

CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO

**CNS nr 1(51) 2021
(styczeń–marzec)**



Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

RADA NAUKOWA

Anna Firkowska-Mankiewicz (przewodnicząca) (PL), Jonathan Chitiyo (USA),
Matthew Janicki (USA), Zofia Kawczyńska-Butrym (PL), Małgorzata Kościelska (PL),
Henny Lantman (B), Su-Jan Lin (TW), Tadeusz Mazurczak (PL), Antonina Ostrowska (PL),
Alicja Przyłuska-Fiszler (PL), Diane Ryndak (USA), Renata Siemieńska-Żochowska (PL),
Barbara Szatur-Jaworska (PL), Wiesław Theiss (PL)

KOMITET REDAKCYJNY

Barbara Marcinkowska (redaktor naczelna, PL),
Małgorzata Walkiewicz-Krutak (sekretarz, PL), Joanna Głodkowska, Ewa M. Kulesza,
Małgorzata Kupisiewicz, Jarosław Rola (członkowie redakcji, PL)

REDAKTORZY TEMATYCZNI

Józefa Bałachowicz – pedagogika (PL)
Paweł Boryszewski – socjologia (PL)
Helena Ciążęła – filozofia (PL)
Czesław Czabała – psychologia (PL)
Bernadeta Szczupał – pedagogika specjalna (PL)
Henryk Skarżyński – medycyna (PL)

Redaktor językowy (język polski) – Danuta Gorajewska (PL)

Redaktor statystyczny – Adam Tarnowski (PL)

Tłumaczenie na język angielski – Ewa Butowska (PL)

Wersja papierowa jest wersją pierwotną (referencyjną)

CNS jest indeksowany w: CEJSH, ERIH PLUS, ICI Journals Master List i WCOSJ

Czasopismo posiada punktację MEiN – 20 pkt

© Copyright by Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa 2021

Artykuły publikowane w czasopiśmie od 2017 r. dostępne są na licencji
CREATIVE COMMONS:



Uznanie autorstwa – Użycie Niekommercyjne 4.0 Polska

ISSN 1734-5537

Nakład 150 egz.

Adres redakcji

Redakcja czasopisma „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa

redakcja@cns.aps.edu.pl

<http://www.cns.aps.edu.pl/>

<https://cnsonline.pl/resources/html/cms/MAINPAGE>

SPIS TREŚCI
CNS numer 1(51) 2021

Artykuły i rozprawy

Tomasz Gosztyła, Paweł Grygiel, Aneta Lew-Koralewicz – Partnerstwo w relacjach ze specjalistami w ocenie rodziców dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi. <i>Rodzina–Specjalista. Skala Oceny Partnerstwa</i> – polska adaptacja <i>Family–Professional Partnership Scale</i>	5
Urszula Olejnik – Gotowość do akceptacji osoby z niepełnosprawnością w grupie rówieśniczej a postawy zdystansowania <i>versus</i> tolerancyjności młodzieży słabowidzącej	23
Renata Pomarańska – Mentoring kobiet z niepełnosprawnością w środowisku pracy	43
Jarosław Korczak – Sytuacja osób z niepełnosprawnością w Australii i Polsce	63
Kazimierz Pospiszyl – „Sytuacja” w genezie i terapii przestępstw oraz dewiacji seksualnych	83
Edyta Januszewska – Pociąg jako miejsce heterotopyczne. Traumatyczne doświadczenia czeczeńskiej uchodźczyni	97

Niepełnosprawność – normalizacja – włączanie

Marta Ciechomska, Justyna Gruczek, Venera Khisamutdinova, Magda Lejzerowicz, Krystyna Popowska, Aneta Posieleżna – <i>Disability Studies</i> : perspektywa interdyscyplinarna i kierunek studiów	121
--	-----

TABLE OF CONTENTS
CNS No. 1(51) 2021

Articles and treaties

Tomasz Gosztyła, Paweł Grygiel, Aneta Lew-Koralewicz – Partnership in relations with professionals in the assessment of parents of children with neurodevelopmental disorders. <i>Rodzina–Specjalista. Skala Oceny Partnerstwa</i> – Polish adaptation of the <i>Family–Professional Partnership Scale</i>	5
Urszula Olejnik – The willingness to accept a person with disability in a peer group and distance/tolerance attitudes in adolescents with low vision	23
Renata Pomarańska – Mentoring women with disabilities in work environment	43
Jarosław Korczak – Situation of people with disabilities in Australia and Poland	63
Kazimierz Pospiszyl – “Situation” in the origin and therapy of sexual offenses and disorders	83
Edyta Januszewska – The train as a heterotopic place. The traumatic experiences of a Chechen refugee	97

Disability – Normalization – Inclusion

Marta Ciechomska, Justyna Gruczek, Venera Khisamutdinova, Magda Lejzerowicz, Krystyna Popowska, Aneta Posiełżna – <i>Disability Studies: Interdisciplinary perspective and field of study</i>	121
---	-----

ARTYKUŁY I ROZPRAWY

TOMASZ GOSZTYŁA, PAWEŁ GRYGIEL, ANETA LEW-KORALEWICZ*

PARTNERSTWO W RELACJACH ZE SPECJALISTAMI W OCENIE RODZICÓW DZIECI Z ZABURZENIAMI NEUROROZWOJOWYMI. *RODZINA–SPECJALISTA. SKALA OCENY PARTNERSTWA – POLSKA ADAPTACJA FAMILY–PROFESSIONAL PARTNERSHIP SCALE*

Wprowadzenie

Współcześnie wzrasta liczba dzieci z diagnozą zaburzeń neurorozwojowych (Tran, Miyake, 2017), do których, zgodnie z klasyfikacją DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), zalicza się: spektrum autyzmu, zespół deficytu uwagi i nadpobudliwości ruchowej, niepełnosprawność intelektualną, zaburzenia w komunikowaniu się, specyficzne zaburzenia uczenia się oraz zaburzenia motoryczne. Dzieci z taką diagnozą wymagają kompleksowej terapii oraz uwzględnienia specjalnych potrzeb edukacyjnych (Bagheri, Kerbeshian, Burd, 1999; Sinae, Sujin, 2017). Osobami w największym stopniu odpowiedzialnymi za jej projektowanie oraz przebieg są terapeuci, nauczyciele i rodzice. Kluczowe decyzje dotyczące wyboru terapeuty wiodącego, stowarzyszenia, szkoły, turnusu rehabilitacyjnego, wreszcie poszczególnych zajęć rewalidacyjnych podejmują ci ostatni (Johnston i in., 2005; Bull, 2009; Bowker i in., 2011; Fegert i in., 2011; Mire i in., 2017).

Zasada współpracy z rodziną jest jedną z podstawowych reguł zarówno oddziaływań terapeutycznych, jak i rewalidacyjnych (Dykcik, 2001; Cytowska, 2006; Kupisiewicz, 2013). Wincenty Okoń (2001, s. 443) definiuje współpracę

* Tomasz Gosztyła (<https://orcid.org/0000-0001-5780-2862>); Uniwersytet Rzeszowski, ul. ks. J. Jąłowego 24, 35-010 Rzeszów; tel. +48 17 8721838; e-mail: tomgosz@ur.edu.pl

Paweł Grygiel (<https://orcid.org/0000-0001-9790-3772>); Uniwersytet Jagielloński, ul. Batorego 12, 31-135 Kraków; tel. +48 12 6223926; e-mail: pawel.grygiel@uj.edu.pl

Aneta Lew-Koralewicz (<https://orcid.org/0000-0002-4193-7014>); Uniwersytet Rzeszowski, ul. ks. J. Jąłowego 24, 35-010 Rzeszów; tel. +48 17 8721832; e-mail: alew@ur.edu.pl

jako „współdziałanie ze sobą jednostek lub grup ludzi, wykonujących swoje cząstkowe zadania, aby osiągnąć jakiś wspólny cel”. W kontekście relacji specjalistów z rodziną dziecka z niepełnosprawnością współpraca ta zakłada wzajemne udzielanie sobie wsparcia i pomocy w organizacji oraz realizacji procesu terapeutycznego. Opiera się na aktywności i zaangażowaniu wszystkich jej podmiotów (Drozd, 2017). Zasada współpracy została usankcjonowana w licznych aktach prawnych, dotyczących zarówno prawa oświatowego, jak i resortu zdrowia. Placówki oświatowe zobowiązane są do realizacji działań wspierających rodziców ucznia z niepełnosprawnością oraz nawiązania współpracy z rodziną nie tylko w procesie wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania, lecz także przy opracowywaniu programu edukacyjno-terapeutycznego (Rozporządzenie..., Dz. U. 2017 poz. 1578). Rodzice mogą korzystać również z pomocy psychologiczno-pedagogicznej, udzielanej w formie porad, konsultacji, warsztatów i szkoleń (Rozporządzenie..., Dz. U. 2017 poz. 1591). W ośrodkach podległych Ministerstwu Zdrowia jednym z podstawowych wymagań stawianych specjalistom pracującym z dziećmi z zaburzeniami wieku rozwojowego są kompetencje w zakresie pracy z rodziną (Obwieszczenie..., Dz. U. 2018 poz. 465). Współpraca z rodziną dziecka z zaburzeniami rozwoju warunkuje efektywność oddziaływań pomocowych zarówno na poziomie diagnostycznym, jak i terapeutycznym (Głodkowska, 2017).

Andrzej Twardowski (2012), przyjmując kryterium poziomu współpracy, opisuje modele rodziny. Wyróżnia model skoncentrowany na specjalistach, w którym rodzina pozostaje biernym odbiorcą oddziaływań pomocowych oraz model sojuszu z rodziną, gdzie rodzice realizują zalecenia specjalistów, pod ich opieką i zgodnie z udzielanymi przez nich wskazówkami. W kolejnym modelu, ukierunkowanym na rodzinę, przyjęto założenie, że specjaliści wspólnie z rodzicami dobierają najbardziej optymalne formy pomocy, a wsparcie terapeutów polega na monitorowaniu sposobu, w jaki rodzina z niego korzysta. Propagowany obecnie paradygmat wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, skoncentrowany na rodzinie, zakłada ścisłą współpracę rodziców i profesjonalistów. Współpraca nie jest tu jednak celem, a środkiem, dzięki któremu terapeuci wspierają rodzinę w realizowaniu jej funkcji, przy wzajemnym szacunku, zaufaniu i empatii. Pomoc proponowana rodzinie uwzględnia jej zasoby oraz zdolność do samodzielnego działania.

Istotnym aspektem współpracy jest kształtowanie partnerskich relacji między specjalistami a rodzicami. Według Wincentego Okonia (2001, s. 283) partnerstwo to „rodzaj stosunków pomiędzy jednostkami lub grupami polegający na wspólnocie celów i działań, oparty na zasadach równości, lojalności, wzajemnej odpowiedzialności i pomocy”. Partnerstwo zakłada równorzędność praw i obowiązków, a co za tym idzie dzielenie się odpowiedzialnością za osiągnięte efekty oddziaływań. Partnerstwo i zaangażowanie rodziny w proces terapeutyczny wpływa korzystnie na stymulowanie rozwoju dziecka i stanowi warunek upeł-

nomocnienia rodzin dzieci z niepełnosprawnością (Barlóg, 2018; Twardowski, 2012). Cechami relacji o charakterze partnerskim jest wzajemny szacunek i zaufanie, zaangażowanie obu stron, umożliwienie rodzicom podejmowania niezależnych decyzji oraz udzielanie im wsparcia, a także uwzględnianie ich prawa do wyboru form pomocy najbardziej odpowiadających potrzebom wszystkich członków rodziny (Twardowski, 2012).

Mimo rozwoju różnorodnych form terapii oraz rozwiązań edukacyjnych, wciąż znaczący odsetek rodziców dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi sygnalizuje, że potrzeby ich dzieci, jak również całej rodziny, nie są zaspokajane w ramach oferowanego wsparcia formalnego (Zablotsky i in., 2015; Jacobs i in., 2016). Wyniki badań ukazują trudności w relacjach specjalistów i rodziców w procesie pomocowym (Sińska, 2007; Lichtańska, 2019). Jedną z istotnych przyczyn trudności we współpracy jest stres rodzicielski, wynikający nie tylko z samej diagnozy dziecka, lecz także z braku odpowiedniego wsparcia ze strony specjalistów. Sprzeczne dążenia obu stron, brak rzetelności w przekazywaniu informacji, w tym niewłaściwy sposób komunikacji utrudniają współdziałanie (Pisula, 2012). U poszczególnych rodziców oczekiwania odnośnie do współpracy, a także ich roli w procesie terapii dziecka, są zróżnicowane, a formy proponowanej pomocy nie zawsze adekwatne do oczekiwań (Lew-Koralewicz, 2013). Brak odpowiedniego wsparcia rodziny bywa przyczyną przewlekłego stresu, który w konsekwencji prowadzi do wyczerpania sił i wypalenia rodziców (Sekulowicz, 2007).

Jedną z kluczowych kwestii jest satysfakcja rodziców z relacji zarówno z poszczególnymi profesjonalistami, jak i całym zespołem (instytucją) wspierającymi dziecko i rodzinę (Marshall, Mirenda, 2002; Lindsay i in., 2016; Slade i in., 2018). Najczęściej wymieniane czynniki satysfakcji rodziców to: komunikacja z profesjonalistami (Rattaz i in., 2014); dostępność, ciągłość i elastyczność usług (Rivard i in., 2015); skuteczność terapii oraz poczucie wspierających relacji z osobami i instytucjami opiekującymi się dzieckiem (Mackintosh, Goin-Kochel, Myers, 2012); nastawienie specjalistów i/lub instytucji na współpracę oraz uwzględnianie kontekstu rodzinnego i unikalnej historii dziecka (Jones, Gallus, 2016). Ujęcie wspomnianych czynników, zarówno w badaniach naukowych, jak i działaniach ewaluacyjnych, wymaga posłużenia się narzędziami diagnostycznymi o zadawalających właściwościach psychometrycznych. Przygotowane z tą myślą skale i kwestionariusze funkcjonują w obiegu międzynarodowym (Dunst, Trivette, Hamby, 2006). W Polsce, jak do tej pory, ich brakowało.

Celem artykułu jest prezentacja procedury polskiej adaptacji skali *Family-Professional Partnership Scale* (FPPS) oraz przedstawienie właściwości psychometrycznych adaptowanego narzędzia (rzetelności, struktury czynnikowej, trafności zewnętrznej oraz stabilności pomiaru).

Charakterystyka oryginalnej wersji *Family–Professional Partnership Scale* (FPPS)

Family–Professional Partnership Scale (FPPS) została opracowana przez Jean A. Summers z zespołem Beach Center on Disability Uniwersytetu Kansas (Summers i in., 2005). Służy do diagnozy partnerstwa jako kluczowego wymiaru współpracy między rodzicami dzieci z niepełnosprawnością a specjalistami pracującymi z ich dziećmi, takimi jak: terapeuta behawioralny, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta, logopeda, doradca zawodowy, pielęgniarka, lekarz, pracownik społeczny, psycholog, koordynator usług terapeutycznych, pedagog specjalny. Partnerstwo zostało zdefiniowane jako wzajemnie wspierające interakcje między rodzinami a profesjonalistami, skoncentrowane na zaspokajaniu potrzeb dzieci i rodzin, charakteryzujące się poczuciem kompetencji, zaangażowania, równości, pozytywnej komunikacji, szacunku oraz zaufania (Blue-Banning i in., 2004; Summers i in., 2005).

Skala ma zastosowanie w odniesieniu do szerokiego spektrum wieku dziecka, nie jest ograniczona do określonych usług terapeutycznych ani rodzaju niepełnosprawności. Osoba badana wybiera spośród specjalistów tego, z którym w ciągu ostatnich sześciu miesięcy współpracowała w największym zakresie. Narzędzie wypełnia rodzic, który najczęściej kontaktował się z profesjonalistami. FPPS składa się z 18 twierdzeń. Osoba badana ustosunkowuje się do nich, określając swój stopień zadowolenia z określonych działań i postaw wybranego specjalisty na 5-stopniowej skali (1 – bardzo niezadowolona/y, 2 – niezadowolona/y, 3 – trudno powiedzieć, 4 – zadowolona/y, 5 – bardzo zadowolona/y).

Punktem wyjścia konstrukcji skali było badanie jakościowe (analiza wypowiedzi uczestników grup fokusowych oraz indywidualnie prowadzone wywiady – z udziałem rodziców i profesjonalistów). W jego ramach opracowano wskaźniki reprezentujące postawy i zachowania związane z sześcioma obszarami: profesjonalnych umiejętności, zaangażowania, szacunku, zaufania, komunikacji oraz równości. Analiza eksploracyjna (wyniki uzyskane od 291 rodziców dzieci ze spektrum autyzmu, z ADD/ADHD, z niepełnosprawnością intelektualną, niepełnosprawnością ruchową, chorobami psychicznymi, urazami mózgu, specyficznymi trudnościami w uczeniu się, zaburzeniami emocjonalnymi, z niepełnosprawnością słuchu i/lub mowy, z niepełnosprawnością narządu wzroku i innymi problemami zdrowotnymi) doprowadziła do rekonfiguracji tych sześciu domen w dwie podskale: *Relacji skoncentrowanych na dziecku* i *Relacji skoncentrowanych na rodzinie*. Ich istnienie potwierdziła konfirmacyjna analiza czynnikowa (badania z udziałem 205 respondentów). Każda z dwóch podskal składa się z dziewięciu twierdzeń, jest jednowymiarowa i wewnętrznie spójna. Alfa Cronbacha dla 18-itemowej kompletnej Skali wynosi 0,96; dla podskal *Relacji skoncentrowanych na dziecku* i *Relacji skoncentrowanych na rodzinie* odpowiednio zaś: 0,94 i 0,92. Podskale są silnie skorelowane ze sobą (współczynnik

korelacji wynosi 0,94), co wskazuje, że można je wykorzystać jako ogólną miarę partnerstwa między rodzicami dzieci z niepełnosprawnością a specjalistami.

Narzędzie może być pomocne w ewaluacji różnych programów terapeutycznych, przy ocenie partnerstwa rodzice–specjaliści, ocenie jakości pracy personelu oraz porównaniu różnorodnych typów usług w odniesieniu do różnych grup wiekowych. Pozwala określić szczególne potrzeby dotyczące rozwoju umiejętności oraz postaw profesjonalistów, może także służyć jako narzędzie badawcze do diagnozy relacji między rodzicami a terapeutami ich dzieci.

Opracowanie polskiej wersji skali

Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki, przyznanych na podstawie decyzji DEC-2018/02/X/HS6/02306. W pierwszej kolejności uzyskano zgodę Jean A. Summers na dokonanie polskiej adaptacji narzędzia. Zadbano również o zgody autorów polskich wersji kwestionariuszy i skali wykorzystywanych w badaniu trafności zewnętrznej adaptowanego narzędzia. Następnie uzyskano aprobatę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Rzeszowskiego. Proces adaptacji obejmował: (1) przełożenie treści pozycji narzędzia z języka angielskiego na polski (przy udziale trzech niezależnych tłumaczy, z doświadczeniem w zakresie przekładania tekstów o tematyce psychospołecznej); (2) uzgodnienie wersji roboczej skali; (3) tłumaczenie zwrotne wersji roboczej na język angielski (*back-translation*) przez dwóch niezależnych tłumaczy i ustalenie wersji zwrotnej w języku oryginału; (4) przygotowanie drugiej polskiej wersji roboczej skali, na podstawie tłumaczenia i tłumaczenie zwrotne; (5) przeprowadzenie eksperckiej analizy jakościowej, z udziałem psychologów, pedagogów specjalnych i polonisty, z dobrą znajomością języka angielskiego; (6) przyjęcie ostatecznej polskiej wersji skali, którą wykorzystano w badaniu opisanym w dalszej części artykułu.

Charakterystyka osób badanych i procedury badawczej

Przeprowadzono badania z udziałem 334 rodziców dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi, takimi jak: spektrum autyzmu (146 przypadków), niepełnosprawność intelektualna (33 przypadki), zespół deficytu uwagi (13 przypadków), specyficzne zaburzenia w uczeniu się (3 przypadki), zaburzenia w komunikowaniu się (22 przypadki), zaburzenia motoryczne (43 przypadki) oraz innymi nieprawidłowościami w rozwoju (63 przypadki). W badaniach wzięły udział 232 matki i 39 ojców, a 63 osoby odmówiły podania płci. W grupie respondentów 172 osoby (153 kobiety i 19 mężczyzn) legitymowały się wykształceniem wyższym; 70 (60 kobiet i 10 mężczyzn) – średnim; 20 (12 kobiet i 8 mężczyzn) – zasadniczym zawodowym; 9 (7 kobiet i 2 mężczyzn) – podstawowym lub niepełnym podstawowym; swojego wykształcenia nie podały 63 osoby. Badani byli w wieku

od 23 do 64 lat ($M = 38,4$; $SD = 6,86$). Ich stan cywilny przedstawiał się następująco: 6 osób – panna lub kawaler (5 kobiet i 1 mężczyzna); 234 osoby – w związku małżeńskim (200 kobiet i 34 mężczyzn); 2 osoby – wdowa lub wdowiec (1 kobieta i 1 mężczyzna); 27 osób – rozwiedzionych bądź w separacji (26 kobiet i 1 mężczyzna); odpowiedzi na to pytanie nie udzieliło 65 osób. W pełnym wymiarze etatu pracowało 110 osób (84 kobiety i 26 mężczyzn); 21 osób (19 kobiet i 2 mężczyzn) – w niepełnym; 14 osób (13 kobiet, 1 mężczyzna) było zatrudnionych na umowy o dzieło bądź umowy zlecenia; 29 osób (27 kobiet i 2 mężczyzn) zadeklarowało się jako osoby bezrobotne (poszukujące pracy); 2 kobiety – jako osoby uczące się; 3 osoby (2 kobiety i 1 mężczyzna) – jako emeryci; 87 osób (83 kobiety i 4 mężczyzn) – jako renciści. Pozostali respondenci nie udzieliли tej informacji. Posiadanie jednego dziecka deklarowało 81 osób (71 kobiet i 10 mężczyzn); 122 osoby (102 kobiety i 20 mężczyzn) zgłosiły, że mają 2 dzieci; 48 (41 kobiet i 7 mężczyzn) – 3; 14 (12 kobiet i 2 mężczyzn) – 4; 3 kobiety – 5 i również 3 kobiety – 6. Pozostałe osoby nie odpowiedziały na to pytanie.

Badania były anonimowe, a udział w nich w pełni dobrowolny. Każdy zestaw narzędzi badawczych znajdował się w kopercie i zawierał pisemną instrukcję, wyjaśniającą, w jakim celu realizowany jest projekt. Respondenci zostali poinformowani o możliwości odstąpienia od badań w każdym momencie. Rodzice dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi byli proszeni o wypełnienie narzędzi badawczych za pośrednictwem przeszkolonych terapeutów oraz nauczycieli, zatrudnionych w instytucjach wspierających rozwój ich dzieci (stowarzyszenia, fundacje, szkoły i przedszkola znajdujące się na terenie trzech województw: podkarpackiego, lubelskiego i śląskiego).

Wykorzystane analizy statystyczne służące określeniu właściwości psychometrycznych polskiej wersji skali

Plan analiz statystycznych obejmował weryfikację struktury czynnikowej polskiej wersji skali, jej rzetelności (zgodności wewnętrznej), niezmienności pomiarowej oraz trafności zewnętrznej.

Biorąc pod uwagę to, że odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza mierzone były – podobnie jak w przypadku oryginalnej wersji angielskiej narzędzia – na 5-stopniowej skali porządkowej, confirmacyjna analiza czynnikowa została przeprowadzona na podstawie macierzy korelacji polichorycznej z wykorzystaniem estymatora ważonych najmniejszych kwadratów ze skorygowaną średnią i wariancją (*Weighted Least Squares Means and Variance Adjusted* – WLSMV). Jest to standardowa procedura współczesnych analiz psychometrycznych (Humenny, Grygiel, 2015).

Korelacja polichoryczna jest lepszą niż macierz korelacji Pearsona miarą zależności między zmiennymi porządkowymi. Współczynnik korelacji *r*-Pearsona zakłada, że korelowane zmienne mają charakter ciągły – w przypadku analizo-

wanej skali mamy do czynienia ze zmiennymi dyskretnymi. W konsekwencji wykorzystywanie macierzy korelacji Pearsona jako podstawy do przeprowadzenia analiz czynnikowych bazujących na zmiennych porządkowych prowadzi do systematycznego zaniżania siły związku między zmiennymi, co skutkować może obniżeniem wiarygodności szacowanych parametrów modelu i miar dobroci dopasowania (Brown, 2006; Flora, Curran, 2004). Badania symulacyjne (Finney, DiStefano, 2006; Flora, Curran, 2004; Maydeu-Olivares, 2001; Wang, 2005) wskazują z kolei, że metoda estymacji WLSMV, lepiej niż inne metody, radzi sobie z szacowaniem zmiennych porządkowych, przede wszystkim w przypadku niewielkich prób oraz danych cechujących się znaczną skośnością. Zastosowana procedura jest współcześnie standardowo stosowaną w przypadku analizowania danych porządkowych.

Testowane były dwa modele: jednowymiarowy oraz – zakładany przez twórców skali – model dwuwymiarowy. Założono, że polska adaptacja powinna wskazywać na lepsze dopasowanie modelu dwu- niż jednowymiarowego. W ocenie dopasowania modeli do danych uwzględnione zostały trzy miary: (a) pierwiastek ze średniego kwadratu błędu przybliżenia (*Root Mean Square Error of Approximation* – RMSEA); (b) względny indeks dopasowania (*Comparative Fit Index* – CFI) oraz (c) nienormowany indeks dopasowania (*Tucker–Lewis Index* – TLI). Zgodnie z powszechnie przyjętymi regułami (Marsh, Hau, Grayson, 2005; Yu, 2002) model wskazujący na adekwatne dopasowanie do danych cechuje się wartościami RMSEA równymi lub mniejszymi niż 0,06 oraz wartościami CFI i TLI większymi niż 0,90. Jednocześnie o lepszym dopasowaniu modelu do danych, bardziej adekwatnym odzwierciedleniu „faktycznej” struktury czynnikowej, świadczą niższe wartości współczynników RMSEA oraz wyższe wartości współczynników CFI i TLI.

Obliczone zostały także dwa współczynniki rzetelności (zgodności wewnętrznej): alfa Cronbacha (1951) oraz omega (McDonald, 1999). Współczynnik alfa Cronbacha (najczęściej stosowana miara rzetelności) zakłada tau-ekwiwalentność, to jest (przede wszystkim) równość ładunków czynnikowych (Sijtsma, 2009). Niestety, empiryczne dane dość rzadko spełniają takie warunki (Peters, 2014). Omega jest alternatywną miarą rzetelności, która nie zakłada, że ładunki czynnikowe są takie same. Omega jest równie dobrym wskaźnikiem rzetelności jak alfa, gdy założenie o tau-ekwiwalentności jest spełnione, a jednocześnie daje bardziej trafne oszacowanie rzetelności, gdy założenie to jest naruszone (Dunn, Baguley, Brunnsden, 2014). Obie miary wiarygodności obliczane zostaną za pomocą polichorycznej macierzy korelacji (Gadermann, Guhn, Zumbo, 2012). Narzędzie może zostać uznane za rzetelne (wewnętrznie zgodne), gdy miary alfa/omega osiągną wartość przynajmniej 0,7 (DeVellis, 2012).

Kolejny krok analiz obejmował wersyfikację wzdłużnej (ci sami rodzice, badani po 1–2 tygodniach) niezmienności pomiarowej skali. Niezmiennność pomiarowa jest krytycznym założeniem w każdych porównaniach longitudinalnych

lub międzygrupowych (Millsap, 2011). Brak przynajmniej częściowej niezmienności pomiarowej uniemożliwia interpretowanie różnic występujących pomiędzy określonymi parametrami modelu, między turami badań i/lub między grupami (Horn, Mcardle, 1992). Wzdłużna niezmienność pomiarowa dowodzi pomiarowej „stabilności” cechującej narzędzie. Jest więc istotnym wskaźnikiem rzetelności narzędzia badawczego.

Robert J. Vandenberg i Charles E. Lance (2000) zaproponowali sposób testowania niezmienności pomiarowej wykorzystujący porównania pomiędzy hierarchicznie zagnieżdżonymi modelami, z których każdy nakłada więcej ograniczeń związanych z równością parametrów między grupami. Zgodnie z propozycją Dubravki Svetiny z zespołem (2020) oraz Hao Wu i Ryne’a Estabrooka (2016) w kroku pierwszym estymowany został model konfiguracyjny (M0), to jest model, w którym nie zakłada się jakiegokolwiek niezmienności narzędzia (wszystkie parametry modelu w każdym z okresów będą testowane jako potencjalnie niezależne od siebie). W drugim kroku, estymowany został model zakładający równość odpowiadających sobie progów twierdzeń (niezmiennność progowa). W ramach trzeciego kroku zweryfikowana została dodatkowo niezmienność ładunków czynnikowych (niezmienność typu metrycznego). W ostatnim kroku estymowany został model skalarny, w którym – oprócz wielkości ładunków czynnikowych oraz progów – ograniczenie równości zostało nałożone także na, odpowiadające sobie, średnie itemów.

W celu sprawdzenia, czy nałożone ograniczenia w znaczącym stopniu pogarszają dopasowanie modelu do danych w stosunku do modelu bez ograniczeń, uwzględniona została zmiana (Δ) trzech miar: χ^2 , RMSEA oraz CFI. Przyjęto dosyć liberalną (łatwo pozwalającą odrzucić hipotezę zerową) regułę, że hipoteza o niezmienności pomiarowej zostanie odrzucona, gdy poziom istotności $\Delta\chi^2$ będzie mniejszy niż 0,05, Δ RMSEA \leq 0,01, a Δ CFI \geq -0,002 (Svetina, Rutkowski, Rutkowski, 2020).

Ostatni etap analiz poświęcony został wstępnej weryfikacji trafności zewnętrznej na podstawie korelacji (r-Pearsona) z wynikami w innych skalach, mierzących podobne konstrukty, to jest: zmodyfikowanych polskich wersji Kwestionariusza do badania relacji między terapeutą i pacjentem F.-M. Starcka (T-P) w wersji dla pacjentów (Cechnicki, Wojnar, 1997), Skali zaufania pacjent–lekarz Anderson i Dedrick (SZPL) (Krajewska-Kułałak i in., 2008) oraz Kwestionariusza do pomiaru relacji terapeutycznej McGuire-Snieckus, McCabe, Catty, Hansson i Priebe (STAR-P) (Sosnowska i in., 2011). Modyfikacja polegała na zastąpieniu sformułowań „mój terapeuta/lekarz”, wyrażeniami „terapeuta/lekarz mojego dziecka”.

Analizę struktury czynnikowej (w tym wzdłużnej niezmienności pomiarowej) przeprowadzono za pomocą pakietu *lavaan* oraz *semTools*. Współczynniki rzetelności obliczono pakietem *psych* oraz *semTools*. Wykorzystane pakiety funkcjonują w otwartym środowisku R.

Wyniki

Na podstawie pracy tłumaczy i analizy eksperckiej przyjęto następującą polską nazwę adaptowanego narzędzia: *Rodzina–Specjalista. Skala Oceny Partnerstwa*. Autorzy oryginalnej wersji skali zakładali występowanie dwóch czynników.

Tabela 1. Miary dopasowania modelu jedno- i dwuczynnikowego testowanych w ramach konfirmacyjnej analizy czynnikowej

Model	χ^2	df	p	RMSEA	CFI	TLI	Δ RMSEA	Δ CFI	Δ TLI
jednoczynnikowy	252,08	135	<0,01	0,056	0,995	0,994	–	–	–
dwuczynnikowy	226,42	134	<0,01	0,050	0,996	0,995	0,006	–0,001	–0,001

χ^2 = test dobroci dopasowania chi-kwadrat; df = stopnie swobody; p = poziom istotności; CFI = *Comparative Fit Index*; TLI = *Tucker–Lewis Index*; RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*; Δ = różnica.

Źródło: badania własne.

Zarówno model jedno- jak dwuczynnikowy okazały się dobrze dopasowane do danych (por. tabela 1). Jednocześnie porównanie współczynników RMSEA, CFI oraz TLI wskazywało na nieco lepsze dopasowanie modelu dwuczynnikowego niż jednoczynnikowego. Korelacja między obu wymiarami była – podobnie zresztą, jak w przypadku wersji oryginalnej – wysoka, wynosząc 0,96. Dowodzi to, że polska wersja narzędzia pod względem struktury czynnikowej nie odbiega od wersji oryginalnej.

Standaryzowane ładunki czynnikowe – tak w przypadku pozycji tworzących wymiar *Relacje skoncentrowanych na dziecku*, jak itemów wymiaru *Relacje skoncentrowanych na rodzinie* – były nie tylko istotnie statystycznie różne od 0, lecz także wyraźnie przekraczały graniczną wartość 0,3 (por. tabela 2). Średnia wielkość ładunków czynnikowych dla *Relacji skoncentrowanych na dziecku* wyniosła 0,90, *Relacji skoncentrowanych na rodzinie* zaś 0,91.

Współczynniki rzetelności konstruktów latentnych dla modelu dwuczynnikowego także okazały się satysfakcjonujące (w przypadku *Relacji skoncentrowanych na dziecku*: alfa = 0,97; omega = 0,88; w przypadku *Relacji skoncentrowanych na rodzinie*: alfa = 0,97; omega = 0,95).

Analizy wykazały jednocześnie występowanie skalarnej wzdłużnej niezmienności pomiarowej – brak istotnych różnic ze względu na średnie, progi oraz ładunki czynnikowe (por. tabela 3 oraz tabela 4).

Obliczone współczynniki korelacji między konstruktami latentnymi okazały się dość wysokie. W przypadku *Relacji skoncentrowanych na dziecku* współczynnik korelacji liniowej r-Pearsona (pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem) wyniósł 0,81, w przypadku zaś *Relacji skoncentrowanych na rodzinie* równy był 0,76, potwierdzając, że narzędzie można uznać za stabilne w czasie.

Tabela 2. Standaryzowane ładunki czynniki (model konfirmacyjny – CFA)

Nr pozycji	Relacja skoncentrowana na dziecku		Nr pozycji	Relacja skoncentrowana na rodzinie	
	Ładunek	Błąd Standardowy		Ładunek	Błąd Standardowy
1.	0,877**	0,018	6.	0,824**	0,022
2.	0,920**	0,016	10.	0,887**	0,017
3.	0,907**	0,016	12.	0,901**	0,018
4.	0,850**	0,026	13.	0,903**	0,013
5.	0,917**	0,015	14.	0,909**	0,013
7.	0,934**	0,014	15.	0,923**	0,012
8.	0,920**	0,012	16.	0,904**	0,016
9.	0,916**	0,011	17.	0,943**	0,012
11.	0,882**	0,023	18.	0,953**	0,018

** poziom istotności mniejszy niż 0,01; * poziom istotności mniejszy niż 0,05.

Źródło: badania własne.

Tabela 3. Miary dopasowania modeli testowanych w ramach wzdłużnej niezmienności pomiarowej

Poziom niezmienności	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	RMSEA	CFI	TLI
konfiguralny	696,85	570	<0,01	0,026	0,996	0,995
progowy	726,91	602	<0,01	0,025	0,996	0,995
metryczny	742,14	617	<0,01	0,025	0,996	0,996
skalarny	759,31	632	<0,01	0,025	0,996	0,996

χ^2 = test dobroci dopasowania chi-kwadrat; *df* = stopnie swobody; *p* = poziom istotności; CFI = *Comparative Fit Index*; TLI = *Tucker–Lewis Index*; RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*.

Źródło: badania własne.

Tabela 4. Różnice pomiędzy miarami dopasowania modeli testowanych w ramach wzdłużnej niezmienności pomiarowej

Porównywane modele	$\Delta\chi^2$	Δdf	<i>p</i>	$\Delta RMSEA$	ΔCFI	ΔTLI
progowy vs konfiguralny	28,294	32	0,655	0,001	0,000	0,000
metryczny vs progowy	11,837	15	0,691	0,000	0,000	0,000
skalarny vs metryczny	25,876	16	0,056	0,000	0,000	0,000

χ^2 = test dobroci dopasowania chi-kwadrat; *df* = stopnie swobody; *p* = poziom istotności; CFI = *Comparative Fit Index*; TLI = *Tucker–Lewis Index*; RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*; Δ = różnica.

Źródło: badania własne.

Przeprowadzono także ocenę trafności zewnętrznej polskiej wersji skali. Zakładano pozytywne korelacje wyników ogólnych adaptowanego narzędzia z wynikami ogólnymi w STAR-P, SZPL, czynnikami Akceptacja i Profesjonalizm w T-P oraz negatywne, z następującymi czynnikami T-P: Niepewnością, Dominacją i Odrzuceniem. Korelacje wyniku ogólnego narzędzia *Rodzina–Osoba Wspierająca* z wynikami ogólnymi w STAR-P: $r = 0,68$; $p < 0,01$; z wynikiem w SZPL: $r = 0,35$; $p < 0,01$; z T-P (czynnik: Akceptacja): $r = 0,40$; $p < 0,01$; z T-P (czynnik: Profesjonalizm): $r = 0,65$; $p < 0,01$; z T-P (czynnik: Niepewność): $r = -0,45$; $p < 0,01$; z T-P (czynnik: Dominacja): $r = -0,44$; $p < 0,01$; z T-P (czynnik: Odrzucenie): $r = -0,54$; $p < 0,01$. Potwierdza to adekwatną trafność zewnętrzną skali.

Osoba badana ustosunkowuje się do twierdzeń na 5-stopniowej skali (1 – bardzo niezadowolona/y, 2 – niezadowolona/y, 3 – trudno powiedzieć, 4 – zadowolona/y, 5 – bardzo zadowolona/y). Istnieją dwie możliwości zliczania wyników. Możliwość pierwsza – ogólny wynik jest sumą wartości oznaczonych dla każdego twierdzenia (może wynosić od 18 do 90 pkt). Wyniki w podskalach liczy się zgodnie z następującym kluczem: *Relacje skoncentrowane na dziecku* – twierdzenia: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11. *Relacje skoncentrowane na rodzinie* – twierdzenia: 6, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18. Możliwość druga – oblicza się ogólny średni wynik dla 18 pozycji (średnia arytmetyczna z wartości oznaczonych dla wszystkich twierdzeń, może wynosić od 1 do 5 pkt). Analogicznie, z uwzględnieniem klucza, oblicza się średnie dla dwóch podskali.

Podsumowanie

Celem artykułu było opisanie procedury polskiej adaptacji skali *Family–Professional Partnership Scale* (FPPS) opracowanej przez Jean A. Summers z zespołem Beach Center on Disability Uniwersytetu Kansas oraz przedstawienie właściwości psychometrycznych adaptowanego narzędzia. *Rodzina–Specjalista. Skala Oceny Partnerstwa* posiada dobre właściwości psychometryczne i pozwala na wykonanie badania w dość krótkim czasie. Przedstawione wyniki badań wskazują, że polska wersja FPPS może zostać uznana za rzetelne, wzdłużnie stabilne oraz trafne narzędzie służące diagnozie jakości partnerstwa i współpracy między rodzicami dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi a specjalistami pracującymi z ich dziećmi. Przeprowadzone analizy potwierdzają – postulowaną przez Autorów narzędzia – dwuczynnikową strukturę skali (*Relacje skoncentrowane na dziecku* oraz *Relacje skoncentrowane na rodzinie*). Wysokie korelacje między obu czynnikami skłaniają do wniosku, że skala może być – zgodnie z sugestiami Jean A. Summers (Summers i in., 2005) – stosowana także do pomiaru ogólnej jakości partnerstwa/współpracy.

Prezentowane badanie nie jest wolne od ograniczeń. Próba nie miała charakteru reprezentatywnego, dobór był celowy, wśród badanych dominowały mat-

ki. Jeśli chodzi o poszczególne zaburzenia neurorozwojowe, przeważali rodzice dzieci ze spektrum autyzmu (prawie 44% badanych), a w przypadku niektórych problemów w rozwoju liczebności były niewielkie: przykładowo, rodzice dzieci z zespołem deficytu uwagi stanowili ok. 4% badanych, a ze specyficznymi zaburzeniami w uczeniu się – niecały 1%.

Mimo zasygnalizowanych ograniczeń wprowadzenie do obiegu naukowego tego narzędzia pozwoli na dalszą weryfikację jego właściwości psychometrycznych, a także realizację badań z zakresu psychologii, pedagogiki specjalnej oraz nauk o zdrowiu, dotyczących satysfakcji rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju z relacji ze specjalistami, ich korelatów i uwarunkowań w polskich warunkach. Stwarza również możliwości praktycznej ewaluacji jakości pracy poszczególnych terapeutów i nauczycieli, funkcjonowania całych instytucji (szkoły, stowarzyszenia), bądź realizacji przedsięwzięć, takich jak turnusy rehabilitacyjne.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Wyd. 5. Washington, DC.
- Bagheri, M.M., Kerbeshian, J., Burd, L. (1999). Recognition and management of Tourette's syndrome and tic disorders. *American Family Physician*, 59(8), 2263–2272.
- Barłóg, K. (2018). Rodzina i jej zaangażowanie w proces wspomagania rozwoju, rehabilitacji dziecka. *Wychowanie w Rodzinie*, 19(3), 223–240.
- Blue-Banning, M., Summers, J.A., Frankland, C., Nelson, L.L., Beegle, G. (2004). Dimensions of family and professional partnerships: Constructive guidelines for collaboration. *Exceptional Children*, 70(2), 167–184. <https://doi.org/10.1177/001440290407000203>
- Bowker, A., D'Angelo, N.M., Hicks, R., Wells, K. (2011). Treatments for autism: Parental choices and perceptions of change. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(10), 1373–1382. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1164-y>
- Brown, T.A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Press.
- Bull, L. (2009). Survey of complementary and alternative therapies used by children with specific learning difficulties (dyslexia). *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(2), 224–235. <https://doi.org/10.1080/13682820802015643>
- Cechnicki, A., Wojnar, M. (1997). Konstrukcja kwestionariusza do badania relacji między terapeutą a pacjentem psychotycznym. *Postępy Psychiatrii Neurologii*, 6, 269–276.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334.
- Cytowska, B. (2006). Idea wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju małego dziecka. W: B. Cytowska, B. Winczura (red.), *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka* (s. 15–26). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- DeVellis, R.F. (2012). *Scale development: Theory and applications*. Wyd. 3. New York: SAGE.
- Drozd, E. (2017). Rodzina podmiotem kształcenia ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. W: J. Głodkowska (red.), *Dydaktyka specjalna. Od systematyki do projektowania dydaktyki specjalistycznych* (s. 234–259). Warszawa: WN PWN.
- Dunn, T.J., Baguley, T., Brunsden, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399–412. <https://doi.org/10.1111/bjop.12046>
- Dunst, C.J., Trivette, C.M., Hamby, D.W. (2006). *Technical manual for measuring and evaluating family support program quality and benefits*. Asheville, North Carolina: Winterberry Press.

- Dykcik, W. (2001). Zakres i przedmiot zainteresowań pedagogiki specjalnej. W: W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna* (s. 67–93). Poznań: WN UAM.
- Fegert, J.M., Slawik, L., Wermelskirchen, D., Nübling, M., Mühlbacher, A. (2011). Assessment of parents' preferences for the treatment of school-age children with ADHD: A discrete choice experiment. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 11(3), 245–252. <https://doi.org/10.1586/erp.11.22>
- Finney, S.J., DiStefano, C. (2006). Nonnormal and categorical data in structural equation models. W: G.R. Hancock, R.O. Mueller (red.), *Structural equation. Modeling: A second course* (s. 269–314). Greenwich, CT: Information Age.
- Flora, D.B., Curran, P.J. (2004). An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological Methods*, 9(4), 466–491. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.9.4.466>
- Gadermann, A.M., Guhn, M., Zumbo, B.D. (2012). Estimating ordinal reliability for likert-type and ordinal item response data: A conceptual, empirical, and practical guide. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 17(3), 1–13. <https://doi.org/10.7275/N560-J767>
- Głodkowska, J. (2017). Dydaktyka specjalna – system znaczeń i relacji w projektowaniu dydaktyk specjalistycznych. W: J. Głodkowska (red.), *Dydaktyka specjalna. Od systematyki do projektowania dydaktyk specjalistycznych* (s. 36–74). Warszawa: WN PWN.
- Horn, J.L., Mcardle, J.J. (1992). A practical and theoretical guide to measurement invariance in aging research. *Experimental Aging Research*, 18(3), 117–144. <https://doi.org/10.1080/03610739208253916>
- Humenny, G., Grygiel, P. (2015). Wielowymiarowa struktura latentna w perspektywie analizy czynnikowej. W: A. Pokropek (red.), *Modele cech ukrytych w badaniach edukacyjnych, psychologii i socjologii. Teoria i zastosowania* (s. 130–165). Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Jacobs, M., Downie, H., Kidd, G., Fitzsimmons, L., Gibbs, S., Melville, C. (2016). Mental health services for children and adolescents with learning disabilities: A review of research on experiences of service users and providers. *British Journal of Learning Disabilities*, 44(3), 225–232. <https://doi.org/10.1111/bld.12141>
- Johnston, C., Seipp, C., Hommersen, P., Hoza, B., Fine, S. (2005). Treatment choices and experiences in attention deficit and hyperactivity disorder: Relations to parents' beliefs and attributions. *Child: Care, Health & Development*, 31(6), 669–677. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00555.x>
- Jones, J.L., Gallus, K.L. (2016). Understanding Deinstitutionalization. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 41(2), 116–131. <https://doi.org/10.1177/1540796916637050>
- Krajewska-Kułał, E., Wróblewska, K., Kruszewa, R., Szpakow, A., Kułał, W., Baranowska, A., Jankowiak, B., Krajewska, K., Kondzior, D., Lewko, J., Łukaszuk, C., Rolka, H., Klimaszewska, K., Kowalczyk, K., Sierakowska, M., Szyszko-Perłowska, A., Van Damme-Ostapowicz, K., Jaszewski, M., Kowalewska, B., Chilińska, J., Gołębiewska, A. (2008). Ocena zaufania pacjent lekarz z zastosowaniem skali Anderson i Dedrick. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 89(3), 414–418.
- Kupisiewicz, M. (2013). *Słownik pedagogiki specjalnej*. Warszawa: WN PWN.
- Lew-Koralewicz, A. (2013). Rola rodziny w terapii dzieci z zaburzeniami rozwoju w opiniach rodziców i terapeutów. W: J. Baran, G. Gunia (red.), *Teoria i praktyka oddziaływań profilaktyczno-wspierających rozwój osób z niepełnosprawnością* (s. 181–198). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Lichtańska, K. (2019). Opinie rodziców na temat jakości współpracy oraz wsparcia uzyskiwanego w procesie terapeutycznym ich dziecka z niepełnosprawnością. Raport z badań. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 64(2), 271–283.
- Lindsay, G., Ricketts, J., Peacey, L.V., Dockrell, J.E., Charman, T. (2016). Meeting the educational and social needs of children with language impairment or autism spectrum disorder: The parents' perspectives. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51(5), 495–507. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12226>

- Mackintosh, V.H., Goin-Kochel, R.P., Myers, B.J. (2012). "What do you like/dislike about the treatments you're currently using?": A qualitative study of parents of children with autism spectrum disorders. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 27(1), 51–60. <https://doi.org/10.1177/1088357611423542>
- Marsh, H.W., Hau, K.-T., Grayson, D. (2005). Goodness of fit evaluation in structural equation modeling. W: A. Maydeu-Olivares, J.J. McArdle, R.P. McDonald (red.), *Contemporary psychometrics: A festschrift for Roderick P. McDonald* (s. 275–340). New York: Erlbaum.
- Marshall, J.K., Mirenda, P. (2002). Parent-professional collaboration for positive behavior support in the home. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 17(4), 216–228. <https://doi.org/10.1177/10883576020170040401>
- Maydeu-Olivares, A. (2001). Limited information estimation and testing of Thurstonian models for paired comparison data under multiple judgment sampling. *Psychometrika*, 66(2), 209–227. <https://doi.org/10.1007/BF02294836>
- McDonald, R.P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. New York: Erlbaum Associates.
- Millsap, R.E. (2011). *Statistical approaches to measurement invariance*. New York: Routledge.
- Mire, S.S., Gealy, W., Kubiszyn, T., Burrige, A.B., Goin-Kochel, R.P. (2017). Parent perceptions about autism spectrum disorder influence treatment choices. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 32(4), 305–318. <https://doi.org/10.1177/1088357615610547>
- Obwieszczenie MZ z dnia 30 stycznia 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Dz. U. 2018 poz. 465.
- Okoń, W. (2001). *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Peters, G.J. (2014). The alpha and the omega of scale reliability and validity: Why and how to abandon Cronbach's alpha and the route towards more comprehensive assessment of scale quality. *The European Health Psychologist*, 16(2), 56–69.
- Pisula, E. (2012). *Rodzice dzieci z autyzmem*. Warszawa: WN PWN.
- Rattaz, C., Ledesert, B., Masson, O., Ouss, L., Ropers, G., Baghdadli, A. (2014). Special education and care services for children, adolescents, and adults with autism spectrum disorders in France: Families' opinion and satisfaction. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 18(2), 185–193. <https://doi.org/10.1177/1362361312460952>
- Rivard, M., Lépine, A., Mercier, C., Morin, M. (2015). Quality determinants of services for parents of young children with autism spectrum disorders. *Journal of Child & Family Studies*, 24(8), 2388–2397. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0041-2>
- Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym. Dz. U. 2017 poz. 1578.
- Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach. Dz. U. 2017 poz. 1591.
- Sekułowicz, M. (2007). Rodzina wobec niepełnosprawności dziecka. W: G. Kwaśniewska (red.), *Interdyscyplinarność procesu wczesnej interwencji wobec dziecka i jego rodziny* (s. 44–59). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Sijtsma, K. (2009). On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha. *Psychometrika*, 74(1), 107–120. <https://doi.org/10.1007/s11336-008-9101-0>
- Sinae, A., Sujin, H. (2017). Cognitive rehabilitation with neurodevelopmental disorder: A systematic review. *Neurorehabilitation*, 41(4), 707–719. <https://doi.org/10.3233/NRE-172146>
- Sińska, J. (2007). Opinie matek dzieci z zaburzeniami rozwoju na temat współpracy ze specjalistami. W: E. Pisula, D. Danielewicz (red.), *Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością* (s. 239–253). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Slade, N., Eisenhower, A., Carter, A.S., Blacher, J. (2018). Satisfaction with individualized education programs among parents of young children with ASD. *Exceptional Children*, 84(3), 242–260. <https://doi.org/10.1177/0014402917742923>

- Sosnowska, M., Prot-Klinger, K., Scattergood, M., Paczkowska, M., Smolicz, A., Ochocka, M. (2011). Relacja terapeutyczna w psychiatrii środowiskowej z perspektywy pacjenta i terapeuty. *Psychiatria Polska*, 45(5), 723–735.
- Summers, J.A., Hoffman, L., Marquis, J., Turnbull, A., Poston, D., Nelson, L.L. (2005). Measuring the quality of family-professional partnerships in special education services. *Exceptional Children*, 72(1), 65–83.
- Svetina, D., Rutkowski, L., Rutkowski, D. (2020). Multiple-group invariance with categorical outcomes using updated guidelines: An illustration using M plus and the lavaan/semTools packages. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 27(1), 111–130. <https://doi.org/10.1080/10705511.2019.1602776>
- Tran, N.V., Miyake, K. (2017). Neurodevelopmental disorders and environmental toxicants: Epigenetics as an underlying mechanism. *International Journal of Genomics*, 1–23. Academic Search Ultimate, EBSCOhost. <https://doi.org/10.1155/2017/7526592>
- Twardowski, A. (2012). *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym*. Poznań: WN UAM.
- Vandenberg, R.J., Lance, Ch.E. (2000). A review and synthesis of the measurement invariance literature: Suggestions, practices, and recommendations for organizational research. *Organizational Research Methods*, 3(1), 4–70. <https://doi.org/10.1177/109442810031002>
- Wang, W.C. (2005). Comparison of alternative estimation methods in confirmatory factor analyses of the General Health Questionnaire. *Psychological Reports*, 97(5), 3–10. <https://doi.org/10.2466/pr0.97.1.3-10>
- Wu, H., Estabrook, R. (2016). Identification of confirmatory factor analysis models of different levels of invariance for ordered categorical outcomes. *Psychometrika*, 81(4), 1014–1045. <https://doi.org/10.1007/s11336-016-9506-0>
- Yu, C. (2002). *Evaluating cutoff criteria of model fit indices for latent variable models with binary and continuous outcomes*. University of California.
- Zablotsky, B., Pringle, B.A., Colpe, L.J., Kogan, M.D., Rice, C., Blumberg, S.J. (2015). Service and treatment use among children diagnosed with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 36(2), 98–105. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500549>

RODZINA–SPECJALISTA SKALA OCENY PARTNERSTWA

**Jean A. Summers, Beach Center on Disability, University of Kansas
w polskiej adaptacji Tomasza Gosztyły, Pawła Grygiela i Anety Lew-
-Koralewicz**

INFORMACJA O BADANIU I INSTRUKCJA

Wszystkie przekazane nam informacje są poufne. Twoje imię i nazwisko nie będą powiązane z żadną z nich. Ważne, żeby odpowiedzieć na jak najwięcej pytań, ale proszę pominąć te z nich, które sprawiają, że czujesz się niekomfortowo.

Badanie dotyczy Twoich odczuć na temat osoby, która pracuje z Tobą i Twoim dzieckiem. Informacje uzyskane w tym badaniu mogą być przydatne do poinstruowania decydentów i instytucji pracujących z dziećmi oraz rodzinami. Być może w pracę z Twoim dzieckiem o specjalnych potrzebach zaangażowanych jest kilka osób, takich jak nauczyciele, pracownicy socjalni, logopedzi, terapeuci zajęciowi, fizjoterapeuci czy terapeuci behawioralni. **Proszę pomyśl o osobie, która NAJCZĘŚCIEJ pracowała z dzieckiem w ciągu ostatnich sześciu miesięcy i podaj rodzaj wykonywanej przez nią pracy.**

(zaznacz tylko jedną opcję)

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| Terapeuta behawioralny | <input type="checkbox"/> |
| Nauczyciel | <input type="checkbox"/> |
| Terapeuta zajęciowy | <input type="checkbox"/> |
| Fizjoterapeuta | <input type="checkbox"/> |
| Pracownik opieki społecznej | <input type="checkbox"/> |
| Psycholog | <input type="checkbox"/> |
| Logopeda | <input type="checkbox"/> |
| Lekarz | <input type="checkbox"/> |
| Pielęgniarka | <input type="checkbox"/> |
| Doradca zawodowy | <input type="checkbox"/> |
| Inny (określ, jaki) _____ | <input type="checkbox"/> |

PARTNERSTWO–RODZINA–SPECJALISTA					
W jakim stopniu jesteś zadowolona/y z tego, jak osoba pracująca z Twoim dzieckiem	<i>Bardzo niezadowolona/y</i>	<i>Niezadowolona/y</i>	<i>Trudno powiedzieć</i>	<i>Zadowolona/y</i>	<i>Bardzo zadowolona/y</i>
1. Pomaga Ci zdobyć umiejętności lub informacje potrzebne do uzyskania tego, czego potrzebuje Twoje dziecko.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Posiada umiejętności potrzebne, aby pomóc Twojemu dziecku osiągnąć sukces.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Świadczy usługi, które spełniają indywidualne potrzeby Twojego dziecka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pracując z innymi specjalistami, występuje w najlepszym interesie Twojego dziecka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Informuje Cię o tym, co dziecko robi dobrze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jest dostępna/y, kiedy jej/go potrzebujesz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Traktuje Twoje dziecko z szacunkiem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bazuje na mocnych stronach Twojego dziecka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ceni Twoją opinię o potrzebach Twojego dziecka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jest szczerą/y, nawet, kiedy trzeba przekazać złą wiadomość.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dbą o bezpieczeństwo Twojego dziecka, mając je pod opieką.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Używa zrozumiałych dla Ciebie słów.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Chroni prywatność Twojej rodziny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Szanuje wartości i przekonania Twojej rodziny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Słucha bez osądzania Twojego dziecka lub rodziny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jest osobą, na której możesz polegać i której możesz zaufać.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Zwraca uwagę na to, co masz do powiedzenia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Jest przyjaźnie nastawiona/y.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dziękujemy! Zakończyłaś/eś wypełnianie skali. Upewnij się, że odpowiedziałaś/eś na wszystkie pytania.

PARTNERSTWO W RELACJACH ZE SPECJALISTAMI W OCENIE RODZICÓW
DZIECI Z ZABURZENIAMI NEURORÓZWOJOWYMI. *RODZINA–SPECJALISTA*.
SKALA OCENY PARTNERSTWA – POLSKA ADAPTACJA FAMILY–PROFESSIONAL
PARTNERSHIP SCALE

Abstrakt

Celem artykułu jest prezentacja procedury polskiej adaptacji skali *Family–Professional Partnership Scale* (FPPS) opracowanej przez Jean A. Summers z zespołem Beach Center on Disability, Uniwersytetu Kansas oraz przedstawienie właściwości psychometrycznych adaptowanego narzędzia (rzetelności, struktury czynnikowej, trafności zewnętrznej oraz stabilności pomiaru). Przyjęto następującą polską nazwę skali: *Rodzina–Specjalista. Skala Oceny Partnerstwa*. Właściwości psychometryczne narzędzia zweryfikowano na podstawie badania z udziałem 334 rodziców dzieci z różnymi zaburzeniami neurorozwojowymi. *Skala Oceny Partnerstwa* służy do diagnozy zadowolenia rodziców z partnerstwa jako kluczowego aspektu współpracy ze specjalistami pracującymi z ich dziećmi. Składa się z 18 twierdzeń. Daje możliwość obliczenia wyniku ogólnego i wyników w dwóch podskalach: *Relacji skoncentrowanych na dziecku* i *Relacji skoncentrowanych na rodzinie*. Posiada dobre właściwości psychometryczne i pozwala na wykonanie badania w krótkim czasie.

Słowa kluczowe: zaburzenia neurorozwojowe, rodzina, specjaliści, partnerstwo, adaptacja narzędzia diagnostycznego

PARTNERSHIP IN RELATIONS WITH PROFESSIONALS IN THE ASSESSMENT
OF PARENTS OF CHILDREN WITH NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS.
RODZINA–SPECJALISTA. SKALA OCENY PARTNERSTWA – POLISH ADAPTATION
OF THE FAMILY–PROFESSIONAL PARTNERSHIP SCALE

Abstract

The aim of the article is to present the procedure of Polish adaptation of the *Family–Professional Partnership Scale* (FPPS) developed by Jean A. Summers with the team of Beach Center on Disability, University of Kansas and also describe the psychometric properties of the adapted tool (reliability, structure factor, external validity and measurement stability). The following Polish name was used for the scale in the adaptation process: *Rodzina–Specjalista. Skala Oceny Partnerstwa*. The psychometric properties of the tool were verified based on research involving 334 parents of children with various neurodevelopmental disorders. *Skala Oceny Partnerstwa* is used to diagnose parents' satisfaction with the partnership as a key aspect of cooperation with professionals working with their children. It consists of 18 items. It enables researchers to calculate the overall score as well as the scores in two subscales: *Child-Focused Relationships* and *Family-Focused Relationships*. The scale has good psychometric properties and allows for conducting the testing in a relatively short time.

Keywords: neurodevelopmental disorders, family, professionals, partnership, adaptation of assessment tool

URSZULA OLEJNIK*

GOTOWOŚĆ DO AKCEPTACJI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W GRUPIE RÓWIEŚNICZEJ A POSTAWY ZDYSTANSOWANIA *VERSUS* TOLERANCYJNOŚCI MŁODZIEŻY SŁABOWIDZĄCEJ

Wprowadzenie

Aktywny udział osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności w życiu społecznym, kulturowym i politycznym jest coraz bardziej powszechny, a ich integracja społeczna to jedno z ważniejszych zagadnień w codziennym dyskursie społecznym. Badania nad postawami wobec osób z niepełnosprawnością są częste, lecz powinny być ponawiane ze względu na dynamikę zmian społeczno-kulturowych (Wolińska, 2015). Często są one rozpatrywane w kategoriach tolerancyjności i dystansowania się wśród osób pełnosprawnych, bardzo rzadko w grupie samych osób z niepełnosprawnościami. Te dwa pojęcia – dystans i tolerancja – wydają się być niezwiązane ze sobą, ze względu na odmienne ładunki semantyczne. Wnikliwa analiza pozwala jednak stwierdzić, że w gruncie rzeczy są one ze sobą ściśle powiązane i odnoszą się na ogół do zjawisk w życiu człowieka, które są nowe oraz nieznane (Kirenko, Wawer, 2015; Olejnik, 2018). Połączenie tych dwóch konstruktów w jedno continuum i zdefiniowanie ich w kategoriach postaw pozwala na zbadanie oraz określenie stopnia gotowości danego człowieka do wejścia w interakcję z osobą z niepełnosprawnością. Owe założenie jest zgodne z rozważaniami Jarosława J. Saka (2002). Jego zdaniem tolerancja jest akceptacją, nie odmiennością, lecz niejednoznaczności związanej z racjonalizowaniem dystansu, jaki ta niejednoznaczność wywołuje. Wzajemne powiązania pomiędzy tymi dwoma konstruktami dostrzega także Maria Chod-

* Urszula Olejnik (<https://orcid.org/0000-0003-2391-123X>); Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, pl. M. Curie-Skłodowskiej 5, 20-400 Lublin; tel. +48 81 5376321; e-mail: urszula.olejnik@poczta.umcs.lublin.pl

kowska (2012), która twierdzi, że u podstaw kształtowania tolerancyjności leżą struktury społeczne o zrównoważonej konfiguracji dystansów. W jej ocenie zbyt duży dystans jest przeszkodą w poznaniu odmienności, a zbyt mały – zagrożeniem dla wzajemnego komfortu psychicznego i szacunku ludzi. Dlatego aktywna i świadoma postawa tolerancyjności zbudowana jest na właściwym doborze i wykorzystaniu dystansów różnych rozmiarów.

Dotychczasowe badania nad postawami wobec osób z niepełnosprawnością pokazują m.in., że warunkiem ich prawidłowego kształtowania się jest jak najwcześniejsza integracja osób z niepełnosprawnością i pełnosprawnych (Fidelus, 2006; Kazanowski, 2010). Częste kontakty z osobami z niepełnosprawnością i zdobyte doświadczenia w tym zakresie są znamienne, nie zawsze jednak i nie w każdej sytuacji przekładają się na mniejszy dystans społeczny wobec nich. Wbrew pozorom pogłębienie i zwiększenie intymności relacji może przyczynić się do zwiększenia dystansu, zamiast jego zmniejszenia. Zależy to zarówno od danej osoby, przedmiotu jej postawy, jak również sytuacji i charakteru relacji (Gorczycka, 2003; Miłkowska-Olejniczak, 1993; Olejnik, 2018). Omawiane zależności dotyczą nie tylko osób pełnosprawnych, lecz także osób dotkniętych niepełnosprawnością, gdyż samo jej posiadanie nie przekłada się na postawę akceptacji czy chociażby tolerancyjności wobec innych osób z niepełnosprawnością (Gorczycka, 1988; Bąbka, 2009).

Grupa rówieśnicza to jedna z grup społecznych wywierająca silny wpływ na jednostkę i jej sposób postrzegania otaczającej rzeczywistości, a także kształtowanie się postaw tolerancyjności, szacunku, serdeczności oraz empatii wobec drugiego człowieka i jego odmienności (Gorczycka, 2003; Rudek, 2003). Pomaga w przezwyciężaniu kryzysów tożsamościowych i doskonaleniu zadań rozwojowych niezbędnych na danym etapie życia. Zwłaszcza w okresie adolescencji i wieku młodzieńczym odgrywa ona ważną rolę w życiu każdego człowieka. Częstotliwość kontaktów między członkami grupy rówieśniczej jest wzmożona i cechuje ją duża dynamika zmian. Z jednej strony przynależność do niej pozwala na identyfikację z grupą i budowanie wzajemnych więzi społecznych, z drugiej strony na odnalezienie własnej tożsamości poprzez potrzeby naśladowania, bądź odróżnienia się od innych jej członków. Grupa rówieśnicza dla kształtowania się tożsamości indywidualnej jest niezbędną i pomaga człowiekowi w budowaniu własnego niepowtarzalnego systemu wartości i postępowaniu zgodnie z nim; uczy realizacji wspólnych celów oraz wierności wspólnym ideałom. Towarzystwo, w jakim obraca się dana osoba stanowi swoiste „zwierciadło”, dzięki któremu znajduje ona informacje zwrotne dotyczące własnego funkcjonowania, wyglądu, a także poziomu własnych kompetencji (Bąbka, 2009; Korzon, 2011).

Niepełnosprawność stanowi istotną przeszkodę, jeśli chodzi o zajmowanie wysokich pozycji w grupie rówieśniczej przez dzieci i młodzież nią dotknięte. Spory odsetek spośród nich jest wręcz izolowany czy odrzucany od grupy

koleżeńskiej (Palak, 2000; Rudek, 2003; Fidelus, 2006; Baraniewicz, 2007). Dystansowanie się wobec rówieśników, którzy wydają się być w jakiś sposób odmienni nasila się zwłaszcza u dorastającej młodzieży i związane jest m.in. z wymienionymi już procesami spostrzegania i kategoryzacji społecznej. Jest to proces naturalny i nieunikniony. Jeśli owe dystansowanie się i nietolerancja będą czasowe, to mogą sprzyjać poczuciu odrębności oraz budowaniu tożsamości społecznej. Jeżeli natomiast będą miały charakter trwały, to finalnie mogą się przełożyć na praktyki dyskryminacyjne wobec innych osób (Bąbka, 2009). Pomimo diametralnych zmian, jakie zaszły w postrzeganiu osób z niepełnosprawnością w przestrzeni publicznej, nadal największy problem, z jakim się one stykają stanowią bariery społeczne (Fidelus, 2006; Bazaniak, 2009; Wiliński, 2010).

Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością posiadają takie same potrzeby jak sprawni rówieśnicy. Jedną z nich jest potrzeba afiliacji i akceptacji w grupie rówieśniczej. Osoby z niepełnosprawnością przez samo jej doświadczanie nie są bardziej akceptujący wobec osób z innymi rodzajami niepełnosprawności. Ewa Gorczycka (1988) i Jarosław Bąbka (2009) wyraźnie wskazują, że osoby te chętniej przebywają w towarzystwie osób pełnosprawnych niż z niepełnosprawnością.

Grupa koleżeńska to krąg osób często przebywających ze sobą, połączonych wzajemną sympatią, zainteresowaniami, celami. Jej członkowie tworzą ją najczęściej na zasadach wzajemnej atrakcyjności lub podobieństwa. Osoby z niepełnosprawnościami są w tej szczególnej sytuacji, że ze względu na posiadane ograniczenia, mogą być odbierane przez grupę rówieśniczą jako osoby „inne”, „odmienne”, wymagające specjalnego traktowania, albo mniej atrakcyjne (Bazaniak, 2009). Brak doświadczenia w kontaktach z ludźmi z różnym rodzajem niepełnosprawności, a przede wszystkim wiedzy dotyczącej funkcjonowania tych osób, może przekładać się na prezentowanie dużego dystansu społecznego, w tym nawet negatywnych postaw społecznych. Wskutek niechęci grupy rówieśniczej do akceptacji tych osób, czy chociażby ich poznania, dzieci i młodzież z niepełnosprawnościami tracą możliwość zaspokojenia potrzeb, zdobywania nowych doświadczeń i ćwiczenia nowych umiejętności wynikających właśnie z przynależności do grupy rówieśniczej.

Metodologiczne założenia badań własnych

Młodzież słabowidząca boryka się z wieloma problemami w codziennym funkcjonowaniu. Na procesy adaptacji społecznej tej grupy wpływa wiele różnorodnych czynników związanych zarówno z funkcjonowaniem każdego z jej członków, jak i tych ułożonych w bliższym lub dalszym otoczeniu fizycznym oraz społecznym (Czerwińska, 2010, 2011; Szabała, 2016). Napotymane trudności w kontaktach z innymi ludźmi przekładają się często na niższą samoocenę tych osób, poczucie osamotnienia czy onieśmielenia w kontaktach

z innymi ludźmi (Paplińska, 2008; Gładyszewska-Cylulko, 2018). Dlatego dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością niezmiernie istotny jest prawidłowo prowadzony trening umiejętności społecznych, stwarzanie wielu możliwości do ćwiczenia tych umiejętności, jak również wyposażenie w zasoby mające na celu podniesienie jakości ich codziennego funkcjonowania, w tym funkcjonowania w grupie rówieśniczej (np. świadomość pokonywania własnych lęków, otwartość i tolerancja na inność drugiego człowieka, a także szybkość i adekwatność reakcji w zaistniałej sytuacji społecznej). Przynależność do grupy rówieśniczej i dobre funkcjonowanie w niej są istotnymi elementami życia każdego człowieka, zaspokajającymi jego potrzeby rozwojowe występujące w danym okresie życia (Fidelus, 2006; Bąbka, 2009). Posiadanie tolerancyjnego i otwartego nastawienia sprzyja nie tylko wchodzeniu w interakcje społeczne, lecz także ich podtrzymywaniu i dobrej adaptacji w grupie oraz społeczeństwie (Olejnik, 2018). Dlatego podstawowy problem w badaniach własnych zawiera się w pytaniu o związek między postawami zdystansowania *versus* tolerancyjności a gotowością do akceptacji osoby z niepełnosprawnością w grupie rówieśniczej. Pytania szczegółowe dotyczyły korelacji między poziomami postaw zdystansowania *versus* tolerancyjności badanej młodzieży a ich gotowością do akceptacji osób z różnym rodzajem niepełnosprawności w grupie rówieśniczej. Do pytań szczegółowych postawiono hipotezy zakładające, że postawie tolerancyjności będzie towarzyszył wyższy stopień gotowości do akceptacji osoby z niepełnosprawnością w grupie rówieśniczej, zdystansowaniu zaś niższy. Otrzymane wyniki analiz odniesiono do grupy młodzieży pełnosprawnej, ze względu na to, że zarówno gotowość do integracji wyrażona poprzez stosunek badanej młodzieży do osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności, jak i postawy zdystansowania oraz tolerancyjności to zjawiska wspólne dla populacji osób niepełno- i pełnosprawnych (Huurre, 2000; Mazur, Parchomiuk, 2004; Byra, Mazur, 2006; Borowiecki, 2015; Szabała, 2015, 2016).

Materiał badawczy został zebrany za pomocą metody sondażu diagnostycznego. Zastosowano narzędzia, które mogą być powszechnie stosowane, tj. Skala Dystansu i Tolerancji (SDT) Janusza Kirenki i Urszuli Olejnik, a także Skala Dystansu Społecznego Emory'ego Bogardusa.

Skala Dystansu i Tolerancji została stworzona na bazie dyferencjału semantycznego. Twórcami jego ogólnych zasad są Charles E. Osgood, George J. Suci i Percy H. Tannenbaum. Przy jej konstrukcji sformułowano oraz wybrano twierdzenia określające dystans i tolerancję, a także przyporządkowano skale przymiotnikowe służące do ich oszacowania. Końcowy etap prac nad skalą to przypisanie twierdzeniom znaczeń denotacyjnych, niesugerujących negatywnych czy pozytywnych ocen. W wyniku dalszych prac psychometrycznych (badanie rzetelności połówkowej) z 10 par twierdzeń pozostawiono siedem. Do oceny ich konotacyjnego znaczenia wykorzystano 7-stopniowy, oryginalny zestaw skal przymiotnikowych (Kirenko, 1998; Kirenko, Olejnik, 2012). Prowadzone ba-

dania nad trafnością i rzetelnością pokazały, że współczynniki rzetelności skal wyznaczony metodą wewnętrznnej zgodności wynoszą od 0,42 do 0,78, a stałość skal, badana w odstępie 2–3 tygodni, wynosi od 0,36 do 0,73 (Kirenko, Olejnik, 2012). Narzędzie zostało wykorzystane w badaniach związków nastawienia dystansowania i tolerancyjności z takimi zasobami osobowymi, jak wsparcie społeczne oraz poczucie koherencji (Olejnik, 2018). Skalą Dystansu i Tolerancji zmierzono poziom zmiennej niezależnej, tj. poziom postaw zdystansowania *versus* tolerancyjności badanych osób.

Stopień gotowości do akceptacji osoby z niepełnosprawnością w grupie rówieśniczej (zmienna zależna) zmierzono zmodyfikowaną wersją skali Bogardusa (1933), która służy poznaniu stopnia skłonności badanych osób do utrzymywania – zróżnicowanych co do bliskości – stosunków społecznych z innymi. Zadaniem osób badanych jest odniesienie się do założonej w pytaniu sytuacji i ocena stopnia zgody na kontakt z innymi ludźmi. Oznacza to, że badani są proszeni o określenie stopnia gotowości do zintegrowania się z innymi osobami. W przeprowadzonych badaniach młodzież pełnosprawna i słabowidząca została zapytana o to, w jakim stopniu jest skłonna zaakceptować osobę z różnym rodzajem niepełnosprawności we własnym towarzystwie. Badani mieli odnieść swoje odpowiedzi do osób z niepełnosprawnością wzrokową (słabowidzący i niewidomi), słuchową (słabosłyszący i niesłyszący), ruchową, intelektualną, chorobą przewlekłą, chorobą psychiczną i niedostosowaniem społecznym.

Badaniami objęto 100 uczniów słabowidzących uczęszczających do szkół specjalnych w Lublinie (grupa podstawowa), Krakowie i Warszawie, a także 120 uczniów szkół ogólnodostępnych z miejscowości Kamionka, Lubartów i Lublin (grupa porównawcza). Młodzież uczęszczała do klas III gimnazjum i do klas I–III szkół ponadpodstawowych. W grupie podstawowej znaleźli się dziewczęta (42 osoby – 42%) i chłopcy (58 osób – 58%) w wieku od 15 do 21 lat. Najwięcej wśród badanych było 17-latków (28%), 16-latków (23%) i 18-latków (23%). Dziewiętnastolatki stanowiły 11% grupy podstawowej, a 15-latkowie – 9%. Wśród uczniów słabowidzących znalazło się także 3% osób w wieku 20 i 21 lat. Młodzież z tej grupy zamieszkiwała najczęściej w internatach znajdujących się przy szkołach specjalnych. Ponad połowa badanych zadeklarowała zamieszkiwanie na terenie miast (60%), a 40% na terenach wiejskich. W skład grupy porównawczej weszło 80 dziewcząt (66,67%) i 40 chłopców (33,33%). Podobnie jak w przypadku młodzieży słabowidzącej, tak i tutaj największy odsetek stanowili 17-latkowie (36,67%), następnie 18-latkowie (29,17%) i 16-latkowie (20%). Najmniej wśród badanych znalazło się 19-latków (8,33%) i 15-latków (5,83%). Uczniowie z grupy porównawczej zamieszkiwali głównie na wsi (65,83%), a 34,17% w mieście.

Wyniki badań

Przejawiane postawy zdystansowania *versus* tolerancyjności badanej młodzieży stanowiły zmienną niezależną. Zmierzone zostały za pomocą Skali Dystansu i Tolerancji. Otrzymane wyniki stanowią różnicę dwóch twierdzeń wchodzących w skład każdej z siedmiu kategorii skali, przy czym jedno twierdzenie miało zabarwienie pozytywne, a drugie negatywne (tabela 1 – dane z tego zakresu problemowego były publikowane w autorskiej monografii pt. *Postawy zdystansowania i tolerancyjności a zasoby osobiste młodzieży słabowidzącej*).

Tabela 1. Postawy zdystansowania *versus* tolerancyjności badanej młodzieży

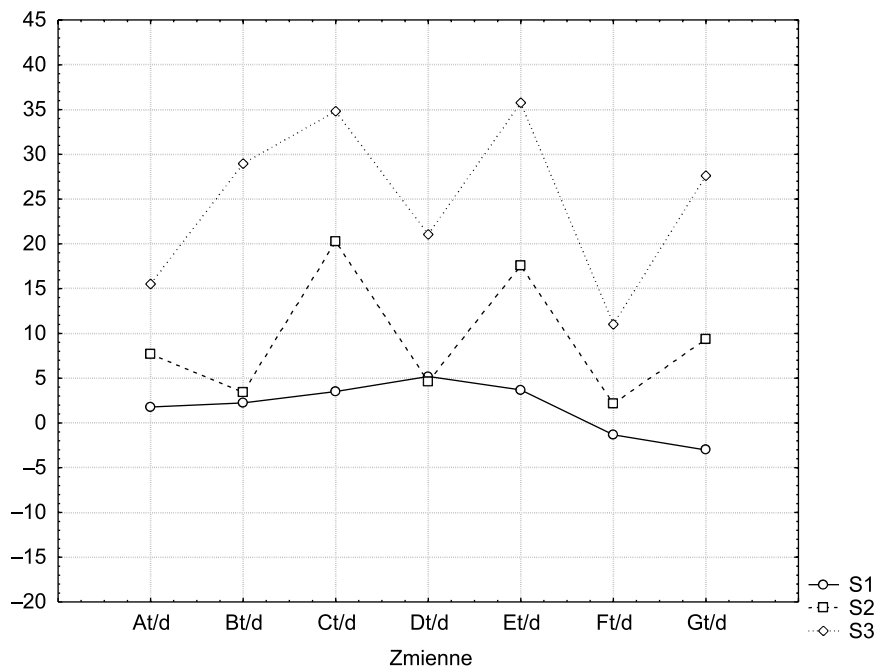
Twierdzenie	Śr pod	Śr por	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>N</i> pod	<i>N</i> por	sd pod	sd por
At/d (wyrozumiałość/ nieugiętość)	8,49	8,63	-0,075	218	0,941	100	120	13,16	13,50
Bt/d (akceptacja/ odrzucenie)	12,71	15,74	-1,331	218	0,184	100	120	18,25	15,52
Ct/d (autentyczność/ fasadowość)	19,60	20,37	-0,342	218	0,732	100	120	17,34	16,18
Dt/d (otwartość/rezerwa)	11,08	12,72	-0,850	218	0,396	100	120	13,31	14,95
Et/d (życzliwość/niechęć)	19,34	22,12	-1,210	216	0,228	98	120	17,66	16,21
Ft/d (kompromisowość/ konserwatyzm)	4,24	7,31	-1,447	218	0,149	100	120	15,80	15,55
Gt/d (swoboda/ skrzępowanie)	11,72	13,06	-0,569	218	0,570	100	120	18,79	16,13

Śr pod – średnia w grupie podstawowej; Śr por – średnia w grupie porównawczej.

Źródło: badania własne.

Uzyskane wyniki wskazują na pozytywne nastawienie badanej młodzieży, zarówno słabowidzącej, jak i pełnosprawnej. Badaną młodzież cechuje otwartość na nowe doświadczenia i ludzi, a także zrozumienie i szacunek dla odmienności. Postawa ta jest bardziej widoczna w grupie młodzieży pełnosprawnej, we wszystkich siedmiu kategoriach Skali Dystansu i Tolerancji. Najwyższe wyniki w obydwu badanych grupach otrzymano w kategoriach: Ct/d (autentyczność/fasadowość), Et/d (życzliwość/niechęć), a najniższe: Ft/d (kompromisowość/konserwatyzm) oraz At/d (wyrozumiałość/nieugiętość). Ciekawą zależnością, która dała się zauważyć, było osiągnięcie w poszczególnych twierdzeniach Skali Dystansu i Tolerancji wysokich wyników zarówno w pojęciach związanych z tolerancyjnością, jak i tych przypisanych dystansowi. Młodzież pełnosprawna otrzymała zbliżone wyniki do grupy młodzieży słabowidzącej w pojęciach związanych z tolerancyjnością, lecz zdecydowanie niższe w opisujących zdystansowanie. Biorąc pod uwagę kategorie, na które one się składały, okazało

się, że młodzież pełnosprawna uzyskała wyższe wyniki. W celu wyraźniejszego zróżnicowanie osób badanych otrzymane średnie skategoryzowano w trzy skupienia. Każde z nich jest zorientowane w kierunku tolerancyjności, jednak profil i natężenie wykazywanych postaw są odmienne. Dlatego zarówno w grupie podstawowej, jak i porównawczej wyróżniono skupienie młodzieży o najwyższym, najniższym oraz pośrednim poziomie tolerancyjności.



S1 – skupienie zdystansowane; S2 – skupienie mieszane; S3 – skupienie tolerancyjne.

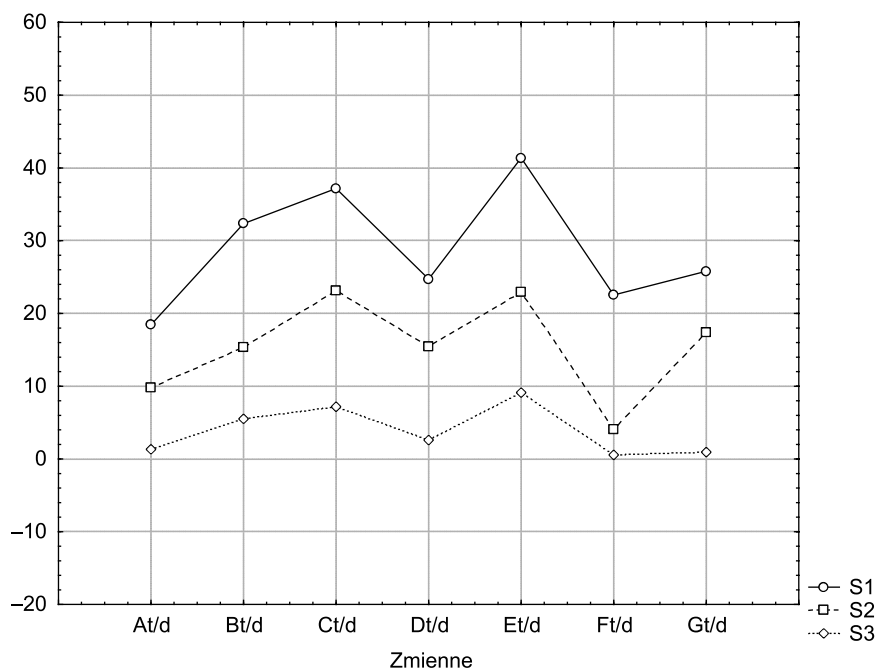
Wykres 1. Skupienia prezentowanych postaw – grupa podstawowa

Źródło: badania własne.

Wyniki średnich dla każdego z wyszczególnionych skupień w grupie młodzieży słabowidzącej prezentuje wykres 1. Skupienie młodzieży, które okazało się najbardziej zdystansowane składa się z 37 osób (37% badanych z grupy), tolerancyjne z 38 osób (38% badanych), a co czwarty uczeń słabowidzący znalazł się w skupieniu mieszanej (25% osób badanych). Skupienie młodzieży tolerancyjnej i mieszanej okazały się zbliżone charakterem, nieco inny profil posiada skupienie młodzieży zdystansowanej. Młodzież ze skupień tolerancyjnego i mieszanego osiągnęła najwyższe wyniki w kategoriach Ct/d (autentyczność/fasadowość) i Et/d (życzliwość/niechęć), co może oznaczać, że zarówno jedna, jak i druga grupa młodzieży wysoko ceni w kontaktach z innymi ludźmi takie cechy, jak życzliwość i autentyczność. Ciekawe wydaje się osiągnięcie przez młodzież w obydwu omawianych skupieniach niskich wyników w kategoriach Ft/d

(kompromisowość/konserwatyzm) i Dt/d (otwartość/rezerwa), co może świadczyć o asekuracyjnym podejściu do otaczającej rzeczywistości, w szczególności do tego, co odmienne i nowe, a także przywiązaniu do posiadanych poglądów. Największą spójność wyników osiągnęła młodzież ze skupienia zdystansowanego, gdzie rozkład wszystkich wyników oscylował wokół zera. W kategoriach Ft/d (kompromisowość/konserwatyzm) i Gt/d (swoboda/skrępowanie) wyniki wyraźnie wskazywały na zdystansowanie młodzieży.

Uczniowie ze szkół ogólnodostępnych w porównaniu z uczniami słabowidzącymi okazali się bardziej tolerancyjni (wykres 2). Największy poziom tolerancji wykazała młodzież ze skupienia 1 (25% badanych). Cechuje ją znacząco wyższy poziom tolerancyjności, w porównaniu z innymi skupieniami w tej grupie. Charakter rozkładu jest podobny do tego w grupie młodzieży słabowidzącej, jednak osiągnięte średnie są zdecydowanie wyższe.



S1 – skupienie tolerancyjne; S2 – skupienie mieszane; S3 – skupienie zdystansowane.

Wykres 2. Skupienia prezentowanych postaw – grupa porównawcza

Źródło: badania własne.

W skład skupienia 2 weszły średnie młodzieży wskazujące na pośrednie nastawienie prezentowanych postaw. Jest ono bardziej liczne, niż skupienie młodzieży słabowidzącej o tym samym rodzaju nastawienia (43 osoby, stanowiące 35,83% grupy), a osiągnięte wyniki są wyższe. Cechuje je także większa spójność wewnętrzna prezentowanej postawy. W skład najliczniejszego skupienia

3 (47 osób, co stanowi 39,17% badanej grupy), weszła młodzież pełnosprawna o najbardziej zdystansowanym nastawieniu wokół otaczającej rzeczywistości. Rozkład ten jest bardzo podobny w swej strukturze do rozkładu młodzieży słabowidzącej o takim samym nastawieniu i charakteryzuje go największa jednolitość w porównaniu do dwóch pozostałych skupień z grupy porównawczej.

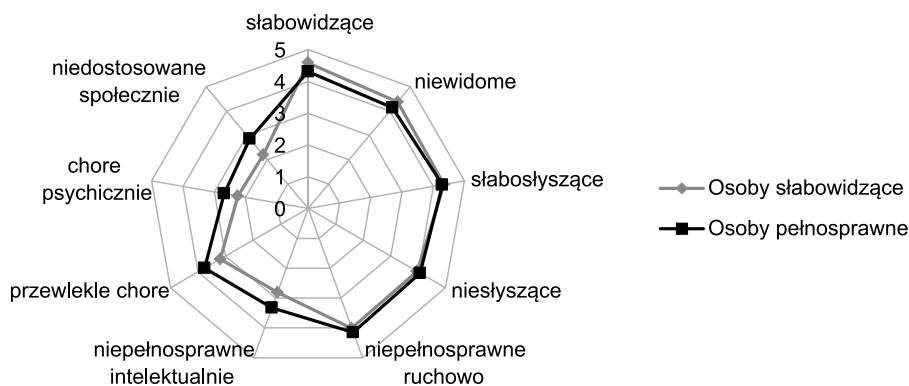
Gotowość do akceptacji osoby z niepełnosprawnością w grupie rówieśniczej stanowi zmienną zależną, która została zmierzona przy pomocy zmodyfikowanej Skali dystansu społecznego Bogardusa. Otrzymane wyniki w obydwu badanych grupach obrazują tabela 2 i wykres 3.

Tabela 2. Gotowość do akceptacji osoby z niepełnosprawnością w grupie rówieśniczej

Grupy rówieśników	Śr. pod	Śr. por	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>N</i> pod	<i>N</i> por	sd pod	sd por
Słabowidzący	4,59	4,31	2,561	218	0,011*	100	120	0,83	0,80
Niewidomi	4,38	4,14	1,885	218	0,061~	100	120	1,00	0,87
Słabosłyszący	4,35	4,29	0,507	218	0,613	100	120	0,91	0,79
Niesłyszący	3,96	4,07	-0,731	218	0,466	100	120	1,26	0,90
Niepełnosprawni ruchowo	4,01	4,15	-1,015	218	0,311	100	120	1,15	0,89
Niepełnosprawni intelektualnie	2,81	3,33	-3,284	218	0,001*	100	120	1,34	1,02
Przewlekle chorzy	3,19	3,76	-3,909	218	0,000*	100	120	1,20	0,96
Chorzy psychicznie	2,25	2,68	-2,594	218	0,010*	100	120	1,27	1,15
Niedostosowani społecznie	2,20	2,86	-4,022	218	0,000*	100	120	1,26	1,16

* – $p < 0,05$; ~ – p zbliżone do istotności; Śr pod – średnia w grupie podstawowej; Śr por – średnia w grupie porównawczej.

Źródło: badania własne.



Wykres 3. Gotowość do akceptacji osoby z niepełnosprawnością w grupie rówieśniczej

Źródło: badania własne.

Badane osoby słabowidzące i pełnosprawne zapytane o to, czy zaakceptowałyby osobę z niepełnosprawnością wzrokową w grupie rówieśniczej odpowiadały zdecydowanie twierdząco. Bardziej tolerancyjni wobec tej grupy osób okazali się uczniowie szkół specjalnych. Młodzież słabowidząca jest najbardziej akceptująca wobec innych osób słabowidzących, ale także w stosunku do osób niewidomych wykazała większą gotowość do akceptacji, niż młodzież pełnosprawna. W przypadku osób słabosłyszących, osiągnięta zależność była podobna, lecz zróżnicowanie międzygrupowe nie było istotne statystycznie. Brak statystycznie istotnego zróżnicowania między badanymi grupami młodzieży w omawianej kwestii wystąpił także w stosunku do osób niesłyszących i niepełnosprawnych ruchowo. Okazało się, że te dwie grupy osób z niepełnosprawnością chętniej zostałyby zaakceptowane przez młodzież pełnosprawną. Istotne zróżnicowanie międzygrupowe otrzymano w odniesieniu do osób z chorobą przewlekłą, niepełnosprawnością intelektualną, chorobą psychiczną i niedostosowaniem społecznym. Co okazało się zaskakujące, to nie młodzież słabowidząca, lecz pełnosprawna wykazała w stosunku do tych grup osób z niepełnosprawnościami znacznie wyższy poziom akceptacji w grupie rówieśniczej.

Jeszcze niższe wskazania średnich w obydwu grupach badawczych otrzymano w pytaniu o akceptację osób z niepełnosprawnością intelektualną. Najmniejszą gotowość do akceptacji osoby we własnym towarzystwie badani z obydwu grup wykazali wobec osób z chorobą psychiczną i niedostosowaniem społecznym. Osiągnięte zróżnicowania międzygrupowe we wszystkich tych przypadkach są istotne statystycznie. Najniższa średnia w przypadku uczniów szkół specjalnych, wskazująca na najmniejszą gotowość do akceptacji w grupie rówieśniczej została osiągnięta wobec osób z niedostosowaniem społecznym. Uczniowie szkół ogólnodostępnych posiadają zdecydowanie wyższą gotowość do akceptacji tej grupy osób we własnym towarzystwie.

Podsumowując otrzymane wyniki badań, należy stwierdzić, że młodzież słabowidząca najwyższy poziom gotowości do akceptacji w grupie rówieśniczej wykazała w odniesieniu do innych słabowidzących, a najniższy wobec osób z niedostosowaniem społecznym. Z kolei młodzież pełnosprawna najwyższy stopień akceptacji w tym zakresie ujawniła wobec osób słabowidzących i słabosłyszących, najniższy zaś w stosunku do osób z chorobą psychiczną.

Występujące statystyczne zależności pomiędzy gotowością do akceptacji osoby z różnymi rodzajami niepełnosprawności w grupie rówieśniczej a wykazywanymi postawami zdystansowania *versus* tolerancyjności badanych uczniów zestawiono w tabelach 3 i 4.

Obydwie badane grupy młodzieży najwyższy poziom gotowości do integracji wykazały wobec osób słabowidzących. Analiza związku między omawianymi zmiennymi dowiodła, że jest on istotny statystycznie. Jak wskazują średnie arytmetyczne osiągnięte przez młodzież zakwalifikowaną do poszczególnych skupień, młodzież zarówno słabowidząca, jak i pełnosprawna chętnie

Tabela 3. Gotowość do akceptacji osoby niepełnosprawnej w grupie rówieśniczej a postawa zdystansowania *versus* tolerancji badanych osób – ANOVA – grupa podstawowa

Grupy rówieśników	F°	p	Porównanie wewnątrzgrupowe			
			gr	{1}4,216	{2}4,880	{3}4,763
Słabowidzący	6,824	0,002*	gr	{1}4,216	{2}4,880	{3}4,763
			S1	–	0,001*	0,003*
			S2	0,001*	–	0,564
			S3	0,003*	0,564	–
Niewidomi	4,683	0,011*	gr	{1}4,000	{2}4,520	{3}4,657
			S1	–	0,0405*	0,004*
			S2	0,040*	–	0,581
			S3	0,004*	0,581	–
Słabosłyszący	3,215	0,044*	gr	{1}4,054	{2}4,520	{3}4,526
			S1	–	0,0469*	0,024*
			S2	0,046*	–	0,978
			S3	0,024*	0,978	–
Niesłyszący	4,507	0,013*	gr	{1}3,486	{2}4,160	{3}4,289
			S1	–	0,035*	0,005*
			S2	0,035*	–	0,681
			S3	0,005*	0,681	–
Niepełnosprawni ruchowo	6,915	0,002*	gr	{1}3,486	{2}4,240	{3}4,368
			S1	–	0,008*	0,000*
			S2	0,008*	–	0,647
			S3	0,000*	0,647	–
Niepełnosprawni intelektualnie	0,011	0,990	gr	{1}2,810	{2}2,840	{3}2,789
			S1	–	0,933	0,945
			S2	0,933	–	0,884
			S3	0,945	0,884	–
Przewlekle chorzy	2,931	0,058*	gr	{1}3,054	{2}3,680	{3}3,000
			S1	–	0,041*	0,842
			S2	0,041*	–	0,026*
			S3	0,842	0,026*	–
Chorzy psychicznie	0,259	0,772~	gr	{1}2,162	{2}2,400	{3}2,236
			S1	–	0,476	0,801
			S2	0,476	–	0,622
			S3	0,801	0,622	–
Niedostosowani społecznie	0,745	0,478	gr	{1}2,054	{2}2,120	{3}2,394
			S1	–	0,841	0,247
			S2	0,841	–	0,401
			S3	0,247	0,401	–

* – $p < 0,05$; ~ – p zbliżone do istotności; S1 – skupienie zdystansowane; S2 – skupienie mieszane, S3 – skupienie tolerancyjne.

Źródło: badania własne.

Tabela 4. Gotowość do akceptacji osoby niepełnosprawnej w grupie rówieśniczej a postawa zdystansowania *versus* tolerancyjności badanych osób – ANOVA – grupa porównawcza

Grupy rówieśników	F°	p	Porównanie wewnątrzgrupowe			
			gr	{1}	{2}	{3}
Słabowidzący	8,954	0,000*	gr	{1}4,700	{2}4,395	{3}3,978
			S1	–	0,089~	0,000*
			S2	0,089~	–	0,009*
			S3	0,000*	0,009*	–
Niewidomi	8,657	0,000*	gr	{1}4,566	{2}4,232	{3}3,787
			S1	–	0,089~	0,000*
			S2	0,089~	–	0,011*
			S3	0,000*	0,011*	–
Słabosłyszący	7,359	0,001*	gr	{1}4,666	{2}4,348	{3}4,000
			S1	–	0,078~	0,000*
			S2	0,078~	–	0,030*
			S3	0,000*	0,030*	–
Niesłyszący	6,769	0,002*	gr	{1}4,466	{2}4,139	{3}3,744
			S1	–	0,110	0,000*
			S2	0,110	–	0,030*
			S3	0,000*	0,030*	–
Niepełnosprawni ruchowo	5,526	0,005*	gr	{1}4,433	{2}4,302	{3}3,829
			S1	–	0,524	0,003*
			S2	0,524	–	0,010*
			S3	0,003*	0,010*	–
Niepełnosprawni intelektualnie	7,672	0,001*	gr	{1}3,866	{2}3,348	{3}2,978
			S1	–	0,026*	0,000*
			S2	0,026*	–	0,073~
			S3	0,000*	0,073~	–
Przewlekłe chorzy	6,361	0,002*	gr	{1}4,133	{2}3,883	{3}3,404
			S1	–	0,256	0,000*
			S2	0,256	–	0,015*
			S3	0,000*	0,015*	–
Chorzy psychicznie	3,848	0,024*	gr	{1}3,133	{2}2,651	{3}2,404
			S1	–	0,074~	0,006*
			S2	0,074~	–	0,301
			S3	0,006*	0,301	–
Niedostosowani społecznie	1,906	0,153	gr	{1}3,200	{2}2,814	{3}2,680
			S1	–	0,161	0,056~
			S2	0,161	–	0,585
			S3	0,056~	0,585	–

* – $p < 0,05$; ~ – p zbliżone do istotności; S1 – skupienie zdystansowane; S2 – skupienie mieszane; S3 – skupienie tolerancyjne.

Źródło: badania własne.

zaakceptuje osobę słabowidzącą we własnej grupie rówieśniczej. Okazało się, że uczniowie słabowidzący przejawili we wszystkich trzech wyróżnionych skupieniach wyższy poziom akceptacji innych osób słabowidzących w porównaniu z pełnosprawnymi.

W obu badanych grupach zaszła zależność istotna statystycznie między ogólnym nastawieniem poznawczo-emocjonalnym młodzieży a dystansem społecznym wobec osób niewidomych w założonej sytuacji akceptacji ich w grupie rówieśniczej. Młodzież słabowidząca ze skupienia tolerancyjnego najwyższy wynik uzyskała w skupieniu tolerancyjnym. Był on istotnie wyższy od wyniku młodzieży zdystansowanej i od wyniku młodzieży ze skupienia mieszanego. Również w grupie uczniów pełnosprawnych najwyższą średnią arytmetyczną uzyskała młodzież ze skupienia tolerancyjnego i była ona istotnie wyższa od średniej młodzieży ze skupienia zdystansowanego, a także w sposób zbliżony do istotności wyższa od średniej młodzieży ze skupienia mieszanego.

Posiadanie ogólnego nastawienia poznawczego zorientowanego tolerancyjnie wpływa również na akceptację osób z niepełnosprawnością słuchową jako członków grona rówieśniczego. Zależność na poziomie istotności statystycznej zaszła w grupie młodzieży słabowidzącej zarówno wobec osób słabosłyszących, jak i niesłyszących, a także wśród uczniów szkół ogólnodostępnych. Osiągnięte średnie arytmetyczne w poszczególnych skupieniach pokazują, że badani uczniowie z obu grup są skłonni zaakceptować osobę z niepełnosprawnością słuchową w grupie rówieśniczej, a poziom stopnia akceptacji związany jest z poziomem ich tolerancyjności oraz stopniem posiadanej niepełnosprawności przez osoby będące przedmiotem owej postawy. Nieznacznie mniejsze średnie we wszystkich analizowanych skupieniach, świadczące o nieco niższym poziomie akceptacji, odnotowano u badanych wobec osób niesłyszących, niż w stosunku do osób słabosłyszących. Średnia młodzieży słabowidzącej ze skupienia tolerancyjnego wobec tej kategorii niepełnosprawnych była istotnie wyższa od osiągniętej przez młodzież ze skupienia zdystansowanego. W porównaniu z uczniami szkół specjalnych osoby uczęszczające do szkół ogólnodostępnych przejawiały nieznacznie wyższy poziom gotowości do akceptacji w sytuacji, w której założono kontakty towarzyskie z osobą niesłyszącą.

Nieco mniejsza gotowość do akceptacji w grupie rówieśniczej niż wobec niepełnosprawnych słuchowo pojawiła się wśród obu grup badawczych w sytuacji, gdy w ich towarzystwie miałyby się pojawić osoba z niepełnosprawnością ruchową. Osiągnięte wyniki w skupieniach mieszanym i tolerancyjnym wskazują na zdolność do akceptacji osób z niepełnosprawnością ruchową w swoim towarzystwie i są one w sposób istotny statystycznie wyższe niż osiągnięte przez młodzież zdystansowaną. Młodzież pełnosprawna uzyskała nieco wyższe średnie we wszystkich wyróżnionych skupieniach. Korelacja między ogólnym nastawieniem poznawczo-emocjonalnym a postawą wobec sytuacji koleżeństwa z osobą niepełnosprawną ruchowo okazała się istotna statystycznie w obu

grupach badawczych. Oznacza to, że także wobec osób z niepełnosprawnością ruchową posiadanie przez badane osoby postawy tolerancyjności sprzyja większej gotowości do ich akceptacji w grupie rówieśniczej. Wzrost zdystansowania w ogólnym nastawieniu wobec otaczającej rzeczywistości społecznej przekłada się na mniejszy stopień akceptacji w sytuacji koleżeństwa z osobami niepełnosprawnymi ruchowo.

Wyniki osiągnięte przez młodzież słabowidzącą i pełnosprawną wobec osób z chorobą przewlekłą wskazują na niższy poziom gotowości do ich akceptacji w grupie rówieśniczej, niż to miało miejsce wobec osób z niepełnosprawnością ruchową. Natomiast w grupie młodzieży pełnosprawnej, w której istotność statystyczna pomiędzy badanymi zmiennymi również wskazuje na ich wzajemną zależność, kierunek przeprowadzonego porównania wewnątrzgrupowego wskazuje na dotychczas otrzymywane zależności w rozwoju badanych postaw. Najwyższą bowiem średnią arytmetyczną otrzymano w grupie uczniów o nastawieniu tolerancyjnym i była ona istotnie wyższa od uzyskanej przez uczniów nastawionych w sposób bardziej zdystansowany. Otrzymane średnie we wszystkich omawianych skupieniach dowodzą, że osoby pełnosprawne ze skupień tolerancyjnego i mieszanego nie mają nic przeciwko akceptacji osób z chorobą przewlekłą w grupie rówieśniczej. Osoby pełnosprawne zdystansowane oraz słabowidzące o nastawieniu zarówno tolerancyjnym, jak i zdystansowanym, udzielając odpowiedzi na analizowane pytanie, najczęściej natomiast zaznaczały „nie wiem”.

Interesujące zależności otrzymano, jeśli chodzi o omawiane kwestie, wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną. Okazuje się, że młodzież słabowidząca była w tej kwestii bardzo zgodna: średnie we wszystkich trzech skupieniach są do siebie bardzo zbliżone i nie osiągnięto pomiędzy nimi istotnych różnic. W odniesieniu do osób z niepełnosprawnością intelektualną brak jest jakiegokolwiek zależności między ogólnie prezentowanymi postawami zdystansowania bądź tolerancyjności a gotowością do akceptacji takiej osoby w kręgu własnych znajomych. Okazuje się, że młodzież słabowidząca, niezależnie od posiadanego poziomu tolerancyjności, niechętnie akceptuje w swoim towarzystwie osoby z niepełnosprawnością intelektualną. W grupie młodzieży pełnosprawnej zaszła natomiast dotychczasowa zależność. Uczniowie, którzy okazali się tolerancyjni, osiągnęli wobec tych osób najwyższą średnią, wskazując na to, że są skłonni zaakceptować osoby niepełnosprawne intelektualnie w grupie rówieśniczej. Otrzymane wyniki obu grup badawczych pokazują, że osoby z takim rodzajem niepełnosprawności nie są pożądanym przez badaną młodzież towarzystwem wspólnych aktywności społecznych.

Najmniejszy poziom gotowości do akceptacji osoby z niepełnosprawnością w kręgu rówieśniczym wykazali respondenci wobec osób z chorobą psychiczną i niedostosowaniem społecznym. Osoby słabowidzące nieco mniejszy dystans społeczny wykazały wobec osób z chorobą psychiczną niż wobec osób z niedostosowaniem społecznym. Średnie arytmetyczne osiągnięte we wszystkich

skupieniach grupy podstawowej pokazują, że młodzież ze szkół specjalnych nie chce mieć w kręgu własnych kolegów i znajomych osoby z chorobą psychiczną. Uzyskane średnie w poszczególnych skupieniach nie różnią się od siebie w sposób istotny i pomiędzy ogólnym nastawieniem poznawczo-emocjonalnym a postawą wobec osób z chorobą psychiczną w omawianej sytuacji nie zaszła zależność istotna statystycznie. Oznacza to, że bez względu na posiadany poziom tolerancyjności, osoby z chorobą psychiczną nie są chętnie widziane w grupie rówieśniczej badanych osób słabowidzących. W grupie uczniów pełnosprawnych pomiędzy omawianymi zmiennymi otrzymano natomiast zależność na poziomie statystycznej istotności, a przeprowadzone badanie wewnątrzgrupowe pokazało, że posiadanie wyższego poziomu tolerancyjności przekłada się na nieco wyższą gotowość do akceptacji osoby z chorobą psychiczną w kręgu własnych kolegów i znajomych. Zróznicowanie na poziomie istotności statystycznej zaszło pomiędzy skupieniem tolerancyjnym a zdystansowanym, zbliżone zaś do istotności pomiędzy skupieniami tolerancyjnym i mieszanym. Wobec osób z chorobą psychiczną, respondenci z grupy porównawczej wykazali najmniejszą gotowość do podjęcia kontaktów, uczniowie słabowidzący natomiast najbardziej zdystansowani są wobec osób z niedostosowaniem społecznym. Osiągnięte średnie wyraźnie wskazują, że młodzież ta nie chce, aby osoby mające problem z dostosowaniem się do reguł życia społecznego znajdowały się w ich grupie rówieśniczej. Brak zależności istotnej statystycznie pomiędzy ogólnym nastawieniem emocjonalno-poznawczym a postawą wobec osób z niedostosowaniem społecznym w omawianej sytuacji dowodzi, że poziom posiadanej tolerancyjności nie determinuje stopnia akceptacji tych osób. Brak takiej zależności wystąpił także w grupie młodzieży pełnosprawnej, która wobec tych osób okazała nieco większą gotowość do integracji niż wobec osób z chorobą psychiczną. Średnia arytmetyczna uzyskana w tej grupie w skupieniu tolerancyjnym była w sposób istotny statystycznie wyższa od średniej uzyskanej przez uczniów z grupy zdystansowanej. Zależność taka nie zaszła pomiędzy skupieniem mieszanym a pozostałymi dwoma skupieniami. W obu badanych grupach widać jednak, że ogólna postawa, jaką reprezentują badani, nie rzutuje na ich stosunek wobec osób z niedostosowaniem społecznym w sytuacji ewentualnego utrzymywania z nimi znajomości.

Zakończenie

Osiągnięte wyniki badań prowadzą do wniosku, że posiadane przez młodzież postawy zdystansowania *versus* tolerancyjności korelują z jej poziomem gotowości do akceptacji osób z niepełnosprawnością w grupie rówieśniczej. Zarówno grupa podstawowa, jak i grupa porównawcza największy poziom gotowości do akceptacji deklaruje wobec osób słabowidzących i słabosłyszących, czyli wobec grup, których stopień niepełnosprawności odbierany jest jako łżejszy. W miarę pogłębiania się stopnia niepełnosprawności gotowość do akceptacji tych osób

w grupie rówieśniczej maleje. Posiadanie wyższego poziomu tolerancji przez młodzież słabowidzącą i pełnosprawną sprzyja akceptacji osób z niepełnosprawnością w grupie rówieśniczej, zdystansowanie natomiast przekłada się na większą rezerwę. Osoby o nastawieniu tolerancyjnym są bardziej otwarte i empatyczne wobec osób z niepełnosprawnością, zdystansowanie zaś przekłada się na mniejszy stopień chęci poznania i akceptacji inności. Owa zależność nie odnosi się jednak do niektórych grup osób z niepełnosprawnością. Okazuje się, że wobec osób z niedostosowaniem społecznym poziom tolerancji nie wpływa w żaden sposób na ich akceptację w towarzystwie i tę prawidłowość stwierdzono zarówno w grupie młodzieży słabowidzącej, jak i pełnosprawnej.

Otrzymane wyniki badań pokazują, że akceptacja w grupie rówieśniczej zależy od rodzaju posiadanej przez daną osobę niepełnosprawności, a także jej stopnia. Zarówno w grupie młodzieży słabowidzącej, jak i pełnosprawnej znalazły się osoby, które wykazały różny poziom tolerancji wobec innych osób z niepełnosprawnością. Oznacza to, że nie tyle posiadanie niepełnosprawności, ile ogólne nastawienie poznawczo-emocjonalne warunkuje gotowość do akceptacji innej osoby z niepełnosprawnością w grupie rówieśniczej. Zgodne jest to z rozważaniami prowadzonymi przez Gorczycką (1988) i Bąbkę (2009), którzy stwierdzają, że nieuzasadniony jest pogląd, że osoby z niepełnosprawnością chętniej wybierają towarzystwo innych niepełnosprawnych. Otrzymane zależności pomiędzy ogólnymi postawami zdystansowania *versus* tolerancji a akceptacją osób z różnym rodzajem niepełnosprawności w grupie rówieśniczej potwierdzają wielokrotnie stwierdzoną w literaturze potrzebę kształtowania postawy tolerancji wśród dzieci od najmłodszych ich lat (Baraniewicz, 2007; Bazaniak, 2009). Dotyczy ona nie tylko dzieci pełnosprawnych, lecz także niepełnosprawnych, gdyż jak wykazały badania własne, wobec niektórych grup osób z niepełnosprawnością osoby słabowidzące okazały się być mniej tolerancyjne niż pełnosprawni. Szczególnie istotne jest to w przypadku młodzieży w wieku dorastania i młodzieńczym, kiedy to grupa rówieśnicza odgrywa szczególną rolę w życiu młodego człowieka, a potrzeby akceptacji i afiliacji są bardzo silne. Przeprowadzone badania i otrzymane wyniki pokazują, że kształcenie postaw tolerancji poprzez różnorodną działalność edukacyjną jest zasadne w przypadku dzieci oraz młodzieży na każdym szczeblu i w każdym systemie kształcenia. Jedynie poprzez przekazywanie rzetelnych informacji dotyczących funkcjonowania osób z różnym rodzajem niepełnosprawności, a także doświadczenie zdobyte w kontaktach z nimi młodzi ludzie z niepełnosprawnością mają większe szanse na odnalezienie swego miejsca w grupie rówieśniczej (por. Rudek, 2008).

Każde badania, w których respondenci mają zadeklarować postawę własną wobec osób z niepełnosprawnością, obciążone są ryzykiem wystąpienia efektu społecznych oczekiwań, dlatego otrzymane wyniki należy interpretować ostrożnie. Dodać trzeba, że prowadzenie badań wśród dzieci i młodzieży słabo-

widzących jest trudne, ze względu na zróżnicowane funkcjonowanie wzrokowe i częste współwystępowanie dodatkowych obciążeń. W celu pogłębienia eksploracji badawczych w tym zakresie, warto wykorzystać inne dostępne narzędzia i techniki badawcze. Zgłębianie tematyki dotyczącej dystansu i tolerancji, w szczególności wśród grup dzieci i młodzieży w różnym wieku oraz różnej sytuacji życiowej, jest istotne ze względu na potrzebę wychowywania ich w duchu poszanowania szeroko pojmowanej „inności”.

Bibliografia

- Baraniewicz, D. (2007). Zachowanie ucznia a jego pozycja w klasie integracyjnej. W: T. Żółkowska (red.), *Konteksty pedagogiki specjalnej*. T. 2 (s. 60–92). Szczecin: PrintGroup.
- Bąbka, J. (2009). Relacje społeczne „Ja–My–Oni” niepełnosprawnych adolescentów. *Niepełnosprawność*, 2, 43–50.
- Bazaniak, J. (2009). Inność obiektem tolerancji. Kształtowanie postaw tolerancyjnych u dzieci w wieku wczesnoszkolnym w ich środowisku edukacyjnym. *Poznańskie Studia Teologiczne*, 23, 323–357. <https://doi.org/10.14746/pst.2009.23.21>
- Bogardus, E.S. (1933). A social distance scale. *Sociology & Social Research*, 17, 265–271.
- Borowiecki, P. (2015). Samoocena osób z niepełnosprawnością w świetle wybranej literatury i badań własnych. *Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania*, 2(15), 109–126.
- Byra, S., Mazur, B. (2006). Poczucie jakości życia młodzieży słabo widzącej. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 1, 28–36.
- Chodkowska, M. (2012). Socjopedagogiczne wymiary dystansu społecznego. W: M. Chodkowska, S. Byra (red.), *Dystans społeczny w teorii i praktyce pedagogicznej* (s. 15–34). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Czerwińska, K. (2010). Funkcjonowanie adolescentów z niepełnosprawnością wzrokową. W: Z. Pałak, A. Bujnowska, A. Pawlak (red.), *Aktualne problemy edukacji i rehabilitacji osób niepełnosprawnych w biegu życia* (s. 111–118). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Czerwińska, K. (2011). Uczeń z dysfunkcją wzroku w szkole ogólnodostępnej – wybrane aspekty społeczne i dydaktyczne. W: J. Głodkowska (red.), *Uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w szkole ogólnodostępnej. Wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne* (s. 156–172). Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Fidelus, A. (2006). Niepełnosprawność a odrzucenie w grupie rówieśniczej. *Studia nad Rodziną*, 10/1–2(18–19), 225–233.
- Gorczycka, E. (1988). *Dystans czy tolerancja. Studium nad postawami wobec ludzi niepełnosprawnych*. Częstochowa: PTWK.
- Gorczycka, E. (2003). Integracja społeczna osób niepełnosprawnych – wyzwania przyszłości. *Ergonomia Niepełnosprawnym w Przyszłości*, 15, 37–45.
- Gładyszewska-Cybulko, J. (2018). Autostygmatyzacja osób z niepełnosprawnością wzrokową. W: Wojciechowska, A. (red.), *Interdyscyplinarne konteksty pedagogiki specjalnej* (s. 185–200). Poznań: WN UAM.
- Huurre, T. (2000). *Psychological development and social support among adolescents with visual impairment*. Finland: University of Tampere.
- Kazanowski, Z. (2010). Uwarunkowania integracji społecznej uczniów niewidomych w grupie rówieśniczej. *Szkola Specjalna*, 1(252), 20–33.
- Kirenko, J. (1998). *Psychospołeczne determinanty funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kirenko, J., Olejnik, U. (2012). Dystans versus tolerancja – próba pomiaru. W: M. Chodkowska, S. Byra (red.), *Dystans społeczny w teorii i praktyce pedagogicznej* (s. 47–56). Lublin: Wydawnictwo UMCS.

- Kirenko, J., Wawer, R. (2015). *Dystans versus tolerancja. Percepcja niepełnosprawności w badaniach eyetrackingowych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Korzon, A. (2011). Grupa rówieśnicza dziecka niepełnosprawnego w środowisku domowym – integracja „podwórkowa”. *Niepełnosprawność*, 6, 82–87.
- Mazur, B., Parchomiuk, M. (2004). Wsparcie społeczne młodzieży z uszkodzonym wzrokiem a odczuwanie trudności związanych z niepełnosprawnością. W: G. Kwaśniewska, A. Wojnarska (red.), *Aktualne problemy wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych* (s. 45–54). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Miłkowska-Olejniczak, G. (1993). Problemy tolerancji w teorii i praktyce szkolnej. *Ruch Pedagogiczny*, 1–2, 177–186.
- Olejnik, U. (2018). *Postawy zdystansowania i tolerancyjności młodzieży słabowidzącej*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Palak, Z. (2000). *Uczniowie niewidomi i słabowidzący w szkołach ogólnodostępnych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Paplińska, M. (2008). Konsekwencje wynikające z braku wzroku. W: M. Paplińska (red.), *Edukacja równych szans. Uczeń i student z dysfunkcją wzroku – nowe podejście, nowe możliwości* (s. 14–21). Warszawa: Wydawnictwa UW.
- Rudek, I. (2003). *Dziecko jako kolega. Wzory, akceptacja, tolerancja, odrzucenie*. *Rocznik Lubuski*, 29(2), 87–92.
- Rudek, I. (2008). *Od niechęci do akceptacji. O wychowaniu dzieci do tolerancji wobec niepełnosprawnych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Sak, J.J. (2002). Dystans i tolerancja. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 27(11), 198–207.
- Szabała, B. (2015). Poczucie sensu życia w kontekście radzenia sobie w sytuacjach trudnych młodych dorosłych z niepełnosprawnością wzrokową. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 4(30), 55–72. <https://doi.org/10.5604/17345537.1199163>
- Szabała, B. (2016). Rola samooceny w kształtowaniu optymizmu osób słabowidzących. *Forum Pedagogiczne*, 6(1), 149–166.
- Wiliński, M. (2010). Modelowe strategie pomocy osobom z ograniczeniami sprawności: medykalizacja – usprawnianie – włączanie. W: A.I. Brzezińska, R. Kaczan, K. Smoczyńska (red.), *Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności* (s. 60–92). Warszawa: WN Scholar.
- Wolińska, J. (2015). Percepcja społeczna, stereotyp niepełnosprawności – perspektywa aktora i obserwatora. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 28(1), 45–66. <https://doi.org/10.17951/j.2015.28.1.45>

GOTOWOŚĆ DO AKCEPTACJI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W GRUPIE RÓWIEŚNICZEJ A POSTAWY ZDYSTANSOWANIA VERSUS TOLERANCYJNOŚCI MŁODZIEŻY SŁABOWIDZĄCEJ

Abstrakt

W prezentowanych w artykule badaniach wzięło udział 100 uczniów słabowidzących uczęszczających do szkół specjalnych przy ośrodkach w Lublinie, Krakowie i Warszawie, a także 120 uczniów szkół ogólnodostępnych znajdujących się w miejscowościach Kamionka, Lubartów i Lublin. Badania zostały przeprowadzone z wykorzystaniem Skali Dystansu i Tolerancji (SDT – Kirenko, Olejnik) i Skali Dystansu Społecznego Bogardusa. Osiągnięte wyniki badań wykazały, że posiadane przez młodzież słabowidzącą i pełnosprawną postawy zdystansowania versus tolerancyjności korelują z jej poziomem gotowości do akceptacji osób z niepełnosprawnością we własnym towarzystwie. Największą gotowość do akceptacji osoby z niepełnosprawnością w kręgu swoich kolegów obydwie badane grupy przejawiały wobec osób o najmniejszym stopniu niepełnosprawności, tj. osób słabowidzących i słabszą

cych, a ich podejście determinowane było prezentowanymi postawami dystansu oraz tolerancji. Najmniejszy poziom gotowości do akceptacji osoby z niepełnosprawnością we własnym towarzystwie badana młodzież wykazała wobec osób z niedostosowaniem społecznym i nie był on zależny od postaw ogólnych jednostki.

Słowa kluczowe: młodzież słabowidząca, dystans, tolerancja, postawy, gotowość do akceptacji osoby z niepełnosprawnością w grupie rówieśniczej

THE WILLINGNESS TO ACCEPT A PERSON WITH DISABILITY IN A PEER GROUP AND DISTANCE/TOLERANCE ATTITUDES IN ADOLESCENTS WITH LOW VISION

Abstract

The research was conducted on a group of 100 partially sighted students attending special schools and 120 students of the general schools. Students with low vision assigned to the primary group were attending special schools in Lublin, Warszawa and Krakow. The students from the comparative group were attending general schools in Lublin, Lubartow and Kamionka. The conducted research was based on the Tolerance and Distance Scale (SDT – Kirenko, Olejnik) and the Bogardus social distance scale. The conducted research showed, that the presented attitude of distance and tolerance of partially sighted and able-bodied youth was correlated with the level of willingness towards the acceptance in a peer group. Either group showed the highest willingness towards the acceptance of a person with minimal disability, i.e. partially sighted or hard of hearing. Students' approach was further determined by the presented attitude of distance and tolerance. The participants presented the lowest willingness towards the acceptance in a peer group of a person with social maladjustment, which was not dependent on their general attitude.

Keywords: adolescents with low vision, distance, tolerance, attitude, willingness towards the acceptance of the person with disabilities in a peer group



RENATA POMARAŃSKA*

MENTORING KOBIEŃ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W ŚRODOWISKU PRACY

Wprowadzenie

Większość ludzi po osiągnięciu wieku dojrzałego pragnie podjąć pracę zawodową, z nadzieją, że przyniesie ona poczucie bezpieczeństwa i stabilizacji, samospełnienie oraz poczucie własnej wartości. Ponadto umożliwi osobie ją wykonującej pełne uczestnictwo w życiu społecznym, zapewni materialne warunki egzystencji, określi rolę i status społeczny. Bywa jednak, że przeszkodą w znalezieniu i zdobyciu miejsca na rynku pracy jest niepełnosprawność. Sondaże (BAEL, 2020, tabela 6) pokazują, że sytuacja zawodowa osób z niepełnosprawnościami zmienia się na korzyść tej grupy. Pracodawcy coraz częściej i chętniej je zatrudniają, nie zważając na posiadane przez nie deficyty, a koncentrując się na potencjale pracowników. Osoby z niepełnosprawnością, aby móc wykonywać swoje obowiązki zawodowe, potrzebują wsparcia ze strony zarówno pracodawców, jak i współpracowników. Potrzebują zwłaszcza kogoś, dzięki komu łatwiej będzie przełamywać początkowe trudności, a w dalszym etapie osiągnąć pełny rozwój kariery zawodowej. Osoby te potrzebują mistrza, człowieka-autorytetu, jednym słowem – mentora.

Sytuacja kobiet z niepełnosprawnościami na rynku pracy należy do wyjątkowo skomplikowanych. Grupa ta na co dzień boryka się z trudnościami w godzeniu obowiązków zawodowych z powinnościami domowymi, stereotypami dotyczącymi niepełnosprawności, w tym związanymi z zatrudnieniem osób z niepełnosprawnościami, barierami tkwiącymi w otaczającym środowisku (Woźniak, 2008, s. 96). Połączenie niepełnosprawności i kobiecości przyczynia się często do wykluczenia zawodowego i społecznego (ekskluzji).

* Renata Pomarańska (<https://orcid.org/0000-0003-3632-8086>); Uniwersytet Rzeszowski, al. T. Rejtana 16c, 35-959 Rzeszów; tel. +48 17 8721330; e-mail: rpomarska@ur.edu.pl

Dlatego kobiety dotknięte niepełnosprawnością potrzebują w środowisku pracy szczególnego wsparcia ze strony osób, które przekażą im nie tylko wiedzę i umiejętności, lecz także wzór postawy, co ułatwi niwelację barier i umożliwi stabilny rozwój kariery zawodowej. Efektem takiego działania powinno być włączenie społeczne (inkluzja) kobiet z niepełnosprawnością w środowisku pracy poprzez uczenie się w miejscu pracy i mentoring.

Obecność osób z niepełnosprawnością na rynku pracy jest obszarem, który spotkał się w Polsce z zainteresowaniem badaczy i refleksją naukową od lat 90. XX wieku. Wówczas wprowadzono też związane z tą kwestią istotne zmiany prawno-organizacyjne. Na przestrzeni czasu powstało wiele inicjatyw projektowych i programowych, a także publikacje, w tym podręczniki metodyczne, poświęcone aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością (zob. strony internetowe PFRON, PSONI, projekt „Pomocna Dłoń”). Znacznie mniej jest natomiast opracowań związanych z mentoringiem osób z niepełnosprawnościami w miejscu pracy. Niezależnie od tego realizowane są również projekty, które podejmują wspomnianą kwestię. Jednym z nich jest projekt Erasmus Plus, nr 2018-1-PL01-KA202-051049. *Wymiana najlepszych praktyk w zakresie włączania kobiet z niepełnosprawnościami na rynek pracy – WORK INCLUSION*. Projekt rozpoczęto 1 października 2018 r., a zakończono 31 maja 2020 roku. Jego celem była wymiana najlepszych praktyk i wiedzy na temat integracji w miejscu pracy między mentorami pracującymi z niepełnosprawnymi kobietami z krajów partnerskich (Polska, Włochy, Hiszpania i Portugalia). Projekt skierowany był głównie do mentorów pracujących z kobietami z niepełnosprawnością w firmach; pracodawców i organizacji pracodawców; pracujących i szukających pracy kobiet z niepełnosprawnością oraz organizacji szkolących kobiety z niepełnosprawnością i ich trenerów, doradców zawodowych, trenerów, pedagogów. Zakładano następujące efekty projektu:

1. Blog projektu.
2. Kompendium najlepszych praktyk w zakresie szkolenia zawodowego i mentoringu zebranych we wszystkich krajach partnerskich (Polska, Włochy, Hiszpania i Portugalia).
3. Przewodnik dla mentorów pracujących z kobietami z niepełnosprawnością na temat ich udanej integracji zawodowej.
4. Szkolenie bezpośrednie w Gijon, ES dla mentorów pracujących z kobietami z niepełnosprawnością.
5. Strona projektu na Facebooku w języku angielskim oraz w językach partnerów (polskim, włoskim, hiszpańskim i portugalskim).

Efekty projektu dostępne są w sieci. Prowadzony jest tam m.in. blog, który można znaleźć na stronie internetowej projektu (www.bestpracticesinworkplace.wordpress.com/blog). Projekt można również znaleźć na Facebooku (www.facebook.com/WORK-Inclusion-240965223448464/notifications).

Ponieważ zagadnienie mentoringu kobiet z niepełnosprawnością w środowisku pracy jest niezwykle szerokie, w artykule ograniczono się jedynie do ukazania wspomnianego zjawiska z perspektywy licznych barier, na jakie one natrafiają. Specyfika podjętego tematu jest niewątpliwie aktualna. Na wstępie warto przypomnieć dwa pojęcia: mentoring i niepełnosprawność.

Przegląd definicji mentoringu przekroczyłby znacznie ramy artykułu. Dlatego zwykle podaje się jedną z najbardziej znanych i istotnych definicji tego pojęcia, którą stworzył David Clutterbuck. Brzmi ona: „Mentoring to dobrowolna, niezależna od hierarchii służbowej pomoc udzielana przez jednego człowieka drugiemu, dzięki czemu może on poczynić znaczący postęp w wiedzy, pracy zawodowej lub sposobie myślenia” (Clutterbuck, 2002, s. 13).

W kontekście prezentowanej publikacji termin „mentoring” oznacza wsparcie pracownika, w tym kobiety z niepełnosprawnością, w różnych okresach jej zawodowego rozwoju i kariery w organizacji – od momentu zatrudnienia do osiągnięcia stabilizacji zawodowej. Celem wsparcia udzielanego przez mentora jest doprowadzenie do wzmocnienia i usamodzielnienia pracownicy z niepełnosprawnością tak, by wzięła ona odpowiedzialność za dalszy rozwój swojej kariery zawodowej.

Z kolei pojęcie „niepełnosprawność” jako termin wieloaspektowy bywa definiowane z różnych perspektyw. Zgodnie z definicją zaproponowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) może być rozumiane jako „każde ograniczenie bądź niemożność (wynikające z niesprawności) prowadzenia aktywnego życia w sposób lub zakresie uznawanym za typowe dla człowieka” (<http://www.unic.un.org.pl/niepelnosprawnoscd/definicja.php>), ale też „jako trwała lub okresowa niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodująca niezdolność do pracy” (Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych).

Uzupełnienie pojęcia niepełnosprawności stanowi definicja osób z niepełnosprawnością zawarta w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych (Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej z dnia 1 sierpnia 1997 r., § 1). Według niej osoby z niepełnosprawnością to: „osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi, mają prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji”.

W związku z tymi ustaleniami rodzą się problemy: podstawowy i podrzędne. Głównym problemem poruszonym w artykule jest kwestia, czym jest mentoring kobiet z niepełnosprawnością w środowisku pracy. Podporządkowane podstawowemu problemowi zagadnienia zawierają się natomiast w następujących kwestiach: jakie są cele, zadania i korzyści mentoringu w miejscu pracy w odniesieniu do kobiet z niepełnosprawnością. Artykuł stanowi konkluzję na postawione problemy.

W badaniach zastosowano metody heurystyczne. W publikacji wykorzystana została literatura przedmiotu dotycząca mentoringu, jak również niepełnosprawności, i pomocnicza, związana z omawianym zagadnieniem, z uwzględnieniem kluczowych pozycji.

Cel artykułu, obrona metoda oraz zgromadzony materiał pozwalają na ustrukturyzowanie materiału w pięć części. Pierwsza koncentruje się na specyficznych trudnościach, jakich doświadczają kobiety z niepełnosprawnością w swojej karierze zawodowej. Druga odnosi się do mentoringu jako procesu. Trzecia prezentuje cele mentoringu kobiet z niepełnosprawnością z punktu widzenia klientek, mentora i organizacji. Zadania mentora kobiet z niepełnosprawnością przybliży kolejna, czwarta część. W piątej części przedstawiono korzyści płynące z mentoringu kobiet z niepełnosprawnością, uwzględniając również trzy perspektywy patrzenia na tę kwestię: klientek, mentora i organizacji. Podsumowanie przeprowadzonych analiz w postaci wniosków znajduje się w zakończeniu.

Trudności, jakich doświadczają w rozwoju zawodowym kobiety z niepełnosprawnością

Dane cyklicznie publikowane przez Główny Urząd Statystyczny, mierzące poziom bezrobocia czy liczbę pracujących Polaków, pokazują, że stopa bezrobocia w Polsce spada. Coraz więcej jest także aktywnych zawodowo osób z niepełnosprawnością, choć nadal nie są to zadowalające wyniki. Według danych z Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (www.niepelnosprawni.gov.pl, zob. tabela 4: *Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych i sprawnych w wieku 16 lat i więcej oraz w wieku produkcyjnym, 18–59/64, kwartalnie*) wskaźnik zatrudnienia w II kwartale 2020 r. wśród osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym wynosił 27,6%, współczynnik aktywności zawodowej – 29,1%, stopa bezrobocia zaś – 5,1%. Pod względem aktywności zawodowej populacja osób niepełnosprawnych odbiega od aktywności osób sprawnych. W II kwartale 2020 r. wśród osób sprawnych wskaźnik zatrudnienia wynosił 77,8%, współczynnik aktywności zawodowej – 80,4%, stopa bezrobocia zaś – 5,2%.

Od kilku lat można zauważyć wzrost zatrudnienia wśród kobiet z niepełnosprawnością w wieku produkcyjnym, co można tłumaczyć wielością programów aktywizacji zawodowej, z których kobiety korzystają chętniej niż mężczyźni. W II kwartale 2020 r. wskaźnik zatrudnienia kobiet z niepełnosprawnością wynosił 32,1%, a mężczyzn – 24,9%, współczynnik aktywności zawodowej kobiet z niepełnosprawnością – 33,3%, a mężczyzn – 26,5, stopa bezrobocia wśród kobiet z niepełnosprawnością zaś – 3,6%, podczas gdy wśród mężczyzn – 6,3% (www.niepelnosprawni.gov.pl, zob. tabela 5: *Aktywność ekonomiczna osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej oraz w wieku produkcyjnym, 18–59/64, według płci kwartalnie i rocznie*).

Niezadowolająca aktywność zawodowa kobiet z niepełnosprawnością wynika ze specyficznych trudności, z jakimi musi się zmagać ta grupa. Można je podzielić na dwa rodzaje: trudności wynikające z niepełnosprawności kobiet oraz wynikające z otoczenia zewnętrznego, w tym postawy pracodawców i warunków środowiska pracy.

1. Uwarunkowania wynikające z niepełnosprawności kobiet

Trudności mające źródło w niepełnosprawności kobiet mogą mieć zarówno obiektywny, jak i subiektywny charakter. Jedną z barier obiektywnych stanowi stan zdrowia (w tym rodzaj niepełnosprawności) i wynikające z niego przeciwwskazania do podjęcia określonej pracy. Wiąże się to często ze specjalistycznymi potrzebami rehabilitacji czy opieki medycznej, co dodatkowo uniemożliwia lub utrudnia podjęcie pracy zawodowej. Częste choroby bądź zaostrzenia istniejącego stanu mogą powodować ograniczenia mobilności, co przekłada się na brak możliwości świadczenia pracy niekiedy przez długi czas.

Obiektywne i subiektywne trudności mogą stwarzać problemy natury psychologicznej. Uwarunkowania psychologiczne są istotnym czynnikiem mającym wpływ na aktywność zawodową kobiet z niepełnosprawnością. Niepełnosprawność postrzegana jest w kategorii wyroku, a osobę, która jej doświadcza stygmatyzuje się społecznie, utwierdzając ją w przekonaniu o inności i własnej słabości. Wrażliwość kobiet jest w tym względzie większa niż mężczyzn, co prowadzi do alienacji, marginalizacji społecznej i ekskluzji. Następstwem tego jest brak motywacji do podjęcia pracy zawodowej (Rutkowska, Rakowska, 2008, s. 34). Towarzyszą temu związane z pracą obawy, lęki, przekonanie o nienadawaniu się do pracy. Kolejnym problemem mogą być nieadekwatne (zaniżone lub zawyżone) oczekiwania co do jakości życia lub/i w stosunku do pracy (Rutkowska, Rakowska, 2008, s. 34).

Brak odpowiednich kwalifikacji kobiet z niepełnosprawnością trzeba uznać za kolejną trudność wynikającą z niepełnosprawności. Może to mieć źródło zarówno w obiektywnych przyczynach – stan zdrowia – jak i subiektywnych – brak wiary we własne możliwości uczenia się. Dane Głównego Urzędu Statystycznego (*Aktywność ekonomiczna ludności Polski. II kwartał 2013*) pokazują, że odsetek kobiet z wykształceniem gimnazjalnym i niższym wynosi 5%, z wykształceniem zawodowym – 18%, ze średnim ogólnokształcącym – 11%, średnim zawodowym lub policealnym – 27% i wyższym – 39%.

2. Niedogodności wpływające z postawy pracodawców i warunków środowiska pracy

Innym źródłem trudności mogą być postawy pracodawców wobec niepełnosprawności pracownika. Obawiają się oni przede wszystkim dodatkowych formalności i obowiązków, takich jak np. konieczność wezwania Państwowej Inspekcji Pracy dla potwierdzenia dostosowania stanowiska pracy do potrzeb

osoby niepełnosprawnej ze stopniem umiarkowanym lub znacznym na otwartym rynku pracy. Kolejny kłopot może stanowić możliwość dodatkowych kontroli, co wiąże się z zakłóceniami w prowadzeniu bieżącej działalności biznesowej. Ponadto zatrudnianie osób z niepełnosprawnością postrzegane jest jako obciążenie organizacji wyższymi kosztami wynikającymi z niższej wydajności pracy niepełnosprawnej, konieczności dostosowania stanowisk pracy czy też obiektów do potrzeb osób z niepełnosprawnością.

Obawy budzi również potrzeba zapewnienia opieki medycznej (zakłady pracy chronionej). Wiąże się to z dodatkowym obciążeniem organizacyjno-administracyjno-finansowym organizacji. Często w organizacjach biznesowych nie ma wiedzy odnośnie do przepisów prawnych oraz możliwości wsparcia finansowego zatrudnienia osoby z niepełnosprawnością (Golinowska, 2004, s. 235–236). Mimo że potrzebne dane są powszechnie dostępne (np. na stronach internetowych: www.niepełnosprawni.pl lub www.mpips.gov.pl).

Pracodawcy bywają też przekonani, że zwłaszcza kobiety z niepełnosprawnością cechuje niższa wydajność, co ma wpływ na jakość wykonywanej przez nie pracy. Mają również wątpliwości związane z mobilnością pracownicy z niepełnosprawnością. Dodatkowy aspekt to uprzedzenia współpracowników i personelu kierowniczego. Pracodawcy boją się, że pojawienie się osób z niepełnosprawnością wśród pracowników pełnosprawnych przyczyni się do dezintegracji zespołu, co będzie miało wpływ na powodzenie organizacji (Ostrowska, Michcik, 2016, s. 20).

Biorąc pod uwagę wspomniane trudności stojące na drodze aktywizacji zawodowej kobiet z niepełnosprawnością, należy stwierdzić, że ważne zadanie stanowi rehabilitacja zawodowa, której jedną z form może być mentoring (Wolan-Nowakowska, 2016, s. 419, 432). Stworzenie i prowadzenie mentoringu w miejscu pracy należy do zadań niełatwych, ale umożliwia kobietom z niepełnosprawnością wejście na otwarty rynek pracy. W związku z tym konieczne jest zrozumienie mentoringu jako procesu.

Proces mentoringu

Mentoring ze względu na długość trwania i pożądane efekty należy uznać za proces. Eric Parsloe (1998, s. 50–52) wyróżnia trzy fazy mentoringu: uzgodnienie planu nauki, zapewnienie pomocy w osiągnięciu celów i wsparcie samorozwoju. W pierwszej fazie mentor ustala, jakiego rodzaju rad klient może potrzebować w trakcie układania planu nauki. (W piśmiennictwie dotyczącym mentoringu używa się zamiennie wobec *mentee* określenia „podopieczny”, zob. Sidor-Rządkowska, 2014, s. 19; Luecke, 2006, s. 155. Jednakże w pracy socjalnej stosuje się termin „klient”, co jest zgodne ze współczesnymi tendencjami w rehabilitacji zawodowej i ideą *empowerment*. Z uwagi na to w artykule zamiennie stosowane są terminy „klient” oraz „mentee”). Wraz z klien-

tem uzgadnia jego indywidualne potrzeby w zakresie rady i przewodnictwa, wśród których mogą się znaleźć problemy wynikające z kobiecości i niepełnosprawności. Jeśli to konieczne, kieruje *mentee* w inne miejsca, gdzie uzyska profesjonalną pomoc i radę. Na tym etapie mentor powinien się też upewnić, czy jego działania mają na względzie indywidualne uwarunkowania, przekonania, umiejętności, aspiracje i kontekst całego procesu uczenia się, a także czy informacje oraz rady dawane *mentee* uwzględniają możliwości wyboru metod uczenia się, jak też drogi rozwoju własnego, w tym podnoszenia kwalifikacji. Mentor powinien przy tym dostarczać stosowne, bezstronne, wolne od obciążeń, informacje i rady, które odpowiadają potrzebom korzystającej z mentoringu kobiety z niepełnosprawnością, by umożliwić jej podejmowanie przemyślanych decyzji oraz zachęcić ją do samodzielnego kierowania swoim rozwojem (Sołtys, Tarkowska, 2008, s. 20–21). Konieczne jest upewnienie się przez mentora, czy pomoc udzielana jest w odpowiedni sposób, na poziomie i w tempie właściwie dobranym do możliwości oraz potrzeb klientki, zwłaszcza że na tym wstępnym etapie może ona ukrywać swoją nieporadność.

Przejście do kolejnej fazy wymaga uzgodnienia z drugą stroną, czyjego i jakiego wsparcia potrzebuje, by móc osiągnąć cel. Specyfika potrzeb opiera się na dokładnej ocenie potrzeb *mentee* z niepełnosprawnością oraz kontekście, w jakim one występują, uwzględniając też ograniczenia, jakie niesie ze sobą dany rodzaj niepełnosprawności. Warto ustalić w związku z tym również przyczynę prawdopodobnych przeszkód w dostępie klientki do wymaganego wsparcia oraz uzgodnić sposoby przezwyciężania tych trudności. Bywa, że mentor zmuszony jest szukać rady odpowiednich osób w sytuacjach, gdy sam nie potrafi pokonać problemów, zwłaszcza gdy wsparcia wymaga kobieta ze szczególnym rodzajem niepełnosprawności, na temat której nie można samodzielnie zdobyć niezbędnych informacji. Pomocne są w tych okolicznościach dyskusje, prowadzące do formułowania wniosków w sposób budujący wzajemne stosunki z *mentee*. Ocena osiągniętych rezultatów stanowi zasadniczy element procesu mentoringu, na którym realizowane są doskonalenie i rozwój klientki z niepełnosprawnością przy stałym wsparciu mentora (Ziębicki, 2000, s. 66). Niezwykle istotna jest faza wsparcia samorozwoju kobiety z niepełnosprawnością, podczas której szczegółowo ustala się jej potrzeby w zakresie rady i pomocy. Lista potrzeb *mentee* sporządzana jest na podstawie dokładnej analizy czynników, jakie musi brać ona pod uwagę, by osiągnąć swoje cele. Zadanie mentora polega na dostarczeniu jej precyzyjnych i adekwatnych informacji na temat źródeł oraz kompetencji niezbędnych do zorganizowania oraz pokierowania swoim procesem uczenia się. Udzielanie rad musi być pozbawione uprzedzeń i obciążeń. Kobieta z niepełnosprawnością w najmniejszym stopniu nie może odczuwać ze strony mentora myślenia stereotypowego, ale pełne zrozumienie jej potrzeb i trudności. Wsparcie samorozwoju łączy się ponadto z dokładnym określeniem możliwości korzystania przez *mentee* ze stałej pomocy i wsparcia w czasie samodzielnego

kierowania swoim dalszym rozwojem, jak też omówieniem napotykanym na tej drodze trudności.

Najogólniej mówiąc, proces mentoringu polega na udzielaniu rad, wskazówek lub informacji przez osobę posiadającą określone umiejętności, bogate doświadczenie lub praktyczną wiedzę (mentor), która przyczynia się do zawodowego i osobistego rozwoju innego człowieka, któremu pomaga. Mentoring obejmuje nie tylko rozwój wybranego elementu umiejętności i zachowań jednostki, lecz także umożliwia postrzeganie człowieka jako całości oraz zajęcie się jego życiem zawodowym (Luecke, 2006, s. 121). Istotą tego procesu jest współpraca między mentorem a klientką z niepełnosprawnością.

Codziennie zadania związane z mentoringiem mogą usprawnić: modelowanie (przykład działań, jakich oczekuje się od pracowników, oraz pomoc im w znalezieniu dobrych sposobów odgrywania roli zawodowej), wspieranie (dodawanie *mentee* otuchy i odwagi zarówno w dobrych, jak i gorszych momentach), wychowywanie (wspieranie ich pomysłów, relacji oraz ich samych) i uczenie (uczenie pracowników wyjątkowych umiejętności) (Kaye, Jordan-Evans, 2012, s. 144).

Mentoring jest procesem skomplikowanym. Mentor odgrywa w tym procesie oprócz roli inspiratora i motywatora do działania, także rolę przewodnika i nauczyciela nowych umiejętności, wyjaśniającego klientkom różne poglądy. „Mentoring ma na celu również poszerzenie horyzontów myślowych pracowników oraz podsuwanie im nowych tematów do zastanowienia. Stosuje się go zarówno podczas planowania kariery i zmian na stanowiskach, jak i wtedy, gdy firma zamierza podjąć działania w celu zatrzymania pracowników” (Holliday, 2006, s. 121). Proces mentoringu obejmuje ponadto rozwiązywanie problemów *mentees* i umożliwianie im czerpania satysfakcji z pracy, co utożsamia się z doradztwem. W przypadku mentoringu kobiet z niepełnosprawnością istotne w tym procesie jest branie aktywnego udziału w życiu klientki, oferując jej regularny kontakt, co stanowi klucz do realizowania innych funkcji w jej życiu i powodzenie procesu mentoringu.

Mając na uwadze złożoność procesu mentoringu, należy przyjrzeć się jego celom w odniesieniu do kobiet z niepełnosprawnością.

Cele mentoringu kobiet z niepełnosprawnością

Kobiety z niepełnosprawnością doświadczają na rynku pracy podwójnego wykluczenia. Z jednej strony wynika ono z płci, gdyż sytuacja kobiet na rynku pracy jest gorsza od sytuacji mężczyzn, a z drugiej strony – z niepełnosprawności. Gorszą pozycję kobiet niepełnosprawnych na rynku pracy powodują niskie kwalifikacje tej grupy społecznej, które są podstawą dalszych trudności na rynku pracy. Włączenie w miejsce pracy poprzez mentoring to partnerstwo edukacyjne między pracownikami (mistrzem i uczniem) w celu wymiany informacji technicznych, wiedzy i umiejętności na temat określonego zawodu lub określonego stanowiska

pracy (Łuzniak-Piecha, Kaczkowska-Serafińska, Lenton, 2016, s. 102–103). Specyfika potrzeb mentoringu kobiet z niepełnosprawnością nakazuje wykorzystanie doświadczeń zarówno mentoringu społecznego, jak i mentoringu różnorodności. Mentoring społeczny dąży do zmniejszania różnic w społeczeństwie poprzez edukację oraz zapobieganie zjawisku wykluczenia społecznego. Od mentora wymaga się aktywnego udziału w życiu drugiej osoby, regularnych kontaktów, udzielania porad, nauki podstawowych umiejętności, dzielenia się doświadczeniem życiowym, motywowania podopiecznych, wspierania i wyrażania opinii. Mentoring różnorodności natomiast dotyczy takich działań mentorskich, które będą wspierać rozwój i zapewniać równe szanse wszystkim bez względu na pochodzenie, kolor skóry, wiek czy płeć. Stosuje się go często jako metodę wspierającą rozwój kobiet i osób z mniejszości etnicznych ze względu na dużą elastyczność oraz możliwość dopasowania do indywidualnych celów i sytuacji osobisto-zawodowej (Łuzniak-Piecha, Kaczkowska-Serafińska, Lenton, 2016, s. 103–104).

Ogólnym celem mentoringu tej grupy jest wyrównanie szans zawodowych na rynku pracy oraz wieloaspektowa pomoc kobietom z niepełnosprawnością w wejściu w obowiązki i role zawodowe. Na cele mentoringu można w związku z tym spojrzeć z trzech perspektyw: *mentee*, mentora i organizacji.

Perspektywa mentee

Osoby z niepełnosprawnościami, nawet jeśli posiadają bogatą wiedzę, nie zawsze są co do tego przekonane. Na dodatek praktyczne zastosowanie wiedzy stanowi niekiedy dużą trudność nawet wśród ludzi pełnosprawnych. Celem programu mentoringowego jest zatem **podniesienie wiedzy i umiejętności** klientek, by mogły samodzielnie wykonywać swoje obowiązki w pracy. Sama świadomość, że się potrafi samodzielnie pracować, powinna sprzyjać podejmowaniu nowych wyzwań przez kobiety z niepełnosprawnością. Jest to szczególnie istotne w przypadku przenoszenia osób niepełnosprawnych z chronionego rynku pracy do otwartego.

Osoby z niepełnosprawnościami często zrażają się, gdy nie widzą rezultatów swojej pracy. Ważnym celem mentoringu z punktu widzenia *mentee* z niepełnosprawnością jest posiadanie przestrzeni do **bezpiecznego eksperymentowania** ze świadomością, że w przypadku trudności można liczyć na wsparcie mentora.

Niewystarczające umiejętności komunikacyjne leżą u podstaw wielu porażek w pracy zawodowej. Problemy z porozumiewaniem się czy zwykłą wymianą myśli są też często spotykane wśród osób z niepełnosprawnością. Zwłaszcza kobiety bywają bardziej załężnione i obawiają się wyrażania swojego zdania. Dlatego celem działań mentoringowych powinno być także **podwyższenie umiejętności komunikacyjnych** u kobiet z niepełnosprawnością (Sidor-Rządkowska, 2014, s. 37).

Wszyscy ludzie, bez względu na to, czym się zajmują, chcą być doceniani. Docenienie pracownika w miejscu pracy wpływa na jego motywację, zaangażowanie, jakość wykonywanej pracy, nastrój pracownika i jego poczucie własnej

wartości, buduje więź z organizacją oraz zmniejsza ryzyko odejścia z niej. Celem mentoringu kobiet z niepełnosprawnością winno być odpowiednie **motywowanie** do jak najrzetelniejszego wykonywania swoich obowiązków. Najlepszym środkiem do tego wydaje się wyrażanie uznania i docenianie, gdy tylko praca jest należycie wykonana.

Perspektywa mentora

Głównym celem prowadzenia mentoringu w miejscu pracy kobiety z niepełnosprawnością jest zapewnienie jej prawidłowego rozwoju zawodowego. Cele mentora muszą być odpowiedzią na cele *mentee*.

Z punktu widzenia mentora, osoby dojrzałej, doświadczonej w jakiejś dziedzinie, posiadającej kapitał osobistej wiedzy, będącej autorytetem ze względu na swoje kompetencje, wartości i postawy, cele mentoringu są inne, choć przyświeca mu ta sama idea co *mentee* (Sidor-Rządkowska, 2014, s. 53). Podstawowym jego celem będzie umiejętne dzielenie się wiedzą i doświadczeniem z klientką z niepełnosprawnością przy powstrzymaniu się od narzucania jej swojego autorytarnego zdania. Aby ten cel dobrze wypełnić, mentor musi najpierw przeanalizować swoją wiedzę i jeśli zajdzie potrzeba, uaktualnić ją. Dopiero potem może wykorzystać umiejętność dzielenia się wiedzą i doświadczeniem w dziedzinie wykonywanej pracy zawodowej.

Mentor kobiet z niepełnosprawnością, mając świadomość specyficznej wrażliwości tej grupy społecznej, powinien mieć na celu zapewnienie przestrzeni do nabywania doświadczenia przez *mentee*, aby mogła ona wypróbować różne koncepcje działania i sprawdzić, która z nich najbardziej jej odpowiada. Nawet jeśli na tej drodze eksperymentu zdarzą się porażki, celem mentora powinno być twórcze wykorzystanie ich, by zachęcić klientkę do stawiania czoła wszelkim trudnościom zarówno zawodowym, jak i osobistym.

Cel mentora powinien być również związany z podwyższeniem umiejętności komunikacji interpersonalnej u *mentee*. To mentor uczy prowadzenia otwartego dialogu z drugim człowiekiem, daje wskazówki, jak prowadzić rozmowy, także z przełożonymi. Mentor, najczęściej własnym przykładem, inspiruje do jasnego formułowania wypowiedzi, obrony własnego zdania, przyjmowania i udzielania rzetelnych informacji zwrotnych (Sidor-Rządkowska, 2014, s. 37).

Celem każdego mentora powinno być dostrzeżenie oraz rozwijanie talentu i potencjału *mentee*. W przypadku kobiet z niepełnosprawnością jest to niezwykle ważne. Wyzwolenie ich potencjału może być inspiracją do istotnej zmiany w życiu, a przede wszystkim stanowić czynnik mający wpływ na podniesienie własnej wartości kobiety z niepełnosprawnością i inkluzję społeczną.

Perspektywa organizacji

Organizacji, która wprowadza mentoring, również przyświecają określone cele. Mają one aspekt znacznie szerszy niż cele *mentee* i mentora. Organiza-

cja decyduje się na wprowadzenie mentoringu, mając najczęściej na uwadze np. wsparcie procesów zarządzania wiedzą. Chcąc zadbać o rozwój pracowników, może się odnieść do wiedzy znajdującej się wewnątrz organizacji i wdrożyć rozwiązanie polegające na zarządzaniu posiadaną wiedzą, czyli mentoring (Maszewski, 2016, s. 96).

Firmy, dążąc do polepszenia swojego wizerunku, zwiększenia przychodów i zadowolenia klientów, coraz częściej decydują się na wdrażanie polityki w zakresie różnorodności. Celem tych organizacji bywa wsparcie procesów zarządzania różnorodnością poprzez mentoring. Zatrudnienie kobiet z niepełnosprawnością i wsparcie ich pracy programem mentoringowym stanowi odpowiedź na ten cel.

Celem mentoringu w organizacji może być również wsparcie idei uczenia się przez całe życie – *long life learning* (Sidor-Rządkowska, 2014, s. 35). W przypadku mentoringu proces uczenia się obejmuje zarówno mentora, jak i *mentee*, którzy wzajemnie się od siebie uczą.

Wprowadzeniu mentoringu w organizacji przyświeca cel wsparcia polityki szkoleniowej (Serafin, 2017, s. 220–221). Organizacje często nie potrafią odpowiedzieć na pytanie, jakie konkretne korzyści dostarczyła dana inwestycja szkoleniowa. Problemem jest również wdrażanie nabytych podczas szkoleń kompetencji na stanowisku pracy. W celu zaradzenia temu organizacje posługują się mentoringiem.

Na kulturę organizacyjną i styl zarządzania w firmie ma wyraźny wpływ zatrudnianie osób z niepełnosprawnością. Stanowi to okazję do budowania wizerunku dobrego, troskliwego pracodawcy i wpisuje się w całościową politykę odpowiedzialności społecznej. Celem mentoringu kobiet z niepełnosprawnością jest wzmocnienie wartościowych elementów kultury organizacji. Ludzie najczęściej odchodzą z pracy w ciągu pierwszego roku zatrudnienia w nowej firmie, co może świadczyć o niewłaściwym przebiegu okresu adaptacyjnego. Celem mentoringu w firmie jest więc zmniejszenie fluktuacji pracowników.

Stosowanie mentoringu w firmie ma ponadto na celu profilaktykę zjawiska wypalenia zawodowego. Mentorzy, mając możliwość dzielenia się swoją wiedzą i doświadczeniem, czują się w firmie potrzebni, mimo upływającego czasu. Praca z klientką z niepełnosprawnością stanowi dla mentora zadanie, któremu stara się on sprostać (Sidor-Rządkowska, 2014, s. 35–36). Ma on wpływ na początkującą pracownicę, ale pośrednio również na odbiór osoby z niepełnosprawnością i organizacji w środowisku.

Zadania mentora wobec kobiet z niepełnosprawnością

Mentoring koncentruje się wokół trzech zadań: inspirowania, stymulowania i przywództwa (Karwala, 2009, s. 111). Są one ze sobą ściśle połączone. Według promotorów mentoringu przywódcza rola mentora objawia się w przedstawianiu

pracownicy z niepełnosprawnością wizji i misji w połączeniu z inspirowaniem jej oraz motywowaniem do działania, by w końcu stymulować i korygować to działanie (Holliday, 2006, s. 121). Poczynania mistrza mają rozwijać samoświadomość klientki oraz jej przekonanie i determinację w osiągnięciu wyznaczonych celów.

Rodzi się zatem pytanie, kto może być mentorem. W organizacjach znalezienie odpowiedniej osoby do roli mentora często stanowi nie lada wyzwanie, gdyż oprócz dużego doświadczenia i bycia autorytetem w danej dziedzinie, istotne są umiejętności przekazywania wiedzy, budowania relacji z *mentee*, a także otwartość i gotowość do udziału w takich spotkaniach. W przypadku mentoringu kobiet z niepełnosprawnością dochodzi bardzo ważny aspekt psychologiczny i znajomość ograniczeń, jakie niesie ze sobą określony rodzaj niepełnosprawności. Stąd kluczowe są szacunek oraz otwartość, aby zrozumieć *mentee*. Dlatego w przypadku mentora pracującego z osobami z niepełnosprawnością ważne są jego umiejętności miękkie, w tym zwłaszcza komunikacyjne. Na mentorów kobiet z niepełnosprawnościami, które w przeciwieństwie do innych grup szybko się zamykają i nie chcą podejmować jakiegokolwiek współpracy, powinny być wybierane osoby komunikatywne, łatwo nawiązujące relacje zawodowe. Wówczas taki mentor, jako dobry fachowiec, może skutecznie zapoznać *mentee* ze specjalistyczną wiedzą związaną z wykonywaniem zadań zawodowych. Mentor powinien być skutecznym nauczycielem, potrafiącym słuchać i uczyć, a także dobrym organizatorem, uwzględniającym możliwości kobiety z niepełnosprawnością. To również osoba potrafiąca motywować i wspierać w procesie dążenia do samodzielności. Aby temu sprostać mentor winien się identyfikować ze swą rolą i traktować ją odpowiedzialnie (Karwalla, 2009, s. 162), pamiętając, że od niego w dużej mierze zależy, czy klientka będzie mieć szansę uzyskania zasobów potrzebnych do funkcjonowania w życiu zawodowym oraz społecznym.

Dobry mentor dla kobiet z niepełnosprawnością powinien być wcześniej odpowiednio przygotowany do swej roli. Powinien zwłaszcza wiedzieć, jakie stoją przed nim wyzwania podczas mentoringu i czym charakteryzuje się dany rodzaj niepełnosprawności. Szczególnie istotna będzie wiedza związana z niepełnosprawnością intelektualną, gdyż z niej mogą wynikać specyficzne trudności w pracy z *mentee*. Pomocna może być pedagogika specjalna. Jej przedmiotem jest troska o człowieka wymagającego wsparcia i pomocy w pokonywaniu różnorodnych trudności, ograniczających jego rozwój oraz funkcjonowanie społeczne (Lipkowski, 1977, s. 8).

Praca mentora z kobietą z niepełnosprawnością winna być inspiracją i motywacją do tego, by zastanowić się nad własnym rozwojem, wyznaczyć konkretne cele oraz ustalić sposoby ich osiągnięcia. Mentor dzieli się w tym celu swoją wiedzą, opiniami, odczuciami, pomaga *mentee* w odkrywaniu nowych możliwości i zdolności, przekazując jej informację zwrotną (*feedback*). Dzięki mentorowi pracownica wzmacnia swoje kompetencje, a co za tym idzie, rośnie jej pewność siebie i pozycja w organizacji, a także otwiera się bardziej na życie społeczne.

Ważnym zadaniem jest identyfikacja ograniczeń i barier oraz wskazanie metod, które pozwolą je pokonywać. Tworzy to szerszą strefę rozwoju. Mentor przedstawia nie tylko rozmaite źródła wiedzy, lecz także prezentuje, w jaki sposób można z nich efektywnie korzystać. Zadanie mentora polega ponadto na zachęcaniu do *networkingu*, ale też stałym obserwowaniu, czy rozwój *mentee* postępuje we właściwym czasie i w odpowiednim kierunku.

Dobrym pomysłem jest włączenie mentora w zakres polityki rynku pracy, w tym w dostępne instrumenty aktywizacji społeczno-zawodowej osób z niepełnosprawnością. Dlatego powinny one mieć pierwszy kontakt z takim mentorem już w instytucjach pomocy społecznej. Niewątpliwie przygotowanie kobiet z niepełnosprawnością do wykonywania określonej pracy w ramach dostępnych form aktywizacji zawodowej, takich jak: roboty publiczne, staż, przygotowanie zawodowe dorosłych, prace interwencyjne, prace społecznie użyteczne, szkolenia, może stanowić podstawę do zatrudnienia i utrzymania pracy. Dlatego już na tym poziomie powinno się zaczynać mentoring, który może odgrywać kluczową rolę w rehabilitacji zawodowej i społecznej kobiet z niepełnosprawnością.

Kobiety z niepełnosprawnością należą do osób o specjalnych potrzebach, stąd mentoring ma dla nich wymiar bardziej osobisty niż w przypadku osób pełnosprawnych, z dostosowaniem się do ich indywidualnych wymagań. Dobrze dopasowanie mentora i uczącej się kobiety z niepełnosprawnością może mieć kluczowe znaczenie dla korzyści *mentee*, mentora i organizacji.

Benefity płynące z mentoringu kobiet z niepełnosprawnością

Z uwagi na to, że mentoring jest programem długotrwałym, korzyści z niego płynące są trudne do szybkiego ustalenia. Niewątpliwie jednak dobrze prowadzony program mentoringowy generuje zyski dla trzech wspomnianych stron. David Clutterbuck (2002, s. 51–72) określił korzyści, jakie mentoring dostarcza *mentees*, mentorom oraz organizacjom. Warto się im przyjrzeć, mając wzgląd na mentoring kobiet z niepełnosprawnością.

Korzyści dla klientek

Klientki są głównymi beneficjentkami programu mentoringowego. *Mentee* zdobywa przede wszystkim wiedzę i umiejętności, a odbywa się to w komfortowej relacji jeden na jeden. Stwarza to szansę na efektywną naukę. Przy tym daje możliwość zadawania szczegółowych pytań, dzięki którym klientka zgłębia zakres dla niej interesujący.

Charakter wiedzy potrzebnej kobiecie z niepełnosprawnością może mieć różnorodny wymiar. Dzięki mentorowi odkryje ona tajniki polityki i kultury firmy, których nie mogłaby zdobyć bez mentora. Za jego pośrednictwem np. dowie się, do kogo należy się zwracać z danymi problemami. Mentoring w miejscu pracy to też nauka radzenia sobie z formalną i nieformalną strukturą przedsiębiorstwa. *Mentee*

uzyska także wiedzę fachową wymaganą na jej stanowisku. Na skutek odpowiednich działań mentora klientka może stać się specjalistką w danej dziedzinie. Proces mentoringu ma również wpływ na stosunek *mentee* do ciągłego uczenia się i poszukiwania dodatkowych możliwości kształcenia się (Holliday, 2006, s. 145–147).

Rozwój wiedzy i umiejętności przyczyniają się z kolei do zwiększenia efektywności pracownicy z niepełnosprawnością, która dzięki mentorowi wie, jakie działania powinna podjąć, aby lepiej wykonywać swoją pracę. Rzetelne wykonanie zadań przy jak najmniejszym nakładzie pracy jest niezwykle istotne, ale równie ważne bywa wykonanie większej liczby zadań przy stałych nakładach pracy.

Obie wspomniane korzyści wpływają na zwiększenie pewności siebie i satysfakcję protegowanej z dobrze wykonywanej pracy, co jest niezwykle istotne w przypadku osoby z niepełnosprawnością. Dzięki temu nabiera ona przekonania, że jest profesjonalistką, a to, co robi, postrzega się jako ważne. Wzrasta też jej wiara we własne możliwości, będąca czynnikiem wspierającym dalszy rozwój kobiety z niepełnosprawnością, która zauważy, jak wiele już umie i jak wiele chce się jeszcze nauczyć. Pewność siebie i wiara we własne siły są istotnymi czynnikami decydującymi o sukcesie zawodowym, gdyż istnieje związek między pewnością siebie a wynikami w pracy oraz odbiorem społecznym, ponieważ zadowolenie z życia zawodowego przekłada się na relacje społeczne.

Klientki z niepełnosprawnością zyskują ponadto wsparcie kariery w miejscu pracy. Pomoc mentora w tym zakresie opiera się przede wszystkim na diagnozowaniu ich potencjału pracowniczego i weryfikowaniu preferencji zawodowych. Dzięki temu kobiety z niepełnosprawnością uzyskują wiedzę, na jakim stanowisku się najlepiej sprawdzą i co powinny zrobić, aby nienagannie wykonywać swoje obowiązki. Przy tym „uczą się, że na drodze rozwoju zawodowego nieuchronne są porażki i ważne, aby umieć je twórczo wykorzystywać” (Sidor-Rządkowska, 2014, s. 37).

Dobrze przeprowadzony mentoring pomaga kobiecie z niepełnosprawnością w utrzymaniu pracy, gdyż świadoma swych niepowodzeń nie będzie się nimi zrażała i rezygnowała z pracy, ale mając wsparcie mentora, dążyła do ich niwelowania.

Łatwiejsza adaptacja w nowym środowisku pracy stanowi także korzyść wynikającą z mentoringu dla kobiety z niepełnosprawnością. Rozpoczęcie pracy w nowym miejscu jest sytuacją trudną pod względem psychologicznym, mogącą mieć wpływ na funkcjonowanie w przyszłości. Dzięki mentoringowi nowa pracownica może szybciej zdobyć samodzielność, pewność siebie i zyskać biegłość w wykonywaniu powierzonych jej zadań. Ponadto mentoring przyczynić się może do rozwoju kariery pracownicy z niepełnosprawnością i zwiększyć jej szanse na awans.

Mentoring ma pozytywny wpływ na przyszłość kobiet z niepełnosprawnością. Korzyści, jakie one czerpią z tego procesu mają charakter osobisty, jak np. wzrost pewności siebie, oraz typowo zawodowy, gdy zgłębią wiedzę o fir-

mie i szybciej adaptują się w nowym środowisku, by miejsce pracy stało się im przyjazne, a także by chciały w nim pracować dłuższy czas lub na stałe. Zmienia się bowiem postawa wobec własnej pracy zawodowej i nawiązują się relacje z osobami pełnosprawnymi, co jest niezwykle istotne ze względu na integrację kulturową, wyrażającą się w podporządkowywaniu się istotnym normom oraz wartościom społecznym i obywatelskim (Brzezińska, Woźniak, Maj, 2007, s. 16). Mentoring zatem można traktować jako rodzaj rehabilitacji zawodowej. Zyski z mentoringu dotyczą nie tylko klientki, lecz także mentora.

Korzyści dla mentora

W kontekście korzyści płynących z mentoringu dla mentora Małgorzata Sidor-Rządkowska (2014, s. 38) wypowiada się następująco: „(...) samo doświadczenie tego typu emocji jest, zwłaszcza dla osób zajmujących wysokie stanowiska, bardzo odświeżające, pozwala niejako przypomnieć sobie, na czym polega prawdziwy, bezpośredni dialog z drugim człowiekiem, bez barier w postaci sekretarek i biurka”.

Ten bezpośredni dialog z pracownicą z niepełnosprawnością może pomóc mentorowi w rozpoznaniu jej oczekiwań i potrzeb, co powinno skutkować lepszym działaniem mentora, który, sam będąc doświadczonym pracownikiem, mógł popaść już w pewne schematy, a nawet rutynę i nie zastanawiać się, czy można coś usprawnić. Mentor nabywa także umiejętność wspierania innych osób, co ma wpływ na podniesienie jakości jego pracy.

Pomimo iż na mentora wybierane są na ogół osoby o dużej wiedzy i doświadczeniu w danej dziedzinie, to ich wiedza może już wymagać uaktualnienia. W wielu branżach następują szybkie zmiany, toteż aktualizacja posiadanych zasobów wiedzy zabiera wiele czasu, na co nie każdego stać. Natomiast gdy pojawia się *mentee*, mentor czuje się zobowiązany do zapoznania się z bieżącą fachową literaturą, dzięki czemu uzupełnia braki w wiedzy.

Kolejną korzyścią mentora jest nowa wiedza i umiejętności. Mentor bywa zainspirowany przez swojego *mentee*. Opieka nad kobietą z niepełnosprawnością skłania do poszukiwania nowych informacji w dziedzinach odmiennych od dotychczasowych. Mentor, chcąc zrozumieć sytuację i możliwości swojej klientki, może np. wzbogacać swoją wiedzę na temat jej niepełnosprawności i wyzwań, jakie ona niesie. Kontakt z klientką stwarza też szansę na spojrzenie z innej perspektywy na kwestie dobrze znane, co również sprzyja poszukiwaniu nowej wiedzy i umiejętności.

Mentor nabywa również umiejętności pedagogiczne. Poczucie sprawstwa, otwartość na problemy klientki, wrażliwość emocjonalna, umiejętności profesjonalnego przekazywania wiedzy, a także osobista identyfikacja z celami *mentee* z niepełnosprawnością sprawiają, że mentor staje się prawdziwym pedagogiem.

Pełnienie roli mentora wymaga umiejętności komunikowania się z innymi ludźmi, uważnego słuchania, przekazywania zrozumiałego komunikatu, odpo-

wiedniego zadawania pytań, a także właściwego udzielania informacji zwrotnych. Szczególnie w odniesieniu do kobiet z niepełnosprawnością trzeba być ostrożnym, by uwagi krytyczne, które są nieuniknione w procesie mentoringu, były konstruktywne i nie zniechęcały klientki ani do pracy, ani do mentora. Umiejętność dobrej komunikacji nieodzowna jest też przy formułowaniu motywujących pochwał.

Mentor zyskuje ponadto rozwój umiejętności i cech przywódczych. Dzięki mentoringowi uczy się, jak kierować ludźmi, jak ich zjednywać, czyli zdobywać ich szacunek i zaufanie. Musi być przy tym autentyczny, gdyż klientka szybko wyczuje fałsz i nie będzie chciała podążać tą samą co mentor drogą. Jeśli mentor realizuje się w swojej roli, odczuwa większą satysfakcję z pracy. Wewnętrzne przekonanie, że udało się zrealizować stawiane na początku cele mentoringu, motywuje do dalszych działań. Satysfakcja ma też aspekt psychologiczny. Wpływa bowiem na jakość życia człowieka. Gdy dołoży się do tego większe poważanie ze strony kolegów, podjęcie się zadania mentora okaże się owocne. Pokazanie innym, że się sprawdziło w odmiennym roli, czego najlepszym przykładem jest przygotowana do pracy i odnoszenia w niej sukcesów pracownica z niepełnosprawnością, sprawia wielką radość mentorowi, zwłaszcza gdy inni to również doceniają.

Mentoring daje mentorowi możliwość pełnego czerpania z własnych kompetencji, a także dalsze zdobywanie wiedzy i doskonalenie umiejętności. Przynosi również osobiste zadowolenie, które motywuje do dalszej pracy.

Oprócz korzyści odnoszonych przez klientkę z niepełnosprawnością i jej mentora, zyski z mentoringu czerpie również organizacja.

Korzyści dla organizacji

Mentoring przynosi wiele profitów organizacji. Dobrze funkcjonujący system mentoringowy może mieć istotny wpływ na rozwój firmy.

Mentoring pomaga w realizacji idei organizacji uczącej się. Zgodnie z nią pracownicy są zobowiązani do ciągłego rozwoju i nabywania nowych umiejętności oraz dzielenia się wiedzą z innymi. Dzięki temu mogą modyfikować swoje zachowania w reakcji na nowe doświadczenia. Mentoring kobiet z niepełnosprawnością wspomaga proces zarządzania wiedzą w organizacji. Poprzez mentorów przyczynia się do rozwoju ich samych, ale przede wszystkim do wzbogacenia wiedzą i umiejętnościami pracownic z niepełnosprawnością.

Dla prowadzonej przez organizację polityki różnorodności, w tym zwłaszcza polityki tzw. zarządzania niepełnosprawnością, mentoring stanowi znakomitą formę integracji osób z niepełnosprawnością ze środowiskiem pracy. Sprzyja przełamywaniu barier między kobietami z niepełnosprawnością a pełnosprawnymi pracownikami, pomimo tego, że osoby pełnosprawne nie zawsze chętnie chcą się integrować z niepełnosprawnymi. Odkrywają one, jak ich wzajemne kontakty są twórcze i inspirujące. Poznanie i zrozumienie potrzeb drugiej strony

ma pozytywny wpływ na atmosferę w pracy, a ta z kolei przekłada się na efektywność pracy, co jest korzystne dla organizacji.

Dzięki mentoringowi poprawia się komunikacja w firmie oraz kontakty interpersonalne. Komunikacja wewnętrzna ma niebagatelny wpływ na funkcjonowanie przedsiębiorstwa. Sprawna wymiana informacji pomiędzy pracownikami oraz między kadrą menedżerską a podwładnymi wprowadza porządek do organizacji, który sprzyja realizacji zadań i osiągnięciu celów.

Organizacja korzysta również na lepszej motywacji do pracy osób zatrudnionych, a ta, po dobrze przeprowadzonym mentoringu, jest duża. Pracownica z niepełnosprawnością wie, co robi dobrze, a na co powinna zwrócić szczególną uwagę, aby jej praca przynosiła lepsze efekty. Zna też wartość siebie jako osoby. Daje jej to poczucie przynależności do organizacji. Podobnie zmotywowany jest mentor, który widzi efekty swej pracy i czuje się potrzebny w firmie. Pracownicy zmotywowani i zadowoleni z pracy, wierzący we własne możliwości pracują efektywniej. Z ich lepszej pracy czerpie profity przedsiębiorstwo.

Dzięki mentoringowi organizacji łatwiej rekrutować i adaptować zawodowo pracowników. Nawet jeśli kandydatka na pracownika nie spełnia wszystkich wymagań, mentor potrafi ją w krótkim czasie przygotować do wykonywania obowiązków, a następnie pomóc jej zaplanować rozwój kariery zawodowej. Takie podejście integruje pracownicę z firmą i sprawia, że ona się z nią identyfikuje, dzięki czemu wydajniej pracuje, przynosząc firmie korzyści.

Ma to także wpływ na niską rotację personelu. Pracownicy związani z firmą, przekonani o staraniach kadry zarządzającej o to, by każdy zatrudniony czuł się w niej dobrze, nie będą opuszczali organizacji. Oszczędzi to firmie kosztów rekrutacji nowych pracowników i ich wprowadzania w funkcjonowanie przedsiębiorstwa, a także pozwoli firmie osiągnąć stabilność czy planować dalszy rozwój.

W przypadku mentoringu kobiet z niepełnosprawnością organizacje mają poczucie wypełniania ważnej społecznie roli. Służy to budowaniu reputacji firmy i zaufania zarówno na jej poziomie, jak również jej otoczenia.

Możliwość pełnego przekazywania kobietom z niepełnosprawnością ważnych umiejętności, metod pracy oraz wartości przez mentora, który jest dla nich autorytetem, wzmacnia kulturę przedsiębiorstwa, co wpływa pozytywnie na postawy i zachowania pracowników.

Wszystkich korzyści, jakie przynosi organizacji właściwie prowadzony mentoring, na łamach tego artykułu nie sposób wymieniwać. Z pewnością wiele zależy od charakteru działalności firmy, jak też od specyfiki systemu mentoringowego. Bez wątplenia odnoszone korzyści są znaczące zarówno dla osoby poddanej mentoringowi, mentora, jak i organizacji.

Zakończenie

Przedmiotem analiz i dyskusji podjętych w artykule są wyniki badań własnych dotyczących następujących wątków:

1. Mentoring kobiet z niepełnosprawnością rodzi wiele trudności, których źródła są różnorakie. Wśród nich są niepełnosprawność kobiet, ich postawy i wybory. Źródłem innych niedogodności może być pracodawca i warunki środowiska pracy, które nie zawsze są odpowiednie dla pracownicy z niepełnosprawnością.
2. Proces mentoringu jest długotrwały, a kluczową w nim rolę odgrywa mentor. Warto podkreślić, że w przypadku mentoringu kobiet z niepełnosprawnością niezwykle istotny jest aspekt psychologiczny i znajomość ograniczeń, jakie niesie ze sobą dana niepełnosprawność. Dlatego mentor z szacunkiem odnosząc się do *mentee* powinien starać się ją zrozumieć i wesprzeć. A zatem nie wszyscy mentorzy są w stanie wywiązać się należycie ze swych obowiązków, dlatego powołanie do tej roli odpowiedniej osoby jest dużym wyzwaniem dla organizacji.
3. Uwzględniając wspomniane aspekty, należy zauważyć, że cele prowadzenia mentoringu dla kobiet z niepełnosprawnością są nieco inne niż wobec osób pełnosprawnych. Głównym celem mentoringu jest wyrównanie szans zawodowych na rynku pracy oraz pomoc kobietom z niepełnosprawnością we wdrożeniu się w obowiązki i role zawodowe. Nie oznacza to, że proces mentoringu na tym poprzestaje. Odpowiedni plan mentoringu umożliwia realizowanie celów mentora i organizacji.
4. Mentorowi przypada szczególna rola wobec kobiet z niepełnosprawnością. Jego zadanie polega na inspirowaniu i przywództwie, które są ze sobą zintegrowane. Wszystkie jego działania muszą mieć na względzie specyfikę sytuacji tej grupy osób.
5. Przeprowadzony w odpowiedni sposób program mentoringu klientek z niepełnosprawnością może generować wiele korzyści zarówno dla nich samych, jak i dla mentora, a także organizacji. Kobiety te zyskują przede wszystkim pomoc w wejściu w obowiązki zawodowe. Dobrze przeprowadzony mentoring stanowi dla kobiet z niepełnosprawnością swego rodzaju rehabilitację zawodową, a w szerszym kontekście również społeczną.

W procesie mentoringu mentor pomaga zapoznać się z firmą i zaplanować ścieżkę kariery. Dzięki temu aktualizuje swoją wiedzę i doskonali umiejętności przywódcze, komunikacyjne i pedagogiczne.

Z kolei organizacja wprowadzająca system mentoringowy odnosi również z niego wiele korzyści, które mają wpływ na jej bieżące funkcjonowanie oraz planowanie przyszłości.

Autorka jest świadoma, że zaprezentowane rezultaty badań nie wyczerpują podjętego zagadnienia. Bez wątplenia stanowią jednak znaczącą podstawę do podejmowania kolejnych specjalistycznych opracowań i dyskusji w obrębie omawianej problematyki.

Bibliografia

- Aktywność ekonomiczna ludności Polski. II kwartał 2013.* (2013). Warszawa: GUS.
- Aktywność ekonomiczna osób niepełnosprawnych prawnie w wieku 16 lat i więcej oraz w wieku produkcyjnym (18–59/64) w latach 1993–2016* (tabela 1). Kwartalne i roczne dane z BAEL GUS 1993–2016 – IV kw. 2016. GUS BAEL. <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,81,bael>
- BAEL GUS 1993-III kw. 2020 r. GUS BAEL. <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,81,bael>
- Brzezińska, A., Woźniak, Z., Maj, K. (red.). (2007). *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy*. Warszawa: Academica.
- Clutterbuck, D. (2002). *Każdy potrzebuje mentora. Jak kierować talentami?*. Warszawa: Petit.
- Czechowska-Frączak, M. (2013). Inspirujący lider. Jak wspierać pracowników, aby osiągnęli ambitne cele przy ograniczonych zasobach?. *Personel i Zarządzanie*, 5, 66–69.
- Golinowska, S. (2004). *Raport o Rozwoju Społecznym Polska 2004: W trosce o pracę* (s. 234–235). <http://www.unic.un.org.pl/nhdr/nhdr2004/roz09.pdf>
- Holliday, M. (2006). *Coaching, mentoring i zarządzanie. Jak rozwiązywać problemy i budować zespół*. Gliwice: Helion.
- <http://www.niepelnosprawni.gov.pl>
- <http://www.niepelnosprawni.pl>
- <http://www.mpips.gov.pl>
- Karta Praw Osób Niepełnosprawnych. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. MP 1997 nr 50, poz. 475.
- Karwalla, S. (2009). *Mentoring jako strategia wspierająca rozwój osobisty*. Nowy Sącz: Wyższa Szkoła Biznesu.
- Kaye, B., Jordan-Evans, S. (2012). *Zatrzymaj najlepszych. 26 strategii budowania zaangażowania pracowników*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Lipkowski, O. (1977). *Pedagogika specjalna*. Warszawa: PWN.
- Luecke, R. (2006). *Coaching i mentoring. Jak rozwijać największe talenty i osiągać lepsze wyniki*. Warszawa: MT Biznes.
- Łuźniak-Piecha, M., Kaczkowska-Serafińska, M., Lenton, A. (2016). *Mentoring odwrócony – korzyści dla organizacji. Edukacja Ekonomistów i Menedżerów*, 2(40), 101–115. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0009.4504>
- Maszewski, F. (2016). Mentoring jako metoda wspierająca zarządzanie wiedzą w organizacji. *Studia Ekonomiczne Regionu Łódzkiego*, 23, 95–105.
- Ostrowska, M., Michcik, A. (2016). *Problemy osób niepełnosprawnych na rynku pracy oraz wyzwania związane z ich aktywizacją. Bezpieczeństwo Pracy*, 10, 20–23. <https://doi.org/10.5604/01377043.1222020>
- Parsloe, E. (1998). *Coaching i mentoring*. Warszawa: Petit.
- Parsloe, E., Wray, M. (2008). *Trener i mentor. Udział coachingu i mentoringu w doskonaleniu procesu uczenia się*. Kraków: Wolters Kluwer.
- Rutkowska, E., Rakowska, J. (2008). *Bariery w aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością*. W: M. Piasecki, J. Śliwak (red.), *Wybrane zagadnienia z aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych*. Lublin: Wydawnictwo Norbertinum.
- Serafin, K. (2017). Nowe formy budowania kompetencji zawodowych pracowników na tle rynku usług szkoleniowych. *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, 322, 214–229.
- Sidor-Rządkowska, M. (2013). *Zarządzanie zasobami ludzkimi w administracji publicznej. Ocena i rozwój członków korpusu służby cywilnej*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Sidor-Rządkowska, M. (2014). *Mentoring. Teoria, praktyka, studia przypadków*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Sołtys, A., Tarkowska, M. (2008). *Mentoring w praktyce, ścieżka kształcenia mentorów i peer-mentorów dla grup defaworyzowanych*. Łódź: Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dz. U. 1997 nr 123, poz. 776.
- Wolan-Nowakowska, M. (2016). Formy wsparcia i pomocy w procesie aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami. W: D. Kukla, W. Duda (red.), *Poradnictwo zawodowe – rozwój zawodowy w ujęciu przekrojowym* (s. 418–433). Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Woźniak, Z. (2008). *Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej. Społeczny kontekst medycznego problemu*. Warszawa: Academica.
- Ziębicki, B. (2000). Coaching i mentoring jako nowoczesne metody rozwoju kadry menadżerskiej. *Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie*, 554, 65–82.

MENTORING KOBIET Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W ŚRODOWISKU PRACY

Abstrakt

Współczesne organizacje coraz chętniej korzystają z nowatorskich form wsparcia swoich pracowników. Jednym z kluczowych instrumentów oddziaływania jest mentoring. W literaturze przedmiotu wskazywana jest jego rola zarówno w rozwoju kariery naukowej studentów, jak i zawodowej pracowników. System mentoringowy dobrze się sprawdza w odniesieniu do osób z niepełnosprawnościami. W artykule podjęto temat mentoringu kobiet z niepełnosprawnością w środowisku pracy. Skoncentrowano się na celach, zadaniach i korzyściach mentoringu w miejscu pracy w odniesieniu do kobiet z niepełnosprawnością. Zaprezentowano cele mentoringu kobiet z niepełnosprawnością z punktu widzenia organizacji, mentora i klientek. Przybliżono zadania mentora kobiet z niepełnosprawnością, a także korzyści płynące z mentoringu kobiet z niepełnosprawnością, uwzględniające trzy perspektywy: *mentee*, mentora i organizacji. W zakończeniu podsumowano wyniki przeprowadzonych analiz.

Słowa kluczowe: mentoring, niepełnosprawność, *mentee*, mentor, organizacja

MENTORING WOMEN WITH DISABILITIES IN WORK ENVIRONMENT

Abstract

Contemporary organizations are increasingly eager to use innovative forms of support for their employees. Mentoring is such a key impact instrument. In the literature on the subject, its role in the development of the scientific career of students or professional employees is increasingly indicated. The mentoring system works well for people with disabilities. The article deals with the topic of mentoring women with disabilities in the work environment. It focuses on the goals, tasks and benefits of mentoring in the workplace for women with disabilities. The study presents the goals of mentoring women with disabilities from the point of view of the organization, mentor and mentees. It also includes the tasks of mentoring women with disabilities, as well as the benefits of mentoring women with disabilities, taking into account three perspectives of the mentee, mentor and organization. Finally, the results of the analyzes are summarized.

Keywords: mentoring, disability, mentee, mentor, organization

JAROSŁAW KORCZAK*

SYTUACJA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W AUSTRALII I POLSCE

Wprowadzenie

Problematyka funkcjonowania osób z niepełnosprawnością jest przedmiotem wielu analiz i stanowi wyzwanie dla polityki danego państwa. W związku z tym podejmowane są przez władze państwowe, samorządowe oraz instytucje pozarządowe działania wyrównujące szanse życiowe osób z niepełnosprawnością w wielu aspektach społecznego funkcjonowania. Ze względu na odmienne okoliczności, jakim musi sprostać konkretny kraj, rozwiązania w poszczególnych sferach, takich jak rynek pracy, edukacja czy poziom i charakter wsparcia, mogą się różnić. W artykule podjęto się zaprezentowania wybranych informacji – uwzględniających wymienione obszary – dotyczących sytuacji osób z niepełnosprawnością żyjących w Australii oraz w Polsce. W zamyśle autora pozwala to na ukazanie specyfiki oraz możliwych podobieństw i różnic między dwoma odległymi od siebie krajami. Podjęcie próby wyciągania daleko idących wniosków lub formułowania postulatów wymaga dokonania głębszej analizy uwzględniającej zarówno przytoczone dane, jak i czynniki oraz okoliczności nieuwzględnione w tematyce rozważań.

Osoby z niepełnosprawnością w społeczeństwie

W Australii żyje 4,3 mln osób z niepełnosprawnością (na 24 mln obywateli). Mając to na uwadze, Rząd Australijski podejmuje różnego typu działania w celu wyrównania szans życiowych tej grupy osób.

* Jarosław Korczak (<https://orcid.org/0000-0002-9851-424X>); Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa; tel. +48 22 5893600; e-mail: jkorczak@aps.edu.pl

Do najważniejszych aktów prawnych, na podstawie których poszczególne australijskie stany, terytoria oraz rządy lokalne realizują politykę wsparcia osób niepełnosprawnych można zaliczyć:

- Postanowienia zawarte w Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych – The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UN, 2006);
- Ustawę o dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność – Disability Discrimination Act 1992 (AGDoEaT, 1992);
- Krajową Strategię dotyczącą niepełnosprawności – The National Disability Strategy (AGDoSS, 2011);
- Rządowy plan na rzecz poprawy warunków funkcjonowania żyjących z niepełnosprawnością Aborygenów i Wyspiarzy z Cieśniny Torresa – Australian Government Plan to Improve Outcomes for Aboriginal and Torres Strait Islander People with Disability (AGDoSS, 2017).

Na podstawie wyników badań SDAC (The Survey of Disability, Ageing and Carers – Badanie niepełnosprawności, starzenia się i opieki, zob. Australian Bureau of Statistic..., 2018) przeprowadzonych przez Australijskie Biuro Statystyczne (Australian Bureau of Statistics – ABS), w których gromadzono informacje dotyczące trzech grup docelowych: osób z niepełnosprawnością, osób w wieku 65 lat i więcej oraz osób, które opiekują się osobami niepełnosprawnymi, długotrwale chorymi lub osobami starszymi. W 2015 r. prawie jeden na pięciu Australijczyków deklarował życie z niepełnosprawnością (18,3% czyli 4,3 mln osób). Kolejne 22,1% miało długotrwały problem ze zdrowiem, ale nie był on interpretowany jako niepełnosprawność, podczas gdy pozostałe 59,5% nie borykało się z niepełnosprawnością, ani z długotrwałymi problemami związanymi ze zdrowiem. W Australii 18,6% kobiet i 18% mężczyzn żyje z niepełnosprawnością. Różnica między obiema płciami jest najbardziej wyraźna wśród osób w starszych grupach wiekowych z głębokimi lub poważnymi ograniczeniami (68,3% kobiet w wieku 90 lat i starszych miało głębokie lub poważne ograniczenie w porównaniu z 51,2% mężczyzn). W niektórych grupach wiekowych odsetek mężczyzn z niepełnosprawnością był wyższy: w przedziale wiekowym 65–69 lat (mężczyźni 39,7% i kobiety 36%) oraz 5–14 lat (chłopcy 12% i dziewczęta 7%) (ABS, 2015a).

Okolo 3,7 mln Australijczyków z niepełnosprawnością spotykało się z różnego rodzaju ograniczeniami lub trudnościami związanymi z: kształceniem, zatrudnieniem (np. niemożność uczestniczenia w zajęciach, zagwarantowania wymaganego specjalnego wyposażenia) i/lub z podstawowymi czynnościami (komunikacją, mobilnością lub samoopieką). Głębokie lub poważne ograniczenia związane z wykonywaniem podstawowych czynności miało 1,4 mln Australijczyków, z tego prawie połowa miała 65 lub więcej lat. Prawie 600 tys. osób miało umiarkowane ograniczenia, a 1,4 mln łagodne (ABS, 2015a).

Obecne są także różnice w częstości występowania niepełnosprawności w poszczególnych stanach i terytoriach Australii. Wynika to częściowo z po-

wodu różnic w strukturze wiekowej. Na przykład Tasmania i Południowa Australia, które mają starsze populacje, odnotowały najwyższe wskaźniki rozpowszechnienia niepełnosprawności (odpowiednio 25,2% i 22%) dla wszystkich osób żyjących w gospodarstwach domowych. Terytorium Północne, Australia Zachodnia i Australijskie Terytorium Stołeczne, mające młodsze populacje, odnotowały zaś najniższe wskaźniki rozpowszechnienia niepełnosprawności (odpowiednio 11,3%, 14% i 15,8%). Zdecydowana większość Australijczyków z niepełnosprawnością mieszka w gospodarstwach domowych (95,5%), a pozostałe 4,5% żyje w placówkach, takich jak szpitale, domy opieki i domy spokojnej starości. W przypadku osób z głębokim ograniczeniem odsetek ten zwiększa się do 23,5%, czyli prawie jednej czwartej (ABS, 2015a).

W Polsce, na podstawie danych Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań (GUS, 2012, s. 64) liczba osób niepełnosprawnych wyniosła niemal 4,7 mln osób (przy prawie 38 mln ludności kraju). Do aktów prawnych oraz instytucji podejmujących problematykę niepełnosprawności w Polsce zaliczyć można zwłaszcza:

- Ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2016 poz. 2046);
- Ustawę z dnia 15 czerwca 2012 r. o ratyfikacji Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. 2012 poz. 882);
- Krajową Radę Konsultacyjną do Spraw Osób Niepełnosprawnych (Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 października 2016 r. w sprawie Krajowej Rady Konsultacyjnej do Spraw Osób Niepełnosprawnych, Dz. U. 2016 poz. 1783);
- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON);
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS).

W zbiorowości Polaków niepełnosprawnych biologicznie (zdefiniowanych jako osoby odczuwające ograniczenia zdolności do wykonania podstawowych czynności życiowych odpowiednich dla ich wieku), 3,1 mln osób posiadało orzeczenie o niepełnosprawności (w tym: 29% ze znacznym stopniem niepełnosprawności, 38% z umiarkowanym, 26% z lekkim, 4% stanowiły osoby niepełnosprawne prawnie o stopniu nieustalonym). Niepełnosprawność wyłącznie biologiczną deklarowało 1,5 mln osób (GUS, 2012, s. 64). Analizując przytoczone wyniki, należy mieć na uwadze to, że w związku z dobrowolnym charakterem pytań dotyczących niepełnosprawności, prawie 1,5 mln respondentów odmówiło udzielenia na odpowiedzi, co może w pewnym stopniu przełożyć się na rzeczywistą skalę niepełnosprawności.

W Polsce proporcje osób niepełnosprawnych z uwzględnieniem kryterium płci wynoszą 46,1% mężczyzn do 53,9% kobiet (GUS, 2012, s. 65–66). Wśród ogółu niepełnosprawnych zarówno mężczyzn, jak i kobiet, prawie co dziesiąta osoba posiadała wyłącznie prawne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,

nie odczuwała natomiast żadnego ograniczenia sprawności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych (GUS, 2012, s. 67).

Na podstawie wyników badania pt. *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.* (GUS, 2016) zrealizowanego w ramach Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia – European Health Interview Survey – EHIS (EUROSTAT), w zależności od przyjętego kryterium niepełnosprawności biologicznej (a ściślej poziomu ograniczeń) populacja osób niepełnosprawnych w Polsce może liczyć od 4,9 mln osób do 7,7 mln (GUS, 2016, s. 106). Zaledwie co siódma osoba niesprawna biologicznie oceniła swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry, większość jako taki sobie lub bardzo zły czy zły. U ponad 96% osób tak wyodrębnionych wystąpiły długotrwałe problemy zdrowotne. Prawie 40% dorosłych osób niesprawnych biologicznie miało trudności w wykonywaniu czynności związanych z samoobsługą (w grupie 65 lat i więcej – 34%), a ponad 60% w wykonywaniu czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego (w grupie 65 lat i więcej – 57%).

Do głównych schorzeń występujących w grupie osób niesprawnych biologicznie zaliczyć można: uszkodzenia i choroby narządu ruchu (54%), schorzenia układu krążenia (44%), uszkodzenia i choroby narządu wzroku (32%) oraz schorzenia neurologiczne (30%). Niepełnosprawność najliczniej występowała u mieszkańców województwa lubuskiego, świętokrzyskiego, łódzkiego i pomorskiego (23% populacji w tych województwach), najrzadziej natomiast u mieszkańców województwa wielkopolskiego i opolskiego (15–16% populacji). Poziom niepełnosprawności biologicznej w Polsce, wyłącznie w odniesieniu do populacji osób w wieku 15 lat i więcej, wyniósł 23%, kształtując się na niższym (27%) poziomie niż średnia unijna (GUS, 2016, s. 108).

Przyjmując kryterium prawne, liczba osób niepełnosprawnych w Polsce wyniosła ponad 3,6 mln. Z czego prawie 1,6 mln osób miało umiarkowany stopień niepełnosprawności, prawie 1,1 mln znaczny, lekki zaś mniej niż 1 mln. Ponad 70% orzeczeń o znacznym stopniu niepełnosprawności posiadały osoby w wieku poprodukcyjnym (60 lat i więcej) (GUS, 2016, s. 113).

W obu krajach dostrzec można pewne różnice, chociażby w liczbie osób określanych jako żyjące z niepełnosprawnością. Wynika to z odmiennej interpretacji samej niepełnosprawności. Istotnym czynnikiem różnicującym jest również specyfika polityki wobec osób żyjących z niepełnosprawnością, Australia w pierwszej kolejności skupia się na działaniach antydyskryminacyjnych, rozwiązaniach mających najpełniejsze wdrożenie ich do funkcjonowania w społeczeństwie oraz na wsparciu mniejszości autochtonów. W Polsce polityka wobec osób z niepełnosprawnością w pierwszej kolejności skupia się na pozyskaniu i rozdysponowaniu środków finansowych przeznaczonych dla tej grupy.

Definiowanie niepełnosprawności

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – The International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO, 2007) definiuje niepełnosprawność jako szerokie pojęcie obejmujące upośledzenie, ograniczenie aktywności i restrykcje uczestniczenia. Określa ono negatywne aspekty interakcji pomiędzy jednostką (z określonym stanem chorobowym) a czynnikami wpływającymi z kontekstu, w którym znajduje się jednostka (czynniki środowiskowe i osobowe) (WHO, 2001, s. 213).

Do badań statystycznych (ABS, 2015d) Australijczycy przyjmują że osoba z niepełnosprawnością (*person with disability*) to taka, która deklaruje posiadanie ograniczeń trudności lub upośledzenia, które trwają lub mogą trwać przez co najmniej sześć miesięcy i tym samym wpływają na obecność ograniczeń przy wykonywaniu codziennych czynności.

Każda grupa niepełnosprawności może odnosić się do pojedynczej niepełnosprawności lub składać się z wielu niepełnosprawności. Aby ułatwić interpretację niepełnosprawności przyjęto sześć oddzielnych grup na podstawie określonego jej rodzaju:

1. Sensoryczna – utrata wzroku (niemożliwa do korekcji za pomocą okularów lub soczewek), utrata słuchu (ograniczająca komunikację lub wymuszająca skorzystanie z pomocy asystenckiej lub zastępczej dla słuchu) lub trudności z mówieniem;
2. Intelktualna – trudności w uczeniu się lub rozumieniu rzeczy;
3. Fizyczna – zadyszka lub trudności w oddychaniu (ograniczająca codzienne czynności); drgawki lub utraty przytomności; przewlekły lub nawracający ból bądź dyskomfort (ograniczający wykonywanie codziennych czynności); ograniczenia w sprawności rąk lub palców; trudności z chwytaniem lub trzymaniem przedmiotów; ograniczenia sprawności stóp lub nóg; ograniczenia w możliwości wykonywania aktywności fizycznej lub pracy fizycznej; zniekształcenie lub deformacja ciała;
4. Psychospołeczna – stan nerwowy lub emocjonalny, który ogranicza codzienne czynności; choroba psychiczna lub stan wymagający pomocy lub nadzoru; problemy z pamięcią lub okresy dezorientacji (ograniczające codzienne czynności); trudności społeczne lub behawioralne (ograniczające codzienne czynności);
5. Uraz głowy, udar lub inne nabyte uszkodzenie mózgu, z długotrwałymi skutkami (ograniczające codzienne czynności);
6. Inne – korzystanie z leczenia lub przyjmowanie leków w przypadku pozostałych długotrwałych schorzeń lub dolegliwości, które są przyczyną występowania ograniczeń przy wykonywaniu codziennych czynności; wszelkie inne długoterminowe uwarunkowania powodujące ograniczenie codziennych czynności (ABS, 2015b).

Osoby posiadające więcej niż jedną niepełnosprawność, mogą być zaliczane do więcej niż jednej grupy z wymienionych. Przykładowo, osoba z ubytkiem słuchu i trudnościami z mówieniem będzie zaliczana do grupy osób z niepełnosprawnością sensoryczną. Osoba zaś z ubytkiem słuchu i deformacją fizyczną będzie liczona dwukrotnie, jeden raz w grupie osób z niepełnosprawnością sensoryczną oraz ponownie w grupie osób z niepełnosprawnością fizyczną. Jednak suma osób niepełnosprawnych w danej grupie nie zwiększa sumy osób niepełnosprawnych w ogóle. W przypadku ograniczeń związanych z podstawowym funkcjonowaniem przyjmuje się jego cztery poziomy:

- głębokie ograniczenie (*profound limitation*) – dotyczy osób wymagających największej pomocy lub niezdolnych do wykonywania podstawowych czynności;
- poważne ograniczenie (*severe limitation*) – dotyczy osób, które czasami potrzebują pomocy i/lub mają trudności w wykonywaniu podstawowych czynności;
- umiarkowane ograniczenie (*moderate limitation*) – dotyczy osób, które nie potrzebują pomocy, ale wykonywanie podstawowych czynności nie przebiega u nich bez trudności;
- łagodne ograniczenie (*mild limitation*) – dotyczące osób, które nie potrzebują pomocy i nie mają trudności, ale korzystają z pomocy lub mają pewne ograniczenia (ABS, 2003).

W polskim ustawodawstwie o niepełnosprawności mówimy wówczas, gdy mamy do czynienia z trwałą lub okresową niezdolnością do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy (Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r., Dz. U. 2016 poz. 2046). Jednak pojęcie niepełnosprawności w Polsce nie jest definiowane jednoznacznie. Ustalane jest ono na podstawie różnych kryteriów stopnia ograniczenia w wykonywaniu czynności życiowych. Niepełnosprawność można podzielić na trzy stopnie: znaczny, umiarkowany oraz lekki (Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r., Dz. U. 2016 poz. 2046, art. 3). Stopień:

- znaczny odnosi się do osób z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolnych do pracy albo zdolnych do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającej, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji;
- umiarkowany odnosi się do osób z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolnych do pracy albo zdolnych do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych;
- lekki odnosi się do osoby o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mających ograniczenia w peł-

nieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

W terminologii obecny jest również podział na kryteria: biologiczne, ekonomiczne (zawodowe), społeczne oraz prawne. Zgodnie z nim kryterium:

- biologiczne odnosi się do kwestii ustalenia naruszenia sprawności organizmu;
- ekonomiczne analizowane jest w kontekście ustalenia niezdolności do pracy czy zdolności do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej bądź istotnie obniżonej zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jakie wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną;
- społeczne odnosi się do kwestii zaburzeń w pełnieniu ról społecznych i konieczności stałej lub długotrwałej opieki oraz pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji bądź zdolności ograniczonej do pełnienia ról społecznych wymagających czasowej albo częściowej pomocy innych osób lub ograniczonej zdolności do pełnienia ról społecznych dających się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne (Paluszkiewicz, 2015, s. 77–98).
- prawne odnosi się systemów orzecznicych, z których ustalane są uprawnienia do świadczeń rentowych Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA), Ministerstwo Obrony Narodowej (MON), oraz stopniu niepełnosprawności dla celów pozarentowych (zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności, orzekanie o niepełnosprawności dzieci oraz poradnie psychologiczno-pedagogiczne wydające orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego). Sposób orzekania w wymienionych placówkach realizowany jest na podstawie odmiennych kryteriów.

Definicja niepełnosprawności w australijskim rozumieniu jest szersza, w polskim zaś jest zależna od konkretnej interpretacji przyjętej dla określonych instytucji.

Sytuacja osób z niepełnosprawnością na rynku pracy

Obecność osób z niepełnosprawnością na rynku pracy przekłada się na ich większą integrację społeczną oraz niezależność ekonomiczną. W 2015 r. w Australii żyło w gospodarstwach domowych 2,1 mln Australijczyków z niepełnosprawnością w wieku produkcyjnym (od 15 do 64 lat). Spośród nich zatrudnionych było 1 mln osób, a kolejne 114 900 osób szukało pracy. Oznaczało to, że 53,4% osób z niepełnosprawnością w wieku produkcyjnym było aktywnych na rynku pracy. Współczynnik ten wśród osób bez niepełnosprawności wynosił 83,2%.

Obecność na rynku pracy jest ściśle powiązana ze stopniem niepełnosprawności. Przykładowo jedynie 25% osób z głębokim lub poważnym ograniczeniem było aktywnych zawodowo w stosunku do 58,9% osób z łagodnym

ograniczeniem. Ponad $\frac{1}{4}$ (27%) osób z niepełnosprawnością pracowała w pełnym wymiarze godzin, w porównaniu z ponad połową (53,8%) osób bez niepełnosprawności. Wśród prawie miliona osób żyjących z niepełnosprawnością i aktywnych na rynku pracy Australijczyków (między 15. a 64. r.ż., żyjących w gospodarstwie domowym) prawie połowa (52,6%, 543 800) raportowała ograniczenia związane z jej wykonywaniem, częstszą potrzebą wolnego czasu/przerw (142 900) lub korzystania ze specjalnego wyposażenia (42 300). Wśród osób nieaktywnych na rynku pracy 762 600 posiadało ograniczone możliwości wykonywania pracy (*employment restriction*), a aż 74,3% (566 700) z nich było trwale niezdolnych do pracy (*permanently unable to work*). Niepełnosprawność ma również wpływ na zarobki. Dla około $\frac{2}{5}$ (41,9%) osób w wieku produkcyjnym głównym źródłem przychodów była emerytura państwowa lub zasiłek, jedynie dla (36,5%) było to wynagrodzenie. Osoby z głębokim ograniczeniem ponad dwukrotnie częściej wskazały emerytury lub zasiłek państwowy jako główne źródło dochodu (82,8%) w stosunku do osób z łagodnym ograniczeniem (37,2%). Biorąc pod uwagę mniejszą liczbę osób zarabiających wśród osób z niepełnosprawnością oraz większą zależność od państwowych emerytur i zasiłków, ich poziom dochodów jest niższy od przeciętnego. Mediana dochodów brutto osoby niepełnosprawnej w wieku od 15 do 64 lat wynosiła 465 \$ na tydzień, co stanowi mniej niż połowę (950 \$) tygodniowego dochodu osoby bez niepełnosprawności (ABS, 2015b).

W Polsce prawie 80% dorosłych osób niepełnosprawnych określiło swój status na rynku pracy jako bierny, a jedynie co piąta osoba pracowała lub poszukiwała pracy (GUS, 2016, s. 113). Mimo pozytywnych zmian w zakresie aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych na przestrzeni lat, ich aktywność zawodowa nadal znacząco odbiega od aktywności zawodowej osób sprawnych. Na podstawie Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (GUS, 2018) w 2017 r. współczynnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych (16 lat i więcej) wyniósł 17,6%, wskaźnik zatrudnienia – 16,1%, a stopa bezrobocia – 8,4%. Współczynnik aktywności zawodowej osób sprawnych w wieku produkcyjnym wynosił 79,8%, wskaźnik zatrudnienia – 75,9%, a stopa bezrobocia – 4,9%. Wartości tych wskaźników dla osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym wynosiły odpowiednio 28,9%, 26,3% oraz 9,3% (MRPiPS, 2018, s. 4). Można zaobserwować różnice w aktywności zawodowej u osób niepełnosprawnych (wiek 16 lat i więcej) zamieszkujących miasta i wsie. Wynosiły one dla miast: współczynnik aktywności zawodowej – 18,9, wskaźnik zatrudnienia – 17,1, stopa bezrobocia – 9,5. Dla wsi odpowiednio: 15,6; 14,5 i 6,6. Dla wieku produkcyjnego proporcje wynosiły – miasto: 32,8; 29,4 i 10,4; wieś: 23,7; 22,1; 6,5 (MRPiPS, 2018, s. 9).

Stan aktywności wiąże się z poziomem wykształcenia. Wśród osób niepełnosprawnych (wiek produkcyjny) posiadających wykształcenie wyższe wyniósł 55,9%, a wskaźnik zatrudnienia – 51,3%. W przypadku tej samej grupy osób, le-

gitymujących się posiadaniem wykształcenia gimnazjalnego i niższego, współczynnik aktywności zawodowej wynosił zaledwie 12,1%, a wskaźnik zatrudnienia – 10,3% (MRPiPS, 2018, s. 12).

Wśród pracujących osób niepełnosprawnych 44,7% stanowią kobiety, a 55,3% mężczyźni. Wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych mężczyzn w wieku 16 lat i więcej wynosił 18%, a w wieku produkcyjnym 24,7%. Wśród kobiet niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej wskaźnik zatrudnienia wyniósł 14,3%, a w wieku produkcyjnym – 28,8%. Wśród pracujących osób z niepełnosprawnościami 66,4% to osoby zamieszkałe w miastach, a 33,6% zamieszkiwało wieś. Najwyższy wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych był w województwie pomorskim i wynosił 21,5%, a najniższy w województwie podlaskim oraz zachodniopomorskim, gdzie wyniósł 12,5% (MRPiPS, 2018, s. 14).

Odsetek biernych zawodowo wśród osób niepełnosprawnych wynosił 82,4% dla osób w wieku 16 lat i więcej oraz 71,1% dla osób w wieku produkcyjnym. Głównymi przyczynami nieposzukiwania pracy przez osoby niepełnosprawne były: choroba lub niepełnosprawność. Podawało je 53% nieposzukujących pracy osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej oraz 88% nieposzukujących pracy niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym. Kolejną przyczyną nieposzukiwania pracy była emerytura – wskazywało ją 42% osób w wieku 16 lat i więcej oraz 4% niepełnosprawnych nieposzukujących pracy w wieku produkcyjnym (MRPiPS, 2018, s. 15–16).

Głównym źródłem utrzymania dla osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym, a jednocześnie biernych zawodowo jest renta inwalidzka (65%) oraz inne świadczenie społeczne (24%). Na utrzymaniu innych pozostaje 6% biernych zawodowo w wieku produkcyjnym, a 3% utrzymuje się z emerytury. Dla 2% niepełnosprawnych biernych zawodowo w wieku produkcyjnym głównym źródłem utrzymania było inne niezarobkowe źródło, świadczenie przedemerytalne lub zasiłek dla bezrobotnych (MRPiPS, 2018, s. 16).

W prowadzonej przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Ewidencji Zatrudnionych Osób Niepełnosprawnych (Osoby niepełnosprawne na rynku pracy..., 2018, s. 16) w grudniu 2017 r. zarejestrowanych było 260 404 pracowników z niepełnosprawnością, których wynagrodzenia są dofinansowywane ze środków PFRON, co odpowiada 248 725 etatom, w tym: 122 094 na chronionym rynku pracy (odpowiednio 117 580 etatów) oraz 138 310 na otwartym rynku pracy (odpowiednio 131 145 etatów) (MRPiPS, 2018, s. 19).

Różnice między Australią a Polską w omawianym obszarze są znaczne, osoby z niepełnosprawnością żyjące w Australii są zdecydowanie bardziej aktywne na rynku pracy niż osoby z niepełnosprawnością żyjące w Polsce, przekłada się to również na ich zarobki i stopę życiową.

Wykształcenie osób żyjących z niepełnosprawnością

Efektywność działań edukacyjnych adresowanych do osób z niepełnosprawnością daje szansę na ich pełniejsze funkcjonowanie w życiu społecznym i zawodowym, a tym samym na uzyskanie niezależności finansowej. Do działań tych należą: poziom wsparcia (*assistance*), pomoc czy dostępność sprzętu oraz infrastruktura dostosowana do potrzeb i ograniczeń osób niepełnosprawnych (ABS, 2015b).

Odsetek Australijczyków z niepełnosprawnością w wieku od 15 do 64 lat (zamieszkałych w gospodarstwach domowych), których edukacja zakończyła się na 12 roku edukacji (odpowiednik szkoły średniej) lub równoważnym, wynosi 41%, osób bez niepełnosprawności zaś – 62,8%. Studia licencjackie lub wyższe we wspomnianej grupie wiekowej ukończyło 17% osób z niepełnosprawnością, w stosunku do 30,1% bez. Osoby z niepełnosprawnością częściej uzyskały kwalifikację na poziomie certyfikowanym (28,4%) niż osoby bez niepełnosprawności (22,5%). Certyfikacja na poziomie od I do IV jest formą poświadczenia zdobycia podstawowych kwalifikacji będących przepustką do podjęcia zatrudnienia, lub/i dalszego kształcenia oraz szkolenia. Nie ma jednakowych przedziałów czasowych potrzebnych do uzyskania danych umiejętności. Certyfikaty na poziomie I–II potwierdzają posiadanie podstawowej wiedzy i umiejętności zawodowych. Certyfikaty III–IV związane są z uprawnieniami dotyczącymi umiejętności handlowych, dotyczą wiedzy i umiejętności o bardziej zaawansowanym charakterze.

W przypadku osób starszych (65 lat i więcej) z niepełnosprawnością 27,2% posiada ukończone jedynie osiem lat edukacji lub mniej, w stosunku do 17,8% osób bez niepełnosprawności. W przypadku 12 lat edukacji lub ich równoważnika proporcje wynoszą 18,6% do 28,7% (ABS, 2015b).

W Polsce poziom wykształcenia dorosłych osób niepełnosprawnych jest relatywnie niższy niż sprawnych. Wśród osób niepełnosprawnych 61% legitymowało się wykształceniem najwyżej zasadniczym zawodowym, podczas gdy wśród osób sprawnych udział ten wynosił 41%. Zaledwie co dziesiąta osoba niepełnosprawna miała wykształcenie wyższe, wśród osób sprawnych natomiast prawie co czwarta. Generalnie, dorosłe kobiety niepełnosprawne były lepiej wykształcone niż ich niepełnosprawni rówieśnicy. Prawie 42% niepełnosprawnych kobiet legitymowało się wykształceniem co najmniej średnim, wśród niepełnosprawnych mężczyzn natomiast tylko co trzeci (GUS, 2016, s. 113).

Poziom wsparcia udzielany osobom niepełnosprawnym

W zależności od nasilenia niepełnosprawności osoby potrzebują różnych form pomocy lub wsparcia zarówno przy dążeniu do usamodzielnienia, jak i przy codziennym funkcjonowaniu w życiu społecznym. Pomocy przy co naj-

mniej jednej czynności życia codziennego potrzebowało 2,4 mln Australijczyków z niepełnosprawnością (mieszkających w gospodarstwach domowych). Dotyczyła ona takich kwestii, jak opieka zdrowotna (29,3%), konserwacja domu (26,9%) czy prace domowe (23,5%) (ABS, 2015b).

Australijczycy z głębokim ograniczeniem, to znaczy z najcięższym poziomem niepełnosprawności, posiadali największą potrzebę pomocy w zakresie mobilności (88,3%) i opieki zdrowotnej (77,3%), takiej jak przyjmowanie leków lub zastrzyków. Nie zawsze jednak poziom i częstotliwość wsparcia był wystarczający lub satysfakcjonujący. Mimo że zdecydowana większość osób potrzebujących pomocy z powodu niepełnosprawności ją otrzymuje (97,4%), jedynie dla 62,1% osób była ona w pełni wystarczająca. Zaledwie częściową pomoc w zaspokojeniu swoich potrzeb otrzymało 35,3%, a 2,7% stwierdziło że ich potrzeby nie zostały w ogóle zaspokojone. Zastrzeżenia w stosunku niewystarczającego wsparcia częściej dotyczą osób z głębokim lub poważnym ograniczeniem sprawności (43,8%) niż osób z umiarkowanym lub łagodnym poziomem ograniczeń (33,1%). Sama pomoc osobom z niepełnosprawnością udzielana jest w różnej formie oraz ma charakter formalny i/lub nieformalny, w zależności od potrzeb. Do wsparcia o charakterze nieformalnym (dotyczy 80,2% osób) można zaliczyć: pomoc udzielaną przez partnera osoby niepełnosprawnej (44,2%), dzieci (29,3%) i rodziców (24,4%). Ponad połowa respondentów korzystała (52%) z tej pomocy każdego dnia, a 27,3% raz w tygodniu. Pomoc dotyczyła takich czynności, jak komunikacja (89,9%), mobilność (88,7%) oraz czytanie i pisanie (87,6%). Z pomocy o charakterze formalnym korzystało 57,6% osób niepełnosprawnych. Oferowały je prywatne organizacje (63,6%) oraz instytucje rządowe (46%). Najczęściej pomoc osobie niepełnosprawnej udzielana była raz w miesiącu 40%, tygodniowo – 27%, rocznie – 19,8%. Dotyczyła ona opieki zdrowotnej (55%), wykonywania czynności poznawczych i emocjonalnych (52,8%) oraz komunikacji (43,5%) (ABS, 2015b).

Około 2,2 mln Australijczyków z niepełnosprawnością korzystało z urządzeń wspierających codzienne funkcjonowanie. Z czego z pomocy komunikacyjnych 1,1 mln (25,9% osób niepełnosprawnych); nieco ponad 700 tys. (16,4% osób niepełnosprawnych) z aparatów słuchowych; 639 tys. (14,9%) z urządzeń pomagających w przemieszczaniu się; ok. 190 tys. z ręcznego lub elektrycznego wózka inwalidzkiego (odpowiednio 3,8% i 0,6%). U prawie 500 tys. osób obecne są modyfikacje pomieszczeń mieszkalnych, takie jak poręcze 337 800 (8,2%), łazienka, toaleta lub pralnia 222 tys. (5,4%) czy podjazdy – 100 tys. (2,4%) (ABS, 2015b).

W Polsce jedynie gospodarstwa osób niepełnosprawnych z wyższym wykształceniem są w obiektywnie dobrej sytuacji materialnej. Znaczna jest grupa gospodarstw, które borykają się z trudnościami finansowymi nawet w przypadku najprostszych i najbardziej podstawowych wydatków. Jedynie nieco ponad połowa badanych deklaruje, że pieniędzy bez problemów starcza na jedzenie

(56%), a 45% nie ma problemów z opłaceniem czynszu czy mediów. Zaledwie 36% gospodarstw jest w stanie bez trudności opłacić wydatki związane z transportem. W przypadku pozostałych wydatków odsetek gospodarstw mogących ponieść ich koszty bez problemów nie przekracza 25%. Warto zauważyć, że ponad 70% gospodarstw osób niepełnosprawnych ma problemy z zakupem lekarstw czy z ponoszeniem wydatków na opiekę zdrowotną. Ponad 60% ma trudności z ponoszeniem kosztów rehabilitacji (GUS, 2016, s. 98–100).

Realny poziom oraz forma wsparcia świadczonego osobom żyjącym z niepełnosprawnością w Australii jest większy niż w Polsce. Przekłada się to na poziom ich życia.

Udział w życiu społecznym (rodzinnym)

Aktywny udział w społeczności oraz interakcje z innymi ludźmi przyczyniają się do zwiększenia poczucia satysfakcji u osób z niepełnosprawnością.

Większość Australijczyków z niepełnosprawnością (77,4%) uczestniczyło w zajęciach fizycznych, odwiedzało miejsca publiczne i kontaktowało się z przyjaciółmi i rodziną. Jednak zaangażowanie to spada z wiekiem. Przykładowo, zdecydowana większość (93,7%) młodszych Australijczyków (w wieku od 5 do 14 lat) uczestniczyła w jednej lub kilku formach aktywności społecznej w ciągu 12 miesięcy, w przypadku osób w wieku od 15 do 64 lat odsetek wynosił już 81,1%, u osób wieku 65 lat i starszych zaś 69,7% (ABS, 2015b).

W Polsce niemal 52% osób niepełnosprawnych żyło w związkach małżeńskich lub partnerskich. Jedynie co szósta osoba to kawaler lub panna, co czwarta zaś była osobą owdowiałą – głównie starsze kobiety (GUS, 2016, s. 113). Zdecydowana większość osób niepełnosprawnych dzieli gospodarstwo domowe z innymi osobami, zwykle z własną rodziną (57%). Jedynie co czwarty niepełnosprawny mieszka z rodzicami lub opiekunami (GUS, 2016, s. 104).

Problematyka dyskryminacji a osoby niepełnosprawne

W 2008 r. (UNHCR, 2008) władze Australii na Konwencji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych (The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities) (UN, 2006) ratyfikowały przyjęte w niej postanowienia. Rząd polski zaakceptował je dopiero w 2012 roku (Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, Dz. U. 2012 poz. 1169). Ogólnie, służą one zwiększeniu możliwości uczestnictwa osób niepełnosprawnych we wszystkich aspektach życia społecznego i politycznego, w tym dostępu do zatrudnienia, edukacji, opieki zdrowotnej, informacji, sprawiedliwości, transportu publicznego i infrastruktury (Sherlaw, Hudebine, 2015, s. 9–21).

W większości stanów i terytoriów Australii postanowienia zawarte w konwencji były realizowane już wcześniej (lata 80. XX w.), aby w 1992 r. zostać

przyjęte na mocy ustawy o dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność (Disability Discrimination Act, AGDoEaT, 1992), która zapewnia Australijczykom ochronę przed dyskryminacją ze względu na niepełnosprawność w wielu dziedzinach życia publicznego (AGDoEaT, 1992).

Ponadto w Australii funkcjonuje Australijska Komisja Praw Człowieka – The Australian Human Rights Commission (AHRS), która jest uprawniona do prowadzenia śledztw oraz podejmowania prób rozstrzygnięcia skarg związanych z kwestią dyskryminacji. Mogą je składać wszyscy, którzy uważają, że byli dyskryminowani. Jeśli proces uchwały nie zakończy się powodzeniem, mogą wszcząć postępowanie prawne w sprawie skargi w sądzie.

Mimo tego, prawie jeden na dwunastu Australijczyków z niepełnosprawnością w wieku 15 lat i więcej (8,6%, 281 100 osób) w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczył dyskryminacji lub niesprawiedliwego traktowania z powodu swojego stanu. Źródłem dyskryminacji był pracodawca – dotyczyło to prawie połowy osób w wieku od 15 do 64 lat z niepełnosprawnością. Prawie $\frac{1}{3}$ (35,1%) kobiet i ponad $\frac{1}{4}$ mężczyzn (28,1%) w wieku 15 lat i więcej uniknęło dyskryminacji ze względu na swoją niepełnosprawność. W przypadku ludzi starszych (65 i więcej lat) proporcje te wynoszą 20,1%, a w przypadku młodszych – 46,5% (ABS, 2015b).

W celu polepszenia sytuacji osób z niepełnosprawnością Australia przyjęła Krajową strategię dotyczącą niepełnosprawności (The National Disability Strategy), która jest rozporządzeniem mającym na celu ukierunkowanie polityki wobec osób niepełnosprawnych na terenie Australii, jej stanów i terytoriów oraz lokalnych rządów w latach 2010–2020. Jest ona kontynuacją wcześniejszych programów (NSW Disability Network Forum, 2011; AGDoSS, 2011; AGDoSS, 2016). Powstała jako pokłosie przeprowadzanych w latach 2008–2009 szeroko zakrojonych konsultacji społecznych, których rezultatem był raport pt. *Wykluczenie: Doświadczenie osób niepełnosprawnych i ich rodzin w Australii–Shut Out: The Experience of People with Disabilities and their Families in Australia* (AGDoSS, 2009). Krajowa strategia dotycząca niepełnosprawności określa sześć priorytetowych obszarów mających na celu poprawę jakości życia osób niepełnosprawnych, ich rodzin i opiekunów. Są to:

1. Inkluzywne i otwarte społeczności – środowisko materialne, w tym transport publiczny, parki, budynki, mieszkania, cyfrowe technologie informacyjne i komunikacyjne; życie obywatelskie, w tym społeczne, sportowe, rekreacyjne i kulturalne;
2. Ochrona praw, sprawiedliwość i ustawodawstwo – ustawowe zabezpieczenia, takie jak środki antydyskryminacyjne, mechanizmy skarg, orzecznictwo, systemy wyborcze i systemy sprawiedliwości;
3. Bezpieczeństwo ekonomiczne – praca; szanse biznesowe; niezależność finansowa; odpowiednie wsparcie finansowe dla osób niezdolnych do pracy; mieszkania;

4. Wsparcie personalne i wspólnotowe – włączenie i uczestnictwo w społeczności; opieka i opieka skoncentrowana na osobie świadczona przez specjalistyczne usługi z zakresu niepełnosprawności i podstawowe usługi; opieka i wsparcie nieformalne;
5. Nauka i umiejętności – wczesna edukacja i opieka nad dzieckiem; szkoły, kształcenie uzupełniające i kształcenie zawodowe; przejście od edukacji do zatrudnienia; i uczenie się przez całe życie;
6. Zdrowie i dobre samopoczucie, promocja zdrowia i interakcja między systemami zdrowia i niepełnosprawności; oraz ogólne dobre samopoczucie i radość z życia (AGDoSS, 2009).

Władze Australii podejmują również specjalne działania wobec rdzennych mieszkańców Australii (Aborygenów oraz Wyspiarzy z Cieśniny Torresa), u których problem niepełnosprawności występuje 1,8 razy częściej niż u innych Australijczyków (ABS, 2015c). Stopień rozpowszechnienia niepełnosprawności u Aborygenów i Wyspiarzy z Cieśniny Torresa dla mężczyzn oraz kobiet wynosiły odpowiednio 22,7% i 25,1% (ABS, 2015c). Wdrożeniu specjalnych działań służy opracowanie Australijskiego Planu Rządowego na rzecz poprawy funkcjonowania Aborygenów i wyspiarzy z Cieśniny Torresa żyjących z niepełnosprawnością (ABS, 2015c), który obejmuje cele i postulaty gwarantujące realizację działań mających poprawić warunki funkcjonowania osób będących nim objętych. Określono priorytetowe obszary, w których, żyjący z niepełnosprawnością Aborygeni i wyspiarze z cieśniny Torresa, mogą liczyć na pomoc i wsparcie (ABS, 2015c).

Artykuł 69 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (1997) wskazuje, że „osobom niepełnosprawnym władze publiczne udzielają, zgodnie z ustawą, pomocy w zabezpieczaniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej”. Ponadto art. 68 Konstytucji nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej osobom niepełnosprawnym. Prawa zagwarantowane w Konstytucji mają swoje odzwierciedlenie m.in. w przyjętej w dniu 1 sierpnia 1997 r. Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych (Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r., M.P. z dnia 13 sierpnia 1997 r. nr 50, poz. 475). Zostało w niej ujętych 10 obszarów działań celem zapewnienia osobom niepełnosprawnym równych praw w stosunku do pozostałych obywateli, w szczególności: dostęp do dóbr i usług umożliwiających pełne uczestnictwo w życiu społecznym; dostęp do leczenia i opieki medycznej, wczesnej diagnostyki, rehabilitacji i edukacji leczniczej, a także do świadczeń zdrowotnych uwzględniających rodzaj i stopień niepełnosprawności, w tym do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny; dostęp do wszechstronnej rehabilitacji mającej na celu adaptację społeczną; naukę w szkołach wspólnie ze swymi pełnosprawnymi rówieśnikami, jak również do korzystania ze szkolnictwa specjalnego lub edukacji indywidualnej; pomoc psychologiczna, pedagogiczna i inna specjalistyczna umożliwiająca rozwój, zdobycie lub podniesienie kwalifikacji ogólnych i zawodowych; praca

na otwartym rynku pracy zgodnie z kwalifikacjami, wykształceniem i możliwościami oraz do korzystania z doradztwa zawodowego i pośrednictwa, a gdy niepełnosprawność i stan zdrowia tego wymaga – prawo do pracy w warunkach dostosowanych do potrzeb niepełnosprawnych; zabezpieczenie społeczne uwzględniające konieczność ponoszenia zwiększonych kosztów wynikających z niepełnosprawności, jak również uwzględnienia tych kosztów w systemie podatkowym; życie w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych; posiadanie samorządnej reprezentacji swego środowiska oraz do konsultowania z nim wszelkich projektów aktów prawnych dotyczących osób niepełnosprawnych; pełne uczestnictwo w życiu publicznym, społecznym, kulturalnym, artystycznym, sportowym oraz rekreacji i turystyce odpowiednio do swych zainteresowań i potrzeb (Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r., M.P. z dnia 13 sierpnia 1997 nr 50, poz. 475).

Przykładem działalności służącej zmniejszeniu barier uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie jest program „Aktywny samorząd”. Składa się on z trzech modułów. Pierwszy skupia się na podejmowaniu działań służących likwidacji barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową. Drugi na udzielaniu pomocy w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym poprzez dofinansowanie kosztów edukacji. Trzeci polega na szkoleniu kadr samorządów i organizacji pozarządowych z zakresu problematyki niepełnosprawności (PFRON, 2017, s. 29). W Polsce aktualnie zarejestrowanych jest kilkanaście tysięcy fundacji oraz kilkadziesiąt tysięcy stowarzyszeń. Jednak zaledwie kilka procent z nich jako główną działalność deklaruje usługi socjalne i pomoc społeczną czy ochronę zdrowia (PFRON, 2017, s. 31). Mnogość działań i programów adresowanych do osób niepełnosprawnych przekłada się na stosunek społeczeństwa do nich. Na podstawie badań dotyczących świadomości prawa w kontekście równego traktowania, zdaniem badanych zapytanych o obecność dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność występuje ona często (36%), rzadko (46%), wcale (13%). Zdecydowanie częściej w ich opinii dyskryminacja jest obecna ze względu na orientację seksualną (49%) czy rasę, pochodzenie etniczne lub narodowość (44%) (CP, 2016).

Podsumowanie

Zaprezentowanie w artykule wybranych danych na temat sytuacji osób żyjących z niepełnosprawnością nie wyczerpuje tej problematyki. Jest to jednak przyczynek do dalszej analizy wspomnianego tematu, zawierający przegląd najważniejszych aspektów mogących być pomocnymi w przygotowywaniu szerszej charakterystyki poszczególnych zagadnień dotyczących funkcjonowania osób żyjących z niepełnosprawnością zarówno w Polsce, jak i Australii. Jednakże z przekazanych w tym tekście informacji wynikają różnice oraz podobieństwa, a także tendencje w rozwiązywaniu problemów osób niepełnosprawnych w obu

krajach. Szczególnie dotyczy to ich sytuacji finansowej i zawodowej. Przyczyn takiego stanu rzeczy jest wiele. W pierwszej kolejności ważne jest (faktyczne, a nie deklarowane) postrzeganie roli, jaką ludzie z niepełnosprawnościami mogą pełnić w społeczeństwie, co z kolei przekłada się na ich miejsce w nim.

W Australii niepełnosprawność jest traktowana jako wyzwanie, któremu trzeba sprostać w sposób jak najmniej inwazyjny. W stosunku do osób z niepełnosprawnością wdrażane są różne systemowe procedury mające na celu zapewnienie im jak najpełniejszego udziału w różnych wymiarach życia społecznego. Niepełnosprawność traktowana jest bardziej jako specyficzny stan, a nie choroba. Przekłada się to na inicjatywę zainteresowanych, skutkującą większym udziałem na rynku pracy oraz dążeniem do najpełniejszego udziału w różnych aspektach życia społecznego i jego mniejszym wymaganiem ze strony bliskich czy instytucji.

Na podstawie danych dotyczących polityki Polski wobec osób z niepełnosprawnością jako efekt postrzegania ich roli w społeczeństwie wydaje się odmienna. Traktowane są one częściej jako jednostki, którym należy się pomoc, głównie finansowa, na tę pomoc mają się zaś składać osoby pełnosprawne. Sprzyjać to może zwiększaniu bierności w działaniach tych osób na wielu polach życia społecznego, a także na braki wystarczających środków społecznych, zapewniających im w skrajnych przypadkach minimalny poziom życia, nie wspominając już o wielowymiarowej strategii włączania osób niepełnosprawnych w funkcjonowanie społecznie.

Jako dość istotną przyczynę występujących różnic w tak wielu obszarach funkcjonowania osób żyjących z niepełnosprawnością w obu krajach wskazać można ustrój, w których funkcjonowało/funkcjonuje społeczeństwo. Australia jest nastawiona w większym stopniu na wolny rynek, na większą odpowiedzialność jednostki. Przekłada się to na stosunek i oczekiwania, jakie społeczeństwo stawia osobom niepełnosprawnym oraz oni sobie samym. W Polsce, kraju post-socjalistycznym, w którym o niepełnosprawnego obywatela i jego finanse dbał głównie rząd, do chwili obecnej nie ukształtowały się u większości tej grupy postawy sprzyjające dostosowaniu się do obecnej transformacji politycznej. Wydaje się, że w tym kierunku powinna pójść polityka państwa jako jedno z jego priorytetowych zadań wobec osób żyjących z niepełnosprawnością.

Bibliografia

- ABS. (2003). 4446.0 – Disability, Australia, Australian Standard Classification of Education (ASCED). <http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Previousproducts/4446.0Glossary12003?opendocument&tabname=Notes&prodno=4446.0&issue=2003&num=&view=>
- ABS. (2015a). 3101.0 – Australian demographic statistics. <http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Lookup/3101.0Main+Features1Dec+2015>
- ABS. (2015b). 4430.0 – Disability, ageing and carers, Australia: Summary of findings, appendix 2 – disability groups. <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Latestproducts/4430.0Appendix202015?opendocument&tabname=Notes&prodno=4430.0&issue=2015&num=&view=>

- ABS. (2015c). 4430.0 – Disability, ageing and carers, Australia: Summary of findings, Aboriginal and Torres Strait Islander People with disability. <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Latestproducts/4430.0Main%20Features802015?opendocument&tabname=Summary&prodno=4430.0&issue=2015&num=&view=>
- ABS. (2015d). 4430.0 – Disability, ageing and carers, Australia: Summary of findings, quality declaration. <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Latestproducts/4430.0Main%20Features202015?opendocument&tabname=Summary&prodno=4430.0&issue=2015&num=&view=>
- AGDoSS – Australian Government Department of Social Services. (2009). Shutou: The experience of people with disabilities and their families in Australia, National Disability Strategy Consultation Report prepared by the National People with Disabilities and Carer Council, Australian Government, Commonwealth of Australia.
- AGDoET – Australian Government Department of Education and Training. (1992). The Disability Discrimination Act 1992 No. 135. http://www8.austlii.edu.au/au/legis/cth/consol_act/dda1992264.rtf
- AGDoSS – Australian Government Department of Social Services. (2017). Australian Government Plan to Improve Outcomes for Aboriginal and Torres Strait Islander People with Disability, Commonwealth of Australia. https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/10_2017/dss0001_ati_disability_plan_accessible_v1.pdf
- AGDoSS – Australian Government Department of Social Services. (2011). National Disability Strategy 2010–2020, Commonwealth of Australia. https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/12_2017/final_-_national_disability_strategy_australian_government_action_plan_-_5_dec_2017.pdf
- AGDoSS – Australian Government Department of Social Services. (2016). Driving Action 2015–2018. https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/10_2016/final_-_nds_second_implementation_plan_-_pdf_final_for_web.pdf
- Australian Bureau of Statistic. (2018). Survey Participant Information – Survey of Disability, Ageing and Carers. <https://www.abs.gov.au/websitedbs/d3310114.nsf/home/survey+participant+information+-+survey+of+disability+ageing+and+carers>
- Australian Human Rights Commission. <https://www.humanrights.gov.au/>
- CP – Cantar Public. (2016). Świadomość prawna w kontekście równego traktowania, Raport dla Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa. <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/%C5%9Awiadomo%C5%9B%C4%87%20prawna%20w%20kontek%C5%9Bcie%20r%C3%B3wnego%20traktowania%20-%20Raport%20Kantar%20Public%20dla%20Biura%20Rzecznika%20Praw%20Obywatelskich%20%281%29.pdf>
- EUROSTAT, Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS). <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data>
- GUS. (2012). Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, Warszawa. https://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/lud_raport_z_wynikow_NSP2011.pdf
- GUS. (2016). Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., Warszawa. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosc-polski-w-2014-r-,6,6.html>
- GUS. (2018). Aktywność ekonomiczna ludności Polski IV kwartał 2017 r., Warszawa. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosc/5475/4/28/1/aktywnosc_ekonomiczna_ludnosc_polski_4_kwartal_2017.pdf
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970780483/U/D19970483Lj.pdf>
- Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. Dz. U. 2012 poz. 1169. <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20120001169>
- KRUS. <https://www.krus.gov.pl/>
- MON. <https://www.gov.pl/web/obrona-narodowa>
- MRPiPS. (2018). Osoby niepełnosprawne na rynku pracy, Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, Wydział Analiz i Współpracy Międzynarodowej, Warszawa.

- <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/container/niepelnosprawnosc-w-liczbach/rynek-pracy/Osoby%20niepelnosprawne%20na%20rynku%20pracy.pdf>
- MSWIA. <https://www.gov.pl/web/mswia>
- NSW Disability Network Forum. (2011). Laying the Groundwork 2011–2014. <https://www.ncoss.org.au/sites/default/files/120215-NDS-Exposure-Draft-Dec-2011.pdf>
- Osoby niepełnosprawne na rynku pracy. (2018). Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, Wydział Analiz i Współpracy Międzynarodowej, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, s. 16. <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/container/niepelnosprawnosc-w-liczbach/rynek-pracy/Osoby%20niepelnosprawne%20na%20rynku%20pracy.pdf>
- Paluszkiwicz, M. (2015). Prawne pojęcie niepełnosprawności. *Studia Prawno-Ekonomiczne*, 95, 77–98. http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta.element.desklight-20c6fbb7-5e49-4ef6-b279-46e23283cb63/c/4_Paluszkiwicz.pdf
- PFRON. (2017). Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, Warszawa. https://www.pfron.org.pl/fileadmin/Badania_i_analazy/Badanie_potrzeb_ON/Raport_koncowy_badanie_potrzeb_ON.pdf
- PFRON. <https://www.pfron.org.pl/>
- Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 października 2016 r. w sprawie Krajowej Rady Konsultacyjnej do Spraw Osób Niepełnosprawnych, Dz. U. 2016 poz. 1783, Warszawa. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20160001783/O/D20161783.pdf>
- Sherlaw, W., Hudebine, H. (2015). The United Nations Convention on the rights of persons with disabilities: Opportunities and tensions within the social inclusion and participation of persons with disabilities. *ALTER, European Journal of Disability Research*, 9, 9–21. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2014.08.001>
- Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych (M.P. z dnia 13 sierpnia 1997 r. nr 50, poz. 475). <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WMP19970500475/O/M19970475.pdf>
- UNHCFHR – United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). Status of Ratification Interactive Dashboard. <http://indicators.ohchr.org/>
- UN. (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol. http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.pdf
- Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz. U. 2016 poz. 2046). <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19971230776/O/D19970776.pdf>
- Ustawa z dnia 15 czerwca 2012 r. o ratyfikacji Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. 2012 poz. 882). <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20120000882/O/D20120882.pdf>
- WHO. (2001). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF, Geneva.
- WHO. (2007). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).
- ZUS. <https://www.zus.pl/>

SYTUACJA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W AUSTRALII I POLSCE

Abstrakt

Celem artykułu jest ukazanie problematyki funkcjonowania osób z niepełnosprawnością w Australii i Polsce. Dokonano w niej charakterystyki wybranych danych dotyczących zjawiska niepełnosprawności w odniesieniu do obu krajów. Uwzględniono zwłaszcza takie aspekty, jak: definiowanie niepełnosprawności, liczebność osób z niepełnosprawnością, sytuacja osób z niepełnosprawnością na rynku pracy, edukacja osób z niepełnosprawnością oraz poziom wsparcia

im udzielany, zarówno w kontekście funkcjonowania w społeczeństwie, jak i przeciwdziałaniu dyskryminacji.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, Australia, Polska, sytuacja osób z niepełnosprawnością na rynku pracy, dyskryminacja osób z niepełnosprawnością, potrzeby osób z niepełnosprawnością

SITUATION OF PEOPLE WITH DISABILITIES IN AUSTRALIA AND POLAND

Abstract

The main reason for this article is to show the issue of functioning of people with disabilities in Australia and Poland. It characterizes selected data on the phenomenon of disability in relation to both countries. It focuses on aspects such as: defining disability, the number of people with disabilities, the situation of people with disabilities on the labor market, education of people with disabilities and the level of support provided to them, both in the context of functioning in society and preventing discrimination.

Keywords: disability, Australia, Poland, situation of people with disabilities on the labor market, discrimination against people with disabilities, needs of people with disabilities



KAZIMIERZ POSPISZYL*

„SYTUACJA” W GENEZIE I TERAPII PRZESTĘPSTW ORAZ DEWIACJI SEKSUALNYCH

Wprowadzenie

Zanim przejdę do meritum, zapowiedzianego tytułem prezentowanego artykułu, poświęcę uwagę sprawie natury ogólnej, a mianowicie, czy o kształcie ludzkiego zachowania się decydują posiadane cechy psychiczne, czy też splot okoliczności prowokujących to zachowanie się. Schodząc zaś na grunt kryminologiczny, czy to okazja czyni złodzieja, czy też jego nieprzeparta chęć zdobycia zakazanego owocu.

Mimo że ów dylemat, podobnie jak jeszcze bardziej ogólny, a swego czasu zagorzały, spór o prymat „natury” czy „kultury”, jest na dobrą sprawę nie do rozstrzygnięcia, wywołuje on, tak jak wiele innych trudnych do jednoznacznej oceny poglądów, zauważalne niekiedy różnice pomiędzy zwolennikami przeciwstawnych stanowisk. Ci, którzy przypisują większą rolę w kreowaniu zachowania się człowieka cechom indywidualnym, mają być bardziej konserwatywni od tych, którzy pod tym względem wyżej stawiają okoliczności zewnętrzne, czego przejawem mają być cechy liberalne (por. Ross, 1977).

W ocenie tego, czy na zachowanie mają wpływ cechy indywidualne, czy też uwarunkowania sytuacyjne, tkwi bardzo często błąd atrybucyjny, popełniany bezwiednie, w zależności od naszych sympatii czy antypatii. Jeśli ktoś, kogo lubimy, popełni niegodny czyn, wtedy na ogół skłonni jesteśmy zrzucić winę na okoliczności zewnętrzne, kiedy zaś czyn taki popełni ktoś, kogo mniej lubimy, wtedy uważamy, że wynika on z jego cech psychicznych. Podobnie własne sukcesy przypisujemy na ogół posiadanym cechom indywidualnym, porażki zaś tłumaczymy okolicznościami zewnętrznymi!

* Kazimierz Pospiszyl (<https://orcid.org/0000-0001-5833-8432>); Mazowiecka Uczelnia Medyczna, ul. Rydygiera 8, 01-793 Warszawa; e-mail: sekretariat@mum.edu.pl

Życie jednak swymi prawami, nierzadko bezwzględny, rozstrzyga spory teoretyczne. Jeśli byśmy nadal sprowadzali przyczyny przestępczości, dla wyostrzenia ich różnic, do wewnętrznych i zewnętrznych, to w przypadku przesadnego skupienia się na tych pierwszych, czyli dyspozycyjnych, o wiele szybciej pojawi się pułapka pesymizmu. Skoro ktoś ma immanentną cechę zła, głęboko w nim tkwiący „bakcyl morderstwa”, to niewiele można mu pomóc, a cała resocjalizacja czy terapia to tylko ułudna mrzonka! Tym sposobem – jak to ujął Richard Wortley (2012, s. 112) – „poglądy dyspozycyjne topią się pod wpływem własnego ciężaru”.

Prymat cech sytuacyjnych widać także wtedy, kiedy weźmie się pod uwagę liczbę celów, jakim służą badania nad indywidualnymi i sytuacyjnymi uwarunkowaniami zachowań przestępczych. Podczas gdy głównym, a właściwie jedynym celem badań nad jednostkowymi cechami jest to, aby podwyższyć skuteczność oddziaływań psychokorekcyjnych, to w przypadku badań nad zewnętrznymi uwarunkowaniami występują dwa podstawowe cele. Po pierwsze niezbędna jest zmiana i rekonstrukcja otoczenia tak, aby znacznie ograniczyć występujące w nim elementy kryminogenne, a po drugie, aby korzystnymi warunkami otoczenia, społecznego i fizycznego skutecznie oddziaływać na poprawę zachowania się osoby wykołejonej.

W tym przypadku wychodzi się ze słusznego założenia, że jeśli negatywne cechy otoczenia wypaczyły zachowanie się człowieka, to gdy zostaną one zmienione na cechy konstruktywne, sprawić mogą, że pod ich wpływem zmieni się także na korzyść zachowanie się tego człowieka. Takie rozumowanie jest zgodne zarówno z założeniami psychologii behawiorystycznej, jak i bardzo współcześnie popularnej psychologii środowiskowej, która coraz aktywniej wkracza do praktyki oddziaływań penitencjarnych, o czym pisałem już na łamach *Przeglądu Więziennictwa Polskiego* (por. Pospisyl, 2013).

Przestępcy „sytuacyjni” w pierwszych typologiach

Najstarsza i bodaj najpopularniejsza typologia pedofilów, przypisywana A. Nicholowskiemu Grothowi (1979), chociaż po raz pierwszy zaproponował ją ówczesny dyrektor Instytutu Kinseya (na Uniwersytecie Stanowym w Bloomington) Paul H. Gebhard wraz ze swymi współpracownikami (1965), na podstawie psychoanalitycznej teorii rozwoju seksualizmu, wyróżnia dwie postacie pedofilii: fiksacyjną oraz regresyjną. Pierwsza polega na „zafiksowaniu się”, czyli zatrzymaniu na stadium seksualizmu dziecięcego, druga zaś – regresyjna – na „powrocie” do tego seksualizmu i do osób, które ów seksualizm przeżywają, czyli dzieci.

Regresyjny typ pedofilii kojarzony był często z – należąca już dzisiaj do historii – koncepcją „łuku życia”. Zakłada ona, że cykl życia przypomina krzywą dzwonową (napięty łuk): do pewnego momentu wznosi się, a następnie stopniowo opada. Na tej podstawie tłumaczono to, że w czasach, kiedy

koncepcja ta była popularna, starsi mężczyźni stanowili największy odsetek pedofilów, wchodzili bowiem w okres „wtórnego infantyizmu”. Dzisiaj – jak wiadomo – starsi panowie oddali palmę niechlubnego pierwszeństwa na tym polu daleko młodszemu, ale to już inna sprawa. Rzeczą zaś najważniejszą dla obecnych rozważań jest to, że owa „regresja” nie następuje samorzutnie, do tego, aby wystąpiła muszą zaistnieć określone warunki. Dwa z nich zdają się być najważniejsze. Są to: brak właściwego, czyli dorosłego partnera seksualnego (nierazko połączony z niepewnością wobec własnej sprawności seksualnej), oraz pojawienie się w otoczeniu potencjalnego (regresyjnego) pedofila, pełnego uroku osobistego dziecka, które w dodatku staje się bezpiecznym, bo mało krytycznym, obiektem pożądań seksualnych. Tak więc pedofil regresyjny jest zarazem typem na wskroś sytuacyjnym!

Nieco mniej popularna, ale bardzo istotna z punktu widzenia obecnego tematu jest typologia pedofilów przedstawiona przez Kevina Howellsa (1981) wyróżniająca także dwa rodzaje pedofilów: preferencyjnych i sytuacyjnych. Ci pierwsi mają być pedofilami „z upodobania”, ci drudzy zaś „ze sprowokowania”. Typologia Howellsa, w odróżnieniu od poprzednio omawianej, nie odwołuje się bezpośrednio do żadnej, szerszej koncepcji rozwoju i dynamiki życia seksualnego, dlatego też przedstawia się ją jako „teoretycznie niezależną”.

W typologii Howellsa widoczny jest jeden z najbardziej istotnych problemów wielu typologii psychologicznych, a mianowicie, że pozornie bardzo odrębne typy, dzieli niezwykle subtelna i nie trudna do przekroczenia granica. W tym przypadku chodzi o reakcję na opisywaną na różne sposoby „uwodzicielskość dzieci” nierazko w sposób namolny domagających się pieśszczot, które – jak powszechnie wiadomo – są bardzo ważnymi, a nawet niezbędnymi, sposobami zapewnienia dziecku poczucia więzi i przywiązania, bez zapewnienia tego podstawowego poczucia nie może być mowy o prawidłowym społecznym rozwoju dziecka.

W czasie tych bardzo dziecku potrzebnych pieśszczot i figli łatwo jest o „zły dotyk”, który narusza tę niezwykle subtelną granicę pomiędzy tym, co Howells określa „naturalnym upodobaniem do dzieci” a seksualizacją tego upodobania. Wycucie tej granicy stanowi – jak wiadomo – bardzo ważny sprawdzian dojrzałości dorosłego uczestnika tych zabaw.

Podobne do omawianego rozróżnienie na preferencyjnych i sytuacyjnych molesterów seksualnych dorosłych ofiar przyjął Raymond A. Knight (1999). Według jego obserwacji i badań preferencyjni molesterzy, obok większej namolności, częściej również popadali w konflikt z prawem za inne przestępstwa, a także wykazywali skłonności do alkoholu i narkotyków, podczas gdy sytuacyjni wiedli na ogół poprawne życie, przerywane, od czasu do czasu, epizodami wynikającymi ze spotkania „odpowiedniej” ofiary.

W latach 60. i 70. ubiegłego wieku wśród terapeutów oraz resocjalizatorów triumfy popularności święciła terapia behawioralna, która nieco później przekształciła się w terapię kognitywno-behawioralną, zwaną poznawczo-be-

hawioralną (szerzej zagadnienie to omawiam w innym miejscu – por. Pospiszyl, 2008). Podejście to uznać można za filar „sytuacjonalizmu”, ponieważ całe ludzkie zachowanie, wszystkie jego cechy traktowane były jako wynik warunkowania: klasycznego lub instrumentalnego (operant), później dodano jeszcze warunkowanie społeczne, zwane także modelowaniem. Na podstawie tego paradygmatu przeprowadzono wiele badań, stworzono kilka ważnych i ciekawych teorii, dotyczących uwarunkowań różnych postaci dewiacyjnego zachowania się, a przede wszystkim systemów oraz programów terapii, m.in. przestępstw i dewiacji seksualnych.

Jednakże owo behawioralne podejście do sytuacyjnych uwarunkowań przestępstw i dewiacji seksualnych ma – zdaniem Stephena Smallbone’a i Jesse Cale (2017) – pewną ułomność. Polega ona na tym, że zamiast koncentrować się na sytuacjach powodujących określone postacie przestępstw i dewiacji seksualnych, zdecydowana większość wspomnianych badań oraz teorii skoncentrowana jest na poszukiwaniu prawidłowości, jakie rządzą sposobami oddziaływania poszczególnych sytuacji na określone cechy oraz predyspozycje psychiczne określonych przestępców czy dewiantów seksualnych.

W ten sposób owo, niby programowo „sytuacyjne” podejście, skoncentrowane jest głównie na dostarczaniu argumentów podejściu „dyspozycyjnemu”. Przy czym nie chodzi tu o coś w rodzaju przeciągania liny na korzyść jednego czy drugiego stanowiska, ponieważ oba są ważne i niezbędne. Chodzi o to, że owo „sytuacyjne” wzmacnianie „dyspozycyjności” osłabiać ma wymowę uniwersalizmu wielu patogenicznych sytuacji, których znajomość jest niezbędna przy tworzeniu skutecznych programów psychoprofilaktycznych.

W behawioralnej perspektywie rozpatrywania sytuacyjnych uwarunkowań przestępstw i dewiacji seksualnych tkwi jeszcze inne niebezpieczeństwo, a mianowicie, relatywizacja zagrożeń płynących z tego rodzaju przestępstw i dewiacji. Dowodem na to może być opinia, co prawda dosyć kuriozalna, ale pod wieloma względami znamieną dla tego sposobu myślenia i przez to wcale nie tak rzadko spotykana w literaturze przedmiotu, podobna do przytoczonej: „Seks z dziećmi i osobami dorosłymi bez ich przyzwolenia stanowi *reasonable well prepared response* (czyli «uzasadnioną reakcję») zarówno dlatego, że zachowanie to może mieć równocześnie skutki prokreacyjne, a także z tej racji, iż nie odbiega ono zbyt wiele od właściwego dla mężczyzn sposobu zachowania się” (Laws, Marshall, 1990, s. 211).

Badania nad *modus operandi* przestępstw seksualnych

Nowej i szerszej perspektywy zyskało uwarunkowanie sytuacyjne w licznych badaniach nad przebiegiem, czyli *modus operandi* przestępstwa seksualnego. W tym przypadku wyróżniane są trzy główne etapy cyklu przestępczego: faza przedkryminalna (napotkanie odpowiedniej ofiary), faza kryminalna (speł-

nienie aktu przestępczego w najbardziej sprzyjającej sytuacji) i faza postkryminalna (zatarcie śladów, połączone najczęściej z zastraszaniem ofiary, aby nie ujawniała zaistniałego zdarzenia).

Istota badania nad *modus operandi* przestępstwa, w tym przypadku seksualnego, polega na rozpatrywaniu każdej z wyróżnionych faz przestępstwa osobno. Podejście wymusza niejako bardziej analityczne spojrzenie na badane zjawisko, co siłą faktu wyróżnia je na korzyść w porównaniu z badaniami, o których była mowa w poprzedniej części artykułu.

Pod koniec ubiegłego stulecia (a zarazem tysiąclecia) i na początku obecnego opublikowano wiele badań nad *modus operandi* przestępstw seksualnych. Najwięcej z nich dotyczyło: sytuacji, w których osoby dorosłe popełniały czyny nieuczynne z dziećmi (np. Proulx, Pereaault, Ouimet, 1999; Smallbone, Wortley, 2000); gwałtów i molestacji dorosłych popełnianych na dorosłych ofiarach (Beauregard, Lussier, Proulx, 2005), adolescentycznych przestępców wobec rówieśników, dzieci i starszych od siebie osób (Hunter, Hazelwood, Slesinger, 2000; Leclerc, Tremblay, 2007), a także kobiet – przestępczyń (Kaufman i in., 1995).

Wymienione badania zawierały podobne problemy badawcze dotyczące *modus operandi* opisywanych przestępstw, a mianowicie: jak popełnione zostało dane przestępstwo, dlaczego w ten właśnie sposób, kiedy i w jakich okolicznościach, a następnie koncentrowano się na analizie sytuacji, które pojawiały się w kolejnych, trzech etapach cyklu popełnianego przestępstwa.

Starano się skupiać zwłaszcza na „sytuacjach spustowych” powodujących zarówno rozpoczęcie procesu kryminalnego, jak i wchodzenie w jego kolejne fazy. Dużą uwagę poświęcano także analizie elementów sytuacyjnych uwzględnianych przez sprawcę w czasie ostatniej fazy przestępstwa, czyli możliwie maksymalnym zabezpieczeniu się przed ujawnieniem popełnianego, karygodnego czynu.

Pomimo tego, że opisywane obecnie badania nastawione były głównie na uchwycenie roli czynników sytuacyjnych w procesie popełnianego przestępstwa, nie tylko nie wykluczano czynników dyspozycyjnych, lecz także starano się je na każdym kroku brać pod uwagę, choćby po to, aby móc prześledzić, w jaki sposób działają na nie (modyfikująco!) napotykane bodźce sytuacyjne. Tylko takie podejście gwarantowało stworzenie klarownego dynamicznego obrazu klinicznego badanych zjawisk.

Bardzo istotnym elementem filozofii opisywanych badań nad *modus operandi* przestępstw seksualnych było traktowanie każdego „aktora” cyklu przestępczego, czyli przestępcy, jako „aktywnego manipulatora bodźcami sytuacyjnymi”. Badanie i opisywanie owych strategii manipulacyjnych stwarzają – zdaniem autorów owych badań i obserwacji – najlepsze podstawy do tworzenia skutecznych programów psychoprofilaktycznych.

Podsumowaniem niejako i usystematyzowaniem badań oraz obserwacji nad rolą czynników sytuacyjnych w cyklu procesu przestępczego jest, przedstawiona w 2017 roku, Zintegrowana Teoria Przestępczości Seksualnej opracowana

przez Stephena Smallbone'a i Jesse Cole (z Griffith University w Australii). Teoria ta oparta jest na analizie licznych badań i obserwacji dotyczących różnych przejawów oraz postaci przestępstw seksualnych czynionej po to, aby uzyskać możliwie szeroki materiał niezbędny do zintegrowania trzech najważniejszych czynników determinujących zachowanie się człowieka, a w tym przypadku zachowania przestępcze. Są to: (1) cechy, czyli – w tym przypadku – dyspozycje indywidualne; (2) nabyte doświadczenia i przyzwyczajenia społeczne; (3) sytuacje, w jakich dokonuje się zarówno pierwszego naruszenia prawa i porządku społecznego oraz ewentualne dalsze tego rodzaju, karygodne czyny.

Autorzy kreślą misterne linie powiązań pomiędzy wspomnianymi trzema głównymi czynnikami na kolejnych etapach procesu przestępczego. Dzięki temu starają się stworzyć bardzo precyzyjny, typologiczny obraz różnych postaci przestępstw oraz dewiacji seksualnych, niezbędny w planowaniu skutecznej terapii i resocjalizacji.

Główną konkluzją Zintegrowanej Teorii Przestępstw Seksualnych jest to, że żaden z trzech branych pod uwagę czynników nie jest w stanie wyjaśnić w pełni istoty i dynamiki przestępstw seksualnych. Uczynić to może tylko zintegrowane podejście (por. Smallbone, Cale, 2017).

Profilaktyka i resocjalizacja w ujęciu „sytuacyjnym”

We wstępie pisałem już o tym, że bez omawianego w obecnym artykule podejścia „sytuacyjnego” nie można sobie wyobrazić zarówno psychoprofilaktyki, jak i skutecznej terapii oraz resocjalizacji. Wokół owego problemu nagromadziło się bowiem wiele teorii i pomysłów, które w najbardziej dzisiaj rozbudowanej literaturze anglojęzycznej noszą ogólną nazwę *Situational Crime Prevention* (Sytuacyjne Zapobieganie Przestępczości), oddawaną zazwyczaj skrótem SCP.

Najbardziej chyba klarowną podstawą skuteczności SCP jest racjonalność sytuacji kryminalnej, czyli mówiąc inaczej, im łatwiej wytłumaczyć logicznie sytuacyjną przyczynę danego przestępstwa, tym łatwiej zapobiec jego powtórzeniu. Wystarczy nie doprowadzać do wystąpienia tej feralnej sytuacji! Ta prosta prawidłowość stanowi podstawę wytłumaczenia tego, że na ogół, wszystkie rodzaje przestępstw, które w różnych typologiach zyskują miano „sytuacyjnych” są o wiele łatwiejsze w terapii i resocjalizacji, niż te, które bywają określane jako „dyspozycyjne”. Wynika to z faktu, że „sytuacyjne” przestępstwa są, albo bywają, uważane za bardziej „logiczne”!

Człowiek – jak powszechnie wiadomo – w swym postępowaniu nie zawsze kieruje się „rozumem”, częściej pod tym względem ważniejsze są „uczucia”, a te na swój niepowtarzalny sposób zabarwiają każdą sytuację stanowiącą impuls behawioralny. Przestępca zaś, podobnie jak i każdy człowiek, nie tylko reaguje na takie lub inne sytuacje, on je także tworzy, konstruując sobie właściwą „scenę przestępstwa”, z której – jak z otwartej książki – uzyskać można informacje,

zarówno o jego ukrytych cechach psychicznych, jak i o sposobach neutralizacji wielu sytuacyjnych przyczyn wypaczeń jego zachowania się.

Istnieje kilka ciekawych poglądów na temat mechanizmów oddziaływania sytuacji w dynamice cyklu przestępczego. Dla ukazania skuteczności SPC dwa z nich wydają się szczególnie przydatne. Pierwszy z tych poglądów, autorstwa Wortley'a (2001), dotyczy zarówno percepcji sytuacji przedkryminalnej, jak i jej wpływu na dalsze etapy cyklu przestępczego. Wortley wyróżnia cztery stadia oddziaływania takiej sytuacji. Pierwszy (*prompt*), w tym przypadku „wyczulenie” na punkcie danej sytuacji, przynajmniej na tyle, aby na nią zwrócić uwagę. Jeśli sytuacja ta wywarła dostatecznie silne wrażenie następuje długi etap (*pressure*), który dotyczy zarówno oceny „nacisku”, zapór moralnych, jak i prawno-porządkowych, stojących na przeszkodzie przed skorzystaniem z nadarzającej się okazji. W przypadku odpowiednio silnego naporu chęci skorzystania z nadarzającej się okazji następuje trzeci etap cyklu przestępczego (*permit*), polegający na szukaniu logicznie uzasadnionego „przyzwolenia” na wykorzystanie nadarzającej się okazji, po czym zazwyczaj zachodzi czwarta, ostatnia faza cyklu przestępczego (*provoke*), czyli: „sytuacja spustowa” polegająca na bardziej lub mniej metodycznym przygotowaniu, spełnieniu aktu kryminalnego i bardziej lub mniej starannym zatarciu jego śladów.

Ciekawą i istotną z punktu widzenia reagowania na sytuacje kryminogenne, a tym samym na skuteczność SCP, jest typologia, którą przedstawili Derek B. Cornish i Ronald V. Clarke (2003). Typologia ta jest hipotetyczną, autorzy bowiem, opierając się na analizie kilkunastu pomysłów dotyczących taksonomii postaw i reakcji przestępczych, wyróżnili trzy „idealne” – jeśli tak można powiedzieć – typy reakcji na sytuacje kryminogenne, co może również suponować podobne reakcje na bodźce prospołeczne.

Pierwszy typ to „antysocjalny predator”, który nie tylko żywo reaguje na wszelkie prokryminalne sytuacje, lecz także w sposób aktywny (nierzadko perfekcyjny) potrafi je tworzyć, dlatego przedstawiciele omawianego typu są najbardziej trudni do terapii resocjalizacji i oczywiście dosyć oporni na oddziaływanie SCP.

Drugi typ to *provoked*, czyli „podatny na prowokację”, łatwo chwyta haczyk ponętnej sytuacji i pod wpływem tego impulsu z uporem dąży do finalizacji aktu przestępczego.

Trzeci typ przestępcy, określane jako *mundane*, co w tym przypadku można przetłumaczyć jako „toporny”, albo „nieokrzesany”, znamionuje się brakiem inicjatywy i aktywności, „bierze co popadnie” i „robi jak popadnie”, w wyniku czego popełnia przestępstwa, co prawda dosyć często, ale na szczęście mało groźne i łatwe do wykrycia.

Przedstawiona hipotetyczna typologia stworzona została dla ilustracji trzech modeli reagowania na sytuacje kryminogenne o charakterze ogólnym. Dlatego warto przytoczyć podobną typologię, opartą na tych samych paradygmatach, ale

dotyczącą przestępstw seksualnych. Jej autorami są Richard Wortley i Stephen Smallbone (2006). Na podstawie licznych statystyk dotyczących przestępstw seksualnych starali się oni przypisać określone proporcje liczebności do każdego z trzech typów reagowania na sytuacji kryminogenne.

I tak, wedle tych oszacowań, pierwszy, najgroźniejszy typ przestępcy, czyli *predatos* (co dosłownie oznacza „drapieżnik”) występuje mniej więcej w $\frac{1}{4}$, czyli 25% ogółu przestępców seksualnych.

Drugi typ przestępców, który Cornish i Clarke (2003) określają jako „łatwo podatnych na prowokację”, a Wortley i Smallbone (2006) nazywają: „oportunistami”, stanowi największy, bo 65% odsetek tej społeczności. Z przedstawicieli wspomnianego typu wywodzi się ponadto najwięcej przestępców, którzy zaprzeczają temu, że popełnili jakiegokolwiek przestępstwo, a całą winę zrzucają na ofiarę lub właśnie na sytuację! Warto nadmienić, że przestępcy należący do tego typu są także najbardziej – jeśli tak można powiedzieć – „uniwersalni” wśród całej populacji przestępców seksualnych, ponieważ aż 87% z nich popełnia także i inne, nieseksualne przestępstwa.

Najrzadziej występuje typ trzeci, czyli „toporny”, a w typologii Wortley’a i Smallbone’a nazywany „sytuacyjnym”. Przestępcy tacy, najprawdopodobniej ze względu na swą pasywność i brak inicjatywy, rzadko decydują się na tak „skomplikowane” i niebezpieczne akty kryminalne. Najprawdopodobniej jest to główna przyczyna tego, że liczba przedstawicieli omawianego typu rzadko przekracza 10% wśród ogółu przestępców seksualnych.

Z przedstawionych w artykule typologii wypływa dosyć optymistyczny wniosek. Zdecydowana większość przestępców seksualnych powinna pozytywnie reagować na SPC. Skoro – jak wynika z przytoczonych typologii – większość przestępców, nawet seksualnych, schodzi na drogę przestępstwa w wyniku działania kryminogennych sytuacji, to nie bez racji wnioskować można, że sytuacje prospołeczne połączone z „wyczyszczeniem” otoczenia z sytuacji prowokujących negatywne postacie zachowania się wywołują pożądane efekty.

Kolejną, ważną sprawą w organizacji profilaktyki i resocjalizacji przestępców seksualnych jest przeorganizowanie stymulacyjnego otoczenia, w jakim przebywa poddawany oddziaływaniom psychokorekcyjnym osobnik. Mówiąc inaczej, chodzi o maksymalne wyeliminowanie z tego otoczenia sytuacji, które prowokują zachowania przestępcze i dewiacyjne, a na ich miejsce wprowadzenie sytuacji pozytywnych o podobnym ładunku motywacyjnym do tych, które uprzednio wypaczyły zachowanie.

Zanim jednak przejdę do szczegółów „przeorientowania stymulacyjnego” przestępcy seksualnego poddawane oddziaływaniom psychoprofilaktycznym i resocjalizacyjnym, muszę poświęcić nieco uwagi sprawom bardziej ogólnym. Otóż dewiacje seksualne (a przede wszystkim te, które są penalizowane) stanowią jedną z postaci uzależnień, stąd ich terapia i resocjalizacja podlegać powinny tym samym regułom, co większości uzależnień.

Pierwsza i chyba najważniejsza prawidłowość polega na tym, że uzależnień – używając terminologii medycznej – nie można „wyleczyć”, można je tylko „zaleczyć”. Wynika z tego określona reguła porządkowa. Przestępcę, dewianta seksualnego nie wystarczy „zaleczyć”. Trzeba go bardziej lub mniej aktywnie, podtrzymywać w tym stanie zaleczenia, tak na dobrą sprawę, do końca jego życia.

Druga ważna prawidłowość dotyczy zagadnienia poruszanego w obecnym artykule, czyli niezbędnego „przeorientowania stymulacyjnego” otoczenia klienta czy pacjenta poddawanego terapii. W przypadku terapii osób uzależnionych od środków psychoaktywnych sprawa jest co prawda niezwykle trudna do osiągnięcia, ale przynajmniej klarowna: żadnych używek (w przypadku alkoholizmu nie można nawet „powąchać korka”). W przypadku przestępcy seksualnego natomiast taka konsekwentna zasada nie może wchodzić w grę. Zadaniem terapeuty czy resocjalizatora nie może być bowiem uczynienie z poddawanej zabiegom psychokorekcyjnym osoby istoty aseksualnej (o ile taka w ogóle istnieje), ani też zainfekowanie jej urazem seksualnym (który, co prawda występuje i to wcale nie tak rzadko, mylnie niekiedy brany za aseksualność – ale to już inna sprawa).

Życie seksualne jest każdemu człowiekowi potrzebne nie tylko dla zapewnienia prokreacji. Jest ono bowiem niezbędne do nawiązywania najgłębszych, intymnych kontaktów, bez których trudno sobie wyobrazić prawdziwą dojrzałość, dlatego też żadna terapia nie powinna i nie może pozbawiać człowieka tej drogi jego rozwoju oraz dojrzewania.

Przeorientowanie stymulacyjne otoczenia, w jakim przebywa, czy do jakiego wraca przestępca seksualny jest równie skomplikowane, jak i sama terapia czy resocjalizacja takiego osobnika. Przede wszystkim, organizując takie środowisko, trzeba brać pod uwagę dwa, nie zawsze łatwe do pogodzenia interesy. Szeroko rozumiany interes społeczny vs. interes poddawanego zabiegom psychokorekcyjnym przestępcy.

Z punktu widzenia interesu społecznego, a w szczególności bezpieczeństwa aktualnych i potencjalnych ofiar przestępcy, należy ograniczyć do minimum możliwości jego kontaktów z ofiarami. Ten punkt widzenia uwzględniają sądy zakazujące wykonywania takich zawodów i czynności, które sytuacyjnie ułatwiają popełnianie przestępstw seksualnych, władze szkolne sporządzające „czarną listę” pracowników szkolnych, czy – niestety rzadziej – diecezje, które powinny bardziej skutecznie zwalczać przestępstwa seksualne popełniane przez duchownych.

Podążając tym tropem, aktualnemu czy byłemu przestępcy seksualnemu nakazuje się to, aby nawet się nie zbliżał do miejsc, w których czai się sytuacja prowokująca do zabronionych czynów seksualnej natury. Z tej samej przyczyny zabrania się mu oglądania materiałów pornograficznych, wychodząc – ze słusznego zresztą – przekonania, że w obrazach tych zawsze występują elementy, które utrwala wypaczone skłonności seksualne.

Reasumując to, co przedstawiono w artykule, dbając o otoczenie społeczne (co jest oczywiście chwalebne!), z przestępcy czy dewianta seksualnego chce się uczynić niejako siłą – wbrew jego woli – osobę aseksualną. Uzasadnienia takiego stanu rzeczy są co prawda proste, chociaż nie do końca słuszne. Skoro taka osoba nie potrafi uprawiać seksu w sposób nieburzący porządku społecznego i prawnego, to lepiej niech go nie uprawia w ogóle. Albo jeszcze inaczej: Skoro można się obejść bez alkoholu i narkotyków, to można się także obejść bez seksu.

Przy takim toku myślenia pomija się często bardzo istotną psychologiczną pułapkę, jaką tworzą wspomniane obostrzenia i zakazy – otóż obłożone zakazami, prowokujące sytuacje nabierają dodatkowego smaku „zakazanego owocu”! Ponadto wiele tych zakazów i nakazów trudno jest egzekwować, a – jak mówią jednym głosem prawnicy – najgorsze są takie przepisy, które nie stwarzają możliwości ich kontrolowania!

Jeśli natomiast weźmie się pod uwagę interes poddawanego terapii przestępcy seksualnego, to warto mocno podkreślić, że w głównym punkcie problemu (czyli wyzbycia się przezeń dewiacyjnych skłonności), interesy takiego osobnika i otaczającego go społeczeństwa są całkowicie zbieżne. Na powrocie do normalności zyskuje zarówno on, jak i społeczeństwo!

Różnice stanowisk mogą pojawiać się w szczegółach dotyczących niezbędnego wdrażania przestępcy czy dewiantowi seksualnemu poprawnych sposobów realizacji popędu seksualnego. W tym celu musi być zachowana nie tylko czujność, lecz także cierpliwość w żmudnym przewycięzaniu zarówno złych nawyków, przyzwyczajzeń, jak i wdrażaniu stopniowych zmian reagowania na dawne bodźce oraz sytuacje.

W takich przypadkach trudno sobie wyobrazić, żeby były pedofil przez całe swoje życie unikał kontaktu z dziećmi, czy brutal i gwałcieciel z kobietami. Aby proces niezbędnego przeorientowania sposobów realizacji popędu seksualnego mógł nastąpić, potrzeba najpierw, drogą żmudnej pracy pozbawić dawne podniecające sytuacje ich „siły rażenia”, a równocześnie stopniowo wprowadzać naukę reagowania na nowe, bardziej poprawne bodźce natury seksualnej, które zapewnić mogą resocjalizowanemu przestępcy względnie harmonijne życie w społeczeństwie.

Nie sposób przy tej okazji pominąć faktu, że sytuacyjne podejście do terapii oraz resocjalizacji przestępców i dewiantów seksualnych pozwala także na zneutralizowanie najbardziej silnego wzmocnienia wypaczonych reakcji seksualnych, jakie stanowi przeżycie szczytowania, czyli orgazmu, następującego po spełnieniu tych potępienia godnych czynów. Na pierwszy rzut oka sprawa wydawać by się mogła beznadziejną. Organizm nie zna silniejszego doznania, nie istnieje zatem żaden rodzaj wzmocnienia, który mógłby przebić ten, jaki spotyka, spaczona w tym przypadku, postać realizacji popędu płciowego.

Podejście sytuacyjne potrafi jednak znaleźć szczelinę w tym zdawałoby się bardzo spójnym i sprawne działającym mechanizmie wzmocniania. Znali ją

już starożytni myśliciele i obserwatorzy życia, którzy spostrzegli, że stosunek seksualny u każdego zwierzęcia (w tym, oczywiście i u człowieka) kończy się smutkiem. *Post coitum omne animal triste est* – głosi stara łacińska maksyma.

Jeśli zatem terapeucie sprawującemu opiekę nad przestępcą lub/i dewiantem seksualnym uda się w czasie niezbędnej analizy jego doznań umiejętnie skojarzyć ów naturalny „smutek postcoitalny” z występującymi wówczas – o ile w ogóle – wyrzutami sumienia czy poczuciem winy, pojawić się może duża szansa na to, aby skomasowane w ten sposób przeżycia awersyjne zapobiegły powtarzaniu czynów godnych kary i potępienia.

Przedstawiony sposób wykorzystania w celach terapeutycznych ostatniego etapu patologicznego cyklu przestępczego nawiązuje do poprzednio wspomnianej już Zintegrowanej Teorii Przestępstw Seksualnych Smallbone’a i Cale (2017), która poświęcona jest ukazaniu uwarunkowań sytuacyjnych w skomplikowanym mechanizmie następujących po sobie etapów cyklu przestępczego. W ostatnim etapie tego cyklu autorzy, obok „naturalnego wzmocnienia”, wymieniają także moment „refleksyjnej dezaprobaty” spełnionego postępcu, który stanowić może niezbędny impuls do przyszłego oporu przed powtórzeniem tego godnego kary i potępienia czynu.

Podsumowanie i refleksje końcowe

Podsumowując zaprezentowane w artykule poglądy na temat sytuacyjnego uwarunkowania dynamiki przestępstw seksualnych, można wysnuć dwa podstawowe wnioski.

Pierwszy jest taki, że mimo iż można się spierać (i to bez końca) o to, czy sytuacja – jak wspomniałem we wstępie – czyni złodzieja, czy też jego nieprzeparta chęć (określona dyspozycja psychiczna) zdobycia zakazanego owocu, to konkluzją takich sporów może być tylko jedno stwierdzenie, że obie te cechy w praktyce muszą być traktowane łącznie.

Drugi zaś wniosek dotyczy tego, że wydzielenie, choćby w celach teoretycznych, jednego tylko problemu (w tym przypadku sytuacji lub dyspozycji) jest jednak nieodzowne, aby wykazać dokładniej mechanizm jego działania, na zasadzie podobnej, jak Mickiewiczowskie „szkiełko” poprawia „oko”. Jestem przekonany, że takie właśnie wyeksponowanie roli sytuacji w procesie przestępczym, jakie starałem się przedstawić w tym artykule, wspomnianą potrzebę powinno uzasadniać.

Najważniejszy wniosek ogólny, jaki można wysnuć z przedstawianej roli czynników zewnętrznych, czyli sytuacyjnych w dynamice przestępstw seksualnych, jest taki, że owo „sytuacyjne” podejście – jak wynika z przytoczonych przykładów – odgrywać może, a nawet powinno, przemożną rolę w oddziaływaniach psychokorekcyjnych.

Bibliografia

- Beauregard, E., Lussier, P., Proulx, J. (2005). The role of sexual interests and situational factors on rapists' *modus operandi*: Implication for offender profiling. *Legal and Criminological Psychology*, 10(2), 265–278. <https://doi.org/10.1348/135532505X36110>
- Cornish, D.B., Clarke, R.V. (2003). Opportunities, precipitators and criminal dispositions. W: M.J. Smith, D.B. Cornish (red.), *Theory for practice in situational crime prevention*. Monsey: Criminal Justice Press.
- Gebhard, P.H., Gagnon, J.H., Pomeroy, W.B., Christenson, V.C. (1965). *Sex offenders: An analysis for types*. New York: Harper and Row.
- Groth, A.N. (1979). *Men who rape*. New York: Plenum Press.
- Howells, K. (1981). Adult sexual interest in children: Consideration relevant to etiology. W: M. Cook, K. Howells (red.), *Adult sexual interest in children* (s. 55–94). London: Academic Press.
- Hunter, J.A., Hazelwood, R.R., Slesinger, D. (2000). Juvenile-perpetrated sex crimes: Patterns of offending and predictors of violence. *Journal of Family Violence*, 15(1), 81–93. <https://doi.org/10.1023/A:1007553504805>
- Kaufman, K.L., Wallace, A.M., Johnson, Ch.F., Reeder, M.L. (1995). Comparing female and male perpetrators' *modus operandi*: Victims' reports of sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 322–333. <https://doi.org/10.1177/088626095010003006>
- Knight, R.A. (1999). Validation of a typology for rapists. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(3), 303–330. <https://doi.org/10.1177/088626099014003006>
- Laws, D.R., Marshall, W.L. (1990). A conditioning theory of the etiology and maintenance of deviant sexual preference and behavior. W: W.L. Marshall, D.R. Laws, H.E. Barbaree (red.), *Handbook of sexual assault* (s. 209–229). New York: Plenum Press.
- Leclerc, B., Tremblay, R. (2007). Strategic behavior in adolescent sexual offenses against children: Linking *modus operandi* to sexual behaviors. *Sexual Abuse: A Journal of Researcher and Treatment*, 19(1), 23–41. <https://doi.org/10.1177/107906320701900104>
- Pospiszyl, K. (2008). *Przestępstwa seksualne*. Warszawa: WN PWN.
- Pospiszyl, K. (2013). Środowiskowy i sytuacyjny model zapobiegania przemocy w instytucjach penitencjarnych. *Przegląd Więziennictwa Polskiego*, 81, 99–116.
- Proulx, J., Perreault, C., Ouimet, M. (1999). Pathways in the offending process of extra-familial sexual child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 117–129. <https://doi.org/10.1007/BF02658842>
- Ross, L.D. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. W: L. Berkowitz (red.), *Advances in experimental social psychology* (s. 173–220). New York: Academic Press.
- Smallbone, S., Cale, J. (2017). Situational theories of sexual offending. W: D.P. Boer, A.R. Beech, T. Ward, L.A. Craig, M. Rottenberger, L.E. Marshall, W.L. Marshall (red.), *The Wiley handbook on the theories, assessment and treatment of sexual offenders*. New York: Wiley.
- Smallbone, S., Wortley, R. (2000). *Child sexual abuse in Queensland*. Brisbane: Queensland Crime Prevention.
- Wortley, R. (2001). A classification of techniques for controlling situational precipitators of crime. *Security Journal*, 14(4), 63–82.
- Wortley, R. (2012). Exploring the person situation interaction in situational crime prevention. W: N. Tilley, G. Farrel (red.), *The reasoning criminologist: Essay in honor of Ronald V. Clarke* (s. 184–193). London: Routledge.
- Wortley, R., Smallbone, S. (2006). Applying situational principles to sexual offences against children. W: R. Wortley, S. Smallbone (red.), *Situational prevention child sexual abuse* (s. 7–35). Monsey: Criminal Justice Press.

„SYTUACJA” W GENEZIE I TERAPII PRZESTĘPSTW ORAZ DEWIACJI SEKSUALNYCH

Abstrakt

Artykuł zawiera trzy główne części. W pierwszej przedstawiono podstawy sytuacyjnego podejścia w ukazywaniu etiologii i dynamiki przestępstw seksualnych. Przybliżono w niej również pierwsze typologie przestępców seksualnych, u których czynniki zewnętrzne (sytuacyjne) stanowiły główne przyczyny aktywności kryminalnej, a także odgrywały przemożną rolę w dynamice tego typu zachowania się. Druga część zawiera analizę najważniejszych badań nad *modus operandi* przestępstwa seksualnego, w których to badaniach i poglądach uwzględniono rolę czynników sytuacyjnych w kolejnych etapach cyklu przestępczego. Trzecią, najobszerniejszą część poświęcono omówieniu Sytuacyjnej Prewencji Przestępstwa (*Situational Crime Prevention – SCP*). Szczególny nacisk położono na niezbędne przemodelowanie stymulacyjne otoczenia przestępcy, tak aby nie oddziaływało na niego dalej w sposób kryminogenny, a także na organizację nowego otoczenia w taki sposób, aby wpływało na poprawienie jego zachowania się.

Słowa kluczowe: sytuacyjne ujęcie przestępstw seksualnych

“SITUATION” IN THE ORIGIN AND THERAPY OF SEXUAL OFFENSES AND DISORDERS

Abstract

The article contains three main parts. The first presents the basics of the situational approach in showing the etiology and dynamics of sexual offenses. It presents the first typologies of sex offenders in whom external (situational) factors were the main causes of criminal activity. They also played the main role in the dynamics of this type of behavior. The second part contains the analysis of the most important studies on the *modus operandi* of sexual offenses, in which studies take into account the role of situational factors in subsequent stages of the criminal cycle. The third and most comprehensive part is devoted to discussing Situational Crime Prevention (SCP). Particular emphasis was placed on two basic issues: The first is the necessary stimulation remodeling of the criminal's environment so that it does not affect them further in a deviant and criminal manners. The second issue is the organization of the new environment in such a way as to improve their behavior.

Keywords: situational approach to sexual offenses



EDYTA JANUSZEWSKA*

POCIĄG JAKO MIEJSCE HETEROTOPICZNE. TRAUMATYCZNE DOŚWIADCZENIA CZECZEŃSKIEJ UCHODŹCZYNI

Wprowadzenie

W prezentowanym artykule przybliżam pociąg jako miejsce heterotopyczne, „inną przestrzeń”, w której żyli i pracowali uchodźcy czeczeńscy w czasie II wojny rosyjsko-czeczeńskiej (wojna miała charakter dwufazowy: od października 1999 r. do kwietnia 2000 r. trwała wojna regularna, a od kwietnia 2000 r. do kwietnia 2009 r. trwała walka partyzancka). Dla konstruktów mojego myślenia kluczową jest kategoria heterotopii Michela Foucaulta, którą traktuję jako matrycę interpretacyjną. Poprzez nią odczytuję trajektorię losu czeczeńskiej uchodźczyny naznaczonej piętnem wojny. W analizie jej narracji odwołuję się do struktury heterotopii, a heterotopologię traktuję jako jej metodologię. Michel Foucault (2005) wyróżnił opozycje przestrzeni: prywatnych–publicznych; rodzinnych–społecznych; kulturalnych–użytkowych oraz wypoczynkowych–pracy. Pisał o dwóch rodzajach miejsc: utopiach jako przestrzeniach nierealnych i heterotopiach jako miejscach poza miejscami, kontr-miejscach, całkiem odmiennych miejscach (za: Boruszkowska, 2014; Majszyk, 2014). Uważał, że „Heterotopia jest, ale istnieje inaczej niż miejsca rutynowo dostępne, odwiedzane i doświadczane” (za: Czaja, 2013, s. 14). Twierdził, że człowiek żyje w sieci relacji, wyznaczonych przez różne miejsca (*emplacements*), które do siebie nie pasują i nie można ich do siebie odnieść, nie można nałożyć jednych na drugie. Pisał o miejscach „przechodzenia” (ulice) i miejscach „zamkniętych” (mieszkania). Do miejsca przechodzenia zaliczył również pociąg.

* Edyta Januszewska (<https://orcid.org/0000-0003-1489-3332>); Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza, ul. Waszyngtona 4/8, 42-200 Częstochowa; tel. +48 34 3784100; e-mail: e.januszewska@ajd.czyst.pl

Według niego stanowi on „wiązkę relacji”, ponieważ po pierwsze można się nim przemieszczać, po drugie przejść z punktu do punktu (między jednym przedziałem a drugim, między jednym wagonem a drugim), a po trzecie jest czymś, co przejeżdża obok nas, co nas mija (Foucault, 2005). Niektórzy badacze traktują wagony jako nie-miejsca, a bocznicę kolejową jako miejsca (Słowik, 2014). Takie podejście odnosi się jednak do pociągu, który jest środkiem transportu, a nie miejscem zamieszkania.

Dokonując analizy wywiadu z czeczeńską uchodźczynią wykazuję, że pociąg jest miejscem heterotopycznym – miejscem życia i śmierci ofiar wojny rosyjsko-czeczeńskiej. Jak zauważyła Maria Mendel (2007, s. 17): „Heterotopie tworzą przestrzeń pierwotną; przytrafiają się więc i zdarzają, a nie «są» zawsze. Aby je zatem «zobaczyć» i zbadać, należy rozmawiać z ludźmi, słuchać ich życiowych opowieści i narracji, w których «widzą» siebie i swój świat, pozwalając dostrzec jakąś jego część innym. Warto dowiadywać się, jak są-w-miejscach i jak to bycie-w-miejscach rzutuje na nich samych oraz kulturę, którą współtworzą”.

Pięciogodzinny wywiad z 46-letnią kobietą przeprowadziłam w 2015 r., w języku polskim. Narratorka była bardzo sprawna werbalnie, mimo że rozmawiała w obcym języku. Wywiad odbył się w mieszkaniu respondentki w atmosferze szacunku, akceptacji i wspólnego zaufania. Podczas wywiadu czuła się ona swobodnie i bezpiecznie. Wypowiedzi towarzyszył brzęk sztućców i... miauczenie kotów. Artykuł opiera się na wersji dźwiękowej i transkrybowanej. Po roku od wywiadu ukazała się publikacja mojej rozmówczynie. Wywiad został skonfrontowany z opracowaniem drukowanym. Wybrałam fragment o pracy narratorki w pociągu, który poddałam analizie pod kątem heterotopii. Do tej pory nikt z badaczy nie podjął się takiego ujęcia opisu traumatycznych doświadczeń wojennych uchodźców czeczeńskich.

Wojny rosyjsko-czeczeńskie na przestrzeni wieków

Republika Czeceńska wchodzi w skład Federacji Rosyjskiej i graniczy z Dagestanem, Inguszetią, Krajem Stawropolskim i Gruzją. Czeceńcy są grupą etniczną, która zamieszkuje przedgórze Kaukazu i część Niziny Nadkaspjskiej (Ferenc, 2004); nazywają siebie Nachami (Nachczoj, Nochczji) i wierzą, że są potomkami Noego (Miłoszowie, 1979). Według czeczeńskiego kulturoznawcy, tłumacza i poety Issy Adger-Adajewa (2005) Czeceńcy nazywają siebie także Wajnachami, co oznacza „Nasz Naród”. Nazwa „Czeceńcy” po raz pierwszy została użyta przez Rosjan w XVIII w. (Grochmalski, 1999).

Konflikty rosyjsko-czeczeńskie datuje się na początek XVIII w., kiedy to carska Rosja rozpoczęła podbój Północnego Kaukazu. W 1859 r. Czeceńcy została przyłączona do Rosji, a w 1924 r. powstał Czeceński Obwód Autonomiczny w ramach Związku Sowieckiego. W 1944 r. Józef Stalin dokonał masowej deportacji Czeceńców i Inguszy do Kazachstanu i Azji Środkowej. Po

jego śmierci nastąpiła polityczna „odwilż” i w 1957 r. ówczesny premier ZSRR Nikita Chruszczow, pozwolił Czechenom na powrót z zsyłki i reaktywował Czeceńsko-Inguską Autonomiczną Republikę Socjalistyczną. Republika ta została utworzona 5 grudnia 1936 r., a przestała istnieć w listopadzie 1990 r. w związku ze zmianami związanymi z rozpadem ZSRR.

Pod koniec lat 80. XX w., w czasie rozpadu ZSRR, ówczesny prezydent Borys Jelcyn powiedział do obywateli autonomicznych i związkowych republik: „Bierzcie tyle suwerenności, ile zdołacie udźwignąć” (za: Fischer-Malanowska, Magomedow, 2000, s. 117–125). Spowodowało to nasilenie dążeń separatystycznych różnych republik, w tym także kaukaskich. W październiku 1991 r. prezydentem Czechenii został generał radzieckiego lotnictwa Dżochar Dudajew i w listopadzie 1991 r. ogłosił niepodległość Czeceńskiej Republiki Iczkerii. W 1992 r. wojska rosyjskie opuściły Czechenię. W listopadzie 1994 r. nastąpiła nieudana próba przejęcia władzy w Grozным przez czeceńskich opozycjonistów popierających Moskwę. Władze Kremla nie chciały zgodzić się na odłączenie Czechenii od Federacji Rosyjskiej z kilku powodów. Oficjalna wersja głosiła, że chodziło o przywrócenie porządku konstytucyjnego w Czechenii. Republika była postrzegana jako źródło terroryzmu, w której mafia defrauduje rosyjską walutę i należało ukrócić ten proceder. Ważnym powodem z punktu widzenia ekonomicznego było wydobycie w Czechenii ropy naftowej i gazu ziemnego oraz ich przetwórstwo. W Grozным działały cztery rafinerie, jedne z największych na obszarze byłego ZSRR (Kuleba, 1997). Kolejny powód to względy religijne. Rosja obawiała się rozszerzenia islamu na sąsiednie republiki. Inny to pokazanie, że mimo upadku Związku Radzieckiego, armia jest nadal silna i „taka mała zwycięska wojenka” podniesie morale żołnierzy oraz wzmocni pozycję Borysa Jelcyna (Czarnotta, Moszumański, 1995, s. 16). Władze Kremla obawiały się, że autonomia Czechenii spowoduje chęć wyzwolenia się innych republik spod panowania Rosji. Wojska rosyjskie wkroczyły do Czechenii 11 grudnia 1994 r. i rozpoczęła się I wojna czeceńska (Boniface, Iris, 2001). Pod dwóch latach, w sierpniu 1996 r., nastąpiło porozumienie pokojowe podpisane w Chassaw-Jurcie. Wojska rosyjskie opuściły Czechenię.

Pretekstem do rozpoczęcia II wojny czeceńskiej (październik 1999) był najazd Szamila Basajewa (przywódcy czeceńskich partyzantów) na Dagestan w celu wprowadzenia islamskiego kalifatu, obawa władz rosyjskich przed rozprzestrzenieniem się rewolucji islamskiej (Szmyd, 2000), a także akty terroryzmu, m.in. zamachy bombowe przeprowadzone przez separatystów czeceńskich w trzech miastach Rosji (niektóre hipotezy głoszą, że była to prowokacja rosyjskich służb specjalnych). Wojna miała charakter dwufazowy: od października 1999 r. do kwietnia 2000 r. trwała wojna regularna, a od kwietnia 2000 r. do kwietnia 2009 r. trwała walka partyzancka.

Trajektoria wojenna czeczeńskiej uchodźczyni

Główną osią, w której osadzona jest wypowiedź mojej rozmówczyni – 46-letniej kobiety, jest życie i praca w pociągu w Inguszetii. Wywiad to fragment dłuższej wypowiedzi czeczeńskiej uchodźczyni, która jest „w zagrożeniu” wynikającym z wojny i z uchodźstwa. Jest egzemplifikacją losu pojedynczej rodziny uwikłanej w doświadczenia historyczne Czeczenów. Doświadczenia narratorki są indywidualnymi pęknięciami w jej biografii, są subiektywną, jednostkową historią postrzegania rzeczywistości. Wojna natomiast jest trajektorią kolektywną całego narodu czeczeńskiego.

Wyjazd do Inguszetii

Droga do sąsiedniej Republiki była trudna i niebezpieczna. Jak wspomina moja rozmówczyni: „Nasz sasied Žienia posadził mnie w taki mały łazik, to po rosyjsku, nie wiem, jak to po polsku. I w tym łazikie my pojechali, jak te zające, wiesz, jak króliki. Tam tuf, tuf, tuf, bomby, a my tam wot tak, o tak, o tak. I przyjechaliśmy do Nazrania. [Nazrań – stolica Inguszetii do 2000 roku. Obecna stolica to Magas, leży cztery kilometry od Nazrania – przyp. E.J.], a to był piątek wieczorem. Już zamknięta imigracyjna służba i on po prostu nas wysadził na środku drogi. Z lewej strony stoją domy, z prawej strony ta imigracyjna służba i ja z dwójką dzieci po środku i w nocy. Praktycznie, szósta, siódma godzina, już ciemno było. I nie wiem, co robić, ani pieniędzy nie mam, jestem w zarwanym płaciu [w porwanej sukience – przyp. E.J.], nawet dla Rasuła [w narracji raz pojawia się imię Rasuła, a raz Rustam – przyp. E.J.] papieru nie miałam [chodzi tutaj o pieluchy dla syna – przyp. J.E.], bo szybko, szybko trzeba było wyjść. Nic nie miałam pod ręką. A Rasuła przed tym, ze dwa dni, nie, ze trzy dni wcześniej, był ranny. Mój młodszy półroczny syn, on miał tutaj otwartą czaszkę, w tym miejscu [pokazuje, w którym miejscu na głowie – przyp. E.J.]. I teraz ma tutaj taką bliznę (cिसza). Nie strzelali. Bomba wpadła, a on leżał na takim dużym parapecie. Żeby na podłogę go nie kłaść, położyłam go na parapecie, a kiedy bomba wpadła, to jego z tego parapetu rzuciło na drugą ścianę, wuuuf, i uderzył i u niego tutaj otwarta czaszka była. No i Rasuła tak robił yyyh, już nie miał siły płakać, bo jedzenia nie dostawał już dwa dni, nie miał co jeść, jeszcze był ranny. Islam tak cicho, cicho płakał, nie głośno tak. Nie wiedziałam po prostu, co robić” [pojawia się tu pewna nieścisłość, ponieważ w swojej publikacji respondentka pisze wręcz przeciwnie, że jej starszy syn „wrzeszczał i płakał wniebogłosy” – przyp. E.J.]. Jak zauważył Piotr Filipkowski (2010, s. 472): „Wspomnieniem nie rządzi bowiem porządek faktografii, lecz nieporządek traumy”.

„I tam jakaś kobieta wyjrzała i mówi, a dokąd pani, idisiuda [chodzi tutaj – przyp. E.J.], a ty kto? Ja mówię, przywieźli nas z Groznego (dmucha w chusteczkę), i tutaj chciałam do imigracyjnej służby, bo uciekliśmy stamtąd. A ona mówi, chodź do mnie. Ja zaszedła do niej, ona patrzy na mojego syna i mówi,

on umrze. Ja mówię, wiem, że umrze, ale co ja mogę zrobić? Nic nie mogę zrobić. Jak Allah dał, tak i zabierze go. I ona mówi, idź wykąp się najpierw. Ja poszedłam, a już z miesiąc nie kąpałam się, były brudne włosy. Miałam takie włosy długie i były brudne. A ja nie pomyślałam o włosach. I ta kobieta mówi, może masz wszy, ja mówię nie wiem, nie pamiętam. Ona popatrzyła i mówi, nie masz wszy, ale włosy masz bardzo brudne, musisz je umyć. Umyłam się i mówię, może masz nożyczki? Ona mówi tak. Ja mówię, daj mi. Ona mówi, takie piękne włosy, co robisz? Ja mówię one nie są potrzebne mi do życia, po co mówisz o włosach. I obciąłam sobie włosy, na krótko. I świeża, wykąpana stałam się taka jakaś apatyczna. Nie pamiętam, ona coś do mnie mówi, a ja nic nie słyszę. Coś jej mąż powiedział, a ja nic nie rozumiem. Patrzę, tak po prostu. Ta kobieta mówi, idź spać (płacze). I powieła [zaprowadziła – przyp. E.J.] mnie tak, ułożyła (dmucha w chusteczkę). Zasnęłam od razu, nie pamiętam, kiedy ostatnio spałam. I zasnęłam od razu. Rano wstałam, moje dzieci były już umyte, Rasuł, młodszy synek też był umyty, skąpany. I ona przywieła [przypro-wadziła – przyp. E.J.] doktora, lekarza, który smatrieł [obejrzał – przyp. E.J.] ranę tutaj jego, tutaj mu zrobił takie coś, tak zawiązał go. Później wyszedłam stąd. Ona mówi, zostań, z nami będziesz mieszkać, gdzie idziesz? Ja mówię, ja nie będę z wami mieszkać, bo myślałam, że będzie tam pracować imigra-cyjonna służba. To ona też nie pracowała w tym dniu, bo była sobota, później niedziela (westchnienie)”.

Podjęcie pracy jako pielęgniarka

„No i myślę, co teraz zrobić. Idę dalej, patrzę, tam napisane: «Prokuratura Nazranowskiego Rejona». Patrzę i myślę, to ja tam pójde, bo może jest otwar-te. Ja wiem, do której oni pracują, nawet w niedzielę. I poszedłam, zapukałam, mnie otworzyli od razu. I ten facet mówi, ty skąd jesteś? Ja mówię z Czecze-nii, z Groznego przyjechałam. Kiedy przyjechałaś? Wczoraj. A gdzie byłaś? Tu kobieta mnie przyjmowała. Wstyd mnie, ale nie pamiętam, ani imienia, nie pamiętam nawet domu, gdzie byłam, nie pamiętam mieszkania. Ale i tak kiedyś pojedę, będę szukać tej kobiety. No i ten facet mówi i co ty chcesz? Ja mówię, imigracjonnyje służby nie rabotajet [nie pracują – przyp. E.J.], szukam, gdzie mnie pójść z tymi dziećmiakami, nie wiem, dokąd mnie iść. Mówili, że jakieś tam jest ośrodek dla uchodźców, albo coś. A on mówi, no poczekaj tutaj, posiedź. I później ktoś zadzwonił do niego i ja słyszę, że on rozmawia przez telefon i ten ktoś pyta go, czy u niego jest jakieś pielęgniarki w pracy potrzebne? A ten facet mnie pyta: a kim pani pracowała? Ja słyszę, że pielęgniarki potrzebne, mówię więc, że byłam pielęgniarką. A ja nigdy nie pracowała pielęgniarką, ja w ogóle nie wiem, co to jest. No i poszedłam pracować pielęgniarką. A on mnie mówi, no to wtedy będziesz mieszkać w pociągu dla uchodźców. To jest taki długi pociąg. No i w tym pojezdzie [pociągu – przyp. E.J.] było 17 wagonów, razem z resto-ranam [z wagonem restauracyjnym – przyp. E.J.]. I jeden wagon oddali mnie”

[w pociągu zorganizowany był szpital polowy. W publikacji respondentka pisze o dwóch wagonach restauracyjnych i podaje, że wagonów było 14 – przyp. E.J.]

Praca w wagonie w roli pielęgniarki

„W tym wagonie byli, pełno było leki różne, które ja w ogóle nie znała, co to jest. Tam różne aparaty, przywieźli, jakieś leki dostawała, jakieś aparaty, które ja nie wiedziała, do czego w ogóle to jest. No i zaczęła sobie radzić. Znalazłam gdzieś sprawacznik [katalog – przyp. E.J.], książkę i czytałam. A tam 17 wagonów, to po prostu dziwne było, że u mnie nikt nie umarł na rękach. Po prostu Bóg tak zrobił, że nikt nie umarł. Zastrzyki zaczęłam robić, zaczęłam operować ludzi, zaczęłam... Nawet w nocy przywieźli do mnie dziewczynę z obciętymi kolanami, nogami, nie miała nóg. To po prostu, jak teraz rozumiem, po prostu Bóg mnie od razu tak w głowę taką myśl dał. Kiedyś, kiedyś czytałam taką książkę, że w Arabii obcinali człowiekowi rękę, jak kradł i wkładali go do smoły, żeby kapilary [naczynka – przyp. E.J.] zamknąć, żeby ten człowiek nie umarł [w swojej publikacji respondentka podaje, że czytała książkę o markizie Angelice, tylko w pociągu zamiast smoły użyła wosku – przyp. E.J.]. No i po prostu zawiązałam jej najpierw i później spirytusem wszystko wyczyściłam tej dziewczynie, robiłam jej antyszok, przeciwko szoku lek. Później spróbowałam wszystkie kapilary pozszywać, ale mnie nie wychodziło, płakałam ja, nie dałam na to rady, ale pozmywałam, wszystko czyściutko robiłam i zawiązałam jej powyżej kolana, jak to musiałoby być. No i zabrali tą dziewczynę do Mozdoku i później powiedzieli, że wyżyła ta dziewczyna. To było w ogóle dla mnie coś... Do tej pory jestem po prostu zadowolona z siebie.

„Było tak, że w 14 wagonie, na przykład mężczyzna, który pracował w tym pojeździe, to miał zawał serca. I nie wiem, co mu robiła, jakie zastrzyki mu robiłam. Dzisiaj zapytaj mnie, co ja robiła, ale ja nie wiem, co robiła. Wiem, że robiła różne zastrzyki, tam coś robiła, coś starała się jakoś. I ożył człowiek po prostu. Zapytaj mnie, ja nie wiem, co robiła, naprawdę. Po prostu ożył ten człowiek, a był już siny, już nie mógł oddychać po prostu i już wszyscy mówili, że umiera. A on ożył (cichy śmiech). No widzisz, nie wiem jak. To jest drugi. A w trzecim wagonie leżał facet, który miał strzelenie w brzuch, miał otwarty ten brzuch, wszystkie kiszki [wnętrzości, jelita – przyp. E.J.] byli na brzuchu, z góry leżały, po prostu leżały z góry. I nie wiedziałam, co robić. Ale cały czas przychodziłam i robiłam mu przeciw szoku, przeciw bólowi zastrzyki. Cały czas sprzątałam, po prostu robiłam wszystko, żeby nie było brudu, bo tam w wagonie było ponad 70 osób, kiedy musi być 40–50 osób, a było ponad 70 osób. [W swojej publikacji respondentka podaje, że w każdym wagonie leżało ponad 100 osób. Można z tego wywnioskować, że łącznie opiekowała się ponad tysiącem osób. Dla porównania, Malcolm Gray (1999) pisze, że w wagonach dla uchodźców mieszkało zwykle około 60 osób – przyp. E.J.]. To było za dużo i było ciasno i brudno. I mogło coś wpaść i mógł po prostu umrzeć

od zagnojenia [zaropienia, zgnicia – przyp. E.J.] i robiłam tak, żeby nie gnoilo się. No i wyżył ten człowiek też (śmiech)”. [Podobnie respondentka opisuje to wydarzenie w swojej publikacji – przyp. E.J.]

Wizyta u prezydenta

„A później po tym człowieku, już zaczęłam obawiać się wszystkiego, bo powiedziałam kobietom, że musimy pozbierać się i pójść do prezydenta, do Auszewa, że naszych ciężkich chorych musi przyjmować szpital [Ruslan Sułtanowicz Auszew (*Руслан Султанович Аушев*) – prezydent Inguszetii w latach 1993–2001. Jego następcą to Murat Magometowicz Ziazikow (*Мурат Магомедович Зязиков*), prezydent Inguszetii w latach 2002–2008, obecny prezydent to Junus-biek Bamatgiriejewicz Jewkurow (*Юнус-бек Баматгиреевич Евкуров*), od 2008 r. – przyp. E.J.]. Oni nie przyjmowali, nawet dzieciaków nie przyjmowali, których z Groznego przywozili, rannych, chorych, to wszystko do tego pociągu przywozili. Nie wozili do szpitala, bo tam byli ruskie żołnierze i bali się, że między sobą będą się bić, to nie brali naszych. I poszedliśmy do prezydenta, do Auszewa, do Rusłana. Bardzo dobry człowiek, naprawdę. Przyszliśmy. Naprawdę tak myśleliśmy, że nawet nie przyjmie. Ale myśleliśmy, że chociaż się postaramy. No i przyszliśmy, z pół godziny czekaliśmy. Najpierw powiedzieli nam, że go nie ma i myśleliśmy, że kłamią, bo nie chce nas przyjąć. Ale powiedzieliśmy, że będziemy tu stać i nigdzie nie pójdziemy, dopóki on nie przyjdzie. Ale jego naprawdę nie było. Przyjechał samochodem i od razu zobaczył dużo kobiet. Podszedł do nas i zaczął pytać, co się stało, po co przyjechaliście, co się wydarzyło. I mówię, wiesz co, jestem pielęgniarką w pociągu, który tam stoi na kolei i cały czas mam bardzo ciężkich chorych, a sama z zawodu nie jestem pielęgniarką, ani chirurgiem. Jeszcze kiedyś ktoś na moich rękach umrze, a ja wtedy nie wytrzymam, po prostu zabiję się. Nie mogę z tym dać sobie rady (płacze). I proszę po prostu dać mi kogoś do... Ja byłabym młodszym, a ta osoba byłaby starszym na przykład, albo chirurga, albo kogoś (dmucha w chusteczkę). Albo dać nam kogoś do pomocy, albo zabrać naszych ciężko rannych do szpitala. A on mówi, z radością bym to zrobił, ale w szpitalach są ruscy żołnierze. Jak ja wprowadzę waszych czeczeńskich rannych do szpitala, wiesz co od razu będzie? Ja mówię, rozumiem, że tam jest bardzo ciężkie warunki, ja wszystko rozumiem, że są żołnierze. A po co oni nie pojedą, Rosja jest wielka, po co oni ich nie zabierają? A niech nasi Czeczeni tutaj leżą. A on mówi, że nie mają samolotów, żeby zabrać tych żołnierzy. Ja mówię, no dobrze, jak to nie mają samolotów? Jak bomby rzucać do Czeczenii, to mają samoloty, a jak zabrać swoich żołnierzy, to nie mają samolotów? On tak na nas popatrzył i poszedł. Nic nie mówił”.

Transport ciężko rannych do szpitala

„Wieczorem przyjechały do nas karetki, a w ogóle karetka nawet nie przyjeżdżała. Jak ty dzwonicz, karetka w ogóle nie przyjeżdżała do nas. Przyjechali

wieczorem kilka karetek i zaczęli zabierać moich ciężko rannych. Ja pytam, dokąd ich wiozą? Bo baliśmy się, do Mozdoku nie chcieliśmy ich puszczać, bo tam ich od razu zabijali, wiedzieliśmy, gdzie ich chowają. I my nie puszczaaliśmy do Mozdoku [Mozdok – miasto w republice Północnej Osetii, w południowej Rosji. W czasie II wojny rosyjsko-czeczeńskiej stacjonowały tam wojska rosyjskie. To tam byli torturowani zatrzymani i uprowadzeni Czeczeni (Bjorken, 2000)]. Nawet na czołgach przyjeżdżali, żeby zabrać do Mozdoku rannych chłopców młodych. Ale my nie oddali. A dokąd zabieracie? A oni odpowiedzieli, do szpitala. Do którego? Tutaj, na górę. Aha, no tutaj na górę, no dobrze. A gdzie żołnierze? A ich już zabrali dzisiaj. Ten Rusłan Auszew tak zrobił”.

Spotkanie z chirurgiem

„I na drugi dzień przyjechał facet. Przyjechał, ruskij facet i do mnie puka, do mojego wagonu. Ja mówię, kim jesteś, kto ty jesteś? A on gawarit [mówi – przyp. E.J.]: chirurg. Prezydent Inguszetii powiedział, że potrzebujesz chirurga i przyjechałem ci pomagać. Ja mówię dobrze, to proszę (słaby śmiech). On przyszedł, zaczęliśmy mówić, żeby mi pokazała wszystko, leki, co ja mam. Gdzie ja robię zastrzyki, gdzie ja co robię ludziom, jak ja ich przyjmuję. To ja mu pokazałam, a on mówi, kiedy uczyłaś się na pielęgniarkę? Ja mówię nie uczyłam się na pielęgniarkę. A on mówi: kłamiesz. Ja mówię, nie kłamię. Widzisz, po prostu tu jest książka, była taka duża książka, ja po prostu cały czas siedziałam i czytałam sobie, jak co robić, w jakiejś tam innej sytuacji. A on mówi: naprawdę nigdy nie uczyłaś się na pielęgniarkę? Ja mówię: nie. On mówi: to musisz uczyć się na lekarza, jesteś bardzo dobra. Ja mówię, to po prostu Bóg i tak podarował mi życie dostateczne, wystarczy (śmiech). I poszedłam pokazać mu warunki, w których byli moi chorzy. Kiedy mu pokazałam, on mówi: naprawdę wszystko sama robiłaś? Nikt ci nie pomagał? Ja mówię: nie. On mówi: jestem taki dumny z ciebie, jestem naprawdę tak zadziwiony. Ty Czeczenka? Ja mówię: tak. A on mówi: nie może być. Ty jesteś naprawdę Czeczenką? Ja mówię: tak. Nie, ty jesteś może Ukrainką? Nie jesteś Czeczenką. Ja mówię: ja jestem Czeczenką, mam dwójkę dzieci, jestem Czeczenką i mieszkam tutaj i przyjmuję tych chorych i robię to, co mogę. A on mówi: nie, ty nie robisz to, co możesz, ty robisz to, co nie możesz nawet (śmiech)”.

Pomoc lekarska młodszemu synowi czeczeńskiej uchodźczyni

„A później przyszedliśmy, ja mu coś tam ugotowała do jedzenia, on pojadł, później mówi: a co z twoim synem? Cały czas mu zmieniałam opatrunki, a czaszka jak była otwarta, tak była otwarta, nie chciała zamknąć się. Ale ta rana zamykała się już, ale czaszka nie chciała się zamknąć. I gniło mu to i brzydko wyglądało. Ja mu powiedziała, jak to było i on zaczął leczyć mojego syna, tego młodszego. I gdzieś za tydzień już lepiej było. On kilka szwów nałożył, coś tam zrobił. Już w ogóle nie chciał chłopak kusać [jeść – przyp. E.J.], do jedzenia nic nie chciał brać. Miał gorączkę cały czas. To jemu przeszła gorączka, zaczął zdrowieć”.

Zatruty transport z pomocy humanitarnej

„I przywieźli nam pomoc humanitarną z Petersburga. To była tuszonka w puszkach, zagęszczone mleko w puszkach i kielbasy, no coś takiego. I wszystko było otrawliennyje [zatrute – przyp. E.J.]. U mnie wszyscy się zatruli. Zatruli się ludzie w 14 wagonach. Ja od rana w takim białym szlafroku, od rana do wieczora biegałam i stawiałam kapielnice [kroplówki – przyp. E.J.], zastrzyki robiłam, pomagałam wymiotować i już szpital nie mógł przyjmować, że dużo ludzie się zatruli. I gdzieś wieczorem po prostu, byłam taka chora sama. Nic nie jadłam, ale byłam chora sama. Przyszedłam do mojego wagonu i patrzę, a Islam tak leży sobie, a młodszy leży na podłodze. I ja pytam Islama: po co ty tam leżysz, a Rasuł na podłodze, dlaczego ty nie opiekujesz się młodszym bratem? A on mówi, mamó ja nic nie mogę, mnie wszystko boli. Kaszy mu nie dawałam, ale ktoś mu dał zagęszczone mleko. I oni się potruli. Patrzę na młodszego syna i już wiem, że nie będzie żył. Wzięłam tego dużego na ręce (westchnienie), a ten facet, chirurg on też..., w restauracji tam leżeli na podłodze ludzie bardzo potrućci i on był z tymi ludźmi. I ja z tym moim starszym synem pobiegłam do szpitala tam na górę. Przybiegłam, a ten facet mówi, co się stało? No widzisz, on już umiera, musisz pomóc mi. A on mówi, zobacz co się dzieje koło wagonu, dużo ludzi już umiera. Szkoła cała zatruta, a w szkole też byli uchodźcy, cała szkoła też była dla uchodźców, sportowy zał [sala – przyp. E.J.], taki duży, tam też wszyscy potruli się. I też wszyscy wylądowali w tym szpitalu, nie było miejsc w ogóle gdzie przyjąć nowych. A ten facet mówi, a co się dzieje? Ja mu powiedziałam, a on mówi, no dobrze, daj go tutaj. A on mówi, a gdzie twój młodszy? A ja mówię, no tam już leży na podłodze, już może martwy leży. Jaka jesteś stuknięta, jak to, on żywy! To jedziemy tam do twojego młodszego! Ja mówię, co ty, pojedziesz? Tyle ludzi masz, to do mojego będziesz jechał? A on mówi, nie, ja do twojego syna pojedę. I Islama oddaliśmy kobiecie i pojechaliśmy po Rustama. Przyjechaliśmy i ten facet popatrzył i powiedział, tak, on nie będzie żył. Może dwa, trzy dni pożyje i już nie będzie go. Ja mówię, no dobrze, jak i Bóg da, tak i będzie. Teraz płaczę, a wtedy nie płakałam. Nie wiem, co było, ale nie płakałam tyle (płacze)”.

Spotkanie z matkami Stowarzyszenia Matek Żołnierzy w Rosji

„Ja tak siedzę, trzymam na rękach Rustama, tak patrzę na niego. I tutaj do naszego wagonu wsiadają ruskie kobiety. Bo oni idą szukać swoich synów w Czeczenii, przyszedli szukać swoich dzieci. I wsiedli do mojego wagonu, żeby przemocować. Eto słyszę, że tak, tutaj siedzisz, a tutaj jest drugie miejsce, a te kobiety obok siedzą [w przedziale obok – przyp. E.J.]. I kobieta mówi, niech będą przekłęci ci Czeczeni, to przez nich wojna się zaczęła, no takie różne rzeczy opowiadała. To po prostu było ostatnie, co mogłam w tym dniu wytrzymać. Po prostu rzuciłam syna, tam gdzie siedziałam, podbiegłam do

tej kobiety, złapałam ją za szyję i zaczęłam dusić. Napadły na mnie drugie kobiety, ktoś tam moje ręce próbuje od niej odciągnąć, a ja ją trzymam i nikt nie może mnie od niej oderwać. I jakoś oderwali. I ja tak siedzę z Rustamem na rękach, Rustam tak yyyyh, trochę tak robił, nie płakał. I podchodzi do mnie jedna kobieta i mówi: co z twoim synem? Ja mówię: nic się nie stało, umiera po prostu. A ona mówi: a co ty tak po prostu mówisz? Nie przykro ci, że on umiera? Ja mówię: a co ja mam robić? Tańczyć, że on umiera? Siedzę i czekam. A ona mówi: jaka ty jesteś spokojna. Ja mówię: jestem taka, jaka jestem. I ona odszedła. Znowu przychodzi i mówi: daj mi tego chłopca, to dziecko, bo ona nie wiedziała, czy to chłopiec czy dziewczynka. Daj mi to dziecko, ja jutro pojadę do Moskwy, ja jestem przedstawicielką Stowarzyszenia Matek Żołnierzy w Rosji, Galina Iwanowna Marczenko. Ja nie mam tam syna, mój syn nie walczył w Groznm, po prostu przywiozłam te kobiety, żeby szukały swoich dzieciaków. Daj mnie tego dzieciaka. Ja jutro tego dzieciaka zabiorę do Moskwy i będzie żywy twój syn. Ja mówię tak: czy jesteś kobieta stuknięta? Ty jesteś ruska, ja jestem Czečenka, między nami idzie wojna, a ja tobie dam dziecko? Nawet jak ono musi umrzeć? Ty jesteś trochę dziwna. I tak sobie siedzę. Ona znowu odszedła i znowu przychodzi. Mówi: daj, bo twoje dziecko umrze, oddaj mi go. Ja mówię: nie, nie dam. Niech tutaj umrze, ja tutaj schowam, będę wiedziała, że on tu jest i będę chodziła do tego... A jak tobie oddam, to gdzie ja ciebie znajdę? Ruska jesteś. Może ty chcesz tam, gdzieś tam, serduszko wyjąć, albo wątróbkę wziąć, narządy. Kto wie, co ty chcesz zrobić. Ty jesteś ruska, kto wam wierzy? Nikt wam nie wierzy. I ona poszła sobie”.

Oddanie syna Rosjance Gali

„A już rano, gdzieś piąta godzina, miał jechać pociąg na Mozdok, ten, który zawsze jedzie. A on zawsze w drugiej kolejce stał. Ja już patrzę na godzinę, a Rustam już przestał tak yyyyh robić, tylko leży sobie, tak ślinka mu leci, ja mu trochę wycieram i on tak sobie leży. Ja podszedła do tej kobiety i mówię: teraz bierzesz dziecko i jedziesz. Jak nie jedziesz, nie dam. Jak teraz weźmiesz, to teraz daję. A ona tak szybko w sumku [do torebki – przyp. E.J.] pochowała swoje rzeczy i mówi kobietom: szukajcie swoich dzieci, ja swojego dzieciaka już znalazłam. I wzięła mojego syna, tak jak był w kocu i uciekła z nim do tego pociągu. A ja nic nie pamiętam. Nie pamiętam, że jej nie dała papierku jakiegoś, nie dała jej nawet butelki, smoczka, pampersy. Nic nie dałam. Po prostu dzieciaka w kocu, który umiera oddałam i ona uciekła. A ja nawet nie wiedziała wtedy, jak ona ma na nazwisko (płacze). Ujechała ta kobieta (westchnienie), a ja tak siedzę i patrzę i zaczęłam tak płakać. Rustam gdzieś płacze. Albo tam płacze, albo tam. Słyszę, cały czas słyszę, że on płacze. On na rękach u mnie nie płakał, a tu jak jego nie ma, to on mnie cały czas płacze. To ja idę, smotriu [patrzę – przyp. E.J.], tam nie ma jego, płacze, po prostu płacze. Słyszę, że on płacze”.

Niebezpieczna praca

„No i później w nocy sama nie wychodziłam, bo już kilka razy mnie napadli. W nocy, jak wzywają ciebie do innego wagonu, to musisz iść, prawda? Nawet w nocy. A jak w nocy idziesz, to napadają narkomani, żeby leki zabrać. I już dwa razy lub trzy razy mnie napadli. Bo tam milicja była, która pracowała na wagzalnoj milicji [w milicji kolejowej – przyp. E.J.]. To oni przychodzili do mnie i tak automatem, tak stukają i ja wychodzę, a oni mi mówią, że idziemy do tego, albo do tego wagonu, że tam jest chora osoba. To ja razem z nimi już szedłam, sama już nie szedłam”.

Oskarżenie o sprzedanie dziecka Rosjanom

„I przyszedliśmy do 14 wagonu, już nie pamiętam, do którego. Chora kobieta leżała, w komie [w śpiączce – przyp. E.J.] leży, w ogóle się nie rusza, nie dobrze oddycha, ma infarkt [zawał – przyp. E.J.] serca. Nie wiem, jak ona została przy życiu i tego wieczoru nie było jeszcze chirurga, bo on miał kilku chorych i odwiózł do Pitagorska, gdzieś woził ich. I jakoś ta kobieta została przy życiu, ocknęła się. Ja jej mówię: wiesz co? Jak tobie trochę, trochę niedobrze, to wtedy przyjdź do mnie. Po co ty do tego czasu czekasz, żeby ci w ogóle było niedobrze? To możesz umrzeć. Jak ty umrzesz, to co ja będę robiła? Gdy mnie teraz zapytasz, co ci wkułam, to ja nawet nie wiem, jaki zastrzyk ci zrobiłam. Ty rozumiesz?

„Ona mówi: my przez ciebie się pokłóciliśmy. Ja mówię: dlaczego przeze mnie? Ja mieszkam w siódmym wagonie, ty mieszkasz w czternastym, między nami siedem wagonów. Co ja ci zrobiła? Ja mieszkam tam, co ci zrobiłam? A ona mówi: ta kobieta mówi, że ty sprzedałaś syna ruskiej kobiecie. Ja mówię: jak to sprzedała? A tak, mówi, że sprzedałaś za pięć milionów rubli. Ja mówię: kto to powiedział? Ona mówi: ta kobieta. Ja mówię: wiesz co? Nic nie mogę powiedzieć ci dobrego, ale powiem tak szczerze, chcę, żebyś ty tak samo sprzedała swoje dziecko, tak samo jak ja (płacze). I poszła sobie, nic nie mówiła. I w tym dniu pierwszy raz zapłakałam. I wszyscy zaczęli w pociągu mówić, że ja sprzedałam dziecko, wszyscy zaczęli paluchami na mnie pokazywać, że sprzedałam dziecko na narządy za pięć milionów rubli. Tak wszyscy zaczęli mówić, wszyscy Czeczeni, którzy tam mieszkali”.

Uratowanie czeczeńskiego dziecka przez Rosjankę

„I w nocy, za tydzień czy za półtora tygodnia znów do mnie puka milicjant z milicji kolejowej. Ja mówię: co się stało? On mówi: idź z nami na milicję, tam ktoś dzwoni do ciebie. Ja mówię: jak do mnie dzwoni? Nikt nie wie z moich, gdzie ja jestem, co robię, kto może do mnie dzwonić? To weź słuchawkę i słuchaj. To wzięłam słuchawkę i mówię: halo. A tam z drugiej strony: halo, to Gala dzwoni, twój syn jest żywy. Byliśmy w Moskwie, w szpitalu, a teraz jedziemy do Jarosławia do mnie, do domu. Twój syn żywy i wszystko jest dobrze. Nie-

dobrze mi się zrobiło, upadłam, a ten facet tej kobiecie mówi: zrobiłaś, że jej syn żywy, a teraz ta kobieta upadła (śmiej). Później, gdzieś za trzy tygodnie znowu ona dzwoni i mówi, że we wszystkich gazetach piszą, wszyscy już o tym mówią, że ja ci uratowałam riebionka [dziecko – przyp. E.J.]. Chcę przyjechać do ciebie i porozmawiać, będzie telewizja. Czy można? Ja mówię: można, no jak nie można? I tak zaczęło się, u nas cały czas była telewizja, pisali w gazetach, wszędzie, że czecheńska kobieta uwierzyła Rosjance. Że Rosjanka uratowała dziecko, taka statia [artykuł – przyp. E.J.], że nie walczą dwa narody, a walczą dwie polityki [więcej o pomocy Galiny Iwanownej Marczenko można przeczytać: Шиманская, 2006 – przyp. E.J.]. No i tak. A później, jak przyjechała Gala z moim synem, to ja mówię: wiesz co, Gala? Wsadźmy Rasuła do wózka i będziemy tak jeździć, żeby wszyscy patrzyli, że dziecko jest przy mnie, bo wszyscy powiedzieli, że sprzedalam dziecko za 5 milionów rubli. I zaczęliśmy tak wszędzie chodzić i wszyscy tak patrzyli. Nie chcieli nawet przeprosić. To byli źli ludzie (westchnienie)”.

Relacja respondentki i Gali to swoista fraternizacja matek – Czechenki i Rosjanki, która obrazuje paradoks wojny. Przed wojną w Czeczeni mieszkało wiele narodów, m.in. Rosjanie, Ingusze, Ormianie, które żyły ze sobą w zgodzie. Wojna zniszczyła wzajemne relacje. Przyjaźń wspomnianych kobiet pokazuje, że wróg został ustalony politycznie, a nie narodowościowo.

Po trudach ucieczki i tułaczki respondentka z rodziną trafiła do Polski. Dalsza część wywiadu z nią dotyczy życia w Polsce.

Narratorka wywiadu – postać tragiczna i ofiara wojny

Wypowiedzi narratorki to naturalistyczny sposób opowieści. Są one wypełnione szczegółami z jej życia, są dogłębne i skondensowane, ale też kilkakrotnie zaciemnione lukami w pamięci („nie pamiętam, ani imienia, nie pamiętam nawet domu, gdzie byłam, nie pamiętam mieszkania”; „nie wiem, co mu robiła, jakie zastrzyki mu robiłam”). Jak pisze Piotr Filipkowski (2010, s. 419): „Pamięć nie odbija bowiem ani nie odzwierciedla minionych zdarzeń, lecz przetwarza je i interpretuje. Ta interpretacja zależna jest od wielu aktualnych kontekstów – między innymi od własnych przekonań, od schematów poznawczych, od pamięci zbiorowej, w której ramach funkcjonuje pamięć autobiograficzna, od stereotypów (...)”. W niektórych momentach wywiadu fakty różnią się od tych zawartych we wspomnianej publikacji respondentki. Jest to związane z pracą pamięci i z emocjami, jakie towarzyszyły narratorki w czasie wywiadu. Odwołanie się do wielu szczegółów życia i pracy w Inguszetii może wiązać się z tym, że respondentka prowadziła pamiętnik, w którym zapisywała swoje doświadczenia oraz przeżycia towarzyszące różnym znaczącym zdarzeniom. Pamięć autobiograficzna jest zatem w jakiś sposób „odtworzona”, a wypowiedzi poukładane w logiczny sposób. Narratorka wpisuje swoją biografię w przestrzeń, miejsce,

czas i relacje z innymi Czeczenami. Jej biografia zanurzona jest w kontekście kulturowym, religijnym, politycznym i społecznym. W narracji nie ma jednak pracy biograficznej, pogłębionej autorefleksji, oceny siebie, autokomentarzy, argumentacji, przepracowania trudnych i traumatycznych doświadczeń życiowych. Jest tylko raportowanie o swoim życiu, co może świadczyć o ciągłym byciu w trajektorii i niemożności wyjścia z niej.

Z wypowiedzi narratorki wyłania się kilka punktów zwrotnych etapu jej biografii. Pierwszym z nich był wyjazd do Inguszetii, drugim podjęcie pracy jako pielęgniarki, trzecim agonálny stan syna, a ostatnim oddanie dziecka Rosjance Gali. W każdym z tych momentów respondentka była i czuła się samotna. Doświadczenie samotności w nocy, na środku drogi w nieznanym miejscu i z dwójką małych dzieci, było fazą liminalną w wymiarze doświadczenia biograficznego, było dnem trajektorii. Jednak po nocy spędzonej u rodziny inguskiej u narratorki nastąpił moment „metafizyczny”, moment transfiguracji, odzyskanie sprawstwa i podjęcie decyzji o znalezieniu bezpiecznego miejsca (choć sama nie wie jeszcze jakiego), w którym będzie mogła zatrzymać się na dłużej („[...] szukam, gdzie mnie pójść z tymi dziećmi, nie wiem, dokąd mnie iść. Mówili, że jakieś tam jest ośrodek dla uchodźców, albo coś”).

Respondentka to postać tragiczna i ofiara wojny. Podejmuje działania, które w wielu przypadkach są ambiwalentne. Przejawia się to na licznych poziomach i płaszczyznach. Sytuacja, w której się znalazła wymusza na niej podejmowanie różnych decyzji, często sprzecznych z kulturowo przyjętym wzorem wymaganym od czeczeńskiej kobiety (bycie skromną, cichą). Jedno z napięć, które jej towarzyszy, jest związane z relacją na osi: poddanie się woli Allaha – a własne działanie/sprawstwo. Mirosław Kuleba (1998) pisze, że Czeczeni charakteryzują się odwagą, patriotyzmem, przywiązaniem do ziemi, głęboką religijnością. Z jednej strony determinizm religijny jest u niej znaczący („Ja mówię, wiem, że umrze, ale co ja mogę zrobić? Nic nie mogę zrobić. Jak Allah dał, tak i zabierze go”; „Po prostu dziwne było, że u mnie nikt nie umarł na rękach. Po prostu Bóg tak zrobił, że nikt nie umarł”; „To po prostu, jak teraz rozumiem, po prostu Bóg mnie od razu tak w głowę taką myśl dał”; „Ja mówię, no dobrze, jak i Bóg da, tak i będzie”). Oddanie losu w ręce Allaha związane jest z trajektorią indywidualną, to poszukiwanie siły wyższej, aby nadać sens i logikę traumatycznym doświadczeniom. Czeczeńska uchodźczyni wie, że dziecko jest darem od Boga i tylko on może je uratować. Allah jest decydem wszystkim, a narratorka jest po części wykonawcą tego, co Allah dla niej zaplanował. Z drugiej strony, oddanie dziecka Gali to niejako sprzeniewierzenie się wzorowi: Allah dał, Allah zabierze. To podjęcie działania w dobrej wierze, wzięcie sprawy w swoje ręce, które może ocalić jej dziecko, to indywidualny sposób poradzenia sobie z sytuacją traumatyczną. To akt rozpacz, który ma znaczenie konstytutywne dla podjęcia (nie)racjonalnego działania, to próba uzyskania kontroli nad trajektorią. Należy pamiętać o tym, że dla Czeczenki

najważniejsze są dzieci. Dla nich są gotowe zrobić wszystko (Procházková, 2005). Oddanie dziecka wrogowi, to największe wyzwanie egzystencjalne człowieka, matki, to niejako „osunięcie się poza krawędź życia” (Filipkowski, 2010). To doświadczenie graniczne jest ostatnim aktem walki z trajektorią. Świadczą o tym słowa narratorki: „Ja podszedła do tej kobiety i mówię: teraz bierzesz dziecko i jedziesz. Jak nie jedziesz, nie dam. Jak teraz weźmiesz, to teraz daję”. Dla respondentki w tym momencie liczy się to, co jest tu i teraz. Warto zastanowić się również nad motywem pomocy respondentki przez Galę. Jako Rosjanka, przedstawicielka Stowarzyszenia Matek Żołnierzy, doskonale wie, co czuje matka, która straciła dziecko. Rozumie, ile poświęcenia i odwagi wkładają kobiety, które jadą na wojnę szukać swoich synów. W relacji z narratorką Gala jest przede wszystkim kobietą, a nie Rosjanką – wrogiem.

Decyzja o oddaniu dziecka Gali spotyka się z potępieniem przez Czechenów. Respondentka kładzie na szali honor i lojalność wobec grupy, bo zawiera dziecko wrogowi, a tym samym zdradza wartość wyznawaną przez Czechenów, taką jak przywiązanie do rodziny. Ten krok sprawia, że może mieć do końca życia wyrzuty sumienia, nie z powodu tego, że dziecko umarło, ale z powodu tego, że oddała dziecko Rosjance. W akcie rozpaczony zmienia wzór postępowania „prawdziwej” Czechenki, ale robi to instynktownie, jako matka, która pragnie uratować swoje dziecko, choć jej postawa wobec Gali jest idiosynkrazyjna. Spotyka się wyraźnie z wykluczeniem i ostracyzmem osób, którym pomaga, ale dla których oddanie dziecka wrogowi jest gorsze niż śmierć, a splamienie honoru rodziny i narodu jest godne potępienia („wszyscy zaczęli paluchami na mnie pokazywać, że sprzedałam dziecko na narządy za 5 milionów rubli”). Jej czyn to akt odwagi, heroizmu, który przypłaca ogromnym cierpieniem, apatią i odrętwieniem („I wzięła mojego syna, tak jak był w kocu [...] A ja nic nie pamiętam. Nie pamiętam, że jej nie dała papierku jakiegoś, nie dała jej nawet butelki, smoczka, pampersy. Nic nie dałam. Po prostu dzieciaka w kocu, który umiera oddałam i ona uciekła. A ja nawet nie wiedziała wtedy, jak ona ma na nazwisko”). Konsekwencją tego jest doświadczenie przez narratorkę omamów słuchowych („Słyszę, cały czas słyszę, że on płacze. On na rękach u mnie nie płakał, a tu jak jego nie ma, to on mnie cały czas płacze [...]. Słyszę, że on płacze”), co potęguje jej traumę. Respondentka jest rozczarowaną postawą osób, które leczy, a które niesprawiedliwie osądzają jej postępowanie. Świadczą o tym zdania zamykające wywiad: „I zaczęliśmy tak wszędzie chodzić i wszyscy tak patrzyli. Nie chcieli nawet przeprosić. To byli źli ludzie”.

Z opowieści czecheńskiej uchodźczynie wylania się jeszcze jeden przykład, w którym narratorka staje w obliczu traumatycznej próby egzystencjalnej dotyczącej życia i śmierci jej dzieci. Musi podjąć prymarną decyzję, którego syna zabrać do szpitala i uratować mu życie, a którego zostawić w pociągu i pozwolić mu umrzeć. Bierze starszego, bo przyjmuje, że młodszy i tak nie przeżyje („[...] przyjechaliśmy i ten facet popatrzył i powiedział, tak, on nie będzie żył.

Może dwa, trzy dni pożyje i już nie będzie go”). W obliczu śmierci najmłodszego syna respondentkę cechuje indyferentność. Nie może nic więcej zrobić, jedynie być przy nim i tulić go w swoich ramionach. Jest osamotniona, co w przypadku takich sytuacji zdają się potwierdzać słowa Zygmunta Baumana (1998, s. 179): „Każda śmierć jest inna; każda śmierć jest indywidualna; każda śmierć jest prywatnym doświadczeniem; każda śmierć jest samotna”.

Respondentka to kobieta sprawcza, pragmatyczna, o dużej inteligencji społecznej, zdolnościach organizacyjnych i bogatym kapitale indywidualnym. Aktywnie „uczestniczy” w swoim losie i mimo wielu przeciwności próbuje mieć wpływ na bieg wydarzeń. Stara się podejmować racjonalne działania. Jak zauważył w swojej publikacji Piotr Filipkowski (2010), który analizował wywiady narracyjne z byłymi więźniami obozów koncentracyjnych, niektóre osoby będące w trajektorii zamieniały zaimek osobowy „ja” na „my” (zrobiono nam, powiedziano nam, kazano nam). Zdaniem autora świadczyło to o zaniku aktywności podmiotu, o braku wpływu na swój los i poddaniu się oprawcom (Filipkowski, 2010). Narratorka wielokrotnie wpływała na swój los. Już w momencie pobytu u rodziny inguskiej zdecydowała się na ścięcie długich, „pięknych” włosów. Zdawała sobie sprawę, że z powodu braku odpowiednich warunków higienicznych, trudno będzie utrzymać je w czystości. Kolejną decyzją, którą podjęła to pójście do prokuratury w Nazranii w celu poszukania pomocy („No i myślę, co teraz zrobić. Idę dalej, patrzę, tam napisane: «Prokuratura Nazranowskiego Rejonu». Patrzę i myślę, to ja tam pójdę, bo może jest otwarte. Ja wiem, do której oni pracują, nawet w niedzielę”. Tu pojawiła się pewna nieścisłość dotycząca dnia tygodnia, ponieważ wcześniej narratorka mówiła, że był to piątek). Ta decyzja pociąga za sobą następną, która jest punktem zwrotnym w jej biografii. Mimo braku odpowiedniego wykształcenia i wiedzy medycznej, respondentka decyduje się zostać pielęgniarką w pociągu dla uchodźców („Ja słyszę, że pielęgniarki potrzebne, mówię więc, że byłam pielęgniarką. A ja nigdy nie pracowałam pielęgniarką, ja w ogóle nie wiem, co to jest”). Z opowieści dowiadujemy się, że mimo wielu trudności, radzi sobie z tym zadaniem fenomenalnie. Jak zauważył Zdzisław Cackowski (1995, s. 69): „W świecie ludzkim natomiast każda granica, każde ograniczenie jest wyzwaniem, jest koniecznością i obowiązkiem ich przewyżczania. Człowiek jest więc istotą ciągle przekraczającą swoje granice, istotą ciągle transcendującą je i dlatego właśnie tylko człowiek tak dramatycznie odczuwa wszelkie swoje ograniczenia”. Z jednej strony respondentka czyta książki medyczne, które znalazła w pociągu, a z drugiej odwołuje się do „metod leczenia”, o których czytała w powieściach historycznych (w swojej książce odwołuje się do serii romansów „Markiza Angelika” autorstwa Anne i Serge’a Golonów). Ważnymi momentami, o których opowiada jest uratowanie przez nią czterech osób: dziewczynki z uciętymi kolanami, kobiety i mężczyzny z zawalem serca oraz postrzelonego mężczyzny, u którego „wszystkie kiszki byli na brzuchu, z góry leżały”. Oprócz tego respondentka robiła zastrzyki, podłączała

kroplówki oraz szyła i opatrywała rannych bojowników i cywilów. Mimo że czasami płakała z powodu braku umiejętności medycznych (np. zszycia naczyń krwionośnych), to nie poddawała się i w miarę swoich możliwości oraz umiejętności pomagała pacjentom. Jak sama mówi: „No i zaczęła sobie radzić (...) Do tej pory jestem po prostu zadowolona z siebie”. Potwierdza tę opinię pracujący z nią chirurg: „Kiedy mu pokazałam, on mówi: naprawdę wszystko sama robiłaś? Nikt ci nie pomagał? Ja mówię: nie. On mówi: jestem taki dumny z ciebie, jestem naprawdę tak zadziwiony (...) ty nie robisz to, co możesz, ty robisz to, co nie możesz nawet”.

Respondentka jest kobietą odważną. Wojciech Górecki (2002) pisze, że jedną z cech Czeczenów jest ich hardość. Decyduje, że razem z innymi Czeczenkami pójdą do prezydenta Auszewa z prośbą o przyjmowanie rannych Czeczenów do szpitala w Nazranii. To ona zabiera głos w rozmowie z prezydentem; aby wywrzeć na niego wpływ, używa argumentu, że się zabije, jeśli nie otrzyma wsparcia. Jest zdeterminowana w osiągnięciu celu. Podsuwa rozwiązanie trudnej sytuacji: albo dostanie kogoś do pomocy, albo niech szpital zacznie przyjmować rannych uchodźców. Kolejną odważną decyzję narratorka podejmuje wtedy, gdy karetki i czołgi przyjeżdżają zabrać pacjentów do Mozdoku, a ona i inne kobiety się temu sprzeciwiają i nie „oddają” rannych.

Zargan przeżywa wiele uczuć: radość i dumę (uratowanie rannych uchodźców), bezradność, lęk i strach (bycie samej z dziećmi na pustej ulicy w Nazranii, umierający syn), niesprawiedliwość, smutek i wstyd (bycie wytykaną palcami przez Czeczenów, z powodu oddania dziecka Rosjance), złość (na rosyjską przedstawicielkę Stowarzyszenia Matek Żołnierzy w Rosji), bezsilność i poczucie krzywdy (wielka Rosja nie ma samolotów, aby zabrać rannych żołnierzy ze szpitala w Nazranii).

W opowieści respondentki występuje nagromadzenie potencjału śmierci: traumatyczny obraz syna rannego w wybuchu; jego agonalny stan, widok rannych uchodźców w pociągu; przeciwstawienie się wywozowi okaleczonych Czeczenów do Mozdoku. Jak pisał Janusz Korczak (2012, s. 192): „Wojna. Przytępiona reakcja na obrazy i fakty – troska o rodzinę – instynkt samozachowawczy, który dyktuje sposoby ocalenia siebie bodaj. Apatia i indolencja”. Pomimo obcowania ze złem i śmiercią, respondentka spotyka na swojej drodze dobrych ludzi: kierowcę, który przewiózł ją i dzieci z ogarniętej wojną Czeczenii do Nazranii, kobietę, która ją przenocowała, chirurga, który opatrzył ranę jej syna, prezydenta Auszewa, który pozwolił na przyjmowanie rannych uchodźców i w końcu Galę – Rosjankę, która uratowała jej syna. Zarówno kobieta udzielająca noclegu, jak i chirurg pozostają bezimiennymi osobami. Respondentka mówi o nich tylko „jakaś kobieta” i „ruskij facet”. Narratorka koncentruje się na opowieści o sytuacji, w jakiej znalazła się nocą na środku ulicy i pobycie w domu kobiety oraz na rozmowie z chirurgiem dotyczącym jej pracy jako pielęgniarki. Mimo że są to osoby bezimienne, odegrały dużą rolę w jej trajektoryjnym

doświadczeniu biograficznym. Respondentka uczestniczy w skomplikowanych relacjach ludzkich, które naznaczone są przez wojnę, kulturę i historię Kaukazu. Wojna i sytuacja uchodźstwa wyzwalają u człowieka nowe i nieznane wcześniej zachowania, postawy i normy, które być może w warunkach pokoju nigdy by nie zaistniały. Emmanuel Lévinas (za: Kamińska, 2012, s. 38) napisał, że: „Wojna (...) zniewala i pozbawia ludzkiej godności. Nie jest to coś, co się myśli, co można w pełni zrozumieć. Jest to coś, czego się doświadcza. Wojny doświadcza się jako bycia, które rani, jako bólu istnienia, które ciąży i doskwiera. Wojna to takie bycie, które jest złem i bezsensem. Złem i bezsensem, którego człowiek doznaje i który dźwiga na sobie”. Lévinas (za: Kamińska, 2012, s. 38) uznał także, że „wojna i przemoc są stanem ontologicznym. Są «prawdą rzeczywistości», prawdą bycia”. Wojna jest także odbiciem ludzkiego człowieczeństwa i ponadwymiarowych wartości egzystencjalnych skoncentrowanych na osi dobro–zło, życie–śmierć.

Pociąg jako „inna przestrzeń”, inne miejsce doświadczenia biograficznego

W analizie narracji respondentki odnoszę się do sześciu zasad heterotopii wymienionych przez Michela Foucaulta. Pierwsza z nich głosi, że „nie ma przypuszczalnie na świecie takiej kultury, która nie tworzyłaby heterotopii” (heterotopia kryzysu i dewiacji). Druga, że „społeczeństwo w trakcie swojej historii, może sprawić, by heterotopia, nie przestając istnieć, funkcjonowała w całkiem inny sposób; każda heterotopia ma konkretną i określoną funkcję wewnątrz społeczeństwa i ta sama heterotopia może mieć taką lub inną funkcję”. Trzecia zasada mówi, że „heterotopia może zestawiać w jednym realnym miejscu (*lieu*) liczne przestrzenie, liczne «miejsca» (*emplacements*), które są ze sobą niekompatybilne”. Czwarta, że „heterotopie są najczęściej powiązane z warstwami czasu, to znaczy otwierają się na coś, co można by nazwać, heterochroniami. Heterotopia zaczyna funkcjonować w pełni wtedy, gdy ludzie znajdują się w sytuacji absolutnego zerwania ze swoim tradycyjnym czasem”. Kolejna zasada mówi, że „heterotopie zawsze zakładają system otwarcia i zamknięcia, który jednocześnie izoluje je i czyni przepuszczalnymi”. I ostatnia głosi, że „heterotopie pełnią pewną funkcję w stosunku do pozostałej przestrzeni” (Foucault, 2005).

W październiku 1999 r., gdy nasiliły się bombardowania Czeczenii, jej mieszkańcy zaczęli uciekać do sąsiedniej republiki – Inguszetii. Swoje granice zamknęła dla nich Osetia Północna, Dagestan i Kraj Stawropolski (Radziwinowicz, 1999). Jak podaje historyk Stanisław Ciesielski (2003), w połowie października 1999 r., było tam prawie 146 tysięcy uchodźców czeczeńskich, w połowie grudnia prawie 250 tysięcy, a w połowie stycznia ponad 261 tysięcy (Ciesielski, 2003; zob. też Kurczab-Redlich, 2003). W tamtym czasie ludność Inguszetii wynosiła 360 tysięcy mieszkańców. Uchodźcy znaleźli schronienie w różnych miejscach: w domach swoich rodzin, znajomych, ale także w samochodach, kartonach,

opuszczonych fabrykach, magazynach, szkołach, piwnicach, w budkach transformatorowych, farmach, chlewniach, na stacjach benzynowych (Jendroszczyk, 1999a; *Profile of internal displacement...*, 2002; *12 Years of Humanitarian Aid for Chechnya*, 2011) oraz w barakach gospodarczych na cmentarzach (Politkowska, 2006). Mieszkali również w pięciu obozach namiotowych: Sputnik i Sacita w stacji Slipecowskaja, obóz Bart w Karabułaku, Iman w Aki-Jurcie i obóz w Małgobeku (Suchar, 1999; Wojciechowski, 2004; Kurczab-Redlich, 2016, filmy dokumentalne w reżyserii Kurczab-Redlich: *Czeczenia...*, 2003 i *SOS...*, 2004) oraz w pociągach stojących na nieczynnych bocznicach kolejowych. Jeden z nich – w stacji w Slipecowskiej – składał się z 76 wagonów sypialnych (Jendroszczyk, 1999b; Jagielski, 2000). W sumie w obozach namiotowych i w wagonach mieszkało około 12 tysięcy osób (*ΦMC...*, 1999). Inne dane podają, że w samych wagonach mieszkało 10 tysięcy Czeczenów (*Watch List*, 1999).

Kultura, jak pisze Maria Mendel (2007, s. 9), „tworzy przestrzeń; przestrzeń jest kulturą; kultura jest przestrzenią”. Pociąg, w którym mieszkała respondentka i inni Czeczeni to miejsce bez miejsca, to przestrzeń pomiędzy heterotopią dewiacji a heterotopią kryzysu. To miejsce „nigdzie”, miejsce zakazane w relacji do środowiska (Mendel, 2007). Uchodźcy byli na nie swojej ziemi, byli „obcy”, pozostawieni samym sobie, zdani na pomoc nielicznych Inguszy i organizacji humanitarnych. Zdarzały się przypadki, że gospodarze „wyzyskiwali” finansowo Czeczenów, oferując im wynajem mieszkań i innych pomieszczeń po zawyżonych cenach. Na zawsze pozostali/pozostaną już, nawet jeśli nie fizycznie to mentalnie, uchodźcami i to piętno będzie wpisane w ich biografię. Piętno – upokorzenie, które wyznaczyło zmianę ich statusu społecznego: z dumnych kaukaskich górali, na osoby skazane na pomoc innych, na nomadów wrzuconych w miejsce od-miejscowione (zob. też Jaworska-Witkowska, 2015).

W Inguszetii niektóre pociągi odstawione na bocznice stały się swoistymi obozami stworzonymi dla uchodźców, a nie przez samych uchodźców. Pociąg jako miejsce zamieszkania Czeczenów charakteryzował się swoimi prawami, zasadami i normami.

Jak wynika z literatury przedmiotu, pociągi były bardzo stare i zniszczone, niektóre z nich miały przerdzewiały dach, przez który wpadał deszcz. Okna i drzwi były nieszczelne i od strony wewnętrznej osadzał się na nich szron; warunki sanitarne były bardzo trudne. Wprawdzie znajdowały się tam łóżka i materace, ale panowało zimno, ciasnota i brud. Czeczeni chorowali na zapalenie płuc, byli przeziębieni, osłabieni, mieli wszy i świerzby; w wagonach były pluskwy i karaluchy (*Остаться здесь?...*, b.r.). W wagonach rodziny dostawały jeden przedział. Aby oddzielić się od współmieszkańców i zachować namiastkę intymności, uchodźcy wieszali na drzwiach prześcieradła i koce (Borowski, 2006). Dzieci nie chodziły do szkoły, a czas spędzały w dusznych i ciasnych wagonach lub bawiły się wokół pociągu. W czasie I wojny czeczeńskiej uchodźcy również mieszkali w wagonach sypialnych. Dzieci bawiły się kamieniami

z torowiska, patykami, kawałkami blach, robiły także drewniane karabiny i łuki (Hugo-Bader, 1995).

Wojciech Jagielski (2004, s. 262–264) tak pisze: „Z daleka odnosiło się wrażenie, że pociąg zatrzymał się z powodu awarii albo po prostu na życzenie pasażerów zrobił przerwę w podróży. Ludzie przechadzali się wzdłuż wagonów, nie oddalając się za bardzo, jakby z obawy, że pociąg ruszy bez nich [dotyczyło to zwłaszcza starszych Czeczenów, którzy pamiętali wywózkę na Sybir w 1944 roku – przyp. E.J.]. Przeciągali się, rozprostowując zdrętwiałe ręce i nogi. Mężczyźni, zbici w gromadki, palili tytoń, kobiety krzątały się, nawołując rozbieganą dzieciarnię (...). Ludzie bili się o wagony, rodziny chciały dostać jak najwięcej przedziałów, i to najlepiej jeden obok drugiego (...). Kiedy przestawali grzać, pociąg przemieniał się w chłodnię. Najbardziej jednak dokuczał brak przestrzeni. Siedzieli całymi dniami beczynnienie, ściśnięci w zgiełku i zaduchu, bez szans na chwilę samotności. Wciąż potrącani, dotykani, pozbawieni ciszy, otoczeni ze wsząd twarzami bliskich i znajomych, które z każdym dniem, z każdą godziną stawały się coraz bardziej zniechęcone. Mężczyznom było łatwiej. Zajmowali miejsca przy oknach albo wychodzili na korytarz palić papierosy. No i wolno też było im krzyczeć, gdy nerwy odmawiały posłuszeństwa. Kobiety mogły co najwyżej płakać (...). Wiosna, wyjątkowo ciepła i słoneczna, zamiast przynieść ulgę, przeraziła ich koszmarem lata. W nagrzanym za dnia słońcem, dyszącym żarem pociągu nie sposób było zasnąć. Upał odbierał sen, ostatnie wytchnienie, jakie zostawiła jeszcze litościwa ciasnota (...). Ludzie po całych dniach snuli się bez celu wokół pociągu. Szczery step rozciągający się po horyzont zniechęcał do wysiłku, pozbawiał resztek inicjatywy. Wokół nie było dosłownie nic, żadnego drzewa”.

Wagony dla mojej rozmówczyni były miejscami obcymi, nieprzyjaznymi, pełnymi napięcia i lęku o życie swoje, swoich najbliższych oraz rannych i umierających uchodźców. Uczucie strachu potęgowały traumatyczne doświadczenia wojenne, niebezpieczna ucieczka do Inguszetii, wynikające z tego zmęczenie oraz niepewność co do przyszłości. Przestrzeń życiowa respondentki w większości ograniczała się do wnętrza pociągu. Z narracji wyodrębniłam trzy rodzaje przestrzeni intymnej, w której funkcjonowała czeczeńska uchodźczyni. Po pierwsze był to wagon, w którym mieszkała z dziećmi. Najczęściej czas spędzała poza nim, pozostawiając kilkuletniego syna z młodszym bratem, którym się opiekował. Po drugie, przestrzeń intymną stanowiły pozostałe wagony, w których leżeli ranni i chorzy bojownicy i cywile. Po trzecie wspomnianą przestrzeń stanowił kontakt fizyczny z chorymi i umierającymi ludźmi. Respondentka z racji wykonywanej pracy często widziała nagich ludzi (np. podczas operacji). W kulturze czeczeńskiej niedozwolone jest, aby kobieta zobaczyła rozebranego mężczyznę. Warunki wojenne zmieniły jednak cały system wartości i relacji między ludźmi, także tych intymnych. Julian M. Czurko (2014, s. 21) zwrócił uwagę, że: „(...) charakter przestrzeni i miejsca zawsze jest przedmiotem negocjacji, a jego tożsamość jest procesualna i niestała”. Pociąg był przestrzenią

oswajania, wytwarzania i przekraczania granic intymnych ludzi w nim mieszkających (Zimnoch, 2014).

Oprócz funkcji szpitalnej, pociąg pełnił także inne zadania: był bazą noclegową dla kobiet ze Stowarzyszenia Matek Żołnierzy w Rosji; był miejscem, do którego dostarczano i w którym dystrybuowano pomoc żywnościową dla uchodźców. Natomiast teren poza pociągiem był miejscem niebezpiecznym, w którym narratorka została kilka razy napadnięta. Było to też miejsce, w którym miała kontakt z inguską milicją, która w nocy ochraniała ją w czasie długiego przemieszczania się między wagonami. Pociąg, jak i teren wokół niego był miejscem, do którego przyjechała telewizja i reporterzy rosyjskich gazet. Pociąg dla narratorki był przestrzenią skurczoną, ciasną i pełną napięcia.

Dla respondentki czas wyznaczony był przez opiekę nad chorymi pacjentami. Nacechowany był codziennością rutynowych prac, był „gęsty”, pełny (Tarkowska, 1987), nie pozwalał na odpoczynek. Z narracji dowiadujemy się, że oprócz pomocy pacjentom, doświadczeniami na osi czasu było uczenie się przez czeczeńską uchodźczynię z podręcznika medycyny, pobyt w szpitalu z rannymi dziećmi oraz wizyta u prezydenta Auszewa. Moja rozmówczyni ani razu nie wspomniała o czasie przeznaczonym dla siebie i dla dzieci. Ani razu nie powiedziała o relaksie, spacerze wokół pociągu czy wspólnym spędzaniu czasu z innymi kobietami. Używając słów Jana Szczepańskiego (1999, s. 164), można powiedzieć, że był to „czas okropny, czas rozpacz, czas przeklęty”. Czas w pociągu uległ dekonstrukcji: był „poszarpany”, „bezladny”, „smutny”, „samotny”, „przejściowy”, był czasem „zawieszonym między życiem a śmiercią”. Życie w pociągu charakteryzowało się „rozcłonkowaniem czasu i przestrzeni” (zob. m.in. Hall, 1999, s. 80). Czas i przestrzeń nie pasowały do siebie: uchodźcy mieli bardzo dużo czasu, a mało przestrzeni. Była to pofragmentowana przestrzeń i wydiedziczony z niej podmiot (Skurtys, 2014). Magdalena Archacka (2016, s. 160) podkreśla, że heterotopia „zawiera zatem jednocześnie aspekty akumulacji czasu, jak i jego nietrwałości, płynności, poszatkania i jednoczesności. Przestrzeń i czas łączą się tworząc mikrokosmos, uniwersalną heterotopię świata życia”. Czas respondentki naznaczony był doświadczeniami granicznymi, trajektoria, z którą musiała zmagać się każdego dnia.

Konkluzje

Heterotopie zakładają system otwarcia i zamknięcia, który z jednej strony izoluje je, a z drugiej czyni przepuszczalnymi. Uchodźcy, którzy trafili do pociągu z powodu braku możliwości wynajmu mieszkania, skazani byli na pobyt w nim przez wiele tygodni i miesięcy. Z jednej strony, ponieważ warunki sanitarne w pociągu były o wiele lepsze niż w obozach dla uchodźców, Czeczenom trudno było się tam dostać. Z drugiej jednak strony, pociąg stanowił „bezpieczną granicę”, której nie mogli i nie chcieli przekroczyć. Aby pokazać światu, że

wojna się już skończyła, od 2000 r. władze Kremla namawiały Czechenów do wyjazdu z Inguszetii i powrotu do domu. W 2004 r. zostały zlikwidowane ostatnie obozy dla uchodźców.

Do pociągu przychodziły nieliczne osoby z zewnątrz. Z narracji dowiadujemy się, że był to rosyjski chirurg, Gala – Rosjanka i reporterzy telewizyjni. Natomiast pod drzwiami wagonu narratorki przychodzili milicjanci, którzy, jak sama o tym mówi: „tak automatem, tak stukają i ja wychodzę”. Podjeżdżały też czołgi rosyjskie w celu zabrania rannych bojowników. Pociąg stał na bocznicy, daleko od wzroku mieszkańców, ukryty na fizycznej i mentalnej „niewidzialnej” przestrzeni, do której nikt z mieszkańców Nazrania się nie „zapuszczał”. Używając słów Zygmunta Baumana (2004, s. 53), uchodźcy byli i są „ludźmi-odpadami”, „ludźmi-odrzutami”, „wykluczonymi”. Według tego filozofa uchodźcy to także ludzie „nadliczbowi”, „marginesowi”, darmożady i natręci zglobalizowanego świata, o których najlepiej zapomnieć, aby nie burzyć poczucia szczęścia i zadowolenia z życia w lepszym, bogatym i bezpiecznym świecie (Bauman, 2004, s. 68).

Allan D. Bloom (1997, s. 288), amerykański filozof polityczny, tak powiedział: „Potrzebujemy historii nie po to, by nam powiedziała, co się zdarzyło, lub wytłumaczyła przeszłość: potrzebujemy przeszłość ożywić, aby wyjaśniła nam przyszłość i uczyniła ją możliwą”. Potrzebujemy historii, aby nauczyć się życia w przyszłości – życia bez wojen, przemocy i cierpienia zadawanemu drugiemu człowiekowi.

Bibliografia

- 12 Years of Humanitarian Aid for Chechnya. https://ec.europa.eu/echo/files/aid/countries/2011_chechnya_factsheet_en.pdf
- Adger-Adajew, I. (2005). *Kamienie mówią. Dzieje i kultura Czechenów*. Warszawa: Instytut Kultury Narodów Kaukazu.
- Archacka, M. (2016). Szkoła. Społeczna rola heterotopii. W: J. Gromysz, R. Włodarczyk (red.), *Utopia a edukacja*. T. I: *O wyobrażeniach świata możliwego* (s. 155–162). Wrocław: Instytut Pedagogiki UW.
- Bauman, Z. (1998). *Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia*. Przekł. N. Leśniewski. Warszawa: WN PWN.
- Bauman, Z. (2004). *Życie na przemiał*. Przekł. T. Kunz. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Bjorken, J. (2000). *Welcome to hell. Arbitrary detention, torture, and extortion in Chechnya*. New York–Washington–London–Brussels: Human Rights Watch.
- Bloom, A.D. (1997). *Umysł zamknięty: o tym, jak amerykańskie szkolnictwo wyższe zawiadło demokrację i zubożyło dusze dzisiejszych studentów*. Przekł. T. Bieroń. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Boniface, P., Iris (2001). *Atlas wojen XX wieku. Konflikty współczesne i w przyszłości*. Przekł. A. Dominik. Warszawa: Dom Wydawniczy Bellona.
- Borowski, A. (2006). *Czeczenia – ostateczne rozwiązanie...* Warszawa: Oficyna Wydawnicza VO-LUMEN, Biuro Promocji i Rozwoju Miasta, Komitet Polska–Czeczenia, Ośrodek KARTA.
- Boruszkowska, I. (2014). Obraz szpitali psychiatrycznych w literaturze – między nie-miejscem a heterotopią. W: K. Szelewska (red.), *Nie-miejsca. Teorie specjalne we współczesnych praktykach interpretacyjnych* (s. 41–50). Gdańsk: Wydawnictwo UG.

- Cackowski, Z. (1995). *Ból, lęk, cierpienie*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Ciesielski, S. (2003). *Rosja–Czeczenia. Dwa stulecia konfliktu*. Wrocław: Wydawnictwo UWr.
- Czaja, D. (2013). Nie-miejsca. Przybliżenia, rewizje. W: D. Czaja (red.), *Inne przestrzenie, inne miejsca. Mapy i terytoria* (s. 7–26). Wołowiec: Wydawnictwo Czarne.
- Czarnotta, Z., Moszumański, Z. (1995). *Czeczenia 94–95*. Seria: Największe bitwy XX wieku, T. 19. Warszawa: Wydawnictwo Altair.
- Czeczenia – zabójstwo za zgodą świata*, reż. K. Kurczab-Redlich (2003 – wyświetlony 17.12.2004 r. w Polsce).
- Czurko, J.M. (2014). *Poetyka heterotopii w literaturze i sztuce współczesnej (na przykładach porównawczego ujęcia prozy Jacka Dukaja)*. Nieopublikowana rozprawa doktorska. Wydział Filologiczny, Uniwersytet Łódzki, Łódź.
- Ferenc, J. (2004). *Świat odwraca wzrok. Czeczenia w świetle prawa i w oczach świata*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Filipkowski, P. (2010). *Historia mówiona i wojna. Doświadczenie obozu koncentracyjnego w perspektywie narracji biograficznych*. Wrocław: Fundacja na rzecz Nauki Polskiej, Wydawnictwo UWr.
- Fischer-Malanowska, Z., Magomed, R.M. (2000). *Nie bój się, nie ufaj, nie proś... Dwa dzienniki kaukaskie, sierpień 1999 – marzec 2000*. Warszawa: Grupa Wydawnicza Bertelsmann.
- Foucault, M. (2005). Inne przestrzenie. *Teksty Drugie*, 6(95), 117–125.
- Górecki, W. (2002). *Planeta Kaukaz*. Poznań: WN PWN.
- Gray, M. (1999). The train to nowhere. Refugees fleeing Moscow's brutal campaign in Chechnya face grim conditions. <https://archive.macleans.ca/article/1999/12/6/the-train-to-nowhere>
- Grochmański, P. (1999). *Czeczenia. Rys prawdziwy*. Wrocław: Wydawnictwo Alta 2.
- Hall, E.T. (1999). *Taniec życia. Inny wymiar czasu*. Seria Spectrum. Przekł. R. Nowakowski. Warszawa: Warszawskie Wydawnictwo Literackie Muza.
- <https://archiwum.rp.pl/arttykul/250253-Rosjanie-wykluczaja-negocjacje.html>
- Hugo-Bader, J. (1995). Przerażeni, brudni, wściekli. *Gazeta Wyborcza*, 144, 6.
- Jagielski, W. (2000). Czas oczekiwania. *Gazeta Wyborcza*, 162, 6.
- Jagielski, W. (2004). *Wieże z kamienia*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- Jaworska-Witkowska, M. (2015). Heterotopie, allotopie i atoposy: o (nie)miejscach kultury i tekstu i tryumfie myślenia międzyprzestrzennego. *Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy. Transdyscyplinarne Studia o Kulturze (i) Edukacji*, 10, 103–142.
- Jendroszczyk, P. (1999a). Talerz owsianki. *Rzeczpospolita*, 25 listopada 1999. <https://archiwum.rp.pl/arttykul/252256-Talerz-owsianki.html>
- Jendroszczyk, P. (1999b). Rosjanie wykluczają negocjacje. *Rzeczpospolita*, 10 listopada 1999, <https://archiwum.rp.pl/arttykul/250253-Rosjanie-wykluczaja-negocjacje.html>
- Kamińska, A. (2012). *Wrażliwość a podmiotowość. Teoria Emmanuela Lévinasa i praktyka Janusza Korczaka*. Kraków: Instytut Wydawniczy Maximum.
- Kaszubska, A., Nasordinova, Z. (2016). *186 szwów. Z Czechenii do Polski. Droga matki*. Warszawa: Wydawnictwo Edipresse Polska.
- Korczak, J. (2012). *Pamiętnik i inne pisma z getta*. Warszawa: Instytut Książki.
- Kuleba, M. (1997). *Niezlomna Czechenia*. Kraków: Wydawnictwo Arcana.
- Kuleba, M. (1998). *Imperium na kolanach. Wojna w Czechenii 1994–1996*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Volumen.
- Kurczab-Redlich, K. (2003). Wracajcie do piekła. *Polityka*, 5, 47.
- Kurczab-Redlich, K. (2016). *Wowa, Wołodia, Władimir. Tajemnice Rosji Putina*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- Majczyk, I. (2014). O innej przestrzeni. Lumpeks jako miejsce ponowoczesnej heterotopii. W: K. Szelewska (red.), *Nie-miejsca. Teorie specjalne we współczesnych praktykach interpretacyjnych* (s. 25–32). Gdańsk: Wydawnictwo UG.
- Mendel, M. (2007). *Spoleczeństwo i rytuał. Heterotopia bezdomności*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

- Miłoszowie, G.A. (1979). *Kaukaz*. Warszawa: Wydawnictwo Wiedza Powszechna.
- Остаться здесь?*. Głosy uchodźców z Białorusi, Mołdowy, Rosyjskiej Federacji i Ukrainy. <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=49b11bf92>
- Politkowska, A. (2006). *Druga wojna czeczeńska*. Przekł. I. Lewandowska. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Procházková, P. (2005). *Ani życie, ani wojna. Czeczenia oczami kobiet*. Przekł. G. Sowula. Warszawa: Świat Książki.
- Profile of internal displacement: Russian Federation. Compilation of the information available in the Global IDP Database of the Norwegian Refugee Council. (2002). https://www.ecoi.net/en/file/local/1412460/ds80_02260rus.pdf
- Radziwinowicz, W. (1999). Znaczący terrorysta. *Gazeta Wyborcza*, 246, 12.
- Skurtys, J. (2014). Domy, dworce, galerie? Adama Wiedemanna miejsca i nie-miejsca. W: K. Szelewska (red.), *Nie-miejsca. Teorie specjalne we współczesnych praktykach interpretacyjnych* (s. 75–84). Gdańsk: Wydawnictwo UG.
- Słowik, C. (2014). Sekretne życie nie-miejsc w opowiadaniach z tomu „Demon ruchu” Stefana Grabińskiego. W: K. Szelewska (red.), *Nie-miejsca. Teorie specjalne we współczesnych praktykach interpretacyjnych* (s. 59–74). Gdańsk: Wydawnictwo UG.
- SOS dla Czeczenii*, reż. K. Kurczab-Redlich (2004 – wyświetlony 22.04.2004 r. w Polsce).
- Suchar, H. (1999). Twierdza Grozny. *Wprost*, 5 grudnia 1999. <https://www.wprost.pl/tygodnik/4612/Twierdza-Grozny.html>
- Szczepański, J. (1999). *Fantazje na temat czasu*. Lublin: Wydawnictwo Towarzystwo Naukowe KUL.
- Szmyd, Z. (2000). *Republika Czeczeńska w walce o niepodległość*. Warszawa: Centrum Badań Wschodnich UW.
- Tarkowska, E. (1987). *Czas w społeczeństwie. Problemy, tradycje, kierunki badań*. Wrocław–Łódź: Zakład Narodowy im. Ossolińskich–Wydawnictwo PAN.
- Watch List. (1999). T. I, 48. <https://www.rferl.org/a/1347428.html>
- Wojciechowski, M. (2004). Czeczeni nie mają już obozów. *Gazeta Wyborcza*, 133, 8.
- Zimnoch, M. (2014). Dominanta topograficzna reportażu ponowoczesnego jako liminalna przestrzeń osvajania obcości. W: K. Szelewska (red.), *Nie-miejsca. Teorie specjalne we współczesnych praktykach interpretacyjnych* (s. 15–16). Gdańsk: Wydawnictwo UG.
- ФМС: лагерь беженцев будут освобождены до 25 декабря. <https://lenta.ru/news/1999/11/17/bejentsy/>
- Шиманская, М. (2006). Как же можно ее отпустить?. *Северный край. Ярославская областная ежедневная газета*, 9 sierpnia 2006. <http://www.sevkrai.ru/news/5/4250/>

POCIĄG JAKO MIEJSCE HETEROTOPICZNE. TRAUMATYCZNE DOŚWIADCZENIA CZECZEŃSKIEJ UCHODŹCZYNI

Abstrakt

W artykule ukazany jest pociąg jako miejsce heterotopiczne, „inna przestrzeń”. Zagadnienie to analizowane jest w kontekście struktury heterotopii Michela Foucaulta, która odwołuje się do sześciu zasad. Scharakteryzowane zostało życie i praca czeczeńskiej uchodźczyny w pociągu – obozie dla uchodźców w Inguszetii w 1999 roku. Dokonano także opisu historii wojen rosyjsko-czeczeńskich na przestrzeni wieków.

Słowa kluczowe: wojna w Czeczenii, Michel Foucault, koncepcja heterotopii, biografia wojenna

THE TRAIN AS A HETEROTOPIC PLACE. THE TRAUMATIC EXPERIENCES
OF A CHECHEN REFUGEE

Abstract

In this article, the train is shown as a heterotopic place, a “different space”. This issue is analyzed in the context of Michel Foucault’s heterotopia structure, which refers to six principles. The article characterizes the life and work of a Chechen refugee on the train that served as a refugee camp in Ingushetia in 1999. The text also describes the history of the Russian-Chechen wars over the centuries.

Keywords: war in Chechnya, Michel Foucault, the concept of heterotopia, war biography

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – NORMALIZACJA – WŁĄCZANIE

MARTA CIECHOMSKA, JUSTYNA GRUCZEK,
VENERA KHISAMUTDINOVA, MAGDA LEJZEROWICZ,
KRYSZYNA POPOWSKA, ANETA POSIELEŻNA*

DISABILITY STUDIES: PERSPEKTYWA INTERDYSCYPLINARNA I KIERUNEK STUDIÓW

Wprowadzenie

Niepełnosprawność to zjawisko niejednorodne. W literaturze można znaleźć wiele jego określeń. Jako jedno z kryteriów niepełnosprawności przyjmuje się „zdolność do pracy oraz zdolność do samodzielnej egzystencji” (Kotowski, 2008, s. 49). W Międzynarodowej klasyfikacji uszkodzeń, niepełnosprawności i upośledzeń Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, 1980, s. 13–14) w 1980 r. przedstawiła podział niepełnosprawności według trzech obszarów: (1) uszkodzenie (*impairment*) to anormalność anatomicznej struktury narządów lub jej brak, a także zaburzenie psychicznych czy też fizjologicznych funkcji na skutek

* Marta Ciechomska (<https://orcid.org/0000-0002-5475-8752>); Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa; tel. +48 22 5893600; e-mail: mc67254@aps.edu.pl

Justyna Gruczek (<https://orcid.org/0000-0001-5429-6204>); Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa; tel. +48 22 5893600; e-mail: jg54413@aps.edu.pl

Venera Khisamutdinova (<https://orcid.org/0000-0001-5880-8924>); Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa; tel. +48 22 5893600

Magda Lejzerowicz (<https://orcid.org/0000-0001-7225-2387>); Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa; tel. +48 22 5893600; e-mail: mlejzerowicz@aps.edu.pl

Krystyna Popowska (<https://orcid.org/0000-0001-5031-2852>); Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa; tel. +48 22 5893600

Aneta Posieleżna (<https://orcid.org/0000-0003-3595-2741>); Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa; tel. +48 22 5893600; e-mail: af59296@aps.edu.pl

wrodzonej wady, choroby, urazu lub brak takiego zaburzenia. Takie uszkodzenie zazwyczaj ma charakter trwały albo czasowy; (2) niepełnosprawność funkcjonalna (*disability*) to wszelakie ograniczenia, które wynikają z utrudnienia wykonywania pewnych czynności w taki sam sposób i takim zakresie, który jest uważany za normalny dla danego człowieka lub brak możliwości ich wykonywania; (3) upośledzenie lub niepełnosprawność społeczna (*handicap*) to niekorzystna, mniej korzystna sytuacja jednostki, wynikająca z uszkodzenia sprawności funkcjonalnej, a co za tym idzie ograniczenie bądź uniemożliwienie wypełniania ról społecznych przewidzianych dla tej osoby (np. związanych z wiekiem, płcią, sytuacją społeczną czy kulturową).

Współcześnie Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje niepełnosprawność nie jako cechę jednostki, a jako: „złożony zbiór stanów, z których wiele jest tworem środowiska społecznego. Dlatego postępowanie wymaga działania społecznego, a na całym społeczeństwie spoczywa zbiorowa odpowiedzialność za dokonanie modyfikacji środowiska koniecznej dla pełnego uczestniczenia ludzi niepełnosprawnych we wszystkich dziedzinach życia społecznego” (WHO, 2001, s. 20).

W 2007 r. WHO zmodyfikowała definicję niepełnosprawności i brzmi ona następująco: „niepełnosprawność to wielowymiarowe zjawisko wynikające ze wzajemnych oddziaływań między ludźmi a ich fizycznym i społecznym otoczeniem, efekt barier napotykanym w otoczeniu fizycznym i społecznym” (WHO, 2009, s. 242).

Inna definicja niepełnosprawności została zamieszczona w Ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Niepełnosprawność określono tam jako: „stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy, powodujący trwale lub okresowe utrudnienie, ograniczenie bądź uniemożliwienie samodzielnej egzystencji” (Dz. U. 2004 nr 64, poz. 593, art. 2a ust. 1 pkt 3). W cytowanej definicji wymieniono trzy stany organizmu człowieka, które w wyniku uszkodzenia mogą wpłynąć na terminalne lub stałe ograniczenie sprawności człowieka, bądź też na jej całkowite uniemożliwienie.

W definicjach niepełnosprawności podkreślana jest zwykle niemożność lub ograniczenie wykonywania ról społecznych przez osoby nią dotknięte. Chęć jak najlepszego dostosowania tego terminu do sytuacji osób z niepełnosprawnością w społeczeństwie była powodem licznych redefinicji.

Modele niepełnosprawności

Współcześnie dominują dwa modele postrzegania niepełnosprawności: medyczny i społeczny (Wiliński, 2010, s. 17). Różnią się one wieloma zagadnieniami teoretycznymi i praktycznymi, które dotyczą: odmienności definiowania niepełnosprawności; odmiennych poglądów na temat etiologii niepełnosprawności; odmiennych kryteriów możliwości osób z niepełnosprawnościami i efektów

rehabilitacji; odmiennych poglądów na temat głównego podmiotu rehabilitacji; odmiennych spojrzeń na problem specjalnych potrzeb edukacyjnych (Kazanowski, 2015, s. 33–36).

W modelu medycznym niepełnosprawność przyjmuje charakter dramatu jednostki. Jest traktowana jako wynik choroby, urazu lub innego stanu chorobowego, ponadto wymaga indywidualnego leczenia przeprowadzonego przez wykwalifikowanych specjalistów. W tym modelu uwaga skupiona jest na deficytach i problemach danej osoby. Z punktu widzenia społeczeństwa niepełnosprawność to zaburzenie, stąd: „wartości spajające społeczeństwo muszą wspierać interesy i działalność większości, dlatego też promują dynamiczną niezależność i osiągnięcia będące wynikiem współzawodnictwa, zwłaszcza w sferze zawodowej; powodują też skutki uboczne, stygmatyzując i tworząc negatywny obraz niepełnosprawności oraz upośledzając ludzi w tych, jakże istotnych aspektach życia” (Barnes, Mercer, 2008, s. 9).

Alternatywą dla perspektywy medycznej jest społeczny model niepełnosprawności, w którym zakłada się, że niepełnosprawność to rezultat barier stworzonych przez społeczeństwo. Potrzebne są zmiany społeczne połączone z alternatywnymi formami wsparcia. Społeczeństwo ma obowiązek stworzyć środowisko umożliwiający pełne uczestnictwo osób z niepełnosprawnościami we wszystkich dziedzinach życia (Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 28–29). W literaturze wymienia się pięć podstawowych założeń modelu społecznego: istnieją wyraźne różnice między uszkodzeniem i niepełnosprawnością; zaburzenia fizyczne są związane z uszkodzeniem, niepełnosprawność dotyczy organizacji społecznej; niepełnosprawność jest rezultatem konkretnych struktur społecznych i ekonomicznych, które wykluczają osoby z niepełnosprawnościami z pełnego uczestnictwa w głównych dziedzinach życia społecznego; osoby z niepełnosprawnościami należą do uciskanej grupy społecznej; niepełnosprawność nie jest osobistą tragedią (Anastasiou, Kauffman, 2013, s. 442–443, za: Pągowska, 2017, s. 18–19).

Niewątpliwie model społeczny jest związany z modelem biopsychosocjalnym, który współcześnie zyskuje na znaczeniu. Niepełnosprawność w tym podejściu jest traktowana jako proces, na który składa się wiele wymiarów niepełnosprawności niezwiązanych wyłącznie ze sferą biologiczną czy społeczną, np.: psychiczny, kulturowy, społeczny, polityczny (WHO, 2009). Andrzej Twardowski (2018, s. 107–108) wskazuje na cel działań podjętych na podstawie społecznej koncepcji niepełnosprawności, którym jest uzyskanie przez osoby z niepełnosprawnościami możliwości kontroli nad własną sytuacją życiową. Chcąc to osiągnąć, należy tworzyć warunki sprzyjające kształtowaniu przez osoby z niepełnosprawnościami poczucia własnej wartości, wewnątrzsterowności, wiary we własne możliwości, poczucia sprawstwa, autonomii oraz samostanowienia, czyli autorstwa własnego życia (Głodkowska, Gosk, 2018; Głodkowska, Gosk, Pągowska, 2018). Model społeczny przyczy-

nia się do kształtowania tolerancyjnego stosunku społeczeństwa wobec osób z niepełnosprawnościami oraz tworzenia środowiska wolnego od barier.

Dotychczasowy stan badań interdyscyplinarnych nad niepełnosprawnością

Eksploracja tak złożonego fenomenu społecznego, jakim jest niepełnosprawność, nie jest możliwa bez inter-, trans- czy multidyscyplinarnego podejścia. W dotychczas prowadzonych badaniach problem interdyscyplinarności w studiach o niepełnosprawności podejmowany był z perspektywy jednej lub dwóch dyscyplin naukowych (Wolski, 2010; Honey i in., 2014; Prysak, 2016). Pojawia się pytanie: czy przy takim podejściu jest to interdyscyplinarność, transdyscyplinarność, czy multidyscyplinarność?

Problematyka niepełnosprawności badanej z perspektywy interdyscyplinarnej, a w szczególności jako kierunku studiów w polskiej literaturze naukowej, poruszana była dość rzadko. W prezentowanym artykule przeprowadzone analizy łączą w sobie dwa obszary badawcze: podejście interdyscyplinarne i studia o niepełnosprawności.

Dotychczas badania dotyczące problemu niepełnosprawności, jak i rozważania z perspektywy interdyscyplinarnej prowadzili m.in.: Lenard Davis (1997); Carol Thomas (1999); Jan Walmsley (2001); Agnieszka Kumaniecka-Wiśniewska (2006); Jennifer Redpath i in. (2013); Michael L. Wehmeyer (2013, 2014); Magda Lejzerowicz (2015, 2016); Hatum Zaitun, Lidiyatul Izaah (2015); Dan Goodley (2017); Magda Lejzerowicz, Marzena Galbarczyk (2018); Joanna Głodkowska, Urszula Gosk (2018); Joanna Głodkowska, Urszula Gosk, Marta Pągowska (2018); Barbara Hanfstingl i in. (2018); Charlotta Hilli (2018); Jessica N. Lester, Emily A. Nusbaum (2018); Lorna Hallahan (2019); Roger Slee, Tim Corcoran, Marnie Best (2019).

Współcześnie widoczny jest rozwój uczestniczących badań w działaniu na gruncie polskim. Prowadzili je m.in.: Maria Czerepaniak-Walczak (2010); Hana Červinková, Bogusława Gołębnik (2010); Elżbieta Wołodźko (2010); Iwona Lindyberg (2012); Zenon Gajdzica (2013, 2016); Dorota Prysak (2016); Jacek Piekarski (2017); Agnieszka Wołowicz (2018). Badania włączające, badania w działaniu z udziałem studentów pedagogiki, nauczycieli i osób z niepełnosprawnością prowadzili: Hana Červinková (2008, 2011, 2012, 2013); Katarzyna Leszczyńska (2010); Sunil Deepak i in. (2011); Ewa Giermanowska (2012); Ewa Giermanowska i in. (2015); Sarah Woodin (2017); Maria Szymańska, Magdalena Ciechowska, Katarzyna Pieróg, Sylwia Gołąb (2018); Marzanna Farnicka (2019); Monika Parchomiuk (2019); Klaudia Wos, Celina Kamecka-Antczak (2019); Allan Feldman (2020).

Celem badań własnych jest wykazanie, że różnorodność w podejściu do niepełnosprawności wpłynęła na rozwój *Disability Studies*, a jednocześnie aktywizację środowiska osób z niepełnosprawnością. Ponadto celem uczyniono

uzasadnienie istotności nurtu *Disability Studies* oraz wykorzystania interdyscyplinarnego podejścia w badaniu zjawiska niepełnosprawności. Poddano badaniu także obecność kierunku studiów o niepełnosprawności w polskich uczelniach wyższych, jak również to, na ile tego typu kierunek jest znany na świecie. Celem prowadzonych badań w działaniu jest pobudzenie krytycznej refleksji uczestników nad podjętym działaniem, w tym wypadku pisaniem artykułu z myślą o pracy naukowej i zawodowej, zarówno jako badaczy *Disability Studies*, jak i specjalistów ds. niepełnosprawności, a tym samym podniesienie ich kompetencji badawczych i zawodowych nakierowanych na rozwijanie własnego profesjonalizmu w przyszłości.

Metoda badań

W przeprowadzonych badaniach zastosowana została metodologia uczestniczących badań w działaniu (Freire, 1972; Elliott, 1991; Cohen, Manion, 1996; Kemmis, 2005; Pine, 2008; Denzin, Linkoln, 2009; Hartas, 2010; Lewin, 2010; Reason, Torbert, 2010).

Uzasadnieniem zastosowania tego typu metodologii jest podjęta problematyka *Disability Studies*. Badania są rozpatrywane zarówno z perspektywy badacza, jak i studenta tego kierunku. Grupę badawczą tworzą studenci Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej z kierunków: Interdyscyplinarne Studia nad Niepełnosprawnością, Edukacja i Rehabilitacja Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną oraz nauczyciele akademicy. Studenci uczestnicząc w badaniach jednocześnie doskonalą swoje kompetencje badawcze i zawodowe. Nauczyciele akademicy natomiast mają możliwość poznać perspektywę zaangażowanego uczestnika działań. Autorki artykułu stosują badania włączające, opracowując ich strategię, a także tworzą grupę współpracowników, rezygnując z uprzywilejowanej pozycji badacza. Badania włączające wpływają na rolę badacza – jest on jednocześnie podmiotem i przedmiotem prowadzonych badań.

W badaniach dokonano analizy genezy *Disability Studies*, przeglądu stron internetowych uczelni w Polsce i na świecie w poszukiwaniu kierunków studiów *Disability Studies* i o zbliżonej problematyce. Dokonano również przeglądu literatury przedmiotu.

Geneza *Disability Studies*

Disability Studies to dość nowa dyscyplina naukowa zajmująca się naturą, znaczeniem oraz konsekwencjami niepełnosprawności postrzeganej jako konstrukt społeczny. Studia o niepełnosprawności w badaniach kładą nacisk na społeczny charakter niepełnosprawności, czyli to jak społeczeństwo definiuje niepełnosprawność (Pągowska, 2017). Niepełnosprawność w *Disability Studies* jest postrzegana z różnych perspektyw i dyscyplin naukowych, uwzględniając

uwarunkowania historyczne, geograficzne, ekonomiczne, polityczne oraz ideologiczne, które wpływają na status osób z niepełnosprawnością. Tym samym studia o niepełnosprawności tworzą zróżnicowany i niejednoznaczny obszar przeplatania się różnych dyskursów naukowych (Rzeźnicka-Krupa, 2019). Konsekwencją spostrzegania niepełnosprawności z perspektywy różnych dyscyplin jest także kompleksowe spojrzenie na to zjawisko. Niepełnosprawność, jak podkreślają badacze *Disability Studies*, można dobrze zrozumieć jedynie wtedy, kiedy badania uwzględniają różne perspektywy oraz różne obszary życia, na które wpływają (Davis, 1997; Thomas, 1999; Walmsley, 2001; Wehmeyer, 2013, 2014; Pągowska, 2017).

Istotne dla *Disability Studies* jest poznanie osobistych doświadczeń osób z niepełnosprawnością oraz kulturowych i społecznych reprezentacji niepełnosprawności w literaturze, sztuce, mediach i popkulturze (Rzeźnicka-Krupa, 2019). Oprócz tego studia o niepełnosprawności mają wydźwięk emancypacyjny, który związany jest ze zwiększaniem się świadomości praw osób z niepełnosprawnością, dążeniem do autonomii oraz możliwości dokonywania wyborów i braniem za nie odpowiedzialności (Podgórska-Jachnik, 2016). Podejmowane są działania w kierunku poszerzenia możliwości realizacji praw osób z niepełnosprawnościami, przeciwdziałania opresji kulturowej i społecznej, czy zaangażowania w ruchy społeczne. Dociekaniem w obszarze *Disability Studies* zajmują się także badacze z niepełnosprawnością zaangażowani w aktywizm społeczny. Realizują w ten sposób postulat badania niepełnosprawności z perspektywy osób jej doświadczających (Reimann, 2018; Rzeźnicka-Krupa, 2019).

Z perspektywy *Disability Studies* niepełnosprawność powinna być traktowana jako przedmiot badań oraz perspektywa analityczna. Punktem wyjścia w badaniach jest problematyka niepełnosprawności, jednak refleksja z nich wynikająca powinna pobudzać krytykę istniejących systemów politycznych i ekonomicznych czy praktyk oraz dyskursów społecznych i kulturowych. Wtedy działania podejmowane w ramach *Disability Studies* będą nie tylko opisywać *status quo*, lecz także wprowadzać zmiany korzystne dla funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami (Pamuła, Szarota, Usiekniewicz, 2018).

Zdaniem Ann Williams (2005, s. 8–9) do głównych celów *Disability Studies* należą: uznanie niepełnosprawności za integralny aspekt kontinuum obejmującego doświadczenia cielesne i poznawcze; analiza niepełnosprawności we właściwym kontekście historycznym, kulturowym i społecznym; badanie doświadczania niepełnosprawności jako złożonej interakcji fenomenologicznej między jednostkami a środowiskiem; projektowanie progresywnych badań i modeli interwencyjnych, które obejmują podejścia interdyscyplinarne i partycypacyjne niezwiązane z medycznym modelem niepełnosprawności; rozwój polityki społecznej promującej szeroko zakrojony program działań na rzecz praw obywatelskich dla osób z niepełnosprawnościami; integracja osób z niepełnosprawnościami w środowisku akademickim i zawodowym.

Do zadań *Disability Studies* należy identyfikacja czynników ekonomicznych, społecznych i prawnych wpływających na sytuację osób z niepełnosprawnością oraz zapewnienie im warunków przewyższania czy kompensowania ograniczeń życiowych i dążenia do stworzenia równych szans w życiu społecznym. Len Barton (2005) podkreśla, że zrozumienie niepełnosprawności jako formy opresji społecznej jest jedną z kluczowych cech badań o niepełnosprawności.

Procesy emancypacyjne marginalizowanych społeczności, zarówno w przestrzeniach politycznych, jak i społecznych, ale także w refleksji akademickiej, były owocem kontrkulturowego poruszenia przełomu lat 60. i 70. XX wieku. Namysł akademicki przyniósł powstanie takich kierunków studiów, jak: *Gender Studies*, *Women's Studies* czy *Minority Studies*. Wspólnymi mianownikami wszystkich pól akademickiej refleksji, według Rosemarie Garland-Thomson (2006), są studia nad tożsamością, koncentracja na ciele, które jest tej tożsamości siedzibą oraz nad kulturowym kontekstem terminów normy i dewiacji. Z początkiem lat 90. XX wieku w grupie wcześniej wymienionych studiów pojawiły się *Disability Studies* będące wyrazem napięcia pomiędzy medycznym a społecznym ujęciem niepełnosprawności (Davis, 1997; Zdrodowska, 2016, s. 384–385).

Od początku lat 70. XX w. na Zachodzie można było zaobserwować pojawienie się radykalnych organizacji, wokół których skupiały się osoby z niepełnosprawnościami. Organizacje te zwracały uwagę nie tylko na społeczny, lecz także na polityczny wymiar niepełnosprawności. W 1973 r. powstał UPIAS (Union of Physically Impaired Against Segregation), była to organizacja, w obrębie której zaproponowany i zdefiniowany został społeczny model niepełnosprawności. Dla tej grupy kluczowymi postaciami byli Vic Finkelstein dbający o intelektualne i koncepcyjne zaplecze oraz Paul Hunt, który był źródłem politycznego i aktywistycznego pulsu organizacji (Zdrodowska, 2016, s. 387).

Proklamowana przez UPIAS w 1975 r. nowa interpretacja niepełnosprawności brzmiała: „to społeczeństwo upośledza niepełnosprawnych. Niepełnosprawność (*disability*) narzucana jest na nasze upośledzenia (*impairments*) przez niepotrzebną izolację i wykluczenie z pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Sprawia to, że niepełnosprawni są poddawana opresji grupą społeczną” (UPIAS, 1975, s. 4). Te zdania stały się podwaliną pod studia o niepełnosprawności, podkreślono w nich konieczność rozdzielenia niepełnosprawności i upośledzenia (Zdrodowska, 2016, s. 389). Jeszcze w tym samym roku, za sprawą działań Vica Finklesteina, Open University wprowadził na poziomie licencjackim kurs *The Handicapped Person in the Community* (Głodkowska, Gasik, Pągowska, 2017, s. 13).

W roku 1980 za sprawą Irvinga Zoli zaczął ukazywać się biuletyn *The Disability Studies Quarterly*. Był on w całości poświęcony studiom o niepełnosprawności i z czasem stał się wiodącym czasopismem tego nurtu. Biuletyn ukazuje się do dziś i wciąż jest zaangażowany w promocję pełnego włączenia osób z niepełnosprawnością w społeczeństwo, a także w działania nad opracowywaniem wiedzy zarówno teoretycznej, jak i praktycznej, z obszaru niepełnosprawności (Głodkow-

ska, Gasik, Pągowska, 2017, s. 12–13). Czasopismo jest dostępne bezpłatnie na stronie internetowej: <http://dsq-sds.org> (Rembis, Pamuła, 2016, s. 6).

Ogłoszenie roku 1981 Międzynarodowym Rokiem Osób Niepełnosprawnych było impulsem do zainteresowania się tematem niepełnosprawności i aspektem praw człowieka. W naukach humanistycznych pod wpływem coraz większej obecności osób z niepełnosprawnościami w społeczeństwie pojawiła się potrzeba wypracowania nowych, społecznych modeli opisujących niepełnosprawność. W tym czasie *Disability Studies* były próbą ujęcia niepełnosprawności w postaci koncepcji oraz wyrazem rozgoryczenia osób z niepełnosprawnościami i ich najbliższych (Głodkowska, Gasik, Pągowska, 2017, s. 12).

Rok 1982 przyniósł utworzenie organizacji Study of Chronic Illness, Impairment and Disability, której nazwa w 1986 roku została zmieniona na Society for Disability Studies. Jako organizacja naukowa obecnie zrzesza najwybitniejszych specjalistów z całego świata w dziedzinie studiów o niepełnosprawności. Inicjatorami powstania organizacji byli: Daryl Evans, Nora Groce, Steve Hey, Gary Kinger, John Seidel, Jessica Scheer oraz Irving Zola (Głodkowska, Gasik, Pągowska, 2017, s. 13).

Po raz pierwszy program kształcenia *Disability Studies* uruchomiono w roku 1994 na Uniwersytecie w Syracuse w stanie New York. Od tego czasu na wielu amerykańskich uniwersytetach powstały podobne programy, a idea interdyscyplinarności studiów o niepełnosprawności jest obecna na wydziałach: anglistyki, amerykanistyki, historii, literatury, zdrowia publicznego czy projektowania. Tym śladem podążyły także najważniejsze akademickie oficyny wydawnicze, takie jak: New York University Press, Duke University Press, Minnesota University Press, Michigan University Press. Wydawnictwa te rokrocznie publikują nawet do kilkunastu pozycji ujmujących zjawiska kulturowo-społeczne z perspektywy studiów o niepełnosprawności lub pochyłają się nad niepełnosprawnością samą w sobie (Pamuła, 2019, s. 383).

Studia o niepełnosprawności stale się rozwijają. Zyskują przez to globalny charakter, wzbogacony o lokalny kontekst kulturowy. Dzięki temu obszar badań jest bardzo zróżnicowany (Rzeźnicka-Krupa, 2019).

Disability Studies w Polsce

Po przeanalizowaniu oferty edukacyjnej 35 uczelni wyższych (państwowych i prywatnych), jednego Ośrodka Doskonalenia Nauczycieli oraz jednego Centrum Kształcenia Podyplomowego w Polsce, realizowanie programu nauczania na poziomie pomaturalnym na kierunku *Disability Studies* lub o zbliżonym profilu nauczania wykazano jedynie w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Do analizy oferty dydaktycznej wybrano placówki znajdujące się w dużych ośrodkach miejskich na terenie całego kraju. Kolejnym kryterium wyboru uczelni była obecność wydziałów lub kierunków na-

uczania w dyscyplinach, takich jak: pedagogika, socjologia czy fizjoterapia, co mogło sugerować obecność kierunku z obszaru studiów o niepełnosprawności.

Przejrzano i poddano analizie ze względu na obecność studiów o niepełnosprawności wybrane polskojęzyczne strony internetowe instytucji mających siedziby w 10 miastach. Były to:

Białystok

- Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku – <https://wsmed.edu.pl/kierunki>

Bydgoszcz

- Uniwersytet Kazimierza Wielkiego – <https://rekrutacja.ukw.edu.pl/oferta/>

Gdańsk

- Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu – <http://www.awfis.gda.pl/index.php?id=99>
- Gdański Uniwersytet Medyczny – <https://rekrutacja.gumed.edu.pl/1237.html>
- Uniwersytet Gdański – <https://ug.edu.pl/>

Gdynia

- Uniwersytet Morski w Gdyni – <https://umg.edu.pl/oferta>
- Wyższa Szkoła Bankowa – <https://www.wsb.pl/gdynia/studia-i-szkolenia/studia-i-stopnia/kierunki-i-specjalnosci>
- Wyższa Szkoła Komunikacji Społecznej – <https://wsks.pl/>

Kraków

- Akademia Ignatianum – <https://studia.ignatianum.edu.pl/kierunki/>
- Akademia Wychowania Fizycznego – <https://esr.awf.krakow.pl/index.php/kierunki-studiow>
- Krakowska Akademia im. A.F. Modrzewskiego – <https://www.ka.edu.pl/dla-kandydatow/>
- Krakowska Wyższa Szkoła Promocji Zdrowia – <https://www.kwspz.pl/kandydaci/informacje-podstawowe/>
- Uniwersytet Jagielloński – <https://rekrutacja.uj.edu.pl/studia-i-stopnia/oferta>
- Uniwersytet Pedagogiczny – <https://www.up.krakow.pl/kandydat>

Lublin

- Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II – <https://www.kul.pl/15254.html>
- Uniwersytet Medyczny – <https://www.umlub.pl/oferta-edukacyjna/studia/kierunki-studiow/>
- Wyższa Szkoła Nauk Społecznych – I, II, PD – <https://www.wsns.lublin.pl/>

Łódź

- Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna – <https://www.ahe.lodz.pl/oferta-edukacyjna/studia-licencjackie>

- Centrum Kształcenia Podyplomowego – https://www.ckp-lodz.pl/kategorie/?field_miasto2_value=All&field_typ_value=A1
- Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli – <http://www.wodn.lodz.pl/wodn/>
- Społeczna Akademia Nauk – <https://lodz.san.edu.pl/oferta>
- Uniwersytet Łódzki – <https://rekrutacja.uni.lodz.pl/kierunki.php?tryb=katalog>
- Uniwersytet Medyczny – <https://rekrutacja.umed.lodz.pl/>
- Uczelnia Nauk Społecznych – <https://www.uns.lodz.pl/kierunek>

Szczecin

- Uniwersytet Szczeciński – <https://usz.edu.pl/kierunki-studiow/>
- Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii – <https://szczecin.wseit.edu.pl/oferta>

Warszawa

- Akademia Leona Koźmińskiego – <https://www.kozminski.edu.pl/pl/oferta-edukacyjna/studiapodyplomowe/kierunki/alfabetyczna-lista-kierunkow/>
- Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej – <https://isnn.aps.edu.pl/>
- SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny (również wydziały w Sopocie, Wrocławiu, Poznaniu i Katowicach) – <https://www.swps.pl/studia>
- Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego – <https://rekrutacja.uksw.edu.pl/niezbednik>
- Uniwersytet Medyczny – <https://www.wum.edu.pl/node/13131>
- Uniwersytet Warszawski – <https://www.uw.edu.pl/ksztalcenie/rekrutacja/>

Wrocław

- Dolnośląska Szkoła Wyższa – <https://www.dsw.edu.pl/>
- Uniwersytet Medyczny – <https://www.umed.wroc.pl/>
- Uniwersytet Przyrodniczy – https://www.upwr.edu.pl/studia/270/kierunki_studiow.html
- Uniwersytet Wrocławski – <https://rekrutacja.uni.wroc.pl/lista-kierunkow/>
- Wyższa Szkoła Fizjoterapii – <https://www.wsf.wroc.pl/>

Jedyną uczelnią, która prowadzi kierunek wpisujący się w nurt *Disability Studies* jest Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Kierunek Interdyscyplinarne Studia nad Niepełnosprawnością utworzono w roku akademickim 2016/2017 i rozpoczęto kształcenie studentów na II stopniu studiów stacjonarnych (<https://isnn.aps.edu.pl/pl/kierunek-interdyscyplinarne-studia-nadniepe%C5%82nosprawno%C5%9Bci%C4%85>).

Program kierunku Interdyscyplinarne Studia nad Niepełnosprawnością pozwala studentom zapoznać się z problematyką niepełnosprawności, z uwzględnieniem perspektyw różnych dyscyplin naukowych, w tym nauk o charakterze społecznym, humanistycznym i medycznym. W ramach prowadzonych zajęć studenci mają możliwość zdobycia wiedzy i umiejętności z zakresu m.in. peda-

gogiki specjalnej, psychologii, socjologii, etyki, bioetyki, antropologii, kulturoznawstwa, historii oraz prawa. W czasie studiów studenci nabywają zarówno wiedzę teoretyczną, jak i umiejętności praktyczne, które pozwalają na podjęcie pracy na rzecz osób z niepełnosprawnością oraz ich środowisk, projektowanie działań wspierających oraz kontynuowanie pracy badawczej na uczelniach wyższych (<https://isnn.aps.edu.pl/pl/kierunek-interdyscyplinarne-studia-nadniepe%C5%82nosprawno%C5%9Bci%C4%85>).

Absolwenci kierunku Interdyscyplinarne Studia nad Niepełnosprawnością mogą pracować w instytucjach administracji publicznej, organizacjach rządowych, jednostkach samorządu terytorialnego, fundacjach, stowarzyszeniach oraz środkach masowego przekazu (<https://isnn.aps.edu.pl/pl/kierunek-interdyscyplinarne-studia-nadniepe%C5%82nosprawno%C5%9Bci%C4%85>). W Polsce, mimo różnorodnych możliwości podjęcia pracy po ukończeniu studiów, absolwenci kierunku nie uzyskują zawodu figurującego w oficjalnej klasyfikacji zawodów i specjalności prowadzonej przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (<https://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci>). Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej wniosowała o wprowadzenie do klasyfikacji zawodu o nazwie specjalista do spraw niepełnosprawności, jednak wnioszek odrzucono, m.in. z powodu nielicznej grupy absolwentów kierunku Interdyscyplinarne Studia nad Niepełnosprawnością.

W uzasadnieniu wniosku argumentowano, że istnieją instytucje wspierające osoby z niepełnosprawnością, takie jak poradnie, fundacje czy stowarzyszenia, jednak brakuje specjalisty, który koordynowałby ich działania i współpracę oraz gwarantowałby kompleksowe wsparcie konkretnych osób z tej grupy społecznej. Zawód specjalisty do spraw niepełnosprawności związany jest bowiem z doradztwem, rzecznictwem, wielozakresowym wsparciem oraz koordynowaniem działań dotyczących opieki, edukacji i rehabilitacji osoby z niepełnosprawnością oraz pomocy jej rodzinie. W klasyfikacji zawodów i specjalności nie wyodrębniono grupy zawodowej, której profil byłby ukierunkowany na tego typu działania (Katedra Interdyscyplinarnych Studiów nad Niepełnosprawnością APS, 2018). Dodatkowo wprowadzenie tego zawodu stworzyłoby nowe stanowiska pracy dla absolwentów kierunku Interdyscyplinarne Studia nad Niepełnosprawnością oraz stanowiłoby zachętę dla osób stających przed wyborem tego typu studiów.

***Disability Studies* na świecie**

W ramach prowadzonych badań analizie poddano strony internetowe uczelni w dużych ośrodkach akademickich w Europie (Hiszpania, Irlandia, Szwecja, Wielka Brytania). Po przeanalizowaniu oferty edukacyjnej realizowanie programu nauczania na poziomie pomaturalnym na kierunku *Disability Studies* lub

Tabela 1. Obecność programu *Disability Studies* w ośrodkach uniwersyteckich w Europie

Lp.	Uczelnia	Studia				Kursy	Inne (fakultety, Centra Disability Studies)
		I stop- nia	II stop- nia	dokto- ranckie	pody- plomo- we		
HISZPANIA							
1.	University of Toledo	+					
WIELKA BRYTANIA							
2.	Lancaster University			+			
3.	Liverpool Hope University		+				
4.	Sheffield Hallam University						+
5.	The University of Rochampton	+	+				
6.	The University of Winchester, Winchester	+					
7.	University of Bristol		+				
8.	University of Leeds						+
IRLANDIA							
9.	National University of Ireland Galway, Galway		+		+		
10.	The Centre for Disability Law and Policy, Institute for Lifecourse and Society, Galway		+		+		
11.	Trinity College Dublin, Dublin		+				
12.	University College Dublin Belfield, Dublin		+				
SZWECJA							
13.	Stockholms Universitet, Sztokholm				+		
14.	Uppsala Universitet, Uppsala					+	

Znak + oznacza obecność programu na określonym poziomie kształcenia.

Źródło: opracowanie własne.

o zbliżonym profilu nauczania wykazano w ośrodkach akademickich wymienionych w tabeli 1.

Analiza danych wskazuje, że Wielka Brytania posiada najwięcej programów w obszarze *Disability Studies*. Zgodnie z informacjami zawartymi na stronie internetowej http://www.uk-universities.net/Universities/Programs/Graduate/Disability_Studies.html, obecnie uczelnie w Wielkiej Brytanii oferują 64 programy dla studentów posiadających minimum tytuł licencjata. W Europie kierunek wciąż się rozwija, a jego popularność stale rośnie. Jednostek zajmujących się działalnością naukową jest niewiele, nacisk kładziony jest natomiast na kształcenie specjalistów do spraw niepełnosprawności.

Analizie poddano również strony internetowe uczelni w dużych ośrodkach uniwersyteckich w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie. Program nauczania na poziomie pomaturalnym na kierunku *Disability Studies* lub o zbliżonym profilu jako ofertę edukacyjną prezentują na swoich stronach uczelnie wymienione w tabeli 2.

Z zaprezentowanych w tabeli 2 danych wynika, że w Stanach Zjednoczonych jest wiele uczelni, które posiadają w swojej ofercie edukacyjnej programy związane z *Disability Studies*. Programy są prowadzone, zarówno w formie studiów I, II i III stopnia, jak i kursów, studiów podyplomowych oraz przedmiotów fakultatywnych, rzadko w formie specjalizacji. Najbogatszą ofertę w tym zakresie ma Uniwersytet Syracuse, który kształci we wspomnianym zakresie studentów I, II i III stopnia. Także studenci studiów podyplomowych mogą wybrać program związany z *Disability Studies*. Warta uwagi jest oferta skierowana do studentów prawa dotycząca specjalizacji w prawie osób z niepełnosprawnością. Jest to obecnie jedyny uniwersytet, który posiada taką specjalizację. Z kolei na Uniwersytecie Gallaudeta istnieje możliwość ukończenia studiów licencjackich w zakresie studiów nad niepełnosprawnością słuchu. Uniwersytet Kent State oferuje fakultet, w ramach którego poruszane są tematy niepełnosprawności i inkluzji. W wielu uniwersytetach znajdują się Centra Disability Studies.

Ze względu na obecność studiów o niepełnosprawności analizie poddano również rosyjskojęzyczne strony internetowe instytucji mających siedziby w 10 krajach. Były to:

Armenia

- Ormiański Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. Ch. Aboviana – <https://aspu.am/ru>

Azerbejdżan

- Azerbejdżański Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny – <https://students.az/>

Białoruś

- Białoruski Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. M. Tanka – <https://bspu.by/abiturientu>

Tabela 2. Obecność programu *Disability Studies* w ośrodkach uniwersyteckich w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie

Lp.	Uczelnia	Studia				Kursy	Inne (fakultety, Centre for Disability Studies)
		I stop- nia	II stop- nia	III stopnia	pody- plomo- we		
STANY ZJEDNOCZONE							
1.	California Baptist University		+				+
2.	College of Education at Temple University				+		+
3.	Eastern Washington University				+	+	+
4.	Gallaudet University	+			+		+
5.	Hofstra University						+
6.	Kent State University					+	+
7.	Miami University						+
8.	Ohio State University						+
9.	Pacific University					+	+
10.	Shippensburg University						+
11.	Stony Brook University			+			
12.	Syracuse University	+	+	+	+		+
13.	Temple University				+		
14.	University at Buffalo				+		
15.	University of California at Berkeley						+
16.	University of California at Los Angeles						+
17.	University of Delaware						+
18.	University of Georgia, Athens					+	
19.	University of Hawaii at Manoa						+
20.	University of Illinois at Chicago	+	+			+	
21.	University of Iowa					+	
22.	University of Maine				+	+	+
23.	University of Massachusetts Lowell						+

Lp.	Uczelnia	Studia				Kursy	Inne (fakultety, Centre for Disability Studies)
		I stop- nia	II stop- nia	III stopnia	pody- plomo- we		
24.	University of Pittsburgh					+	
25.	University of Texas at Arlington						+
26.	University of Wyoming						+
KANADA							
27.	Ryerson University	+				+	
28.	University of Calgary						+
29.	University of Manitoba		+				
30.	University of Winnipeg	+				+	
31.	York University, Toronto		+	+			

Znak+ oznacza obecność programu na określonym poziomie kształcenia.

Źródło: opracowanie własne.

Kazachstan

- Kazachski Narodowy Uniwersytet Pedagogiczny im. Abaya – <https://univision.kz/>

Kirgistan

- Kirgiski Uniwersytet Państwowy im. I. Arabajewa – <http://arabaev.kg/>

Moldawia

- Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. Ion Kriange – <https://www.kp.md/best/vuzi-moldovi-2019/pedagogyceskiy-universitet/>

Rosja

- Instytut Psychologii im. L.S. Wygotskiego – <https://www.uceba.ru/uz/58489>
- Kazański Uniwersytet Państwowy – <https://kpfu.ru/institutes>
- Moskiewski Miejski Uniwersytet Pedagogiczny – <https://www.uceba.ru/uz/5843>
- Moskiewski Uniwersytet Państwowy im. M.V. Łomonosowa – <https://vuzoteka.ru>
- Rosyjski Państwowy Uniwersytet Humanistyczny – <https://www.rsuh.ru>

Tadżykistan

- Tadżycki Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. S. Aini – <http://www.elsu.ru/tadgikistan.html>

Uzbekistan

- Taszkiencki Państwowy Pedagogiczny Uniwersytet im. Nizami – <http://new.tdpu.uz/>

Ukraina

- Słowiański Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny – <https://vuz.online.ua/region/5/184/>

Na stronach internetowych uniwersytetów w krajach: Armenia, Azerbejdżan, Białoruś, Kazachstan, Kirgistan, Mołdawia, Rosja, Tadżykistan, Uzbekistan, Ukraina pojawiają się kierunki związane z edukacją osób z niepełnosprawnościami, są to: edukacja włączająca, edukacja specjalna dla dzieci z autyzmem, wsparcie psychologiczne i pedagogiczne. Kierunki te są obecne na wielu uniwersytetach. Wśród nich znajdują się: Ormiański Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. Ch. Aboviana (Armenia), Azerbejdżański Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny (Azerbejdżan), Białoruski Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. M. Tanka (Białoruś), Kazachski Narodowy Uniwersytet Pedagogiczny im. Abaya (Kazachstan), Kirgiski Uniwersytet Państwowy im. I. Arabajewa (Kirgistan), Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. Ion Kriange (Mołdawia), Moskiewski Uniwersytet Państwowy im. M.V. Łomonosowa (Rosja), Moskiewski Miejski Uniwersytet Pedagogiczny (Rosja), Instytut Psychologii im. L.S. Wygotskiego (Rosja), Rosyjski Państwowy Uniwersytet Humanistyczny (Rosja), Kazański Uniwersytet Państwowy (Rosja), Tadżycki Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. S. Aini (Tadżykistan), Taszkiencki Państwowy Pedagogiczny Uniwersytet im. Nizami (Uzbekistan), Słowiański Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny (Ukraina). Uczelnie wyższe oferują również inne kierunki kształcenia o interdyscyplinarnym podejściu do niepełnosprawności na studiach II stopnia oraz podyplomowych. Jednakże *Disability Studies* jako odrębny kierunek studiów nie jest obecny w ofercie edukacyjnej krajów wschodnich. Przy tym należy podkreślić, że w tych krajach ukazało się wiele artykułów naukowych na ten temat, m.in. Eleny U. Babenko (2013) i Natalii A. Korosteleviej (2012).

W celu sprawdzenia obecności studiów o niepełnosprawności w Australii i Nowej Zelandii dokonano przeglądu stron internetowych i uczelni państwowych. Były to:

Australia

- Victoria University – <https://www.vu.edu.au/>
- Flinders University – <https://www.flinders.edu.au/>
- The University of Sydney – <https://www.sydney.edu.au/>
- University of New England – <https://www.une.edu.au/>
- Deakin University – <https://www.deakin.edu.au/course/master-disability-and-inclusion>
- La Trobe University – <https://www.latrobe.edu.au/courses/disability>

- The University of Newcastle – <https://www.newcastle.edu.au/research-and-innovation/centre?a=139400>
- Centre for Disability Studies – <https://cds.org.au/about-us/>
- Melbourne Disability Institute – <https://disability.unimelb.edu.au/>
- Disability Innovation Institute – <https://www.disabilityinnovation.unsw.edu.au/>
- Centre for Disability Studies – <https://cds.org.au/about-us/>
- Deakin University – <https://www.deakin.edu.au/course/master-disability-and-inclusion>
- Disability Innovation Institute – <https://www.disabilityinnovation.unsw.edu.au/>
- Flinders University – <https://www.flinders.edu.au/>
- La Trobe University – <https://www.latrobe.edu.au/courses/disability>
- Melbourne Disability Institute – <https://disability.unimelb.edu.au/>
- The University of Newcastle – <https://www.newcastle.edu.au/research-and-innovation/centre?a=139400>
- The University of Sydney – <https://www.sydney.edu.au/>
- University of New England – <https://www.une.edu.au/>
- University of New South Wales – <https://www.unsw.edu.au/>
- Victoria University – <https://www.vu.edu.au/>

Nowa Zelandia

- The University of Auckland – <https://www.calendar.auckland.ac.nz/en/courses/faculty-of-education-and-social-work/disability-studies.html>
- University of Waikato – <https://www.waikato.ac.nz/>

Analiza australijskich uczelni wykazała, że kierunek *Disability Studies* pojawia się na większości państwowych uniwersytetów. Najczęściej prowadzony jest w ramach studiów podyplomowych oraz studiów magisterskich.

W Sydney znajduje się Centrum studiów o niepełnosprawności działające od 1997 r., którego dyrektorem jest Patricia O'Brien. Jego misją jest tworzenie i rozpowszechnianie wiedzy, która pozytywnie wpływa na poprawienie jakości życia osób z niepełnosprawnością. W tym samym mieście na Uniwersytecie Nowej Południowej Walii znajduje się założony w 2017 r. Disability Innovation Institute. Jest to pierwsza na świecie inicjatywa, która łączy interdyscyplinarne badania z osobami z niepełnosprawnością w poszukiwaniu innowacyjnych rozwiązań. Instytut prowadzi interdyscyplinarne badania i edukację współpracując z osobami z niepełnosprawnością, z innymi naukowcami i uczelniami z całego świata (<https://www.disabilityinnovation.unsw.edu.au/>). Od 2018 r. natomiast w Melbourne znajduje się Disability Institute.

Warto również wspomnieć o tym, że w 2014 r. w Australii odbyła się międzynarodowa konferencja *Disability Studies in Education* sponsorowana przez American Educational Research Association. Tematem przewodnim było *Uczenie się z przeszłości. Zapewnienie przyszłości*. Konferencja miała na celu kształtowanie przyszłych działań i sposobów wsparcia osób z niepełnosprawnościami.

Tabela 3. Obecność programu *Disability Studies* w ośrodkach uniwersyteckich w Australii i Nowej Zelandii

Lp.	Uczelnia	Studia				Kursy	Inne (fakultety, Centre for Disability Studies)
		I stop- nia	II stop- nia	doktor- nackie	pody- płomo- we		
AUSTRALIA							
1.	Deakin University, Melbourne				+		
2.	Flinders University, Adelaide		+				
3.	La Trobe University, Melbourne		+		+		
4.	The University of Newcastle, Newcastle		+	+			+
5.	The University of Sydney, Sydney						+
6.	University of New England, Armidale		+		+		
7.	University of New South Wales, Sydney						+
8.	Victoria University, Melbourne	+	+				
NOWA ZELANDIA							
9.	The University of Auckland, Auckland					+	
10.	University of Waikato, Hamilton		+				

Znak + oznacza obecność kierunku studiów na określonym poziomie kształcenia.

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Przeprowadzone w artykule analizy wykazały, że istotne jest rozpatrywanie niepełnosprawności w kontekście interdyscyplinarnym. Duży wkład w tym obszarze ma dyscyplina *Disability Studies*, która bada zjawisko niepełnosprawności z uwzględnieniem różnych perspektyw naukowych. Zasadne jest rozwijanie tego kierunku w Polsce, ponieważ obecnie jedynie Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie w swojej ofercie edukacyjnej proponuje studia z zakresu *Disability Studies*. Kierunek nadal jest niszowy, mimo że, jak wykazano na przykładach krajów zachodnich, specjaliści tej dyscypliny są potrzebni na rynku pracy.

Wyniki analiz stron internetowych uczelni wyższych wykazały, że udział studiów o niepełnosprawności w kształceniu akademickim w Polsce, jak i na świecie jest ograniczony. Jest niewiele uczelni, które posiadają w swoich ofertach różnorodne programy poruszające tematykę *Disability Studies*. Liczba ośrodków zajmujących się tą dziedziną z perspektywy naukowej także jest niewielka.

Przeprowadzenie badań z zastosowaniem uczestniczących badań w działaniu pozwoliło członkom zespołu na uświadomienie sobie problemów związanych z niejednorodnością badań dotyczących *Disability Studies*, jak również podniesienie kompetencji badawczych i zawodowych. Jednocześnie refleksja i partycypacja w badaniach pozwoliły uczestnikom na identyfikację własnych ograniczeń w postrzeganiu niepełnosprawności oraz uświadomienie konieczności patrzenia na niepełnosprawność z perspektywy interdyscyplinarnej. Tym samym wskazano, jak metodologia uczestniczących badań w działaniu może wyposażyć przyszłych badaczy oraz osoby pracujące z osobami z niepełnosprawnością w krytyczne kompetencje nakierowane na rozwijanie profesjonalizmu. Wykorzystanie tego typu metodologii w ramach działań Koła Naukowego *Disability Studies* w połączeniu z doświadczeniami studenta kierunku Interdyscyplinarne Studia nad Niepełnosprawnością, jak również Edukacja i Rehabilitacja Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną daje możliwość szerszego zastosowania jej w kształceniu przyszłych badaczy *Disability Studies*.

Analiza wyników badań wykazała, że konieczne jest wprowadzenie zmian w systemie kształcenia przyszłych specjalistów zajmujących się problemem niepełnosprawności, ściśle powiązanie interdyscyplinarności z badaniami o niepełnosprawności. Istotne jest upowszechnienie *Disability Studies*, gdyż dziedzina ta zapewnia przygotowanie specjalistów do spraw niepełnosprawności, którzy zatrudnieni w instytucjach wspierających osoby z niepełnosprawnością gwarantują wysoką jakość i kompleksowość usług. Dzięki temu możliwe będzie tworzenie warunków inkluzyjnych w systemach wsparcia, a co za tym idzie szeroko rozumianej polityce społecznej.

Bibliografia

- Babenko, E.U. (2013). Podejścia naukowe do badania społecznych aspektów niepełnosprawności. *Wiadomości z uczelni wyższych. Region Północnego Kaukazu. Seria: Nauki Społeczne*, 3, 13–18.
- Barnes, C., Mercer, G. (2008). *Niepełnosprawność*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Barton, L. (2005). Emancipatory research and disabled people: Some observations and questions. *Educational Review*, 57(3), 317–327.
- Červinková, H. (red.). (2008). *Animatorzy społeczni na rzecz osób niepełnosprawnych: Animacja środowiska na pograniczu*. Wrocław: Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego.
- Červinková, H. (2011). Edukacyjne badania w działaniu – w poszukiwaniu emancypacyjnego wymiaru badań pedagogicznych i antropologicznych. *Animacja Życia Publicznego. Analizy i Rekomendacje*, 2(5), 7–10.

- Červinková, H. (2012). Nauczanie do zmiany społecznej. Uczestniczące badania w działaniu ludzi młodych i zaangażowane badania etnograficzne: studium przypadku. *Forum Oświatowe*, 1(46), 267–283.
- Červinková, H. (2013). Etnografia edukacyjna i badania w działaniu – z warsztatu kształcenia nauczycieli. *Forum Oświatowe*, 1(48), 123–137.
- Červinková, H., Gołębiak, B. (red.). (2010). *Badania w działaniu: Pedagogika i antropologia zaangażowane*. Wrocław: WN DSW.
- Cohen, L., Manion, L. (1996). *Research methods in education*. London–New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Cytowska, B. (2012). *Trudne drogi adaptacji. Wątki emancypacyjne w analizie sytuacji dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną we współczesnym społeczeństwie polskim*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Czerepaniak-Walczak, M. (2010). Badania w działaniu. W: S. Palka (red.), *Podstawy metodologii badań w pedagogice* (s. 319–337). Gdańsk: GWP.
- Davis, L. (1997). *Enforcing normalcy: Disability, deafness and the body*. London: Verso.
- Deepak, S., Kumar, J., Ramasamy, P., Griffio, G. (2011). Emancipatory research on impact of CBR: Voices of children with disabilities. *Disability and International Development*, 2, 14–19.
- Denzin, N., Linkoln, Y. (2009). *Metody badań jakościowych*. Warszawa: WN PWN.
- Disability innovation UNSW Sydney. <https://www.disabilityinnovation.unsw.edu.au/>
- Dunn, D.S., Andrews, E.E. (2015). Person-first and identity-first language: Developing psychologists' cultural competence using disability language. *American Psychologist*, 70(3), 255–264.
- Elliott, J. (1991). *Action research for educational change*. Philadelphia: Open University Press.
- Farnicka, M. (2019). Action research as an element of integrative research model in social sciences / Badania w działaniu jako element integracyjnego modelu badań w naukach społecznych. *Przegląd Badań Edukacyjnych / Educational Studies Review*, 28(1), 219–233.
- Feldman, A. (2020). Insiders and outsiders: The place of second-order action research in Educational Action Research. *Educational Action Research*, 28, 1–3.
- Freire, P. (1972). *Pedagogy of the oppressed*. New York: Penguin Books.
- Gajdzica, Z. (2013). O roli i pozycji badacza w badaniach rzeczywistości szkoły specjalnej i integracyjnej. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, 3, 9–19.
- Gajdzica, Z. (2016). Tendencje reformowania systemu kształcenia specjalnego. *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, 22, 39–46.
- Garland-Thomson, R. (2006). Integrating disability, transforming feminist theory. W: L.J. Davis (red.), *The Disability Studies reader* (s. 333–353). New York: Routledge.
- Giermanowska, E. (2012). Bariery aktywności zawodowej młodzieży z niepełnosprawnościami w świetle badań. *Polityka Społeczna*, 2, 46–51.
- Giermanowska, E., Kumaniecka-Wiśniewska, A., Raclaw, M., Zakrzewska-Manterys, E. (2015). *Niedokończona emancypacja. Wejście niepełnosprawnych absolwentów szkół wyższych na rynek pracy*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Głodkowska, J., Gosk, U. (2018). Autorstwo własnego życia osoby z niepełnosprawnością (AW-OzN) – od źródeł i konstruktów teoretycznych do projektowania etapów i procedur badawczych. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 41(3), 29–45.
- Głodkowska, J., Gosk, U., Pałowska, M. (2018). The authorship of their own lives in people with disabilities research strategy framework. *International Journal of Psycho-Educational Sciences*, 7(3), 7–18.
- Goodley, D. (2017). *Disability Studies: An interdisciplinary introduction*. London: Sage.
- Hallahan, L. (2019). Disability Studies: An interdisciplinary introduction. *Australian Social Work*, 72, 125–126.
- Hanfstingl, B., Abuja, G., Isak, G., Lechner, Ch., Steigberger, E. (2018). Continuing professional development designed as second-order action research: Work-in-progress. *Educational Action Research*, 28(1), 71–82. <https://doi.org/10.1080/09650792.2018.1490660>

- Hartas, D. (2010). *Educational research and inquiry: Qualitative and quantitative approaches*. London–New York: Continuum.
- Hilli, Ch. (2018). Distance teaching in small rural primary schools: A participatory action research project. *Educational Action Research*, 28(1), 38–52. <https://doi.org/10.1080/09650792.2018.1526695>
- Honey, A., Kariuki, M., Emerson, E., Llewellyn, G. (2014). Employment status transitions among young adults, with and without disability. *Australian Journal of Social Issues*, 49(2), 151–170. <https://www.disabilityinnovation.unsw.edu.au/>
- Kazanowski, Z. (2015). Społeczny wymiar współczesnej koncepcji niepełnosprawności intelektualnej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 28(1), 33–43.
- Kemmis, S. (2005). Exploring the relevance of critical theory for action research: Emancipatory action research in the footsteps of Jurgen Habermas. W: P. Reason, H. Bradbury (red.), *Handbook of action research: Participative inquiry and practice* (s. 94–105). London–Thousand Oaks–New Delhi: Sage.
- Katedra Interdyscyplinarnych Studiów nad Niepełnosprawnością APS. (2018). Wniosek o zgłoszenie do klasyfikacji nowego zawodu/specjalności, tekst niepublikowany.
- Kierunek Interdyscyplinarne Studia nad Niepełnosprawnością. <https://isnn.aps.edu.pl/pl/kierunek-interdyscyplinarne-studia-nad-niepe%C5%82nosprawno%C5%9Bci%C4%85>
- Klasyfikacja zawodów i specjalności. <https://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci>
- Korosteleva, N.A. (2012). Społeczny model niepełnosprawności jako podstawa kształtowania tolerancyjnego stosunku do osób niepełnosprawnych. *Westnik Czelabiński Państwowego Uniwersytetu Pedagogicznego*, 8, 81–93.
- Kotowski, S. (2008). *Przewodnik po problematyce osób niewidomych i słabowidzących*. Warszawa: Fundacja Polskich Niewidomych i Słabowidzących TRAKT.
- Kumaniecka-Wiśniewska, A. (2006). *Kim jestem? Tożsamość kobiet upośledzonych umysłowo*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Zak.
- Lejzerowicz, M. (2015). Edukacja do (nie)pełnosprawności?. W: B. Gąciarz, S. Rudnicki, D. Żuchowska-Skiba (red.), *Polscy (nie)pełnosprawni. Pomiędzy deklaracjami a realiami* (s. 63–84). Kraków: Wydawnictwo AGH.
- Lejzerowicz, M. (2016). Włączenie i integracja a stygmatyzacja osób z niepełnosprawnością w polskiej edukacji. *Forum Oświatowe*, 28(1), 133–157.
- Lejzerowicz, M., Galbarczyk, M. (2018). Szkoła a indywidualizacja. *Edukacja Humanistyczna*, 1(38), 113–129.
- Lester, J.N., Nusbaum, E.A. (2018). “Reclaiming” disability in critical qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 24(1), 3–7.
- Leszczyńska, K. (2010). Tożsamość i stygmatyzacja w narracjach niepełnosprawnych studentów W: B. Gąciarz (red.), *Niepełnosprawni studenci w społeczności akademickiej. Źródła sukcesów i porażek w integracji społecznej i aktywności zawodowej* (s. 33–55). Warszawa: IFiS PAN.
- Lewin, K. (2010). Badania w działaniu a problemy mniejszości. W: H. Červinková, B.D. Gołębiak (red.), *Badania w działaniu: Pedagogika i antropologia zaangażowane* (s. 5–18). Wrocław: WN DSW.
- Lindyberg, I. (2012). Dorosłość z niepełnosprawnością intelektualną w podejściu biograficznym. W: D. Krzemińska, I. Lindyberg (red.), *Wokół dorosłości z niepełnosprawnością intelektualną. Teksty rozproszone* (s. 69–132). Kraków: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Światowa Organizacja Zdrowia (2001).
- Pamuła, N. (2019). Obietnica studiów o niepełnosprawności. Na marginesie książki Jolanty Rzeźnickiej-Krupy „Społeczne ontologie niepełnosprawności. Ciało, tożsamość, performatywność”. *Przegląd Kulturoznawczy*, 3(41), 383–394.

- Pamuła, N., Szarota, M., Usiekiewicz, M. (2018). Nic o nas bez nas. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia de Cultura*, 10, 4–12.
- Parchomiuk, M. (2019). Badania z udziałem osób niepełnosprawnych intelektualnie. Problemy metodologiczne i etyczne. *Roczniki Pedagogiczne*, 11(47), 73–95.
- Pągowska, M. (2017). Disability Studies in scientific and didactic perspective – sources and interpretations. W: J. Głodkowska, J.M. Gasik, M. Pągowska (red.), *Studies on disability. International theoretical empirical and didactic experience* (s. 11–23). Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Piekarski, J. (2017). Perspektywa uczestnicząca w badaniach empirycznych – zarys tematyczny. *Przegląd Badań Edukacyjnych*, 25(2), 267–298.
- Pine, G.J. (2008). *Teacher action research. Building knowledge democracies*. Boston: Sage.
- Podgórska-Jachnik, D. (2016). Studia nad niepełnosprawnością (Disability Studies) i ruch włączający w społeczeństwie jako konteksty edukacji włączającej. *Problemy Edukacji, Rehabilitacji i Socjalizacji Osób Niepełnosprawnych*, 22(1), 15–32.
- Prysak, D. (2016). Doświadczenie sytuacji trudnych na przykładzie prowadzenia badań w działaniu. W: M. Bełza, Z. Gajdzica, D. Prysak (red.), *Problemy Edukacji, Rehabilitacji i Socjalizacji Osób Niepełnosprawnych*, 23(2), 145–160.
- Reason, P., Torbert, W.R. (2010). Zwrot działaniowy. Ku transformacyjnej nauce społecznej. W: H. Červinková, B.D. Gołębiak (red.), *Badania w działaniu. Pedagogika i antropologia zaangażowane* (s. 117–152). Wrocław: WN DSW.
- Redpath, J., Kearney, P., Nicholl, P., Mulvenna, M., Wallace, J., Martin, S. (2013). A qualitative study of the lived experiences of disabled post-transition students in higher education institutions in Northern Ireland. *Studies in Higher Education*, 38, 1334–1350.
- Reimann, M. (2018). Opowiadanie niepełnosprawności. Esej autoetnograficzny. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia de Cultura*, 10(1), 30–37.
- Rembis, M., Pamuła, N. (2016). Disability Studies: A view from the humanities. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 1(31), 5–23.
- Rzeźnicka-Krupa, J. (2019). *Społeczne ontologie niepełnosprawności. Ciało. Tożsamość. Performatywność*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Slee, R., Corcoran, T., Best, M. (2019). Disability Studies in education: Building platforms to reclaim disability and recognize disablement. *Journal of Disability Studies in Education*, 1–11. <https://doi.org/10.1163/25888803-00101002>
- Studia nad niepełnosprawnością jako interdyscyplinarna i multidyscyplinarna dziedzina badań fenomenu niepełnosprawności. <https://isnn.aps.edu.pl/pl/o-isnn>
- Sztobryn-Giercuskiewicz, J. (2018). *Szanse i ograniczenia kształcenia akademickiego osób z niepełnosprawnościami w Polsce – perspektywa socjologiczna*. Łódź: Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej.
- Szymańska, M., Ciechomska, M., Pieróg, K., Gołąb, S. (2018). *Badania w działaniu w praktyce pedagogicznej. Wybrane przykłady*. Kraków: Wydawnictwo Ignatianum.
- Twardowski, A. (2018). Społeczny model niepełnosprawności. Analiza krytyczna. *Studia Edukacyjne*, 48, 107–108.
- Thomas, C. (1999). *Female forms: Experiencing and understanding disability*. Buckingham: Open University Press.
- UPIAS. (1975). *Fundamental principles of disability. Being a summary of the discussion held on 22nd November, 1975*. London: The Union of the Physically Impaired Against Segregation and The Disability Alliance.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 2004 nr 64, poz. 593, art. 2a ust. 1 pkt 3.
- Walmsley, J. (2001). Normalisation, emancipatory research and learning disability. *Disability and Society*, 16(2), 187–205.
- Wehmeyer, M.L. (2013). Disability, disorder, and identity. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(3), 122–126.
- Wehmeyer, M.L. (2014). Self-determination: A family affair. *Family Relations*, 63(1), 178–184.

- WHO. (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. Geneva.
- WHO. (2001). Międzynarodowa klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. Genewa. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42407/67/9241545429_pol.pdf
- WHO. (2009). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).
- Wiliński, M. (2010). Modele niepełnosprawności: indywidualny – funkcjonalny – społeczny. W: A. Brzezińska, R. Kaczan, K. Smoczyńska (red.), *Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności* (s. 15–59). Warszawa: WN Scholar.
- Williams, A. (2005). Promoting appropriate responses toward disabilities in Juvenile Justice Setting: Applying disability studies perspectives and practice. *Journal for Juvenile Justice Services*, 20(1), b.s.
- Wolski, P. (2010). *Utrata sprawności – radzenie sobie z niepełnosprawnością nabytą a aktywizacja zawodowa*. Warszawa: WN Scholar.
- Wołodźko, E. (2010). Badania w działaniu. Refleksja – wiedza – emancypacja. W: H. Kędzierska (red.), *Jakościowe inspiracje w badaniach edukacyjnych* (s. 104–122). Olsztyn: Wydawnictwo UWM.
- Wołowicz, A. (2018). Badania partycypacyjne jako odpowiedź na założenia społecznego modelu niepełnosprawności? *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia de Cultura*, 10, 165–177.
- Woodin, S. (2017). *Research with disabled people: A health action research project with people with learning difficulties*. London: Sage.
- Wos, K., Kamecka-Antczak, C. (2019). Być z kimś i dla kogoś. Postrzeganie dobra wspólnego przez pełnoletnich uczniów szkoły specjalnej – z praktyki badań włączających. *Studia z Teorii Wychowania*, 4(29), 155–166.
- Zaitun, H., Izzah, L. (2015). Classroom action research in action. W: S.S. Khristianto, A.S. Dadari (red.), *The 7th International Conference on Teaching English as Foreign Language (COTEFL)* (s. 579–582). Indonesia: Faculty of Letters, University Muhammadiyah Purwokerto.
- Zdrowska, M. (2016). Między aktywizmem a akademią. *Studia nad niepełnosprawnością. Teksty Drugie*, 5, 384–403.

DISABILITY STUDIES: PERSPEKTYWA INTERDYSCYPLINARNA I KIERUNEK STUDIÓW

Abstrakt

Artykuł przybliży badania zespołu studentów i pracowników Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Dokonano analizy dokumentów dotyczących prowadzonego w niej kierunku Interdyscyplinarne Studia nad Niepełnosprawnością, a także przeglądu stron internetowych uczelni w Polsce i na świecie, w poszukiwaniu kierunków studiów *Disability Studies* i o zbliżonej problematyce. Dokonano również pod tym kątem przeglądu literatury przedmiotu. Analiza literatury przedmiotu dowodzi, że problematyka niepełnosprawności badanej z perspektywy interdyscyplinarnej, a w szczególności jako kierunku studiów, w polskiej literaturze naukowej poruszana była dość rzadko. Analiza wyników badań wykazała, że konieczne jest wprowadzenie zmian w systemie kształcenia przyszłych specjalistów zajmujących się problemem niepełnosprawności. Istotne jest zatem upowszechnienie kierunku Interdyscyplinarne Studia nad Niepełnosprawnością. Kształcenie specjalisty ds. niepełnosprawności jest bowiem jednym z elementów tworzenia warunków inkluzyjnych w systemach wsparcia i polityce społecznej.

Słowa kluczowe: interdyscyplinarność, *Disability Studies*, kierunki studiów, badania w działaniu

DISABILITY STUDIES: INTERDISCIPLINARY PERSPECTIVE AND FIELD OF STUDY

Abstract

The research was conducted by a team of students and employees of the Maria Grzegorzewska University in Warsaw. The documents concerning the Interdisciplinary Studies on Disability, conducted at the Maria Grzegorzewska University, as well as the review of the websites of universities in Poland and around the world, were searched for Disability Studies and related issues. The literature on the subject was also reviewed. A analysis of the literature on the subject proves that the problem of disability studied from an interdisciplinary perspective and, in particular as a field of study, was raised relatively rarely in Polish literature. Analysis of the research results showed that it is necessary to introduce changes in the education system of future specialists dealing with the issue of disability. It is important to promote Interdisciplinary Studies on Disability. The education of a disability specialists is one of the elements of creating inclusive conditions in support systems and social policy.

Keywords: interdisciplinarity, Disability Studies, study fields, participatory research

INFORMACJE DLA AUTORÓW

Redakcja kwartalnika *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:

- format A4 z marginesem 3,5 cm z lewej strony;
- tekst – 30 wierszy na stronie i ok. 60 miejsc znakowych w wierszu, nie powinien zawierać poprawek;
- objętość artykułów i rozpraw:
 - minimalna: 20 tys. znaków (0,5 arkusza wydawniczego),
 - maksymalna: 40 tys. znaków (1 arkusz wydawniczy);
- praca powinna zawierać streszczenia w języku polskim i angielskim (maksymalnie po 200 słów łącznie z tytułem w każdym języku) oraz słowa kluczowe (*keywords*);
- 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;
- odwołania należy umieszczać w tekście głównym (bez przypisów); powinny mieć postać: (Zaorska, 2002).

Sporządzanie bibliografii

Pozycje bibliograficzne muszą być pełne, z DOI, 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 wydział (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, rodzaju pisma (proste – kursywa) i liter (wielkie – 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: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.

(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*. New York: Wiley.

Rozdziały w książkach

(a) publikacja polska

Sidor, B. (2001). Ojciec w rodzinie z dzieckiem z niepełnosprawnością umysłową. W: D. Kornas-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

Sijtsma, K. (2009). On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha. *Psychometrika*, 74(1), 107–120. <https://doi.org/10.1007/s11336-008-9101-0>

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 przebytych urazie mózgu*. Referat wygłoszony na II Sympozjum Opieki Paliatywnej – Hospicyjnej, Lublin.

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

Raporty z badań

Strelau, 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 przygotowaniu. Odwołanie się do takich źródeł może występować jedynie w tekście (bez przypisów dolnych i końcowych).

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, ORCID, zajmowane stanowisko, adres, numer telefonu, adres e-mailowy;
- 2) pisemne oświadczenie, że praca nie była dotąd publikowana i nie została złożona w innej redakcji. Druk oświadczenia znajduje się na stronie www.cns.aps.edu.pl w zakładce *Informacje dla autorów*.

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, bez ingerencji w treść merytoryczną.

Rzetelność naukowa

Autorzy są zobowiązani do ujawnienia wkładu poszczególnych autorów w powstanie publikacji (z podaniem ich afiliacji oraz kontrybucji, tj. informacji, kto jest autorem koncepcji, założeń, metod itp. wykorzystywanych przy publikacji) oraz źródła finansowania publikacji, wkładu instytucji naukowo-badawczych, stowarzyszeń i innych podmiotów (*financial disclosure*). Za nieujawnienie wyżej wymienionych danych odpowiedzialność ponoszą autorzy zgłaszający manuskrypt.

Wszelkie wykryte przejawy nierzetelności naukowej (*ghostwriting* – brak ujawnienia wkładu innych osób w powstanie publikacji, *guest authorship* – sytuacje, gdy udział autora/współautora w powstanie publikacji jest znikomy lub nie miał miejsca) będą dokumentowane i nagłaśniane, włącznie z powiadomieniem odpowiednich podmiotów. Dotyczy to także łamania i naruszania zasad etyki, które obowiązują w nauce.

Recenzowanie

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.cns.aps.edu.pl w zakładce *Zasady recenzowania*.

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

Materiały należy nadsyłać na adres: redakcjacns@aps.edu.pl

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