CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO

Nr 2(14) 2011

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

RADA NAUKOWA
Władysław Dykcik (PL), Anna Firkowska-Mankiewicz (przewodnicząca) (PL), Adam Frączek (PL), Zofia Kawczyńska-Butrym (PL), Małgorzata Kościelska (PL), Henny Lantman (B), Su-Jan Lin (RC), Hanna Malewska-Peyre (F), Tadeusz Mazurczak (PL), Antonina Ostrowska (PL), Alicja Przyłuska-Fiszer (PL), Stanisław Pużyński (PL), Diane Ryndak (USA), Barbara Szatur-Jaworska (PL), Wiesław Theiss (PL)

KOMITET REDAKCYJNY
Joanna Głodkowska (redaktor naczelna), Katarzyna Wereszka (sekretarz redakcji), Ewa M. Kulesza, Małgorzata Kupisiewicz, Jarosław Rola (członkowie redakcji)

RECENZENCI
Dr hab., prof. APS Andrzej Giryński; dr hab. prof. APS Wanda Hajnicz;
prof. dr hab. Ryszard Kościelak, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie;
prof. dr hab. Ewa Pisula, Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski;
dr hab. prof. Irena Pospiszyl, PEDAGOGIUM WSPR w Warszawie;
prof. dr hab. prof. nadzw. Andrzej Wojciechowski, Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu

Tłumaczenie na język angielski – Renata Wójtowicz

Redakcja i korekta językowa (język polski) – Anna Luto-Pietrzak

Wersja papierowa jest wersją pierwotną (referencyjną)

Adres redakcji
Redakcja czasopisma „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
redakcjacns@aps.edu.pl
www.aps.edu.pl/wydawnictwo/czasopisma/

© Copyright by Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa 2011
nakład 300 egz.

ISSN 1734-5537

Skład:
Grafini DTP
Druk i oprawa:
P.P.H.U. „Nokpol” Kobyłka

SPIS TREŚCI

Autorzy 5

Artykuły i rozprawy

Józef Sowa – *Etyczne aspekty rehabilitacji* 7
Magdalena Giers – *Mocne i słabe strony uczniów z zespołem Williamsa* 25

Prace badawcze

Stanisława Byra, Monika Parchomiuk – *Społeczno-poznawcze determinanty satysfakcji z pracy wyrażanej przez osoby niepełnosprawne* 35
Maciej Wilski – *Postawa troski o siebie pacjentów po zawale serca* 53

Polemiki i recenzje

Urszula Bartnikowska (2010). *Sytuacja społeczna i rodzinna słyszących dzieci niesłyszących rodziców.* Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „AKAPIT" (Beata Jackiewicz) 69
Vivan Gussin Paley (2000). *The Kindness of Children, Harvard University Press* (Aneta Wnuk) 73

Sprawozdania, komunikaty, kronika

Katarzyna Smolińska – Sprawozdanie z realizacji projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego III Priorytet Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Działanie 3.3. „Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi" 79
Urszula Gosk – *„Trudności w uczeniu się – perspektywa interdyscyplinarna"* – sprawozdanie z ogólnopolskiej konferencji zorganizowanej przez Zakład Metodologii i Diagnozy Psychologicznej UMCS 85

Przegląd czasopism

Anna Bielak, Edukacja włączająca w Europie – przegląd wybranych artykułów *European Journal of Special Needs Education*, Vol. 25, November 2010 91

CONTENTS

Authors 5

Articles and Treaties

Józef Sowa – *Ethical Aspects of the Rehabilitation Process* 7
Magdalena Giers – *Strengths and Weaknesses of Students with Williams Syndrome* . 25

Research Papers

Stanisława Byra, Monika Parchomiuk – *Social and Cognitive Determinants of Job Satisfaction Expressed by Individuals with Disabilities* 35
Maciej Wilski – *Self-Care Attitude after Myocardial Infarction* 53

Polemics and Reviews

Urszula Bartnikowska (2010). *Sytuacja społeczna i rodzinna słyszących dzieci niesłyszących rodziców* [Social and Family Situation of Hearing Children of Parents with Hearing Impairments]. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „AKAPIT" (Beata Jackiewicz) 69
Vivian Gussin Paley (2000). *The Kindness of Children*, Harvard University Press (Aneta Wnuk) 73

Reports, Announcements, Chronicle

Katarzyna Smolińska – Report on the Implementation of the Project Co-Funded by the European Union under the European Social Fund, Priority 3 of the Human Resources Development Operational Program, Action 3.3 "Increasing the Effectiveness of Education for Students with Special Educational Needs" 79
Urszula Gosk – "Learning Difficulties – An Interdisciplinary Perspective" – Report on the All-Poland Conference Organized by the Methodology and Psychological Diagnosis Unit at Maria Curie-Skłodowska University in Lublin 85

Journals Review

Anna Bielak – Inclusive Education in Europe – A Review of Selected Articles *European Journal of Special Needs Education*, Vol. 25, November 2010 91

AUTORZY

Anna Bielak
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
anna.bielak1@gmail.com

Stanisława Byra
Zakład Socjopedagogiki Specjalnej UMCS
ul. Narutowicza 12
20-004 Lublin
byras@interia.pl

Magdalena Giers
Stowarzyszenie Pomocy Osobom z zespołem Williama
ul. Wolności 52/9
80-538 Gdańsk
mmgiers@wp.pl

Urszula Gosk
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
ulagosk@aps.edu.pl

Beata Jackiewicz
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
bjackiewicz@aps.edu.pl

Monika Parchomiuk
Zakład Socjopedagogiki Specjalnej UMCS
ul. Narutowicza 12
20-004 Lublin
mparchomiuk@o2.pl

Katarzyna Smolińska
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
ksmolinska@aps.edu.pl

Józef Sowa
Wyższa Szkoła Ekonomii, Turystyki
i Nauk Społecznych
ul. Ponurego Piwnika 49
25-666 Kielce

Maciej Wilski
Akademia Wychowania Fizycznego
im. Eugeniusza Piaseckiego
ul. Królowej Jadwigi 27/39
61-871 Poznań
mwilski@wp.pl

Aneta Wnuk
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
Centrum Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego
Instytut transportu Samochodowego
aneta.wnuk@its.waw.pl

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO”
NR 2(14) 2011

ARTYKUŁY I ROZPRAWY

JÓZEF SOWA

ETYCZNE ASPEKTY PROCESU REHABILITACJI

Wstęp

Żyjemy w czasach, w których wiedza i technologia umożliwiają postęp w niewyobrażalnym dotychczas tempie i zakresie. Nigdzie jednak skutki tego postępu nie stawiają tak wielu pytań, jak w przypadku biologii i dziedzin związanych z ochroną zdrowia człowieka. Mimo że osiągnięto znaczące postępy w wykrywaniu i leczeniu wielu chorób, to zarówno poszczególne jednostki, jak i całe społeczeństwa, stają nadal w obliczu narastających problemów i kontrowersji etycznych z tym związanych. Jeśli ma się realizować zasadę „leczenia człowieka, a nie tylko choroby”, wnosi się tym samym do lecznictwa elementy społeczne, przez co troszczy się o los osoby niepełnosprawnej. Tym samym przyczynia się do rehumanizacji medycyny, którą daleko posunięta technicyzacja w pewnym stopniu dehumanizuje (por. W. Dega, 1998). W tej relacji decyzje dotyczące zdrowia i rehabilitacji budzą wciąż silne emocje i są często związane z moralnymi przekonaniami poszczególnych ludzi. Dodatkowo jeszcze okres przełomu transformacyjnego z coraz większą ostrością uświadamia z jednej strony znaczenie, jakiego nabiera w tej mierze kwestia właściwych wyborów, z drugiej zaś – świadomość konsekwencji owych wyborów. Ponadto postrzegana niepewność odnoszona do wartości moralnych i wynikające stąd dylematy, wskazują na swoistą „etyczną dramaturgię” życia i wywołują potrzebę refleksji nad kwestiami etycznymi. Ta sytuacja implikuje wiele pytań, na które trudno znaleźć jednoznaczną odpowiedź.

Poszukując wspólnej płaszczyzny dla relacjonowanych zagadnień, na pierwszym miejscu wymienić można cierpienie (M. Scheler, 1995; J. Szczepański, 1995). Cierpienie pojęte szeroko – jako to, co zgotował nam los, inni ludzie, my sami sobie, ale też jako skutek wielu chorób i anomalii rozwojowych. Człowiek poszukując różnych sposobów przezwyciężania cierpienia, odwołuje się do własnej koncepcji wartości społecznych, własnej koncepcji dobra i zła, również wła-

snych upodobań, niechęci czy obaw. W efekcie, wpływa na określony tok postępowania wspomagającego.

Te stwierdzenia, przeniesione na teren refleksji dotyczących problematyki oddziaływań wspomagających, zachęcają do analizy nie tylko ludzkich stanów i zachowań, ale także form pomocy oczekiwanych i oferowanych jednym ludziom przez drugich. Nie wymaga uzasadnienia fakt, iż decyzje w kwestii poprawy stanu zdrowia, budzą silne emocje i są często związane z poglądami poszczególnych osób. Rozważając problem w filozoficznym wymiarze można powiedzieć, że oddziaływania wspomagające – jako codzienna, spontaniczna działalność życzliwych osób i jako wyspecjalizowane zadanie profesjonalnych instytucji – mają swoje należne odniesienia w poczuciu moralnego obowiązku pomagania cierpiącym (por. tamże).

Wprowadza nas to w zagadnienie koncepcji człowieka, istoty niepełnosprawności, problematyki wzajemnych stosunków ułożonych w triadę: filozofia – etyka – rehabilitacja. Okazuje się nadto, że kwestia ta nabiera szczególnego znaczenia zwłaszcza dzisiaj, tj. w okresie wielkich przemian i sporów cywilizacyjnych w podejściu do niepełnosprawności, życia i śmierci, płci i rozwoju ludzkości w ogóle. Pogłębiona refleksja nad istotą omawianych zagadnień, znajduje coraz wyraźniej należne aplikacje w pedagogice specjalnej, co wyraża się, ogólnie rzecz ujmując – w metodach pracy z tą grupą ludzi. Ma się przede wszystkim na uwadze szersze uwzględnienie osiągnięć psychologii poznawczej i społecznej – włącznie z kierunkiem ekologicznym. Po wtóre, chodzi o odejście od nadmiernej koncentracji na biologicznym wymiarze niepełnosprawności, a skupienie uwagi głównie na skutkach psychospołecznych.

Zrozumieć bowiem kogoś, wyjaśnić jego zachowania i przeżycia w sytuacji trudnej, jaką stwarza niepełnosprawność, można tylko wówczas, gdy spojrzymy na niego w aspekcie personalistycznym, uznającym człowieka za Osobę i przyjmującym personalne zaangażowanie doradcy – rehabilitanta. Tym samym jednostka ludzka nie może występować jako przypadek choroby, egzemplarz gatunku czy „produkt" społeczeństwa. Pogłębiając filozoficzną refleksję nad istotą życia człowieka, akcentuje się zarazem potrzebę określenia ontologicznych założeń dotyczących jego natury. Pomocne staje się też tzw. podejście relacyjne, uwzględniające wzajemne stosunki: człowieka do samego siebie; człowieka do drugiego człowieka i najbardziej pojemne – człowieka do świata (por. W. Poznaniak, 1989; S. Ruciński, 1993 i in.).

Pomoc osobie z niepełnosprawnością – wraz z pojawieniem się humanistycznych prądów w poradnictwie – jest swoistą formą relacji między osobą pomagającą a wspomaganą. Jeśli do tego uznamy ścisły związek między świadomością ontologiczno-aksjologiczną oraz odwołamy się zarazem do tradycji filozoficznej, która źródeł etyki dopatruje się w badaniu natury człowieka, wówczas bardziej wyraziście definiują się omawiane procesy. Ma miejsce pewien dialog i spotkanie w procesie rehabilitacji, gdzie następuje zawarcie swoistej transakcji

między doradcą a pacjentem w kwestii rozwiązywania jego problemów egzystencjalnych (por. J. Aleksandrowicz, E. Stawowy, 1992; J. Janowska, 1993; T. Witkowski, 1991).

Relacja dialogowa stwarza jednostce niepełnosprawnej szansę odkrycia własnego bytu osobowego w realnym świecie, który dla niej wydawać się może zrazu „obcy" i nie do końca zrozumiały. W głównych swych założeniach pedagogika specjalna zespala się wówczas z personalizmem i psychologią humanistyczną. Konsekwencją tego jest m.in. przezwyciężenie deterministycznej koncepcji człowieka i podkreślenie jego zdolności do rozwoju. Etyka wypływająca z zasad humanizmu stwarza jednostce realnie większą szansę rozwoju poprzez ograniczanie cierpienia i usuwanie zniewalającego lęku, jakie często towarzyszą anomaliom w stanie zdrowia i rozwoju. Widzi się w każdym osobę, i to niezależnie od wieku, poziomu dojrzałości biologicznej, psychologicznej czy społecznej – przeciwdziała się doświadczaniu siebie jako jednostki pozbawionej znaczenia, pomaga w odzyskaniu poczucia własnej wartości – odsłania się podmiotowe istnienie jednostki (por. F. Adamski, 1993; M. Buber, 1993; B. Trzęsicka, 1996).

Istotą definiowanego interpersonalnego kontaktu jest wzajemne zrozumienie, partnerstwo i wykluczenie wszelkiej „dominacji". Z kolei kontakt osobowy staje się możliwy dzięki naturalnej zdolności i dążeniu do bezinteresownego pomagania innym. Orientacja „na drugiego człowieka" kładzie nacisk na moralny charakter osoby ludzkiej i wyznacza zasadniczy kierunek wszelkich oddziaływań wychowawczych, w tym również w zakresie edukacji specjalnej.

Dopełnienie tego wątku wymaga jeszcze zwrócenia uwagi na kwestie autorehabilitacji i autoedukacji. Stanowią one zasadniczo samodzielne dążenie w celu przezwyciężenia własnych ograniczeń, dzięki czemu możliwa staje się też kreacja jakości własnego życia.

Samorealizacja jako cel życia egzemplifikuje zatem taką pomoc dla drugiego człowieka, która wyraża się w podmiotowym i dialogowym podejściu do kwestii rehabilitacyjnej. Ma to oszczędzić jednostce przykrości i dramatów związanych z sytuacją, jaką niesie już sama treść pojęcia „osoba z niepełnosprawnością".

Nadrzędnym celem staje się w tym przypadku rozwój tych cech jednostki, które nierozerwalnie wiążą się z rozwojem człowieczeństwa. Na tak uwikłanej drodze stawania się, wzrostu i rozwoju niezbędny jest pewien podmiot wspierający, pełen szacunku, pomocny w odkryciu wartości istnienia. Wymaga się zatem przyjęcia postawy dialogu z drugim człowiekiem, która daje szansę poznania wartości aksjologicznych, takich jak cierpienie, lub wartości etycznych, takich jak dobro i zło. Wówczas podmioty stają wobec niepełnosprawności jako wyzwania – a w procesie rehabilitacji odsłaniają jego szersze aspekty (por. E. Tomasik 1997; i in.).

Podejmując problem analizy filozoficznych i etycznych aspektów zagadnienia, można je ujmować na kilka sposobów. Jeden z nich wyraża kwestie deonto-

logiczne polegające na określeniu obowiązków etycznych pedagogów specjalnych i innych profesjonalistów zajmujących się wspomaganiem ludzi z niepełnosprawnościami. Inne podejścia – określane niekiedy jako filozoficzne – wydają się wyróżniać zwykle możliwe do zaistnienia dylematy moralne w reakcji pomocowej – odnosząc je do procesu rehabilitacji.

Analiza dylematów etycznych wywołuje też wiele pytań dotyczących zastosowań praktycznych. Trudności związane z próbą odpowiedzi na nie wynikają nie tylko z odmiennej perspektywy zarysowanej przez etyków, ale także przez pedagogikę specjalną. Etyk zwykle koncentruje się na relacji: osoba – osoba (osoba z niepełnosprawnością – rehabilitant). Pedagog zaś, mimo że urzeczywistnia to w praktyce, analizuje jednak zagadnienie z punktu widzenia konkretnych oddziaływań wspomagających (por. T. Kotarbiński, 1993).

Wyraża się zarazem pogląd, że rozpatrywania teoretyczne na temat osób z niepełnosprawnościami mają sens o tyle, o ile mogą znaleźć należne aplikacje w doskonaleniu działań zmierzających do realnej poprawy sytuacji tej grupy osób.

Ujęcie tematu wymagało dokonania szeregu uproszczeń. Tak się bowiem składa, że każde z poruszonych zagadnień mogłoby stanowić przedmiot odrębnego opracowania. Mając tę świadomość, zasygnalizowano jedynie pewne ogólne prawidłowości osadzone w koncepcji osoby ludzkiej oraz w jej wartościach moralnych.

Rehabilitacja jako proces

Rehabilitacja – to wszelkie oddziaływanie zmierzające do przywrócenia pełni sił osobom poważnie osłabionym schorzeniem lub urazami. Tego typu oddziaływanie jest zawsze związane z przestrzeganiem pewnych norm etyczno-moralnych przez tych, którzy podejmują trud wspomagania drugiego człowieka. Otóż ideałem w stosunku do osób z niepełnosprawnościami nie jest ani pomaganie, ani opiekuńczość, ani też wspaniałomyślność (zob. W. Sanocki, 1984). Chodzi tu o znacznie więcej – o umiejętność wczuwania się w sytuacje jednostki i podejmowanie działań leżących nie tylko w sferze naszych obowiązków. Dobitnie ilustrują to słowa B. Suchodolskiego (1982 a i b, s. 106), który pisze: „chodzi nie tylko o konkretne czyny, których wykonanie jest wyrazem posłuszeństwa wobec norm moralnych, ale o całą atmosferę życzliwości człowieka do człowieka [...], gotowość do bezinteresownego działania".

Postawmy kolejne pytanie: jakie czynniki warunkują aktywny udział rodziców w procesie rehabilitacji dziecka? Otóż rzeczywistość związana z tym wyzwaniem kryje w sobie wiele trudnych do przewidzenia momentów. Jeden z nich stanowi dostępność różnych form pomocy specjalistycznej i towarzyszące temu poczucie bezpieczeństwa, pozwalające łatwiej przystosować się do nowych zadań, obowiązków i specyficznych potrzeb dziecka. Owo „wewnętrzne" przygotowanie na

problem medyczny wymagateż asystowania rodzicom w procesie pokonywania przeszkód i utrudnień na zasadzie prtnerskiej współpracy ze specjalistami. Konieczne staje się uznanie ich jako podmiotu, którego doświadczenia i zdolności związane są z „naturalną" znajomością dziecka i jego potrzeb, uczynią bardziej komplementarny cykl oddziaływań wspomagających. Odsłonimy w tym kompetencje rodziców, a nasze (specjalistów) przedkładamy niejako do ich dyspozycji. Tym samym tworzy się warunek konieczny do budowania wzajemnego zaufania.

Trzeba w tym miejscu zauważyć, że mówiąc o procesie wspomagania osoby z niepełnosprawnością, należy wskazać na jego specyfikę. Nie chodzi tu o „przeobrażenie" człowieka, a raczej dążenia do jego coraz większej autonomii i wyraźne podkreślenie takich przymiotów bytu ludzkiego jak: godność, wolność, uczestnictwo, w pełnym tego słowa znaczeniu.

Kontakt z innymi ludźmi stojącymi w obliczu podobnych problemów stanowi kolejny czynnik sprzyjający przystosowaniu się do sytuacji związanej z anomalią rozwojową dziecka. Pomaga on kształtować właściwy stosunek do niego, a przede wszystkim ukierunkowuje zachowania rodziców jako osób stojących najbliżej w polu doświadczeń patologicznego rozwoju. Wzmacnia się uznanie prawa jednostki do szacunku i inności oraz w wielu przypadkach zbliża do zastępczych obszarów autonomii oraz sposobów jej wzbudzania. W efekcie służy jej samorealizacji, wpływa na wyobrażenie o sobie, samoocenę, pozytywną autorefleksję czy też adekwatne przeżywanie swoich mocnych stron i słabości (I. Obuchowska, 1993; Z. Sękowska, 1995a; i in.).

Wykładnią w procesie rehabilitacji winno być postrzeganie tego, co wspólne, co łączy jednostki ludzkie między sobą. Przyczyny i skutki odmienności rozwojowych jednostek z niepełnosprawnościami muszą być podstawą programowania procesu rewalidacji i specyficznych rozwiązań w polityce społeczno-socjalnej państwa.

Rehabilitacja to oddziaływanie, które jest związane ze stosowaniem określonej filozofii – filozofii tych, którzy podejmują trud wspomagania człowieka z niepełnosprawnością. Tu nasuwa się pytanie: jak często w praktyce rehabilitacyjnej oddziaływania poprzedza refleksja osadzona w rozważaniach filozoficznych? Co czynimy i jaką w swych działaniach urzeczywistniamy strategię? Ujmując kwestię skrótowo, można powiedzieć, że pomoc jednostce winna dotyczyć możliwie najwcześniejszej fazy rozwoju. Jest ona co prawda jeszcze niedojrzała do przetwarzania informacji ze środowiska zewnętrznego, jednak dziecko bezustannie poszukuje potrzebnych mu cech pola bodźcowego (M. Piszczek, 1995). Racjonalność wyraża się w pielęgnacji jego rozwoju. W późniejszych okresach życia pojawiają się pierwsze reakcje wychowawcze – możliwy staje się dialog. Jego zasadą w oddziaływaniach wspomagających jest dialogowy sposób bycia obydwu stron tego procesu, traktujących się wzajemnie jako równoważne podmioty, posiadające różne doświadczenia; mające różne możliwości działania (por. J. Banasiak, 1996; M. Ruciński, 1993; A. Tchorzewski, 1993 i in.).

Działanie oparte na przyjętych przesłankach i określonej orientacji postępowania jest także stosowaniem własnej strategii. Trzeba w tym miejscu zauważyć, że mówiąc o procesie wspomagania rozwoju osoby niepełnosprawnej należy wskazać na jego specyfikę. Nie chodzi tu przecież o „przeobrażenie" człowieka, a raczej dążenie do jego coraz większej autonomii i wyraźne podkreślenie takich przymiotów bytu ludzkiego, jak: godność, wolność, uczestnictwo w pełnym tego słowa znaczeniu (por. J. Kozielecki, 1996 i in.).

Tak więc „wspomaganie" – „wspieranie" rozwoju osoby z niepełnosprawnością jest jednym z podstawowych czynników warunkujących efektywność procesu rehabilitacji. W tym kierunku idą postulaty i programy zastępowania typowych oddziaływań wychowawczych formami pomocy świadczonej jednostce w jej samorozwoju. Pojawia się problem autorehabilitacji, a więc formy rehabilitacji, która w okresie dorosłego życia staje się najskuteczniejsza (A. Hulek, 1993).

Zmierza się do „odkrycia" podmiotu jednostki, a wejście z nią w dialog jest szansą dla edukacji (w tym specjalnej) w ogóle – wszakże podmiotowość, ściślej mówiąc poziom upodmiotowienia, jest wynikiem, a jednocześnie warunkiem dalszego rozwoju.

Działalność w tym zakresie wiąże się z konstruktywnym doradztwem – w relacji osobowej z terapeutą – które zawiera wszelkie elementy rehabilitacyjnego usprawniania. Osobowe spotkanie w procesie oddziaływań wspomagających jest zatem asystowaniem, pomaganiem jednostce z niepełnosprawnością – pełnieniem roli „przewodnika" w osiąganiu przez nią funkcjonalnej zdolności i efektywnego przystosowania. Dodać należy, że ów kontakt z innym człowiekiem ma wartość samą w sobie: że jestem z drugim, że słucham jego głosu, że jestem przez niego wybrany, gdyż do mnie się zwrócił, jest tym, co czyni życie ludzkim, co czyni każdego z nas człowiekiem (W. Poznaniak, 1989, s. 22).

Ponadto, jeśli przyjmuje się określone postawy wobec jednostki – postawy autentyzmu, akceptacji, otwartości i rozumienia empatycznego, możemy powiedzieć, że proces rehabilitacyjnego doradztwa podejmowany jest z uwzględnieniem nadrzędnych wartości, godności i praw osoby ludzkiej (por. J. Janowska, 1993, T. Witkowski, 1991 i in.).

Odnosząc się do podmiotu rehabilitującego – ma się na uwadze dokonywanie wglądu w to, co robimy, wyciąganie wniosków dla swej postawy i działalności. Możliwe staje się wówczas „odkrycie" naszej wiedzy o sobie i świecie, o tym, co dla nas ważne, co się w tym liczy – tj. naszej filozofii, którą nie tyle głosimy, ile stosujemy w życiu (J. Aleksandrowicz, E. Stawowy, 1992, s. 45).

Autonomia i kompetencja jednostki z niepełnosprawnością w procesie rehabilitacji

Zasada wymagająca szacunku dla autonomicznych wyborów innych ludzi jest tak silnie zakorzeniona w moralności potocznej jak żadna inna, choć nie

wszyscy zgadzają się co do jej natury i mocy oraz wypływających z niej uprawnień.

Słowo „autonomia" wywodzi się z greckiego *autos* (samodzielny) i *nomos* (reguła, rząd, prawo). Dziś oznacza prawa do rozmaitych swobód, prywatności, indywidualny wybór, wolność woli, bycie przyczyną swego działania, samostanowienie.

Czy jednostka z niepełnosprawnością może być autonomiczna? Jeśli przyjmiemy za I. Berlinem (1994, s. 178–233), że na autonomię osoby składają się:

1) niezależność jednostki od przymusu ze strony innych,
2) niezależność jednostki od wewnętrznych ograniczeń uniemożliwiający rzeczywisty jej wybór, to odpowiedź na tak sformułowane pytanie może być częściowo pozytywna. Jednostka autonomiczna jest wolna i postępuje zgodnie z planem, który sama wybrała. Osoba zaś o zmniejszonej autonomii jest przynajmniej w jednym stopniu poddana naciskom innych ludzi, czy też niezdolna do myślenia lub postępowania zgodnie ze swymi pragnieniami lub wcześniejszymi planami. Możemy stwierdzić, że jednostka z niepełnosprawnością ma ograniczoną autonomię, przez co jej podmiotowość jest też ograniczona. Ludzie zamknięci w zakładach, opóźnieni w rozwoju, często pozbawieni są autonomii. Ponadto ograniczenia umysłowe zwykle zmniejszają autonomię ograniczonych.

Czy jednostka z niepełnosprawnością jest kompetentna w podejmowaniu decyzji? Jakże często pojawiają się wątpliwości, czy człowiek był kompetentny wtedy, kiedy podejmował decyzje rzutujące na przyszłość, oraz jak należałoby interpretować jego wolę.

Dyskusje nad kompetencją osoby z niepełnosprawnością dadzą się sprowadzić do pytania, czy osoby te są zdolne w sensie psychologicznym i prawnym do właściwego podejmowania decyzji i o to, kiedy zgoda jest prawomocna.

Pojęcie kompetencji w podejmowaniu decyzji wiąże się ściśle z pojęciem autonomii. Osoba z niepełnosprawnością jest kompetentna w podejmowaniu decyzji, jeśli ma zdolność do zrozumienia treści przekazywanych mu informacji, umie ocenić te informacje w świetle wyznawanych wartości, chce urzeczywistnienia pewnego skutku oraz może swobodnie komunikować swe życzenia.

W prawie karnym i cywilnym oraz medycynie klinicznej kryteria kompetencji koncentrują się wokół zdolności do rozumienia i przetwarzania informacji oraz oceny następstw alternatywnych działań. Zgadzamy się z opinią, że jeśli ktoś nie spełnia tych warunków, to jego kompetencja w dawaniu na coś zgody lub odmawiania czegoś jest dość wątpliwa. Do rozstrzygnięcia pozostaje kwestia związana z kwalifikacją ludzi o zmniejszonych możliwościach rozumienia, namysłu do podejmowania decyzji.

Autonomia i kompetencja różnią się znaczeniowo (autonomia jest zdolnością do samokierowania, a kompetencja – zdolnością do wykonywania jakichś za-

dań), ale kryteria, jakie muszą być spełnione, by można było mówić o osobach autonomicznych i kompetentnych są prawie identyczne.

Jednostka z niepełnosprawnością często ma ograniczoną autonomię i nie spełnia wymogów kompetencji. Należy być tego świadomym, rozpoczynając proces rehabilitacyjny. Podejmowanie decyzji w imieniu niekompetentnych osób należy do rodziny, jako drugiego podmiotu biorącego udział w procesie rehabilitacji. Rodzina jest na ogół najlepszym powiernikiem spraw osób z niepełnosprawnością, gdyż zazwyczaj w największym stopniu identyfikuje się z jego interesami, zna jego preferencje, troszczy się o niego, a ponadto zajmuje ważną pozycję społeczną. Jednakże bywa, że najbliżsi krewni osoby z niepełnosprawnością nie nadają się do tej roli, a dyktatu rodziny nie sposób traktować jako ostatecznego, czy rozstrzygającego. Każdy człowiek pragnie mieć wpływ na swój los, chce decydować o wyznaczonym systemie wartości, chce realizować w sposób nieskrępowany swoje potrzeby. Dążenia owe i pragnienia z punktu widzenia prawa każdej jednostki ludzkiej do samorealizacji i szczęścia uzasadniają potrzebę podmiotowości i „bycia podmiotem" (E. Kubicka-Jurecka, 1996, s. 35).

Podmiotowość jest kategorią dynamiczną o charakterze neuro-psycho-pedagogicznym. Możemy ją postrzegać w toku indywidualnego rozwoju jednostki z niepełnosprawnością, a także przez sytuacje w szkole, zakładzie wychowawczym, rodzinie i zakładzie pracy.

Dlatego tak ważne jest przyjęcie w procesie rehabilitacji czterech kategorii zasad moralnych. Są nimi:

1. Szacunek dla autonomii (norma nakazująca poszanowanie i woli autonomicznych osób podejmujących decyzję).
2. Niekrzywdzenie (norma nakazująca niewyrządzanie krzywdy).
3. Dobroczynność (zbiór norm nakazujących wyświadczanie dobra oraz maksymalizację nadwyżki zysków nad kosztami ryzyka).
4. Sprawiedliwość (zbiór norm nakazujących odpowiednią dystrybucję dobra, ryzyka i kosztów) (T.L. Beauchampt, J.F. Childress, 1996, s. 47).

Niekrzywdzenie, dobroczynność i sprawiedliwość zawsze odgrywały w etyce główną rolę, podczas gdy szacunek dla autonomii przez długi czas był lekceważony – aż do dziś, kiedy znalazł się w sferze zainteresowań epoki.

W praktyce nie zawsze przestrzegana jest zasada podmiotowości w procesie rehabilitacji. Wyraża się to m.in. w nadmiernym sterowaniu tą działalnością, często bez aktywnego udziału samych zainteresowanych. Są oni niekiedy jedynie biernymi odbiorcami oddziaływań usprawniających, nie mówiąc już o wpływie na jakość i charakter usług oraz sposoby ich świadczenia.

Komplementarność i ciągłość oddziaływania rehabilitacyjnego

W takim podejściu można odczytać podstawowe wymiary oraz tendencje współcześnie rozumianego procesu rehabilitacji. Wyraźnie wskazuje ono na

związki z – tak silnie podkreślonym – dążeniem do rzeczywistego zbliżenia rehabilitacji i szeroko ujętych odniesień etycznych. Skłania się do stwierdzenia, że ich treść i zakres wzajemnie się przeplatają, a sama pomoc udzielana innemu człowiekowi jest naznaczona etycznie. Ten fakt nie może jednak wyczerpywać całości zagadnienia. Istnieje bowiem potrzeba wyeksponowania zgodności i uzupełniania się celów i zadań rehabilitacyjnych z etycznie pojętymi zachowaniami, czynami i postawami.

Zagadnienia etyki – zdaniem T. Kotarbińskiego (1993, s. 199) można zamknąć w trzech działach: jak żyć; jak postępować wobec innych; jak działać. Jest wtedy bardziej wyraziste, że zagadnienia etyki i pedagogiki przeplatają się w szczególny sposób. Okazuje się, że istotne problemy pozostają te same, a różnica zasadniczo tkwi w tym, że adresatem zadań etycznych jest własna osobowość człowieka, z kolei zadania pedagogiczne dotyczą w istocie wpływania na inne osobowości. Ponadto pedagogika przygotowuje niejako praktykę życia etycznego (tamże). Wynikają stąd bogate implikacje dla teorii i praktyki edukacji specjalnej. Szczególnego znaczenia nabiera norma odpowiedzialności społecznej, nakazująca m.in. troskę o ludzi, którzy nie są w stanie poradzić sobie z własną sytuacją. Można się powołać na paradygmat ekologiczny, który winien stać się podstawą etyki naszych czasów (J. Aleksandrowicz, E. Stawowy, 1992; W. Poznaniak, 1993).

Z zagadnieniem oddziaływań pomocowych łączy się trudny problem: ingerencji w sferę prywatności drugiego człowieka, wyrażanej zgody na okazywanie pomocy, ochrony przed zaniedbaniem. Wsparcie profesjonalne nakłada też na rehabilitanta zakaz działań przeciwko cudzym interesom i potrzebom (tamże). Zwraca się uwagę, że wiedza specjalistyczna dotycząca zachowania człowieka nie może być nadużywana w procesie rehabilitacji. Wymaga się zatem od terapeuty wyjątkowej wrażliwości etycznej, dbania o właściwą jakość interakcji w procesie oddziaływań wspomagających. Kolejna kwestia to niekiedy jednostronne podejście do rozwiązywania sytuacji problemowych osób z niepełnosprawnością, a głównie postrzeganie ich jako istot biernych, oczekujących jedynie pomocy. W tym znaczeniu „pominięcie" podmiotowości, niedostrzeganie „twórczych pierwiastków" tkwiących w samej jednostce oraz kreatywnym wymiarze jej istnienia może czynić podejście do rehabilitacji etycznie obojętnym. Warto przytoczyć stwierdzenie J. Homplewicza (1996, s. 156), który dowodzi, że: „[...] jeżeli działalność jest faktycznie wychowawcza, musi być jednocześnie również etyczna i realizująca określone wartości wychowania na rzecz i dla dobra wychowywanego [...]. W ten sposób wartości etyki znajdują w wychowaniu płaszczyznę swego zastosowania w życiu i swą realizację". Wszak rehabilitacja może mieć różne cele, nie należy zatem mówić tylko o biernym transmitowaniu określonych wartości. Otóż człowiek, jego twórcze kształtowanie jest czymś więcej, niż to by mogło wynikać z samych wskazań norm etyki. Chodzi o to, by we wspomaganiu ludzi niepełnosprawnych wyzwalać ich aktywność, pewność

siebie, umożliwić też właściwe „przeżywanie siebie" – swoich mocnych stron i słabości. W efekcie należy zracjonalizować poczucie własnej osobowej wartości – bez kompleksu kalectwa.

Można jeszcze w tym kontekście spojrzeć na dokument Rady Europy w sprawie spójnej polityki wobec osób niepełnosprawnych. Stwierdza się tam m.in.: „rehabilitacja gwarantuje ludzką godność, i na odwrót [...] niedbałość o ochronę praw obywateli niepełnosprawnych i o zwiększanie ich szans stanowi pogwałcenie godności ludzkiej". To tylko niektóre wymiary nowej koncepcji rehabilitacji, promowanej w sposób szczególny po ogłoszeniu Międzynarodowego Roku Osób Niepełnosprawnych (1981).

Etyczno-moralne aspekty procesu rehabilitacji

Analiza interesującej nas problematyki skłania do wniosku, że oczekiwane relacje dotyczące teorii i praktyki rehabilitacyjnej znajdują swój wyraz w koncepcji etycznej odpowiedzialności terapeuty. W końcu nie określone metody postępowania usprawniającego, ale sam człowiek, z całą jego aksjologią wypełnia treść i cel etycznych założeń procesu rehabilitacji. Szerokie pole działania w tym zakresie stwarza też wystarczające możliwości zaprezentowania w omawianym procesie własnej, niepowtarzalnej osobowej tożsamości (por. K.J. Tillmann, 1996 i inni).

Konkludując wypada stwierdzić, że owa działalność wytycza wspólną płaszczyznę dla etyki i rehabilitacji, inaczej – jest to etyczna kwalifikacja postępowania i refleksja z nią związana. Spojrzenie owo prowadzi w stronę paradygmatu rehabilitacji podmiotowej, umożliwiającej podejmowanie samodzielnych i skutecznych działań. Z takiego podejścia wynika ponadto, że problematyka teleologiczna łączy się ściśle z deontologią pedagoga specjalnego. W tej relacji praca „nad sobą" odnosi się w tej samej mierze do podmiotu rehabilitowanego, jak i rehabilitującego (E. Tomasik, 1997a). Definiuje się w tym zarazem kreatywność terapeuty jako osoby o dużym poczuciu odpowiedzialności, wewnętrznie uporządkowanej, o szerokim horyzoncie wiedzy, tak ogólnej, jak i specjalistycznej (J. Doroszewska, 1989). Wydaje się to spójne z cechami opiekuna spolegliwego, o którym T. Kotarbiński (1995, s. 251) tak napisał: „Opiekun wtedy jest spolegliwy, kiedy można słusznie zaufać jego opiece, że nie zawiedzie, że zrobi wszystko, co do niego należy, że dotrzyma placu w niebezpieczeństwie i w ogóle będzie pewnym oparciem w trudnych okolicznościach".

Gdyby przejść z kolei do bliższych zaleceń etyki zawodowej w postępowaniu usprawniającym, to trzeba stwierdzić, że wykonywanie tych zadań rehabilitacyjnych podlega szczególnemu wartościowaniu moralnemu i posiada swoją własną deontologię. „Szczególność" tę uzasadnia „szczególność" podmiotu oddziaływań, jakim jest osoba z niepełnosprawnością. Możemy się odwoływać do klasycznych rozwiązań. Znajdziemy je zapewne we wzorcowym kodeksie za-

wodowym Hipokratesa, zawierającym jakże znamienne przesłania etyczne zmieniające się w dialog – spotkanie w tej płaszczyźnie oddziaływań. Przypomnijmy, że to właśnie w ramach antropologii filozoficznej spotkanie jako zjawisko zostało wszechstronnie opisane. Ponadto antropologia, obok aksjologii, uważana jest za istotną podstawę teorii wychowania. Dobitnie ujmuje to R. Schulz (1996, s. 12), pisząc: „[...] antropologia [...] dostarcza swoistej interpretacji wychowania. Po pierwsze, ujmuje ona wychowanie jako element składowy ogólniejszej klasy zjawisk [...]. Po drugie, rozwija ona raczej ekologiczną niż teleologiczną koncepcję wychowania [...]".

Gdy spojrzymy jeszcze na ten problem w kontekście zadania, wówczas okaże się, że spotkanie w tym procesie można potraktować jako efekt projektowania oddziaływań rehabilitacyjnych – gdzie urzeczywistniają się zasady normalizacji, uczestnictwa i autonomii. Wydaje się, że tym samym wskazujemy na filozoficzny rodowód takiego podejścia do problemu – gdzie osobowy rozwój człowieka wymaga świadomej działalności spójnej z systemem wartości humanistycznych. I to zarówno instytucjonalnie organizowanej, jak i polegającej na autokreacji w ciągu całego życia. Tym samym we wspomaganiu osoby z niepełnosprawnością – konieczne staje się przekraczanie własnej profesji, „godzenie" specjalistycznej wiedzy z humanistyczną refleksją dotyczącą ludzkiego życia i możliwości człowieczego bycia w realnym świecie.

Oznaczać to może, że w rehabilitacji ujmowanej jako zadanie „wspomagania", a jednocześnie umożliwienia rozwoju i przygotowania jednostki z niepełnosprawnością do życia społecznego, „stałym" motywem staje się określona anomalia rozwojowa, której skutki należy możliwie eliminować, bądź łagodzić. Poszukuje się więc próby odpowiedzi na pytania o skuteczność i efektywność oddziaływań rehabilitacyjnych, w które wpisane są pewne kwestie etyczne, osadzone na filarze dającym się pomieścić w zagadnieniach teleologicznych i deontologicznych pracy pedagoga specjalnego (por. T. Kotarbiński, 1993; J. Przesmycka-Kamińska, 1994; E. Tomasik, 1997 i in.).

Konstatując: rehabilitacja jest funkcją wiedzy naukowej o niepełnosprawności, jej konsekwencjach i sposobach postępowania oraz nieustannych dylematów moralnych, które wymagają dokonywania wyborów co do zasad postępowania.

Osoba z niepełnosprawnością w perspektywie normalizacji warunków życia

Jednostka z niepełnosprawnością jest przede wszystkim osobą, a nie jednostką z zespołem deficytów (C.C. Cunningham, 1991, s. 23). Stąd w oddziaływaniach rehabilitacyjnych należy oprzeć się na znajomości doniosłych motywacyjnie stanów duchowych człowieka, które stanowią ontyczny fundament jego rozwoju. Nie chodzi tylko o przygotowanie człowieka do życia – chodzi o znacznie więcej, bo o przełamanie stosunku osób z niepełnosprawnościami do sa-

mych siebie, nie pomijając zarazem stosunku do nich otoczenia. Wyraża się w tym pewien stereotyp traktowania ich jako ludzi „niepełnych", „uszkodzonych", a więc jakby gorszych i przez to mniej ważnych w świecie (S. Ruciński, 1993, s. 54).

Pytanie o status jednostki jest odwiecznym problemem, ale rozpatrywanie go w tym kontekście ukazuje nieco inny jego aspekt. Poszczególne jednostki ludzkie wykazują bowiem znaczne międzypopulacyjne zróżnicowanie morfologiczne. Różnorodność ta jednak nie przekracza poziomu zmienności wewnątrzgatunkowej – wszyscy ludzie reprezentują jeden biologiczny gatunek dysponujący wspólną pulą genów (A. Malinowski, J. Strzałko, 1996). Odwołując się do podstawowego faktu biologii człowieka, warto w tym kontekście przytoczyć słowa Cunninghama (1991, s. 23), który stwierdza, że osoby z niepełnosprawnościami i pełnosprawne różni jedynie stopień trudności powierzonego zadania.

Próba odczytania współczesnych znaczeń niepełnosprawności prowadzi – jak należy sądzić – do stwierdzenia, że w procesie rehabilitacji należy wykorzystywać wiedzę o człowieku, o jego złożonej naturze oraz możliwościach wspomagania jego rozwoju. Uwzględnić trzeba zarazem związek między wartościami a człowiekiem jako ich podmiotem i realizatorem (por. W. Cichoń, 1996).

W zależności od koncepcji podmiotu, podmiotowości i samej niepełnosprawności kształtowały się rozmaite modele rehabilitacji. Przyjęcie tezy, że osoba ludzka stanowi część wielowymiarowego, złożonego systemu społecznego prowadzi do postrzegania jej sytuacji w relacji wzajemnych wpływów: jednostka – otoczenie (por. K. Błeszyńska, 2001).

Pojawia się potrzeba takiego podejścia do rehabilitacji, które przezwyciężałoby krańcowe ujęcie indywidualistyczne i społeczne, akcentując wyraźniej dialektyczny charakter tego procesu.

Człowiek jest osobą bez względu na ograniczenia, jakie posiada, uczestniczącą w różnych formach aktywności, rozwijającą twórczo swoją osobowość, kształtującą indywidualność, zmierzającą do uzyskania własnej indywidualności.

Ważnym celem w procesie rehabilitacji jest kształtowanie stosunku jednostki z niepełnosprawnością do samej siebie. W obrębie tej grupy szczególnie ważne jest kształtowanie:

– refleksji moralnej,
– samodzielności w podejmowaniu decyzji,
– odporności emocjonalnej,
– optymizmu życiowego,
– samoakceptacji.

Kształtowanie refleksji moralnej i samodzielności rozumianej jako zdolność do samoobsługi i wykonywania na rzecz innych prostych czynności dnia codziennego jest stosunkowo często podnoszona do rangi najważniejszego zadania rehabilitacji. Terminem tym określamy bowiem nie tylko zdolność do realizacji

różnych zadań, czynności, ale także kierowania własnym postępowaniem. Znaczy to również stawianie sobie celów, obieranie własnych dróg i sposobów działania, a wreszcie podejmowania decyzji dotyczących własnej osoby.

Trudność w procesie rehabilitacji polega przede wszystkim na tym, że efektywna realizacja tego celu wymaga od wychowawców, nauczycieli i rodziców, aby dając dziecku z niepełnosprawnością swobodę, np. w wyborze zadania, sytuacji, ograniczali swą rolę do dyskretnego czuwania nad poczynaniami ucznia-wychowanka. Zarówno fizyczne warunki życia, jak i psychiczne potrzeby człowieka z niepełnosprawnością wymagają, aby był on zależny od ludzi, jak i niezależny od nich. Zbytnia zależność zaprzecza oczywistym wartościom wolności i potrzebom samodzielnego radzenia sobie w życiu. Zbytnia niezależność wyklucza wartość uczuciowej wspólnoty z drugą osobą w toku psychoterapii i neguje potrzebę polegania na innych (J. Sowa, 1998).

Wspomaganie i oddziaływanie zmierzające do przywrócenia pełni sił osobom osłabionym poważną chorobą lub urazami staje się dla edukacji podmiotowej w procesie rehabilitacji zadaniem pierwszoplanowym. Należy być świadomym faktu, że w procesie rehabilitacji biorą udział trzy podmioty. Są nimi: jednostka z niepełnosprawnością, rodzina (środowisko wychowawcze), pedagog specjalny-rehabilitant.

W procesie rehabilitacji realizacja własnej podmiotowości musi być kompromisem wobec podmiotowości innego człowieka, inaczej poznającego, działającego i wartościującego. Trudność ta, jak podkreśla R. Popek (1988, s. 17), polega głównie na tym, że „każdy człowiek dorosły... odczuwa siebie jako mającego przewagę nad dzieckiem. Ta przewaga pojmowana jest nie tyle w kategoriach fizycznych, co psychicznego doświadczenia indywidualnego i społecznego, w kategoriach wiedzy o świecie i jego funkcjonowaniu. Ta sytuacja niejako kusi i wyzwala przedmiotowe traktowanie dziecka". Ta sytuacja nasila się szczególnie wtedy, gdy podmiotem naszych oddziaływań jest jednostka z niepełnosprawnością.

Świadomość tego faktu rodzi oczekiwanie od „dorosłych i pełnosprawnych" podmiotów edukacyjnych bezwarunkowej akceptacji tych mniej dorosłych i mniej sprawnych. Nie oznacza to pełnej zgody i aprobaty dla wszystkich poczynań dziecka-wychowanka, ale w wyrażaniu dezaprobaty i niezgody na sposób jego postępowania, musi przy tym towarzyszyć szacunek, zaufanie i wiara w jego możliwości samodoskonalenia.

Zakończenie

Rehabilitacja, która powinna przygotować jednostkę z niepełnosprawnością do życia we współczesnych warunkach (podziału pracy, komputeryzacji systemów, elektroniki, podboju kosmosu itp.) ma kilka istotnych właściwości różniących ją od tradycyjnej edukacji przystosowawczej:

- wymaga od jednostki z niepełnosprawnością inicjatywy, a jednocześnie ją rozwija;
- przygotowuje człowieka z niepełnosprawnością do radzenia sobie z nowymi, często trudnymi do przewidzenia sytuacjami;
- rozwija u człowieka z niepełnosprawnością nie tylko zdolności przystosowania się do wymagań realnego świata, ale także do jego zmiany (przebudowy) zgodnie z potrzebami własnymi i innych ludzi;
- uczy dostrzegania, formułowania i rozwiązywania problemów;
- przygotowuje do przewidywania zmian i aktywnego ustosunkowania się do nich, a nie tylko do biernego oczekiwania na takie zmiany.

Oznaczać to może, że w rehabilitacji ujmowanej jako zadanie „wspomaganie" a jednocześnie umożliwianie rozwoju jednostki z niepełnosprawnością do życia społecznego, „stałym" motywem staje się określona anomalia rozwojowa, której skutki należy możliwie eliminować bądź łagodzić. Poszukuje się więc próby odpowiedzi na pytania o skuteczność i efektywność oddziaływań rehabilitacyjnych, w które wpisane są pewne kwestie etyczne. To z kolei wymaga obiektywnej wiedzy o rodzaju niepełnosprawności, jej konsekwencjach, a ponadto o sposobach i zasadach postępowania z jednostką rehabilitowaną.

Wiedza na temat edukacji specjalnej, zatrudnienia i życia jednostek z niepełnosprawnościami i zmian ich sytuacji jest ciągle zbyt skromna i powierzchowna, co utrudnia obiektywną ocenę stanu rzeczy i podejmowanie racjonalnych decyzji. Zatem potrzebne są badania i pogłębione analizy jakościowe, mogące służyć decyzjom podejmowanym przez osoby tworzące nowe koncepcje i programy służące rozwojowi jednostek z niepełnosprawnościami. Potrzebne są stałe badania nad tą częścią populacji narodu, nad jej strukturą, statusem materialnym i społecznym oraz formami aktywności edukacyjnej, zawodowej i społecznej, a także nad efektywnością stosowanych form i metod rehabilitacji. Dla ochrony praw i tożsamości jednostek z niepełnosprawnościami, upośledzonych, społecznie odrzuconych niezbędna jest nie tylko moralna edukacja społeczeństwa, ale także nowoczesna regulacja i edukacja prawna.

Bibliografia

Adamski, F. (1993). Poza kryzysem tożsamości: w kierunku pedagogiki personalistycznej. W: F. Adamski (red.), *Poza kryzysem tożsamości.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PAT.

Aleksandrowicz, J., Stawowy, E. (1992). Medycyna i pedagogika wobec ideału człowieka zdrowego. W: H. Kwiatkowska, A. Kotusewicz (red.), *Nauczyciele nauczycieli: z teorii i praktyki kształcenia nauczycieli*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Banasiak, J. (1996). *Reagowanie wychowawcze w wielowymiarowej pedagogice działania: elementy teorii i metodyki*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.

Beauchampt, T.L., Childress, J.F. (1996). *Zasady etyki medycznej*. Warszawa: KiW.

Berlin, I. (l994). Dwie koncepcje wolności. W: *Cztery eseje o wolności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Błeszyńska, K. (2001). *Niepełnosprawność a struktura identyfikacji społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „ŻAK".
Buber, M. (1993). *Problem człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Cichoń, W. (1996). *Wartości – człowiek – wychowanie*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UJ.
Clarke, A., Clarke, D. (1971). *Upośledzenie umysłowe*. Warszawa: PWN.
Cunningham C.C. (1991). Spojrzenie ponad patologię – obecne tendencje w pedagogice specjalnej. *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*. T. 2, s. 23–37.
Dega, W. (1998). Koncepcja rehabilitacji. W: K. Milanowska, W. Dega (red.), *Rehabilitacja medyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
Denek, K. (1999). *Aksjologiczne aspekty edukacji szkolnej*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
Doroszewska, J. (1989). *Pedagogika specjalna*. T. 1. Wyd. 2. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
Homplewicz, J. (1996). *Etyka pedagogiczna*. Rzeszów: Wydawnictwo WSP.
Hulek, A. (red.). (l986). *Stan obecny i kierunki przebudowy szkolnictwa specjalnego w Polsce*. Raport tematyczny nr 11 dla Komitetu Ekspertów ds. Edukacji Narodowej, Warszawa.
Hulek, A. (1993). Podstawy, stan obecny i przyszłość edukacji osób niepełnosprawnych. W: A. Hulek (red.), *Edukacja osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Upowszechnianie Nauki-Oświata „UN-O".
Janowska, J. (1993), „Podejście skierowane na osobę" /PCA/ C. Rogersa – warunek skuteczności rozwojowych relacji interpersonalnych. W: J. Włodek-Chronowska (red.), *Samopomoc w teorii / praktyce psychopedagogicznej – materiały z ogólnopolskiej Konferencji Naukowej zorganizowanej przez Zespół Wczesnej Diagnozy i Terapii Instytutu Pedagogiki Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie w dniach 12–14 kwietnia 1991*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Kotarbiński, T. (1993). Etyka i pedagogika. W: W. Pomykało (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*. Warszawa: Fundacja Innowacja.
Kotarbiński, T. (1995). *Opiekun spolegliwy*. W: A. Książek (red.), *Zagadnienia etyki*, Warszawa, Wydawawnictwo WSPS.
Kozielecki, J. (1996), *Koncepcje psychologiczne człowieka*. Wyd. 5. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „ŻAK".
Kozłowski, S. (1994). *Droga do ekorozwoju*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Kubicka-Jurecka, E. (1996). Podmiotowość wychowanka a demokratyzacja stosunków edukacyjnych –szanse, ograniczenia, bariery. W: M. Dudzikowa (red.), *Nauczyciel–uczeń. Między przemocą a dialogiem. Obszary napięć i typy interakcji*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
Malinowski, A., Strzałko, J. (1996). Antropologia. W: R. Schulz (wybór), *Antropologiczne podstawy wychowania*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „ŻAK".
Mądrzycki, T. (1996). *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany: nowe podejście*. Gdańsk: GWP.
Obuchowska, I. (1993). Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Zarys problemów. W: R. Ossowski (red.), *Sytuacja życiowa dziecka niepełnosprawnego w rodzinie*. Bydgoszcz: Wydawnictwo WSP.
Ostrowska, A., Sikorska, J. (1996). *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
Piszczek, M. (1995). *Wczesna interwencja i pomoc dzieciom niepełnosprawnym: materiały szkoleniowe*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
Popek, R. (1988). *Dziecko jako podmiot w procesie wychowania przez twórczość artystyczną*. Ann. Univ. M. Curie-Skłodowskiej, Lublin.
Poznaniak, W. (1989). Problemy etyki zawodowej w rehabilitacji osób niepełnosprawnych. W: S. Kowalik, J. Kwiek, B. Szychowiak (red.), *Optymalizacja interakcji w procesie fizycznym i psychicznym*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Poznaniak, W. (1993). Problemy zawodu psychologa klinicznego. W: H. Sęk (red.), *Społeczna psychologia kliniczna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Ruciński, S. (1993). Edukacja specjalna a filozofia. W: A. Hulek (red.), *Edukacja osób niepełnosprawnych.* Warszawa: Upowszechnianie Nauki-Oświata „UN-O".
Sanocki, W. (1984). *Przedmowa*. W: O. Kondáš, *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
Scheler, M. (1995). Sens cierpienia. W: A. Książek (wybór), *Zagadnienia etyki*, Warszawa: Wydawnictwo WSPS.
Schulz, R. (wybór) (1996). *Antropologiczne podstawy wychowania*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „ŻAK".
Sękowska, Z. (1995). Znaczenie rodziny w rewalidacji dziecka niepełnosprawnego. W: M. Chodkowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie.* Lublin: Wydawnictwo UMCS.
Sowa, J. (1998). Podmiotowość jednostki niepełnosprawnej i jej ograniczenia. W: M. Chodkowska (red.), *Pedagogika specjalna. Wobec potrzeb teraźniejszości i wyzwań przyszłości*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
Suchodolski, B. (red.). (1982a). *Pedagogika. Zagadnienia podstawowe*. Warszawa.
Suchodolski, B. (red.). (1982b). *Pedagogika: podręcznik dla kandydatów na nauczycieli*. Warszawa: PWN.
Szczepański, J. (1995). Cierpienie. W: A. Książek (wybór), *Zagadnienia etyki*. Warszawa: Wydawnictwo WSPS.
Tchorzewski, A. (1993). Wychowanie i jego właściwości. W: A. Tchorzewski (red.), *Wychowanie w kontekście teoretycznym*. Bydgoszcz: Wydawnictwo WSP.
Tillmann, K. J. (1996), *Teorie socjalizacji: społeczność, instytucje, upodmiotowienie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Tomasik, E. (1997), Problematyka teleologiczna i deontologiczna w pedagogice specjalnej. W: E. Tomasik (red.), *Wybrane zagadnienia z pedagogiki specjalnej*. Warszawa: Wydawnictwo WSPS.
Tomaszewski, T. (1995). Człowiek jako podmiot i człowiek jako przedmiot. W: J. Reykowski (red.), *Studia z psychologii emocji, motywacji i osobowości*. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
Trzęsicka, B. (1966). *Doświadczenie utraty poczucia siebie jako podmiotu.* „Zeszyty Naukowe UJ, Prace Psychologiczne", z. 13.
Witkowski, T. (1991). Podstawy doradztwa dla osób niepełnosprawnych. W: A. Januszewski, Z. Uchnast, T. Witkowski (red.), *Wykłady z psychologii w KUL*. T. 5. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.

ETYCZNE ASPEKTY PROCESU REHABILITACJI

Streszczenie

Treści tego artykułu wprowadzają w zagadnienie ujmowania koncepcji człowieka, istoty niepełnosprawności oraz wzajemnych relacji filozofii i rehabilitacji. Kwestia ta nabiera szczególnego znaczenia i dzisiaj, w okresie wielkich przemian i sporów cywilizacyjnych w podejściu do niepełnosprawności, życia, śmierci, ogólnie rozwoju ludzkości. Podejmując problem analizy filozoficznych i edukacyjnych aspektów procesu rehabilitacji trzeba podkreślić jego podmiotowy wymiar. Proces rehabilitacji zawsze jest związany z przestrzeganiem pewnych norm etyczno-moralnych przez tych, którzy współuczestniczą w tym procesie – podejmując trud wspomagania drugiego człowieka. Zatem wspomaganie i wspieranie rozwoju osoby z niepełnosprawnością jest jednym z podstawowych czynników warunkujących efektywność procesu rehabilitacji – edukacji specjalnej, zatrudnienia i życia osób z niepełnosprawnościami jest ciągle zbyt skromna i powierzchowna. Fakt ten utrudnia obiektywną ocenę stanu rzeczy i podejmowania racjonalnych decyzji.

Słowa kluczowe: autonomia, etyczne aspekty, podmiotowość, proces rehabilitacji, samorealizacja.

ETHICAL ASPECTS OF THE REHABILITATION PROCESS

Summary

The content of this article introduces the problem of how the concept of man, the essence of disability and the interrelation between philosophy and rehabilitation are presented. This issue becomes particularly important also today when great changes and civilizational disputes are taking place in the approach to disability, life, death, and the development of humankind in general. If the problem of the analysis of philosophical and educational aspects of the rehabilitation process is to be taken up, its subjective dimension needs to be emphasized. The rehabilitation process is always connected with observing certain ethical and moral standards by those who participate in this process by making an effort to support another person. Therefore, supporting the development of a person with disability is one of the basic factors that condition the effectiveness of the rehabilitation process – of special education, employment and the life of people with disabilities. The knowledge of this topic is still too scant and superficial. This fact makes it difficult to assess the state of affairs objectively and to take rational decisions.

Key words: autonomy, ethical aspects, subjectivity, rehabilitation process, self-realization.

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO"
NR 2(14) 2011

MAGDALENA GIERS

MOCNE I SŁABE STRONY UCZNIÓW Z ZESPOŁEM WILLIAMSA

Zespół Williamsa po raz pierwszy został opisany w roku 1961, jednak wciąż pozostaje zagadnieniem słabo poznanym, to coraz częściej bywa diagnozowany. Zespół Williamsa jest zaburzeniem genetycznym spowodowanym przypadkową mikrodelecją ponad dwudziestu genów w obrębie jednego chromosomu 7 pary (7q11.23) (H.M. Lenhoff i in., 1998; T. Hutyra, K. Mowszet, A. Stawarski, 2008). Częstość występowania zaburzenia, w zależności od źródła, określana jest na poziomie od 1:7500 do 1:25000 (U. Bellugi, L. Lichtenberger i in., 2002, za: C.A. Morris, 2006).

Cechy kliniczne zespołu Williamsa dotyczą zarówno rozwoju fizycznego (niski wzrost, drobna, filigranowa budowa ciała, wolne tempo przybierania na masie, charakterystyczne rysy twarzy), motorycznego (słaba koordynacja wzrokowo-ruchowa, niska sprawność grafomotoryczna), jak również psychospołecznego (towarzyskie usposobienie, empatia, nadmierna ufność). Implikacje dotyczą również komplikacji medycznych, między innymi nieprawidłowości układu krążenia (nadzastawkowe zwężenie aorty i tętnicy płucnej), hiperkalcemii, wad wzroku (nadwzroczność, zez zbieżny), problemów stomatologicznych (próchnica, wady zgryzu), zaburzeń dotyczących układu pokarmowego (wymioty, problemy z karmieniem – ssaniem, żuciem, przełykaniem), układu mięśniowo-szkieletowego (wiotkość wiązadeł, przykurcze stawów, skrzywienia kręgosłupa). Konsekwencje występowania zespołu Williamsa dotyczą także niższego ilorazu inteligencji, specyficznych trudności w nauce, zachowań agresywnych i lękowych, impulsywności oraz nadpobudliwości. Pomimo tak wielu niekorzystnych aspektów, osoby z zespołem Williamsa przejawiają uzdolnienia w zakresie funkcji językowych (bogaty zasób słownictwa, znajomość zasad składni i gramatyki, umiejętność ekspresyjnego opowiadania) oraz muzycznych (poczucie rytmu, niemalże doskonały słuch muzyczny, duży zasób uwagi dla dźwięków i melo-

dii, zdolność szybkiego uczenia się nowych piosenek oraz komponowania i improwizowania).

Rozpatrując typowy profil funkcjonowania poznawczego oraz społeczno-emocjonalnego osób z zespołem Williamsa, można wyróżnić charakterystyczne cechy, które są szczególnie przydatne w trakcie edukacji szkolnej.

Mocne strony uczniów z zespołem Williamsa

Do mocnych stron w rozwoju poznawczym uczniów z zespołem Williamsa należą przede wszystkim zdolności leksykalne. Większość osób z tym zaburzeniem posiada zdolności językowe, które charakteryzują się bogatym zasobem słownictwa oraz umiejętnością ekspresyjnego opowiadania i przeprowadzania interesujących konwersacji. Ponadto często używają wyrafinowanego języka i rzadko spotykanych zwrotów i sformułowań, wykazując się przy tym znajomością specjalistycznego słownictwa z wybranej dziedziny. Zdolności leksykalne osób z zespołem Williamsa wyrażają się również w bogatej ekspresji oraz dużym zaangażowaniem w rozmowę i zainteresowaniem rozmówcą.

Zazwyczaj mowa osób z zespołem Williamsa jest wyraźna, łatwa do zrozumienia i bardzo ekspresyjna. Zdarzają się jednakże różnice indywidualne pod względem trudności z artykulacją, czyli skoordynowanym wykorzystaniem języka, warg, zębów i podniebienia do tworzenia dźwięków mowy. W większości przypadków problemy te ustępują wraz z wiekiem i podjętą systematyczną terapią logopedyczną. Wśród uczniów młodszych klas, lecz także u starszych zdarzać się mogą jeszcze pewne niedociągnięcia w wymowie, takie jak przestawianie liter w trudniejszych i dłuższych wyrazach, zbyt szybkie tempo mówienia, „zacinanie się" pod wpływem stresu.

Zasób słownictwa u osób z zespołem Williamsa jest zazwyczaj bardzo bogaty i urozmaicony. Osoby te często z łatwością używają niezwykłych, wyszukanych oraz trudnych słów i specjalistycznych nazw. Posiadają dobrze rozwinięty słownik umysłowy, który reprezentuje wiedzę na temat wyrazów danego języka, dotyczącą znaczenia danego wyrazu, części mowy, funkcji, jaką może pełnić w zdaniu, postaci fonetycznej, zapisu ortograficznego oraz relacji danego wyrazu wobec innych. W trakcie swobodnej rozmowy czy opowiadania ciekawych historii osoby z zespołem Williamsa często posługują się różnymi środkami literackimi. Do najczęściej używanych należą: metafory, porównania, analogie, personifikacje, zwroty humorystyczne, sarkastyczne i ironizujące. Osoby dotknięte zaburzeniem posiadają także imponującą zdolność kreatywnej narracji, snucia ciekawych opowieści i prowadzenie interesujących dyskusji. Stosują przy tym liczne zmiany w natężeniu siły i barwy głosu, operując przerwami zwiększającymi napięcie i wprowadzają żywiołowe opisy detali. W czasie rozmowy spontanicznie używają złożonych zdań. Potrafią zaimponować ilością i częstością używania takich środków gramatycznych jak: pytania, negacje, mowa za-

leżna, strona bierna czy tryb warunkowy. Ich wypowiedzi są bardzo zaawansowane pod względem budowy, nawet pomimo zdarzających się błędów generalizacji czy struktury syntaktycznej (U. Bellugi, H. Sabo, J. Valid, 1988).

Opisane zdolności leksykalne, a w szczególności bogaty słownik w połączeniu z płynnością w doborze słów sprawiają wrażenie, że osoby z omawianym zaburzeniem są znacznie mądrzejsze i bardziej bystre niż w rzeczywistości. Osoby z zespołem Williamsa w teście fluencji słownej osiągnęły zbliżone lub przewyższające wyniki osób o tym samym ilorazie inteligencji (C.M. Temple, 2002, za: A. Lukacs, 2005). Posiadany przez nie ogromny zasób słów oraz łatwość ich doboru skutecznie maskują niski poziom inteligencji. W konsekwencji może to powodować niezrozumienie problemów dziecka przez nauczycieli i niedostosowanie poziomu trudności zadań do możliwości ucznia.

Drugą grupą uzdolnień, które szczególnie często towarzyszą zespołowi Williamsa są zdolności muzyczne. U większości osób z omawianym zaburzeniem występują one już od wczesnego dzieciństwa i nie wymagają wcześniejszego uczenia się muzyki, choć są chętnie ćwiczone i doskonalone bez żadnej zachęty z zewnątrz. Zdolności te utrzymują się przez całe życie. Jak podają przeprowadzone badania ankietowe (opierające się na informacjach uzyskanych od rodziców i nauczycieli) zdecydowana większość – 90% dzieci z zespołem Williamsa przejawia swoistą miłość do muzyki, niemal równie dużo, bo aż 87% lubi śpiewać, a 86% łatwo zapamiętuje piosenki. Pokaźna grupa – 71% osób z zespołem Williamsa przejawia także swoisty talent muzyczny (E. Semel, S.R. Rosner, 2003).

Uzdolnienia muzyczne osób z zespołem Williamsa przejawiają się głównie poprzez relatywnie duży zakres uwagi dla czynności muzycznych, słuch doskonały, niespotykane poczucie rytmu oraz zdolność do szybkiego uczenia się piosenek (co ciekawe, również w obcych językach). Większość osób z tą wadą potrafi niemal bezbłędnie odtworzyć dawno niesłyszaną melodię i słowa piosenki. Ponadto posiadają umiejętność rozróżniania dźwięków, tonów i rytmów. Nie sprawia im także trudności zagranie melodii ze słuchu. W wolnej chwili często improwizują i tworzą nowe melodie, nucąc lub wystukując rytm na instrumentach bądź przedmiotach znajdujących się w pobliżu. Obcowanie z muzyką sprawia im ogromną radość, wobec czego chętnie spędzają czas na słuchaniu i aktywnym tworzeniu piosenek i melodii. Uwielbiają również występować przed publicznością (tamże).

Kolejną cechą charakterystyczną dla uzdolnień muzycznych osób z zespołem Williamsa jest dosyć często występujący słuch absolutny. Jest to zdolność do poprawnego rozpoznawania i odtwarzania podanych wysokości dźwięków. Szacuje się, że w ogólnej populacji występuje to u jednej na 10 000 osób. Natomiast prawdopodobieństwo występowania słuchu absolutnego towarzyszącego zespołowi Williamsa wynosi aż 30% (H.M. Lenhof, 2001).

Niestety dzieci z zespołem Williamsa napotykają na swojej drodze rozwoju muzycznego olbrzymie trudności. Przede wszystkim ze względu na niski poziom

myślenia abstrakcyjnego, przeważnie nie są w stanie odczytać zapisu nutowego. W dziedzinie gry na instrumentach mają do pokonania następną barierę – ograniczenia w sferze sprawności manualnej. Niemniej jednak można zauważyć, że słaba sprawność manualna i koordynacja wzrokowo-ruchowa przejawiana w czynnościach codziennych, takich jak pisanie, czynności samoobsługowe czy jedzenie sztućcami nie przesądzają o poziomie sprawności dłoni w grze na instrumentach.

Jedną z charakterystycznych cech osób z zespołem Williamsa jest relatywnie dobry rozwój społeczno-emocjonalny, który obejmuje między innymi: łatwość w nawiązywaniu kontaktów, towarzyskość oraz silną empatię. Osoby te są bardzo przyjacielskie, skore do pomocy innym, otwarte i ufne nawet w stosunku do obcych. Brak lęku i wycofania znacznie pomaga w nawiązywaniu kontaktu z uczniem z omawianym zaburzeniem. Wysoki poziom empatii oraz nastawienie na drugiego człowieka sprawiają, że uczniowie z zespołem Williamsa mają z reguły wielu przyjaciół i znajomych. Pozostałe cechy osobowości dzieci z zespołem Williamsa, które mogą okazać się im pomocne w funkcjonowaniu w roli ucznia obejmują: ciekawość poznawczą (zwłaszcza w zakresie interesujących je dziedzin), wysoka motywacja do pracy i entuzjazm. Na ogół uczniowie z zespołem Williamsa chętne i szybko wykonują polecenia nauczyciela. Wpływać może na to intensywna chęć przypodobania się innym, sprawiania im przyjemności oraz silne poczucie obowiązku spełniania kierowanych do nich próśb. Osoby z tą wadą wykazują się bardzo wysokim poziomem empatii, nastawieniem na drugiego człowieka oraz chęcią pomocy innym.

Słabe strony uczniów z zespołem Williamsa

Niepełnosprawność intelektualna przeważnie przyjmująca wartości upośledzenia w stopniu lekkim i umiarkowanym stanowi główną przyczynę trudności w nauce dzieci z zespołem Williamsa. Do przyczyn niepowodzeń edukacyjnych zalicza się także słabą koncentrację uwagi, nadmierną gadatliwość oraz słabą sprawność grafomotoryczną. Uczniowie z zespołem Williamsa przejawiają również trudności w zakresie zadań wymagających myślenia przestrzennego, abstrakcyjnego oraz przyczynowo-skutkowego.

Najpoważniejszym problemem, z jakim zmagają się uczniowie z zespołem Williamsa jest niepełnosprawność intelektualna. Prawie wszystkie osoby z zespołem Williamsa posiadają inteligencję poniżej przeciętnej. Często rozpoznawane są przypadki upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim i umiarkowanym. Niewielki odsetek populacji osób z zespołem Williamsa osiąga wyniki w zakresie normy intelektualnej. Wyniki licznych badań zgodnie dostarczają potwierdzenia niższych sprawności intelektualnych osób z omawianym zaburzeniem. Udwin i Yule (1989, za: A. Maurer, I. Bołtuć, 2002) podają, że tylko 4% osób z zespołem Williamsa przejawia inteligencję w zakresie normy, natomiast iloraz inteligencji 41% osób mieści się w granicach 50–70 punktów, a 55% pre-

zentuje poziom poniżej 50 punktów. Średnia wartość ilorazu inteligencji osób z zespołem Williamsa szacowana jest wokół wartości 40–90. Upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim i umiarkowanym diagnozowane bywa aż u 95% populacji (U. Bellugi, P.P. Wang, T.L. Jernigan, 1994).

Precyzyjne określenie kompetencji intelektualnych osób z zespołem Williamsa stanowi bardzo trudne zadanie, bowiem poziom inteligencji badany tradycyjnymi narzędziami zazwyczaj nie odzwierciedla w pełni umiejętności i wiedzy takich osób. Spowodowane jest to głównie tym, że sytuacja testowa jest stresująca dla badanych, a dzieci z tym zespołem przejawiają bardzo niską tolerancję na frustrację. Często na obniżenie wyniku ma też wpływ osoba badającego. Dzieci z zespołem Williamsa niezmiernie dążą do kontaktu z dorosłymi, więc istnieje ryzyko, że zamiast skoncentrować się na teście, będą całkowicie zaabsorbowane badaczem. Problemy pamięciowe także obniżają wynik ogólny w testach wymagających szybkich odpowiedzi.

Osoby z zespołem Williamsa wykazują wyraźną tendencję do lepszego wykonywania zadań opierających się na inteligencji werbalnej (pytania z wiedzy ogólnej) niż niewerbalnej. W skalach niewerbalnych słabsze wyniki mogą być tłumaczone niską sprawnością grafomotoryczna i koordynacją wzrokowo-ruchową (C.B. Mervis, 1999; U. Bellugi i in. 2001).

Sprawność grafomotoryczna jest kolejnym aspektem rozwoju, który bardzo często sprawia wiele trudności uczniom z zespołem Williamsa. Sprawność ruchowa dzieci z zespołem Williamsa rozwija się wolniej niż u zdrowych rówieśników. Jak podają wyniki badań, zdecydowana większość (aż 97%) osób z zespołem Williamsa przejawia problemy związane z apraksją i słabym planowaniem czynności motorycznych. Prawie połowa badanych (41%) posiada słabo rozwiniętą motorykę dużą. Natomiast funkcja, która jest szczególnie ważna w procesie edukacji szkolnej to motoryka mała. W jej zakresie problemy widoczne są u niemal wszystkich dzieci – 94% uczniów z zespołem Williamsa boryka się z problemami powodowanymi przez osłabioną sprawność grafomotoryczną (E. Semel, S.R. Rosner, 2003).

Szukając wyjaśnienia przyczyn trudności w zakresie sprawności grafomotorycznej u osób z zespołem Williamsa można zasugerować, że na osłabienie sprawności motoryki małej mają wpływ liczne przykurcze ścięgien, na które rzutuje niedostatek genu elastyny.

Słaba sprawność palców i nadgarstków utrudnia posługiwanie się różnymi narzędziami potrzebnymi nie tylko w szkole, ale także w zabawie, czynnościach samoobsługowych czy późniejszej pracy. Bardzo liczna grupa dzieci z zespołem Williamsa prezentuje nieprawidłowy uchwyt oraz nacisk ołówka w trakcie pisania, co z kolei utrudnia poprawne i czytelne pismo. Przy czynności pisania bądź rysowania ujawniać się mogą ruchy towarzyszące, tzw. współruchy. Są to najczęściej: wysuwanie języka, drobne ruchy ust lub głowy, machanie nogami i tupanie stopą.

Dzieci z zespołem Williamsa często wykazują specyficzne deficyty w zakresie funkcjonowania wzrokowo-przestrzennego, które objawiają się nieumiejętnością przeprowadzenia operacji konstruowania całości z drobnych elementów, jak np. budowle z klocków czy układanki typu puzzle. Charakterystyka ta widoczna jest także w rysunkach dzieci z omawianym zaburzeniem. Ich prace plastyczne są przeważnie stereotypowe i uproszczone. Rysunki sprawiają wrażenie pozbawionych ciągłości, spójności. Spowodowane jest to tym, iż dzieci na przedstawionych przedmiotach zaznaczają wiele detali i mało istotnych szczegółów, lecz często nie potrafią ich połączyć ze sobą w jedną spójną całość. Ponadto często też zdarza się, że pewne fragmenty bywają pominięte lub zdezorganizowane.

Cechą charakterystyczną rozwoju poznawczego osób z zespołem Williamsa jest również słaba orientacja w przestrzeni. Funkcja ta może utrudniać codzienne życie, ale także ma znaczący wpływ na powodzenie edukacji szkolnej. Problemy z odróżnianiem kierunków mogą ujawnić się właściwie w każdej dziedzinie nauki, obejmując m.in. naukę pisania i czytania (odwracanie liter i prawidłowego kierunku pisania), liczenia (mylenie cyfr, znaków większości i mniejszości), wychowania fizycznego (wykonywanie poleceń związanych z kierunkami poruszania się) czy w późniejszych klasach – geografii (rozumienie mapy, określanie kierunków geograficznych). Osoby z zespołem Williamsa (często bez względu na wiek i doświadczenie) miewają trudność w zrozumieniu i prawidłowym wskazaniu określeń relacji i kierunku w zakresie:

- miejsca („w", „na", „pod", „pomiędzy"),
- kierunku („prawo", „lewo"),
- czasu („wcześniej", „później"),
- wielkości („większy", „mniejszy"),
- równości („taki sam", „inny"),
- wyłączności („żaden", „za wyjątkiem", „wszystkie").

Bardzo długo nie potrafią odróżnić strony prawej od lewej oraz kierunków do przodu i do tyłu. Często także wykazują nieumiejętność zrozumienia fenomenu odbicia w lustrze. Przyczyny zaistniałego faktu można upatrywać w opóźnionym procesie lateralizacji. Często lateralizacja przez wiele lat pozostaje nieustalona bądź skrzyżowana.

Pamięć osób z zespołem Williamsa stanowi natomiast funkcję, która budzi wiele kontrowersji i sprzecznych opinii wśród badaczy, rodziców i nauczycieli. Często zaobserwować można bardzo dobre zdolności pamięciowe u dzieci z zespołem Williamsa. Ich wyjątkowe umiejętności w tym zakresie przejawiają się w niemalże bezbłędnym, bardzo dokładnym i bogatym w szczegóły odtwarzaniu zapamiętanych opowiadań, słów piosenek, wierszy, dowcipów, twarzy oraz barwy głosu (E. Semel, S.R. Rosner, 2003). Z kolei jednak aż 43% osób dotkniętych omawianym zaburzeniem przejawia trudności w zapamiętywaniu. Największe problemy sprawia im zapamiętanie instrukcji oraz informacji i faktów, a także położenia obiektu na mapie i w przestrzeni (Tharp, 1986, za: E. Semel,

S.R. Rosner, 2003; U. Bellugi, P.P. Wang, T.L. Jernigan, 1994). Tego typu problemy z pamięcią szczególnie odzwierciedlają się w szkole, gdzie wiele przedmiotów wymaga pamięciowego nauczenia się konkretnych wiadomości, definicji, wzorów, dat, itp.

Dane z literatury przedmiotu potwierdzają, że osoby z zespołem Williamsa posiadają znacznie sprawniejszą pamięć materiału słownego niż wzrokowo-przestrzennego. Łatwiej zapamiętują informacje w postaci opowiadań i ciekawych historii niż przedstawione za pomocą wykresów, obrazków czy schematów graficznych. Wyniki licznych badań nad pamięcią wykazują, że takie osoby prezentują się znacznie lepiej, gdy podany im materiał jest werbalny i logicznie spójny niż wizualno-przestrzenny. Przykładem, potwierdzającym relatywnie dobrą pamięć werbalną, może służyć badanie, w którym dzieci z zespołem Williamsa osiągnęły zaskakujące wyniki w teście powtórzeń krótkich opowiadań. Po wysłuchaniu przeczytanej przez egzaminatora historyjki miały za zadanie odtworzyć ją z pamięci. Zarówno w teście bezpośredniego, jak i odroczonego powtarzania, dzieci z zespołem Williamsa przewyższyły grupę kontrolną złożoną ze zdrowych rówieśników (O. Udwin i W. Yule, 1991, za: E. Semel, S.R. Rosner, 2003).

Pamięć werbalna osób z zespołem Williamsa może dostarczać wyjaśnienia bogatego zasobu słownictwa. Jak wykazały badania, dzieci dotknięte zaburzeniem z taką samą łatwością zapamiętywały słowa powszechnie używane, jak i te bardziej wyszukane. Częstość występowania danego słowa w mowie potocznej czy w procesie zdobywania wiedzy szkolnej nie wpływała na skuteczność jego zapamiętywania. Natomiast na szybkość i trwałość zapamiętywania (zarówno u dzieci z zespołem Williamsa, jak i ze zdrowej grupy kontrolnej) miała wpływ długość słowa oraz liczba sylab, z których było zbudowane (U. Bellugi i in., 2000, za: E. Semel, S.R. Rosner, 2003).

Przeprowadzone badania potwierdziły także, iż pomimo słabej pamięci krótkotrwałej cyfr, osoby z zespołem Williamsa lepiej zapamiętywały konkretne słowa, ale szczególnie dobrze wypadły w zakresie zapamiętywania imion. Uzyskane wyniki można tłumaczyć specyficznym profilem rozwoju społecznego, bowiem osoby z omawianym zaburzeniem wykazują bardzo silne nastawienie na drugiego człowieka, są bardzo towarzyskie i przyjacielskie, posiadają wielu znajomych i przyjaciół. Najprawdopodobniej podane do zapamiętania imiona skojarzyli ze znanymi osobami, stosując tym samym prostą mnemotechnikę (M. Giers, 2007).

Specyficzne trudności w nauce

Znając charakterystyczne problemy rozwoju poznawczego, z którymi borykać się mogą dzieci z zespołem Williamsa, można przewidzieć specyficzne trudności, jakie prawdopodobnie pojawią się podczas procesu edukacji szkolnej.

Decydujące znaczenie dla powodzenia nauczania osób z zespołem Williamsa ma ich niski poziom myślenia abstrakcyjnego oraz myślenia przyczynowo-skutkowego. Są to bowiem umiejętności konieczne w nauce matematyki, fizyki, chemii czy chociażby określeniu czasu na tradycyjnym zegarku.

W przypadku nauczania podstawowych umiejętności niezbędnych w całym procesie edukacji, czyli pisania i czytania, uczniowie z zespołem Williamsa również wykazują wiele charakterystycznych trudności. Naukę pisania utrudniać może brak koordynacji wzrokowo-ruchowej. Dotyczy to zarówno stawiania liter, jak i utrzymania pisma w liniaturze oraz zachowywania odpowiednich odstępów między wyrazami. Ponadto zaburzenia orientacji, polegające na nieumiejętności rozpoznawania stron własnego ciała oraz kierunków przestrzeni, wpływają na częste mylenie podobnych liter, a także pisanie ich w tzw. zwierciadlanym odbiciu (np. zamiast litery „d", stawiają literę „b", zamiast „m" – „w"). Za niski poziom estetyczny pisma odpowiada niska sprawność grafomotoryczna, często występujące przykurcze stawów łokciowych oraz palców, a także nieprawidłowy uchwyt przyboru do pisania.

Trudności natury ruchowej i percepcyjnej oraz brak zwinności i gibkości odzwierciedlają się również w słabszych ocenach z wychowania fizycznego poprzez nieumiejętność celnego rzucania i łapania piłki, chodzenia po wyznaczonej linii, wykonywania ćwiczeń gimnastycznych itp.

Problemy z odczytaniem mapy oraz poruszaniem się po nieznanym terenie powodują, że mogą się zdarzać przypadki zabłądzenia nawet w okolicy zamieszkania. Przyczyniają się także do problemów z lokalizowaniem przedmiotów i szacowaniem odległości. W połączeniu ze słabszymi zdolnościami pamięciowymi, niski poziom orientacji w schemacie ciała i kierunkach przestrzeni negatywnie wpływa na naukę i oceny z geografii.

Na omówione tu specyficzne trudności w nauce nakładają się problemy z koncentracją i utrzymaniem uwagi. Dzieci z zespołem Williamsa często się rozpraszają, zwracają uwagę na zbyt wiele drugorzędnych bodźców i bardzo szybko zniechęcają się do podjętego zadania, często go nie kończąc.

Wszelkiego rodzaju prace pisemne typu sprawdziany, klasówki i testy sprawiają, że dzieci z zespołem Williamsa zazwyczaj osiągają słabsze wyniki niż można by się spodziewać, biorąc pod uwagę ilość przyswojonej wiedzy. Przyczyny tego zjawiska należy upatrywać w niskiej tolerancji na frustrację oraz nieumiejętność radzenia sobie z trudnymi, nowymi okolicznościami.

Podsumowanie

Dokładne poznanie charakterystycznych cech funkcjonowania osób z zespołem Williamsa może się przyczynić do skonstruowania adekwatnych metod nauczania oraz wspierania rozwoju osób dotkniętych zaburzeniem. W celu osiągnięcia lepszych rezultatów rewalidacyjnych warto opierać się na mocnych oraz

relatywnie dobrze zachowanych funkcjach rozwoju poznawczego (jak potwierdziły przeprowadzone badania są to: inteligencja werbalna, pamięć wyrazów, w tym pamięci imion) oraz społeczno-emocjonalnego (rozumienie sytuacji społecznych, rozumienie fałszywych przekonań i empatia).

Budując programy wspierania rozwoju osób z zespołem Williamsa, należy mieć na uwadze, iż mimo występowania tego samego zaburzenia, osoby nim dotknięte mogą się między sobą różnić. Delecja w obrębie chromosomu 7 może dotyczyć około 20 genów, jednakże u poszczególnych osób liczba oraz zestaw genów może wykazywać pewne rozbieżność, co stanowić może źródło różnic w zakresie funkcjonowania poznawczego i społeczno-emocjonalnego. Z tego względu niezwykle ważne jest zachowanie ostrożności przy analizowaniu i uogólnianiu wyników na całą populację osób z zespołem Williamsa.

Bibliografia

Bellugi, U., Lichtenberger, L., Jones, W., Lai, Z., George, M.St. (2001). The neurocognitive profile of Williams Syndrome: a complex pattern of strengths and weaknesses. W: U. Bellugi, M.St. George (red.), *Journey from cognition to brain to gene. Perspectives from Williams Syndrome*. London: The MIT Press Cambridge.

Bellugi, U., Sabo, H., Valid, J. (1988). Spatial deficits in children with Williams Syndrome. W: J. Stiles-Davis, M. Kritchevsky, U. Bellugi (red.), *Spatial cognition. Brain bases and development. Hillsdale*. New Jersey Hove–London: Laurence Erlbaum Associates.

Bellugi, U., Wang, P.P., Jernigan, T.L. (1994). Williams Syndrome: an unusual neuropsychological profile. W: S.H. Broman, J. Grafman (red.), *Atypical cognitive deficits in developmental disorders. Implication for brain function*. Hillsdale, New Jersey, London: Laurence Erlbaum Associates.

Giers, M. (2007). *Funkcjonowanie poznawcze i społeczno-emocjonalne osób z zespołem Williamsa*. Niepublikowana praca doktorska. Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Gdański, Gdańsk.

Hutyra, T., Mowszet, K., Stawarski, A. (2008). Dziecko z zespołem Williamsa. W: B. Cytowska, B. Wilczura, A. Stawarski (red.), *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls".

Kurcz, I. (2002). Język i komunikacja. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, tom 2, *Psychologia ogólna*. Gdańsk: GWP.

Lenhoff, H.M. (2001). WSA National Newsletter. Fall, 75.

Lenhoff, H.M., Wang, P.P. Greenberg, F., Bellugi, U. (1998). Mało znane zaburzenie neurologiczne pozwala lepiej poznać organizację mózgu. Zespół Williamsa a mózg. *Świat Nauki*, 2/1998.

Lukacs, A. (2005). *Language abilities in Williams Syndrome*. Budapest: Akademiai Kiado.

Maurer, A., Bołtuć, I. (2002). *Dzieci z zespołem Williamsa*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls".

Mervis, C.B. (1999). The Williams Syndrome Cognitive Profile: Strengths, Weaknesses and Interrelations Among Auditory Short-Term Memory, Language and Visuospatial Constructive Cognition. W: E. Winograd, R. Fivush, W. Hirst (red.), *Ecological Approaches to Cognition. Essays in Honor of Ulric Neisser*. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates.

Morris, C.A. (2006). Genotype–phenotype correlations in Williams-Beuren Syndrome. W: C.A. Morris, H.M. Lenhoff, P.P. Wang (red.), *Williams-Beuren Syndrome. Research, evaluation, and treatment*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Semel, E., Rosner, S.R. (2003). *Understanding Williams Syndrome – Behavioral Patterns and Interventions*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
Szewczuk, W. (1979). *Słownik psychologiczny*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
Wierszyłowski, J. (1979). *Psychologia muzyki*. Warszawa: PWN.

MOCNE I SŁABE STRONY UCZNIÓW Z ZESPOŁEM WILLIAMSA

Streszczenie

Zespół Williamsa jest rzadkim zaburzeniem genetycznym, które oprócz licznych konsekwencji medycznych (m.in. nadzastawkowe zwężenie aorty, problemy związane z nerkami, tarczycą, prawidłową postawą ciała) charakteryzuje się specyficznym profilem funkcjonowania poznawczego oraz społeczno-emocjonalnego.

Niniejszy artykuł ma na celu prześledzenie mocnych i słabych stron uczniów z zespołem Williamsa. Osoby z zespołem Williamsa przeważnie przejawiają niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim lub umiarkowanym. Jednakże niższa sprawność umysłowa nie determinuje negatywnie ich możliwości rozwoju i edukacji. Obserwacje, relacje rodziców i nauczycieli oraz doniesienia z piśmiennictwa potwierdzają, iż osoby z zespołem Williamsa mimo niepełnosprawności intelektualnej przejawiają wiele uzdolnień, które wcześnie wykryte i rozwijane mogą pozytywnie wpłynąć na powodzenie podjętej edukacji szkolnej. Artykuł prezentuje najczęściej spotykane mocne strony rozwoju poznawczego oraz społeczno-emocjonalnego osób dotkniętych zaburzeniem. Jednocześnie akcentuje te aspekty rozwoju, które dzieciom z zespołem Williamsa mogą sprawić szczególne trudności w funkcjonowaniu w roli ucznia.

Słowa kluczowe: zespół Williamsa, rozwój poznawczy, niepełnosprawność intelektualna, uzdolnienia językowe, uzdolnienia muzyczne, pamięć, orientacja w przestrzeni.

STRENGTHS AND WEAKNESSES OF STUDENTS WITH WILLIAMS SYNDROME

Summary

Williams syndrome is a rare genetic disorder, which, in addition to numerous medical consequences (e.g. supravalvular aortic stenosis, problems with kidneys, thyroid and correct posture), is characterized by a specific profile of cognitive and socio-emotional functioning.

This article aims to investigate the strengths and weaknesses of students with Williams syndrome. People with Williams syndrome often have mild or moderate intellectual disabilities. Lower mental ability, however, does not influence adversely their potential development and education. Observations, accounts of parents and teachers, and many reports confirm that despite intellectual disability, people with Williams syndrome demonstrate many talents which, if discovered and developed early enough, could positively affect the success of school education. The article presents the most common strengths of the cognitive and socio-emotional development of individuals affected by this disorder. At the same time, it emphasizes those aspects of development that may cause particular difficulties at school in children with Williams syndrome.

Key words: Williams syndrome, cognitive development, intellectual disability, language talent, musical talent, memory, orientation in space.

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO"
NR 2(14) 2011

PRACE BADAWCZE

STANISŁAWA BYRA, MONIKA PARCHOMIUK

SPOŁECZNO-POZNAWCZE DETERMINANTY SATYSFAKCJI Z PRACY WYRAŻANEJ PRZEZ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE

Wprowadzenie

Zasadniczym celem rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych, ujmowanej jako jeden z kierunków rehabilitacji kompleksowej, jest umożliwienie im zatrudnienia na stanowisku adekwatnym do potrzeb i możliwości, ponadto awansu zawodowego, dzięki zorganizowanym działaniom obejmującym poradnictwo zawodowe, szkolenie oraz pośrednictwo pracy (Ustawa o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 z późn. zm.). Teoretycy i praktycy rehabilitacji zakładają, że praca zawodowa, umożliwiając osiągnięcie większej niezależności ekonomicznej, wzbogacając kontakty i formy uczestnictwa społecznego, pomagając w uzyskaniu poczucia przydatności społecznej, w zwiększeniu poczucia własnej wartości, pozwala zaspokoić zarówno potrzeby ekonomiczno-bytowe, jak i psychospołeczne, stając się niejako narzędziem (drogą) realizacji idei normalizacji i społecznej integracji, a dzięki nim osiągania pożądanej jakości życia osoby niepełnosprawnej (por. W. Levack i in., 2004; J. Opperman, 2004; T. Tsausides i in., 2008, 2009).

Znaczenie pracy dla indywidualnego funkcjonowania zależy od wielu czynników, zarówno osobowościowych, strukturalnych (związanych z samą pracą), jak i – w przypadku osób niepełnosprawnych – odnoszących się do wymiarów niepełnosprawności (stopień, czas nabycia, rodzaj zaburzeń) (L. Trupin, E. Yelin, 1999; W. Otrębski, B. Rożnowski, 2008).

Satysfakcja z pracy

Podstawowym konstruktem, poddanym weryfikacji empirycznej w tym opracowaniu, jest satysfakcja z pracy. Charakter jej rozumienia zmieniał się na

przestrzeni czasu. W pierwszym okresie badań nad satysfakcją koncentrowano się przede wszystkim na jej wymiarze emocjonalnym (M. Zalewska, 2003). W tym kontekście przedmiotem analizy były takie zjawiska, jak reakcje emocjonalne, uczucia i nastrój w pracy, związane między innymi ze stopniem realizacji potrzeb czy oczekiwań pracownika (M. Siekańska, 2005; T. Rostowska, 2009). Szersze rozumienie satysfakcji z pracy zawarte jest w koncepcjach, które zakładają traktowanie jej w kategoriach postawy. Komponentami tak rozumianej satysfakcji stają się elementy emocjonalny i poznawczy (w badaniach satysfakcji komponent behawioralny traktowany jest jako pochodna pozostałych). Oba elementy, jak wykazano w badaniach, mogą mieć odmienne konsekwencje, ponadto kształtowane są w wyniku działania różnych czynników (por. M. Zalewska, 2003).

Obecnie w większości podejmowanych eksploracji dominuje aspekt poznawczy satysfakcji (wiele wykorzystywanych kwestionariuszy jest opartych na nim koncepcyjnie), obejmujący składniki cząstkowe pracy (R. Caers i in., 2008; A. Noblet i in., 2008). Takie podejście ma swoje zalety, do których należy między innymi uzyskanie pełniejszego obrazu satysfakcji pracownika, ponadto możliwość identyfikowania w środowisku pracy sfer wymagających zmiany. Problemem pozostaje dowolność uwzględnianych elementów, stanowiących podstawę osądu respondentów, ponadto wątpliwości co do słuszności opracowania jednolitej ich taksonomii (M. Zalewska, 2003). Sposobem na rozwiązanie tego dylematu może być próba opracowania narzędzia, pozwalającego badanym na tworzenie własnego modelu satysfakcji z pracy oraz porównanie go z obecną sytuacją zawodową (por. M. Siekańska, 2005).

Pomiar satysfakcji z pracy dokonywany przez niektórych badaczy opiera się na ustaleniu wskaźnika globalnego. Podejście takie jest obecnie akceptowane i traktowane jako istotny aspekt pomiaru, obok analizy satysfakcji cząstkowych, ale przy założeniu, że nie może on stanowić sumy wyników cząstkowych. Właściwe jest jego ustalenie za pomocą odrębnego pomiaru (M. Zalewska, 2003).

Poziom satysfakcji z pracy, w jej różnych wymiarach, ma istotne znaczenie dla funkcjonowania zawodowego i pozazawodowego jednostki. Pozostaje w zależności z motywacją do pracy, zdolnością radzenia sobie ze stresem, określonymi wskaźnikami jakości pracy (np. absencja, fluktuacja, wydajność), poczuciem sukcesu bądź porażki w sferze życia zawodowego (M. Siekańska, 2005; T. Tsausides i in., 2009).

Poczucie własnej skuteczności

W przewidywaniu wyników pracy zawodowej, z uwzględnieniem takich wskaźników, jak satysfakcja z pracy, jakość wykonania czy też motywacja, przydatny może być konstrukt zwany *pozytywną samokoncepcją* („*centrum własnych oszacowań*"). Zgodnie z złożeniami jego autorów, stanowi on szerszą

dyspozycję, której komponentami są cztery bardziej specyficzne cechy, takie jak samoocena, uogólnione poczucie własnej skuteczności, poczucie kontroli oraz emocjonalna stabilność (T. Judge, J. Bono, 2001). Wyrażają one fundamentalne podświadome ogólne przekonania jednostki odnośnie do siebie, innych ludzi i otaczającego świata (T. Judge i in., 1998). Na podstawie analiz empirycznych udowodniono, iż w zakresie kształtowania wyników satysfakcji z pracy, najistotniejsze są samoocena oraz uogólnione poczucie własnej skuteczności.

Działanie uogólnionej samoskuteczności zaznacza się nie tylko w zakresie kształtowania poziomu satysfakcji z pracy, jakości jej wykonania czy motywacji do niej, ale również w procesie dokonywania wyborów zawodowych, nabywania umiejętności zawodowych, poszukiwania zatrudnienia, radzenia sobie z wymaganiami związanymi z pracą oraz nasileniem doświadczanego stresu zawodowego (D. Eden, A. Aviram, 1993; A. Strajkovic, F. Luthans, 1998; N. Ogińska-Bulik, 2003, 2005).

Uogólnione poczucie własnej skuteczności stanowi stałą dyspozycję odpowiadającą ogólnemu przekonaniu jednostki o jej zdolności wykonania działania, niezależnie od rodzaju sytuacji (D. Eden, J. Kinnar, 1991; A. Strajkovic, F. Luthans, 1998). Jako „poczucie osobistej kompetencji do podjęcia zamierzonego działania" należy je odróżnić od oczekiwań dotyczącego skutków własnych poczynań (oczekiwania wyniku), które „koncentrują się na zakładanych konsekwencjach działania" (Z. Juczyński, 2001, s. 73). Oczekiwania własnej skuteczności determinują wystąpienie określonych zachowań, w tym zaradczych, stopień zaangażowania wyrażający się ilością inwestowanego wysiłku oraz wytrwałością działania wobec występujących przeszkód (A. Strajkovic, F. Luthans, 1998). Osoby o wyższym poziomie tej dyspozycji stawiają sobie wysokie cele, są bardziej aktywne, wytrwałe i efektywne w działaniu (Z. Juczyński, 2001).

Poczucie własnej skuteczności ujmowane jest w kategoriach zasobu, pełniącego ważną rolę w procesie radzenia sobie ze stresem w pracy, poprzez kształtowanie określonych wyników oceny sytuacji oraz wybór sposobów zaradczych w procesie transakcji stresowej. Jednostki o wyższym poziomie samoskuteczności oceniają sytuacje jako mniej zagrażające, a w przypadku wystąpienia takiej oceny odczuwają mniejszy lęk, co z kolei pozwala im skupiać się na rozwiązaniu problemu, a nie na własnych emocjach. Konsekwencją tego jest mniejszy poziom stresu związanego z pracą zawodową, niższy poziom wypalenia zawodowego oraz korzystniejszy poziom zdrowia (Z. Juczyński, 2001; N. Ogińska-Bulik, 2003, 2005; C. Ouwerhand i in., 2008).

Znaczenie uogólnionej samoskuteczności można również interpretować w kontekście zdobywania nowych kompetencji. Osoby o silniejszej dyspozycji angażują się w działania, które mogą mieć wymiar rozwojowy, stąd przewidywane znaczenie cechy w sytuacjach nowych dla jednostki (Z. Juczyński, 2001). U osób o niższym poziomie samoskuteczności w jej uogólnionym wymiarze tworzą się wewnętrzne bariery, które blokują możliwości zdobywania nowych

korzystnych doświadczeń (A. Bandura, za J. Madaus i in., 2003). Działanie samoskuteczności może zaznaczać się w nowych sytuacjach zawodowych, determinując to, czy będą one oceniane przez jednostkę jako wyzwanie, czy zagrożenie. Ponadto charakter subiektywnych doświadczeń związanych z pracą może być wynikiem postrzeganej kontroli nad stanami uczuciowymi towarzyszącymi zaangażowaniu w stresujące sytuacje (Bandura, za: G. Waghorn i in., 2005).

Nawiązując do wcześniej wspomnianej teorii pozytywnej samoakceptacji, można stwierdzić, że osoby, które postrzegają siebie jako wartościowe i zdolne do radzenia sobie z życiowymi trudnościami, zyskują „pozytywną konstrukcję" dla wydarzeń i sytuacji. Jej działanie należy oceniać jako bezpośrednie i pośrednie. Osoby dysponujące pozytywną koncepcją siebie ujawniają wyższy poziom satysfakcji z pracy (również z życia) zarówno z tego względu, że czują się bardziej zadowolone i przekonane o możliwości posiadania zasobów pozwalających przeprowadzić określone działania, co zwiększa ich osobistą kontrolę nad wydarzeniami, jak i dlatego, że skłonne są dostrzegać w swojej pracy wartość (możliwość autonomii, samorozwoju, znaczenie wykonywanych zadań) (T. Judge i in., 1998).

Kompetencje społeczne

Eksploracje podejmujące zagadnienie gotowości oraz przystosowania do pracy wykazały, że ich istotnym korelatem, obok samoskuteczności, jest tzw. osobowość zawodowa. W jej definicji o charakterze operacyjnym (Profil Osobowości Zawodowej) wymienia się następujące komponenty: orientacja zadaniowa, umiejętności społeczne, motywacja do pracy, dostosowanie do wymagań z nią związanych oraz umiejętność samoprezentacji. Wskazane w profilu umiejętności społeczne odnoszące się do interakcji ze współpracownikami, w tym współdziałania oraz nawiązywania stosunków przyjacielskich (koleżeńskich), są warunkiem istotnym dla kształtowania korzystnej atmosfery w pracy, będącej jednym z aspektów uzyskania z niej osobistej satysfakcji (J. Keim, D. Strauser, 2000).

Społeczne umiejętności stanowią element szerszego konstruktu zwanego kompetencjami społecznymi (E. Wagner, 2004). Pojęcie „kompetencje społeczne" jest definiowane jako „nabyta właściwość dynamicznie działająca między cechami osoby a jej środowiskiem" (G. Iarocci, T. Elfers, 2007, s. 113), „wiedza i umiejętności, które jednostka rozwija w celu efektywnego postępowania w zakresie życiowych wyborów, wyzwań i możliwości" (H. Han, M. Kemple, 2006), bądź też „wielowymiarowy konstrukt obejmujący różne zdolności i umiejętności społeczne" (E. Wagner, 2004, s. 704).

W modelowych próbach uporządkowania kompetencji społecznych określa się ich podstawowe składniki, takie jak przystosowanie społeczne, funkcjonowanie społeczne oraz umiejętności społeczne (model Cavella); asertywność, gratyfikacje i wsparcie, zdolność komunikowania werbalnego i pozawerbalne-

go, zdolność empatii i współpracy, strategie rozwiązywania problemów, zdolność do adekwatnego zachowania w różnych sytuacjach (model Argyle'a); w odniesieniu do teorii emocji oraz koncepcji inteligencji emocjonalnej: zapisywanie informacji afektywnych, ich odtwarzanie oraz doświadczanie afektu (za Z. Ratajczak, 2007); zdolność samoregulacji (m.in. kontrolowanie impulsów, odraczanie gratyfikacji, regulowanie emocji), wiedza i umiejętności interpersonalne (m.in. rozumienie potrzeb i emocji innych, współpraca i negocjowanie, właściwa interpretacja sytuacji społecznych, zachowania adaptacyjne w różnych sytuacjach społecznych, nawiązywanie i utrzymywanie przyjaźni), pozytywna tożsamość (poczucie kompetencji, osobistej siły, wartości), kompetencje kulturalne (wiedza i umiejętności pozwalające na wchodzenie w efektywne i pomyślne dla jednostki interakcje z osobami o różnym pochodzeniu etnicznym i rasowym), adaptacja społecznych wartości (Kostelnik, za H. Han, K. Kemple, 2006).

Kompetencje społeczne bywają rozumiane jako jeden z obszernych zakresów kompetencji zawodowych pracownika, obok kompetencji poznawczych, osobistych, czy też szczegółowych, takich jak kompetencje biznesowe, firmowe, menedżerskie.

Wyższy poziom kompetencji społecznych jest korzystny dla sprostania wymaganiom współczesnego rynku pracy. Posiadanie takich dyspozycji, jak umiejętność rozwiązywania problemów, samodzielność, innowacyjność, adaptacyjność, wysoka motywacja osiągnięć, zwiększa szanse pracownika w procesie selekcji kandydatów, doskonalenia, stabilności zatrudnienia oraz awansu zawodowego (por. M. Czechowska-Bieluga i in., 2009). Dowiedziono między innymi, że określony poziom i zakres ich ukształtowania może być korelatem zarówno aktywności zawodowej, jak i jakości pracy (w sensie subiektywnym i obiektywnym) (D. Reitman i in., 1999; H. Michon i in., 2005; M. Czechowska-Bieluga i in., 2009).

Kompetencje społeczne mają znaczenie dla aktywizacji zawodowej jednostki, ponieważ zwiększają jej motywację, samoświadomość w zakresie swojego potencjału, umiejętność jego wykorzystywania, zdolność radzenia sobie w różnych sytuacjach. W zakresie zatrudnienia pozostają w związku ze wskaźnikami integracji społecznej nowego pracownika (H.W.H. Tsang, 2003). W przebiegu zatrudnienia znaczenie kompetencji społecznych należy wiązać z dążeniem do optymalizacji swojej sytuacji zawodowej, między innymi poprzez samokształcenie i doskonalenie, poszukiwanie i wykorzystywanie zasobów przydatnych w tym zakresie (A. Ostrowska, 2003).

Założenia badań własnych

Dostępne analizy, przede wszystkim realizowane przez autorów zagranicznych, obejmujące prezentowane tu zjawiska z zakresu osobowościowo-społecznego funkcjonowania jednostek niepełnosprawnych, prowadzone były

w sposób wybiórczy, w znacznym zakresie odnosiły się do procesów warunkujących ich rozwój w okresie dzieciństwa i młodości (por. W. Pilecka, J. Pilecki, 1996; E. Fabian, 2000; Ch. Palmer, R.T. Roessler, 2000; L.Skär, 2003; V. Jakovljewić, Ž. Martinović, 2006). Rzadziej uogólniona samoskuteczność oraz kompetencje społeczne osób niepełnosprawnych poddawane były empirycznej weryfikacji w kontekście pełnienia ról zawodowych (H. Hoffman, Z. Kupper, 1997; D. Reitman i in., 1999; N. Elksnin, L.K. Elksnin, 2001). Nie znaleziono opracowań, które ujmowałyby oba konstrukty jednocześnie, traktując je jako hipotetyczne determinanty satysfakcji z pracy jednostek z problemami dotyczącymi stanu zdrowia i sprawności. Należy też zaznaczyć, że jakość pracy osób niepełnosprawnych w jej subiektywnym wymiarze, szczególnie istotnym z punktu widzenia skuteczności rehabilitacji zawodowej, rzadko była poddawana analizom. Ograniczone zasoby w polskiej literaturze przedmiotu poświęcone korelatom jakości pracy osób niepełnosprawnych upoważniają do stwierdzenia, że jest to obszar niedoceniony. Wysiłki badaczy zmierzające do określenia czynników stanowiących bariery w aktywności zawodowej tej grupy, należące obecnie do stosunkowo najliczniejszych, należałoby wzbogacić o te, które pozwolą ustalić determinanty optymalizujące funkcjonowanie w roli zawodowej.

Empiryczna eksploracja odczuwanej satysfakcji z pracy zawodowej przez osoby z niepełnosprawnością oparta została na kilku założeniach koncepcyjnych. Satysfakcja z pracy ujmowana jest tutaj w kategoriach poznawczych i określana z perspektywy partykularnej, odnoszącej się do konkretnych czynników charakteryzujących pracę i warunki jej wykonywania. Uwzględnienie cząstkowych wymiarów satysfakcji z pracy pozwala na uchwycenie tych elementów, które mają największe oraz stosunkowo niewielkie znaczenie w kształtowaniu jej wyników, ponadto na stwierdzenie możliwych ich powiązań z analizowanymi czynnikami społeczno-poznawczymi. Owe cząstkowe wymiary satysfakcji z pracy obejmują trzy podstawowe płaszczyzny ustalające charakter relacji człowiek–praca: warunki pracy i cechy pracy, relacje społeczne w miejscu pracy oraz indywidualny kontekst zaangażowania zawodowego (w tym poczucie zgodności osobistych preferencji z wymogami pracy, stopień kontroli, odpowiedzialności za wyniki pracy).

Niepełnosprawność pracownika ujmowana jest zgodnie z założeniami społecznego modelu niepełnosprawności. Zasadniczy punkt ciężkości został położony na czynniki związane z pracą, które mogą stwarzać osobie niepełnosprawnej szanse (lub uniemożliwiać ich zaistnienie) samorealizacji, ułatwiać jej włączenie się w główny nurt życia społecznego, podnosić jakość codziennego funkcjonowania. Satysfakcja z pracy traktowana jest więc jako pomyślny rezultat rehabilitacji społecznej. Przyjęto ponadto, iż percepcja warunków pracy i możliwości zawodowych oraz odczuwana z nich satysfakcja może pozostawać w związku z osobistymi zasobami pracownika.

Wysunięto następujące problemy badawcze:

- w których wymiarach satysfakcji z pracy badane osoby niepełnosprawne osiągają najwyższy, a w których najniższy poziom?;
- jaki jest poziom samoskuteczności i kompetencji społecznych osób badanych?;
- czy istnieje zależność, a jeżeli tak, to o jakim charakterze, między poszczególnymi wymiarami satysfakcji z pracy a samoskutecznością i kompetencjami społecznymi badanych?

Założono, że poczucie własnej skuteczności pozostaje w pozytywnym związku z satysfakcją z pracy, szczególnie w wymiarze osobistego wkładu w realizację obowiązków zawodowych i postrzegania zgodności między oczekiwaniami i możliwościami a wymogami pracy. Przekonaniu o własnej skuteczności towarzyszy zazwyczaj gotowość do podjęcia wysiłku na rzecz zrealizowania zaplanowanych celów zawodowych i większe poczucie odpowiedzialności za osiągane rezultaty. Możliwość decydowania, odczuwana autonomia i sprawowana kontrola nad przebiegiem aktywności zawodowej sprzyjają większemu zadowoleniu z pełnienia przyjętej roli (W. Otrębski, B. Rożnowski, 2008). Przyjęto również istnienie pozytywnej zależności między posiadanymi przez osoby niepełnosprawne kompetencjami społecznymi a wskazywanym przez nie poziomem satysfakcji z pracy, szczególnie w zakresie takich wymiarów jak: wsparcie (udzielane i otrzymywane) w miejscu pracy, relacje społeczne oraz osobisty wkład w realizowane obowiązki zawodowe. Jak dowodzą wcześniejsze doniesienia badawcze (np. A. Ostrowska, 2003), wysokie kompetencje społeczne skutkują większą motywacją do pracy, dostrzeganiem swojego potencjału i zaangażowaniem w jego wykorzystanie, skutecznym radzeniem sobie w różnych sytuacjach społecznych. Zatem wyższym kompetencjom społecznym (przede wszystkim w obszarze ekspozycji społecznej i asertywności) charakteryzującym osoby niepełnosprawne może towarzyszyć szybszy proces przystosowania się do środowiska pracy, wykorzystania posiadanego potencjału, nawiązania zadowalających relacji ze współpracownikami, przełożonym, a w rezultacie odczuwania satysfakcji z podejmowanej aktywności zawodowej (por. S. Byra, M. Parchomiuk, 2008).

Identyfikacji wskaźników przyjętych w analizie zmiennych dokonano za pomocą następujących narzędzi badawczych: Kwestionariusza Satysfakcji z Pracy (KSP) w opracowaniu M. Parchomiuk i S. Byry (wersja eksperymentalna), Kwestionariusza Kompetencji Społecznych (KKS) A. Matczak oraz Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) R. Schwarzera i M. Jerusalem w adaptacji Z. Juczyńskiego. Opracowany Kwestionariusz KSP zawiera 35 itemów, służy do określenia satysfakcji cząstkowych odnoszących się do aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych. Pozwala ustalić odczuwaną przez badanego satysfakcję z pracy w następujących wymiarach: adekwatność oczekiwań i możliwości do wymogów pracy (A), szanse rozwoju zawodowego (S), osobisty wkład w re-

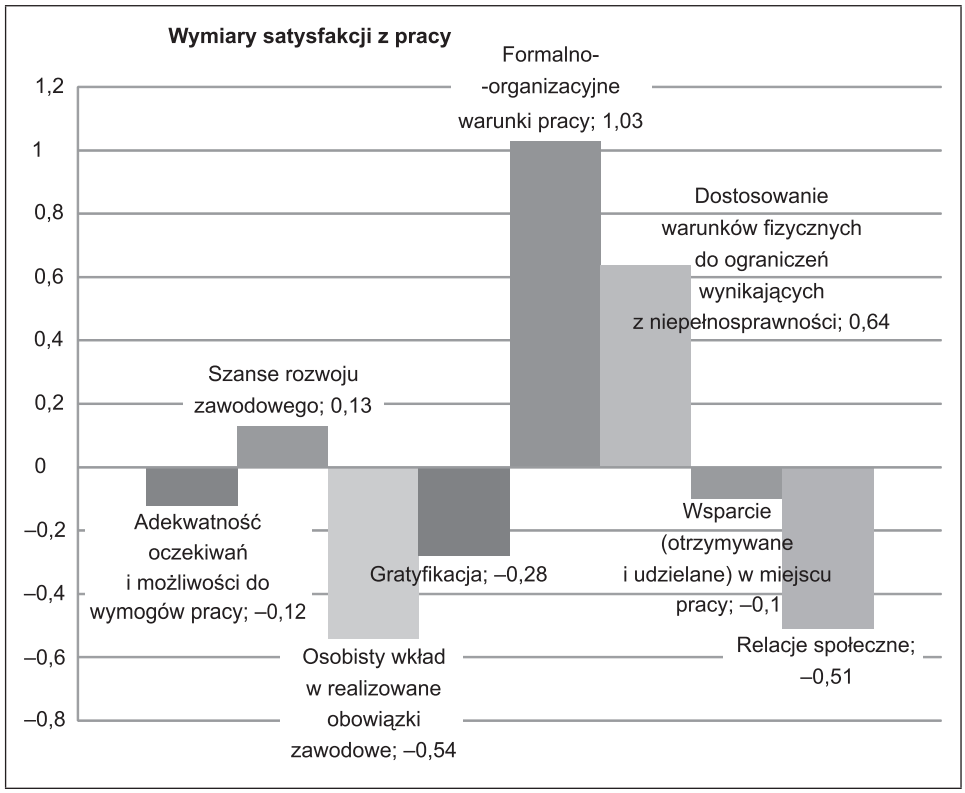
alizowane obowiązki zawodowe (OW), gratyfikacja (G), formalno-organizacyjne warunki pracy (FO), dostosowanie warunków fizycznych do ograniczeń wynikających z niepełnosprawności (WF), wsparcie (udzielane i otrzymywane) w miejscu pracy (WS), relacje społeczne (RS). Kwestionariusz KKS służy do ustalenia ogólnie ujmowanych kompetencji społecznych oraz ujawniających się w sytuacjach intymnych (KKS-I), ekspozycji społecznej (KKS-ES) oraz wymagających asertywności (KKS-A). Natomiast Skala GSES umożliwia określenie nasilenia ogólnego przekonania jednostki dotyczącego skuteczności radzenia sobie z przeszkodami i sytuacjami trudnymi.

Badaniom zostali poddani niepełnosprawni posiadający zatrudnienie. Łącznie przebadano 41 osób (w tym 20 kobiet i 21 mężczyzn, średnia wieku: 39,63). Miasto zamieszkiwały 23 osoby, pozostali badani byli mieszkańcami wsi. Wykształcenie respondentów: zawodowe (21,95%), średnie (39,02%), wyższe (39,02%). Wśród badanych przeważały osoby z niepełnosprawnością ruchową (28 – 68,29%). W skład grupy badawczej weszły również osoby z uszkodzeniem słuchu (10) i wzroku (2). Większość stanowili badani z lekkim stopniem niepełnosprawności (26 – 63,41%), na posiadanie umiarkowanego stopnia niepełnosprawności wskazało 15 osób (36,58%). Dominowały osoby z nabytą niepełnosprawnością (28 – 68,29%, na wrodzony charakter posiadanych ograniczeń wskazało 13 – 31,71%). Na pełnym etacie zatrudnionych było 31 badanych (75,61%), w niepełnym wymiarze godzin pracowało 10 osób. Średnia stażu pracy badanych wynosiła 13,58 lat.

Wyniki badań własnych

Satysfakcja z pracy osób badanych wykazuje zróżnicowane nasilenie w zależności od ocenianego wymiaru relacji: pracownik – warunki i cechy pracy (wykres 1). Najwyższy poziom satysfakcji stwierdzono w odniesieniu do formalnych i organizacyjnych warunków pracy, zadowalająco dostosowanych do możliwości i ograniczeń związanych z niepełnosprawnością. Oznaczałoby to, iż zdaniem badanych zakłady pracy wykazują się, stosownym do ich potrzeb i niesprawności, przygotowaniem sprzyjającym wypełnianiu przez nich roli zawodowej. Stosunkowo najbardziej zadowoleni są oni z oferowanego wymiaru pracy, kwestii związanych z urlopem, godzinami pracy, bezpieczeństwem wykonywania obowiązków zawodowych, zapewnieniem odpowiednich warunków fizycznych, a także z dostosowania stanowiska pracy do specyfiki wykonywanych zadań. Największe niezadowolenie badanych odnosi się do możliwości ich osobistego wkładu w realizację powierzanych im zadań. Stwierdzany w tym względzie brak satysfakcji zaznacza się przede wszystkim w dostrzeganiu mniejszej od oczekiwanej kontroli nad wykonywanymi czynnościami i ich efektami oraz samodzielności w podejmowaniu decyzji. Dosyć niskie zadowolenie badani wyrazili również z przyznanego im zakresu odpowiedzialności za reali-

zację obowiązków zawodowych. Drugim obszarem szczególnego niezadowolenia badanych są relacje społeczne panujące w miejscu pracy. Pomimo względnie niskiej oceny jakości swoich relacji z pracodawcą, respondenci jeszcze niżej wartościują codzienne interakcje ze współpracownikami, podejmowane zarówno podczas wykonywania zadań zawodowych, jak i spędzania wolnego czasu. Wydajność pracy, optymalne wykorzystanie potencjału pracownika, wzbudzenie jego motywacji wewnętrznej i dążeń do samorealizacji na płaszczyźnie zawodowej w znacznej mierze uwarunkowane jest stopniem zbieżności między oczekiwaniami i możliwościami osoby pracującej a wymogami stawianymi przez środowisko pracy i wpisanymi w realizację określonych zadań zawodowych. Stosunkowo niska satysfakcja badanych ze stopnia zaspokojenia potrzeb przez wykonywaną pracę, możliwości rozwijania w niej zainteresowań, stwarzanego w jej ramach obciążenia psychicznego i fizycznego może wskazywać na wykorzystywanie przez nich niewielkiego zakresu posiadanych predyspozycji, zasobów, umiejętności. Ta płaszczyzna niezadowolenia może stanowić istotny czynnik kształtowania niepożądanej postawy badanych wobec pracy, znajdującej wyraz np. w minimalizowaniu zaangażowania w wykonywanie zadań (lub



Wykres 1. Poziom wielowymiarowej satysfakcji z pracy osób badanych

nadmiernym eksploatowaniu zasobów psychofizycznych). Dla badanych wzajemne wsparcie udzielane w pracy, sprzyjające zarówno działaniom zespołowym, jak i indywidualnym, jest mało satysfakcjonujące, co wskazuje, że oczekiwaliby znacznie większego zakresu pomocy, przy jednocześnie sygnalizowanej chęci wspierania współpracowników.

Przekonanie o własnej skuteczności w zmaganiu się z sytuacjami trudnymi mogące oddziaływać na emocjonalno-motywacyjny stosunek wobec pracy i rodzaj podejmowanych w jej ramach aktywności charakteryzuje niewielką liczbę badanych osób (tabela 1). Większość respondentów uzyskało niskie wyniki w określanej samoskuteczności, wskazujące na ich przekonanie o dysponowaniu słabym potencjałem w osiąganiu pożądanych rezultatów w ramach realizacji zakładanych celów i pokonywaniu pojawiających się trudności i przeszkód. Warto wskazać, że wśród badanych występują osoby ze skrajnymi wynikami w zakresie analizowanej samoskuteczności. Waga przekonania o braku lub posiadaniu nieograniczonych sprawności w efektywnym wykonywaniu zadań i rozwiązywaniu problemów z pewnością znajduje odzwierciedlenie w jakości ogólnego funkcjonowania zawodowego, jak i satysfakcji z poszczególnych jego obszarów. Planowane poszerzenie grupy badawczej pozwoli ustalić zasadność zasygnalizowanego powiązania, jak również umożliwi zweryfikowanie, czy skrajność uzyskiwanych wyników ma charakter jednostkowy, czy też przyjmuje postać określonej tendencji wśród pracujących osób z niepełnosprawnością.

Tabela 1. Poziom samoskuteczności osób badanych

Kategorie wyników	N	%
Niskie	22	53,66
Przeciętne	10	24,39
Wysokie	9	21,95

Przeprowadzona analiza statystyczna wskazuje, że spośród uwzględnionych rodzajów kompetencji społecznych badani cechują się największymi umiejętnościami w sytuacjach ekspozycji społecznych. Jednakże w rezultacie przeliczania uzyskanych wyników na normy stenowe okazało się, iż wśród respondentów zdecydowanie przeważają osoby o niskim poziomie kompetencji przydatnych w relacjach intymnych, sytuacjach społecznych wymagających autoprezentacji oraz asertywności (tabela 2). Diagnostycznie istotny jest wynik badanych uzyskany w ramach ogólnie rozumianych kompetencji społecznych wskazujący, że niemal wszyscy cechują się niskimi umiejętnościami radzenia sobie w sytuacjach społecznych. Wyraźna dominacja osób z niskimi kompetencjami pożądanymi w okolicznościach wymagających asertywności może sugerować przyjmowanie przez badane osoby niepełnosprawne postawy uległości, wycofywania

się, rezygnacji z troski o zaspokojenie własnych potrzeb i przejawiania inicjatywy w nawiązywaniu relacji społecznych. W perspektywie pełnienia roli zawodowej, zespołowego wykonywania zadań i codziennych kontaktów ze współpracownikami, posiadanie niewielkich kompetencji do bycia asertywnym może skutkować u pracujących osób niepełnosprawnych umacnianiem się poczucia zajmowania jedynie peryferyjnego miejsca w zespole pracowniczym, a także kształtowaniem się przekonania o braku szans na partnerstwo w realizacji wspólnych obowiązków zawodowych.

Tabela 2. Poziom kompetencji społecznych osób badanych

SKALE KKS	Kategorie wyników					
	Niskie		Przeciętne		Wysokie	
	N	%	N	%	N	%
KKS-I	27	65,85	8	19,51	6	14,63
KKS-ES	22	53,65	15	36,58	4	9,76
KKS-A	30	73,17	10	24,39	1	2,44
KKS-WO	40	97,56	0	0	1	2,44

Tabela 3. Poczucie samoskuteczności, kompetencje społeczne a wymiary satysfakcji z pracy u osób badanych – współczynniki korelacji r Pearsona

	A	S	O	G	FO	WF	WS	RS
Samoskuteczność	0,21	0,20	0,28	–0,29	–0,05	0,49*	0,07	0,07
KKS-I	–0,07	–0,05	–0,15	0,20	0,01	–0,33*	–0,46*	–0,23
KKS-ES	–0,13	–0,21	–0,10	0,14	–0,04	–0,22	0,54*	0,32*
KKS-A	0,24	0,19	0,20	0,20	0,01	–0,06	–0,14	0,04
KKS-WO	–0,09	–0,12	–0,15	0,01	–0,13	0,33*	0,51*	0,31*

* $p < 0,05$

Analizowane poczucie samoskuteczności i kompetencje społeczne badanych wykazują powiązania z wyrażaną przez nich satysfakcją z pracy (tabela 3). Zaznaczyły się one w obrębie trzech wymiarów zadowolenia odnoszącego się do kwestii dostosowania warunków fizycznych do ograniczeń wynikających z niepełnosprawności oraz społecznego funkcjonowania w miejscu pracy. Wzrost satysfakcji u badanych z zapewniania przez pracodawcę warunków adekwatnych do posiadanych możliwości sprzyjałby nasileniu poczucia dysponowania środkami, zasobami zapewniającymi indywidualną skuteczność w radzeniu sobie z przeszkodami. Satysfakcja badanych ze wsparcia udzielanego i otrzymywanego w pracy, a także z jakości panujących w niej relacji społecznych wzrastałaby przy wyższych kom-

petencjach ujawniających się w sytuacjach wymagających prezentowania własnego zdania, zdolności, możliwości. Warto podkreślić, że kompetencje przydatne w relacjach intymnych pozostają w negatywnej zależności z zadowoleniem osób badanych z dostosowania warunków fizycznych do ich potrzeb i możliwości oraz wspierających aspektów środowiska pracy.

Interpretacja i dyskusja wyników

Uzyskane rezultaty nie poddają się jednoznacznej interpretacji ze względu na charakter samych narzędzi pomiarowych (teoretycznie nieugruntowanych)[1)] oraz korelacyjną naturę powiązań między przyjętymi zmiennymi. Zostanie więc osadzona w szerszym kontekście odniesień teoretycznych, co pozwoli przybliżyć specyfikę uwzględnionych zmiennych wśród osób z niepełnosprawnością.

Ustalono, że satysfakcja z pracy badanych jednostek niepełnosprawnych wyrażana jest głównie w odniesieniu do warunków formalno-organizacyjnych oraz stopnia dostosowania środowiska pracy do możliwości wyznaczanych przez posiadane niesprawności. Relacje społeczne panujące w miejscu pracy oraz szanse na samodzielność, kontrolę i osobistą odpowiedzialność za realizację obowiązków zawodowych i osiągane rezultaty zostały ocenione przez badanych jako w znacznym stopniu niesatysfakcjonujące.

Interpretację uzyskanych współczynników korelacji można osadzić w poznawczo-społecznych sposobach wyjaśniania zachowania jednostki regulowanego przez otoczenie, w którym się ona znajduje. Przekonanie osób z niepełnosprawnością o własnej skuteczności wyrażające się w wysokiej ocenie swoich możliwości realizowania skutecznego działania w warunkach nie zawsze ku temu sprzyjających (por. P. Oleś, 2003), może kształtować pozytywne ich nastawienie do podejmowania i wykonywania obowiązków zawodowych oraz czerpanie satysfakcji zarówno z osiąganych rezultatów, jak i zdobywania doświadczenia zawodowego w kontekście współpracy z innymi. Postrzeganie własnej skuteczności związane zazwyczaj z wyższą motywacją do intensyfikowania wysiłków na rzecz zadowalającego wykonania zadania, może u tych osób kształtować aktywną postawę względem pracy i radzenia sobie z napotykanymi w niej trudnościami. A osiągane sukcesy przynosząc satysfakcję, mogą wzmacniać ich poczucie własnej skuteczności.

Oczekiwano, że przekonaniu o własnej skuteczności, szczególnie zaznaczającej się w radzeniu sobie z przeszkodami, będzie towarzyszyć satysfakcja z pracy

[1)] Na przykład narzędzie do pomiaru satysfakcji z pracy osób niepełnosprawnych opiera się na założeniu o cząstkowej strukturze zadowolenia z tego obszaru aktywności człowieka, nie znajdując osadzenia w konkretnej teorii. Z racji braku teorii wyjaśniającej pojęcie satysfakcji z pracy w grupie osób z niepełnosprawnością, podjęto zabieg konstruowania narzędzia na podstawie założenia odnoszącego się do aktywności zawodowej ogólnej populacji (A. Bańka), przy uwzględnieniu specyfiki funkcjonowania zawodowego osób z niepełnosprawnością (H. Larkowa).

w wymiarach zależnych od osobistego wkładu jednostki w realizację zadań. Rezultaty badań nie potwierdziły wysuwanych przypuszczeń. Nie tyle własne zaangażowanie i wysoka zbieżność oczekiwań w stosunku do wymagań pracy, co zagwarantowanie przez pracodawcę warunków odpowiednich do potrzeb i możliwości osób z niepełnosprawnością, okazuje się być czynnikiem znacząco kształtującym ich przekonanie o własnej skuteczności. Zapewne wykonywanie zadań w warunkach niedostosowanych do specyfiki funkcjonowania osoby niepełnosprawnej sprzyjałoby wydatkowaniu większego wysiłku w pokonywaniu trudności wynikających z posiadanych ograniczeń w porównaniu do rzeczywistego zaangażowania w realizację konkretnych czynności zawodowych. Zatrudniona osoba niepełnosprawna doświadczałaby wówczas nie tylko problemów związanych z jakością i czasem wykonywania obowiązków zawodowych, ale również nabywałaby przekonania o braku możliwości wykorzystania zdolności i kompetencji lub niedysponowaniu umiejętnościami niezbędnymi do osiągania sukcesów zawodowych. W konsekwencji zaznaczałyby się zjawiska niepożądane przyjmujące postać np. psychofizycznego obciążenia pracą.

W pokonywaniu sytuacji trudnych napotykanych w trakcie realizacji obowiązków zawodowych, pomocną funkcję pełni niejednokrotnie satysfakcjonujący kontekst społeczny pracy wyznaczany wysoką oceną jakości relacji międzyludzkich. Kompetencje społeczne rozwijane w ramach treningu odbywającego się w kontekście różnorodnych relacji interpersonalnych zwiększają skuteczność działań zawodowych jednostki poprzez jej umiejętne zaangażowanie się we współpracę i eksponowanie własnych pomysłów, opinii (por. A. Matczak, 2001). Kompetencje tego typu u osób z niepełnosprawnością sprzyjając zaprezentowaniu posiadanego przez nich potencjału, a także znajdując odzwierciedlenie w optymalnym ich włączeniu się w prace zespołowe, mogą stanowić istotny predykator zadowolenia ze społecznego wymiaru pełnionej roli zawodowej. Jednakże w przypadku przebadanych osób z niepełnosprawnością płaszczyzna ta, wartościowana w kategorii mało zadowalającej, może odgrywać rolę swoistego obciążenia obligującego do codziennego zmagania się z poczuciem niższości, izolacji itp. Jednym z czynników sprawczych niesatysfakcjonujących relacji z przełożonym i współpracownikami są najprawdopodobniej niskie kompetencje społeczne badanych, głównie w zakresie eksponowania własnych zdolności, ocen. Zważywszy na fakt, że przebadano osoby ze stosunkowo długim stażem pracy, jednocześnie dysponujące znacznymi niedoborami na gruncie kompetentnego społecznego funkcjonowania, można przypuszczać, że nie uczestniczyły one we właściwym treningu interpersonalnym.

Dążąc do wyjaśnienia uzyskanych tu wyników, a jednocześnie poszukiwania praktycznych odniesień, pozwalających sugerować określone rozwiązania wspierające budowanie analizowanych zasobów związanych z pracą zawodową, można stwierdzić, że poczucie skuteczności jest efektem doświadczania sukcesów w następstwie własnych działań. Potencjalne niepowodzenia towarzyszące wcześniej-

szym poczynaniom w sferze zawodowego funkcjonowania, tj. poszukiwania pracy i jej utrzymania, możliwości realizowania w niej własnych oczekiwań, efektywności wykonania, mogą być przyczyną obniżenia samoskuteczności u osób niepełnosprawnych. W biografii zawodowej tych jednostek stwierdza się często dłuższe okresy pozostawania bez pracy, bądź też zmiany zatrudnienia powodowane czynnikami osobistymi (np. stanem zdrowia) lub zewnętrznymi (w tym postawami pracodawców). Badania empiryczne dowodzą, iż ich skutkiem może być obniżenie zasobów osobistych jednostki, w tym poziomu samooceny i samoskuteczności. Niska samoskuteczność w połączeniu z negatywną oceną swoich możliwości wiąże się z osłabieniem motywacji do podejmowania wysiłków związanych ze znalezieniem pracy. Im dłuższy okres pozostawania bez pracy, w połączeniu z nieudanymi próbami jej znalezienia, tym większe niekorzystne zmiany w zakresie samoskuteczności (D. Eden, A. Aviram, 1993). W przyszłych analizach służących pogłębianiu zagadnienia warto uwzględnić zmienne opisujące wcześniejsze doświadczenia zawodowe osób niepełnosprawnych, w tym wspomniane okresy pozostawania bez pracy i stabilność zawodową.

Poszukując przyczyn niskiego poczucia własnej skuteczności, jak też obniżonego poziomu kompetencji społecznych u osób niepełnosprawnych, warto odwołać się do mechanizmów ich socjalizacji, w przebiegu której ważące mogą być doświadczenia, takie jak kształcenie w warunkach segregacyjnych połączone z obniżonym poziomem wymagań, społeczna izolacja będąca skutkiem negatywnych postaw otoczenia, ponadto ograniczeń własnej mobilności czy możliwości komunikowania się, niekorzystne postawy rodzicielskie (obniżenie wymagań, nadopiekuńczość, brak doświadczenia poczucia sprawstwa, konsekwencji własnych poczynań, sukcesów i porażek w efekcie własnych działań). Skutkiem tego może być ukształtowanie zarówno negatywnej, jak i nierealistycznej koncepcji siebie i otaczającego świata, szczegółowo wyrażających się w nieadekwatnej samoocenie, niskim poczuciu własnej skuteczności, zewnątrzsterowności.

Zakończenie

Analiza uzyskanych wyników umożliwia sformułowanie pewnych wniosków, które ze względu na niedostatecznie liczną grupę badawczą należy traktować w kategorii postulatów, sygnalizujących istotne kwestie, aczkolwiek wymagające potwierdzenia kolejnymi weryfikacjami empirycznymi.

Analizując otrzymane rezultaty w obszarze satysfakcji z pracy osób z niepełnosprawnością, można postawić wniosek, że słaba ich ocena tego zakresu zatrudnienia, jaki odnosi się do osobistego wkładu w realizację obowiązków zawodowych, a zatem możliwości sprawowania kontroli, efektywności własnych działań, poczucia odpowiedzialności, jest skutkiem unikania sytuacji, których wymagania wykraczają poza postrzegany poziom własnych możliwości, wcze-

snego rezygnowania z wysiłków, przekonania o niedysponowaniu umiejętnościami potrzebnymi dla pomyślnego przeprowadzenia działania. Zjawiska takie są charakterystyczne dla osób o niskim poczuciu samoskuteczności (Bandura, za: D. Strauser, 1995). Wniosek ten należy uznać za hipotetyczny wobec faktu, że nie uzyskano w badaniach własnych istotnego powiązania poczucia samoskuteczności ze wspomnianym elementem satysfakcji z pracy.

Dokonane tu ustalenia skłaniają do sformułowania zaleceń odnoszących się do szeroko rozumianej praktyki rehabilitacyjnej. Przygotowanie osób niepełnosprawnych do funkcjonowania w roli zawodowej powinno obejmować zwiększanie osobistych kompetencji, pozwalających nie tylko efektywnie funkcjonować w społecznym środowisku pracy, lecz także dokonywać oszacowania potencjalnego zatrudnienia z perspektywy własnych oczekiwań, aspiracji, możliwości i ograniczeń. Określone zadania z tym związane spoczywają na osobach odpowiedzialnych za realizację przygotowania zawodowego, tak w formie kształcenia, jak i doskonalenia. Należy podkreślić szczególne znaczenie takich oddziaływań we wcześniejszych fazach rozwoju.

Wyniki badań własnych skłaniają do stwierdzenia, że formalne warunki pracy, jakkolwiek niezwykle istotne dla jakości funkcjonowania w niej, są niewystarczającym czynnikiem satysfakcji. Osoby z niepełnosprawnością, podobnie jak i pełnosprawne, często podejmują pracę niespełniającą warunków osobistego dopasowania, w przekonaniu, że w obecnej rzeczywistości ekonomicznej, w obliczu trudności związanych z zatrudnieniem, sukcesem jest jakakolwiek praca. Podobne opinie wyrażają specjaliści zaangażowani w proces rehabilitacji zawodowej. W literaturze przedmiotu sugeruje się zwrócenie szczególnej uwagi na pewne aspekty w procesie doradczym. Chodzi tutaj o uwzględnienie czynników osobowościowych, mających znaczenie dla oczekiwań i percepcji miejsca pracy, ponadto osobistych doświadczeń związanych ze sferą zawodową (T. Pack i in., 2007).

Dla poczucia satysfakcji z pracy osoby niepełnosprawnej istotne są relacje społeczne, w tym możliwość uzyskania wsparcia ze strony pracodawców i współpracowników. Kształtowanie pozytywnych relacji w miejscu pracy jest niewątpliwie związane z osobistymi kompetencjami samych osób niepełnosprawnych, o czym wcześniej wspomniano, ale również stosunkiem osób pełnosprawnych wobec niepełnej sprawności. Niezbędne zatem wydaje się realizowanie działań ze strony doradcy zawodowego, bądź innych osób zaangażowanych w proces rehabilitacji, na etapie zatrudniania (np. trenera pracy), zmierzających do kształtowania pożądanej atmosfery i pozytywnych relacji społecznych.

Bibliografia

Byra, S. (2006). Samoocena, kompetencje społeczne a satysfakcja z życia studentów niepełnosprawnych ruchowo. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, *2*, 60–80.

Byra, S., Parchomiuk, M. (2008). Rola kompetencji społecznych w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, *3*, 3–21.

Caers, R., Du Bois, C. i in. (2008). Measuring community nurses' job satisfaction: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, *62* (*5*), 521–529.

Czechowska-Bieluga M., Kanios A., Sarzyńska E. (2009). *Profile kompetencji społecznych osób pracujących i bezrobotnych*. Lublin: UMCS.

Eden, D., Aviram, A. (1993). Self-efficacy training to speed reemployment: helping people to help themselves. *Journal of Applied Psychology*, *78* (*3*), 352–360.

Eden, D., Kinar, J. (1991). Modeling Galatea: boosting self-efficacy to increase volunteering. *Journal of Applied Psychology*, *76* (*6*), 770–780.

Elksnin, N., Elksnin L. (2001). Adolescents with disabilities: the need for occupational social skills training. *Exceptionality*, *9* (*1–2*), 91–105.

Fabian, E. (2000). Social cognitive theory of careers and individuals with serious mental health disorders: implications for psychiatric rehabilitation programs. *Psychiatric Rehabilitation*, *23* (*3*), 262–270.

Hoffmann, H., Kupper, Z. (1997). Relationships between social competence, psychopathology and work performance and their predictive value of schizophrenic outpatients. *Schizophrenia Research*, *23*, 69–79.

Han, H., Kemple, K. (2006). Components of social competence and strategies of support: considering what to teach and how. *Early Childhood Education Journal*, *34* (*3*), 241–247.

Iarocci, G., Elfers, T. (2007). What gene-environment interactions can tell us about social competence in typical and atypical populations. *Brain and Cognition*, *65*, 112–127.

Jakovljewić, V., Martinović, Ž. (2006). Social competence of children and adolescents with epilepsy. *The Journal of The British Epilepsy Association*, *15* (*7*), 528–532.

Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

Judge T., Bono J. (2001). Relationship of core self-evaluations traits-self esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability – with job satisfaction and job performance: a meta analysis. *Journal of Applied Psychology*, *86* (*1*), 80–92.

Judge, T., Locke, E., Durham, C., Kluger, A. (1998). Dispositional effects on job and life satisfaction: the role of core evaluations. *Journal of Applied Psychology*, *83* (*1*), 17–34.

Keim J., Strauser D. (2000). Job readiness, self-efficacy and work personality: a comparison of trainee and instructor perceptions. *Journal of Vocational Rehabilitation*, *14*, 13–21.

Levack, W., McPherson, K., McNaughton, H. (2004). Success in the workplace following traumatic brain injury: are we evaluating what is most important? *Disability and Rehabilitation*, *26* (*5*), 290–298.

Madaus, J., Ruban, L., Foley, T., McGurie, J. (2003). Attributes contributing to the employment satisfaction of university graduates with learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, *26*, 159–169.

Matczak, A. (2001). *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

Michon, H., Weeghel, J., Kroon, H., Schene, A. (2005). Person-related predictors of employment outcomes after participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*, 408–416.

Noblet, A., Graffam, J., McWilliams, J. (2008). Sources of well-being and commitment of staff in the Australian Disability Employment Services. *Health and Social Care in the Community*, *16* (*2*), 137–146.

Ogińska-Bulik, N. (2003). *Stres zawodowy u policjantów. Źródła – konsekwencje – zapobieganie*. Łódź: WSHE.

Ogińska-Bulik, N. (2005). The role of personal and social resources and social resources in preventing adverse health outcomes in employees of uniformed professions. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, *18* (*3*), 233–240.

Oleś, P. (2003). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

Oppermann, J. (2004). Interpreting the meaning individuals ascribe to returning to work after traumatic brain injury: a qualitative approach. *Brain Injury*, *18* (*9*), 941–955.

Ostrowska, A. (2003). Kompetencje społeczne osób niepełnosprawnych – bariery dorosłości. W: K. Rzedzicka, A. Kobylańska (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczu pedagogiki specjalnej.* (s. 51–60). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls".

Otrębski, W., Rożnowski, B. (2008). *Sytuacja psychologiczna osób z niepełnosprawnością na rynku pracy. Badania percepcji pracodawców, pracowników i poszukujących pracy*. Lublin: Instytut Rynku Pracy.

Ouwehand C., de Ridder D., Bensing J. (2008). Individual differences in the use of proactive coping strategies by middle-aged and older adults. *Personality and Individual Differences*, *45*, 28–33.

Pack, T., Turner, R., Roessler, R., Robertson, J. (2007). Prediction of turnover intentions among employed adults with multiple sclerosis. *Journal of Rehabilitation*, *73* (*3*), 26–35.

Palmer Ch, Roessler R. (2000). Requesting Classroom Accommodations: Self-Advocacy and Conflict Resolution Training for College Students with Disabilities. *Journal of Rehabilitation, 66* (*3*), 38–43.

Pilecka, W., Pilecki, J. (1996). Warunki i wyznaczniki rozwoju autonomii dziecka upośledzonego umysłowo. W: W. Dykcik (red.), *Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych*. (s. 31–48). Poznań: WSE.

Ratajczak, Z. (2007). *Psychologia pracy i organizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Reitman, D., Drabman, R., Speaks, L., Burkley, S., Rhode, P. (1999). Problem social behavior in the workplace: an analysis of social behavior problems in a supported employment setting. *Research in Developmental Disabilities*, *20* (*3*), 215–228.

Rostowska, T. (2009). *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls".

Siekańska, M. (2005). *Zadowolenie z pracy zawodowej osób wybitnie zdolnych*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

Skär L. (2003). Peer and adult relationships of adolescents with disabilities. *Journal of Adolescence*, *26*, 635–649.

Strajkovic, A., Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *124* (*2*), 240–261.

Strauser, D. (1995). Applications of self-efficacy theory in rehabilitation counseling. *Journal of Rehabilitation*, *61* (*1*), 7–11.

Trupin, L., Yelin, E. (1999). The employment experience of persons with limitation in physical functioning: an analysis of the 1996 California Work and Health Survey. Disability Statistics Center, University of California, ERIC.

Tsang, H. (2003). Augumenting vocational outcomes of supported employment with social skills training. *Journal of Rehabilitation*, *69* (*30*), 25–30.

Tsaousides T., Asahman T., Seter C. (2008). The psychological effects of employment after brain injury: objective and subjective indicators. *Rehabilitation Psychology*, *53* (*4*), 456–463.

Tsaousides T., Warshowsky A., Ashman T., Cantor J., Spielman L., Gordon W. (2009). The relationships between employment-related self-efficacy and quality of life following traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, *54* (*3*), 299–305.

Waghorn, G., Chant, D., King, R. (2005). Work-related subjective experiences, work-related self-efficacy, and career learinig among people with psychiatric disabilities. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *10*, 275–300.

Wagner, E. (2004). Development and implementation of a curriculum to develop social competence for students with visual impairments in Germany. *Journal of Visual and Blindness*, *98* (*11*), 703–710.

Zalewska, M. (2003). *Dwa światy. Emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób o wysokiej i niskiej reaktywności.* Warszawa: Wydawnictwo SWPS.

Ustawa o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dn. 27.08.1997 z późn. zm.

SPOŁECZNO-POZNAWCZE DETERMINANTY SATYSFAKCJI Z PRACY WYRAŻANEJ PRZEZ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE

Streszczenie

Praca zawodowa osób z niepełnosprawnością jest przedmiotem zainteresowania specjalistów z różnych dziedzin. Dominującą perspektywą badań w tym zakresie pozostaje kwestia organizacyjno-prawnych i społecznych uwarunkowań pomyślnego zatrudnienia. Mniej uwagi poświęca się psychospołecznym komponentom przystosowania do pracy. Jednym z elementów tego przystosowania pozostaje satysfakcja z pracy. Satysfakcja ta oraz jej korelaty, w postaci poczucia samoskuteczności oraz społecznych kompetencji, stały się przedmiotem analiz opisanych w artykule. Badania zrealizowane z udziałem osób z niepełnosprawnością pozwoliły określić poziom satysfakcji z pracy w sposób wielowymiarowy, tj. z uwzględnieniem warunków psychospołecznych i formalno-organizacyjnych, ponadto ustalić, jakim poziomem społecznych kompetencji dysponują badane osoby oraz jak kształtuje się ich samoskuteczność. Stwierdzono ponadto występowanie istotnych zależności między poczuciem samoskuteczości i kompetencjami społecznymi a wybranymi aspektami satysfakcji z pracy, odnoszącymi się do kwestii dostosowania warunków fizycznych do ograniczeń wynikających z niepełnosprawności oraz społecznego funkcjonowania w miejscu pracy.

Słowa kluczowe: kompetencje społeczne, poczucie samoskuteczności, praca zawodowa osób niepełnosprawnych, satysfakcja z pracy.

SOCIAL AND COGNITIVE DETERMINANTS OF JOB SATISFACTION EXPRESSED BY INDIVIDUALS WITH DISABILITIES

Summary

The professional life of people with disabilities is the object of interest of specialists from different areas. The dominant perspective of research in this field is still connected with the question of organizational, legal and social conditions for successful employment. Less attention is paid to the psychosocial components of work adaptation. One of the elements of such adaptation is job satisfaction. This satisfaction and its correlatives (the sense of self-efficacy and social competence) became the object of the study described in the article. The study, which was carried out with the participation of people with disabilities, allowed to determine the level of job satisfaction in various respects, i.e. allowing for the psychosocial as well as formal and organizational conditions. It also helped to establish the level of social competence among the participants and the development of their self-efficacy. Moreover, the authors found important relations between the sense of self-efficacy and social competence and selected aspects of job satisfaction concerning the question of adjustment of physical conditions to the limitations resulting from disability, and social functioning in the workplace.

Key words: professional life of people with disabilities, job satisfaction, sense of self-efficacy, social competence.

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO"
NR 2(14) 2011

MACIEJ WILSKI

POSTAWA TROSKI O SIEBIE PACJENTÓW PO ZAWALE SERCA

Wprowadzenie

Przebycie zawału serca stanowi dla każdej jednostki przeżycie o charakterze traumatycznym i poważnie naruszającym dotychczasowy kształt jej życia. Ta szczególna sytuacja, w której znajduje się osoba po zawale, prowadzić powinna do różnego rodzaju działań naprawczych i przystosowawczych, umożliwiających ponowną adaptację. Działania te mogą być dwojakiego rodzaju. Z jednej strony, mogą niwelować na bieżąco skutki negatywne, bezpośrednio wynikające z trudnej sytuacji. Z drugiej strony, mogą to być działania przekształcające rzeczywistość zewnętrzną w taki sposób, by w przyszłości negatywne skutki ograniczyć do minimum. Ten drugi rodzaj działań ma zdecydowanie większe znaczenie dla powodzenia procesu rehabilitacji kardiologicznej. Badania prowadzone w ciągu ostatnich lat w tym zakresie jednoznacznie wskazują, że to właśnie aktywność własna i osobiste zaangażowanie jednostki stanowią najistotniejszy czynnik wpływający na skuteczność usprawniania (T.R. Elliot, R.G. Frank, 2000). W związku z tym zasadne wydaje się poszukiwanie takich własności podmiotu, które będą sprzyjać podejmowaniu własnej aktywności.

Pierwsze próby opisu aktywności osoby niepełnosprawnej podejmowane przez psychologów koncentrowały się na scharakteryzowaniu tych czynników, których obecność uznawano za podstawową przyczynę braku aktywności i bierności w procesie rehabilitacji. Za główny czynnik dezorganizujący funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej uznano stres pojawiający się w wyniku nabycia urazu lub choroby oraz jego następstwa. Rozwijająca się teoria stresu pourazowego podkreślała znaczenie specyficznych symptomów pojawiających się na skutek zdarzenia traumatycznego i upośledzających dotychczasowe funkcjonowanie jednostki we wszystkich obszarach jej życia. Wszystkie reakcje będące

następstwem przeżywanego stresu uznano za czynniki blokujące normalny poziom jej aktywności.

Przyjmując ten sposób myślenia, można uznać, że poszczególne jednostki charakteryzują się pewnymi stałymi dyspozycjami psychologicznymi, które określają trwały sposób reagowania na uszkodzenie organizmu i wynikające stąd trudne sytuacje (S. Kowalik, 2007). Widać zatem, że pozbycie się dezorganizujących funkcjonowanie stanów emocjonalnych powinno być równoznaczne z ponownym podjęciem aktywności. Rzeczywistość pokazuje jednak, że taki mechanizm nie zachodzi.

Swego rodzaju przełomem w podejściu do problematyki stresu okazało się wprowadzenie do psychologii pojęcia „radzenia sobie". Strategie radzenia sobie to najogólniej ujmując pewien zbiór czynności ukierunkowanych na walkę z pojawiającym się zagrożeniem. Możemy tu mówić o zachowaniach wykorzystujących zasoby intelektualne, zdolności i umiejętności wyuczone w toku doświadczenia (Z. Ratajczak, 2000). Każda jednostka dysponuje określonym zbiorem strategii czy sposobów radzenia sobie, które są w jej dyspozycji i stanowią charakterystyczną odpowiedź na konkretną sytuację stresową. Jedne z nich są bardziej adaptacyjne, drugie mniej, jedne skierowane są na usunięcie obiektywnych trudności, drugie koncentrują się na eliminowaniu przykrych stanów emocjonalnych, pojawiających się w związku z tymi trudnościami (R.S. Lazarus, S. Folkman, 1984). R. Schwarzer i S. Taubert (1999) porządkują strategie radzenia sobie ze względu na czas występowania wydarzeń życiowych – przeszły lub przyszły – oraz poziom przewidywalności – pewności, że wydarzenie wystąpiło lub wystąpi. Takie ujęcie prowadzi do wyróżnienia reaktywnych form radzenia sobie, będących odpowiedzią na zaistniały stres oraz proaktywnych form nastawionych na rozwój osobisty, tworzenie i realizowanie programów życiowych, podwyższanie jakości życia i rozwój zdrowia (H. Sęk, T. Pasikowski, 2001).

Problem w przypadku reaktywnych strategii radzenia sobie polega na tym, iż nawet jeśli są one efektywne i rzeczywiście prowadzą do rozwiązania trudności, to są najczęściej działaniami na wpół zautomatyzowanymi, pozbawionymi refleksji i poczucia odpowiedzialności. Często służą jedynie tymczasowym rozwiązaniom, nie uwzględniając szerszej perspektywy problemu, nie zapewniając jednostce możliwości rozwoju i wglądu w przyczyny własnego postępowania. Inaczej mówiąc, strategie reaktywne stanowią co najwyżej skuteczny mechanizm zaradczy, nie są natomiast aktywatorem zachowań rozwojowych. Wydaje się, że szczególnie z punktu widzenia osoby niepełnosprawnej, jednostka, która nie zastanowi się nad istotą problemu i nie spróbuje w pełni świadomie mu sprostać, nie ma szans na przystosowanie i dalszy indywidualny rozwój.

Nieco inny sposób rozwiązywania trudności umożliwiają proaktywne strategie radzenia sobie. Opierają się na przygotowaniu własnym jednostki do prognozowanych trudności w czasie przyszłym, mają charakter intencjonalny i obliczone są na realizację dalekich celów. Związane są z tworzeniem oraz rozwojem

procesów samostanowienia i efektywnej samoregulacji. Ponadto ukierunkowane są na rozwój i tendencje do polepszenia jakości życia (I. Heszen, H. Sęk, 2007). Umożliwiają tym samym podjęcie szeregu czynności przygotowawczych, uprzedzających pojawienie się problemu, co w oczywisty sposób znacznie redukuje koszty własne poniesione w zmaganiu z sytuacją stresową. Wynika z tego dość jednoznacznie, że strategie proaktywne stanowią znacznie lepszy sposób radzenia sobie z problemami i wynikającym z nich stresem. Można także zakładać, że w szerszej perspektywie okażą się znacznie bardziej skuteczne.

Niewątpliwie za jedną z takich proaktywnych strategii uznać możemy zachowania zdrowotne. Teorie zachowań zdrowotnych stanowią pewne uszczegółowienie teorii radzenia sobie, ukierunkowane bezpośrednio na problematykę zdrowia i choroby. Zakładają one, że przyczyną większości schorzeń, szczególnie tych określanych jako choroby cywilizacyjne, jest niewłaściwy styl życia ludzi. Najprostszym i najbardziej efektywnym sposobem zmiany stanu zdrowia na lepszy jest podejmowanie indywidualnych działań mających na celu poprawę funkcjonowania organizmu.

Ciekawego podziału zachowań zdrowotnych, z punktu widzenia omawianej tu problematyki aktywności osób niepełnosprawnych, dokonał L.J. Kolbe (1988; za G. Dolińska-Zygmunt, 2001). Wyróżnił on zachowania zdrowotne podejmowane przez osoby uważające siebie za zdrowe i takie, które uważają się za chore. Zachowania te sklasyfikował w następujący sposób:

– *wellness behaviour*: aktywność osoby uważającej siebie za zdrową, podejmowaną w celu uzyskania wyższego poziomu zdrowia;
– *preventive health behaviour*: aktywność osoby zdrowej, podejmowana w celu zapobieżenia chorobie lub jej wykrycia;
– *at-risk*: aktywność osoby zdrowej, ale znajdującej się w stanie zwiększonego ryzyka, ukierunkowana na zapobieganie skutkom pojawiających się zagrożeń;
– *illness behaviour*: aktywność osoby chorej, podejmowana w celu określenia stanu swojego zdrowia i uzyskania odpowiednich środków zaradczych;
– *self-care behaviour*: aktywność osoby chorej, mająca na celu poprawę swojego stanu zdrowia z minimalnym stopniem uzależnienia od otoczenia;
– *sick-role behaviour*: aktywność osoby chorej mająca na celu poprawę swojego stanu zdrowia z pełnym stopniem uzależnienia od otoczenia (G. Dolińska-Zygmunt, 2001).

Zakładając, że niepełnosprawność traktować będziemy jako stan pośredni między zdrowiem a chorobą, można sobie wyobrazić sytuacje, w których osoby niepełnosprawne będą podejmować wszystkie opisane powyżej rodzaje zachowań. Uzależnione to będzie przede wszystkim od stopnia i rodzaju niepełnosprawności, czasu jej trwania, poziomu przystosowania i akceptacji siebie, wieku, świadomości własnych możliwości i wielu innych czynników wpływających na stan fizyczny i psychiczny osoby niepełnosprawnej. Generalnie przyjąć moż-

na, iż aktywność w sferze podejmowania zachowań zdrowotnych będzie większa w przypadku osób niepełnosprawnych w w porównaniu z osobami zdrowymi. Wynika to przede wszystkim z faktu, że zdrowie postrzegane jest jako wartość w sytuacji, gdy jego utrzymanie lub odzyskanie wymaga pewnego wysiłku. Zdecydowanie mniejsza jest wrażliwość na zdrowie, a co się z tym wiąże, niższy jest poziom podejmowanych zachowań zdrowotnych, gdy stan zdrowia uważamy za normalny, gdy przychodzi nam bez trudu (T.M. Ostrowski, 2006). Tym samym świadomość zdrowotna osób niepełnosprawnych powinna być zdecydowanie większa w porównaniu do osób, które nie miały jeszcze okazji doświadczyć utraty zdrowia.

Przedstawione tu teorie wniosły niewątpliwie wiele nowego do postrzegania sposobu zachowania się jednostki wobec własnej choroby czy niepełnosprawności. Teoria radzenia sobie, przeciwstawiając się wcześniejszym teoriom, sprowadzającym możliwości działania jednostki znajdującej się w sytuacji trudnej do mniej lub bardziej przystosowawczych form reagowania, pozwoliła spojrzeć na człowieka chorego jako na jednostkę aktywną. Teorie zachowań zdrowotnych, podążając nieco dalej, podkreślały kluczowe znaczenie własnych działań dla utrzymania zdrowia i dobrego samopoczucia. Człowiek podejmujący zachowania zdrowotne to człowiek starający się nie dopuścić do stresu związanego z pojawieniem się choroby. Możemy tu już mówić o maksymalizacji procesu własnej aktywności.

Biorąc przedstawione pod uwagę, zasadne wydaje się poszukiwanie takich czynników, które mogłyby wpływać na zdolność jednostki do optymalnego zarządzania własną aktywnością. Warto poszukiwać takich ogólnych własności człowieka, które pozwolą, względnie niezależnie od fizycznego i społecznego kontekstu, najefektywniej dla dobrostanu i jakości życia człowieka, postrzegać, interpretować i radzić sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi oraz będą predysponowały go do wykorzystania wszelkich dostępnych osobowych i środowiskowych zasobów oraz podejmowania najkorzystniejszych z punktu widzenia zdrowia fizycznego i psychicznego zachowań. Dotychczasowe próby badawcze w tym obszarze tematycznym ograniczały się głównie do poszukiwań podmiotowych i sytuacyjnych uwarunkowań podejmowania takich czy innych zachowań zdrowotnych, strategii radzenia sobie czy wykorzystywania posiadanych zasobów. Wydaje się jednak, że wszystkie te teorie nie są wystarczającymi konstruktami teoretycznymi umożliwiającymi pełną prezentację możliwości podmiotu w działaniu na rzecz poprawy swej sytuacji życiowej. Konieczne wydaje się ujęcie tego złożonego obszaru tematycznego w ogólniejszych ramach teoretycznych. Próbą takiego właśnie ujęcia jest prezentowana w tej pracy koncepcja troski o siebie.

Problem troski opisywany był we współczesnej literaturze na wiele różnych sposobów, co wskazuje na wieloznaczność tego pojęcia (M. Heidegger, 1994; K. Szewczyk, 2001; A.J. Heschel, 2001; S. Kowalik, 2007). Analiza dotychczaso-

wych poglądów umożliwia jednak wydobycie pewnych stałych właściwości przypisywanych pojęciu troski o siebie. Wydaje się, że trudno mówić o trosce, jeżeli nie uwzględnimy pojawienia się trzech elementów, które ją konstytuują: a) zaangażowania się w poprawę aktualnego położenia życiowego, b) poczucia odpowiedzialności za własne życie oraz c) rozpatrywania własnego życia w perspektywie jego przyszłego rozwoju. Następstwem postawy charakteryzującej się trzema powyższymi własnościami powinny być wszelkiego rodzaju intencje i działania prowadzące do poprawy własnej sytuacji życiowej i rozwoju osobistego.

Jak wynika z przeprowadzonej analizy, abyśmy mogli mówić o postawie troski o siebie, jednostka musi charakteryzować się zaangażowaniem, odpowiedzialnością i posiadaniem perspektywy przyszłościowej. Te trzy czynniki, które możemy określić jako wymiary postawy troski o siebie, mogą przyjmować różny poziom natężenia, stanowiąc wspólnie miarę natężenia postawy troski o siebie. Tym samym w zależności od poziomu poszczególnych wymiarów możemy mówić o wyższym lub niższym poziomie troski o siebie.

Przejawy tak zdefiniowanej troski powinny być widoczne na wszystkich płaszczyznach działalności człowieka: psychicznej, fizycznej i społecznej. Inaczej mówiąc, możemy wyróżnić trzy rodzaje troski o siebie: troskę o funkcjonowanie fizyczne, troskę o funkcjonowanie psychiczne oraz troskę o funkcjonowanie społeczne. W przypadku gdy wskaźniki troski w zakresie wszystkich jej rodzajów będą wysokie, mówić możemy o pełnej trosce o siebie. W przypadkach gdy troska ograniczać się będzie tylko do wybranych form aktywności, określać ją będziemy jako troskę niepełną.

W tym miejscu pragnę podkreślić, że prezentowana koncepcja troski o siebie w żaden sposób nie kwestionuje prawdziwości i użyteczności przedstawionych powyżej teorii psychologicznych akcentujących aktywność własną jednostki w procesie rehabilitacji. Wręcz przeciwnie, uważam, iż troska o siebie sprzyjać powinna kształtowaniu najbardziej efektywnych strategii radzenia sobie z trudnościami oraz najkorzystniejszych zachowań z punktu widzenia zdrowia psychicznego i fizycznego. Tym samym znaczenie troski o siebie może być kluczowe dla aktywności własnej jednostki rehabilitowanej.

Sposób, w jaki człowiek troszczy się o swoje życie, jego jakość i kształt uzależniony jest od wielu czynników. Decyduje o tym struktura osobowości, zespół cech dominujących, system przyjętych wartości czy też środowisko, które wywiera wpływ poprzez społeczne i kulturowe naciski (S.E. Taylor i in., 2000). W zależności od układu i nasilenia tych czynników postawa troski przyjmować może różne natężenie, a także różne mogą być jej rodzaje. Istnieją jednak sytuacje szczególne w życiu człowieka, które wymagają od niego mobilizacji wszystkich dostępnych zasobów, ponieważ stanowią poważne zagrożenie dla jego egzystencji. Taką właśnie sytuacją jest przebycie zawału serca.

Przeżycie zawału serca wymusza na jednostce całkowitą reorganizację dotychczasowego stylu życia, zaburza wcześniejsze funkcjonowanie we wszyst-

kich jego aspektach, prowadząc do poważnych problemów emocjonalnych wynikających z braku akceptacji własnej odmienności. Szczególnie dotkliwe jest uczucie utraty zdrowia, które w pierwszym okresie po zawale prowadzi z reguły do obniżenia dynamiki życiowej, jednak po pewnym czasie odgrywać może ważną rolę motywatora w procesie adaptacji. Dzieje się tak wtedy, gdy jednostka oceni swoją sytuację w kategoriach wyzwania, co stwarza warunki do twórczego rozwiązywania problemów wynikających z zaistniałego zdarzenia i uzyskania dzięki temu wyższego poziomu funkcjonowania psychicznego.

Wiele wyników badań jasno wskazuje, że dopiero doświadczenie choroby zmienia podejście człowieka do własnego zdrowia (L. Dube, 2003). Duża część osób po przebytym zawale stara się wprowadzić zmiany w stylu życia, co przejawia się nie tylko dbaniem o zdrowie fizyczne, ale skłania także do głębszego zastanowienia się nad sensem własnego istnienia i sposobem dotychczasowego funkcjonowania (K. Wrześniewski, 1986). Ponadto zawał prowadzi często do zmian w systemie wartości, sposobie myślenia i organizowania wolnego czasu z najbliższymi. Tym samym aktywność jednostki kierowana jest na wszystkie sfery funkcjonowania człowieka, co oznacza, że troska osób po zawale serca powinna być pełniejsza w stosunku do troski o siebie osób zdrowych. Powyższe założenia upoważniają do sformułowania następującego pytania badawczego: czy troska o siebie osób po zawale serca różni się ze względu na natężenie i rodzaje od troski o siebie osób zdrowych ? Odpowiedź na to pytanie jest głównym celem prezentowanych badań.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzone zostały w specjalistycznym ośrodku rehabilitacyjnym zajmującym się usprawnianiem osób ze schorzeniami kardiologicznymi. Badaniami objętych zostało 127 osób, które przeszły zawał serca po raz pierwszy i nie miały innych poważnych chorób towarzyszących. Wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania nie były kryterium kwalifikującym. Przebadanych zostało 28 kobiet i 99 mężczyzn, w przedziale wiekowym 39–81 lat, średnia wieku wynosiła 57,74. Zdecydowana większość badanych mieściła się w przedziale wiekowym 50–69 lat. Dodatkowo badaniami objęta została grupa 50 osób zdrowych, stanowiąca grupę kontrolną. Doboru do grupy kontrolnej dokonano w taki sposób, aby wyodrębnione grupy nie różniły się między sobą pod względem wieku, płci, wykształcenia i sytuacji materialnej rodziny.

Procedura badania każdorazowo przebiegała według tego samego schematu. Każda osoba pytana była o zgodę na udział w badaniach, została dokładnie poinformowana o ich procedurze i celu, w razie potrzeby zostały jej udzielone wszelkie wyjaśnienia, dotyczące sposobu wypełniania kwestionariusza. Jeżeli osoba badana wyraziła zgodę, wręczany był jej kwestionariusz do pomiaru postawy troski o siebie (KTS).

Kwestionariusz Troski o Siebie (KTS), służący do pomiaru intensywności i rodzajów postawy troski o siebie, opracowany został na potrzeby badania. Proces konstrukcji kwestionariusza przebiegał z zachowaniem wszystkich zasad wymaganych podczas standaryzacji nowego narzędzia badawczego. Do ostatecznej wersji kwestionariusza wybrano 45 twierdzeń, po 15 na każdy z komponentów postawy troski (zaangażowania, odpowiedzialności i perspektywy przyszłościowej), w tym po 5 odnoszących się do funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego. Skala pomiarowa wzorowana była na skali Likerta. Badani mieli za zadanie ocenić każde z twierdzeń na pięciopunktowej skali szacunkowej (1 – całkowicie zgadzam się, 2 – zgadzam się, 3 – nie mam zdania, 4 – nie zgadzam się, 5 – całkowicie się nie zgadzam). Każda odpowiedź była punktowana, od 1–5, suma punktów dla wszystkich twierdzeń dała wynik końcowy. Kwestionariusz KTS zawiera skalę do pomiaru poziomu ogólnej postawy troski o siebie (skala OPT). Maksymalna liczba punktów możliwych do zdobycia w tej skali wynosi 225 i oznacza wysoki poziom troski o siebie, natomiast minimalna 45 i oznacza niski poziom troski o siebie.

Poza ogólnym poziomem troski, kwestionariusz KTS umożliwia także pomiar poszczególnych rodzajów troski. Służą do tego: skala PTF – mierząca postawę troski o funkcjonowanie fizyczne, skala PTP – mierząca postawę troski o funkcjonowanie psychiczne, skala PTS – mierząca postawę troski o funkcjonowanie społeczne. Ponadto kwestionariusz pozwala na oddzielny pomiar wymiarów troski, a więc: zaangażowania, odpowiedzialności oraz perspektywy przyszłościowej. W przypadku tych podskal maksymalna liczba punktów możliwych do zdobycia wynosi 75 i oznacza wysoki poziom mierzonej zmiennej, natomiast minimalnie można było uzyskać 15 punktów, co oznacza niski poziom mierzonej zmiennej.

Kwestionariusz poddano także ocenie rzetelności. Współczynniki α-Cronbacha dla poszczególnych skal wyniosły: OPT = 0,89, PTF = 0,76, PTP = 0,72, PTS = 0,702, zaangażowanie = 0,69, odpowiedzialność = 0,71, perspektywa przyszłościowa = 0,84. Można więc uznać, że poszczególne podskale charakteryzowały się wysokim poziomem rzetelności.

Badanych proszono o wypełnienie kwestionariusza indywidualnie. Dostawali na to dowolną ilość czasu. Średni czas całego badania jednej osoby wynosił 10 minut. Po przeprowadzeniu badań wyniki zostały obliczone i poddane analizie statystycznej przy pomocy programu SPSS.

Wyniki

W celu weryfikacji założenia, że osoby po zawale serca wykazują wyższy poziom troski o siebie niż osoby zdrowe, porównano wyniki grupy badawczej oraz grupy kontrolnej uzyskane w pomiarze tej zmiennej. W celu stwierdzenia

istotności statystycznej różnic między średnimi wykorzystano test t dla prób niezależnych. Odpowiednie dane przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Związek między przebyciem zawału a poziomem troski o siebie

	GRUPA	N	ŚREDNIA	ODCHYLENIE STANDARDOWE	ISTOTNOŚĆ
OGÓLNY POZIOM TROSKI O SIEBIE	BADAWCZA	123	153,4	27,3	0,18
	KONTROLNA	60	148,1	22,2	
ODPOWIEDZIALNOŚĆ	BADAWCZA	125	51,8	9	0,006**
	KONTROLNA	60	48	8,2	
ZAANGAŻOWANIE	BADAWCZA	126	49,2	10,5	0,38
	KONTROLNA	60	47,9	8,6	
PERSPEKTYWA PRZYSZŁOŚCIOWA	BADAWCZA	126	52,1	10,1	0,96
	KONTROLNA	60	52,1	6,9	

* $p < 0,05$
** $p < 0,01$

Analiza danych z powyższej tabeli pozwala dostrzec różnice w średnich dla obu grup. Średnia ogólnego poziomu troski o siebie w grupie badawczej przewyższa o 5 punktów średnią grupy kontrolnej. Także w przypadku odpowiedzialności i zaangażowania średnie w grupie badawczej są wyższe niż w grupie kontrolnej. Tylko w przypadku perspektywy przyszłościowej średnie w obu grupach są niemal identyczne. Warto zauważyć, że odchylenie standardowe, szczególnie w przypadku perspektywy przyszłościowej i ogólnego poziomu troski, jest znacznie wyższe w grupie badawczej niż w grupie kontrolnej. Świadczy to o dużym zróżnicowaniu wewnątrz grupy pacjentów po zawale w zakresie podejmowanej troski o siebie i przyjętej orientacji temporalnej. Można więc uznać, że fakt przebycia zawału serca wpływa na większe zróżnicowanie reakcji odnoszących się do własnego zdrowia. Z kolei grupa kontrolna wydaje się być bardziej spójna pod względem dbałości o siebie.

Przedstawione wyniki nie pozwalają potwierdzić założenia, że osoby po zawale serca wykazują wyższy poziom troski o siebie niż osoby zdrowe. Warto jednak zwrócić uwagę, że istotna okazała się różnica w średnich w przypadku odpowiedzialności ($p < 0,01$). Świadczy to o zdecydowanie większym poczuciu odpowiedzialności za własny stan zdrowia osób po zawale serca w stosunku do osób zdrowych.

W celu weryfikacji założenia, że osoby po zawale serca wykazują pełniejszą troskę o siebie niż osoby zdrowe, porównano wyniki dwóch grup, uzyskane

w kwestionariuszu mierzącym poziom i rodzaje troski o siebie. W celu określenia istotności statystycznych różnic między średnimi posłużono się testem t dla prób niezależnych. Odpowiednie dane przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Związek między przebyciem zawału a rodzajami troski o siebie

	GRUPA	N	ŚREDNIA	ODCHYLENIE STANDARDOWE	ISTOTNOŚĆ
TROSKA FIZYCZNA	BADAWCZA	125	52,4	10,7	0,001**
	KONTROLNA	60	47,5	7,4	
TROSKA PSYCHICZNA	BADAWCZA	127	50,7	9,3	0,62
	KONTROLNA	60	50	10	
TROSKA SPOŁECZNA	BADAWCZA	125	50	9,1	0,76
	KONTROLNA	60	50,5	11,4	

* $p < 0,05$
** $p < 0,01$

Różnica między średnimi troski psychicznej i troski społecznej okazała się nieistotna statystycznie. Inaczej przedstawia się sytuacja w przypadku troski fizycznej. Zdecydowanie wyższa średnia występuje w grupie badawczej i różnica między średnimi jest istotna statystycznie, co świadczy o wyższym poziomie troski fizycznej u osób po zawale serca w stosunku do osób zdrowych. Tym samym potwierdzone zostało założenie, że osoby po zawale serca wykazują pełniejszą troskę o siebie niż osoby zdrowe. Wynika to głównie z tego, że osoby zdrowe w mniejszym stopniu troszczą się o swoje funkcjonowanie fizyczne. Dopiero fakt przebycia zawału sprawia, że jednostka zaczyna przywiązywać wagę do tej sfery życia. Nie powinno to dziwić, biorąc pod uwagę, że to głównie zaniedbania w tej sferze są przyczyną przebycia zawału serca.

Warto zauważyć, że w przypadku troski fizycznej grupę badawczą cechuje znacznie większe odchylenie standardowe niż grupę kontrolną, co świadczy o większym zróżnicowaniu interindywidualnym. Inaczej mówiąc, w grupie osób po zawale serca jest większa liczba jednostek charakteryzująca się skrajnymi wynikami na skali troski o funkcjonowanie fizyczne niż w grupie osób zdrowych.

W celu lepszego zobrazowania różnic między grupami pod względem natężenia i rodzajów postawy troski, warto poddać analizie sposób, w jaki badani z obu grup odpowiadali na poszczególne pytania kwestionariusza mierzącego poziom i rodzaje postawy troski o siebie. W tabeli 3 prezentuję pytania z kwestionariusza, które okazały się w istotny sposób różnicować obie grupy. Przy wykonaniu analizy statystycznej posłużył test Manna-Whitneya.

Tabela 3. Szczegółowa analiza pytań z kwestionariusza KTS istotnie różnicujących grupę badawczą i kontrolną

	U Manna-Whitneya	**W Wilcoxona**	**Z**	**Istotność asymptotyczna**
3. Potrafię rozpoznać swoje lepsze i gorsze samopoczucie i najczęściej znam jego przyczyny.	3085,000	11213,000	–2,200	0,028*
5. Mimo, że chciałbym być bardziej aktywny fizycznie, to często trudno mi się do tego zmobilizować i z reguły nie podejmuję aktywności.	2958,500	4788,500	–2,551	0,011*
7. Jeśli stan mojego zdrowia fizycznego pogorszy się, będzie to jednoznacznie świadczyć o niewłaściwej opiece medycznej, którą zostałem objęty.	2953,000	4783,000	–2,568	0,01**
12. Dużo czytam i sam poszukuję wiedzy na temat zdrowych sposobów odżywiania się i prowadzenia zdrowego stylu życia.	3009,000	11137,000	–2,404	0,016*
13. Unikam stosowania wszelkich używek szkodliwych dla zdrowia (np. alkohol i papierosy).	2612,500	10740,500	–3,583	0,001**
14. Wiem, że w przyszłości będę miał problemy zdrowotne, jeżeli nie będę się zdrowo odżywiał.	2674,500	10675,500	–3,509	0,001**
16. Codziennie bardzo dużo czasu poświęcam higienie osobistej.	3054,500	11055,500	–2,224	0,026*
20. Myślę, że jeśli będę ciężko pracował, to w przyszłości osiągnę sukces i uznanie ze strony otoczenia.	3063,000	4893,000	–2,232	0,026*
25. Wiem, że poziom podejmowanej przeze mnie aktywności ruchowej uzależniony jest tylko ode mnie.	2732,500	10860,500	–3,328	0,001**
26. Z reguły to ja inicjuję i organizuję spotkania z grupą moich znajomych.	2875,500	4705,500	–2,781	0,005**

31. Nie lubię tracić czasu na grzecznościowe rozmowy z dopiero poznanymi osobami.	2787,000	4617,000	–3,048	0,002**
33. W najbliższej przyszłości postaram się ograniczyć siedzący tryb życia, więcej czasu spędzać na świeżym powietrzu.	2985,000	11113,000	–2,552	0,011*
34. Nie myślę o tym, czy w przyszłości będę szczęśliwy. Dla mnie najważniejsze jest tylko tu i teraz.	2825,000	4655,000	–2,931	0,003**
40. Zawsze z wyprzedzeniem planuję święta, by móc je spędzić w jak największym gronie.	2993,000	4823,000	–2,448	0,014*
42. Nie potrafię odmówić sobie przyjemności z jedzenia niektórych potraw, choć wiem, że wpływają one negatywnie na moją wagę i stan mojego zdrowia.	2128,500	3958,500	–5,073	0,001**
43. Dużo czasu poświęcam na relaks, szczególnie jeśli dzień był bogaty w stresujące wydarzenia.	2972,000	4802,000	–2,509	0,012*

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Najwyższą istotnością ($p < 0,01$) wykazały się pytania dotyczące zdrowego stylu odżywania się, stosowania używek oraz podejmowania aktywności fizycznej (pytania 13, 14, 42 i 25). Wynika z tego, że osoby po zawale serca przykładają większą wagę do stosowanej diety i prowadzonego stylu życia niż osoby zdrowe. Ponadto, z pytań w mniejszym stopniu różnicujących obie grupy ($p < 0,05$) można wywnioskować, że osobom zdrowym trudniej zmobilizować się do podejmowania aktywności i w przeciwieństwie do osób po zawale serca, nie mają one w planach zmiany trybu życia na bardziej aktywny.

Obie grupy w dużym stopniu ($p < 0,01$) różniły się także w odpowiedziach na pytania 26 i 31, mierzących poziom troski społecznej. Dla osób po zawale serca ważniejsze znaczenie mają kontakty z grupą znajomych, osoby te są bardziej aktywne w inicjowaniu spotkań oraz więcej satysfakcji sprawiają im rozmowy z dopiero poznanymi osobami. Odpowiedzi na pytania, które w mniejszym stopniu różnicowały obie grupy ($p < 0,05$), wskazują także na większe zainteresowanie uznaniem ze strony otoczenia oraz silniejsze pragnienie spędzania czasu z bliskimi u osób, które przebyły zawał serca.

W zakresie troski psychicznej tylko pytanie 34 różnicowało z dużą siłą ($p < 0,01$) obie grupy. Wynika z niego, że osoby po zawale serca więcej zastana-

wiają się nad tym, czy będą szczęśliwe w przyszłości, natomiast dla osób zdrowych ważniejsza jest teraźniejszość. Z pytań, które różnicują obie grupy na niższym poziomie ($p < 0,05$), wynika także, że zawałowcy lepiej potrafią rozpoznawać swoje lepsze i gorsze samopoczucie oraz więcej czasu poświęcają na relaks.

Jak można było się spodziewać, zdecydowana większość pytań różnicujących obie grupy, dotyczy troski o funkcjonowanie fizyczne. Także w analizie statystycznej dotyczącej rodzajów troski o siebie ta zmienna w największy sposób różnicowała badanych z obu grup. Co ciekawe, w grupie pytań istotnie różnicujących znalazło się wiele pytań mierzących poziom troski społecznej, choć jak wskazują wcześniejsze analizy, jest to rodzaj troski najmniej różnicujący obie grupy. Zdecydowanie najmniej różnicujące okazały się pytania odnoszące się do troski psychicznej.

Dyskusja

Podsumowując zaprezentowane wyniki badań, można stwierdzić, że odpowiedź na postawione w tej pracy pytanie badawcze może być dwojakiego rodzaju. Z jednej strony, nie udało się potwierdzić założenia o wyższym poziomie troski o siebie osób po zawale serca w porównaniu z osobami zdrowymi. Z drugiej strony, potwierdziło się założenie o pełniejszej trosce o siebie osób po zawale serca. Jeśli chodzi o pierwsze założenie to wpływ na to mogło mieć kilka czynników.

Po pierwsze, należy zauważyć, że mimo braku różnic statystycznych między grupami w ogólnym poziomie troski o siebie, różniły się one w sposobach udzielania odpowiedzi na pytania w kwestionariuszu KTS. Świadczy o tym większe odchylenie standardowe w grupie badawczej w stosunku do grupy kontrolnej. Oznacza to, że osoby po zawale serca prezentują bardziej skrajne postawy w podejściu do troski o siebie niż osoby zdrowe. U jednych osób przebycie zawału serca prowadzić będzie do zwiększenia poziomu troszczenia się o siebie, natomiast u innych może to być czynnik blokujący wszelką aktywność, wręcz obniżający poziom troski o siebie. Podkreślić należy, że pierwsza z grup (troszcząca się o siebie) jest zdecydowanie liczniejsza, o czym świadczy wyższy wynik ogólnego poziomu troski o siebie osób po zawale w stosunku do osób zdrowych. Istnieją jednak osoby, które po przebytym zawale mniej troszczą się o siebie, na co wpływać może wiele czynników. Odpowiedź na pytanie, jakie są to czynniki, nie jest celem niniejszego opracowania, warto jednak podkreślić, że osoby po zawale serca prezentujące zaniżony poziom troski o siebie; mimo że było ich niewiele, mogły istotnie wpłynąć na wynik ogólny postawy troski o siebie.

Drugim czynnikiem, który mógł mieć istotny wpływ na uzyskany wynik, był brak różnic między grupami w przypadku jednego z wymiarów troski, a mianowicie perspektywy przyszłościowej. Okazało się, że podejście do przyszłej sytu-

acji życiowej jest niemal identyczne w przypadku osób po zawale serca i osób zdrowych. Świadczy o tym prawie taki sam średni wynik tej zmiennej. Warto jednak zauważyć, że z analizy odchyleń standardowych jasno wynika, że grupa osób po zawale serca udzielała zdecydowanie więcej różnorodnych odpowiedzi niż grupa osób zdrowych, która okazała się bardziej spójna w podejściu do własnej przyszłości. Wynika z tego, że osoby po zawale serca cechują się większą skrajnością w myśleniu o własnej przyszłości. Mamy więc do czynienia zarówno z jednostkami daleko wybiegającymi w przyszłość, starającymi się planować własne życie, jak i jednostkami unikającymi myślenia o przyszłości. Być może fakt przebycia zawału stanowi czynnik wywołujący dwie tak skrajne reakcje. Dla niektórych zawał stanowić może impuls do ponownego zaplanowania swojego życia (K.J. Petrie i in., 1999), a dla innych lęk przed śmiercią i utratą ciągłości własnego bytu może okazać się na tyle paraliżujący, że doprowadzi do skupienia się na teraźniejszości (D.K. Moser, K. Dracup, 1996). Tak więc, mimo że średnie wyniki obu badanych grup w podejściu do perspektywy przyszłościowej okazały się prawie identyczne, to można przypuszczać, że sposoby odpowiadania na pytania dotyczące tego wymiaru w obu grupach znacząco się różniły. Teza ta znajduje zaś potwierdzenie w szczegółowej analizie pytań z kwestionariusza KTS, gdzie 1/3 pytań mierzących poziom perspektywy przyszłościowej okazała się w sposób istotny różnicować obie grupy.

Biorąc powyższe pod uwagę, można wysnuć tezę, że gdyby nie tak niska różnica między grupami w średnim poziomie perspektywy przyszłościowej, to różnica w ogólnym poziomie troski o siebie mogłaby okazać się istotna statystycznie. Założenie to wspiera fakt, że różnice w średnich wynikach pozostałych wymiarów były zdecydowanie większe, a w przypadku poczucia odpowiedzialności różnica okazała się istotna statystycznie na poziomie istotności $p < 0{,}01$. Świadczy to o tym, że osoby po zawale serca cechują się zdecydowanie większą odpowiedzialnością za własną sytuację życiową i stan zdrowia. Tak więc przebycie zawału stanowi czynnik zwiększający odpowiedzialność człowieka za własne zdrowie.

Trzecim możliwym wytłumaczeniem braku istotnej różnicy w poziomie troski o siebie między badanymi grupami jest przyjęcie tezy, że grupa osób po przebyciu zawału serca rzeczywiście nie różni się od grupy osób zdrowych. Wynikać to może ze specyfiki tego schorzenia. Osoby po zawale serca często w niewielkim stopniu doświadczają objawów chorobowych. Poza pierwszym okresem gorszego samopoczucia, ogólna sprawność szybko wraca do normy. Tym samym pacjent kardiologiczny nie do końca zdaje sobie sprawę z tego, że jest osobą niepełnosprawną. Często wydaje mu się, że skoro nie pojawiają się żadne dolegliwości ze strony organizmu, to jest już osobą zdrową. Naturalnym następstwem takiego przeświadczenia może być brak działań ukierunkowanych na poprawę swego stanu zdrowia. Ważnym argumentem skłaniającym do przyjęcia tej tezy mogą być liczne wyniki badań wskazujące na niskie zaangażowanie

pacjentów kardiologicznych w proces rehabilitacji i poprawy własnego stanu zdrowia (S.L. Grace i in., 2002).

Nie można też wykluczyć, że powodem braku większej troski o siebie osób po zawale w stosunku do osób zdrowych może być stosowanie przez pacjentów kardiologicznych mechanizmów obronnych w procesie adaptacji do niepełnosprawności. Szczególne istotną rolę wydaje się tu odgrywać mechanizm zaprzeczania, bardzo charakterystyczny dla tej grupy chorych (K.B. Kortte, S.T. Wegener, 2004). Błędna percepcja własnego położenia zdrowotnego może blokować wprowadzenie konstruktywnych sposobów reagowania na zaistniałą chorobę. Być może, w miarę upływu czasu, gdy mechanizm zaprzeczania ulegać będzie wygaszaniu, różnice między grupami okażą się istotne statystycznie.

Odnosząc się do drugiego z postawionych w pytaniu badawczym założenia, według którego osoby po zawale serca charakteryzują się pełniejszą troską o siebie niż osoby zdrowe, można przyjąć wniosek, że przebycie zawału rzeczywiście skutkuje odmiennym sposobem podejścia do troszczenia się o siebie. Tym rodzajem troski, który w sposób zdecydowany różnicuje obie grupy, jest troska o funkcjonowanie fizyczne. Osoby po zawale przywiązują zdecydowanie większą wagę do zdrowego stylu życia niż osoby, które nie przebyły zawału. Takie podejście wydaje się w pełni uzasadnione, biorąc pod uwagę, iż troska o zdrowie fizyczne jest warunkiem podstawowym, który musi zostać spełniony, aby nie doszło do ponownego zawału. Z pewnością ważną rolę odgrywa tu także edukacja osób po zawale, stanowiąca integralną część procesu rehabilitacji. Większa świadomość zagrożeń wynikających z braku troski o funkcjonowanie fizyczne prowadzi z reguły do konkretnych działań.

Zastanawia natomiast fakt, że nie było istotnych różnic między grupami w zakresie troski o funkcjonowanie psychiczne i społeczne. Przebycie zawału serca okazało się nie wywoływać istotnych zmian w tych sferach troski o siebie. Być może wynika to z tego, że zawał serca, jako fizyczne zaburzenie funkcjonowania organizmu, prowadzi do takiej koncentracji na problemach fizycznych, że utrudnia skupienie na innych sferach funkcjonowania człowieka. Stąd też brak wzrostu troski psychicznej i społecznej. Brak różnic w tym zakresie z pewnością wymaga dalszych analiz.

Wnioski

Nie został potwierdzony związek między poziomem troski o siebie a faktem przebycia zawału serca. Okazało się, że nie ma istotnych różnic w poziomie troski o siebie między osobami zdrowymi a osobami po przejściu zawału serca. Warto jednak podkreślić, że jeden z wymiarów postawy troski o siebie, a mianowicie poczucie odpowiedzialności, okazał się istotnie różnicować obie grupy. Poczucie odpowiedzialności za siebie i własny stan zdrowia było zdecydowanie wyższe w grupie osób po zawale serca.

Potwierdzony został związek między rodzajami troski o siebie a faktem przebycia zawału serca. Okazało się bowiem, że osoby po zawałach serca cechują się pełniejszą troską o siebie niż osoby zdrowe. Świadczył o tym zdecydowanie wyższy poziom troski o funkcjonowanie fizyczne w grupie zawałowców w stosunku do osób zdrowych. Tym samym, uogólniając, możemy stwierdzić, że troska o siebie osób po zawałach serca różni się jakościowo od troski o siebie osób zdrowych.

Bibliografia

Dube, L. (2003). Patient emotions and the engineering of provider responses for more effective care. W: L. Dube, G. Ferland, D.S. Moskowitz (red.), *Emotional and interpersonal dimensions of health services*. (s. 83–97). McGill-Queen's University Press.

Dolińska-Zygmunt, G. (2001). Behawioralne wyznaczniki zdrowia. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*. (s. 33–70). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Elliot, T.R., Frank, R.G. (2000). *Handbook of rehabilitation psychology.* Washington: American Psychological Association Press.

Grace, S.L., Abbey, S.E., Shnek, Z.M. i in. (2002). Cardiac rehabilitation II: referral and participation. *General Hospital Psychiatry*, *24*, 127–134.

Heidegger, M. (1994). *Bycie i czas*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Heschel, A.J. (2001). *Człowiek nie jest sam*. Kraków: Wydawnictwo Znak.

Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Kortte, K.B., Wegener, S.T. (2004). Denial of illness in medical rehabilitation populations: theory, research and definition. *Rehabilitation Psychology*, *49*, *3*, 187–199.

Kowalik, S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer.

Moser, D.K., Dracup, K. (1996). Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosomatic Medicine*, *58*, 395–401.

Ostrowski, T.M. (2006). Zdrowie jako wartość w świetle wyników badania osób zdrowych i po zawale serca. W: T. Pasikowski, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia: teoria, metodologia i empiria*. (s. 99–112). Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.

Petrie, K.J., Buick, D.L., Weinman, J., Booth, R.J. (1999). Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Reaserch*, *47*, *6*, 537–543.

Ratajczak, Z. (2000). Stres – radzenie sobie – koszty psychologiczne. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu*. (s. 65–87). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Schwarzer, R., Taubert, S. (1999). Radzenie sobie ze stresem: wymiary i procesy. Promocja Zdrowia. *Nauki Społeczne i Medycyna*, *17*, 72–92.

Sęk, H., Pasikowski, T. (2001). Stres życiowy studentów – poczucie koherencji i mechanizmy radzenia sobie. Badania porównawcze i podłużne. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby.* (s. 101–125). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Szewczyk, K. (2001). *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M. i in. (2000). Psychological resources, positive illusions and health. *American Psychologist*, *55*, 99–109.

Wrześniewski, K. (1986). *Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca.* Warszawa: PZWL.

POSTAWA TROSKI O SIEBIE PACJENTÓW PO ZAWALE SERCA

Streszczenie

Skuteczność rehabilitacji po zawale serca uzależniona jest w dużej mierze od aktywności własnej pacjenta. W związku z tym zasadne wydaje się poszukiwanie czynników warunkujących aktywność własną. Za jeden z takich czynników uznać można postawę troski o siebie. Celem badań była odpowiedź na pytanie czy troska o siebie osób po zawałach serca różni się ze względu na natężenie i rodzaje od troski o siebie osób zdrowych. Badania wykazały, że nie ma istotnych różnic w ogólnym poziomie troski o siebie między osobami zdrowymi a osobami po przejściu zawału serca. Zaledwie jeden z wymiarów postawy troski o siebie – poczucie odpowiedzialności, okazał się istotnie różnicować obie grupy. Poczucie odpowiedzialności za siebie i własny stan zdrowia było zdecydowanie wyższe w grupie osób po zawałach serca. Badania potwierdziły także związek między rodzajami troski o siebie a faktem przebycia zawału serca. Okazało się, że osoby po zawałach serca cechują się zdecydowanie wyższym poziomem troski o funkcjonowanie fizyczne w stosunku do osób zdrowych.

Słowa kluczowe: troska o siebie, zawał serca, rehabilitacja.

SELF-CARE ATTITUDE AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

Summary

The effectiveness of rehabilitation after myocardial infarction depends largely on the patient's own activity. Therefore, it appears advisable to search for factors determining a person's own activity. An attitude of self-care can be considered as one of such factors. The aim of this study was to answer the question whether the self-care attitude of patients after myocardial infarction differed in terms of intensity and types from the self-care attitude of healthy people. The study showed that there were no significant differences in the overall self-care attitude level between healthy people and those after myocardial infarction. Only one dimension of self-care attitude – responsibility, proved to markedly differentiate the two groups. A sense of responsibility for themselves and their own health was significantly higher in patients after myocardial infarction. The study also confirmed the relationship between the types of self-care attitude and myocardial infarction. It turned out that people after heart attacks were characterized by a much higher level of physical self-care attitude compared to healthy people.

Key words: self-care, myocardial infarction, rehabilitation.

POLEMIKI I RECENZJE

Urszula Bartnikowska (2010). *Sytuacja społeczna i rodzinna słyszących dzieci niesłyszących rodziców.* Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „AKAPIT”

Wśród pozycji surdopedagogicznych dotyczących w dużym procencie dzieci z uszkodzonym narządem słuchu i ich rodzin na polskim rynku wydawniczym nakładem toruńskiego Wydawnictwa Edukacyjnego „AKAPIT” ukazała się książka, poruszająca problematykę funkcjonowania rodzin osób głuchych, w których są dzieci słyszące, zagadnienia „zaniedbywanego w surdopedagogice”, co podkreśla w recenzji wydawniczej, wysoko oceniającej niniejszą publikacje, prof. zw. dr hab. Czesław Kosakowski. Autorem pracy jest dr Urszula Bartnikowska, zajmująca się w swoich poszukiwaniach badawczych zagadnieniami surdopedagogiki, zwłaszcza dotąd mało popularnymi w zakresie badań empirycznych w Polsce[1)]. Celem recenzowanego opracowania jest przybliżenie społecznego i rodzinnego funkcjonowania słyszących dzieci niesłyszących rodziców. Faktem jest, że duży procent małżeństw osób głuchych posiada dzieci słyszące. Pozornie brak słuchu czyni te dzieci mało „atrakcyjną” grupą badawczą z punktu widzenia surdopedagogiki. Jednakże słyszące dzieci niesłyszących rodziców tak naprawdę funkcjonują „pomiędzy” światem słyszących a głuchych, jak określa to autorka – „na pograniczu”. Sytuację rodzinną tych dzieci można uznać za nietypową, co może mieć wpływ, nie koniecznie w znaczeniu negatywnym, na funkcjonowanie dziecka i wynikające z tej sytuacji poczucie odmienności. Należy zaznaczyć również, że jednym z celów opracowania było „…przybliżenie badanym oraz innym osobom znajdującym się w podobnej sytuacji życiowej siebie i oswojenie tego, kim są” (s. 488). Zaprezentowany w książce materiał empiryczny stanowi więc istotny wkład do wiedzy na temat ogromnie zróżnicowanej populacji osób z wadą słuchu i słyszących (m.in.: słyszące

[1)] Urszula Bartnikowska jest również autorką książki pt. *Małżeństwa mieszane. Osoba z uszkodzonym słuchem – osoba słysząca*, tematyki też dotąd mało obecnej w dziedzinie surdopedagogiki.

dzieci niesłyszących rodziców), którzy mimo wszystko stają się członkami tej społeczności.

Obszerna, licząca ponad pięćset stron publikacja, zgodnie z tradycyjnym sposobem prezentacji prac badawczo-naukowych, składa się z wprowadzenia, z trzech szczegółowo przygotowanych części: teoretycznej, metodologicznej i opisującej badania własne autorki (badawczej), refleksji końcowych i bibliografii. Obok obszernego i rzeczowego zaprezentowania stanu polskiej, a w dużej części światowej literatury i wyników badań na temat kultury Głuchych[2)] oraz słyszących dzieci niesłyszących rodziców, jak również przedstawienia bogatego materiału empirycznego z badań własnych, praca jest pełna refleksji autorki, które świadczą o wnikliwym rozeznaniu w omawianej tematyce. W całej pracy wyczuwa się faktyczne żywe zafascynowanie autorki światem i życiem rodzin niesłyszących.

Część teoretyczna poświęcona została na przedstawienie dwóch, ukazanych przez autorkę jako przeciwstawnych modeli podejścia do głuchoty: medycznego (tradycyjnego) i społeczno-kulturowego. Obok zwięzłego, lecz wyczerpującego opisu podstawowych zagadnień związanych z uszkodzeniem słuchu w ujęciu medycznym (pierwszy rozdział), autorka w sposób szczegółowy i wnikliwy – ze względu na obszar własnych dociekań badawczych – zaprezentowała głuchotę w kategoriach odmienności językowej i kulturowej Głuchych, podejścia mało popularnego, jednakże współcześnie zyskującego zwolenników w Polsce (rozdział drugi). Jest to cenne źródło wiedzy dla wszystkich, którzy chcą poznać szerzej zagadnienie istnienia tzw. społeczności Głuchych, wyznaczników przynależności do tej specyficznej grupy i związanym z tym poczuciem tożsamości Głuchego. Jak zaznacza autorka, bardzo często: „Głusi nie uznają siebie za wyizolowanych czy niepełnosprawnych, a raczej za mniejszość językową i kulturową" (s. 83).

W kolejnych dwóch podrozdziałach części teoretycznej (rozdział trzeci i czwarty) autorka opisuje teoretyczne podstawy własnych zainteresowań badawczych, które stały się przesłanką do powstania tej rozprawy. Zaprezentowano stan literatury i badań dotyczących wybranych zagadnień, związanych z populacją słyszących dzieci i ich niesłyszących rodziców. Między innymi znajdziemy tu wyjaśnienie funkcjonujących w literaturze raczej światowej określeń: CODA, OCODA czy SODA w odniesieniu do dorosłych dzieci głuchych rodziców. Ostatni, czwarty rozdział, przedstawia ogólne założenia na temat funkcjonowania człowieka w rodzinie i społeczeństwie w świetle teorii systemów. Pozornie słyszące dzieci niesłyszących rodziców nie są obciążone bezpośrednio konsekwencjami uszkodzenia słuchu, jednakże jeżeli uzna się rodzinę

[2)] Wyraz celowo pisany wielką literą jako pojęcie odnoszące się właśnie do tej specyficznej grupy osób, funkcjonujących wśród populacji osób z wadą słuchu, niejednokrotnie określanych w literaturze przedmiotu jako głuchych.

jako system, w którym funkcjonowanie jednego członka wpływa na funkcjonowanie całego systemu, to fakt, iż rodzice posiadają wadę słuchu może wpływać na funkcjonowanie ich słyszących dzieci. Zaprezentowany w pracy materiał empiryczny potwierdza przyjętą przez autorkę strategię – wykorzystanie teorii systemowych do interpretacji wyników badań pozwoliło na nadanie szerszego kontekstu społecznego opisywanym problemom badawczym oraz na ukazanie różnych powiązań, w jakich badane osoby funkcjonowały w okresie dzieciństwa, a w konsekwencji w życiu dorosłym.

W części metodologicznej w trzech podrozdziałach autorka obszernie opisuje filozoficzno-metodologiczne inspiracje badań własnych oraz prezentuje przedmiot, cel, problemy badawcze i zastosowane metody, precyzyjnie uzasadniając swój wybór. Całość wzbogaca o teoretyczne rozważania umożliwiające określenie celowości wyboru metodologii jakościowej, opisując w rozdziale pierwszym tej części główne paradygmaty metodologiczne: normatywny oraz interpretacyjny, z których drugi stanowił dla autorki „punkt odniesienia" dla opisanych badań. Niniejszy rozdział świadczy o gruntownym przygotowaniu przez autorkę własnej działalności naukowo-badawczej, a przez to o wartości przedstawionego w tej pracy materiału empirycznego.

Cześć trzecia to obszerna i kompletna analiza zebranego materiału badawczego, przedstawionego w formie opisowej. Przedmiotem badań były przeżycia i doświadczenia rodzinne i społeczne dorosłych słyszących dzieci posiadających niesłyszących rodziców, obejmującej retrospektywnie ujmowane dzieciństwo oraz aktualną sytuację badanych. Analiza została więc logicznie przedstawiona w dwóch częściach. Rozdział pierwszy zawiera szczegółowy opis trzydziestu jeden osób badanych oraz dodatkowej grupy, którą stanowiły dwie czteroosobowe rodziny osób niesłyszących (posiadających słyszące dzieci), w których autorka prowadziła obserwacje, dotyczące relacji między rodzicami a dziećmi. Analiza zaobserwowanych zdarzeń uzupełnia opis i interpretacje subiektywnych wypowiedzi badanych na temat ich własnego dzieciństwa w różnych obszarach – życia rodzinnego, kontaktów ze światem słyszących i niesłyszących oraz oceny poczucia odmienności dzieciństwa, wynikające z posiadania rodziców głuchych.

Rozdział drugi części trzeciej to opis dorastania i dorosłości respondentów, ukazujący wpływ tej niewątpliwie specyficznej sytuacji rodzinnej na obecne funkcjonowanie. Na wyróżnienie zasługuje wielowątkowość prezentowanych wyników i ich wnikliwa interpretacja, uwzględniająca indywidualne, osobiste przeżycia i doświadczenia badanych a w szczególności ich subiektywne opinie, oceniające własną sytuację życiową. Liczne cytaty wypowiedzi osób badanych w sposób znaczący wzbogacają obraz interpretacji uzyskanych danych, zaś fenomenologia, fenomenografia oraz hermeneutyka stanowią uzasadnioną bazę interpretacji tego typu materiału badawczego, co autorka starała się na każdym etapie publikacji uzasadnić i potwierdzić. Jak zaznacza autorka w refleksjach

końcowych, sytuacja dwojga słyszących dzieci głuchych rodziców może znacznie się różnić, aczkolwiek opisane przypadki mogą być punktem odniesienia i porównania dla innych badań w tej dziedzinie wiedzy (s. 494).

Całość zamykają refleksje końcowe, celowo zaprezentowane zamiast tradycyjnego zakończenia i wniosków z przeprowadzonych badań oraz obszerna dwudziestostronicowa bibliografia w dużej mierze stanowiąca wykaz literatury światowej (głównie angloamerykańskiej), co jest zrozumiałe ze względu na tematykę pracy, dotąd mało opisywaną na gruncie polskiej surdopedagogiki[3)]. Rozprawa dr Urszuli Bartnikowskiej stanowi więc cenne źródło wiedzy w zakresie mało znanych badań, których opis w pełni uzupełnia obszerne rozważania teoretyczne i empiryczne na temat funkcjonowania słyszących dzieci niesłyszących rodziców w Polsce. Dodatkowo autorka zamieściła (na podstawie literatury obcojęzycznej i polskiej) rady dla rodziców i specjalistów, w jaki sposób wspomagać słyszące dzieci głuchych rodziców, które w świetle zaprezentowanych w książce badań wydają się bardzo aktualne.

Rozprawa dr Bartnikowskiej jest profesjonalnie przygotowanym opracowaniem naukowo-badawczym, aczkolwiek nie stanowi tradycyjnego wykazu odpowiedzi na postawione problemy badawcze. Autorka celowo podkreśla, że przedstawiona w książce interpretacja uzyskanego materiału badawczego to zaproponowane hipotezy, co jest zgodne z przyjętymi filozoficzno-metodologicznymi podstawami przeprowadzonych badań (autorka określa się jako „badacza-hermeneutę", który nie rości sobie praw do wyłącznej słusznej interpretacji), których trafność autorka w pełni uzasadniła. Na podkreślenie zasługuje fakt, że na podstawie przedstawionych wyników badań, rodzą się nowe pytania i problemy, których rozwiązanie może być wyzwaniem dla współczesnej surdopedagogiki. Autorka zwraca uwagę m.in. na potrzebę dostrzegania odmienności słyszących dzieci niesłyszących rodziców, uznania ich roli w społeczności Głuchych czy uświadamiania głuchych rodziców w zakresie potrzeb i prawidłowości rozwoju dziecka słyszącego oraz eliminowania nadmiernego obciążania dziecka, wynikającego z zaistniałej sytuacji rodzinnej. Możliwość zdobycia identyfikacji jako CODA (*Child of Deaf Adult (s))* jest przedstawione przez autorkę jako kolejne ważne rozwiązanie w kwestii udzielania pomocy słyszącym dzieciom niesłyszących rodziców, umożliwiając być może osiągnięcie „złotego środka" – odkrycie własnej tożsamości w odnalezieniu siebie pomiędzy światem słyszących i głuchych, a nie w jednym z nich. Za istotne można też uznać stwierdzenie autorki, iż dzieci słyszące rodziców głuchych w całej swojej sytuacji „[…] są w stanie przybliżyć niesłyszącym świat słyszących, a słyszącym świat głuchych. Stają się rzeczywistym „pomostem" łączącym dwie społeczności" (s. 488).

[3)] We wprowadzeniu autorka podaje, że w latach 70. ukazały się dwa artykuły na ten temat i dopiero po 2000 r. można odnotować i tak skromne zainteresowanie tą problematyką od strony naukowej.

Tak obszernie zaprezentowana wiedza – poprzez liczne cytaty, refleksje i rozważania, charakterystyczne w podejściu jakościowym, czyni książkę przystępną oraz pozwala czytelnikowi z zainteresowaniem wejść w ciekawy, mało znany świat „na pograniczu" dzieci słyszących rodziców głuchych, spróbować spojrzeć na uszkodzenie słuchu nie w kategoriach wady, ale jak na swego rodzaju odmienność, cechę człowieka (podejście popularne w Stanach Zjednoczonych). Niejednokrotnie w wielu miejscach pracy autorka prowokuje do rozważań, chociażby cytując wymowne słowa S. Prillwitza: „[…] głuchy to inwalida tylko wśród nas, słyszących. Nie wiadomo mi o żadnym takim typie inwalidztwa, że jest się inwalidą – powiedzmy – w pokoju numer jeden (gdzie siedzą sami słyszący), a wystarczy przejść do pokoju numer dwa, do głuchych, żeby natychmiast przestać być kaleką. Zauważmy, że słyszący, który wkroczy do pokoju numer dwa, staje się inwalidą. A ponieważ inwalidą nie jest, głuchota to nie inwalidztwo" (s. 84).

Reasumując, książka *Sytuacja społeczna i rodzinna słyszących dzieci niesłyszących rodziców* autorstwa dr Urszuli Bartnikowskiej jest cenną pozycją na gruncie polskiej surdopedagogiki i powinna stać się obowiązkową lekturą dla wszystkich, którzy są związani ze środowiskiem osób z wadą słuchu: ich rodzin i znajomych, specjalistów, studentów pedagogiki specjalnej, a także słyszących dzieci niesłyszących rodziców (co było jednym z celów tego opracowania). Atutem niewątpliwie jest sposób prezentacji treści – z jednej strony rzeczowy, naukowy, a z drugiej – refleksyjny. Taki styl pisania nie pozwala traktować tej publikacji jako zwykłej prezentacji wyników badań. Przede wszystkim skłania czytelnika do rozważań i zmiany patrzenia na uszkodzenie słuchu tylko i wyłącznie z perspektywy wady.

Beata Jackiewicz

Vivian Gussin Paley (2000). *The Kindness of Children*, Harvard University Press

Snucie historii wpisane jest w życie człowieka. Jesteśmy ich twórcami i odbiorcami. Chętnie opowiadamy o tym, co nam się przydarzyło w domu, w pracy, podczas różnych spotkań, zwierzamy się, dzielimy doświadczeniami, opisujemy wydarzenia z życia. Czasami wymyślamy różne historie dla dzieci. Z zainteresowaniem słuchamy nieprawdopodobnych opowieści, przeżywamy fabułę filmów i książek. Swoje przeżycia i doświadczenia opisujemy na blogach i w pamiętnikach. Wiele aspektów naszego życia jest więc silnie związanych z historiami. Mają one wpływ na ludzkie emocje, postrzeganie zjawisk oraz dokonywanie wyborów. Siłę opowieści wykorzystuje metoda zwana storytellingiem.

Storytelling (z ang. opowiadanie, gawędziarstwo) to metoda badawcza z zakresu badań jakościowych, bazująca na analizie narracji. Może polegać na przeprowadzaniu wywiadów, a także opierać się na analizie powtarzanych historii, mitów, legend.

Podczas opowiadania historii przekazuje się słuchaczom pewną ideę, zamysł, pogląd w sposób pobudzający wyobraźnię i poruszający ich emocje. Angażuje się słuchaczy do aktywnego uczestniczenia w tworzeniu historii lub dyskusji o niej. Dzięki słuchaniu opowieści innych osób i tworzeniu własnych ludzie łatwiej rozumieją swoje działania i motywacje. Zmusza to ich także do refleksji nad postępowaniem własnym i innych ludzi.

Tworzone wspólnie i opowiadane w grupie innych słuchaczy historie pomagają przekazać informacje i fakty oraz ułatwiają ich zapamiętanie, tworzą bazę do wspólnej komunikacji.

Historie i wykorzystywane podczas nich metafory są świetnym narzędziem wspomagającym tłumaczenie pojęć i nakreślanie problemów. O wiele łatwiej wytłumaczyć uczniowi pewną kwestię wykorzystując do tego historię, która się wydarzyła, niż opisując ją abstrakcyjnymi określeniami.

Historie mogą inspirować, motywować, działać perswazyjnie lub łagodząco. Dzięki zawartemu w nich ładunkowi emocjonalnemu zostają w pamięci dłużej niż liczby czy definicje. Metoda storytellingu jest pomocna, gdy ważne jest zapamiętywanie wiadomości, wiązanie faktów i ogarnianie kontekstu.

Snucie historii daje również dużą możliwość oddziaływania na dzieci. Wykorzystanie tej metody umożliwia dzieciom kształcenie sprawności językowych, rozwijanie wyobraźni, a przede wszystkim motywuje do spontanicznych interakcji i empatii. Podczas tej formy uczenia się, poprzez prezentację opowiadań nauczyciel często pokazuje dzieciom obrazki i plansze. Opowiada o tym, co na tych planszach się dzieje. Ponadto przed lub podczas opowiadania nauczyciela wykorzystuje się nagrania pomagające dziecku właściwie odbierać tekst.

Vivian Gussin Paley (ur. 1929) jest bardzo znaną amerykańską autorką kilkunastu książek o tematyce dziecięcej. Opisuje w nich swoje doświadczenia jako nauczycielki o kilkudziesięcioletnim stażu oraz spostrzeżenia jako naukowca, którego obszarem badań i zainteresowań jest edukacja przedszkolna i wczesnoszkolna dzieci. Za swoją twórczość otrzymała wiele nagród, w tym Nagrodę MacArthura, Uniwersytetu w Harwardzie, Krajowej Rady Nauczycieli Brytyjskich, oraz Amerykańską Nagrodę Literacką. Niektóre pozycje tej autorki to: *Boys and Girls: Superheroes in the Doll Corner* (1984), *Mollie is Three: Growing Up in Schoo*l (1988), *Bad Guys Don't Have Birthdays: Fantasy Play at Four* (1988), *The Boy Who Would Be A Helicopter* (1991), *The Girl With the Brown Crayon* (1997), *A Child's Work: The Importance of Fantasy Play* (2004), *The Boy on the Beach: Building Community through Play* (2010).

Należy do nich także *The Kindness of Children* (Dobroć dzieci) wydana przez Harvard University Press w 2000 roku, której tematyka dotyczy właśnie story-

tellingu. Jest to pozycja trudna do oceny. Książka Paley to nie podręcznik. Nie ma w niej szeregu definicji, zawiłych cytatów ani opisu wyników badań przedstawionych w formie wielu wykresów i tabel, nie ma podziału na rozdziały i bogatej bibliografii na końcu, do których można by się odnieść i ustosunkować. Trudno więc ocenić ją pod kątem naukowym. Z drugiej strony nie jest to też pozycja należąca do literatury pięknej. Choć napisana subtelnym językiem w formie pamiętnika, stanowi bogaty przewodnik doświadczeń, w którym opisuje jak dzieci uczą się być… dobre.

Podczas jednej ze swoich wielu podróży związanych z pracą Paley odwiedziła przedszkole w Londynie, w którym kilka razy w tygodniu gościły dzieci niepełnosprawne. Autorka obserwowała zaangażowanie dzieci we włączenie do ich grona niepełnosprawnego chłopca – Teddiego. Tytułowa dobroć dzieci okazana chłopcu była impulsywna. Według autorki każdy człowiek przychodzi na świat z instynktem dobroci, odruchem czynienia dobra. Jest to też pewien rodzaj życiowego zadania, które należy często odnawiać.

W swojej książce Paley zabiera czytelników do Londynu, Chicago, Oakland, Nowego Jorku i Michigan. W każdym z odwiedzanych miejsc przedstawia kolejne historie osób, z którymi się spotyka, wizytuje ich zajęcia, podaje przykłady ich spontanicznej dobroci – uczniów w różnym wieku i z różnych środowisk, nauczycieli, członków rodziny. Opisuje im historię wspomnianego Teddiego. Jego wątek przewija się w całej książce.

Są też rozważania samej autorki o pracy nauczycieli i problematach, z jakimi się borykają. Pracy z trudnymi dziećmi, rozterkach, chwilach zwątpienia, bezsilności. O inspiracji do tworzenia historii i sposobach ich przedstawiania w sposób najbardziej owocny zarówno dla słuchaczy, jak i mówcy. W książce Paley opowiadane historie są powiązane z normalnym życiem, przenikają się i mają na siebie wzajemny wpływ oraz moralne znaczenie (autorka nawiązuje tu do wersów Księgi Powtórzonego Prawa w Starym Testamencie). Opowiadane historie to nie bajki, to opowieści o dobrych ludzkich uczynkach. Uczestnicy zajęć wykorzystujących storytelling stają się lepsi i bardziej skłonni do empatii, życzliwsi dla innych i mniej krytyczni dla siebie.

Miłe historie pocieszają; dają nadzieję w trudnych chwilach, sprawiają, że chcemy się nimi podzielić z innymi i im też przekazać tę radość, nastrój opowiadanej historii. Pozytywne opowieści czynią nas lepszymi, a smutne wywołują refleksję i chęć pocieszenia. Paley jest świetnym obserwatorem dostrzegającym, jak opowieść i jej temat zmienia słuchaczy i mówcę.

Przykładem jednej z historii jest opowieść Tovah. Było gorące i duszne lato. Chłopiec jechał autobusem do szkoły. W autobusie było tłoczno i duszno. Wszyscy byli niezadowoleni i patrzyli na siebie z nienawiścią. Jeden z pasażerów miał gazetę, a w niej na pierwszej stronie był artykuł opisujący wydarzenia z poprzedniego dnia. Okazało się, że podczas wizyty z rodzicami w ZOO mały chłopiec dostał się do klatki z gorylami. Zaopiekowała się nim jedna z gorylic. Nie

pozwoliła go skrzywdzić innym zwierzętom, wzięła dziecko na ręce, przytuliła, a następnie oddała opiekunowi. Zgromadzeni pasażerowie z zainteresowaniem zerkali na gazetę. W końcu właściciel gazety przeczytał historię na głos. Wszyscy podziwiali zachowanie gorylicy i cieszyli się szczęśliwym zakończeniem. Ludzie zaczęli ze sobą rozmawiać, a uciążliwa podróż stała się przyjemniejsza. Tovah ustąpił miejsca kobiecie, która przy nim stała. Przyznał, że wcześniej o tym nie pomyślał. Jego opowieść wywołała również duże poruszenie i ekscytację wśród innych dzieci będących w klasie. Takich zwykłych opowieści, a jednocześnie wzruszających i ilustrujących czynienie dobra, jest w książce wiele.

Autorka przedstawia ponadto specyfikę interakcji między dziećmi, dziećmi i dorosłymi oraz samymi dorosłymi. Paley nie mówi jednak o tym wprost; wiele treści jest niedopowiedzianych i do zadań czytelnika należy ich przemyślenie i samodzielne wyciągnięcie wniosków. Podkreśla także siłę pozytywnego przekazu opartego na gestach i spojrzeniach (np. podniesienie przedmiotu, który ktoś upuścił i oddanie go z uśmiechem właścicielowi), czynienia drobnych uprzejmości.

Paley nagrywała rozmowy z dziećmi, stosowała też technikę niedokończonych opowieści. Zadaniem dzieci było ich dokończenie, włączając w opowiadanie własną osobę. Dzieci opowiadały i odgrywały również własne historie, a także zmyślały je spontanicznie.

Magia historii – zdaniem Paley – polega na tym, że zaczyna działać po jej opowiedzeniu. Bez słuchaczy te historie są niekompletne. Po ich wysłuchaniu słuchacze chcą dodać coś od siebie, podzielić się swoimi doświadczeniami, czasem ulżyć swojemu smutkowi. Historie, szczególnie opisujące prawdziwe wydarzenia, często długo przechowuje się w pamięci i wraca do nich wielokrotnie w różnych chwilach. Bohaterem historii można uczynić kogoś znajomego, wtedy osoba ta czuje się doceniona i ważna. Opowieści można także potraktować jako formę terapii i wyrażania własnych emocji, poglądów i tego, co nas boli. Dzieciom łatwiej wcielić się w rolę do odegrania. Widzą siebie jako bohaterów, a fabuła ich historii często jest dramatyczna, choć kończy się szczęśliwie. Nawet jeśli dzieci mają problemy z przekazaniem historii, znajdą w końcu sposób, by ją przedstawić.

Historie można potraktować jako wskazówkę, jak postępować w życiu. W tworzonych i opowiadanych historiach każde z dzieci miało swoje miejsce i było jej częścią.

Autorka zadaje pytanie, jak opowiedzieć historię za kogoś innego, aby była pełna i jasna dla odbiorców, a jednocześnie nie uraziła jej bohatera. Opisuje, jak uczniowie odmieniają siebie poprzez narrację.

W dobie szybkiego przepływu informacji, szukania konkretnych informacji – odwykliśmy już od takiej literatury. Stąd też jej pisarstwo jest tak ekscytujące i niezwykłe, a jednocześnie pozbawione manipulowania emocjami czytelników i literackiego kiczu.

Czytanie tej książki to przygoda w świecie uczuć i doświadczeń dzieci i dorosłych, szukanie istoty człowieczeństwa, a jednocześnie refleksja nad sobą. Jest to również sygnał dla nauczycieli, aby nie bali się innych metod nauczania i wykorzystywali je podczas swoich zajęć. Paley stwierdza, że w dzisiejszych czasach ludzie nie są dla siebie zbyt życzliwi, a opisane w jej książce przykłady zwykłej dobroci mają więc charakter duchowy i niemal transcendentny.

Są książki, które są ponadczasowe, które się nie starzeją. Ta, chociaż wydana dziesięć lat temu, na pewno jest jedną z nich. Trudno uwierzyć, że żadna z pozycji Paley nie została dotychczas przetłumaczona na język polski. Oby to się stało jak najszybciej. Książka jest do nabycia w wersji oryginalnej w sieci empik.

Aneta Wnuk

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO”
NR 2(14) 2011

SPRAWOZDANIA, KOMUNIKATY, KRONIKA

KATARZYNA SMOLIŃSKA

SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI PROJEKTU WSPÓŁFINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW UNII EUROPEJSKIEJ W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO III PRIORYTET PROGRAMU OPERACYJNEGO KAPITAŁ LUDZKI, DZIAŁANIE 3.3 „PODNIESIE EFEKTYWNOŚCI KSZTAŁCENIA UCZNIÓW ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI”

Nowe rozwiązania prawne w kształceniu uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, poradnictwie i pomocy psychologiczno-pedagogicznej stanowią niezbędną konsekwencję zmian wprowadzonych w obszarze wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z 2009 r. Nr 4, poz. 17). Wynikają również z potrzeby optymalizacji rozwiązań organizacyjno-prawnym w zakresie kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej od 31 marca 2010 r. do 31 grudnia 2011 r. realizuje w partnerstwie z Departamentem Zwiększania Szans Edukacyjnych w Ministerstwie Edukacji Narodowej projekt pt. „Podniesie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi”, którego celem jest zapewnienie świadczenia pomocy psychologiczno-pedagogicznej jak najbliżej dziecka/ucznia, w środowisku jego nauczania i wychowania, tj. w przedszkolu, szkole i placówce oświatowej oraz poprawa jakości systemu kształcenia i wychowania uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Przygotowuje dyrektorów szkół, nauczycieli i innych pracowników pedagogicznych (w tym doradców metodycznych i konsultantów), pracowników nadzoru pedagogicznego, przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego i innych organów założycielskich szkół i placówek

do zapewnienia dziecku/uczniowi wsparcia i zindywidualizowanej pomocy zgodnie z założeniami nowego stanu prawnego. Wiele uwagi poświęcono wspieraniu ww. grup w prawidłowym wdrażaniu zmian, zwłaszcza poprzez informowanie, szkolenie i dostarczenie materiałów ułatwiających zrozumienie istoty zmian i zastosowania w praktyce. Duży nacisk położono na dokonywanie diagnozy specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci, objętych wychowaniem przedszkolnym oraz rozpoznawanie specyficznych trudności w uczeniu się, uzdolnień i predyspozycji uczniów, a także udzielanie im indywidualnego wsparcia.

W ramach projektu, w pięciu edycjach szkolenia, wiedzę z zakresu specjalnych potrzeb edukacyjnych i specyficznych trudności w uczeniu się uzyskało czterystu czterdziestu trzech Liderów zmian z całej Polski w okresie od czerwca do października 2010 r. Liderzy zmian zdobytą wiedzę przekazali czterdziestu tysiącom nauczycieli/kadrze zarządzającej szkół i placówek oświatowych w swoich miejscach zamieszkania.

Kadra prowadząca zajęcia to pracownicy naukowo-dydaktyczni Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Ministerstwa Edukacji Narodowej, Uniwersytetu Gdańskiego, Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Uniwersytetu Rzeszowskiego, Polskiego Towarzystwa Dysleksji, Krajowego Ośrodka Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej.

Szkolenie zostało podzielone na dwie części. Pierwsza dotyczyła specyficznych trudności w uczeniu się i obejmowała:

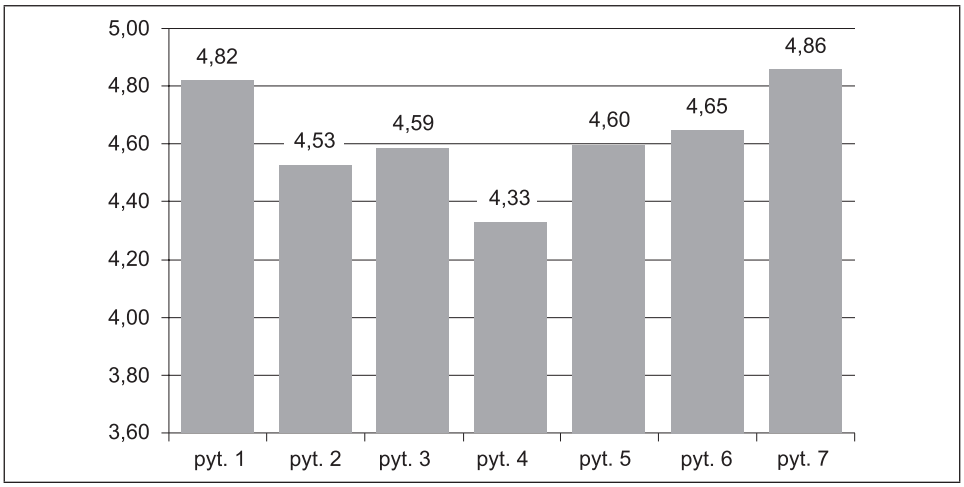
- Model kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – różnice nie mogą dzielić – *dr hab. prof. APS Joanna Głodkowska*
- Model rozpoznawania specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu – *prof. dr hab. Marta Bogdanowicz, dr hab. Aneta Borkowska, dr hab. prof. APS Józefa Bałachowicz*
- Model diagnozy i wspomagania rozwoju umysłowego dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczniu się matematyki – *prof. dr hab. Edyta Gruszczyk-Kolczyńska*
- Rozpoznawanie i wspomaganie uczniów z trudnościami w uczeniu się czytania i pisania (przedszkole, klasy I–III) – *dr Agnieszka Olechowska, mgr Małgorzata Rożyńska*
- Rozpoznawanie i wspomaganie uczniów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się czytania i pisania (klas IV–VI, gimnazjum i szkoły ponadgimnazjalnej) – *dr Agnieszka Pawlak, mgr Renata Czabaj*
- Rozpoznawanie i wspomaganie uczniów z trudnościami w uczeniu się matematyki (przedszkole, klasy I–III) – *dr hab. prof. APS Małgorzata Kupisiewicz*
- Rozpoznawanie i wspomaganie uczniów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się matematyki (klasy IV–VI, gimnazjum, szkoły ponadgimnazjalne) – *dr Stanisław Domoradzki, mgr Małgorzata Kamińska*

Druga część dotyczyła specjalnych potrzeb edukacyjnych w zakresie:

- Organizowanie i udzielanie uczniom pomocy psychologiczno-pedagogicznej w świetle nowych regulacji prawnych – *mgr Emilia Wojdyła, mgr Joanna Wrona*
- Realizacja przez nauczycieli w szkołach zadań z zakresu doradztwa edukacyjno-zawodowego – *Jerzy Bielecki*
- Model pracy z uczniem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – *dr Barbara Trochimiak*
- Model pracy z uczniem z zaburzeniami słuchu – *dr hab. prof. APS Małgorzata Kupisiewicz*
- Model pracy z uczniem z niepełnosprawnością intelektualną – *dr Patrycja Jurkiewicz*
- Model pracy z uczniem z ADHD – *dr Danuta Al-Khamisy, mgr Urszula Gosk*
- Model pracy z uczniem niedostosowanym społecznie – *dr Joanna Moleda*
- Model pracy z uczniem zdolnym – *dr Joanna Łukasiewicz-Wieleba, dr Małgorzata Jabłonowska*
- Konstruowanie indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych – *dr Danuta Al-Khamisy, dr Magdalena Loska, dr Barbara Trochimiak, mgr Urszula Gosk, mgr Barbara Sokołowska*
- Plan działań wspierających – *dr Danuta Al-Khamisy, dr Magdalena Loska, dr Barbara Trochimiak, mgr Urszula Gosk, mgr Barbara Sokołowska.*

Szkolenia zostały bardzo pozytywnie ocenione przez Liderów w ankietach ewaluacyjnych. Uczestnicy podkreślali kompetencje, profesjonalizm i bardzo dobre przygotowanie wykładowców.

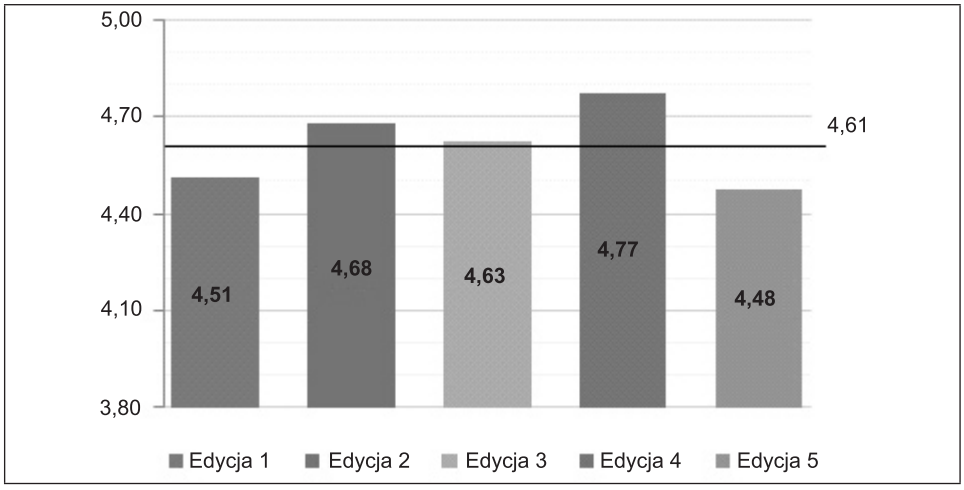
Najbardziej znacząca wydaje ocena planu, programu i realizacji szkolenia.



1. Czy został/a Pani/Pan zapoznany/a z celami szkolenia?
2. Czy zakres tematyczny szkolenia odpowiadał założonym celom?
3. Czy treści szkolenia prezentowane były w sposób zrozumiały?
4. Jak ocenia Pani/Pan metody prowadzenia zajęć?
5. Czy zdobyta przez Panią/Pana wiedza będzie pomocna w pracy zawodowej?
6. Jak ocenia Pani/Pan przydatność otrzymanych podczas szkolenia materiałów?
7. Jak Pani/Pan ocenia atmosferę panującą podczas zajęć?

Analizowane obszary dydaktyczne szkolenia zostały ocenione bardzo wysoko przez słuchaczy – średnia 4,3. Ogólna ocena szkolenia ze wszystkich pięciu edycji wyniosła 4,61.

Jak ogólnie ocenia Pani/Pan szkolenie?



Wykres pochodzi z raportu ewaluacyjnego szkoleń.

Zdaniem większości słuchaczy szkolenie miało bardzo wysoki poziom merytoryczny, a wszystkie moduły były bardzo dobrze przygotowane. Jak wynika z raportu szkolenia, można przyjąć, że wszystkie zagadnienia zaprezentowane w programie szkolenia zostały uznane przez słuchaczy za ważne i interesujące. Dzięki temu została zwiększona efektywność świadczonej pomocy psychologiczno-pedagogicznej, podniesione kompetencje zawodowe nauczycieli, jak również rozpoczęto proces wyrównywania szans edukacyjnych uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Wynikiem realizacji projektu jest także zapewnienie dziecku/uczniowi wsparcia i zindywidualizowanej pomocy, w zależności od dokonanego na poziomie szkoły rozpoznania zarówno specjalnych, jak i specyficznych trudności dziecka.

Wartością dodaną projektu są także publikacje przygotowane przez pracowników naukowych Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej,

Ministerstwa Edukacji Narodowej, Uniwersytetu Gdańskiego, Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Uniwersytetu Rzeszowskiego, Polskiego Towarzystwa Dysleksji w zakresie modelu pracy z uczniem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi i specyficznymi trudnościami w uczeniu się, które zostały rozpowszechnione na terenie całego kraju.

Dobrym przykładem popularyzacji wypracowanych materiałów jest platforma informacyjno-komunikacyjna o adresie: www.efektywnosckształcenia.aps.edu.pl

Realizacja projektu to także pilotaż wprowadzonych zmian, który realizowany był w wybranych placówkach i prowadzony przez przeszkolonych Liderów zmian. Pilotażem objęto 103 placówki oświatowe w całym kraju. Jego celem było zweryfikowanie proponowanych zmian w zakresie organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Nowa formuła udzielania uczniom pomocy psychologiczno-pedagogicznej wynikająca z rozporządzenia MEN nałożyła na szkoły nowe, bardzo trudne i czasochłonne zadania, choć idea jest słuszna i służy uczniowi, którego potrzebom szkoła zawsze powinna wychodzić naprzeciw.

Warto zwrócić uwagę, że praca zespołowa nauczycieli – planowanie i realizacja pomocy psychologiczno-pedagogicznej – pozwala zdobyć rzetelną wiedzę o uczniu poprzez wielospecjalistyczną ocenę, dokładną analizę dokumentacji, wywiady z rodzicami, kontakt ze specjalistami. Wspólne konstruowanie dokumentacji stwarza możliwość zwiększenie efektywności pomocy psychologiczno-pedagogicznej, zgodnie z rzeczywistymi potrzebami i możliwościami ucznia.

Istotne wydaje się zwiększenie przekazu informacji do organów prowadzących, aby zapoznać środowisko z nową koncepcją udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej, tak aby mogły zapewnić środki finansowe, zwracając uwagę na wskazania w arkuszu organizacyjnym dotyczące zajęć specjalistycznych, które zostały ustalone przez zespół nauczycieli na podstawie opinii lub orzeczenia zgodnie z indywidualnymi potrzebami ucznia.

Ważne będzie także informowanie pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych o zmianach w koncepcji udzielania takiej pomocy i skutecznych sposobach współpracy poradni ze szkołami.

Pilotaż pokazał konieczność dalszych systemowych działań. Ważne jest przygotowanie nauczycieli do wprowadzania tych zmian, a przede wszystkim odpowiedni system kształcenia nauczycieli. Od przygotowania nauczycieli będzie zależało w dużej mierze powodzenie zaplanowanych zmian. Jak wynika z raportów, nauczyciele przedmiotów często podkreślali, że studia nie przygotowały ich do pracy z uczniami z zaburzeniami, brakuje im dobrych podstaw psychologicznych dających umiejętności rozpoznawania trudności uczniów i potrzeb.

Rezultaty projektu przyczynią do właściwej realizacji w szkołach kształcenia i pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Wynikiem realizacji projektu będzie zapewnienie dziecku/uczniowi wsparcia i zindywidualizowanej pomocy, w zależności od dokonanego na poziomie szkoły rozpoznania zarówno specjalnych potrzeb, specyficznych trudności, jak i uzdolnień dziecka.

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO"
NR 2(14) 2011

URSZULA GOSK

„TRUDNOŚCI W UCZENIU SIĘ – PERSPEKTYWA INTERDYSCYPLINARNA" – SPRAWOZDANIE Z OGÓLNOPOLSKIEJ KONFERENCJI ZORGANIZOWANEJ PRZEZ ZAKŁAD METODOLOGII I DIAGNOZY PSYCHOLOGICZNEJ UMCS

W dniach 14–16 lutego 2011 r. w Lublinie odbyła się Ogólnopolska Konferencja Naukowa *„Trudności i zaburzenia w uczeniu się – perspektywa interdyscyplinarna"* zorganizowana przez Zakład Metodologii i Diagnozy Psychologicznej Instytutu Psychologii UMCS. Wykłady plenarne, sympozja oraz sesja plakatowa odbywały się w Sali Błękitnej Urzędu Wojewódzkiego, natomiast warsztaty w Instytucie Psychologii UMCS.

Konferencja adresowana była do szerokiego kręgu odbiorców: terapeutów, nauczycieli, studentów, innych osób zainteresowanych diagnozą i terapią dzieci z trudnościami w uczeniu się. Celem spotkania była wymiana doświadczeń przedstawicieli różnych specjalności zajmujących się problematyką trudności i zaburzeń uczenia od strony zarówno naukowej, jak i praktycznej. Całość konferencji tworzyły wykłady plenarne, sympozja i warsztaty.

Podczas sesji plenarnej swoje wykłady zaprezentowali w kolejności wystąpień: dr hab. Cezary Domański (UMCS), prof. dr hab. Grażyna Krasowicz-Kupis (UMCS), dr hab. Aneta Borkowska (UMCS), prof. dr hab. Zbigniew Tarkowski (Uniwersytet Medyczny w Lublinie), prof. dr hab. Marta Bogdanowicz (Uniwersytet Gdański), prof. dr hab. Elżbieta Awramiuk (Uniwersytet w Białymstoku), prof. dr hab. Dorota Turska (UMCS) oraz prof. dr hab. Magdalena Smoczyńska (Uniwersytet Jagielloński).

W wystąpieniu rozpoczynającym wykłady plenarne w pierwszym dniu dr hab. Cezary W. Domański przedstawił historię badań nad trudnościami w uczeniu się, wskazując na ich okres przednaukowy oraz okres naukowy. Omawiając okres przednaukowy, prelegent wskazała na charakterystyczny w nim brak systemu obserwacji, różnicowania zaburzeń, braki terapii lub też jej nieskuteczne formy. Zwró-

cił uwagę m.in. na takie postaci, jak: T. Willis, J. Schmidt, F.J. Gall. Badania nad trudnościami w uczeniu się rozwinęły się w drugiej połowie XX wieku. Okres naukowy charakteryzujący się m.in. identyfikacją poszczególnych zaburzeń i trudności, poszukiwaniem przyczyn, diagnozą i terapią, to głównie J. Lordat, R. Berlin (pierwszy użył terminu dysleksja), J.J. Dejerine, W. Morgan, J. Hinshelwood (autor pierwszych monografii na temat „ślepoty słownej"), M. Lewandowski i inni.

Następnie swoje wystąpienie na temat „Trudności w uczeniu się we współczesnej psychologii" zaprezentowała prof. dr hab. Grażyna Krasowicz-Kupis. Prelegentka wyjaśniła termin „trudności w uczniu się", zwracając szczególną uwagę na szeroki zakres pojęcia. Przytoczyła badania Ruttera, Yule'a i zespołu z wyspy Wight, dotyczące odróżnienia specyficznych trudności w czytaniu od zwykłych trudności. Prezentację zakończyła wskazaniem projektu najnowszej klasyfikacji zaburzeń DSM V, przygotowywanej do publikacji na rok 2013, gdzie pojawiają się określenia dysleksja (315.00 reading disorder; dyslexia) oraz dyskalkulia (315.1 mathematics disorder; dyscalculia).

Wystąpienie dr hab. Anety Borkowskiej dotyczyło trudności szkolnych dzieci ze strukturalną patologią OUN. Prelegentka omówiła czynniki, które mogą w różnych etapach rozwoju dziecka warunkować wystąpienie wybiórczych trudności w funkcjonowaniu poznawczym, nie łącząc się z ogólnym obniżeniem procesów myślowych. Następnie omówiła przykładowe trudności w nauce oraz nietypowy sposób funkcjonowania poznawczego u dzieci, m.in. z agnozją ciała modzelowatego, rozsianymi zmianami nowotworowymi, padaczką.

Część plenarną w drugim dniu konferencji rozpoczęło wystąpienie prof. dr hab. Marty Bogdanowicz, dotyczące sytuacji szkolnej ucznia ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu w obecnej reformie szkolnej. Prelegentka zwróciła uwagę na niezwykle dynamiczny i szeroki zakres przemian dokonujący się aktualnie, od opieki nad dzieckiem w wieku przedszkolnym do dojrzałości (egzamin maturalny). Podkreśliła, że po raz pierwszy ministerstwo zainteresowało się małym dzieckiem i uczniem w okresie wczesnej edukacji, zwróciło uwagę na wczesną diagnozę i interwencję. W wystąpieniu profesor dokonała szczegółowej analizy niektórych rozwiązań wprowadzonych w Rozporządzeniu MEN z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach oraz w Rozporządzeniu MEN z dnia 17 listopada 2010 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych, wskazała zarówno na zagrożenia, jak i korzyści płynące dla dzieci ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu.

Kolejny wykład poprowadziła prof. dr hab. Elzbieta Awramiuk – „Trudności w nauce czytania i pisania z perspektywy lingwistycznej". Wskazała, że proces nauki czytania i pisania, szczególnie w początkowym etapie, determinowany jest przez cechy danego języka i różni się w poszczególnych ortografiach. Pod-

kreśliła, iż świadomość zależności między procesami czytania i pisania a danym językiem oraz typem jego ortografii pozwala lepiej zrozumieć, co w polszczyźnie ułatwia, a co utrudnia naukę czytania i pisania. Poruszyła również problem błędów dydaktycznych, na przykład podczas wprowadzenia nowych pojęć językowych, które mogą warunkować trudności w czytaniu i pisaniu. W końcowej części swojego wystąpienia uczuliła uczestników konferencji na błędy, które pojawiają się niestety we współczesnych elementarzach, dotyczą one na przykład błędnej wizualizacji struktury fonetycznej wyrazu, czy mieszanie funkcji analizy i syntezy słuchowej.

„Czy płeć może utrudniać uczenie się?" – na to pytanie w swoim wystąpieniu odpowiedzi udzieliła prof. dr hab. Dorota Turska. Podczas wystąpienia zwróciła uwagę na obecny w psychologii światowej, od połowy XX w. problem zróżnicowanych osiągnięć matematycznych ze względu na płeć oraz pojmowania matematyki, jako „krytycznego filtra", rzutującego na doświadczenia edukacyjne i karierę zawodową wielu kobiet. Stereotypy związane ze zdolnościami matematycznymi kobiet i mężczyzn: „matematyka jest domeną mężczyzn" obecne są nie tylko w społecznościach anglojęzycznych. Profesor podkreśliła za Mazurkiewiczem (2006), że specyfika polskich oddziaływań edukacyjnych także pozostaje pod wpływem stereotypów związanych z płcią uczniów w nauczaniu matematyki. Prelegentka omówiła ponadto rezultaty własnego, rozległego programu badawczego dotyczącego omawianej tematyki. Swoją wypowiedź zakończyła refleksyjnym pytaniem: „Czy po sali nie chodzi dwóch nauczycieli, jeden uczący dziewczęta, drugi uczący chłopców?".

„Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego – SLI: aktualny stan badań i wnioski dla Polski" to temat ostatniego wykładu, który został przedstawiony przez prof. dr hab. Magdalenę Smoczyńską. Problem specyficznego zaburzenia rozwoju językowego SLI (Specific Language Impairment) dotyczy około 7% populacji dzieci[1)]. Prelegentka w wykładzie przedstawiła wyniki badań przeprowadzonych na świecie (miedzy innymi w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii) a także wyniki własnych badań podłużnych prowadzonych przez 7 lat w Krakowie w ramach grantu KBN oraz MNiSW. Badaną grupę stanowiły dzieci w wieku 1,6 do 8,6. Profesor podkreśliła również, że mimo tak znaczącej liczby dzieci dotkniętych zaburzeniem, w Polsce brak jest jakichkolwiek rozwiązań systemowych dotyczących diagnozy, terapii oraz stworzenie właściwych warunków edukacyjnych dla dzieci z SLI.

Każdą część plenarną zamykała krótka dyskusja dotycząca prezentowanych wystąpień.

Konferencje uzupełniły sympozja dotyczące pięciu obszarów. Pierwsze sympozjum, w trakcie którego wystąpili przedstawiciele z Instytutu Fizjologii i Pa-

[1)] Prelegentka zaprezentowała wyniki badań, powołując się na pozycję L.B. Leonard (2006). *SLI – specyficzne zaburzenia rozwoju językowego*. Gdańsk: GWP.

tologii Słuchu z Warszawy, poświęcone było problematyce zaburzeń uwagi. Przestawione zostały referaty o tematyce: „Polimodalność oddziaływań w aspekcie diagnozy i terapii u dzieci z zaburzeniami koncentracji uwagi" oraz „Sytuacja rodzinna dzieci z zaburzeniami koncentracji uwagi – doniesienia z badań".

Podczas drugiego sympozjum poświęconego trudnościom w uczeniu się poruszono problematykę: ucznia z piętnem stratyfikacji społecznej, indywidualizacji procesu nauczania uczniów z trudnościami w uczeniu się w szkole ponadgimnazjalnej, profili rozwoju intelektualnego dzieci z trudnościami w uczeniu się, specyficznych zaburzeń uczenia się nowych pojęć u dzieci ze specyficznymi zaburzeniami psychicznymi, specyfiki trudnościom psychologicznym doświadczanymi przez uczniów szkół muzycznych oraz terapii indywidualnej uczniów ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu.

W trakcie trzeciego sympozjum, dotyczącego problematyki dysleksji poruszono następujące zagadnienia: zastosowanie konstruktywistycznej koncepcji nauczania w procesie uczenia się chemii wśród uczniów z dysleksją, struktura i treść narracji w wypowiedziach pisemnych młodzieży dyslektycznej, student z dysleksją jako nowe wyzwanie dla pracowników uczelni wyższych (tu perspektywa Uniwersytetu Jagiellońskiego), nauka języków obcych jako czynnik stymulujący i ułatwiającego korygowanie zaburzeń związanych ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się, sytuacja ucznia z dysleksją rozwojową na lekcji języka niemieckiego, metody nauczania gry na instrumencie w szkole muzycznej wobec ucznia z dysleksją.

Kolejne sympozjum dotyczyło problematyki zaburzeń rozwoju językowego. Tu prelegenci poruszyli następujące problemy: specyficzne zaburzenia rozwoju językowego (SLI) a zaburzenia centralnych procesów słuchowych, ocena i terapia centralnych funkcji przetwarzania słuchowego w Polsce, grupy proporcjonalnych relacji – działanie przez analogię w świecie języka oraz dalsze losy dzieci późno mówiących: właściwości fonetyczne mowy dzieci w wieku 5,6 do 8 lat.

W trakcie ostatniego sympozjum zatytułowanego „Problemy edukacji" poruszono następujące tematy: „Czytanie – perspektywa psychologiczna", „Błąd graficzny czy ortograficzny?", „Zdolny leń… O komunikowaniu się nauczyciela z rodzicami ucznia", „Znaczenie poziomu myślenia dla nauki czytania", „Zaburzenia w przetwarzaniu słuchowo-wzrokowym u dzieci rozpoczynających naukę czytania jako źródło trudności w późniejszym okresie edukacji", „Przezwyciężenie niepowodzeń dydaktycznych dzieci z zespołem ADHD jako szczególny problem pedagogiczny", „Metoda 101 kroków w nauce czytania i profilaktyce dysleksji", „Grafopomocnik – patent na ładne pismo", „Patyczak a inteligencja emocjonalna – znaczenie programu profilaktycznego «Przyjaciele Zippiego» w rozwijaniu umiejętności społeczno-emocjonalnych dzieci".

Obok wykładów plenarnych, sympozjów, sesji plakatowej, prezentacji platformy edukacyjnej Re-edukacja.pl organizatorzy zadbali również o aktywny udział uczestników w warsztatach poświeconych wspomaganiu uczniów z trud-

nościami w uczeniu się. W sposób bezpośredni można było poznać autorskie metody, podczas następujących warsztatów:

1. Ortograficzna podróż w świat 7 inteligencji – warsztaty oparte na autorskiej pomocy dydaktycznej „7 walizek. Inteligencje wielorakie w nauczaniu ortografii" (prowadzący: Danuta Gmosińska, Violeta Woźniak).
2. Rola relaksacji i bajek terapeutycznych w pracy z uczniami ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu (prowadzący: Ewa Kowalczyk).
3. Dobry początek to połowa roboty, czyli jak pracować z dzieckiem metodą 101 kroków (prowadzący: Danuta Chwastniewska).
4. Efektywna metoda nauki czytania wspierana nagraniem (prowadzący: Dorota Miązek).
5. Stymulowanie rozwoju uczniów i studentów w oparciu o koncepcje i ćwiczenia dotyczące inteligencji wielorakich, dominacji półkulowych oraz myślących kapeluszy (prowadzący: Teresa Wejner).
6. Ćwiczenia integrujące bodźce zmysłowe i umysłowe reprezentacje słów w terapii dysleksji (prowadząca: Janina Sazon-Brykajło).

Spotkanie to pokazało, że trudności i zaburzenia w uczeniu się to problem interdyscyplinarny. Wystąpienia wybitnych specjalistów pozwoliły spojrzeć na omawianą problematykę z perspektywy historycznej, psychologicznej, pedagogicznej, lingwistycznej, socjologicznej, medycznej, a także ekonomicznej. Wśród wielu interesujących wystąpień teoretyków i praktyków postawiono dużo pytań i problemów, udzielono wielu wyjaśnień, ale też tak wiele pytań pozostało bez odpowiedzi. Wystąpienia pokazały, iż zakres wiedzy jest coraz szerszy, co pozwala na dobór skuteczniejszych form pomocy uczniom ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się. To cenne spotkanie pokazało też, że nikt nie unika problemu, zarówno teoretycy, jak i praktycy, starają się z nim zmierzyć i znaleźć najlepsze rozwiązanie.

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO"
NR 2(14) 2011

PRZEGLĄD CZASOPISM

ANNA BIELAK

EDUKACJA WŁĄCZAJĄCA W EUROPIE – PRZEGLĄD WYBRANYCH ARTYKUŁÓW

European Journal of Special Needs Education, Vol. 25, November 2010

We współczesnej pedagogice coraz większym zainteresowaniem cieszy się tematyka związana z włączaniem uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi do szkół ogólnodostępnych. Zagadnienie to, stanowiące obecnie jedno z największych wyzwań dla polskiego szkolnictwa, jest szeroko opisywane w krajach, które już wdrożyły edukację włączającą w życie oraz pomyślnie ją realizują (Wielka Brytania, USA, kraje skandynawskie, Kanada, Włochy). Można zatem przyjąć, że publikacje tworzone na terenie powyższych państw są źródłem wielu informacji, cennych nie tylko z punktu widzenia teorii, ale również praktyki.

Dokonując przeglądu zagranicznych opracowań teoretycznych dotyczących edukacji włączającej, szczególnie godne odnotowania jest europejskie czasopismo *European Journal of Special Needs Education*. Czasopismo to jest kwartalnikiem pedagogicznym publikowanym przez znane brytyjskie wydawnictwo Routledge, które zostało założone w Anglii w 1851 roku i zajmuje się publikacją książek i czasopism głównie z zakresu nauk społecznych. Redaktorami wyżej wymienionego czasopisma są powszechnie szanowani w świecie nauki Seamus Hegarty i Brahm Norwich.

Dr Seamus Hegarty w latach 1993–2005 piastował stanowisko dyrektora Narodowej Fundacji Badań Edukacyjnych w Anglii i Walii. Aktualnie jest przewodniczącym Międzynarodowego Stowarzyszenia ds. Oceny Osiągnięć Edukacyjnych oraz stoi na czele grupy „Edukacja dla wszystkich pracujących w Wielkiej Brytanii" Narodowej Komisji UNESCO. Jest również członkiem Krajowej Rady ds. Edukacji Specjalnej w Irlandii, przez ponad 20 lat doradzał UNESCO i innym organizacjom międzynarodowym w kwestiach związanych ze specjalnymi potrzebami. Ponadto, Hegarty dokonywał oceny

i doradzał w zakresie badań uniwersytetom i władzom krajowym w takich państwach jak: Chile, Włochy, Holandia, Irlandia Północna, Norwegia i RPA. Dr Seamus Hegarty jest redaktorem i zarazem założycielem *European Journal of Special Needs Education* oraz autorem ponad 20 książek i licznych artykułów.

Prof. Brahm Norwich jest wykładowcą na Uniwersytecie w Exeter w Wielkiej Brytanii, gdzie prowadzi zajęcia z zakresu psychologii edukacji oraz specjalnych potrzeb edukacyjnych. Jego zainteresowania badawcze skupiają się wokół takich zagadnień jak: zastosowanie psychologii w procesie edukacji (np. rola motywacji i emocji w procesie nauczania i uczenia się, postrzeganie siebie, a poczucie własnej wartości, znaczenie psychologii dla rozumienia specjalnych potrzeb edukacyjnych), specjalne potrzeby edukacyjne oraz edukacja włączająca. Jest twórcą licznych książek i artykułów naukowych.

Czasopismo *European Journal of Special Needs Education* składa się z czterech numerów wydawanych rocznie. Powstało w odpowiedzi na niezwykle dynamiczny rozwój teorii i praktyki kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi na całym świecie. Głównymi jego adresatami są nauczyciele i naukowcy zajmujący się edukacją integracyjną i włączającą, posiadający w ten sposób możliwość zapoznania się z różnymi badaniami naukowymi oraz osiągnięciami w tej dziedzinie. *European Journal of Special Needs Education* prezentuje zatem:

- współczesny stan wiedzy w omówionej wyżej dziedzinie,
- recenzje książek,
- krótkie raporty z będących w toku badań naukowych,
- sprawozdania z konferencji.

Dodatkową kwestią czyniącą to czasopismo wartościowym jest również fakt, że każdy jego numer zawiera nie tylko artykuły rodzime, ale także pochodzące z innych krajów, zmierzających się z wyzwaniem, jakim jest wyjście naprzeciw specjalnym potrzebom edukacyjnym uczniów.

Pragnąc nieco bardziej przybliżyć charakter omawianego magazynu niezbędna wydaje się analiza poszczególnych jego numerów. I tak, w numerze pierwszym z 2010 roku zawarte są artykuły traktujące m.in. o:

- celu edukacji włączającej jako alternatywy dla edukacji specjalnej,
- postawach szwedzkich nauczycieli szkół podstawowych wobec włączania do szkół uczniów z niepełnosprawnością ruchową,
- postawach nauczycieli z Turcji wobec edukacji włączającej,
- związku między akceptacją uczniów z różnego rodzaju niepełnosprawnością przez pełnosprawnych rówieśników, a kształtowanym przez nich obrazem samego siebie,
- nauczaniu uczniów z zespołem Downa zadań z zakresu matematyki – na podstawie analizy przypadku.

Z kolei drugi numer omawianego czasopisma podejmuje takie zagadnienia jak:

- dalsze losy życiowe absolwentów szkół specjalnych z zaburzeniami mowy,
- spostrzeżenia nauczycieli z Grecji na temat edukacji włączającej i kształcenia uczniów z niepełnosprawnością sprzężoną,
- postawy rodziców wobec edukacji włączającej.

Tematyka numeru trzeciego obejmuje m.in.:

- charakterystykę dzieci autystycznych w wieku szkolnym,
- sposoby rozumienia terminu „specjalne potrzeby edukacyjne" formułowane przez studentów studiów na kierunkach nauczycielskich i studentów studiów pielęgniarskich,
- opis funkcjonowania dzieci z zespołem Downa w szkołach ogólnodostępnych,
- ocenę nauczycieli pod względem wykrywania u uczniów Zespołu Nadpobudliwości Psychoruchowej z Deficytem Uwagi.

Numer czwarty traktuje zaś o:

- planowaniu i organizowaniu wsparcia dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w postaci nauczyciela – asystenta,
- roli nauczyciela – asystenta,
- rozumieniu specjalnej edukacji w społeczeństwie i kulturze,
- specjalnej i włączającej edukacji w Irlandii,
- związkach społecznych uczniów posiadających specjalne potrzeby edukacyjne, uczęszczających do klasy ogólnodostępnej szkoły podstawowej.

Wymieniwszy powyższe wątki, opisywane przez autorów w czasopiśmie, warto dokładniej omówić niektóre z nich. Na szczególną uwagę zasługują artykuły Salih Rakap i Louise Kaczmarek pt. *Teachers attitudes towards inclusion in Turkey* („Postawy nauczycieli z Turcji wobec edukacji włączającej") oraz Georgii – Glorii Coutsocostas i Alison Alborz noszący tytuł: *Greek mainstream secondary school teacher's perceptions of inclusive education and of having pupils with complex learning disabilites in the classroom/school* („Postrzeganie edukacji włączającej oraz procesu kształcenia uczniów ze złożonymi trudnościami w nauce przez nauczycieli ogólnodostępnych szkół średnich w Grecji"). Prace te bowiem poświęcone są zagadnieniu powszechnie uznanemu za jeden z ważniejszych czynników warunkujących pomyślne wdrażanie i realizowanie edukacji włączającej, mianowicie: postawom nauczycieli wobec tego rodzaju edukacji. Artykuły te są godne polecenia z trzech względów:

- wyjaśniają pojęcie „włączania", „edukacji włączającej",
- opisują postawy nauczycieli wobec kształcenia dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi oraz czynniki mające wpływ na ich kształtowanie,
- nie są pracami czysto teoretycznymi, lecz oparte są na badaniach.

Salih Rakap i Louise Kaczmarek swój artykuł rozpoczynają od przeglądu literatury na temat tego, jakie postawy wobec edukacji włączającej dominują u nauczycieli oraz czynników, od jakich one zależą. W pierwszej kolejności zostają przywołane badania amerykańskich uczonych Scruggs i Mastorpieri, zdaniem których w kwestii postaw istnieje zjawisko zwane „systematyczną zmiennością". Owa zmienność postaw uwarunkowana jest dwoma czynnikami: stopniem intensywności praktyk włączających oraz rodzajem i stopniem niepełnosprawności uczniów włączanych w nurt klas ogólnodostępnych. Pomimo tego, że większość badanych nauczycieli w pierwszej chwili deklarowała aprobatę dla powszechnego wdrażania edukacji włączającej, ich poparcie znacząco zmniejszało się po zadaniu pytania o włączanie bardziej intensywne, zaś wzrastało tylko wtedy, gdy uczniowie niepełnosprawni w niewielkim stopniu bądź wcale nie wymagali ich dodatkowego wsparcia, pomocy. Pełniejszy obraz postaw nauczycieli prezentują badania Avramidisa i Norwicha przeprowadzone nie tylko w Stanach Zjednoczonych, ale również w Europie. Wykazały one dominację pozytywnych postaw nauczycieli wobec edukacji integracyjnej bądź włączającej oraz wzbogaciły repertuar czynników wpływających na ich kształtowanie o: czynniki związane z osobą nauczyciela (płeć, wiek, doświadczenie, wykształcenie, przebyte szkolenia), czynniki związane z dzieckiem – uczniem (rodzaj, stopień niepełnosprawności), czynniki środowiskowe (zaplecze socjalne, możliwości kadry nauczycielskiej).

Po dokonaniu analizy badań z innych krajów Salih Rakap i Louise Kaczmarek podjęły prezentację badań przeprowadzonych na terenie Turcji. Badaniami zostało objętych 500 nauczycieli podstawowych szkół ogólnodostępnych. Celem badań było ustalenie postaw tych nauczycieli wobec edukacji włączającej. Dane otrzymane w ich wyniku wskazały na przewagę postaw negatywnych, co można uargumentować faktem dosyć krótkiego stażu owej edukacji w historii Turcji (25 lat). Ponadto prezentowane badania, podobnie jak badania Avramidisa i Norwicha, wskazały na istnienie pewnych zależności między wiekiem nauczycieli, ich doświadczeniem, płcią, a przyjmowanymi przez nich postawami. Bardziej pozytywne postawy cechowały nauczycieli płci męskiej, nauczycieli początkujących w zawodzie oraz tych o długim stażu pracy.

Kolejnym artykułem, pozostającym w obszarze tych samych zainteresowań, jest praca Georgii – Glorii Coutsocostas i Alison Alborz o postawach nauczycieli ogólnodostępnych szkół średnich w Grecji wobec włączania uczniów z niepełnosprawnością sprzężoną. Artykuł ten, podobnie jak omówiony poprzednio, odnosi się do badań innych uczonych na temat postaw nauczycieli wobec edukacji włączającej w ogóle. Jedne z takich badań zostały przeprowadzone w 1996 roku przez Vaughna i wykazały, iż większość nauczycieli żywi niezwykle negatywne uczucia wobec edukacji włączającej, mając wrażenie, że pomysł ten jest zupełnie oderwany od rzeczywistości szkolnej i mało realny do wykonania. Następne badania, przeprowadzone tym razem przez de Bettencourta, dotyczyły

kształcenia włączającego uczniów z upośledzeniem w stopniu umiarkowanym. Wnioski płynące z tych badań okazały się być zbliżone do tez sformułowanych przez Vaughna i wskazywały na to, że ponad połowa badanych nauczycieli prezentuje negatywne postawy wobec idei włączania, bojąc się negatywnego wpływu obecności uczniów niepełnosprawnych na organizację procesu nauczania – uczenia się, jego jakość czy wreszcie poziom wydawanych poleceń. Po analizie różnorodnych badań dotyczących omawianej tematyki, autorki tekstu zaprezentowały badania przeprowadzone w północnej Grecji na populacji 138 greckich nauczycieli ogólnodostępnych szkół średnich. Przedmiotem analiz były postawy wobec kształcenia włączającego uczniów z niepełnosprawnością sprzężoną. Z badań tych wysnuto wniosek, że 47,5% nauczycieli było przeciwko włączaniu wszystkich uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w tym 40,8% osób uznało, że jest to zadanie niemożliwe do osiągnięcia. Ponadto stwierdzono, że na rodzaj postaw nauczycieli mają wpływ takie czynniki jak: wiek, staż pracy, odbyte szkolenia, posiadane kompetencje, możliwość korzystania z metodycznego wsparcia, jak również infrastruktura – warunki materialno-socjalne danej placówki.

Dokonując analizy przytoczonych zarówno w pierwszym jak i drugim artykule badań, nie sposób nie spostrzec uderzającego podobieństwa wyłaniających się z nich wniosków. Można zatem przyjąć, iż są one wiarygodnym źródłem informacji, mogącym stanowić znaczący przyczynek do dokonywania zmian w zakresie przygotowania nauczycieli do realizacji edukacji włączającej w codziennej rzeczywistości szkolnej, a tym samym kreowania u nich bardziej pozytywnych postaw wobec tego procesu.

Zagadnienie postaw nauczycieli względem edukacji włączającej nie jest – jak już wcześniej wspomniano – jedynym tematem podejmowanym w *European Journal of Special Needs Education*. Znacząca jego część poświęcona jest także organizacji edukacji włączającej w praktyce oraz jej efektom w zakresie funkcjonowania objętych nią dzieci. Przykładem artykułów zajmujących się owym obszarem są m.in. *An inclusive classroom? A case study of inclusivness, teacher strategies, and children's experiences* („Klasa włączająca? Studium przypadku dot. praktyki wdrażania edukacji włączającej, strategie nauczania włączającego oraz doświadczenia dzieci nim objętych") autorstwa Claesa Nilholma i Barbro Alma oraz artykuł zatytułowany *Peer acceptance and self – concept of student with disabilities in regular education* („Akceptacja rówieśników i samoocena uczniów z niepełnosprawnością w edukacji włączającej") Sip Jan Pijl i Per Frostad.

Claes Nilholm i Barbro Alm w swojej pracy przedstawiają badania obrazujące organizację edukacji włączającej na terenie Szwecji. Badania te przeprowadzono na grupie piętnaściorga uczniów klasy włączającej, w tym pięciorga dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Ich głównym celem była charakterystyka strategii oraz metod pracy nauczycieli, czyniących pro-

ces nauczania – uczenia się procesem włączającym, a także opis doświadczeń objętych nim dzieci. Do zebrania danych wykorzystano takie narzędzia badawcze jak: wywiady z nauczycielami i uczniami, socjogramy, ankietę, arkusze obserwacji, wiersze dzieci. W wyniku tak przygotowanych i przeprowadzonych badań ustalono, iż różnice między uczniami pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi nie są tożsame dla większości badanych z wynikającymi z nich trudnościami, a dzieci dotknięte niepełnosprawnością postrzegane są jako pełnowartościowi uczniowie i koledzy. Co więcej, wszyscy badani uczniowie deklarowali, że czują się w klasie bezpiecznie i są pełnoprawnymi członkami społeczności klasowej, zawsze mają z kim rozmawiać i bawić się podczas przerwy lekcyjnej, lubią pracować ze sobą w grupach. Żaden z badanych uczniów nie wyraził lęku przed wybranym kolegą/koleżanką z klasy, ani nie czuł się w grupie izolowany. Nieco inaczej przedstawiała się sytuacja uczniów pod względem możliwości edukacyjnych. Pięcioro z nich przyznało się do dużych trudności w zakresie nauki poszczególnych przedmiotów, niemniej po udzieleniu im fachowej pomocy ze strony pedagoga specjalnego czworgu z nich udało się pomyślnie zdać wymagane egzaminy. Dokonując analizy powyższych badań należy przypomnieć, że zawierały one również pytania do nauczycieli o stosowane w codziennej praktyce edukacyjnej strategie nauczania. Strategie te zostały w niniejszym artykule wyszczególnione i krótko omówione.

Jeszcze jednym artykułem wartym omówienia jest praca Claesa Nilholma i Barbro Alma. Napisana została na podstawie badań, które – w odróżnieniu od wcześniej opisanych artykułów – zmierzały do określenia istnienia zależności między akceptacją uczniów niepełnosprawnych przez ich zdrowych rówieśników a kształtowanym przez nich obrazem samego siebie. Badania te przeprowadzone zostały w Norwegii i obejmowały łącznie grupę 498 uczniów szkół włączających, w tym 37 uczniów z różnego rodzaju niepełnosprawnościami. Z przeprowadzonych badań wynika, że istnieje umiarkowany związek między stopniem akceptacji uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi a kreowanym przez nich obrazem samego siebie. Odnosząc się do owej zależności można przyjąć założenie, że uczniowie niepełnosprawni odrzucani przez swoich rówieśników częściej przejawiają niską samoocenę, tworząc negatywny obraz samego siebie, natomiast lubiani i akceptowani – wyższą samoocenę i pozytywny obraz samego siebie. Co ważne, w niniejszych badaniach podkreśla się, że korelacja ta występuje niezależnie od stopnia i rodzaju niepełnosprawności dziecka. Autorzy postulują, aby rodzice i nauczyciele stwarzali tym dzieciom jak najwięcej okazji do nawiązywania kontaktów z rówieśnikami i utrzymywania z nimi pozytywnych relacji.

Wszystkie omówione powyżej artykuły niewątpliwie świadczą o tym, że *European Journal of Special Needs Education* jest interesującym czasopismem naukowym z zakresu pedagogiki specjalnej. Ponieważ na jego łamach

publikowane są artykuły badaczy z różnych krajów, daje ono czytelnikowi możliwość zapoznania się z tendencjami rozwojowymi teorii i praktyki kształcenia specjalnego w całej bez mała Europie. Ze względu na profil czasopisma przybliża ono problematykę edukacji włączającej oraz sposoby jej wdrażania w praktyce, odpowiadając tym samym na wiele istniejących w tym zakresie wątpliwości i pytań.

INFORMACJE DLA AUTORÓW

Redakcja czasopisma *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo* przyjmuje do opublikowania oryginalne, recenzowane prace naukowe, artykuły polemiczne, recenzje, sprawozdania z wydarzeń naukowych, przeglądy czasopism.

Nadsyłane materiały powinny być zapisane za pomocą typowego edytora tekstu (preferowany edytor MS WORD). Tekst należy przygotować zgodnie z następującymi zasadami:

- wydruk pracy na papierze formatu A4 z marginesem 3,5 cm z lewej strony;
- tekst – 30 wierszy na stronie i około 60 miejsc znakowych w wierszu, nie powinien zawierać poprawek;
- maksymalna objętość opracowań:
  – rozprawy: 60 tys. znaków (1,5 arkusza wydawniczego),
  – sprawozdania z badań: 40 tys. znaków (1,0 arkusz wydawniczy),
  – recenzje i polemiki: 20 tys. znaków (0,5 arkusza wydawniczego);
- praca powinna zawierać streszczenia w języku polskim i angielskim (maksymalnie po 200 słów łącznie z tytułem w każdym języku) oraz słowa kluczowe (*key words*) oraz definicji wybranych przez autora słów kluczowych (do zamieszczenia w słowniku na zielonych stronach czasopisma);
- tekst należy dostarczyć w postaci wydruku komputerowego (dwa egzemplarze) wraz z opisaną dyskietką lub CD. Zawartość wersji elektronicznej powinna być identyczna z przesłanym wydrukiem;
- wykresy, ilustracje (ponumerowane i opatrzone informacją, do którego miejsca w tekście się odnoszą) należy umieszczać w oddzielnych plikach, podając nazwy programu, za pomocą którego zostały wykonane;
- literatura przedmiotu powinna być umieszczana na końcu pracy w układzie alfabetycznym;
- odwołanie w tekście powinno mieć postać: (M. Zaorska, 2002).

Sporządzanie bibliografii

Pozycje bibliograficzne muszą być pełne, w porządku alfabetycznym, pisane z dokładnym przestrzeganiem kolejności poszczególnych składników, z jednolitą interpunkcją. Kolejność zapisu bibliograficznego jest następująca:

(1) autor(zy) – wszyscy, niezależnie od liczby,
(2) rok wydania pozycji,
(3) tytuł książki, rozdziału, artykułu, dysertacji, pracy dyplomowej, referatu lub raportu,
   (a) książka: miejsce wydania i nazwa wydawnictwa,
   (b) rozdział: redaktor(zy), tytuł książki, strony, miejsce wydania, wydawca,
   (c) artykuł: tytuł czasopisma, tom (vol.) i strony,
   (d) praca dyplomowa (dysertacja): wydział (instytut), uczelnia (instytucja) i miejscowość,
   (e) referat: oryginalna nazwa konferencji (kongresu itp.) i miejscowość,
   (f) raport: rodzaj i numer grantu, miejscowość, uczelnia (instytucja) i wy- dział (instytut).

Kursywą piszemy: tytuł książki, również książki, w której znajduje się odpowiedni rozdział, tytuł czasopisma i jego tom, tytuł referatu, tytuł pracy dyplomowej (dysertacji), tytuł raportu. Poniżej podano przykłady zapisu poszczególnych pozycji bibliograficznych z uwzględnieniem wymaganej interpunkcji, stylu czcionki (normalna – kursywa) i liter (duże – małe).

Książki

(a) polska

Kościelska, M. (2004). *Niechciana seksualność. O ludzkich potrzebach osób niepełnosprawnych intelektualnie.* Warszawa: Jacek Santorski & Co.

(b) polska, redagowana

Strelau, J., Ciarkowska, W., Nęcka, E. (red.). (1992). *Różnice indywidualne: możliwości i preferencje.* Wrocław: Ossolineum.

(c) obcojęzyczna, redagowana

Steiner, M., Yonkers, K., Eriksson, E. (red.). (2001). *Mood disorders in women*. London: Martin Dunitz.

(d) książka o kolejnym wydaniu

Osofsky, J.D. (red.). (1998). *Handbook in infant development.* (wyd. 2). New York: Wiley.

Rozdziały w książkach

(a) publikacja polska

Sidor, B. (2001). Ojciec w rodzinie z dzieckiem z niepełnosprawnością umysłową. W: D. Komas-Biela (red.), *Oblicza ojcostwa*. (s. 381–389). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

(b) publikacja obcojęzyczna

Greenberg, M.T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. W: J. Cassidy, P.R. Shaver (red.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical implication*. (s. 469–496). New York: The Guilford Press.

Artykuły w czasopismach

Kościelska, M. (1993). Koncepcja osoby z upośledzeniem umysłowym jako uczestnika życia społecznego. *Przegląd Psychologiczny*, *3*, 341–353.

Nieopublikowane dysertacje i prace magisterskie

Jackowska, E. (1976). *Wpływ środowiska rodzinnego na przystosowanie społeczne dziecka* w *młodszym wieku szkolnym.* Nieopublikowana rozprawa doktorska, Wydział Filozoficzno-Historyczny, Uniwersytet Jagielloński, Kraków.

Domurad, M. (1996). *Efektywność rozwoju umiejętności czytania u dziecka upośledzonego umysłowo* w *stopniu lekkim za pomocą „metody baśniowych spotkań".* Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Rewalidacji i Resocjalizacji, Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.

Referaty wygłoszone na konferencjach i innych spotkaniach

Jackowska, E. (1997). *Poczucie jakości życia u kobiet i mężczyzn po przebytym urazie mózgu.* Referat wygłoszony na II Sympozjum Opieki Paliatywnej – Hospicyjnej, Lublin.

Dosen, A. (1997). *Etiology, specific onset mechanisms oj mood disorders among people with intellectual disablement and prelevance.* Referat wygłoszony na European Course on Mental Retardation, Nunspeet, The Netherlands.

Raporty z badań

Strealu, J., Oniszczenko, W., Zawadzki, B. (1994). *Genetyczne uwarunkowania i struktura temperamentu młodzieży i dorosłych.* (Raport KBN 1108.91.02). Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii.

Wykaz literatury nie powinien zawierać informacji prywatnych, prac w przy- gotowaniu. Odwołanie się do takich źródeł może występować jedynie w przypisach.

Do przesłanego wydruku tekstu i jego wersji elektronicznej należy dołączyć:

1) prośbę wraz z podpisem, w której autor zwraca się do redakcji o wydrukowanie pracy w czasopiśmie *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo,* zamieszcza informację o zatrudnieniu, podaje swój tytuł naukowy, zajmowane stanowisko, adres, numer telefonu, adres e-mailowy;
2) pisemne oświadczenie, że praca nie była dotąd publikowana i nie została złożona w innej redakcji.

Zmiany i odstępstwa od podanych zasad należy uzgadniać z członkami Komitetu Redakcyjnego. Redakcja nie zwraca nadesłanych materiałów i zastrzega sobie prawo do dokonywania zmian w tekstach, nie zmieniając ich treści merytorycznej.

Autorzy publikacji powinni ujawnić wkład poszczególnych autorów w powstanie publikacji, wkład innych podmiotów oraz źródła jej finansowania („finacial disclosure"), przy czym główną odpowiedzialność ponosi autor zgłaszajacy manuskrypt.

Wszelkie wykryte przejawy nierzetelności naukowej („ghost writing" – brak ujawnienia wkładu innych osób w powstawanie publikacji, „guest authorship" – udział autora w powstanie publikacji jest znikomy lub nie miał miejsca, a pomimo to jest autorem/współautorem publikacji) będą dokumentowane i nagłaśniane.

Artykuły recenzowane są poufnie i anonimowo („podwójna ślepa recenzja") przez dwóch zewnętrznych ekspertów niepozostających w konflikcie interesów z autorem/autorami manuskryptu zgodnie z „Dobrymi praktykami w procedurach recenzyjnych w nauce" (2011) opracowanymi przez MNiSW.

Procedura recenzowania oraz etapy obiegu pracy zgłoszonej do opublikowania znajdują się na stronie www.aps.edu.pl zakładka Wydawnictwo, zakładka Człowiek–Niepełnosprawność–Społeczeństwo.

Lista recenzentów publikowana jest w czasopiśmie raz w roku w numerze czwartym.

Materiały należy nadsyłać na adres:

Redakcja *Człowiek–Niepełnosprawność–Społeczeństwo*
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa

SZANOWNI CZYTELNICY I AUTORZY

W ciągu pięciu lat (od 2005 roku) systematycznie wydawane było czasopismo *Człowiek–Niepełnosprawność–Społeczeństwo* jako półrocznik. Od roku 2012 czasopismo będzie publikowane jako kwartalnik.

Jednocześnie, zgodnie z aktualnymi zaleceniami oceny parametrycznej czasopism, od następnego numeru wprowadzamy następujące zmiany:

1. Do Rady Naukowej zaprosiliśmy prof. Su Jan Lin, dyrektora Centrum Pedagogiki Specjalnej na Tajwanie.
2. Wprowadziliśmy redaktorów tematycznych: dr hab., prof. APS Józefa Bałachowicz (pedagogika), dr hab., prof. APS Paweł Boryszewski (socjologia), dr hab., prof. APS Helena Ciążela (filozofia), prof. dr hab. Czesław Czabała (psychologia), dr hab., prof. APS Urszula Eckert (pedagogika specjalna), prof. dr hab. Henryk Skarżyński (medycyna).
3. Wprowadziliśmy redaktora statystycznego: dr hab. Adam Tarnowski (Uniwersytet Warszawski).
4. Dopracowaliśmy procedurę recenzowania. W *Instrukcji dla Autorów* zamieściliśmy:
   – opis poszczególnych etapów obiegu pracy zgłoszonej do opublikowania;
   – wymóg ujawnienia wkładu poszczególnych autorów w powstanie publikacji, a także podania źródeł jej finansowania;
   – informacje o przestrzeganiu zasad rzetelności naukowej i konsekwencjach związanych z „ghost writing" i „guest authorship"
5. Wdrażamy procedury zabezpieczające oryginalność publikacji naukowych i przeciwdziałające przypadkom „ghost writing", „guest authorship".
6. Wdrażamy zasadę recenzowania publikacji w modelu „double-blind review process".
7. Podjęliśmy wstępne starania o indeksację czasopisma w bazach danych.
8. Dopracowywana jest prezentacja czasopisma na stronie internetowej zarówno pod względem merytorycznym, jak i graficznym.

Zmiany te pozwalają spełnić większość kryteriów aktualnej oceny parametrycznej czasopism naukowych.

Komitet Redakcyjny

SŁOWNIK TERMINOLOGICZNY

Autonomia – to prawo do rozmaitych swobód, prywatności indywidualny wybór, bycie sprawcą swego działania oraz samostanowienie.

Józef Sowa

Etyczne aspekty – to kwestie deontologiczne polegające na określaniu obowiązków etycznych pedagogów specjalnych i innych profesjonalistów zajmujących się wspomaganiem osób z niepełnosprawnościami.

Józef Sowa

Kompetencje społeczne – wielowymiarowy konstrukt obejmujący zdolności i umiejętności warunkujące efektywne radzenie sobie w określonego typu sytuacjach społecznych i nabywane przez jednostkę w trakcie treningu społecznego (w ramach socjalizacji pierwotnej i wtórnej); dyspozycje do podejmowania kolejnych zadań życiowych, adekwatnego reagowania na różnorodne sytuacje społeczne.

Stanisława Byra, Monika Parchomiuk

Niepełnosprawność intelektualna – obniżenie sprawności umysłowej różniące się w istotny sposób od normy, powstałe w okresie rozwoju i związane z zaburzeniami przystosowania społecznego, dojrzewania i uczenia się. Niepełnosprawność intelektualna może mieć różną etiologię, być wynikiem działania różnych chorób lub czynników patogennych. Do najczęstszych przyczyn niepełnosprawności intelektualnej należą zaburzenia genetyczne i uszkodzenia komórek rozrodczych przed poczęciem, choroby i zatrucia matki w czasie ciąży, urazy (niedotlenienie) okresu okołoporodowego oraz choroby zakaźne, zatrucia i urazy w okresie po porodzie.

Magdalena Giers

Orientacja w przestrzeni – jest warunkiem dobrego funkcjonowania człowieka w otaczającej rzeczywistości. Orientacja przestrzenna związana jest przede wszystkim z percepcją wzrokową, rozumieniem określeń słownych dotyczących stosunków przestrzennych (w, nad, pod, za, obok, przed), orientacją w stronach świata.

Magdalena Giers

Pamięć – termin zbiorczy dla określenia różnego rodzaju czynności i procesów, dzięki którym osobnik może zdobywać doświadczenie i z niego korzystać. Podstawowe procesy pamięciowe to: zapamiętywanie, utrzymywanie się zapamiętanego materiału w układzie nerwowym w postaci pamięciowych śladów i aktywacja śladów (W. Szewczuk, 1979).

Magdalena Giers

DICTIONARY OF TERMS

Autonomy – the right to various liberties, privacy, personal choice, being the author of one's own actions and self-determination.

Józef Sowa

Ethical aspects – deontological issues that consist in defining ethical duties of special teachers and other specialists who support people with disabilities.

Józef Sowa

Social competence – a multi-dimensional construct including skills and abilities which condition a person's effective coping with particular types of social situations and which are acquired by an individual through social training (as part of primary and secondary socialization); a disposition to undertake subsequent tasks in life, and react adequately to various social situations.

Stanisława Byra, Monika Parchomiuk

Intellectual disability – lowering of mental abilities which is significantly different from the norm, which originated during the developmental period and which is connected with disorders in the area of social adaptation, maturing and learning. Intellectual disability may have different etiologies and be the result of various diseases or pathogens. The most frequent causes of intellectual disability are genetic disorders and damage to reproductive cells prior to conception, diseases and poisoning in the mother during pregnancy, injuries (asphyxia) of the perinatal period, and infectious diseases, poisoning and injuries during the postnatal period.

Magdalena Giers

Orientation in space – a condition for the good functioning of a person in the reality that surrounds him/her. Spatial orientation is first of all connected with visual perception, understanding verbal expressions concerning spatial relationships (in, above, under, behind, next to, in front of), and knowledge of the cardinal directions.

Magdalena Giers

Memory – an umbrella term to define various activities and processes thanks to which an individual can gain experience and use it. Basic memory processes are: remembering, storing the remembered material in the nervous system as memory traces, and activating memory traces (W. Szewczuk, 1979).

Magdalena Giers

Poczucie samoskuteczności – stała dyspozycja odpowiadająca ogólnemu przekonaniu jednostki o jej zdolności wykonania działania, niezależnie od rodzaju sytuacji.

Stanisława Byra, Monika Parchomiuk

Sense of self-efficacy – a stable disposition corresponding with a person's general conviction of his/her ability to carry out tasks regardless of the situation.

Stanisława Byra, Monika Parchomiuk

Podmiotowość – to m.in. świadomość faktu, że w procesie rehabilitacji biorą udział trzy główne podmioty (jednostka z niepełnosprawnością, rodzina – środowisko wychowawcze, pedagog specjalny – rehabilitant).

Józef Sowa

Subjectivity – among other things, awareness of the fact that three main subjects take part in the rehabilitation process (an individual with disability, family – educational environment, and a special teacher – therapist).

Józef Sowa

Proces rehabilitacji – to wszelkie oddziaływanie zmierzające do przywrócenia pełni sił osobom poważnie osłabionym schorzeniem lub urazami.

Józef Sowa

Rehabilitation process – any intervention that aims to restore the best of health to people who are very weak because of diseases or injuries.

Józef Sowa

Samorealizacja – to cel życia, który egzemplifikuje pomoc dla drugiego człowieka i która wyraża się w podmiotowym i dialogowym podejściu do rehabilitacji.

Józef Sowa

Self-realization – an aim in life that exemplifies help for another person; is expressed in a subjective and dialogue approach to rehabilitation.

Józef Sowa

Rehabilitacja – kompleksowe i skoordynowane stosowanie środków medycznych, pedagogicznych, społecznych i zawodowych w celu usprawnienia osób z naruszoną sprawnością organizmu do możliwie najwyższego poziomu.

Maciej Wilski

Rehabilitation – comprehensive and coordinated use of medical, pedagogical, social and professional means to improve the functioning of people with impairments to the highest possible level.

Maciej Wilski

Rozwój poznawczy – to nabywanie i doskonalenie umiejętności niezbędnych jednostce w procesie poznawania świata, to przede wszystkim rozwój umiejętności postrzegania, zapamiętywania i przetwarzania informacji dochodzących do niego z otoczenia.

Magdalena Giers

Cognitive development – acquiring and improving skills that are essential for an individual in the process of learning about the world; first of all, it is the development of the ability to perceive, remember and process information from the environment.

Magdalena Giers

Satysfakcja z pracy – w szerszym rozumieniu postawa wobec pracy, obejmująca komponent poznawczy i emocjonalny; w węższym reakcje emocjonalne, uczucia i nastrój w pracy, związane między innymi ze stopniem realizacji potrzeb czy oczekiwań pracownika.

Stanisława Byra, Monika Parchomiuk

Job satisfaction – in a broader sense, an attitude towards work which includes the cognitive and affective components; in a narrower sense, affective reactions, emotions and atmosphere in the workplace that are connected, among others, with the degree of fulfillment of the employee's needs and expectations.

Stanisława Byra, Monika Parchomiuk

Troska o siebie – specyficzna postawa jednostki charakteryzującą się: a) poczuciem szczególnej odpowiedzialności za własne życie; b) niepokojem o przyszłość oraz c) autentycznym, spontanicznym i całościowym zaangażowaniem w poprawę aktualnego położenia życiowego.

Maciej Wilski

Self-care – a special attitude of an individual that is characterized by: a) a sense of particular responsibility for one's life; b) concern for the future, and c) a genuine, spontaneous and comprehensive involvement in the improvement of the present situation in life.

Maciej Wilski

Uzdolnienia językowe – kompetencje językowe to zdolność (umiejętność) posługiwania się językiem, a kompetencje komunikacyjne to zdolność posługiwania się językiem odpowiednio do sytuacji i słuchacza (I. Krucz, 2002). Zdolności językowe obejmują m.in. zasób słownictwa, poprawność gramatyczną, umiejętność ekspresyjnego opowiadania i przeprowadzania interesujących konwersacji.

Magdalena Giers

Uzdolnienia muzyczne – to całokształt pomyślnego zajmowani się muzyką, wszystkie zdolności i cechy zarówno specjalne (słuchowe, techniczne), jak i ogólne (inteligencja, uwaga, pamięć itp.). Najważniejszym aspektem rozpatrywania uzdolnienia muzycznego jest traktowanie go jako gotowości do uczenia się i wykonywania określonych czynności. Uzdolnienia muzyczne to zdolności produkcyjne, wrodzony talent stanowiący potencjalne podłoże dla rozwoju zdolności i osiągnięć muzycznych (J. Wierszyłowski, 1979).

Magdalena Giers

Zawał serca – martwica mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem.

Maciej Wilski

Zespół Williamsa – rzadkie zaburzenie genetyczne spowodowane delecją w obrębie chromosomu 7 obejmującą ponad 20 genów. Cechy kliniczne zespołu Williamsa dotyczą zarówno rozwoju fizycznego (niski wzrost, filigranowa budowa ciała, charakterystyczne rysy twarzy), motorycznego (słaba koordynacja wzrokowo-ruchowa, niska sprawność grafomotoryczna), a także psychospołecznego (towarzyskie usposobienie, empatia, nadmierna ufność). Zespół Williamsa powoduje szereg komplikacji medycznych, m.in. nieprawidłowości układu krążenia, hiperkalcemie, wady wzroku, zaburzenia układu pokarmowego i mięśniowo-szkieletowego, a także psychologicznych: obniżony poziom inteligencji, specyficzne trudności w nauce, zachowania impulsywne.

Magdalena Giers

Language talent – linguistic competence is an ability (skill) to use language, and communication competence is an ability to use language appropriately to the situation and the listener (I. Krucz, 2002). Language abilities include, among others, vocabulary, grammatical correctness, the ability to talk in an expressive way and hold interesting conversations.

Magdalena Giers

Musical talent – successful involvement in music taken as a whole, all abilities and features both special ones (auditory and technical abilities) and general ones (intelligence, attention, memory, etc.). When musical talent is to be examined, the most important thing is to treat it as readiness for learning and doing specific activities. Musical talent is a production ability, an inborn talent that constitutes a potential basis for the development of musical abilities and achievements (J. Wierszyłowski, 1979).

Magdalena Giers

Myocardial infarction – necrosis of the heart muscle caused by insufficient blood supply.

Maciej Wilski

Williams syndrome – a rare genetic disorder caused by a deletion of more than 20 genes from chromosome 7. The clinical features of Williams syndrome concern physical development (short height, slight build, distinctive facial appearance), as well as motor development (poor visual-motor coordination, poor graphomotor skills), and psychosocial development (sociable nature, empathy, excessive confidence). Williams syndrome causes a number of medical complications, e.g. abnormalities in the cardiovascular system, hypercalcemia, visual impairments, disorders of the digestive system and the musculoskeletal system, as well as psychological complications such as reduced intelligence, specific learning difficulties, or impulsive behaviors.

Magdalena Giers