют профессиональные знания педагогов. Такое образование требует новых и более гибких способов преподавания, разработки учебных программ, которые бы были максимально эффективны для всех учащихся. Накопление профессионального опыта, который дает работа в этих школах, поощряет непрерывное совершенствование специалистов.
- 10) Практика инклюзии, используя индивидуальный подход и учебные планы, приносящие пользу каждому учащемуся, помогает устранить клеймо неполноценности, являющееся результатом отделения и изоляции.
- 11) Инклюзивные школы дают возможность всем членам школьного коллектива вложить свои неповторимые таланты в общую деятельность, в процессе которой каждый может успешно учиться, сотрудничать и чувствовать себя причастным (Al-Khamisy, 2013; Kulesza, 2013).

На сегодняшний момент можно выделить несколько барьеров для инклюзивного образования:

- 1) Отсутствие гибких образовательных стандартов.
- 2) Несоответствие учебных планов и содержания обучения массовой школы особым образовательным потребностям ребенка.
- 3) Отсутствие специальной подготовки педагогического коллектива образовательного учреждения общего типа, незнание основ коррекционной педагогики и специальной психологии.
- 4) Отсутствие у педагогов массовых школ представлений об особенностях психофизического развития детей с ОВЗ, методиках и технологии организации образовательного и коррекционного процесса для таких детей.
- 5) Недостаточное материально-техническое оснащение общеобразовательного учреждения под нужды детей с ОВЗ (отсутствие пандусов, лифтов, специального учебного, реабилитационного, медицинского оборудования, специально оборудованных учебных мест и т.д.).
- 6) Отсутствие в штатном расписании образовательных учреждений общего типа дополнительных ставок педагогических (сурдопедагоги, логопеды, педагоги-психологи, тифлопедагоги) и медицинских работников.

На сегодняшний день проблема инклюзивного образования является актуальной. Общество стало гуманней и детей данной категории стали называть как «дети с особыми образовательными потребностями». С каждым годом количество детей с особыми образовательными потребностями увеличивается, и чтобы отвечать запросам общества, необходимо поддерживать культуру инклюзивного образования, реализовывать инклюзивную практику (Бейсенбаева, 2016).

Имеющаяся практика социализации детей с ограниченными возможностями в большей степени сложилась в рамках клинического подхода, в котором ограниченные возможности рассматриваются как патология, нарушение развития, что в свою очередь предполагает лечение, создание специальных служб. Данный подход, ослабляет социальную позицию ребенка и усугубляет его неравный социальный статус. Специальное образование, с одной стороны, является элементом социальной защиты таких детей и предоставляет им возможность одновременного лечения и обучения. С другой стороны, специальное образование, сегрегируя детей с ограниченными возможностями здоровья в специализированные школы, интернаты способствует воспроизводству сложившейся социальной структуры, в которой люди впоследствии занимают маргинальные статусные позиции. В противовес инклюзивное образование стремится развить систему, направленную на детей и признающую, что все дети – индивидуумы с различными потребностями в обучении.

Инклюзивное образование стремится к разработке подхода к преподаванию и обучению, который будет более гибким для удовлетворения различных потребностей в обучении (Kulesza, 2013). Если преподавание и обучение станут более эффективными в результате изменений, которые внедряет инклюзивное образование, тогда выиграют все дети (не только дети с особыми потребностями).

Обучение в общеобразовательной школе, среди нормально развивающихся сверстников, дает возможность ребенку с особыми образовательными потребностями, чувствовать себя обычным, таким же, как его друзья, одноклассники, мальчишки и девочки во дворе (Кулеша, Аутаева, Бутабаева, 2016). Общество не имеет право лишать детей с ограниченными возможностями права получить образование, развить свои способности, талант и главное, иметь среду общения с нормальными детьми.

В настоящее время в Республике Казахстан активно набирает темпы инклюзивное образование. Включение каждого ребенка с трудностями в обучении в общеобразовательный процесс и реализация в нем вариативных моделей совместного обучения, социально-педагогическая адаптация с целью интеграции данного ребенка в общество – являются основными целями и задачами инклюзивного образования (Kulesza, Butabayeva, 2016).

Слово „инклюзия” входит не только в практику работы дошкольных, общеобразовательных, профессионально-технических, высших и внешкольных учебных заведений, но и в сознание широкой общественности – родителей, общественных организаций, государственных структур, представителей средств массовой информации.

Развитие инклюзивного образования не предполагает отказа от сложившейся системы специального образования. Речь идет о поиске путей развития новой школы таким образом, чтобы дети с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью смогли реализовать свое право обучаться наравне со своими сверстниками, в условиях, которые учитывают их особые образовательные потребности. Ключевым принципом инклюзивного обучения является совместное обучение и воспитание всех детей в детском саду, школе, внешкольном учебном заведении.

Во всем цивилизованном мире общество пришло к пониманию, что в соответствии с общечеловеческой моралью и требованием социальной справедливости – дискриминация детей с особыми образовательными потребностями в образовании недопустима, что нашло отражение в международных правовых документах ООН.

Изменение общественно-политического устройства Республики Казахстан, проведение мероприятий направленных на демократизацию общества в соответствии с международными правовыми документами ООН способствовало формированию новой позиции, отношения государства и общества к лицам с ограниченными возможностями, в том числе к образованию детей.

В настоящее время в Казахстане провозглашен принцип приоритета интересов личности над интересами общества через гарантированное соблюдение прав и свобод каждого. Отношение к лицам с ограниченными возможностями основывается на идее социальной реабилитации, которая предполагает достижение лицами с ограниченными возможностями максимальной самостоятельности и независимости в обществе.

Право на образование – это право любого человека. А образование детей – это основное и неотъемлемое условие их социализации, полноценного участия в жизни общества. Именно поэтому в рамках программы развития образования на 2011–2020 годы в Казахстане предусмотрено постепенное развитие инклюзивного образования, чтобы дети с ограниченными возможностями действительно имели возможность полноценно учиться и получать знания наравне с остальными.

Социальная адаптация – одно из приоритетных направлений инклюзивного образования в Казахстане. В условиях модернизации казахстанского образования разработка механизмов адаптивных стратегий для детей с особыми образовательными потребностями является закономерным этапом, связанным с переосмыслением обществом и государством своего отношения к людям с особыми образовательными потребностями.

Современная система образования развитого демократического сообщества призвана соответствовать индивидуальным образовательным потребностям личности, в том числе:

- потребности в полноценном и разнообразном личностном становлении и развитии – с учетом индивидуальных склонностей, интересов, мотивов и способностей (личностная успешность);
- потребности в органичном вхождении личности в социальное окружение и плодотворном участии в жизни общества (социальная успешность);
- потребности в развитости у личности универсальных трудовых и практических умений, готовности к выбору профессии (профессиональная успешность).

Создание в школах возможностей для удовлетворения этих индивидуальных образовательных потребностей становится основой построения многих систем обучения во всем мире. Вместе с тем существуют группы детей, чьи образовательные потребности не только индивидуальны, но и обладают особыми чертами.

Особые образовательные потребности возникают у детей тогда, когда в процессе их обучения возникают трудности несоответствия возможностей детей общепринятым социальным ожиданиям, школьно-образовательным нормативам успешности, установленным в обществе нормам поведения и общения. Эти особые образовательные потребности ребенка требуют от школы представления дополнительных или особых материалов, программ или услуг.

В соответствии с *Государственной программой развития образования и науки Республики Казахстан*, в нашей стране с 2011 года поэтапно внедряется инклюзивное образование. Для того чтобы внедрение инклюзивного образования имело целенаправленный и систематический характер необходимо определить концептуальные подходы к его пониманию и видению в перспективе и конкретные пути ее реализации. Практически все страны мира, в том числе страны СНГ, имеют национальные концепции инклюзивного образования, поскольку без определения целей, принципов и стратегий развития инклюзивного образования, невозможно его реализация.

В Республике Казахстан с 2015 года реализуются *Концептуальные подходы к развитию инклюзивного образования*, которые были разработаны согласно основополагающим международным документам в области прав человека, с учетом тенденций и достижений мировой практики в сфере образования и приоритетных задач развития казахстанской системы образования. В государственной программе развития образования и науки Республики Казахстан определены два магистральных направления развития инклюзивного образования в стране, в реализации которых активное участие должны принять областные, городские и районные Психолого-медико-педагогические консультации (далее по тексту ПМПК), которые включают:

первое направление – выявление нарушений психофизического развития у детей и организация коррекционно-педагогической работы на максимально раннем этапе (в возрасте от 0 до 3-х);

второе направление – включение детей с ограниченными возможностями в общеобразовательный процесс путем создания для них безбарьерной среды, вариативных условий обучения и воспитания с учетом их психофизических особенностей.

Преимущества раннего вмешательства заключается в высокой результативности коррекционно-педагогической работы: 30–40% детей с отклонениями в развитии достигают показателей нормы; у 90% детей наблюдается стойкий положительный эффект, что в свою очередь ведет к снижению инвалидности и социальной дезадаптации детей. Оказание ранней коррекционно-педагогической помощи позволяет к школьному возрасту сократить количество детей с ОВ на 30–40%. В настоящее

время по данным ПМПК среди детей с ОВ больше всего детей с задержкой психического развития и нарушениями речи – 55%. Эти категории детей могут быть 100% реабилитированы к школьному возрасту, если коррекционная помощь будет им оказана в раннем и дошкольном возрасте.

Суть второго направления заключается в выявлении и направлении детей в организации образования и выборе родителями организации образования для обучения ребенка с особыми образовательными потребностями, это может быть специальная школа, специальные классы либо совместное обучение в общеобразовательной школе, то есть инклюзивное образование.

Инклюзия предполагает не просто механическое включение ребенка с ограниченными возможностями в общеобразовательную организацию. Инклюзивное образование может быть сконструировано только в процессе постоянного взаимодействия образовательной системы со всеми заинтересованными ведомствами, (здравоохранения, социальной защиты, юстиции, финансов), а главное – с родителями.

Инклюзивное образование направлено на устранение барьеров, которые разъединяют детей, на полное включение всех детей в общеобразовательный процесс и их социальную адаптацию, несмотря на возраст, пол, этническую, религиозную принадлежность, отставание в развитии или экономический статус. Это означает, что вся система образования общей школы должна перестроиться. Инклюзивное обучение детей с особенностями развития совместно с их сверстниками – это обучение разных детей в одном классе, а не в специально выделенной группе (классе) при общеобразовательной школе.

Сегодня, основной проблемой является готовность принять массовой школой детей с особыми образовательными потребностями. То есть создание в этой организации широкого спектра разнообразных условий, необходимых для адаптации особого ребенка – от атмосферы принятия ребенка через обеспечение необходимого сопровождения такого ребенка специалистами коррекционного плана: психологом, дефектологом, логопедом, до внесения технических и архитектурных изменений, необходимых для адаптации и обучения ребенка (Butabayeva, Kulesza, Autayeva, Konysbayeva, 2017).

Для школы, выбравшей путь инклюзивной практики обучения, важно установить, что может быть конкретной причиной возникновения препятствий (барьеров) в обучении того или иного ученика с особыми образовательными потребностями.

Ставя задачу совершенствования инклюзивного образования в Республике Казахстан необходимо решить ряд проблем:

1. Нормативно – правовое обеспечение инклюзивного образования.

На базе Национального научно-практического центра коррекционной педагогики (далее по тексту – ННПЦ КП), который является организацией, осуществляющей научные прикладные исследования в области специального и инклюзивного образования, разработаны *Условия включения детей с ограниченными возможностями в общеобразовательный процесс*.

На сегодняшний день Приказом МОН РК утверждены в 2009 г. *Методические рекомендации по организации интегрированного (инклюзивного) образования детей с ограниченными возможностями в развитии* (16 марта 2009 № 4-02-4/450); в 2010 г. *Методическую рекомендацию по определению детей с аутизмом в организации образования* (28 мая 2010 № 4-02-4/1435); в 2011 г. *Методические рекоменда-*

ции психолого – педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями (12.12.2011, №524). Все они разработаны центром.

Разработаны методические рекомендации *Требования к профессиональной компетенции учителей, работающих в условиях инклюзивного образования* (2015); *Организация деятельности специальных классов в общеобразовательных школах* (2015); *Организация обучения детей с особыми образовательными потребностями по 8 категориям в условиях инклюзивного образования* (2015). Разработано *Положение о ресурсном центре инклюзивного образования* (2015). Но, данные методические рекомендации не могут полностью обеспечить реализацию равных возможностей на качественное образование детей с ограниченными возможностями в общем образовании. Методическое обеспечение инклюзивного образовательного пространства еще находится в стадии первичной разработки и апробации, что значительно затрудняет процесс внедрения практических технологий. При этом методическое обеспечение требует серьезных научных исследований.

2. Опыт работы школ, реализующих инклюзивное образование, показывает, что эффективное интегрированное обучение возможно лишь при условии подготовки и переподготовки педагогических кадров общеобразовательных школ. Целью такой подготовки является овладение учителями общеобразовательных школ дефектологическими знаниями и специальными педагогическими технологиями, которые позволяют квалифицированно обучать детей с нарушениями в развитии.

Важно вводить в штаты организаций образования, обучающихся детей с ограниченными возможностями ставки специального педагога. Для разных категорий детей с ограниченными возможностями должны работать специальные педагоги: олигофренопедагоги для работы с детьми с задержкой психического развития и с легкими нарушениями интеллекта; сурдопедагоги для детей с нарушениями слуха; тифлопедагоги для детей с нарушениями зрения; логопеды для детей с нарушениями речи.

Изучение особенностей включения детей с ограниченными возможностями в общеобразовательный процесс показало актуальность услуг психолога, что может служить обоснованием для введения в штаты организаций среднего образования, осуществляющих обучение детей с ограниченными возможностями, ставки специального психолога. Психолого-педагогическое сопровождение ребенка с ограниченными возможностями предполагает участие социального педагога, который принимает меры по выявлению причин социальной дезадаптации детей и оказывает им социальную помощь, осуществляет связь с семьей, а также с органами и организациями по вопросам трудоустройства детей и подростков, обеспечения их пособиями и пенсиями. Важно подчеркнуть, что педагогический персонал организаций образования, обучающихся детей с ограниченными возможностями, имеет право обращаться за консультативно – методической помощью в психолого-медико-педагогическую консультацию (ПМПК), кабинеты психолого-педагогической коррекции, реабилитационные центры, консультативные пункты и специальные школы.

3. Не маловажный аспект и проблема общеобразовательной школы – это оценка достижений учащихся с ограниченными возможностями в общеобразовательной школе.

Ведущими специалистами лаборатории специального школьного образования ННПЦ КП проводятся исследования требований к учебным достижениям учащихся с ограниченными возможностями. Отечественные ученые указывают на важность разработки стандартизированных оценочных средств и инструментария, позволяю-



ших определить уровень учебных достижений школьников с ограниченными возможностями в развитии. Так как, при сегодняшней пяти бальной оценке, учащихся с ограниченными возможностями попадет в число хронически неуспевающих учащихся. Представляется актуальной необходимостью мониторинговых исследований в общеобразовательных школах, осуществляющих обучение детей с особыми образовательными потребностями.

4. В целях компенсации нарушенных или утраченных функций необходимым условием является обеспечение учащихся с ограниченными возможностями в общеобразовательных школах техническими и вспомогательными средствами.

В общеобразовательной школе, осуществляющей обучение детей с ограниченными возможностями, необходимо соблюдение шадящего охранительно-педагогического режима в процессе обучения, воспитания и коррекционно-развивающей работы.

5. Не менее важно определение форм организации обучения детей с ограниченными возможностями в общеобразовательной школе. В настоящее время наиболее распространенной практикой включения детей с ограниченными возможностями в общеобразовательный процесс является обучение в специальных классах и обучение в обычных классах общеобразовательной школы без коррекционно-педагогической поддержки.

Для образования детей с ограниченными возможностями, на наш взгляд, наиболее оптимальным вариантом является сохранение и совершенствование существующей сети специальных коррекционных организаций образования с параллельным развитием инклюзивного образования. За годы деятельности специальных организаций образования накопился большой опыт обучения детей с особыми образовательными потребностями. Однако невозможно механически перенести этот опыт в массовую школу. Поэтому необходимо создать систему последовательного включения детей в общеобразовательный процесс. При этом не допускается разрушение ранее созданных специальных (коррекционных) организаций образования! В будущем они могли бы стать базой, т.е. методическими центрами поддержки массовых школ, которые посещают дети с проблемами обучения.

Таким образом, можно сформулировать следующие проблемы инклюзивного образования в Республике:

- Несвершенство нормативно-правовой базы, обеспечивающей инклюзивное образование. Прежде всего, это касается статуса школы, реализующей инклюзивное образование, статуса ребенка, обеспечение его специальным образовательным полисом, позволяющим получать необходимую коррекционно-педагогическую помощь;
- Архитектурная среда еще недостаточно приспособлена для обучения и проведения коррекционно-развивающих мероприятий, в большинстве случаев отсутствует необходимое специальное оборудование и оснащение;
- В общеобразовательных организациях недостаточно подготовленных педагогических кадров и психолого-педагогическое сопровождение ребенка с ограниченными возможностями (психолого-медико-педагогический консилиум, ККППК, РЦ) также требует совершенствования.
- Необходима организация ранней диагностики и коррекционно-педагогической поддержки, которая позволит на ранних этапах включить ребенка в коррекционно-педагогический процесс.

- Инклюзивное образование – это процесс развития общего образования, и это – государственная проблема. Решить ее только за счет инициативы представителей системы специального образования или активности отдельных неравнодушных руководителей школ и детских садов не представляется возможным, о чем свидетельствует международный опыт.
- Одной из наиболее значимых и ещё пока не решённых проблем является проблема создания учебно-методических комплексов для успешного инклюзивного образования всех категорий детей в условиях общеобразовательных дошкольных и школьных организациях образования.

Решение указанных проблем направлено на обеспечение равных образовательных возможностей для всех категорий детей. Дальнейшее совершенствование системы инклюзивного образования детей с особыми образовательными потребностями требует в первую очередь глубокого научного осмысления, моделирования, прогнозирования всех возможных позитивных и негативных последствий (Кенесбаев, Аутаева, Бутабаева, Махметова, 2015). В целом нужно признать, что в Республике необходимо проведение пилотных экспериментов и фундаментальных, прикладных научных исследований широкого комплекса проблем включения детей с особыми образовательными потребностями в общеобразовательный процесс.

#### Литература русскоязычная

- Бейсенбаева, Б.Ж. (2016). Актуальность инклюзивного образования в сфере развития современной образовательной системы. W: *Актуальные вопросы современной педагогики: материалы VIII Междунар. науч. конф.* (Самара, март 2016). Самара: ООО «Издательство АСГАРД». С. 1.
- Зарецкий, В.К. (2005). Десять конференций по проблемам развития особенных детей – десять шагов от инновации к норме. *Психологическая наука и образование*, № 1, 83–95.
- Кенесбаев, С.М., Аутаева, А.Н., Бутабаева, Л.А., Махметова, А.А. (2015). К вопросу интеграции образовательных систем в Республике Казахстан. *Szkola Specjalna*, 5, 350–360. DOI: 10.5604/137818x.1191295.
- Кулеша, Э.М., Аутаева, А.Н., Бутабаева, Л.А. [Kulesza, E.M., Autayeva, A.N., Butabayeva, L.A.] (2016). Отношение казахских учащихся первых классов к совместному обучению с ровесниками с ограниченными возможностями здоровья. *Szkola Specjalna*, 4, 269–278, DOI:10.5604/0137818X.1222626.
- Серикбаева, А. Б. (2012). Особенности включения инклюзивного обучения в образовательный процесс. *Вестник КарГУ*, Караганда.
- Хафизуллина, И.Н. (2008). *Формирование инклюзивной компетентности будущих учителей в процессе профессиональной подготовки*. Автореф. дис. ... канд. пед. наук. Астрахань.
- Шматко, Н.Д. (2010). Совместное воспитание и обучение детей с ограниченными возможностями здоровья и нормально развивающихся дошкольников. *Воспитание и обучение детей с нарушениями развития*, № 5.

#### Другие источники (английские и польские)

- Al-Khamisy, D. (2013). *Edukacja włączająca edukacją dialogu*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Butabayeva, L.A., Kulesza, E.M., Autayeva A.N., Konysbayeva A. (2017). Social attraction of first-grade pupils with disabilities by age-mates and their parents. *Man in India*, 97(15), 573–585.
- Kulesza, E.M. (Ed.) (2013). *Education of students with special needs-world experience. Individual Programs of Education and Therapy (IPET)*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.

Kulesza, E.M., Butabayeva, L.A. (2016). Students with special needs in the Kazakh educational system. *IJPINT*, 3 (2), 26–31, DOI: 10.5604/01.3001.0009.5081.

## INCLUDING CHILDREN WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS IN MAINSTREAM EDUCATION

### *Summary*

The problem of inclusive education is complex, debatable, but the main thing is that it is really a social issue because it affects the interests of a large number of people. The international community relates inclusive education to the category of legal issues as it calls upon the human right to quality education throughout life. Inclusive education is the state's policy that aims to remove barriers and enable all children to take an active part in education. Inclusive education is just beginning to develop in Kazakhstan. While school is not ready for serious reforms, it can and should take steps forward. Methodological provision for the inclusive educational space is still at the stage of primary development and testing, which considerably complicates the process of introducing practical solutions as methodological support requires a solid empirical base. Further improvement of the system of inclusive education for children with special educational needs requires, first of all, deep scientific understanding and modeling; also, all possible positive and negative consequences should be forecast.

**Key words:** children with special educational needs, inclusive education, integration, compensation, development

## WŁĄCZENIE DZIECI ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI W PROCES EDUKACJI OGÓLNODOSTĘPNEJ

### *Streszczenie*

Zagadnienie inkluzyjnego kształcenia jest złożone, dyskusyjne i przede wszystkim jest zagadnieniem społecznym, ponieważ dotyczy dużego kręgu ludzi. Międzynarodowa społeczność odnosi edukację inkluzyjną do kategorii problemów prawnych, gdyż dotyczy realizacji prawa człowieka do pełnowartościowej edukacji przez całe życie. Kształcenie inkluzyjne to polityka oświatowa państwa, której celem jest zniesienie barier i zapewnienie wszystkim dzieciom aktywnego udziału w procesie kształcenia. W Kazachstanie edukacja inkluzyjna jest jeszcze w fazie początkowej. Szkoła nie jest gotowa do przeprowadzenia głębokiej reformy, jednak może i powinna podejmować kroki w tym kierunku. Metodyczne zabezpieczenie przestrzeni inkluzyjnego kształcenia znajduje się jeszcze na etapie opracowania i wstępnych aprobacji, co utrudnia w dużej mierze proces wdrażania praktycznych rozwiązań edukacyjnych, bowiem metodyczne rozwiązania wymagają solidnej bazy empirycznej. Dalsze doskonalenie systemu kształcenia inkluzyjnego dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w pierwszej kolejności wymaga poważnej dyskusji naukowej, modelowania, prognozowania wszystkich możliwych pozytywnych i negatywnych skutków.

**Słowa kluczowe:** dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, edukacja inkluzyjna, integracja, kompensacja, rozwój

## EDUKACJA ORAZ WSPARCIE DZIECI, MŁODZIEŻY I DOROSŁYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI W CHORWACJI

### Wprowadzenie

Chorwacja (oficjalnie zwana Republiką Chorwacji) jest południowoeuropejską, liczącą około 4,5 miliona mieszkańców, republiką demokratyczną, która w 1991 r. oddzieliła się od Jugosławii. Od lipca 2013 r. wchodzi w skład Unii Europejskiej. Jest krajem, w którym obowiązek szkolny zaczyna się w 6. roku życia i trwa przez osiem lat (do 15. roku życia).

Republika Chorwacji była jednym z pierwszych krajów na świecie, które podpisały Konwencję o Prawach Osób Niepełnosprawnych<sup>1</sup>. Nastąpiło to w Nowym Jorku w marcu 2007 r. (*The Croatian Parliament*, 2007). Jest także krajem, w którym deinstytucjonalizacja rozpoczęła się dopiero w 2013 r.<sup>2</sup> (*Ten Years... 2013*) i ciągle stanowi duże wyzwanie dla państwa, społeczeństwa i środowisk osób z niepełnosprawnością intelektualną. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że jest to państwo, w którym ludzie z niepełnosprawnościami nadal borykają się z różnego typu barierami w zakresie wczesnej interwencji, dostępu do ogólnodostępnych przedszkoli i szkół, udziału w rynku pracy oraz poziomu osiąganego dochodu, prawa do niezależności oraz życia w rodzinie zamiast opieki instytucjonalnej (Lisak, 2014; Urbanc, Bratković, Lisak, 2014; Milnarević, Zrilić, 2015).

Niniejszy artykuł stanowi analizę sytuacji edukacyjno-rehabilitacyjnej dzieci, młodzieży i dorosłych z niepełnosprawnościami opartą na literaturze przedmiotu oraz doświadczeniach z wizyty studyjnej w placówkach i organizacjach NGO zajmujących się wspieraniem osób z niepełnosprawnościami w Zagrzebiu, sto-

<sup>1</sup> Convention on the Rights of Persons with Disabilities (<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>).

<sup>2</sup> W porównaniu do realiów polskich, gdzie większość dorosłych osób z niepełnosprawnościami (zwłaszcza z niepełnosprawnością intelektualną) mieszkała i nadal mieszka przede wszystkim z rodzinami pochodzenia, w Chorwacji (a wcześniej w dawnej Jugosławii) dominowały formy instytucjonalnej opieki i mieszkalnictwa dla tych osób. Segregacyjny system edukacji, opieki i wychowania miał charakter znacznie bardziej rozwinięty i stygmatyzujący m. in. ze względu na całodobowe odizolowanie tych osób od środowiska lokalnego i rodzinnego. Dlatego też proces deinstytucjonalizacji był i nadal jest głównym priorytetem działań na rzecz inkluzji i wyrównywania szans osób z niepełnosprawnościami w Republice Chorwacji.

licy Chorwacji. Wizyta studyjna odbyła się we wrześniu 2015 r. w ramach stażu naukowo-badawczego autorki na Uniwersytecie w Zagrzebiu. Miała na celu zapoznanie się z systemem wsparcia osób z niepełnosprawnościami oraz nawiązanie współpracy międzynarodowej na polu badawczym i organizacyjnym.

### **Struktura chorwackiego systemu edukacji, edukacja i wsparcie uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi oraz ich rodzin**

Obecnie Chorwacja stoi u progu ogólnej reformy szkolnictwa, która ma przybliżyć jej system do standardów wypracowanych w najbardziej rozwiniętych krajach Unii Europejskiej zarówno pod względem programu, jak i stosowanych w edukacji metod pracy (Alfirević, Relja, Popović, 2015).

W systemie kształcenia w Chorwacji dwa pierwsze etapy edukacyjne (niższy i wyższy) są obowiązkowe i odbywają się w jednej szkole (podstawowej), na którą składa się osiem klas. Edukacja na poziomie ponadpodstawowym nie jest obowiązkowa, niemniej jednak prawie wszyscy absolwenci szkół podstawowych zapisują się albo do 4-letniego liceum ogólnokształcącego (nazywanego gimnazjum), albo do 3- lub 4-letniej ponadpodstawowej szkoły zawodowej (Jokić, Hargreaves, 2015).

Okoliczności, w jakich Chorwacja stała się niepodległym państwem w 1991 r. oraz narażenie na trwającą ponad 4 lata agresję, doprowadziły do znacznego wzrostu liczby osób z niepełnosprawnością, a co się z tym wiąże, także do zwiększenia potrzeb w zakresie rehabilitacji i medycyny (Vlak i in., 2014).

Edukacja uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi odbywa się w:

1. Ogólnodostępnych placówkach (przedszkolach, szkołach podstawowych, szkołach ponadpodstawowych):
  - a) środowisko włączające (ogólnodostępne grupy edukacyjne, ogólnodostępne klasy):
    - oparte na ogólnodostępnym programie nauczania,
    - oparte na dostosowanym programie nauczania;
  - b) klasy powszechne (edukacyjne grupy specjalne):
    - oparte na dostosowanym programie nauczania,
    - oparte na specjalnym programie nauczania.
2. Placówkach edukacji specjalnej:
  - a) oparte na ogólnodostępnym programie nauczania,
  - b) oparte na dostosowanym programie nauczania,
  - c) oparte na specjalnym programie nauczania (Kudek, Mirošević, 2007).

Na poziomie przedszkola dzieci ze specjalnymi potrzebami – zgodnie z ustawą o edukacji przedszkolnej – mają pierwszeństwo przy staraniu się o miejsce w placówkach publicznych. Według prawa dzieci te poddawane są diagnozie (w skład zespołu wchodzi lekarz podstawowej opieki zdrowotnej oraz inni specjaliści), w wyniku której otrzymują specjalne zalecenia. Mogą trafiać do placówek specjalnych, grup specjalnych oraz przedszkoli ogólnodostępnych z przystosowanym programem. W przypadku tych dwu pierwszych możliwości pobyt dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w placówkach jest współfinansowany z budżetu państwa (tamże).

Narodowa Strategia Edukacji, Nauki i Technologii, ogłoszona w 2014 r., zakłada, że edukacja podstawowa będzie trwała 9 lat (obecnie trwa 8 lat). Chociaż nauczanie

jest obowiązkowe dla dzieci w wieku od 6 do 15 lat, w przypadku tych z niepełnosprawnościami jest przedłużone do 21. roku życia. Uczniowie ci mogą uczyć się w klasach ogólnodostępnych (stosuje się wówczas zindywidualizowane procedury), w klasach specjalnych oraz grupach edukacyjnych. Uczniowie ze znacznymi niepełnosprawnościami trafiają do placówek specjalnych (<https://www.european-agency.org/country-information/croatia/national-overview/complete-national-overview>). W klasach ogólnodostępnych maksymalna liczba uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi wynosi 3 (przy założeniu, że gdy jest to jeden uczeń, klasa nie może liczyć więcej niż 28 osób, gdy dwóch – 26 osób, a gdy trzech – 24 osoby). Dla uczniów, którzy z powodu stanu zdrowia nie mogą uczęszczać do szkoły, organizuje się nauczanie domowe. Uczniowie z niepełnosprawnością sensoryczną oraz motoryczną uczący się w szkołach ogólnodostępnych otrzymują wsparcie profesjonalne na dodatkowych zajęciach (indywidualnych lub w grupach maksymalnie 6-osobowych). Uczniowie z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej uczący się w szkołach ogólnodostępnych trafiają do klas liczących od 5 do 9 uczniów. Na poziomie edukacji ponadpodstawowej uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – podobnie jak na etapie podstawowym – trafiają do klas ogólnodostępnych, klas specjalnych oraz grup edukacyjnych (Kudek Mirošević, 2007). Dzieci i młodzież z umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności intelektualnej (a także niektórzy z lekkim stopniem) trafiają do placówek specjalnych (Phillips, 2012).

Prawa społeczne oraz usługi dla osób z niepełnosprawnościami są regulowane ustawą o opiece społecznej z 2012 r. Są to prawa do: wsparcia finansowego edukacji, dodatku mieszkaniowego, dodatku na opiekę i asystenta, statusu rodzica-opiekuna, dodatku inkluzyjnego (finansowe wsparcie osób z niepełnosprawnościami w celu wyrównania możliwości przy włączaniu w życie codzienne). Zagwarantowane usługi socjalne to: usługi doradcze, wczesna interwencja, pomoc profesjonalna w domu, integracja w programach edukacyjnych, dostęp do opieki dziennej, opieka instytucjonalna oraz wsparcie profesjonalne dla zorganizowanych usług mieszkalnych w społeczności lokalnej (Lisak, 2014).

## **Nauczanie inkluzyjne w Chorwacji**

W porównaniu do innych krajów europejskich chorwacki system oświaty otworzył się na uczniów z niepełnosprawnością stosunkowo szybko. Możliwość edukacji w szkołach ogólnodostępnych zyskali oni w roku 1980. Niemniej jednak wciąż zwraca się uwagę na niedostateczną jakość ich kształcenia: zbyt liczne klasy, niewystarczającą liczbę profesjonalistów w szkołach, brak profesjonalnej rehabilitacji w szkole oraz niekompetencję niektórych nauczycieli. Wskazuje się też na potrzebę unowocześnienia programów dla uczniów z niepełnosprawnościami oraz zbudowania systemu edukacji ponadpodstawowej (Zrilić, Bedeković, 2012).

Obecnie w systemie integracyjnym nauczane są dzieci z niepełnosprawnością wzrokową (niewidome, słabowidzące), słuchową (niesłyszące i słabosłyszące), zaburzeniami mowy i głosu, ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się, z niepełnosprawnością ruchową, chorobami przewlekłymi, mniejszymi możliwościami intelektualnymi (w grupie tej są uczniowie z problemami w uczeniu się związanymi m.in. z zaburzeniami w zachowaniu czy zaniedbaniami środo-

wiskowymi, ale bez zdiagnozowanej niepełnosprawności intelektualnej), nadpobudliwością psychoruchową, zaburzeniami zachowania, ze spektrum autyzmu oraz różnego rodzaju i stopnia trudnościami rozwoju psychofizycznego (*Croatian National Education Standard*, 2006). Dane liczbowe odnoszące się do dzieci z niepełnosprawnością kształconych w integracji na poziomie szkoły podstawowej (z podziałem na klasy od I do VIII) zawarto w tabeli 1. Tabela 2 zawiera dane określające liczbę dzieci z niepełnosprawnością w szkołach specjalnych.

**Tabela 1**

Uczniowie z niepełnosprawnością w szkołach integracyjnych w Chorwacji w roku szkolnym 2013/2014

Uczniowie	Razem	Według klas							
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Ogółem	16318	747	1290	1829	2000	2339	2605	2806	2702
Chłopcy	10416	470	820	1193	1272	1477	1691	1818	1675
Dziewczeta	5902	277	470	636	728	862	914	988	1027
Ogółem promowani	16068	807	1269	1793	1969	2274	2550	2733	2673
Chłopcy	10258	502	808	1171	1251	1434	1658	1772	1662
Dziewczeta	5810	305	461	622	718	840	892	961	1011

Źródło: *Croatian Bureau of Statistics* (2015). [http://www.dzs.hr/Hrv\\_Eng/publication/2015/SI-1543.pdf](http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2015/SI-1543.pdf), s. 17.

**Tabela 2**

Uczniowie z niepełnosprawnością w szkołach specjalnych w Chorwacji w roku szkolnym 2013/2014

Wyszczególnienie	Szkoły	Oddziały	Uczniowie		
			Razem	Chłopcy	Dziewczeta
Ogółem	75	327	1 817	1168	649
Dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną	33	124	693	442	251
Dla dzieci i młodzieży z uszkodzeniem wzroku	1	4	21	17	4
Dla dzieci i młodzieży z uszkodzeniem słuchu	3	35	279	181	98
Dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością fizyczną	1	13	74	41	33
Dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami zachowania	8	15	74	61	13
Dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością sprzężoną	29	136	676	426	250

Źródło: *Croatian Bureau of Statistics* (2015). [http://www.dzs.hr/Hrv\\_Eng/publication/2015/SI-1543.pdf](http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2015/SI-1543.pdf), s. 19.

Analiza wyników zawartych w tabelach 1–2 wskazuje, iż w Chorwacji na poziomie szkoły podstawowej w roku szkolnym 2013/2014 w formie ogólnodostępnej (integracyjnej) kształciło się 88,87 % wszystkich uczniów z niepełnosprawnością, a w formie

specjalnej – 11,13%. Dla porównania, w tym samym czasie w polskich szkołach podstawowych 36,22% uczniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego uczęszczało do szkół integracyjnych, 23,43% – do szkół ogólnodostępnych, 1,29% – do klas specjalnych w szkołach ogólnodostępnych i 39,06% do szkół specjalnych. Wskazuje to na znacząco wyższy odsetek uczniów z niepełnosprawnością w polskich szkołach podstawowych specjalnych w porównaniu do szkół chorwackich.

Inne dane ukazują, że liczba dzieci z niepełnosprawnościami w szkolnictwie ogólnodostępnym pozostaje od kilku lat na zbliżonym poziomie, jednakże z tendencją malejącą (rok szkolny 2010/2011 – 349 423 uczniów, rok szkolny 2014/2015 – 321 512 uczniów).

W podstawie programowej (*The Croatian National Curriculum Framework*, 2011) zakłada się zapewnienie wszystkim uczniom, uwzględniając ich możliwości, równych szans w dostępie do wychowania i nauczania razem z rówieśnikami w pełnej bądź częściowej integracji. Stwarza się również możliwość konstruowania indywidualnych programów dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, które pozwoliłyby im na rozwijanie własnego potencjału adekwatnie do posiadanych możliwości.

W licznych publikacjach (Bouillet, Bukvić, 2015; Milnarević, Zrilić, 2015; Kelava, 2016; Vuković, 2016) podkreślana jest rola wsparcia społecznego osób z niepełnosprawnością oraz rola nauczyciela w kreowaniu środowiska szkolnego, w którym wszyscy uczniowie mogliby maksymalnie rozwijać swoje umiejętności.

### **Organizacje pozarządowe na rzecz wspierania osób z niepełnosprawnościami w Chorwacji**

Republika Chorwacji, jako sygnatariusz Konwencji o Prawach Osób z Niepełnosprawnościami, podjęła się zadania poprawy sytuacji społecznej tych osób. Ważną rolę w tych działaniach, oprócz inicjatyw rządowych, odgrywają organizacje pozarządowe zajmujące się wspieraniem społeczeństwa obywatelskiego. Początku ich działalności można upatrywać w czasach chorwackiej wojny o niepodległość (1991–1995), kiedy różne organizacje, w tym międzynarodowe, rozpoczęły działania na rzecz pomocy ofiarom wojny (Urbanc, Bratković, Lisak, 2014). Była to z jednej strony odpowiedź na potrzeby społeczne, wyraz rosnącej roli solidarności obywatelskiej, z drugiej – przejaw stopniowo dokonującej się transformacji społeczno-politycznej i ekonomicznej.

Spółeczna aktywność ruchu NGO jest szczególnie cenna, ponieważ w obliczu stale niewystarczających działań ze strony państwa i nadal wysokiego poziomu instytucjonalizacji form opieki nad osobami z niepełnosprawnościami, wspiera on aktywność własną tych osób, a pośrednio aktywizuje także społeczność lokalną. Zajmując się promowaniem self-advokatury, wpływa pozytywnie na poprawę jakości życia. Ważną cechą jest także otwarcie na potrzeby społeczności osób z niepełnosprawnościami: wysłuchiwanie ich głosu oraz opinii, reagowanie na rzeczywiste potrzeby, bycie awangardą pozytywnych przemian w podejściu do niepełnosprawności. Wśród chorwackich organizacji odnoszących szczególne sukcesy w działalności na rzecz osób z niepełnosprawnościami znajdują się: Stowarzyszenie Self-advokatów w Zagrzebiu (Udruga za Samozastupanje), Stowa-



rzyszenia na Rzecz Promocji i Równości Edukacji Młodzieży z Niepełnosprawnościami (Udruga Zamisli) oraz Stowarzyszenie Niepełnosprawnych Fizycznie w Zagrzebiu (Društvo Tjelesnih Invalida) (tamże). Z pierwszym ze wspomnianych stowarzyszeń autorki niniejszego artykułu zetknęły się w trakcie stażu naukowo-badawczego oraz wizyty studyjnej w Chorwacji.

### **Odśłona pierwsza – Centrum Rehabilitacji w Zagrzebiu (Centar za rehabilitaciju Zagreb)**

Centrum Rehabilitacji w Zagrzebiu powstało w 1947 r. z inicjatywy Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Początkowo było częścią Zgromadzenia Służebnic Dzieciątka Jezus Antunovac, a od 1955 r. stało się placówką państwową publiczną.

Obecnie składa się z pięciu oddziałów (placówek) usytuowanych w różnych miejscach Zagrzebia. Są to: siedziba główna Orlovac oraz cztery oddziały: Pounovac, Ilica, Słoboština, Słoboština II. Ponadto w skład Centrum wchodzi sześć warsztatów pracy zajmujących się terapią zajęciową oraz rehabilitacją psychospołeczną dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną. Zadaniem Centrum jest zapewnienie kompleksowej rehabilitacji dzieciom, młodzieży oraz dorosłym z umiarkowaną, znaczną i głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Jego motto brzmi: „Różni pod względem umiejętności – równi w prawach”.

Centrum oferuje następujące usługi:

- całodobowe usługi mieszkalne,
- tygodniowe pobyty mieszkalne,
- programy dziennej (10 godzin) i kilkugodzinnej (6 godzin) opieki i terapii,
- usługi zdrowotne i działania z zakresu prewencji medycznej,
- opiekę i edukację przedszkolną,
- edukację na poziomie szkoły podstawowej,
- rehabilitację psychologiczną,
- treningi pracy i zatrudnienie (w tym wspieranie zatrudnienia na otwartym rynku pracy),
- organizację czasu wolnego,
- mieszkalnictwo niezależne w społeczności lokalnej,
- wsparcie w niezależnym życiu w środowisku lokalnym (<http://www.crzagreb.hr/en/>).

W trakcie stażu naukowo-badawczego w Chorwacji miałyśmy okazję zapoznać się z pracą dwóch placówek wchodzących w skład Centrum Rehabilitacji – Słoboština oraz Słoboština II. Mieszczą się one w południowej części Zagrzebia zwanej Nowym Zagrzebiem. Pierwsza z placówek została otwarta w 1984 r. Budynek został przystosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. W oddziale Słoboština prowadzone jest przedszkole (dla dzieci od 3 do 7 lat) oraz szkoła podstawowa dla dzieci i młodzieży z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną (w wieku 7–14 lat), a także kompleksowa rehabilitacja psychospołeczna według indywidualnych programów dla dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną (w wieku od 3 do 14 lat). Placówka ta oferuje również wsparcie dla rodzin najmłodszych dzieci w ramach programów wcześniejszej interwencji realizowanych w domach rodzin z dzieckiem zagrożonym nie-

pełnosprawnością (program Portage). Pracownicy placówki pełnią także funkcje asystentów, konsultantów dla nauczycieli i osób wspierających, dla dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, które trafiają do szkolnictwa ogólnodostępnego w Zagrzebiu i w okolicach. Ponadto rodziny dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną mogą – w sytuacjach tego wymagających – korzystać w Centrum z pomocy w opiece okazjonalnej (do 12 godzin tygodniowo).

Placówka dysponuje szeregiem gabinetów i sal specjalistycznych, gdzie prowadzone są terapie specjalistyczne, m.in. terapia logopedyczna, integracja sensoryczna, fizykoterapia, kinezyterapia, arteterapia, terapia tańcem itp. Podopieczni korzystają również z zajęć hipoterapii, hortiterapii, pływania i nurkowania. Placówka pełni także funkcję szkoły ćwiczeń dla Wydziału Edukacji Specjalnej Uniwersytetu w Zagrzebiu oraz dla Wyższej Szkoły Medycznej.

Tuż obok mieści się następny oddział Centrum Rehabilitacji – Słoboština II, który został wybudowany w 2003 r. Zajmuje się on opieką, rehabilitacją i wsparciem dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną. Obok pionu rehabilitacyjnego, gdzie prowadzona jest terapia zajęciowa oraz różnego rodzaju zajęcia terapeutyczne (m.in. terapia muzyczna, fizjoterapia, kinezyterapia), część budynku zajmuje pion mieszkalny. Składa się on z 7 mieszkań po 6 pokoi 2-osobowych w każdym z nich. Mieszkania te mają swoje kuchnie, pokoje gościnne, łazienki. Obecnie w pionie tym mieszka 20 osób, które nie mają zgody na to, aby mieszkać w apartamentach (nieuregulowane kwestie ubezwłasnowolnienia). Prowadzone są starania, aby zgodnie z działaniami deinstytucjonalizacyjnymi także te osoby – w miarę możliwości – przenieść do mieszkań chronionych w różnych dzielnicach miasta.

Słoboština II oferuje cztery pracownie warsztatowe w ramach terapii zajęciowej (artystyczną, dziewiarską, ceramiczną i wyrobu świec). W placówce może uczestniczyć w tych zajęciach 60 osób. Część uczestników to mieszkańcy pionu mieszkalnego, pozostali mieszkają w mieszkaniach chronionych lub w domach rodzinnych ze swoimi rodzinami.

W ramach naszej wizyty odwiedziliśmy także jedno z mieszkań chronionych, w którym mieszkają dorośli z niepełnosprawnością intelektualną. W każdym z takich mieszkań (jest ich obecnie 25 na terenie Zagrzebia) mieszka maksymalnie 5 osób. Mieszkania są duże (mają od 85 do 100 m<sup>2</sup>), wygodne i wyposażone we wszystkie niezbędne sprzęty. Najczęściej wynajmowane są na otwartym rynku, a ich utrzymanie opłacane jest z różnych projektów (m.in. z Fundacji Sorosa) oraz środków państwowych. Obecnie Centrum ma pod opieką 78 osób mieszkających w mieszkaniach chronionych. Każdy apartament ma przydzielonych 4–5 asystentów, spośród których jeden jest tzw. asystentem seniorem, osobą odpowiedzialną za koordynację aktywności mieszkańców, finanse, dba o dobrą organizację pracy wszystkich asystentów. Oprócz tego Centrum zatrudnia koordynatorów, którzy sprawują opiekę nad 3–4 mieszkaniami. Oni odpowiadają za kontakty z rodzicami/rodzinami, specjalistami, placówkami.

Mieszkanie, które odwiedziliśmy, mieści się w wieżowcu jednej z nowych dzielnic Zagrzebia. Składa się z salonu połączonego z kuchnią i jadalnią oraz trzech sypialni i łazienki. Mieszkankami jest pięć kobiet z różnymi stopniami niepełnosprawności intelektualnej (od lekkiego do znacznego) i różnym poziomem funkcjonowania społecznego. Jedna z nich pracuje na otwartym rynku pra-

cy, pozostałe uczestniczą w zajęciach terapii zajęciowej Centrum Sloboština II. W trakcie naszej wizyty obecna jest asystentka kobiet oraz koordynatorka. Mamy okazję porozmawiać z mieszkankami o ich zainteresowaniach (podróże, robotki ręczne, fotografia), obejrzeć zdjęcia z ich wyjazdu wakacyjnego nad morze, a także wypić kawę i spróbować własnoręcznie upieczonego przez jedną z nich ciasta. Kobiety są zachęcane do aktywności, uczone umiejętności potrzebnych w samodzielnym życiu (robienia posiłków, dbałości o porządek, prania), chętnie przyjmują gości, uczestniczą w życiu kulturalnym dzielnicy i miasta.

### **Odsłona druga – Stowarzyszenie Self-adwokatów w Zagrzebiu (Udruga za Samozastupanje)**

W Chorwacji istnieje nieformalna sieć organizacji self-adwokatów złożona z 11 grup oraz 2 stowarzyszeń (mających swoją siedzibę w Zagrzebiu i Osijeku). W Zagrzebiu miałyśmy okazję zapoznać się z działalnością jednego z nich – Udruga za Samozastupanje. Jest ono członkiem międzynarodowej organizacji Inclusion Europe oraz the European Platform of Self-Advocates, a także jednym z założycieli Platformy 112, obecnie największej koalicji obywatelskich, pozarządowych organizacji chorwackich, składających się z ponad 70 członków. Specyfiką działalności tego stowarzyszenia jest niezależność od organizacji skupiających rodziców i opiekunów z niepełnosprawnością intelektualną (Udruga za Samozastupanje zatrudnia zarówno osoby z niepełnosprawnością intelektualną, jak i pełnosprawne pełniące rolę asystentów; jej przewodniczącym jest zawsze osoba z niepełnosprawnością). Duży nacisk kładzie na prawa człowieka. Kolejną cechą charakterystyczną jest filozofia podejścia do istoty bycia rzecznikiem swoich praw, która różni się od tej reprezentowanej przez grupy rodziców z innych organizacji chorwackich skupiających self-adwokatów. Udruga za Samozastupanje – w przeciwieństwie do pozostałych grup – nie uważa, iż tylko osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej mogą pełnić rolę self-adwokatów (*Ten Years...* 2013). Jej misją i celem jest promocja praw równych dla wszystkich oraz poprawa jakości życia osób z niepełnosprawnością intelektualną (Urbanc, Bratković, Lisak, 2014).

Początki działalności, która zaowocowała powstaniem Stowarzyszenia, sięgają 2000 r. Najpierw spotkania jego członków miały formę dziesięciodniowych zgrupowań. Uczestnikami tych spotkań stały się osoby, które dzięki deinstytucjonalizacji opuściły instytucje/placówki, w których żyły, a dzięki programowi Stowarzyszenia Promującego Inkluzję (Udruga za promicanje inkluzije) rozpoczynały niezależne życie w społeczności lokalnej. Celem spotkań było przede wszystkim rozwijanie samostanowienia i niezależności oraz ćwiczenie takich umiejętności, jak: stawianie sobie celów, dokonywanie wyborów, rozwiązywanie problemów, negocjowanie, podejmowanie decyzji, samoświadomość (*Ten Years...* 2013). W 2003 r. ponad 20 najbardziej aktywnych self-adwokatów zaczęło intensywniej poznawać prawa obywatelskie. Z pomocą asystentów rozpoczęli pracę nad poprawą swej sytuacji oraz utworzeniem stowarzyszenia, które oficjalnie zostało zarejestrowane 6 października 2013 r. Jest ono pierwszym chorwackim stowarzyszeniem self-adwokatów kierowanym przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Pierwszą przewodniczącą stała się Zdenka Petrović (<http://www.samozastupanje.hr/>). Za cel Stowarzyszenia przyjęto reprezen-

towanie interesów szerszej populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną, nie tylko jego członków. Pierwszą inicjatywą stało się zebranie i wydanie w 2004 r. historii życia 12 self-adwokatów. Kolejne projekty dotyczyły m.in. publikacji broszur (*Razem jesteśmy silniejsi*) czy kampanii medialnych dotyczących zatrudnienia osób z niepełnosprawnością intelektualną (*Te same prawa, te same możliwości. Chcę, mogę, wiem*). Członkowie Stowarzyszenia z pomocą asystentów z powodzeniem aplikowali o fundusze grantowe zarówno ze źródeł krajowych (państwowych oraz pozarządowych), jak i międzynarodowych. Od 2005 r. zaczęto podpisywać kontrakty na pracę czasową z asystentami, co pozwoliło na organizowanie spotkań trzy razy w tygodniu. Oprócz spotkań poświęconych problemom życia codziennego, edukacji w zakresie praw czy zainteresowań, członkowie Stowarzyszenia aktywnie uczestniczą w krajowym i międzynarodowym ruchu na rzecz self-adwokatury (seminaria, konferencje, spotkania, publikacje materiałów łatwych do czytania, organizacja szkoleń i treningów), a także propagują swoją działalność zarówno wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną, członków ich rodzin czy profesjonalistów, jak i przedstawicieli władz państwowych i lokalnych oraz społeczeństwa (m.in. filmy wideo, strona internetowa [www.samozastupanje.hr](http://www.samozastupanje.hr), czasopismo *Glas samozastupnika*, spotkania w szkołach, na uniwersytetach). Jednym z działań na rzecz promowania swoich praw jest udział przewodniczącej Stowarzyszenia w parlamentarnej sesji Komisji do Spraw Praw Człowieka oraz Praw Mniejszości Narodowych w 2005 r. czy uczestnictwo w kongresach Europe in Action organizowanych przez Inclusion Europe. Współpraca międzynarodowa stanowi ważny aspekt działalności Stowarzyszenia Self-adwokatów w Zagrzebiu. Od 2006 r. jest ono aktywnym członkiem europejskiej organizacji Inclusion Europe, a jego przewodnicząca, Zdenka Petrović, została wybrana na członka zarządu Europejskiej Platformy Self-adwokatów (EPSA). Stowarzyszenie uczestniczy m.in. w przygotowaniu raportu krajowego (odpowiadając za obszar badań oraz przygotowanie wersji łatwej do czytania). Kolejnym krokiem do zacieśnienia działalności na forum międzynarodowym jest przystąpienie do Europejskiej Koalicji na Rzecz Życia w Społeczności Lokalnej (*Ten Years... 2013*).

Ważne w działalności Stowarzyszenia stały się prace na rzecz Konwencji o Prawach Osób z Niepełnosprawnościami (2006), m.in. przygotowywanie jej w wersji łatwej do czytania czy promowanie jej w środowisku osób z niepełnosprawnością intelektualną w Chorwacji. Kolejnym istotnym wydarzeniem było nawiązanie współpracy w 2009 r. z amerykańską organizacją Narativ, zajmującą się metodą słuchania i opowiadania historii (<http://narativ.com/>). Rezultatem tej współpracy stało się organizowanie sesji opowiadania historii oraz nagrywanie historii opowiedzianych przez self-adwokatów, a także szkolenie następnych grup self-adwokatów z Serbii, Macedonii i Kosowa.

Stowarzyszenie, stojąc na straży obrony praw osób z niepełnosprawnością intelektualną, styka się często z niezrozumieniem, a nawet agresją. W 2010 r. na konferencji dla mediów jego członkowie wyrazili swój protest przeciwko kampanii mającej na celu zbieranie funduszy na funkcjonowanie całodobowego Centrum Rehabilitacji Stančić. Według nich należałoby raczej pracować nad działaniami zmierzającymi do deinstytucjonalizacji. Efektem tej konferencji był publiczny atak na Stowarzyszenie w Internecie, a nawet wybitcie szyb w jego siedzibie. Mimo tych przeszkód Stowarzyszenie stale się rozwija, prowadzi kursy

dla self-adwokatów z terenu całej Chorwacji i krajów ościennych (Macedonii, Mołdawii, Bośni i Hercegowiny) na temat prawa do życia w społeczności lokalnej, edukacji, zatrudnienia, zdolności prawnej, ochrony przed dyskryminacją. Stale szkoleni są także nowi asystenci grup self-adwokatów. Efektem dużej aktywności na polu ochrony praw osób z niepełnosprawnością intelektualną staje się m.in. wybór w 2012 r. przewodniczącej Stowarzyszenia w Zagrzebiu Senady Haličević na prezydenta Europejskiej Platformy Self-adwokatów (<http://self-advocacy.eu/>) oraz wiceprezydenta organizacji Inclusion Europe.

Spotkanie z self-adwokatami (część osób jest zatrudniona w Stowarzyszeniu) oraz ich asystentami pozwoliło nam zarówno zapoznać się z ich działalnością, jak i porozmawiać na temat planów i problemów, z jakimi się stykają. Obecnie ich siedziba mieści się w biurze niedaleko centrum Zagrzebia. Dysponują trzema pomieszczeniami z zapleczem socjalnym wyposażonym w sprzęt multimedialny i biurowy. W biurze organizują spotkania self-adwokatów i przygotowują kolejne numery swojego czasopisma, opracowują broszury łatwe do czytania, prowadzą stronę internetową oraz swoje profile na portalach społecznościowych. Duży nacisk kładą na współpracę na poziomie krajowym i międzynarodowym z innymi organizacyjnymi działającymi na rzecz samostanowienia osób z niepełnosprawnością intelektualną.

## Zakończenie

Jak podają raporty statystyczne (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, 2013, za: Lisak, 2014), 78% dzieci oraz dorosłych z niepełnosprawnościami w Chorwacji całe swoje życie spędza z rodzinami i potrzebuje wsparcia lokalnej społeczności. Usługi socjalne zwykle stoją na dość niskim poziomie lub nie istnieją na poziomie lokalnym, co negatywnie wpływa na osobistą i rodzinną jakość życia. Źródeł istniejących braków upatruje się w przyczynach historycznych oraz politycznych – w kraju komunistycznym, jakim była kiedyś Jugosławia (do której należała Chorwacja), priorytetem był interes publiczny, nie indywidualny. Polityka państwa wobec osób z niepełnosprawnościami opierała się na opiece instytucjonalnej i segregacyjnych formach pomocy. Od 1990 r. można zaobserwować stopniowe zmiany w podejściu do tej grupy społeczeństwa, chociaż nadal jest to proces powolny i negatywnie powiązany z obecnie trwającym kryzysem ekonomicznym (Lisak, 2014). Organizacje pozarządowe w Chorwacji zajmujące się wspieraniem osób z niepełnosprawnościami są pozytywnym przykładem dobrych praktyk w zakresie wspomaganie samostanowienia oraz budowania modelu wsparcia społeczności lokalnej.

## Bibliografia

- Alfirević, N., Relja, R., Popović, T. (2015). *Proceedings of the Multidisciplinary Academic Conference. Managerial Development of Croatian Principals: Longitudinal Empirical Research of Educational Needs and Approaches*. s. 1–7, <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=e26ff6ece-d746-4958-8e22-3dc268565c0b%40sessionmgr4010&hid=4112> [dostęp: 26.10.2016].
- Bouillet, D., Bukvić, Z. (2015). Razlike u mišljenjima studenata i zaposlenih učitelja o obrazovnoj inkluziji učenika s teškoćama. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 51(1), 9–23.
- Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf> [dostęp: 02.11.2016].

- Croatian Bureau of Statistics (2015). Statistical Reports' [http://www.dzs.hr/Hrv\\_Eng/publication/2015/SI-1543.pdf](http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2015/SI-1543.pdf) [dostęp: 12.06.2016].
- Croatian National Education Standard (2006). Zagreb: Ministry of Science, Education and Sports, <http://www.crzagreb.hr/en/> [dostęp: 24.10.2016].
- <https://www.epnuffic.nl/en/publications/find-a-publication/education-system-croatia.pdf> [dostęp: 24.10.2016].
- <https://www.european-agency.org/country-information/croatia/national-overview/complete-national-overview> [dostęp: 28.10.2016].
- <http://narativ.com/> [dostęp: 27.10.2016].
- <http://self-advocacy.eu/> [dostęp: 28.10.2016].
- Jokić, B., Hargreaves, L. (2015). An easy A or a question of belief: pupil attitudes to Catholic religious education in Croatia. *British Journal of Religious Education*, 37(1), 4–19.
- Kelava, I. (2016). *Kvaliteta života osoba u inkluziji*. Doctoral dissertation. Bjelovar: Technical College in Bjelovar. Department of Nursing.
- Kudek Mirošević, J. (2007). *Inclusive education in Croatia. Regional Preparatory Workshop on Inclusive Education Eastern and South Eastern Europe*. Romania: UNESCO.
- Leutar, Z., Oršulić, V. (2015). Povezanost socijalne podrške i nekih aspekata roditeljstva u obiteljima s djecom s teškoćama u razvoju. *Revija za socijalnu politiku*, 22(2), 153–176.
- Lisak, N. (2014). The integrative analysis of social factors in the life course of families with disabilities. The Croatian society context and disability. *Socialno delo*, 53(3), 255–264.
- Mlinarević, V., Zrilić, S. (2015). Strateški, kurikularni i zakonski dokumenti kao temelj razvoja socijalnih kompetencija u hrvatskoj školi. *Školski vjesnik. Časopis za pedagoškijsku teoriju i praksu*, 64(2), 283–308.
- Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2014/2015*. Główny Urząd Statystyczny, file: C:/Users/user/AppData/Local/Temp/oswiata\_i\_wychowanie\_w\_roku\_szkolnym\_2014-2015.pdf [dostęp: 14.06.2016].
- Philips, S.D. (2012). EU Disability Policy and Implications of EU Accession for Disability Rights in Education and Employment in Bulgaria, Romania, Croatia, and the Former Yugoslav republic of Macedonia. *Journal of Disability Policy Studies*, 22(4), 208–219.
- Ten Years. Association for self-advocacy* (2013). Open Society Foundation. Zagreb: Udruga za Samozastupanje.
- The Croatian National Curriculum Framework* (2011). Zagreb: Ministry of Science, Education and Sports.
- The Croatian Parliament* (2007). Law on ratification of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, [http://narodne-novine.nn.hr/clanci/medunarodni/2007\\_06\\_6\\_80.html](http://narodne-novine.nn.hr/clanci/medunarodni/2007_06_6_80.html) [dostęp: 12.06.2016].
- Urbanc, K., Bratković, D., Lisak, N. (2014). Civil Society organizations as a Vital Support for Persons with Disability in Croatia. *Socialno delo*, 53(3), 159–168.
- Vlak T., Soso, D., Poljicanin, A., Becir, B., Marinovic, I., Pivalica, D., Tukic, A., Ceprnja, A.R., Pecotic-Jericevic, S. (2014). Physical and rehabilitation medicine training center in Split, Croatia: striving to achieve excellence in education of a rehabilitation team. *Disability and Rehabilitation*, 36(9), 781–786.
- Vuković, I. (2016). *Inkluzija osoba s poteškoćama u razvoju u zajednici*. Doctoral dissertation. Split: University of Split, University Department of Health Studies.
- Zrilić, S. (2013). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole*, Zadar: Sveučilište u Zadru.
- Zrilić, S., Bedeković, V. (2012). *Integrated Upbringing and Education Assumptions in Contemporary Schools: Curriculum, Legislation, Model Implementation*. Competences. 8th International Conference on Education, Samos Island Greece, s. 979–983.

## URAZY W JUDO U STUDENTÓW PEŁNOSPRAWNYCH I Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ

### Wprowadzenie

Aktywność fizyczna bardzo pozytywnie wpływa na organizm człowieka pod warunkiem, że jest ona regularna. Systematyczna rekreacja ruchowa zmniejsza ryzyko wystąpienia chorób serca, chorób nowotworowych, a także układu krążenia (Traczyk, 2002). Jednym z celów wychowania jest świadoma ochrona zdrowia. Świadomość tę rozwija wychowanie fizyczne, sport wyczynowy, rekreacja ruchowa. Systematyczna aktywność fizyczna w wolnym czasie rozumiana jest jako każdy aktywny wypoczynek, który wiąże się z dowolną i świadomie podejmowaną działalnością powodującą wydatek energetyczny (Dziewulski, 2003). Nadrzędnym celem takiej edukacji jest kształtowanie właściwych postaw wobec szeroko rozumianej kultury fizycznej. Budowanie świadomości związanej z higieną wśród uczniów i studentów w szkołach, klubach sportowych, a także wdrażanie ich do zdrowego trybu życia może istotnie przyczynić się do zmniejszenia zachorowalności i wyrobienia nawyku zdrowego stylu życia w wieku dorosłym (Celejowa, Niedźwiedzka, Markowska, 1977).

Judo ze względu na swoją specyfikę uważane jest przez wielu za dyscyplinę dla tzw. twardzieli. Nic bardziej mylnego, bo judo jest sportem dla każdego. Nie ma znaczenia wiek, płeć czy też typ budowy ciała. Już pierwsze treningi na macie mogą odbywać się z udziałem najmłodszych dzieci, przedszkolaków i wśród nich cieszą się popularnością (Jagiello, 2000). Jest to sport, dzięki któremu kształtujemy naszą sprawność fizyczną, która sprzyja prawidłowemu rozwojowi fizycznemu i psychicznemu (Jegier, Nazar, Dziak, 2005). Trening judo daje podstawy do ogólnej sprawności, niezbędnej do uprawiania innych dyscyplin (Miłkowski, 1987). Judo w wielu krajach wprowadzone zostało do szkół jako obowiązkowy przedmiot wychowania fizycznego. Wraz z rozkwitem sieci internetowej i gier komputerowych młodzi ludzie mają coraz więcej pokus, by siedzieć w domu przed komputerem. Alternatywą dla tak spędzanego czasu mogą być treningi na macie.

Judo to przede wszystkim rekreacja i jedna z najbardziej ogólnorozwojowych dyscyplin sportu. Coraz więcej starszych ludzi stara się kształtować swoją sylwetkę, sprawność, tężyznę fizyczną właśnie poprzez uprawianie judo. Judo cieszy się także ogromnym zainteresowaniem wśród studentów, również studentów APS z niepełnosprawnością ruchową. Dyscyplina ta zalecana jest w usprawnianiu osób z różnymi typami dysfunkcji, w tym szczególnie z uszkodzeniem narządu ruchu, gdyż wzbogaca proces rehabilitacji. Ćwiczenia wzmacniające gorset mięśniowy czy inne bardzo zróżnicowane, atrakcyjne ćwiczenia stwarzają szanse człowiekowi na prawidłowy rozwój i odpowiednie funkcjonowanie przez wiele lat (Lewandowski, Świerczyński, 1970). Zdaniem Jerzego Becka (1977) sport

adaptowany<sup>1</sup> w sposób szczególny oddziałuje na osoby z niepełnosprawnością, łącząc w sobie z założenia rekreację fizyczną i rehabilitację.

### Urazy i przyczyny ich powstawania

Urazy są nieodłącznym elementem sportu uprawianego zarówno przez osoby pełnosprawne, jak i niepełnosprawne. Odpowiedni trening, właściwa organizacja oraz systematyczna odnowa biologiczna, profesjonalna współpraca lekarzy sportowych, fizjoterapeutów z trenerami wpływa na zmniejszenie się częstotliwości występowania urazów, a tym samym zwiększenie skuteczności działań profilaktycznych (Klukowski, Lewicki, 2007). Według Zbigniewa Lewandowskiego i Zbigniewa Świerczyńskiego (1970) systematyczny trening judo przyczynia się do zmniejszenia kontuzji w sporcie amatorskim oraz w życiu codziennym. Należy jednak pamiętać o podstawowych zasadach bezpieczeństwa i nieprzecenianiu swoich możliwości. Ćwiczący dobrze wyszkoleni, a także studenci z niepełnosprawnością, bardziej rozważnie podchodzą do wszelkich form rekreacyjno-sportowych i stawianych zadań ruchowych, dzięki czemu odnotowuje się u nich mniej urazów (Roman, 1992).

Zwiększona urazowość wśród ćwiczących występuje podczas części głównej zajęć. Wystarczy chwila nieuwagi, braku koncentracji, by ćwiczący musiał zejść z maty z powodu poważnego urazu (Pawluk, 1991). Waldemar Sikorski i Stanisław Tokarski (1998) twierdzą, że zaniedbywanie, częste pomijanie części wstępnej treningu przyczynia się do zwiększenia urazów w judo. Rozgrzewka u osób dorosłych jest szczególnie istotna, bo ma na celu rozwijanie sprawności motorycznej i koordynacji. Właściwie przeprowadzona część wstępna treningu przygotowuje organizm do wysiłku, a także ma charakter ogólnorozwojowy (Błach, 2005).

Organizacja i planowanie treningu sportowego bez uwzględnienia czasu na odpoczynek, odnowę biologiczną przyczynia się do zwiększenia urazowości (Jęgieł, Nazar, Dziak, 2005). Wskutek tych zaniedbań dochodzi do przetrenowania, co związane jest z odnowieniem się starych urazów. Zmęczeniu, które nie ustępuje nawet po kilku dniach odpoczynku, towarzyszy bolesność mięśni, stawów, a także nadmierne występowanie uszkodzeń aparatu ruchu.

Zdaniem Pawła Nastuli (2000) trening u ćwiczących w pierwszym okresie trenowania powinien być skierowany na podstawy judo i obejmować doskonalenie sprawności. Nauka i doskonalenie technik trudnych i niebezpiecznych przyczynia się do powstawania urazów u osób początkujących.

Brak właściwej wentylacji w salach gimnastycznych może także wpływać na wzrost występowania urazów w trakcie zajęć. Przetrenowanie ćwiczących, zmęczenie, złe samopoczucie, brak komfortu cieplnego mającego związek z brakiem odpowiedniego przepływu powietrza w istotny sposób oddziałuje na wydolność ćwiczących i wzrost występowania urazów (Celejowa, Niedźwiedzka, Markowska 1977).

Stosując nawet najlepsze formy treningu, trudno jest całkowicie wyeliminować urazy ze sportu. Na ich zmniejszenie wpływ ma zastosowanie odpowied-

<sup>1</sup> Sport zmodyfikowany lub stworzony z myślą o indywidualnych, specjalnych potrzebach osób z niepełnosprawnością.



niej profilaktyki. Wśród trenerów krąży opinia, że urazy to brak systematyczności. Zawodnicy za przyczynę swoich dolegliwości uważają bardzo często starty z niewyleczonym urazem, a także lekceważenie pierwszych symptomów bólu podczas walki sportowej (Jagiełło, Kalina, 2002). W judo, ze względu na jego specyfikę, stosowanie różnych zasad, w tym zasady fair play, podczas zmagani sportowych nie odnotowuje się urazów ciężkich. Jedną z tych zasad mówi o wzajemnym doskonaleniu się w poczuciu odpowiedzialności za bezpieczeństwo i zdrowie współwzajemnego (Kano, za: Zieliński, Kuźmicki, 1991, s. 11).

Podczas pracy z osobami pełnosprawnymi i z niepełnosprawnością ruchową należy zwrócić szczególną uwagę na zasady, dzięki którym można zminimalizować ryzyko wystąpienia urazu. Są to:

- kontrola i badania lekarskie, fachowość i profesjonalizm trenera;
- plan pracy, ustalony cykl treningowy;
- odpowiednie warunki treningu (Lewandowski, Świerczyński, 1970).

## Badania własne

### *Cel badań, osoby badane, narzędzia*

Celem badań było wskazanie części ciała narażonych na urazy, określenie urazów, a także przyczyn ich powstawania u studentów pełnosprawnych i z niepełnosprawnością ruchową w stopniu lekkim trenujących judo.

Cel ten zrealizowano na podstawie odpowiedzi udzielonych przez studentów na postawione szczegółowe pytania badawcze:

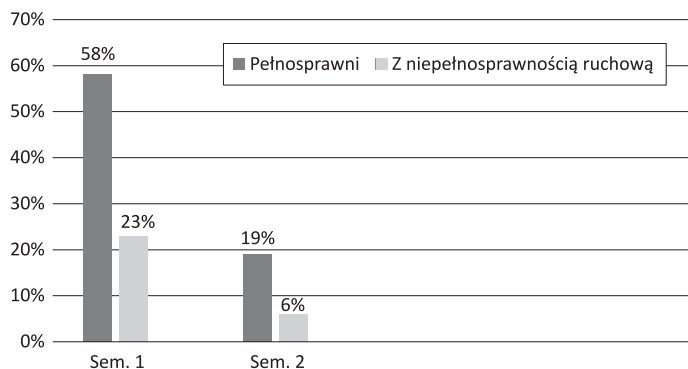
1. Jaka jest zależność między występowaniem urazów a stażem treningowym?
2. Które części ciała ulegały urazom na zajęciach z wychowania fizycznego?
3. Jakie są przyczyny powstawania urazów na zajęciach z wychowania fizycznego?
4. Jakie są przyczyny odnawiania się urazów na zajęciach z wychowania fizycznego?
5. Jakie elementy techniki judo przyczyniają się do powstawania urazów na zajęciach z wychowania fizycznego?
6. Jaka jest zależność między występowaniem urazów a sprawnością studentów?

Badaniami, które zostały przeprowadzone w czerwcu 2013 r., objęto 200 studentów Akademii Pedagogiki Specjalnej uczestniczących w zajęciach programowych z wychowania fizycznego. Studenci ci wybrali zajęcia z judo spośród 13 form aktywności rekreacyjno-sportowych proponowanych przez Studium Wychowania Fizycznego i Sportu APS. Było wśród nich 115 studentów pełnosprawnych – 75 (37,5%) kobiet i 40 (20,0%) mężczyzn oraz 85 studentów z niepełnosprawnością ruchową w stopniu lekkim – 53 (26,5%) kobiety oraz 32 (16,0%) mężczyzn. Niepełnosprawność ruchowa dotyczyła niewielkich dysfunkcji układu kostnego, stawowego i mięśniowego. Występowały takie schorzenia, jak wady wrodzone i rozwojowe narządu ruchu, choroby zwyrodnieniowe stawów, zmiany pourazowe. Wiek badanych mieścił się w przedziale 19–25 lat. Ciężar ciała wynosił od 50 do 120 kg, a wysokość ciała od 150 do 200 cm. Wszyscy studenci poddawani byli tym samym ocenom. Uczestniczyli w ćwiczeniach w pełnym wymiarze czasu w zakresie elementów techniki i taktyki judo oraz ćwiczeń sprawnościowych. Nigdy wcześniej nie mieli doświadczenia z tego rodzaju formą aktywności ruchowej.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, techniką badawczą była ankieta własnej konstrukcji. Badania miały charakter anonimowy.

### Wyniki badań

U badanych 115 studentów pełnosprawnych i 85 studentów z niepełnosprawnością ruchową najwięcej urazów wystąpiło w pierwszym semestrze. W grupie pełnosprawnych doznało ich 67 osób, w grupie niepełnosprawnych – 20. W drugim semestrze badani studenci odnotowali mniej urazów. W grupie pierwszej były to 22 osoby, w grupie drugiej – 5 osób. Rozkład procentowy wyników zawiera wykres 1.



**Wykres 1.**  
Występowanie urazów w pierwszym roku trenowania

Największa urazowość w pierwszym okresie treningu najprawdopodobniej związana była z brakiem odpowiednich umiejętności padania, asekuracji oraz kontroli nad rzutem. W drugim semestrze badani studenci odnotowali mniej urazów, co wiąże się z ich lepszym wyszkoleniem technicznym oraz podwyższoną sprawnością. Trening judo wymaga bardzo dużej sprawności ogólnej, a technika odgrywa w tym sporcie ogromną rolę. Zwraca uwagę mniejsza liczba urazów doznawanych przez studentów z niepełnosprawnością narządu ruchu. Studenci ci bardziej rozważnie podchodzili do wszelkich form rekreacyjno-sportowych i stawianych zadań ruchowych.

W pracy z osobami dorosłymi, szczególnie z niepełnosprawnością ruchową, które rozpoczynają przygodę z judo, należy zwrócić uwagę na naukę padania, asekuracji, a głównie na bezpieczeństwo prowadzonych zajęć. Zmniejszona urazowość połączona z atrakcyjnością treningów może znacznie wpłynąć na popularność i atrakcyjność tej dyscypliny sportu.

Najczęściej narażone na urazy u studentów pełnosprawnych i z niepełnosprawnością ruchową uczęszczających na zajęcia z judo były stawy obręczy kończyny górnej, tj. stawy barkowy i łokciowy, oraz stawy kończyny dolnej, tj. stawy kolanowy i skokowy.

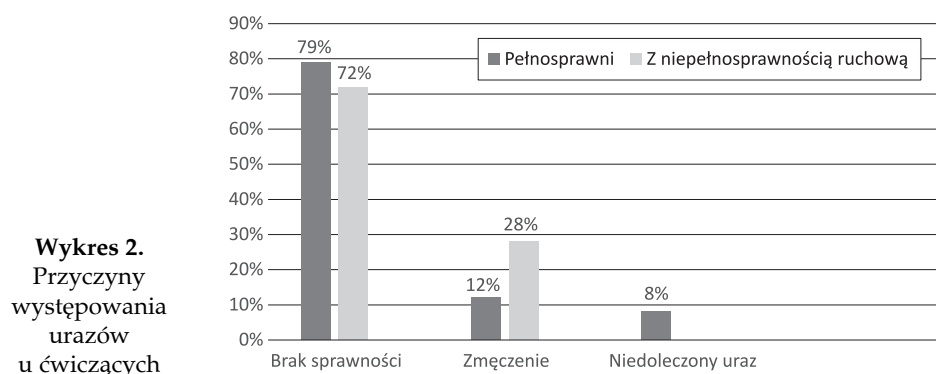
Judo to dyscyplina należąca do sportów walki, w których ryzyko odniesienia urazu jest stosunkowo małe. Występowanie urazów może być związane bardziej z brakiem umiejętności technicznych, bezpiecznego padania czy też właściwej asekuracji niż z brutalnością samej dyscypliny, dlatego urazy stawów barkowych, łokciowych lub też stawu kolanowego zazwyczaj występują w pierwszym okresie trenowania, kiedy wiedza na temat tej dyscypliny jest stosunkowo mała, a umiejętności techniczne niewystarczające.

U studentów pełnosprawnych i z niepełnosprawnością ruchową najczęściej narażona na urazy była obręcz kończyny górnej. Urazu stawu barkowego doznało 39 (40%) studentów pełnosprawnych i 12 (48%) z niepełnosprawnością ruchową. Urazu stawu łokciowego doznało 35 (39%) osób pełnosprawnych i 11 (44%)

z niepełnosprawnością. W grupie osób pełnosprawnych urazu obręczy kończyny dolnej doznało 16 badanych (18%), w grupie z niepełnosprawnością – 2 (8%).

Z zebranych danych wynika, iż przyczyną występowania urazów u studentów uczęszczających na zajęcia z judo był ogólny brak sprawności, zmęczenie, a także niedoleczony uraz.

Z powodu ogólnego braku sprawności dochodzi do wielu naderwań, skręceń oraz bolesnych stłuczeń. Organizm człowieka, żeby dobrze funkcjonował, musi być odpowiednio przygotowany do wysiłku. Szczęólnego znaczenia nabiera to w sportach walki, w których zawodnik ma bezpośredni kontakt z przeciwnikiem. Brak sprawności był przyczyną urazów u 71 studentów pełnosprawnych i 18 z niepełnosprawnością ruchową. Procentowy rozkład wyników ukazuje wykres 2.



W opinii 11 studentów pełnosprawnych i 7 z niepełnosprawnością ruchową wielotygodniowe zmęczenie staje się również przyczyną większej urazowości. Ćwiczący, którzy nie mają czasu na odnowę biologiczną i odpoczynek, są bardziej podatni na kontuzje. Zaniedbania związane z brakiem odpoczynku bardzo często prowadzą do poważnych kontuzji. Przetrenowanie powoduje zmęczenie organizmu, jak również odnowienie się starych urazów.

U 8% ćwiczących studentów pełnosprawnych odnowił się stary niedoleczony uraz. W grupie studentów z niepełnosprawnością nie odnotowano nawracających kontuzji. U studentów z krótkim stażem treningowym bardzo często może dochodzić do nowych urazów, a niejednokrotnie odzywają się stare, niedoleczone, nakładające się na siebie kontuzje. Bardzo często chęć osiągnięcia najlepszego wyniku sportowego za wszelką cenę wiąże się z brakiem czasu na wypoczynek i regenerację po intensywnych wysiłkach czy przeciążeniach, także na leczenie i rehabilitację. Wielokrotnie zapomina się, że jednym z podstawowych warunków odniesienia sukcesu sportowego jest planowanie i organizacja wypoczynku w procesie treningowym. Ćwiczącym nie wolno pozwolić na wznowienie treningów bez odzyskania pełnej sprawności, gdyż przeważnie prowadzi to do ponownego urazu, a w konsekwencji w wielu przypadkach do rezygnacji z uprawiania judo.

U 81% studentów pełnosprawnych urazy wystąpiły na treningu, u 18% na zawodach. W grupie studentów z niepełnosprawnością urazu na treningu doznało 89% badanych, a na zawodach organizowanych w grupach studenckich – 11%. Wynikać to mogło z lekceważenia najważniejszej jednostki treningowej, jaką jest

rozgrzewka. Niestosowanie się do podstawowych zasad bezpieczeństwa istotnie wpływa na zwiększenie urazowości u początkujących ćwiczących. Rozgrzewka dla osób dorosłych uprawiających judo jest szczególnie ważna.

W zajęciach z wychowania fizycznego uczestniczą studenci o różnym poziomie zaawansowania, sprawności, umiejętności oraz niepełnosprawności ruchowej, dlatego istotne jest, aby dobierać ich na treningu pod kątem wagi. Na zawodach jest ściśle przestrzegana tolerancja jednego kilograma, więc walka z cięższym lub lżejszym zawodnikiem nie jest możliwa.

Z zebranych danych wynika, że przyczyną występowania urazów u studentów były najczęściej rzuty z grupy rzutów<sup>2</sup> ręcznych, poświęcenia, biodrowych i nożnych.

Spśród elementów technik judo największa urazowość występowała podczas wykonywania rzutów ręcznych, do których należały ippon-so-inage. Przy źle wykonanym rzucie często dochodzi do uderzenia barkiem lub głową o matę. W grupie studentów pełnosprawnych urazu doznało 40 osób (44%), w grupie studentów z niepełnosprawnością ruchową – 12 osób (48%).

Wśród rzutów poświęcenia największa urazowość występowała podczas wykonywania techniki tome-nage. Trudność tej techniki polega na umiejętnym wykonaniu padu w przód, co początkującym sprawia wiele trudności. Mimo tego rzuty cieszą się dużą popularnością, gdyż wyróżniają się skutecznością podczas walki. W grupie pierwszej urazy odniosły 32 osoby (33%), w grupie drugiej – 11 osób (36%).

Wśród technik biodrowych rzut o-goshi był najczęstszą przyczyną urazów. Techniki biodrowe charakteryzują się dużą dynamiką, skutecznością oraz szybkością wykonania, co w początkowym okresie treningu może wpłynąć na zwiększenie urazowości u ćwiczących. W grupie pełnosprawnych urazy wystąpiły u 11 osób (12%), w grupie drugiej – u 4 osób (16%).

Z wywiadu wynika, że dla 81% badanych studentów pełnosprawnych i z niepełnosprawnością narządu ruchu miejsce, w jakim trenują, ma wpływ na urazowość. Dla pozostałych nie ma żadnego wpływu. Rozsuwające się maty mogą być przyczyną wielu skręceń stawów skokowych, palczkowych i stawu kolanowego. Niezabezpieczone ściany, kaloryfery mają również wpływ na wzrost urazów w sportach walki.

## Wnioski

Analiza uzyskanych wyników pozwala wysnuć następujące wnioski:

1. W pierwszym okresie treningu częstotliwość występowania urazów u studentów była największa. W drugim semestrze dochodziło do mniejszej liczby urazów. Zmniejszanie się urazowości proporcjonalnie do stażu treningowego może wynikać z lepszego opanowania elementów techniki, a także znajomości zasad bezpieczeństwa i asekuracji.
2. Stosowanie właściwej metodyki nauczania, nauka i doskonalenie technik podstawowych w pierwszym okresie treningu może istotnie przyczynić się do zmniejszenia urazów w judo.
3. Należy zwrócić szczególną uwagę na część wstępną treningu, tj. rozgrzewkę,

<sup>2</sup> Rzuty w judo dzielimy ze względu na to, która część ciała jest odpowiedzialna za rzut.

- co zapewni dobre przygotowanie organizmu do wysiłku.
4. Nie należy dopuszczać studentów z niedoleczonymi urazami do treningu. Aby zmniejszyć ryzyko występowania urazów w judo, trzeba zwrócić szczególną uwagę na odpoczynek i odnowę biologiczną.
  5. Rzut ippon-so-inage, należący do grupy rzutów ręcznych, przyczynił się do powstania największej liczby urazów. W wyniku źle wykonanej techniki dochodziło często do uderzenia barkiem lub głową o matę.
  6. Niedostateczny stan obiektu, w którym odbywają się treningi, może mieć wpływ na zwiększoną liczbę odnoszonych urazów. Poprawa bezpieczeństwa ćwiczących poprzez zabezpieczenie kaloryferów, ścian, a także właściwe materace mogą poprawić komfort treningu i przyczynić się do zmniejszenia urazowości. Właściwe miejsce treningu to także mniej chorób i zakażeń grzybiczych.
  7. Zwiększona urazowość u studentów pełnosprawnych związana jest często z przecenianiem własnych możliwości, brakiem ogólnej sprawności i ze zmęčeniem. U studentów z niepełnosprawnością ruchową, u których deficyt ruchowy jest wyraźniejszy, mniejsza urazowość wynikała z asekuracyjnego, a jednocześnie starannego podejścia do stawianych zadań ruchowych.
  8. W sporcie adaptowanym treningi osób pełnosprawnych z osobami z niepełnosprawnością ruchową przebiegają coraz częściej na gruncie rywalizacji sportowej i przede wszystkim integracji społecznej. Zwiększa to atrakcyjność zajęć, a także rolę aktywizacji osób z niepełnosprawnością ruchową w sporcie wyczynowym i kulturze fizycznej. Dzięki temu możliwa jest promocja pozytywnego wizerunku sportowca niepełnosprawnego.

### Bibliografia

- Beck, J. (1977). *Sport w rehabilitacji inwalidów*. Warszawa: AWF.
- Blach, W. (2005). *Judo – wybrane zagadnienia treningu i walki sportowej*. Biblioteka Trenera. Warszawa: Centralny Ośrodek Sportu.
- Celejowa, I., Niedźwiedzka, D., Markowska, M. (1977). Warunki mikroklimatyczne sali treningowych podczas treningów Kadry Narodowej i Olimpijskiej zapaśników w stylu wolnym. *Roczniki Naukowe AWF w Warszawie*.
- Dziewulski, M. (2003). *Aktywność ruchowa osób starszych*. Kraków: Medicina Sportiva.
- Jagiello, W. (2000). *Wieloletni trening judoków*. Warszawa: Centralny Ośrodek Sportu.
- Jagiello, W., Kalina, R.M. (2002). *Bezpieczne upadanie i profilaktyka uszkodzeń ciała*. Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Metodyczna: Sporty walki dzieci i młodzieży – perspektywa metodyczna. Płock: Szkoła Wyższa im. Pawła Włodkowica.
- Jegier, A., Nazar, K., Dziak, A. (2005). *Medycyna sportowa*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej.
- Klukowski, K., Lewicki, R. (2007). *Sport osób niepełnosprawnych*. Kraków: Medicina Sportiva.
- Lewandowski, Z., Świerczyński, Z. (1970). *Zapobieganie urazom w sporcie*. Warszawa: Sport i Turystyka.
- Miłkowski, J. (1987). *Sztuki i sporty walki Dalekiego Wschodu*. Warszawa: Sport i Turystyka.
- Nastula, P. (2000). *Moje judo*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Pawluk, J. (1991). *Saga o Budo*. Warszawa: Nowe Wydawnictwo Polskie.
- Roman, G. (1992). *Zarys chirurgii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Sikorski, W., Tokarski, S. (1998). *Budo: japońskie sztuki walki*. Szczecin: Glob.
- Traczyk, W. (2002). *Fizjologia człowieka w zarysie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Zieliński, J., Kuźmicki, S. (1991). *Obrażenia ciała u zawodników judo*. Warszawa: Medicina Sportiva.

**DZIECKO POCZĘTE NIEZDOLNE DO SAMODZIELNEGO  
ŻYCIA W ŚWIETLE PRZEPISÓW PRAWA****Część II**

Jeśli w wyniku badań prenatalnych okaże się, że dziecko poczęte cierpi na ciężką i nieuleczalną niepełnosprawność albo chorobę zagrażającą jego życiu, a kobieta nie podejmie decyzji o terminacji ciąży, albo gdy diagnoza ta zostanie jej przedstawiona po terminie legalnej aborcji, ma ona dwie możliwości: 1) jeśli medycyna ma do zaproponowania jakąkolwiek formę leczenia dziecka, choćby w celu poprawy jego stanu zdrowia albo podniesienia jakości jego życia, może zdecydować się na wdrożenie takiej terapii, często jeszcze w okresie płodowym albo tuż po porodzie (pkt 2); 2) może zrezygnować z aktywnego leczenia i donosić ciążę, pozwalając dziecku rozwijać się w jej łonie jak długo jest to możliwe, a po urodzeniu wyrazić zgodę jedynie na objęcie dziecka opieką paliatywną aż do jego naturalnej śmierci, przy czym jeszcze w ciąży może zostać otoczona opieką hospicyjną, w ramach tzw. hospicjum perinatalnego (pkt 3).

**Regulacje prawne dotyczące leczenia dziecka poczętego**

W przeciwieństwie do noworodka, z reguły od urodzenia objętego władzą rodzicielską obojga rodziców, którzy podejmują decyzję w jego imieniu i dla jego dobra<sup>1</sup>, w odniesieniu do dziecka poczętego nie możemy mówić w ogóle o istnieniu władzy rodzicielskiej ani nawet o podejmowaniu decyzji przez inny podmiot w imieniu dziecka. Wynika to z faktu, że – z prawnego punktu widzenia – dziecko poczęte nie jest odrębnym podmiotem prawa. Oczywiście nie oznacza to, że dziecko poczęte nie może być reprezentowane w porządku prawnym. Niektóre przepisy wyraźnie stanowią, że można nabyć pewne uprawnienia jeszcze przed urodzeniem, np. prawo do spadku, roszczenie o naprawienie szkody poniesionej w życiu płodowym itp. Warunkiem jednak nabycia tych uprawnień jest nie tylko uprzednie poczęcie, ale następcze żywe urodzenie. Tak więc dziecko poczęte w chwili śmierci ojca nabędzie po nim spadek jedynie, jeśli urodzi się żywe. Dziecko poczęte pokrzywdzone np. w wypadku samochodowym musi urodzić się żywe, by mogło nabyć odszkodowanie lub zadośćuczynienie za swoją szkodę lub krzywdę. Co prawda procesy mające

---

<sup>1</sup> W przypadkach, gdy rodzice nie mogą albo nie chcą sprawować władzy rodzicielskiej, albo gdy swoimi decyzjami szkodzą dziecku, sąd opiekuńczy ustanawia dla każdego dziecka opiekuna, którego zadaniem jest także podejmowanie decyzji dotyczących leczenia dziecka. W prawie polskim niedopuszczalne jest, by dziecko nie było objęte ani władzą rodzicielską, ani opiekuńczą, zawsze musi być wyznaczona osoba, która będzie podejmowała – choćby przejściowo – decyzje prawne w imieniu i na rzecz dziecka.

na celu nabycie przez nie tych uprawnień mogą się rozpocząć jeszcze przed jego urodzeniem, ale wtedy do reprezentowania dziecka poczętego przed sądem, notariuszem czy ubezpieczycielem nie jest uprawniona kobieta w ciąży ani tym bardziej przyszły ojciec, ale sąd w tym celu wyznacza kuratora dla nienarodzonego, którym może, ale nie musi, być jedna z tych osób. Takie rozwiązania prawne wyraźnie wskazują, iż władza rodzicielska powstaje dopiero po urodzeniu dziecka.

Stwierdzenie, że dziecko przed urodzeniem nie jest podmiotem praw i obowiązków, nie oznacza również, że życie i zdrowie dziecka poczętego nie są chronione. Wręcz przeciwnie, art. 1 ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (dalej: ustawa o planowaniu rodziny) stanowi wprost, że prawo do życia podlega ochronie, w tym również w fazie prenatalnej. Nie wynika to jednak z faktu, że dziecko poczęte jest podmiotem, któremu przynależałyby prawa podmiotowe, w tym prawo do życia, ale że ustawodawca w imię wyższych wartości podjął decyzję o ochronie życia dziecka poczętego. Tak więc nie ulega wątpliwości, że w imię ochrony jego życia, a tym samym i zdrowia, dziecko poczęte może być leczone także w okresie prenatalnym. Jednakże lekarz, jak przy każdym świadczeniu medycznym, musi w tym celu uzyskać zgodę. Jak już wskazano, nie będzie to zgoda przedstawicieli ustawowych dziecka (rodziców albo opiekuna), bo nikt tej roli jeszcze nie pełni. Wynika stąd, że jedynym podmiotem mającym uprawnienie do wyrażenia zgody na leczenie podejmowane w okresie prenatalnym jest kobieta w ciąży.

#### *Zgoda na leczenie dziecka poczętego*

Według lekarzy w przypadku leczenia płodu mają oni do czynienia z dwoma pacjentami – kobietą w ciąży i dzieckiem poczętym – wobec których wykonują różne procedury medyczne, jednak z prawnego punktu widzenia płód w stosunkach medycznych należy traktować jako część ciała kobiety. Co więcej, paradoksalnie w większości przypadków – gdy leczenie ma dotyczyć jedynie płodu, a nie kobiety w ciąży – jej zgoda na jego podjęcie oznacza w praktyce zgodę na naruszenia własnej nietykalności cielesnej, od dotknięcia przy badaniach nieinwazyjnych do naruszenia powłok ciała przy operacji w okresie prenatalnym, a nie zgodę na jej leczenie, gdyż działanie lekarza jest pozbawione celu leczniczego nakierowanego na kobietę. Nie zmienia to oceny, że działanie takie – po uzyskaniu zgody kobiety – jest zgodne z prawem. Jednakże, z drugiej strony, oznacza to również, że nie ma żadnej możliwości zmuszenia kobiety do wyrażenia takiej zgody, i to niezależnie od stopnia ewentualnej ingerencji w jej nietykalność ani od poziomu zagrożenia życia dziecka poczętego bez takiej interwencji.

Nietykalność cielesna jest prawem konstytucyjnym, natomiast ochrona życia w okresie prenatalnym jest obowiązkiem wynikającym jedynie z regulacji ustawowej, a art. 1 ustawy o planowaniu rodziny wprost mówi, że życie w okresie prenatalnym jest chronione w granicach określonych w ustawie. Stąd brak jest jakichkolwiek podstaw, by naruszyć owo wyżej chronione prawo kobiety bez jej zgody. Nie można tutaj mówić o konflikcie dóbr dwóch podmiotów – integralności cielesnej kobiety i życia dziecka poczętego – gdyż, jak już wcześniej zostało zaznaczone, z prawnego punktu widzenia nie mamy na etapie życia prenatalnego do czynienia z podmiotem, któremu przysługiwałoby podmiotowe prawo do życia.

W odniesieniu do noworodka i później dziecka aż do 16. roku jego życia, jeśli przedstawiciele ustawowi nie zgadzają się na wykonanie jakiegos świadczenia medycznego wobec dziecka, którego interesy reprezentują, lekarz może wykonać takie świadczenie (oczywiście w przewidzianych przez prawo wypadkach, zgodnie z art. 34 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, dalej: ustawa o zawodach lekarza) po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego, a nawet sąd może odebrać rodzicom prawo do reprezentacji dziecka, jeśli uzna, że ich sprzeciw na jego leczenie jest sprzeczny z interesem dziecka. Taka procedura nie została przewidziana w odniesieniu do dziecka poczętego. Wynika to właśnie z faktu, że dziecko poczęte nie jest traktowane w stosunkach medycznych jako odrębny podmiot, którego ochrona uprawniałaby jakikolwiek organ do naruszenia praw konstytucyjnych kobiety. W odniesieniu do noworodka i dziecka starszego mamy do czynienia z odrębnym podmiotem, obdarzonym prawem podmiotowym do ochrony życia i zdrowia – chronionym na poziomie konstytucyjnym, a więc chronionym tak samo jak kobieta. Ponadto w przypadku noworodka i dziecka starszego nie mamy z reguły do czynienia z konfliktem między prawem dziecka do ochrony życia i zdrowia, a tym samym prawem jego rodziców czy opiekunów, a jedynie ewentualnie między jego prawem do ochrony życia i zdrowia a prawem rodziców albo opiekunów do wychowania dziecka. Taki konflikt sąd może rozstrzygnąć na korzyść dziecka (oczywiście jeśli dojdzie do wniosku, że proponowane przez lekarzy leczenie będzie służyło jego dobru, a rodzice lub opiekun niewłaściwie sprawują swoją władzę rodzicielską albo opiekę). Gdyby jednak leczenie dziecka miało się odbyć z naruszeniem integralności ciała rodzica (np. dziecku niezbędny byłby przeszczep od rodzica), sąd nie miałby uprawnień, by wyrazić zgodę na takie leczenie wbrew sprzeciwowi rodzica, a tym samym zmusić rodzica do poddania się zabiegowi, który nie jest dla niego leczniczy, a narusza jego integralność cielesną. Jeśli więc sąd nie ma kompetencji, by rozstrzygnąć na rzecz noworodka lub dziecka starszego konflikt między jego prawem do ochrony życia i zdrowia a prawem rodziców do nietykalności cielesnej, tym bardziej takie uprawnienie nie przysługuje mu w odniesieniu do kobiety w ciąży sprzeciwiającej się leczeniu noszonego przez nią płodu.

Tak więc jeśli kobieta w ciąży zgadza się na leczenie płodu, lekarzowi wolno dokonać wszelkich zabiegów, a jeśli tej zgody odmawia – nie wolno mu wykonać wobec niej żadnego świadczenia nakierowanego na terapię wobec dziecka poczętego. Nie ma tutaj znaczenia zdanie przyszłego ojca (niezależnie od tego, czy jest mężem matki ani nawet czy uznał dziecko przed jego urodzeniem), gdyż, jak zostało już wspomniane wcześniej, jego uprawnienia do decydowania o leczeniu dziecka powstają w momencie nabycia przez niego władzy rodzicielskiej, a więc po urodzeniu dziecka. Brak uprawnień ojca w tych kwestiach podkreślił wielokrotnie Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu w sprawach aborcyjnych, stwierdzając, iż ojciec dziecka poczętego nie ma żadnych uprawnień dotyczących utrzymania ciąży, a więc nie może się prawnie wiążąco sprzeciwić aborcji, jeśli kobieta podjęła decyzję o poddaniu się temu zabiegowi (por. sprawy X przeciwko Wielkiej Brytanii z 1980 r., Paton przeciwko Wielkiej Brytanii z 1980 r., H. przeciwko Norwegii z 1992 r., Boso przeciwko Włochom z 2002 r.). Jeśli więc mężczyzna nie może się sprzeciwić legalnemu usunięciu ciąży, to tym bardziej



nie ma żadnych uprawnień do zmuszenia kobiety do wyrażenia zgody na leczenie płodu z naruszeniem jej nietykalności cielesnej.

Problem pojawia się, gdy kobieta w ciąży z przyczyn prawnych (jest małoletnia lub ubezwłasnowolniona) lub faktycznych (jest nieprzytomna albo z innych przyczyn zdrowotnych niezdolna do podjęcia świadomej decyzji) nie może wyrazić zgody albo sprzeciwu na leczenie noszonego przez nią dziecka poczętego. Gdyby chodziło o leczenie samej kobiety w ciąży, to decyzję w tym wypadku podejmowałby jej przedstawiciel ustawowy (w przypadku małoletniej między 16. a 18. rokiem życia oraz ubezwłasnowolnionej działającej z rozeznaniem – pacjentka razem z przedstawicielem ustawowym), a w przypadku braku przedstawiciela ustawowego albo niemożności skontaktowania się z nim – lekarz (z wyjątkiem sytuacji nagłych) mógłby leczyć po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego. Zezwolenie sądu opiekuńczego należałoby uzyskać także w przypadku, gdyby przedstawiciel ustawowy (lub pacjentka, jeśli jej zgoda też byłaby wymagana) wyraził sprzeciw na leczenie.

Tych samych zasad nie da się jednak zastosować do leczenia płodu w przypadku, gdy jego podjęcie nie stanowi równocześnie leczenia kobiety w ciąży, a jedynie narusza jej nietykalność cielesną.

Oczywiście nie ulega wątpliwości, że leczenie płodu może być podjęte, i to nawet z naruszeniem powłok ciała kobiety, jeśli zgadza się na to jej przedstawiciel ustawowy oraz kobieta w ciąży ma między 16 a 18 lat życia lub jest ubezwłasnowolniona, ale działa z rozeznaniem. Podobnie wydaje się, że leczenie takie można podjąć, jeśli zgadza się na nie przedstawiciel ustawowy dziecka poniżej 16. roku życia lub kobiety ubezwłasnowolnionej działającej bez rozeznania, przynajmniej jeśli pacjentka nie wyraża na to sprzeciwu. Co prawda, w odniesieniu do tych dwóch grup osób, przedstawiciel ustawowy zawsze decyduje w imieniu małoletniej lub ubezwłasnowolnionej samodzielnie i formalnie, jej zdanie (nie tylko w stosunkach medycznych) nie ma prawnego znaczenia, jednak wydaje się, że w przypadku naruszenia nietykalności cielesnej nie należy takiego sprzeciwu pomijać, a zgodę przedstawiciela ustawowego należy wtedy uznać za sprzeczną z interesem reprezentowanej przez niego małoletniej lub ubezwłasnowolnionej, a więc niewiążącą.

Jeszcze mniejsza możliwość obalenia sprzeciwu istnieje w przypadku, gdy zgłosi go przedstawiciel ustawowy pacjentki, i to niezależnie od zdania małoletniej lub ubezwłasnowolnionej kobiety. W przypadku sprzeciwu przedstawiciela ustawowego na leczenie małoletniej lub ubezwłasnowolnionej lekarz mógłby leczyć pacjentkę po uzyskaniu zezwolenia sądu (przynajmniej w zakresie czynności medycznych o podwyższonym ryzyku), gdyż taką procedurę przewiduje art. 34 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza. Procedury tej nie można jednak zastosować w przypadku sprzeciwu przedstawiciela ustawowego kobiety w ciąży na leczenie płodu, gdyż – zgodnie z przytoczonym powyżej przepisem – o zezwolenie sądu można wystąpić jedynie, jeśli brak wykonania danego świadczenia medycznego niósłby ze sobą ryzyko niebezpieczeństwa dla życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu pacjentki. Z reguły leczenie płodu nie likwiduje żadnego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia kobiety w ciąży (chyba że schorzenie, na które cierpi dziecko poczęte, prowadzi do pogorszenia się stanu zdrowia ciężarnej, co jest jednak wyjątkiem), a wręcz przeciwnie – naraża jej zdrowie na

niebezpieczeństwo (np. poprzez narkozę i przecięcie powłok brzucha). Stąd po prostu nie występują przesłanki uprawniające lekarza do wystąpienia o zezwolenie sądu.

Tę samą interpretację należy przyjąć, jeśli sprzeciw na leczenie płodu wyrazi małoletnia między 16. a 18. rokiem życia lub ubezwłasnowolniona działająca z rozeznaniem. Co prawda art. 32 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza, który przewiduje także procedurę zwrócenia się o zezwolenie sądu w przypadku sprzeciwu wyrażonego przez pacjentkę należąca do jednej z tych grup na leczenie jej osoby, nie przewiduje warunku, że leczenie to ma usunąć niebezpieczeństwo dla jej życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Jednakże uznać należy, że sąd może wydawać zezwolenia jedynie na działania mające cel leczniczy w odniesieniu do pacjentki, której sprzeciw ma zostać przełamany (sąd wybiera między zdrowiem pacjentki a jej autonomią). Jak wspomniano wcześniej, leczenie płodu z reguły nie ma celu leczniczego wobec kobiety w ciąży, a wręcz przeciwnie – może jej zdrowiu zaszkodzić, tak więc także w tym przypadku sąd nie będzie miał uprawnień do wydania zezwolenia na leczenie dziecka poczętego wbrew woli kobiety małoletniej lub ubezwłasnowolnionej.

Analogicznie będzie wyglądała sytuacja, gdy dorosła i nieubezwłasnowolniona (a więc nieposiadająca przedstawiciela ustawowego) kobieta w ciąży nie będzie w stanie z przyczyn zdrowotnych (jest nieprzytomna, odurzona lekami, chora psychicznie lub niepełnosprawna intelektualnie, cierpi na inne zaburzenia poznawcze itp.) wyrazić zgody na naruszenie jej nietykalności cielesnej dla leczenia dziecka. Także w tym wypadku nie będzie można się zwrócić o zezwolenie do sądu, bo brak jest przesłanki działania medycznego dla dobra kobiety. Nie ma też podstaw do powołania kuratora dla nienarodzonego dziecka, bo decyzja nie tyle ma dotyczyć zgody na jego leczenie, co zgody na naruszenie integralności cielesnej kobiety. Lekarz nie może też działać nawet w sytuacjach nagłych bez niczyjej zgody, gdyż także art. 34 ust. 7 ustawy o zawodach lekarza, który przewiduje taki wypadek, zezwala na leczenie bez niczyjej zgody jedynie w przypadkach usuwania nagłego niebezpieczeństwa dla życia lub ciężkiego uszczerbku zdrowia pacjenta, a więc w tym wypadku kobiety w ciąży, co przy leczeniu płodu, jak już kilkakrotnie wskazano, nie występuje.

Podsumowując stwierdzić należy, że o leczeniu dziecka poczętego decyduje wyłącznie kobieta, w przypadku małoletnich między 16. a 18. rokiem życia lub ubezwłasnowolnionych działających z rozeznaniem – wspólnie z przedstawicielem ustawowym. W odniesieniu do dziewcząt w ciąży poniżej 16. roku życia lub kobiet ubezwłasnowolnionych decyzję taką podejmuje przedstawiciel ustawowy, wola kobiety powinna być jednak w pełni uszanowana. Jeśli kobieta lub jej przedstawiciel ustawowy sprzeciwią się podjęciu takiego leczenia, nie ma możliwości jego podjęcia. Podobnie nie ma możliwości leczenia dziecka poczętego kobiety dorosłej, nieubezwłasnowolnionej, która nie jest w stanie ze względów faktycznych podjąć decyzji w tym przedmiocie.

Dodatkowo trzeba mieć świadomość, że w odniesieniu do leczenia w okresie płodowym, wciąż część procedur medycznych ma charakter eksperymentu leczniczego. Należy pamiętać, że warunki legalności prowadzenia takiego leczenia, także jeśli chodzi o kwestie zgody, są jeszcze bardziej zaostrzone.

***Eksperyment leczniczy wobec dziecka poczętego***

Eksperymentem leczniczym jest wprowadzenie przez lekarza nowych lub tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby leczonej. Może on być przeprowadzony, jeżeli dotychczas stosowane metody medyczne nie są skuteczne lub jeżeli ich skuteczność nie jest wystarczająca (art. 21 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza), spodziewana korzyść lecznicza ma istotne znaczenie, a przewidywane osiągnięcie tej korzyści oraz celowość i sposób przeprowadzania eksperymentu są zasadne w świetle aktualnego stanu wiedzy i zgodne z zasadami etyki lekarskiej (art. 22 ustawy o zawodach lekarza). Lekarz decydując się na eksperymentalne leczenie płodu musi mieć więc podstawy – oparte na badaniach medycznych lub wcześniejszych doświadczeniach – że planowane przez niego działanie, choć jeszcze niesprawdzone, ma szansę na sukces, a więc przynajmniej na poprawienie stanu zdrowia dziecka. Co więcej, udział w eksperymencie leczniczym kobiety ciężarnej wymaga szczególnie wnikliwej oceny związanego z tym ryzyka dla matki i dziecka poczętego (art. 26 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza), czyli tak naprawdę może ona uczestniczyć tylko w eksperymentach ratujących życie lub zdrowie płodu, jedynie jeśli nie są one niebezpieczne dla życia lub zdrowia samej kobiety.

Oczywiście z definicji eksperymentu wynika, że ryzyko niepowodzenia, w tym wystąpienia negatywnych skutków ubocznych, często nie do końca przewidywalne, jest wyższe niż przy leczeniu rutynowym. Stąd obowiązek bardzo dokładnego poinformowania kobiety w ciąży o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych, ryzyku oraz o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium, a także o ewentualnym niebezpieczeństwie dla zdrowia lub życia, które może spowodować natychmiastowe przerwanie eksperymentu (art. 24 ust. 1 i 2 ustawy o zawodach lekarza).

Także w przypadku eksperymentalnego leczenia w okresie prenatalnym jedynym podmiotem uprawnionym do wyrażenia zgody jest kobieta w ciąży, a gdy kobieta jest małoletnia lub ubezwłasnowolniona, ale działająca z rozeznaniem – wymagana jest podwójna zgoda kobiety w ciąży i jej przedstawiciela ustawowego. W odróżnieniu jednak od leczenia rutynowego, nawet o podwyższonym ryzyku, nie istnieje ograniczenie wieku małoletniej, od którego wymagana jest jej zgoda na leczenie eksperymentalne. Ustawa stwierdza bowiem, że konieczna jest zgoda małoletniej od momentu, gdy jest ona w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie swojego uczestnictwa w eksperymencie. Zgody kobiety i jej przedstawiciela ustawowego powinny być pisemne, dopuszczalne jest również wyrażenie przez kobietę zgody ustnie w obecności dwóch świadków, co należy odnotować w jej dokumentacji medycznej (art. 25 ust. 1, 2 i 4 ustawy o zawodach lekarza).

Również w odniesieniu do eksperymentu leczniczego na płodzie nie ma możliwości wykonania go wbrew sprzeciwowi kobiety zdolnej wyrazić opinię w tym przedmiocie lub jej przedstawiciela ustawowego. Przede wszystkim regulujący kwestię zgody przy eksperymencie medycznym art. 25 ustawy o zawodach lekarza w ogóle nie przewiduje rozwiązania na wzór art. 32 ust. 6 tej samej ustawy, czyli możliwości przeprowadzenia eksperymentu wbrew sprzeciwowi pacjentki za zezwoleniem sądu. Wynika stąd, że takiego sprzeciwu po prostu nie można obalić.

Jeśli chodzi o sprzeciw przedstawiciela ustawowego, to co prawda w art. 25 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza znajdujemy zapis, że jeśli przedstawiciel ustawowy chorego odmawia zgody na jego udział w eksperymencie leczniczym, należy się zwrócić o zgodę do sądu opiekuńczego, jednakże przepis ten nie znajduje zastosowania przy eksperymencie dotyczącym płodu. Wynika to z faktu, że pacjent – czyli kobieta w ciąży – nie jest w tym przypadku chora i nie tyle chodzi o jej udział w eksperymencie, co o udział w eksperymencie dziecka poczętego, a więc eksperyment ten nie ma wobec kobiety w ciąży charakteru leczniczego. Analogicznie nie ma podstaw do zastąpienia zgody kobiety w ciąży niezdolnej do wyrażenia opinii w tym przedmiocie, a nieposiadającej przedstawiciela ustawowego, zgodą sądu, gdyż zgodnie z art. 25 ust. 5 ustawy o zawodach lekarza sąd mógłby wyrazić w takim przypadku zgodę, ale na udział w eksperymencie leczniczym tej kobiety. Jak właśnie zostało wskazane, eksperyment leczniczy na płodzie nie ma przymiotu leczniczości wobec kobiety w ciąży. Co prawda ust. 8 tego samego przepisu pozwala nie stosować wszystkich powyższych zasad uzyskiwania zgody na udział w eksperymencie w przypadkach niecierpiących zwłoki i ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia, ale przepis ten należy interpretować identycznie jak omówiony powyżej art. 34 ust. 7 ustawy o zawodach lekarza, a więc stosowany może być on jedynie w przypadku zagrożenia życia kobiety, a nie tylko życia dziecka poczętego. Oczywiście nie można go żadną miarą (mimo mylącego sformułowania) interpretować jako zezwalającego na przełamanie sprzeciwu kobiety na udział w eksperymencie. Inna interpretacja prowadziłaby bowiem do naruszenia jej konstytucyjnych praw do autonomii i nienaruszalności integralności cielesnej.

Ponadto dla legalności eksperymentu leczniczego poza świadomą zgodą kobiety lub jej przedstawiciela ustawowego należy uzyskać pozytywną opinię niezależnej komisji bioetycznej (art. 29 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza).

Te same zasady należy stosować, jeśli wobec kobiety w ciąży lub dziecka poczętego mają być stosowane leki tzw. off-label, czyli poza oficjalnym dopuszczeniem do leczenia danej jednostki chorobowej lub grupy chorych.

Należy mieć jednak świadomość, że jeśli sprzeciw kobiety w ciąży na leczenie, także eksperymentalne, dziecka poczętego jest nieobalany, to żądanie, by go leczyć w każdych okolicznościach, wszystkimi dostępnymi metodami, także eksperymentalnymi, nie jest żadną miarą dla lekarza wiążące.

#### ***Prawne (bez)znaczenie żądania leczenia dziecka poczętego***

Zgodnie z art. 4 ustawy o zawodach lekarza lekarzowi nie wolno stosować metod daremnych, sprzecznych z aktualną wiedzą i zasadami etycznymi. Jeśli u dziecka poczętego stwierdzono nieuleczalną chorobę, nieuchronnie prowadzącą do przedwczesnej śmierci, wręcz niezdolność do życia poza organizmem matki, medycyna nie zawsze dysponuje środkami, które będą w stanie zniwelować skutki takiego schorzenia. Niezależnie od tego, jak bardzo kobieta w ciąży by chciała, by jej dziecko żyło i w tym celu było leczone, może się okazać, że lekarze nie mają jej niczego do zaproponowania. Należy pamiętać, że lekarze mają obowiązek leczyć metodami dostępnymi. Nie można więc od nich wymagać na przykład, by przeprowadzali zabiegi, które wykonuje się jedynie za granicą. Co więcej, nawet jeśli jakaś metoda leczenia jest dostępna, ale lekarze oceniają, że

ze względu na stan zdrowia dziecka poczętego (czy później noworodka) jej zastosowanie miałyby tak niskie szanse powodzenia i byłyby tak obciążające dla dziecka, że stanowiłyby jedynie przejaw terapii daremnej/uporczywej – czyli jedynie przedłużałoby jego proces umierania, a nie faktycznie leczyło – nie mają obowiązku, a wręcz nie wolno im takiego leczenia stosować. Prowadzenie bowiem terapii daremnej/uporczywej jest sprzeczne z aktualną wiedzą medyczną (np. wytycznymi leczenia w perinatologii) i zasadami etyki wynikającymi z Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz narusza prawo małego pacjenta do umierania w godności i spokoju, wynikające z art. 20 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Odmowa stosowania takiego leczenia nie opiera się na art. 38 ustawy o zawodach lekarza, ale wprost na art. 4 tej ustawy. Lekarz nie musi więc wskazywać innej osoby, która dane świadczenie by wykonała (zakaz stosowania leczenia daremnego obowiązuje bowiem wszystkich lekarzy) i fakt, że dziecko znajduje się w sytuacji niebezpieczeństwa dla życia, nie pozbawia lekarza uprawnienia odstąpienia od leczenia, gdyż wie on, że nie dysponuje żadną skuteczną metodą, by to niebezpieczeństwo na dłużej odsunąć.

Należy pamiętać, że prawo podmiotowe pacjenta w stosunkach medycznych jest prawem negatywnym – ma on wiążące lekarza (poza pewnymi wskazanymi w ustawach wyjątkami dotyczącymi zarówno osób niemających pełnej zdolności do czynności prawnych, jak i pewnych stanów chorobowych – jak choroby zakaźne czy psychiczne zagrażające życiu pacjenta lub innych osób) prawo sprzeciwić się proponowanemu leczeniu, nie dysponuje jednak uprawnieniem pozytywnym – żądania leczenia, które sam pacjent uważałby za wskazane. Nie oznacza to, że trzeba się zgodzić z opinią lekarza, który ocenia, iż leczenie dziecka poczętego (albo noworodka) byłoby przejawem terapii daremnej/uporczywej. Nie chodzi tu tylko o podważenie opinii lekarza co do dostępności danych form leczenia i ich skuteczności, a raczej przesłankę do ich zastosowania. Kobieta w ciąży (a po porodzie rodzice) może bowiem uznać, że lekarz popełnił błąd diagnostyczny, oceniając stan zdrowia dziecka, i że faktycznie mogłoby zostać ono przy zastosowaniu danej metody leczniczej wyleczone albo przynajmniej zaleczone na tyle, by móc dalej żyć, czyli że nie spełnia ono warunków wdrożenia procedury odstąpienia od leczenia.

Przede wszystkim kobieta w ciąży (albo rodzice noworodka) mogą złożyć wniosek o konsultację ze specjalistą lub zwołanie konsylium celem rozstrzygnięcia wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych (art. 37 ustawy o zawodzie lekarza). Jeśli jednak nadal spotkają się z odmową leczenia dziecka poczętego (albo noworodka), mogą wnieść sprzeciw do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta. Jest to dokładnie ta sama procedura, która została omówiona w poprzedniej części tekstu dotyczącej odmowy wykonania aborcji czy skierowania na badania prenatalne. Warto przypomnieć, że sprzeciw należy wnieść w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta, w tym wypadku od decyzji lekarza o niepodejmowaniu leczenia dziecka poczętego (noworodka) albo jego wstrzymaniu. Sprzeciw wymaga pisemnego uzasadnienia, w tym wskazania, jaki wpływ dana opinia czy orzeczenie ma na prawa lub obowiązki pacjenta, przy czym owe prawa i obowiązki pacjenta muszą być skonkretyzowane z podaniem podstawy prawnej. W przedmiotowej sytuacji można podnieść naruszenie

prawa do ochrony życia w okresie prenatalnym (art. 1 ustawy o planowaniu rodziny), a gdy odmowa leczenia nastąpiła już po porodzie – wręcz konstytucyjnego prawa do ochrony życia noworodka (art. 38 Konstytucji RP). Jeśli Komisja Lekarska stwierdzi, że dziecko poczęte (albo noworodek) zostało błędnie zdiagnozowane i że zasadne jest wdrożenie jakiejś formy terapii, która nie będzie wobec niego uznana za daremną i uporczywą, nakaże danemu podmiotowi leczniczemu jej wdrożenie. Lekarze z tego podmiotu nie będą mogli odmówić podjęcia wskazanych przez Komisję Lekarską działań, nawet opierając się na klauzuli sumienia, gdyż będzie ona wyłączona z powodu konieczności podjęcia leczenia ratującego życie. Warto mieć jednak świadomość, że lekarz, od orzeczenia którego złożony zostanie sprzeciw, nie ma obowiązku do czasu jego rozstrzygnięcia przez Komisję Lekarską wdrożenia albo kontynuowania leczenia, które uznał za terapię daremną/uporczywą, mającą na celu utrzymanie dziecka przy życiu. Może się więc zdarzyć, że zanim Komisja Lekarska wyda swoje orzeczenie, dojdzie do śmierci dziecka czy w łonie matki, czy już po porodzie. Wtedy, jeśli Komisja Lekarska uwzględni sprzeciw, może to służyć jedynie jako podstawa do roszczeń cywilnych (a w przypadku nieleczenia noworodka, także karnych).

Oczywiście odstąpienie od leczenia przyczyn lub skutków danego schorzenia, wobec uznania terapii za daremną/uporczywą, nie oznacza, że lekarze mają całkowicie porzucić kobietę w ciąży noszącą dziecko poczęte niezdolne do życia poza organizmem matki ani tym bardziej umierającego noworodka. Mają zawsze obowiązek objąć umierającego pacjenta opieką paliatywną, celem zapewnienia godnego i spokojnego umierania, a kobiecie w ciąży zaproponować wsparcie, jeszcze w czasie trwania ciąży, tzw. hospicjum perinatalnego.

### Hospicjum perinatalne

Nowelizacja *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej* (Dz.U., poz. 1347 z późn. zm.), która weszła w życie 10 lutego 2017 r., wprowadziła do koszyka świadczeń gwarantowanych perinatalną opiekę paliatywną. Do świadczeń z tego zakresu zaliczone zostały: 1) porady i konsultacje lekarskie; 2) porady psychologa w poradni medycyny paliatywnej lub w hospicjum; 3) koordynacja opieki przez zapewnienie współpracy z: a. podmiotami udzielającymi kobiecie świadczeń z zakresu położnictwa, ginekologii i neonatologii, także w szpitalu, b. hospicjum, jeśli będzie istniała możliwość wypisania dziecka ze szpitala celem zapewnienia ciągłości opieki, c. ośrodkami diagnostyki prenatalnej; 4) poinformowanie rodziców o możliwości pożegnania się ze zmarłym dzieckiem oraz sposobie pochówku, a także wyjaśnienie im postępowania w przypadku zgonu dziecka; 5) wsparcie w żałobie po śmierci dziecka, również przez udział w grupie wsparcia. Zgodnie z rozporządzeniem świadczenia te mogą być realizowane jedynie przez ośrodki diagnostyki prenatalnej lub kardiologii prenatalnej, zakłady genetyki, poradnie medycyny paliatywnej oraz hospicja domowe lub stacjonarne, przy czym ośrodki, które mogą starać się o kontrakt z tego zakresu z Narodowym Funduszem Zdrowia, muszą spełniać odpowiednie wymagania, w szczególności kadrowe.

Twórcy rozporządzenia zdają się zapominać, że wiele kobiet w ciąży, które powinny być objęte perinatalną opieką hospicyjną, mieszka na terenach, gdzie nie działają tego rodzaju podmioty. Ponadto wiele kobiet przebywa na oddziałach patologii ciąży (czasem aż do martwego porodu) w szpitalach, które nie mają podpisanej współpracy z żadnym z wymienionych ośrodków zewnętrznych. Także większość noworodków ze wskazaniem do takiej opieki nigdy nie opuści szpitala, a często wręcz sali porodowej, gdzie nie ma czasu, a z reguły także fizycznych możliwości nawiązania kontaktu z zewnętrznym lekarzem z ośrodka, który ma podpisany z Narodowym Funduszem Zdrowia kontrakt na perinatalną opiekę paliatywną.

Wskazane jest więc, by świadczenia opieki paliatywnej przed, w czasie i tuż po porodzie były świadczone i finansowane również w ramach opieki szpitalnej na oddziałach ginekologicznych, położniczych i neonatologicznych. Rozporządzenie jednak zakłada, że świadczenia z opieki paliatywnej realizowane w warunkach stacjonarnych, tj. szpitalnych, w tym np. leczenie bólu, leczenie innych objawów somatycznych, opieka psychologiczna nad rodziną, zapobieganie powikłaniom, mogą być świadczone jedynie w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej. Pominięta zostaje więc olbrzymia grupa noworodków, które nigdy nie będą w stanie skorzystać ze wsparcia tych ośrodków, a szpitale zmuszane są do rozliczania udzielanych im świadczeń paliatywnych – które oczywiście są i muszą być im udzielane – w sposób ukryty.

Opieka paliatywna nad noworodkiem powinna się rozpocząć już w czasie porodu – przygotowani powinni być do tego i rodzice (właśnie w ramach opieki hospicjum perinatalnego), i personel szpitala, niezależnie od stopnia referencyjności i dostępności ośrodków hospicyjnych w okolicy. Rodziców i personel medyczny powinna łączyć dobra i szczerą komunikacją od momentu diagnozy aż do śmierci dziecka i żałoby. Tylko bowiem otwarta wymiana wszystkich informacji o diagnozie i rokowaniach oraz rozmowy o poglądach i potrzebach rodziców pozwolą na uniknięcie szoku, a także konfliktów i często dramatycznych sporów nad umierającym noworodkiem odnośnie do dalszego postępowania medycznego. Najlepiej, jeśli cały plan przebiegu porodu i umierania niezdolnego do życia poza organizmem matki noworodka zostanie sporządzony i zaakceptowany zarówno przez rodziców, jak i personel medyczny jeszcze przed porodem. Wtedy wszyscy będą wiedzieli, czego się spodziewać i jakie decyzje mają być podjęte (dotyczące czynności medycznych, ale też osób obecnych przy porodzie i tuż po nim, chrzcie dziecka, nadania mu imienia, pogrzebu i innych kwestii, które rodzice chcieliby, aby zostały zapewnione).

Dziecko niezdolne do samodzielnego życia poza organizmem matki, także to, które nigdy nie opuści szpitala albo nawet sali porodowej, ma prawo do godnego umierania, bez bólu i innych uciążliwych dolegliwości, w ramionach rodziców. Stosowane wobec niego środki medyczne powinny w sposób adekwatny łagodzić jego cierpienie i służyć jedynie, a może aż, zapewnieniu mu najwyższej jakości życia do momentu naturalnej śmierci. Życia trwającego kilka tygodni, dni czy nawet chwil, podczas których nic nie będzie go bolało, nie będzie mu zimno, nie będzie czuło głodu, pragnienia, duszności, ale będzie odczuwać bliskość rodziców, którzy będą mogli je uściskać i pożegnać się z nim.

### Akty prawne

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483 z późn. zm.  
 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Dz.U. 2013, poz. 1347 z późn. zm.  
 Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z dnia 7 stycznia 1993 r. Dz.U. nr 17, poz. 78 z późn. zm.  
 Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r., tekst jednolity. Dz.U. 2017, poz. 125 z późn. zm.  
 Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r., tekst jednolity. Dz.U. 2016, poz. 186 z późn. zm.  
 Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r., tekst jednolity. Dz.U. 2016, poz. 1793 z późn. zm.

### Bibliografia

- Dangel, T. (2012). *Decyzje dotyczące dzieci z nieuleczalnymi chorobami prowadzącymi do przedwczesnej śmierci w perinatologii*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Bioetyczne, [http://www.ptb.org.pl/pdf/dangel\\_neonatalna.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/dangel_neonatalna.pdf) [dostęp: 01.09.2017].
- Dangel, T. (red.). (2011). *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Pediatryczne.
- Dangel, T. (red.). (2015). *Standardy postępowania i procedury medyczne w hospicjach domowych dla dzieci*. Warszawa: Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci.
- Dercz, M., Izdebski, H., Rek, T. (2015). *Dziecko – pacjent i świadczeniobiorca. Poradnik prawny*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Haberko, J. (2010). *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*. Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer Business.
- Iwańska, B. (2000). Warunki dopuszczalności przeprowadzenia eksperymentów medycznych. *Państwo i Prawo*, 2, 71–84.
- Kopeć, M. (2016). *Komentarz do Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Kubiak, R. (2015). Warunki prawne dopuszczalności eksperymentów medycznych – wątpliwości dotyczące regulacji w świetle konwencji biomedycznej. W: O. Nawrot, A. Wnukiewicz-Kozłowska (red.), *Temida w dobie rewolucji biotechnologicznej – wybrane problemy bioprawa* (s. 133–162). Gdańsk: Wydawnictwo UG.
- Różyńska, J. (2016). Eksperyment leczniczy – dwa w jednym? *Prawo i Medycyna*, 4, 5–30.
- Rutkowska, M., Szczepaniak, S., Walas, W. i in. (2017). Zasady postępowania w neonatologii przy podejmowaniu decyzji o objęciu opieką paliatywną uwzględniające racje etyczne. W: M. Boryszewska-Kornecka (red.), *Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego* (s. 16–34). Warszawa: Media Press, sp. z o.o.
- Szeroczyńska, M. (2016). Zgoda na operacyjne leczenie płodu. W: B. Namysłowska-Gabrysiak, K. Syroka-Marczewska, A. Walczak-Żochowska (red.), *Prawo wobec problemów społecznych. Księga Jubileuszowa Profesor Eleonory Zielińskiej* (s. 813–826). Warszawa: C.H. Beck.
- Zoń, K. (2015). Kompetencja faktyczna a kryterium formalne – konwencja biomedyczna i prawo polskie wobec problematyki zgody małoletniego na interwencję medyczną. W: O. Nawrot (red.), *Temida w dobie rewolucji biotechnologicznej – wybrane problemy bioprawa* (s. 55–66). Gdańsk: Wydawnictwo UG.



# Z K R A J U I Z E Ś W I A T A

JOANNA MICHALAK-DAWIDZIUK  
Wyższa Szkoła Menedżerska, Warszawa  
jmichalak@onet.eu

## SPRAWOZDANIE Z XXX LETNIEJ SZKOŁY MŁODYCH PEDAGOGÓW PUŁAPKI BADAŃ NAD EDUKACJĄ. KATOWICE – WISŁA, 12–16 WRZEŚNIA 2016

Organizatorami XXX Letniej Szkoły Młodych Pedagogów (LSMP) byli: Komitet Nauk Pedagogicznych Polskiej Akademii Nauk, Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego oraz miasto Katowice. Od 23 lat kierownikiem naukowym LSMP jest prof. Maria Dudzikowa. Spotkania w ramach LSMP mają służyć podnoszeniu umiejętności początkujących badaczy oraz integracji środowiska naukowców z zakresu pedagogiki.

Uroczystość inauguracyjna XXX LSMP odbyła się w sali audytorialnej Międzynarodowego Centrum Kongresowego w Katowicach. Uczestników powitali prof. Stanisław Juszczyk, dziekan Wydziału Pedagogiki i Psychologii UŚ, oraz prof. Andrzej Kowalczyk, JM Rektor UŚ.

Prof. Dudzikowa w swoim wystąpieniu podkreśliła znaczenie LSMP, jej charakter edukacyjny i integracyjny oraz znaczący wpływ na jakość warsztatu metodologicznego, jakim posługują się w procesie badawczym początkujący naukowcy.

Zgodnie z programem dr hab. Ewa Bochno przypomniała dotychczasowe Letnie Szkoły Młodych Pedagogów, a następnie zaprezentowała jubileuszową monografię *Naukowa wspólnota uczących się. XXX-lecie Letniej Szkoły Młodych Pedagogów przy KNP PAN*, wydaną pod jej oraz dr Alicji Korzenieckiej-Bondar redakcją naukową.

Dr Marta Krasuska-Betiuk zaprezentowała kolejny tom *Zeszytów Naukowych Forum Młodych Pedagogów* pt. *O poszukiwaniu, poznawaniu i tworzeniu samego siebie*.

Jubileuszowy charakter spotkania został podkreślony uhonorowaniem osób szczególnie zasłużonych dla LSMP: prof. Dudzi-

kowa otrzymała okolicznościową statuetkę z okazji XXX-lecia LSMP, a prof. Maria Czerepaniak-Walczak, prof. Zenon Gajdzica i prof. Bogusław Śliwerski – jubileuszowe medale za wieloletnie zaangażowanie w LSMP. Medal został także przekazany przedstawicielowi rodziny zmarłej prof. Elżbiety Tarkowskiej. Ponadto wyróżnieni zostali: prof. Henryka Kwiatkowska, prof. Stefan M. Kwiatkowski, prof. Zbigniew Kwieciński, prof. Tadeusz Lewowicki, prof. Wiesława Limont, prof. Aleksander Nalaskowski, prof. Jerzy Nikitorowicz, prof. Eugenia Potulicka, prof. Lech Witkowski.

Medale pamiątkowe wręczono również osobom wspomagającym LSMP. „Strzały w 30” otrzymali: dr hab. Ewa Bochno, dr hab. Przemysław Grzybowski, dr Alicja Korzeniecka-Bondar, dr hab. Małgorzata Makiewicz, a „Strzały w 10’’: dr Dorota Bis, dr Katarzyna Braun, dr hab. Justyna Dobrowolowicz, ks. dr Marek Jeziorański, dr Marta Krasuska-Betiuk, dr hab. Piotr Mikiewicz, dr Edyta Nieduziak, dr Zofia Remiszewska, dr Jolanta Sajdera, dr Katarzyna Szorc, dr Bożena Tołwińska, dr hab. Monika Wiśniewska-Kin, dr hab. Alina Wróbel, mgr Aleksander Cywiński.

Jednym z punktów programu była wizyta na Wydziale Pedagogiki i Psychologii UŚ, po którym oprowadzali uczestników: prof. Juszczyk, dr hab. Ewa Szadzińska, dyrektor Instytutu Pedagogiki, oraz prof. Ewa Syrek, kierownik Katedry Pedagogiki Społecznej. Prof. UŚ Ewa Wysocka wygłosiła referat pt. *Dzisiaj prawdziwej młodzieży już nie ma??? Bunt aksjologiczny czy egocentryczny w procesie „stawiania się” w ponowoczesnym świecie*.

Pierwszego dnia uczestnicy LSMP zwiedzili też dzielnicę Katowic Nikiszowiec, gdzie znajduje się zabytkowe osiedle robotniczo-górniczne, oraz położone w rynku Centrum Zimbardo, które zostało założone w 2014 r. przez Stowarzyszenie Fabryka Inicjatyw Lokalnych. Stowarzyszenie uzyskało wsparcie finansowe oraz zgodę na wykorzystanie nazwiska światowej sławy psychologa prof. Philipa Zimbardo. Ideą Centrum jest stworzenie miejsca spotkań dla młodzieży, które ma służyć kreowaniu rze-

czywistych relacji, kształtowaniu tożsamości lokalnej oraz poczucia przynależności.

W programie XXX LSMP znalazły się prelekcje i seminaria profesorskie, indywidualne spotkania i konsultacje z wybitnymi naukowcami, a także wystąpienia młodych pedagogów. Zaproszeni na LSMP uczeni wygłosili w ramach Wykładów Mistrzów połączonych z dyskusją 16 referatów:

prof. Jacek Piekarski (UŁ), *Wiarygodność praktyki badawczej w warunkach korporacji nauki*;

prof. Jarosław Gara (APS), *Fenomen nieredukowalności teorii i praktyki pedagogicznej*;

prof. Danuta Urbaniak-Zajac (UŁ), *Jak badać to, o czym nie wiemy? O problemach badań jakościowych*;

prof. Andrzej Góralski (APS), *Elementy teorii statystyki kwalitatywnej oraz przykłady zastosowań w humanistyce*;

dr hab. Piotr Mikiewicz (DSW), *Dlaczego teoria ma znaczenie – z perspektywy fanatyka konsekwentnego stosowania teorii empirycznych*;

prof. Maria Czerepaniak-Walczak (USz), *Źródła i konsekwencja uproszczeń w badaniach w działaniu*;

prof. Krzysztof Rubacha (UMK), *Analiza i interpretacja jako etapy procesu badawczego w naukach społecznych*;

dr hab. Monika Wiśniewska-Kin (UG), *Pułapki w badaniach dyskursu dziecięcego i jak je omijać*;

dr hab. Alina Wróbel (UŁ), *Kategoria intencjonalności jako przedmiot analizy w moich teoretycznych zmaganiach*;

prof. Zenon Gajdzica (UŚ), *Pułapki metodologiczne w badaniach świata osób z niepełnosprawnością*;

prof. Katarzyna Krasoń (UŚ), *Sztuka i poznanie – romantyczna utopia, szarlataneria czy konieczność?*;

prof. Wiesława Limont (UMK), *Pułapki w badaniach eksperymentalnych*;

dr hab. Małgorzata Makiewicz (USz), *Pułapki w badaniach eksperymentalnych i jak je pomijać. Z doświadczeń własnych i cudzych*;

prof. Bogusław Śliwerski (UŁ), *Błędy metodologiczne w awansowych publikacjach pedagogów*;

dr hab. Ewa Bochno (UZ), *Niektóre pułapki i jak je omijać w nabywaniu naukowego habitusu*;

dr hab. Justyna Dobrowolowicz (UMK), *Pułapki w analizach dyskursu prasowego. Z doświadczeń własnych i cudzych*.

Podczas LSMP odbywały się także:

- Nieobowiązkowe poranne spotkania u prof. Marii Dudzikowej – magistrów i doktorów (osobno),
- indywidualne konsultacje z Mistrzami,
- seminaria metodologiczne prowadzone przez prof. Juszczyka i ks. prof. Jana Niewęglowskiego,
- *Giełda p(różności)*, czyli wystąpienia młodych połączone z dyskusją,
- warsztaty: relaksacji (dr Edyta Nieduziak z UWr); jogi (dr Ewa Gawlik z UŚ); sfery artystycznej (Fundacja w Każdym Wieku); warsztat prowadzony przez dra hab. Przemysława Grzybowski (UKW) – *Nieobecni nie mają... czytelników. Upowszechnianie dorobku naukowego w Internecie*.

Na zakończenie podczas uroczystej kolacji wręczono nagrody uczestnikom Szkoły, których referaty zostały najwyżej ocenione: mgr. Konradowi Pasikowskiemu oraz dr Magdalenie Bełzie. Nagrodę *Twórczy Szum i Twórczy Szumek* otrzymali dr Sławomir Pasikowski i dr Jolanta Sajdera za szczególne zaangażowanie w inspirowanie dyskusji.

Wieczór uświetnił występ kabaretu, który zaprezentował wyniki swej tygodniowej pracy pt. *Magiczny wieczór, czyli o rzeczach istotnie ważnych i pozornie ważniejszych. Dissertacione in solo et una voce pedagogenis*. Nad stroną artystyczną sprawowali opiekę mgr Aleksander Cywiński i mgr Iwona Murawska. Końcowym akcentem pożegnalnej kolacji było przekazanie „kociałki” dr Kindze Krawieckiej – sekretarzowi XXXI Letniej Szkoły Młodych Pedagogów.

Trwałym efektem XXX LSMP będzie publikacja prac w XXI Zeszycie *Naukowym Forum Młodych Pedagogów*, wydawanym pod patronatem KNP PAN, oraz nagrodzonych wystąpień w *Roczniku Pedagogicznym*.

IZABELLA KUST  
Wyższa Szkoła Menedżerska, Warszawa  
wiziza@op.pl

**JUBILEUSZ 35-LECIA  
POLSKIEGO TOWARZYSTWA  
PEDAGOGICZNEGO  
KONFERENCJA NAUKOWA  
TOŻSAMOŚĆ PEDAGOGIKI  
TOWARZYSKOŚĆ – ETYCZNOŚĆ –  
WSPÓLNOTOWOŚĆ.  
WARSZAWA, 11 MAJA 2016**

Integralną częścią konferencji był Walny Zjazd Delegatów PTP, na którym przyjęto statut oraz wybrano kandydatów do tytułu Członka Honorowego PTP.

Otwarcia konferencji dokonały prof. dr hab. Joanna Madalińska-Michalak, przewodnicząca PTP, oraz prof. dr hab. Anna Wiłkomirska, dziekan Wydziału Pedagogicznego UW. Witając gości i uczestników konferencji prof. Wiłkomirska odniosła się z atencją do osób, które tworzyły historię i przyczyniły się do osiągnięć PTP, nawiązała do słów Edwarda Abramowskiego o wolności jako warunku podstawowym rozwoju nauki i środowiska uczonych.

Pamiątkowym medalem PTP uhonorowano prof. dra hab. Zbigniewa Kwiecińskiego – wieloletniego przewodniczącego i jednocześnie Honorowego Przewodniczącego Towarzystwa. Dyplomy Członka Honorowego PTP otrzymali: prof. dr hab. Czesław Banach, prof. dr hab. Maria Czerepaniak-Walczak, prof. dr hab. Henryka Kwiatkowska, prof. dr hab. Ryszard Maciej Łukaszewicz, dr Halina Rotkiewicz, prof. dr hab. Joanna Rutkowiak, prof. dr hab. Marian Walczak, prof. UW dr hab. Wiktor Żłobicki.

Obrady konferencji były podzielone na dwie sesje. Pierwszą sesję pt. *35-lecie Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego – Ewolucja tożsamości pedagogiki* prowadziła prof. dr hab. Agnieszka Cybal-Michalska, natomiast przewodniczącą drugiej sesji: *Towarzystwość – Etyczność – Wspólnotowość* była prof. dr hab. Joanna Ostrouch-Kamińska.

W pierwszej części ogłoszono następujące referaty:

Prof. Kwiatkowska – *Ewolucja haseł zjazdowych czy ewolucja tożsamości pedagogiki?* Autorka przypomniała uwarunkowania I Ogólnopolskiego Zjazdu Pedagogicznego (10–12 lutego 1993 r., Warszawa) oraz dokonała analizy credo kolejnych zjazdów, wykazując ich wielowątkowość, doniosłość podejmowanej problematyki naukowej, społeczne zaangażowanie i demokratyczny charakter.

Prof. Kwieciński w referacie *Rozwój pedagogiki i jego wrogowie. Perspektywa ćwierćwiecza* ukazał rolę zmiany dla rozwoju pedagogiki w Polsce po 1989 r., zwracając uwagę na powstanie wielu subdyscyplin pedagogiki, otwarcie na nauki podstawowe, współpracę z zachodnimi ośrodkami naukowymi i decentralizację ośrodków naukowych. Profesor podkreślił wieloaspektowość zmiany, w której trzeba dostrzec jednak negatywy, do których należy brak dialogu i systemowej zmiany praktyki. Trudności dotyczą również skutecznego porozumiewania się z odpowiedzialnymi za system edukacji w zakresie proponowanych optymalnych modeli zmian, w tym systemu kształcenia nauczycieli. Profesor zwrócił uwagę na działania pozorne i pozorowane w szkolnictwie wyższym, które w dużej mierze wynikają z braku dofinansowania szkolnictwa wyższego, a wraz z eksplozją demograficzną i skolaryzacją przyczyniają się do tworzenia quasi-ryнку wyższej edukacji. Podał też przykłady negatywnych zjawisk, są to np. badania, które nie wnoszą nic nowego, pozorne awanse naukowe, niezdrowa rywalizacja o awanse naukowe i administracyjne, niesprzyjające budowanie atmosfery współpracy i dialogu, bierność po uzyskaniu awansu, brak kreatywności w pracy twórczej oraz kształceniu i wychowaniu młodzieży, zjawiska dworskości, lizusostwa i wrogości środowiskowej.

Prof. zw. dr hab. Stefan M. Kwiatkowski w referacie *Między teoretycznością a praktycznością pedagogiki* podkreślił konieczność zastosowania teorii naukowej w praktyce edukacyjnej. Występuje potrzeba tworzenia w edukacji sytuacji umożliwiających

praktyczne rozwiązania na podbudowie teorii. Zwrócił uwagę na niepokojące zjawisko, jakim jest zainteresowanie nauczycieli krótkimi formami szkolenia z gotowymi rozwiązaniami, a nie dogłębne studiowanie pedagogiki. Podkreślił konieczność zwiększenia popularyzacji wiedzy pedagogicznej w społeczeństwie oraz tworzenia instytucji pośredniczących między teorią a praktyką w edukacji. Do niesprzyjających warunków zgłębiania pedagogiki wśród praktyków zaliczył stosowanie przez niektórych teoretyków edukacji zagnatwanego języka, który może powodować niezrozumienie i niechęć praktyków do teorii. „Pedagogika jest dyscypliną zarówno teoretyczną, jak i praktyczną. Najważniejsza jest transmisja tego, co jest w teorii, do codziennej praktyki edukacyjnej szkół i uczelni” (z wywiadu prof. Kwiatkowskiego udzielonego w czasie konferencji, <https://www.youtube.com/watch?v=iVnBmgCG8v0&feature=youtu.be>, data dostępu: 28.10.2017). Na zakończenie prof. Kwiatkowski podkreślił brak w pedagogice prowadzenia badań transdyscyplinarnych, czyli zespołu osób reprezentujących różne dyscypliny naukowe.

W drugiej sesji w referacie pt. *Towarzystwość w nauce: istota, przejawy, efekty* prof. Czerepaniak-Walczak omówiła podmioty towarzyskie, które są wolne od anonimowości, otwarcie i szczerze manifestują swoje poglądy, opinie i preferencje w aspekcie aktualnych spraw, poszukują pozytywów, wyrażają troskę wobec niektórych zdarzeń społecznych oraz wsparcie dla innych. „Specyficznym typem towarzyskości jest towarzyskość naukowa. Jest ta towarzyskość wyrażająca się właśnie w takim nieskrępowanym, szczerym, serdecznym spotkaniu poświęconym wymianie idei, wymianie myśli, wymianie poglądów” (z wywiadu prof. Czerepaniak-Walczak udzielonego w czasie konferencji, <https://www.youtube.com/watch?v=iVnBmgCG8v0&feature=youtu.be>, data dostępu: 28.10.2017). Ważnym typem towarzyskości jest solidarność wyrażająca się identyfikacją i urzeczywistnieniem wspólnych wartości.

Profesor podkreśliła rolę towarzyskości naukowej w pozaformalnych obszarach dziedzin i dyscyplin naukowych. Ten rodzaj towarzyskości umożliwia przekraczanie granic państw, kontynentów; jest wynikiem idei globalizmu w kontekście ontologicznym, epistemologicznym, aksjologicznym.

Prof. Kwieciński w referacie *Rozchwianie i kryzys społeczeństwa wychowującego. Pedagogika i edukacja wobec „polityki zombie”* sformułował pytanie: Jak to możliwe, że powszechny stan wychowania i kultury społecznej nie zmieniły się po upływie już ponad ćwierć wieku polskich przemian? Odnosząc się do hipotezy izomorfizmu rozwojowego Lawrence’a Kohlberga i Jürgena Habermasa, wskazał na trudności i zagrożenia, jakie wynikają z niebezpieczeństwa anomii i w konsekwencji braku rozwoju znacznej części społeczeństwa. Pytając o źródła zgody na autorytaryzm, skomentował różne hipotezy w kontekście powracającego systemu autorytarnego przy jednoczesnym istnieniu trzech różnych etapów rozwoju społeczeństwa i czasu jego zatrzymania, które metaforycznie, za Henrym Girouxem, określono hipotezą efektu „polityki zombie”. „Tylko ludzie szanujący prawo, pewien system norm obowiązujący w tym społeczeństwie są w stanie przejść na wyższy poziom rozwoju, ku etyczności i kierowaniu się zasadami, czyli w rzeczywistości system autorytarny przez blokady rozwojowe staje się antywychowawczy i niszczy coś, co można nazwać człowieczeństwem” (z wywiadu prof. Kwiecińskiego udzielonego w czasie konferencji, <https://www.youtube.com/watch?v=iVnBmgCG8v0&feature=youtu.be>, data dostępu: 28.10.2017).

Prof. zw. dr hab. Tomasz Szkudlarek w referacie *Wspólnotowość i etyczność* podkreślił rolę różnorodności ujmowania wiedzy jako wypadkowej zarówno wielości poglądów, jak i sposobów badań. Mimo zróżnicowania w podejściach z perspektywy niemieckiej czy angielskojęzycznej wspólnotowość pedagogiki jest „zdyscyplinowaną towarzyskością”. Zgodnie z inspiracją Johanna Friedricha Herbar-

ta pedagog musi być zdyscyplinowany, umiejętnie odnajdywać się w różnych sferach nauki. W aspekcie rozważań o towarzyskości, w kontekście teorii aktora – sieci według Brunona Latorura – należy pamiętać o wspólnotowości jako sieci powiązań.

Prof. Madalińska-Michalak dokonała analizy pojęć występujących w tytule jej referatu – *Wspólnota, społeczeństwo, towarzyskość* – w odniesieniu do europejskiego i ewolucyjnego kontekstu znaczenia ich postrzegania. Zwróciła uwagę na przewartościowanie w sposobie myślenia i spojrzenia na wspólnotę: od jej dominacji na rzecz dobrowolności zrzeszania, czym są stowarzyszenia (swoboda decydowania o wyborze przynależności do określonej grupy społecznej, naukowej).

Jubileusz 35-lecia PTP i konferencja były okazją do spotkania i wysłuchania

wystąpień autorytetów i mistrzów pedagogiki. Prof. Walczak podkreślił: „Mistrzów człowiek ma zawsze wielu i dobrze dlatego, że każdy coś nam od siebie daje, więc trzeba tych Mistrzów szanować, pielęgnować i z nich jak najwięcej korzystać” (z wywiadu prof. Walczaka udzielonego w czasie konferencji, <https://www.youtube.com/watch?v=iVnBmgCG8v0&feature=youtu.be>, data dostępu: 28.10.2017).

Na zakończenie konferencji wskazano kierunki dalszego rozwoju pedagogiki oraz trudności i problemy nie tylko natury pedagogicznej, lecz także z zakresu nauk społecznych i humanistycznych. Wyzwaniem stają się badania interdyscyplinarne. Istotną rolę PTP w podejmowaniu wyzwań współczesności oraz współpracy z innymi towarzystwami naukowymi.

**Aby dokonać prenumeraty czasopisma, można skorzystać z usług jednego z kolporterów:**

**1. „RUCH” S.A.**

Zamówienia na prenumeratę w wersji papierowej i na e-wydania można składać bezpośrednio na stronie

**[www.prenumerata.ruch.com.pl](http://www.prenumerata.ruch.com.pl)**

Ewentualne pytania prosimy kierować na adres e-mail: **[prenumerata@ruch.com.pl](mailto:prenumerata@ruch.com.pl)** lub kontaktując się z Telefonicznym Biurem Obsługi Klienta pod numerem: **801 800 803** lub **22 717 59 59** – czynne w godzinach 7.00 – 18.00. Koszt połączenia wg taryfy operatora.

**2. Kolporter S.A.**

Prenumeratę instytucjonalną można zamawiać w oddziałach firmy Kolporter S.A. na terenie całego kraju. **Informacje: infolinia 0 801 205 555.**

**[www.dp.kolporter.com.pl](http://www.dp.kolporter.com.pl)**

- Marianna Marek-Ruka*  
 Kreatywność w edukacji dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w ujęciu  
 profesor Marii Grzegorzewskiej (4) 245

**OPRACOWANIA NAUKOWE**

- Kornelia Czerwińska, Angelika Bajkiewicz*  
 Metoda ośrodków pracy w edukacji dzieci niewidomych w Ruandzie (1) 5
- Ewa Domagała-Zysk, Agnieszka Kłos-Dacka, Marek Zadrożniak*  
 Uczenie się języka obcego przez osoby korzystające z implantów ślimakowych (1) 17
- Manabu Kuroda, Ewa Maria Kulesza*  
 Comparative study of education for students with special needs in Japan and Poland (1) 28
- Айгерим А. Махметова*  
 Специфика использования компьютерных технологий при обучении слабослышащих  
 школьников географии (1) 41
- Marta Kimszal, Jarosław Rola*  
 Poziom nadziei podstawowej, poczucia koherencji oraz satysfakcja życiowa matek jedynaków z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną w okresie adolescencji (2) 85
- Magdalena Olempska-Wysocka*  
 Strategie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka z wadą słuchu (2) 96
- Magdalena Wójcik*  
 Wielodyscyplinarna diagnoza dziecka z autyzmem – funkcjonalna ocena rozwoju (2) 104
- Наталья В. Бабкина*  
 Современное состояние и перспективы образования детей с задержкой психического развития: взгляд с позиций культурно-исторической теории Льва Семеновича Выготского (2) 116
- Leszek Ploch*  
 Preferencje muzyczne uczniów z niepełnosprawnością intelektualną (3) 165
- Katarzyna Cwirynkało, Agnieszka Żyta*  
 Węgierski system edukacji wobec dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (3) 175
- Patrycja Gołąbek-Jonak*  
 Dogoterapia wobec przedszkolnych dzieci z niepełnosprawnością – czy to ma sens? (3) 187
- Серик М. Кенесбаев, Айгерим А. Махметова*  
 Современные тенденции в разработке и использовании компьютерных технологий в специальной педагогике (3) 199
- Jerzy Rottermund, Andrzej Knapik*  
 Rola terapii zajęciowej w uzyskaniu aktywności zawodowej (4) 251
- Magdalena Olempska-Wysocka*  
 Zadaniowa wrażliwość edukacyjna uczniów z uszkodzonym słuchem (4) 262
- Анна И. Ахметзянова, Татьяна В. Артемьева*  
 Специфика саморегуляции в учебной деятельности младших школьников с сенсорными нарушениями (4) 277
- Edyta Gruszczyk-Kolczyńska*  
 Tabletowe dzieci. Ile zła wyrządza małym dzieciom tablet reklamowany jako najlepsza zabawka dla twojego dziecka. Ku rozwadze dorosłym, którzy temu ulegają (5) 325
- Karol Konaszewski*  
 Wzory osobowe młodzieży nieprzystosowanej społecznie – przykład wychowanków młodzieżowych ośrodków wychowawczych (5) 335
- Monika Skura*  
 Postawy wobec osób z niepełnosprawnością a postawy osób z niepełnosprawnością ruchową wobec ludzi z innym rodzajem niepełnosprawności – próba porównania (5) 342

*Гульжан С. Оразаева, Гульжан Н. Тулебиева*

Включение детей с особыми образовательными потребностями в общеобразовательный процесс (5) 353

#### Z PRAKTYKI PEDAGOGICZNEJ

*s. Elżbieta Więckowska, FSK*

100 lat normalizacji polskiej książki brajlowskiej. Problematyka adaptacji podręczników szkolnych (1) 53

*Anna Zwierzchowska, Krystyna Gawlik, Joanna Operska, Anna Sass*

Stymulacja ukierunkowana a sprawność fizyczna osoby niepełnosprawnej intelektualnie. Studium przypadku (2) 125

*Izabela Hyjek, Anna Kloze, Aleksandra Buchholz, Jolanta Stępowka*

Ocena umiejętności z zakresu motoryki małej w grupie dzieci z zespołem Aspergera w wieku 5–7 lat (3) 210

*Jadwiga Kuczyńska-Kwapisz*

Specjalne potrzeby edukacyjne uczniów z niepełnosprawnością wzroku (4) 285

*Aleksandra Buchholz*

Niepewność grawitacyjna i nietolerancja ruchu (4) 292

*Agnieszka Żyta, Katarzyna Ćwirynka*

Edukacja oraz wsparcie dzieci, młodzieży i dorosłych z niepełnosprawnościami w Chorwacji (5) 364

*Paweł Jaworski*

Urazy w judo u studentów pełnosprawnych i z niepełnosprawnością ruchową (5) 375

#### PRAWO I PRAKTYKA

*Małgorzata Szeroczyńska*

Niebezpieczne umowy: przewłaszczenie nieruchomości na zabezpieczenie pożyczki. Część II (1) 63

*Jolanta Zozula*

Ochrona dobra dziecka i realizacja jego prawa do wychowania się w rodzinie a organizacja pieczy zastępczej (2) 134

*Małgorzata Szeroczyńska*

Formy zawierania umów przez osoby z niepełnosprawnością (3) 222

*Małgorzata Szeroczyńska*

Dziecko poczęte niezdolne do samodzielnego życia w świetle przepisów prawa. Część I (4) 302

Dziecko poczęte niezdolne do samodzielnego życia w świetle przepisów prawa. Część II (5) 382

#### Z KRAJU I ZE ŚWIATA

*Izabella Kucharczyk*

Sprawozdanie z I Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej z cyklu *Tyflopedagogika – teoria i praktyka. Osoba z niepełnosprawnością wzroku wobec zmieniającej się przestrzeni społeczno-kulturowej i edukacyjno-rehabilitacyjnej*. Warszawa, 14 października 2016 (1) 76

*Justyna Mazurek, Magdalena Kołodziej*

Sprawozdanie z III Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej z cyklu *Horyzonty Pedagogiczne Jest sobie człowiek... z niepełnosprawnością – z doświadczeniem w przyszłość*. Olsztyn, 12–13 maja 2016 (2) 152

*Aleksandra Thuściak-Deliowska*

Sprawozdanie z wykładu otwartego prof. Louise Archer z King's College London. Warszawa, 13 października 2016 (3) 233

## SPIS ROCZNIKA 2017

- Marta Wiśniewska*  
Konkurs *Piękne czytanie* (3) 234  
*Marzenna Zaorska*  
Rok 2016 Rokiem L.S. Wygotskiego w Rosji. Sprawozdanie z Kongresu Człowiek w świecie niewiadomych: historycznokulturowa metodologia poznania. Moskwa, 14–19 listopada 2016 (4) 314  
*Joanna Michalak-Dawidziuk*  
Sprawozdanie z XXX Letniej Szkoły Młodych Pedagogów *Pulapki badań nad edukacją*, Katowice – Wisła, 12–16 września 2016 (5) 393  
*Izabella Kust*  
Jubileusz 35-lecia Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego. Konferencja naukowa Tożsamość pedagogiki. *Towarzystwość – etyczność – wspólnotowość*. Warszawa, 11 maja 2016 (5) 395

### RECENZJE

- Sally Ozonoff, Geraldine Dawson, James C. McPartland: Wysokofunkcjonujące dzieci ze spektrum autyzmu. Poradnik dla rodziców. Wydawnictwo UJ, Kraków 2015, ss. 318 (*Ewelina Młynarczyk-Karabin*) (1) 79  
Wolan-Nowakowska Mariola (red.): Poradnictwo zawodowe w szkole – ku możliwościom przeciw ograniczeniom. Wydawnictwo APS, Warszawa 2016, ss. 257 (*Marcin Lerka*) (2) 157  
Isabelle Henault: Zespół Aspergera a seksualność. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2015, ss. 223 (*Marcin Lerka*) (3) 238

### NASZYM CZYTELNIKOM POLECAMY

- A. Skoczek, A. Piestrzyńska (red.): Nowoczesne technologie w pedagogice specjalnej. Wydawnictwo WAM, Kraków 2016, ss. 178 (*Agnieszka Suchcicka*) (1)  
J. Fallon: Mózg psychopaty. Intrygujące spojrzenie na ciemną stronę umysłu. GWP, Sopot 2016, ss. 270 (*Aneta Babiuk-Massalska*) (1)  
E. Lichtenberg-Kokoszka: Humanistyczny wymiar opieki okołoporodowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2016, ss. 198. *Studia i Monografie*, nr 525 (*Paulina Zalewska*) (2)  
E.M. Kulesza: Dynamiczna ocena rozwoju poznawczego dzieci w wieku od 2 do 6 lat. MB POLIGRAFIA, Warszawa 2017, ss. 144 (*Katarzyna Jedlecka*) (2)  
E. Siarkiewicz, B. Wojtasik: Uczenie Się – Doświadczenie – Imersja. Poradnictwo zaangażowane. Dolnośląska Szkoła Wyższa, Wrocław 2016, ss. 273 (*Katarzyna Błachnio*) (3)  
M. Kulesza: Rodzinne zasoby w pedagogice społecznej i praktyce psychopedagogicznej. Difin, Warszawa 2017, ss. 156 (*Beata Rajter*) (3)  
R. Cialdini: Pre-swazja. Jak w pełni wykorzystać techniki wpływu społecznego. GWP, Sopot 2017, ss. 355 (*Aneta Babiuk-Massalska*) (4)  
Czas wolny małych dzieci w świecie realnym i wirtualnym. Red. A. Jegier. Difin, Warszawa 2016, ss. 179 (*Edyta Żebrowska*) (4)  
A. Wentrych: Zanim wkroczy specjalista. Jak pomóc przedszkolakowi w trudnych sytuacjach. Centrum Edukacyjne Bliżej Przedszkola, Kraków 2016, ss. 158 (*Aleksandra Drązkiewicz*) (5)  
E. Gruszczyk-Kolczyńska, J. Kozieł: Zastosowanie Darów Froebela w Dziecięcej matematyce. Froebel.pl, Lublin 2017, ss. 237 (*Zuzanna Jastrzębska-Krajewska*) (5)